


HANDBOUND
AT THE



UNIVERSITY OF
TORONTO PRESS



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

Reg
A

7758

NORDISKT

MEDICINSKT ARKIV

UNDER MEDVERKAN

AF

Prof. Dr G. ASP, Arkiater, 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 S. B. LAACHE, Prof. Dr J. NICOLAYSEN, i Kristiania. — Prof. Dr I. H. CHIEWITZ, Kredsläge
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 S. HENSCHEN,
Prof. Dr FR. HOLMGREN, Prof. Dr K. LENNANDER i Upsala.

REDIGERADT OCH UTGIFVET

AF

PROF. DR AXEL KEY,

I STOCKHOLM.

TJUGOÅTTONDE BANDET.

213896
8.7.27

MED 18 TAFLOK, 13 AUTOTYPIER, ZINKOTYPIER OCH TRÄSNITT SAMT
20 GRAFISKA TABELLER.

NY FÖLJD.

1896.

BAND VI.

STOCKHOLM

P. A. NORSTEDT & SÖNER.

HELSINGFORS

KRISTIANIA

KÖBENHAVN

G. W. EDLUNDS BOKHANDEL.

J. W. CAPPELEN.

H. HAGERUP

R

81

N76

88 28

INNEHÅLL.

		Sid.
N:r 1.	Om den infantila paralysien, med särskild hänsyn till dess akuta stadium. Af Prof. Dr O. MEDIN i Stockholm. Med 7 autotypier	1—84.
N:r 2.	Hjärtets Perkussionsförhold med särskilt Hensyn til den »afdämpede» Perkussion. Af N. J. STRANDGAARD i Köbenhavn. Med 1 Tavle	1—46.
N:r 3.	Postconceptionelle syphilitische Infection gegen das Ende der Schwangerschaft. Von Dr EDVARD WELANDER in Stockholm	1—10.
N:r 4.	Nordisk medicinsk literatur från 1895	1—42.
N:r 5.	Compte-rendu du traité publié au tome XXVIII, n:o 1	1—2.
N:r 6.	Om spasmodisk torticollis, särskilt om dens Behandling med Operation på nervus accessorius Willisii. I Anledning af 2 Tilfælde, behandlede med Strækning og Excision af nervus accessorius Willisii m. m. Af OSCAR BLOCH, Overkirurg ved det Kgl. Frederiks Hospitals Afd. C. i Köbenhavn	1—50.
N:r 7.	Bidrag till kännedomen om ryggmärgsförändringar vid pernicios anemi. Af Med. lic. K. PETRÉN. (Från patologiska institutionen i Lund.) Med 2 taflor	1—80.
N:r 8.	Hjärtets Perkussionsförhold med särskilt Hensyn til den »afdämpede» Perkussion. Af N. J. STRANDGAARD i Köbenhavn. Med 10 Tavler. (Forts. fr. n:r 2)	1—46.
N:r 9.	Nordisk medicinsk literatur från 1895	1—27.
N:r 10.	Comptes-rendus des traités publiés au tome XXVIII, nos 6, 7 et 8	1—10.
N:r 11.	Om Tyrosin i Menneskets Urin samt et nyt Kendemärke på Tyrosin. Af Dr med. CHR. ULRICH. Köbenhavn. Med 1 Tavle	1—16.
N:r 12.	Om empyem i sinus frontalis. Af Dr GUSTAF AHLSTRÖM. Göteborg	1—27.
N:r 13.	Om syge Pattebørns Vægt. Af Dr H. ADSERSEN, Læge ved Marthahjemmets Poliklinik for Børn. Med 20 grafiske Tabeller	1—51.
N:r 14.	Bemerkungen und Beiträge zur pathologischen Anatomie der lymphatischen Makroglossie. Von Prof. M. V. ODENIUS in Lund	1—17.

	Sid.
N:r 15. Nordisk medicinsk literatur från 1895	1—30.
N:r 16. Comptes-rendus des traités publiés au tome XXVIII. n:os 11, 12 et 13	1—6.
N:r 17. Om extrauterin Graviditet. Af Dr C. STUDSGAARD (Kommunchospitalets 1:ste Afdeling). Med 4 Träsnit	1—21.
N:r 18. Om primär dermatomyositis acuta & chronica. Af Dr H. KÖSTER i Göteborg	1—74.
N:r 19. Forekomsten af Bändelorme hos Mennesket i Dan- mark. Beretning om 100 nye Tilfælde. Af Prof., Dr med. H. KRABBE i Köbenhavn	1—12.
N:r 20. Nordisk medicinsk literatur från 1896	1—22.
N:r 21. Comptes-rendus des traités publiés au tome XXVIII, n:os 17 et 19	1—3.
N:r 22. Akut disseminerad ryggmärgsskleros med nevrit efter difteri hos ett barn. Af Prof. S. E. HENSCHEN. Med en tafla och en zinkotypi	1—24.
N:r 23. Obstetricisk gynäkologisk Literaturoversigt för 1895. Af Dr med. LEOPOLD MEYER i Köbenhavn	1—42.
N:r 24. Om peritonealtuberkulos. Af Dr G. NAUJANN i Hel- singborg	1—48.
N:r 25. Nordisk medicinsk literatur från 1896	1—28.
N:r 26. Comptes-rendus des traités publiés au tome XXVIII, n:os 22 et 24	1—7.
N:r 27. Bidrag til Lären om tuberkulös meningitis spinalis og akut leucomyelitis. (Meddelelse fra Kommune- hospitalets 3dje Afdeling: Overläge, Dr med. JOH. MYGGE.) Af Dr med. H. JACOBÄUS. Med 1 Tavle	1—27.
N:r 28. Om de i anslutning till en graviditet uppkomna ma- ligna s. k. serotinala uterustumörerna. Af INGOLF LÖNNBERG och CARL H. MANNHEIMER. Med 1 tafla och 1 zinkotypi	1—67.
N:r 29. Ein Fall von Sclerodermia diffusa. Von EMIL WAD- STEIN, Assistent an der med. Klinik zu Lund. Hierzu 1 Tafel	1—8.
N:r 30. Nordisk medicinsk literatur från 1896	1—28.
N:r 31. Comptes-rendus des traités publiés au tome XXVIII, n:os 27 et 28	1—4.
Innehållsförteckning till årg. 1896	I—xxx.
Tillägshäfte: Förhandlingar vid första Nordiska kongressen för invärtes medicin i Göteborg d. 27—29 augusti 1896, redigerade af Öfverläkare H. KÖSTER, Generalsekreterare	1—110.

Förteckning öfver referaten.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi:

OLOF HAMMARSTEN: Några ord om olikheterna mellan kvinno- N:r 4 sid. 1.
mjölk och ko mjölk. — OLOF HAMMARSTEN: Om pentosuri.

KLAS SONDÉN och ROBERT TIGERSTEDT: Untersuchungen > 9 ss. 1—2.
über die Respiration und den Gesamtstoffwechsel des Menschen. — ERNST TENGVALL: Reflex durch sensible Muskelnerven. — A. F. MALMSTRÖM: Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Elastisität des ruhenden Muskels. — MAGNUS BLIX: Wann der Energieumsatz bei der Muskelcontraction auch von der Spannung abhängt. — CARL TH. MÖRNER: Om berustensyrans ursprung i djuriska väfnader. — CARL TH. MÖRNER: Om förekomsten af kitin i svamparnas cellmembraner.

J. W. HULTKRANTZ: Om svenskarnes kroppslängd. — MORD- > 20 > 1—2.
HORST: Bidrag til Urinsyrens Kemi.

OLOF HAMMARSTEN: Om parakaseinets förhållande till löpe. > 25 > 1—3.
— OLOF HAMMARSTEN: Om de lösliga kalksalternas betydelse för blodets koagulation. — CHR. ULRICH: Om Tyrosin i Menneskets Urin samt et nyt Kendemärke på Tyrosin. — CARL TH. MÖRNER: Finnes anledning att frångå de i Sverige brukliga kvalitativa ägghviteproven för urinundersökning? — CARL TH. MÖRNER: Meddelande om surströmming. — L. PALJKULL: Om närvaro af pepton i urinen och de slutsatser, som den praktiske läkaren i diagnostiskt hänseende däraf kan draga.

JOHAN ULRICH: Undersøgelser over Kæveleddet hos Mennesket > 30 sid. 1.
med særligt Hensyn til de mekaniske Forhold.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

E. A. HOMÉN: Bidrag till kännedomen om ryggmärgs- > 4 ss. 2—5.
abscesserna. — R. SIEVERS: Fall af ruptura cordis. — R. SIEVERS: Två fall af ruptur af aorta inåt perikardialhålan. — R. SIEVERS: Blödning inåt magsäcken ur en i den sammas vägg förlöpande, ateromatöst degenererad arter. — AXEL WALLGREN: Ett fall af trombos af vena cava inferior. — R. SIEVERS: Malign, diffus nybildning i digestionsapparaten hos en 24-årig man. — R. SIEVERS: Fall af pancreatitis gangrænsosa acuta. — P. HERTZ: Om det såkaldte myxoma eller pseudo-myxoma peritonæi.

M. SONDÉN: Atresia duodeni congenita completa. — O. > 9 > 2—3.
STORCH: Kämpeväxt af venstre Fod. — TH. MADSEN: Om Fremstilling af antidifteritisk Serum.

H. VOGT: Dicephalus dibrncnius. — P. HERTZ: Undersö- N:r 15 ss. 1—3.
 gelser over topografiske Forhold i Bughulen samt Betragtninger
 over Ätiologien af ulcus ventriculi og Terapien af samme. —
 CARL SUNDBERG: Mikroorganismerna från läkarens synpunkt.
 — A. RAHLFF: Nyere Arbejder over Tyfusbacillen og bacterium
 coli commune. — B. BANG: Kampen mod Tuberkulosen hos
 Kvæget.

SCHMEGELOW: Bidrag til Dörvstumhedens patologiske Ana- > 20 sid. 3.
 tomi. — JACOBÆUS: Om Forandringer i Rygmarven og dens
 Hinder ved tuberkulös meningitis. — K. PETRÉN: Bidrag till
 kändedomen om ryggmärgsförändringar vid pernicios anemi.

C. WESSEL: Om Leukoeyter. — SCHMEGELOW: Bidrag til > 25 ss. 3—6.
 Patogenesen af den såkaldte sorte Tunge. — SCHMEGELOW:
 Bidrag til Dörvstumhedens patologiske Anatomi. — FRANÇOIS
 HARBIZT: Om Appendicitens patologiske Anatomi og Ätiologi.
 — C. G. ÅHMAN och I. JUNDELL: Om renodling af gonococcus
 Neisser. — LYDER NICOLAYSEN: Om Pnevkokkvens Lokalisa-
 tioner udenfor Lungen.

O. TIRÉN: Två fall af perforerande aorta-aneurysma. — H. > 30 > 2—3.
 KÖSTER: Multipla sarkom med egendomlig fördelning och
 symptom af psevdobulbärparalysi. — A. LINDH: En mera säll-
 synt form af tuberkulös peritonit.

Speciel patologi och terapi:

E. A. HOMÉN: Fall af korsad analgesi och termanestesi, > 4 > 5—11.
 beroende på lues. — H. HOLSTI: Akut lungödem ved hjärt-
 lidande, behandladt med venesektion. — E. G. JOHNSON: Lik-
 formig dilatation af oesophagus, beroende på en under lifvet
 befintlig striktur i cardia, sannolikt af nervöst ursprung. —
 F. J. PÄTIÄLÄ: Beiträge zur Aetiologie und dem Krankheits-
 bilde der Hyperchlorhydrie und Hypersekretion. — HALK: Om
 akut sekundär hepatitis og perihepatitis. — THURE HELL-
 STRÖM: Om diagnosticerandet af difteri. — THURE HELLSTRÖM:
 Difteristatistik från Stockholms nya epidemisjukhus 1894. —
 O. F. HÄSTESKO: Elfva fall af difteri, behandlade med anti-
 difteriserum. — BRUN: Serumterapiens Resultater på Epidemio-
 sygehuset i Esbjerg. — H. HOLSTI: Ett fall af septisk peritonit
 med gynsam utgång. — SAUGMAN: Om Forholdsregler
 mod Tuberkulose og særlig om Sanatorier for brystsyge. — O.
 TORSTENSSON: Några nyare medel mot den basillära ftisen. —
 HJ. SELLDÉN: Behandlingen af alkoholister och morfinister
 enligt KEELEY-metoden. — LANGGAARD: Et mistænkeligt Syg-
 domstilfælde. — H. HOLSTI: Fall af cholera nostras med anuri
 och akut nefrit. — R. SIEVERS och AXEL VON BONSDORFF:
 Balantidium coli, megastoma entericum och bothriocephalus
 latus hos samma person.

HANSEN: En ejendommelig Epidemi af gastroenteritis. — > 9 > 3—8.
 FABER: Intermitterende Leverfeber uden icterus. — EMIL A. G.
 KLEEN: Digestionen, ämnesomsättningen och näringsbehovet vid
 diabetes. — J. G. EDGREN: Försök med digitalinum cristallinum
 såsom hjärttoniserande och diuretiskt medel. — SALO-
 MONSEN: Nyere Arbejder over den transitoriske Albuminuri.
 — THURE HELLSTRÖM: Om blodserumterapien mot difteri på
 Epidemisjukhuset i Stockholm. — FIBIGER: Om Fejlslutninger
 ved bakteriologisk Difteridiagnostik. — ROLF HERTZ: Nogle
 Bemærkninger i Anledning af Dr. LARSENS Artikel om kronisk
 Difterit. — G. LARSEN: Endnu et Par Ord om kronisk Dif-

terit. — C. WESSEL: Om den akute primære polymyositis. — E. W. WRETLIND: Den patologiska spermatorrrens etiologi, patogener och terapi. — SELCHAU: Kneippkuranstalter. — JACOBY: Kneippkuranstalt. — SELCHAU: Kneippkuranstalt. — *Red.*: Kneippkuren.

F. LENNMALM: Om sjukdomar, som bero på föreställningar, N:r 15 ss. 4—8. och som botas genom föreställningar. — C. LANGE: Nervepatologiske Notitser. Diskussion. — P. D. KOCH: Kvaksalveri og ischias. — FR. TOBIESEN: Om Lumbalpunktur. — SÖRENSSEN: Forsög med Serumterapi ved diphtheritis. — N. J. STRANDGAARD: Hjärtets Perkussionsforhold med særligt Hensyn til den afdæmpede Perkussion. — P. F. HOLST: Et Tilfælde af pyopneumothorax med diffust Hudemfysem efter Punktion af Empyemet. — SOMMERFELDT: Bidrag til Behandlingen af den kroniske Lungesvindot. — KLEE: Et Tilfælde af Myxödem. Restitution ved små Doser Thyroidin i et længere Tidsrum.

OTTO G. WETTERSTRAND: Om behandling af kronisk morfin-, opium-, kokain- och kloroformintoxikation med hypnos och suggestion. — P. D. KOCH: Et Tilfælde af Epilepsi, behandlet med Trepanation. — KNUD FABER: De anämiske Tilstande og Behandlingen af disse efter deres Natur. — FLÖYSTRUP: Vore sædvanlige akute Infektionssygdommes Komplikationer, Følgesygdomme og disses Patogenese. — F. LEVISON: Om Depressionstilstandes Forhold til Urinsyre. — AXEL ULRIK: Kontaktgøse Tilfælde af epidemisk Gulst. — CARL OTTO: Lidt om erysipelas laryngis. — N. KULNEFF: Primær septikæmi och s. k. cellig pnevmoni. — JOHAN A. ANDERSSON: Ett fall af myxödem, behandladt med »thyreoidea-tabletter».

• LAACHE: Kliniske lagttagelser om tetanus. — KLEE: Tre Diabetikere behandlede med Hydroterapi og Diät ved Silkeborg Vandkuranstalt. — W. M. SCHÖYEN: En Cossus-Larves Forekomst i Mave hos et Menneske. — HALK: Den Fleinerske Oljeindhældning ved kronisk Tyktarmskatarr. — SÖRENSSEN: Forsög med Serumterapi ved diphtheritis. — LYDER NICOLAYSEN: Om Kighoste. — EINAR RANDERS: Kighostens »Initialstadium» og dens Behandling. — INGERSLEV: Kirurgisk scarlatina, indledt med en lymphangitis brachii. — STORM BULL: Lumbalpunktur. — THURE HELLSTRÖM: Mortaliteten ved Stockholms epidemisjukhus 1895. — R. NATVIG: Mekanoterapeutisk Kasuistik. I. Massage ved Nevralgi i Amputationsstump. II. Tilfælde af Akroparästesi. III. Kronisk Cefalalgi. — M. SOLBERG: Heftplasterbandage ved »Hold». — ANDERS WIDE: Handbok i medicinsk gymnastik.

H. KÖSTER: Ett fall af diplegia spastica cerebialis. — H. KÖSTER och K. SCHILLER: Hjärntumör; trepanation; förbättring för en tid. — VERMEHREN: Glandula thyreoidea's Betydning for Stofskiftet. — H. KÖSTER: Ett bidrag till behandlingen af pseudoleuchæmia lienalis. — E. BÄCKLIN: Om betydelsen af enteroptos. — CHR. ULRICH: Sequelæ ulceris ventriculi perfor. — P. SILFVERSKIÖLD: Om thiosinamin. — MYGGE: Et suicidium under ejendommelige Forhold.

Kirurgi och oftalmiatrik:

JOHAN WIDMARK: Om kokain och desinfektion af ögat vid starroperationer. — ALI KROGIUS: Om operativ behandling af tumörer i fovea media cranii. — KR. POULSEN: Et Tilfælde af purulent Sinuströmbose efter kronisk otitis media. Åbning

af sinus; Helbredelse. — M. W. AF SCHULTÉN: Sällsynt fall af retrofaryngealt sarkom. — M. W. AF SCHULTÉN: Bidrag till bukhälans kirurgi. I. — KAROLINA ESKELIN: Studier öfver tarminvagination. — EDV. VON WEYMORN: Fall af tarmvred, två gånger operatift behandladt hos samma person; hälsa. Kasuistiska meddelanden från länssjukhuset i Viborg. — HJ. VON BONSDORFF: Fall af recidiverande appendicit, behandlade med exstirpation af appendix under fri mellantid. — OTTO ENGSTRÖM: Recidiverande appendiciter, behandlade med exstirpation af appendix under fri mellantid. — JOHAN NICOLAYSEN: Studier over Åtiologien og Patologien af ileus i Tilslutning til 30 behandlede Tilfælde. — C. D. JOSEPHSON och ARTUR VESTBERG: Om retroperitoneala fettsvulster. — M. SALIN: Myxom i omentum majus med abscessbildning och perforation i colon transversum. — G. HEINRICIUS: Njurtuberkulos; nefrotomi; nefrektomi. — O. MICHAELSSON: Två fall af prostatahypertrofi behandlade med kastration. — F. BAUER: Om coxa vara. — HJ. VON BONSDORFF: Bidrag till frågan om operativ behandling af invetererad brott af lårbenshulsen. — ANDERS WIDE: Handbok i medicinsk gymnastik.

EILER HANSEN: De unge blinde i Danmark. — CHR. F. N:r 9 ss. 9—14. BENTZEN: Experimentelt Glavkom hos Kaniner og Kammer-vinklens Betydning for det intraokulære Tryk. — NORMAN HANSEN: En Skudlæsion. — E. SCHMIEGELOW: Endokraniel Komplikation under Forløbet af en Mellemøresuppuration. Trepanation. Helbredelse. — EMIL MÜLLER: Cystis peritonæi myxomatosa. — JENS SCHOU: Et Tilfælde af Underlivsaktinomykose helbredet ved Jodkalium. — MICHAEL RASMUSSEN: Om Brokinkarcination og taxis. — THORKILD ROVSING: Kastration ved Prostatahypertrofi. — J. ESCHEN: Om Behandlingen af tuberkuløs coxitis, særligt med Hensyn til Resultaterne efter konservativ Behandling og efter Resektion. — C. A. LARSEN: Spredte Bemærkninger fra Virksomheden på Amtssygehuset i Varde.

OVE MÜLLER RÉE: Undersøgelser af Øjet med et lysende Punkt. — GUSTAF AHLSTRÖM: lakttagelser öfver synförmå-gans utveckling hos en med godt resultat opererad 9-årig, blind-född flicka. — GORDON NORRIE: Om Forebyggelse af de så kaldte skrofulöse Oftalmier. — B. M. BEHRENTSEN: Et lidet Bidrag til SEXTONS Radikaloperation for Døvhed. — BARTHOLD CARLSON: Ett fall af gammal depression på hjärnskålen. — HJALMAR DAMM: Bidrag til Lären om den akute, så kaldte idiopatiska Retrofaryngealabsces hos Börn. — C. A. LJUNGREN: Om actinomycosis hominis och dess förekomst i södra Skåne. — MICHELSEN: Praktisk Notits om Udførelsen af Trakeotomi. — H. C. SLOMANN: Bidrag til Empyembehandlingen. — JOHN BERG: Om reftenskondrit. — PER SÖDERBAUM: Ett bidrag till behandlingen af traumatiska lesioner å tarmen. — EMIL MÜLLER: Extraabdominal Tarmresektion med fortsat extraperitonäal Behandling. — J. KAARSEBERG: Laparotomi og Desinvagination ved invaginatio ileo-coecalis subchronica. — H. MAAG: Laparotomi og Desinvagination ved invaginatio ileo-coecalis. — C. A. BLUME: Bemærkninger om Diagnose og Behandling af perforatio ventriculi et duodeni. — Beretninger til Kirurgkongressen i Kristiania 1895 om Radikaloperationen for Brok i Danmark, Finland og Sverige i Femåret 1890 — 1894. I. KR. POULSEN: Beretning fra Danmark, statistisk sammenstillet. II. M. V. AF SCHULTÉN: Bidrag från Finland till Nord. kirurgiska föreningens samforskning, rörande radikaloperation för bräck. III. J. BORELIUS: Bidrag från Sverige

till Nord. kirurgiska föreningens samforskning rörande radikal operation för bråck. — FR. RAMM: Om appendix og appendicitis. — G. NAUMANN: Kirurgisk kasuistik från Helsingborgs lasarett. — C. D. JOSEPHSON och A. VESTBERG: Ueber retroperitoneale Fettgeschwülste (Resumé). — C. D. JOSEPHSON och ARTUR VESTBERG: Om retroperitoneala fettsvulster. — FREDRIK ZACHRISSON: Ett fall af blåsdivertikel (dubbel blåsa?), som komplicerat en fimosis-operation. — A. EURÉN: Till behandlingen af prostatahypertrofi medelst exstirpatio testis. — F. KAIJSER: Ett fall af gangren å penis och scrotum. — P. PLUM: Om Efterbehandling ved reseccio coxæ. — ALRIK LINDH: Sammanställning af narkosstatistiken från de nordiska länderna för året 1 mars 1894 til 1 mars 1895. — Forhandlingerne ved Nord. kirurgisk Forenings 2det Møde i Kristiania 11—13 Juli 1895.

KR. POULSEN: Otitisk Temporalabsces. Resectio cranii. Hel- Nr 20 ss. 9—11. bredelse. — OSCAR BLOCH: Om spasmodisk torticollis, särlikt om dens Behandling med Operation på nervus accessorius Willisii. I Anledning af 2 Tillfälle, behandlade med Sträckning og Excision af nervus accessorius Willisii m. m. — V. MICHELSEN: Trakeotomihage. — D. FISCHER: Om hernia lineæ albæ och de s. k. preperitoneala lipomerna. — A. BERGSTRAND: Fall af njureysta; laparotomi, bälsa. — O. BLOCH: Et Tillfälle af Amputation af Nyren med Bemärkninger om Konservativisme ved forskellige Operationer på Nyren i kurativt Öjemed. — TH. R.: Hvilke Abscesser åbne sig fortrinsvis gennem umbilicus, og ad hvilke Veje tilføres Pusset? — KR. POULSEN: Et Tillfälle af periostitis tuberositatis tibiæ (Fodboldläsion). — H. MAAG: Et Tillfälle af periostitis tuberositatis tibiæ. — CAMILLUS NYROPS Etablissement: Instrumentväsen.

OLE BULL: Et Tillfälle af Amblyopie lunaire. — JOHAN > 25 > 11—14. HOLMSTRÖM: Till behandlingen af de suppurativa keratiterna. — H. ALLARD: En metod att behandla obliteration af tårgångens nasala mynning. — GUSTAF AHLSTRÖM: Om epycem i sinus frontalis. — IVAR SVENSSON: Öfver kolostomiens och exstirpationens områden vid behandling af rektalkarcinom. — ÅGE KLÉR: Et Tillfälle af en Tarmsten i et Coekalbrok. — A. BORNEMANN: Demonstration af Patienter med konservativt behandlede Patellarfrakturer. — A. ROSENBERG: To Tillfälle af Karbolgangrän. — E. A. TSCHERNING: Bort med Nikkelovertrukket på vore Stålinstrumenter.

O. HEIDENREICH: En »fortinnet cornea». — WILLE: Iritis. > 30 > 7—14. — S. G. L. RIBBING: Profstätt (glasögonstätt) vid refraktions- och synskärpebestämningarna. — A. LINDH: Polydipsi och polyuri. Depression af hjärnskålsben. Trepanation. — K. SCHILLER: Kirurgisk kasuistik. — A. LINDH: Ileusfall. — K. SCHILLER: Inkarceration af tunntarmen i fossa duodeno-jejunalis. — A. LINDH: Inklämdt brandigt kruralbråck. Tarmresektion. MURPHYS knapp. — F. KAIJSER: Kasuistik öfver å kgl. Serafimerlasarettet vårdade fall af malign njurtumör jämte några ord om dessa tumörers diagnostik. — O. BLOCH: Et Tillfälle af Amputation af Nyren med Bemärkninger om Konservativisme ved forskellige Operationer på Nyren i kurativt Öjemed. — H. GRÆVE: Om några fall af subfrenisk abscess. — G. EKEHORN: Bidrag till statistiken öfver kastration vid prostatahypertrofi. — TH. ROVSING: To Tillfälle af Testikelsarkom på travmatisk basis. — J. BORELIUS: Om aktinomykos i Blekinge. — P. LORENTZEN: Muskellidelse som Årsag til den juvenile Holdningskyfose. — ANTON VOGT: Panaritier hos vor Fiskeralmu.

— TH. ROVSING: Om Formaldehydets Anvendelighed i Kirur-
gien. — CAM. NYROPS Etablissement: Instrumentvæsen.

Psykiatri:

T. NERANDER: Bidrag till k nneedomens om de s. k. nega- N:r 4 ss. 20—21.
tionsid erna. Psykiatrisk studie. — CHR. GEILL: Nogle Bem r-
kninger angående den moderne Sindssygebehandling. —
GEORG SCHULDIHEIS: Om v rden och det rättsliga skyddet af
sinnessjuka, en vidr kning med dr ANTON NYSTR M.

C. LANGE: Om periodiske Depressionstilstande og deres Pato- > 9 > 14—16.
genese. — KNUD PONTOPPIDAN: To psykiatriske Afhandlinger.
— C. LANGE: Et Par Ord om den periodiske Depression.

G. BOLLING: Om användandet af sänghvilan f r behandling > 15 sid. 19.
af sinnessjuka.

HANS KAARSBERG: Om Satanismen. — JOHAN SCHARFFEN- > 25 > 14.
BERG: Et norsk Tilfælde af »Satanisme» fra 1664.

H. A. DEDICHEN: Hvad er Psykofysik? — C. G. ELLEFSEN: > 30 ss. 14—15.
Et Tilfælde af H jrn kontusion med sekund r, akut amentia og
D d. — GEILL: Om nogle nyere Hypnotikas Anvendelighed i
Sindssygebehandling.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar:

R. BERGH: Bidrag til Kundskab om Bet ndelse af glandula > 4 > 21—23.
vestibularis major (BARTHOLINI). — E. EHLERS: Spedalskheds-
spørgsmålet med særligt Hensyn til Island. — E. EHLERS:
Bem rninger angående det islandske Spedalskhedssp rgsm l.
— E. EHLERS: Rapport til Ministeriet for Island og Kultus-
ministeriet om min anden Expedition til Island for at studere
den spedalske Sygdom.

C. RASCH: Om papillomatosis universalis. — E. EHLERS: > 9 > 16—18.
Fortsatte Bidrag til Bedømmelser af den spedalske Sygdoms
 rsagsforhold. — A. AFZELIUS: Badbehandling vid hudsjuk-
domar.

P. HEIBERG: Stige og synke Antallene af D dsfald af gene- > 15 > 19—20.
rel Parese på St. Hans Hospital i Forhold til Svingningerne i
Antallene af Syfilitikere i K benhavn? — E. EHLERS: Brev til
Overl ge Dr. ARM. HANSEN. — G. ARM. HANSEN: Om Spe-
dalskhed. — EHLERS: Replik til Overl ge Dr. ARM. HANSEN.
— G. ARM. HANSEN: Korrespondance.

L. NIELSEN: Circinate syfilitiske Erytemer (Nevrosyfilider, > 20 > 11—13.
UNNA). — W. PETERSEN: Et Par Tilfælde af circinate syfili-
tiske Erytemer. — M. M LLER: 100 fall af urethritis gonor-
rhoica, behandlede enligt JANETS metod.

C. RASCH: Om Behandlingen af Syfilis med Injektioner af > 25 sid. 15.
uopløselige Kviks lvpr parater.

A. HASLUND: Malign Syfilis. — C. RASCH: Om den så- > 30 ss. 16—17.
kaldte difterioide Form af den simple Chanker på collum uteri.

Obstetrik och gynekologi:

TH. B. HANSEN: En literär Bem rkning om »F dsel ved for- > 4 > 23—24.
liggende bageste Isseben» o. s. v. — ENGSTRÖM: Fall af inter-
stitielt tubarhafvandeskap. — BOIJE: Bidrag till endometritens

etiologi och natur. — ENGSTRÖM: Öfvertaliga ovarier. — Diskussion inom Finska läkaresällskapet mellan hrr RONEBERG, HEINRICIUS och ENGSTRÖM angående nödvändigheten af försiktighet vid företagande af gynekologiska operationer å nevrasteniska patienter.

LEOPOLD MEYER: Vending på Hovedet ved ndvendige Hånd-N:r 9 sid. 18. greb.

J. KOBRO: Et Tilfælde af »misset abortion». — P. PRADON: » 15 ss. 20—23. Ett fall af »svåra förlossningar» behandladt med afmagringskur. — W. NETZEL: KÜSTNERS operation för uterusinversion. — A. O. LINDFORS: Ett fall af ventrofixatio uteri för prolaps; därefter hafvandeskap med lycklig utgång. — VILH. HEIBERG: Bemärkninger om retroflexio uteri og dens Behandling. — LEOPOLD MEYER: Om retroflexio uteri (med särligt Hensyn til Symptomer og Behandling). — AUGUST PETERSEN: Om det såkaldte maligne Deciduum. — G. NAUMANN: Kirurgisk kasuistik från Helsingborgs lasarett.

VIGGO ESMANN: Om Födselens Forløb ved medfödde og erhvervede (eikatricielle) Forsnævninger i vagina. — STADFELDT: Nogle Bemærkninger om Tangforløsninger med särligt Hensyn til Axetråktangen.

TH. B. HANSEN: Födsel 3 År efter en Symfyseotomi. — » 25 » 15—16. AAGE E. KLÆR: Den modificerede skotske Axe-tråktang.

C. M. ULLMAN: Intraabdominel blödning efter bristning af uteri peritonealbeklädnad under förlossning; död. — P. NEUMAN: Ett fall af inversio uteri incompleta med letal utgång. — K. A. WALTER: Några fall af mindre vanlig bäckenförträngning. — KR. BRANDT og E. RODE: Vaginal Hysterektomi med speciel Hensyn på Forcipressur-Metoden (PÉANS Operation). Et Bidrag til Lären derom.

Pædiatrik:

HIRSCHSPRUNG: Tilfælde af medfödt Tillukning af Spiseröret. — ROSING-HANSEN: Et Tilfælde af Cyanose og medfödt Hjärtefejl.

HIRSCHSPRUNG: Tilfælde af medfödt Forsnævring af Spiseröret. » 9 sid. 18.

O. MEDIN: Om den infantila paralsien, med særskild hänsyn till dess akuta stadium. » 15 » 24.

H. ADSESEN: Om syge Pattebörns Vægt. — HANSEN: Et Tilfælde af Bündelorm hos et spädt Barn. — TH. ROVSING: Om tuberkulös arthrititis og osteitis i den tidlige Barnealder.

P. SÖRENSEN: Om tænia encumerina hos Börn. — FRIIS: » 30 sid. 20. Tænia encumerina hos Börn.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi:

W. LAURÉN: Om inverkan af eter, alkohol och kloroform » 4 ss. 26—28.

på pepsin. — M. ELFSTRAND: Systematisk öfversikt öfver officinela blad. — T. DELPHIN och E. KÄLLSTRÖM: »Anatomisk undersökning af birötterna hos Hydrastis canadensis L.» — M. ELFSTRAND: Brasilianska och paraguayiska droger, medicinal- och hushållsväxter, hemförda till Riksmuseum af lektor C. LINDMAN och doktor G. MALME. — A. F. R. HALK: Om Tannigenet. — SOPIUS BANG: Madeira som Kursted.

J. BOCK: Experimentelle Undersøgelser over Kuliteintoxika- N:r 9 ss. 19—21.
tionen. — C. G. SANTESSON: Krämpfe und Crarewirkung. —
N. KULNEFF: Försök på kaniner med ättiketer, etyleter, alkohol
och blandning af ättiketer, atkohol och ättiksyra. — A. WIDE:
Om badformer och behandling vid Lysekils hafskuranstalter. —
A. WIDE: Kolsyrebadets tillredning och användning.

HJ. ANDERSON och E. KÄLLSTRÖM: »Folia uvæ ursi och » 15 » 24—25.
några deras förväxlingar». — F. LEVISON: Om nogle Lægemid-
ler, som i de senere År ere anbefalede ved Behandlingen af
Urinsyrekonkrementer og Gigt.

H. V. ROSENDAHL: Lærobok i farmakognosi, tredje hæftet: » 20 » 15—17.
Umbelliferae—Rubiaceæ. — J. MOBERGER och E. KÄLLSTRÖM:
Rhizoma Graminis och några dess förväxlingar. — H. ENELL:
Om beredning och pröfning af etylbromid. — A. F. RASMUS-
SEN HALK: Et flydende Järnpreparat. — KARL HEDBOM: Om
vissa gifters inverkan på det isolerade och öfverlevande dägg-
djurs hjärtat. — S. V. RIETZ: Om kurmedlen vid Ronneby
hälsobrunnar samt deras indikationer.

IVAR BANG: Nogle Bemærkninger om Brødet i Diäten ved » 25 » 19—20.
diabetes mellitus. — CHR. GEILL: Om Kloralexanternet. — G.
DJÖRUP: Et heldigt forløbet Tilfælde af Forgiftning med klor-
surt Kali. — AXEL JOHANNESSEN: Et Tilfælde af dødelig for-
løbende Petroleumforgiftning hos et 2 År gammelt Pigebarn.

W. LAURÉN: Om särskiljaude af äkta och falsk stjärnanis. » 30 » 20—21.
— CHR. GRAM: Kreosotkarbonat (Guajakolkarbonat) og dets
Anvendelse ved Lungetuberkulos (med Diskussion). — J. C.
HOLM: Vestfossens alkalisk-muriatiske Svorkilde.

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

JUL. PETERSEN: EDWARD JENNER og Vævinationen. — » 4 » 28—32.
GEILL: Om Kursus for Embedslæger og Oprettelsen af en
Fysiksexamen. — Flytningen af det kgl. Frederiks Hospital,
Fødselsstiftelsen og de lægevidenskabelige Institutioner. — E. M.
HOFF: Dr. GEILL om de færøske Embedslæger. — GEILL: De
færøske Embedslæger. — RÖRDAM: Om Distriktslægeembedernes
Besættelse. — E. M. HOFF: Færøske Embedslæger. — JOH.
MÖLLER: Den civile Medicinallovgivning i Kongeriget Danmark.
— Den almindelige danske Lægeforenings 23de Møde. — E. M.
HOFF og J. CARLSEN: Medicinalberetning for Kongeriget Dan-
mark for 1893. — BENCKE: Supplement til min Afhandling:
Om de hygiejniske og sanitære Forhold i Hvidovre Sogn. —
NILS ENGLUND: Desinfektionsåtgærder på landsbygden. — NILS
ENGLUND: Om formaldehyden. — A. P. WESTERBERG: Bes-
krifning öfver nya lasarettet i Falköping. — THURE HELL-
STRÖM: Om diagnosticerandet af difteri.

GEILL: Retsmedicinsk Kasuistik. — En Abortsag for en » 9 » 22—27.
Krigsret. — BÖCHER: Om obligatorisk Ligsyn ved Læger. —
Forandringer ved medicinsk Examen. — Den almindelige dan-
ske Lægeforenings 23de Møde, afholdt i Köbenhavn den 29 og
30 Avg. 1895. — C. WALLIS: Läkarekonstens ställning till
skolhygien. — Sygekassenspektörens Indberetning til Inden-
rigsministeriet om de anerkendte Sygekassers Virksomhed i
1894. — HASLUND: I Anledning af Flytningen af det Kgl.
Frederiks Hospital, Fødselsstiftelsen og de lægevidenskabelige
Instituter. — MYGIND og Red.: Bemærkninger i Anledning
af den nye Plan til det Kgl. Frederiks Hospitals Flytning.

— Opførelsen af en ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. — P. S. LANDELIUS: Hælsøvrdsanordninger i ett mindre samhälle. — CHR. JÜRGENSEN: Det hygiejniske Bageri. — A. ULRIK: Kritisk Anmeldelse af fornævnte Arbejde. — CHR. JÜRGENSEN: Bemærkninger i Anledning af Kredsläge ULRIKS Anmeldelse. — I. C. GERNER: Skrofuløse Börns Ophold i Suogebæk i Året 1895. — Sanatorier for brystsyge. — POUL HEIBERG: Er Differens Intensitet i Köbenhavn under konstante »ydre Forhold» konstant eller varierende? — JUL. PETERSEN: Variolation og Vaccination. — M. SIMON: Förslaget till nytt vaccinationsreglemente. — FABIAN ROSSANDER: Till vaccinations- och immunitetsfrågan. — K. LINROTH: Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera.

E. M. HOFF: Den civile Medicinallovgivning i 1894. — Nr 15 ss. 25—29.
E. M. HOFF: Det kgl. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1894. — Dansk Sundhedstidende. — JUL. LEHMANN: Sundhedsvedtægterne i 1895. — *Red.*: Om Besättelsen af Overlægebembeder ved Kommunens Hospitaler. — J. HOLM og *Red.*: Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. — HOLSTEIN: Den ny Hospitalsbygning på Fredkrisberg. — T. M. TRAUTNER: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor Köbenhavn. — J. CARLSEN: Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1874. — ENGELSTED: Om Samfundets Beskyttelse mod Prostitution og veneriske Sygdomme. — RINGBERG: Studier over parotitis epidemica's Opträden i Danmark. — SCHLOTFELDT: Tuberkulosespørgsmålet. — SÖREN-HANSEN: Om Lungesvindotens Dødelighed i Köbenhavn. — K. F. ANDVORD: Studier over Tuberkulosis Forekomst i Norge.

H. RÖRDAM: Professor PONTOPPIDAN på Finansloven. — » 20 » 18—20.
WINDE: Tysk Ugenerthed. — Dr. Y.: Om Indiskretion på Apoteker. — AXEL HERTEL: Om Sundhedsforholdene i de højere Skoler i Norge og et sagkyndigt Tilsyn med Skolerne. — Födehemmet. — SÖREN HANSEN: Aborterne og Anmeldelsespligten. — N. P. SCHIERBECK: Om Formaldehyds Anvendelse til Desinfektion. — KARSTEN: Om Vandklosetters Indførelse i Köbenhavn. — GIERSING: Dr. S. ENGELSTED og den lovhjemlede Prostitution. — ENGELSTED: Replik. — E. EHLERS: Bidrag til Diskussionen af Prostitutionsspørgsmålet. — K. C.: Sukkersygens geografiske Udbredelse.

FRANÇOIS HARBITZ: Et Tilfælde af tetanus fra retsmedicinsk Standpunkt. — EDM. H. GRUT: Om Konkurrence. — TH. R.: Om Konkurrence. — EDM. H. GRUT: Svar til Hr. Dr. TH. ROVSING i Konkurrencespørgsmålet. — EDM. H. GRUT: De to sidste Professorbesättelser i det medicinske Fakultet. — *Medlem af medicinsk Forening*: Åbent Brev til Fakultetet. — ÖRUM: Lägernes Fordeling i Köbenhavn. — ERIK HOLST: Meddelelser om Ringköbing Amts Fonds Udgifter til Sygebehandling og Sygehuse i Årene 1885—94. — —S, G. BORCH, FALBE HANSEN: Livsforsikring uden Helbredsattest. — C. WALLIS: Läkarekonstens ställning till skohygienen. — E. ALMQUIST: Lärobok i skohygien för seminarier, skolråd, lärare m. fl. — AXEL ULRIK: Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne. — AXEL ULRIK: Skolehygiejnen og Fällesskolen. — Svenska läkaresällskapetets fest till hundraårsminnet af vaccinationens upptäckt af JENNER. — JUL. PETERSEN: Kopper og Koppeindpodning. — E. W. DAHLGREN: Förteckning öfver svenska skrifter angående smittkopper, inokulation och vaccination. — M. SIMON: Förslaget till nytt vaccinationsreglemente. — BONDESEN: Meddelelser fra den kongel. Vaccinationsanstalt. — H. THEORELL:

Förbättringar vid centraluppvärmning med varm luft. — P. L. LANDELIUS: Hälsovårdsanordningar i ett mindre samhälle. — THURE HELLSTRÖM: Epidemiskjukhusets betydelse för Stockholms hälsovård. — THURE HELLSTRÖM: Mortaliteten för Stockholms epidemiskjukhus 1895. — S. ENGELSTED: Om Kysthospitalet — en Berigtigelse. — IVAR ANDERSSON: Några ord om formalinets användning såsom desinfektionsmedel för boplingsrum. — NILS ENGLUND: Genmäle till d:r I. ANDERSSONS föredrag om formalin. — *Red. af Hosp.-Tidende*: Gratis Desinfektion mod Tuberkulose. — WITTRUP: D:o d:o. — JACOBY: D:o d:o. — E. W. WRETLLIND: Om tuberkulosen i Sveriges städer 1891—93 och om profylaktiska åtgärder mot den samma. — E. ALMQUIST: Huru bör mjölkförsäljningen från hygienisk synpunkt lämpligen ordnas? — IVAR ANDERSSON: Kan skarlakansfebersmitta spridas genom mjölk? — K. LINROTH: Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera. — C. E. WALLER: Några af karantänssystemets fördelar och brister. — EDV. LAURENT: Några iakttagelser om scarlatina. — G. HELLSTRÖM: Aktinomykosens förekomst hos människan i Sverige.

G. RASCH; Om Kappadokeren ARETIOIS's Levetid og For- N:r 30 ss. 22—25.
fatterskab. — JUL. J. WIBERG: WILLIAM HARVEY og Opdagelsen af Blodets Cirkulation. — Kgl. Resolution af 25 Marts 1896 om Examensprøve i anatomisk Dissektion. — K. KABELL: Er en over hele Landes ensartet Taxt for almindeligt Lægearbejde nopnåelig? — H. HANSEN: Findes der nogen Egn i Danmark, der kan byde særlige meteorologiske Betingelser for Anlæg af et Sanatorium for Lungesyge? — P. D. KOCH: Et Redningshjem for Alkoholister ved København. — CARLSEN: Om vore sydlige Øer og Sydkysten af Fyen, nogle medicinsk-topografiske Oplysninger. — H. P. ÖRUM: Staden Københavns medicinale Budget for 1896. — BERGWALL: Sjuksköterskor för landsbygden. — K. LINROTH: Stockholms hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1895. — H. BENCKERT: Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1895. — Förste provinsialläkarnes årsberättelser för 1895: AUG. BERLIN för Stockholms län; E. BJÖRKMÄN för Vestmanlands län; H. SÖRMAN för Malmöhus län; P. SÖDERBERG för Hallands län; A. E. GOLDKUHL för Kronobergs län; F. NYLANDER för Gefleborgs län; AUG. SJÖBLOM för Vesternorrlands län. — NILS ENGLUND: Hälso- och sjukvårdens ställning inom Fjällsjö provinsialläkaredistrikt. — J. ALMKVIST och K. SONDÉN: Om handelspris och näringsvärde hos några vllmännare födoämnen. — H. P. ÖRUM: Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne. — JENS SCHOU: D:o d:o. — AXEL HERTEL: D:o d:o. — G. SUNDBÄRG: Dödligheten inom åldern 5—10 år i Sverige. — J. KJELLBERG: Nativitet, mortalitet och dödsorsaker i Karlskrona samt i Sveriges samtliga städer 1875—1892. — P. SILFVERSKJÖLD: Motarbetandet af smittosamma sjukdomars spridande genom skolorna. — AUF. HÆFFNER: Om smittkopporna inom Göteborgs provinsialläkaredistrikt år 1893.

Berättelser från sjukvårdsanstalter:

Beretning om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl. Födels- og Plejestiftelse for Året 1894—95. — H. W. AF SCHULTÉN: Årsberättelse för år 1893 från kirurgiska sjukhuset i Helsingfors. — Tiårs Beretning om Polikliniken i København for Ubemidlede 1884—1894. — Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1894. — De Kellerske Andssvageanstalter 1 April 1894 til 1 April 1895. — 36te

Beretning om Åndssvageanstalten på Gl. Bakkehøns og Ebberød-
gård for Året 1 April 1894 til 31 Marts 1895. — 32te Beret-
ning om den danske Diakonissestiftelses Virksomhed, omfat-
tende Tidsrummet 1 Jan. til 31 Dec. 1894.

Beretning om Virksomheden ved Dronning Louises Børne- N:r 20 ss. 20—21.
hospital og ved de med samme forbundne offentlige Polikli-
niker i Året 1895. — KLEE: Beretning om Silkeborg Vand-
kranstalt for 1895. — FLÖYSTRUP: Beretning fra den mediko-
pnevmatiske Anstalt for 1895.

Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter > 25 > 27—28.
i 1895.

Beretning om Kong Frederik d. VII:s Stiftelse for hjælpel- > 30 ss. 25—26.
løse og forladte Pigebørn, især af Almuen, for Året 1895. —
Foreningen »Det røde Kors». Tyvende Årsberetning. —
SCHEPELERN: Kysthospitalet på Refsnæs. 20de Årsberetning
for 1895.

Militær hælsovård:

EDW. EDHOLM: JAROMIR MUNDY. — EDW. EDHOLM: RO- > 4 > 36—42.
BERT SCHULTZ. — EDW. EDHOLM: Några anteckningar om
Gustaf II Adolf. — EDW. EDHOLM: Återblick på Svenska
militärläkareföreningens 20-åriga verksamhet 1875—1895. —
CARL FLENSBURG: Några undersökningar öfver den s. k. transi-
toriska albuminurins prognos. — GORDON NORRIE: Undersögelse
af värnepligtiges Syn. — EDW. EDHOLM: Om belysning af
slagfält efter strid. — B.: En Cyklebære. — JOHAN KIER:
Garnisonssygehuset i Köbenhavn. — HANS DAÆ: Lidt om
udenlandske Kaserneforhold. — FRITZ NETZLER: XI. medi-
cinska kongressen i Rom 1894. — GUSTAF MODIGH: Utdrag
ur reseberättelse från Österrike, Italien och Tyskland. — CARL
ROSSANDER: Om medicinens och särskildt militärmedicinens
utveckling och ställning i Indien. — EDW. EDHOLM: Från
kriget mellan Japan och Kina.

BREUNING-STORM: »Det røde Kors» og Søkrigen. — VOGEL- > 15 > 29—30.
LIUS: Om Brugbarheden af de värnepligtiges Fodtøj. — JOHAN
KIER: En ny Kasernebadanstalt i Köbenhavn.

J. FIBIGER: Oversigt over Virksomheden ved det bakterio- < 20 > 21—22.
logiske Laboratorium ved Köbenhavns Garnisonssygehus i Årene
1891—1895. — LAUB: Sundhedstilstanden og Sundhedstjæ-
nesten under Kantonnementsøvelserne 1895. — DAHLERUP:
To Skudsår. — N. P. SCHIERBECK; Om kromgarvet Läder
til militært Fodtøj. — CHARLOTTE NORRIE f. HARBOU: Eng-
elsk Sygepleje under Krigsforhold.

BONDESEN: Sundhedsvisitationerne i Hären. — AXEL PAUL- > 30 > 26—28.
SEN: Om Sundhedsvisitationernes Formål, Form og Anvendelse.
CHARLOTTE NORRIE: Det røde Kors. — J. BONDESEN: Hvilke
Regler have de militære Läger at følge ved Kassationsvedteg-
ning om, hvor vidt en under Tjänesten pådragen Läsion eller
Sygdom bör betegnes som fremkaldt ved den militäre Tjäneste?
Diskussion om samme Ämne.

BORELIUS, J.: Om aktinomykos i Blekinge	N:r 30 s. 13.
BORNEMANN, A.: Demonstration af Patienter med konservativt behandlede Patellafrakturer	25 » 13.
BRANDT, KR. og E. RODE: Vaginal Hysterektomi med speciel Hensyn på Forcypressur-Metoden (Péans Operation). Et Bidrag til Læren derom	30 » 18.
BREUNING-STORM: »Det røde Kors» og Sökrigen	15 » 29.
BRUN: Serumterapiens Resultater på Epidemisygehuset i Esbjerg	4 » 9.
BULL, OLE: Et Tilfælde af amblyopie lunaire	25 » 11.
BULL, STORM: Lumbalpunktion	25 » 9.
BÄCKLIN, E.: Om betydelsen af enteroptos	30 » 6.
BÖCHER: Om obligatorisk Ligsyn ved Läger	9 » 23.
CARLSEN, J. og E. M. HOFF: Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1893	4 » 29.
» Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1874	15 » 27.
» Om vore sydlige Öer og Sydkysten af Fyen, nogle medicinsk-topografiske Oplysninger	30 » 23.
CARLSON, BARTHOLD: Ett fall af gammal depression på hjärnskålen	15 » 11.
Compte-rendu du traité Tome XXVIII, No 1	N:r 5 ss. 1—2.
Comptes-rendus des traités Tome XXVIII, Nos 6 à 8	10 » 1—8.
» » » » » 11, 12, 13	16 » 1—6.
» » » » » 17 et 19	21 » 1—3.
» » » » » 22 et 24	26 » 1—7.
» » » » » 27 et 28	31 » 1—4.
DAAE, HANS: Lidt om udenlandske Kaserneforhold	N:r 4 s. 40.
DAHLERUP: To Skudsår	20 » 22.
DAHLGREN, E. W.: Förteckning öfver svenska skrifter angående smittkoppor, inokulation och vaccination	25 » 24.
DAMN, HJALMAR: Bidrag til Læren om den akute, såkaldte idiopatiske Retrofaryngealabsces hos Börn	15 » 11.
DEDICHEN, H. A.: Hvad er Psykofysik?	30 » 14.
DELPHIN, T. och E. KÄLLSTRÖM: »Anatomisk undersökning af birötterna hos Hydrastis canadensis L.»	4 » 26.
Diskussion inom finska läkaresällskapet mellan hrr Runeberg, Heinricius och Engström angående nödvändigheten af försiktighet vid företagande af gynekologiska operationer å nevrasteniska patienter	4 » 24.
DJÖRUP, G.: Et heldigt forløbet Tilfælde af Förgiftning med klorsurt Kali	25 » 19.
EDGREN, J. G.: Försök med digitalinum cristallisatum såsom hjärntoniserande och diuretiskt medel	9 » 5.
EDHOLM, EDW.: Jaromir Mundy	4 » 36.
» Robert Schultz	4 » 36.
» Några anteckningar om Gustaf II Adolf	4 » 37.
» Återblick på svenska militärläkareföreningens 20-åriga verksamhet 1875—95	4 » 37.
» Om belysning af slagfält efter strid	4 » 38.
» Från kriget mellan Japan och Kina	4 » 41.
EHLERS, E.: Spedalskhedsspörgsmålet med särskildt Hensyn til Island	4 » 22.
» Bemärkningar angående det islandske Spedalskhedsspörgsmål	4 » 22.

EHLERS, E.: Rapport til Ministeriet for Island og Kultusministeriet om min anden Expedition til Island for at studere den spedalske Sygdom	Nr 4 s. 22.
» Fortsatte Bidrag til Bedømmelser af den spedalske Sygdoms Årsagsforhold	» 9 » 16.
» Brev til Overlæge Dr. Arm. Hansen	» 15 » 19.
» Replik til Overlæge Dr. Arm. Hansen	» 15 » 19.
» Bidrag til Diskussionen af Prostitutionsspørgsmålet	» 20 » 20.
EKEHORN, G.: Bidrag till statistiken öfver kastration vid prostatahypertrofi	» 30 » 12.
ELFSTRAND, M.: Systematisk öfversikt öfver officinela blad	» 4 » 26.
» Brasilianska och paraguayiska droger, medicinal- och hushållsväxter, hemförda till riksmuseum af lektor C. Lindman och doktor G. Malme	» 4 » 27.
ELLEFSEN, C. G.: Et Tilfælde af Hjernekontusion med sekundär, akut amentia og Död	» 30 » 14.
ENELL, H.: Om beredning och pröfning af etylbromid	» 20 » 15.
ENGELSTED: Om Samfundets Beskyttelse mod Prostitution og veneriske Sygdomme	» 15 » 27.
» Replik. Diskussion om Prostitutionsspørgsmålet	» 20 » 20.
» Om Kysthospitalet — en Berigtigelse	» 25 » 25.
ENGLUND, NILS: Desinfektionsåtgärder på landsbygden	» 4 » 30.
» Om formaldehyden	» 4 » 30.
» Genmåle till dr I. Anderssons föredrag om formalin	» 25 » 25.
» Hälso- och sjukvårdens ställning inom Fjällsjö provinsialläkaredistrikt	» 30 » 24.
ENGSTRÖM, OTTO: Recidiverande appendiciter, behandlade med extirpation af appendix under fri melantilid	» 4 » 16.
» Fall af interstitiellt tubarhafvandeskap	» 4 » 23.
» Öfvertaliga ovarier	» 4 » 24.
ESCHEN, J.: Om Behandlingen af tuberkulös coxitis, särskilt med Hensyn til Resultaterne efter konservativ Behandling og efter Resektion	» 9 » 12.
ESKELIN, KAROLINA: Studier öfver tarminvagination	» 4 » 15.
ESMANN, VIGGO: Om Födselens Forløb ved medfödde og erhvervede (cikatricielle Fornævninger i vagina)	» 20 » 13.
EUREN, A.: Till behandlingen af prostatahypertrofi medelst extirpatio testis	» 5 » 17.
FABER, K.: Intermitterende Leverfeber uden icterus	» 9 » 3.
» De anämiske Tilstande og Behandlingen af disse efter deres Natur	» 20 » 5.
FIBIGER: Om Fejlslutninger ved bakteriologisk Difteridiagnostik	» 9 » 7.
» Oversigt over Virksomheden ved det bakteriologiske Laboratorium ved Københavns Garnisonssygehus i Årene 1891—1895	» 20 » 21.
FISCHER, D.: Om hernia lineæ albæ og de s. k. preperitoneala lipomerna	» 20 » 9.
FLENSBURG, CARL: Några undersökningar öfver den s. k. transitoriska albuminurins prognos	» 4 » 38.
Flytningen af det Kgl. Frederiks Hospital, Födselsstiftelsen og de lägevidenskabelige Institutioner	» 4 » 28.
FLÖYSTRUP: Vore sädvanlige akute Infektionssygdommes Komplikationer, Fölgesygdomme og disses Patogenese	» 20 » 5.
» Beretning fra den medikopnevmatiske Anstalt for 1895	» 20 » 21.
Forandringer ved medicinsk Examen	» 9 » 23.

Forhandlingerne ved Nord. kirurgisk Förenings andet Møde i Kristiania 11—13 Juli 1895	N:r 15 s. 18.
FRIS: Tænia cucumerina hos Börn	> 30 > 20.
Födehjemmet	> 20 > 19.
GEILL, CHR.: Nogle Bemærkninger angående den moderne Sinds- sygebehandling	> 4 > 20.
> Om Kursus for Embedslæger og Oprettelsen af en Fysikatsexamen	> 4 > 28.
> De färöske Embedslæger	> 4 > 29.
> Retsmedicinsk Kasuistik	> 9 > 22.
> Om Kloralexantemet	> 25 > 19.
> Om nogle nyere Hypnotikas!Anvendelighed i Sinds- sygebehandling	> 30 > 15.
GERNER, I. C.: Skrofulöse Börns Ophold i Snogebäk i Året 1895	> 9 > 25.
GIERSING: Dr. S. Engelsted og den lovhjemlede Prostitution	> 20 > 20.
GRÆVE, H.: Om några fall af subfrenisk abscess	> 30 > 12.
GRAM, CHR.: Kreosotkarbonat (Guajakolkarbonat) og dets An- vendelse ved Lungetuberkulos (med Diskussion)	> 30 > 21.
GRUT, EDM. H.: Om Konkurrence	> 25 > 22.
> Svar til Hr Dr. Røvsing i Konkurrencespørgs- målet	> 25 > 22.
> De to sidste Professorsbesættelser i det medi- cinske Fakultet	> 25 > 22.
HÆFFNER, AUG.: Om smittkopporna inom Göteborgs provinsial- läkaredistrikt år 1893	> 30 > 25.
HALK: Om akut sekundär hepatitis och perihepatitis	> 4 > 7.
> Om Tannigenet	> 4 > 27.
> Den Fleinerske Oljeindhäldning ved kronisk Tyktarms- katarr	> 25 > 8.
HANMARSTEN, OLOF: Några ord om olikheterna mellan kvinno- mjölk och komjölk	> 4 > 1.
> Om pentosuri	> 4 > 1.
> Om parakaseinets förhållande till löpe	> 25 > 1.
> Om de lösliga kalksalternas betydelse för blodets koagulation	> 25 > 1.
HANSEN: Et Tilfælde af Bändelorm hos et spädt Börn	> 25 > 17.
HANSEN, ARM. G.: Om Spedalskhed	> 15 > 19.
> Korrespondance	> 15 > 20.
HANSEN, EILER: De unge blinde i Danmark	> 9 > 9.
HANSEN, FALBE, —S, G. BORCH: Livsforsikring uden Helbreds- attest	> 25 > 23.
HANSEN, H.: Findes der nogen Egn i Danmark, der kan byde særlige meteorologiske Betingelser for Anlæg af et Sanatorium for Lungesyge?	> 30 > 23.
HANSEN, NORMAN: En Skudläsion	> 9 > 10.
HANSEN, SÖREN: Aborterne og Anmeldelsespligten	> 20 > 19.
HANSEN, TH. B.: En literär Bemærkning om »Födsel ved forlig- gende bageste Isseben» o. s. v.	> 4 > 23.
> En ejendommelig Epidemi af gastroenteritis	> 9 > 3.
> Födsel 3 År efter en Symfyseotomi	> 25 > 15.
HARBITZ, FRANÇOIS: Om Appendicitens patologiske Anatomi og Ätiologi	> 25 > 3.
> Et Tilfælde af tetanus fra retsmedicinsk Standpunkt	> 25 > 21.
HASLUND, A.: I Anledning af Flytningen af det kgl. Frederiks Hospital, Födselsstiftelsen og de lägevidenska- belige Institutioner	> 9 > 24.
> Malign Syfilis	> 30 > 16.

- HEDBOM, KARL: Om vissa gifters inverkan på det isolerade och öfverlevande däggdjurshjärtat N:r 20 s. 16.
- HEIBERG, POUL: Et Difteriens Intensitet i Köbenhavn under konstante »ydre Forhold» konstant eller varierende? » 9 » 25.
- » Stige og synke Antallene af Dödsfald af generel Parese på St. Hans Hospital i Forhold til Svingningerne i Antallene af syfilitikere i Köbenhavn? » 15 » 19.
- HEIBERG, WILH.: Bemærkninger om retroflexio uteri og dens Behandling » 15 » 21.
- HEIDENREICH, O.: En »fortinnet cornea» » 30 » 7.
- HEINRICIUS, G.: Njurtuberkulos; nefrotomi; nefrektomi » 4 » 18.
- HELLSTRÖM, G.: Aktinomykosens förekomst hos människan i Sverige » 25 » 26.
- HELLSTRÖM, THURE: Om diagnosticerandet af difteri » 4 » 7.
- » » » » » » » 4 » 31.
- » Diferistatistik från Stockholms nya epidemisjukhus 1894 » 4 » 8.
- » Om blodserunterapien mot difteri på Epidemisjukhuset i Stockholm » 9 » 6.
- » Mortaliteten vid Stockholms epidemisjukhus 1895 » 25 » 10.
- » » » » » » » 25 » 25.
- » Epidemisjukhusets betydelse för Stockholms stad » 25 » 25.
- *HENSCHEN, S. E.: Akut disseminerad ryggmärgsskleros med nevrut efter difteri hos ett barn (med en taffla och en zinkotypi) N:r 22 ss. 1—24.
- HERTEL, AXEL: Om Sundhedsforholdene i de højere Skoler i Norge og et sagkyndigt Tilsyn med Skolerne N:r 20 s. 18.
- » Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne » 30 » 24.
- HERTZ, P.: Om det såkaldte myxoma eller pseudomyxoma peritonæi » 4 » 5.
- » Undersøgelser over topografiske Forhold i Bughulen, samt Betragtninger over Åtiologien af ulcus ventriculi og Terapien af samme » 15 » 2.
- HERTZ, ROLF: Nogle Bemærkninger i Anledning af Dr. Larsens Artikel om kronisk Difterit » 9 » 7.
- HIRSCHSPRUNG: Tilfælde af medfødt Tillukning af Spiserøret » 4 » 25.
- » Tilfælde af medfødt Forsnævring af Spiserøret » 9 » 18.
- HOFF, E. M.: Dr. Geill om de färöske Embedsläger » 4 » 29.
- » Färöske Embedsläger » 4 » 29.
- » og J. CARLSEN: Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1893 » 4 » 29.
- » Den civile Medicinallovgivning i 1894 » 15 » 25.
- » Det kongel. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1894 » 15 » 25.
- HOLM, J. og Red.: Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg » 15 » 26.
- » Vestfossens alkalisk-muriatiske Svovlkilde » 30 » 21.
- HOLMSTRÖM, JOHAN: Till behandlingen af de suppurativa keratiterna » 25 » 11.
- HOLST, ERIK: Meddelelser om Ringköbing Amts Fonds Udgifter til Sygebehandling og Sygehuse i Årene 1885—1894 » 25 » 23.
- HOLST, P. F.: Et Tilfælde af pyo-pneumothorax med diffust Hudemfysem efter Punktion af Empyemet » 15 » 6.
- HOLSTEIN: Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg » 15 » 26.
- HOLSTI, H.: Akut lungödem vid hjärtlidande, behandladt med venesektion » 4 » 5.
- » Ett fall af septisk peritonit med gysam utgång » 4 » 9.

- KLEE: Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1895 . . . N:r 20 s. 20.
 » Tre Diabetikere behandlede med Hydroterapi og Diæt ved Silkeborg Vandkuranstalt . . . » 25 » 7.
- KLEEN, EMIL A. G.: Digestionen, æmnesomsætningen og næringsbehovet ved diabetes . . . » 9 » 4.
- KOBRO, J.: Et Tilfælde af »missed abortion» . . . » 15 » 20.
- KOCH, P. D.: Kvakksalveri og ischias . . . » 15 » 5.
 » Et Tilfælde af Epilepsi, behandlet med Trepanation . . . » 20 » 4.
 » Et Redningshjem for Alkoholister ved København » 30 » 23.
- *KRABBE, H.: Forekomsten af Bændelorme hos Mennesket i Danmark. 100 nye Tilfælde . . . N:r 19 ss. 1—12.
- KROGIUS, ALI: Om operativ behandling af tumører i fovea media cranii . . . » 4 » 12.
- KULNEFF, N.: Försök på kaniner med ättiketer, etyleter, alkohol och blandning af ättiketer, alkohol och ättiksyra . . . » 9 » 21.
 » Primär septikemi och s. k. cellig pnevmoni . . . » 20 » 7.
- KÄLLSTRÖM, E. och T. DELPHIN: »Anatomisk undersökning af birötterna hos Hydrastis canadensis L.» . . . » 4 » 26.
 » och J. MOBERGER: Rhizoma Graminis och några dess förväxlingar . . . » 20 » 15.
- KÄLLSTRÖM, E. och HJ. ANDERSSON: Folia uvæ ursi och några deras förväxlingar . . . » 15 » 24.
- *KÖSTER, H.: Om primär dermatomyositis acuta & chronica N:r 18 ss. 1—74.
 » Multipla sarkom med egendomlig fördelning och symptom af pseudobulbärparalysi . . . N:r 30 s. 2.
 » Ett fall af diplegia spastica cerebialis . . . » 30 » 4.
 » och K. SCHILLER: Hjärtumör; trepanation; förbättring för en tid . . . » 30 » 4.
 » Ett bidrag till behandlingen af pseudoleuchæmia lienalis . . . » 30 » 5.
- LAACHE: Kliniske Iagttagelser om tetanus . . . » 25 » 7.
- LANDELIUS, P. S.: Hälsovårdsanordningar i ett mindre samhälle » 9 » 24.
 » » » » » » » » » 25 » 25.
- LANGÉ, C.: Om periodiske Depressionstilstande og deres Patogenese . . . » 9 » 14.
 » Et Par Ord om den periodiske Depression . . . » 9 » 15.
 » Nervepatologiske Notitser . . . » 15 » 4.
 » Diskussion . . . » 15 » 4.
- LANGGAARD: Et mistænkeligt Sygdomstilfælde . . . » 4 » 10.
- LARSEN, C. A.: Spredte Bemærkninger fra Virksomheden på Amtssygehuset i Varde . . . » 9 » 13.
- LARSEN, G.: Endnu et Par Ord om kronisk Difterit . . . » 9 » 7.
- LAUB: Sundhedstilstanden og Sundhedstjänesten under Kantonnementsövelserne 1895 . . . » 20 » 21.
- LAURÉN, W.: Om inverkan af eter, alkohol och kloroform på pepsin . . . » 4 » 26.
 » Om särskiljande af äkta och falsk stjärnanis . . . » 30 » 20.
- LAURENT, EDV.: Några iakttagelser om scarlatina . . . » 25 » 26.
- LEHMANN, JUL.: Sundhedsvedtægterne i 1895 . . . » 15 » 26.
- LENNMÄLM, J.: Om sjukdomar, som bero på föreställningar, och som botas genom föreställningar . . . » 15 » 4.
- LEVISON, F.: Om nogle Lægemedler, som i de senere År ere anbefalede ved Behandlingen af Urinsyrekonkrementer og Gift . . . » 15 » 24.
 » Om Depressionstilstandes Forhold til Urinsyre . . . » 20 » 5.
- LINDFORS, A. O.: Ett fall af ventrofixatio uteri för prolaps; därefter hafvandeskap med lycklig utgång . . . » 15 » 21.

PLUM, P.: Om Efterbehandling ved resectio coxæ	Nr 15 s. 18.
PONTOFFIDAN, KNUD: To psykiatriske Afhandlinger	» 9 » 15.
POULSEN, KR.: Et Tilfælde af purulent Sinustrombose efter kronisk otitis media. Åbning af sinus. Helbredelse	» 4 » 13.
» Otitisk Temporalabscess. Resectio cranii. Helbredelse	» 20 » 8.
» Et Tilfælde af periostitis tuberositatis tibiæ. (Fodboldlæsion).	» 20 » 10.
PRADON, P.: Ett fall af »svåra förlossningar», behandladt med afmagring	» 15 » 20.
Provinsialläkarnes årsberättelser för 1895	» 30 » 24.
PÄTIÄLÄ, F. J.: Beiträge zur Ätiologie und dem Krankheitsbilde der Hyperchlorhydrie und Hypersekretion	» 4 » 6.
R., TH.: Hvilke abscesser åbne sig fortrinsvis gennem umbilicus, og ad hvilke Veje tilføres Pusset?	» 20 » 10.
» Om Konkurrence	» 25 » 22.
RAHLFF, A.: Nye Arbejder over Tyfusbacillen og bacterium coli commune	» 15 » 2.
RAMM, FR.: Om appendix og appendicitis	» 15 » 15.
RANDERS, EINAR: Kighostens »Initialstadium» og dens Behandling	» 25 » 9.
RASCH, C.: Om papillomatosis universalis	» 9 » 16.
» Om Behandlingen af Syfilis med Injektioner af uopløselige Kviksølvpræparater	» 25 » 15.
» Om den s. k. difteroid Form af den simple Chancker på collum uteri	» 30 » 16.
» Om Kappadokeren Aretoios's Levetid og Forfatter-skab	» 30 » 22.
RASMUSSEN, HALK, A. F.: Et flydende Järnpræparat.	» 20 » 16.
RASMUSSEN, MICHAEL: Om Brokinkarceration og taxis.	» 9 » 12.
Red.: Kneippkuren	» 9 » 8.
» og MYGIND: Bemærkninger i Anledning af den nye Plan til det kgl. Frederiks Hospitals Flytning	» 9 » 24.
» Om Besættelsen af Overlægeembeder ved Kommunens Hospitaler	» 15 » 26.
» og J. HOLM: Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg	» 15 » 26.
Red. af Hosp. Tid.: Gratis Desinfektion mod Tuberkulose	» 25 » 25.
RÉE, OVE MÜLLER: Undersøgelser af Øjet med et lysende Punkt Resolution, kgl. af 25 Marts 1896 om Examenprøve i anatomisk Dissektion	» 30 » 28.
RIBBING, S. G. L.: Profstall (glasögonsstall) vid refraktions- och synskärpebestämningarna	» 30 » 8.
RIETZ, S. V.: Om kurmedlen vid Ronneby hälsobrunnar samt deras indikationer	» 20 » 17.
RINGBERG: Studier over parotitis epidemica's Optræden i Danmark	» 15 » 27.
RODE, E. og KR. BRANDT: Vaginal Hysterektomi med speciel Hensyn på Forcippresur-Metoden (Péans Operation). Et Bidrag til Læren derom	» 30 » 18.
ROSENBERG, A.: To Tilfælde af Karbolgangrän	» 25 » 13.
ROSENDAHL, H. V.: Lærobok i farmakognosi	» 20 » 15.
ROSIING-HANSEN: Et Tilfælde af Cyanose og medfødt Hjærtedefejl	» 4 » 25.
ROSSANDER, CARL: Om medicinens och särskildt militärmedicinens utveckling och ställning i Indien	» 4 » 41.
ROSSANDER, FABIAN: Till vaccinations- och immunitetsfrågan	» 9 » 26.
ROVSING, THORKILD: Kastration ved Prostatahypertrofi	» 9 » 12.

- *ULRICH, CHR.: Om Tyrosin i Menneskets Urin samt et nyt
Kendemærke på Tyrosin. Med 1 Tavle. Nr 11 ss. 1—16.
- » » » » » Nr 25 s. 2.
- » » » » » » 30 » 6.
- ULRICH, JOHAN: Undersøgelser over Kæveledet hos Mennesket
med særligt Hensyn til de mekaniske For-
hold » 30 » 1.
- ULRIK, A.: Kritisk Anmeldelse af Chr. Jürgensens Arbejde
»Det hygiejniske Bageri» » 9 » 25.
- » Kontagiøse Tilfælde af epidemisk Gulsot » 20 » 6.
- » Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne » 25 » 23.
- » Skolehygiejnen og Fællesskolen » 25 » 24.
- VERMEHREN: Glandula thyreoidea's Betydning for Stofskiftet » 30 » 5.
- VESTBERG, ARTUR och C. D. JOSEPHSON: Om retroperitoneala
fettsvulster . . . » 4 » 18.
- » » » » » » 15 » 17.
- » » » » » Ueber retroperitone-
ale Fettgeschwülste » 15 » 17.
- VOGELIUS: Om Brugbarheden af de värnepligtiges Fodtøj . . . » 15 » 29.
- VOGT, ANTON: Panaritier hos vor Fiskeralmue . . . » 30 » 13.
- VOGT, H.: Dicephalus dibrachius . . . » 15 » 1.
- *WADSTEIN, EMIL: Ein Fall von Scleroderma diffusa.
1 Tafel Nr 29 ss. 1—8.
- WALLER, C. E.: Några af karantänsystemets fördelar och
brister Nr 25 s. 26.
- WALLGREN, AXEL: Ett fall af trombos af vena cava inferior » 4 » 3.
- WALLIS, C.: Läkarekonstens ställning till skolhygien » 9 » 23.
- » » » » » » 25 » 23.
- WALTER, K. A.: Några fall af mindro vanlig bäckenförträng-
ning » 30 » 18.
- *WELANDER, EDWARD: Postconceptionelle syphilitische Infec-
tion gegen das Ende der Schwanger-
schaft Nr 3 ss. 1—10.
- WESSEL, C.: Om den akute primäre polymyositis . . . » 9 » 7.
- » Om Leukocyter » 25 » 3.
- WESTERBERG, A. P.: Beskrifning öfver nya lasarettet i Fal-
köping » 4 » 31.
- WETTERSTRAND, OTTO G.: Om behandling af kronisk morfin-,
opium-, kokain- och kloralintoxi-
kation med hypnos och suggestion » 20 » 1.
- v. WEYMORN, EDV.: Fall af tarmvred, två gånger operatift be-
handladt hos samma person; hälsa. Ka-
snistiska meddelanden från länssjukhuset
i Wiborg » 4 » 15.
- WIBERG, JUL.: William Harvey og Opdagelsen af Blodets
Cirkulation » 30 » 22.
- WIDE, ANDERS: Handbok i medicinsk gymnasiik . . . » 4 » 19.
- » Om badformer och behandling vid Lysekils hafs-
kuranstalter » 9 » 21.
- » Kolsyrebadets tillredning och användning . . . » 9 » 21.
- » Handbok i medicinsk gymnastik . . . » 25 » 11.
- WIDMARK, JOHAN: Om kokain och desinfektion af ögat vid
staroperationer » 4 » 12.
- WILLE: Iritis » 30 » 8.
- WINDE: Tysk Ugenerthed » 20 » 18.
- WITTRUP: Gratis Desinfektion mod Tuberkulose . . . » 25 » 25.
- WRETLIND, E. W.: Den patologiska spermatorréns etiologi,
patogenes och terapi » 9 » 8.

WRETLIND, E. W.: Om tuberkulosen i Sveriges städer 1891—93 och profylaktiska åtgärder mot den samma Nr 25 s. 26.	
Y., Dr.: Om Indiskretion på Apoteker	» 20 » 18.
ZACHRISSON, FREDRIK: Ett fall af blåsdvertikel (dubbel blåsa?), som komplicerat en fimosis-operation »	15 » 17.
ÅHMAN, C. G. och I. JUNDELL: Om renodling af gonococcus Neisser	25 » 4.
ÖRUM: Lägernes Fordeling i Köbenhavn	» 25 » 22.
» Staden Köbenhavns medicinale Budget for 1896	» 30 » 23.
» Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne	» 30 » 24.

Om den infantila paralysien, med särskild hänsyn till dess akuta stadium.

Af

Prof. Dr. O. MEDIN

i Stockholm.

Med 7 autotypier.

Öfversikt af innehållet.

	Sid.
Inledning och historik	1
Kasuistik	
I. Epidemien år 1887	10
II. Sporadiska akuta fall åren 1888—94	29
III. Epidemien år 1895	30
Öfversikt.	
I. Om etiologien	41
II. Om symptomen och förloppet under det akuta stadiet	49
1. De allmänna febersymptomen	49
2. Lokalisationen i nervsystemet	53
poliomyelitis anterior sid. 53, — polyneuritis s. 55, ataxia s. 57, poliomyelitis bulbi s. 60, poliencephalit. s. 68, blandningsformer s.	69
3. Om prognosen.	70
III. Patologiska anatomen i det akuta stadiet	71
Den makroskopiska: tecken till allm. infektion s. 72, förändringar i hjärnan s. 72, i ryggradskanalen och ryggmärgen s. 73	
Den mikroskopiska: inflammationen i främre hornet s. 74, degenera- tionen i gangliecellerna s. 75, i nervtrådsnätet i hornet s. 76, sekundär degeneration i sidosträngarna s. 76, i de motoriska nerverna s. 76, processens patogenes s. 77, dess utbredning i nervsystemet s. 78, i bulbens kärnar s. 79.	
IV. Om diagnosen	80
V. Om terapien.	83

Inledning och historik.

Nästan hvarje läkare har väl sett ett eller annat fall af orubbligt kvarstående förlamning, som hastigt uppkommit i den tidiga barndomen, och som kännetecknas icke blott af den slappa förlamningen utan äfven af den höggradiga atrofien i muskulaturen, af kyla och cyanos i huden, genom frånvaron af senreflexer och misställningar på extremiteter, klumpfot t. ex., och i hvilka fall af förlamning retbarheten för den faradiska strömmen alldeles utslocknat. Förlamningen kan hafva träffat

olika muskler eller olika muskelgrupper i olika fall. Oftast är det i de undre extremiteterna, som vi finna den, men icke håller armarna, ja ej ens bålens muskler, skonas. Fall af förlamning och atrofi i deltoideus och i öfverarmens muskler, som erbjuda de ofvan uppräknade kännetecknen, äro af samma slag. Hvilka muskler som hälst må vara förlamade, uppkomst-sättet och kardinalsymptomen äro alltid de samma. Det kan icke råda något tvifvel om samhörigheten af dessa förlamningsfall, hvad sjukdomsbegreppet beträffar, och den, som en gång för sig klargjort den kliniska bilden, kan ej taga miste på denna åkomma, hvar han än möter henne. Detta kan man på goda grunder säga för det närvarande, då kunskapen om nervsjukdomarna står så högt och genom våra dagars kliniska undervisning blifvit jämförelsevis lätt tillgänglig. Också kan nevrologen nu för tiden med några ord göra klart för oss, att orsaken till den åkomma, hvars bild jag ofvan skizzerat, är att söka i sjukliga förändringar, som träffat gangliecellerna i de främre grå ryggmärgshornen. Det är icke så särdeles länge, som alt detta varit så enkelt och klart. En blick på historien om den infantila paralysien vittnar härom. Låtom oss helt hastigt ögna på några af hennes äldsta blad och på några af de viktigaste. Literaturen är visserligen tämligen lätt tillgänglig och erbjuder icke så litet af intresse, men det skulle gagna till intet att vara vidlyftig, och jag vill undvika detta, i synnerhet som min afsikt ingalunda är att skriva någon monografi öfver den infantila paralysien utan att redogöra för egna rön och de nya synpunkter, från hvilka sjukdomen kan betraktas.

Det är visserligen brukligt att börja historien med en engelsk läkare UNDERWOOD, *Treatise on the diseases of children*, London 1784, men jag har ej lyckats få se denna bok. Däremot har jag i min hand den fjärde upplagan af UNDERWOODS arbete utkommen 1799, och i denna finnes ett kapitel om paralyti eller palsy, hvarur framgår, att U. iakttagit fall af förlamning hos barn. Beskrifningen är ytterst knapphändig, och man kan ej förstå, om han syftar på något särskildt slag af förlamning, ännu mindre om han afsett verklig infantil paralyti. Något om förlamningar hos barn lär ock nämnas af en annan engelsman SCHAW uti en afhandling med titel *Nature and treatment of the distortions* o. s. v., 1822, men detta arbete har jag ej sett. Säkert synes vara, att dessa iakttagelser af UNDERWOOD och SCHAW ej tilldrogo sig någon uppmärksamhet.

En tredje engelsk läkare, BADHAM, blef lyckligare i detta hänseende. Uti *London medical journal 1836* beskriver han fyra fall, i hvilka man mycket väl känner igen infantila paralsien och han säger efteråt: »Hvad är orsaken till denna förlamning? Hvari består den? Hvad är att göra däremot?» Han uppmanar läkare i alla länder att meddela sina åsikter och sin erfarenhet härom. Det var denna BADHAMS uppsats, som föranledde den framstående ortopeden JACOB HEINE i Canstatt att egna sin särskilda uppmärksamhet åt detta slag af förlamningar, och det blef först af honom, som den medicinska vetenskapen riktades med en epokgörande afhandling med titel, *Beobachtungen über Lähmungszustände der unteren Extremitäten und deren Behandlung*, Stuttgart 1840. Det är således icke förr än detta år, som vi kunna säga, att den infantila paralsien verkligen var känd såsom en särskild och egendomlig åkomma. HEINE hade redan 1840 samlat en stor erfarenhet, han redogör för 28 fall af typisk infantil paralsi, af hvilka 27 intresserade de nedre extremiteterna och endast ett en af de öfre, vänstra armen. Äfven detta sista, ehuru enastående, räknar H. med rätta till samma slag af förlamningar. HEINE klargör redan nu åtskilliga af hufvuddragen i den kliniska bilden, såsom förlamningens uppkomst i tidiga barndomen ur ett akut stadium, den slappa förlamningen, atrofien och kylan i extremiteten och i synnerhet deformiteterna, hvilka särskildt intresserade honom såsom ortoped. Något fall i det akuta stadiet hade H. aldrig observerat. HEINE uttalar ock som sin åsikt, att den egentliga sjukdomsprocessen har sitt säte i ryggmärgen, och han anför till stöd härför dels symptombilden, dels de iakttagelser, som andra (OLLIVIER, HUTIN) hade gjort vid liköppningar. HEINE fäster mera afseende vid vätskeansamlingen i ryggmärgskanalen än vid den atrofi af själfva ryggmärgen, som man hade konstaterat i ländansvällningen (HUTIN). I Frankrike äro RILLIET och BARTHEZ de första som nämna något om denna sjukdom. De skildra den mycket knapphändig i 1843 års upplaga af sin *Traité des maladies des enfans* med ledning af engelska uppgifter (BADHAM, KENNEDY (Dublin medical press 1841) samt på grund af en egen rätt bristfällig observation af ett fall, som gick till döden genom pnevmoni ett par månader efter förlamningens uppträdande. De sågo ingenting abnormt i ryggmärgen vid obduktionen af detta barn; de kalla sjukdomen *paralysie essentielle de l'enfance* och tro, att det icke finnes någon anatomisk

lesion på nervsystemet vid denna åkomma. I en uppsats uti *Gazette médicale* 1851 vidhåller RILLIET både namnet och åsikten om sjukdomens essentiella natur. RILLIET kände dock HEINES afhandling och hade tydligen studerat den; han hade ock att tillgå engelska erfarenheter (KENNEDY, WEST m. fl.) samt hade samlat egen sådan. Hans beskrifning på sjukdomen är utförlig, om icke fullt så naturtrogen som HEINES var. I sin uppfattning af sjukdomens natur såsom essentiel och utan förändringar i ryggmärgen ställer han sig på en lägre ståndpunkt, än den HEINE intagit redan 1840. RILLIETS uppsats ingick sedermera såsom ett kapitel om paralsien, eller närmare definierad såsom *paralysie essentielle*, uti RILLIET och BARTHEZ' handbok af år 1853 och stiftade genom författarnes erkända auktoritet i vida kretsar mycken oreda i uppfattningen af sjukdomens natur och patologiska anatomi. Ännu i slutet af 1870-talet hörde jag den infantila paralsien demonstreras på vår pediatrika klinik såsom essentiel pares i RILLIETS anda. År 1855 utkom af DUCHENNE (*de Boulogne*) det klassiska arbetet *L'Électrisation localisée* och uti detta egnar han i sjunde kapitlet af arbetets fjärde del en utförlig artikel åt den infantila paralsien, som han kallar *paralysie atrophique graisseuse de l'enfance*.¹⁾ DUCHENNE tecknade sjukdomsbilden i det atrofiska stadiet med skärpa, tydligt framhållande dess kardinala tecken, så att föga har varit att tillägga sedan dess. Han visade den stora betydelsen af den faradiska strömmens användning för såväl diagnosen som äfven för prognosen, då det i ett tidigare stadium gäller att skilja de muskler, som snart förlora sin faradiska elektromuskulära kontraktilitet, och som alltid skola blifva förlamade, från dem, som åter bevarat denna egenskap, och som kunna återfå sin funktionsförmåga. DUCHENNE lägger mycken vikt på den stora upptäckt han gjorde, att då dessa atrofiska förlamade muskler upphört att svara på den faradiska retningen, de cerebrala paralsierna alltid däremot fortfara att göra så. Af analogien mellan symptomen, förloppet och slutresultatet vid den infantila paralsien och dem vid paralsier i följd af en känd, t. ex. travmatisk, lesion på ryggmärgen, drog DUCHENNE den slutsatsen, att den förra formen af paralsi måste hänföras till någon sjukdom i ryggmärgen, »den må nu vara märkbar eller icke vid nekroskopian.» DUCHENNE

¹⁾ Äfven offentliggjord i *Gazette hebdomadaire* 1855.

hade aldrig sett något fall i det akuta stadiet, det tidigaste en månad efter insjuknandet, och hade ej varit i tillfälle att göra någon postmortal autopsi.

I den nya upplagan af sitt arbete, som JACOB VON HEINE utgaf 1860, under titeln *Spinale Kinderlähmung*, kan han räkna med en statistik på 158 fall af infantil paralyse och lemnar en liflig och i sina många olika faser mycket naturtrogen beskrifning på det atrofiska stadiet. Icke håller vid denna tid synes något akut fall hafva kommit till HEINES observation, och han kunde icke håller nu med något patologisk anatomiskt faktum bevisa åkommans spinala ursprung. Utom den vikt han lägger vid temperaturnedsättningen i den lama extremiteten, kan jag icke finna något nytt af större intresse i HEINES andra arbete, utöfver hvad DUCHENNE redan hade lärt oss.

Viktiga kliniska rön, som funnit sin fulla tillämpning på den spinala infantila paralysien, äro ERBS lära om degenerationsreaktionen för den galvaniska strömmen samt ERBS och WESTPHALS upptäckt af knäfenomenet och den vid vissa ryggmärgssjukdomar upphäfdade patellarsenreflexen. För öfrigt hafva de tillägg, som blifvit gjorda på de sista 35—40 åren, gällt mindre väsentliga detaljer. Den kliniska bilden hade HEINE och DUCHENNE (de Boulogne) fullbordat.¹⁾

Dessa utmärkta forskare, som så grundligt lärde oss känna sjukdomsbilden, ansågo visserligen båda på goda grunder, att den infantila paralysiens orsak vore att söka i en sjuklig process uti ryggmärgen, men ingen af dem kunde lemna det patologisk anatomiska beviset för denna sin uppfattning. Detta framlades först af CORNIL, då CHARCOTS assistent, 1864 i Société de Biologie i Paris.²⁾ Men CHARCOT och CORNIL hade endast lagt märke till atrofien uti de främre grå ryggmärgshornen och i de främre sidosträngarna. De förbisågo det viktigaste eller förändringarna uti och förintelsen af de motoriska gangliecellerna. Detta visades för första gången af VULPIAN och PREVOST 1866, som funno, att de flesta ganglieceller hade försvun-

¹⁾ En mycket utförlig monografi, *Spinale Kinderlähmung* von Dr. A. SEELIGMÜLLER finnes intagen uti Gerhardt, *Handbuch der Kinderkrankheiten*, bd. V., *afd. I, II.*, Tübingen 1880.

De bästa och mest tidsenliga monografierna torde vara af PIERRE MARIE dels uti hans *Leçons sur les maladies de la moelle*, Paris 1892, dels uti *Traité de Médecine* 1894.

²⁾ CHARCOT: *Leçons sur les maladies du système nerveux* 1877.

nit i det främre hornet uti det segment af ryggmärgen, som svarade mot de atrofierade musklerna. Frånsedt mindre viktiga bidrag, blef det CHARCOT, som tillsammans med sin assistent JOFFROY 1870 lemnade den bästa och hittills gällande beskrifningen på förändringarna i ryggmärgen vid gamla fall af infantil paralyti. De funno i ett sådant fall, att gangliocellerna dels voro degenererade, dels hade alldeles försvunnit på somliga ställen, och att nevroglia där också var sklerotiskt atrofierad; men det fans emellertid ställen, där förändringen i cellerna var den enda, nevroglia i det närmaste oförändrad. Vidare iakttago CH. och J. atrofien i de främre sidosträngarna och i de främre nervrötterna, hvilka förändringar de antogo vara sekundära. CHARCOT uppkonstruerade den ursprungliga akuta sjukdomen i ryggmärgen till en inflammatorisk process, som i första rummet angrep och förstörde de motoriska gangliocellerna, lemnande de andra förändringarna en underordnad och sekundär betydelse. Sjukdomen borde altså från patologisk-anatomisk synpunkt betecknas såsom en tephromyelitis eller poliomyelitis anterior acuta, hvilket namn ofta användts under de senare decennierna såsom namn på sjukdomen. CHARCOT själf kallar den infantil paralyti. Äfven kunde CH. och J. konstatera öfverensstämmelsen mellan den patologiska processens utbredning i ryggmärgen och utbredningen och atrofien i musklerna. Många forskare hafva bidragit att belysa detaljerna i den mikroskopisk-patologiska anatomen, men det vore öfverflödigt att nämna alla dessa, då jag kan hänvisa till en föregående uppsats uti Nord. Med. ark., bd XX, nr 22, där RISSLER lemnar en utförlig redogörelse härför. Det är i denna uppsats, *zur Kenntniss der Veränderungen des Nervensystems bei poliomyelitis anterior acuta*, som RISSLER beskriver sina mikroskopiska undersökningar af 5 fall, af hvilka tre afidit i det akuta stadiet, en 21-årig kvinna och tvänne barn, öfver hvilka senare utförliga sjukhistorier och obduktionsberättelser återfinnas i min härnedan meddelade kasuistik. Då jag längre fram kommer att redogöra för de patologisk anatomiska förändringarna i det akuta stadiet, skall jag också kasta en återblick på resultaten af RISSLERS undersökningar.

Efter RISSLER hafva GOLDSCHIEDER, REDLICH, SIEMERLING, och DAUBER¹⁾ varit i tillfälle att göra mikroskopiska under-

¹⁾ VON KAHLDEN. Centralbl. f. allg. Path. u. p. Anat., 1894, nr 17.

sökningar på fall, som dött i akuta stadiet och funnit i hufvudsak samma förändringar som RISSLER.

Försök som på sista åren blifvit gjorda, först af H. ROGER 1891 ¹⁾ med modifierade kulturer af erysipelas-kokker, sedan af GILBERT och LION ²⁾ med bacillus coli samt af THOINOT och MASSELIN ³⁾ med bacillus coli och staphylococcus aureus, att på kaniner framkalla en poliomyelitis anterier med förlamning och atrofi i bakre extremiteterna hafva ej direkt samband med den infantila paralysien, men dock ett visst intresse för diskussionen om sjukdomens etiologi, hvartill jag återkommer längre fram i min afhandling.

Till slut några ord om STRÜMPELLS insats i läran om den infantila paralysien. Redan DUCHENNE (de Boulogne) 1855 och HEINE 1860 hade gjort oss bekanta med den cerebrala spastiska hemiplegien hos barn. Den har sedan blifvit mångfaldiga gånger observerad och beskrifven, och det har småningom blifvit tydligt, att äfven denna form af förlamning, ehuru i symptomen från nervsystemet så olik den spinala paralysien, i många fall uppkommer efter ett kort feberstadium. Samma anmärkning gäller den akuta polynevriten; äfven vid denna sjukdom beskrifves ofta ett akut stadium, hvartill sälla sig de för denna åkomma egendomliga symptomen af rubbningar i nervsystemet. I en installationsföreläsning i Leipzig 1884 ⁴⁾ yttrar STRÜMPELL på tal om orsakerna till olika sjukdomar i nervsystemet: »Efter alt detta kan det sättas i fråga, om icke den på rent anatomiska grunder hittills gjorda skilnaden mellan neuritis, poliomyelitis och akut infantil encephalitis är konstlad. Oss synes den tanken vara värd mycken uppmärksamhet, att uppfatta de nämnda affektionerna från en gemensam etiologisk synpunkt och betrakta dem blott såsom olika lokaliserade manifestationer af samma eller åtminstone mycket nära besläktade sjukdomsfrön.» Det låg en genial uppfattning till grund för detta af STRÜMPELL framställda spörsmål, hvilket dock ännu icke blifvit fullt uredt. Min kausistik skall lemna viktiga, ja, afgörande bidrag till dess besvarande.

I samma föredrag uttalar STRÜMPELL den förmodan, att dessa nu nämnda sjukdomar äro att uppfatta såsom infektions-

¹⁾ I Société de Biologie 1891. Annales de l'Institut Pasteur 1892.

²⁾ eft. ROGER.

³⁾ Revue de médecine, juni 1894.

⁴⁾ Deutsch. Arch. f. Klin. Med., bd XXXV.

sjukdomar i detta ords vanliga betydelse. Han tror detta ex analogia, något annat bevis för sin tro kan han ej lemna. Denna uppfattning om den infantila paralysiens natur har nog hos mången mognat till öfvertygelse under det sista decenniet, men altjämt på grund af analogien med andra bättre kända infektionssjukdomar. Man har saknat patologisk anatomiska observationer, som kunde lemna ett afgörande svar. Vid tvänne autopsier i det akuta stadiet har jag funnit svaret äfven på denna fråga.

Enligt FREUD och RIE¹⁾ skall VIZIOLI redan 1880 hafva framhållit likheterna uti utvecklingen och förloppet mellan spinal infantil paralyse och cerebal infantil hemiplegi, men VIZIOLIS uttalanden i en afhandling på italienska språket hafva icke blifvit beaktade i den tyska literaturen och i den franska först af PIERRE MARIE 1892²⁾.

Vid den Internationela medicinska kongressen i Berlin 1890 redogjorde jag i korthet för min erfarenhet från en epidemi af infantil paralyse i Stockholm 1887, och finnes mitt då hållna föredrag, öfversatt till svenska, intaget i Hygiea, band 52, s. 567. Jag var vid ofvan nämnda tillfälle bunden af de stadgade tjugu minuterna för min framställning, hvilken också blef tämligen knapphändig. Jag har sedan märkt i den utländska literaturen, att innehållet i mitt föredrag är mycket ofullständigt känt. I de digra kongressförhandlingarna tycks det icke blott ligga begravet utan äfven vara glömdt. Den svenska publikationen i Hygiea vet man åtminstone, att den finnes till, men för utländska forskare och författare är den icke tillgänglig på grund af det för dem obegripliga språket. De referat af mitt korta meddelande, som varit synliga i utländska arbeten, hafva vittnat om misstroende angående riktigheten af mina observationer och om obekantskap med mina åsikter. Ja, mången vill icke riktigt tro, att det var infantil paralyse, som jag observerade i Stockholm 1887, utan någon helt annan sjukdom (förut okänd?) Jag har därför länge varit besluten att i en fullständigare framställning redogöra för mina iakttagelser och mina åsikter angående den infantila paralysien med särskild hänsyn till dess akuta stadium. Men om erfarenheten från 1887 års epidemi än kunde vara

¹⁾ Beitr. z. Kinderh. v. KASSOWITZ, 3 häft., Wien 1891.

²⁾ Leçons sur les maladies de la moelle. Paris 1892.

tillräcklig för att belysa och besvara vissa spörsmål, medger jag å andra sidan, att den behöfde kompletteras i åtskilliga hänseenden för att vara verkligen bevisande. Jag har visserligen sett många fall af infantil paralyti sedan 1887, de flesta af det vanliga slaget, men också åtskilliga med betydliga avvikelser från den vanliga symptombilden. Jag är själf öfvertygad om, att dessa senare fall äro identiska med de vanliga från etiologisk synpunkt, men jag ville också öfvertyga andra därom. Då sjukdomsfallen såsom vanligt förekommit sporadiskt under åren 1888—1894, så fattades mig en viktig länk i bevisningskedjan, nämligen det samtidiga uppträdandet af ett större antal fall, hvars samhörighet ligger i en klarare dag. Jag har därför trott, att detta material af sporadiska fall från de nyss nämnda sju åren icke skulle hjälpa mig mycket att öfvertyga dem, som tviflade. Men då jag under innevarande år åter haft tillfälle att iakttaga en epidemisk utbredning af infantil paralyti i Stockholm och dess omgifningar, och då jag härunder samlat ett ganska värdefullt material, egnadt att sprida ljus öfver sjukdomens skiftande former och dess växlande utbredning i nervsystemet, så anser jag mig nu hafva tillräckliga bevis på hand och vill icke längre uppskjuta den redogörelse, som jag härmed lemna till publikation uti Nord. med. arkiv i den underförstådda afsikten att därefter offentliggöra den samma på franska språket.

För att det, som är nytt och ovanligt i mina observationer, verkligen skall blifva tillgängligt för dem som intressera sig för frågan, om hvad som kan förstås med infantil paralyti och hvad som får räknas dit, och för att visa, att de mindre vanliga fallen naturligt och bestämdt knyta sig till de förut kända och erkända, så har jag ansett det vara af vikt att först och främst meddela en någorlunda utförlig kasuistik. Ingenting är ju värderikare för forskningen än observationerna själfva. Med dem framför ögonen kunna andra bäst bedöma deras värde och afgöra, om mina slutsatser äro riktiga eller ej. Jag skall därför i den kommande kasuistiken meddela samtliga fall, som jag under epidemierna observerat, såväl de ovanligare som äfven dem, hvilka erbjudit den förut väl kända bilden af spinal infantil paralyti. Jag anser det alldeles nödvändigt, att dessa tagas med i redogörelsen, ty först därigenom blir det möjligt att lemna en klar föreställning om sambandet mellan dessa och de atypiska sjukdomsfallen.

Jag vill försöka att göra sjukhistorierna så korta som möjligt och endast taga med de delar af anteckningarna, som belysa sjukdomsfallen med hänsyn till den infantila paralysien. Uti de fall, där sällsynta symptom förekommit eller förloppet varit ovanligt, har jag ansett det nödigt att göra utdragen ur journalerna utförligare eller meddela dem någorlunda in extenso. Jag har varit angelägen att om dem meddela, hvad jag kan, och gäller detta framför alt de fall, där sådana symptom förekommit, som enligt vanliga begrepp icke svara mot hvarandra, och där det är mindre lätt att göra sig en föreställning om lokalisationen i nervsystemet. Om de vanliga fallen med de väl kända symptomen bör det vara nog att redogöra för 1:o, att de inträffat, och 2:o, när de inträffat.

Jag kommer att ordna sjukhistorierna i kasuistiken efter den tidsföljd, i hvilken barnen insjuknat, då jag tror att läsaren härigenom får den bästa öfverblicken öfver epidemiernas gång. De allra flesta fall har jag observerat på den pediatriiska kliniken och polikliniken, blott ett fåtal i min enskilda praktik, 3 under 1887 års epidemi och ett under hösten 1895.

Kasuistik

I. Epidemien år 1887.

De första fem fallen hade samtliga karakteren af vanlig infantil paralyse. De tre första kunna ej räknas till den egentliga epidemien.

1. Flicka E. L., 2 år 4 mån., Thulegat. 13. Insjuknade $\frac{12}{5}$, observerades första gången $\frac{29}{6}$.

Ingen feber eller allmänt illamående observerades före förlamningens uppträdande.

Diagnos: *Paralysis infantilis muscul. tib. ant. dx.*

2. Flicka S. A. F., 1 år 9 mån., Surbrunnsgat. 30. Insjuknade i maj. Observerad $\frac{26}{11}$. Feber, värk i benen, paraplegia inferior. *Typisk spinal infantil paralyse.*

3. Gosse K. O. G., 10 mån., Westmannagat. 60. Insjuknade $\frac{1}{6}$. Observerades första gången $\frac{1}{10}$. Feberstadium med förlamning i alla fyra extremiteterna. $\frac{1}{10}$ Paraplegia inferior.

Typisk spinal infantil paralyse.

4. Gosse Fr. C., 2 år 3 mån.. Bollhusgränd 1 B. Insjuknade $17/7$. Observerades $28/7$.

Fyra dagars feberstadium. Paraplegia infer.
Typisk spinal infantil paralyti.

5. Gosse E. T., 6 mån., Kocksgat. 28. Insjuknade $17/7$. Observerades första gången $17/8$.

Åtta dagars feberstadium, kräkningar och diarré. Lika med föregående.

Paraplegia inferior.

6. Flicka A. S. G., 3 år, Östra Varfsgat. 4. Insjuknade $1/8$. Obs. $10/8$.

Fyra dagars feberstadium, svårt att gå, *häftiga smärtor i benen*, stor ömhet, *tålde ej att man tog i benen*, kunde på tredje dagen ej stödja på dem, har varit kinkig, orolig och skrikig om nätterna; *någon kontraktur*; förlamningen i benen skall hafva tilltagit efter feberns upphörande.

$10/8$. Lindrig kontraktur i höft- och knäleder, men i vänstra benet, vid palpation af muskulatur och nervstammar stark smärta, ringa hudhyperestesi å benen. Försöker man ställa barnet på golvet, vika benen undan, hon kan dock stödja något litet på det högra, om man håller i henne. Patellarreflex endast till höger. Partiel EaR.¹⁾ Plantarreflexer finnas, men svaga, bukreflexer tydliga. Sensibiliteten tyckes ingentades nedsatt. Afföring trög.

$18/8$. Kontrakturen borta, benen ligga raka och slappa, ömheden minskad, kan stödja något äfven på det vänstra benet, patellarreflex äfven på detta. EaR i båda benen.

$18/8$. Ömheten borta, rörligheten tilltager.

$2/10$. Under bruket af galvanism har rörligheten fullständigt återkommit. Barnet friskt.

Diagnos: Paralytia infantilis, närmare bestämdt *polyneuritis acuta*.

7. Gosse H. Rehn, 3 år, Odensgat. 8, insj. $9/8$, obs. $14/8$.

Feber en dag, kräktes, var dåsig och grinig några dagar. Paraplegia inferior, muskulaturen något öm, för öfrigt vanliga symptom af *spinal infantil paralyti*.

$9/10$. Oförbättrad.

Jämför detta fall, n:r 7, med fallet 10.

Följande fall, n:r 8, visar ganska bestämdt, att en infantil paralyti kan uppträda under formen af en enkel facialisparalyti.

8. Gosse F. A. L. A., 4 år, Humlegårdsgatan 6, insj. $9/8$, obs. $26/8$.

Hade i början af juni lindrig mässling, för öfrigt alltid frisk, aldrig haft öronlidande. Sjuknade den 9 augusti med frossbrytningar

¹⁾ = Entartungsreaktion.

och feber, blef mycket dåsig, ville bara sofva, var reilig till lynnet, en natt ett par dagar efter insjuknandet häftiga skrik; morgonen därpå var gossen lam i högra ansiktshalfvan.. Förstoppning.

^{13/s}. Laxativ. Ingen förlamning i extremiteter eller annorstädes i kroppen kunde någonsin förmärkas i hemmet.

^{26/s}. Friskt präktigt barn. Ingen förlamning i extremiteter, bål, ögon, tunga eller på annat ställe. *Endast den högra n. facialis är förlamad såväl i öfre som nedre grenen*, högra ögat kan ej slutas, munnen drages på sned åt vänster. Högra ansiktshalfvan = EaR: faradisk ström på nerven = 0, på muskl. = 0, (på vänstra sidan lifliga reaktioner), galvanisk ström: 8 elem., h. nerv. = 0 (reaktion på vänstra sidan), på muskl.: 10 elem., KSR = 0 (på vänstra sidan liflig reaktion), ASR = svag ryckning.

Diagnos: *Paralysis infantilis, monoplegia facialis.*

9. Flicka N. N., 9 mån., fr. St. Essingen, insj. ^{11/s}, obs. ^{18/s}.

Ingen feber observerad, endast dåsig. ^{12/s} v. arm paralyserad. ^{18/s} förlamning i deltoideus och öfverarmen kvarstående.

Följande fall, n:r 10, har ett synnerligen stort intresse. Gossen är broder till n:r 7. Vi hafva således här exempel på, att två syskon uti hemmet nästan samtidigt angripas af infantil paralyse. Den äldre brodern, n:r 7, erbjöd en fullkomligt vanlig sjukdomsbild. Fallet n:r 10 åter är mycket märkligt, i ty att här visade sig jämte en vanlig paralyse i extremiteterna en pares så väl i facialis som i oculomotorius.

10. Gosse C. A. A. Rehn, 1 år 4 mån., Odensgat. 8, insj. ^{13/s}, obs. ^{15/s}.

Barnet, broder till n:r, 7 som hade insjuknat den 9 augusti. Förut fullt frisk. Den ^{13/s} dåsig, den 14:de på morgonen paretisk i benen, på middagen samma dag vänstersidig facialis pares. Fortfor att vara dåsig, suckade ofta och djupt, på morgonen den 15:de ett gällt skrik. Ej visat några symptom för öfrigt tydande på meningit.

^{15/s}. Barnet somnolent, väckes lätt, men tyckes ej känna igen någon i omgifningen, återfaller genast i sömn, suckar djupt emellanåt, ansiktsfärgen blek, växlar ej färg. Trousseau'ska streck kunna ej framkallas. Sensibiliteten bibehållen, ingen hyperestesi eller ömbet någonstädes. *Vänstra ansiktshalfvan paretisk*, v. ögat halföppet, (det högra slutet), ej håller v. ögonbrynet röres vid grimasering. *Ögonens ställning i allmänhet normal*, men, då man kan få barnet att försöka fixera ett föremål, visa sig *derus rörelser ej fullt koördinerade*. *På båda ögonen nystagmus, starkare på det vänstra. Pupillerna kontraherade, lika stora, reagera för ljus, den högra lifligt, den vänstra trögare*. Ögonbotten normal, äfven pupillen. Från tungan, uvula och mjuka gommen intet att anmärka. Högra armen röres normalt, vänstra handens fingrar likaså, *vänstra under-*

armen trögt och vänstra öfverarmen röres nästan icke als. Benen röras något, men trögt. Barnet kan ej gå eller stå. Inga kontrakturer. Inga patellarreflexer. Kittel-, kremaster- och bukreflexer lifliga. Pulsen liten, jämn 120. Urinen sur, fri från ägghvita och socker. Temp. 39,4°.

16/s. Fortfarande soporös. Stöder bättre på benen. Vänstra cornea något ruggig. Pulsen 100. Ingen afföring sedan den 13:de. Ord. ol. ricini; antifebrin 5 cgm 2 d. d. Temp. 39°—37,6°

18/s. Mindre soporös, begär mat, stöder bättre på benen, vänstra öfverarmen paralytisk, facialispareesen kvarstår (kan dock sluta ögat något), ingen nystagmus, ingen olikhet hos pupillerna. Feberfri. Vänstra facialis = EaR.

29/s. Lifligare, börjar leka. För öfrigt som förut.

24/s. Stöder nu ordentligt på benen, drar något litet på vänstra mungipan. Allmänna tillståndet godt.

Barnet förbättrades under den närmaste tiden därhän, att det kvarstod en viss grad af pares i vänstra ansiktshalvvan och paralyti i vänstra öfverarmen.

Diagnos: *Paralysis infantilis spinalis et facialis et oculomotor.*

Äfven i följande fall se vi exempel på en facialis paralyti, här uppträdande jämte en paraplegia inferior.

11. Flicka M. Å., 1 år 10 mån., Polhemsgat. 9. Insj. 13/s, observ. 15/s.

13/s. Feber, somnolens, dåliga öppningar, 15/s samma tillstånd, 17/s lam i båda benen, betydligt ömmande för vidröring, 18/s ringa kontraktur i knälederna, skriker vid försök att rätta ut benen, som röras mycket trögt. Pares i h. facialis så väl i öfre som nedre området. Intet abnormt från ögonen. För öfrigt rask och feberfri.

Visade sig ej vidare å polikliniken.

Diagnos: *Paralysis infantilis, spinalis (polyneuritis?) + pares. facial.*

12. Flicka Th. S. Ö., 5 år, fr. Djurö. Insj. 13/s, observ. 19/s.

Fem dagars feberstadium.

19/s. Slapp förlamning af högra benet. Typisk spinal infantil paralyti.

Följande fall erhjuder den intressanta bilden af en infantil paralyti med tydliga symptom af en poliencéfalit, med vänstersidig cerebral hemiplegi och samtidigt en abducensförlamning.

13. Gosse C. O. Lj., 11 mån., St. Eriksgat. 22. Insj. 17/s, observ. 24/s.

Barnet har alltid varit friskt, kunde före insjuknandet stå och hade äfven börjat gå för sig själf, Insjuknade den 17 augusti med kräkningar och diarré, syntes ej särdeles illamående förr än den 22 augusti, då barnet fick feber och började blifva somnolent; den

23:dje visade sig ett eklamptiskt anfall. Förettedes å Barnsjukhusets poliklinik den 24:de; det hade feber och var soporöst, suckade ofta och djupt, Trousseau'ska streck framkallades lätt, pupillerna dilaterade, reagerade ytterst svagt. Inga kontrakturer kunde påvisas. Ingen förlamning. Pulsen hastig, jämn. Den 26/8 hade modern observerat *klonisk kramp i vänstra armen och vänstra benet*, hvarefter barnet ej längre kunde stödja på benen. Den 27/8 var barnet åter *feberfritt och lifligt*, nu observerades att det hade *konvergent strabism*. Den 31/8 märktes stark *kontraktur i vänstra armbågsleden*.

Den 10:de sept. förevisades barnet å Barnsjukhuset, då om det samma antecknades: Barnet blekt, bullet tämligen dåligt. Har *konvergent strabism*, ingen facialisförlamning. Armarna röras ledigt, äfven som det tyckes, den vänstra, men i *vänstra armbågsleden* finnes en *obetydlig kontraktur*, och *vänstra handen* med dess fingrar visa svaga *athetosrörelser*. Då modern håller i barnet, gör det försök att gå, men *släpar med den vänstra fotens tår, för ej vänstra benet så säkert och ledigt som det högra utan gör en del oomöjliga rörelser* med det samma, *abducerar tårna och visar med dem athetosrörelser*. Äfven i hvila uppträda liknande rörelser.

Reflexer kunna utlösas från *triceps-senan på vänstra armen*, men detta lyckas ej på den högra. *Patellarreflexen* lika på ömse sidor.

Vänstra benet reagerar normalt för såväl farad. som galvanisk ström.*

12/9. *Kontrakturen i vänstra armbågsleden försvunnen, vänstra handen röres normalt.* Vänstra benet röres säkrare, athetosrörelserna mindre framträdande.

15/9. *Strabismen* visar sig endast någon gång, det händer ibland, att *vänstra ögat devierar inåt.* Svaga *athetosrörelser på vänstra foten*, då barnet skall försöka att gå. För öfrigt frisk.

Diagnos: *Poliencephalitis acuta c. hemiplegia sinistra et pares. n. abducent. sin.*

14. Gosse V. K., 2 år 6 mån. Insj. 18/8, observ. 22/11.

Efter feberstadiet lam i alla fyra extremiteterna samt hufvudet. 22/11. Lam i båda armarna, händerna kunna röras. *Paraplegia superior post poliomyelit. anter. acuta.*

15. Gossen K. A. H. S., 7 mån., Döbelnsgat. 60. Insj. 20/8, observ. 3/9.

Lindrigt feberstadium, lam i *vänstra öfverarmen* med de vanliga symptomen af *spinal infantil paralyti*.

Historien om fallet n:r 16 afviker i hög grad från den vanliga om en infantil paralyti, till en början genom de mer än vanligt häftiga smärtorna i armar och ben, samt öfvergående ryckningar i extremiteterna under sömnen (enl. modern) samt framför alt genom *ataxien i tal och gång*, men däremot från-

varo af egentlig förlamning, af atrofi och degenerationsreaktion i de nedre extremiteterna, hvilket alt antyder en helt annan lokalisation i nervsystemet än den vanliga i ryggmärgens främre grå horn. Endast i högra nerv. abducens fans en utpräglad förlamning. Armarna oberörda.

16. Gosse C. O. O., 3 år, Brännkyrkagat. 59 A. Insj. $\frac{24}{8}$, observ. $\frac{27}{8}$.

Gossen hade vid jultiden föregående år mässling, hade sedan början af år 1887 haft en kronisk artroit i vänstra fotleden. *Sjuknade plötsligt den 24 aug. med feber och smärtor i kroppen*, var mycket *ondsint*, klagade i synnerhet öfver att det gjorde *ondt i armar och ben*. Inga svullna leder (utom den kron. artroiten), ingen hufvudvärk eller värk i ryggen, ingen nackstyfhet, ingen svårighet att svälja. Gossen var *fullkomligt redig* men *började* strax efter insjuknandet *tala sämre, än han gjort förut*. Han *började* också att *gå märkbart sämre*, i det att han *raglade* hit och dit. Modern märkte *ryckningar i armar och ben under sömnen*. En *konvergent strabism* visade sig samtidigt.

Temp. den 27:de på kvällen $38,4^{\circ}$, då han intogs på barnsjukhuset, där om barnet antecknades samma tillstånd, som ofvan angifvits. *Smärtorna försvunno efter några dagar* och den $\frac{6}{9}$ upptogs följande status præsens: Barnet vid rätt godt hull, leker gärna. *Talar dåligt, långsamt, nästan stammande, blott uttalande ett och annat ord*. Högra ögat *devierar inåt*, för öfrigt vid ögonen intet att anmärka. Ingen facialisförlamning. Mot armarnas rörlighet intet att anmärka. *Då han ligger, kan han röra benen kraftigt i alla riktningar*. Gången är dock *försvärad och osäker; han släpar benen, i synnerhet det högra, som han ej lyfter från golvet; raglar än åt den ena än åt den andra sidan; går mycket bredt i benen*. Ingen kontraktur. Ingen atrofi. *Sensibiliteten bibehållen. Patellarreflexerna betydligt nedsatta, buk- och kremasterreflexerna lifliga*. Ingen EaR, muskler och nerver reagera hastigt för både farad. och galvanisk ström. Urinering och defekation försiggå normalt. Arthroit. chron. i vänstra fotleden. Mot hjärta och lungor ingen anmärkning. Temp. normal.

Gången *förbättrades* så småningom *betydligt* men var ännu den $\frac{25}{10}$ *något osäker och stapplande*. *Strabismen kvarstod* också. Patellarreflexerna fortfarande mycket svaga. Barnet i öfrigt friskt och hurtigt.

Diagnos: *Paralysis infantilis, ataxia locomotoria acuta et paralysis nerv. abducentis*.

17. Flicka H. B., 5 mån., Skånegat. 8. Insj. omkr. $\frac{20}{8}$, observ. $\frac{24}{8}$.

Vanlig spinal paralysis.

18. Gosse E. B., 3 år 4 mån., Bergsgat. 11 B. Insj. $\frac{27}{8}$, observ. $\frac{19}{9}$.

Åtta dagars feberstadium. Paraplegia inferior. $\frac{19}{9}$ lam i högra benet (det vänstra återfått sin rörlighet), atrofi, EaR o. s. v.

19. Gosse G. D. L., 3 år, Furusund. Insj. omkr. $\frac{28}{8}$, observ. $\frac{26}{11}$.

Barnet alltid friskt till i slutet af augusti, då det sjuknade en natt med feber, låg mest till sängs följande dag, hade ryckningar i händer och ben, hufvudet drogs bakåt, barnet var somuolent, jämrade sig för ondt i benen och ömmade mycket för vidröring. Gossen blef förskräckt och började gråta, när man försökte ställa honom. Han kunde ej stödja på benen. Febern varade 3 å 4 dagar. Härunder hände, att gossen ej kastade vatten på ett helt dygn, äfvenså var han förstoppad ett par dagar. Ömheten i benen kvarstod omkr. två veckor. Efter denna tid började han att gå, ehuruväl ej som vanligt; springa kunde han ej. Gången har så småningom blifvit bättre, men

den $\frac{26}{11}$ antecknades, att gången fortfarande är abnorm, osäker, han »slänger med benen», egentligen med det högra, roterar bäckenet vid gående, klifver öfver en tröskel med svårighet, faller lätt omkull. Då han ligger och rör benen, märker man intet abnormt. Ingen atrofi i benen märkbar, det högra låret möjligen något fetare än det vänstra. Patellarreflexerna rätt lifliga, starkare på höger sida. Kattel-, kremaster- och bukreflexer finnas äfven, lifligare på höger sida,

Elektrisk undersökning: faradisk ström: höger ben, nerver lika som muskler, ringa, långsam reaktion; vänster ben lifligare nästan normal reaktion; galvanisk ström (11 elem.): nerv. crur. sin. = liflig, d:o dextr. = mycket svag reaktion; musc. quadr. fem. sin. = svag (barnet kunde ej släppa efter den frivilliga kontraktionen); d:o dextr. = svag KSR, tydligare ASR och tydligast AÖR; musc. tib. antic. = normal reaktion; musc. tib. antic. dextr. = ASR starkare än KSR. Altså partiel EaR i högra benet.

Barnet för öfrigt fullt friskt.

Diagnosen *paralysis infantilis* är nog höjd öfver alt tvifvel, äfven i detta fall, men lika säkert är det också, att de hufvudsakliga rubbningarna i nervsystemet icke träffat de främre grå hornen i ryggmärgen utan i stället de perifera nerverna (h. e. en *polynevrit*), hvarom dels hyperalgesien i benen vittnar, dels inkoordinationen, som möjligen kan sättas i sammanhang med *polynevriten*.

20. Flicka A. A., $1\frac{1}{2}$ år, från Eckerön i Mälaren. Insj. $\frac{30}{8}$, observ. $\frac{15}{9}$.

Tre dagars feberstadium. Förflamning i hela v. benet, ringa rörlighet i det högra. *Typisk spinal infantil paralysis = poliomyelit. anter. acut. lumbal.*

21. Gosse A. R. M., 10 mån., Skånegatan 10. Insj. $\frac{1}{9}$, observ. $\frac{12}{9}$.

Några dagars feberstadium. *Paraplegia inferior. Typisk poliomyelitis anter. acut. lumbalis.*

Följande fall, nr 22, var det första, som ledde till döden i det akuta stadiet och som blef föremål för autopsi.

22. Flicka, Frida Emilia Ekström, 3 år 4 mån., Döbelnsgatan 52. Insj. $\frac{3}{9}$. Intogs å Barnsjukhuset den $\frac{8}{9}$ 87, död den $\frac{9}{9}$.

Barnet hade insjuknat den $\frac{3}{9}$ med feber och klagat öfver smärtor i ryggen och halsen.

Den $\frac{5}{9}$ visades barnet å polikliniken, som då höls vid Tegnér-gatan. Barnet klagade mest öfver »*ont i halsen*». Vid verkställd undersökning af svalget kunde där *intet abnormt upptäckas*. För öfrigt anmärktes, att barnet hade feber och såg *sjuk ut*, men *inga förlamningar eller andra lokala sjukliga symptom iakttoges*. Redan samma dag skall modern hafva märkt, att barnet gick osäkert.

Dagen därpå var det *slut med förmågan att gå*, men hon kunde dock stå på benen, då man stödde henne. Hon klagade nu öfver *smärtor i benen, då hon skulle stå*.

Den $\frac{7}{9}$ återkom modern med barnet till polikliniken. Barnet, som de första dagarna under sjukdomen varit tämligen lifligt, hade så småningom blifvit *somnolent*. Hon var nu *paraplegisk* och företedde alla symptom af en poliomyelitis anter. acuta med hufvudsaklig lokalisering i ländansvällningen. Högra benet var fullständigt paralytiskt, det vänstra i det närmaste. Hon klagade öfver *stickningar i benen*. Armarna rörde hon enligt moderns tycke som vanligt. *Inga symptom af meningit*. Intet abnormt från blåsan. *Ingen öppning sedan den 5:e*.

Den 8 sept. intogs barnet å Barnsjukhuset. Hon var väl nutrierad, stor till växten. Hon låg stilla, *soporös, kunde någorlunda lätt väckas och svarade då redigt*. *Intet abnormt från ögonen*. *Pulsen hastig, jämn*. *Ingen nackstyfhet, inga andra muskelkontrakturer*. *Armarna rör hon, som det tyckes normalt*. *I båda benen en fullständig, slapp förlamning utan spår till patellarreflexer*. *Fötterna kalla*.

Erhöll ol. ricini, hvarefter afföring följde. Temperaturen på aftonen 38,4.

Den 9 sept. låg barnet orörligt, *komatöst, med benen slapt utsträckta och hufvudet böjdt bakåt, dock utan nackstyfhet*. *Nystagmus på ögonen, högra pupillen något vidare än den vänstra*. *Pulsen hastig, jämn*. *Temp. 41,4*. Vid 12-tiden började barnet *hastigt blifva cyanotiskt, få dyspné och trakealrassel* samt afled oaktadt använda stimulantia kl. 2 e. m.

Döden inträffade således 6 dagar efter insjuknandet.

Obduktion den 10 september:

Hufvudet. Hjärnan. Efter benkalottens aftagande visa sig dura mater tämligen blodrik och mjuka hinnorna genomskinliga med obetydlig mängd klar vätska i subaraknoidalrummen. *Kärnen å hjärnans yta starkt fyllda*. Å basen äfvenledes genomskinliga hinnor och obetydlig mängd klar vätska. *Den hvita substansen visar i snittet någorlunda stark fuktighet, förökad blodprickighet och här och där tydlig hortensiafärg*. *Den gråa barks substansen aftecknar sig väl från den hvita och visar öfverallt normalt utseende, äfven å den motoriska*

regionen, som noggrant undersöktes. Sidoventriklarna ej utspända, ependymet normalt, ej förtjockadt. De basala ganglierna, lilla hjärnan, pons och medulla oblongata, genom hvilka båda senare dock endast ett snitt lades, förte utom förökad fuktighet och blodhalt intet abnormt för blotta ögat.

Ryggmärgen. Dura mater i nedre delen starkt blodfylld, å främre delen nedom ländansvällningen å ett 2 ctm. långt stycke en färsk blödning på utsidan af dura mater. Mjuka hinnorna genomskjnliga, normala. Ryggmärgen kännes öfveralt af fast konsistens. Å tvärsnitt, som lades med mellanrum af 2 cm., visa sig de främre hornen i halsansvällningen af en diffus brunröd färg, tvärsnittet här för öfrigt utan anmärkning. I bröstdelen visar sig tvärsnittet normalt, men i ländansvällningen framträda de främre hornen med en brunröd färg, mera mättad än den i halsansvällningen, och med i snittet inströdda mörkare strimmor och punkter. Främre hornens färg kontrasterar lifligt mot de bakre hornens grågelatinösa utseende. Främre hornen svälta, så att de höja sig öfver den öfriga snittytan. Förändringarna äro intensivare och börja högre upp på den högra än på den vänstra sidan. Där förändringarna vidtaga upptill i högra främre hornet, finnes en knappnålshufvudstor blödning.

Af nervus cruralis uttogs ett stycke till mikroskopisk undersökning och visade sig där å ett centimeterlångt stycke en diffus rodnad i nervskidan.

Bröstat. Vid bröstkorgens öppnande kontrahera sig lungorna normalt. Pleuræ jämna och glatta. Under pleura å några ställen knappnålshufvudstora blödningsar. Lungparenkymet öfveralt luftförande, segt, i lungornas bakre delar starkt blodfyllt. Bronkerna och luftstrupen innehålla obetydlig mängd slem. I hjärtsäcken en half tesked klar vätska. Vänstra kammaren starkt kontraherad, den högra innehåller dels mörkt tjockflytande, dels löst koaguleradt blod. Hjärtköttet dragande något i grått. Under emlokardiet i vänstra kammaren nära valvula mitralis några knappnålshufvudstora blödningsar. Blodet mörkt tjockflytande.

Buken. Mjälten af slapp konsistens, ej nämnvärdt förstorad, snittytan mörkröd, parenkymet skört. Lefvers konsistens likaledes slapp, i snittet visa sig inga tydligt begränsade acini, parenkymet ej fullt klart, snittranden något svällande. Njurarna fasta, kapseln lätt aflossande, snittranden något svällande, barksubstansen i ringa grad ogenomskjnlig med i allmänhet bibehållen teckning mellan septimenter och fasciklar, men omkring pyramidbaserna är teckningen utplånad och färgen här dragande åt gulgrått.

I tunntarmen äro de solitära folliklarna och Peyerska plaques mærgigt svälta, slemhinnan grenigt injicierad. I tjocktarmen äro likaledes folliklarna svälta och slemhinnan hyperemisk. Mesenterialkörtlarna svälta.

De patologisk anatomiska förändringarna voro altså: *Hyperæmia cerebri, hyperæmia duræ matris spinalis c. hæmorrhagia, poliomyelitis anterior acuta, ecchymoses pleuræ et endocardii, (myocarditis?), hepatitis et splenitis acuta levis, nephritis peribasalis, enteritis*

follicularis. Hvad den mikroskopiska undersökningen beträffar, se under kapitlet patologisk anatomi.

I följande fall var nästan hela kroppen förlamad vid slutet af feberstadiet. Endast i högra ansiktshalfvan var rörligheten någorlunda normal. Särskild uppmärksamhet förtjänar den hastigt påkommande öfvergående rubbningen i respirationens innervation.

23. Gosse, B. S., 1 år 7 mån., Tegelön i närheten af Vaxholm. Insj. $\frac{4}{9}$, observ. $\frac{13}{9}$.

Sjuknade *plötsligt* den 4 sept. med feber och allmänt illamående, var *bättre* den 5:te och 6:te, den 7 sept. åter något sämre, men *först* den 8:de fick han *stark feber*, blef *dåsig* och ville *hållst ligga stilla*, den 9:de började han dessutom blifva öm i kroppen.

Den 10 sept. märkte modern, att barnet *ej kunde stödja på benen*, *ej håller sitta för sig själf*. Längre fram på dagen märktes *snedhet i ansiktet*, då barnet *grinade till*, samt *svårighet* för barnet att *hålla hufvudet upprätt*, det ville *slinka hit och dit*. På aftonen *ett anfall med häftiga skrik och allmänna konvulsioner*. *Hela följande natt hade barnet oupphörlig klonisk kramp*. Före konvulsionerna *kräkningar*.

Den 11:e dvala, *fortfarande ryckningar i kroppen, i synnerhet i vänstra armen*. *Lavemang* med efterföljande afföring.

Den 12:e. Fullkomlig *dvala, urinretention*, *kastade ej vatten på ett helt dygn*. *Ingen öppning* under dagen. *Fortfarande ryckningar i extremiteterna*, men *helt lindriga*.

Den 13 sept. såg jag i konsultation med d:r H. HJORT, som först observerat fallet, den lilla patienten, som låg i *soporöst tillstånd*, blek och affallen; andades jämnt och lugnt; huden kändes sval; *då man rör vid honom, vaknar han till en del, jämnar sig, grinar och ser lidande ut*. Ryckningar i extremiteterna hafva nu upphört. Han är fullständigt *paralytisk i vänstra facialis, likaså i nack- och halsmuskulaturen*; då man reser honom upp, *slinker hufvudet hit eller dit, framåt eller bakåt, faller på ena eller andra axeln; han kan ej vända sig i bädden eller resa sig själf, ligger alldeles orörlig; alla fyra extremiteterna äro nästan fullständigt paralyserade*, någon liten rörlighet märkes på högra armen, vänstra handens fingrar och på högra benet, hvarmed han gör en ringa, långsam rörelse, då man nyper eller kittlar honom. *Sensibiliteten bibehållen, till och med lindrig vidröring synes smärta honom*. *Hud- eller senreflexer kunna ingenstädes framkallas*. Han vill nu ingenting förtära. Urinen går nu spontant. För öfrigt intet att anmärka från inre organ.

Den 14 sept. *Har i dag dyspné med ytlig, hastig andhemning, 56 andetag i minuten. Pulsen liten, hastig, 120 i minuten*. I dag röres högra armen något litet, äfven det högra benet. För öfrigt samma tillstånd.

Vid *elektrisk undersökning fås med faradisk ström reaktion endast från den högra facialis, men äfren med stark ström ingen*

reaktion från vare sig vänstra n. facialis eller ansiktsmusklerna, ej håller från någon af de fyra extremiteternas nerver eller muskler. Samma förhållande med den galvaniska strömen. Härvid torde böra tagas i betraktande en rätt betydlig *paniculus adiposus*.

Den 15 sept. I dag är andhämtningen lugnare, 24 i minuten, pulsen 100. Gossen ser mera vakent ut, rör på högra armen och högra benet.

Den 17 sept. Somnolensen alldeles försvunnen. Han rör nu något äfven på vänstra sidans extremiteter. I dag ASR på vänstra ansiktshalvans muskler. För öfrigt som förut.

Den 19 sept. Han börjar nu att vända sig i sängen och röra på hufvudet. Under den följande veckan återvände rörelseförmågan i extremiteterna, bålen och hufvudet, så att gossen kunde vara uppe. Efter ytterligare en vecka rörde han sig obehindradt, man märkte endast en viss osäkerhet i hufvudets rörelser, men äfven denna försvann, och slutligen i mitten af oktober kvarstod af den ifrån början i så stor utsträckning utbredda förlamningen endast en pares i vänstra facialis. Diagnos: *Paralysis infantilis med utbredd poliomyelit. anter. acuta jämte affektion af vänstra facialis och möjligen vagus*.

Se här åter ett fall af ensamstående facialis-paralysi, som alldeles otvifvelaktigt uppkom i samband med en akut infantil paralysi. Jmfr härmed fallet nr 8.

24. Flicka, A. Å., 1 år 9 mån., Jagtvarfsgränd 7. Insj. $\frac{6}{9}$, observ. $\frac{10}{9}$.

Efter att i 14 dagar förut haft lösa öppningar sjuknade barnet plötsligt den 6 sept. med feber, dåsigthet o. s. v., rille ej stödja på benen, hade ej öppning på 4 dagar.

Den 10 sept. Litet dåsig. Hela vänstra facialis paralyserad. Vid ögon, tunga, gomsegel eller uvula intet att anmärka, ej håller vid extremiteterna. Patellareflexer lifliga. För öfrigt frisk.

Den 16 sept. Liflig. Efter erhållet laxativ har afföringen varit ordentlig. Facialisparalysien kvarstår. För öfrigt intet abnormt. Diagnos: *Paralysis infantilis c. monoplegia facialis sin.*

25. Flicka, M. K. T., 2 år 5 mån., Handtverkargatan 12. Insj. $\frac{8}{9}$, observ. $\frac{14}{9}$.

Kinkig och somnolent några dagar. Högra benet förlamadt med de vanliga symptomen af poliomyelit. anter. acuta.

Följande fall nr 26 visar oss spastisk pares i nedre extremiteterna med förhöjda patellarreflexer i stället för den vanliga slappa förlamningen. Intressant är också upplysningen, att en yngre broder dog vid samma tid i akut infantil paralysi.

26. Gosse, F. H. J. H., 3 år 1 mån., Eriksberg 5 o. 7. Insj. $\frac{9}{9}$, observ. $\frac{19}{9}$.

Patienten, som länge lidit af dålig digestion, insjuknade den 9 sept. helt plötligt med feber.

Gossen var dåsig och klagade öfver smärtor i ryggen.

Den 13 sept. kunde han ej stödja på benen, det märktes ryckningar och darrningar i armar och ben. Han jämrade sig mycket i sömnen, hade feber och svettades mycket. Dagen därpå var han mycket sämre, låg nästan orörlig. Hade ej öppning på 4 dagar. Den 15 sept. fick han öppning; dåsigheten minskades; han började röra på benen. Den 17 sept. var han redan så återställd, att han kunde vistas uppe. Den 19 sept. visades barnet å pediatrika polikliniken, då ungefär samma tillstånd observerades som på Barnsjukhuset, där han intogs den 23 sept. Då antecknades bland annat en lindrig pares i nedre området af den högra facialis. Intet från ögon, tunga o. s. v., ej håller från armarna, som rördes obehindradt. Benens rörlighet däremot ej normal. Gången är bredbent och mycket vacklande, samma osäkerhet på båda benen. Patellar-, plantar-, och kremaster-reflexerna mycket starka. Ingen atrofi i musklerna påvisbar; ömhet vid palpation af musklerna.

Den 27 sept. Snedheten i ansiktet mindre tydlig.

Den 29 sept. Snedheten i ansiktet försvunnen. Vid gången iakttagas spastiska symptom. Vid hastiga passiva rörelser framkallas kontraktur i lårets muskler. Patellarreflexerna starkare än förut.

Den 25 sept. Ingen snedhet i ansiktet. Gången bättre, dock fortfarande något stapplande och bredbent. Patellarreflexer lifliga. E a R har ej förut kunnat och kan ej håller nu påvisas. För öfrigt frisk.

Diagnos: *Paralysis infantilis, ataxia locomotoria acuta et monoplegia facialis. dextr.*

Om gossens ofvan nämnde broder, som afled, inhemtades af modern följande. Initialerna till hans namn voro K. F. E. H., 1½ år gammal; friskt och duktigt barn; insjuknade den 4/9 i häftig feber, var under 3 dagar mycket dåsig o. s. v., klagade öfver hufvudvärk och smärtor vid rörelser med hufvudet; på natten mellan den 7 och 8 blef han hastigt lam i armar och ben, hvarefter märktes, att barnet blef medvetslöst, låg alldeles stilla med orörligt ansikte och uppåtvända ögon. Ur detta tillstånd vaknade han ej. Under natten till den 9 sept. inställde sig trakealrassel, och barnet afled kl. 1.

Distriktsläkaren, som sett barnet ett par gånger före döden, hade misstänkt, att barnet dött uti meningit, men efter erhållen upplysning om broderns sjukdom antog han såsom högst sannolikt, att den yngre dött uti akut infantil paralyti.

27. Gosse, F. S. C., 7 mån., Surbrunnsgatan 9. Insj. 12/9, observ. 19/9.

Fyra dagars feberstadium. Lam i högra armen, mest öfverarmen och m. deltoideus. E a R. o. s. v. Lindrig rachitis.

Se här åter ett atypiskt fall af spinal infantil paralyti + pares. i ena nerv. abducens.

28. Gosse, N. H. J., 1 år 2 mån., Handverkargatan 21. Insj. ¹³/₉, observ. ²³/₉.

Alltid frisk, började gå för sig själf en månad före insjuknandet, som inträffade *den 13 sept.* med *dåsighet, mattighet* och *svettning*; *den 15:de* var hans allmänna tillstånd åter godt, men han kunde nu ej stödja på benen. *Den 18:de* märkte modern, att barnet sklade. *Den 23:e* anmärktes *lindrig rachitis, benens muskulatur slapp, barnet kan ej stödja på benen, patellar-, kremaster-, plantarreflexer påvisbara*; armarna röras normalt; *höggradig strabismus convergens, vänstra ögat riktadt inåt, kan ej föras utåt.* För öfrigt ingen förlamning eller annat att anmärka. *Nedre extrem. = partiel E a R.*

Den 7 okt. Kan nu föra vänstra ögat utåt betydligt bättre än förut. Går nu obehindradt utan hjälp, men släpar benen efter sig.

Paralysisa infantil. c. *paraplegia inferior et monoplegia nerv. abducent. sin.*

Nästa fall är märkligt för recidivet af febern och förlamningssymptomen, för urinretentionen och förstoppningen samt också för den utpräglade förlamningen i bälens muskulatur.

29. Flicka, A. E. M., 2 år, Åsögatan 56. Insj. ¹⁴/₉, observ. ¹⁹/₉.

Fullkomligt frisk till *den 14 sept.*, då hon sjuknade med *feber, kräkningar, dåsighet* samt rätt betydlig *ömhet för vidröring.* *Den 15 sept.* märktes, att hon ej kunde röra benen. *Urinretention under 3 dagar* då hon måste tappas; härefter obehindrad urinkastning. *Ingen afföring på 5 dygn*; instälde sig efter lax. oleos. *Den 19 sept.* hade ingen förändring inträffat i hennes tillstånd, och hon var feberfri. Efter att hafva varit *feberfri från och med den 17 sept.* fick barnet *den 22:e en temperaturstegring till 38,9°, hvar-efter en betydlig försämring inträdde*; hon blef *paralytisk i nästan hela kroppen, låg nästan orörlig* i sängen, kunde ej ändra läge; urin och faeces afgå i sängen; *taljformågan borta; jämrar sig sakt vid beröring*; sinnesorganen tyckas funktionera normalt; *båda benen fullständigt, slapt förlamade, så äfven armarna* (obetydlig rörlighet i högra handen och dess fingrar samt i vänstra underarmen); *nack- och halsmuskulerna förlamade. Inga senreflexer. Sensibiliteten bibehållen, möjligen hyperestesi i benen och bälén.* Elektrisk undersökning = degenerationsreaktion. Utom en lindrig bronkit från inre organ intet att anmärka. Aptiten god, sömnen likaså. Urinen albuminfri. Temperaturen *den 23:e* under 38°, *den 24:e* normal.

Ur de följande anteckningarna må anmärkas, att hon *den 6 okt.* började röra armarna något bättre, *den 19 okt.* kunde hon hålla hufvudet upprätt, dock ej bälén, *den 28 okt.* antecknades *en under de närmast föregående dagarna observerad paralyti i högra bukräggan och högra brösthalfran.* *Den senare i sin helhet insjunken, deltagar mindre än den högra brösthalfran i andningsrörelsen, interkostalrummen indragas vid inspirationerna. Vid forcerad expira-*

tion, vid skrik eller hosta, visar sig en tämligen begränsad, afrundad, apelsinstor tumör i bukväggen på höger sida med tympanitisk perkussionston; bukmuskulerna på vänstra sidan sammandraga sig normalt, de på högra sidan äro förlamade. Under lugn andhemtning märkes ej den omtalade tumören på bukens högra sida.

Den 2 nov. Förflamningen i benen fortfarande fullständig. Kan fatta föremål med högra handen, rörligheten i vänstra armen något större. Utbuktningen af högra sidan af bukväggen möjligen något större och mera begränsad.

Barnet har fått difteri och utskrifves till Epidemisjukhuset.

Diagnos: *Paralysis infantilis. Poliomyelitis anter. acut. c. paraplegia superior et inferior et paralysis muscular. thorac. et abdominis lateris dextr.*

Barnet afled i difteri på Epidemisjukhuset den 8 november, således nära två månader efter insjuknandet i infantil paralyti. Hjärnan och ryggmärgen tillvaratogs vid obduktionen. Mikroskopisk undersökning verkställdes af d:r RISSLER, fallet n:r IV i RISSLERS ofvan citerade afhandling.

Härefter följa tre fall, som alla inträffade den 17 september och yttrade sig som typisk poliomyelitis anterior acuta.

30. Gosse, K. Y. E., 2¹/₄ år, David Bagaresgata 15. Insj. 17/9, observ. 24/9.

Tre dagars feberstadium, hvarefter paraplegia infer. *Typisk poliomyelit. anter. acut. lumbal.*

31. Flička, A. E. A., 1 år, Drottninggatan 86. Insj. 17/9 observ. 23/1 88.

Fyra dagars feberstadium, paraplegia inferior. *Typisk poliomyelit. anter. acut. lumbal.*

32. Flička, M. W. M., 10 mån., Kammakaregatan 44. Insj. 17/9.
Lika med föreg.

33. Flička, E. E. J., 2 år. Insj. 21/9, observ. 24/9.

Hade förut sedan den 30/8 vårdats å polikliniken för vaginitis gonorrhoeica, insjuknade den 21/9 med feber, dåsighet och symptom af *angina tonsillaris*, men den 24/9 på aftonen märktes, att hon ej ville stödja på benen; då hon låg i sängen, kunde hon dock röra dem fritt, enligt moderns uppgift; febern försvann efter den 24:de, men hon var ännu några dagar dåsigt och slö. Den 30/9 åter feber samt kräkningar och diarré. Den 3/10 visades hon åter på polikliniken, då det konstaterades, att barnet ej kunde gå och endast motvilligt stödde på benen, då man höll i henne. I liggande ställning rörde hon benen tämligen normalt. *Patellarreflexer nedsatta men kunna framkallas.* Ledgångarna utan anmärkning.

Tillståndet förändrades under de följande dagarna därhän, att den 6/10 anmärktes, att barnet nu var för öfrigt fullt friskt, men

hon vill ej gärna stödja på benen, kan dock gå, men gången osäker, spastisk. Muskulaturen å benen slapp, ömmande vid palpation. Patellarreflexerna nu märkbart förstärkta. Hudreflexerna normala. Sensibiliteten bibehållen, oförändrad.

Elektr. undersökning: faradisk ström = ingen reaktion hvarken från nerver eller muskler å benen; galvanisk ström = ingen reaktion vid retning af nn. crurales et peronei; mm. extens. femor. (15 elem.) svaga långsamma kontraktioner, ASR = KSR, på vänstra sidan ASR möjligen något starkare än KSR. På mm. tibiales samma resultat med 11 elementer. *Alltså tydlig EaR.*

Från hufvudet, öfre extrem., bålen, blåsan och ändtarmen intet abnormt. $\frac{7}{10}$ akut nefrit med anasarka samt albumin- och blodhaltig urin. Ord. Sol. acet. kalic. + syr. scill. $\frac{12}{10}$ Fortfarande samma symptom af nefrit. I urinbottensatsen blodcylindrar samt jin- och grofkorniga sådana.

Diagnos: *Paralysis infantilis* (polynevit med ataxi och spastiska symptom) + *nephritis acuta*.

Oftan stående fall är märkligt i flere hänseenden, först bekräftande *recidiv af feberstadiet efter en intervall af sex dagar*, vidare med hänsyn till de egendomliga symptomen, paresen yttrande sig mera i osäkerhet i gången än i verklig förlamning, *patellarreflexer i början nedsatta men under konvalescensen förstärkta*, under det att den elektriska undersökningen visade en tydlig degenerationsreaktion. Synnerligen anmärkningsvärd är ock den *parenkymatösa nefrit*, som uppträdde ett par veckor efter det första insjuknandet.

Här följer nu det andra fall, som gick till döden under det akuta stadiet efter 5 dagars sjukdom.

34. Flicka, Fanny Emilia Ekman, 5 mån., Roslagstorg 23. Insj. $\frac{23}{9}$, observ. $\frac{26}{9}$, död $\frac{28}{9}$.

Friskt och frodigt dibarn, insjuknade den $\frac{23}{9}$, ömsom het ömsom kall, blef somnolent, »gaf intet ljud ifrån sig», ville ej dia, öppningarna gröna, slemmiga, illaluktande; hon var ej kinkig, hade inga kräkningar, inga ryckningar, ingen urinretention.

Den $\frac{25}{9}$. Barnet hade blifvit mera slapt. Det märktes, att hon ej kunde stödja på benen. Det tycktes som hon ej kunde skrika; stämman = ett stilla kvidande.

Den $\frac{26}{9}$ visades hon å polikliniken, då om barnet antecknades: *Alla fyra extremiteterna förlamade*, endast någon liten rörlighet på högra foten och dess tår; *hufvudet slinker hit och dit, nack- och halsmusklerna tydligen paralytiska*; *ögonen stillastående, blicken stel*; *tungan slinker hit och dit i munnen*; *barnet har svårt att dia, har ingen kraft att suga, gapar blott*; *har också svårt att svälja det man håller i henne*; *stämman nästan afonisk. Inga*

seureflever. Sensibilitet tyckes finnas (normal?). Andhemtningen lugn, hjärtverksamheten regelbunden.

Enligt moderns uppgifter var barnet *den* ^{27/9} ännu sämre, låg i *djup* *sopor*, *alldeles* *orörlig*, *gapade* *blott* och var ännu slappare, »*alldeles* *som* *om* *hon* *varit* *utaf*»; *öppningarna* *missfärgade*, *slemniga*, *stinkande*.

Den ^{28/9} fick barnet på förmiddagen *dyspné*, några timmar därefter *trakealbrassel*; på e. m. blef hon *hastigt* »*alldeles* *blå*», *drog* *ett* *par* *andetag* *med* *långa* *mellanrum* och var död 5 dagar efter *insjuknandet*.

Diagnos: *Paralysis infantilis generalis (nervor. spinal. omnium, oculomotor., abducent., trigemin., vagi?) et hypoglossi*.

Obducerades d. 30 sept. 1887 på Allm. barnhusets obduktionsal, hvarvid iakttogos följande, af dr v. HORSTEN till protokollet dikterade förändringar. Hullet särdeles godt. Rikliga likblånader. Å högra öfverarmen en tumnagelstor blödning i den subkutana fettväfven.

Uti *hjärnans* hårda hinna obetydligt ökad blodhalt. *Den mjuka hinnan* företer å occipitaldelen samt äfven å vertex och framtill en *måttligt förökad blodfyllnad* såväl uti gröfre som finare vener. Subaraknoidalvätskan ej ökad. *Hjärnans parenkym* — särskildt *centralvindrarna*, de *centrala ganglierna* och *crura cerebri* — utan nämnvärd *afvikelse*; likaså *sidoventrikeln*, *lilla hjärnan* och *carolsbryggan*, men vid snitt genom *förlängda märgen* befinnes *dess grå substans* ej obetydligt *hyperemisk*.

Ryggmärgen. Ryggradskanalens *periostr* såväl som *ryggmärgens hårda hinna* *hyperemiska*, *företrädesvis* å *sidopartierna* *kring de afgående nervstammarna* och *starkast framträdande vid trakten af ländansvällningen*. På *halsansvällningens framsida* finnes ett *fingerblomstort blodextravasat*, *vidhängande den hårda hinnan*. *Mjuka hinnorna* äfvenledes *hyperemiska*, *lindrigt på framsidan*, mera på *baksidan*, där förändringen *skarpt framträder på halsansvällningen* och ännu mera på *ländansvällningen* och *cauda equina*.

Ryggmärgen visar sig i tvärsnitt strax nedom medulla oblongata vara *hyperemisk uti den gråa substansen* såväl i de *främre* och *bakre hornen* som äfven i de *vänstra främre nervrötterna*. *Den hvita substansen* här liksom *utefter hela ryggmärgen lös*, *uppsvällande öfver snittkanten*. Uti *halsansvällningen* iakttages *betydlig hyperemi i främre hornen* samt i dess nedre del äfven små *punktförmiga blödningar* i *vänstra hornet*. Ännu *längre ned* visar den *grå substansen* ungefär samma förhållande utom att *hyperemien är företrädesvis markerad i det bakre vänstra hornet*, *hvilket äfven är tydligt anscäldt*. I *dorsaldelen* mindre *hyperemi i grå substansen*; en *punktförmig blödning mellan de främre hornen invid centralkanal* kan iakttagas i *tvänne närbelägna snitt*. *Nedmot ländansvällningen* tilltager åter *hyperemien i de främre hornen* och är vid *ländansvällningens midt intensiv* i dem, i de *bakre något svagare*. De *främre hornen* äro här äfven *ansvälda* — *det vänstra något mera än det högra* —, *af rödgrå färg* och *gelatinöst ut-*

seende. Nederst i ländansvällningen tilltager svällningen af den grå substansen och dess gränser mot den omgifvande hyperemiska väfnaden blifva diffusa.

Lungorna äro å några ställen kollaberade, eljest normala.

Hjärtat något slapt; *hjärtkötet* grårödt, obetydligt grumligt. Valvler och mynningar normala. Å mitralvalveln en del grynlika exkrescenser — *noduli albini*; endokardiet för öfrigt utan anmärkning.

Mjälten lindrigt sväld, tydligt lös och sladdrig. I snittet är den svällande, rödgrå med stora diffusa *Malp. kroppar* och mörjigt *parenkym*.

Lefvern ej förstorad, men af slapp konsistens. *Snittytan* brunröd med grå anstrykning, ej svällande, af ödematöst utseende och med tydlig teckning.

Njurarna något lösa, visa utom förökad blodfyllnad intet abnormt.

Tarmarnas innehåll ej tunnflytande eller slemmig. *Slemhinnan* i hela tarmkanalen och företrädesvis i ileum sväld och uppluckrad. De solitära *jolliklarna* allestädes svälda, infiltrerade. *Peyers plaques* betydligt uppluckrade, här och hvar fläckigt hyperemiska *Mesenterialkörtlarna* förstorade, fasta, i snittet gråröda.

De makroskopisk patolog. anatom. förändringarna således: *Ecchymosis subcutanea*, *hyperæmia nucleor. bulb. rhachitici*, *hyperæmia et hæmorrhagia duræ matris spinal.*, *myelit. transversa acuta*, *myocarditis*, *splenit.*, (*hepatitis?*), *enteritis catarrhalis et follicularis.*

Om de mikroskopiska undersökningarna, se under rubriken patologisk anatomi.

I följande fall, n:r 35, är att märka en abducensförlamning jämte vanliga symptom af en poliomyelit. anter. lumbal.

35. Gosse, J. J., 1 år, från Enköping. Insj. slutet af sept., observ. $\frac{14}{6}$ 88.

Några dagars feberstadium vid 2 $\frac{1}{2}$ månaders ålder. Efteråt lam i benen och svag i armarna. Rörligheten i armarna återvände.

Den $\frac{14}{6}$ 88 antecknades å polikliniken: *bälens muskulatur srag*, barnet kan ej sitta; *paraplegia inferior*; typisk *poliomyelitis anter. acut.*

Vänstra ögat devierar inåt = förlamning i vänstra abducens. Barnet för öfrigt friskt.

36. Flicka, A. S. C., 4 år. Insj. slutet af sept., observ. $\frac{26}{5}$ 88.

Ett par dagars feberstadium i slutet af september. Paralysi af vänstra benet. *Typisk poliomyelit. anter. acut.*

37. Flicka. S. E., 1 år, från Södertelje. Insj. början af oktober, observ. $\frac{3}{12}$.

Två dagars feberstadium. Paralysi i vänstra underbenet. *Typisk poliomyelit. anter. acuta.*

38. Flicka, S. A. W., 2 år, Kronobergsgatan 7. Insj. ¹⁷/₁₀, observ. ²⁴/₁₀.

Några dagars feberstadium. Paralysi af vänstra underbenet. *Typisk poliomyelit. anter. acut.*

39. Gosse, Th. E. Ö., 8 mån., Roslagstullsgatan 16. Insj. ²⁶/₁₀, observ. ³⁰/₁₁.

Två dagars feberstadium. Paraplegia inferior. Vänstra benet återfått sin rörlighet. Den ³⁰/₁₁. Paralysi i högra benet med alla symptom af en *poliomyelit anterior. acut.*

I följande fall torde den under sjukdomen uppträdande olikheten i pupillerna förtjäna att observeras.

40. Gosse, H. F., 2 år, Luntmakaregatan 13. Insj. ³¹/₁₀, observ. ²³/₁₁.

Åtta dagars feberstadium. Hade dagen förut fallit från ett bord, men icke visat några tecken till ådragen skada efter fallet. Paraplegia inferior. Högra benet återtog sin rörlighet.

Den ²³/₁₁. Den högra pupillen större än den vänstra. Båda synas dock reagera lika, normalt för ljasintryck och ackommodation.

Dessutom *förlamning i vänstra benet med alla symptom af en poliomyelit. anter.* Det högra benet, som han synes röra ganska ledigt, ej fullt normalt: svaga senreflexer och tydlig degenerationsreaktion äfven här.

Följande fall nr 41 tror jag ganska visst hafva varit en *infantil paralysi*, oaktadt förlamningen inskränkt sig till en *högersidig facialisparalysi*.

41. Gosse, W. E., 2 ¹/₂ år, Westmannagatan 73. Insj. oktober 1887, observ. ¹⁸/₄ 88.

Hade i början af oktober mässling utan komplikationer och tillfrisknade fullständigt. Kort därefter märktes *plötsligt en morgon*, att gossen var *sned i ansiktet, kunde ej sluta högra ögat och drog munnen på sned åt vänster*.

Den ¹⁸/₄ 88. *Ingen snedhet märkbar. förr än man får barnet att skrika, men då sluter sig ej högra ögat, och munnen drager sig åt vänster. Ea R. Ingen affektion åt örat.* Barnet för öfrigt fullt friskt.

I följande fall torde förlamningens stora utbredning i kroppen förtjäna att framhållas.

42. Flicka, L. L., 7 mån., Drottninggatan 36. Insj. ²⁰/₁₁ observ. ²³/₁₁.

Två dagars feberstadium, hvarefter slam i hela kroppen, alla extremiteterna, bålen (kunde ej vända sig i bädden eller sitta uppe), nack- och halsmusklerna; hon kunde ej hålla hufvudet upprätt. Rörligheten i armarna och hufvudet återvände snart, efter en vecka började hon röra något äfven på det vänstra benet.

Den 3^o/12. Armar och hufvud synes hon röra normalt. Kan ej vända eller vrida sig i sängen, ej sitta för sig själf. Högra benet slapt förlamadt, ömmar vid palpation af muskulaturen. Vänstra benet röres tämligen obehindradt. Ingen skilnad i benens konfiguration märkbar. Total frånvaro af kittel- och senreflexer på högra benet. Tydlig kittel- men svag patellarreflex på det vänstra. Bukreflex tydligare på vänstra än på högra sidan.

Elektrisk undersökning = partiel Ea R på vänstra benet, fullständig EaR på det högra.

6^o/12. *Symptom af vänstersidig pneumoni.* Tillståndet dåligt. *Afhördes ej vidare förr än den 26^o juni 1888. Förlamningen kvarstod i högra benet. För öfrigt fullt rörlig.*

Diagnos: *Paralysis infantilis, poliomyelitis anter. acuta.*

43. Flicka Th. A. E. P., 1 år 1 mån.. Döbelsgatan 43. Insj. ²⁵/₁₁, observ. ⁵/₁₂.

Två till tre dagars feberstadium. Lam i högra benet. Det vänstra rör hon lifligt. Utbildad degenerationsreaktion i det högra benet, en antydning därtill äfven i det synbart friska vänstra benet. Barnet intaget en tid såsom extra å Allm. barnhuset.

Typisk poliomyelit anter. acuta.

Tillägg till 1887 års kasuistik.¹

Mot slutet af epidemien år 1887 inträffade ett fall, som jag anser i viss mån ådagalägga, att den *akuta spinala paralsien hos fullväxta är identisk med den infantila paralsien i etiologiskt hänseende.*

En 21-årig kvinna insjuknade den 1 okt. i akut paralsi och dog efter 8 dagars sjukdom på medicinska kliniken å Serafimerlasarettet. Hon erbjöd under feberstadiet bilden af en nedifrån uppstigande paralsi, som slutade med en förlamning af respirationsmusklerna, men inga konvulsioner, ingen yrsel, ingen sopor, inga symptom från hufvudets nerver, hvilket alt iakttagits hos de affidna barnen.

Vid obduktionen iakttogos inga makroskopiska förändringar i hjärnskålskaviteten, ej håller uti ryggmärskanalen, inga förändringar i himnorna och uti ryggmärgen endast hyperemi. Mjälten var slapp, dess pulpa skör.

Vid den mikroskopiska undersökningen af ryggmärgen¹ konstaterades en poliomyelitis anter. acuta med degeneration i hornens gangliceller, men utan den intensiva inflammationen i grundsubstansen, som träffades hos barnen.

¹ Rissler a. st.

II. Sporadiska akuta fall åren 1888—1894.

För att sätta läsaren i stånd att bedöma frekvensen och arten af den infantila paralyti, som under vanliga förhållanden förekommer vid den pediatrika kliniken och polikliniken i Stockholm, skall jag meddela följande uppgifter från åren 1888—1894. Jag har utelemnat alla gamla fall och noga granskat journalerna, så att intet fall blifvit medräknadt mer än en gång. Vidare har jag uti hvarje journal noga tagit reda på tiden för det akuta stadiet och därefter ordnat fallen i den tidsföljd, i hvilken barnen sjuknat, på samma sätt som jag ordnat fallen i kasuistiken för år 1887. Resultatet af denna undersökning har blifvit följande:

1888. Februari <i>polienccephalit</i> 1, april <i>paralys. facia. et abducent.</i> 1, maj <i>paralys. spinal. et facia.</i> 1, <i>paralys. spinal.</i> 1, september <i>paralys. spinal.</i> 2, <i>polienccephalit.</i> 1	7
1889. Januari <i>paralys. spin.</i> 1, <i>polienccephal.</i> 2, april <i>paralys. spin.</i> 1, <i>polienccephalit.</i> 1, juni <i>paralys. spin.</i> 1, augusti <i>paralys. spin.</i> 1, <i>paralys. facia. bilateral.</i> 1, september <i>paralys. spin.</i> 1, december <i>paralys. spinal.</i> 1, <i>polienccephalit.</i> 1	11
1890. April <i>paralys. spinal.</i> 1, juli <i>paralysia spinal.</i> 3, november <i>paralys. spin.</i> 1, december <i>paralysia spinal.</i> 1	6
1891. Januari <i>polyneurit.</i> 1, <i>paralysia spin.</i> 1, februari <i>paralysia spin.</i> 2, april <i>paralysia spinal.</i> 1 (död), juli <i>paralysia spin.</i> 1, augusti <i>polienccephalit.</i> 1, <i>paralys. spin.</i> 1, september <i>paralys. spin.</i> 1	9
1892. Mars <i>polienccephalit.</i> 1, juli <i>paralysia spinal.</i> 1, november <i>paralysia spin.</i> 1, december <i>polienccephalit.</i> 1, <i>paralysia spin.</i> 1	5
1893. April <i>paralys. spin.</i> 1, juli <i>polienccephalit.</i> 1, augusti <i>paralysia spin.</i> 1, <i>polyneurit.</i> 1, september <i>paralysia facia. et abducent.</i> 1, <i>paralysia facia.</i> 1, november <i>ataria ucuta</i> 1, december <i>paralysia spinal.</i> 1	8
1894. Maj <i>paralysia spinal.</i> 1, <i>polienccephalitis</i> 1, juni <i>paralysia spinalis</i> 1	3

Såsom vi se breda sjukdomsfallen ut sig tämligen jämt under de 7 årens olika månader, förekomma således sporadiskt utan att någon gång hafva visat tendens till en epidemisk utbredning. Ordnar man dessa fall, som tillsammans icke äro mindre än 49, efter den olika lokalisationen på nervsystemet i de olika fallen, så får man följande tablå:

<i>paralysia spinal.</i>	30,
<i>paralysia spinal.</i> + <i>facialis</i>	1,

paralysis facialis, monoplegia	1,
paralysis facialis, bilateral, diplegia . . .	1,
paralysis facialis, et abducent.	2,
polyneuritis acuta	1,
ataxia acuta	1,
poliencephalitis acuta	11.

Det har varit frestande att redogöra något utförligare för en del af dessa fall, men jag har afstått därifrån. Jag har själf icke observerat mer än hälften af dessa fall; jag skulle således icke kunna taga med annat än enstaka sådana. Vidare har det mera sällan händt, att fallen kommit till kliniken i det akuta stadiet, och det är för detta, som vi nu intressera oss. Då de atypiska fallen uppträda sporadiskt, ligger icke heller deras samhörighet med den spinala, infantila paralysien i den öppna dag, som då de inträffa under en pågående epidemi, men det är denna samhörighet, som det gäller att bevisa, och för den skull måste jag hålla mig uteslutande till min erfarenhet från epidemierna.

III. Epidemien år 1895.

44. Gosse, S. L. P., 13 mån., Surbrunnsgatan 26. Insj. $16/3$ 1895, observ. första gången $17/4$.

Feber, kräkningar, konvulsiva anfall, slö och dåsig, anorexi, somnolens, kunde ej röra sig, vindade med ögonen, andades häftigt, blef sned i ansiktet samt län i vänstra armen och vänstra benet; det akuta stadiet varade 8 dagar. Blef sedan bättre så småningom, så att han den 17 april icke vindade med ögonen längre, vänstra ögat kan dock icke föras fullt utåt, var något paretisk i vänstra armen, men endast obetydligt i vänstra benet; obetydlig pares i vänstra facialis; stegrade senreflexer; *vanliga symptom af en vänstersidig cerebral förlamning.* Den 23 augusti fortfarande symptom af vänstersidig, spastisk hemiplegi. I journalen står intet antecknadt om koreatiska eller atetosrörelser.

Diagnos: *poliencephalitis acuta + pares nerv. abducentis sin.*

Detta fall observerades första gången på pediatrika kliniken af prof. WÆRN och af mig icke förr än den 23 augusti.

45. Gosse, N. K., 2 år 3 mån., Rådmanngatan 77. Insj. $23/3$, observ. $6/4$.

Insjuknade den 23 mars i feber, kräkningar, hufvudvärk; följande dag tycktes han bra, gick uppe, märktes endast, att vänstra benet ville rika sig under honom, till dess att han på aftonen åter

fick feber och kräkningar, hvarefter vänstra benet blef fullständigt förlamadt. Nackstyfhet. Den 25 mars var äfven högra benet förlamadt.

Typisk infantil paralyse med paraplegia inferior.

46. Gosse, B. A., 1 år 11 mån., Finnsta Skedevärd församl. Insj. ²⁴/₆, observ. ²²/₇.

Sjuknade den 24 juni. 4 dagars feberstadium; *vänlig poliomyelitis anterior acuta* med förlamning och atrofi uti en stor del af högra benets muskler.

47. Flicka, E. K., 4 år, fr. Brännkyrka församl. i närheten af Stockholm. Insj. ¹²/₇, intogs på Barnsjukhuset den ¹⁵/₇. Journalen förd af med. kand. AUG. KULLBERG.

Insjuknade *plötsligt* vid middagstiden den 12 juli i hufvudvärk, smärtor i armar och ben, kräkningar, på eftermiddagen förlamad i benen, d. ¹⁵/₇ förlamad i armar och ben, kan på intet sätt flytta på sig eller röra sig själf i sängen; smärtor i hela kroppen, särskildt vid beröring; slö och likgiltig. Måste tappas på grund af urinretention. Lavemang. Temp. på aftonen 38,2°.

¹⁶/₇. Under natten anfall af andnöd, rosslande respiration, näsvingarna rördes. Temp. 37,5—38,1.

¹⁷/₇. Andnöden fortfar, resp. påskyndad, resp.-ljudet flåsande (ej bronkielt), rosslande (oedema pulmonum); hjärtoner kunna ej uppfattas för rosslets skull; pulsen jämn 123. Temp. 37,3—38,1—37,7.

Smärtor i hufvudet, pannan och bakhufvudet; öfver hela kroppen mycket känslig, skriker af smärta vid lättaste beröring, orkar ej länge ligga på samma sida men förmår ej själf ändra läge, kan i dag röra något på vänstra armen och vrida på hufvudet.

¹⁸/₇. S. T. Temp. 37—37,4. Ingen öppning. Lavemang.

¹⁹/₇. I dag något krytare, behöfver ej längre tappas, vänstra armen synes fullt rörlig. Temp. 36,9—37,5.

Förbättrades sedan, så att hon den ²³/₇ började leka något och tala med omgifningen. Andas lättare utan rossel i lungorna men dock något flåsande och med rörelse på näsvingarna; hjärtljuden hörbara, rena, puls 125.

²⁴/₇. I går afton orolig, anfall af andnöd, liknande anfallet den 16 juli, men nu snart bättre; anfallet upprepades ej under nattens lopp.

²⁵/₇. Antecknades ett utförligare status præsens. Måste fortfarande hafva hjälp vid ändring af läge; ansiktsuttrycket lidande; blicken slö, huden oftast svettig; hufvudvärk; kliande smärtor i benen, i synnerhet det vänstra samt i vänstra armen; lynnet dåligt; hyperesthesien mestadels försvunnen; ömmar då hon skall hjälpas i sittande ställning; sensibiliteten i nedre extremiteterna betydligt ned-satt, känner där ingenstädes lätt beröring, hård sådan förnimmer hon endast i låren; i underbenen tyckes hon vara fullkomligt känslol-

lös. Sensibiliteten bibehållen å abdomen, torax och å öfre extremiteterna. Förnuår ej själf sätta sig upp, ej lyfta benen eller ändra deras läge; vid passiva rörelser med benen markeras smärta; den vänstra armen nu fullt rörlig, den högra rör hon dåligt, höjer den till höjden af mamillen; fingrarna rör hon bra. Reflexerna borta. Hufvudets rörelser långsamma, försiktiga. Ingen facialis-förlamning.

Högra halftan af bålen tydligen paretisk, högra bröstorgshalftan utbuktad, deltagar föga i resp.-rörelserna, andningen kostoabdominel, 40 i minuten, näsvingarna röras något fortfarande; hjärtat utan anmärkning; vid ryggläge är kroppen något krökt eller hopdragen åt vänster, buken något utspänd; då barnet gör en ansträngning, märkes att endast bukmuskelnerna på vänstra sidan sammandragas, hvarvid högra bukhalfvan blir mera prominerande. Sönnen dålig. Afföring nu normal (föret endast efter lavemang). Urinering obehindrad (måste i början tappas). Urinen fri från albumin och socker.

³¹/₇. Puls 100, ojämn, oregelbunden. För öfrigt samma tillstånd.

¹/_s. Pulsen i dag jämnare. Flickan kan, ehuru med svårighet, hålla hufvudet upprätt, då man håller henne i sittande ställning.

²/_s. Kan i dag föra högra handen till näsan, men har dock ringa rörlighet i axelleden. Andningen är nu lugnare och jämn, 39 i minuten, dock röras näsvingarna något ännu, pulsen jämn, 100.

⁵/_s. Oförändrad.

⁶/_s. Pulsen i dag åter något ojämn 110. Högra armen något bättre. Sensibiliteten i nedre extremiteterna har småningom återvänt, hon känner nu lätt beröring äfven i underbenen och anger riktigt beröringsstället.

¹⁰/_s. Lyfter och rör hufvudet bättre än föret; kan röra tårna på högra foten. Puls jämn.

Under augusti och september månader förbättrades barnet endast så till vida, att hon kunde själf vända sig i sängen från rygg- till sidoläge, kunde kröka något på vänstra benet, men erbjöd i öfrigt vid utskrifningen den 15 oktober alla de vanliga symptomen af en infantil paralyti i båda undre extremiteterna samt i högra skuldrens och öfverarmens muskler (slapphet, atrofi, kyla, cyanos, degenerationsreaktion, bibehållen sensibilitet o. s. v.).

I detta nu skildrade fall, där slutresultatet blef en typisk atrofisk spinal infantil paralyti, visade sig under det akuta stadiet åtskilliga symptom, som förtjäna att framhållas, såsom urinretentionen och förstoppningen, som varade den förra flere dagar, den senare öfver en vecka, den anfallsvis påkommande andnöden med lungödem, tydligen beroende på en förlamning i respirationsapparaten, hela högra sidan af bålen förlamad, pulsen vissa dagar i början af det afebrila stadiet oregelbunden samt slutligen de högst betydliga sensibla rubbningarna, i början af

det akuta stadiet en betydlig *hyperestesi* eller rättare *hyperalgesi*, som gaf *vika* efter något mer än en vecka och *lemnade* i de nedre extremiteterna *rum för en lika påfallande som ovanlig anestesi*, i underbenen fullkomligt känslolös, varande denna anestesi dock öfvergående, så att barnet efter omkring 12 dagar hade återfått känslan äfven i underbenen. De kliande smärtor i benen, hvarom flickan talade, tydde jag som *parestesi*.

Då man såg detta barn efter tre månaders sjukdom, kunde man ögonblickligen se, att hon gått igenom en mycket svår *infantil paralyti* med en intensiv *poliomyelitis anterior acuta*. Men det är lika klart, att under det akuta stadiet voro äfven andra delar af nervsystemet angripna, och fäster jag i detta fall särskildt uppmärksamheten på de intensiva sensibla *rubbingarna*, som antagligen berott på förändringar i de perifera nerverna, hvadan jag betraktar detta fall såsom en *polyneuritis acuta + poliomyelitis anterior acuta*.

48. Gosse, A. T., 6 år, Linnégatan 45. Insj. $15/7$, observ. $2/12$.
Tre dagars feberstadium. Paraplegia infer.
Typisk *spinal infant. paralyti*.
49. Gosse, G. R. J., 7 år 9 mån., fr. Stockholm. Insj. $17/7$, obs. $17/8$.
Insjuknade den 17 juli med feber och kräkningar. Hastigt öfvergående feberstadium. I början lam i båda benen, nu endast eller åtminstone hufvudsakligen i det högra.
Alla de *vanliga symptomen af en infantil paralyti*.
50. Gosse, C. G. S., $1\frac{1}{2}$ år, fr. Stockholm. Insj. $27/7$, observ. $2/8$.
Insjuknade den 27 juli med feber och kräkningar, somnolens o. s. v. utan andra mera sällsynta symptom under feberstadiet än *ryckningar i kroppen, i armar och ben samt rullande med ögonen*. För öfrigt det vanliga förloppet vid en *poliomyelit. anter. acuta* med förlamning *hufvudsakligen i högra benet*.
51. Flicka, A. E. S., 3 år 7 mån., Linnégatan 45. Insj. $1/8$, obs. $26/10$.
Sjuknade i början af augusti, blef *styf i nacken*; *tre dagar efteråt* började hon en natt *jämra sig*, kändes *feberhet*, var *öm, så att modern ej kunde taga i henne, värst å benens baksidor*; flickan kunde *hvarken stödj på benen eller sitta*, armarna rörde hon *obehindradt*. Efter en vecka kunde hon sitta uppe i sängen, lärde sig sedan att krypa och försökte i midten af september att gå, men var ännu då klen i båda benen. Vänstra benet *bättrade sig*; det högra var och förblef svagt.
 $26/10$. *Vanlig infantil paralyti* i nedre extremiteterna, mest i högra benet, mindre i det vänstra.

52. Gosse J. H., 5 mån., Vanadisvägen 17. Insj. $17/8$, observ. $21/8$.

Paraplegia inferior med typiska symptom af en föregående poliomyelit. anter. acut.

53. Flicka, L. K., 1 år 10 mån., Nybrogatan 15 A. Insj. $20/8$, observ. $7/9$.

Den 20 aug. feber, små ryckningar i vänstra armen, på kvällen svaghet i vänstra benet, som nästa dag var fullständigt förlamad. Bättring har sedan inträdt.

$7/9$. Anmärktes pares, kyla, cyanos, atrofi i vänstra benet, men patellarreflexen bibehållen, kanske förstärkt.

Vi se genast det atypiska i det föregående fallet, en vanlig infantil spinal paralyse i vänstra benet med bibehållen (ja förstärkt?) patellarreflex. På samma gång ser man den ovanliga uppgiften, att i det akuta stadiet hade förekommit ryckningar endast i ena armen, den vänstra. Kan här hafva funnits en lindrig öfvergående poliencefalit jämte poliomyeliten?

54. Gosse, H. A. Söderberg, 3 år 1 mån., Vestmannagatan 40. Insj. $25/8$, observ. $2/9$.

Ur den af Med. Kand. SETTERBLAD på polikliniken förda journalen meddelas följande:

Insjuknade med stark feber, oro och kinkighet, sof obetydligt, korta stunder; (hade förut talat tydligt och bra) började tala otydligt, hest; rörde sig fritt i början, inga ryckningar i extremiteterna; darrade på benen vid eller efter försök att gå. Efter några dagar mera dåsig, ville gärna soffa, vägrade att gå, emedan det gjorde ont i benen; klagade och jämrade sig, då man rörde på honom; afföring trög, ej på tre dygn.

$2/9$. Förefaller litet dåsig, vill gärna ligga stilla och soffa, smärtor då han röres, vill ej sitta upp, ej håller ligga på höger sida; kan röra extremiteterna, men det tyckes ej vara med full kraft. Då han tvingas att gå, jämrar han sig, går med svårighet, liksom raglar efter modern, då hon går före. Markerar ej direkt ömhet öfver några nervstammar, i muskler eller i ledgångar. Patellarreflexer upphäfdade, muskler reagera ej för faradisk ström. Han är nu något kallare om nedre extremiteterna än om kroppen i öfrigt.

$7/9$. Mindre sömrig, för öfrigt som förut; patellarreflexer nu tydliga, liksom andra reflexer. Afföring fortfarande trög.

$11/9$. Som förut, kanske något bättre, gången paretisk, med dragning åt spastiska rörelser. Patellarreflexer kunna i dag ej framkallas.

$16/9$. Allmänna tillståndet bättre, gången bättre; ingen atrofi märkbar. Patellarreflex på högra sidan liflig, kan ej framkallas på den vänstra sidan.

²³/₉. *Gången bättre, stadigare, dock obetydliga symptom af svaghet i högra benet. Patellarreflexer tydliga å båda sidor, något starkare på den högra.*

³⁰/₉. *Knapt märkbar pares i högra benet.*

¹⁶/₁₀. *Går fullkomligt bra. Frisk.*

Diagnos: *Paralysis infantilis*, sannolikt en *polyneuritis acuta*.

Det lider intet tvifvel, att vi här haft att göra med en infantil paralyse med symptom, påminnande om dem i åtskilliga fall under epidemien 1887. Hade jag ej varit i tillfälle att följa detta fall från början till slutet, icke skulle jag, sedan barnet var friskt, med någon säkerhet kunna hafva satt diagnosen på en infantil paralyse. Darrningar, smärtor, pares med öfvervägande ataxi, upphäfdade senreflexer och faradisk retbarhet, och alt till full hälsa på mindre än två månader synes mig tala för *polyneuritis*.

55. Gosse, E. J., 3 år 7 mån., Dalagatan 3. Insj. ⁴/₉, observ. ⁹/₉.

Alltid varit något klen, hade för två år sedan puevmoni och därefter kikhosta. Föräldrar och syskon friska.

Började ⁴/₉ klaga öfver *hufvudvärk, ondt i halsen, hängsjuk*.

Försämrades under de följande dagarna, blef *somnolent* och tilltog *somnolensen* altmer. Det syntes modern osäkert, om han kände igen omgifningen. Den ⁸/₉ tillkommo *häftiga, starka skrik*. Inga konvulsioner. Inga kräkningar.

⁹/₉. *Somnolent, ej kollaberadt utseende. Skriker emellanåt såsom af smärta, i synnerhet då man söker vända honom. Han slår omkring sig ibland med armarna med osäkra rörelser, ligger med benen något uppdragna, rör äfven dem oroligt, då han ligger, men kan ej gå, ej stödjå på benen. Nacken håller han gärna bakåtböjd men rör ibland obehindradt på hufvudet. Ingen hudhyperestesi. Bliken i allmänhet stirrande, uttryckslös. Om han väckes, fixerar han föremål. Ingen strabism. Pupillerna likstora. Han kan ej fås att tala eller svara. Ordinerades 5 mgm morfin till natten.*

¹⁰/₉. Temp. 38,2—38,6. Haft någon ro under natten. I dag *ryckningar i tungan* samt *koreutiska rörelser på högra armen*. För öfrigt som i går. (Observ. i hemmet af dr N. BELLANDER).

¹¹/₉. Temp. 37,7—39°. Har i natt haft ett *anfall af allmänna konvulsioner*. I dag *nystagnus, ryckningar i ena¹⁾ mungipan* och underkäken, nacken bakåt, *sträckkramp i extremiteterna, mycket somnolent* men tillika *mycket orolig*, skriker och kastar sig som förut. *Kan tydligen ej tala*. Pulsen jämn. Ingenting abnormt från huden, från öronen, från lungorna eller andra inre organ. Svalget rodnadt. *Ingen afföring*.

¹⁾ Ej antecknadt hvilkendera. Modern vill påminna sig, att det var den vänstra, men detta är ej att lita på.

^{12/9.} *Afebril. Mindre orolig, mindre somnolent. Svarar ja och nej, om än otydligt. Blicken osäker. I dag ingen nystagmus. Ryckningarna i ansiktet och tungan minskade. En liten öppning efter ricinolja.*

^{13/9.} Fortfarande afebril.

Under de följande dagarna upphörde somnolensen, och barnet blef betydligt lugnare. Ryckningarna i ansiktet och tungan upphörde. Däremot visade sig en strabismus convergens, af hvad slag omöjligt att afgöra i följd af barnets rädsla. Talförmågan återkom mer och mer för hvarje dag, så att han den

^{18/9} *talade begripligt, ehuru otydligt och långsamt. Faller lätt i gråt, tyckes fri från smärta. Förstår tilltal. Har återfått minne. Kan leka stundtals. Fattar med händerna ganska bra men darrar möjligen. Han kan ej gå för sig själf, behöfver stöd med båda händerna och faller det oaktad lätt omkull. Benens rörelser mycket stapplande. Patellarreflexer på ömse sidor stegrade. Fotclonus Mekaniska retbarheten ökad i muskulaturen på såväl armar som ben. Ingen hyperestesi. Har haft diarré ett par dagar. För öfrigt intet abnormt från inre organ. (Observ. i hemmet af amanuensen, dr BELLANDER).*

^{20/9.} *Betydligt förbättrad, enligt moderns åsikt leker han och talar såsom förr; ingen strabism, ingenstädes atrofi eller temperaturnedsättning märkbar, armarnas rörelser fullt obehindrade; gången ännu osäker, stapplande; men äfven denna förbättrades så att den*

^{11/10,} *då jag sista gången såg gossen, gick han fullkomligt obehindradt och var fullt frisk.*

^{20/11.} Fortfarande frisk, gången felfri. Patellarreflexer lifliga (möjligen något förstärkta). Observation i hemmet af dr BELLANDER.

Diagnosen i detta fall kan jag med all säkerhet sätta till poli-encephalitis acuta.

Då jag första gången såg gossen E. J. den 9 september efter 4 å 5 dagars sjukdom, tvekade jag mellan meningit och poliencefalit. Det fans ingen hållpunkt för en bestämd diagnos. De symptom, som sedan visade sig, och det förlopp, som sjukdomen antog, visade klart, att vi hade ett fall af poliencefalit framför oss, ehuru med mycket ovanliga yttringar. En blick på sjukhistorien i sin helhet säger oss genast, att detta kan icke hafva varit en cerebro-spinal meningit (om en tuberkulös sådan kan ju icke bli tal). Jag har åtminstone aldrig sett ett sådant fall af meningit, och jag har en icke ringa erfarenhet utaf den sjukdomen hos barn. Ett så kort feberstadium (räckte i 8 dagar såsom vanligt vid den infantila paralytisen) med symptom af ganska betydliga rubbningar i hjärnbarken, djup somnolens, stor oro, oredighet; de mot slutet af feberstadiet uppträdande motilitetsrubbningarna, ryckningar,

inkoordination, förlamningar den hastiga förbättringen af det allmänna tillståndet, sedan febern upphört, den därefter kvarstående ganska betydliga cerebrala förlamningen i de nedre extremiteterna, alt detta lemnar intet rum för tvifvel om fallets rätta natur. Kommer så härtill, att det inträffade under en tid, då den infantila paralysien var gängse bland barn i Stockholm.

Detta fall bevisar, att den akuta poliencfaliten icke alltid håller sig uteslutande till ena sidan med sin hemipleiska form, utan att de motoriska centra i hjärnbarken kunna angripas i lika hög grad på båda hemisfärerna, på samma sätt som de motoriska kärnarna i ryggmärgen mycket ofta angripas på ömse sidor.

56. Flicka, E. A. P. S. 5 år 9 mån., från Stockholm. Insj. 6/9. Observ. 11/9.

Ur den af kand. M. JANSON förda journalen anföres i korthet följande: föräldrar och syskon friska, har haft kikhosta och mässling för längre tid tillbaka, mässlingen vid jultiden förra året. Har på senare månaderna haft symptom af dyspepsi och anemi.

Sjuknade plötsligt fredagen den 6 sept., hade dagen förut varit mycket ute, modern antog, att hon då hade förkyllt sig. Började att klaga öfver allmänt illamående och *kvälningar*, ville upprepade gånger krakas, var påklädd, men *låg hälst på sängen*; åt föga, *ingen afföring*, urinerung fri.

Påföljande dag hade *kvälningarna upphört*, hade *ondt i hufvudet, i ryggen och i sidorna*; för öfrigt samma tillstånd.

På *söndagen* kändes hon *het*, var rödflammig i ansiktet, *låg till sängs*, hade *ingen aptit, ingen afföring*; för öfrigt som förut, kunde själf gå upp och kasta sitt vatten.

På *måndagen* *starkare feber*, talade i *yrsel*, ville *oupphörligt* upp för att *urinera*, men *oftast utan resultat*. *Då man tog i henne gallskek hon, vid försök att ställa henne spjárnade hon emot, benen böjdes hit och dit, kastades öfver hvarandra o. s. v., kroppen spändes och vredes åt ömse sidor, på samma sätt armarna, dock mest den vänstra, den högra hölls relativt stilla. Äfven i liggande ställning uppträdde liknande rörelser. Var mycket dåsig, ryckningar i armar och ben äfven under sönnen.*

På *tisdagen* *sned i ansiktet*, munnen drogs öfver åt höger; för öfrigt som förut; *ingen afföring*. *Natten till onsdagen* blef hon *lugnare och helt hastigt mycket bättre, ryckningarna upphörde*, hon kunde stå på benen, var fullt redig, såsom modern tyckte.

Onsdagen den 11 sept. intogs hon på *Barnsjukhuset*. Var *afebril*, kunde gå *obehindradt*, hade *inga ryckningar utom kring munnen*, där en *antydning till sådana* observerades dagen därpå den *12 september*, då tillika antecknades, att den *vänstra armen* möjligen var något *svagare än den högra*. *Inga patellarreflexer* kunna

framkallas. *Vänstra pupillen större än den högra. Vänstersidig facialis pares. Tungan devierar åt vänster. Afföring först efter lavemang. Orolig, gråter, längtar hem.*

¹¹/9. *Lugnare, afföring spontant både igår och idag.*

Stat. præsens 14—15 sept.: *Liflig och vid godt humör; minnet godt utom för tilldragelserna under de närmast föregående dagarna af sjukdomen. Normal kroppsbyggnad, godt hull, god aptit, afföring nu normal, sömn god. T. 37—36,5. Puls 134. Ögonens ställning och rörelser normala; vänstra pupillen större än den högra; båda reagera för ljus och ackommodation. Vänstra ögonspringan mera öppen än den högra, kan ej fullständigt slutas, hela vänstra ansikts-halfran deltagar obetydligt i mimiska rörelser; munnen drages öfver åt höger; tungan devierar vid framsträckning åt vänster, tuggnings-rörelser normala. I sensibiliteten kan ingen förändring påvisas. Vid aktiv rörelse af hufvudet med motstånd tyckas vänstra sidans mm. sterno-cleido-mastoid. och cucullaris spänna sig mindre på vänstra sidan än på den högra. Armarnas och benens rörelser synas normala, går obekindrult, sensibiliteten normal, patellar-reflexen nedsatt på höger sida, upphäfd på den vänstra; kubital-reflexer otydliga, något starkare på högra än på vänstra sidan.*

Inga atrofier eller vasomotoriska rubbningar.

Från bröstet och buken intet abnormt. Blåsan och rectum fungera normalt. Urin utan ägghvita eller socker.

¹⁶/9. *Facialis paresen minskad; pupillerna nästan lika stora; patellarreflexen starkare på höger än förut, kan stundom framkallas äfven till vänster.*

¹⁷/9. *Patellarreflexer i det närmaste lika starka på båda sidor.*

²¹/9. *Patellarreflexer normala. Facialis paresen betydligt minskad, tydlig ännu i öfre grenen; tungan devierar föga vid utsträckning.*

²⁸/9. *Pareserna ytterligare minskade.*

⁷/10. *Utskrifven i dag. Endast i öfre facialisgrenen ringa grad af pares märkbar. För öfrigt fullt frisk. Reflexer normala.*

Diagnos: paralysis infantilis, poliencephalitis acuta, paresis nn. oculomotor. sin. (sphincter. pupill.), facialis sin., hypoglossi sin. et accessor. sin.

Diagnosen i detta nu relaterade fall är ju lätt, så till vida att barnet haft en infantil paralyse med den nyss nämnda, om än mycket ovanliga gruppen af förlamningar. Symptomen af en poliomyelitis anterior spinalis äro i detta fall mycket obetydliga. Endast nedsättningen, respektive försvinnandet för en kort tid af kubital- och patellarreflexerna på vänstra sidan tala härför. Den starka yrseln, det orediga talet, den betydliga sommolensen och de ovanligt intensiva ryckningarna i hela kroppen och dess extremiteter, hvilka fortoro ett par dygn under feberstadiet, tyda däremot med all möjlig sannolikhet på en poliencefalit under det akuta stadiet.

Då jag genom tidigare observationer och genom iakttagelser efter döden, är fullt säker på, att kärnarna i pons och medulla oblongata afficeras vid denna sjukdom, anser jag den väl begränsade gruppen af förlamningar, som stod kvar en tid under konvalescensstadiet, bäst kunna förklaras genom en affektion af facialis-, hypoglossus-, och accessorius-kärnarna på vänster sida, således en öfvergående vänstersidig akut bulbärparalysi. Några mycket obetydliga förändringar i oculomotorii kärne ligger närmast till hands att förklara den öfvergående utvidgningen af vänstra pupillen.

När man tänker på den intensiva hyperalgesien (hon gallskrek, när man tog i henne), måste man medgifva, att *icke håller de sensibla nerverna gått fria från påverkan af sjukdomen i detta fall*. Lägges härtill, att patellarreflexerna i början af konvalescensen voro försvunna, så håller jag för sannolikt, att vi i detta fall haft utom *poliencephalitis acuta* och *poliomyelitis bulbi* äfven en *polyneuritis acuta*.

57. Flicka, A. M. G., 2 år 9 mån., Rådmansgatan 20. Insj. 8/9. Observ. i hemmet från den 13/9 af förste assistenten vid pædiatriska polikliniken, dr F. SVENSSON, af mig den 21/9 på polikliniken.

Sjuknade *plötsligt* den 8 september med feber och kräkningar. *Var sedan förstoppad i två dygn, men för öfrigt bra till den 12 sept.* på eftermiddagen, då hon blef het och orolig, påföljande dag låg hon, hade ondt i halsen, värk i högra stortån, kunde gå, men hade *darrningar i högra sidans extremiteter*, blef på kvällen tydligen *lun i både armen och benet på höger sida*, men gjorde dock *inkoordinerade rörelser* (enligt Dr F. SVENSSON). *Suckade ofta, rodnade upp på kinden, var somnolent och öm i hela kroppen, jämrade sig, då hon skulle kasta vatten.*

14/9. *Fortf. feber. Sludrar på målet (har talat bra förut), förväxlar enstaka lätta ord. Reflexer normala. Svårt att taga med högra handen, hvars rörelser äro osäkra, släpar högra benet. Ingen öppning från söndag till torsdag.*

18/9. *Feberfri. Åter på benen, sprang nästan som förut. Reflexerna i högra armen och benet förstärkta (dr SVENSSON). Talade redan i går såsom förr och i dag märkes ingen osäkerhet i högra armen.*

21/9. *Haltar nästan omärkbart på sitt högra ben, där patellarreflexerna äro förstärkta. För öfrigt frisk, frodig, språksam. Efter någon tid fullständigt symptomfri och frisk.*

Diagnos: *paralysia infantilis, h. e. poliencephalitis acuta.*

Tydligare än i föregående sjukdomsfall kan bilden af en *poliencephalitis acuta* knappast vara, ehuru väl de motoriska rubb-

ningarna så fullständigt försvunno. Hade icke assistenten, dr SVENSSON, som visste, att vi hade en epidemi af infantil paralysis i Stockholm och förstod att bedöma fallets natur, fått se barnet i hemmet, är det nog möjligt, att det aldrig blifvit rätt diagnosticerad; ty den som fick se barnet två veckor efter dess insjuknande behöfde en stor erfarenhet för att leta sig till, att barnet varit utsatt för en sjukdom, som i andra fall kan medföra så ödesdigra följder.

58. Gosse, K. E. L., 3 mån., Brunkebergstorg 2. Insj. ¹⁶/₉. Observ. ¹⁶/₁₀.

Efter att förut varit somnolent en dag, märktes en morgon, den 16 september, att bägge benen voro förlamade. Det vänstra förbättrades i någon mån.

¹⁶/₁₀. *Infantil paralysis med vanliga symptom af en poliomyelitis anter acuta.*

59. Gosse, G. A. J., 9 mån., Tyska skolgränd 8. Insj. ¹⁶/₉. Observ. ¹⁶/₁₀.

Två dygns feberstadium med djup somnolens i midten af sept. kunde icke röra sig als, då han vaknade upp». Rörligheten återvände så småningom i kroppens alla delar utom i musklerna kring vänstra skuldran, öfrerarmen och supinator longus, där man den ¹⁶/₁₀ finner de vanliga symptomen, atropi, pares o. s. v., af den infantila paralysien.

60. Flicka, S. J., 1 år 9 mån., Flemminggatan 15. Insj. ¹⁶/₉. Observ. ³⁰/₉.

8 dagars feberstadium. Vanliga symptom af infantil paralysis, poliomyelit. anter. acuta med utbredd kvarstående förlamning i högra benet, mindre i det vänstra.

61. Gosse, E. G. S., 2 år 9 mån., Åsögatan 107. Insj. ²⁰/₉. Observ. ²⁵/₉.

Hade pnevmoni 3 juni. Barnet, som insjuknat i difteri fördes den 21 augusti till Epidemijukhuset, där trakeotomi samma dag utfördes. Utskrefs den 11 september frisk, med undantag däraf att han fick hosta, då han skulle svälja flytande föda, men detta gick öfver inom en vecka, så att gossen föreföll fullkomligt frisk, då han den 20 september plötsligen blef lam i högra armen utan att något illamående i öfrigt observerades hos honom.

²⁵/₉. Högra armen hänger slapp, kan ej böjas i axel- eller armbågslederna. Fingrarna hafva återfått tämligen god kraft. Ingen förlamning för öfrigt. Ögonen och svalget normala.

²⁷/₁₁. Handens rörlighet betydligt förbättrad.

⁴/₁₂. *Förlamning och atrofi i deltoideus, öfverarmen och supinator longus* kvarstå. Ingen kontraktion i deltoideus för faradisk ström. Underarmens öfriga muskler bra.

⁷/₁₂. Samma tillstånd. Intages på Barnsjukhuset.

Gossen hade visserligen haft difteri en månad före förlamningens uppträdande, men han var fullkomligt återställd och hade inga tecken till någon difteritisk förlamning, då åkomsten i högra armen plötsligt inträffade. Förloppet och gossens närvarande tillstånd tala med all säkerhet för en *infantil paralyti efter en poliomyelitis anter. acuta cervicalis*.

62. Gosse, N. A. 10 mån. Tanto sockerbruk, insjuknade en af de sista dagarna i september. Observ. ¹³/₁₂.

Föräldrar och en bror friska; en syster döfstum efter en exantematisk feber i späda ålder.

En abscess vid anus, som opererades i slutet af september under kloroformnarkos. Dagen efter operationen märktes, att barnet var lamt i bägge benen, i synnerhet i det högra. Intet feberstadium märkbart.

Barnet skulle vid 5 månaders ålder hafva haft hjärnfeber, som varade en eller annan vecka (?). Blef fullständigt återställd.

Nu lam och atrofisk i båda benen, i synnerhet i det högra med alla symptom af en *vanlig infantil paralyti*.

63. Gosse, G. O. N., 1 år, Tulegatan 41 och 42. Insj. ¹/₁₀. Observ. ¹⁶/₁₀.

En dags feberstadium med ömhet och *slapphet (förlamning)* både i extremiteter, bål- och halsmuskulatur. Företedde den 16 oktober en nästan fullständig *paraplegia inferior efter en poliomyelitis anter. acuta*.

64. Gosse, J. G. M. L., 6 år, från landet. Insj. ⁶/₁₀. Observ. första gången ⁵/₁₁.

Ur den af med. kand. HOVING förda journalen lemnas följande korta utdrag:

Trött och mindre liflig ett par dagar förut, ⁶/₁₀ orolig, värk i magen, ⁷/₁₀ lam i högra benet; ⁹/₁₀ kontraktur i högra knäet, smärtor vid försök att räta ut benet; svag äfven i vänstra benet, kontraktur och smärta vid sträckning, ömmar i synnerhet i knäveckan. Låg stilla, smärtfri, om han ej rubbades. För öfrigt inga sjukliga symptom. Fortfor så 14 dagar, hvarefter förbättring inträdde.

⁵/₁₁. *Frisk för öfrigt i alla hänseenden men kan icke als röra högra foten eller dess tår, kan ej stödja på benet, smärtor vid sträckning, ömmar vid palpation öfver insidan och baksidan af låret. För öfrigt vanliga symptom af infantil paralyti. Någon svaghet i vänstra benet, men där äro reflexer och den elektriska retheten normala.*

¹⁵/₁₁. *Något förbättrats dag från dag. Ömheten betydligt minskad, rörligheten ökad, kan stödja på sitt högra ben men ej stå för sig själf.*

Diagnos: *Paralytia infantilis, poliomyelitis anterior acuta, polyneuritis*.

Öfversikt.

I. Om etiologien.

Sedan länge hade jag varit öfvertygad om, att den infantila paralytien var en akut infektionssjukdom, på grund af det akuta stadiets symptom och förlopp. Däremot hade min egen erfarenhet aldrig gifvit mig anledning förmoda, att denna sjukdom skulle kunna uppträda, liksom de flesta andra akuta infektionssjukdomar, uti mera utbredda epidemier. Visserligen kände jag redan 1887 berättelser om en antydan till epidemiskt uppträdande af den infantila paralytien. Den förste, som hade fäst min uppmärksamhet härpå, var provinsialläkaren doktor BERGENHOLTZ i Umeå, som någon gång berättat, att han år 1881 uti sitt distrikt i Norrbottens län sett 13 fall af infantil paralyti under juli—november månader.¹⁾ En annan uppgift om ett epidemiskt uppträdande af infantil paralyti finnes angifven af SEELIGMÜLLER²⁾ uti hans omfattande monografi öfver sjukdomen. Det heter där, att COLMANN (London med. gazette 1843, p. 143, citirt bei VOGT s. 50) på ett område af några få engelska mil inom 3—4 månader sett 17 fall hos barn under 2 år. Jag har ej varit i tillfälle att se, huru VOGT citerat uti Schweizer. Monatsschr. f. prakt. Med., årgång 1857—58, men såsom notisen återgifves af SEELIGMÜLLER är den i högsta grad oriktig. Det ursprungliga meddelandet finnes uti American journal of the med. sciences, new series, vol. 5, 1843, sid. 248, och är härifrån ordagrant återgifvet uti London med. gazette. Iakttagaren hette icke COLMANN utan G. COLMER. Han hade ingalunda sett 17 fall, utan blott ett enda (!). Det var mot slutet af 1841 vid ett besök uti »the parish of West Feliciana, La, U. S.», som COLMER såg ett barn omkring ett år gammalt »then slowly recovernig from an attack of hemiplegia». Det var föräldrarna till detta barn, som berättade för mr COLMER, att inom några få miles omkrets 8—10 andra fall af hemiplegi eller paraplegi förekommit under 3—4 månader, alla hos barn under 2 år. COLMER anser tandsprickningen vara orsaken och kallar sjukdomen »paralysis in teething children». Huru knapphändigt COLMERS meddelande

¹⁾ Uti den skriftliga berättelsen till Medicinalstyrelsen finnas upptagna 3 i juli, 10 i augusti, 4 i oktober och 1 i november, altså 18 tillsammans. Kanhända att icke alla dessa 18 varit akuta fall. Dr B. nämmer ingenting därom i texten till den tabellariska rapporten.

²⁾ Gerhardt Handbuch d. Kinderkr., bd 5, 1, s. 100.

än är, synes det dock sannolikt, att en liten antydan till en epidemi af infantil paralyysi förekommit uti Amerika 1841.

Af större betydelse är den intressanta observation, som CORDIER meddelat uti Lyon médicale 1888, LVII, 5, 48. Uti ett mindre samhälle i närheten af Lyon insjuknade inom loppet af två månader, juni—juli 1885, 13 barn, af hvilka 4 afledo uti det akuta stadiet. CORDIER såg icke något af dessa sjukdomsfall under det akuta stadiet; han såg således håller aldrig något af de barn, som afledo af sjukdomen. Det var först ett år efteråt, som C. fick reda på, att flere fall inträffat vid ofvan nämnda tid i Saint-Foy-l'Argentière och då undersökte de kvarlevande och uppsamlade berättelserna om dem. I sin observation ser CORDIER ett bevis för sjukdomens infektiösa natur och betonar detta mycket kraftigt.

LEEGAARD¹⁾ har fäst uppmärksamheten på 9 sjukdomsfall, som inträffade i staden Mandal (Norge) och dess omgifning under juli—sept. 1886. D:r OXHOLM hade observerat 5 af dessa fall, andra läkare de 4 öfriga.

Några andra iakttagelser af epidemier af infantil paralyysi äro mig icke bekanta. Dock hafva många anmärkt, att två å tre fall ej sällan inträffat samtidigt på samma trakt, t. o. m. två i samma familj (SEELIGMÜLLER a. st.).

Förtjänar sjukdomens uppträdande i Stockholm och dess omgifningar under år 1887 namn af epidemi? Enligt min åsikt, ja. Jag har anledning förmoda, att åtskilliga andra fall af infantil paralyysi förekommit i Stockholm under år 1887 än dem, för hvilka jag här ofvan redogjort. Huru många dessa fall kunna vara, vet jag ej, men genom samtal med många af mina kolleger och med ledning af anteckningarna under de följande åren vid pediatrika kliniken och polikliniken, kan jag förstå, att de ej hafva varit synnerligen många. Och det är lätt förklarligt, att det stora flertalet kom under observation på den pediatrika kliniken. Sjukdomen träffar företrädesvis de sämre lottade i samhället, och dessa uppsöka gärna de pediatrika poliklinikerna och kliniken, då det såsom här är fråga om en sjukdom med så allvarsamma symptom som förlamningar. Om än icke alla de fall, som inträffade i Stockholm under år 1887, äro kända, så gifva dock de 43 fall, som observerades på pediatrika kliniken och polikliniken, en mycket god föreställning

¹⁾ Om poliomyelit med demonstration af mikroskopiska preparater. Ref. i Neurolog. Centralblatt 1890, sid. 760.

om sjukdomsfallens frekvens och intensitet under det nämnda året. Ehuru många af dem äro hvarandra mycket olika vid ett ytligt betraktande, så hafva de dock vissa väsentliga karakterer gemensamma, och synnerligen stor betydelse tillägger jag den omständigheten, att de uppträdde samtidigt. Jag återkommer flere gånger längre fram till denna fråga, om det kan vara berättigadt att hänföra de 43 sjukdomsfallen till en och samma sjukdom, men måste redan nu betona, att jag anser en sådan uppfattning fullkomligt riktig. Får jag altså betrakta dessa 43 af mig meddelade sjukdomsfall såsom yttringar af en och samma sjukdom, så framgår ur min berättelse mycket tydligt epidemiens gång.

Jag har mig icke bekant, att något enda fall af infantil paralyti inträffade i Stockholm under januari—april månader. Det var först i maj, som tvänne fall visade sig. Under juni inträffade endast ett, som kommit till min kännedom, och under juli månad åter två fall. Alla dessa 5 fall erbjödo den vanliga bilden af en akut spinal infantil paralyti. Den 1 augusti inträffade ett fall. Från och med den 9 augusti kan man räkna början till den verkliga epidemien. Under tiden 9 augusti—30 september inträffade icke mindre än 30 fall, däraf 24 inom Stockholms stad, ett på Stora Essingen i stadens omedelbara grannskap, ett på Eckerö, ett på Djurö, ett vid Furusund, ett på Tegelön vid Vaxholm och ett från staden Enköping. Af dessa sista iakttagelser framgår, att sjukdomen uppträdde samtidigt äfven på ställen ganska aflägsna från Stockholm. Det var icke blott mängden af de under augusti och september månader inträffade fallen, som slog mig. Äfven den mycket elakartade naturen hos många af dessa sjukdomsfall förvånade mig. Det var också under denna tid, som åtskilliga fall med foudroyanta förlopp och häftiga symptom gingo till döden efter endast några dagars sjukdom. I min berättelse har jag utförligt redogjort för tvänne fall med dödlig utgång; ett annat dödsfall bland barn, men som jag icke var i tillfälle att själf observera, har jag i förbigående omnämnt. Ännu ett dödsfall inträffade vid denna tid; en 20-årig sömmerska, som insjuknade den sista september, afled efter en veckas sjukdom på Serafimerlasarettet.¹⁾ Epidemien upphörde så småningom. Under oktober månad inträffade 5 fall och under november endast 2 fall, hvarefter intet fall visade sig under december, ej heller under januari, februari och mars månader 1888.

¹⁾ RISSLER a. st., sid. 27.

Från denna tid alt intill juli månad 1895 hafva endast sporadiska fall förekommit, vissa år färre, andra år något flere, såsom andra afdelningen uti kasuistiken närmare utvisar. Under juli, augusti och september månader 1895 hopade sig sjukdomsfallen på ett mycket märkbart sätt, ehuru ingalunda så som det skedde år 1887. Början gjordes med ett par fall från landsbygden i närheten af Stockholm. Det ena af dessa barn hade insjuknat den 24 juni och det andra den 12 juli. Den 15 juli inträffade det första fall i Stockholms stad, som kom till min kännedom, hvarefter följde ytterligare 15 fall inom loppet af 10 veckor, alla från Stockholm. Det sista fallet från den 6 oktober kom från landsbygden i Stockholms närhet. Det var således icke mindre än 19 fall af infantil paralyse, som inträffade på föga mer än tre månader, och som kommo under min observation, många uti ett mycket tidigt stadium af sjukdomen.

Hvarest hafva vi att söka orsakerna till denna sjukdom?

Den närmaste orsaken kan väl icke vara någon annan än ett specifikt smittämne, som finnes vida utbreddt, men som på vissa tider och på vissa ställen kan blifva mera virulent och framkalla epidemier i analogi med de vanliga akuta infektionssjukdomarna. Vi måste för öfrigt erkänna, att om detta smittämne gäller det samma som om så många andra, vi känna det endast på grund af dess verkningar. Ex analogia föreställa vi oss smittämnet under formen af en mikrob, och att det är något toxin, som bildas af en sådan, som åstadkommer den sjukliga processen i nervsystemet. Det är ju sannolikt, att denna mikrob tillhör de ännu obekanta, men det är icke håller otänkbart, att någon af de patogena mikrober, som vi känna förut, kan under vissa okända vilkor förändra sin virulens därhän, att vid en infektion dess toxiner blifva särskildt farliga för de motoriska gangliecellerna. Jag kan icke underlåta att i förbigående påminna om några intressanta djurförsök, som blifvit utförda på senaste åren, och hvilka möjligen peka åt det håll, där vi skola få utredt, hvad som försiggår vid infektionen. H. ROGER¹⁾ insprutade intravenöst på kaniner renkultur af mycket modifierade erysipelas-streptokokker och framkallade en kronisk sjukdom, under hvilken 2 till 3 veckor efter infektionen uppträdde paralyse och atrofi i bakre extremiteterna. Fyra till nitton dagar efter symptomens uppträdande inträdde döden, hvarefter vid den mikroskopiska undersökningen kon-

¹⁾ A. st.

staterades atrofi i muskulaturen samt degeneration och vakuolbildning i främre ryggmärgshornens ganglieceller, således en poliomyelitis anterior, påminnande om den patologisk anatomiska förändringen vid infantil paralyti. Samtidigt med ROGER anställde GILBERT och LION liknande försök med bacillus coli communis och redogjorde i Société de biologie i febr. 1892 för resultat, som i hufvudsak öfverensstämde med dem, som ROGER fått med streptokokkerna. Sedan hafva THOINOT och MASSELIN¹⁾ kommit till samma resultat med bacill. coli och staphylococcus aureus, d. v. s. med modifierade renkulturer, insprutade intravenöst, framkallat en poliomyelitis anterior jämte paralyti och atrofi i kaninens bakre extremiteter. THOINOT och MASSELIN funno inre organ, äfven ryggmärgen, innehålla virulenta baciller i framskridet stadium af sjukdomen, då däremot ROGER uppger, att sådana ej funnos vid de af honom verkstälda autopsierna, hvilket han anser bevisa, att poliomyeliten hos kaninerna ej framkallats direkt af mikroberna, utan af något af dem bildadt toxin. Det är att hoppas, att dessa r n skola gifva uppslag till utforskandet af den infantila paralytiens smittämne.

Kunna barnen  draga sig sjukdomen genom personlig beröring, genom smitta ifrån den ena till den andra? Ja, omöjligt  r väl detta icke, men jag tror, att det händer ytterst sällan. De sjukdomsfall, som jag observerade i Stockholm under åren 1887 och 1895 voro i allmänhet, från ganska vidt skilda kvarter af staden, och det finnes icke den ringaste anledning att misstänka, att de smittat hvarandra. Detta skulle m jligan kunna hafva varit händelsen med en tvåårig flicka, som led af gonorrh isk vulvo-vaginit och dagligen besökte polikliniken under september månad 1887, då där mycket ofta förevisades fall af infantil paralyti, med hvilka hon kom i beröring, men hon kan ju mycket väl hafva ådragit sig sjukdomen på annat sätt. Det har ett par gånger händt, att syskon sjuknat kort efter hvarandra. Så var förhållandet uti fallen nr 7 och 10; en af br derna insjuknade den 9 augusti och visade af symptom från nervsystemet en vanlig paraplegia inferior; den andre brodern insjuknade den 13 augusti, och uppträdde hos honom icke blott extremitetsf rl mning utan äfven facialis- och oculomotoriuspares. Historien om två andra syskon återfinnes i kasuistiken under nr 26. Ett af syskonen hade sjuknat den 4 september och dog den 9 sept., eller samma dag, som brodern sjuknade,

¹⁾ Revue de médecine juni 1894.

och hvars historia skildras under nr 26. Men äfven dessa syskons insjuknande, med några dagars mellanrum, kan naturligtvis förklaras på annat sätt än genom smitta från det ena till det andra.

En annan observation, som ser mycket egendomlig ut, vill jag berätta i sammanhang med det föregående. På Barnsjukhuset inträffade i början af år 1889, att ett 4 års barn, som var konvalescent efter en annan sjukdom, helt plötsligt angreps af feber, dåsigheit och halfsidiga konvulsjoner. Förloppet och alla symptom talade med säkerhet för en akut polienccefalit. I samma rum hade kort förut vårdats ett barn, som vid inkomsten till sjukhuset befann sig uti det akuta stadiet af den infantila paralysien. I detta senare fall utvecklade sig de vanliga symptomen af en poliomyelitis anterior acuta. Jag har endast velat berätta detta faktum, utan att därför vilja påstå, att det senare barnet medfört smitta till det förra, ehuru väl jag tror, att sjukdomsfallen berott på samma infektiösaämne.

Några predisponerande orsaker till barnens insjuknande har jag ej funnit. Enligt den erfarenhet, jag nu samlat, vill jag bestämdt påstå, att insjuknandet icke har det minsta att skaffa med förkylning, dålig ventilation, tandsprickning, ärftlighet, föregående sjukdomar m. m., hvarom alt man talat. Ej håller jag förspört det ringaste om någon nervös belastning hos barnen eller uti de familjer, där sjukdomen sökt sina offer. Tvärtom har det under dessa epidemier varit fullkomligt friska barn, som augripits. Om ett par (55, 56) uppgåfvo föräldrarna, att de förut varit något klena men ingalunda sjukliga eller vid insjuknandet lidande af annan sjukdom. Endast tre barn ledo af nämnvärd åkomma, en af abscess vid anus, 2 af lindrigt diarré. En gosse, som sjuknade den 24 augusti 1887, led sedan årets början af en lindrig kronisk artroït i vänstra fotleden. En två års flicka, som sjuknade den 21 sept. s. å., vårdades å polikliniken för vulvo-vaginitis gonorrhoeica men var vid insjuknandet för öfrigt fullt frisk. Ett af barnen (fall 41) hade kort förut haft mässling; ett barn hade haft difteri en månad förut (se fallet 61). Detta är alt, jag har att meddela om föregående sjuklighet eller sjukdomar hos de insjuknade barnen, och jag kan icke betrakta dessa enstaka fall annat än som rena tillfälligheter. Ej håller jag, att ett fall från ett bord (se fallet 40) kan tillmätas någon betydelse.

Frågan om dispositionen för den infantila paralysien är ännu en olöst gåta, och det är den ju äfven för de flesta andra in-

fektionssjukdomar. Endast några få omständigheter äro med säkerhet kända, och dessa har jag endast kunnat konstatera under de af mig iakttagna epidemierna. Det gäller först och främst den ålder, vid hvilken barnen äro mest utsatta för sjukdomen. Regeln är, att det är den tidiga barndomen, som är mest disponerad. Uti de 64 ofvan meddelade fallen komma på åldern

2½—6 mån.	7 mån.—1 år	i 2:dra året	i 3:dje	i 4:de	i 5:te	i 6:te	i 8:de	S:ma.
5	15	17	13	9	1	3	1	64

Under epidemien 1887 var det yngsta barnet 2½ månad, det äldsta fylda 5 år. Under epidemien 1895 var det yngsta 3 månader och det äldsta 7 år 9 mån.

Gossar skulle vara mera utsatta för sjukdomen än flickor. Så visade sig också vara händelsen år 1895, då af 21 insjuknade barn 15 voro gossar. Under maj—november 1887 sjuknade däremot i det närmaste lika många af hvarterdera könet eller 22 gossar och 21 flickor.

De flesta af de små patienterna hafva tillhört arbetsklassen, men ingalunda de egentligen fattiga, och de fall, som jag observererat i min enskilda praktik, hafva visat, att icke håller de bättre lottade i samhället gå fria för sjukdomen. Huruvida dåliga hygieniska förhållanden i ett eller annat hänseende öfvat inflytande på sjukdomens uppkomst, därom vågar jag ej yttra mig. Det förefaller mig mycket ovisst.

Båda epidemierna hafva inträffat vid precis samma årstid, eftersommaren och början af hösten, stående på sitt maximum under augusti och september månader. Dessa månader voro år 1887 utmärkta genom synnerligen normala väderleksförhållanden. Juli och augusti månader 1895 voro mycket regniga, isynnerhet juli, men det torde bemärkas, att de flesta sjukdomsfallen inträffade under september. Medeltemperaturen i Stockholm under åren 1859—89 var under juli + 16.4, augusti + 15.0 och september + 11.3. Medeltemperaturer under juli 1887 + 17, augusti + 14.9 och september + 11.7. Medelnederbörden var 1860—94 under juli 57.8 mm., augusti 61.8 mm., september 45.7, och året 1887 under juli 56.7 mm., augusti 44.7 mm., september 60.7. Samma siffror för juli, augusti och september 1895 voro respektive + 16, + 15.6 och + 11.7 temperatur, och 114.1 mm., 72 mm. och 41.7 mm. nederbörd.¹⁾

¹⁾ Enligt meddelande från Meteorologiska centralanstalten.

Såsom bekant är det vid ofvan nämnda årtid, som barnkoleran i allmänhet uppträder med de talrikaste och svåraste fallen, men hvarken 1887 eller 1895 var detta händelsen i någon högre grad. Särskildt voro augusti och september månader 1895 utmärkta för ett ovanligt godt hälsotillstånd uti Stockholm.

II. Om symptomen och förloppet under det akuta stadiet.

1. De allmänna febersymptomen.

Om jag undantager, att föräldrarna till gossen n:r 63 trott sig märka, att han varit trött och mindre liflig ett par dagar före insjuknandet, tror jag mig kunna påstå, att några symptom, som skulle kunna kallas *förebud* till den uppträdande sjukdomen, icke funnits i de fall, för hvilka jag redogjort. Andra iakttagare hafva trott sig finna sådana, om också sällan, uti en föregående allmän nedslagenhet, förändring i lynnet, dålig sömn, bristande matlust, försvårad dentition o. s. v. Något sådant har jag ej kunnat konstatera. Ej håller har jag i något af mina fall hört talas om förebud från nervsystemet, vare sig retnings- eller depressionssymptom.

Ett verkligt *prodromalstadium*, om man vill kalla det så, har jag endast funnit uti ett fåtal fall, n:r 23, 51, 56 och 57. Det första af dessa rörde en nitton månader gammal gosse, som sjuknade den 4 sept. med feber och allmänt illamående men var dagarna därefter bättre igen, var ute och lekte på gården till den landtvilla, som föräldrarna då bebodde; den 7 var han sämre igen, men ej sängliggande; först den 8 sept., således 5 dagar efter den dag, då han visat de första tecknen till feber och illamående, insjuknade han med häftig feber och ville ej längre vara uppe. Detta fall utvecklade sig till ett af de svåraste, jag observerat, ehuru utgången blef öfver förväntan gynsam. Uti fallen 51, 56 och 57 har antecknats feber, kväljningar, allmänt illamående 2 till 4 dagar före utbrottet af den egentliga sjukdomen.

Feber har iakttagits uti sjukdomens början i de allra flesta fall. Endast i tvänne af de 43 fall, som inträffade under 1887 skulle intet feberstadium hafva förmärkts. Egendomligt nog var detta händelsen med det första fallet i maj månad och ett af de sista uti oktober, n:r 41. Uti alla de fall, som inträffade under själfva epidemien, hade ett feberstadium observerats.

I ett par fall under 1887 års epidemi samt uti två fall (52 och 61) under 1895, skulle så tillvida intet feberstadium hafva funnits, som ingen hetta i kroppen förmärktes, men i stället hade mödrarna lagt märke till den för feberstadiet särdeles karakteristiska somnolensen i tre af dessa fall.

I fallet 62 led barnet dagarna före förlamningens uppträdande af en abscess bredvid anus och var illamående i följd däraf, men att döma efter moderns berättelse hade inga för den infantila paralyisiens akuta stadium egendomliga symptom förmärkts hos detta barn.

Feberstadiets längd har växlat mellan 2—4 dagar i vanliga fall, endast i 4 fall är det angifvet till en dag, i 3 fall till 5 dagar, i ett fall till 6 dagar och i fallet nr 26 till 8 dagar, i fallen 23 och 55 till 8 å 10 dagar.

Hvad *temperaturstegringen* under feberstadiet beträffar, så hafva de mätningar som gjorts varit af föga intresse. Jag är ej i tillfälle att meddela någon sammanhängande kurva för ett helt feberstadium. Så mycket kan jag säga, att den synes växla mycket och sällan öfverstiga 39° . En gång har den observerats till $39,4^{\circ}$.

I fallet nr 22, som gick till döden på 6:te dygnet, iaktogs en temperatur på $41,4^{\circ}$, några timmar innan barnet afled.

Svettning är ett symptom, som endast i ett färre antal fall varit mera påfallande.

Somnolensen har varit ett utmärkande drag för feberstadiet. Jag har hört den omtalas eller själf observerat den i de flesta fall, från och med en lindrig dåsigheit ända ned till en tämligen djup sopor. Hos de barn, som afled, öfvergick denna sopor till en fullständig koma. Somnolensen under den infantila paralyisiens initialstadium skulle kunna jämföras med det tyfösa tillståndet i åtskilliga infektionssjukdomar. Uti den infantila paralyisien inställer sig dock somnolensen mycket tidigt, redan på första dagen, ja det har i några fall anmärkts dåsigheit hos barnen, utan att någon feberhetta observerats. Somnolensen har nog varit högggradig vid fall af poliencéfalit (se 55 t. ex.), men den kan vara lika uttalad i fall, som för öfrigt antaga karakteren af en vanlig poliomyelit (se t. ex. nr. 23). Den enklaste förklaringen till somnolensen uti initialstadiet torde böra sökas i en särskild benägenhet hos denna infektion att angripa nervsystemet i allmänhet. Somnolensen skulle således, enligt min meuing, bero på en af toxinet framkallad rubbing

i hjärnbarken, en funktionel rubbning, som i de flesta fall går snart öfver. Att en sådan rubbning kommer så hastigt och i många fall är mycket kortvarig, står väl tillsammans med förloppet af affektionen på den motoriska nervapparaten. Äfven här visa sig ju hastigt inträdande rubbningar, som ibland hastigt försvinna.

I några fall hafva de små patienterna klagat öfver »*ondt i halsen*» under de första dagarna (22, 33, 55, 57), och i ett fall misstänktes till en början angina tonsillaris. I de flesta fall har icke funnits någon anledning att undersöka svalget.

Dyspeptiska symptom hafva observerats i rätt många fall vid insjuknandet. Utom anorexi hafva kväljningar icke sällan förekommit, och i 10 fall finnas kräkningar antecknade. I åtskilliga fall hafva öppningarna visat sig slemmiga, dåliga, t. o. m. illaluktande. Att dessa symptom bero på en akut tarmkatarr under feberstadiet, torde vara antagligt. Hos de afidna barnen märktes vid autopsien en intensiv tarmkatarr med en betydlig ansvällning af solitära folliklar och peyerska plaques samt af körtlarna i mesenteriet.

Förstoppning är ett vanligt symptom under det akuta stadiet, och anser jag det vara att hänföra till de nervösa rubbningarna, så mycket mer som förstoppningen kan vara ända till 3 dagar, i två fall 4 dagar, och i ett fall (n:r 29) hade barnet ej haft öppning på 5 dygn, alt under feberstadiet. I ett par fall (47 och 55) måste lavemang användas under en veckas tid efter insjuknandet, innan spontana afföringar kommo till stånd. Ofrivillig afgang af fæces i det akuta stadiet har jag aldrig hört omtalas i de af mig observerade sjukdomsfallen.

Det händer också någon gång, att barnen lida af *urinretention* under ett dygn mot slutet af feberstadiet. Uti ett par fall (n:r 29 och 47), i hvilka barnen samtidigt ledo af förstoppning, kunde de ej kasta vatten på 3 dygn, under hvilka blåsan måste tömmas med kateter. Att urinretentionen berott på en öfvergående rubbning i blåsmuskulaturens innervation, lider väl icke något tvifvel. Uti det senare paralytiska stadiet har jag, lika litet som uti alla af mig förr observerade fall, haft att anmärka några rubbningar vid defekation eller urinering.

Ett symptom, som jag observerat under feberstadiet och i vissa fall äfven uti restitutionstadiet, och som i beskrifningarna på sjukdomen ej blifvit särdeles mycket beaktadt, är den *smärta och ömhet i kroppen, särskildt i benen*, som de små patienterna

vid undersökningen gifva tillkänna icke blott vid polynevriter utan äfven i fall, som öfvervägande hafva karakteren af poliomyelit.

Anfall af konvulsioner under initialstadiet figurera i beskrifningarna på den infantila paralysien såsom ett vanligt symptom. Detta hafva mina iakttagelser ej bekräftat. Konvulsioner i början af sjukdomen hafva under epidemien blott iakttagits uti 5 fall, hvaraf i 4 fall (13, 44, 55 och 56) utvecklade sig en tydlig poliencefalit, och i ett fall (23), där konvulsioner visade sig under 3 dagar efter hvarandra, och där soporn varade i 8 dagar, utvecklade sig en paralyti i nästan hela kroppen.

Ryckningar eller darrningar i armar och ben förekommo nästan aldrig i de vanliga fallen af spinal paralyti. De tillhöra de atypiska fallen, särskildt poliencefaliterna, men förekomma äfven i fall, som hafva mera likhet med polynevrit. Sålunda hafva dessa symptom observerats i fallen 16, 19, 26, 54 och slutligen i fallet 53. Uti dessa fall tillkommo symptom, som ingalunda kunna förklaras med en lokalisering i ryggmärgens främre grå horn. Jag återkommer framdeles till dessa fall men har nämnt dem här för att framhålla, att det endast varit uti fall med ovanliga symptom och en ovanlig lokalisering, som krampsymptom uppträdt i början af sjukdomen.

Då nu de atypiska fallen, poliencefaliter och polynevrit, hafva den bästa prognosen, så tillhöra konvulsioner, ryckningar och darrningar ingalunda de farligaste symptomen eller de fall, som lemna de svåraste följderna för framtiden.

En verklig kontraktur har jag *aldrig* observerat, men väl en pseudo-kontraktur i följd af smärtorna i nerver och muskler (se t. ex. fallen 6 och 64).

Icke uti något af de fall, som gingo till döden, visade sig krampfenomen.

Djupa suckar, sådana som vi observera dem t. ex. uti den tuberkulösa meningiten, hafva endast mycket få gånger blifvit anmärkta, nämligen uti fallen n:r 13 och 57, poliencefaliter, samt i n:r 10, där förlamningssymptom visade sig icke blott från extremiteterna utan äfven från facialis och oculomotorius. I detta sista fall upphäufde barnet också *häftiga, gälla skrik*, som för öfrigt blott omtalats i fallet n:r 8, där förlamningen inskränkte sig till ena facialisområdet, och i fallet 55, en poliencefalit. Båda dessa symptom, djupa suckar och häftiga

skrik (= cries hydrocéphaliques), äro således mycket sällsynta symptom, som egentligen förekomma vid poliiencefaliten. Ett öfvergående upprodnande på kinderna kan jag ej finna antecknadt mer än en gång, i fallet 57, äfven detta en poliiencefalit.

På tal om symptomen under sjukdomens första skede, vill jag påpeka tvänne intressanta observationer. Det hände nämligen uti tvänne fall, att barnen först genomgingo ett feberstadium på 3 à 4 dagar, hvarunder visade sig en paraplegia inferior. Härefter inträdde en *feberfri remission på 5, i andra fallet 6 dagar*, och efter denna intervall instälde sig åter stark feber med en betydlig utbredning och försämring af de paralytiska symptomen. Se fallen 29 och 33!

2. Lokalisationen uti nervsystemet under det akuta stadiet.

Strängt taget kan man icke draga upp en bestämd gräns mellan ett feberstadium och ett paralytiskt stadium, åtminstone icke uti flertalet fall. Paralysier inställa sig ofta redan tidigt i feberstadiet, ja feber och sopor kunna hålla i sig flere dagar efter de paralytiska symptomens uppträdande. Riktigare vore att, i enlighet med symptomens utveckling och sjukdomens gång, tala om ett restitutionsstadium såsom följande på feberstadiet och efter restitutionsstadiet det blifvande paralytiska eller atrofiska stadiet, men jag lemnar åsido sjukdomens indelning i olika stadier, ty den har helt visst en mycket ringa betydelse. Det säkra är, att redan tidigt i det akuta stadiet yppa sig icke blott sådana symptom, som möjligen eller delvis kunna anses bero på intoxicationens allmänna verkningar, utan äfven tydliga motoriska rubbningar.

Om fallen af poliomyelitis anterior acuta anser jag mig icke behöfva ingå på någon närmare kritik af de nervsymptom, som förekomma i de vanliga typiska fallen af infantil paralyse, där symptombilden beherskas af degenerationen uti de främre grå ryggmärgshornens ganglioceller, detta lika litet som jag ansett mig böra lemna någon uttömmande beskrifning på dessa fall. De äro ju till alla delar väl kända. Under år 1887 inträffade i Stockholm och observerades af mig 28 fall af typisk poliomyelit. anter. acuta. (d. v. s. med lokalisation uteslutande på ryggmärgen); och under 1895 uppgick antalet rena, enkla poliomyeliter till 13. Dessa fall hafva sitt stora intresse såsom bevisande, att det i verkligheten var den sedan gammalt kända

infantila paralsien, som var gängse i Stockholm nyssnämnda år, och att det ingalunda har varit fråga om någon ny eller hittills okänd sjukdom. I åtskilliga af de förlammingsfall, som inträffade under 1887, skulle jag visserligen icke hafva tänkt på någon gemenskap med den infantila paralsien, om dessa fall förekommit enastående. Efter 1887 års epidemi känner jag med större säkerhet igen de atypiska fallen, hvadan dessa under 1895 ej erbjödo så synnerlig stor svårighet i diagnostiskt hänseende, huru egendomliga en del af dessa fall än voro. Utan de samtidigt inträffade poliomyeliterna, skulle emellertid etiologien och fallens rätta natur äfven nu hafva förblifvit något dunkla. De samtidiga typiska poliomyeliterna lemna den påtagliga förklaringen till uppkomsten äfven af dessa fall, hvilka vid första påseendet se så besynnerliga ut, hvad symptomen från nervsystemet beträffar. Ett egendommeligt symptom i följd af poliomyelit vill jag fästa uppmärksamheten på, nämligen förlamning i *ena* bröstorgshalfvan samt uti bukmuskulaturen på samma sida. Se de utförliga beskrifningarna i fallen 29 och 47. Det såg högst egendommeligt ut i fallet 29, när barnet skrek häftigt och bukmuskulaturen på vänstra sidan kontraherades, under det att samtidigt den lama högra halfvan af bukväggen pressades fram såsom en rundad, tämligen stor tumör. I fallet 47 såg den friska vänstra sidan af bålen något hopdragen och insjunken ut i jämförelse med den andra, lama sidan, som såg rund och fyllig ut, och blef denna skilnad i konfigurationen ännu mera märkbar, då barnet gjorde någon ansträngande rörelse.

Som vanligt hafva de flesta fall af poliomyeliterna haft karakteren af poliomyelitis inferior eller lumbalis med förlamningar endast uti de undre extremiteterna. Att gangliecellerna uti lumbalansvällningen hafva en mycket stor affinitet till denna sjukdom, en särskild känslighet för dess toxiner, är en sanning, som till fullo bekräftades under 1887 och 1895 års epidemier. Ibland de 64 fallen kunna 50 betraktas såsom poliomyeliter, och i 45 af dessa förekommo förlamningar i de undre extremiteterna. Endast i 14 fall omtalas förlamningar i de öfre extremiteterna. I flere fall hafva symptomen antydt en i vertikala riktningen mycket utbredd process i ryggmärgen, så att alla extremiteterna, och bålen och halsens muskler varit förlamade. Förlamning uteslutande i armarna förekommer mera sällan; jag har observerat endast fem sådana bland de

64 fallen. Förflamningar endast i de undre extremiteterna hafva förekommit uti 32 fall, hvartill komma fyra fall, där jämte förflamningen i de nedre extremiteterna visade sig en förflamning i facialis, i abducens eller i oculomotorius. Vid de mycket utbredda poliomyeliterna hafva i ett par fall facialiskärnen, i ett fall oculomotorius och ett par gånger vagus varit indragna i processen. Det är ju intressant att se, att äfven de för öfrigt enkla och vanliga poliomyeliterna kunna kompliceras med rubbningar i bulbens kärnar. Härigenom bevisas att denna komplikation uppträder äfven vid den vanliga spinala formen af infantil paralyti.

Om fall af polyneuritis acuta. *De spontana smärtorna i kroppen och särskildt i extremiteterna* hafva i vissa fall varit förenade med en påfallande ömhet i benen och ömhet vid tryck på muskulaturen. Dessa smärtsamma symptom hafva i synnerhet visat sig i de fall, där såväl de särskilda symptomen som hela sjukdomsbilden och förloppet hafva haft en slående likhet med de förut af åtskilliga observatörer beskrifna sjukdomsfall, hvilka fått namnet polyneuritis acuta.

Polynevriten är utan tvifvel en mycket sällsynt sjukdomsform hos barn. Jag har aldrig förr än under år 1887 varit i tillfälle att iakttaga några karakteriska fall, men under den då rådande epidemien af infantil paralyti observerade jag under aug.—septemb. månader icke mindre än 6 fall, som i alla väsentliga hänseenden, hvad symptombilden beträffar, hade *karakteren af en polynevrin*, sådan den blifvit, mest hos fullväxta, iakttagen och beskrifven. (DUMÉNIL, DÉJÉRINE, LEYDEN, EISENLOHR, STRÜMPELL, RABINSKY m. fl.). Dessa 6 fall hafva i min kasuistik nummerna 6, 11, 16, 19, 26 och 33. Äfven under 1895 inträffade åtminstone två fall af typisk polynevrin, fallen 47 och 54, men äfven i fallen 51 och 64 kan man misstänka en polynevrin jämte poliomyeliten.

Som bekant hafva några iakttagare af denna sjukdom (LEYDEN, EISENLOHR, STRÜMPELL) tänkt på ett genetiskt samband mellan polynevrinen och poliomyeliten. För identiteten uti etiologiskt hänseende mellan de af mig observerade polynevrinerna och poliomyeliterna anser jag deras samtidiga uppträdande vara ett mycket godt bevis. Men härför tala äfven de väsentliga likheterna i sjukdomsbilden vid dessa olika former af infantil paralyti. På samma sätt som poliomyeliterna hafva dessa fall af polynevrin hållit sig till den

tidiga barndomen. Uti de 8 nyss nämnda fallen har åldern växlat mellan 1 år 10 mån. och 4 år. Äfven i de flesta af dessa fall har sjukdomen kommit på helt plötsligt utan några förebud. Den har börjat med feber och allmänt illamående, dåsigheit, i ett fall (26) nästan sopor; vidare hafva dyspeptiska symptom förekommit, urinretention någon gång, förstoppning likaså (se t. ex. n:r 47). Feberstadiet har som i de vanliga poliomyeliterna endast varat några dagar; uti ett af fallen (33) recidiverade febern, såsom förut omtalats. En sista mycket viktig likhet hafva dessa polynevriter med poliomyeliterna, nämligen redan i feberstadiet uppträdande motilitetsrubbingar, särskildt svaghet i de nedre extremiteterna. Dessa äro de omständigheter och de symptom, som äro gemensamma för dessa båda i öfrigt så olika yttringar af den infantila paralsien.

I flertalet fall af polynevrit hafva redan i feberstadiet yppat sig symptom, som utvisa, att här varit fråga om en annan lokalisation i nervsystemet än endast i ryggmärgens främre, grå horn. De små patienterna hafva gifvit till känna mycket häftiga smärtor, någon gång i kroppen i allmänhet eller ryggen, äfven i armarna, men vanligast i benen. De hafva icke blott jämrat sig (äfven i sömnen) öfver dessa smärtor; de hafva äfven markerat stor ömhet i benen för vidröring, »barnet tålde ej att man tog i dess ben», som det heter i beskrifningen. *Hudhyperestesi* har i ett par af dessa fall varit för handen. Och i ett fall slutigen efterföljdes hyperestesian af en *total* men öfvergående *anestesi* i underbenen. (Se fallet 47). Sensibiliteten blef i det atrofiska stadiet åter normal. Smärtorna och i synnerhet ömheten för vidröring hafva fortfarit, äfven sedan febern upphört, i fallet nr. 6 i fulla 3 veckor, i fallet nr. 19 i två veckor. I fallen 6, 11 och 64 har iakttagits lindrig kontraktur i höft- och knäleder samt stor smärta vid försök att räta ut benen. I fallen 19 och 54 blefvo barnen förskräckta och började gråta, då man ville hafva dem att stödja på benen. I fallet 33 heter det, att försök att stödja på benen gjordes motvilligt. En bestämd ömhet vid palpation af musklerna har ådagalagts i fallen 6, 33, och 64 samt också sannolikt i fallen 11 och 19. I fallet 64 utvecklade sig de vanliga symptomen af en spinal infantil paralsi i de nedre extremiteterna, hvadan detta fall till sin lokalisation i öfrigt kan hänföras till poliomyeliterna. I fallet n:r 6 åter, som jag anser hafva varit en typisk polyneuritis acuta paralytica, försvunno efter några veckor såväl kontraktu-

ren som ömheten, hvarefter rörligheten i de förut paretiska benen började återvända under bruket af galvanism, så att barnet efter två månader var fullständigt friskt och rörligt. Äfven denna återgång till fullständig hälsa är egendomlig för polynevriten, ehuru symptomen i det akuta stadiet kunna vara mycket oroande (se utom fallet nr. 6 äfven fallet 54).

Om fall af ataxi (ataxia acuta transitoria). I fallen 16, 19, 26, 54 och 33 tillkomma andra egendomliga symptom, som icke observerats i något fall af ren poliomyelit. I de fyra först nämnda märktes under feberstadiet ryckningar och darrningar i armar och ben, i fallet 16 äfven under sömnen. Det kan knappast vara någon tillfällighet, att detta symptom visade sig just i dessa fyra fall, ty i dessa samma fall antog motilitetsrubbningsformen af en *utpräglad ataxi*. Se utdragen ur sjukhistorierna till fallen 16, 19, 26 och 54, där den stapplande, osäkra gången finnes närmare beskrifven. Äfven i fallet 33, där barnet kunde röra sina ben oklanderligt i liggande ställning men ej gärna ville stödja på dem, visade sig gången osäker, stapplande, men i detta fall med en antydning till spastiska symptom, som icke funnos uti de fyra först nämnda. Fallet 54 med sin utpräglade ataxi och en antydning till spastiska fenomen bildar en öfvergång till fallet 33, där ataxien var mindre utpräglad, men i hvilket de uti denna sjukdom sällsynta spastiska symptomen med förstärkta patellarreflexer voro för handen. En närmare undersökning af muskelsinnet och sensibiliteten skulle hafva varit af stort intresse i dessa fall med ataxi, men en sådan låter sig icke med någon framgång göra hos barn på 2 à 3 år. Då det t. ex. heter om sensibiliteten, att den är bibehållen oförändrad, så gäller detta endast, för så vidt den kan hos så små barn undersökas. Med tålmod och kritik kan man nog i många fall komma underfund med, huruvida barnen något så när normalt uppfatta en lätt beröring eller ett nålstick, men stort längre kommer man ej. En total anestesi är naturligtvis lätt att påvisa, och en utpräglad hyperestesi erbjuder heller ingen stor svårighet. Att utröna kvalitativa förändringar eller få barnen att t. ex. redogöra för parestesier, går ej så lätt. Kommer sådant fram, beror det på en tillfällighet. Helt annat är det med ett sådant symptom som gången. Det kan ju vara svårt ibland att få de små barnen att göra försök att gå, på grund af deras rädsla eller om de äro egensinniga. Lyckas man att göra sina observa-

tioner utan att störa deras lugn, och lyckas man få dem att gå, så är det ingen svårighet för den, som har vana att handskas med barn, att uppfatta såväl att gången är abnorm som också i hvad hänseende den är abnorm. För riktigheten af de i journalerna anförda observationerna kan jag således ansvara. Uti fallen 16, 19, 26 och 54 (och sannolikt också i fallet 33) yppade sig en utpräglad ataxi i gången, dels redan uti feberstadiet dels uti restitutionstadiet. Huru skall denna ataxi kunna förklaras? Alla dessa nyss nämnda fall buro från sin början prägeln af en polyneuritis acuta. Kan denna lesion på nervsystemet bära skulden till ataxien? Något bestämdt svar lär jag ej kunna gifva, då ataxiens förklaring är en nöt, som neurologerna ännu ej kunnat knäcka, lika litet som fysiologerna kunna nöjaktigt förklara, hvilka delar af det centrala nervsystemet eller hvilka ledningsbanor, som tjänstgöra för att upprätthålla koordinationen i det friska tillståndet. Uti de fall af infantil paralyse med ataktiska symptom, som jag observerat, lär jag icke kunna förneka möjligheten af förändringar i ryggmärgen såsom grund för ataxien, det är både möjligt och sannolikt, att sådana funnits i vissa fall, om än öfvergående, men å andra sidan synes det mig vara ganska visst, att de periferiska nerverna varit angripna i dessa fall, och då blir väl det enklaste att följa det numera vanliga bruket att förklara de ataktiska fenomenens uppkomst i dessa fall genom den för handen varande multipla nevriten eller polynevriten. För den vidare förklaringen måste vi då hålla oss till LEYDENS hypotes, att ataxien beror på en genom rubbning i de sensibla ledningsbanorna framkallad minskning uti eller förlust utaf muskelsinnets inverkan på de koördinerande centra (hvilka vi icke känna!). Ataxi vid polynevrit är såsom bekant först beskrifven af LEYDEN. Man har gett särskilda namn åt denna symptombild, *pseudotabes peripherica*, *nevrotabes périphérique* (DÉJÉRINE, GAZETTE de Paris 1883, 44) eller »acute heilbare Ataxie» (STRÜMPELL). Då de af mig observerade fallen erbjuda så många och väsentliga likheter med den akuta multipla nevriten, så ser jag däri ett godt skäl för det antagandet, att ataxien äfven i mina fall kan hafva berott på förändringar uti de periferiska (sensibla) nerverna. Ju mera de motoriska nerverna varit afficerade, desto mera har pares varit uttalad i början af dessa multipla nevriter.

Innan jag lemnar denna fråga, vill jag dock framhålla ett par observationer. Den ataktiska gången hos mina små patienter har ej liknat gången hos en vanlig tabetiker. En sådan sprattlar med benen, som han inte riktigt viste, hvar han hade dem. Det ser icke så ut, när barnen med polynevit gå osäkert. De ragla, snafva och falla lätt omkull, de gå bredbent och hafva tydligen svårt att hålla jämnvikten. Gången liknar således mera den, som är egendomlig för cerebellar ataxi eller för den hereditära ataxien (Friedreichs tabes). I fallen 16, 19, 26 och 54 hafva barnen också i sin gång mycket påmint om de fall af hereditär ataxi, som jag observerat. Detta om gången. Hvad lesionen på nervsystemet beträffar, måste jag i detta sammanhang förutskicka en patologisk anatomisk observation. Vid den af RISSLER (a. st.) verkställda mikroskopiska undersökningen på ett fall (n:r 22), som gick till döden, befunnos gangliecellerna i columnæ Clarkii stadda i degeneration. Det är således en afgjord sak, att dessa celler kunna angripas vid den infantila paralysien. och äro dessa celler degenererade, så följer ju en sekundär degeneration i sidosträngarna till lilla hjärnan och i Gowerska strängarna, men just dessa delar af ryggmärgen hafva äfven vid hereditär ataxi visat sig angripna, oafsedt förändringarna i de bakre strängarna. Man känner ju icke den kliniska betydelsen af dessa förändringar, och jag har alt för liten anledning att ingå i någon diskussion härom. Jag har blott velat påpeka de observerade fakta. Härtill bör jag lägga ytterligare den märkliga iakttagelsen i åtminstone två af dessa fall (16 och 54), att talet förändrades ganska betydligt, var i fallet 16 »dåligt, långsamt, nästan stammande, blott uttalande ett och annat ord; i fallet 54 märktes i början af det akuta stadiet en otydlighet i talet (barnet talade förut aldeles rent). Barnen återfingo fullständigt sin talförmåga. Hvarpå denna öfvergående anartri eller alali kan hafva berott, lemnar jag därhän. Man kan ju hysa den förmodan, att den berott på perifera rubbningar.

Det finnes ännu några symptom vid dessa fall af polynevit med ataxi, som förtjäna att ihågkommas. Det visade sig ingen atrofi i benens muskler i något af fallen 16, 19, 26 eller 54. I fallet 6 uppstod häller ingen atrofi, men väl i fallet 47, som också företedde en tydlig bild af polynevit. I fallen 51 och 64, som stå poliomyeliterna mycket nära, saknades ingalunda den vanliga atrofin i muskulaturen, lika litet som kylau

och cyanosen, hvilka fenomen icke häller förekomma vid ataxierna så som vid poliomyeliterna.

Patellarreflexerna, som i poliomyeliterna så konstant äro helt och hållet försvunna eller åtminstone betydligt försvagade, förhöllo sig på helt annat sätt i flertalet fall af polynevrit. Icke häller den elektriska retbarheten här i dessa fall varit förändrad på samma sätt som den tämligen konstant är det vid poliomyeliterna. I fallet 16 voro patellarreflexerna betydligt nedsatta, men de elektriska strömmarna, såväl den faradiska som galvaniska, visade samma verkningar på barnens muskulatur som under normala förhållanden, således intet tecken till EaR. I fallet 19 var patellarreflexen liffigare på det högra benet, »som slängde mest vid gående», men uti just detta ben visade nerver och muskler en partiel EaR. I fallet 26 voro partellarreflexerna liffiga, och det fans häller ingen EaR, hvilket nog stämmer det ena med det andra, men är ovanligt för en polynevrit. I fallet 33 slutligen gjordes den märkvärdiga iakttagelsen, att nerverna och de slappa musklerna visade en tydlig EaR, under det att patellarreflexerna, som i början varit nedsatta, samtidigt voro märkbart förstärkta. Äfven i fallet 54 förhöllo sig patellarreflexerna på mindre vanligt sätt. Förhöjd senreflex vid periferisk nevrit är ett symptom, som sannolikt hör till undantagen, men okänt är det ej; det har förr blifvit observeradt bland andra af STRÜMPELL och MÖBIUS (Münch. med. Wehnschr. 1886. XXXIII, 14.) Innan vi lemna betraktelserna öfver polynevriterna, vill jag framhålla ett litet drag hos dessa sjukdomsfall, hvilket vi förut funnit hos poliomyeliterna. Ehuru antalet polynevriter, som jag observerat under åren 1887 och 1895 endast uppgått till 8, så finna vi dock tvänne af dessa komplicerade med förlamningar i hufvudets nerver. Ut i fallet 16 var polynevriten förenad med förlamning i den högra nervus abducens, och i fallet n:r 26 iaktogs *pares i nedre grenen af den högra facialis*, hvilken pares efter tre veckor från sjukdomens början var aldeles försvunnen. Detta är visserligen ingenting egenomligt för polynevriterna, men det är ett litet släktdrag, som då och då kommer fram uti alla former af infantil paralysis.

Om poliomyelitis acuta bulbi. *Det visade sig under de af mig observerade epidemierna af infantil paralysis, att äfven hufvudets nerver kunna förlamas, och att nere kärnarna i medulla oblongata, pons och äfven de för oculomotorius angripas uti den infantila paralysien.*

Det har förut gällt och gäller väl ännu för de flesta som en trosartikel, att vid den infantila paralysien hufvudets nerver skulle vara förskonade från förlamning. Så förnekar t. ex. LEYDEN (Klinik d. Rückenmarkskrankheiten, Berlin 1875, II, s. 555) alldeles bestämdt, att facialis, hypoglossus eller ögonmusklerna någonsin afficieras, »så att det synes, som om denna förlamning icke stege upp till medulla oblongata». Några enstaka iakttagelser af facialisförlamning finnas dock omnämnda af VOLKMANN, HENOCH, SEELIGMÜLLER, SÉGUIN, SINKLER (SEELIGMÜLLER a. st.). Ett fall af facialisparalysi med atrofi af nervkärnen har observerats af EISENLOHR (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkr., IX & X). Flere sådana observationer kunna anföras, men utan samband med den infantila paralysien hafva de för våra betraktelser intet intresse. Jag kan ej underlåta att här omnämna, hurusom BADHAM i den 1836 utgifna beskrifningen på de 4 fall, som gåfvo uppslaget till J. HEINES första arbete, talar om strabism i det första fallet, förstora vänster pupill i det andra och förstora höger pupill i det tredje. Att de af BADHAM observerade fallen varit infantila paralysier lider intet tvifvel. Det finnes intet skäl att hänföra BADHAMS fall till den akuta poliiencephaliten, och ännu mindre är man berättigad att utränga dem från den infantila paralysien, hvartill försök icke saknats. De af WERNICKE uppställda sjukdomsformerna poliiencephalitis superior och dito inferior kunna uppträda akut; symptomen blifva då aldeles desamma, som dem jag sett vid infantila paralysiens angrepp på såväl ögonmusklernas kärnar, lika med poliiencephalit. super., som på de längre ned belägna kärnarna, lika med poliiencephalit. infer. Jag vet icke, om något fall, som hänförts till nyss nämnda symptombilder, kan hafva haft någon likhet med infantil paralysi i sitt öfriga uppträdande. Sannolikt synes emellertid vara, att kranialnervernas kärnar äfven af andra orsaker (än den infantila paralysien) kunna angripas af en akut inflammatorisk eller degenerativ process.

Vid en granskning af den kasuistik, jag haft äran meddela, skola vi till en början finna, att *facialisförlamningar förekommit uti icke mindre än 8 fall* under år 1887, n:r 8, 10, 11, 23, 24, 26, 34 och 41, men under 1895 endast i ett fall, n:r 56.

Uti ett af de 8 fallen, fallet 34, som gick till döden på 6:te dagen efter insjuknandet, och i hvilket nervi faciales å båda sidor tydligen voro förlamade (diplegia facialis), kunde samma dege-

nerationsprocess med mikroskopet påvisas uti facialiskärnarna som uti ryggmärgens främre grå horn. Häre ega vi således det fullgiltiga beviset för, att facialisförlamningen i den infantila paralysien kan bero på en degeneration uti facialiskärnen. Samma förändringar funnos uti fallet 34 äfven uti abducens-, vagus- och hypoglossuskärnarna.

I förbigående vill jag omnämna en observation, som jag gjorde i ett af de tre fall, som inträffade kort efter hvarandra på våren 1888. Uti detta fall voro *den vänstra facialis* i både öfre och nedre området samt *den vänstra abducens förlamad* (några andra förlamningar förekommo i detta fall icke), och det ligger väl så nära till hands som möjligt att antaga en degeneration uti de respektive nervernas kärnar med hänsyn till dessa kärnars nära grannskap till hvarandra i bulben. Ett fullkomligt analogt fall af facialis- + abducens- förlamning observerade jag i september månad 1893.

Att äfven *enkla facialisparalysier*, utan andra samtidiga förlamningssymptom, kunna bero på *den infantila paralysien*, har jag blifvit öfvertygad om. Uti fallet 24, där barnet sjuknade med de vanliga symptomen af infantil paralyse och under de första dagarna ej ville stödja på benen, kunde efter 4 dagar ingenting märkas af extremitetsförlamningen, hvilken, såsom det ofta händer vid den infantila paralysien, hastigt gick tillbaka, men däremot kvarstod en utpräglad vänstersidig facialisparalyse. Uti fallet nr 8 observerades ingen annan förlamning än den högersidiga facialisparalysien, men såväl den omständigheten, att barnet sjuknade den 9 augusti under pågående epidemi, som äfven symptomen under feberstadiet, bevisa till fullo dess identitet med den infantila paralysien. I fallet 26 var endast den nedre grenen af facialis förlamad, men i alla andra fall var hela facialisområdet förlamadt, ehuru förlamningen i olika fall var olika utpräglad i olika delar af facialis. I fallet 56 blef förlamningen kvarstående endast i den öfre grenen.

Redan 1886 har MÖBIUS¹⁾ uttalat den förmodan, att vissa fall af facialisförlamning bero på en infektionssjukdom, och finner denna MÖBII teori sin fulla tillämpning på dessa af mig observerade fall, ehuru väl det här icke gäller någon för facialisförlamningen egendomlig infektionssjukdom utan den för olika former af förlamning gemensamma infantila paralysien. Det är

¹⁾ Centralbl. f. Nervenheilk. (ERLENMEYERS) 1887, nr 7, p. 197.

icke osannolikt, att flertalet fall af idiopatisk monoplegia eller diplegia facialis (se s. 30), som träffa barn under de första lefnads-åren, är att hänföra till den infantila paralysien, om dess samband med denna sjukdom än icke är så tydligt i allmänhet, som det varit under de af mig observerade epidemierna. Anmärkningsvärdt är det rätt stora antalet fall af infantila facialisparalysier, som jag observerat, ty facialisförlamning anses vara en sällsynthet hos barn.¹⁾ Men om denna åsikt är riktig, hvad de verkliga reumatiska facialisförlamningarna beträffar, så talar å andra sidan min erfarenhet för, att facialisförlamning i följd af infantil paralyti icke skulle vara så alldeles sällsynt.

Emellertid är facialis icke den enda af kranialnerverna, som kan förlamas vid den infantila paralysien. Äfven de öfriga hafva lemnat liknande exempel, ehuru på långt när ej så ofta. Näst facialisförlamningarna i frekvens komma *abducensförlamningarna*. Sådana har jag observerat i 6 fall, i fallen 28 och 35 tillsammans med extremitetsförlamningar, i fallet 16 i förening med symptom af polynevrit (ataxi). Äfven i fallen 13 och 44, som båda hade karakteren af poliencefalit, visade sig under det akuta stadiet en vänstersidig abducensparalyti, hvilken gick nästan fullständigt tillbaka i båda fallen. Om abducensförlamningen i fallet 34, se ofvan!

Hypoglossusförlamning har blifvit iakttagen uti 5 fall, för det första uti fallen 16 och 29, i hvilka talförmågan var märkbart rubbad och i det senare fallet en tid alldeles borta, samt vidare *uti fallet 34*, där det observerades på det 5 månader gamla barnet, hurusom tungan slank hit och dit i munnen utan styrsel, och i hvilket fall *efter döden kunde mikroskopiskt påvisas en degenerativ förändring i hypoglossuskärnarnas ganglioceller*. (Se under patologisk anatomi!) *Uti fallet 22* kunde barnet, ehuru soporöst, svara redigt ännu dagen innan det dog, men, då det dagen därpå låg i koma, kunde ingen iakttagelse göras beträffande tungans rörlighet; *äfven i detta fall visade sig efter döden, att hypoglossuskärnarna voro angripna*.

Hals- och nackmuskulaturen har i 3 fall, 23, 29 och 34 tydligen varit totalt förlamad, hvilket med säkerhet antyder en *förlamning äfven af accessorius spinalis* i dessa fall. I det mycket intressanta fallet 56 lider det ej något tvifvel, att kärnarna för både facialis, hypoglossus och accessorius voro an-

¹⁾ HÜBSCHMANN, Neurolog. Centralbl. (MENDEL) 1894, s. 817.

gripna. I detta fall var också den ena pupillen större än den andra (oculomotorius?).

Förmågan att svälja tycktes vara borta i fallet 34.

Vagus kärnarna gå icke häller fria från förändringar i den infantila paralysien. Uti båda de fall, som gingo till döden, 22 och 34, kunde vid den mikroskopiska undersökningen uti en af vaguskärnarna i hvardera fallet påvisas förändringar, analoga med dem, som funnos uti de motoriska kärnarna. Båda dessa barn dogo under symptom af hastigt påkommen dyspné och cyanos (vagusförlamning?). Ett symptom af vagusförlamning torde väl också vara att märka uti fallet 34, det nämligen, att barnet förlorade sin stämma, som på andra sjukdomsdagen liknade ett stilla kvidande och dagen därpå hade öfvergått till nästan fullständig afoni (paralysi i recurrens vagi). En observation uti fallen 23 och 47 vill jag särskildt påpeka. Den tyder på, att äfven vagus kan utsättas för en sådan förändring, att i den uppstår en öfvergående funktionsrubbing. Uti fallet 23, i hvilket alla fyra extremiteterna, bålen, nack- och halsmuskulaturen samt vänstra facialis voro fullkomligt paralyserade, fick barnet på 10:de eller kanske riktigare på 6:te sjukdomsdagen dyspné med ytlig, hastig andhemtning, 56 andetag i minuten samt liten, hastig puls, 120 i minuten. Varnad af ett några dagar förut inträffadt dödsfall, tänkte jag här genast på en affektion af vagus och väntade mig en letal utgång. Någon affektion af lungor eller hjärta fans ej. Emellertid voro dagen därpå både andhemtningen och hjärtverksamheten lugnare, andetaget 24 i minuten och pulsen 100. Samma dag började äfven i andra delar af nervsystemet tecken visa sig till en förbättring, som sedan fortgick ganska hastigt.

I ett annat fall, nr 47, yppade sig detta symptom i en ännu allvarsammare form. Den påfallande hyperalgesien, som i benen efterföljdes af total anestesi, talade med största sannolikhet för en polynevrit i detta fall jämte poliomyeliten, hvilken åter visade sina verkningar genom de kvarstående partiella atrofierna och förlamningarna i muskulaturen i benen, mest i det högra, i ena halfvan af bålen och i ena öfverarmen. I det akuta stadiet var också halsens muskulatur mycket medtagen. Processen var således mycket utbredd i detta fall. På fjärde dygnet instälde sig ett häftigt anfall af andnöd med ty åtföljande lungödem, hvilket fortfor mer än ett dygn. Barnet hade visserligen lindrig dyspné under en veckas tid, men först efter en

vecka upprepades det häftiga anfallet af andnöd, som denna gång endast varade några timmar. Jag ser ingen annan förklaring till dessa anfall af dyspné ligga närmare till hands än en affektion af vagus, h. e. vaguskärnen i bulben.

Uti trenne fall har jag observerat symptom, som angifva, att *den sjukliga processen uti de motoriska kärnarna vid den infantila paralysien kan sträcka sig ända upp till kärnarna för oculomotorius* och gifva anledning till en ophthalmoplegia externa, till rubbningar uti ögonrörelsernas koordination, nystagmus, samt till olikstora pupiller och rubbningar i pupillarreflexen. En *ophthalmoplegia externa* anser jag mig hafva observerat i *fallet n:r 34*, där ögonen stodo alldeles stilla, blicken var stel, således båda ögonens samtliga yttre muskler förlamade. Huru pupillarreflexen förhöll sig, blef ej utrönt i detta fall. Efter döden funnos förändringar i abducenskärnen i detta fall. Ledsamt nog hade ej så mycket af mesencephalon medtagits, att de högre upp belägna kärnarna för oculomotorius kunde undersökas.

I *fallet 22*, där döden inträffade den 9 september, hade dagen förut intet abnormt observerats från ögonen, men på morgonen samma dag, som barnet dog, anmärktes *nystagmus* på båda ögonen, samt att *den högra pupillen var större än den vänstra*. Liknande symptom af öfvergående natur observerades under några dagar i feberstadiet af *fallet n:r 10*. På andra dagen efter insjuknandet (barnet förlamadt i båda benen, vänstra armen och vänstra facialis) anmärktes, att *ögonens ställning* under vanliga förhållanden syntes normal, men, då man kunde få barnet att fixera ett föremål, blefvo deras *rörelser ej fullt koordinerade*; på båda ögonen syntes en *oscillerande nystagmus, starkare på den vänstra; pupillerna* lika stora; *reagera* för växlande ljusintreyk, *den högra lifligt, den vänstra trögare*. I *fallet 40* var den högra pupillen större än den vänstra, i *fallet 56* åter den vänstra större än den högra. Att förklara dessa här ofvan omtalade förlamningssymptom från ögonen genom en affektion af de kring aquæductus Sylvii belägna oculomotoriuskärnarna, ligger väl mycket nära till hands. Nystagmus och strabism af öfvergående natur observerades också i det akuta stadiet af *fallet n:r 55*, men då detta har alla karaktererna af en poli-encefalit, kan man ju i *ett sådant fall* lägga orsaken i cerebrum och icke i kärnarna, ehuru jag är mera böjd för det senare äfven i detta fall.

Endast i ett enda fall, i *fallet 34*, kan man hafva en miss-

tanke på, att tuggmuskulerna varit paretiska, då, som det heter i beskrifningen, barnet »bara låg och gapade», kunde tydligen icke draga upp underkäken. *Om detta skulle tyda på en affektion af trigemini motoriska kärne, så skulle det hafva visat sig, att samtliga motoriska kranialnervcer någon gång i något fall visat sig angripna af sjukdomen.*

Af ofvan stående redogörelse för förlamningssymptomen från kranialnerverna kunna vi se, att facialis är den, som oftast angripes, och att facialisförlamning kan förekomma enastående i ett mindre antal fall, samt att den förekommer tillsammans med extremitetsförlamningar, utan att fallen därför visa sig särdeles elakartade, hvilket också gäller om abducens, ehuru den mera sällan angripes. Med de öfriga kranialnerverna har förhållandet varit ett annat. Ingen af dem har i något fall varit ensam förlamad utan samtidiga förlamningssymptom i följd af poliomyelit eller polynevit, lika litet som förlamning uppträdt i två och två tillsammans utan annan samtidig förlamning (såsom t. ex. facialis + abducens i ett par fall från 1888 och 1893). I de fall af infantil paralyti, i hvilka äfven förekommit förlamningar från andra kranialnervner än facialis och abducens, har en kombination af förlamningar uppträdt, så att t. ex. i ett fall jämte extremitetsförlamningen visade sig förlamning uti oculomotorius + facialis, i ett annat uti oculomotorius + vagus, i ett tredje uti facialis + accesorius + vagus, i ett fjärde uti hypoglossus + abducens, i ett annat uti facialis + accessorius o. s. v. Fallet 47, polynevit + poliomyelit, utgör i viss mån ett undantag från denna regel, då vagus var den enda af bulbens nerver, som i detta fall var angripen. Det samma kan sägas om fallet 40, om pupillförstoringen får anses bero på en affektion af oculomotorii kärne. Alla dessa sjukdomsfall hafva i allmänhet varit mycket allvarsamma till sin natur i öfrigt.

I intet fall hafva så många af kranialnervernas kärnar varit angripna som i det synnerligen foudroyanta fallet 34, där, jämte den genom hela medulla spinalis gående degenerationen i de motoriska kärnarna, vid den mikroskopiska undersökningen visade sig samma förändringar uti hypoglossi, vagi, facialis och abducens kärnar. Af symptomen under lifvet synes det sannolikt, att äfven oculomotorii och trochlearis' kärnar varit angripna i detta fall, ja sannolikt också trigemini.

I fallet 22, som också gick till döden i det akuta stadiet, visade sig under lifvet (barnet låg sista dygnet i coma) sym-

ptom från oculomotorius och vagus. I detta fall konstaterades efter döden förändringar i den ena vaguskärnen och i hypoglossi båda kärnar.

Huruvida förlamningar i kranialnerverna i några fall böra tillskrivas en periferisk nevit, t. ex. i fallen 11 och 26, 16, 29, 47, som för öfrigt erbjödo bilden af en polynevit, måste jag lemna oafgjordt och erkänna, att detta är möjligt, ehuru jag å andra sidan icke finner det på minsta sätt onaturligt, att en polynevit kombineras med en poliomyelitis bulbi. Uti en del andra fall åter, som haft karakteren af en poliomyelitis anter. acuta, bör man ex analogia kunna antaga, att det varit förändringar uti de motoriska kärnarna, som gifvit anledning till förlamningen. Facialiskärnens ganglioceller, likasom de motoriska kranialnervernas öfver hufvud taget, äro ju morfologiskt och fysiologiskt fullkomligt ekvivalenta med gangliocellerna uti ryggmärgens främre grå horn. Och med tanke därpå, kan man icke återhålla den frågan, hvarför skulle cellerna i dessa motoriska kärnar vara okänsliga för den infantila paralysiens gift, ja absolut okänsliga? Ingen kan lemna ett tillfredsställande svar på den frågan. Men vore det ett faktum, att bulbens kärnar aldrig angrepos vid den infantila paralysien, så finge man böja sig för detta faktum och lemna förklaringen å sido. Detta är emellertid icke något faktum, och vi slippa att fundera på en obegriplig sak. Det finnes, såsom jag ofvan visat, från de epidemier jag ohserverat ganska talrika icke blott kliniska utan äfven patologisk anatomiska, säkra bevis för den i mitt tycke helt naturliga företeelsen, att äfven de motoriska kärnarna i bulben understundom angripas af den infantila paralysien.

Jag är fullkomligt öfvertygad därom, att sedan uppmärksamheten blifvit riktad på denna företeelse, skola de, som blifva i tillfälle att iakttaga akuta fall af infantil paralyse, komma att bekräfta riktigheten af mina observationer och medgifva, att det icke är en så alldeles sällsynt företeelse, att kranialnerverna äro afficerade vid denna sjukdom. Naturligtvis får man icke vid bedömandet af sådana fall vara intagen af den gamla (synlig i arbeten af ganska färskt datum) skefva föreställningen, att förlamningssymptom från kranialnerverna ovilkorligen skulle tyda på ett cerebralt lidande, och på denna grund genast rangera ut sådana fall från den infantila paralysien. En poliomyelitis bulbi är något helt annat i anatomiskt hänseende än en polien-

cephalitis. Den kan, såsom jag visat, uppträda själfständigt (facialisförlamning), den kan komplicera så väl en poliomyelit som en polynevrit, ja, den kan mycket sannolikt komplicera äfven en poliencfalit, men förblir äfven i detta fall en poliomyelitis bulbi.

Poliencephalitis acuta eller hjärnbarksförlamning har förekommit i några sjukdomsfall under 1887 och 1895 års epidemier, hvaruti jag ser ett ganska säkert bevis för den satsen, att den vanliga akuta poliencfaliten hos barn beror på samma infektionsämne som den vanliga spinala infantila paralsien. Blicka vi tillbaka på fallen 13, 44, 55 och 57, så möter oss den typiska bilden af en halfsidig poliencfalit i tre af dessa fall, 13, 44 och 57, ett akut feberstadium med somnolens o. s. v., ryckningar och förlamningar i ena kroppshalfvan, hemiplegi med spastiska symptom och höjda senreflexer. I fallet 55 äro tecknen till en poliencfalit icke mindre tydliga, ehuru de tyda på en mera diffus process i hjärnbarken *med symptom från båda hjärnhemisfererna*. Då åtminstone tre af dessa fall, 13, 55 och 57, *inträffade under det den infantila paralsien var mest gängse i Stockholm*, talar detta med visshet för samhörigheten med denna sjukdom. Dessa sjukdomsfall gömma för öfrigt i sig själfva mycken likhet med den infantila paralsien. Jämför man symptomen mellan poliencfaliten och poliomyeliten i det akuta stadiet, så märker man genast *likheten i den akuta intoxicationens allmänna verkningar*, och att olikheten betingas uteslutande af den olika lokalisationen i nervsystemet. Det är med poliomyeliten och poliencfaliten som med svalgdifferi och krup, hvilka af många ansetts såsom två skilda sjukdomar. Men den tiden är ju längesedan förbi, tack vare kliniska iakttagelser, hvilka bakteriologien sedan bekräftat. Tiden är nu också inne, att vi från klinisk etiologisk synpunkt sätta icke blott poliomyeliten och polynevriten utan äfven poliencfaliten under en och samma rubrik, den infantila paralsien. Den dagen randas nog, då bakteriologerna finna den gemensamma patogena mikroben.

I fallen 13 och 44 har en isolerad abducens-förlamning uppträdt samtidigt med symptomen af poliencfalit. Jag antager, att abducens-förlamningen icke i något af dessa fall berott direkt på poliencfaliten utan på en tillfällig komplikation med en affektion af abducens kärnen i bulben. Då en sådan komplikation observerats äfven vid andra fall af infantil

paralysi, belyser den ytterligare sambandet mellan poliiencefalit och vanlig infantil paralysi.

Det finnes fall af infantil paralysi, i hvilka man kan tveka, om man bör anse en poliiencefalit hafva funnits eller ej. Fallet 53 t. ex. hade för öfrigt karakteren af en poliomyelit, men under det akuta stadiet hade ryckningar förekommit i vänstra armen, således blott i den ena sidan (möjligen hade sådana förekommit äfven i vänstra benet, men modern var ej säker härpå), och vid undersökningen i restitutionstadiet observerades förhöjda patellarreflexer på vänstra benet. Dessa symptom tillkomma ej den vanliga poliomyeliten, men väl poliiencefaliten. I ett sådant fall som nr. 56 t. ex., som kännetecknades af en vänstersidig, akut bulbärparalysi och polynevrit, talade den starka yrseln, den betydliga dåsigheten och de allmänna ryckningarna under det akuta stadiet för en icke oväsentlig affektion af hjärnbarken. Det är således icke osannolikt, att i det akuta stadiet en poliiencefalit kan förekomma tillsammans med en vanlig poliomyelit eller någon annan lokalisation på nervsystemet.

Särskild uppmärksamhet förtjänar den omständigheten, att endast ett af dessa fall, nr. 44, efterlemnade en spastisk hemiplegi för framtiden. De tre andra, 13, 55 och 57, hafva återgått till hälsa, fallen 55 och 57 alldeles fullständigt. Detta visar, att prognosen under det akuta stadiet af poliiencefaliten icke är så alldeles ogynsam, ja sannolikt bättre än vid poliomyeliten quoad valetudinem completam. Denna observation framkallar altså den tanken, att icke så få fall af poliiencefalit torde blifva förbisedda och i stället dignosticerade såsom botade meningiter.

Om blandningsformer. Af det föregående torde tydligt framgå, att den infantila paralysien ingalunda alltid är spinal, ännu mindre uteslutande spinal. Det är tydligen icke blott ryggmärgens främre grå horn utan äfven andra delar af nervsystemet, som angripas af denna sjukdom. Vi finna uti kasuistiken, huru sjukdomen uppträder under formen af en poliomyelit, en polynevrit, en poliomyelitis bulbi (facialisförlamning) eller en poliiencefalit. Men det är icke alltid så, att det den ena gången är ryggmärgen ensam (poliomyelitis) eller en annan gång uteslutande hjärnan (poliiencephalitis), som angripes af sjukdomen. Och det skulle vara högst besynnerligt, om det förhölle sig så. Vi veta tvärtom af det föregående, att många fall förekomma, i hvilka giftet samtidigt angriper olika delar af

nervsystemet hos samma individ, hvarigenom blandningsformer i lokaliseringen uppkomma, på hvilka jag flere gånger i det föregående fästat uppmärksamheten. Huru ofta sådana blandningsformer förekommit, och hvilka lokaliseringer uppträdt tillsammans i de olika fallen, torde bäst framgå ur nedan meddelade tablå öfver de 64 fallen från 1887 och 1895.

Paralysis spinal. lumbal. simplex	32
» cervicalis	5
» completa	4
» lumbalis + n. abducent. (28, 35)	2
» » + n. oculomotor. (40)	1
» completa + facialis (23)	1
» » + facialis + oculomotor. (10)	1
» lumbal. + facialis + polyneuritis (11)	1
» completa + n. vagi + polyneurit. (47)	1
» + paralysis bulbi completa (döda) (22, 34)	2
Monoplegia facialis (8, 24, 41)	3
Polyneuritis acuta simplex (6)	1
» cum ataxia (19, 33, 54)	3
» cum ataxia + paralysis facialis (26)	1
» cum ataxia + paralysis nn. abducent. et hypogloss. (16)	1
Poliencephalitis acuta (55, 57)	2
» » + paralysis n. abducent. (13, 44)	2
» » + polyneuritis + paralysis nn. facialis, hypogloss. et accessor. (56)	1
Summa	64

Vid uppställandet af denna tablå har jag iakttagit den försiktigheten att icke göra blandningsformer af andra fall än dem, om hvilka intet tvifvel kan råda i det hänseendet. Fallet 64 t. ex. har jag räknat till paralysis spinal. lumbal. simplex, ehuru det är mycket sannolikt, att i detta fall också förelegat en polyneurit. I fallet 53 är det ju möjligt, att jämte poliomyeliten också funnits en poliencephalitis, men äfven detta fall har jag räknat till de enkla spinalparalysierna. Tabellen talar ju ändå ett språk, som bör vara lätt för hvar och en att förstå.

3. Om prognosen

kan man säga, att den egentliga poliomyeliten är den farligaste så väl för lifvet som för den framtida hälsan, och af poliomyeliterna är poliomyelitis lumbalis den farligaste; den

går mycket sällan till fullständig hälsa. Poliomyelitis cervicalis är mindre intensiv än den lumbala, går lättare öfver och efterlemnar mera sällan kvarstående förlamningar. Om jag skiljer rena enkla fall af paraplegia inferior och superior från de öfriga, så får jag bland de 64 fallen 32 fall af atrofi och paralyti i de nedre extremiteterna och endast 5 fall af ren armförlamning. Vid polynevriten synes prognosen vara mycket gynsamare än vid poliomyeliten, hvilket jag redan framhållit på sid 57 med särskildt afseende på fallen 6 och 54. Icke mindre gynsam är prognosen vid den akuta ataxien, så att jag förmodar, att det är just denna form af ataxi, som förtjänar epitetet »heilbar».

Symptomen af rubbningar i bulbens kärnar under det akuta stadiet gå också tillbaka, hvad flertalet nerver beträffar, fråsedt de fall, som medföra döden. De enda af hufvudets nerver, som hemsökts af kvarstående förlamningar, hafva varit abducens i 3 fall och facialis uti 7 fall. Då jag icke har att inräkna mera än 8 bland de 64 fallen såsom kvarstående armförlamningar (5 enkla och 3 andra), skulle däraf framgå, att affektionen af kärnen för facialis är tämligen likställd med kärnarna uti cervikalansvällningen, hvad känsligheten vidkommer uti den infantila paralysien.

För prognosen har barnets ålder ganska visst en betydelse. Ju spädnare barnen äro, dess känsligare äro de, desto svårare angripas de, och desto betydligare blifva de efterföljande och kvarstående förlamningarna. Måhända gäller detta icke om de spädnaste, om dem under de allra första lefnads-månaderna. Den infantila paralysien lemna sannolikt en fullständig immunitet efter genomgången sjukdom. Jag har aldrig observerat, att den angripit ett barn, som förr varit utsatt för den samma.

III. Det akuta stadiets patologiska anatomi.

Såsom det framgår ur min förut meddelade kasuistik affedo i september månad 1887 3 barn och i början af oktober en 21-årig kvinna uti det akuta stadiet af infantil paralyti. Om flere dödsfall möjligen inträffat i Stockholm vid denna tid, har jag icke kunnat utröna. Den 21-åriga kvinnan dog på Serafimerlasarettets medicinska klinik och hör således icke till mina egna observationer. Ett af de barn, som affedo, dog under en

annan läkares vård, hvilken med någon tvekan ställt diagnosen meningit, men då en broder till detta barn samtidigt insjuknade uti infantil paralyti, trodde min kollega, att barnet dött i denna senare sjukdom, och detta var också mycket sannolikt på grund af den utbredda förlamningen i kroppen, som observerades före döden. Se tillägg till fallet 26! De två andra barnen kommo till min observation redan under lifvet, och jag blef i tillfälle att i dem både iakttaga sjukdomsförloppet och verkställa autopsi efter döden. En tre-årig flicka dog på sjätte, och en annan, fem månader gammal, dog på femte sjukdomsdagen. Sjukhistorierna och de utförliga obduktionsberättelserna återfinnas i kasuistiken under n:r 22 och n:r 34. Man träffade i det närmaste samma förändringar uti organismen i båda fallen.

Tecken till allmän infektion. I det ena fallet antecknades vid den yttre besiktningen en mindre, subkutan blodutådring. Vid den inre besiktningen framträdde skarpt de förändringar, som man vanligen finner vid de mest intensiva infektionssjukdomar. Blodet var mörkt, tjockflytande. I ena fallet funnos små blödningar under pleura och endocardium. Hjärtköttet var förändradt till utseende, grumligt, till färgen grårödt (*myocarditis*). Lefvern påfallande slapp till konsistensen, parenkymet grumligt, snittytan i ena fallet af brunröd färg med en grå anstrykning, i det andra fallet äfven svällande öfver snittranden (*hepatitis parenchymatosa acuta*). Mjälten något sväld, lös och sladdrig till konsistensen, parenkymet skört, mörjigt, i ena fallet med svälda, rödgrå, diffusa Malpighiska kroppar (*splenitis parenchymatosa acuta*). Njurarna i ena fallet endast lösa till konsistensen och hyperemiska i det andra med svällande snittrand och grumling i barksubstansen (*nephritis parenchymatosa acuta*.) Tarmarnas slemhinna hyperemisk, sväld, uppluckrad, med ansvällning af såväl solitära körtlar som Peyerska plaques, de senare starkt infiltrerade, fläckvis hyperemiska, (*enteritis follicularis acuta*.) Mesenterialkörtlarna svälda, gråröda.

Förändringar i det centrala nervsystemet. Inom hjärnskålskaviteten märktes en ringa hyperemi i hårda och mjuka hjärnhinnorna med klar subaraknoidalvätska. I ena fallet föreföll den hvita hjärnsubstansen något blodöfverfylld, men för öfrigt syntes på intet ställe i hjärnan någonting nämnvärdt abnormt. I det ena fallet sågo vi en tydlig hyperemi i den

grå substansen af medulla oblongata, i det andra var den mindre tydlig, då parenkymet i sin helhet här liksom i pons syntes mera fuktigt och blodrikt än normalt.

Uti ryggradskanalen och ryggmärgen framträdde förändringarna så mycket skarpare, svårast dock i fallet nr 34, som handlar om det yngsta, ett 5 månaders barn. Redan *perioestet i ryggmärgskanalen* var starkt *hyperemiskt* i detta fall. Hos båda fann man *intensiv hyperemi i dura mater*, i synnerhet vid hals- och ländansvällningen samt kring de afgående nervstammarna. I båda fallen fanns också en icke ringa *blödning på utsidan af dura mater*, i ena fallet vid hals-, i andra fallet vid ländansvällningen. *Mjuka hinnorna* i det ena fallet *hyperemiska*, i synnerhet på baksidan af hals- och ländansvällningen.

Ryggmärgen visade redan i fallet nr 22, det lindrigare, som träffat ett 3-årigt barn, makroskopiska förändringar. De *främre grå hornen* voro *blodöfverfyllda*, brunröda med mörkare strimmor och punkter samt *något svällande*, kontrasterande mot de grå, gelatinösa, bakre hornen. *Upptill i ländansvällningens högra främre horn en knappnålshufvudstor blödning*. För mikroskopet visade denna ryggmärg betydliga patologiska förändringar.

I *det andra fallet*, hos det *späda barnet*, mötte vi än mera markerade förändringar: *hyperemi såväl i främre som bakre hornen* och i de vänstra främre nervrötterna längst upp i ryggmärgen; den *hvita substansen* genom hela ryggmärgen, *lös, uppsvällande öfver snittranden*; *betydlig hyperemi i halsansvällningens främre horn med punktformiga blödningar* i det vänstra. Längre ned likaså, men här äfven stark hyperemi och ansvällning af det bakre vänstra hornet. Hyperemien i den grå substansen, *i dorsaldelen mindre*, men *tilltager betydligt i ländansvällningen* och är *mera intensiv i de främre hornen*, som äfven synas *ansvälda*, det vänstra något mera än det högra. Nederst i ländansvällningen äro gränserna för hornen diffusa mot omgifvande väfnad, som äfven är hyperemisk.

Sådan är den makroskopiska bilden vid en liköppning i det akuta stadiet af infantil paralyse. De parenkymatösa inflammatoriska förändringarna i kroppens inre organ äro särdeles slående och behöfva inga vidare kommentarier. Det är alldeles klart, att vi uti denna sjukdom hafva att göra med ett toxin, som verkar förstörande öfveralt i organismen, i svåra fall synnerligen intensivt. Jag behöfver icke håller vara vidlyftig

för att framhålla den fullkomliga analogien mellan utseendet på inre organ vid denna sjukdom och vid dödsfall efter några dagars sjukdom i någon annan häftig infektionssjukdom t. ex. scarlatina. På grund af likheten i sjukdomsförloppet har man, såsom förut är nämnt, antagit, att den akuta infantila paralysien hörde till infektionssjukdomarnas kategori. Något patologisk anatomiskt bevis för detta antagande hafva vi förut icke haft. Jag anser mig hafva lemnat ett positift och ovedersägligt sådant uti de obduktionsberättelser, jag här ofvan meddelat.

Redan den kliniska erfarenheten har lärt oss, att den akuta infantila paralysien i flertalet fall häftigast angriper de spädate barnen. De patologisk anatomiska resultaten vid liköppningarna af de två ofvan nämnda barnen peka åt samma håll, och gäller detta såväl förändringarna uti organismen i allmänhet som i synnerhet de förändringar, som träffa nervsystemet, hvilket den mikroskopiska undersökningen också konstaterade

Ledsamt nog tillvaratogs vid obduktionerna endast ryggmärgen och medulla oblongata jämte pons för härdning och mikroskopisk undersökning. Hade jag förut haft den föreställning, som jag nu har, om den sjukliga processens utbredning i nervsystemet under det akuta stadiet, skulle nog öfriga delar af det centrala nervsystemet blifvit tillvaratagna och mikroskopiskt undersökta. Emellertid har den undersökning som blifvit gjord af dr J. RISSLER ett stort intresse, icke minst på grund af materialets ovanliga beskaffenhet. Ingen hade förut varit i tillfälle att studera förändringarna i nervsystemet uti fall, där döden inträffat redan uti det akuta stadiet. Jag går nu att lemna en kort redogörelse för den mikroskopiska undersökningens resultat.

Mikroskopien visade först och främst i de främre grå hornen en intensiv hyperemi och exsudation, utvidgade blodkärl, fyllda med blodkroppar, enormt utvidgade lymfkärl, exsudation af blodets samtliga beståndsdelar, men mest af leukocyter, som fullproppa lymfrummen samt adventitier och lymfskidor kring de större kärlen. Där förändringen var intensivast, syntes äfven utträde af röda blodkroppar, dock utan sådana blödningar, som skulle hafva betingat en kärlbristning. För blotta ögat syntes i ena fallet på ett enda ställe i ett af de grå hornen en knappålshufvudstor blödning, som väl näppeligen kommit till stånd utan en kärlbristning, i det andra fallet visade sig på några ställen punktformiga blödningar. Möjligen hafva dessa senare

varit enormt utvidgade kärl. Säkert är, att kärlbristning med direkt blodutträde endast sällan kunnat iakttagas i den mängd mikroskopiska snitt som blifvit gjorda.

Utom dessa abnormiteter i kärlsystemet fans *en massa lerkocyter äfven i hornens grundsubstans*. Deras mängd växla på olika ställen, på somliga äro de så talrika och utbredda i hela hornet, att cellkärnarna täcka allt annat i preparatet; det ser då ut nästan som en puriform smältning, och man har svårt att urskilja myelindroppar och de i hög grad degenererade gangliecellerna; det är ock på sådana ställen blödningsar visat sig. På andra ställen ser endast en del af hornet sådant ut. På andra slutligen synes endast en ringa cellutvandring i kärlets närmaste omgifning.

Det är således tydligt, att vi hafva framför oss en *intensiv, från kärnen utgående inflammatorisk process i hela det främre hornet*.

Gangliecellernas förändringar äro naturligtvis af största intresse.

Den första förändringen, som skönjes, är *grofkornig grumling i protoplasmata*. Det synes i de till formen tämligen bibehållna gangliecellerna större och mindre korn (lätt färgbara), inströdda eller ordnade i viss mon i rader omkring kärnen och äfven liggande i rader utåt i cellernas utlöpare. Ännu mindre korn förekomma, och stundom så talrikt, att de täcka kärnarna, i hvilka till en början inga förändringar synas (bild. 1).¹⁾

En annan förändring, som anträffades i hypoglossus-kärnen uti fallet 34, gaf åt gangliecellerna ett egendomligt utseende. De hade i det närmaste mistat sina utlöpare, sågo klara och genomskinliga ut med tydlig kärne och togo ej upp färgämnen. Äfven sådana äro sannolikt ett tidigt stadium af degeneration. I fallet 34 hade förlamning visat sig på tungan 2 dagar före döden (bild. 2).

Att talrika öfvergångsformer skola finnas är ju helt naturligt. Den vanligaste formen af degenererade ganglieceller äro *runda, strukturlösa, tämligen starkt ljusbrytande klumpar utan spår till kärne och i regel utan hvarje spår af utlöpare*. På många ställen kan man se, huru *utvandrade celler*, sannolikt hvita blodkroppar, *hopat sig omkring gangliecellerna* (i de pericellulära rummen?), i mindre eller större mängd, *ibland*

¹⁾ Alla bilder äro autotypier efter RISSLETS, a. st.

mycket talrika rundt hela cellen och visande amöboida cellers bizarra former. Ju större mängd levkocyter kring cellen, desto högre grad af regressiv metamorfos (bilderna 3 och 4).

Nervtrådsnätet i hornet visade tecken till sönderfall; det syntes nämligen här och där hopar af myelinklumpar efter de degenererade nertrådarna.

I sidosträngarna träffas förändringar af stort intresse och mycket betydligare, än man kunnat föreställa sig. Om den del af sidosträngen, som är degenererad, får man den bästa föreställningen genom att betrakta ett tvärsnitt, färgadt enligt Weigerts hematoxylinmetod, men bilden däraf kan icke genom autotypi återgifvas, utan har genom en schematisk teckning reproducerats.

Det prickade halfmånformiga partiet i bilden 5 utvisar sätet för den degenerativa processen, hvilken således håller sig helt och hållet till den del af sidosträngen, som hufvudsakligen innehåller s. k. intermediära nervtrådar eller associationsbanor. Processen synes sträcka sig bakåt emot de korsade pyramidbanorna, hvilka själfva icke visade någon sjuklig förändring. Som vi veta finnas intermediära nervtrådar äfven ibland pyramidbanans, och dessa intermediära trådar kunna ju vara förändrade. Det förtjänar att observeras, att RISSLER icke fann några inflammatoriska förändringar utanför de främre hornens gränser i zona limitans lateralis.

Bäst studerar man förändringarna i sidosträngen på längd-*snitt* (se bild. nr 6). Inströdda mellan till utseendet normala nervtrådar, ser man andra *stadda i sönderfullning*, nervtrådens *axelcylindrar* delas i *större eller mindre stycken*, hvilka äro *upprullade* i korkskruvsform eller *ansvälda i ändarna*. *Myelinskidorna dela sig* i längre eller kortare, rundade segment, som ligga i rad i den förra nervtrådens plats. *Myelinklumparna äro antingen tomma eller omsluta resterna af axelcylindrarna*. Äfven förekomma, ehuru sällan, kollossala *ansvällningar af axelcylindrarna* lika som vid akut myelit (CHARCOT och HAYEM). *I glia och i kärlen* inga påfallande förändringar, ingen hyperemi, ingen nämnvärd förökning af levkocyter eller kärnar, således *inga tecken till en inflammatorisk process*. Denna *degeneration* i associationsbanorna från och till förstörda ganglieceller är alltså *sekundär* eller lika med den *degeneration*, som alltid uppstår i nerver, beröfvade eller skilda från sitt nutritiva centrum.

Motoriska nerverna. I de främre rötterna finnes *sekundär degeneration*, i intensitet svarande mot den sjukliga processen i

det korresponderande grå hornet. I den Schwannska skidan ser man *stycken eller klumpar af myelinskidan* utan synbara eller någon gång synliga rester af axelecyndrar. Bild 7 B från en rot vid lumbalansvällningen i fallet nr 22 återger tre nervtrådar med olika grad af degeneration. Bild 7 A ofvanför återger en frisk nervtråd, behandlad på samma sätt.

Är den inflammatoriska processen i nervsystemet att betrakta såsom primär i gliasubstansen eller i gangliecellerna? Är degenerationen i dessa senare sekundär i förhållande till inflammationen i glia? Dessa frågor hafva blifvit diskuterade rätt lifligt.

Som bekant hafva ROGER och DAMASCHINO förfäktat den meningen, att inflammationen i grundsubstansen vore det primära i sjukdomsprocessen, under det CHARCOT åter har häfdat den satsen, att gangliecellerna angripas och duka under oberoende af inflammationen i omgifningen, och att inflammationen i grundsubstansen är att uppfatta såsom sekundär.

Mig synes, att man icke bör hålla strängt på någondera af dessa meningar. I mina fall, nr 22 och nr 34, där döden hade följt efter respektive sex å fem dagars sjukdom, visade sig den inflammatoriska processen i kärlen och gliasubstansen hålla jämna steg med degenerationen i gangliecellerna. Hvarest den inflammatoriska exudationen är mycket liflig, där hafva gangliecellerna också undergått de största förändringarna. Men därför är icke sagdt, att degenerationen i gangliecellerna står i något beroende af den interstitiella inflammationen. Visst icke. På åtskilliga ställen i dessa ryggmärgar kunde man se ganglieceller stadda i degeneration utan synnerligen påfallande förändringar i grundsubstansen, hvilket genast visar, att en inflammatorisk process i grundsubstansen icke är något vilkor för uppkomsten af degenerationen i gangliecellerna. Det är tydligt, att gangliecellerna själfva i första hand äro känsliga för giftets verkningar, och så långt bör man gifva CHARCOT rätt uti hans mening, om hvad som försiggår i de främre hornen under det akuta stadiet. Men att säga, att inflammationen i grundsubstansen är sekundär i den mening, att den skulle vara beroende af förändringarna i gangliecellerna, synes mig icke håller vara berättigadt. Min mening är den, att giftet direkt framkallar den ena så väl som den andra förändringen.

Att en degeneration i gangliecellerna i främre hornen är det främsta och det väsentliga under det akuta stadiet i denna sjukdom, visade sig icke så tydligt hos barnen som hos den

21-åriga kvinnan, hvilken afled på Serafimerlasarettet en vecka efter insjuknandet. Hos henne funnos icke på långt när samma intensiva inflammatoriska förändringar i kärl och glia som hos barnen, ja, de voro på vissa ställen ganska obetydliga, och lika fullt såg RISSLER i detta fall en mycket utsträckt degeneration af gangliceller och de högsta former af degeneration.

Vår kunskap i sjukdomens patogenes tillåter oss icke att gå längre än dit, där man säger, att de motoriska ganglicellerna hafva den minsta motståndskraften mot detta sjukdomsgift, men att också i den grundsubstans, hvori cellerna ligga inbäddade, lätt uppkommer en inflammatorisk exsudationsprocess, hvilken torda vara mera utpräglad hos barnen och mest intensiv i de spädate organismerna. Jag kan icke heller finna någon anledning att tillskrifva blodkärlen i ryggmärgen någon särskild affinitet på det sätt som PIERRE MARIE tänkt sig (a. st.). Den akuta processen synes vara strängt systematisk och i allmänhet hålla sig mycket skarpt endast till de främre hornen eller till sådana delar af nervsystemet, som med dem äro ekvivalenta eller nära besläktade. Jag måste ock framhålla såsom ett skäl emot PIERRE MARIES teori om den roll, som kärldelningen och kärnen skulle spela, att RISSLER icke nämmer något om den inflammatoriska processens utbredning till zona limitans lateralis, hvilken MARIE antager blifva indragen i denna process under det akuta stadiet. Tvärt om betonar R., att processen äfven hos barnen med sin intensiva kärlexsudation höll sig väl begränsad till hornen. Och då hornen icke hafva några från zona limitans skarpt skilda kärlområden, men denna senare ändå icke blir säte för hyperemi och exsudation, så finnes väl härtill ingen annan förklaringsgrund än den, att det är i nervväfnadens specifika natur, som vi hafva att söka affiniteten till giftet, och icke i någon särskild beskaffenhet hos kärnen.

Den sjukliga processens utbredning i nervsystemet belyses i hufvudsak af hvad jag redan anförde. På tvärsnittet af ryggmärgen är att märka i vanliga fall dels processen i de främre hornen, dels ock degenerationen i sidosträngarna, hvilken åter blott har betydelsen af sekundär nedstigande sådan i likhet med degenerationen i de främre nervrötterna.

Af intresse anser jag den observationen vara, att *i fallet 22 cellerna i columnae Clarkii*, särskildt i nedre delen af ryggmärgen (och det är ju där de hufvudsakligen finnas), voro stadda i degeneration. Liknande iakttagelser hafva sedermera

gjorts af REDLICH¹⁾ och TREVELYAN²⁾ i akuta fall af infantil paralyti. Då det sålunda är visadt, att en sådan förändring inträffar vid infantil paralyti, så är man berättigad att tänka på en sådan affektion i fall, där den möjligen skulle kunna förklara ett för denna sjukdom så ovanligt symptom som ataxien eller inkoordinationen, hvarom jag förut varit i tillfälle att nämna några ord.

I fallet 34 iaktogs vid obduktionen en betydlig hyperemi i ena bakre hornet, och vid den mikroskopiska undersökningen fans häller ingenting annat.

Om den vertikala utbredningen upp igenom ryggmärgen lemnade den makroskopiska autopsien en ganska tydlig föreställning. Däremot voro förändringarna för blotta ögat i medulla oblongata och pons icke särdeles utpräglade. Den mikroskopiska undersökningen bekräftade synnerligen väl de kliniska iakttagelserna eller rättare de förändringar i ryggmärgen och bulben, som dessa iakttagelser låtit oss förmoda. I fallet 22 torde dock böra bemärkas, att ännu 36 timmar före döden (men väl ej senare) kunde barnet röra sina armar, till utseendet normalt. Barnet hade sjuknat den 3 september, blef svagt i benen den 5 och fullständigt lamt i dem den 7, men rörde armarna ännu den 8, låg den 9 komatöst och reaktionslöst samt afled natten mellan den 9 och 10 september. I detta fall voro likväl förändringarna i de grå hornen i halsansvällningen lika starkt utpräglade som i ländansvällningen.

I fallet 22 observerades *degenerationsförändringar i båda hypoglossuskärnarna*.

I fallet 34, där under lifvet observerats tydliga motoriska rubbningar från ögonen (stillastående ögon, stel blick), lam tunga, oförmåga att svälja m. m., konstaterades vid den mikroskopiska undersökningen *degeneration i abducens-, facialis-, och hypoglossus-kärnarna*. Oculomotoriikärnen hade dess värre ej blifvit medtagen för mikroskopisk undersökning. I båda fallen kunde den mikroskopiska undersökningen ådagalägga, att den *degenerativa processen angripit äfven vagus-kärnarna*, något som jag ej tvekar att sätta i samband med de symptom af kväfning, som närmast medförde döden i båda dessa fall.

Mina talrika kliniska observationer hafva till fullo öfvertygat mig, att hufvudets nerver ej så sällan förlamas under

¹⁾ v. KAHLDEN a. st. och Wiener klin. Wochenschr., 1894, nr. 16.

²⁾ Brain, 1895, Summer and Autumn, s. 248.

det akuta stadiet af den infantila paralsien, och då den mikroskopiska undersökningen visade degeneration i kärnarna i pons och bulben i de fall, som gått till döden, så torde också därmed vara lemnad den patologisk anatomiska orsaken till dessa förlamningar. Riktigheten af dessa observationer kan icke förnekas. Och detta lär heller ingen vilja göra, som rätt uppfattar ekvivalensen mellan dessa motoriska kärnar och dem uti ryggmärgens främre horn. Den obetydliga inflammatoriska retningen omkring kärnarna i pons och bulben, jämförd med dem i ryggmärgshornen hos de afidna barnen, bevisar, att de förra äro mycket mindre känsliga för sjukdomsgiftet än kärnarna i hals- och ländansvällningen. Men detta är ju endast en kvantitativ skilnad, sjukdomsprocessen är den samma öfveralt.

IV. Om diagnosen.

Under det akuta stadiet kan man svårligen tänka på den infantila paralsien, förr än några motilitetsrubbingar visat sig. Febern, kräkningarna, somnolensen o. s. v. tillhöra ju många andra infektionssjukdomars symptom, men en höggradig somnolens förtjänar dock en särskild uppmärksamhet. För att så tidigt som möjligt ställa diagnosen måste man noga gifva akt på rubbingarna i motiliteten. Hos små barn blifva dessa ofta förbisedda under det akuta stadiet; ty då barnen ligga somnolenta, tysta och stilla, tänker ingen på att de äro lama, i synnerhet som mödrarna lyfta dem ur och i bädden, vända och sköta dem på allt sätt, utan att barnens rörelseförmåga tages i anspråk. Jag har sett små barn, som legat lama i hela kroppen i åtskilliga dagar, utan att omgifningen förstått att uppfatta detta. Man behöfver endast lyfta på extremiteterna, sakta nypa eller sticka i huden, för att snart inse, att barnet är förlamad. Man bör aldrig försumma att undersöka, om barnet kan stödja på sina ben, om det kan gå eller ej. Vidare måste man göra en noggrann objektiv undersökning för öfrigt, om man skall få reda på de olika förlamningssymptomen, ty vid många af dem fäster omgifningen i första början ingen betydelse. Olikstora pupiller, en ringa grad af strabism eller fasialis pares, deviation af tungan och mindre rubbingar i talet, svaghet i bukmuskulaturen eller i bålen m. fl. symptom blifva lätt förbisedda, om man icke undersöker fullständigt och noggrant. Konvulsioner eller t. o. m. små ryckningar, likasom ömhet för vidröring, lägger omgif-

ningen lättare märke till. Sedan motilitetsrubbingarna blifvit konstaterade och man är på det klara med, att man har att göra med en sjukdom i nervsystemet, är diagnosen infantil paralyti i almänhet ganska lätt.

För min del betraktar jag denna sjukdom såsom själfständig och egenartad, hvadan jag från den infantila paralytien skiljer alla förlamningssjukdomar, som uppstå i samband med andra infektioner, exantematiska och tyfösa febrar, difteri, septikemi, pyemi m. fl., äfven om nervsymptomen i dessa fall likna dem vid infantil paralyti. Så t. ex. observerade jag under september månad 1895 ett fall af polynevrit med ataxi efter en tyfoidfieber, men ansåg på nyss anförda grund, att detta icke borde räknas till de infantila paralytierna, ehuru det inträffade vid samma tid som åtskilliga fall af verklig infantil paralyti. Och på samma sätt förfar jag vid diagnosen i alla dylika sjukdomsfall.

Har man uteslutit sekundära förlamningssjukdomar, så återstår att se till, att man icke förväxlar den infantila paralytien med andra akuta idiopatiska sjukdomar i nervsystemet. Man behöfver väl knappast tänka på andra än t. ex. meningiterna och möjligen LANDRY-KUSSMAULS paralyti. Akut transvervel myelit lemna jag ur räkningen, då jag ej kan erinra mig, att jag någonsin sett denna åkomma hos ett barn. Af LANDRY-KUSSMAULS paralyti har jag sett blott ett enda fall hos ett barn, och synes mig frånvaron af det akuta feberstadiet, den egendomliga progrediensen i förlamningen utan förändring i den elektriska retbarheten och utan sensibla eller trofiska rubbingar vara symptom, tillräckligt olika med dem uti infantil paralyti för att skydda för en förväxling. Huruvida icke åtskilliga fall, som beskrifvits i literaturen under nyss nämnda namn, rättare tillhöra den infantila paralytien, är åter en fråga, på hvars diskuterande jag icke här lämpligen kan ingå. Med den tuberkulösa meningiten borde icke gärna någon förväxling kunna komma i fråga, men mellan vissa fall af polynevrit och poliencefalit samt akut cerebral eller cerebrospinal meningit kan differentialdiagnosen i det akuta stadiet vara ganska kinkig (se t. ex. fallen 55 och 56). Man gör i sådana fall klokast uti att uppskjuta en bestämd diagnos under afvaktan på det akuta stadiets förlopp, hvilket äfven i svåra fall icke varar mer än 8, mycket sällan 10, dagar och hastigt

öfvergår i det feberfria restitutionsstadiet. Svåra fall af meningit vara mycket längre, om de ej gå till döden, men äro det oakadt icke förenade med så utpräglade förlamningssymptom eller motilitetsrubbingar som den infantila paralsien, i hvilka sådana uppträda tidigt och stå kvar kortare eller längre tid sedan febern upphört, för att ej tala om de förlamningar, som blifva kvar för all framtid. Meningiten öfvergår icke så hastigt uti ett feberfritt stadium, och medför ej samma växlande och ofta utpräglade förlamningar som den infantila paralsien. Symptomen af spastisk hemiplegi under dessa förhållanden anser jag tala för en poliencfalit i följd af infantil paralsi.

I allmänhet är det lätt att sätta diagnosen, sedan det akuta stadiet är öfver, om man blott har klart för sig, att motilitetsrubbingen kan växla former högst betydligt, alt efter som det är en poliomyelit, en polynevrit, en poliomyelitis bulbi, en poliencfalit eller blandningsformer af dessa, som sätta den hufvudsakliga prägeln på sjukdomsfallet. Ty det stationära paralytiska stadiet erbjuder visserligen i vanliga fall icke någon svårighet vid diagnosen, och i de atypiska fallen beror diagnosen på möjligheten att få noggranna upplysningar om det akuta stadiet eller om förloppet vid början af sjukdomen, såvida man ej varit i tillfälle att själf iakttaga detta. Jag vill här särskildt fästa uppmärksamheten på kvarstående facialis- och abducensförlamningar. Låtom oss se tillbaka på fallet 23 med symptom under det akuta och under restitutionsstadiet af en mycket utbredd poliomyelit och därtill en förlamning i vänstra facialis. Alla andra förlamningar gingo fullständigt tillbaka, men facialisförlamningen står kvar ännu i dag, ett ovedersägligt bevis för, att en sådan förlamning och atrofi i ena ansiktshalfvan kan uppkomma i följd af den infantila paralsien. I ett annat fall, 56, kvarstod efter öfverstånden sjukdom af alla förlamningar, som visat sig under restitutionsstadiet, endast en svaghet i öfre grenen af den vänstra facialis. I detta fall hade oculomotorius (sannolikt dess kärne) på samma sida varit afficerad (pupillutvidgning), och dessutom hade facialis-, hypoglossus- och accessoriuskärnarna varit angripna, och slutligen hade symptom förefunnits af rubbingar i hjärnbarken och de perifera nerverna. Men hvem som ej sett fallet från början kan ana, att alt detta gått förut, då man nu ser det i öfrigt friska barnet med endast det lilla felet, att hon ej kan knipa ihop sitt vänstra öga lika bra som det högra. I det föregående

har jag visat, att vissa fall, och icke så få, af facialisförlamning, i hvilka aldrig någon annan förlamning därjämte observerats, lika fullt böra diagnosticeras som infantil paralyse.

Hvad jag här sagt om facialis, gäller, churu i mindre utsträckning, äfven om abducens, som kan blifva förlamad för all framtid.

I sådana fall, som gå till döden i det akuta stadiet, och hvilkas rätta natur kanske icke så sällan förbises, borde dock de utbredda och betydliga förlamningarna samt symptomen af kväfningsdöden gifva äfven en mindre van iakttagare en vink om fallets rätta natur. Sedan CORDIER 1888 och jag 1890 fästat uppmärksamheten på, att fall af infantil paralyse kunna gå till döden, hafva också åtskilliga sådana iakttagelser blifvit gjorda under de senare åren.¹⁾

V. Terapien.

Jag har försökt en del af de vanliga antipyretica uti det akuta stadiet, såsom antifebrin, antipyrin, kina och salicylsyradt natron. Jag har ej kunnat konstatera något inflytande af dessa medel på sjukdomens gilla gång. Fallet 54 gick visserligen till fullständig hälsa under bruket af salicylsyradt natron, men detta var ett af dessa atypiska fall, för hvilka prognosen i allmänhet är mycket gynsamare. I många af de fall, som gått särdeles lyckligt, har jag icke använt något slags medicin. Mot de häftiga smärtor, hvaraf en del barn lida, måste man tillgripa något narcoticum; jag har i många fall använt morfin. Mot upprepade konvulsioner, och mot långvariga och häftiga ryckningar torde intet medel vara bättre än kloralhydrat i full dosis, antingen per os eller per anum. Det är af vikt att komma ihåg den förstoppning och urinretention, som ej sällan förekomma i det akuta stadiet. I synnerhet gäller denna varning urinretentionen hos de små barnen, som ej kunna redogöra för sina behof. Laxativ och äfven lavemang har jag mycket ofta använt. I åtskilliga fall har det ock varit nödvändigt att medelst kateter tappa urinblåsan under ett eller annat, ja ända till 3 dygn, såsom framgår af kasuistiken. Att jag efter slutet af det akuta feberstadiet använt jodkalium i några fall, vill jag omnämna för fullständighetens skull, men någon verkan däraf har jag icke

¹⁾ Von KAHLDEN a. st.

förspport. Elektricitet, galvanisk ström, liksom massage försökte jag med försiktighet redan mycket tidigt i några fall. Jag kunde icke se någon nytta af denna behandling, men i åtskilliga fall syntes barnen mycket plågas däraf. I de fall därföre, där smärtor och ömhet stå kvar någon längre tid, väntar jag ock med den kraftigre behandlingen, tils dessa symptom äro öfver. Men då anser jag det också vara min plikt att tillråda en kraftig och uthållig behandling. Det gäller att rädda till hälsa och rörlighet all den muskulatur, som möjligen kan till funktionsförmåga återställas och bevaras. Den galvaniska strömmen torde i de flesta fall medföra någon nytta, men där den faradiska retbarheten finnes kvar, tillråder jag hällre den faradiska strömmen, hvares verkan jag föreställer mig vara vida kraftigare. Ihärdig massage, gymnastik och en omsorgsfull ortopedisk behandling kunna uträtta ganska mycket äfven i det atrofiska stadiet för att lindra dessa varelsers ofta beklagansvärda belägenhet. Men jag kommer här in på ett kapitel, som ligger utanför ramen för detta arbete, som jag velat begränsa så mycket som möjligt till sjukdomens akuta stadium.

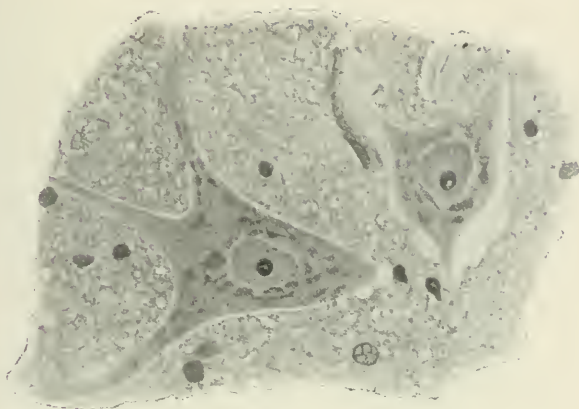


Bild 1.¹⁾

Gangliceller i börjande degeneration. Infantil paralyti, akuta stadiet.

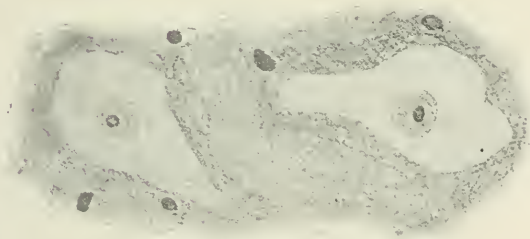
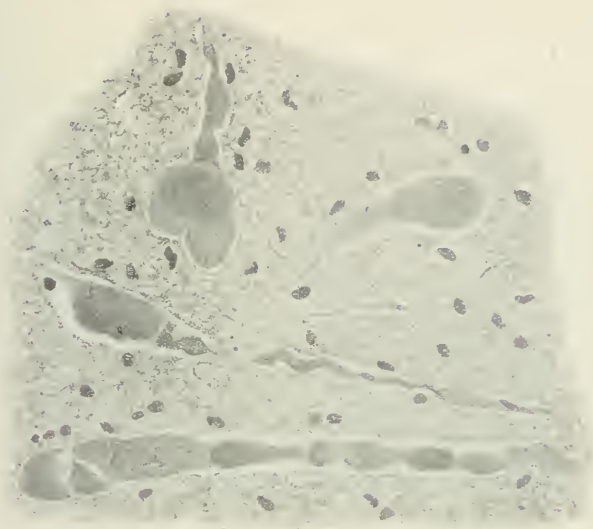


Bild 2.¹⁾

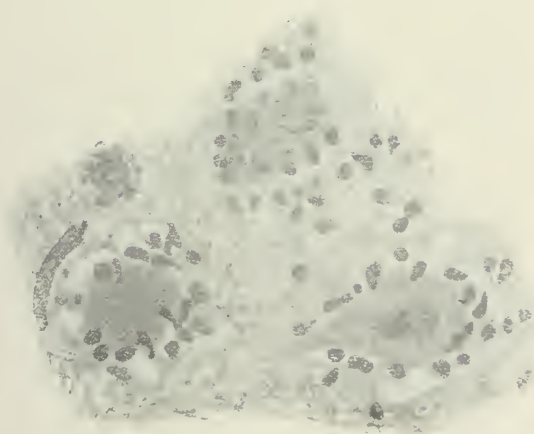
Gangliceller i börjande degeneration uti hypoglossuskärnen.
Infantil paralyti, akuta stadiet.

¹⁾ Autotypi efter RISSLER.



*Bild 3.*¹⁾

Degenererade gangliceller. Infantil paralsi, akuta stadiet.



*Bild 4.*¹⁾

Degenererade gangliceller, omgifna af levkoeyter.
Infantil paralsi, akuta stadiet.

¹⁾ Autotypi efter RISSLER.



Bild 5, schematisk.

Utbredningen af den sekundära degenerationen i sidosträngen. Infantil paralyse, akuta stadiet.

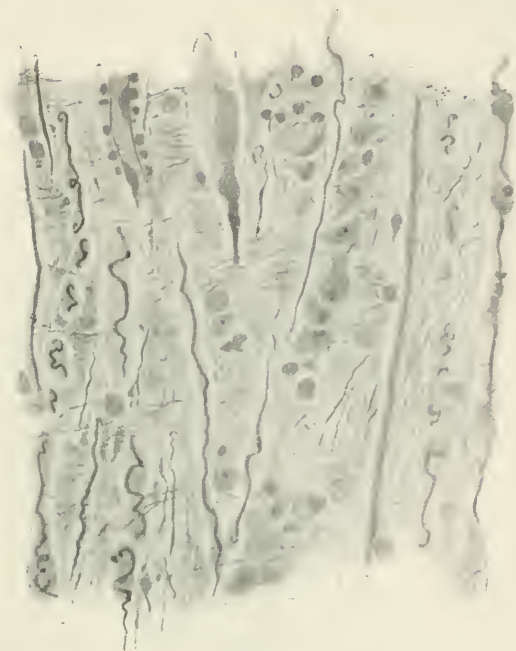


Bild 6.¹⁾

Sekundär degeneratiou i sidosträngen. Längdsnitt. Infantil paralyse, akuta stadiet.



Bild 7 A.¹⁾

En frisk nervtråd.

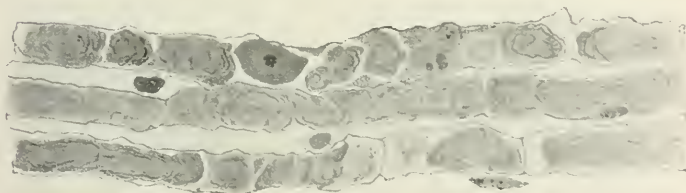


Bild 7 B.¹⁾

Nervtrådar i sekundär degeneratiou. Infantil paralyse, akuta stadiet.

¹⁾ Autotypi efter RISSLER.

Hjærtets Perkussionsforhold med særligt Hensyn til den »afdæmpede» Perkussion.¹⁾

Af

N. J. STRANDGAARD.

København.

Med 11 Tavler.

I. Den ved almindelig Perkussion fundne relative Hjærte- dæmpning og dens Variationer under fysiologiske og patologiske Forhold.

Medens næsten alle Forff. ere enige i, at den *absolute* Hjærtedæmpning er begrænset opad af C IV, indad af venstre

¹⁾ Nærværende Afhandling er en stærkt forkortet Gengivelse af en af Københavns Universitet prisbelønnet Afhandling med Titelen: »En Fremstilling af Hjærtets Perkussionsforhold hos sunde og syge med en speciel, på egne Undersøgelser støttet Redegørelse for den såkaldte afdæmpede Perkussion og dennes Betydning.» Reduktionen er væsentlig opnået ved, at den nævnte Afhandlings første Halvdel, den historiske Del, her kun er gengiven i ganske kort resumé, hvorimod Afhandlingens sidste Halvdel, der indeholder Forfs egne Undersøgelser, er gengiven temmelig uforandret, kun med Åndringer, som nødvendigøres ved Udeltkelsen af den historiske Del. Desuden er der her af praktiske Hensyn kun meddelt nogle få Exempler i formindsket Målestok af de 90 Afbildninger, som ledsage Originalafhandlingen.

Jeg benytter Lejligheden til her at sende min varmeste Tak til Overlægen på St. Johannes Stiftelse i København, Hr Dr. med. FR. GRÜNFELD, som oprindelig gav mig Initiativet til dette Arbejde og stillede St. Johannes Stiftelsens rige Materiale og sin private Bogsamling til min Disposition. St. Johannes Stiftelsens Reservelæger, de Herrer Dr. med. P. DETHLEFSEN og Dr. med. P. HERTZ, beder jeg også modtage min bedste Tak for den Beredvillighed, hvormed de afstod deres Ret til Sektionsmaterialet. For nyttige Vink med Hensyn til Afhandlingens Omarbejdelse og Offentliggørelse er jeg de Herrer Professorer Dr. med. C. REISZ, Dr. med. F. TRIER og Dr. med., Overlæge C. GRAM megen Tak skyldig.

Endelig bedes Hr. Dr. med. ISRAEL ROSENTHAL i disse Blade at se et Svar på sit åbne Brev til Forf. i Hospitalstidende i Maj 1895.

Sternalrand og udad af venstre Parasternallinje, samt svarer til den Del af Hjærtet, som ikke er bedækket af Lungevæv, hersker der som bekendt den største Uenighed om Afgrænsningen af den *relative* Hjærtedæmpning, idet nogle angive ved den almindelige Perkussion eller ved særlige Perkussionsmetoder at kunne bestemme Grænserne af den relative Hjærtedæmpning således, at den svarer nøje til hele Hjærtets Forflade, medens andre mene, at den relative Hjærtedæmpning kun består af en smallere eller bredere Brænne, der slutter sig til den absolute Hjærtedæmpnings Grænse uden i øvrigt at stå i Forhold til Hjærtets Grænser. Af disse sidste Forff. er der atter nogle, som mene, at den relative Hjærtedæmpning omgiver den absolute både til højre, opad og til venstre, medens andre påstå, at der kun langs den absolute Hjærtedæmpnings øvre-ydre Grænse kan påvises et relativt dæmpet Parti, men at Brystbenets ejendommelige Perkussionsforhold bevirke, at den relative Dæmpning ikke normalt strækker sig ind på dette Ben.

Vi se foreløbig bort fra de Forff., som mene at kunne bestemme en Dæmpningsfigur svarende til *hele* Hjærtet.

For de øvrige Forfatteres Vedkommende drejer Uenigheden sig altså hovedsagelig om Bestemmelsen af den relative Hjærtedæmpnings højre Grænse, idet nogle sætte den ved v. Sternalrand, medens andre sætte den mere eller mindre langt ind på sternum, nogle endog ved *højre* Sternalrand eller lidt uden for.

Spørger man nu, hvad der er det rigtige i så Henseende, må svares, at det nærmest bliver en ren Smagsag, om man vil sætte Grænsen det ene eller det andet Sted. Sagen er jo nemlig den, at Begreberne klar og relativt dæmpet ikke ere skarpt begrænsede fra hinanden. Kun når Lydstyrken nærmer sig de extreme Grader, idet den når et vist minimum eller maximum, ville de fleste Tilhørere, uden at sammenligne den frembragte Lyd direkte med en anden, hurtig være på det rene med, at den i det ene Tilfælde er dæmpet, i det andet klar. Men imellem disse Yderpunkter ligger der en Skala af Lyd med forskellig Styrke, og som ere sådanne, at man kun ved at sammenligne den foreliggende Lyd med en anden kan afgøre, om den bør kaldes klar eller dæmpet, og Forholdet bliver da det, at en og samme Lyd ved at sammenlignes henholdsvis med en Lyd af mindre og større Styrke både kan kaldes klar og dæmpet. Netop den Slags Perkussionslyd have

vi at gøre med i Prækordiet. Perkussionslyden på hele det Område af den relative Hjærtedæmpning, der ligger til *venstre* for venstre Sternalrand, er i Reglen sådan, at alle ere enige i at kalde den dæmpet. Dæmpningen har her en Intensitet, som vi kunne kalde R, en Størrelse, der repræsenterer den mindste Styrke, en Perkussionslyd kan have, for at Undersøgeren, uden at sammenligne den direkte med en anden, skal kalde den dæmpet. Perkuterer jeg derimod på det Område af Prækordiet, som ligger *til højre* for venstre Sternalrand, så har jeg her en Perkussionslyd, som i Sammenligning med Perkussionslyden f. Ex. i andet eller tredje højre Interkostalrum i Papillärlinjen kan kaldes dæmpet, men som i Sammenligning med Perkussionslyden på den til venstre for sternum liggende Del af Hjærtedæmpningen må kaldes klar.

Da nogle nu kun tage Hensyn til den intensere, utvivlsomme Dæmpning med Intenciteten R, så er det let at indse, hvorfor de ikke finde nogen relativ Dæmpning til højre for venstre Sternalrand, medens andre, der tillige tage Hensyn til de finere Grader af Dæmpning, som kun kunne kendes ved direkte Sammenligning med en absolut klar Perkussionslyd, finde, at Dæmpningen strækker sig til højre for venstre Sternalrand.

At Grænsen af denne højresidige Dæmpning alligevel angives meget forskjelligt af Forff., beror på, at Intensiteten af den svage Dæmpning ikke er ens på hele det nævnte Område, men bliver noget stærkere hen imod venstre Sternalrand. Grænsen bestemmes da forskelligt, eftersom Undersøgeren har et mere eller mindre fint Öre til at opfatte Lydforskelligheden.

Efter min Mening bør man kun tage Hensyn til den til venstre for sternum liggende intensere Dæmpning. Ti dels skyldes den svage Dæmpning, som findes til højre for venstre Sternalrand, for en stor Del Leverens Nærhed, noget, som også flere andre Forff. fremhæve, dels viser det sig jo faktisk, at det er umuligt at blive enige om Grænsen for den svage Dæmpning, dels forekommer det mig, at man ved Afgrænsningen af et Perkussionsområde så vidt muligt bør holde sig til et sådant, på hvilket Dæmpningens Intensitet er nogenlunde ensartet og utvivlsom, og dette kan sikkert kun siges om den venstresidige Hjærtedæmpning. Endelig er der flere andre Grunde, som bevirke, at det efter min Mening er det mest praktiske kun at tage Hensyn til den omtalte intensere Del af den rela-

tive Hjærtedæmpning, — Grunde, som senere nærmere skulle omtales.

Det fastslås da her, at, når der i det følgende er Tale om den relative Hjærtedæmpning, menes der den utvivlsomme Dæmpning, som ikke svarer til Hjærtets anatomiske Udstrækning, men væsentligst kun til den Del af Hjærtet, som ligger til venstre for venstre Sternalrand. Den har Form af en afstumpet Trekant med Spidsen opad. Höjre Grænse ligger ved venstre Sternalrand. Nederste Grænse falder ligesom den absolute omtrent ved sjette Ribben. Venstre Grænse begynder ved Sternalenden af tredje venstre Ribben og løber herfra i en let udad konvex Linje skråt nedad udad omtrent midt imellem Papillen og Parasternallinjen indtil sjette Ribben.

Med Hensyn til denne venstre Grænse af den relative Hjærtedæmpning skal endnu bemærkes, at mange mene, at den svarer temmelig nøjagtig til venstre Hjärterand, medens andre (WEIL, NIEMEYER) mene, at dens Forløb bestemmes af venstre Lungerand, således at den blot løber et Stykke udenfor og parallelt med denne. Efter min Mening står venstre Grænse af den relative Hjærtedæmpning nærmest i Forhold til selve venstre Hjärterand, dog uden at svare til denne med anatomisk Nøjagtighed, hvorom senere.

Den relative Hjærtedæmpning er ligesom den absolute underkastet Variationer under forskellige *fysiologiske* Forhold.

Hos *Börn* er den relativt større og står højere end hos voxne, medens den er mindre og står lavere hos *gamle Folk*. Ligeledes bliver den mindre under *Inspirationen*, større under *Exspirationen*. Ved *Lejeforandringer* af Legemet forandrer den Plads, i det den rykker længere til venstre i venstre Sideleje og til højre i højre Sideleje. I sidste Tilfælde opstår der en tydelig Dæmpning på nederste Del af sternum og $\frac{1}{2}$ Fingerbred til højre for samme.

Alle disse Forhold ere så godt kendte, at der ikke er Grund til at komme nærmere ind på dem.

Hvad angår den relative Hjærtedæmpnings Variationer under *patologiske* Forhold, kan jeg også fatte mig i stor Korthed; kun for enkelte Punktets Vedkommende skal jeg tillade mig nogle Bemærkninger.

Den relative Hjærtedämpnings Forandring under patologiske Forhold kan dels vise sig som en Lejeforandring, dels som en Størrelsesforandring.

Med Hensyn til *Lejeforandringerne* er den betydeligste den, der findes ved den *medfødte transpositio cordis*. Hjærtedæmpningen angives her at vise sig som et symmetrisk Spejlbillede af den almindelige Hjærtedæmpning.

Hyppigere ere de *akkvisite Dislokationer*, der kunne ske både opad, nedad og til Siderne.

Medens Lungeskrumpninger kun sjældnere give Anledning til betydelige laterale Forskydninger, hvis perkussoriske Påvisning desuden ofte vanskeliggøres på Grund af den samtidig tilstedeværende Lungedæmpning, kan Forskydningen nå ret betydelige Grader ved Ansamlinger i pleuræ. Størst Forskydning sker ved venstresidig Plevrit, hvor der ved betydelige Grader kan findes en temmelig bred og intens Hjærtedæmpning til højre for sternum mellem fjerde og sjette Ribben. Ved højresidigt Exsudat indtræder Forskydningen senere og når sjældent så betydelige Grader; dog kan Dæmpningsgrænsen nå helt ud til venstre Axillärlinje.

Dislokation af Hjærtedæmpningen opad sker ved Ansamlinger og tumores i Underlivet og i det hele ved Forandringer, der drive diaphragma i Vejret. Den vigtigste Årsag til Dislokation nedad er Lungeemfysem.

Hjærtedæmpningens *Størrelsesforandringer* kunne vise sig som en Formindskelse eller en Forstørrelse af Hjærtedæmpningen.

Den hyppigste Årsag til *Formindskelsen* er som bekendt Lungeemfysem. En yderst sjælden Årsag er pneumopericardium, ved hvilken Hjærtedæmpningen dog snarere er helt forsvunden. I Reglen er der dog nedad i Prækordiet dæmpet Perkussionslyd på Grund af Ansamling af pus eller Blod, medens Perkussionslyden opadtil er tympanistisk eller metallisk eller endog bruit de pot fêlé. — Pneumothorax kan ligeledes bevirke Formindskelse af Hjærtedæmpningen, der da samtidig kan være forskudt. At Hjærtedæmpningen er formindsket ved Atrofi af Hjærtet, angives af de fleste Forff. og tør ikke ganske benægtes. Jeg skal dog gøre opmærksom på, at et atrofisk Hjärte ofte er dilateret og Hjærtedæmpningen som Følge deraf forstørret.

Forstørrelse af Hjærtedæmpningen kan dels hidrøre fra patologiske Forandringer i selve Hjærtet eller Perikardiet, dels fra sådanne udenfor Hjærtet og Perikardiet.

Se vi først på de Forstørrelser, som betinges af *Forandringer i selve Hjærtet*, så kunne vi i nærværende Sammenhæng kun skelne mellem Forstørrelse af højre Hjärte, Forstørrelse af venstre Hjärte og Forstørrelse af hele Hjærtet, ligegyldigt, hvad Arsagen i det enkelte Tilfælde er, og ligegyldigt, om Forstørrelsen patologisk-anatomisk præsenterer sig som en Hypertrofi eller en Dilatation.

Hvorledes forholder Hjærtedæmpningen sig da nu i de her nævnte 3 Tilfælde?

Som almindelig Hovedregel kan siges, at, når højre Hjärtehalvdel er forstørret, forstørres også Hjærtedæmpningen til højre; når venstre Halvdel er forstørret, forøges Hjærtedæmpningens Omfang til venstre, og når hele Hjærtet er forstørret, er også Hjærtedæmpningen forstørret i begge Retninger.

Dette Forhold findes egentlig først ret præciseret hos BOULLAUD, hvorimod CORVISART kun i al Almindlighed anfører, at Hjærtedæmpningen forstørres ved Forstørrelse af Hjærtet.

Angående Hjærtedæmpningens Forstørrelse i Retning *mod højre* ved Forstørrelse af højre Hjärte må bemærkes, at FORGET ikke stemmer overens med de fleste andre Forff. i dette Punkt. Han siger nemlig: »Den isolerede Dilatation af højre Hjärte er karakteriseret ved en Hjærtedæmpning, som strækker sig til højre, et Fænomen, som dog er mindre udtalt, end Forff. sige, hvilket beror på de særegne anatomiske Forhold. Da Hjærtet ligger skråt på centrum tendineum diaphragmatis med sin højre Ventrikel, vil dette Organ, når det dilateres, lettere udvides i Retning til venstre og opad end til højre og nedad.»

Denne Påstand, som virkelig synes at have megen Berettigelse, er tilsyneladende gået ganske upåagtet hen. Ti hos senere Forff. (SKODA, WINTRICH, BAMBERGER, FULLER, GERHARDT, FRIEDREICH o. s. v.) berøres dette Forhold slet ikke. Disse fremstille derimod Forholdene således, som det også her hjemme er almindeligt, idet de angive, at Hjærtedæmpningen ved Forstørrelse af højre Hjärte forstørres i Retning til højre og navnlig i *Bredden*, medens den ved Forstørrelse af venstre Hjärtehalvdel forstørres i Retning til venstre og navnlig i *Længden*.

Efter FORGET bliver Forholdet altså således, at Hjärte-dæmpningen ved Forstørrelse af højre Hjärte forøges i Retningen opad og til venstre, medens den ved Forstørrelse af venstre Hjärte forøges nedad og til venstre.

Med Hensyn til de enkelte Dämpningsgränser Flytning skal bemærkes, at överste Gränse ved patologiske Forandringer i selve Hjærtet sjældent nær højere op end til andet Ribben. Venstre Gränse kan rykke helt ud til Axillärinjen, ja i meget svære Tilf. kan der være tydelig dämpet helt om på venstre Bagflade, hvad Forf. selv har set et Exempel på. Höjre Gränse kan flyttes helt ud til höjre Parasternallinje, hvad der vist som Regel må tydes som Forstörrelse af höjre atrium. Ved Forstörrelse af höjre Ventrikel alene nær Dämpningen vist sjældent synderligt ud over höjre Sternalrand.

Se vi dernæst på *de patologiske Forandringer i Perikardiet*, som kunne betinge en Forögelse af Hjærtedämpningen, må hydropericardium og pericarditis nævnes i første Række.

Næsten alle Forff. angive enstemmig, at Hjærtedämpningen, når Ansamlingen i Perikardiet ikke er så ringe, at den slet ikke perkussorisk kan påvises, frembyder en så karakteristisk Form, at man alene heraf skal kunne diagnosticere Tilstedeværelsen af flydende Exsudat i Perikardiet.

Dämpningen får da Form af en afstumpet Trekant med Spidsen liggende ved Sternalenden af tredje eller andet venstre Ribben, ved meget betydelig Ansamling endog ved Sternalenden af første Interkostalrum. Herfra går höjre Gränse skråt nedad til höjre Sternalrand eller endog udenfor indtil höjre Papillärinje, medens venstre Gränse går skråt nedad til venstre Papillärinje eller, ved store Ansamlinger, til venstre Axillärinje.

Denne Form findes dog kun ved betydeligere Ansamlinger. Ved meget ringe Exsudat kan Dämpningen som sagt have normal Udstrækning; men når Exsudatmængden stiger, vil Hjærtet på Grund af sin større Vægtfylde synke til Bunds i cavum pericardii og Vædsken samle sig oppe omkring de store Kar. Hjærtedämpningen vil således ved *begyndende* Perikardialansamling først tiltage i Bredde opadtil, så at den efter v. DUSCH får Form af en Trekant *med Spidsen nedad*. Når det voxende Exsudat også fylder den nederste Del af Perikardiet, tiltager Dämpningen også i Bredde nedad til, så at den til sidst får den nævnte Form.

Således fremstilles Forholdet som sagt af de fleste Forff. Dog angive GENDRIN og BOUILLAUD, at Vædsken begynder at samle sig *nedad til*, og at Dämpningen derfor først forstörre omkring apex. Også JOSEPH MEYER stiller sig tvivlende.

Et Forhold, som jeg ikke har fundet omtalt, og som efter min Mening må spille en Rolle, er, at en betydeligere hydropericardium vist som oftest ledsages af hydrotorax, noget, der må besværliggøre Perkussionsforholdene i Hjärteregionen og måske undertiden kan give Anledning til den omtalte trekantede Form af Hjärtedåmpningen ved Perikardialansamling.

Noget sådant kan vel ikke siges, hvor Exsudatet skyldes en pericarditis; men her er til Gengæld ofte så mange fibrinøse Masser, der forhindre det serøse Exsudats Bevægelighed og bevirke, at man ikke uden videre kan identificere Forholdene ved pericarditis med dem ved hydropericardium.

Ved *hämopericardium*, *pyopericardium*, *Nydannelse* i Perikardiet gøre lignende Forhold sig gældende som ved hydropericardium og pericarditis.

At *sygelige Tilstande udenfor Perikardiet*, som Retraktion af Lungevævet, Infiltrationer i Lungerne, små lokale Plevriter, Anevryser på de store Kar, Nydannelser i mediastinum og Deformiteter af columna på forskellig Måde kunne bevirke en Forøgelse af Hjärtedåmpningen, skal blot nævnes for Fuldstændigheds Skyld.

II. Perkussionsmetoder til Bestemmelse af hele Hjärtets Størrelse.

At kunne finde en Metode, ved Hjælp af hvilken man ligesom kunde aftenge hele Hjärtet på Brystets Forflade, må a priori betragtes som en højst tiltalende Tanke. Når Dæmpningsfiguren var et tro Billede af hele Hjärtets Forflade, vilde mange begyndende Forandringer i Hjärtets Form og Størrelse utvivlsomt kunne diagnosticeres langt sikrere, end når Hjärtedåmpningen kun udperkuterer i sine grovere Træk, således som det er forudsat i det foregående.

Det har heller ikke manglet på Forsøg i den Retning.

Allerede hos CORVISART, CANSTATT, BOUILLAUD o. fl. findes Bemærkninger, der tyde på, at de i *enkelte Tilfælde* have fundet en relativ Hjärtedåmpning, der ganske svarede til selve Hjärtet i Størrelse. — Ja PIORRY påstod som bekendt i sine senere Arbejder, at slikt altid var muligt, dog uden at vinde synderlig Tiltro hos sin Samtid. Hos WINTRICH og GERHARDT findes Udtalelser om fine Perkussionsmetoder (*linear* Perkussion og *direkte palpatorisk* Perkussion med én Finger); men ingen af

disse Forff. synes at have anvendt disse Metoder til Bestemmelse af Hjærtegrænserne. BAAS'S Forsög på at bestemme disse ved *Fonometri* d. e. ved Iagttagelse af Variationer i Henseende til Styrke af den Tone, som frembringes af en svingende Stemmegaffel, der sættes forskellige Steder på Brystvæggen, giver efter senere Forff's Udtalelser endnu usikrere Resultater end almindelig Perkussion. — Det samme gælder MEISSNER'S *Termopalpation*, der består i, at man med et særlig dertil konstrueret Apparat måler Hudtemperaturen på forskellige Steder i Prækordiet. Herved skal man kunne bestemme højre Hjærtegrænse samt Grænsen mellem højre og venstre Ventrikel, men *ikke* dennes venstre Grænse.

EWALD er vist nok den første, der bestemt angiver at kunne udperkutere hele Hjærtets Forflade. Han påstår, at man ved almindelig Perkussion altid kan bestemme venstre Hjærtegrænse, og i Reglen også højre; i hvert Fald kan denne sidste let bestemmes, når man avskulterer sit Perkussionsslag gennem et på Leverregionen anbragt Stetoskop. Således bestemmer han Grænserne »mit aller Schärfe;» men man må dog ikke vente, at Grænsen svarer »haarscharf» til selve Hjærtets Grænse. Ved Kontrolforsög på Lig har han nemlig fundet, at Nåle, der stikkes ind i Dæmpningsgrænserne, kunne sidde indtil 1 cm. udenfor eller indenfor Hjärteranden. At bestemme denne »mit aller Schärfe» vil altså sige med en sådan Nøjagtighed, at man ikke véd, om en funden Dæmpningsgrænse ikke ligger 1 cm. udenfor eller indenfor den virkelige Grænse.

JOSEPH MEYER angiver ved at perkutere i Interkostalrummene at kunne bestemme Hjærtegrænserne, men mener dog af Grunde, som senere skulle omtales, at Dæmpningsfiguren ikke er kongruent med Hjærtet.

EBSTEIN og LÜNING anvende den indirekte *palpatoriske Perkussion*, der består i at perkutere med stift Håndled, hvorved man med stor Finhed skal kunne opfatte Resistensforskelligheder og på denne Måde finde de en »Resistensfigur», der nøjagtig gengiver Hjærtets Størrelse.

EICHHORST angiver at kunne opnå det samme ved *Palpation alene*.

Et lignende Resultat kommer RAUCHFUSS til, dog kun ved Bestemmelse af Hjærte-dæmpningen hos Börn, idet han »mit sanft anwachsendem, nicht mit schnellendem Druck» beføler Interkostalrummene og Ribbenene i deres Forløb fra linea

media og udefter og dernæst gör det samme i vertikal Retning. På den således fundne Figur mener R. nøjagtig at kunne måle Hjærtets Længde og Bredde.

v. DUSCH mener, at man ved *almindelig Perkussion* kan udperkutere hele Hjærtet på Børn, medens han anser det for umuligt på voxne.

AUG. SCHOTT (Nauheim) vil bestemme Hjærtets og de store Kars Grænser med anatomisk Nøjagtighed ved den af ham selv opfundne såkaldte »*afdæmpede Perkussion*».

Betydningen af denne Metode skal gøres til Genstand for særlig Omtale i nærværende Afhandling.

Principet i Metoden er ved et afdæmpende Tryk at forhindre Brystbenets og Ribbenenes Egensvingninger fra at maskere den Dæmpning, som Hjærtet uden disses forstyrrende Indflydelse måtte bevirke på Brystets Forflade. Dette opnås ved at perkutere på tredje venstre Fingers Mellemlid og samtidig trykke anden og fjerde Finger fast ned mod Underlaget til bægge Sider. Af let forståelige Grunde må Fingrenes Retning *krydse* Ribbenenes. Angående Metodens nøjere Beskrivelse henvises til SCHOTTS egen Afhandling. En god Beskrivelse af den findes også hos ISRAEL-ROSENTHAL, der varmt anbefaler Metoden til Bestemmelse af hele Hjærtets Størrelse. Han har prøvet den på 22 Lig, og i 17 af disse Tilfælde sad de indstukne Kontrolnåle ikke over 1 cm udenfor eller indenfor Hjærtegrænsen. I de resterende Tilfælde var der en Fejl på 2 til 3 cm. — I.—R. kunde dog ikke som SCHOTT påvise nogen Dæmpning over de store Kar.

Både SCHOTT og I.—R. angive ved *Perkussion i Interkostalrummene* (hvorved man jo også undgår de ossøse Deles forstyrrende Medsvingninger) at finde nøjagtig samme Dæmpningsgrænse som ved afdæmpet Perkussion. I.—R. henviser derfor til Undersøgelser over Hjærtets Perkussionsforhold af PETERSSON (Upsala).

Denne angiver at kunne bestemme Hjærtets anatomiske Leje, Form og Størrelse aldeles nøjagtig blot ved almindelig *svag Perkussion*. At P:s Metode, således som I.—R. angiver, væsentligst må opfattes som en interkostal Perkussion, er vist rigtigt, da P. altid først bestemmer Dæmpningsgrænserne i Interkostalrummene og så bagefter kompletterer Figuren ved Perkussion på Ribbenene.

Jeg skal endnu bemærke, at Spørgsmålet om Muligheden af perkussorisk at bestemme Hjærtets Størrelse var under Debat på den internationale Lægekongres i Rom 1894, hvor RUMMO anbefalede en af BACCELLI og CONCATO angiven, men ikke nærmere beskrevet Metode. TH. SCHOTT (en Broder til den afdæmpede Perkussions Opfinder, der døde kort efter at have offentliggjort sin Afhandling) sluttede sig til RUMMO, medens flere andre tvivlede om ved nogen Metode at kunne nå pålidelige Resultater.

III. Forfatterens Undersøgelser over den afdæmpede Perkussion og dens Betydning.

Der kan vel næppe være nogen Tvivl om, at Grunden til, at der ved almindelig Perkussion ingen eller så godt som ingen Dæmpning fås over den Del af Hjærtet, som ligger til højre for venstre Sternalrand, dels skyldes den Omständighed, at sternum ved Perkussionen giver en egen Lyd, Benlyden, der jo er uafhængig af de underliggende Væv, dels at sternum ligger som et stort Plessimeter på Brystets Forflade. Når det perkuteres, forplantes Svingningerne ud gennem Ribbenene, og den frembragte Lyd beror på Resonnans fra den Del af Lungenvævet, som ligger bagved den Del af Brystvæggen, som er bleven sat i Svingning.

At denne klare eller relativt klare Lyd bliver dæmpet derved, at Ribbenene på bægge Sider af sternum trykkes fast ned, er utvivlsomt, om den end ikke bliver stærkt dæmpet, noget, der vist nok må forklares deraf, at det afdæmpende Tryk vel kan forhindre den »laterale Lydudbredning», men ikke influerer synderligt på Benlyden.

Det må end videre anses for tilstrækkelig bevist ved SCHOTTS Undersøgelser, at Ribbenene forholde sig på lignende Måde som sternum. Her spiller dog vist selve Benlyden en mindre Rolle. I hvert Fald bliver Perkussionslyden noget stærkere dæmpet ved Anvendelsen af den afdæmpede Perkussion på den Del af Ribbenene, som ligger over Hjærtet, end på selve sternum.

At man ved at perkutere i Interkostalrummene undgår den skadelige Indflydelse af Skeletdelenes Medsvingninger, når man ikke anvender meget kraftige Perkussionsslag, samt at Perkussionslyden er ens, så længe man befinder sig indenfor

akutisk ensartede Områder, er dels temmelig indlysende, dels noget, enhver let kan overbevise sig om.

Det, som det særlig gælder om at konstatere, når vi skulle undersøge, hvor vidt den afdæmpede Perkussion lader sig anvende til Bestemmelse af hele Hjærtets Størrelse, kan formuleres i nogle få Spørgsmål, som senere skulle omtales nærmere.

Til Besvarelse af disse har jeg undersøgt talrige levende; men mine Hovedundersøgelser ere gjorte på 78 Lig, på hvilke jeg har udperkuteret Hjærtedæmpningen med *afdæmpet* Perkussion og kontrolleret Dæmpningsgrænserne ved Indstik af Nåle. For at undgå Ensidighed i Bedømmelsen og for Sammenligningens Skyld har jeg på de samme Lig udperkuleret den *absolute* Hjærtedæmpning ved svag Perkussion, den *relative* Hjærtedæmpning ved almindelig, middelstærk Perkussion, samt den *interkostale* Hjærtedæmpning, til Bestemmelsen af hvilken jeg anvendte Perkussion på anden Fingers Negleled som Plessimeter, medens øverste Grænse på sternum bestemtes ved almindelige svag Perkussion.

Den nærmere Fremgangsmåde var følgende: Først bestemte jeg den relative Leverdæmpnings øverste Grænse. I Begyndelsen anvendte jeg hertil den afdæmpede Perkussion; men da denne forekom mig upraktisk, opgav jeg den og bestemte senere bestandig den relative Leverdæmpning ved almindelig Perkussion.

Dernæst udperkuterede jeg de omtalte Dæmpningsfigurer således, at jeg i Tilfælde 1—26 bestemte den absolute, den relative og den afdæmpede, i Tilfælde 27—78 den relative, den interkostale og den afdæmpede Hjærtedæmpning. For at gøre Undersøgelsen så objektiv som mulig perkuterede jeg som Regel med lukkede Øjne.

De fundne Dæmpningsgrænser markeredes nu ved Anilin-blækstift på Huden, og efter at Brystbenets Grænser og Ribbenenes *nederste* Rand samt venstre Papil ligeledes vare markerede på samme Måde, toges et Aftryk af disse Linjer, direkte fra Huden over på fugtigt Filtrepapir, hvorved jeg fik et negativt Billede, som ved at trykkes af på almindelig hvidt Papir gav et fuldstændig nøjagtigt positivt Billede af Figureerne. Af disse ledsage kun nogle få Exempler i formindsket Målestok nærværende Afhandling. (Se Tavle A.)

Nedenfor findes imidlertid et Referat af Undersøgelserne, indeholdende en Bestemmelse af Dæmpningsgrænsernes Belig-

genhed i hvert enkelt Tilfælde. Desuden er der givet Oplysninger om Ligets Kön, Alder, Legemslængde, Vægt og Brystbredde (d. e. Transversaldiameteren i Højde med Papillärtransversalen), Sektionsdiagnosen, Hjærtets Mål (Bredden målt i Højde med Tvärfuren, Längden fra basis af aorta til apex cordis og höjre Ventrikelvägs Tykkelse uden Hensyn til Trabeklerne) samt Hjærtets Vægt, d. e. Ventriklér + Atrier, hvorimod de store Kar bortklippedes för Vejuingen.

Endelig er der givet Oplysning om, hvorledes de i de forskellige Dämpningslinjer vinkelret på Overfladen indstukne Nåle passede til de underliggende Organgränser. När en Nåle siges at »passe», menes, at den har siddet $\frac{1}{2}$ Cm. udenfor eller indenfor vedkommende Gränse eller derunder. Hvor Fejlen var större, er det specielt bemärket. Som Regel blev der stukket en Nåle ind overalt, hvor en Dämpningslinje krydsede et Interkostalrum.

Följende Forkortelser ere anvendte i Forsögsmeddelelserne: C. = costa; Ikr. = Interkostalrum; Hjd. = Hjärtedämpning; Leverd. = Leverdämpning; abs. = absolut; relat. = relativ; ikst. = interkostal; afd. = afdämpet; l. m. = linea media; v. og h. = venstre og höjre. — När der står: Den afd. Hjd. = 4 + 11 = 15 Cm. vil det sige, at den afdämpede Hjärtedämpning i Højde med fjärde Ribben havde en Breddé på 15 Cm., og at höjre Gränse af denne Dämpning lå 4 Cm. til höjre för Midtlinjen, venstre Gränse 11 Cm. til venstre för Midtlinjen.

1. 53-årig Mand, Längde 162 Cm., Vægt 48000 Gm.

Diagnose: Tub. pulm. dupl.

Hjærtets Vægt 233 Gm.

Den abs. Hjds överste Gränse: C.III.

» höjre » $1\frac{1}{2}$ Cm. udenför v. Sternalrand.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenför Papillen.

Venstre Gränse faldt $\frac{1}{2}$ —1 Cm. indenför v. Lungerand.

Den afd. Hjd. 4 + 11 = 15 Cm. — 4 Nåle i h. Gränse sade alle i Perikardiet eller mindre end $\frac{1}{2}$ Cm. udenför el. indenför Gränsen. — 2 Nåle i v. Gränse sade 1 og $1\frac{1}{2}$ Cm. indenför Hjärtégränsen.

Den relat. Leverd. ved C.V viste sig at väre 2 Cm. för lav.

Perkussion 8 Dage før Döden gav ganske de samme Dämpningsgrænser; dog bestemtes nederste Ende af den afd. Hjds h. Grænse omtr. $1\frac{1}{2}$ Cm. længere inde end post mortem.

2. 67-årig Kvinde, Længde 161 Cm., Vægt 42500 Gm.

Diagnose: Dilat. cord. levis. Degen. myocardii. Emphysema pulm. Hjærtets Vægt 300 Gm, Bredde 11, Længde 10 Cm.

Den *abs.* Hjds övre Grænse: Ikr.III.

» höjre » 1 Cm. udenfor v. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.

Övre-ydre Grænse faldt opadtil 1 Cm. udenfor, nedadtil 1 Cm. indenfor Lungegrænsen.

Den *afd.* Hjds. $4 + 10\frac{1}{2} = 14\frac{1}{2}$ Cm. — De 5 Nåle i h. Grænse passede alle. I venstre passede de 3 övre, den nedre sad $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Randen.

Den *relat.* Leverd. ved C.V var 1—2 Cm. for høj, den afdæmpede $1\frac{1}{2}$ Cm. højere.

3. 74-årig Mand, Længde 157 Cm., Vægt 39500 Gm.

Diagnose: Hypertrophia & dil. cord. tot. Emphysema pulm. Atrophia senil. renum in arterioscler.

Hjærtets Vægt 280 Gm, Bredde 12, Længde 12 Cm., venstre Ventrikelvægs Tykkelse 14 Mm., højres 3—4 Mm.

Den *abs.* Hjds övre Grænse: C.IV.

» höjre » 3 Cm. udenfor v. Sternalrand.

» venstre » $4\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen.

Venstre Grænses Forhold til Lungerandens Forløb ikke kontrolleret af Mangel på Nåle.

Den *relat.* Hjds övre Grænse: C.II.

» höjre » 3 Cm. til höjre fra h. Sternalrand, $5\frac{1}{2}$ Cm. fra Midtlinjen.

» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 13 Cm. fra Midtlinjen.

De i Grænserne indstukne Nåle passede, undtag enden nederste ved venstre Rand, der sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd.* Hjds. $6\frac{1}{2} + 14\frac{1}{2} = 21$ Cm.

De indstukne 7 Nåle passede alle, undtagen de to nederste til venstre, der sad 1 og $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Randen.

Den *relat.* Leverd. ved C.IV, 2 Cm. for lav.

4. 70-årig Kvinde, Længde 158 Cm., Vægt 39500 Gm.

Diagnose: Dilat. cordis impr. dext. Hypertr. cordis. Degen. myocardii. Emphysema pulm. Atroph. senil. ren. in arterioscler.

Hjærtets Vægt 340 Gm, venstre Ventrikelvæg 13, höjre 4 Mm. tyk.

Den *abs.* Hjds övre Grænse: Ikr.IV.

» höjre » $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor v. Sternalrand.

» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen.

Venstre Grænse passede nøjagtig til Lungeranden, de andre Grænser mærkelig nok nøjagtig til Rauden af en Fedtbelægning på Perikardiets Forflade.

Den *relat. Hjds* övre Grænse: C.III.

» höjre » v. Sternalrand.

» venstre » Papillen, 8 Cm. fra Midtlinjen.

Nålene i venstre Grænse passede.

Den *afd. Hjd.* $6 + 9 = 15$ Cm.

Alle Nålene passede.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV, $2\frac{1}{2}$ Cm. for lav, den *relat.* ved Ikr.V, 4 Cm. for lav, svarede til nederste Lungerand.

5. 76-årig Kvinde, Længde? Vægt 31500 Gm.

Diagnose: Hypertr. cordis tot. & dilat. cord. dextr. Emphysema pulm. Atrophia senil. in arteriosclerosi.

Hjärtets Bredde 10, Længde 9 Cm., v. Væg 15, h. 3 Mm. Vægt 240 Gm.

Den *abs. Hjds* övre Grænse: Ikr.III.

» höjre » 1 Cm. udenfor Sternalranden.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.

Övre-ydre Grænse faldt $1-1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* övre Grænse: C.II.

» höjre » $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor h. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 7 Cm. fra lin. med.

Överste Nål til höjre passede, de øvrige 5 sade $\frac{1}{2}-1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 10 = 15\frac{1}{2}$ Cm.

Alle Nåle passede nøjagtig.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV var 3 Cm. for høj, den *abs.* passede til Lungeranden ved C.VI.

6. 83-årig Kvinde, Længde 157 Cm., Vægt 36000 Gm.

Diagnose: Spondylitis cervicalis. Emphysema pulm.

Hjärtets Bredde 10, Længde $9\frac{1}{2}$ Cm. Vægt 270 Gm.

Den *abs. Hjds* övre Grænse: C.IV.

» höjre » $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor v. Sternalrand.

» venstre » $2\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen.

Övre Grænse 2 Cm. for høj, venstre $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* övre Grænse: C.III.

» höjre » v. Sternalrand.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra lin. med.

De 4 Nåle i v. Grænse passede.

Den *afd. Hjd.* $5 + 10 = 15$ Cm. De 8 Nåle passede.

Ved Perkussion nogle Timer før Döden fandtes Dæmpningslinjerne ganske som efter Döden. Dog lå övre Halvdel af den *afd. Hjds* venstre Grænse $1-1\frac{1}{2}$ Cm. længere ude.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV var $4\frac{1}{2}$ Cm. for høj. Den *relative* ved Ikr. V passede.

7. 64-årig Kvinde, Længde 156 Cm., Vægt 32000 Gm.

Diagnose: Dilat. cord. impr. dext. (*Særlig stærk Dilat. af højre atrium.*) Hypertr. cord. dext. Degen. myocardii. Emphysema pulm. Hjærtets Bredde 11, Længde $9\frac{1}{2}$, Mitralen 9, Tricuspidalen $11\frac{1}{2}$ Cm.. venstre Ventrikelvæg 10, højre 4 Mm. Vægt 230 Gm.

Den *abs. Hjds* övre Grænse: C.IV.

» højre » $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor v. Sternalrand.

» venstre » Papillen.

Övre-ydre Grænse faldt 3 Cm. udenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* övre Grænse: C.II.

» højre » 1 Cm. udenfor v. Sternalrand.

» venstre » Papillærlinjen, $9\frac{1}{2}$ Cm. fra Midtlinjen.

De 3 Nåle i højre Grænse sad 1 Cm. udenfor Hjærnegrænsen, de 3 i venstre Grænse passede.

Den *afd. Hjd.* $4\frac{1}{2} + 9\frac{1}{2} = 14$ Cm. De 9 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved Ikr.III, 7 Cm. for høj, den *relative* ved Ikr.4 var 3 Cm. for høj.

Ved *Perkussion nogle Timer før Døden* fandtes ganske de samme Dæmpningsgrænser, blot lå övre Halvdel af den *afd. Hjds* venstre Grænse 1 Cm. længere ude for Døden.

8. 60-årig Kvinde, Længde 159 Cm., Vægt 61250 Gm.

Diagnose: Bronchopn. dupl. Dil. & hypertr. cord. tot. Degen. parenchymat. org.

Hjærtets Bredde 13, Længde 11 Cm. Venstre Væg 20, højre 5 Mm. Hjærtets Vægt 295 Gm.

Den *abs. Hjds* Grænser kunde ikke bestemmes på Grund af stærk Fedme af Liget.

Den *relat. Hjds* övre Grænse: C.III.

» højre » højre Sternalrand.

» venstre » 10 Cm. fra lin. med.

De 3 i v. Grænse indstukne Nåle sade $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Hjärtegrænsen.

Den *afd. Hjd.* $4\frac{1}{2} + 11\frac{1}{2} = 16$ Cm. De 10 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV var 1 Cm. for høj, den *relative* 1 Cm. for lav.

9. 78-årig Kvinde, Længde 158 Cm., Vægt 33500 Gm.

Diagnose: Hypertr. cord. tot. Dil. cord. dext. Emphysema pulm. Nephrit. chron. Arterioscler.

Hjærtets Bredde 11, Længde $9\frac{1}{2}$, Tricuspidal. $11\frac{1}{2}$, Mitralen 10, aorta & Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 15, højre 4 Mm. Vægt 260 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.IV.

» höjre » v. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.

Övre Gränse 1—2 Cm. udenfor Lungeranden, venstre $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.

» höjre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.

» venstre » 2 Cm. indenfor Papillen.

To i v. Gränse indstukne Nåle sad $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $4\frac{1}{2} + 10\frac{1}{2} = 15$ Cm. — De 4 i h. Gränse indstukne Nåle sad $\frac{1}{2}$ —1 Cm. udenfor Randen. De 5 Nåle i v. Gränse passede.

Den *afd. Leverd.* ved Ikr.3 var $1\frac{1}{2}$ Cm. for høj, den *relative* ved Ikr.IV $1\frac{1}{2}$ Cm. for lav.

10. 32-årig Mand, Længde 159 Cm., Vægt 44000 Gm.

Diagnose: Hypertr. cord. sin. Dilat. cord. tot. Nephrit. chron. Hjærtets Bredde 13, Længde 13, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen $7\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Ventrikelvæg 25 Mm., højre 2 Mm. Vægt 490 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: Ikr.III.

» höjre » v. Sternalrand.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen.

Överste-yderste Gränse löb 1— $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.

» höjre » 1 Cm. til h. for h. Sternalrand.

» venstre » Papillen, 11 Cm. fra lin. med.

Den *afd. Hjd.* $5 + 11 = 16$ Cm. — 7 Nåle passede, 2 Nåle opad til højre sad 1 Cm. udenfor Kargrænsen.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV var 3 Cm. for høj, den *relative* ved Ikr.V var $1\frac{1}{2}$ Cm. for lav.

11. 81-årig Kvinde, Længde 161 Cm., Vægt 46500 Gm.

Diagnose: Pneum. interstit. chron. Hypertr. cord. sin. & dext. Stenosis mitralis. Atrophia senil ren. in arteriosel.

Hjærtets Bredde 11, Længde 9, Mitralen 8 Cm. Venstre Væg 20, højre 4 Mm. Vægt 320 Gm.

Den *abs. Hjds* överste Gränse: C.IV.

» höjre » 3 Cm. udenfor sternum.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.

Överste Gränse löb 1 Cm., yderste 4 Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.III.

» höjre » v. Sternalrand.

» venstre » Papillen, $14\frac{1}{2}$ Cm. fra Midtlinjen.

De 3 i v. Gränse indstukne Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $4\frac{1}{2} + 14\frac{1}{2} = 19$ Cm. — 5 Nåle ved h. Gränse sad 1— $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor, af 6 Nåle ved v. Gränse sad de 2 överste

1 Cm. udenfor Kargrænsen, de 4 nederste omtr. $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Hjärteranden.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV var 2 Cm. for høj, den *relative* ved C.V passede.

12. 2 Måneder gl. Pigebarn, Længde 57 Cm., Vægt 2750 Gm.

Diagnose: Catarrh. intestin. acut.

Hjærtets Vægt 20 Gm.

Den *abs. Hjd.* kunde ikke bestemmes på Grund af Ligets Lidhed.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.

» venstre » Papillen, 4 Cm. fra Midtlinjen.

Den *afd. Hjd.* $0 + 4 = 4$ Cm. — 4 Nåle i v. Grænse passede. 3 Nåle i h. Grænse, der lå ved Midtlinjen af sternum, sad lige i h. Lunges Rand, men $1\frac{1}{2}$ —2 Cm. indenfor h. Hjärterand.

Den *relat. Leverd.* ved C.V var $\frac{1}{2}$ Cm. for lav.

13. 8 Måneder gl. Dreng, Længde? Vægt 6000 Gm.

Diagnose: Bronchopn. dupl. Degen. parenchym. myocard., hepatitis & renum. Angustitas congen. aortæ(?). Hypertr. cord. sin. Dilat. cord. dext.

Hjærtets Bredde 6, Længde $4\frac{1}{2}$, Mitralen 5, Trikuspidalen $5\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen $3\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 15, højre 2 Mm. Vægt 33 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » $\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Papillen, $5\frac{1}{2}$ Cm. fra lin. med.

To i v. Grænse indstukne Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $2 + 6 = 8$ Cm. — 10 Nåle passede alle.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.V passede.

14. 77-årig Kvinde, Længde 165 Cm., Vægt 46000 Gm.

Diagnose: Emphysema pulm., hypertr. & dilat. cord. tot. Degen. myocardii. Atroph. senil. ren. in arterioscl.

Hjærtets Bredde 13, Længde 11, Mitralen $11\frac{1}{2}$, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 9 Cm. Venstre Væg 20, højre 5 Mm. Vægt 445 Gm.

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: C.IV.

» højre » 2 Cm. udenfor v. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Grænse faldt 1 Cm. udenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, $10\frac{1}{2}$ Cm. fra lin. med.

To i venstre Grænse indstukne Nåle sad knap $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Hjärteranden.

Den *afd. Hjd.* $7\frac{1}{2} + 12 = 19\frac{1}{2}$ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV $4\frac{1}{2}$ Cm. for høj, den *relative* ved C.V passede.

15. 78-årig Mand, Længde 162 Cm., Vægt 42500 Gm.

Diagnose: Emphysema pulm. Dilat. cord. dext. Hypertr. cord. totius. Degen. adip. & fibrosa myocard. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 13, Længde 10, Mitralen 11, Trikuspidalen 14, aorta $7\frac{1}{2}$, Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 14, højre 3 Mm. Vægt 300 Gm.

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: Ikr.III.

» højre » 1 Cm. udenfor sternum.

» venstre » $4\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Grænse löb 3—4 Cm. udenfor v. Lungerand.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » 1 Cm. udenfor sternum.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, $8\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

To Nåle i v. Grænse sad $\frac{1}{2}$ —1 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $6 + 10 = 16$ Cm. — 8 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV 3 Cm. for høj, den *relative* ved C.V passede.

16. 78-årig Kvinde, Længde 158 Cm., Vægt 40000 Gm, Bryst-bredde $25\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. totius. Dilat. cord. dext. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredde 11, Længde 9, Mitralen 10, Trikuspidalen 12 Cm. Venstre Væg 15, højre 4 Mm. Vægt 310 Gm.

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: C.IV.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Grænse löb 1—3 Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » Papillen, 11 Cm. fra l. m.

To Nåle i v. Grænse sad $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Hjärtegrænsen.

Den *afd. Hjd.* $5 + 11 = 16$ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved Ikr.IV 2 Cm. for høj, den *relative* ved Ikr.V $4\frac{1}{2}$ Cm. for lav.

17. 80-årig Kvinde, Længde 159 Cm., Vægt 35500 Gm, Bryst-bredde 23 Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. sin. Dil. cord. dext. (*Betydelig Dilatation af højre atrium.*) Degen. adip. myocard. Empyema pleuræ sin. Emphysema pulm. Atrophia renum in arteriosclerosi.

Hjærtets Bredde 12, Længde 9, Mitralen 10, Trikuspidalen 14, aorta & Pulmonalen 9 Cm. Venstre Væg 20, højre 3 Mm. Vægt 300 Gm.

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: Ikr. II.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » $4\frac{1}{2}$ Cm. indefor Papillen.

Øverste-ydre Grænse 1— $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor v. Lungerand.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C. II.

» højre » $1\frac{1}{2}$ Cm. til h. for sternum.

» venstre » $2\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, $8\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Den *afd. Hjd.* 7 + 11 = 18 Cm. — 8 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved Ikr. III $4\frac{1}{2}$ Cm. for høj, den *relative* ved Ikr. IV passede.

18. 47 årig Mand, Længde 166 Cm., Vægt 39500 Gm.

Diagnose: Hypertr. lev. cord. sin. Dilat. lev. cord. dextr. Pleuritis adhæs. dupl. Atrophia muscul. progr.

Hjærtets Bredde $11\frac{1}{2}$, Længde 9, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta & Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 12, højre 2 Mm. Vægt 300 Gm.

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: C. IV.

» højre » $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor sternum.

» venstre » 8 Cm. fra l. m.

Øverste Grænse 1 Cm. udenfor, ydre $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C. III.

» højre » $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor sternum.

» venstre » 10 Cm. fra l. m.

To i v. Grænse indstukne Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 7 + $10\frac{1}{2}$ = $17\frac{1}{2}$ Cm. — Af 4 Nåle i h. Grænse passede de 2 øverste, de 2 nederste sad 1—2 Cm. udenfor Randen. De 3 øverste ved v. Grænse sad 1 Cm. udenfor, de 2 nederste passede.

Den *afd. Leverd.* ved C. IV 3 Cm. for høj, den *relative* ved Ikr. V passede.

19. 78-årig Kvinde, Længde 160 Cm., Vægt 47500 Gm.

Diagnose: Endocarditis mitralis vetus & recens. Hypertr. cord. Pleurit. dext. — Hjærtet disloceret til venstre.

Hjærtets Bredde 11, Længde $8\frac{1}{2}$, Mitralen $8\frac{1}{2}$, Trikuspidalen $12\frac{1}{2}$, aorta & Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 13, højre 4 Mm. Vægt 320 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr. I.

» højre » ubestemmelig på Grund af Plevriten.

» venstre » 3 Cm. udenfor Papillen, 14 Cm. fra l. m.

To Nåle i v. Grænse sad 1 Cm. indenfor Randen.

Den *afd.* Perkussion anvendtes kun til Bestemmelse af Kargræn-
sen, der i Højde med C.II lå 3 Cm. til højre og 7 Cm. til venstre
for l. m. — De 4 indstukne Nåle passede.

Leverd. ubestemmelig på Grund af den højresidige pleuritis, der
begyndte ved C.II.

20. 53-årig Kvinde, Længde 159 Cm., Vægt 425000 Gm.

Diagnose: Degen. myocardii. Dilat. cord. dext. (*Stærk Dilata-
tion af højre atrium.*) Hypertr. cord. sin. Nephritis, uræmia. Ar-
thritis urica.

Hjærtets Bredde $11\frac{1}{2}$, Længde $9\frac{1}{2}$, Mitralen 9, Trikuspidalen 12,
aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 13, højre 4 Mm. Vægt
270 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » $1\frac{1}{2}$ Cm. til h. for h. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, $10\frac{1}{2}$ Cm.
fra l. m.

Nålen i Ikr.V sad 1 Cm. udenfor Randen, de øvrige 4 i v. Grænse
indstukne Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 12 = 17\frac{1}{2}$ Cm. Ved højre Rand passede
de 2 øverste Nåle; de 2 nederste sad 1 Cm. udenfor Randen. Ved
venstre Grænse passede de 3 øverste, de 3 nederste sad 1—3 Cm.
udenfor.

Den *afd. Leverd.* ved C.IV passede, den *relative* ved Ikr.IV 1 Cm.
for lav.

Perkussion få Timer før Döden gav ganske de samme Dämpnings-
grænser.

27. 7 Måneder gl. Pige, Længde 71 Cm., Vægt 7000 Gm.

Diagnose: Dil. cord. dext. c. hypertr. lev. Tub. pulm. sin.

Hjærtets Bredde $6\frac{1}{2}$. Længde $5\frac{1}{2}$, Mitralen $5\frac{1}{2}$, Trikuspidalen $6\frac{1}{2}$,
aorta og Pulmonalen 4 Cm. Venstre Væg 8 Mm., højre 4 Mm., Vægt
30 Gram.

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: Ikr.III.

» højre » venstre Sternalrand.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Grænse $\frac{1}{2}$ —2 Cm. udenfor og indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » Papillen, 5 Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Grænse sad 1 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $2\frac{1}{2} + 0$. — 5 Nåle i h. Grænse passede. Den
venstre Grænse kunde ikke udperkuteret på Grund af en intens Lunge-
dämpning på hele v. Forfl.

Den *relat. Leverd.* ved C.V var 1 Cm. for lav.

22. 4 Måneder gl. Dreng, Længde 57 Cm., Vægt 3000 Gm.

Diagnose: Catarrh. gastrointest. acut. Bronchopn. dupl.
Hjærtets Bredde 5, Længde 4, Mitralen $4\frac{1}{2}$, Trikuspidalen $5\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 3 Cm. Venstre Ventrikelvæg 5, højre 2 Mm. Vægt 15 Gm.

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: C.IV.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen.

Överste-ydre Grænse løb $\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » Papillen, $4\frac{1}{4}$ Cm. fra l. m.

Den *afd. Hjd.* $2\frac{1}{4} + 4\frac{1}{4} = 6\frac{1}{2}$ Cm. — 9 Nåle passede.

Den *afd. Leverd.* ved C.III $2\frac{1}{2}$ Cm. for høj, den *relative* ved C.4 passede.

23. 60-årig Kvinde, Længde 160 Cm., Vægt 45000 Gm.

Diagnose: Hypertr. cord. sin. Degen. myocardii. Emphysema pulm. Cancer uteri. Nephrit. chr. Infiltr. adip. hepat.

Hjærtets Bredde 10, Længde $9\frac{1}{2}$, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen $7\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 13, højre 0 Mm. Vægt 235 Gm.

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: C.IV.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » 8 Cm. indenfor Papillen.

Överste Grænse $1\frac{1}{2}$ Cm. over, ydre $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.

De 2 i v. Grænse indstukne Nåle sad 2 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 10\frac{1}{2} = 16$ Cm. — 8 Nåle passede, den nederste til højre sad $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III 1 Cm. for lav.

Ann. Hjertet var noget højtstående, vist nok på Grund af den store Fedtlever.

24. 2 Måneder gl. Dreng, Længde 56 Cm., Vægt 2500 Gm.

Diagnose: Catarrh. gastro-intestinal. Bronchopn. inf. sin.

Hjærtets Bredde $4\frac{1}{2}$, Længde $3\frac{1}{2}$, Mitralen 4, Trikuspidalen $4\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 3 Cm. Venstre Væg 5 Mm., højre 1 Mm. Vægt 20 Gm.

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen.

Ydre Grænse faldt opadtil 1 Cm. udenfor, nedad 1 Cm. indenfor Lungeranden.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, $3\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

De 3 Nåle i v. Grænse sad 1— $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 3 + 4 = 7 Cm. — 4 Nåle i h. Grænse passede, de 4 Nåle i v. Grænse $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Randen.

2 Cm. til højre for h. Grænse af den afd. Hjd. fandtes ved afd. Perkussion en temmelig brat Forandring af Perkussionslyden, svarende til Overgangen mellem den bruskede og benede Del af costa.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV var $1\frac{1}{2}$ Cm. for lav.

25. 62-årig Mand, Længde 169 Cm., Vægt 51500 Gm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. magna. Emphysema pulmon. Atrophia renum. Hæmorrhagia cerebri.

Hjærtets Bredde 13, Længde 14, Mitralen 11, Trikuspidalen 14, aorta og Pulmonalen $8\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 25, højre 10 Mm. Vægt?

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » 5 Cm. indenfor Papillen, $7\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Øverste Grænse lå 4 Cm. over, ydre 4 Cm. indenfor v. Lungerand.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 11 Cm. fra l. m.

De 3 Nåle i v. Grænse sad 1—2 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 12\frac{1}{2} = 18$ Cm. — De 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.V passede.

26. 77-årig Mand, Længde 161 Cm., Vægt 35500 Gm.

Diagnose: Emoll. cerebri. Hypertr. & dilat. cord. tot., impr. sin. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjærtets Bredde $11\frac{1}{2}$, Længde $11\frac{1}{2}$, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen $8\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 15, højre 4 Mm. Vægt 295 Gm.

Den *abs. Hjds* øverste Grænse: C.IV.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » $4\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen.

Øverste-ydre Grænse løb 3 Cm. udenfor Lungeranden, men svarede til ydre Grænse af Perikardiets Fedtbelægning, der strakte sig et godt Stykke ind på Forfladen af v. Lungerand.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: lkr.II.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.

De 3 Nåle i v. Grænse sad omtr. 1 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 10\frac{1}{2} = 16$ Cm. — 10 Nåle passede.
Den *relat. Leverd.* ved C.IV 1 Cm. for lav.

27. 43-årig Kvinde, Længde 157 Cm., Vægt 40500 Gm. Brystbredde 22 Cm.

Diagnose: Kystoma ovarii sinistra permagna. Hypertr. & dilat. cordis levis. — *Hjærtet disloceret opad.*

Hjærtets Bredde $9\frac{1}{2}$, Længde $7\frac{1}{2}$, Mitralen 9, Trikuspidalen 11, aorta og Pulmonalen $6\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 10, højre 2 Mm. Vægt 145 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » 1 Cm. indenfor h. Sternalrand.

» venstre » P.-linjen, 8 Cm. fra l. m.

» *nederste* » ved nederste Rand af C.IV.

De 2 i v. Grænse indstukne Nåle sad omtr. 1 Cm. indenfor Randen, de 2 i nederste Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: Ikr.I, $3\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» højre » h. Sternalrand, $1\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » 1 Cm. udenfor P.-linjen, 9 Cm. fra l. m.

Den *afd. Hjd.* $3 + 9 = 12$ Cm.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III $2\frac{1}{2}$ Cm. for lav.

28. 68-årig Mand, Længde 161 Cm., Vægt 50000 Gm, Brystbredde 29 Cm.

Diagnose: Emoll. cerebri. Hypertr. cord. Dilat. cord. dext. Degen. myocardii. Emphysema pulm. Cirrhos. hepat. Arteriosclerosis.

Hjærtets Bredde 11, Længde 10, Mitralen 11, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen $8\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 15, højre 3 Mm. Vægt 395 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.IV.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » $3\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.

Nålen i v. Grænse sad 3—4 Cm. indenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.

» højre » 5 Cm. fra l. m.

» venstre » 12 Cm. fra l. m.

De 7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 12\frac{1}{2} = 18$ Cm. — Af 10 Nåle passede de 9, 1 i 5te højre Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.V var 1 Cm. for lav.

29. 53-årig Mand, Længde 160 Cm., Vægt 31500 Gm, Brystbredde 24 Cm.

Diagnose: Dilat. cord. levis impr. dext. Hypertr. cord. dext. Degen. fibrosa myocardii. Tub. pulm. Peritonit. tuberc.

Hjärtets Bredde 11, Længde $9\frac{1}{2}$, Mitralen 10, Trikuspidalen $11\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 10, højre 4 Mm. Vægt 240 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.

» venstre » 1 Cm. udenfor Papillen, $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

De 4 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, $4\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» højre » 3 Cm. fra l. m.

» venstre » $11\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

De 8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 3 + 12 = 15 Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

30. 77-årig Kvinde, Længde 159 Cm., Vægt 34000 Gm, Brystbredde $23\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. dext. Emphysema pulm. Tub. pulm. Atrophia renum in arteriosclerosi.

Hjärtets Bredde 10, Længde 9, Mitralen 8, Trikuspidalen 11 Cm. Venstre Ventrikelvæg 10, højre 4 Mm. Vægt 210 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » 4 Cm. indenfor Papillen, 7 Cm. fra l. m.

De 2 Nåle i v. Grænse sad $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 5 Cm. fra jugulum.

» højre » 5 Cm. fra l. m.

» venstre » 9 Cm. fra l. m.

De 7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 5 + 9 = 14 Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Hjd.* ved Ikr.IV passede.

31. 2 Måneder gl. Dreng, Længde 54 Cm., Vægt 2250 Gm.

Diagnose: Catarrh. gastrointestinalis.

Hjärtets Bredde 4, Længde 3, Mitralen $3\frac{1}{2}$, Trikuspidalen $4\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen $2\frac{3}{4}$ Cm. Venstre Ventrikelvæg 5, højre 2 Mm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 4 Cm. fra l. m.

De 2 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: Ikr.I, $1\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» højre » $2\frac{1}{4}$ Cm. fra l. m.

» venstre » $4\frac{1}{4}$ Cm. fra l. m.

De 6 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

32. 14-årig Pige, Længde 135 Cm., Vægt 22000 Gm, Brystbredde 21 Cm.

Diagnose: Tub. pulm., glandul. lymphatic. omnium, hepatis, lienis, peritonæi. Stenosis congenit. aorta. Hypertr. & dilat. cord. sin.

Hjærtets Bredde $7\frac{1}{2}$, Længde 8, Mitralen $8\frac{1}{2}$, Trikuspidalen 11, aorta 5, Pulmonalen 6 Cm. Venstre Væg 11, højre 0 Mm. Vægt 125 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » 2 Cm. udenfor Papillen, $7\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

De 3 i v. Grænse indstukne Nåle passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.

» højre » 3 Cm. fra l. m.

» venstre » $8\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

De 7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $3 + 9\frac{1}{2} = 12\frac{1}{2}$ Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV 1 Cm. for høj. (Se Tavle A, Bill. 4.)

33. 81-årig Kvinde, Længde 135 Cm., Vægt 20500 Gm, Brystbredde 21 Cm.

Diagnose: Pneum. interstitial. chron. dupl. Hypertr. levis cord. totius, impr. sin. Degen. myocardii. Atrophia renum. Arteriosclerosis.

Hjærtets Bredde $8\frac{1}{2}$, Længde 7, Mitralen 8, Trikuspidalen 10, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Ventrikelvæg 12, højre 3 Mm. Vægt 215 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 7 Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.

» højre » $4\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » $8\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Af 8 Nåle passede 7, 1 i Ikr.V på v. Side sad 2 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $4\frac{1}{2} + 8\frac{1}{2} = 13$ Cm. — Grænserne faldt fuldstændigt sammen med den *ikst. Hjds* Grænse. Kargrænsen passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.V $2\frac{1}{2}$ Cm. for lav.

34. 37-årig Mand, Længde 165 Cm., Vægt 44500 Gm, Brystbredde 26 Cm.

Diagnose: Tub. acut. miliaris pulm. utr. Degen. parenchymat. organ. Dilat. cord.

Hjärtets Bredde 11, Længde 11, Mitralen $10\frac{1}{2}$, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 10, højre 2 Mm. Vægt 288 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.
 » højre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
 » venstre » $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

Tre i venstre Grænse indstukne Nåle passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
 » højre » $4\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.
 » venstre » 10 Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 11 = 16\frac{1}{2}$ Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

35. 34-årig Mand, Længde 160 Cm., Vægt 38000 Gm, Brystbredde $28\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Pleurit. dext. Tub. pulm. Dil. lev. cord.

Hjärtets Bredde 11, Længde 10, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 11, højre 2 Mm. Vægt 309 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.
 » højre » v. Sternalrand.
 » venstre » 2 Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.

To Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 5 Cm. fra jugulum.
 » højre » 4 Cm. fra l. m.
 » venstre » 10 Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $5 + 11 = 16$ Cm. — Af 10 Nåle passede 9, 1 i 6te v. Ikr. sad i Randen af v. Leverlap.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede. (Se Tavle A, Bill. 1.)

36. 57-årig Mand, Længde 170 Cm., Vægt 48500 Gm, Brystbredde $28\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Atrophia renum in arteriosclerosi.

Hjärtets Bredde 12, Længde 11, Mitralen 11, Trikuspidalen $13\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 15, højre 5 Mm. Vægt 450 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.
 » højre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
 » venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Fem i v. Grænse indstukne Nåle passede alle.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 5 Cm. fra jugulum.

» höjre » $5\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » $11\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

8 Nåle passede alle.

Den *afd. Hjd.* $6\frac{1}{2} + 11\frac{1}{2} = 18$ Cm. — 10 Nåle passede. Venstre Gränse faldt sammen med den interkostale.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

37. 61-årig Mand. Længde 160 Cm., Vægt 59000 Gm, Brystbredde 29 Cm.

Diagnose: Apopl. cerebri. Emphysema pulm. Hypertr. & dil. cordis, impr. sin. Degen. adip. myocardii. Atrophia renum in arteriosclerosi. Arthritis urica.

Hjærtets Bredde $11\frac{1}{2}$. Længde 12, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen $8\frac{1}{2}$ Cm. Vægt 575 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: Ikr.II.

» höjre » 1 Cm. indenfor h. Sternalrand.

» venstre » Papillen, $11\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Fire i v. Gränse indstukne Nåle passede alle.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, $4\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» höjre » 5 Cm. fra l. m.

» venstre » $12\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

8 Nåle passede alle.

Den *afd. Hjd.* $6 + 13\frac{1}{2} = 19\frac{1}{2}$ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

38. 25-årig Mand, Længde 155 Cm., Vægt 53000 Gm, Brystbredde $29\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Insufficiencia aortæ. Endocarditis aortæ & mitralis. Hypertr. & dilat. magna cord., impr. sin.

Hjærtets Bredde 13, Længde 13, Mitralen 10, Trikuspidalen 13, aorta 9, Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 20, höjre 4 Mm. Vægt 650 Gm.

Den *relat. Hjds* överste Gränse: C.II.

» höjre » 5 Cm. fra l. m.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Papillen, 15 Cm. fra l. m.

8 i h. og v. Gränse siddende Nåle passede alle.

Den *ikst. Hjds* överste Gränse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.

» höjre » 6 Cm. fra l. m.

» venstre » $15\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

8 Nåle passede alle.

Den *afd. Hjd.* $7 + 15\frac{1}{2} = 22\frac{1}{2}$ Cm. — 10 Nåle passede. Venstre Gränse faldt sammen med den *ikst.*

Den *relat. Leverd.* ved C.IV $1\frac{1}{2}$ Cm. for høj.

Ann. 3 Dage før Døden vare Dæmpningerne ganske som efter Døden.

39. 8 Måneder gl. Pige, Længde 60 Cm., Vægt 5250 Gm, Bredde $12\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Spasmus glottidis (?). Catarrh. intest. levis.

Hjærtets Bredde $5\frac{1}{2}$, Længde $4\frac{1}{2}$, Mitralen 4, Trikuspidalen $5\frac{1}{2}$ Cm., aorta og Pulmonalen 3 Cm. Venstre Væg 7, højre 2 Mm. Vægt 35 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » h. Sternalrand.

» venstre » 1 Cm. udenfor Papillen, $7\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Grænse passede alle.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: Ikr.I, 1 Cm. fra jugulum.

» højre » $2\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » $7\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $2\frac{1}{2} + 5 = 7\frac{1}{2}$ Cm. — 9 Nåle passede. Grænserne faldt sammen med den *ikst.*

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

40. 29-årig Mand, Længde 178 Cm., Vægt 59000 Gm. Bredde $30\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Dil. cord. dext.

Hjærtets Vægt 234 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » 1 Cm. indenfor Sternalranden.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Papillen, 12 Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II, $4\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» højre » $4\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » 12 Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 12 = 17\frac{1}{2}$ Cm. — Af 9 Nåle passede 8, 1 i 4de h. Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

41. 69-årig Kvinde, Længde 145 Cm., Vægt 47500 Gm, Brystbredde $25\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. tot., impr. d. (*Stærk Dilata-tion af højre atrium*). Emphysema pulmon. Peritonitis e hernia incarcerata.

Hjærtets Bredde 12, Længde 9, Mitralen $9\frac{1}{2}$, Trikuspidalen $12\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 9 Cm. Venstre Væg 13, højre 5 Mm. Vægt 342 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » $3\frac{1}{2}$ Cm. til h. for l. m.

» venstre » 9 Cm. fra l. m., 2 Cm. indenfor Papillen.

4 Nåle i v. Grænse sad $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Randen.

Den *ikst.* *Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.

» höjre » 6 Cm. fra l. m.

» venstre » $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd.* *Hjd.* $6\frac{1}{2} + 10\frac{1}{2} = 17$ Cm. — 10 Nåle passede. Venstre Grænse faldt nedadtil fuldstændigt sammen med den *ikst.*

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

42. 55-årig Mand, Længde 150 Cm., Vægt 45000 Gm, Brystbredde $28\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Dilat. & hypertr. cordis, impr. d. Emphysema pulm. Gangræna pulm. dext.

Hjærtets Bredde 11, Længde $10\frac{1}{2}$, Mitralen 10, Trikuspidalen 14, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 12, højre 4 Mm. Vægt 340 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» höjre » v. Sternalrand.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, $8\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Grænse sad 1— $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Randen.

Den *ikst.* *Hjds* øverste Grænse: C.II, $4\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» höjre » 8 Cm. fra l. m.

» venstre » $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Grænse passede; af 3 Nåle i h. Grænse passede den øverste, de 2 nederste sad 2 Cm. udenfor Randen.

Den *afd.* *Hjd.* $9 + 10\frac{1}{2} = 19\frac{1}{2}$ Cm. — 5 Nåle i v. Grænse passede, 4 Nåle i h. Grænse sad 1—3 Cm. udenfor Randen i det gangrænøse Lungevæv.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV 2 Cm. for høj.

43. 71-årig Mand, Længde 163 Cm., Vægt?, Brystbredde $26\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Emphysema pulm. l. gr. Hypertr. & dilat. cordis dext. Dilat. levis cordis sin. Degen. myocardii. Arterioscler. levis.

Hjærtets Bredde 12, Længde $10\frac{1}{2}$, Mitralen 10, Trikuspidalen 14, aorta og Pulmonalen 9 Cm. Venstre Ventrikelvæg 11, højre 4 Mm. Vægt 350 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» höjre » v. Sternalrand.

» venstre » $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, $9\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst.* *Hjds* øverste Grænse: Ikr.I, 4 Cm. fra jugulum.

» höjre » 4 Cm. fra l. m.

» venstre » $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 10\frac{1}{2} = 16$ Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

44. 42-årig Mand, Længde 165 Cm., Vægt 45000 Gm, Bryst-bredde 27 Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Pleurit. adhæsiva d. Hypertr. & dilat. cord. dext.

Hjärtets Bredd 13, Længde $10\frac{1}{2}$, Mitralen 10, Trikuspidalen $13\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 9 Cm. Venstre Væg 9, højre 6 Mm. Vægt 320 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » $4\frac{1}{2}$ Cm. til h. for l. m.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, $8\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Fem Nåle i v. Grænse passede, 2 i højre.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 5 Cm. fra jugulum.

» højre » 6 Cm. fra l. m.

» venstre » 9 Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $6 + 9 = 15$ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

45. 71-årig Mand, Længde 155 Cm., Vægt 47500 Gm, Bryst-bredde 27 Cm.

Diagnose: Dilat. cord. tot., impr. d. Hypertr. cord. d. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm.

Hjärtets Bredd 13, Længde 11, Mitralen 12, Trikuspidalen 14, aorta og Pulmonalen $9\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 10, højre 5 Mm. Vægt 340 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 9 Cm. fra l. m.

Fire Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 5 Cm. fra jugulum.

» højre » $4\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » 11 Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $4\frac{1}{2} + 12 = 16\frac{1}{2}$ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Hjd.* ved Ikr.IV passede.

46. 69-årig Kvinde, Længde 145 Cm., Vægt 47500 Gm, Bryst-bredde 24 Cm.

Diagnose: Endocard. mitral. & valv. aortæ. Hypertr. cord. tot., impr. sin. Dilat. cord. d. Degen. myocardii. Emphysema pulm. l. gr.

Hjärtets Bredd 11, Længde $10\frac{1}{2}$, Mitralen $8\frac{1}{2}$, Trikuspidalen $11\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 15, højre 5 Mm. Vægt 320 Gm.

Hjärtets Bredd 9, Längde 8, Mitralen 9, Trikuspidalen $10\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 6 Cm. — Venstre Væg 11, højre 2 Mm. Vægt 160 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.
 » højre » Midten af sternum.
 » venstre » $2\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Papillen, 14 Cm. fra l. m.

3 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.
 » højre » 3 Cm. fra l. m.
 » venstre » 14 Cm. fra l. m.

6 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $4 + 14 = 18$ Cm. — 8 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III passede. (Se Tavle A, Bill. 6).

49. 70-årig Kvinde, Længde 135 Cm., Vægt 23000 Gm, Bryst-bredde 22 Cm.

Diagnose: Emphysema pulm. Hypertr. & dilat. lev. eord. dext. Cancer ventriculi. Anteriosclerosis.

Hjärtets Bredd 9, Längde 8, Mitralen 9, Trikuspidalen $10\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen $7\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 10, højre 2 Mm. Vægt 155 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.
 » højre » v. Sternalrand.
 » venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 6 Cm. fra l. m.

Af 2 Nåle passede den øverste, den nederste sad 1 Cm. indenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
 » højre » 4 Cm. fra l. m.
 » venstre » $7\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Af 3 Nåle i v. Grænse passede 2; 1 sad 1 Cm. indenfor Randen; 3 Nåle i h. Grænse sad 1 Cm. indenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $4\frac{3}{4} + 8\frac{1}{4} = 13$ Cm. — Af 4 Nåle i v. Grænse passede 3; 1 sad 1 Cm. indenfor Randen. Af 4 Nåle ved h. Grænse passede den øverste; de 3 nedre sad 1 Cm. indenfor Randen.

Den *relat. Hjd.* ved Ikr.IV passede.

50. 44-årig Kvinde, Længde 150 Cm., Vægt 40250 Gm, Bryst-bredde 27 Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. (stærk *Dilat. af h. atrium*), Emphysema pulm. Nephrit. ehron.

Hjärtets Bredd 12, Längde 11, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 13, højre 3 Mm. Vægt 290 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.
 » højre » Midten af sternum.
 » venstre » 2 Cm. indenfor Papillen, $9\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Den *afd. Hjd.* 5,8 + 11,7 = 17½ Cm. — 11 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.V 1 Cm. for lav.

53. 20-årig Kvinde, Længde 145 Cm., Vægt 51000 Gm, Bryst-bredde 28 Cm.

Diagnose: *Symphysis pericard.* Hypertr. & dilat. cord. totius. *Insufficiencia & stenosis mitralis, tricuspidal & aortæ.* Degen. fibrosa myocardii.

Hjärtets Bredder 11½, Længde 12, Mitralen 8, Trikuspidalen 9, aorta 6, Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 17, højre 7 Mm. Vægt 460 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » 5 Cm. til h. for l. m.

» venstre » 2 Cm. udenfor Papillen, 11½ Cm. fra l. m.

7 Nåle i h. og v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.

» højre » 6½ Cm. fra l. m.

» venstre » 12 Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 7½ + 13 = 20½ Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III 2 Cm. for høj. (Se Tavle A, Bill. 5.)

Anm. Ved Perkussion 18 Dage før Døden fandtes samtlige Dæmpningslinjer ganske som efter Døden med Undtagelse af den *relat. Hjds* v. Grænse, der lå 1 Cm. længere inde.

54. 76-årig Kvinde, Længde 145 Cm., Vægt 35500 Gm, Bryst-bredde 22 Cm.

Diagnose: *Insufficiencia mitralis.* Dilat. cord. totius. Hypertr. cord. dext. *Nephritis chron.* Anteriosclerosis.

Hjärtets Bredder 11, Længde 11, Mitralen 9, Trikuspidalen 11, aorta og Pulmonalen 7½ Cm. Venstre Væg 8, højre 6 Mm. Vægt 290 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » 1 Cm. udenfor h. Sternalrand.

» venstre » ½ Cm. udenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Grænse og 1 i h. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.

» højre » 7 Cm. fra l. m.

» venstre » 12½ Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Grænse passede, 3 Nåle i h. Grænse sad 1—1½ Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 8 + 13 = 21 Cm. — 6 Nåle ved venstre Grænse passede. Af 4 Nåle ved højre passede den øverste, de 3 nederste sad 1—1½ Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

55. 30-årig Kvinde, Længde 155 Cm., Vægt 40000 Gm, Brystbredde 26 Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. dext. Tub. pulm. Pleurit. adhæs. dupl.

Hjærtets Bredde $11\frac{1}{2}$, Længde 11, Mitralen $9\frac{1}{2}$, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 10, højre 4 Mm. Vægt 245 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » h. Sternalrand.

» venstre » Papillen, 11 Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.

» højre » 5 Cm. fra l. m.

» venstre » 12 Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $6 + 13 = 19$ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

56. 4 Måneder gl. Dreng, Længde 57 Cm., Vægt 3250 Gm, Brystbredde 11 Cm.

Diagnose: Catarrh. gastro-intest. Atrophia infantil. Anæmia.

Hjærtets Bredde $4\frac{1}{2}$, Længde $4\frac{1}{2}$, Mitralen 4, Trikuspidalen 5, aorta $2\frac{3}{4}$, Pulmonalen 3 Cm. Venstre Væg 5, højre 0 Mm. Vægt 25 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » 4 Cm. fra l. m.

To Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: ubestemmelig på Grund af thymus.

» højre » $1\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » $4\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $2,7 + 5,3 = 8$ Cm. — 8 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

57. 46-årig Kvinde, Længde 145 Cm., Vægt 55000 Gm, Brystbredde 29 Cm.

Diagnose: Fractura baseos cranii & femoris sin.

Hjærtets Bredde 10, Længde 10, Mitralen 10, Trikuspidalen $11\frac{1}{2}$, aorta & Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 10, højre 1 Mm. tyk. Vægt 270 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » v. Sternalrand.

» venstre » 11 Cm. fra l. m., 2 Cm. indenfor Papillen.

4 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II, 4 Cm. fra jugulum.
 » højre » $5\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.
 » venstre » 12 Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $6 + 12\frac{1}{2} = 18\frac{1}{2}$ Cm. — 11 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.V passede.

58. 25-årig Mand, Længde 165 Cm., Vægt 47500 Gm, Bryst-
 bredde 28 Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Dil. & hypertr. lev. cord. dext. Degen.
 parenchymat. organorum.

Hjærtets Bredde 11, Længde 11, Mitralen 10, Trikuspidalen 12,
 aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 10, højre 3 Mm. Vægt
 295 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.
 » højre » Midten af sternum.
 » venstre » Papillen, 8 Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra l. m.
 » højre » $5\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.
 » venstre » 9 Cm. fra l. m.

6 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $6\frac{1}{2} + 9\frac{1}{2} = 16$ Cm. — 8 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

59. 48-årig Mand, Længde 160 Cm., Vægt 44500 Gm, Bryst-
 bredde $26\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Tub. pulm. Symphysis pericard. Dilat. cord. tot.
 impr. dext. Hypertr. cord. dext. Degen. parenchym. myocard. &
 hepatitis.

Hjærtets Bredde 13, Længde 11, Mitralen 10, Trikuspidalen 12,
 aorta 7, Pulmonalen $7\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 13, højre 4 Mm. Vægt
 260 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.
 » højre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.
 » venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 9 Cm.
 fra l. m.

4 Nåle i v. Grænse sade $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.
 » højre » 8 Cm. fra l. m.
 » venstre » 12 Cm. fra l. m.

6 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $9 + 12 = 21$ Cm. — 10 Nåle passede.

Am. På Grund af stærk Luftudspiling af Ventrikel og colon var
 den lille atrofiske *Lever* trængt så langt tilbage, at den ikke berørte
 forreste Bugvæg. Der var også tympanitisk Perkussion på nederste Del
 af højre Forflade. En utydelig Dæmpningsgrænse ved Ikr.V passede
 ikke til noget bestemt.

60. 30-årig Mand, Længde 160 Cm., Vægt 40500 Gm, Bryst-bredde $26\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Dilat. & hypertr. cord. dext. Tub. pulm. Peritonit. tubercul.

Hjærtets Bredde $10\frac{1}{2}$, Længde $10\frac{1}{2}$, Mitralen $10\frac{1}{2}$, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 10, højre 3 Mm. Vægt 260 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » 1 Cm. udenfor Papillen, $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Af 3 Nåle i v. Grænse passede de 2 nederste; den øvre sad 1 Cm. udenfor.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: Ikr.I, $3\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» højre » 5 Cm. fra l. m.

» venstre » 12 Cm. fra l. m.

Af 6 Nåle passede 5; den 6te i 2det v. Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* 7 + 12 = 19 Cm. — Af 8 Nåle passede 6. De 2 øverste i v. Grænse sade 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

61. 61-årig Mand, Længde 155 Cm., Vægt 40000 Gm, Bryst-bredde $25\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Symphysis pericardii. Hypertr. et dilat. cord. totius. Endocarditis vetus mitralis. Degen. adip. myocardii. Emphys. pulm. Atrophia renum. Arteriosclerosis.

Hjærtets Bredde 12, Længde $12\frac{1}{2}$, Mitralen $10\frac{1}{2}$, Trikuspidalen $12\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen $7\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 15, højre 4 Mm. Vægt 340 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » 6 Cm. til h. for l. m.

» venstre » Papillen, $9\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

5 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, $3\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» højre » 8 Cm. fra l. m.

» venstre » $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 9 + 11 = 20 Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.IV passede.

62. 37-årig Mand, Længde 165 Cm., Vægt 47000 Gm, Bryst-bredde 29 Cm.

Diagnose: Pericarditis fibrinosa hæmorrhagica. Endocarditis mitralis. Dilat. cord. tot. impr. dext. Hypertr. cord. dext. Tub. pulm. Degen. myocardii.

Hjärtets Bredd 11, Längde 11, Mitralen $10\frac{1}{2}$, Trikuspidalen 14, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 10, højre 5 Mm. Vægt 345 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor v. Sternalrand.

» venstre » 1 Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.

» højre » $7\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *ajd. Hjd.* $8\frac{1}{2} + 11\frac{1}{2} = 20$ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

63. 40-årig Mand, Længde 160 Cm., Vægt 40500 Gm, Bryst-bredde 30 Cm.

Diagnose: Dilat. & hypertr. cord. d. Degen. adip. myocardii. Pleuritis adhæs. d. Pneum. interstitial. chron. dupl. Tub. pulm. l. gr. Encephalit. diffusa subcorticalis.

Hjärtets Bredd 11, Längde 11, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Ventrikelvæg 10, højre 3 Mm. Vægt 330 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » Papillen, 9 Cm. fra l. m.

Af 4 Nåle i v. Grænse passede de 2 nedre, de 2 øvre sade 1 Cm. udenfor Randen.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, $3\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» højre » 6 Cm. fra l. m.

» venstre » $9\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Af 7 Nåle passede 5; 2 i 2det og 3dje v. Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *ajd. Hjd.* $7 + 10 = 17$ Cm. — Af 9 Nåle passede 7; 2 i 2det og 3dje v. Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

64. 61-årig Mand, Længde 168 Cm., Vægt 53000 Gm, Bryst-bredde 31 Cm.

Diagnose: Emollitio cerebri. Dilat. et hypertr. cord. tot. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Atrophia renum. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredd 13, Längde 12, Mitralen 11, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 14, højre 4 Mm. Vægt 422 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » 1 Cm. indenfor Sternalranden.

Den *relat. Hjds* venstre Grænse: $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, $11\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.

» højre » $7\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » 12 Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $8 + 12\frac{1}{2} = 20\frac{1}{2}$ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

65. 30-årig Kvinde, Længde 160 Cm., Vægt 32500 Gm, Brystbredde 26 Cm.

Diagnose: Degen. fibrosa myocardii. Dilat. lev. cord. Nephrit. chr. Infiltr. adip. hepatis. *Hjærtet disloceret opad af den store Lever.* Hjærtets Bredde $10\frac{1}{2}$, Længde $9\frac{1}{2}$, Mitralen $9\frac{1}{2}$, Trikuspidalen $10\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 11, højre 1 Mm. Vægt 242 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.I.

» højre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.

» venstre » Papillen, $9\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: Ikr.I, $3\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» højre » $5\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

4 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 11\frac{1}{2} = 17$ Cm. — 9 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III 1 Cm. for lav.

66. 82-årig Kvinde, Længde 145 Cm., Vægt 72500 Gm, Brystbredde 28 Cm.

Diagnose: Hypertr. & dilat. cord. tot. Endocardit. vetus mitral. & aorta. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Arteriosclerosis. Hjærtets Bredde 11, Længde 10, Mitralen 9, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 13, højre 3 Mm. Vægt 270 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

5 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.

» højre » $5\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » $11\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

7 Nåle passede; 1 i 5te højre Ikr. sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $7 + 13 = 20$ Cm. — 10 Nåle passede; 1 i Ikr.V på h. Side sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* i Ikr.V var $2\frac{1}{4}$ Cm. for lav.

67. 59-årig Kvinde, Længde 150 Cm., Vægt 37000 Gm, Brystbredde $27\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Dilat. et hypertr. cord. tot. Endocardit. vet. mitral. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Nephrit. chron. Arteriosclerosis.

Hjærtets Bredde 11, Længde 11, Mitralen 11, Trikuspidalen $11\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Ventrikelvæg 15, højre 3 Mm. Vægt 350 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » Papillen, 13 Cm. fra l. m.

3 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, $4\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» højre » $5\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » 14 Cm. fra l. m.

4 Nåle passede; 1 i 4de h. Ikr. sad $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $6\frac{1}{2} + 14\frac{1}{2} = 21$ Cm. — 7 Nåle passede; 1 i 5te højre Ikr. sad $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

68. 68-årig Kvinde, Længde 155 Cm., Vægt 34000 Gm, Brystbredde 24 Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. sin. Dilat. et hypertr. cord. d. Endocarditis mitral. Degen. myocardii. Arteriosclerosis aortæ. Aneurysma aortæ descend. thorac. Usura columnæ vertebr. Emfysema pulm. Atelect. lobi sup. pulm. sin.

Hjærtets Bredde 10, Længde 11, Mitralen 10, Trikuspidalen 11, aorta 8, Pulmonalen 7. Venstre Væg 15, højre 4 Mm. Vægt 322 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Grænse passede. Der var desuden tydelig Dæmpning på manubrium og den nærmest tilgrænsende Del af 1ste og 2det højre Ribben, ligeledes på øverste Del af v. Forflade omtr. til C.III, men uden skarp Grænse. — 2 Nåle i h. Grænse af denne Dæmpning sade lige i Randen af aorta ascend.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.I, $1\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» højre » 7 Cm. fra l. m.

» venstre » $11\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

10 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $8 + 12 = 20$ Gm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

69. 36-årig Kvinde, Længde 165 Cm., Vægt 30000 Gm, Brystbredde $26\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Tub. pulmon. Dilat. et hypertr. lev. cord. d.

Af 3 Nåle i v. Grænse sad den øverste 1 Cm. udenfor Rauden, de 2 nederste passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 4 Cm. fra jugulum.

» højre » $4\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

» venstre » 11 Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $5\frac{1}{2} + 12\frac{1}{2} = 18$ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved C.V passede.

72. 74-årig Kvinde, Længde 165 Cm., Vægt 36500 Gm, Brystbredde 25 Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. impr. sin. Dilat. cord. impr. dext. Endocardit. vetus mitralis. Degen. adip. et fibrosa myocardii. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjærtets Bredde 12, Længde 12, Mitralen $9\frac{1}{2}$, Trikuspidalen 12, aorta 7, Pulmonalen $7\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 13, højre 3 Mm. Vægt 305 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.II.

» højre » 1 Cm. indenfor h. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

5 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.

» højre » 5 Cm. fra l. m.

» venstre » 11 Cm. fra l. m.

7 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $6 + 12 = 18$ Cm. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

73. 46-årig Mand, Længde 160 Cm., Vægt 35000 Gm, Brystbredde $26\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Hæmorrhagia cerebri. Dilat. et hypertr. cord. totius. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjærtets Bredde 13, Længde 12, Mitralen $10\frac{1}{2}$, Trikuspidalen 13, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 16, højre 3 Mm. Vægt 395 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » 1 Cm. udenfor Papillen, $10\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

3 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: Ikr.I, 3 Cm. fra jugulum.

» højre » 6 Cm. fra l. m.

» venstre » 12 Cm. fra l. m.

Af 8 Nåle passede 7; 1 i 5te højre Ikr. sad 1 Cm. udenfor Rauden.

Den *afd. Hjd.* $7\frac{1}{2} + 13\frac{1}{2} = 21$ Cm. — Af 10 Nåle passede 8; den øverste i v. Grænse og den nederste i h. Grænse sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved C.V passede.

74. 63-årig Mand, Længde 155 Cm., Vægt 48000 Gm, Brystbredde $29\frac{1}{2}$ Cm.

Diagnose: Dilat. cord., impr. dext. Hypertr. cord. d. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Pleurit. adhæsiva dupl.

Hjærtets Bredde 12, Længde 12, Mitralen 10, Trikuspidalen $12\frac{1}{2}$, aorta $7\frac{1}{2}$, Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 10, højre 3 Mm. Vægt 365 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: C.III.

» højre » Midten af sternum.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 10 Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, $3\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» højre » 5 Cm. fra l. m.

» venstre » 11 Cm. fra l. m.

Af 8 Nåle passede 6; de 2 nederste i h. Grænse sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $6 + 11\frac{1}{2} = 17\frac{1}{2}$ Cm. — Af 10 Nåle passede 8; de 2 nederste til højre sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* vnd Ikr.IV passede.

75. 77-årig Mand, Længde 160 Cm., Vægt 53000 Gm., Brystbredde 22 Cm.

Diagnose: Hypertr. magna cord. tot. Degen. adip. myocardii. arteriosclerosis. Emphysema pulm. Atrophia renum.

Hjærtets Bredde 12, Længde $10\frac{1}{2}$, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen 8 Cm. Venstre Væg 20, højre 5 Mm. Vægt 392 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » h. Sternalrand.

» venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillen, 14 Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.

» højre » 9 Cm. fra l. m.

» venstre » 14 Cm. fra l. m.

9 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* $10 + 14 = 24$. — 11 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

Ann. Ved Perkussion 8 Dage før Døden fandtes højre Grænse for alle 3 Dæmpningers Vedkommende 1 Cm. længere inde mod Midtlinjen end efter Døden. Ellers vare Dæmpningsfigurerne uforandrede.

76. 41-årig Mand, Længde 150 Cm., Vægt 37000 Gm, Brystbredde 26 Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. tot. Emphysema et œdema pulm. Nephrit. chron.

Hjärtets Breddede 10, Længde 11, Mitralen 9, Trikuspidalen 11, aorta og Pulmonalen $6\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 14, højre 4 Mm. Vægt 255 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.

» højre » 1 Cm. indenfor v. Sternalrand.

» venstre » Papillen, $8\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Tre Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.

» højre » 6 Cm. fra l. m.

» venstre » $9\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Af 8 Nåle passede 6; de 2 nederste i h. Grænse sade 1 og $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $7\frac{1}{2} + 10 = 17\frac{1}{2}$ Cm. — Af 10 Nåle passede 8; de 2 nederste i højre Grænse sade 1 og $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV passede.

77. 77-årig Kvinde, Længde 145 Cm., Vægt 37000 Gm, Brystbredde 25 Cm.

Diagnose: Hypertr. cord. tot. Emphysema pulm. Cancer vesicæ felleæ et hepatis. Cholelithiasis. Atrophia renum. *Hjærtet disloceret opad.*

Hjärtets Breddede 9, Længde 9, Mitralen 8, Trikuspidalen $10\frac{1}{2}$, aorta og Pulmonalen 7 Cm. Venstre Væg 14, højre 3 Mm., Vægt 205 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.I.

» højre » 1 Cm. indenfor h. Sternalrand.

» venstre » 3 Cm. indenfor Papillen, $11\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

4 Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: Ikr.I, $2\frac{1}{2}$ Cm. fra jugulum.

» højre » 5 Cm. fra l. m.

» venstre » $12\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

Af 7 Nåle passede 5; de 2 nederste i h. Grænse sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *afd. Hjd.* $6 + 12\frac{1}{2} = 18\frac{1}{2}$ Cm. — Af 9 Nåle passede 7; de 2 nederste i h. Grænse sad 1 Cm. udenfor Randen.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.III var $1\frac{1}{2}$ Cm. for lav.

78. 51-årig Kvinde, Længde 145 Cm., Vægt 36500 Gm, Brystbredde 24 Cm.

Diagnose: Dilat. cord. tot. Hypertr. cord. dext. Degen. adip. myocardii. Emphysema pulm. Arteriosclerosis.

Hjärtets Bredd 11. Längde $10\frac{1}{2}$, Mitralen 10, Trikuspidalen 12, aorta og Pulmonalen $7\frac{1}{2}$ Cm. Venstre Væg 10, højre 3 Mm. Vægt 228 Gm.

Den *relat. Hjds* øverste Grænse: Ikr.II.
 » højre » Midten af sternum.
 » venstre » $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Papillen, 9 Cm.
 fra l. m.

Tre Nåle i v. Grænse passede.

Den *ikst. Hjds* øverste Grænse: C.II, 3 Cm. fra jugulum.
 » højre » $4\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.
 » venstre » $9\frac{1}{2}$ Cm. fra l. m.

8 Nåle passede.

Den *afd. Hjd.* 6 + 10 = 16. — 10 Nåle passede.

Den *relat. Leverd.* ved Ikr.IV 1 Cm. for høj.

(Forts.)



Fig:1

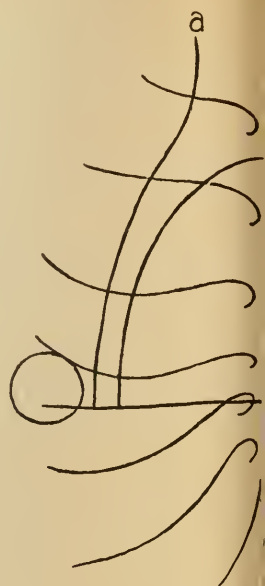
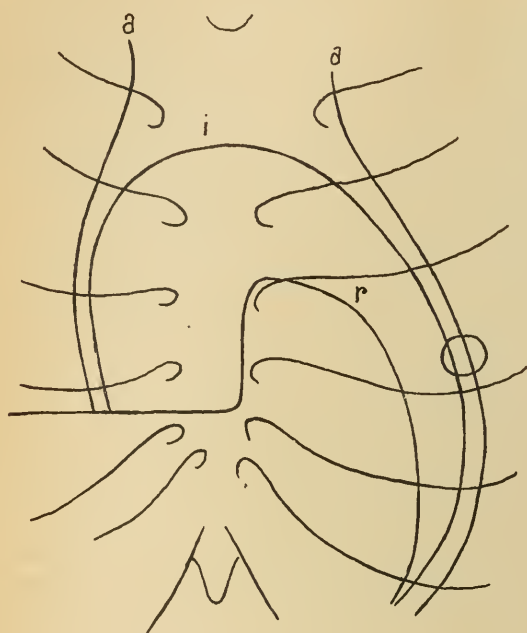


Fig 4

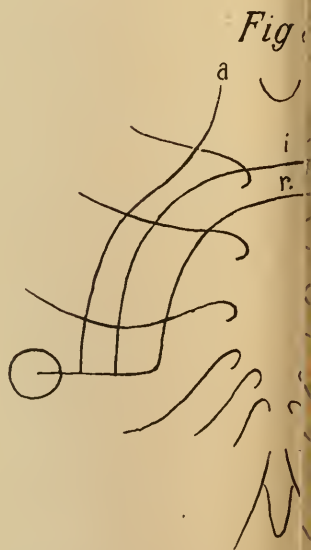
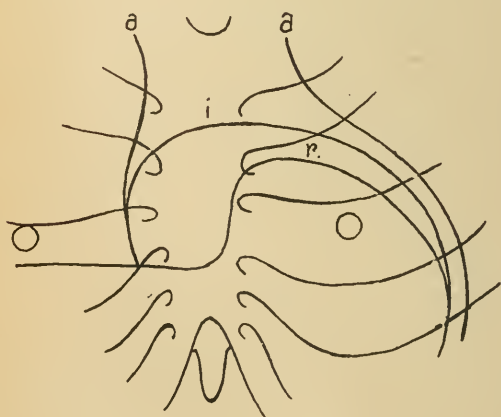


Fig. 3

Tavle A

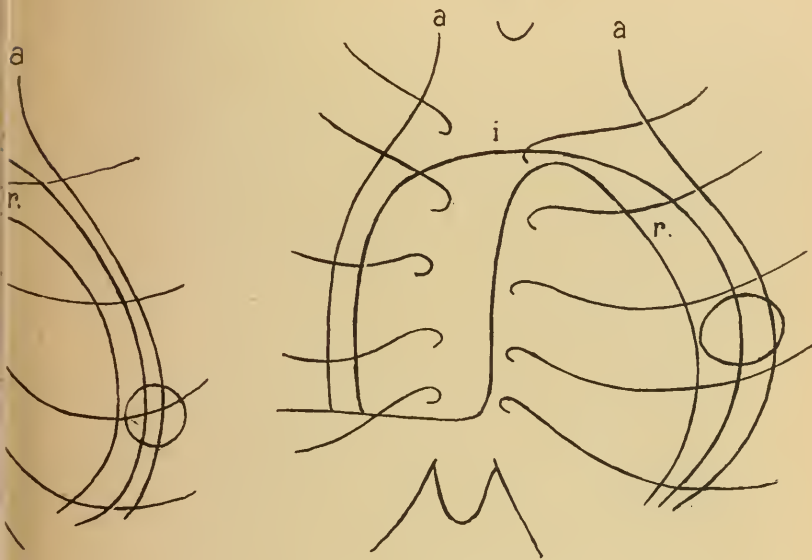
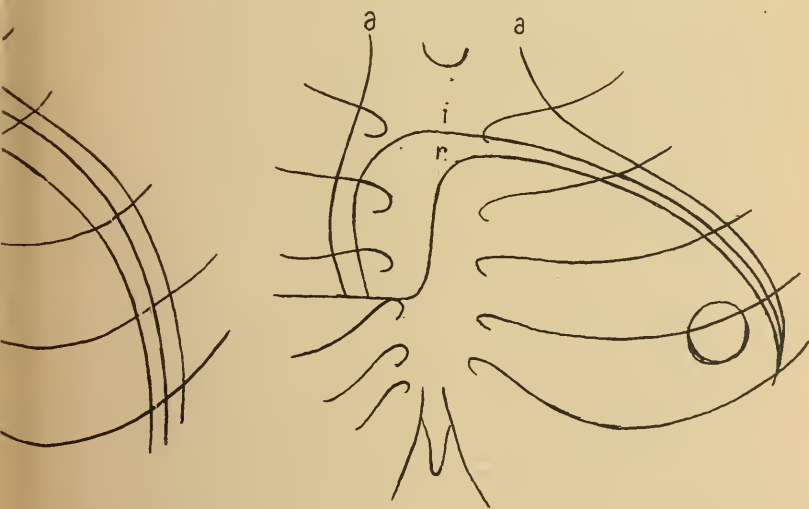


Fig 6



Postconceptionelle syphilitische Infection gegen das Ende der Schwangerschaft.

Von

Dr. EDVARD WELANDER

in Stockholm.

Die Überführung der syphilitischen Krankheit von der Mutter auf das Kind durch die Placenta — die Placentarinfec- tion — hat man früher als ziemlich zweifelhaft angesehen, und hervorragende Auctoren haben sie geradezu verneint. Dass die Krankheit indessen in dieser Weise übertragen werden kann, ist durch mehrere Krankheitsgeschichten überzeugend dargethan worden. Sowohl der Vater wie die Mutter ist bei der Con- ception vollkommen gesund gewesen, während der Gravidität aber ist die Mutter von Vater (oder auch von einer anderen Person) mit der Syphilis angesteckt worden, und das Kind hat sich dann ziemlich bald nach der Geburt mit Syphilis (erb- licher, congeniter oder wie wir sie nun nennen wollen) behaftet gezeigt. Solche Fälle von postconceptioneller Infection kom- men hin und wieder vor, und auch ich habe mehrere gesehen. Es ist jedoch nicht meine Absicht, hier folgenden Krankheits- fall zu besprechen, um einen weiteren Beweis für diese Art von Infection zu erbringen. Ich veröffentliche diesen Fall, weil er ein ziemlich zuverlässiger Beweis dafür ist, dass auch dann, wenn die Mutter sich erst während der letzten Zeit, ja so spät während der Gravidität Syphilis zuzieht, dass die sogenannten constitutionellen Symptome bei ihr nicht vor der Entbindung zum Ausbruch gelangen können, das syphilitische Gift gleich- wohl durch die Placenta dem Fötus zugeführt werden und die Syphilis dann beim Kinde in ganz derselben Weise und in der-

selben Form, wie wir es gewöhnlich bei erblicher, congeniter Syphilis sehen, auftreten kann.

Den 11. März 1892 wurde ich von Frau L. wegen eines Ausschlages consultirt, den ihr damals 5 Wochen alter Kind seit vier Tagen gehabt hatte. Es zeigte sich, dass es Syphilis war, welche Krankheit ich da auch bei der Mutter und einen Tag später beim Vater constatirte.

Der Vater (der mehrere Jahre an Psoriasis vulgaris gelitten hatte) giebt an, dass er Ende October 1891 von Stockholm nach einer Provinzstadt gereist war und sich dort bis zum 15. November aufgehalten hatte. Ein paar Tage vor seiner Abreise von dieser Stadt hatte er einen Coitus ausser der Ehe gehabt (die Frau befand sich in Stockholm). Nach seiner Rückkehr wohnte er einige Male seiner graviden Frau bei. Anfang December entdeckte er eine kleine Hautlosigkeit an dem Penis, die er aber nicht weiter beachtete, da er Psoriasisflecken auch am Penis hatte und daher glaubte, dass die Hautlosigkeit von diesen herrührte. Er übte indessen auch hiernach ein paar Mal den Beischlaf mit seiner Frau aus, das letzte Mal ein paar Tage vor Weihnachten. Seine Hautlosigkeit vergrösserte sich indessen und ihre Umgebung wurde hart, doch ging sie dadurch, dass er sie rein hielt, allmählich in Heilung über. Er befand sich übrigens wohl und vermachte zwischen seinen Psoriasisflecken keinen Ausschlag zu entdecken, weshalb er keinen Arzt consultirte. Den 12. März hatte ich Gelegenheit, ihn zu untersuchen; ich fand bei ihm eine ziemlich bedeutende, geheilte Sclerose; am Rumpfe zeigte sich eine ziemlich reichliche Roseola, im Erblassen begriffen, ausserdem grössere und kleinere Psoriasisflecken.

Die Mutter, 37 Jahre alt, hatte in einer früheren Ehe 4 Kinder geboren, von denen drei am Leben und gesund sind und das vierte in einem Alter von 19 Monaten an »Gehirnentzündung« gestorben ist. Die Mutter wurde indessen Ende April 1891 von Neuern schwanger; der Verlauf der Schwangerschaft war die ganze Zeit hindurch völlig normal. Sie giebt an, mit ihrem Manne nach seiner Rückkehr von der oben erwähnten Reise einige Male, das letzte Mal ein paar Tage vor Weihnachten, den Beischlaf ausgeübt zu haben. Sie merkte indessen an sich nichts Ungewöhnliches, bis sie in der letzten Zeit vor der Entbindung an der Scham ein Brennen fühlte und da an ihr eine Wunde entdeckte, die bis zur Entbindung be-

stehen blieb, ohne dass sie sonst das geringste Unbehagen gefühlt oder an ihrem Körper irgend welchen Ausschlag beobachtet hätte. Den 31. Januar 1892 fand ihre Entbindung in normaler Weise statt, und ebenso verlief auch das Wochenbett normal. Als alles dieses vorüber war, merkte sie, dass sich die Wunde an ihrer Scham erhalten hatte; da sie sich aber sonst gesund fühlte und sich an ihrem Körper nichts Ungewöhnliches zeigte, so beachtete sie dieselbe nicht weiter. Den 11. März fand ich bei ihr eine deutliche, nicht geheilte Sklerose an dem linken Labium minus, Adenitis und eine reichliche, kleinfleckige Roseola mit allen Zeichen eines erst kurzen Bestandes. Im Munde, am Anus und an den Genitalien waren, mit Ausnahme der Sklerose, keine Symptome von Syphilis zu entdecken. Das Allgemeinsbefinden war gut.

Das Kind wurde ausgetragen den 31. Januar geboren; es wog 9 schwedische Pfund (3,826 Gram), war dick und fett und sah gesund aus. Nach zwei bis drei Tagen stellte sich bei ihm Schnupfen ein. An seinem Körper war bis zum 7. März, wo sich bei ihm um den Mund und die Nase herum ein Ausschlag zu zeigen begann, der sich von Tag zu Tag vermehrte, nichts Ungewöhnliches zu sehen. Den 11. März untersuchte ich das Kind. Es war sehr gut ernährt, hatte einen starken Schnupfen, eine schlechte Gesichtsfarbe und Rhagaden in den Mundwinkeln; an der Stirn, um die Nase und den Mund herum und am Kinn fanden sich eine Menge hier und da confluirende, theilweise mit unreinen gelbgrauen Krusten bedeckte syphilitische Papeln. Auch an den Unterarmen, den inneren Seiten der Hände, den Hinterbacken, den Beinen und den Fusssohlen zeigten sich eine Menge typische syphilitische Papeln. — Das Kind hatte ausserdem einen acuten Lungencatarrh.

Den 17. März abends starb das Kind.

Bei der den 19. März ausgeführten Obduction wurden das Gehirn, das Herz und der Darmcanal gesund befunden, in der rechten Lunge aber eine lobuläre Pneumonie und in der linken ein bedeutendes Ödem constatirt. Die Leber war gross und von etwas festerer Consistenz als gewöhnlich. Die Milz zeigte sich gross, locker; Perisplenit (lose Adhärenzen mit den umgebenden Theilen). Die Nieren waren angeschwollen und hyperämisch und zeigten hier und da kleine Blutungen. Keine Veränderungen in den Knochen, in den Ossificationszonen (Wegener).

Also: der <i>Vater</i> wird infectirt ungefähr 11—12 Wochen	} vor der Geburt des Kindes.
entdeckt seine Sklerose ungefähr 8 Wochen	
übt den Beischlaf mit der Mutter aus ein paar Mal	
während der 8.—6. Woche	
die <i>Mutter</i> wird wahrscheinlich infectirt nahezu 6 Wochen	}
entdeckt ihre Sklerose ungefähr 2 Wochen	

Fünf Wochen *nach* der Geburt des Kindes haben gleichzeitig:

der <i>Vater</i> :	die <i>Mutter</i> :	das <i>Kind</i> :
eine geheilte Sklerose und reichliche, erblasste Roseola.	eine nicht geheilte Sklerose und eine reichliche, kleinfleckige Roseola von noch nicht langem Bestande.	Schnupfen und syphilitische Papeln im Gesicht, an den Armen, den Beinen, den inneren Seiten der Händen und den Fusssohlen.

Die Zeit des Auftretens des Ausschlages beim Kinde, die Localisation und das Aussehen des Ausschlages weisen deutlich darauf hin, dass hier ein Fall von (erblicher) congeniter Syphilis vorliegt; die feste Beschaffenheit der Leber und die Perisplenitis können ja ebenfalls als eine Stütze dafür angeführt werden. Auf der anderen Seite spricht das Fehlen der Primäraffection sowie der ganze Verlauf der Krankheit bestimmt dagegen, dass wir es hier mit einem Fall der Infection des Kindes bei der Geburt *durch die Sklerose der Mutter* zu thun haben.

Leider vermachte die Mutter nicht anzugeben, wie lange sie ihren Ausschlag, als ich das Kind am 11. März untersuchte, gehabt hatte; sie war jedoch überzeugt davon, dass er sich nur eine ganz kurze Zeit gefunden hatte. Das Aussehen des Ausschlages sprach auch dafür, dass dieses der Fall war. Die Zeit der Infection der Mutter und des Auftretens der Sklerose bei ihr deutet ja ganz bestimmt darauf hin, dass sie zur Zeit ihrer Entbindung noch keine constitutionellen Symptome gehabt hat; sie behauptet auch mit Bestimmtheit, dass sie damals noch frei von Ausschlag war. Hätten sich bei der Entbindung allgemeine Symptome gefunden, so würde wahrscheinlich all das Secret, das während und nach derselben über die äusseren Geschlechtstheile geflossen ist, an ihnen einen Reizung und wenigstens die eine oder andere mucöse Papel oder Syphilide érosive hervorgerufen haben; aber nicht die geringste Spur, nicht der geringste Rest von etwas derartigen war zu entdecken. Alles spricht dafür, dass die Mutter ihre allgemeinen Symptome

erst ziemlich lange nach der Entbindung bekommen hat und dass sie sich damals in dem sogenannten zweiten Incubationsstadium befunden hat, d. h. dass die Krankheit noch nicht constitutionell gewesen ist.

Dass hier trotzdem eine Placentarinfektion vorliegt, ist sicher, und die Frage ist dann die: wie hat unter solchen Verhältnissen die syphilitische Krankheit auf das Kind vor seiner Geburt übertragen werden können? Ich glaube, dass man dieses sehr gut durch eine bacterielle Auffassung der syphilitischen Krankheit erklären kann, und ich will hier aus einem Aufsatz von mir: »Till frågan om preventiv behandling» (Zur Frage von der preventiven Behandlung), Hygiea, Nov. 1894, S. 430—432, folgende Worte anführen:

»Die Syphilis ist höchst wahrscheinlich eine Microbenkrankheit. Wenn die Microben durch eine kleine Wunde an einer Stelle in den Organismus gelangt sind, so fangen sie, ob schon dieses in Übereinstimmung mit ihren Natur nur langsam geschieht, bald an, sich an der Eingangsstelle der Krankheit zu entwickeln und zu vermehren. Während der Zeit, wo dieses geschieht, und auch nachher, werden von hier Microben (und vielleicht auch ihre Sporen) durch die Lymphbahnen in die nächsten Drüsen, von da in andere, nahe liegende, von diesen wieder in andere u. s. w. bis in die entferntesten Drüsen geführt. Theils vom Lymphsystem, theils möglicherweise auch direct von der Primärinfektion gelangen nun die Microben in die Blutmasse und werden mit dieser nach allen Theilen des Körpers geführt, wobei sie hier und da hängen bleiben, an welchen Stellen sie sich nachher (kleine Herde des Syphilisgiftes bildend) entwickeln und vermehren.

Können nun die Symptome der syphilitischen Krankheit durch diese Anschauungsweise erklärt werden?

Dass die syphilitischen Krankheitsproducte durch die Microben verursacht werden, die für diese Krankheit specifisch sind, ist wohl ebenso sicher, wie dass die tuberculösen und leprösen Veränderungen ihre Ursache in den Tuberkel- und Leprabacillen haben. Ausserdem können aber Krankheits-symptome auftreten, die auf den durch die Syphilismikroben verursachten Toxinen beruhen.

Ich habe mir von dem Verlaufe folgende Vorstellung gemacht: sobald sich die Syphilismikroben an der Eingangsstelle der Krankheit hinreichend vermehrt haben, zeigt sich die erste

augenscheinliche pathologisch-anatomische Veränderung im Organismus, die Sklerose. Je nachdem sich die Mikroben vermehren und längs den Lymphbahnen den Lymphdrüsen zugeführt werden, finden wir Veränderungen in diesen Drüsen; zuweilen finden wir die Lymphgefäße selbst angeschwollen, so z. B. das sich längs dem Dorsum penis hinziehende; stets sehen wir, dass nahe belegene, oft auch, dass entfernter liegende Drüsen anschwellen. Aber schon zu dieser Zeit finden wir oft, dass die Patienten anämisch werden, Kopfschmerzen, rheumatoide Schmerzen u. s. w. bekommen, was ganz sicher, wenigstens zum Theil, auf Rechnung der bereits begonnenen Toxinwirkung zu schreiben ist. Bald tritt nun ein mehr oder weniger reichlicher Ausschlag auf, dadurch hervorgerufen, dass die in Blutstrom gelangten Mikroben in den feinsten Hautgefäßen hängen geblieben sind und dort angefangen haben, sich allmählich zu entwickeln.

Eine wichtige Frage hierbei ist nun die: werden nun, vor dem ersten allgemeinen Ausbruch der Syphilis, diese Mikroben von dem Blutstrom nur in die Haut geführt oder können sie mit ihm auch in die inneren Organe gelangen? Alles spricht dafür, dass dieses letztere wirklich der Fall ist. Wir sehen nämlich beim ersten Ausbruch der Krankheit syphilitische Producte nicht allein an der Haut, sondern auch an allen Schleimhäuten und so weit hinein auftreten, wie wir sie mit unseren gegenwärtigen Untersuchungsmethoden verfolgen können. Wir finden auch, dass dann tiefer liegenden Theile afficirt werden können. Nicht selten sehen wir deutliche Knochenhautentzündungen auftreten, und ebenso können wir z. B. auch Regenbogenhautentzündungen beobachten; es zeigen sich auch Symptome, die als irritative Processe im Gehirn und im Rückenmark gedeutet werden müssen; so finden wir auch Symptome, die auf eine Reizung in der Leber und den Nieren hindeuten. Alles dieses macht es ja im höchsten Grade wahrscheinlich, dass die Syphilismikroben nicht nur nach verschiedenen Hautpartien, sondern zugleich nach allen den übrigen Theilen des Organismus geführt werden können, wo sie sich zwar auch vermehren, anfangs oft aber nur eine so gelinde, so unbedeutende Reizung verursachen, dass wir mit unseren gegenwärtigen Untersuchungsmethoden in der Regel kein Symptom derselben entdecken können, wie wir auch oft kein Symptom der Reizung in der Haut beobachtet haben würden, wenn es nicht mit dem

Gesichtssinne aufzufassen gewesen wäre. Sehr wahrscheinlich würden bei einer in diesem Stadium der Krankheit ausgeführten Obduction irritative, dem Prozesse in der Haut entsprechende Prozesse, wenn nicht makroskopisch, so doch mikroskopisch, in den meisten inneren Theilen des Körpers zu entdecken gewesen sein.»

Wenn sich nun Sklerose und Adenitis finden, so dürfte ja wohl die Möglichkeit einer allmählichen Überführung der Mikroben in alle Theile des Körpers vorliegen, und es erscheint dann wohl auch als ganz natürlich, dass sie auch in den graviden Uterus mit seinem bedeutend entwickelnden Blutgefäßsystem gelangen könnten. Als höchst wahrscheinlich erscheint es mir auch, dass sie dann hier und da in den Placentargefäßen hängen bleiben konnten und sich dadurch, dass sie in ihnen kleine Läsionen verursachen, Gelegenheit bereiten, in die Circulation des Fötus überzugehen und ihn solchergestalt zu inficiren. Es ist dann aber die Frage, ob diese Mikroben im Stande sind, in der Placenta derartige Veränderungen hervorzurufen, ehe die anderen von der Blutmasse in die übrigen Theile der mütterlichen Körpers geführten Mikroben sich dort so entwickelt haben, dass sie die Veränderungen in der Haut und der Schleimhaut verursachen, die wir als Beweise dafür ansehen, dass die Krankheit constitutionell geworden ist.

Nach den Ergebnissen neuerer Forschungen an Thieren können nämlich fremde Körper, also auch die Mikroben, nicht von der mütterlichen in die fötale Placenta übergehen, so lange die Placenta vollständig gesund ist; dieselbe bildet gegen das Vordringen dieser Körper eine Barrière. Ganz anders gestaltet sich das Verhältniss, wenn diese Mikroben in den feinsten Placentargefäßen kleine Veränderungen (Blutungen, Endothelnekrosen) hervorrufen; in solchen Fällen findet sich die Möglichkeit, dass die Mikroben von der mütterlichen in die fötale Placenta und von da in den Fötus übergeführt werden können.

Wahrscheinlich ist das Verhältniss beim Menschen dasselbe.

Da sich nun die syphilitischen Mikroben ganz sicher sehr langsam entwickeln, so muss es eigenthümlich erscheinen, dass sie sich, wie in meinem Falle, wo ihre Entwicklung im Körper der Mutter eine so späte gewesen ist, dass die allgemeinen Symptome wahrscheinlich erst lange nach der Entbindung aufgetreten sind, in der Placenta so schnell entwickelt haben sollten, dass sie daselbst schon vor der Entbindung Veränderungen

zu verursachen vermochten, durch welche sie in den Fötus gelangen konnten.

Leider wissen wir nicht, ob sich in meinem Falle in der Placenta Veränderungen fanden oder nicht, daher derselbe eben so wenig wie andere dazu beitragen kann, uns in dieser Frage eine Aufklärung zu geben.

Aber auch wenn in meinem Falle die Placenta vollständig normal gewesen sein sollte, so ist dadurch gleichwohl die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass der Fötus durch die Placentarcirculation inficiert worden ist. Wie v. DÜRING hervorgehoben hat, ist es ja möglich, dass bei der Entbindungsarbeit in der Placenta kleine Risse entstehen können und dass dadurch »die Scheidewände zwischen mütterlichem und kindlichem Blute hinweggeräumt werden«. Befinden sich nun unter solchen Verhältnissen Syphilismikroben im Blute der Mutter in Circulation, so hindert ja nichts, dass sie in das vorher vielleicht ganz gesunde Blut des Fötus kommen und dasselbe inficieren können.

v. DÜRING führt folgenden Fall an, wo seiner Ansicht nach die Infection wahrscheinlich auf diese Weise zu erklären ist:

Eine Frau, deren Mann während ihrer Schwangerschaft extragenital angesteckt worden war, wurde von v. DÜRING kurz vor der Entbindung untersucht (die Genitalien scheinen bei ihr [einer Türkin] einer Untersuchung nicht unterworfen worden zu sein), ohne dass sich dabei secundäre Symptome entdecken liessen. Zwei Wochen nach der Entbindung zeigte die Mutter suspecte Symptome von Lues, und nach noch einer Woche waren bei der Mutter die Symptome der Lues deutlich ausgesprochen. Vier bis fünf Wochen nach der Entbindung traten beim Kinde syphilitische Symptom auf.

Ob nun in diesem Falle die Infection des Fötus in der Weise stattgefunden hat, wie v. DÜRING annimmt, ist zwar nicht zu entscheiden, doch ist es möglich.

Unbestreitbar hat mein Fall ziemlich grosse Ähnlichkeit mit dem von v. DÜRING beschriebenen, und es kann ja möglich sein, dass die Infection des Kindes in meinem Falle bei der Entbindung und in der Weise stattgefunden hat, wie v. DÜRING in seinem Falle annimmt.

Damit eine Infection des Fötus durch eine Placentarinfektion — dieselbe mag nun vor oder während der Entbindung stattfinden — geschehen könne, noch ehe die Syphilis der Mutter

constitutionell geworden ist, muss das Syphilisgift, hoc est die Syphilismikroben, unbedingt im Blute der Mutter schon vor der Entbindung circuliren. Nur in dieser Weise, scheint es mir, können solche Fälle wie v. DÜRINGS und meiner erklärt werden.

Aber wenn nur dieses richtig ist, so stellt sich eine Frage auf: sollte man nicht, wenn man eine solche Frau bei Zeiten, gleich nach der Entdeckung der Sklerose, behandelt, Aussicht haben, eine Menge der im ihrem Blute circulirenden Mikroben zu tödten und dadurch vielleicht ihre Überführung in den Fötus zu verhindern? Ich für meinen Theil bin der Ansicht, dass dieses nicht unmöglich ist.

Wenn wir nämlich sehen, dass das Quecksilber, unter welcher Form es auch dem Organismus mitgetheilt werden mag, so zu sagen jede beliebige Form des syphilitischen Krankheitsproductes allmählich zwingt zurückzugehen und zu verschwinden, so sind wir ja ziemlich berechtigt zu glauben, dass es das aborbirte, in das Blut gekommene Quecksilber ist, welches dieses dadurch herbeigeführt hat, dass es auf die Mikroben, die die betreffenden Krankheitsproducte verursachen, zerstörend und todtend einwirkt. Wir wissen, dass das Quecksilber, in welcher Weise es auch dem Organismus mitgetheilt werden mag, sich nicht nur im Blute nachweisen lässt, sondern sogar in sehr grosser Menge in ihm nachgewiesen wird. Ein solches quecksilberhaltiges Blut ist ja eine Art Quecksilber — vielleicht Sublimatlösung. Da nun mit diesem quecksilberhaltigen Blute Quecksilber in alle Theile des Körpers gelangt und in den Fötus in utero übergeht ja sogar in pathologischen Producten (Eiter, Ascitesflüssigkeit) transsudirt, so dürfte es ja dem Quecksilber möglich sein, überall seine deletäre Wirkung auf die Syphilismikroben auszuüben, gleichviel an welcher Stelle im Organismus sie sich befinden.

Dadurch, dass nun in solchen Fällen wie meiner Quecksilber schnell und kräftig vor der Entbindung (gleich nach der Entdeckung der Sklerose) in der Körper der Mutter gebracht worden wäre, hätten wir ja, da sich bei der Behandlung mit Hg Quecksilber bekanntlich in grosser Menge im Blute findet, ganz sicher die Möglichkeit gehabt, schädlich auf die in demselben circulirenden Syphilismikroben einzuwirken, und vielleicht hätten wir dann ihre Verbreitung in die Placenta und

ihren Übergang in den Fötus verhindern können, gleichwie es uns vielleicht auch möglich gewesen wäre, die Verbreitung der syphilitischen Mikroben im Körper der Mutter einzuschränken.

Diese ist wenigstens meine Ansicht, und ich für meinen Theil würde, wenn ich in solchen Fällen die Sklerose bei der Mutter bei Zeiten hätte diagnostisiren können, nicht gezögert haben, die Mutter in der obengenannten Absicht einer Hg-Behandlung zu unterwerfen, von der ich weiss, dass Quecksilber schnell und kräftig absorhirt wird.

Sollten wir nicht aus dem obigen Raisonement die Consequenzen ziehen, dass in jedem Falle von Syphilis mit der Behandlung mit Quecksilber zu beginnen sei, noch ehe sich constitutionelle Symptome eingestellt haben? Dieses ist auch meine Ansicht, und wenn auch von einigen Seiten Anmerkungen gegen diese Art des Zuwegegehens gemacht worden sind, so habe ich gleichwohl in Übereinstimmung mit dieser meiner Ansicht seit einer Reihe von Jahren, sofort mit der Hg-Behandlung begonnen, wenn ich die Diagnose mit *voller Sicherheit* auf Sklerosis stellen konnte. Ich habe *keinen* Fall gesehen, wo ich den geringsten Grund gehabt hätte anzunehmen, dass diese zeitige Behandlung in irgend welcher Hinsicht schädlich gewesen sei, wohl aber habe ich in einer Menge von Fällen geglaubt, Ursache zu der Annahme zu haben, dass eine solche zeitige Behandlung mit Hg (mit nachfolgender kräftiger, intermittenter Behandlung) den Verlauf der syphilitischen Krankheit gemildert hat.

Ich kann nicht einsehen, weshalb wir bei dieser Krankheit im Streite mit der Auffassung handeln sollen, von der wir uns bei allen den anderen Bacterienkrankheiten leiten lassen, nämlich dass es das Beste ist, die Bacterien so bald wie möglich, am liebsten noch ehe sie sich im Organismus verbreitet haben, zu tödten zu versuchen.



Nordisk medicinsk litteratur från 1895.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: OLOF HAMMARSTEN: Några ord om olikheterna mellan kvinnomjolk och komjolk.
— OLOF HAMMARSTEN: Om pentosuri.

OLOF HAMMARSTEN: **Några ord om olikheterna mellan kvinnomjolk och komjolk.** Upsala läkareför. förhandl., bd 30, s. 407.

En mångsidig och på samma gång koncist affattad öfversikt af, hvad man hittills känner angående de viktigaste olikheterna mellan kvinno- och komjolk, hvilken, såsom framhållande de förnämsta synpunkterna, hvilka böra beaktas för att af komjolk kunna framställa en kvinnomjölken så vidt möjligt är liknande dibarnsföda, är väl värd att uppmärksammas af hvarje läkare. Se originalet.

C. Th. M—r.

OLOF HAMMARSTEN: **Om pentosuri.** Öfversikt af Upsala läkareför. förhandl., ny följd, bd 1, s. 62.

Framhåller pentosernas genom nyare undersökningar af SALKOWSKI, KÜLZ och VOGEL samt af förf. ådagalagda mera allmänna förekomst inom djurriket samt lemnar bl. a. anvisningar om sättet att påvisa pentoser i diabetisk urin, d. v. s. vid samtidig närvaro af dextros i större mängd.

C. Th. M—r.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

E. A. HOMÉN: Bidrag till kännedomen om ryggmärgsabscesserna. — R. SIEVERS: Fall af ruptura cordis. — R. SIEVERS: Två fall af ruptur af aorta inåt perikardialhålan. — R. SIEVERS: Blödning inåt magsäcken ur en i den sammas vägg förlöpande, ateromatöst degenererad arter. — AXEL WALLGREN: Ett fall af trombos af vena cava inferior. — R. SIEVERS: Malign, diffus nybildning i digestionsapparaten hos en 24-årig man. — R. SIEVERS: Fall af pancreatitis gangrenosa acuta. — P. HERTZ: Om det såkaldte myxoma eller pseudomyxoma peritonæi.

E. A. HOMÉN: **Bidrag till kännedomen om ryggmärgsabscesserna.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 353.

Fallet gälde en 56-årig man, som d. 24 april 1893 började lida af häftiga smärtor i benen, korsryggen, bröstet och skuldrorna, hvilka dock ej förhindrade pat. att vara i rörelse. D. 26 om aftonen blef vänstra benet plötsligt förlamadt och känslolöst samt påföljande dag högra benet, hvarjämte defekationsstörrelser och svårighet att urinera inträdde. Fullständig anestesi å nedre extremiteterna samt bålen fram till ända upp till ungefär 4:de refbenet samt baktill några tvärfinger högre upp. Pat. afled d. 2 maj s. å.

Vid obduktionen anträffades i ryggmärgen en abscess, sträckande sig från 4:de cervikalsegmentet ända ned till 6:te dorsalsegmentet, med ett tämligen fullständigt afbrott endast i 8:de cervikalsegmentet, intog i allmänhet de bakre delarna samt vann sin största utsträckning i 4:de dorsalsegmentet, hvarest den, såsom den mikroskopiska undersökningen sedan ådagalade, nästan fullständigt afbröt banorna i vänstra sidosträngen, delvis äfven i högra. Ryggmärgshinnorna voro intakta, så när som på en lätt infiltration af pian och arachnoidean å de begränsade ställen, hvarest den variga infiltrationen i ryggmärgen stötte omedelbart till periferin eller mycket närmade sig den samma. I midten af vänstra 2:dra frontalvindeln tätt under ytan en något större än ärtstor varhärd. Två lika stora varhärddar tätt under corticalis i vänstra parietalloben, samt en mängd liknande smärre varhärddar djupare inne i hvita substansen af både högra och vänstra hemisferen. Därjämte fans en kronisk, varig bronkit, en vänstersidig bronkopneumonisk härd, och i vänstra lungan tvänne bronkiektatiska håligheter med tjockt varigt innehåll.

Hr H. har underkastat ryggmärgen en noggran mikroskopisk undersökning och lemnar en detaljerad beskrifning af resultatet af den samma, hvarjämte fallet belyses genom en plansch af en tvärsnitt af ryggmärgen.

L. W. Fagerlund.

R. SIEVERS: **Fall af ruptura cordis.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 587.

En 73-årig man, som icke haft lues men väl missbrukat spirituosa, afled plötsligt omedelbart efter intagande af en stor portion korngrynsgröt. Vid obduktionen påträffades pericardium starkt utspändt

af mörka blodkoagula, hjärtat slapt, hopfallet; å vänstra ventrikeln vägg finnes i närheten af spetsen en i hjärtats längdriktning gående ruptur, omkring 3 cm. lång med snedt genom muskulaturen gående, oregelbundet förlopp; rupturen öppen för tvänne finger. Hjärtat är något fettbelagdt med obetydligt skäckig muskulatur. Bägge koronarartererna, särskildt den till den rupturerade väggen gående, ganska starkt skleroserade. Valvler friska. Artererna på hjärnans bas samt aorta thoracica skleroserade.

R. Sievers.

R. SIEVERS: Två fall af ruptur af aorta inåt perikardialhålan. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 588.

En 64-årig man, som ikke haft lues eller missbrukat alkohol, afled plötsligt omedelbart efter begagnandet af klosetten. Vid obduktionen påträffades pericardium utspänd af koagulerad blod; hjärtkamrarna starkt kontraherade, blodtomma; valvler friska. Nedersta delen af aorta måttligt dilaterad, starkt skleroserad, och tätt invid högra hjärtörat i den inom perikardialhålan belägna delen af aorta en för ett finger passerbar ruptur af dess vägg. Hela aorta samt kärnen på hjärnans bas starkt skleroserade.

Hos en 67-årig kvinna hade ett, aorta ascendens intagande, barnhufvudstort aneurysma Brustit inåt perikardialhålan, ungefär 2 cm. ofvanom aortas afgang från hjärtat; bristningen öppen för ett finger. Å patientens ansikte anträffades ärr och sårnader, som antogos vara af luetisk natur. Blodkärnen voro något sklerotiska.

R. Sievers.

R. SIEVERS: Blödning inåt magsäcken ur en i den sammans vägg för-löpande, ateromatöst degenererad arter. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 652.

Hos en 77-årig kvinna, som aflidit i följd af en blödning i vänstra linskärnen, befans magsäcken vara utspänd af rikliga, mörka blodkoagula och i hela tarmkanalen likaledes rikligt blod. På midten af magsäckens bakre vägg syntes på dess insida en ateromatöst degenererad, lederad liten arter, med det rupturerade stället tilltäpt af en lätt lossnande tromb.

R. Sievers.

AXEL WALLGREN: Ett fall af trombos af vena cava inferior. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 364.

Tromben, som anträffades hos en 35 år gammal man, sträcker sig genom vena cava inferior i hela dess utsträckning, börjande ofvan lefvervenernas inmynningsställe och fortsätter sig i venæ iliacæ och femorales, hvardera renalis samt hepaticæ, af hvilka den fullkomligt tillsluter den från högra lefverloben kommande hufvudstammen, men endast delvis den från vänstra loben kommande. Inåt lefveren sträcker sig tromben in i grenar af medelvidd, medan de finare äro fria. Från den närmaste omgifningen af vena cava's öfversta del sträcker sig en tämligen tjock, svällik bildning mellan högra lefverloben och diaphragma, fast sammanlödande dessa vid hvarandra. Svålen fortsättes åt sidan ett

stycke inpå och öfvergår sedermera i den för öfrigt normala leverkapseln. — W. har underkastat tromben och kärlen en noggran mikroskopisk undersökning och lemnar en detaljerad redogörelse för denna undersökning, som dessutom belyses af en tafla.

L. W. Fagerlund.

R. SIEVERS: **Malign, diffus nybildning i digestionsapparaten hos en 24-årig man.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 708.

Pat., som icke missbrukat alkohol eller haft lucas, afed under symptom af höggradig anemi och allmän svaghet, och erbjöd under lifvet föga symptom från digestionskanalen. Ventrikeln var betydligt förminskad, dess slemhinna, makroskopiskt sedt, öfver hufvud taget normal, muskellagret däremot diffust förtjockadt, skirröst indureradt, särskildt trakten af cardia, som endast var tillgänglig för ett lillfinger. Ventrikelns curvatura major var genom svåliga strängar fästad vid colon transversum, mesenteriet delvis förtjockadt och svåligt. Å tunn-tarmarnas väggar sågos linsstora fasta knutar, och vid mikroskopisk undersökning af några måttligt ausvålda retroperitoneala körtlar anträffades uti de samma stora celler af växlande form med tydliga kärnar.

R. Sievers.

R. SIEVERS: **Fall af pancreatitis gangrenosa acuta.** Från Maria sjukhus i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 607.

En 31-årig, korpulent urmakaregesäll, som lefvat vid tiden för insjuknandet något oordentligt, och som icke stått främmande för användning af starka drycker, insjuknade plötsligt med uppkastningar och uppösnung af buken, med åtföljande plågsam känsla af fylnad under bröstet. Han hade oupphörliga kräkningar och stark meteorism, de första dagarna förstoppning, sedermera talrika, lösa, slemförande uttömningar. Ingen ömhet vid palpation af buken; vid perkussion af bukens vänstra hälft lindrig dämpning. Temp. når om kvällarna icke upp till 38°, om morgnarna är den samma under 37° C. Puls liten, regelbunden, 100 slag. Pat. är något ikterisk och förefaller oaktadt sitt svåra tillstånd synnerligen belåten. Kräkningarna, diarréet och meteorismen fortforo, och pat. afed efter 17 dagars sjukdom under symptom af septikemi.

Vid obduktionen påträffades öfveralt å fettet i bukhålan, på omentet, mesenterium, appendices epiploicæ, njurkapseln m. fl. ställen talrika lins- till ärtstora, gulhvita fläckar, hvilka gifva fettväfven i bukhålan ett skäckigt utseende. Vid genomsnitt visa sig dessa gulhvita bildningar bestå af en homogen detritusmassa. Omedelbart invid de samma synas på många ställen hemorragiska infiltrationer. I bukhålan förefinnas, särskildt i vänstra hälften, från diaphragma ända ned till symfyen stora massor koaguleradt, chokoladfärgadt blod, öfverdragna med det af gula fläckar fullströdda mesenteriet. Pancreas är lös och slapp samt består nästan endast af lösa trasor och slamsor, omgifna af mörkfärgade, half-fasta blodmassor.

Förf. antager, att ett i matsmältningskanalen inkommet, obekant gift framkallat en tillstoppning af pancreas' utförsång, en sekretstas

och ett gangrenöst sönderfall af denna körtel, samt därpå, i följd af den i bukhålan inkomna pankreassaftens frätande verkan, fettnekros och blödningar inom peritonealkaviteten.

R. Sievers.

P. HERTZ: **Om det såkaldte myxoma eller pseudomyxoma peritonæi.** Hosp.-Tideude, R. 4, Bd 3, S. 1042, 1059. *Med Diskussion.* Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1894—95, S. 77.

Forf. meddeler et Tilfælde af myxoma peritonæi hos en 75-årig Mand. Efter den histologiske Undersøgelse antager han Lidelsen for en endoteliomatös Proces i peritonæum med Tilbøjelighed til Kystdannelse og Afsætning af myxomatöst Exsudat.

Under Diskussionen udtalte Dr. LEOP. MEYER Tvivl om, hvor vidt de cellulære Elementer, som fandtes i Svulsten, — navnlig Cylinder- og Bågerceller, — kunde stamme fra Endotelier.

S. Borch.

Speciel patologi och terapi: E. A. HOMÉN: Fall af korsad analgesi och termanestesi, beroende på lues. — H. HOLSTI: Akut lungödem vid hjärtlidande, behandladt med venesektion. — E. G. JOHNSON: Likformig dilatation af oesophagus, beroende på en under lifvet befintlig striktur i cardia, sannolikt af nervöst ursprung. — F. J. PÄTIÄLÄ: Beiträge zur Aetiologie und dem Krankheitsbilde der Hyperchlorhydrie und Hypersekretion. — HALK: Om akut sekundär hepatitis og perihepatitis. — THURE HELLSTRÖM: Om diagnosticerandet af difteri. — THURE HELLSTRÖM: Difteristatistik från Stockholms nya epidemisjukhus 1894. — O. F. HÄSTESKO: Elfva fall af difteri, behandlade med antidifteriserum. — BRUUN: Serumterapiens Resultater på Epidemisygehuset i Esbjerg. — H. HOLSTI: Ett fall af septisk peritonit med gynsam utgång. — SAUGMAN: Om Forholdsregler mod Tuberkulose og særlig om Sanatorier for brystsyge. — O. TORSTENSSON: Några nyare medel mot den basillära ftisen. — HJ. SELLDÉN: Behandlingen af alkoholister och morfinister enligt KEELEY-metoden. — LANGGAARD: Et mistænkeligt Sygdomstilfælde. — H. HOLSTI: Fall af cholera nostras med anuri och akut nefrit. — R. SIEVERS och AXEL VON BONSDORFF: Balantidium coli, megastoma entericum och bothriocephalus latus hos samma person.

E. A. HOMÉN: **Fall af korsad analgesi och termanestesi, beroende på lues.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 702.

Forf. meddelar utförlig sjukdomsbeskrifning öfver fallet, som han antager bero på meningitiska processer å basen af hjärnan äfvensom en meningo-myelitisk affektion i länddelen af ryggmärgen; den korsade sensibilitetsstörelsen anser han vara betingad af någon härd i pons, antagligen beroende på någon endarteritisk process af motsvarande kärl.

R. Sievers.

H. HOLSTI: **Akut lungödem vid hjärtlidande, behandladt med venesektion.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 638.

En 30-årig man, som led af aortavalvel-insufficiens med stark hjärthypertrofi, inhemtades till med. kliniken i nästan döende tillstånd:

stark cyanos, ödem, ytlig, påskyndad respiration med retsam hosta och rikliga, skummiga, tunnflytande, blodblandade sputa; puls oregelbunden 120—130 slag. Öfver hvardera lungan rikliga, mjuka, något förstärkta rassel. Pat. kan ej ligga, sitter med nedböjdt hufvud, förmår ej tala, stark andnöd. Efter uttappande af 500 cm³ blod från vanligt ställe i vänstra armbågsvecket inträdde en märkbar förbättring, respirationen försiggick lättare, och rasslen i lungorna aftogo. Pat. repade sig om några dagar och utskrefs i skäligen godt tillstånd efter 16 dagar. Förf. anser, att den plötsliga vändningen till det bättre var förorsakad af åderlåtningen.

R. Sievers.

E. G. JOHNSON: **Likformig dilatation af oesophagus, beroende på en under lifvet befintlig striktur i cardia, sannolikt af nervöst ursprung.** Hygiea 1895, II, s. 373.

Tvänne fall meddelas.

Fall 1 var en 31-årig prestman, orsaken möjligen andlig och kroppslig öfvaransträngning. Födan stannade i strupen och kom ofta upp oförändrad, svårigheten att svälja var större vid inverkan af psykiska irritament. Med sond kändes tydlig striktur, men denna kunde med lätthet passeras. Det i matstrupen kvarstannande innehållet visade sig vid kemisk undersökning ej hafva varit i beröring med magslemhinnan. Genom sondering, elektrisk behandling och dietiska föreskrifter förbättrades patienten.

Fall 2, 62-årig man, som i sitt 32:dra år fick svårighet att få ned maten. Ibland kom födan upp alldeles oförändrad dagen efter dess intagande. Med vatten gick födan lättare ned i magen. Efter ett 10-tal år bättre, kunde dock aldrig svälja obehindradt. 1891 tvänne gånger blodkräkning — sond kunde ej föras ned i ventrikeln på grund af smärtor. Pat. afled 1892. Vid obduktionen var matstrupen likformigt utvidgad, hopträngdes strax ofvan cardia till ungefär normal vidd. 5 cm. ofvan cardia fanns en cancerös ulceration med metastas i en närliggande lymfkörtel.

Orsaken till att dylika dilatationer kunna uppstå, anser förf. i öfverensstämmelse med MELTZER bero därpå, att den förslappande kraften i cardia, som hufvudsakligen utgår från det centrala nervsystemet, är minskad eller upphäfd.

Edgren.

F. J. PÄTIÄLÄ: **Beiträge zur Aetiologie und dem Krankheitsbilde der Hyperchlorhydrie und Hypersekretion.** Akademische Abhandlung. Helsingfors 1895.

Med stöd af 45 sjukdomsbeskrifningar från medicinska kliniken poliklinik och 5 från dess stationära afdelning söker förf. visa, att det viktigaste etiologiska momentet för hyperklorhydri och hypersekretion inom arbetareklassen är »eine traumatische Verletzung des sekretorischen Nervenapparats, die von einem übermässig gesteigerten intraabdominalen Druck hervorgerufen ist». Förf. antager, att plexus och ganglion celiacum vid tungt arbete, lyftande och dylikt, af bukpressen kompri-

meras mot aorta, ryggraden, vänstra lefverloben och diaphragma, och uppställer såsom sannolik hypotesen, »dass es plexus und ganglion cæliacum sind, welche, durch die von einer zu starken Bauchpresse bewirkten Compression gereizt, eine gesteigerte Absonderung von Magensaft in dem Ventrikel hervorrufen».

R. Sievers.

HALK: Om akut sekundär hepatitis og perihepatitis. Ugeskr. f. Læger R. 5, Bd 2, S. 933, 957, 983.

Forf. har iagttaget et Par Tilfælde af ovennævnte Lidelse og giver i den Anledning en indgående Drøftelse af Sygdommens Oprindelse o. s. v., støttende sig foruden til Literaturen, til Obduktioner, foretagne på Alm. Hospital, hvis Detaljer ere meddelte i en Afhandling i Bibl. for Læger 1893. — Sygdommen er næsten dobbelt så hyppig hos Kvinder som hos Mænd; Forf. fandt den i alt 31 Gange ved 414 Obduktioner af Patienter over 50 År. I 10 Tilfælde var Betændelsen frisk; 2 Gange optrådte den sammen med krupøs, 8 Gange sammen med kataralisk Lungebetændelse, til Dels ledsaget af frisk fibrinøs pleuritis. I alle 10 Tilfælde var Leveren forstørret, der var hyppigt frisk Miltsvulst, i et Par Tilfælde endocarditis verrucosa, og efter Forfatterens Mening gör Sygdommen i det hele Indtrykket af at skyldes en Infektion. I de 21 Tilfælde af perihepatitis af ældre Oprindelse fandtes denne sammen med Levercirrose (2) eller Tuberkulose (5); 2 Gange fandtes perihepatitis ved septikämiske Tilstande. I de resterende Tilfælde var Åtiologien ganske uklar; i intet Tilfælde havde *ulcus ventriculi* fremkaldt perihepatitis.

Det på St. Josephshospitalet iagttagne letale Tilfælde forekom hos en 9 Års Dreng, der indlagdes med akut kapillär bronchitis og kataraliske Pnevmonier; senere opstod Smerte og Ömhed i cardia og Leverregionen, samtidig med Kvalme og Bräkning; Leverens volumen förögedes, der opstod Miltsvulst og en hämorrhagisk Diatese, senere ascites og Ödemer. Feberen antog efterhånden en remitterende Karakter. Ved Obduktionen fandtes Svulst af Lever og Milt, perihepatitis og en begränsat fibrinös pleuritis. Perikardiets Blade vare sammenvoxede, Hjärtet hypertrofisk, dilateret og med Fedtdegeneration af Muskulaturen, desuden ulcerös valvulär endocarditis.

Det andet refererede Tilfælde opstod hos en Kvinde 3 Uger efter partus, karakteriseredes ved Bräkning, Smerte og Ömhed i Leveregnen, Leversvulst, Feber o. s. v., men endte med Helbredelse.

F. Levison.

THURE HELLSTÖM: Om diagnosticerandet af difteri. Hygiea 1895, II, s. 240.

Förf. framhåller, att den kliniska bilden af en svalgaffektion i en mycket stor del fall ensam ingalunda är tillräcklig för ställandet af en bestämd och framför alt tidig diagnos. Af 1,881 patienter, som inkommo på epidemisjukhuset, visade 1,304 eller 69,32 % LÖFFLERS baciller, 577 eller 30,68 % voro fria från difteribaciller, hvarföre på dem ställes diagnosen *angina*, och de kunde snart utskrifvas. Ingen af

dessa senare kunde påvisas hafva meddelat smitta. Äfven hos till utseendet fullt friska personer kunde mycket ofta difteribaciller påvisas, särskildt vid en epidemi vid Svea lifgarde var detta händelsen: af 786 undersökta gaf den bakteriologiska undersökningen positift resultat i 151 fall, d. v. s. i 19,25 % af de undersökta. Att man härvid hade att göra med en verklig difteri bevisades af utförda virulensförsök och genom följsjukdomar: albuminuri ackommodations pares, samt därigenom att smitta från dessa i öfrigt fullt friska personer ett par gånger verkligen meddelades.

Regelbundna undersökningar vid scarlatina hafva utförts på epidemisjukhuset: bland 664 scarlatinapatienter hafva endast 13, d. v. s. 1,95 %, företett LÖFFLERSka baciller, hvarföre på dessa diagnosen scarlatina + difteri ställdes. Den flegmonösa anginan, stomatitis ulcerosa och stomatitis aphtosa företedde aldrig difteribaciller. Insjuknandet i verklig difteri flere gånger torde vara sällsynt, endast 3 patienter hafva 2 gånger varit intagna för bakteriologiskt konstaterad difteri. Den bakteriologiska undersökningen är af stort värde för att bestämma arten af krup; den icke difteritiska är godartad, dock kan trakeotomi nödvändiggöras. Vid scarlatina iaktogs 17 gånger krup, alla på difteritisk bas.

Af stort värde är den bakteriologiska metoden för att upptäcka en smittokälla, hvilket påstående illustreras genom några intressanta fall. En familj, hos hvilken ett difterifall förekommit, kan besparas mycket obehag vid senare uppträdande vanliga anginor, om undersökningen på baciller ger negativt resultat. Likaledes är det nödvändigt för bedömandet af en behandlingsmetods resultat, att diagnosen varit säker. Difteribacillerna kunna länge kvarstå i svalget, och så länge bör pat. kvarhållas på sjukhuset, en regel som förf. alltid följer; undantag, som han gjort ett par gånger, visade faran, alldenstund smitta verkligen meddelades. Ett par gånger har händt, att patienter, som vid utskrifningen förklarats bacillfria, vid en senare undersökning visat sig fortfarande hafva baciller, och att genom dem smitta blifvit spridd.

Edgren.

THURE HELLSTRÖM: Difteristatistik från Stockholms nya epidemisjukhus 1894. Hygiea 1895. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 69.

I alla fall af difteri var diagnosen ställd på grund af bakteriologisk undersökning, alla på sjukhuset inkomna patienter äfven sådana, som genast affidit, medräknas. Under 1894 inkommo 624 difteripatienter, af dessa afledo 163; dödsprocenten 26,12. Under de olika kvartalen var dödsprocenten 38,5, 25,5, 23,7 och 20,2. Barn under 10 år 446 med 33,8 % dödsfall; under de olika kvartalen var dödsprocenten 45,1, 35,0, 31,3 och 27,8. De difteritiska anginorna (utan krup) 477, döda 82, dödsprocent 17,19; under de olika kvartalen 32,8, 23,6, 14,2 och 5,8; för barn under 10 år motsvarande tal 38,3, 34,7, 20,3 och 9,0. 147 fall hade äfven krup, af dessa afledo 81 = 55,1 %. Under de olika kvartalen dödsprocenten 64,2, 35,7, 55,5 och 55,1; 144 fall voro barn under 10 år, dödsprocenten för de olika kvartalen 66,6, 35,7, 55,5 och 55,2.

Behandlingen var den vanliga, först mot årets slut kunde 4 patienter behandlas med det nya difterimedlet. Särskildt påpekas den kolossala sänkningen i dödsprocenten bland de difteritiska anginorna från 32,8 under första kvartalet till 5,8 under det sista, utan någon ändring i behandlingen.

Edgren.

O. F. HÄSTESKO: **Elfva fall af difteri, behandlade med antidifteri-serum.** Från Maria sjukhus i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 424.

Af de 11 fallen tillfrisknade 7 och dogo 4, en mortalitet af 36,4 %. Endast i 3 af fallen hade bakteriologisk undersökning blifvit verkställd. Endast i 6 af fallen föreligga sjukdomsbeskrifningar; några betraktelser eller uttalanden om metoden finnas icke.

R. Sievers.

BRUUN: **Serumterapiens Resultater på Epidemisyghuset i Esbjerg.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 486.

I Januar Måned døde af 17 Difteripatienter 6; Forf. gik da over til Behandling med Seruminjektioner, idet han dog fortsatte sin tilvante desinficerende Lokalbehandling o. s. v. I alle Tilfælde kontrolleredes Diagnosen ved Podning på serum. Forf. har et meget gunstigt Indtryk af Behandlingen. — Feberen faldt, Beläggningerne afstødtes hurtigt, og af 73 med Seruminjektion behandlede Patienter døde kun 3. Som särskildt interessant kan fremhæves et Tilfælde af difteritisk Beläggning på umbilicus hos et 3 Uger gammelt Barn, i hvis Hjem en Söster for 10 Dage siden var död af Difteri; efter Injektion af 10 Kem. Pasteur-Serum afstødtes Beläggningerne, og Barnet kom sig.

F. Levison.

H. HOLSTI: **Ett fall af septisk peritonit med gynsam utgång.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 640.

Förf. redogör för en diffus, allmän peritonit, utgången sannolikt från processus vermiformis, hvilken gick till hälsa oaktadt på 6:te dagen symptom af septisk infektion — indolens, ingen smärta vid djupare palpation af buken, häftiga delirier — uppträdde.

R. Sievers.

SAUGMAN: **Om Forholdsregler mod Tuberkulose og særlig om Sanatorier for brystsyge.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 837, 861. (Også udgivet som Särtryk.)

Efter en Oversigt over Tuberkulosepørgsmålets Standpunkt og særlig over de Foranstaltninger, som i andre Lande ere trufne for at sikre brystsyge Behandling i særlige Hospitaler, stilles et nærmere begrundet Forslag til foreløbig at rejse et Sanatorium for betalende brystsyge ved Fakkegrav på Nordsiden af Vejle Fjord. Planen anslås til at ville koste 250 000 Kr. foruden Grunden; for at Anstalten skal kunne forrente sig må Prisen for Opholdet blive 5 til 6 Kr. daglig.

Når Foretagendet lykkes, antages der let at kunne skaffes yderligere Midler til Oprettelse af et Folkesanatorium for ubemidlede.

Ax. Ulrik.

O. TORSTENSSON: **Några nyare medel mot den basillära ftisen.** Eira 1895, s. 439—539. (Föredrag vid 7:de allmänna Svenska läkaremötet.)

Förf. har behandlat 39 lungotspatienter med baccherin (i en särskild vätska uppslammade jästceller) — resultatet har varit gynsamt. Vidare omnämnas guayakolkarbonatet, kreosotkarbonatet, kreosotvasogen och kanelsyran.

Edgren.

HJ. SELLDÉN: **Behandlingen af alkoholister och morfinister enligt Keeley-metoden.** Eira 1895, s. 503.

Förf. har försökt KEELEY-metoden på i alt 19 patienter: 1 morfinist, 1 opiofag, 1 nikotinst och 16 alkoholister. 2 alkoholister afvisades efter några veckors kur, enär de ej skötte sig efter föreskrift. Metoden anses bättre än strykuinjektioner, kallvattenbehandling, hypnotism, våldsamt inspärning m. m.

Edgren.

LANGGAARD: **Et mistänkeligt Sygdomstilfælde.** Hosp.-Tidende, R, 4, Bd 3, s. 969.

Forf. beskriver et letalt koleralignende Sygdomstilfælde hos en Arbejdsmand, der havde været beskäftiget ved Losningen af en Damper. Ved den i Köbenhavns bakteriologiske Institut foretagne, meget omhyggelige Undersøgelse konstateredes det, at fæces ikke indeholdt Kolera-spiriller, men en kort, lige Stavbakterie, der lignede bacterium coli commune, men dog ikke var denne.

F. Levison.

H. HOLST: **Fall af cholera nostras med anuri och akut nefrit.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 652.

Fallet är anmärkningsvärdt för de höggradiga men hastigt öfvergående störelserna uti urinsekretionen. Från torsdag afton till lördag morgon hade pat. als icke kastat någon urin, och vid kateterisering erhöles då blott 5 cm³ mörkfärgad, grumlig, starkt ägghvitehaltig urin. En nästan fullständig anuri bestod sålunda i 36 timmar. Efter denna minskade afsöndring inträdde sedan en stark polyuri, uppgående till öfver 4 liter i dygnet. Den starka ägghvitehalten och de öfriga tecknen af akut nefrit (rikligt cylindrar, hvita och röda blodkroppar i urinen) försvunno äfven mycket hastigt. Redan efter 2 dygn var albuminhalten betydligt förminskad, och efter 3 dygn voro alla symptom af nefrit förbi. Förf. framhåller den snabba verkan af morfininjektioner mot de häftiga kräkningarna, som genast upphörde.

R. Sievers.

R. SIEVERS och AXEL VON BONSDORFF: **Balantidium coli, megastoma entericum och bothriocephalus latus hos samma person.** Från Maria sjukhus i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 403.

Efter ett omnämmande af att 5 fall af balantidium coli hittills blifvit påträffade i Finland, men icke tidigare något fall af megastoma entericum, redogör förf. för ett fall af pernicios anemi hos en 19-årig trädgårdslärling, som hade ofvan nämnda alla 3 parasiter i sin tarmkanal. Efter afdrifvande på öfligt sätt af bothriocephalus latus inträdde en betydlig förbättring af patientens tillstånd; när diarréet dock fortfor och talrika balantidier och megastoma visade sig i afföringarna behandlades pat. med dagliga kininlavemang (15,00 sulph. chinic. på 1500,00 vatten) sedan tarmen kort förut blifvit rensad med ett emsersaltlavemang (15,00 emsersalt på 1500,00 vatten). Jämte kinin i lavemang erhöill pat. invärtes pulv. cort. chinæ, 0,50, 6 gånger dagligen i keratinerade kapslar. Efter 3 veckors behandling upphörde diarréet, och pat., som blifvit fet och frodig, ansåg sig fullkomligt återställd. Vid noggran mikroskopisk undersökning anträffades dock fortfarande i slemflockar i afföringarna enstaka balantidier. Förf. framhåller, att balantidierna kunna, då de förekomma i rikligare mängd, underhålla en tarmkatarr, samt att en patient med sparsamma sådana i sin tarmkanal icke behöfver erbjuda något sjukdomssymptom. — På förekomsten af megastoma entericum utöfvade kininbehandlingen icke något inflytande; dessa parasiter uppträdde på samma sätt och i lika stort antal så väl vid behandlingens början som vid dess slut. Förf. anse sig icke kunna säga, om dessa intestinaldjur haft någon inverkan på pat:s sjukdomstillstånd. Antagligt är, att de samma funnit en trefsam jordmon i den af de andra parasiterna störda slemhinnan.

R. Sievers.

Kirurgi och oftalmiatrik: JOHAN WIDMARK: Om kokain och desinfektion af ögat vid starroperationer. — ALI KROGIUS: Om operativ behandling af tumörer i fovea media cranii. — KR. POULSEN: Et Tilfælde af purulent Sinustrombose efter kronisk otitis media. Åbning af sinus; Helbredelse. — M. W. AF SCHULTÉN: Sällsynt fall af retrofaryngealt sårkom. — M. W. AF SCHULTÉN: Bidrag till bukhållans kirurgi. I. — KAROLINA ESKELIN: Studier öfver tarminvagination. — EDV. VON WEYMORN: Fall af tarmvred, två gånger operatift behandladt hos samma person; hälsa. Kasuistiska meddelanden från länssjukhuset i Viborg. — HJ. VON BONSDORFF: Fall af recidiverande appendicit, behandlade med extirpation af appendix under fri mellantid. — OTTO ENGSTRÖM: Recidiverande appendiciter, behandlade med extirpation af appendix under fri mellantid. — JOHAN NICOLAYSEN: Studier over Åtiologien og Patologien af ileus i Tilslutning til 30 behandlede Tilfælde. — C. D. JOSEPHSON och ARTUR VESTBERG: Om retroperitoneala fettsvulster. — M. SALIN: Myxom i omentum majus med abscessbildning och perforation i colon transversum. — G. HEINRICIUS: Njurtuberkulos; nefrotomi; nefrektomi. — O. MICHAELSSON: Två fall af prostatahypertrofi behandlade med kastration. — F. BAUER: Om coxa vara. — HJ. VON BONSDORFF: Bidrag till frågan om operativ behandling af invetererad brott af lårbenshalsen. — ANDERS WIDE: Handbok i medicinsk gymnastik.

JOHAN WIDMARK: Om kokain och desinfektion af ögat vid starroperationer. Hygiea 1895, II, s. 189.

I inledningen lemnas en kort historik öfver ögonantiseptikens utveckling. Därpå afhandlas de efter starroperationen uppträdande, permanenta hornhinnegrumlingarna. Af dessa särskiljas tvänne former: den ena beroende hufvudsakligen på en lesion af hornhinnans endotel genom i främre kammaren inträngande sköljvätska, den andra på en försenad tillslutning af främre kammaren, orsakad af en genom kokainets inverkan störd såråkning. Tre fall af permanent hornhinnegrumling meddelas från Serafimerlasarettets ögonklinik. Därjämte lemnas en kort framställning af de försiktighetsmått, hvilka böra vidtagas för att undvika sådana grumlingar.

I nästa afdelning redogör förf. för de experimentela undersökningar, som på senaste tiden blifvit gjorda om desinfektion af ögat samt om tårvätskans antibakteriela egenskaper. Slutligen lemnas en öfversikt öfver resultatet af starrextraktionerna å Serafimerlasarettet under åren 1859 till d. 1/7 1895, samt öfver det sätt hvarpå ögonantiseptiken tillämpats därstädes under de senaste 3 åren.

Widmark.

ALI KROGIUS: Om operativ behandling af tumörer i fovea media cranii. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 386.

Förf. redogör för följande i diagnostiskt och operatift häseende synnerligen intressanta fall:

En 34-årig kvinna hade sedan nov. 1892 lidit af intensiv värk i vänstra sidan af ansiktet. I febr. 1893 tillkommo lätt vänstersidig

ptosis samt myosis, senare på våren märktes anestesi i vänstra ansikts-hälften. I juli samma år inträdde abducensförlamning på vänstra ögat, i sept. konstaterades en förträngning af tuba Eustachii sin. genom en, naso-faryngealkaviteten frambuktande tumör. Trigeminusneuralgin tilltog ständigt i intensitet i synnerhet senaste tid. Då pat. tidigare blifvit behandlad med en långvarig antiluetisk kur, gjorde förf. diagnos af en tumör i fovea media cranii på vänstra sidan, som perforerat kraniets ben och invuxit i naso-faryngealkaviteten, på grund af abducens och sympaticusförlamningen, sammanställda med neuralgin och anestesi i trigeminus' alla grenar. D. 6 april 1895 gjordes en operation, som afsåg att, om ock ej en fullständig exstirpation af svulsten kunde ske, dock genom aflägsnandet af gangl. Gasserii befria pat. från hennes olidliga plågor. Fossa temporalis i dess nedre del, samt hela fossa infratemporalis ända till basen af proc. pterygoideus frilades enligt KRÖNLEINS tillvägagående för resektion af III. trigeminus' gren. En trepanationsöppning, omfattande $\frac{1}{3}$ af pars squamosa oss. temp., ala magna, nedåt och inåt sträckande sig ända till basen af proc. pterygoideus och foramen ovale, anlägges. Diagnosens riktighet besannas. Ur fovea media cranii uttogs en 4 cm. \times 2,4 cm. \times 2,6 cm. stor tumör. Pat. dog 13 dygn efter operationen i följd af hjärnprolaps och sekundär meningit.

Väl medveten om farligheten af det operativa ingreppet, anser förf. med rätta detta dock i fall som det föreliggande, i synnerhet om genom symptomens samstämmighet redan tidigare än här en rätt diagnos kan göras, fullt indicerad. För öfrigt hänvisas till den synnerligen fullständiga sjukhistorien i originaluppsatsen, till hvilken en orienterande afbildning af tumören och dess läge på basis cranii är fogad.

Hj. von Bonsdorff.

KR. POULSEN: Et Tilfælde af purulent Sinustrombose efter kronisk otitis media. Åbning af sinus. Helbredelse. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, s. 957.

15-årigt ungt Menneske, der i mauge År har haft Udflod fra venstre Öre. I Januar 95 kom der stærkere Udflod og Hovedsmerter, han febriciterede, hvorfor d. $15\frac{1}{2}$ Resektion af proc. mast. med Udtømmelse af pus. Der kom Kulderystelse og høj Feber, Svulst på venstre Side af Halsen. Sinus transv. frigøres og åbnes, den indeholdt en purulent Trombe, der fjærnedes; herved stærk Sinusblødning, hvorfor Tamponade med Jodoformgaze. Svulsten på Halsen langs v. jugularis tabte sig i de nærmeste Dage (periphlebitis); der kom flere Kulderystelser, og Temp. holdt sig høj; nogle Gange optrådte mindre udtalte Bursiter og Tenosyniter på Underextremiteterne; lidt efter lidt granulerede Såret dog til. En Månedes Tid efter Operationen kom der en Trombose af venstre v. jugularis; den svandt dog lidt efter lidt og forårsagede ingen videre Tilfælde.

I Epikrisen diskuterer Forf. Spørgsmålet, om Underbindingen af v. jugularis skal slutte sig til Sinusoperationen. Han mener, at den i de fleste Tilfælde er uden Betydning; af og til kan den måske gøre Skade ved at løsne Trombepartikler. I et ikke ringe Antal Tilfælde

yder Tromben på Halsen en Barriere mod den fremadskridende purulente Emollition, at sige da, når der skaffes Luft for det purulente focus, den purulente Sinustrombose.

I Tilslutning til denne Sygehistorie meddeles et andet Tilfælde, hvor der var Mistanke om en Sinustrombose; en Hud-Periost-Benlap sloges til Side; sinus punkteres; men da der kommer flydende Blod, tamponeres, Lappen lægges på sin Plads. Pat. blev bedre efter det operative Indgreb, som måske har hævet en tilstedeværende Spænding. Fuldständig Helbredelse.

Kr. Poulsen.

M. W. AF SCHULTÉN: **Sällsynt fall af retrofaryngealt sarkom.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 172.

Under förloppet af 12 år hade i bakre svalgväggen hos en 32-årig kvinna utvecklat sig en tumör, som, gåsäggstor, frambuktat högra farynxväggen, framträder på halsen under underkäksvinkeln, förorsakar andnings- och sväljbesvär. Efter föregående trakeotomi på grund af hotande asfyxi vid operationens början, uttages svulsten tämligen lätt ur ett snitt på halsen från käkvingeln nedåt.

Hj. von Bonsdorff.

M. W. AF SCHULTÉN: **Bidrag till bukhålans kirurgi. I.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 553.

Ett fall af volvulus flexuræ sigmoideæ, kompliceradt med striktur i colon ascendens; laparotomi; enterocolostomi; hälsa — jämte anmärkningar om behandling af volvulus af flexuren.

Enligt författarens åsikt utgör en vridning af flexura sigmoidea en rätt vanlig orsak till tarmocklusion, då af 41 fall med detta lidande, som åren 1888—1895 iakttagits på kirurgiska kliniken i Helsingfors, i 10 fall nämnda orsak förelegat. Följande fall meddelas:

En man, som länge besvärats af oregelbunden tarmverksamhet, hade de senaste två månaderna plågats af mycket trög mage — en afföring i veckan. 16 timmar efter det ocklusionssymptom uppträdde intogs han på kliniken. Vid företagen laparotomi iaktogs en äfven förut diagnosticerad vridning af S. romanum ett halft hvarf omkring dess mesenteriala axel. Flexuren var ovanligt lång, dess skänklar ligga parallelt med hvarandra, förenade af ett tjockt, ärrigt mesocolon; den tillförande delen vid fotpunkten ringformigt omsnörd af bindväfsmassor och fixerad vid bakre bukväggen. Då denna stenoserande förträngning, sannolikt en skirr, ej ansågs extirpabel, och tarmslingan af fruktan för en återvridning ej utan vidare kunde reponeras, göres en anastomos mellan ileum tätt ofvanom cœcum och flexurens afförande del. Sedan förf. diskuterat sjukdomsbilden vid en vridning af S. romanum och framhållit som ett hjälpmedel vid diagnosen den omständighet, att endast en mindre vätskemängd kan ingjutas i ändtarmen, uppställer han till besvarande följande frågor: huru förhindra, att en vridning af slingan upprepas? huru förfara för att den paralyserade tarmdelen åter må fungera? Med användande af det ofvan inslagna förfarings sättet förekommes säkert recidiv, hvarjämte tarminne-

hålllets afgång per anum möjliggöres. Dessutom vans, att det kroniska hinder, som fans, kringgicks, och pat. tillförsäkrades för framtiden en normal afföring.

Hj. von Bonsdorff.

KAROLINA ESKELIN: Studier öfver tarminvagination. Akademisk afhandling. 130 + XL s. 4:t med 4 taflor. Helsingfors 1895.

De i den medicinska literaturen offentliggjorda fallen af tarminvagination hafva som bekant tidigare sammanställts af LEICHTENSTERN (1873—74) och WICHMANN (1893) och af dem gjorts till föremål för monografiska bearbetningar. Fullföljande dessa tidigare statistiker, har fröken ESKELIN i sin med stor omsorg utarbetade afhandling ur literaturen för 1892—94 sammanställt 68 fall af obstruktiv tarminvagination. Härtill fogar förf. 6 fall från klinikerna i Helsingfors med utförliga sjukhistorier och beskrifning af de anatomiska preparaten. Med ledning af detta material samt af ingående literaturstudier lemuar förf. en klar, kritisk framställning af tarminvaginationernas anatomi, patogenes, sekundära patologiska förändringar, symptomatologi, diagnos och behandling.

Vi kunna ej här närmare ingå på intressanta detaljer, som framgå ur förf:s studier, men rekommendera arbetet åt en hvar, som önskar taga närmare kännedom om frågans närvarande ståndpunkt och önska särskildt framhålla det intressanta kapitlet om behandlingen. Fyra väl utförda taflor tjäna till att åskådliggöra de anatomiska förhållandena vid hufvudformerna af tarminvagination.

Ali Krogius.

EDV. VON WEYMORN: Fall af tarmvred, två gånger operatift behandladt hos samma person; hälsa. Kasuistiska meddelanden från länsjukhuset i Viborg. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 624.

Man, 43 år, hade två månader tidigare lidit af tarmocclusion och då med framgång behandlats med vatteningjutningar i ändtarmen. D. $24/1$ 94 å nyo ocklusionssymptom och, då på sätt som förra gången förbättring ej inträdde, göres laparotomi. Flexura sigmoidea var vriden två hvarf kring sin mesenteriala axel, hindret utvecklas, tarmen reponeras. D. $24/2$ läkt. D. $29/7$ 95 å nyo symptom af ocklusion; följande dag laparotomi, då på samma sätt en vridning af S. romanum iaktogs, denna uträtas, tarmen reponeras. D. $25/8$ läkt.

Hj. von Bonsdorff.

HJ. VON BONSDORFF: Fall af recidiverande appendicit, behandlade med extirpation af appendix under fri mellantid. Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 585.

1) Kvinna, 30 år. Första anfallet mycket svårt, nov. 1894, varat 6 veckor; därefter 6 anfall ehuru lättare. D. $21/4$ 95 *extirpatio appendicis*. I den samma 2 cm. från basen en fekalklump, perifert om denna var appendix mycket förtjockad, fylld med svart ekrementlik massa; hälsa.

2) Kvinna, 30 år. Sedan april 1893 flere ehuru letta anfall. D. $\frac{27}{7}$ 95 *exstirpatio appendicis*. Appendix fri, basen oblittererad, spetsen bildar en säck med slemmigt, varigt innehåll; hälsa.

Hj. von Bonsdorff.

OTTO ENGSTRÖM: **Recidiverande appendiciter, behandlade med exstirpation af appendix under fri mellantid.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 327 och 634.

1) Kvinna, 38 år, insjuknat i januari 1895, sängliggande 3 veckor, därefter ständigt smärtor i högra sidan. D. $\frac{2}{4}$ *exstirpatio appendicis, ovariectomy sin.* 3 dygn efter operat. tyfoidfeber; hälsa.

2) Kvinna, 50 år. Första insjuknandet december 1894, därpå anfall i april 1895, ständiga smärtor. D. $\frac{28}{3}$ *exstirpatio appendicis, tunntarmslingor hopgyttade kring appendix, äfven delar af nätet lösas med svårighet, vid basen af appendix dufäggstor, ostig hård; hälsa.*

3) Kvinna, 25 år. Upprepade anfall sedan hösten 1893. D. $\frac{11}{9}$ 95 *exstirpatio appendicis (oophorectomia dextra et cauterisatio ovarii sin.)*. En tunntarmslinga var adherent vid basen af appendix, som var kataralt förändrad; hälsa.

Hj. von Bonsdorff.

JOHAN NICOLAYSEN: **Studier over Ætiologien og Patologien af ileus i Tilslutning til 30 behandlede Tilfælde.** (Tillägshäfte til »Norsk Mag. f. Lægevidenskaben» Juni 1895.)

Af 30 Tilfælde er 60 % helbredede. 13 Tilfælde behandlet med Laparotomi gav en Mortalitet af 54 %.

Under Grupperingen af de forskellige Ileusformer göres opmærksom på en Del Årsager til deres Opståen — Betingelserne for Dannelsen af peritoneale Adhærensler, Udspænding og Parese af et Tarmparti som disponerende Moment for volvulus o. s. v.

Forøvrigt er *Arbejdet væsentlig af bakteriologisk Art og omfatter Tarmparesens Forhold, den peritoneale Infektion og Tarmindholdets Bakterier og Toxiner ved ileus.*

De Tilfælde af Tarmlamhed, som navnlig har Betydning for Ileuspatologien, er de som betinger Sygdomsbilledet *pseudo-ileus* og dernæst de såkaldte *Reflexparalyser*.

Som Hovedårsag til »pseudo-ileus» har man nyligen opstillet peritoneal sepsis.

Uden at benægte Infektionens Betydning som Årsagsmoment hævder Forf., støttet til experimentelle og bakteriologiske Undersøgelser, at et incarcereret Tarmparti kan forblive paralytisk, efter at Strangulationen er løst uden, at der kan påvises peritoneal Infektion og at et sådant Tarmparti danner en absolut Hindring for Indholdets Passage.

Afsnittet om den peritoneale Infektion ved ileus indledes med en historisk Oversigt over de forskellige Anskuelser om Årsagen til den store Dødelighed ved Laparotomier for denne Sygdom og overhovedet Dødsårsagen ved Tarmokklusioner.

Forf:s egne Undersøgelser omfatter 12 Tilfælde af incarcererede Hernier og ileus hos Mennesker.

I 8 Tilfælde med *ikke-nekrotiske* Tarme fandtes Peritonealvædsken steril eller der fandtes ikke-patogene Kokker og Stave i meget ringe Mængde.

I 3 dødeligt forløbende Tilfælde med Nekrose af Snørefuren fandtes én Gang *staphylococcus aureus* sammen med en Dipkok, 2 Gange *bacterium coli*, og den sidste påvist også i Milten ved Sektionen (20 Timer efter Døden. Vinter).

I ét Tilfælde var Brokvandet *sterilt* ved Operationen, *skönt Tarmen viste sig nekrotisk*. Patienten døde 3 Dage senere og 2 Timer efter Døden påvist *bacterium coli* i peritonæum og ligeledes i Milten ved Sektionen.

Det andet Tilfælde, hvor *bacterium coli* påvist i Brokvandet, forløb under Billedet af »cholera herniaire» og Forf. har derfor forsøgt om Injektioner af steriliserede Coli-kulturer kan fremkalde Diarrhoe.

Injektionerne frembragte regelmæssig en stærk Tyndtarmkatarrh men kun sjelden Diarrhoe.

Medens Forf:s Forsøg med kunstige Hernier hos Kaniner bekræfter, at allerede lettere Cirkulationsforstyrrelser kan betinge Bakteriegennemgang af Tarmen hos *Dyr*, synes det efter Erfaringer fra *Mennesker* som om der ikke kommer peritoneal Infektion med patogene Bakterier uden at Tarmen (Snørefuren) er nekrotisk.

At der sjelden forekommer ileus med dødelig Udgang, uden at der findes dybere gående Tarmforandringer, ses også af en Sammenstilling af 26 Sektioner, hvor Tarmen viste sig nekrotisk eller ulcererende i 85 % af Tilfældene.

Muligvis kan man allerede ved den kliniske Observation diagnosticere Tarmens Tilstand, idet *Pulsen* hos de af Forf. behandlede Tilfælde var over 100 hos dem med Tarmgangræn, medens den i de øfrige Tilfælde varierede mellem 60 og 100, ligesom Almentilstanden hos de sidste var forholdsvis god.

En enkelt Observation tyder dog på, at det ikke så meget er *selve Nekrosen* der betinger Forværelser af Almentilstanden som den kousekutive *Infektion*.

I de Tilfælde, hvor Ileuspatienterne dør uden at der kan påvises Infektion, er man nødt til at søge Dødsårsagen i andre Forhold, og Forf. har undersøgt stagnerende Tarmindhold bakteriologisk og om det muligvis skulde indeholde toksiske Substanser.

I 2 undersøgte Tilfælde, hvor Prøver af Tarmindholdet toges gennem Incisioner i Tarmen under Operationen, fandtes kun 2 Bakteriarter i det ene og 1 i det andet Tilfælde. Den sidste var ikke virulent og Tarmindholdet virkede ikke toksisk efter Filtration gennem CHAMBERLANDS Filtre; det første Tarmindhold indeholdt proteus og *bacterium coli* og virkede toksisk. Denne Virkning tilskrives proteus, da de til Kontrol prøvede Tarmindhold, hvor *bact. coli* fandtes, ikke var giftigt efter Filtration. Ikke stagnerende Tarmindhold som indeholdt H_2S viste sig giftigt infiltreret, men derimod ikke efter Passage gennem Porcelænsfiltret, hvor sandsynligt Svovlvandstofgasen var oxyderet til Svovl og Vand.

J. Nicolaysen.

C. D. JOSEPHSON och ARTUR VESTBERG: **Om retroperitoneala fett-svulster.** Hygiea 1895, s. 396—472.

Af dessa tumörer, som mestadels gått under den mindre egentliga benämningen mesenteriallipom, meddelas en kasuistik omfattande 30 fall, däraf 27 samlade ur litteraturen och 3 nya, ej förut beskrifna. Med stöd af detta material framställas dessa svulsters patologiska anatomi, etiologi, symptomatologi, diagnos och behandling.

Till sin byggnad äro de dels rena lipom, dels blandningsformer af lipom, oftast med myxom eller fibrom.

I ett fall ingick metastasbildande sarkom, i ett annat osteom. Diagnostiken sammanfattas sålunda:

»En buktumör, som utan tecken till malignitet nått betydlig storlek, som synes ligga retroperitonealt, som förskjuter groftarmen fullständigt från ena flanken (natt ton), som nästan eller fullständigt ger intryck af fluktuation, är sannolikt ett retroperitonealt lipom. Kännes tumören nära under bukväggen i lumbaltrakten, fjädrar någon del af den tillbaka, om den drages fram från bakre bukväggen, är tumören så godt som säkert retroperitoneal. Kännes den bestå af större lober, som erbjuda påfallande olika grader af konsistens och är någon del af den förkalkad, är den ganska säkert ett retroperitonealt lipom. Profpunktion är i sådant fall af mindre värde, profineision i högsta grad indicerad.»

Den synnerligen dåliga prognosen för det retroperitoneala lipomet, lemnadt åt sig själf, gör ett exstirpationsförsök fullt indicerat.

Operationsresultatet hotas i synnerhet af faran för lesion af tarmen och faran för sepsis. Men i tid utförd, skall operationen i de flesta fall medföra ett godt resultat.

Vestberg.

M. SALIN: **Myxom i omentum majus med abscessbildning och perforation i colon transversum.** Hygiea 1895, Sv. läkaresällsk. förhandl., s. 153.

Pat., en 56-årig kvinna, hade iakttagit sitt lidande sedan ungef. $\frac{1}{2}$ år. De symptom, hon vid undersökning företedde, gånvo anledning till diagnosen sarkom i vänstra bakre rectus-skidan. Vid insnitt befans tumören emellertid vara en intraperitoneal sådan, samt adherent till främre bukväggen och colon transversum. Den exstirperades med resektion af omkr. 25 cm. af nämnda tarm. Tarmändarna förenades med MURPHYs knapp. Läkning p. p. Knappen afgick på 14:de dygnet. Patolog. anat. undersökning af den exstirperade tumören gaf det resultat, som titeln anger.

Rissler.

G. HEINRICIUS: **Njurtuberkulos; nefrotomi; nefrektomi.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37. s. 527.

Öfversiktsartikel, i hvilken förf. behandlar de gängse åsikterna om njurtuberkulosens frekvens, symptomatologi och behandling. Hvad angår den sist nämnda uttalar förf. sig för en primär nefrektomi genom lumbal-snitt. Förf. inleder sin uppsats med anförandet af ett fall, en 37 år gammal kvinna, där han efter diagnos, pyonephrosis, gjorde ett enkelt

njursnitt, men då tillståndet ej förbättrades — pat. hade fortsättningsvis feber och stark sekretion ur fisteln — skred till exstirpation af den degenererade njuren.

Hj. von Bonsdorff.

O. MICHAËLSSON: **Två fall af prostatahypertrofi behandlade med kastration.** Hygiea 1895. Sv. läkaresällsk. förhandl., s. 179.

Fall 1, 79 år. Urinbesvär sedan 6 månader. Residualurin = 500 kem.; cystit, feber. Sköljningsbehandling resultatlös. Dubbel kastration d. 25 okt. 95. En ringa omedelbar förbättring blef ej bestående, hvadan d. 9 nov. epicystotomi måste företagas.

Fall 2, 71 år. Urinbesvär sedan några månader. Akut retention d. 19 okt. Tappning och sköljningar medförde förbättring, residualurinen dock ännu 600 kem. D. 28 okt. dubbel kastration, hastig förbättring. D. 8 nov. residualurin 70 kem.

Rissler.

F. BAUER: **Om coxa vara.** Hygiea 1895, s. 722.

Förf. redogör för 3 å Serafimerlasarettets kirurg. afd. iakttagna fall af ofvan nämnda sjukdom, samt gifver i anslutning därtill en öfersikt af litteraturen i ämnet.

Rissler.

HJ. VON BONSDORFF: **Bidrag till frågan om operativ behandling af invetererad brott af lårbenshalsen.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, bd 37, s. 376.

En 54-årig kvinna hade ådragit sig en intraartikulär fraktur af lårbenshalsen, som fem månader efter fallet var fullkomligt fri och försakade henne vid gående svåra smärtor. Genom ett resektionssnitt enligt KOCHER öppnas höftleden, det i den samma belägna, fullständigt lössprängda ledhufvudet med en bit af halsen uttages, spetsen af trochanter major afrundas och inpassas i ledpannan. God läkning. Åtta månader efter operationen var förf. i tillfälle att återse pat. Hon gick då väl utan stöd, hade gått en ända till två kilometer lång väg, kunde stående på det friska benet, aktift flektera den nybildade höftleden till rät vinkel, samt sträcka den rak.

Hj. von Bonsdorff.

ANDERS WIDE: **Handbok i medicinsk gymnastik.** Förra delen med en titelplansch och 83 afbildningar i autotypi i texten, 148 s. 8.v. Stockholm, Nordin & Josephson 1895.

Den nu utkomna delen af ofvan nämnda arbete innehåller den medicinska gymnastikens teknik, beskrifning öfver de särskilda rörelserna och deras användningssätt. De vackra och upplysande afbildningarna illustrera på ett förträffligt sätt framställningen. För en närmare kännedom om arbetet, som tyckes fylla en lucka inom litteraturen på detta område, hänvisas till originalet.

Edgren.

Psykiatri: T. NERANDER: Bidrag till kännedomen om de s. k. negationsidéerna. Psykiatrisk studie. — CHR. GEILL: Nogle Bemærkninger angående den moderne Sindssygebehandling. — GEORG SCHULDBEIS: Om værden och det rettslige skyddet af sinnessjuka, en vidrækning med d:r ANTON NYSTRÖM.

T. NERANDER: **Bidrag till kännedomen om de s. k. negationsidéerna.** Psykiatrisk studie. Lund 1895. 63 s. 8:v.

Förf. skildrar till en början med stöd af äldre och nyare, hufvudsakligen franska författares åsikter de kliniska symptom, som benämnas negationsidéer, dels under förloppet af dementia paralytica, dels hos melankolien, hvarvid förf. anför tillsammans 9 fall ur sin egen erfarenhet från Lunds hospital.

Intressanta afvikelser från den COTARDSka »syndromtypen», hvilka i flere af dessa fall iakttagits, komma härvid till en utredning, som i viss mån gifver ytterligare upplysningar om negationsidéernas patologi.

Slutligen ingår förf. äfven på frågan om systematiserade negationer vid sjukdomar, tillhörande paranoiagrupper, särskildt de s. k. fysikaliska paranoian.

E. Hjertström.

CHR. GEILL: **Nogle Bemærkninger angående den moderne Sindssygebehandling.** Köbenhavn 1895. 95 Sider.

Forf. giver en kort Oversigt over de vigtigste Punkter i Sindssygeplejens Udvikling i Løbet af det sidste Århundrede og skildrer derefter den moderne Sindssygebehandling i Tilslutning til Besøg, han har aflagt ved forskellige tyske Sindssygeanstalter. Sine Anskuelse om, i hvilket Spor Sindssygebehandlingen her hjemme rettest bør søges udviklet, samler han til sidst i følgende Punkter:

1) En Forøgelse af Opsynspersonalets Antal og en Forbedring af dets Kvalitet, som væsentlig må nås gennem en Lønningsforhøjelse, til Dels også ved at give det en virkelig Uddannelse, hæve hele dets sociale Stilling, give det Pensionsret og måske Ret til efter visse Års tro Tjeneste at have sindssyge i Familiepleje.

2) Tilknytning af Landbrugskolonier til de bestående ældre Anstalter, eventuelt efter Udvidning af deres Jordtilliggende.

3) Omdannelse af de ved de rolige og arbejdsdygtige Patienters Udflytning til Kolonien indvundne Afdelinger til Vagtafdelinger.

4) En ved Vagtafdelingsbehandlingen betinget, successiv Reduktion af Celleafdelingerne.

5) Den villaformede, koloniale Afdeling som Model for fremtidige Anstalter.

P. D. Koch.

GEORG SCHULDHEIS: **Om vården och det rättsliga skyddet af sinnessjuke, en vidräkning med d:r Anton Nyström.** Stockholm 1895. 48 s. 8.v.

Förf., hvilken som bekant eger flerårig erfarenhet som hospitalsläkare, har i detta sitt arbete egnat en ingående granskning åt en någon tid förut utkommen bok: Om sinnessjukdomar och hospitalsvård jämte antydningar om sinnessjukas rättsliga skydd af ANTON NYSTRÖM, Stockholm 1895.

Efter att hafva bemött d:r NYSTRÖMS klander af vår nu varande hospitalstadga, berör förf. de af d:r N. under rubriken »onödiga och olagliga inspärningar på hospital, gällande svenskar» anförda fallen. För en fullständig inblick i beskaffenheten af dessa fall erfordras, såsom förf. antyder, andra upplysningar än dem d:r N. lemnat, men förf. drager ur det tillgängliga materialet den slutsats, att *d:r N. icke uppvisat ett enda fall af en icke sinnessjuk persons inspärrande på hospital.*

Efter att hafva berört det kapitel i d:r NYSTRÖMS arbete, som är egnadt åt ett »kritiskt skärskådande af den psykiatriska forskningen», samt dennes åsikter om huru vården af sinnessjuke lämpligen bör ordnas och om sättet för hospitalsvård i vårt land, ger d:r S. sitt erkännande åt »en stor del af de principer och önskuingsmål», som d:r NYSTRÖM i sin bok förfäktar, men framhåller äfven den »allmänna desorientering i ämnet, som d:r N. trots sin beläsenhet ådagalägger», de fel boken innehåller och den skada, den åstadkommit, samt slutar med att förklara den samma vara »ett ytterst ovederhäftigt arbete, i det närmaste värdelöst, betraktadt såsom en utredning af de förhållanden, som däri afhandlas».

E. Hjertström.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: R. BERGH: Bidrag til Kundskab om Betændelse af glandula vestibularis major (BARTHO-LINI). — E. EHLERS: Spedalskhedsspørgsmålet med særligt Hensyn til Island. — E. EHLERS: Bemærkninger angående det islandske Spedalskhedsspørgsmål. — E. EHLERS: Rapport til Ministeriet for Island og Kultusministeriet om min anden Expedition til Island for at studere den spedalske Sygdom.

R. BERGH: **Bidrag til Kundskab om Betændelse af glandula vestibularis major (Bartholini).** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 913, 937. (Særligt 28 Sider.)

Forf. leverer først en Udsigt over Udviklingen af Kendskabet til det vulvo-vaginale Kirtelapparat, afhandler dernæst sammes anatomiske Forhold hos sunde Individuer og yder et Par Bidrag til Kundskaben om samme, samt omtaler dets fysiologiske Forhold. Særligt dvæler han ved Palpationen af disse Glandler hos sunde Individuer: hos 398 af 901 Individuer kunde hverken Glandel eller Gang palperes. Lidelserne af dette Kirtelapparat have, således som særligt af Forf. udhævet, hoved-

sageligt deres Sæde i Kirtelgangen, og samme ere i de allerfleste Tilfælde af gonorroisk, gonokokkisk Natur. Imidlertid forekommer der også simple katarralske vulvo-vaginale Affektioner, og Forf. refererer to Tilfælde af denne Art. I Følge Forf. er denne næst efter Uretriten måske den hyppigste gonorroiske Affektion hos Kvinden, måske hyppigere end Cervikalkatarren, som desuden ofte ikke er af gonorroisk Natur. I Hospitalet var Forholdstallet til Uretriten som 1 : 7 eller 1 : 8. Med Hensyn til Hyppigheden af denne Lidelse på de to Legemsider har der for Forf. vist sig en hyppigere Liden af venstre Side (943 : 741). Gonokokkernes Forhold ved disse Lidelser og Spørgsmålet om Blandingsinfektionen omhandles nærmere. Abscesdannelsen, som sædvanligt henlægges til Udførselsgangen, afhandles udførligere; sådan sås i 15,3—21,3 % af de vulvo-vaginale Affektioner; stinkende pus forekom i de 41—45,4 % af Abscesserne.

Dernæst omhandles de patologisk-anatomiske Forhold ved Bartholiniterne, og Forf. meddeler en herhen hørende lille Undersøgelse. Imod foreliggende Angivelser udhæves Sjældenheden af Svulst af Lyskeglandlerne: samme sås kun hos 13 af 1 251 og hos 18 af 733 Individuer, kun hos to med Suppuration. Symptomatologien gennemgås, Betydningsløsheden af macula gonorrhoeica udhæves; dernæst Diagnosen og Forløbet; ved samme sidste omhandles Kystevdviklingen samt Gennembruddene til rectum og de vulvo-vaginale Affektioners Forhold til Rektalstrikturerne.

Slutteligt afhandles Prognosen for og Behandlingen af de vulvo-vaginale Affektioner.

R. Bergh.

E. EHLERS: **Spedalskhedsspørgsmålet med særligt Hensyn til Island.** Tidsskr. f. Sundhedspleje, R. 1, Bd 5, S. 1.

E. EHLERS: **Bemærkninger ang. det islandske Spedalskhedsspørgsmål.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 1029.

Forf. omtaler det af Regeringen det islandske Alting tilstillede Lovforslag om de spedalske Patienters eventuelt tvangsmæssige Isolation og om Opførelsen af et Isolationshospital; det blev forkastet af Altinget og et andet vedtaget, som af Forf. underkastes en skarp Kritik med tilhørende nye Forslag.

R. Bergh.

E. EHLERS: **Rapport til Ministeriet for Island og Kultusministeriet om min anden Expedition til Island for at studere den spedalske Sygdom.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 997.

Forf. omtaler korteligt Expeditionens Udstyr og dens Rejserute. Resultatet af Rejsen var en Tilkommen af 18 nye Patienter, således at det samlede Antal af spedalske, som Forf. i disse to År har undersøgt eller skaffet Oplysninger om, bliver 158; der er imidlertid Distrikter tilbage, som Forf. ikke har undersøgt, og Forf. mener, at Antallet af spedalske på Island må anlæses til mindst 200. Forf. dvæler atter ved Befolkningens slette Fødemidler og de især på Sönderlandet så slette Boliger med den deraf følgende Samleven af sunde og syge Individuer. Han udhæver atter Nødvendigheden af nogen Isolation og af Opret-

telsen af et mindre Hospital; og han har ladet et lille populært Skrift om Spedalskhedspørgsmålet oversætte på Islandsk og uddele.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: TH. B. HANSEN: En literär Bemärkning om »Födsel ved forliggende bageste Isseben» o. s. v. — ENGSTRÖM: Fall af interstitielt tubarhafvandeskap. — BOIJE: Bidrag till endometritens etiologi och natur. — ENGSTRÖM: Öfvertaliga ovarier. — Diskussion inom Finska läkaresällskapet mellan hrr RONEBERG, HEINRICIUS och ENGSTRÖM angående nödvändigheten af försiktighet vid företagande af gynekologiska operationer å nevrasteniska patienter.

TH. B. HANSEN: **En literär Bemärkning om »Födsel ved forliggende bageste Isseben» o. s. v.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 954.

Forf. påviser, hvorledes der i Tyskland er opstået en Tilbøjelighed til at knytte nyere tyske Navne til gamle, velbekendte Iagttagelser og Indgreb. Med Hensyn til »Födsel ved forliggende bageste Isseben» hedder det, at LITZMANN er den, som først har beskrevet denne Stilling, og man får i det hele Indtrykket af, at det er en tysk Opdagelse af nyere datum. Dette er imidlertid en Fejltagelse; Stillingen beskrives med gode Sygehistorier i 3dje Bind af LACHAPELLES »Pratique des accouchements» under Benævnelserne »position suspubienne» eller »obliquité postérieure» (du foetus et de l'utérus). Det MAURICEAUSKE Håndgreb ved Fremdragning af sidstkommende Hoved benævnes det VEITSKE (eller det VEIT-SMELLIESKE). Da en upartisk tysk Forfatter gjorde opmærksom herpå og foreslog, at Håndgrebet skulde benævnes efter MAURICEAU, afvistes Forslaget med den Motivering, — uagtet factum ikke kunde benægtes, — at MAURICEAUS Navne ikke var »eingebürgert» i Tyskland. En Afstemning af 21 tyske Universiteter gav det Resultat, at kun 4 af disse beholdt M:s Navn. Forf. nævner endnu et Exempel og søger kortelig at finde en Grund til dette literære Fænomen. Det har dog sin Betydning at erindre, at, fordi et Indgreb eller en klinisk Iagttagelse i den obstetriciske Literatur sejler under tysk Flag, så er det derfor ikke givet, at det virkelig er tysk Fortjæneste, og andre Landes Videnskabsdyrkere og Literater have jo absolut ingen Grund til at adoptere de sekundære tyske Navne og lade dem gå videre.

F. Nyrop.

ENGSTRÖM: **Fall af interstitielt tubarhafvandeskap.** Finska läkaresällsk. handl. 1895, s. 599.

Förf. redogör för ett af honom opererad fall: Pat., 25 år gammal, gift sedan 7 år, ett barn för 5 år sedan, dessförinnan ett missfall i tredje månaden; tre månader före operationen sista menses, tre veckor före operationen obetydlig blödning med litet smärtor i buken, sedan ständigt värk och de fem sista dagarna blodig flytning. Vid under-

sökning kändes en otydligt fluktuerande tumör till höger om uterus, hvori den öfvergår, cervix vid, blodigt sekret från uterus, sond 8,5 cm. Tumörens vertex midt mellan nafveln och symfyssen. Diagnos: graviditas tubaria. Vid operationen befans uterus förstorad, högra hornet långt utdraget, väggen tunn; vid incision syntes ägghinnor, ett dött foster af 9 cm:s längd extraherades; vid undersökning genom vagina med sond och genom incisionsöppningen med fingret kunde en trång öppning till uterinhålan upptäckas. Uterinväggen hopsyddes med katgut i två etager. Läkningförloppet ostördt. *Törngren.*

BOIJE: Bidrag till endometritens etiologi och natur. Finska läkaresällsk. handl. 1895, s. 614.

Förf. har skaffat sig sekret och stycken af uteruslemlhinnan från 30 patienter lidande af endometriter, som ansetts vara hvarken gonorrhöiska, septiska eller tuberkulösa, och undersökt detta material på mikroorganismer dels i kultur, dels i torrpreparat och snitt, samt funnit bakterier af olika slag i de flesta af de fall, han rubricerat under diagnosen endometritis interstitialis och i ett fåtal fall af endometritis glandularis, och drager häraf den slutsats, att vid uppkomsten af »den interstitiella formen bakterier spela en väsentlig rol, men att för den glandulära formen andra etiologiska moment ligga till grund».

Törngren.

ENGSTRÖM: Öfvertaliga ovarier. Finska läkaresällsk. handl. 1895, s. 667.

Förf. redogör för en del i literaturen förekommande fall af öfvertaliga ovarier och anser i likhet med många andra, att största delen af fallen äro att hänföra till sådana, där icke en ursprunglig anläggning af tre ovarier förekommit, utan att senare en delning af det ena ovariet uppstått antingen genom axelvridning eller genom tånjning eller genom inflammatoriska processer. Slutligen anför förf. ett fall, som han själf iakttagit, och som han anser kunna hänföras till dessa. Han fann nämligen vid en supravaginal amputation af uterus på en 53-årig multipara att vänstra ovariet var ofullständigt delat i tvänne hälfter, förenade med hvarandra genom ett vridet mellanstycke, som vid mikroskopisk undersökning visar GRAAFska follikler.

Törngren.

Diskussion inom Finska läkaresällskapet mellan hrr Runeberg, Heinricius och Engström angående nödvändigheten af försiktighet vid företagande af gynekologiska operationer å nevrastiska patienter. Finska läkaresällsk. handl., bd 37, s. 571.

R. Sievers.

Pædiatrik: HIRSCHSPRUNG: Tilfælde af medfødt Tillukning af Spiserøret. — ROSING-HANSEN: Et Tilfælde af Cyanose og medfødt Hjærtefejl.

HIRSCHSPRUNG: Tilfælde af medfødt Tillukning af Spiserøret. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1037.

Efter korte Bemærkninger om Tilfælde af den Natur, tidligere iagttagne og beskrevne af ham selv og andre, omtaler Forf. 2 senere iagttagne Tilfælde. De viste bægge de kendte Symptomer, Vanskelighed ved Synkningen og Opkastning, efter at et Par Mundfulde være sunkne, og i bægge Tilfælde standsede en indført elastisk Sonde omtr. 11 Cm. fra Käveranden; men i det ene Tilfælde iagttoges det säregne Forhold, at Barnet opkastede galdefarvet Vädske i rigelig Mængde, hvad kun vanskeligt kan forklares, når man ser hen til, at også i dette Tilfælde var det anatomiske Fund det sädvanlige, nemlig at den överste Del af ösophagus dannede en udvidet Blindsäk, der endte 3 Cm. fra nedre Rand af cart. thyreoidea, medens den nederste Ende var 6 Cm. lang og indmundede i Bifurkaturen af trachea med en til lumen svarende, glatrandet Åbning. Galdeblären vare påfaldende stor og indeholdt rigelig Galde. — I det andet Tilfælde manglede tillige Anusåbning, og Tyktarmen endte blindt med en tilspidset, rynket Ende bag fundus vesicæ. Desuden var højre Nyre omdannet til en udspilet, tyndvægget Säk.

G. G. Stage.

ROHING-HANSEN: Et Tilfælde af Cyanose og medfødt Hjærtefejl. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 977.

Efter korte Bemærkninger om den medfödde Cyanoses Symptomer og Årsagsforhold går Forf. over til at beskrive et sädant Tilfælde, iagttaget på den kgl. Födselsstiftelse. Barnet var fuldbåret og velskabt, men kendelig cyanotisk, hvilket hurtigt udbredte sig over hele Legemet; det trivedes ikke, var slapt, med lidende Udtryk; efterhånden udviklede sig kolbeformet Svulst af Fingrenes og Täernes yderste Led. Hjärtelydene fuldständig rene og regelmässige. Barnet döde 5 Måneder gammelt.

Sektionen viste fölgende Abnormiteter: Abnorm indbyrdes Stilling af de to arterielle Ostier; komplet Atresi af ostium pulmonale; Defekt i septum atriorum; Defekt i septum ventriculorum; åben ductus art. Botalli; Dilatation og Hypertrofi af hele Hjärtet; forskellige Anomalier ved Hjärteklapperne; abnorme Veneindmundinger i Forkamrene; Aortabuen var böjet over højre bronchus med 4 Arterieduspring fra Konvexiteten.

Her forelå säledes et Exempel på den Abnormitet, at det Kar, som i sin videre Udvikling og i sit Forløb fremtræder som aorta, udspringer fra Lungarteriens normale Plads, hvorimod det Kar, der fungerer som art. pulmonalis, udgår fra det Sted af Hjärtet, hvor ellers

aorta har sit normale Udspring, — en Misdannelse, der benævnes »Transposition af aorta og art. pulmonalis«. Forf. knytter hertil Bemærkninger om de forskellige Teorier for Sygdommens Opståen. I Afhandlingen findes 2 Träsnit. G. G. Stage.

—————

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: W. LAURÉN: Om inverkan af eter, alkohol och kloroform på pepsin. — M. ELFSTRAND: Systematisk öfversikt öfver officinela blad. — T. DELPHIN och E. KÄLLSTRÖM: »Anatomisk undersökning af birötterna hos *Hydrastis canadensis* L.» — M. ELFSTRAND: Brasilianska och paraguayiska droger, medicinal- och hushållsväxter, hemförda till Riksmuseum af lektor C. LINDMAN och doktor G. MALME. — A. F. R. HALK: Om Tannigenet. — SOFHUS BANG: Madeira som Kursted.

W. LAURÉN: Om inverkan af eter, alkohol och kloroform på pepsin. (Botaniska laboratoriet i Helsingfors.) Nordisk farmaceutisk tidskr. 1895, s. 401—407.

Förf., som förut studerat eterångors inverkan på groddplantors andning (akad. afhandl., Helsingfors 1891), har i sammanhang därmed, då enzym anses vara verksamma särskildt vid groningenprocessen, upptagit frågan om inverkan af eter, alkohol och kloroform på ett enzym, pepsinet och på dess ägghvitelösande förmåga. Alla tre gifterna fördröja enzymverkan — kloroform i några hundra delar %, eter 0,5 % och alkohol i nära 2 % lösning. Inverkan af narcotica på å ena sidan de fornade fermenten och å andra sidan enzymen uppgifves af föregående forskare något olika; enligt förf., som i denna punkt konstaterar ett par föregående forskares uppgifter, verka dessa gifter på pepsin i samma riktning som på alkoholjäsningens ferment (BOUCHARDAT).

C. G. Santesson.

M. ELFSTRAND: Systematisk öfversikt öfver officinela blad. Profföreläsning. Upsala läkareför. förhandl., ny följd, bd 1, s. 50—61.

Förf. genomgår de officinela och några andra farmakognostiskt intressanta blads morfologi och mikroskopiska anatomi samt uppställer på grundval af de påpekade karaktererna ett differentialdiagnostiskt schema öfver nämnda drogformer.

C. G. Santesson.

T. DELPHIN och E. KÄLLSTRÖM: »Anatomisk undersökning af birötterna hos *Hydrastis canadensis* L.» Nordisk farmaceutisk tidskr. 1895, s. 329—335 med 5 bilder i texten.

Författarne framhålla — efter en noggran beskrifning af birötternas mikroskopiska byggnad — såsom karakteristiskt för dessa, att de på tvärsnitt, lagda ej för nära rhizomet, visa en fyrkantig endodermiskida, som företer afbrott i vinklarna just utanför kärngrupperna. Tvärsnittets gula färg samt reaktionerna med salpetersyra och svavel-syra lemna äfven god ledning.

C. G. Santesson.

M. ELFSTRAND: **Brasilianska och paraguayiska droger, medicinal- och hushållsväxter, hemförda till Riksmuseum af lektor C. Lindman och doktor G. Malme.** Upsala läkareför. förhandl., bd 30, s. 558—587.

De i denna afhandling beskrifna droger hemfördes af sist nämnda herrar, hvilka af Svenska vetenskapsakademien 1892 utsändts till Brasilien för botaniska studier, och som dels själfve insamlat, dels inköpt drogerna. Af dessa ha flere i hemlandet sedan länge haft dels medicinsk, dels annan användning. De flesta voro ej förut ordentligt beskrifna.

Förf. har underkastat materialet en noggran undersökning, så väl botaniskt som farmakognostiskt, makro- och mikroskopiskt samt mikrokemiskt.

Såsom särskildt intresseväckande må nämnas: »*Duoradinha*», bladen af *Palicourea rigida* H. B. K. (Rubiaceæ), från Mattto Grosso, brukade i form af t  såsom diuretiskt och diaforetiskt medel vid hydrops och syfilis; skall äfven besitta digitalisverkan på hjärtat. »*Balsame de Cabriwa*» från Rio Grande do Sul, spritl sning af balsam från ett träd, som uppgifvits vara *Myrocarpus frondosus*. Fr. Allem., en tr dartad leguminos. Balsamen l r fås genom destillation af bark och sågspån. Preparatet, en lättflytande, rödbrun, välluktande vätska, användes att stilla bl dning ur friska s r. Äfven har angifvits, att Cabriubalsam vore välgörande vid svår hosta och lungblödning, samt att det skulle vara »ett antisepticum af första klassen, användbart vid lesioner i respirationsapparaten». — Vidare hafva undersökts: tre prof »*Jaborandi*»; »*Casita*» — frukterna af *Sapindus Saponaria* L., som innehålla en saponinsubstans; »*Tayuya*», vedartad stam och rhizom, samt ett prof af s. k. »*Sarsaparilha*», båda från samma okända moderv xt; »*Cupai*», baljorna af *Copaifera Martii* HAYNE; »*Fedegosa para café*», från af *Cassia occidentalis* L., k ffesurrogat, h llande bl. a. krysofansyra; »*Cha de Frade*», bladb rande grenar af buskv xten *Casearia lingua* CHAMB. (Samydace ) — dekokt på bladen, brukad vid inflammatoriska sjukdomar samt maligna febrar — o. s. v. Fortsättning  r att vänta.

C. G. Santesson.

A. F. R. HALK: **Om Tannigenet.** Ugeskr. f. L ger, R. 5, Bd 2, S. 989.

H. har på St. Josephs Hospital f rs gt Tannigen i Doser på 50 Centigrammer 3—4 Gange daglig som Pulver, udr rt med lidt koldt Vand. Han fraråder at give det i varme Vædsker, da det heri klumper sammen og smager ubehageligt astringerende. Det virker godt og hurtigt både ved akut og kronisk Intestinalkatarr. Det synes ikke at påvirke Ventriklen (Madlysten) og tages gærne af Patienterne. Ved kronisk Tarmkatarr og tuberkul s Diarré virker det hurtigt; men Virkningen oph rer med Seponeringen af Midlet.

Chr. Gram.

SOPHUS BANG: **Madeira som Kursted.** Bibl. f. L ger, R. 7, Bd 6, S. 447.

Forf., der har opholdt sig 8 Måneder på Madeira, giver en skarp Kritik af Forholdene, idet han vel indrømmer, at Temperaturen kun

er underkastet meget små Svingninger, men som mindre heldigt fremhæver Luftens store Fugtighed, de hyppige Regnskyl, den stærke og omskiftende Blæst og navnlig Öens fuldstændige Mangel på almindelige hygiejniske Foranstaltninger og særlig på Ftisikere beregnede Forhold; karakteristisk i så Henseende er, at der trods Blæsten og Regnen ingen Steds fandtes noget Læ, i hvilket Patienterne kunde ligge eller færdes ude uden at udsættes for at gennemblæses eller blive våde.

F. Levison.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, historik, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: JUL. PETERSEN: EDWARD JENNER og Vaccinationen. — GEILL: Om Kursus for Embedslæger og Oprettelsen af en Fysikatsexamen. — Flytningen af det kgl. Frederiks Hospital, Födelsstiftelsen og de lægevidenskabelige Institutioner. — E. M. HOFF: Dr. GEILL om de färöske Embedslæger. — GEILL: De färöske Embedslæger. — RÖRDAM: Om Distriktslægeembedernes Besættelse. — E. M. HOFF: Färöske Embedslæger. — JOH. MÖLLER: Den civile Medicinallovgivning i Kongeriget Danmark. — Den almindelige danske Lægeforenings 23de Möde. — E. M. HOFF og J. CARLSEN: Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1893. — BENCKE: Supplement til min Afhandling: Om de hygiejniske og sanitære Forhold i Hvidovre Sogn. — NILS ENGLUND: Desinfektionsåtgärder på landsbygden. — NILS ENGLUND: Om formaldehyden. — A. P. WESTERBERG: Beskrifning öfver nya lasaretet i Falköping. — THURE HELLSTRÖM: Om diagnosticerandet af difteri.

JUL. PETERSEN: **Edward Jenner og Vaccinationen.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 885.

Et Foredrag, der blev holdt for Herrer og Damer ved den almindelige danske Lægeforenings Möde i Köbenhavn i Avgust 1895, og hvori Vaccinationens Betydning og JENNERS Virksomhed derfor fremstilles.

Jul. Petersen.

GEILL: **Om Kursus for Embedslæger og Oprettelsen af en Fysikatsexamen.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 909.

Forf. tager Ordet for en særlig Fysikatsexamen med forudgående praktisk Uddannelse i Retsmedicin og Hygiejne, obligatorisk for alle civile Embedslæger. Samtidig med denne Reform burde foretages en Reduktion af Embedslægerens Antal og deres Stilling forbedres ved højere Lønning. Studietidens Varighed anslås til ét År. Som forberedende Skridt anbefales Kursus for Embedslæger.

Ar. Ulrik.

Flytningen af det Kgl. Frederiks Hospital, Födelsstiftelsen og de lægevidenskabelige Institutioner. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1082.

De slette hygiejniske Forhold i det nuværende Frederiks Hospital beskrives, og som Illustration hertil nævnes, at der i de sidste 10 År

er *opstået* 93 Tilfælde af tyfoid Feber på Hospitalet. Dernæst gives en Oversigt over Flyttesagens Historie, som begyndte med Nedsættelsen af en kgl. Kommission i 1881. *Ax. Ulrik.*

E. M. HOFF: **Dr. Geill om de färöske Embedsläger.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 856.

GEILL: **De färöske Embedsläger.** S. St., S. 876.

RÖRDAM: **Om Distriktslægeembedernes Besættelse.** S. St., S. 877.

E. M. HOFF: **Färöske Embedsläger.** S. St., S. 894.

Polemik om de färöske Embedslägers Adkomster ved Embedsbesættelser i det øvrige Danmark. *Ax. Ulrik.*

JOH. MÖLLER: **Den civile Medicinallovgivning i Kongeriget Danmark.** 5te Bind. København 1895. 738 Sider.

Med dette Bind, som omfatter Perioden 1880—89, er Værket, som udgaves med Støtte af »den almindelige danske Lægeforening», sluttet, idet det kgl. Sundhedskollegium har overtaget Udgivelsen af Fortsættelsen fra 1890 efter samme Plan. *Ax. Ulrik.*

Den almindelige danske Lægeforenings 23de Møde. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 847.

Mødet afholdtes d. 29 og 30 Avgust 1895 i København. Deltagernes Antal var 337, hvoraf 175 fra København. I Følge Formandens Meddelelse talte Foreningen ved Udgangen af 1894 837 Medlemmer i 17 Kredforeninger. Et Foredrag af SAUGMAN »om Forholdsregler mod Tuberkulose og særlig om Sanatorer for brystsyge» vandt Forsamlingens Tilslutning; der valgtes 3 Medlemmer til at træde sammen med den Kreds af Läger, som forbereder Oprettelsen af et Sanatorium. Forsamlingen udtalte sig end videre for, at det burde pålægges de praktiserende Läger at anmelde de Tilfælde af Lungesvind-sot, som komme under deres Behandling, og at Medicinalautoriteterne ad Lovgivningsvejen bør træffe Foranstaltninger mod Tuberkulosens Udbredelse, samt for gratis Desinfektion for ubemidlede ved denne Sygdom; endelig nedsattes et Udvalg til at udarbejde en populær Redegørelse om Tuberkulosens Årsagsforhold, Symptomer og Smittefarlighed. — Et Foredrag af GEILL »Om Kursus for Embedsläger og Oprettelsen af en Fysikatsexamen» førte til Vedtagelse af en Resolution om Ønskeligheden af de nævnte Foranstaltninger. Til Mødested for næste Møde valgtes Fredericia. *Ax. Ulrik.*

E. M. HOFF og J. CARLSEN: **Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1893.** København 1895. 240 Sider.

Folkemængde 2 217 052; Fødselskvotient 30,4, varierende mellem 27,5 i Fyns Fysikat og 35,8 i Ringkøbing Fysikat; Dødelighedskvotient 19,0, varierende mellem 16,3 i Bornholms Fysikat og 20,3 i København; dødfødte 1 763 = 2,5 % af samtlige fødte; Antallet af

nägte födte varierede mellem 2,9 % i Ribe Fysikat og 21,9 % i Köbenhavn.

Sundhedstilstanden synes at have været relativ god i Löbet af 1893; ingen større Epidemier af Betydning optrådte. Af *exantematisk Tyfus* viste sig i Köbenhavn i Februar—Marts en lille Epidemi, i alt 43 Tilfælde, med 4 Dödsfald (alle voxne Mänd). *Tyfoïd Feber* omtrent som det foregående Ar, 3 623 Tilfælde; af *cerebrospinal meningitis* anmeldtes 127 Tilfælde. Af *Difteri* anmeldtes et noget større Antal end i 1892, nemlig 21 595 (mod 18 219), dog uden väsentlig Tilväxt i Dödelighed; *Krup* 2 100 Tilfælde (mod 1 680 i 1892); af *scarlatina* anmeldtes 8 041 Tilfælde, det höjeste ärlige Tal i det sidste Decennium, *morbilli* 8 794 Tilfælde; *tussis convulsiva* 10 695 Tilfælde; *febr. puerperalis* 727 Tilfælde; *Kolerine* og *akut Intestinalkatarr* 40 119 Tilfælde. Foruden Oversigten over de epidemiske Sygdommes Opträden og Dödelighed indeholder »Medicinalberetningen» Beretning om Vaccinationen i 1893 (43 717 Börn vakeinerede ved offentlig Vaccination), sammendragen Mortalitetstabel for samtlige Landets Byer; skematiske Uddrag af Jordepoderprotokollerne, indeholdende Oplysninger om 58 343 Födslar udenfor Köbenhavn, Generaltabel, oplysende de närmere Forhold ved 1763 Dödfödslar, tabellarisk Oversigt over samtlige Provinssygehuses Virksomhed, Meddelelser om den offentlige Sundhedspleje, Personalefterretninger, Beretninger fra Färöerne og Bilandene (Island, Grönland, Vestindien). Under et Slutningsafsnit, »särilige Beretninger», findes Meddelelser om sociale og hygiejnske Forhold i det sydvestlige Jylland af Distriktsläge, Dr. med. BRUUN (Esbjerg), Distriktsläge JENSEN (Fanö) og pr. Läge PHILIPSEN (Egnen om Ölgod).

E. M. Hoff.

BEHNCKE: Supplement til min Afhandling: Om de hygiejnske og sanitäre Forhold i Hvidovre Sogn. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 925.

Rettelser og Tilföjelser til den nävnte Afhandling.

Ax. Ulrik.

NILS ENGLUND: Desinfektionsåtgärder på landsbygden. Eira 1895, s. 575 & 611.

Förf. genomgår kritiskt alla desinfektionsmedel, som kunna anses passande att användas å landsbygden, utmönstrar en hel del och förordar andra, särskildt formaldehyd. Näsa mun och svalg skall ock desinficeras med sozojodol eller jodtriklorid. Sjuksköterskor och desinfektörer skola anställas af kommunerna, de förra skola besörja isolering och desinfektion under sjukdom; sedan sjukdomen upphört skall desinfektion ske af manlig desinfektör. Kommunerna skola tillbandahålla desinfektionsmedel. I Fjellsjö distrikt har förf. lyckats införa ej så litet af dessa förslag.

E. Almqvist.

NILS ENGLUND: Om formaldehyden. Stockholm 1895, 45 s. S:v.

Arbetet redogör för de många arbeten, som på senaste år utförts öfver detta nya desinfektionsmedel, och för de experimentela under-

sökningar, som förf. själf utfört i Stockholm å hygieniska institutionen. Förf. undersökte medlets verkan vid afdunstning ur skål med och utan upphettning, vid spräfsök, vid formogenlampor af flere slag, vid afdunstning ur lakan.

Lamporna gånvo blott ringa utbyte, afdunstningen likaså, därest icke klorkalcium tillsattes. $\frac{1}{2}$ kgm klorkalcium och en liter 40 % formalin bilda en lösning, ur hvilken aldeyden fullständigt afdunstar och ger den kraftigaste desinfektionsverkan. Doppas däri lakan, så räcker ett lakan på 2 m² till ett rum på 8 m³; för hvar m³-rum räknas 60 till 70 cm³ vätska. På detta sätt kunna hela rum eller lådor med smittade kläder göras smittofria.

Medels språ erhöls ock utmärkt resultat. Tapeter, kläder m. m. besprutas med 2 % formalinlösning. Ytorna måste fullständigt utsättas för vätskans inverkan. 60 till 70 cm³ åtgå för hvar m²-yta. För ögonen måste desinfektören ha skyddsbrillor, för munnen en mask med 2 lager bomull. Händerna ingnidas med vaselin. Metoden är den billigaste.

Inverkan bör alltid få pågå ett dygn.

E. Almquist.

A. P. WESTERBERG: **Beskrifning öfver nya lasarettet i Falköping.** Upsala läkareför. förh., ny följd, bd 1, s. 30.

Förf. redogör för tillkomsten af ett sjukhus i Falköping och för det nu uppförda sjukhuset, som ritats af arkitekt R. L. Linqvist och i uppförande med tomt kostat 350,000 kr. Sjukhuset kan för närvarande rymma 113 sjnka. Plan och rum åskådliggöras å 5 tafvor.

E. Almquist.

THURE HELLSTRÖM: **Om diagnosticerandet af difteri.** Hygiea 1895, II, s. 240.

På Stockholms nya epidemisjukhus har i stor skala tillämpats de metoder för difterins igenkännande som grunda sig på LÖFFLERS, ROUX' och YERSINS arbeten. 1,881 personer ha insändts som misstänkta för difteri, af dessa befunnos 69 % vara behäftade med difteri, under det att 31 % blott ledo af angina. De sist nämnda hemskickades snarast möjligt; i hemmen uppstod aldrig difteri efter dessas hemkomst. Förf. särskiljer de korta, tjocka, ofta parallellt ordnade stafvar, som stundom fås i kulturer från beläggningar. Fallen förlöpa hastigt och lätt. Förlamningar inträda ej, och stafvarna försvinna hastigt ur svalget. Blott 3 patienter ha varit intagna för difteri tvänne gånger på längre mellantider.

Krupfallen hafva i de flesta fall visat difteristafvar, i några få fall funnos blott kokker. De sist nämnda fallen förlöpte lyckligt, ehuru några behöfde opereras. 17 gånger har krup iakttagits i skarlakansfeberns sista skeden, alla utom 1 voro af difteritisk natur, 15 opererades, blott 5 öfvergingo till hälsa. 31 fall af messling har intagits, där komplikation med krup förelåg, de voro alla utom en af difteritisk natur, blott 3 tillfrisknade.

664 fall af skarlakansfeber ha undersökts, blott 13 fall eller 2 % visade LÖFFLERS staf. De sist nämnda ledo altså af två smittor.

En mängd iakttagelser öfver smittohärdens förlopp meddelas. Förf. har ständigt hållit öga på dessa. Vi kunna hoppas, att härigenom snart nog difterins smittningssätt blir belyst på ett helt annat sätt, än hvad som förut kuunat göras.

Värdet af bakteriologisk diagnostik vid difterin framhålles skarpt.

E. Almqvist.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: Beretning om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl. Födsels- og Plejestiftelse for Året 1894—95. — H. W. AF SCHULTÉN: Årsberättelse för år 1893 från kirurgiska sjukhuset i Helsingfors. — Tiårs Beretning om Polikliniken i Köbenhavn för Ubemidlede 1884—1894. — Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindsygeanstalter i 1894. — De Kellerske Åndssvageanstalter 1 April 1894 til 1 April 1895. — 36te Beretning om Åndssvageanstalten på Gl. Bakkehus og Ebberödgård for Året 1 April 1894 til 31 Marts 1895. — 32te Beretning om den danske Diakonissestiftelses Virksomhed, omfattende Tidsrummet 1 Jan. til 31 Dec. 1894.

Beretning om det kgl. Frederiks Hospital samt den kgl. Födsels- og Plejestiftelse for Året 1894—95. Köbenhavn 1895. 135 Sider.

Frederiks Hospital. Sängeantal 364. Den 1 April 1894 fandtes i Hospitalet 318 syge, i Årets Löb tilkom 2 464, udskreves 2 194, døde 249, fandtes tilbage ved Årets Slutning (31 Marts 1895) 339. — Samlede Antal Forplejningsdage 114 513; störst Belägning den 12 Marts 1895: 366, lavest den 24 Juli 1894: 230. — Med. Afd. A: ¹⁾ 716 Patienter, 86 døde. — Med. Afd. B: 751 Patienter, 94 døde. — Kirurg. Afd. C: 855 Patienter, 55 døde; 494 Operationer med 43 Dödsfald; 206 Kloroformnarkoser, 208 Kloroform-Äternarkoser, 4 Äternarkoser. — Kirurg. Afd. D: 499 Patienter, 20 døde; 367 Operationer med 6 døde; 3 Kloroformnarkoser, 208 Äternarkoser. — På Hospitalets Konsulationsstue behandledes 4 928 Patienter.

Födsels- og Plejestiftelsen. I Årets Löb indkom 1 687 Kvinder, af hvilke 50 udgik uden at föde. 696 behandledes i Stiftelsens egne Lokaler, 1 032 i Filialerne, desuden i selvvalgte Lokaler 9. I Fölge Overakkuchörens Beretning (der angår Kalenderåret 1894) födte i dette År 1 634 (19 Tvillingfödsler); 1 588 Börn vare levendefödde, 65 dödfödde. Af de födte vare 1 232 fuldbärne, 421 ufuldbärne. — Der forekom 144 Tilfælde af Puerperalfeber; den puerperale Morbilitet var noget under 9 %. Der indtraf 3 Dödsfald af Barselfeber, så at den egentlige puerperale Mortalitet bliver omtr. 1,8 pro mille.

Az. Ulrik.

¹⁾ De fölgende Lägeberetninger gälde Kalenderåret 1894.

H. W. AF SCHULTÉN: Årsberättelse för år 1893 från kirurgiska sjukhuset i Helsingfors. Helsingfors 1895.

År 1893 hafva 969 patienter blifvit behandlade på kliniken. Enligt samma princip, som följts i tidigare årsberättelser, är materialet ordnad efter kroppsregioner. Dödsfallens antal var 81, hvaraf 64 hos opererade patienter; af dessa dogo 15 i tuberkulos, 9 i svulstmetastaser och marasm, 3 i hjärnskador (komplicerade brott af kraniets ben, som underkastats operation), 2 i meningit, den ena efter ligatur af carotis communis, 7 i akuta lungåkommor, 3 i blödning, däraf en hemofil o. s. v. 1,336 operationer, af dem 341 på polikliniken, hafva utförts. Polikliniken har besökts af 5,473 patienter med 17,786 konsultationer.

Hj. von Bonsdorff.

Tiårs Beretning om Polikliniken i Köbenhavn for Ubemidlede 1884—1894. Köbenhavn 1895.

Institutionen öppnades den 15 Nov. 1884. I de 10 År er i alt behandlet 140 625 Patienter og givet 4 til 500 000 Konsultationer. I Poliklinikens Undervisningskursus har der i Årenes Løb været indtegnet over 1 500 Deltagere, navnlig medicinske studerende, men også praktiserende Læger. I 1888 bevilgede Rigsdagen et Tilskud af 1 500 Kroner årlig, som i 1893 forhøjedes til 3 000 Kroner årlig, samtidig med, at der i Overbestyrelsen optoges to Medlemmer af det medicinske Fakultet.

I 1894 har Polikliniken haft rigelig Tilgang af Bidragydere. Det vedtoges fra 1 Jan. 1895 at antage 7 ulønnede Lægeassistenter med en Ansættelsestid af 6 Måneder. — Patientantallet var i 1894 14 597. Af disse behandlede 2 307 for medicinske Sygdomme, 1 838 for kirurgiske Sygdomme, 2 750 for Öre-, Hals- og Näsesygdomme, 1 676 for Öjensygdomme, 1 428 for Hudsygdomme, 1 730 for Börnsygdomme, 1 884 for Tandsygdomme, 305 for Kvindesygdomme. 602 for Nervesygdomme og 77 for ortopädiske Sygdomme (4 718 Mænd, 5 307 Kvinder, 4 572 Börn). Forelæsninger og Övelser afholdtes som sædvanlig.

Ax. Ulrik.

Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1894. Köbenhavn 1895. 77 Sider.

St. Hans Hospital for sindssyge (Overläge ROHMELL).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 1 010, ved dets Slutning 1 006. Der indkom 239, afgik 243, behandlede i alt 1 249. Sygdomsformen ved Indläggelsen var Melankoli hos 63, Mani hos 39, Forrykthed hos 39, Slövsind hos 90, Idioti hos 8. Af disse led samtidig 36 af fremskridende Parese, 8 af Epilepsi. Blandt Årsager opføres Puberteten hos 12, Alderdom hos 12, Influenza hos 8, Udskejelser hos 6, Drik hos 34, Syfilis hos 24, Fattigdom hos 12, andre Sorger hos 16, arveligt Anlæg hos 79. Desuden opføres de andre sædvanlige Årsager hver med nogle enkelte Tilfælde. Ubekendt var Årsagen hos 16. Anstalten har anskaffet et lille Trykkeri, hvorved

en Del Typografer ere beskäftigede. Sundhedstilstanden har været god. Som Resultater af Behandlingen angives, at 53 ere helbredede, 48 bedrede, 13 uhelbredede, 34 døde af de afgæede. Forsøgsvis er en uddannet Sygeplejerske ansat på en Sygestue for Mænd, som behandles med længere Tids Sængeleje, og Resultatet har været meget opmuntrende. En Epidemibygning for hele Hospitalet med 12 Pladser og en ny Strømbadeanstalt for Mænd er taget i Brug i Årets Løb.

Sindssygeanstalten ved Vordingborg (Overlæge HELWEG).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 454, ved dets Slutning 484, der indkom 120, afgik 90, behandlede i alt 574. Af dem, der søgte Optagelse, have 32 % (53 af 173) ikke kunnet optages af Pladsmangel; dog ere alle friske Tilfælde strax blevne optagne, idet Pladserne for sådanne ere blevne en Del forøgede. Sygdomsformen ved Indlæggelsen var Mani hos 42, Melankoli hos 52, Vanvid hos 17, Sløvsind hos 4; ikke sindssyge vare 3; for 2 Patienters Vedkommende er Diagnosen uafgjort. Af disse led samtidig 3 af generel Parese og 2 af Epilepsi. Blandt Årsager opføres arvet Disposition hos 84, Disposition efter tidligere Anfald hos 13, Misbrug af Alkohol hos 5, puerperium hos 5, contusio capitis hos 5, influenza hos 6, Overanstængelse hos 5, Græmmelse hos 7, ubekendt hos 13. Sundhedstilstanden har været god, særlig er der en betydelig Nedgang i Dødsfald af Tuberkulose (0,85 % mod 2,38 % af den samlede Belægning forrige År). Behandlingens Resultater have været, at 41 ere helbredede, 21 bedrede, 12 uhelbredede, 14 døde; 2 af de afgæede vare ikke sindssyge.

Sindssygeanstalten ved Middelfart (Overlæge LANGE).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 406, ved dets Slutning 412; der indkom 111, afgik 105, behandlede i alt 517. Sygdomsformen ved Indlæggelsen var Mani hos 38, Melankoli hos 54, Forrykthed hos 3, Sløvsind hos 16. Af disse led samtidig 3 af progr. Parese og 1 af Epilepsi. Benyttes også »Forvirringen» som Diagnose, falder der på denne 33, og der bliver da af Mani 22, af Melankoli 37. Blandt Årsagerne kan nævnes arvelig Disposition af forskellig Art hos 88, Pubertetsudviklingen hos 14, Svækkelse ved mange Fødsler hos 8, Drik hos 8, Influenza hos 13, Masturbation hos 7, tidligere Anfald af Sindssygdom hos 7, religiøs Påvirkning hos 9. Behandlingens Resultat hos de afgæede viser 50 helbredede, 25 bedrede, 11 uhelbredede, 19 døde.

Sindssygeanstalten ved Århus (Overlæge HOLM).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 550, ved dets Slutning 547; der indkom 134, afgik 137, behandlede i alt 684. Af dem, der søgte om Optagelse, have 10 helbredelige måttet vente ud over Årets Udgang, 67 uhelbredelige ere afviste. Sygdomsformen ved Indlæggelsen var Mani hos 43, Melankoli hos 53, Vanvid hos 5, Forrykthed hos 20, Sløvsind hos 10; ikke sindssyge vare 3. Af disse led samtidig 6 af progr. Parese, 1 af Epilepsi. Blandt de opførte

Årsager kan nævnes Influenza hos 6, Drik hos 8, religiøs Påvirkning hos 12, Disposition efter tidligere Anfald hos 45, arvet Disposition hos 102. Som Behandlingsresultater ved Afgangen opføres: 46 helbredede, 24 bedrede, 22 uhelbredede, 17 døde, 1 ikke sindssyg.

Sindssygeanstalten i Viborg (Overlæge HALLAGER).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 340, ved dets Slutning 340; der indkom 9, døde 8, afgik som bedret 1. Sygdomsformen ved Indlæggelsen var Melankoli hos 1, Vanvid hos 1, Forrykthed hos 3, Sløvsind hos 4, af hvilke sidste 1 tillige havde progr. Parese. Sundhedstilstanden har været god.

P. D. Koch.

De Kellerske Åndssvageanstalter 1 April 1894 til 1 April 1895. København 1895.

De tidligere en privat Person tilhørende Anstalter gå fra 1 Okt. 1895 over til at danne en selvstændig Stiftelse under Statens Tilsyn, ledet af en Direktion, som består af en ansvarlig Forstander og to af Ministeriet valgte Medlemmer, et skolekyndigt og et lægekyndigt. Stiftelsen begynder med en Fornue af 162 000 Kr., som er tilfalden den som Gave ved en af den afdøde Forstander JOH. KELLERS Enke truffen Ordning. — I Anstalterne optoges i Årets Løb 87 åndssvage, udskreves 52, afgik ved Døden 17. Den samlede Belægning var ved Årets Begyndelse 551, ved dets Slutning 571. En Del Ansøgere have måttet afvises af Mangel på Plads.

Ax. Ulrik.

36te Beretning om Åndssvageanstalten på Gl. Bakkehus og Ebberöd-gård for Året 1 April 1894 til 31 Marts 1895. København 1895.

Af Alumnerne på Gl. Bakkehus udmældtes 18, afgik ved Døden 7, overflyttedes til Ebberödgård 12; derimod optoges 38 nye Alumner. Alumnernes Antal var ved Årets Begyndelse 195, ved dets Slutning 196, af hvilke 183 vare Skoleelever. — På Ebberödgårdanstalten indkom 90 nye Alumner, deraf 12 fra Gl. Bakkehus; i Årets Løb døde 24 og udtoges 13. Det samlede Antal var ved Årets Begyndelse 331, ved dets Slutning 384, hvilke vare således fordelte: 100 i Arbejdshjemmet for Mænd, 78 i Arbejdshjemmet for Kvinder, 70 i Plejehjemmet for Mænd, 69 i Plejehjemmet for Kvinder, 67 i Plejehjemmet for Börn.

Ax. Ulrik.

32te Beretning om den danske Diakonissestiftelses Virksomhed, omfattende Tidsrummet 1 Jan. til 31 Dec. 1894. København 1895.

I Stiftelsens Hospital overlå fra forrige År 46, indkom i Årets Løb 514 (deraf 406 Kvinder); af disse udskreves 466, døde 39 og overlå til næste År 55. Sygedagenes Antal var 24 455, den daglige Middelbelægning 67,79. Der optrådte ikke Tilfælde af Hospitalssygdomme i Årets Løb. På Overlæge PAULLIs Afdeling behandledes 405 Patienter; der foretoges 121 Operationer, 4 døde. På Prof. HO-

WITZ's Afdeling behandledes 100 Patienter; der foretoges 25 mindre gynäkologiske Operationer og 26 Laparotomier; 6 døde. I Polikliniken behandledes 2 268 Patienter. *A. Ulrik.*

Militär hälsovård: EDW. EDHOLM: JAROMIR MUNDY. — EDW. EDHOLM: ROBERT SCHULTZ. — EDW. EDHOLM: Några anteckningar om Gustaf II Adolf. — EDW. EDHOLM: Återblick på Svenska militärläkareföreningens 20-åriga verksamhet 1875—1895. — CARL LENSBERG: Några undersökningar öfver den s. k. transitoriska albuminurins prognos. — GORDON NORRIE: Undersøgelse af värnepligtiges Syn. — EDW. EDHOLM: Om belysning af slagfält efter strid. — B.: En Cyklebåre. — JOHAN KIER: Garnisonssygehuset i Köbenhavn. — HANS DAAE: Lidt om udenlandske Kaserneforhold. — FRITZ NETZLER: XI. medicinska kongressen i Rom 1894. — GUSTAF MODIGH: Utdrag ur reseberättelse från Österrike, Italien och Tyskland. — CARL ROSSANDER: Om medicinens och särskildt militärmedicinens utveckling och ställning i Indien. — EDW. EDHOLM: Från kriget mellan Japan och Kina.

EDW. EDHOLM: **Jaromir Mundy.** Tidskr. i militär hälsovård 1894, s. 356.

Denne framstående militärläkare och en af humanitetens främste förkämpar afled d. 23 augusti 1894. Hans lefnadsöden äro mycket skiftande, och han föll för sin egen hand. Först bestämd för kyrkan blef han dock sedermera officer, men egnade sig snart nog åt läkaryrket, först åt psykiatriska studier, sedan åt hygieniska, hvars målsman han blef i sitt hemland, samt slutligen sedan 1866 såsom militärläkare, hvarutinnan han utmärkte sig för den rastlöshet, som han i alt hvad han företog sig energiskt utvecklade.

I så godt som alla följande krig deltog han såsom sådan samt öfver hufvud i alla humanitetssträfvanden.

Hans personlighet var i hög grad egendomlig. Wienerpubikens gunstling hade han blifvit, särskildt genom sin verksamhet efter Ringteaterns brand, då han grundlade »Wiener freiwillige Rettungsgesellschaft», som sedan i barmhertighetens tjänst utträttat så mycket godt.

E. A. Thomæus.

EDW. EDHOLM: **Robert Schultz.** Tidskr. i militär hälsovård 1895, s. 23.

Fördelningsläkaren vid 5:te arméfördelningen d:r PER ROBERT SCHULTZ afled d. 24 dec. 1894; med honom förlorade svenska militärläkarekorpsern en af sina mest framstående medlemmar. Ut i en nekrolog öfver honom genogås hans släktgenealogi och hans familjeförhållanden samt följes hans befordringar steg för steg, tils han 1894 blef fördelningsläkare.

Sitt nit och intresse såsom militärläkare bevisade han äfven å krigsteatern under dansk-tyska kriget år 1864. Han tog liffig del i militärläkareföreningens verksamhet, har tjänstgjort såsom hygieniek inspektör och har såsom sådan företagit en mängd resor. Han var dessutom

stadsläkare i Upsala samt har om stadens sanitära utveckling inlagt stora förtjänster. Han ådagalade god förmåga såsom skriftställare och var ovanligt begåfvad. På honom och hans verksamhet kan för öfrigt tillämpas den gamla satsen: »suaviter in modo, fortiter in re».

E. A. Thomæus.

EDW. EDHOLM: **Några anteckningar om Gustaf II Adolf.** Tidskr. i mil. hälsovård 1895, s. 14.

Några spridda drag finnas här sammanförda om konungens person, om de skottsår och andra skador, som drabbat honom i fält samt några korta anteckningar om läkarevetenskapens ställning i Sverige under hans tid och om de läkare, som stodo honom närmast.

Han var af en sund kroppskonstitution, men var besvärad af en ej obetydlig närsynthet samt på senare åren af korpulens. Af de märkligare kroppsskador, som träffade honom genom fiendehand, anföres en från Danzig, hvarvid kulan »gick in i högra sidan under de korta refbenen på buken». En från Dirschau, där en muskötkula gick genom halsen öfver nyckelbenet och stannade mellan axeln och skulderbladsmuskelnerna. Efter denna blessyr hade konungen svårt att bära harnesk. Slutligen relateras mera utförligt de skador, som vid Lützen föranledde hans död samt iakttagelserna vid den därefter företagna liköppningen.

Under denna konungs tid tillsattes de första medicine professorer vid universiteten i Upsala och Dorpath. Från utlandet togos hufvudsakligen hans egen och familjens lifmedici, äfvenså de fältskärer och läkare som fungerade vid armén; endast trenne voro svenskar. Gustaf Adolf har för öfrigt gifvet det första uppslaget till den medicinska undervisningens ordnande.

E. A. Thomæus.

EDW. EDHOLM: **Återblick på Svenska militärläkareföreningens 20-åriga verksamhet 1875—1895.** Tidskr. i militär hälsovård 1895, s. 193.

Denna återblick utgöres af en kortfattad öfversikt af föreningens hufvudsakliga verksamhet under de gångna 20 åren. Till följd af de stora krigen i Amerika, Tyskland och Frankrike, hade det militära sanitetsväsendet vunnit en betydlig utveckling och ådragit sig större uppmärksamhet än någonsin förut, och detta med afseende på alla dess olika grenar. Detta förhållande åstadkom äfven väckelsen till bildandet af militärläkareföreningen härstädes sommaren 1875. År efter år hafva sedermera på olika tider af sommaren och på olika platser inom fäderneslandet årsmöten hållits, hvilkas förhandlingar och föredrag uti denna återblick omnämnas, samt framhålles därjämte de resultat i lagstiftningsväg, som framgått ur de initiativ som gifvits vid dessa möten till väckande af flere organisationsfrågor. I samband härmed lemnas uppgifter om företeelserna inom det militära sanitetsväsendet i Sverige under samma tidsskede.

E. A. Thomæus.

CARL FLENSBURG: **Några undersökningar öfver den s. k. transitoriska albuminurins prognos.** Tidskr. i mil. hälsovård 1894, s. 339.

Efter redogörelse för denna frågas nu varande ståndpunkt i allmänhet samt af några undersökningsserier, som af förf. blifvit företagna, uttalar han sin uppfattning af den transitoriska albuminurins prognos.

Efter alla tecken att döma kan denna ställas fullt god för sådana personer, hos hvilka ägghvita endast som ett rent undantagsfall kan i urinen påvisas. Personerna i fråga måste dock hälst underkastas en utförlig undersökningsserie. Skulle benägenhet till ett oftare upprepaende af albuminuri visa sig, anser förf. det rättast att — hvad militärtjänst angår — tills vidare kassera.

E. A. Thomæus.

GORDON NORRIE: **Undersøgelse af värnepligtiges Syn.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, s. 1003, 1017.

Omtaler Undersøgelsen af Synsstyrke och Refraktion, de Krav, der stilles til värnepligtiges Öjne i disse Henseender, samt Undersøgelsen på Simulation.

J. Bjerrum.

EDW. EDHOLM: **Om belysning af slagfält efter strid.** Tidskr. i militär hälsovård 1894, s. 311.

Användning af elektricitet till belysning af slagfält föreskrifver sig ej längre tillbaka än till slutet af 1870-talet.

BILLROTH var den förste, som fäste uppmärksamhet härvid, där-efter hufvudsakligen MUNDY i Wien, som vidtog försök i stor skala, hvilka åter föranledde offentliga diskussioner, där lifliga sympatier uttalades för den samma, dock från militär sida ej utan opposition. Med de nu varande hjälpmedlen, lyktor stundom facklor, har lång tid ofta erfordrats efter större drabningar för att fullständigt evakuera ett slagfält från sårade; detta redan inuan repetergevär och röksvagt krut kommit till användande, hvilka betydligt förökad mängden af hjälpbehöfvande och sålunda äfven stegrat behovet af underlättande hjälpmedel. Det elektriska belysningssättet har, trots inkasten mot dess användning, hvilka anföras och vederläggas i uppsatsen, visat sig för ändamålet lämpligt. Belysningsapparaterna bestå af ackumulatorer på smärre och lättare fordon, framkomliga på stridsfältet.

E. A. Thomæus.

B.: **En Cyklebåre.** Militärlägen, Årg. 3, s. 258.

Beskrivelse af et af Korpsläge VOGELIUS konstrueret Apparat, bestående af 2 Cykler, der ere opstillede ved Siden af hinanden i en Afstand af omtrent 3 Fod og forbundne ved 2 Tvärstænger af Stål, hvorpå en Sygebåre kan anbringes. 2 Cyklister ville således kunne transportere en syg eller såret i meget kortere Tid end på en Hjulbåre eller en Bærebåre (der angives i henholdsvis $\frac{1}{3}$ og $\frac{1}{6}$ af Tiden).

Joh. Möller.

JOHAN KIER: **Garnisonssygehuset i Köbenhavn.** En historisk Studie. Militärlägen, Årg. 3, S. 12, 94, 167, 247.

Garnisonssygehuset eller — som det oprindeligt kaldtes — Garnisonshospitalet i Köbenhavn indrettedes 1818 i nogle alt bestående Bygninger, af hvilke den ældste — det nuværende Officerslasaret — var opført 1668 som et kemisk Laboratorium for den italienske Guld-
mager Borro. Hospitalet var i den første Tid egentlig et Konglomerat af 11 små selvstændige Afdelinger, bestemte til Optagelse af de syge fra hvert af de 11 Regimenter og Korps, der da garnisonerede i Köbenhavn, og hvis Läger dels førte Lægetilsynet hver med sin Tropeafdeling, dels behandlede sine syge på Hospitalet, når de indlagdes der. Ved Arméorganisationen af 1842 forandredes dette Forhold, idet Garnisonshospitalet deltes i 3 Afdelinger, til hvilke de forskellige Tropeafdelingens syge fordeltes; hver Hospitalsafdeling havde en Overlæge og 2 Underlæger; Overlægen havde i Begyndelsen tillige Tjäneste ved en Tropeafdeling; først fra 1854 fritoges han definitivt derfor. Fra dets Oprettelse i 1818 bestyredes Garnisonshospitalet af en Direktion, bestående af Kommandanten over Köbenhavns Fæstning, en Oberst af Garnisonen og Stabskirurgen (den daværende Betegnelse for det militære Sundhedsvæsenes Chef); i 1861 afløstes denne Direktion af en anden, bestående af Hospitalets Inspektör och en Overlæge.

Fra 1867 optog Garnisonshospitalet, der hidtil kun havde modtaget syge fra Hären, også Marinens syge Mandskaber, og det for disse tidligere bestemte »Søetatens Hospital» blev nu knyttet til Garnisonshospitalet som et Reservehospital, fra 1888 væsentlig benyttet som Epidemihospital, skönt det ved sin Belliggenhed og Indretning kun er lidet skikket dertil, om der end ved forskellige Bygningsforanstaltninger m. m. i de seneste År er opnået flere væsentlige Forbedringer.

Härloven af 1867 medførte ingen betydelige Forandringer for Garnisonshospitalet, som nu fik Navnet »Garnisonssygehus»; den vigtigste var Oprettelsen af Sundhedstroppernes Korps, bestående af värnepligtigt Mandskab, først Militärarbejdere, nu Kombattanter, hvoraf der årlig indkaldes 120 i 4 lige store Hold til Uddannelse og Tjäneste som Sygepassere ved Landets samtlige Garnisonssygehuse. — En væsentlig Forandring i Sygehusets Ordning skete ved de »organisatoriske Bestemmelser for Härens Sundhedsväsen» af 1886, der i flere Henseender gave det militære Sundhedsväsen en større Selvstændighed; Sygehusets tidligere Direktion afløstes af en Läge som Chef for Sygehuset, hvem dettes Inspektör (en Intendant af Forplejningskorpset) underordnedes; Sanitetsmateriellet og Sundhedstropperne (Sygepasserne), der hidtil havde stået under Forplejningskorpset, henlagdes under Lägekorpset, hvis Chef også blev Sundhedstroppernes Chef. Sygehusets 3 Afdelinger, der herefter blev kaldte Servicer, vedblev at bestå, hver under sin Chef, der alene underordnedes Sygehuschefen. Desuden oprettedes i 1888 2 Klinikker, en for Öre-, Näse- og Svälgsygdomme og en for Öjensygdomme, og i 1891 en Klinik for Hudsygdomme og veneriske Sygdomme; samtlige Klinikker bestemtes tillige for poliklinisk Behandling af syge fra hele Köbenhavns Garnison og fra Sövärnet. I 1891 indrettedes et bakteriologisk Laboratorium, bestemt til kliniske

og hygiejniske Undersøgelser, ikke alene for Sygehuset, men også for Garnisonens Afdelinger, samt for samtlige Garnisoner uden for København.

Forf. meddeler end videre Uddrag af de til forskellige Tider udgæede reglementariske Bestemmelser for Garnisonssygehuset, en Oversigt over de navnlig i de senere År talrige Bygningsforandringer, hvorved der er tilstræbt at give de gamle Sygehusbygninger en så tidssvarende Indretning som muligt og udstyre dem i Overensstemmelse med Nutidens Fordringer (med hensigtsmæssige Badeindretninger, Desinfektionsovn, Operationsstue m. m.), samt en Oversigt over Sygebevægelsen i Sygehuset i 1884—93.

Joh. Möller.

HANS DAAE: Lidt om udenlandske Kaserneforhold. Militärlägen, Årg. 3, S. 233.

Forf., der er norsk Sanitetskaptejn og har beskæftiget sig meget med Spørgsmålet om Oprettelse af Kaserne i Norge, hvor der er stærk Trang til sådanne, og hvor Begyndelsen er gjort til Afhjælpning af denne Trang, meddeler sine Iagttagelser fra en Rejse i flere evropæiske Lande, som han har foretaget for at studere Kaserneforholdene. Han omtaler udførligt det store Kasernekomplex Albertstadt ved Dresden, hvilket han betragter som et Mønster på hygiejnisk vel indrettede Kaserne, fremdeles en hollandsk Kaserne, nemlig Artillerikaserne i Utrecht, med dens i flere Henseender ejendommelige Forhold, og udtaler sig med Anerkendelse om de nye Kaserne i Sverige og Danmark, i det han henviser til de (for Danmarks Vedkommende i »Militärlägen») meddelte Beskrivelser af disse Kaserne.

Joh. Möller.

FRITZ NETZLER: XI. medicinska kongressen i Rom 1894. Tidskr. i mil. hälsovård 1894. s. 325.

Förf. skildrar sin resa och sin ankomst till Rom.

Kongressen öppnades d. 29 mars. Programmet för militär-medicinska sektionen utgjorde 6 hygieniska och militär-kirurgiska frågor, som blifvit uppställda af den verkställande komiten. Härtill voro omkring 60 meddelanden anmälda af så väl italienska som utländska kongressmedlemmar. Sammankomsterna voro fem till antalet. Förf. genomgår kortfattadt frågornas behandling, bland hvilka förekommo följande: Om förekommande af tuberkulos inom armén; om de mest praktiska medlen att förebygga smittosamma sjukdomar ombord å krigsfartyg; om de nya eldvapnens verkningar; om likformighet i de olika ländernas militära statistik; om ljumskbräck inom armén; om de modifikationer vid organisationen af sjuktransporttjänsten och de sårades första hjälp, som böra vid kommande krig iakttagas med anledning af de nya eldvapnen; om sår förorsakade af de nya eldvapnen och dessa sårs behandling å slagfältet.

Förf. demonstrerade svenska arméns nyautagna operationsbord för fältbruk, som var utställt af Max Stille, hvarefter han öfverlemnade det samma såsom skänk från de svenska militärläkarne.

Slutligen anför han i korthet de fester, hvartill utländningarna af denna sektion voro inbjudna af italienske militärläkare och officerare.

E. A. Thomæus.

GUSTAF MODIGH: Utdrag nr reseberättelse från Österrike, Italien och Tyskland. Tidskr. i militär hälsovård 1895, s. 213.

Provieringen vid österrikiska armén utgör första föremålet för denna berättelse. Därefter inberättas om kasernernas och sjötruppernas beskaffenhet i Pola, Österrikes örlogshamn. Planen för ett nytt epidemisjukhus, som därstädes höll på att byggas, omförmäles, samt österrikiska flottans särskilda bestämmelser vid desinfektion ombord å fartyg så väl den preventiva som vid utbrott af infektionssjukdomar.

Från Venedig beskrifves militärsjukhuset St. Chiare samt slutligen sjukvårdsinrättningarna vid marinstationen i Kiel.

E. A. Thomæus.

CARL ROSSANDER: Om medicinens och särskildt militärmedicinens utveckling och ställning i Indien. Tidskr. i mil. hälsovård 1895, s. 1.

Förf. framlägger resultatet af sina iakttagelser rörande särskildt militärmedicinens utveckling och ställning i det Anglo-indiska väldet. De äro gjorda vid ett besök å platsen förlidet år. Efter en mera allmän öfverblick öfver det underbara landets kultur och historia företager han det egentliga ämnet och visar medicinens skiftande öden i sammanhang med landets olika politiska perioder. Från medlet af förra seklet till medlet af innevarande var man, hvad medicinen angår, utslutande hänvisad till militärläkare. Civila läkare från England äro ännu i dag ej många. Efter 1850 ändrade sig dock förhållandet; medicinska skolor inrättades, äfven rent inhemska sådana. För anställning i indiska regeringens tjänst måste man alltid ingå i indiska militärläkarkorpsen. Detta system fasthållles, enär det för regeringen kan vara af vikt att hafva läkarkorpsen i sin hand.

Effektiva armén utgör omkr. 250,000 man. I den engelska hären finnes 352 läkare, i den rent inhemska hären 634, summa för hela armén 986 läkare. Flertalet af dessa hafva äfven anställning såsom civile läkare. Truppernas hälsotillstånd är i allmänhet icke det bästa.

E. A. Thomæus.

EDW. EDHOLM: Från kriget mellan Japan och Kina. Tidskr. i militär hälsovård 1895, s. 240.

Japans sanitetsväsende och därmed sammanhängande förhållanden utgör föremålet för denna uppsats. År 1889 infördes en allmän värnplikt; armén eger 14 olika utbildningsskolor, däribland äfven en akademi för militärläkare.

Sanitetsväsendet är organiseradt efter tyskt mönster. Vid fältarmén finnas 180 militärläkare, förutom Röda korsets.

Från alla håll uppgifves, att under det sist förflutna kriget mot Kina de japanesiska fält- och reservsjukhusen varit utmärkta. Förbands-

platserna och de flyttande sjukhusen synas äfven förträffligt hafva motsvarat sitt ändamål.

Röda korset spelar i Japan en ganska betydande rol.

Af alt synes, att det japanesiska sanitetsväsendet, i skarp motsats till det kinesiska, varit utmärkt ordnadt.

E. A. Thomæus.



Compte-rendu du traité N° 1

publié au

Tome XXVIII.

O. MEDIN: Sur la paralysie infantile, spécialement à sa période aiguë.

L'auteur a observé deux épidémies de paralysie infantile dans cette ville, l'une en 1887 et l'autre en 1895. Les observations ont porté en 1887 sur 43 cas et en 1895 sur 21. Les années 1888—1894 ont fourni à la clinique pédiatrique une moyenne annuelle de 7 cas, répartis sur les divers mois de l'année, sans indice d'extension épidémique. Mr MEDIN a donné au Congrès médical international de Berlin en 1890 le compte-rendu de l'épidémie de 1887. Les découvertes caractéristiques qu'il avait faites pendant cette épidémie se sont pleinement constatées en 1895. Si les cas n'ont pas été aussi nombreux cette dernière année qu'en 1887, la maladie n'en a pas moins offert une tendance épidémique évidente, et cela à la même saison de l'année, savoir aux mois de juillet, août et septembre. Dans l'épidémie de 1887, Mr MEDIN observa 2 cas léthaux à la période aiguë, mais aucun dans celle de 1895. Il constata aussi peu cette dernière année qu'en 1887 de cause déterminante de l'épidémie dans les circonstances extérieures. Ces deux années, la température était normale, il ne régnait aucune autre maladie prédominante, et l'arrière-été de 1887 avait surtout présenté à Stockholm des conditions sanitaires particulièrement favorables.

La maladie paraît continuer à frapper des enfants auparavant sains. Mr MEDIN considère comme parfaitement accidentelles de petites affections dont quelques enfants souffraient au moment où ils furent atteints. L'étiologie est encore couverte d'un voile épais. Des observations importantes sont celles concernant l'extension variable de la maladie dans le système nerveux, ainsi que la variabilité non moins grande de la localisation, principalement à la période aiguë. La plupart des cas observés par Mr MEDIN ont eu le caractère de la paralysie infantile spinale commune, ce qui s'applique aux deux tiers environ de tous les cas traités tant en 1887 qu'en 1895. L'auteur a cependant constaté aussi divers cas de polynévrite, soit du type paralytique ordinaire, soit avec symptômes d'ataxie marquée. Il s'est également présenté quelques cas d'hémiplégie spastique et de poliencéphalite aiguë.

Mr MEDIN prétend comme indisputable que ces cas appartiennent à la même maladie. Quelle que soit la forme, il arrive, quoique assez rarement, que les noyaux du bulbe et du pont sont atteints dans les cas de paralysie infantile. Le tableau synoptique qui suit, donne une bonne idée de ces formes mixtes du type clinique et de la localisation différente dans les divers cas.

Tableau des cas de paralysie infantile observés par Mr MEDIN dans les années 1887 et 1895.

Paralysis spinal.	lumbal. simplex	32
»	» cervicalis	5
»	» completa	4
»	» lumbalis + n. abducent. (28, 35)	2
»	» » + n. oculomotor. (40)	1
»	» completa + facialis (23)	1
»	» » + facialis + oculomotor. (10)	1
»	» lumbal. + facialis + polyneuritis (11)	1
»	» completa + n. vagi + polyneurit. (47)	1
»	» + paralysis bulbi completa (cas léthaux) (22, 34)	2
Monoplegia	facialis (8, 24, 41)	3
Polyneuritis	acuta simplex (6)	1
»	cum ataxia (19, 33, 54)	3
»	cum ataxia + paralysis facialis (26)	1
»	cum ataxia + paralysis nn. abducent. et hypogloss. (16)	1
Poliencephalitis	acuta (55, 57)	2
»	» + paralysis n- abducent. (13, 44)	2
»	» + polyneuritis + paralysis nn. facial., hypogloss. et accessor. (56)	1

Total 64.

L'étiologie est la même pour tous les cas, quelles que soient les variations des phénomènes morbides et les localisations dans le système nerveux.

En 1887, deux cas léthaux se produisirent dans la période aiguë, et devinrent l'objet d'une autopsie dont les résultats furent décrits en détail, avec un résumé des observations microscopiques, par Mr RISSLER. — Voir à ce sujet un mémoire antérieur, au Tome 20, N:O 22, des présentes Archives.

Om spasmodisk torticollis, særligt om dens Behandling med Operation på nervus acces- sorius Willisii.

I Anledning af 2 Tilfælde, behandlede med Strækning og
Excision af nervus accessorius Willisii, m. m.¹⁾

Af

OSCAR BLOCH,

Overkirurg ved det Kgl. Frederiks Hospitals Afd. C. i København.

Den forholdsvis sjældne Sygdom, der almindeligt benævnes spasmodisk torticollis, er vel let nok at diagnosticere i al Almindelighed; ser man en Patient med denne Sygdom og har man blot en dunkel Erindring om, at der er noget, der kaldes »spasmodisk torticollis», er man ikke et Öjeblik i Tvivl om, at man står lige over for et Tilfælde af denne Art; men ser man to Tilfælde og betragter dem nøjere, er man forbavset over, hvor lidt de ligne hinanden, — og läser man Beretningen om andre Tilfælde, kommer man snart på det rene med, at der næppe er to Tilfælde, der ere helt identiske.

Da jeg havde observeret de to Tilfælde, der nedenfor gives in extenso, og behandlet dem med Strækning og påfølgende Excision af et Stykke af nervus accessorius Willisii, fik jeg Lyst til at samle de på samme eller tilnærmelsesvis samme Måde behandlede Tilfælde, der ere offentliggjorte i Literaturen, og sammenligne dem indbyrdes, nærmest for at se, om der egentligt er Mening i at foretage denne Operation. Det er Resultatet af dette Arbejde, jeg skal meddele her, — men jeg må

¹⁾ Meddelt i Uddrag ved det medicinske Selskabs Møde i København den 22 Oktober 1895.

på Forhånd gøre Läseren opmærksom på, at Udbyttet af Arbejdet ikke er stort. De ofte meget mangelfulde Beskrivelser af det kliniske Billede, Mangel af Sektioner eller andre Holdpunkter for Sygdommens Patogenese og patologiske Anatomí, og, ikke mindst, Bevidstheden om at bevæge mig på et Område, hvor man må have langt flere Kundskaber og langt større personlig Erfaring end den, jeg er i Besiddelse af, for at kunne dømme sobert om Spørgsmålene, ere lige så mange Grunde til, at Indholdet af min Artikel er magert og måske kun kan betragtes som et Forstudie, til Gavn for andre Forskere.

Jeg skal begynde med at meddele de to af mig behandlede Tilfælde:

I. M. Graff, ugift Blikkenslagersvend, 22 År. Indl. den 31 Januar 1895.

Der synes ikke at være nogen nevropatisk Disposition i Patientens Familje. Han har som Barn haft morbilli, ellers har han været rask. Han mener altid at have haft nogen Besvær med at bruge h. Hånd til at skrive; men først *fra 12 Års Alderen* har han lagt Mærke til *lette Spasmer i højre Overextremitet. Omtrent på samme Tid, — han kan dog ikke bestemt angive om det var, før oven nævnte tremor opstod. — skal han have fået et Slag i Baghovedet*, der bevirkede et vulnus; der var dog ingen Bevidstløshed eller cerebrale Symptomer i umiddelbar Tilslutning dertil. Den nævnte tremor generede ham ikke videre *før i de 2 sidste År, da den er bleven så stærk*, at den hindrer ham i at foretage finere Arbejde med højre Hånd, så at han har vænnet sig til at skrive med venstre Hånd, som han også bruger mest, når han spiser; til sit sædvanlige Arbejde har han brugt højre Hånd. Tremor træder især frem, når han har Opmærksomheden henledt derpå, eller når han véd, at andre lægge Mærke dertil, derfor især når han kom på et nyt Værksted, hvor de andre lagde Mærke til det. Bevægeligheden af Extremiteten har altid været god. Der har ikke været Smerte eller Paræstesier.

I 15 Års Alderen skal han have haft en akut inflammatorisk Lidelse af h. humerus nær cubitus, rimeligvis i Tilslutning til et panaritium; der incideredes og udtømtes pus, ingen Benstykker.

I *Januar 1894* deltog han i *Slukningsarbejdet* ved en Ildebrand og blev ved denne Lejlighed noget medtagen af Røgen. De følgende *Dage* bemærkede han nogle *krampagtige Trækninger i Pandehuden og i Øjenbrynene, samt stærkt Tåreflod*. Dette forsvandt efter et Par Dages Forløb; men i *Marts samme År optrådte lignende Tilfælde uden påviselig Grund*. *Krampen* trådte især frem, når han så lige ud på en bestemt Genstand. Han rådspurgte en Læge, som erklærede, at Tilstanden kunde blive meget farlig, hvis han ikke kom under Behandling. Han rejste da til København og indlagde sig d. 13/4 på Kommunehospitalets 6te Afdeling. Han behandlede her med Doucher,

Vibration, Sinapismer, epith. tepid. colli, Bromkalium, Morfininjektioner i store Doser. Kloral. Han led meget af Søvløshed under denne Behandling. De nævnte Morfininjektioner blev især gjorte på v. Side af Halsen. Han bemærkede da talrige små Furunkler i Halsregionen, hvad han ikke før havde haft.

Der optrådte 14 Dage før Indlæggelsen på Kommunehosp. *kloniske Kramper i Halsmuskulaturen*, der nærmede Tilhæftningspunkterne af v. m. sterno-cleido-mast. til hinanden og roterede Hovedet med Ansigtet til højre. Der var *noget Smerte* ved Muskulens Tilhæftning ved proc. mast., der lindredes, når Pat. støttede dette Parti med sin Hånd. Da der daaned sig en varig skæv Stilling af Hovedet, anlagdes en immobiliserende Gipsbandage, der dog 12 Dage efter atter fjærnedes, da den generede Pat. Ved Oftalmoskopi fandtes intet abnormt. De *kloniske Kramper i Panderegionen havde tabt sig ved Pat:s Udskrivelse d. 17/6 94*; derimod optrådte de beskrevne Kramper i Halsmuskulaturen med stor Hyppighed (ved hvert 3dje Skridt), og den skæve Stilling af Hovedet blev mere og mere udtalt. Han bemærkede nogle lidt ømme Knuder i Sideregionen af Halsen, han mener selv i selve Substansen af m. sterno-cleido-mast. Han behandledes nu i Randers med Massage, hvorefter Knuderne svandt. Han lavede sig først selv en *Bandage*, fik senere af en Bandagist en Bandage, der støttede Hovedet ved Hjælp af Stålfjedre.

I November Måned foretoges en *Tenotomi* på tendo af m. sterno-cleido-mast. med påfølgende Brug af Bandage. Stillingen korrigeredes da noget. Siden da har han til Indlæggelsen her d. 31/1 95 brugt Bandage. Der har under hele Forløbet ikke været subjektive febrilia, Almenbefindendet har været godt, Appetit god, ingen stærkere udstrålende Smertes, ingen Lammelser eller Paræstesier. Han indlægges her for yderligere at få Stillingen af Hovedet rettet.

Pat. ses nu i god Ernæringstilstand, kraftig bygget; han holder Hovedet skævt bøjet mod v. Skulder med Ansigtet roteret til h. — Truncus holdes ligeledes skævt, i det venstre Skulder står betydelig højere end højre. Denne Skævhed kan dog udrettes, når Pat. yderligere bøjer Hovedet mod v. Skulder. Columna danner en dobbelt Skoliose, der i Halsdelen og øverste Del af Brystet er konkav mod venstre, i nederste Bryst- og Lumbaldelen konkav til højre. *Scapula står højest på den syge Side*. Der ses ingen prominente proc. spinosi, der er ingen Steder Æmhed for Tryk. Proc. transversus af atlas føles stærkt prominente på højre Side. — Forpå ses på venstre Side m. sterno-cleido-mast. og forreste Rand af cucullaris stærkt fremtrædende. Huden over m. sterno-cleido-mast. af naturlig Farve, forskydelig mod Musklen, uden Cikatricer; Musklen føles af naturlig Tykkelse, noget spændt; der føles ingen fastere Partier i den, ingen Glandelsvulster i Nærheden, Randen af m. cucullaris føles spændt. På Halsen, især på Hårgrænsen, ses en Del Furunkler. Mellem Hovederne af m. sterno-cleido-mast. ses en omtr. 3 Cm. lang, rød, ikke i Dybden adhærent Cikatrice; det sternale Hoved af Musklen føles som en tynd Stræng, tyndere end på højre Side, det klavikulære Hoved føles som normalt. Bevægeligheden af Hovedet er i høj Grad indskrænket i alle

Retninger. Bevægelser, hvorved Tilhæftningspunkterne af m. st.-cl.-m. nærmes hinanden, kunne udføres uden Smerter; ved Bevægelser, hvorved de fjærnes, f. Ex. ved at rette Hovedet op eller rotere til venstre, føles Smerter, der særlig lokaliseres til Muskulens Tilhæftning samt også til selve Muskelbugen. Passive Bevægelser kunne udføres i noget større Udstrækning. Der er ingensteds Æmhed for Tryk. *I Nærheden af sin. semicircularis sup. på venstre Side ses en lille Cikatrice, omtrent 1 Cm. lang.* — Der ses intet abnormt i fauces. Der ses ingen Atrofi af Muskulaturen på højre Arm. Kraften ved Håndtryk og ved Bevægelser mod en Modstand er ikke nedsat. Der synes ikke at være nogen Følelsesanomali'er. — *Den omtalte tremor er meget ringe, når Pat. ligger rolig, dens Ekursioner ere temmelig store og forstærkes når Pat. skal nærme Hånden til et bestemt Punkt.* Fra Indsiden af biceps skråt nedad mod cond. int. humeri ses en omtr. 6 Cm. lang, hvidlig, ikke adhærent Cikatrice.

Ellers intet abnormt ved Extremiteterne. Brystorganernes Stetoskopi normal. P. 68. Temp. $\frac{37,4}{36,7}$. Urin normal.

Der ordineredes

Ispose på columna.

Permanent Vægtextension på

Hovedet om Natten,

hvorved man ved Hjælp af 6 Æ:s Vægt søger at udøve Træk til Korrektion af den skæve Stilling. Tillige

Bromkalium i stigende Doser

til omtrent 2 Gm 3 Gange dagl.

Temperaturen var stedse normal og Funktionerne i Orden.

Denne Behandling hjalp ikke.

D. 22 Februar foretoges

Operation

i Kloroform-Æternarkose. Der ses ingen aparte Forhold under Narkosen; han ligger roligt med Hovedet; noget af Deviationen kan haves; men fuld Korrektion er ikke mulig ved den anvendte Håndkraft. Sterno-cleido føles stadigt som en stærkt spændt Stræng.

En omtr. 6 Cm. lang Incision langs forreste Rand af sterno-cl.-m. begynder ved proc. mastoideus og ender i Højde med angulus maxillæ. Under påfaldende stærk Blødning incideres gennem det subkutane Væv. Narkosen er nu lidt urolig, så at man opsætter Operationens Fortsættelse nogen Tid. Platysma er så stærkt udviklet og Blødningen så generende, at man for hvert Skridt med Kniven må påsætte Péanske Pincetter og i det hele har vanskeligt ved at orientere sig. Også små svulne Glandler genere og må fjærnes. Det lykkes dog omsider, da forreste Rand af sterno-cleido-mastoideus er trukken bagtil, at se skinrende gennem Fascien en skråt forløbende Stræng, der fattes med en Péan og ved Dissektion viser sig at gå ind i Muskulaturen af sterno-cleido; ved at trække i den får man også Virkning på cucullaris. Denne Nerves Forgreninger dissekeres nu noget i perifer Retning; man fatter dem med en Péan nedenfor det tidligere fattede Sted og trækker ret stærkt i perifer Retning, i alt 5 Gange. Derpå strækkes, men svagt, i central Retning. Den centrale Ende gennemklippes, derpå den perifer; i alt excideres et Stykke af 2½ Cm:s Længde. Der er iudtil nu

medgået 25 Minutter. Der lægges 3 Ligaturer med Karbolalkoholkatgut; da der vedbliver en Del venøs Blødning, tamponeres med Jodoformgaze i nederste Vinkel; tillige indlægges et Drän. 5 Katgutsuturer. Steril Gaze-Karbolvands-Vat-Forbinding.

För Forbindingen er anlagt, kan man rette Deviationen helt; han er næsten vågen; der er nogen Rysten af bægge Over- og Underextremiteter. Ingen Dyspuö eller andre Tegn på laryngeale eller Hjärteforstyrrelser. Han placeres i Rygleje med Hovedet lavt, støttet af Sandpuder. Om Aftenen anlagdes

Vägtextension.

D. $23\frac{1}{2}$. Man kan med Lethed dreje hans Hoved lige; men han kan det ikke selv.

Om det videre Forløb noteres her i Resumé, at Temperaturen kun Aftenen efter Operationen var 38,3, ellers normal. Der viste sig ikke Symptomer, der kunde henføres til Abnormiteter fra nerv. accessorius' eller vagus' Side. Dränagen fjärnedes efter 2 Dögns Forløb; Såret var helet per primam den 14de Dag.

3dje Dag efter Operationen kunde han, om end med Besvær, sætte sig over Ende med Hovedet ganske lige. Der kom ikke Fornemmelser af Spasmer. 5te Dag var han et Par Timer oppe, 6te Dag, og fremdeles, hele Dagen; om Natten benyttedes Vägtextension. Der observeredes 9de og 10de Dag de ovenfor omtalte Trækninger i højre Overextremitet; disse tabte sig senere; der var jævn Fremgang i hans Ävne til at holde Hovedet lige, uden at han behövede at anstränge sig derfor, og uden at der kom Småryk. Vägtextensionen om Natten seponeredes 23de Dag efter Operationen.

Der viste sig de fölgende Dage, når han ikke gjorde sig Umage, Tendens til, at Hovedet med et Ryk lagde sig ned mod Skulderen. Man kunde dog d. 23de Marts, d. e. 1 Måned efter Operationen, tage et Fotografi, der viser, at han sidder helt lige.

Man kan ikke konstatere Atrofi af sterno-cleido-mastoideus eller cucullaris; Sensibiliteten af Huden over dem er også uskadt; derimod er der Anæstesi af et kronestort Parti foran Operationseikatricen, fra forreste Rand af sterno-cleido-mastoideus til henimod angulus maxillæ.

Med Råd om at være agtpågivende udskrives han d. 23 Marts.

Om hans senere Skäbne henviser vi til Afhandlingen nedenfor.

II. Gustav Gustavsen, 49 År, gift, Værtshusholder. Indlagt d. 31 Maj 1895.

Patienten, der aldrig har haft Syfilis, har i tidligere Tid drukket megen Alkohol, men ikke, siden hans nuværende Sygdom begyndte.

For godt 2 År siden holdt han i nogen Tid sit Hoved forceret drejet til venstre; han angiver, at han herved fölte som et Kuäk i Nakken; han lokaliserer Stedet til Insertionen af højre cucullaris på Kraniet. Fra denne Tid af at regne har Hovedet haft Tendens til at dreje sig til venstre, således at han hvert Öjeblik med en Ansträngelse må dreje det tilbage igen. Dette er blevet værre og værre, og da det havde varet et Par Måneder, begyndte hele Ryggen at krumme

sig i højre Side. Han har lidt af en Del snurrende Fornemmelser i Fingrene på bægge Hænder, af og til jagende Smerter langs Indsiden af bægge Underextremiteter, og der skal for nogen Tid siden have været Antydning til Filtornemmelse for højre planta's Vedkommende. Aldrig Tandpine. Ingen Abnormiteter for Urinering og Defækation. Der har i længere Tid været ret stærk tremor af Hænderne.

Pat. er fed, noget agil, er ret stærkt tremulerende. Hans Lidelse viser sig at bestå i små aktive Kontraktioner i højre sterno-cleido-mastoideus; Hovedet drejes herved med små Ryk opad til venstre; så snart denne Stilling er nået, gør han en stærk Anstrængelse og retter atter Hovedet lige ud, — og så begynder det samme forfra.

Samtidigt med denne Drejning af Hovedet, hvorved man føler de små Kontraktioner i den noget hypertrofierede sterno-cleido-mastoideus dexter, krummer han columna dorsalis med Konkaviteten til højre; dette sker ligeledes i Ryk, og man føler tydeligt den stærke Spænding i hele højre extensor dorsi communis og den tilsvarende Del af Nakkens Muskler. Når han korrigerer sit Hoveds abnorme Stilling, korrigerer han også hele Overkroppens Stilling under stærk Vridning. Han har trækkende Fornemmelser fra Insertionsstedet for højre cucullaris ned langs denne til scapula og tværsover dette hen til deltoideus.

Patellarreflexerne ere livlige; ingen Analgesi eller Sensibilitetsforstyrrelser. Ingen Koordinations- eller andre Mortilitetsforstyrrelser af Extremiteterne. Pupillerne normale. Ser af og til Lys og Stjerner i Synsfältet, mest for venstre Øje. Venstre dens sapientiae er karieseret.

Han er bleven behandlet af så godt som alle Københavns Specialister og soi-disant Specialister. Har brugt en Mængde Midler, af hvilke særligt nævnes Elektricitet, Massage, Suspension, Injektioner. — Der ordineres

Bromkalium

og Ispose på columna 2 Timer for Sovetid.

Der observeres, at han ikke har Spasmer om Natten. Under Anfaldene er sterno-cleido-mastoideus vel spændt, men ikke i nogen påfaldende stærk Grad; derimod synes de små Rotatorer at være stærkt spændte. Temperaturen er stedse normal.

Da Tilfældene vedblive uforandrede, foretages d. 15 Juni 1895

Operation

efter samme Metode som ovenfor beskrevet. Også i dette Tilfælde er den venöse Blødning påfaldende stærk. En større Nervegren, der ligger i Substansen af sterno-cleido-mastoideus, prøves med Faradisatión; det er ikke accessorius, men en cervicalis; der reseceres 4 Cm. af samme. Da accessorius er blottet og underkastet Strækning, som hos forrige Patient, gennemklippes den; med en faradisk Strøm (ved Hjælp af med Karbolvand vådet steril Gaze) prøves Nerven; den giver stærk Kontraktion af sterno-cleido-m. Det resecerede Stykke af accessorius måler 2 Centimeter.

2 Ligaturer; Dræn; 6 Suture; sidste Suture anlægges 23 Minutter efter Operationens Begyndelse. Steril Gaze, Karbolvands-Vat-Forbinding. Drænet fjernes 3dje Dag. Såret er helet per primam uden Reaktion 15de Dag. Kom op med Papskinne 5te Dag.

Der var ingen faretruende Tilfælde fra vagus's Side. Temperatur stedse normal. Der var ingen Bedring, og han ønskede at udskrives den $\frac{4}{7}$.

Den 15 Oktober, d. e. 5 Måneder efter Operationen, ser jeg ham igen. Der kan ikke påvises Atrofi af sterno-cleido-mastoideus eller cucullaris. Han angiver, at hans Tilstand er ganske som før Operationen. Ved Undersøgelsen findes det også at være Tilfældet; man konstaterer, når Hovedet ved små korte Ryk drejes til venstre, at der er små intermitterende Kontraktioner på det Sted, hvor splenius ligger; dog kan man ikke udelukke, at også øverste Del af sternocleidomastoideus kontraherer sig; ti Hagen er noget løftet. Han har trækkende Fornemmelser i højre Side af truncus; det ender med, at han flekterer truncus noget til højre; der ses da et Par Tvärfolder i Huden under højre Kurvatur. Han har jævnligt — som det synes, samtidigt med Anfaldene — snurrende Fornemmelser i højre Underextremitet, særligt på bægge Sidepartier af sura og i Foden (måske mest på Dorsalsiden?). Han angiver ikke at nyde spiritus.

Om *mikroskopisk Undersøgelse af de exciderede Nervestykker*, der i bægge Tilfælde fandtes normale, henviser vi til Afhandlingen nedenfor.

Som man vil se, ere de to Tilfælde højst uensartede; bægge henføres med Rette til Begrebet spasmodisk torticollis; men de ere dog højst forskellige. Som nævnt i Indledningen til denne Meddelelse, er dette imidlertid ikke noget aparte; sammenligner man de Tilfælde, der ere offentliggjorte af forskellige Kirurger, som have opereret for denne Sygdom, og føjer man hertil, hvad man kan læse derom i Lærebøger, i kasuistiske Meddelelser om Tilfælde, behandlede på andre Måder, er det netop det forskelligartede, Mangfoldigheden af Symptomerne, der slår En i Möde.

Jeg skal i Oversigt meddele de Resultater, jeg har uddraget ved Studiet af 42 Tilfælde, behandlede med Operation på nervus accessorius Willisii (eller andre Nerver) — sammen med de to af mig behandlede i alt 44 Tilfælde.

Først må dog forudskikkes nogle mere almindelige Bemærkninger.

Fålles for alle Tilfælde af »spasmodisk torticollis» ere, i al Almindelighed, Spasmer af oftest flere Halsmuskler; da man som oftest ser, at sterno-cleido-mastoideus deltager i Lidelsen, kommer Spasmen af denne Muskel selvfølgelig til at dominere

det kliniske Billede; derfor er det også naturligt, at man har henvendt de operative Indgreb til denne Muskel; der er gjort nogle få Tenotomier (se nedenfor nærmere om disse) af sterno-cleido-mastoideus; men man har hurtigt indset, at det havde ikke nogen Art; man er da gået over til det tilsyneladende mere rationelle, at operere på Nerven for denne Muskel, nerv. accessorius Willisii, det vil sige på denne Nerves bageste, ydre Gren, der fortrinsvis dannes af accessorii Rygmarvströdder (medens dens indre forreste Gren, der sænker sig ind i plexus gangliiformis nervi vagi, fortrinsvis dannes af de Rödder af accessorius, der udspringe fra medulla oblongata).¹⁾ Når vi i det følgende slet hen sige: nerv. accessorius, mene vi dermed altså dens bageste ydre Gren.

Den første, der har opereret på nervus accessorius, er vist nok BUJALSKI²⁾ i St. Petersborg 1834 (eller 1835?); han gjorde Excision af et Stykke af bække nervi accessorii; dette Tilfælde, der omtales af STROMEYER, har ikke været påagtet; kun PETIT³⁾ omtaler det. I Almindelighed angives CAMPBELL DE MORGAN som den, der, i 1862, første Gang har udført Operationen. Om de øvrige historiske data henviser vi til vor Tabel.

Jeg har i det hele fundet 44 Tilfælde af spasmodisk torticollis, behandlede med Operation på nerv. accessorius.⁴⁾

Af de 44 Patienter vare de 22 Mandfolk, 18 Kvinder. GOWERS⁵⁾ siger, at Kvinder angribes hyppigst; men det er altså ikke Tilfældet. Han har set 32 Tilfælde; heraf vare 10 mandlige og 22 kvindelige Individuer; men det er jo for små Tal i bække Rækker til deraf at drage Slutninger. Det går vel ligeså med Spørgsmålet om Patienternes Alder.⁶⁾ GOWERS mener, at de fleste Tilfælde begynde imellem 30 og 40 Års Alderen, og mener, at, når Sygdommen optræder hos Børn eller

¹⁾ Se HENLE, Handb. der syst. Anatomie. III. 2. 1879, S. 495. (H. citerer her BERNARD.)

²⁾ Sammenlign om Kilder her og i det følgende Literaturoversigten.

³⁾ L. H. PETIT: Trait. du Torticollis spasmodique par la Résection du nerf spinal. Revue d'Orthopédie II. Paris 1891, S. 279, — en omhyggeligt udarbejdet Artikel, der handler om 24 Tilfælde.

⁴⁾ Tallene i det følgende svare ikke altid til 44; det beror på, at mange af Meddelelserne ere meget kortfattede, nogle helt ubrugelige.

⁵⁾ GOWERS: A manual of diseases of the nervous system. London 1893. II. S. 661.

⁶⁾ Vi forbigå i denne Afhandling de Tilfælde af spasmodisk torticollis hos små Børn (»Nikkekræmper» o. n. lign.), der stå i Forhold til Dentition ell. a. — kort sagt, Småbørns »reflektoriske Spasmer».

hos Kvinder under 30 Års Alderen, da må den opfattes som Symptom på Hysteri. Hos vore 44 Patienter viste Sygdommens første Begyndelse sig

hos	1	i Alderen	0—10	År,
»	1	»	10—20	»
»	13	»	20—30	»
»	10	»	30—40	»
»	4	»	40—50	»
»	4	»	50—60	»

Sygdommens Varighed, før der blev udført Operation, varierede meget.

Sygdommen havde været

3	Måneder	tilstede	hos	2	(2, 23),
omtr. $\frac{1}{2}$	År	»	»	11	(12, 19, 20, 21, 22, 27, 28, 35, 36, 42, 43),
1	»	»	»	1	(32),
$1\frac{1}{2}$	»	»	»	5	(3, 9, 10, 18, 29),
2	»	»	»	2	(24, 44),
3 à 4	»	»	»	2	(5, 34),
6	»	»	»	1	(37),
8	»	»	»	1	(41),
10	»	»	»	1	(17; fra 4 Års Alderen),
10 à 12	»	»	»	1	(13),
14	»	»	»	2	(38, 39),
16	»	»	»	1	(26),
23	»	»	»	1	(16).

Det fremgår heraf, at de fleste bleve opererede omtr. $\frac{1}{2}$ År efter Sygdommens Begyndelse, det vil vel sige, når det er rimeligt at opgive at forsøge de mange forskellige Midler, der ikke hjælper.

Det Billede, som Patienterne fremviste ved Undersøgelsen, var, som alt flere Gange nævnt, højst forskelligt. Jeg har gennemgået Sygehistorierne nøje for at kunne notere, hvilke Muskler der vare angrebne af Spasmer; en Del af Tilfældene, der kun ere opførte under Benævnelsen »spasmodisk torticollis», kunne selvfølgelig ikke bruges; de, der ere brugbare (skönt mere eller mindre pålidelige), ere i alt 32; de skulle opføres her skematisk:

De af Spasmer angrebne Muskler vare:

Sterno-cleido-mastoideus alene hos 3 Patienter (12 [her måske tillige *splenius*], 21, 41).

Sterno-cleido-mast. og cucullaris hos 5 Patienter (18, 25 [her måske også andre Muskler], 32, 35, 42).

Sterno-cleido-mast., cucullaris og levator anguli scapulae hos 1 Patient (24).

Sterno-cleido-mast., cucullaris og platysma hos 1 Pat. (33).

Sterno-cleido-mast. og splenius hos 1 (11).

Sterno-cleido-mast., cucullaris, obliquus capitis inf. og (successive) extensor dorsi communis hos 1 (44).

Sterno-cleido-mast., cucullaris, splenius, obliquus capit. inf., rectus capitis post. magnus hos 1 (6).

Sterno-cleido-mast., cucullaris, splenius, obliquus capit. inf. og rectus post. magnus, tillige Ansigtsmuskler hos 1 (2).

Sterno-cleido-mast. og »de dybe Halsmuskler» hos 1 (19).

Sterno-cleido-mast. og de bageste Rotatorer hos 1 (40).

Sterno-cleido-mast., »de dybere Halsmuskler» på venstre Side, senere venstre Arms Muskler hos 1 (16).

Sterno-cleido-mast., øverste Del af cucullaris på højre Side; små Trækninger af Ansigtets og Øjnenes Muskler. Måske tillige Rotatorer på venstre Side hos 1 (13). Havde *infantil Paralyse af højre Underextremitet*.

Sterno-cleido-mast. og »dybe bageste Halsmuskler»; begge Arme vise kloniske Spasmer. Slæbende Gang, især af venstre Underextremitet (Sindsaffekter forøge Spasmerne i Hals, Arme og trunci) hos 1 (17).

*Sterno-cleido-mast. og cucullaris på højre Side og obliquus capit. inf. på begge Sider*¹⁾ hos 1 (34).

*Sterno-cleido-mast., cucullaris og scaleni samt obliquus capit. inf. på begge Sider*¹⁾ hos 2 (22, 23).

Sterno-cleido-mast. og cucullaris på venstre Side, splenius på højre Side hos 1 (9).

Sterno-cleido-mast. og cucullaris på venstre Side; kloniske Spasmer i højre Arm (mest pectoralis maj., deltoideus og stundom flexores på antibrachium) hos 1 (43).

Sterno-cleido-mast. på venstre, cucullaris på højre Side; »sandsynligt også nogle af de dybere Halsmuskler». Choreaagtige Bevægelser af højre Arm og Hånd hos 1 (3).

¹⁾ Fordi Hovedet var i stadig roterende Bevægelse.

Sterno-cleido-mast., övrste Del af *cucullaris* på venstre Side; *splenius* og »de andre Muskler» på højre Side hos 1 (26).

Sterno-cleido-mast. på venstre og »external rotatores» på højre Side hos 1 (38).

Sterno-cleido-mast. på venstre Side og dybe bageste Halsmuskler på begge Sider hos 1 (39).

»Bägge accessorii» hos 2 (1 og 20).

»Bägge accessorii» og flere Cervikalnerver på bägge Sider hos 1 (15).

Dobbeltsidig spasmodisk *torticollis* og nästen alle Ansigtets Muskler hos 1 (37).

Disse Oplysninger om, hvilke Muskler der vare angrebne, Oplysninger, der ingenlunde ere fuldt pålidelige, vise, hvor overordentligt varierende Billedet af Patientens Sygdom må være; mest påfaldende er det, at Spasmerne kunne optræde i én Gruppe af Muskler på den ene Side af Halsen, i en anden Muskel eller Muskelgruppe på den anden Side eller på bägge Sider.¹⁾

Vilde man efter de nævnte Fremstillinger forsøge at give et Billede af de Bevægelser, Hovedet udfører ved »den spasmodiske *torticollis*», måtte man beskrive omtrent alle de Bevægelser, det overhovedet kan udføre; ganske vist er det almindeligst at se, at *sterno-cleido-mastoideus* og med den vel som oftest *cucullaris* (isär dennes övrste Del) deltager i Lidelsen på en meget fremtrædende Måde — heraf er vel også Navnet »spasmodisk *torticollis*» kommet, fordi Hovedets Stilling her er den samme som ved den almindelig »medföde» *torticollis*; men hvad der er meget påfaldende (som det også senere skal nærmere omtales), er, at de dybere bageste Halsmuskler (Nakkemusklerne) så ofte ere angrebne (disse Muskler forsynes med Nerver fra Cervikalnerverne, medens *sterno-cleido-mastoideus* og *cucullaris* innerveres af *nerv. accessorius*) — vil man definere Begrebet spasmodisk *torticollis*, kan man ikke lade ude af Betragtning, at så mange forskellige Halsmuskler ere Säde for Spasmer; Navnet *Hyperkinesis nervi accessorii Willisii* (JACCOUD) passer jo ikke, da andre Nerver end netop *accessorius* så ofte deltage i Lidelsen; »*Tic rotatoire*» er et Navn, der kun passer for de Tilfælde, hvor der alene findes

¹⁾ Vi henviser dels til ovenstående skematiske Fremstilling af, hvilke Muskler der vare angrebne, dels til vor Tabel over de opererede Tilfælde.

Drejning af Hovedet til Siden ved obliquus capitis inferior, — hvilket synes at være forholdsvist sjældent. Det bliver efter det fremsatte vel rigtigst slet ikke at definere Begrebet spasmodisk torticollis; Navnet bør man formentligt bibeholde, da det strax leder Tanken hen på det rette Billede af Patientens Sygdom.

Ved Gennemlæsningen af Sygehistorierne er det påfaldende, at andre Muskler end Hovedets og Nakkens tillige findes ret ofte at være Sæde for Lidelser; særligt nævnes Ansigtets og Öjnenes Muskler og Overextremitetens, enten på samme eller på modsatte Side eller endog på bægge Sider.

Som Exempler på sådanne Tilfælde anføre vi, at der foruden Spasmer i sterno-cleido-mastoideus, cucullaris, splenius, obliquus inf. og rectus capitis post. magnus — alle på venstre Side — tillige fandtes Spasmer i Ansigtets Muskler, der gave Patienten et ængsteligt Udtryk og samtidigt et sardonisk Smil (2). En anden Patient (3) havde Spasme i venstre sterno-cleido-mast., højre cucullaris samt sandsynligvis også af nogle af de dybere Halsmuskler; men tillige frembød han choreaagtige Bevægelser af højre Hånd og Arm; disse Bevægelser havde været tilstede fra Fødselen af. Vor oven anførte Patient Graff (43) havde spasmodiske Kontraktioner af højre Arm, medens hans spasmodiske torticollis var venstresidig. Patienten Nr 13 havde foruden spasmodisk højresidig torticollis små Trækninger af Ansigtets og Öjnenes Muskler; disse synes dog først at have indfundet sig, når Spasmerne i Halsens Muskler forøgedes ved Påvirkning af Støj eller lignende; hun havde tillige infantil Paralyse af højre Underextremitet. Hos Nr 37, hvor den spasmodiske torticollis var dobbeltsidig, vare næsten alle Ansigtsmusklerne lidende. Min Patient Gustavsens med højresidig spasmodisk torticollis havde tillige Spasmer i extensor dorsi communis dexter og snurrende Fornemmelser i højre Underextremitet. Hos Pat. Nr 17, der havde klonisk Spasme i højre sterno-cleido-mast. og i »de dybe bageste Halsmuskler», var der tillige kloniske Spasmer i bægge Arme, slæbende Gang, dog især af venstre Underextremitet; ved Sindsaffekter forøgedes Spasmerne i Hals, Arme og i truncus; Lidelsen var her først opstået i Halsens Muskler; han var kun 14 År og havde været syg i 10 År!

Disse Lidelser af andre end Halsens Muskler synes i det hele ikke at være sjældne; de omtales af forskellige Førfattere.

REYNOLDS¹⁾ har i et Tilfælde set, at der for Halsspasmen fandtes *paralysis agitans* på samme Side; i 3 Tilfælde var der, for Halsspasmen viste sig. »writers cramp», Tilfælde, som GOWERS²⁾ opfatter således, at Skrivekrampen var den begyndende Spasme, der hindrede Pat. i at skrive, eftersom Halsspasmen kan begynde med Spasmer i Hånd og Arm, hvad G. selv har set hos én Patient. REYNOLDS har i et Tilfælde set »histrionic» (teatralske) Spasmer af Ansigtsmuskler som Komplikation. ROMBERG³⁾ omtaler kun kort, at den »konvulsiviske Affektion af *accessorius*» kan være kombineret med andre Kramper, hyppigst af de mimiske Ansigtsmuskler, Öjemusklerne (*nystagmus*, *strabismus*), stundom også af Svälgets og Luftrörets. OPPENHEIM,⁴⁾ der omtaler vort Tema i et Kapitel med den gode Titel »Krämpfe im Bereich der Halsmuskeln», anfører, at Spasmerne vel hyppigst optræde i de af *nerv. accessorius* innerverede Muskler, men at de dog ikke bör udskilles som »*Accessoriuskramper*», fordi de ikke indtage nogen Særstilling i symptomatologisk, prognostisk eller terapeutisk Henseende. Snart kan *sterno-cleido-mastoideus* være alene angreben, snart sammen med *cucullaris*; eller Krampen angriber samtidigt *sterno-cleido-m.* og *splenius* på samme eller på den anden Side, eller den griber over på *scaleni* og de dybe Halsmuskler — *platysma*, *omohyoideus* — kort sagt, der er ingen Tendens til, at Spasmerne indskrænke sig til et enkelt Nervegebet; de kunne begynde i én Muskel og senere springe over til andre. Under Spørgsmålet om Differentialdiagnosen omtaler OPPENHEIM, at *maladie des tics convulsifs* og *Myokloni* kunne indledes med Spasmer af Halsmuskler, at *Facialiskrampe* kan optræde samtidigt med *Halsmuskelspasme*, og at *chorea*, der i Almindelighed jo er let at skelne fra *spasmodisk torticollis*, dog kan optræde samtidigt med denne, eller, hvad han har set én Gang, Halsspasmen bevirker *chorea*.

De anførte Forfattercitater må jo være tilstrækkelige til at konstatere, at andre end Halsens Muskler ret ofte lide, når man har »*spasmodisk torticollis*»; i øvrigt basere Forfatterne

¹⁾ REYNOLDS: A system of medicine II, S. 868. S. 774 *Torticollis* by J. R. REYNOLDS.

²⁾ Anf. St., S. 661 Anmärkning.

³⁾ ROMBERG: Pathologie und Therapie der Sensibilitäts- und Mobilitäts-Neurosen. Berlin 1857, S. 389.

⁴⁾ OPPENHEIM: Lehrb. der Nervenkrankheiten. Berlin 1894, S. 761.

vel meget af deres Syn på de samme Tilfælde, som danne Grundlaget for denne Meddelelse.

Hvad det øvrige Billede af vore Patienter angår, skulle vi fatte os i Korthed, henvisende til vor Tabel over Tilfældene. I Regelen standse Spasmerne, når Patienten sover; men det kan også være, at de senere således, at han endog vækkes (se f. Ex. Nr 2). I Hvile ere Spasmerne borte eller mindre påfaldende; Bevægelser eller Forsøg på at modvirke Spasmerne o. a. l. forøge i Regelen disse; Sindsaffekter af forskellig Art fremkalde ofte Anfald.¹⁾

Som særligt aparte meddeler jeg, at v. M. MOORHOF hos Nr 33, der i $\frac{3}{4}$ År havde haft Nakkestivhed, og som nu havde Spasmer i *venstre* sterno-cleido-mast., cucullaris og platysma, kunde standse Spasmen, når han komprimerede *højre* nerv. accessorius, medens Kompression af Uddrædelsesstedet for venstre nerv. accessorius ikke havde Virkning! — I Sammenhæng hermed må omtales, at Nr 3, der fik Spasme af højre trapezius og venstre sterno-cleido-mast., så snart han begyndte at røre Ryggen eller at *gå*, kunde gå uden Spasme, når han holdt Armen over Hovedet, eller *når han klemmer* venstre sterno-cleido-mast.; slipper han, får han strax Spasmer eller stærk Smerte. Spasmernes Art er klonisk, sjældnere tonisk, ofte bægge Dele afvekslende; deres Hastighed højst forskellig — også hos samme Patient.

Smerter ere forholdsvis sjældent til Stede; Spasmen kan vel betinge en smertende Fornemmelse i selve Musklen, men egentlige nevralgiske Smerter synes sjældne. Hos Nr 3, der jævnligt har lidt af Hovedpiner, og som under et koldt Hovedbad havde følt en aparte »slående» (»pulling») Fornemmelse på højre Side midt imellem proc. mastoideus og protuberantia occipitalis ext. som Indledning til hans nu i 18 Måneder bestående Spasmer i venstre sterno-cleido-mast. og højre trapezius samt i nogle af de dybere Muskler, — var der altid Smerte og Æmhed på det omtalte Punkt, en Smerte, der blev meget intens, når Spasmerne indfandt sig. Nr 13 havde stærk Smerte i Baghovedet, højre Side af Halsen og langs Midten af Brystets Forside. Hos Nr 25 var der irradierende Smerter til Hals og Hoved.

¹⁾ BOYER fortæller (Traité des maladies chir., Paris 1821, VII, S. 51), at WEPFER kender en Mand, der får konvulsiv torticollis, hver Gang han har en Sorg; det holder op, når han atter bliver rolig i Sjælen.

Om *columna's* Forhold foreligge kun få Meddelelser; det siges udtrykkeligt om Nr 2, at *columna* var lige, medens den hos Nr 26 var krum og skoliotisk hos Nr 34, 38, 43 og 44 — og måske flere.

Behandlingen.

Af alt det anførte fremgår, at de Patienter, der lide af Spasme i Halsmusklerne, ere ganske overordentligt at beklage; det er derfor ikke underligt, at Lägerne have anstrængt sig meget for at hjælpe dem. Den Række af *Medikamenter*, der ere anvendte, som oftest uden Held, er naturligvis meget stor; Hyoseyamus, Bromkalium, Conium, Atropin, Morfin, Zinkpræparater ere vel de mest anvendte; af andre Midler forskellige derivantia op til Kavterisationer med ferrum candens, Massage, Doucher, Faradisation (oftest af Antagonisterne), konstant Strøm, Magnet- og Metalloterapi, forcerede redressements, Bandager (hos vor Patient i Form af Vægtextension) o. m. m. — alt forgåves. Det er derfor ikke så underligt, at man har grebet til Operationer.

Tenotomier ¹⁾ ere udførte i nogle Tilfælde, enkelte Gange med Nytte, således af STROHMEYER, måske også af AMUSSAT, om hvilke Tilfælde vi senere skulle udtale os nærmere, men oftest uden Held, således af JOHN OGLE og af de af mig samlede Tilfælde hos Nr 2, 10, 35 og 43. Der er jo på Forhånd heller ikke Grund til at tro, at en Tenotomi vilde hjælpe.

Operationer på nervus accessorius synes, som nævnt, først udførte af BUJALSKI i 1834. Ären for at have indført Operationen i Praxis tilkommer CAMPBELL DE MORGAN (1862); hans Observationer ere nogle af de omhyggeligst iagttagne, jeg har truffet blandt de Tilfælde, jeg har samlet; den anden stammer fra 1867. Først i 80-Årene bliver Operationen mere almindelig; vi henvise i så Henseende til vor Tabel.

De Operationer, der ere udførte på *nerv. accessorius*, ere:
 1) *Division* hos 3 (15, 31 og 42). — 2) *Strækning* hos 8 (16, 17, 26, 27, 30, 32, 33 og 41); hos 2 af disse Patienter (16 og 26) blev der senere gjort Resektion; hos 1 (41) blev Strækningen til en Udrivning (Evulsion) af den centrale Del af Nerven. — 3) *Strækning og Division* foretoges hos 1 (6). — 4) *Resektion af nerv. accessorius* foretoges hos 30 ²⁾ (1, 2, 3, 9,

¹⁾ Se Tillæg.

²⁾ Heriblandt de 2 (16 og 26) under »Strækning» omtalte.

10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44). Hos flere af disse er der sandsynligt foretaget 5) *Strækning, för der blev gjort Resektion*. Sikkert er den udført hos 9 (13, 16, 26, 28, 29, 34, 35, 43, 44). Hos 4 Patienter (4, 5, 7, 8) er det usikkert, hvilken Operation der er foretaget; men det er rimeligst, at der er foretaget Resektion.

Hos 4 Patienter er der opereret på *bägge nervi accessorii* [hos 2 Resektion (1 og 20)], [hos 1 Division (15)], [hos 1 Strækning alene (33)].

Metoden for Operationen har været noget forskellig i de forskellige Tilfælde. Sterno-cleido-mastoideus er i Regelen valgt til Udgangspunkt; men nogle have foretrukket at incidere ved dens bageste Rand således hos 11 (2, 3, 9, 14, 16, 17, 28, 29, 33, 34, 35), og da ofte ved midterste Tredjedel af Musklen; andre have foretrukket at incidere langs forreste Rand af sterno-cleido-mast.; således hos 15 (6, 11, 12, 18, 19, 21, 22, 23, 26, 32, 36, 41, 42, 43, 44). I 3 Tilfælde er benyttet den af TILLAUX angivne Metode (hos 10, 24, 25).

Af de forskellige Metoder foretrækker jeg den, der er beskrevet i de ovenfor meddelte Tilfælde, Incisionen ved forreste Rand af øverste Del af sterno-cleido-mastoideus; det er en med gode points de repère forsynet Fremgangsmåde, og man kommer til Nerven på det Sted, hvor den ligger nærmest ved medulla, hvilket, som det vil fremgå af det følgende, forekommer mig at være af Værdi. På Stedet for Operationen ligger normalt et Venplexus, der, som det var i mine Tilfælde, kan være ret rigeligt og derved forstyrre noget; også Glandler kunne hindre den frie Adgang til Fascien, så at man ikke kan se den gennemskinnende Nerve; men de kunne jo let fjærnes.

Strækningen har ikke skadet Patienterne; man skulde jo på Forhånd vente, at det intime Forhold imellem nerv. accessorius og nerv. vagus vilde vise sig; der er kun i ét Tilfælde (17) noteret Brækning ved Strækningen; det kan jo have været en Narkosebrækning; sikkert er det, at i Tilfælde, hvor der er gjort stærk Strækning, også i central Retning, er der ikke observeret Skade deraf. Jeg vilde dog ikke turde strække stærkt i central Retning.

Excisionens Længde kan let gøres en 3 Cm.; det er vel rigtigst at excidere et så stort Stykke som muligt for ikke at riskere Sammenvoxning.

Er man ikke ganske sikker på, at man virkeligt har nerv. accessorius for sig, kan man med Hjælp af et elektrisk Batteri snart overtøde sig, om det er den eller ej.

Man skulde jo vente, at en Excision af et Stykke af nerv. accessorius gav Paralyse og Atrofi af sterno-cleido-mastoideus og cucullaris; dette er mærkeligt nok ikke altid Tilfældet, og i de Tilfælde, hvor det er noteret, at Musklerne vare atrofiske eller paralytiske, har det ikke været til Skade for Funktionerne i nogen nævneværdig Grad.

Det vigtige Spørgsmål, om disse Indgreb på *nervus accessorius* have hjulpet Patienterne, er meget svært at afgøre. En Del af Observationerne lade særdeles meget tilbage at ønske i den Form, hvori de foreligge; en Del af Patienterne ere ikke gensete af Kirurgen; det kan derfor godt være, at den Patient, der er opført som helbredet, skulde stå som ikke helbredet, — og omvendt kan en Patient, der ikke er hjulpen, da han udskrives, senere komme sig, hvorpå flere Observationer frembyde Exempler. Hvor vanskeligt det er at afgøre Spørgsmålet om Operationens Nytte, fremlyser godt ved Betragtningen af vor egen første Patient (Graff). Jeg har Fotografier af ham, der vise, at han er helbredet; jeg får nogle Måneder senere Brev fra hans Fader, der er henrykt over Resultatet; nogen Tid derefter bestemmer jeg mig til at meddele hans Tilfælde; jeg bliver forhindret deri — og får netop i de samme Dage et Brev, dateret fra ham, at han atter har Spasmer; da jeg så 8 Måneder senere — i Anledning af denne Meddelelse — spørger om hans Befindende, er han atter delvist restitueret! Dette Vaklende i Forløbet er, så vidt jeg kan skønne af små Bemærkninger i offentliggjorte Tilfælde, slet ikke sjældent. En anden Vanskelighed, når man skal sige, om Operationen har hjulpet eller ej, er den, at der kan være små Tilfælde af Spasmer, der kun optræde af og til, men som ere for intet at regne i Sammenligning med, hvad Pat. tidligere måtte lide; ere sådanne Patienter hjulpne? ja, ganske sikkert! men det er et Spørgsmål, om *Hjælpen vil være varig*; jeg har opført sådanne under Rubriken: bedrede, nogle dog under helbredte (efter et Skøn om de omtalte Småspasmeres Forhold).

Med disse Bemærkninger in mente får man ved at efterse vore 44 Tilfælde det Resultat, at 20 Patienter vel kunne kaldes helbredte, 16 Patienter ere bedrede og 7 ikke bedrede; 1 er død af Sårkomplikaation (9de Dag af erysipelatös Flegmone).

Vi må betragte disse Grupper nærmere; Spørgsmålet har nemlig den meget store Betydning, om man ikke ved Studiet af Tilfældenes Art, sammenholdt med Resultatet af den Operation, de ere underkastede, kunde få et Indblik i Sygdommens Patogenese og derved muligt stille Indikationerne for Behandlingen skarpere.

Iblandt de 20 Tilfælde, der ere opførte som helbredte, er der 9, som må betragtes som ubrugelige Observationer i den Form, hvori de foreligge (Nr 5, 7, 8, 20, 28, 29, 31, 36, 39). Hos 1 af disse 20 Patienter (31) blev der kun foretaget Division; men denne Observation er efter mit Skøn ubrugelig. Hos 3 af denne Gruppe blev kun foretaget Strækning af Nerven (26, 33, 41). Hos 1 (Nr 6) foretoges Strækning og Dagen efter Division af Nerven. Hos Resten blev der foretaget Resektion; denne var sikkert forbunden med forudgående Strækning hos 3 (29, 34, 35); af disse 3 er dog den ene (29) en ubrugelig Observation.

Vi skulle gøre nærmere Rede for de Tilfælde, hvor Anamnesen giver *Holdepunkter for Årsagen til Sygdommen*.

Af de helbredte er der 4 Patienter, hvor Lidelsen må menes at skyldes et *trauma*; Nr 2 vil løfte en tung Stige, men kastes om af den, så at hans Hals bøjes under den, altså et trauma på columna cervicalis; 2 Måneder senere begynde Spasmerne. Nr 18 får, 18 Måneder før Spasmerne ere udtalte, et alvorligt vulnus af Hovedets bageste Del. Nr 26 får, få Måneder forud for Spasmerne, trauma ved Strækning af Halsen, da hun vil gå ned i en Båd. Nr 27 Fald på Ryggen under Fodboldspil, drejende Halsen stærkt til den ene Side; han kunde ikke bevæge Lemmerne, måtte køres hjem. Efter 2 Dages Forløb synes Halsen ikke at frembyde noget aparte; en Paralyse af vesica svandt på få Dage, Paralysen af Armene på 14 Dage. Han kan snart genoptage sit Arbejde; men 3 Måneder derefter støder han Hovedet stærkt mod en Jærnstang, falder bagover og får Halsen drejet på samme Måde som sidst; fra nu af holde Spasmerne sig.

Helbredelsen synes at være varig hos i det mindste de 3 af disse 4; Nr 2 blev observeret 3 År efter Operationen; der var da kun af og til let Dirren af Hovedet til højre samt lidt Bevægelser af Øjnene. Nr 18 observeredes 2 År, Nr 26 obs. 4 År efter Operationen; at observere lang Tid efter Operationen er nødvendigt; det fremgår tydeligt af Nr 26; ti da hun

blev observeret 1 År efter Operationen, var der endnu forskellige sygelige Tilstande (smlgn. vor Tabel).

De udførte Operationer i de 4 af trauma betingede Tilfælde var Resektion hos Nr 2 og 18, Strækning og senere Resektion hos Nr 26 og Strækning alene hos Nr 27.

Af de øvrige helbredte synes Nr 6 at have en *professionel* Lidelse; det er en Væverske, der ideligt under sit Arbejde må dreje Hovedet til højre og til venstre, mest til venstre; efter et særligt hårdt Arbejde får hun stadigt ubehagelige Fornemmelser i Nakken og af og til Spasmer, der da udvikle sig til udtalte venstresidige Spasmer. Her foretoges Strækning og Dagen efter Division af Nerven, hvis 2 Ender skiltes fra hinanden. 1 År efter er hun helt rask, skönt hun dog atter har arbejdet på Maskinen. Der er jo en Mulighed for, at det er rigtigt at henhøre sådanne af Profession opståede Spasmer til Kategorien: *trauma*.

Hos Nr 34 synes Lidelsen opstået i *Tilslutning til febr. typhoidea*; det er dog vanskeligt at afgøre, hvor megen Andel almindelige Nevrose-Symptomer have i Tilfældet; det er i hvert Tilfælde påfaldende, at hun helbredes forbigående ved Bromkalium og Galvanisme; at senere Sædebade hjalp for en kort Tid. Dog Operationen (Strækning og Resektion) hjalp prompt; hun blev observeret $\frac{1}{2}$ År efter Operationen. Hvad end Årsagen har været, synes Tilfældet at tale til Gunst for Operationen.

»*Nevrotiske Momenter*» synes sikkert at spille Rolle hos Nr 41; Spasmen af venstre sterno-cleido-mast., der har været i 8 År, er opstået kort Tid efter en nær Slægtninges Død; Pat. havde tidligere haft Ansigtsneuralgi, men aldrig Migræne eller Epilepsi. Her blev foretaget Strækning, der endte med at Nerven blev udreven — »*Evulsion*». Helbredelsen konstateredes 2 År efter Operationen. »*Nakkestivhed*» noteres som et Symptom, der hos Nr 33 havde været tilstede i nogen Tid, før Spasmer optrådte i venstre sterno-cleido-mast. cucullaris og platysma. Spasmerne tiltog, når Pat. iagttoges eller blev agiteret. Særligt aparte er det, at de kloniske Spasmer på venstre Side strax standsede, når den højre nerv. accessorius komprimeredes, derimod ikke påvirkedes af Kompression af venstre accessorius. At dette virkelig forholdt sig således, fremgår af den Omstændighed, at, da Patienten var opereret med Strækning af venstre accessorius og Kramperne vedbleve, kunde man igen

strax standse dem ved Kompression af højre nerv. accessorius; Patienten blev derfor strax narkotiseret igen, og der blev nu foretaget Strækning af højre accessorius. Efter den dobbeltsidige Strækning var der endnu nogen Tid Spasmer; men omtr. $\frac{1}{2}$ År efter vare de svundne.

Resten af de »helbredte» ere observerede fra få Måneder op til 1 År efter Operationen.

Af de 16 Patienter, jeg har opført som *bedrede*, kunne 9 ikke benyttes til Oplysning om Sygdommens Årsag (4, 11, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 40).

Trauma af Hovedet kan måske siges at spille en Rolle hos Nr 43 (vor Patient Graff); her er tillige, som alt anført S. 2. Spasmer i højre Overextremitet, om hvilke han ikke bestemt kan angive, om de opstode før eller efter Slaget af Baghovedet.

Det professionelle kan, særdeles tvungent, siges at have haft Indflydelse på Sygdommens Opståen hos Nr 15, om hvem der dog kun foreligger særdeles tarvelige Oplysninger, egentligt ikke andet, end at han var Orientaler og led af en Form af Spasme i Halsmusklerne, der minder om den orientalske ceremonielle Hilsen og kaldes »Salaam-Krampe»; hos denne Patient bleve bægge nervi accessorii og flere Cervikalnerver på bægge Sider dividerede, efter sigende med Held. Hos Nr 42 må det professionelle med større Sandsynlighed siges at have spillet en Rolle; han blæste på Trompet, en af den Slags, hvor der trækkes frem og tilbage med den ene Hånd i Lydrøret, hvorved netop de Muskler, der senere vare Sæde for Spasme, sterno-cleido-mast. og trapezius, vare i Virksomhed; i Begyndelsen fik han kun let Spasme, når han havde spillet i lang Tid. Senere bleve Spasmerne stærke, indfandt sig også om Natten; han mente, at han måtte opgive sin Stilling. Det var en meget excitabel Patient; han trode sig forfulgt; der var Anorexi og Søvnløshed. De første 6 Dage efter Division af højre nerv. accessorius standsede Spasmerne; men da de den 7de Dag atter viste sig lidt, blev han stærkt exciteret, var 4 Dage senere maniakalsk, hvilket dog atter tabte sig på få Dage. Senere prøvede han med Mellemlid mellemrum igen at blæse på Trompet; men skönt der herved kun kom lette Tilfælde, der veg for medikamentel Behandling (Bromkalium), opgav han Trompet og lærte at spille Basviol; efter den Tid har han ikke haft Spasmer. Sidst observeret 1 År efter Operationen. Han

hører måske til de helbredede; men det kan da ikke siges alene at skyldes Operationen på Nerven.

»*Nevrotiske Momenter*» spille en Rolle hos 4 af de bedrede. Hos Nr 3, der af og til havde *Hovedpine*, havde der fra Fødselen af været *choreaagtige Bevægelser i højre Hånd og Arm*, generende ved Skrivning o. l., men ikke ved stærkt Arbejde. Han plejede, når Hovedpinen var slem, at bade Hovedet i koldt Vand. En Dag, da han arbejdede i Snevej, fik han *Kuldefornemmelse i Ryggen* og Hovedpinen blev slem; da han tog koldt Hovedbad, mærkede han en »slående» Fornemmelse på højre Side, midt imellem proc. mastoid. og protuberantia occipitalis ext. Fra nu af havde han Spasmer i venstre sternocleido-mast. og højre cucullaris samt i nogle af de dybe Muskler på højre Side. Efter Resektion af venstre nerv. accessorius standsede Spasmerne i venstre sternocleido-mast.; men de bageste Rotatorer på højre Side påvirkedes ikke af Operationen. Et aparte Forhold, der minder noget om det ovenfor for Nr 33 omtalte, var det, at han kunde bevæge sig uden at få Spasmer, når han holdt Armen over Hovedet eller klemte fast om venstre sternocleido-mast.; slap han, indfandt der sig strax hæftige Spasmer og Smerter.

Hos Nr 37, der havde stærk *dobbelttidig* spasmodisk torticollis, var der tillige næsten konstant stærke *spasmodiske Kontraktioner af alle Ansigtets Muskler*. Her blev da gjort Resektion af den ene nerv. accessorius med det Resultat, at alle Spasmerne hævedes; men senere indfandt de sig atter, dog kun på den ikke opererede Side; han blev observeret 2 År og 8 Måneder efter Operationen.

Hos Nr 13 var der *infantil Paralyse af højre Underextremitet*; hun har været gift i 11½ År, har aldrig været gravid. 18 Måneder efter Giftermålet begyndte Spasmerne i Halsen, drejende Hovedet til venstre Skulder; i de sidste 10 Måneder har hun været meget lidende, også i Almentilstanden. Lægebehandling i 12 År har intet udrettet. Der var stærke Smerter i Baghovedet, højre Side af Halsen og langs Brystets Forflades Midte; Spasme i højre sternocleido-mast. og øverste Del af cucullaris; hun kan ikke dreje Hovedet til højre og har ikke haft Hovedet lige i 10 År. Ved Støj o. l. forøgedes Spasmen og der kom små Trækninger i Ansigtets og Øjnenes Muskler. Der blev gjort Resektion og Strækning af højre Nerve. Spasmerne standsede, Hovedet kunde drejes til højre; men der ved-

blev nogen Rotationsspasme, som Forf. henfører til Irritation af »bageste første Forgrening af venstre nerv. suboccipitalis».

Hos Nr 17 var der mange Tilfælde; en 14-årig Dreng har været syg i 10 År! der er Spasmer af højre sterno-cleido-mast. og de dybe bageste Halsmuskler; kloniske Kontraktioner af bægge Arme; slæbende Gang, især af venstre Underextremitet. Ved Sindsaffekter forøges Spasmerne i Hals, Arme og truncus. Skal han spise eller drikke, må han støtte Halsen med venstre Hånd, ellers kan han kun vanskeligt bringe Maden til Munden med højre Hånd. Halsen var den først angrebne — i 4 Års Alderen. Her göres Strækning, der hjælper, men kun i 6 Uger; men $\frac{1}{2}$ År senere har han det dog bedre; han fortæller, at der kan gå lang Tid, uden at han har Spasmer, og de indfinde sig især, når hans Opmærksomhed henledes derpå. — Det forekommer mig, at man har Lov til at henføre dette Tilfælde under Begrebet: *Hysteri*.

Af de 7 Patienter, der *ikke* bleve *bedrede ved Operation* på nerv. accessorius, ere de 4 så ufuldstændigt omtalte i de mig tilgængelige Fremstillinger, at man ikke kan benytte dem til Oplysning om Sygdommens Væsen. Derimod træffe vi hos Nr 16. der har været syg i 23 År, at der foruden kloniske Spasmer i venstre sterno-cleido-mast. og de dybere Halsmuskler også fandtes *Spasmer i venstre Arms Muskler*, optrådte senere end de i Halsen. Her blev gjort Strækning d. 7 Oktober 1881; da det ikke hjalp, foretoges Resektion d. 10 Marts samme År; dog lykkedes det ikke at excidere ovenfor det Sted, hvor Nerven endnu afgiver Grene til sterno-cleido-mast. (Incisionen blev foretaget ved bageste Rand); muligt, at man heri må søge Årsagen til det uheldige Resultat.

Nr 32 fik, 14 Måneder før han blev observeret, *Smerter i Halsen*, 2 Måneder derefter stærke Spasmer, der trække Hovedet bagtil og til venstre; i de sidste 7 til 8 Måneder kan Hovedet kun bringes fortil ved Hændernes Hjælp og ved at løfte venstre Arm. I Juli 1881 noteres, at han er fri for Spasmerne om Natten; men om Dagen er der stadigt kloniske Kramper af Halsens Muskler på nævnte Måde; Skuldrene løftes samtidigt; venstre sterno-cleido-mast. og cucullaris føles stærkt spændte. 1 August 1881 göres Strækning af nerv. accessorius. Samme Dag vise Spasmerne sig, dog med længere Mellemlum; men næste Dag ere de stærkere, og 3dje Dag er Tilstanden som før. Den 10 August er der Anfald af Spasmer i musc.

recti abdominis og musc. sacro-spinales. I Januar 1882 er Tilstanden uforandret. Man må ved dette Tilfælde tænke på en descenderende medullær Lidelse.

Min anden Patient (Gustavsen) er kun observeret en kort Tid efter Operationen. Her synes Alkohol at spille en Rolle ved Siden af trauma af Halsen.

Den Patient, som døde, Nr 9, havde foruden Spasmen af venstre sterno-cleido-mast. og cucullaris, der havde varet i 18 Måneder, i flere År haft *en Slags Skrivekrampe i venstre Arm*. Venstre nerv. accessorius blev reseceret; det viste sig, at Spasmen i sterno-cleido-mast. var hævet; men der var Spasmer i højre Side, særligt vist nok af splenius; så kom den erysipelatose Flegmone, der medførte Döden 9de Dag.

Hovedresultatet, at 36 af 44 opererede Patienter, der alle forud forgæves havde søgt Hjælp på mange Måder for deres overordentligt generende Sygdom, ere hjulpede godt ved en Operation, der ikke kan siges at være særlig farlig, eftersom kun 1 er död, og det tilmed af en Årsag, som man med Rette mener at kunne undgå ved antiseptisk Sårbehandling; dette Hovedresultat må jo opmuntre til at råde Patienter, der lide af Spasmer i Halsmuskler, til at forsøge denne Kur.

Dette er værd at bemærke; ti det er ikke almindeligt antaget, at der er Indikation for disse Operationer. Af Forfattere af nyere Lærebøger skal jeg således anføre, at ERB¹⁾ mener, at Nevrotomi af accessorius må forkastes, dels fordi den giver Lamhed, dels fordi den ikke hjælper; Operationen er kun berettiget i de Tilfælde, hvor Årsagen påviseligt ligger i selve Stammen af accessorius. OPPENHEIM²⁾ vänter sig ikke megen Nytte af sådanne Operationer. GOWERS³⁾ udtaler sig på følgende Måde: den eneste Operation på Nerven, af hvilken man kan vänte Nytte, er Resektion; selvfølgelig medfører en sådan Paralyse og Atrofi af de pågældende Muskler; han har ved at læse Beretninger om de nyere Tilfælde måttet forandre det Syn, han i sin tidligere Udgave af sin Bog havde på Operationen, — et forandret Syn, som vi hilse med Glæde.

¹⁾ Hdb. der Krankheiten des Nervensystems II. Leipzig 1874, S. 289.

²⁾ Anf. St., S. 766.

³⁾ Anf. St., S. 673.

Men man kan dog ikke på Forhånd love Bedring eller Helbredelse. Er det da ikke muligt at stille en Prognose for Tilfældene? I denne Henseende gælder det jo fremfor alt at komme den exakte Diagnose af Sygdommens Væsen så nær som muligt; det er et Forsøg herpå, jeg nu skal vove.

At søge *Årsagen* til den »spasmodiske torticollis» i *selve Halsens Muskler* vilde jo være højst urimeligt, alene af den Grund, at så mange forskellige Muskler, og ofte på forskellige Sider, blive lidende. At man stundom har set Helbredelse efter en foretagen Tenotomi, er ikke Bevis for, at Muskellidelsen er Årsag; ti de gunstigt forløbne Tilfælde have rimeligvis været Tilfælde, der kunne henføres til Begrebet Hysteri.

Den Periode, i hvilken der er kommet Fart i Operationen på nerv. accessorius, falder for største Delen sammen med den, hvor hele Nervepatologien har taget Opsving, og særligt da med den, hvor Operationerne på Nerverne begyndte med NUSSBAUMS Strækning i 1871 og Resektionerne bleve mere almindelige. Det er da naturligt, at man fattede den Tanke, at Strækning eller Division eller Resektion af nerv. accessorius (eller Strækning sammen med de nævnte Operationer) måtte kunne hjælpe for en Lidelse, hvis mest iøjnefaldende Symptom var Spasmer i de af nerv. accessorius innerverede Muskler, — endskönt jo ellers Spasmer vare et langt mindre indbydende Tema for Nerveoperationer end Nevralgieerne.

Men fordi Operation er udført på *nervus accessorius* og, som vi have set, med i det hele godt Resultat, er det jo ingenlunde givet, at det er denne Nerves Lidelse, der er Årsag til Sygdommen, således som nogle Forfattere mene: således ALTHAUS,¹⁾ der kalder det en konvulsiv Affektion af nerv. accessorius spinalis og mest stoler på Galvanisationens Hjælp, og MARSHALL HALL,²⁾ der sammenstiller Sygdommen med spasmodisk strabismus og spasmodisk tic, kaldende den en Affektion af »the true spinal motor nerve». Det er nu påfaldende, da der dog er gjort så mange Resektioner, og det af ret store Stykker, at så godt som Ingen har tænkt på at undersøge disse Nerver.

I denne Henseende foreligger kun Meddelelse fra BALANCE og SOUTHAM; i BALLANCES Tilfælde (Nr 13, den ovenfor

¹⁾ ALTHAUS: A treatise on medicale electricity. London 1870, S. 512.

²⁾ M. HALL: On the diseases and derangements of the nervous system. London 1841, S. 348.

omtalte Patient med den infantile Paralyse af højre Underextremitet) viste mikroskopisk Undersøgelse af det exciderede Nervestykke intet abnormt. I SOUTHAMS Tilfælde (Nr 16 med Spasmer i venstre sterno-cleido-mast., »de dybere Halsmuskler» og venstre Arms Muskler) påviste LARMITH Proliferation af Neurogliets Bindevævselementer; Nervefibrillernes primitive Skeder vare fortykkede; der var Proliferation af deres nuclei. Nogle af tubuli viste en meget fortyndet Medullærskede, i andre var den helt forsvunden, så at kun Axecylinderen var tilstede; denne var sund. Men, som LARMITH selv bemærker, alle disse Forandringer skyldes den omtr. 5 Måneder forud foretagne Strækning af Nerven; QUINQUAUD har vist de samme Forandringer i Nerver, der vare sunde, og som bleve underkastede Strækning. Dette Tilfælde kan altså ikke benyttes til Indtægt for, at nerv. accessorius er funden lidende ved et Tilfælde af »spasmodisk torticollis». Det kan i Henhold til disse Bemærkninger have nogen Betydning, at i bægge de 2 Tilfælde, ved hvilke jeg har foretaget (en lämpelig) Strækning med påfølgende Resektion af nerv. accessorius, har Nerven ved mikroskopisk Undersøgelse vist sig sund. Undersøgelsen er foretaget af Hospitalets kliniske Assistent, Hr. Dr. RIIS, og med WEIGERTS Metode, og dens Resultat konstateret af forskellige.

Af det her fremsatte kan man vel drage den Slutning, at nerv. accessorius ikke er Sæde for påviselige patologiske Forandringer, i alt Fald i nogle af Tilfældene af »spasmodisk torticollis».

Af andre Grunde, der kunne tale imod, at en Lidelse af selve nervus accessorius er Årsag til de omtalte Spasmer, må nævnes den, at andre Muskler end de af nervus accessorius innerverede så ofte tillige ere Sæde for Spasmer, stundom også på den anden Side. Vi have gentagne Gange fremhævet, at de dybere liggende Halsmuskler ofte lide; særligt gælder det splenius capitis, obliquus capitis inf. og rectus capitis posticus magnus; også de små dybest liggende Rotatorer må siges at kunne deltage i Sygdommens Billede. Gennemgår man vor Tabel (S. 10) over Spørgsmålet, hvilke Muskler der vare angrebne af Spasmer, vil man finde, at *iblandt de 32 Tilfælde, der ere brugbare i denne Henseende, er der ikke færre end 18 (Nr. 2, 3, 6, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 26, 34, 38, 39, 40, 44), ved hvilke de forskellige dybere liggende Halsmuskler viste*

Spasmer. Alle disse Muskler forsynes¹⁾ med Nervegrene fra *nervi cervicales*, væsentligst fra n. cervic. I og II:s bageste Grene; en særlig stor Gren er nerv. occipitalis major, der nær frem under Huden i Egnen af lineam semicircularis sup. ossis occipitis, 3 til 4 Cm. fra Midtlinien — et Punkt, der netop har været Sæde for Fornemmelser, Smerte eller Æmhed i flere af vore Tilfælde. Flere af disse Nerver anastomosere indbyrdes.

Man skulde herefter tro, at det var rimeligt at søge Årsagen til nogle af Patientens Spasmer i Lidelser af Cervikalnerver; derimod kan dog indvendes, at den ydre Gren af nerv. accessorius anastomoserer med flere af Cervikalnerverne, og at dette kunde være Grunden til, at »de dybe Halsmuskler» viste Spasmer, når nerv. accessorius var lidende. Men Indvendingen duer ikke, når man erindrer, at Muskler på den anden Side af Halsen, og her netop »de dybe Halsmuskler», ofte ere lidende. Jeg skal tilføje, at den Cervikalnerve, der blev excideret i mit som Nr 2 (44) anførte Tilfælde, mikroskopisk viste sig sund.

Da nu Nerver af så forskelligt Forløb vise sig at foranledige Spasmer samtidigt, bliver det rimeligst at søge Udgangspunktet for de spasmodiske Halsmuskellidelser ved deres fælles Udspring, det er *medulla spinalis*. Fra Anatomien²⁾ vide vi, at nerv. accessorius udspringer med 4 eller 5 Bundter i Højde med og sluttende sig til vagus, men at den tillige med sit Udspring rager så langt ned som til 6te eller 7de Halshvirvel; accessorii Rødder falde således sammen med første Cervikalnerves bageste Rødders Udtrædelsessted, at et Bundt fordeler sig til bægge Rødder, ja første Cervikalnerves bageste Rod kan fortrænges af en af n. accessorius's Rødder.

Allerede herved bliver det mere forståeligt, hvorfor en Spasme så ofte opstår samtidigt i de af accessorius og de af 1ste Cervikalnerve forsynede Muskler; men herved forklares dog ikke det factum, at Muskler på den anden Side også kunne være angrebne; til Forklaring heraf vilde man være mere tilbøjelig til at lægge Udgangspunktet for Lidelsen til den grå Substans i den *forlængede Marv*, der kaldes *Accessoriuskærnen*; ti dermed vilde man kunne forklare, at Muskler på den anden Side af Legemets Midte også kunde blive Sæde for Spasme,

¹⁾ Smlgn. HENLE: Nervenlehre i Hbd. der syst. Anatomie. Braunschweig 1879. Sid. 508.

²⁾ HENLE, anf. St., S. 203.

eftersom Rödderne af accessorius i Egnen af Pyramidekrydsningen samle sig med de Bundter af Sidestrængene, der ere bestemte for Krydsningen.

Vi skulle se, om der blandt Tilfældene af »spasmodisk torticollis» findes nogle, der kunne tale for, at Sygdommens Årsag sidder i medulla (spinalis eller oblongata).

Det eneste Tilfælde, ved hvilket der var Lejlighed til at undersøge Spørgsmålet patologisk-anatomisk, er Nr 9 (RIVINGTONS Patient), der døde 9de Dag efter Operationen. Der noteres følgende: »medulla, som forekom Dr. SUTTON og mig selv sklerotisk i den cervikale Del, blev opbevaret af Dr. S. for at undersøges mikroskopisk — — — men den gik tabt og Meddelelsen om dens Tilstand vil aldrig se Lyset».

Vi må da søge til vore Sygehistorier for at se, om nogle af disse tyde på, at Sygdommens Årsag kan sidde i medulla.

Iblandt de Tilfælde, vi have meddelt ovenfor for at belyse Årsagen til Sygdommen, forekommer det mig, at Nr 2, Nr 26 og Nr 27 (omtalte S. 18) kunne anføres som Tilfælde, hvor Lidelsen har haft Sæde i medulla; her er det et trauma, der har indvirket på Halsen. Dog må bemærkes, at Nr 2 tillige havde en Affektion af Ansigtsmusklerne (ængsteligt Udtryk — sardonisk Smil), hvilket leder Tanken hen på, at det muligt er en central Lidelse. Hos Nr 44 (vor Pat. Gustavsen) har trauma af medulla rimeligvis også haft sin Del i Lidelsens Opståen; men her er tillige Komplikation med Alkoholisme. Nr 6 og Nr 42 (se S. 19 og 20), opførte som professionelle Spasmer, og derfor måske at henføre til trauma, forekom mig også at kunne henføres til Lidelser af selve medulla (Manien hos Nr 42 kan forklares som indirekte betinget af den spasmodiske torticollis). Det forekommer mig også, at den Omstændighed, at alle disse Patienter ere blevne så godt hjulpede af Operationen, kan tages til Indtægt for den Teori, at det er medulla, der har været Sædet for Lidelsen, i det man da må tænke sig, at Strækningen har virket på de forandrede Tilstande i medulla.

Om den Omstændighed, at man hos Nr 33 (se S. 14) kunde standse Spasmerne i venstre Side ved at komprimere højre nerv. accessorius, kan tages til Indtægt for, at Lidelsen her har haft Sæde i medulla, skal jeg lade være ubesvaret; Nr 3 (se S. 14 og 21), der kunde standse sin Spasme ved at klemme om sternocleido-mastoideus, kan næppe siges at have haft sin Sygdoms Årsag i medulla.

Nr 32 (se S. 22) forekommer mig at kunne siges at have haft en Lidelse af medulla eller dens meninges, eftersom Sygdommen synes at have haft en descenderende Tendens; — men det er jo for övrigt dristigt at udtale denne Mening, når man ikke har mere detaljerede Oplysninger om Patienten end de ovenfor meddelte. I det hele er det her sagte om medulla som Sygdommens Sæde jo kun Formodning. At Spasme af Halsmusklerne *kan* optræde ved Medullalidelser, kan jo dog ikke betvivles; fra Literaturen skal jeg anføre, hvad jeg har kunnet finde derom:

Fra ALTHAUS skal foreligge et Arbejde, der viser, at Spasmer og torticollis kunne optræde som Symptom ved Sygdomme i medulla's laterale columnæ; den angivne Kilde i Brit. med. Journal 1872, I. S. 48 er ikke rigtig; det har ikke været mig muligt at finde Artiklen andre Steder.

ERB¹⁾ anfører, at man kender Accessoriuskramper ved forskellige Rygmarvssvulster, Emollitionsfoci, meningitis m. m.

LABAT²⁾ meddeler om Wry neck depending on a tetanic condition of the right sterno-mastoid muscle together with a spastic state of the trapezius and abdominal muscles of the same side, consequent an severe strain of the spine — en Afhandling, der kun er mig bekendt gennem den her anførte Titel.

GOWERS³⁾ anfører, at, når Spasmen optræder i én Muskel eller i Muskler, der fysiologisk ikke ere associerede, er det sandsynligt, at den afhænger af en Sygdom i et spinalt eller bulbært centrum, fra hvilket de pågældende Nerver udgå.

Vi tro at kunne slutte, at i en Del Tilfælde af »Spasmer i Halsmusklerne» må Årsagen til Sygdommen søges i medulla; men der bliver en Del Tilfælde tilbage, hvor denne Forklaring⁴⁾ ikke slår til; det er alle de Tilfælde, hvor andre Muskler end Halsens, således særligt Ansigtets og Overextremitetens Muskler også ere Sæde for Spasmer. I sådanne Tilfælde bliver det rimeligst at søge Sygdommens Sæde i *cerebrum*, at betragte Spasmerne som et Udslag af Lidelse i et *kortikalt centrum*.

¹⁾ Anf. St., S. 289.

²⁾ Dublin. med. press 1844, XI, 117.

³⁾ Anf. St., S. 669.

⁴⁾ Man må jo i övrigt undre sig over, at vagns ikke viser Tegn til at være afficeret; det taler imod Medullalidelse.

Blandt vore Tilfælde forekommer følgende mig at kunne henføres til denne Gruppe. Nr 18 (se S. 18) har fået et alvorligt vulnus på Hovedets bageste Del; trauma af Hovedet spiller *måske* også en Rolle hos Nr 43 (vor Pat. Graff, der bestemt forekommer mig at måtte have en Cerebrallidelse). Nr 3, 16, 9 og 37 ere Patienter, som forekomme mig at kunne henføres til denne Gruppe, fordi Ansigtets og Overextremitetens Muskler tillige ere angrebne.

Man bør dog erindre, at trauma af Hovedet også kan give Anledning til Läsioner af medulla oblongata og spinalis. DURET¹⁾ meget smukke Forsøg, der ere illustrerede rigt i hans Værk om dette Spørgsmål, forekomme mig meget overbevisende.

Som et Exempel på trauma af Hovedet som Årsag til spasmodisk torticollis anfører jeg FOURNIERS²⁾: højresidige Hals-spasmer efter Fald på venstre Tinding — en Afhandling, der des værre kun er mig kendt gennem dens Titel.

GOWERS har flere Gange³⁾ set Spasmen optræde en eller to Måneder efter et Fald og udtaler sig til Gunst for den Mening, at man ofte må tro, at det er Nervecellerne i de højere, kortikale centra, der lide; dette gælder væsentligt de Tilfælde, hvor Affektionen rammer Muskler, der ere sammen om at udføre en Bevægelse, endskönt de innerveres fra forskellige Nerver; det er sandsynligt, at en sådan Spasmus beror på forøget Virksomhed i et centrum, der mere repræsenterer Bevægelserne end selve de enkelte Muskler. Den fysiologiske Association af Muskler er især tydelig ved Kontraktionen af mm. frontales ved Spasmer af Nakkemusklene; mm. frontales innerveres fra Facialiskærnen i pons, Nakkemusklene for største Delen fra Rygmarven. Det er jo sandsynligst, at en sådan associeret Spasme udgår fra Kortikalcenerne. Men hvis Spasmerne afhænge af en kortikal Lidelse, findes der i Regelen en med Hovedets Bevægelse konjugeret Bevægelse af Öjnene (hvilket også findes ved de Spasmer, der betinges af Irritation af pons Varolii,⁴⁾ i hvis nederste Del man mener, at centrum

¹⁾ DURET: Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux. Paris 1878.

²⁾ FOURNIER: Le Tic rotatoire. Thèse de Strasbourg 1870.

³⁾ Anf. St., S. 662 og 669.

⁴⁾ Hvor megen Andel Lidelser i pons i det hele have ved de Tilfælde, hvor man har Grund til at formode, at medulla er angreben, er mere end svært at afgøre; de fysiologiske Forhold ere vel næppe helt kendte.

for Hovedets Rotation er beliggende) — hvad der ikke er Tilfældet ved den spasmodiske torticollis, der afhænger af de »nedre» centra, dem i medulla. Om disse Forhold findes ingen Oplysninger i vore 44 Tilfælde; vor Pat. 43 (Graff) syntes ikke at være tvungen til at bevæge Øjnene i en bestemt Retning, — og her var Sygdommen dog vist nok kortikal.

Oftalmoskopiske Undersøgelser synes ikke at være foretagne i de offentliggjorte Tilfælde. Hos vor Patient Graff var Øje-grunden normal.

OPPENHEIM¹⁾ udtaler ganske kort, at Patologien af Spasmen i Halsmusklerne er en Irritationstilstand i Nervekærnerne eller Nervecentrerne; han anser det for sandsynligt, at Kortikal-substansen og navnlig den Zone af samme, der indeholder centrum for Halsmuskulaturen, som oftest er Udgangspunktet for Lidelsen, og at Krampernes Våsen må søges i en, som oftest nedarvet Labilitet af disse centra.

Dette centrums Beliggenhed må måske søges i FERRIERS²⁾ Area 12. Vi henvise i denne Henseende til det Billede, der findes i FERRIERS Bog.

Af hvilken Art den kortikale *Lidelse er*, kan kun være Genstand for Formodninger, således som det også gælder for »Skrivekrampen» (der jo er omtalt som tilstedeværende hos flere af vore Patienter) og andre »Beskæftigelses-(professionelle) Nevroser». I denne Henseende kunne vi henvise til det fine Syn på disse Lidelser, som GOWERS har.

Også for de Tilfælde, hvor man kan skønne, at Sygdommen har Sæde i medulla, må man nøjes med Formodninger om Lidelsens Art. Det hele Billede forekommer mig at ligne *Atetose*, — men det er jo ingen Forklaring. Ved de Tilfælde, hvor et trauma må antages at være første Ophav, er det jo rimeligst at tilskrive Blodextravasatets Resters Irritation på Nervecellerne, Hjerne- eller Rygmarvshinderne eller måske på selve Nervestammerne ved deres Udrådelsessted en Rolle.

Ved Lidelser af anden Oprindelse end trauma bliver det end vanskeligere at gætte.

¹⁾ Anf. St., S. 765.

²⁾ FERRIER: The localisation of cerebral disease. London 1878, S. 58 e. s. (illustr.).

Forkölelse, som vel har spillet en Rolle hos Nr 4, virker vel ved at forandre Cirkulationsforholdene og herigennem give Anledning til irriterende Exsudater. *Intoxikationer* (*Alkohol* Nr 44; hos Forfatterne findes *Metalforgiftninger* også opførte), *malaria*¹⁾ og *influenza*²⁾ kunne fremkalde spasmodisk torticollis, men ingen véd vel, hvorledes; ved disse sidste Former kunde man dog tænke på Tilstedeværelsen af en *neuritis*. Vor Pat. Nr 34 med febr. typhoidea må man jo tro, har en lokaliseret Tyfusbacilproces?

Der vil dog altid blive en Del Tilfælde tilbage, hvor alt Håb om en Forklaring strander; sådanne Tilfælde ophobes i den store Gruppe: *funktionel Nevrose* eller *Hysteri*; til disse synes det mig, at vor Pat. Nr 17 kan henføres.

Jeg tør, som nævnt i Indledningen til denne Meddelelse, ikke begive mig videre på disse Hypotesers Område. Hvad der fornemmeligst har været mit Mål, er at søge oplyst, om man gennem de med Operation behandlede Tilfælde kunde nå til en mere detaljeret Kundskab om den spasmodiske torticollis og dens Behandling.

Jeg tror at kunne samle mine Studiers Resultat i følgende Bemærkninger:

Den spasmodiske torticollis er en Sygdom, der optræder under højst forskellige Billeder, fordi mange forskellige af Halsens Muskler, innerverede fra forskellige Nerver (nerv. accessorius og cervicales, væsentligst I og II) ere Sæde for Spasmer; det må særligt fremhæves, at de af Cervikalnerver innerverede »dybe bageste Halsmuskler» meget ofte ere Sæde for Spasmer. Ikke sjældent ere Muskler på bægge Sider af Halsen angrebne; stundom tillige Overextremitetens Muskler på samme eller på den modsatte Side. Der er ikke Grund til at tro, at de Nerver, der forgrene sig til de af Spasmer angrebne Muskler, ere lidende (skönt det i nogle Tilfælde kan tænkes at være Tilfældet), men snarere Grund til at formode, at Sygdommens Årsag sidder i de lavere liggende Centrer (medulla spinalis, medulla oblongata) eller i de højere liggende Centrer, i cerebrums kortikale Substans.

Af hvilken Art den egentlige Årsag til Sygdommen er, kan ikke siges; sandsynligt er den forskellig i forskellige Til-

¹⁾ HOLT: The med. record, Maj 1885.

²⁾ OPPENHEIM, S. 762.

fælde; trauma synes i nogle Tilfælde at spille en Hovedrolle; som det andet Yderpunkt er der Tilfælde, hvor man må gribe til Begrebet »funktionel Nevrose», »Hysteri» som »forklarende».

Kun i et forsvindende Antal af Tilfælde synes Medikamenter og anden, ikke operativ Behandling at gavne; af sådanne Midler synes Derivationer, særligt med ferrum candens, værd at forsøge. Sikkert synes derimod kirurgisk Indgreb på nerv. accessorius at have gavnet en stor Mængde Tilfælde, der havde modstået al anden Behandling og stundom havde været i særdeles mange År. Skönt Strækning alene af Nerven i nogle Tilfælde har haft godt Resultat, synes det dog rigtigst at foretage Strækning med påfølgende Excision af et 2 til 3 Cm. langt Stykke af Nerven. En Forklaring af denne Operations Virkemåde er ikke at give; lettest at forstå er den gode Virkning i de Tilfælde, hvor man må formode, at et trauma, med Blodextravasater og disses Følger, har været Årsag til Lidelse af Nerven eller af medulla, vanskeligst at forstå i de Tilfælde, hvor en kortikal Cerebrallidelse må formodes at være Årsag. At tænke sig dens Virkning som »psykisk» forekommer lidt overdrevet, da Patienterne ofte have gennemgået ganske anderledes »stærke Kure», som f. Ex. Overskæring af Muskler.

Det er gentagne Gange observeret, at der efter Operationen på nerv. accessorius er blevet tilbage Spasmer i Muskler, der innerveres af Cervikalnerver, særligt af 1ste og 2den, og Operation (Strækning med påfølgende Resektion) på disse har da helbredet Patienten. Man bör derfor för Operationen söge at få nöje oplyst, om der ikke er Grund til at operere så vel på nerv. accessorius som på Cervikalnerverne.

Disse Operationer synes ikke at medføre Fare eller uheldsvangre Følgetilstande.

Tabel over Tilfælde af »spasmodisk torticollis», behandlede ved Operation på nervus accessorius.

Løbe-Nr.	Forfatter.	Pnt.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. n. Bemærkninger.
1	BUJALSKY 1834.	M.	Krampeanfald fra <i>lågge</i> nervi accessorii.	Resektion af <i>lågge</i> accessorii, det, hvor de gennemløber øverste Del af st.-cl.-musk.	Godt; men 1836 fortæller HARDER til STROMEXER ¹⁾ , at der kom Recidiv.	Unterbindung beider nervi accessorii. Drugh zulawia (Sundhedens Ven) 1834. St. Petersborg. Nr. 26. S. 201. C. v. Gräfes und Walthers Journal der Chirurgie. Berlin 1835. Bind 23. S. 334.
2	CAMPBELL DE MORGAN 1862.	M. 32 År.	Oktober 1860 kastes han om af en tung Stige, han vil løfte; hans Hals bøjes under den (måske nogle Måneder forud Tendens til Kasten af Halsen til en Side). I December 1860, altså 2 Måneder senere, Spasmer, der i Løbet af nogle Uger gøre ham arbejdsudygtig. 1861, 29 Januar, Middlesex Hosp. <i>Hovedet til højre</i> og h. Skulder altid løftet; Hagen drejlet til <i>højre</i> — derfor splenius, obliqv. int. og rectus post. magn. med i Lidelsen. <i>Ausigtsmusklerne</i>	Februar 1862. Resektion af <i>venstre</i> access., 1/4 (engelsk) Tomme af Stammen, efter at han gennem Incision, svarende til Midten af bageste Rand af Musklen, havde dissekeret Fibrerne af Nerven i Musklen og gennemskåret dem. Det er Trapeziusgrenen, der skal findes først; så går man opad til den falles Stamme.	God Heling. Strax Virkning. 3 Måneder efter Operationen godt. 3 År senere: Ingen Spasmer; kun af og til en let Dirren af Hovedet til højre med lidt Bevægelse af Øjnene. Paralyse af sternocleidt og trapezius p. p.	CAMPBELL, DE MORGAN. Brit. and Foriegn med.-chir. Review. 1866. XXXVIII. Art. III. Cit. ordret af NOBLE SMITH. Spasmodic wry neck. 1861. S. 31. Al Slags Behandling forgæves (S. 33), også Tentorium af Sternalportionen. Aparte Billede = mange Muskler aggrebne. Forf. tror, at det er Reflexirritation, i Almindelighed central Lidelse. (Jeg: <i>Man kan dog tænke sig en sådan påvirket ved sekundær Dege-</i>

¹⁾ STROMEXER: Beitr. z. operativen Orthopaedie. Hannover 1836. S. 140.

Løbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemærkninger.
			<p>lide — Ængstelse — sardonisk Smil. Smert. Spasmer kunne vække ham. Comuna normal. Sandsynlig Lidelse af nerv. accessor., abducens oculi og Grene af nervi cervicales I og II, rimelig Reflexvirkning fra dybt sidende Irritation, måske i Spinalkanalen. Månlgt direkte Irritation i Nervecentrerne.</p>			<p><i>neration opad af den reseceerede Nerve).</i> <i>Trauma Arsag. Kombineret Tilfælde.</i> Mon ikke Lidelse af pons (abducens oculi)?</p>
3	CAMPBELL DE MORGAN 1867?	M. 38 År.	<p>Af og til Hovedpiner og choreaagtige Bevægelser af højre Arm og Hånd fra Fødslen af, generende ved Skrivning o. l., men ikke ved stærkt Arbejde. Han plejede, når hans Hovedpine var slem, at bade Hovedet i koldt Vand. En Dag, da han arbejdede i Regn og Snevej, fik han Kræde i Ryggen, og Hovedpinen kom stærkt; da han tog koldt Hovedbad, mærkede han en »slående» (pulling) Fornemelse på højre Side midt imellem proe. mastoid. og protuberantia occipit. Fra nu af, d. c. for 18 Månedes tid, har han haft spasmodisk Lidelse af Hovedet.</p>	<p>Resektion af et Stykke af <i>venstre</i> accessorius.</p>	<p>Spasmerne i v. sternocleidostandse; men de bagste Rotatorer på h. Side påvirkedes ikke. N. SMITH mener, at Forf. tillige skulde have opereret på de bagste Grene af Cervikalnerverne.</p>	<p>Samme. Lancet, 1867, 3die August. Cit. ordret af NOBLE SMITH sinst. S. 39. Choreia fra Barndommen. Neuralgipunkt i Nakken. Både h. og v. Side lidende, men forskelligt.</p>

<p>ringe; men så snart hun begynder at røre Ryggen eller at gå, drejer Hovedet til højre, stærkere og stærkere, og nedad til den modsatte Side (altså v. sternocleido sp.). Smertene herved ere stærke, og han må stå stille og støtte Hovedet ret mod Hænderne. Smerten er intet på det enkelte Punkt i Nakken; her, er altid nogen Svulst og Ømhed. Forf. finder <i>venstre</i> sternocleido og <i>højre</i> trapezius rigide; <i>venstre</i> trapezius følger intet. Nogle af de dybere Muskler ere sandsynligt også angrebne. Holdes Armene over Hovedet, eller klemmer han om <i>venstre</i> sternocleido, kan han gå uden Spasme. Slipper han, får han strax Spasmer og hæftige Smarter.</p>	<p>John Wood.</p> <p>M.</p> <p>ingen Detaljer kendte.</p>	<p>Operation; men om Strækning eller Resektion, vides ikke; muligvis Resektion. Tilligestift Halsbind.</p> <p>Bedring.</p> <p>Brev-Meddelelse til Jons OGLE i: Spasmodic-contraction of the muscles of the neck. Transactions clinical society. London 1873. VI. S. 116. Ref. hos NOBLE SMITH S. 27 og PETIT S. 282. WOOD kan ikke selv huske, hvor det er meddelt, men antager, det findes imellem Beretninger om Operationer i</p>
--	---	--

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemærkninger.
5	JOHN WOOD.	Pige.	D:o.	D:o.	Højbreddet. W. så Pat. 3 à 4 Ar efter Operationen; hun var da voxen og havde lige Hals.	WOOD. Ubrugelig.
6	ANNANDALE 1878.	Kv. 24 Ar.	Väverske på Maskine; må dreje Hovedet til højre og venstre, mest til venstre. Efter et usådvantligt strængt Arbejde fik hun stadigt ubehagelige Fornemmelser i Nakken og af og til Spasmer — det udviklede sig til udtalte venstresidige Spasmer. 1/2 78: Hun sidder med Hovedet drejet til venstre og sænket ned imod den løftede venstre Skulder, støtter Hovedet med v. Hånd og ser over v. Skulder. Bevæges Hovedet, da begynde Spasmerne; Hovedet vil altid til venstre. Rolig i Søvn. Smarter. De lidende Muskler ere: obliq. inf. sin., rectus capitis post. major og splenius, der roterer Hovedet til v., og v. sternocleid-	Snit fra proc. mast. langs forreste Rand af v. sternocleidomast. Venstre nerv. accessorius strækkes, Skelignatur lægges løst omkring den; da det ikke hjalp, gjordes næste Dag Discision af Nerven (ikke Resektion), og de 2 Enden skiltes fra hinanden.	Bedring få Timer efter Discisionen. Set i Marts 1879, 1 Ar efter Operationen; helt rask, har dog atter arbejdet ved Maskinen i nogen Tid. Nu gift. Musklerne ere, som alt øvrigt på Halsen, normale (ikke paralyserede.)	Lancet 1879. I. S. 555. »Case of spasmodic wry neck successfully treated by discision of the spinal accessory nerve, after failure of stretching.» Diagnose: <i>Dooris</i> »chronic fatigue or irritable weakness» af de to hinanden modvirkende (opposite) Muskelgrupper, der bruges mest af Pat. Vilde man sikkert fremkalde de kloniske Spasmer, behøvede man kun at lade hende udføre de raske Drejninger af Hovedet. Hun holdt Hovedet i den omtalte Stilling for at slappe bagge Grupper samtidigt. Drejningen til venstre slapper de små Muskler; Sænknngen til v. Skulder slapper st.-cleido og trapezius.

Strækning hjadper ikke? Kun
1 Dag etc.

og trapezia, der sænke Hovedet imod v. Skulder og rotere det til højre. De kloniske Spasmer skyldtes den vexlende Virkning af disse 2 Muskelgrupper.

7	ANNANDALE 1891?	?	?	Godt Resultat.	Næppe offentliggjorte. Om- tale af ANNANDALE i Edin- burgh med Journal April 1891. S. 883. Cf. her efter PETT. S. 283.
8	COTTEILL 1891?	?	?	Do.	
9	RIVINGTON 1876.	Kv. 58 Ar.	? 76; Laangs bageste Rand af st.-el.-musk. på venstre Side Re- sektion af Slammen; for den træder ind i Musklen. Konstant Strøm for at være sikker på, at det er den. (PETT.)	Efter at hun er vignet, er der Spasmer, der ikke skyl- des v. st.-el.-musk., men de bageste Muskler på Halsens højre Side. <i>Højre splenius</i> er <i>spandt</i> . De følgende Dage afstuge Spasmerne. 16 1/2; Forhøjet Temperatur. 20 1/2; Erysipelas. 26 1/2; Død. Spasmerne vedvare til Døden.	Meddelelsen her efter PETT. S. 283, der rimeligvis har den fra Brain 1882 IV. S. 257, og som omtaler Referatet af R. selv i Lancet 1879. I. S. 213 som ikke komplet. R. siger selv her: Sternor- eideio viste ikke senere Kontraktioner; derimod var der »some movements» fra »splenius capitis etc.» på den modsatte Side i 1 eller 2 Dage; da standsede de og kom ikke igen. Pat. syntes helbredet; da kom den dræ- bende erysipelas. HUGHINGS JACKSON optog Sygehistorien og sendte Pat. til Rivington til Operation; H. J. har Journalen. <i>Metulla</i> , der af R. og SUTTON syntes <i>skleroseret</i> i pars cervicalis, blev af SUTTON geint til

Løbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemærkninger.
10	TILLAUX 1882?	K _v . 32 År.	18 Månederssyg, <i>Hæftig Sindsbevægelse</i> . $\frac{2}{3}$: Resektion af portio sternalis af stelmarst, der syntes mest angreben; ingen Virkning. 18 Måneder senere, efter Konsultation med <i>Vulpien</i> , Resektion af n. spinalis.	Resektion efter TILLAUX's Metode.	God Bedring 6 Uger senere. Men senere Meddelelse til PERRY, at det ufter blev lige så dårligt som for Operationen.	mikroskopisk Examination, men er bortkommen. Tribune medicale 1882. S. 77. Bull. Acad. de méd. 1882. S. 15. Her eiteret efter Bull. et mém. Soc. de chir. 1886. S. 809 (i T's Rapport af SCHWARTZ's Tilf.) Skal også stå i Gaz. d. hôp 1882. S. 109. Var efter VULPIAN en torticollis fonctionel. Der var, siger TILLAUX, hverken Retraction eller Kontraktur. 3 År efter Resektionen (i 1885) ingen Forskel fra før Operationen.
11	SANDS 1882.	M _o . 39 År.	1 9 Måneder klonisk højresidig t. spasmi.	Snit ved <i>forreste</i> Rand af st.-el.-mast. (Han finder Snittet ved bagste Rand uheldigt; har prøvet det.) $\frac{1}{4}$ af Nerven reseceret.	Strax Ophør af Kontrakt. af st.-el.-mast., men ikke af torticollis, der vedligeholdtes af Kontraktur af splenius. Langsom Fremgang. Næsten helt helbredet efter 6 Måneders Forløb.	Annals of anat. a. surgery. 1888. VIII. S. 277. Cit. efter PERRY. S. 284. (Ref. hos NOBLE SMITH efter en anden Kilde. S. 40, synes upålideligt.)
12	SANDS 1882.	M _o . 31 År.	Klonisk venstresidig t. spasmi. i 4 eller 5 Måneder; senere tonisk, efter at der var gjort punktueller Kavterisationer langs Musklen.	$\frac{2}{5}$ reseceret ved Snit langs <i>forreste</i> Rand.	Paralyse af st.-el.-mast. Forbigående Kontraktion af splenius og andre Muskler på den opererede Side. Helbredet.	Samme Kilder.

13	BALLANCE 1884?	Kv. 48 A.	<p><i>Infantil Paralyse af h. Underextrem.</i> Gift i 11½ Ar. Aldrig gravid. 18 Måneder efter Giftermålet begyndte Spasmer i Halsen, der drejede Hovedet til v. Skulder. I de sidste 10 Måneder meget syg; dårligt situeret på Grund af Spasmen, der også hindrede Søvnen. Behandl. af Læger i 12 Ar; PETTIT skriver at der ikke var Spasmer under Søvnen! Stærk Smerte i Baghovedet, højre Side af Halsen og langs Midten af Brystets Forside. Højrestel. Del af h. oculularis ligeledes. Iltun kan ikke dreje Hovedet til højre; har ikke haft Hovedet lige i 10 Ar. Der var ikke Spasmer under Søvnen, men hun søn ikke! Spasmen øgedes ved Støj el. licen., og der kom de små Trækninger i Ansigtets og Øjnernes Muskler.</p>	<p>Reaktion. 1" af Nerven exciteres, og den proximale Ende strækkes stærkt</p>	<p>Spasmerne slæbende (ganske?), Smerten svandt. Almentilst. god! Hovedet kan drejes til højre. Dog er der ingen Rotationsspasme tilbage, som B. henfører til, at bageste forste Forgrenning af v. nerve. <i>suboccipitalis</i> er uløst for samme Irritation som den dybe i origin of højrespinal accessory nerve.</p> <p><i>Mikroskop af Nerven viste intet abnormt</i></p>	<p>St. Thomas Hosp. Reports. 1884. XIV. S. 95. Udforligst hos NOBLE SMITH S. 42.</p> <p><i>Mikroskopi af Nerven viste intet abnormt.</i></p> <p>Til cerebral Lokalisation</p>
14	JACOBSON i Slutn. af 70erne?	Kv. omfr. 40 Ar.	<p>Venstre n. access. Rektion ved bageste Rand.</p>	<p>Kun temporär Lindring; de andre Muskler bleve Sæde for Spasmer.</p>	<p>Brev til BALLANCE. Cit. efter PETTIT. S. 286.</p>	
15	THIBERSCH i 80'erne.	M. Orientaler.	<p>Salaam Krampe (orientalsk ceremoniel Hilsen) — nodning = høje. PETTIT skriver: mouvement de tête signifiant non.</p>	<p>Med Hjælp.</p>	<p>Brev til BALLANCE? Se NOBLE SMITH 44 og PETTIT 286, hinanden til Dels modsigende Beretninger.</p>	

Løbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemærkninger.
16	SOUTHAM 1880 og 1881.	Kv. 53 År.	Klonisk Spasme i v. stel-mast. og i venstre Arms Muskler. Symptomerne i 23 År, først i Halsen, senere i Armen. Også 3de dybere Halsmusk- lers. Ikke rolig et Øjeblik. God Almentilstand. Hovedet det drejes til højre Side; venstre Øre nærmes til Skul- deren, Hagen i modsat Ret- ning. Hun kan ikke rette Hovedet eller se over venstre Skulder.	Nerven strækkes 7de Oktober. Excision 10de Marts, ved 1881, af omtr. 1 ^o . Den er atrofisk og skør på det tidligere ope- rerede Sted. Hun fik ikke excideret ovenfor det Sted, hvor den endnu giver Grene til st.-el.-mast. Derfor måske det uheldige Resultat.	Bedring; men Spasmerne svinde ikke helt; efter 1—5 Uger er Tilstanden som for- hen. Dog kan hun dreje Hovedet til bage Side! Excision i Marts løjelper ikke.	S. on nervestrecting with particulars on three cases. Lancet 1881. II. S. 369. <i>Strækning af ene løjelper ikke. Senere Excision. Mikroskopi (LARMUTH):</i> Pro- liferation af Nervoglets Bin- devævselementer. De primi- tive Skeder af Nervetilberne ere fortykkede. Prolifera- tion af deres nuclei. Medul- lærskeden af nogle tubuli er meget fortyndet, i andre helt svundet, så at der kun rester Axcylindren; denne er sund. Alt dette skyldes Strækningen (smilgn. Quinquands Mikroskopi af sunde Nerver, på hvilke der er gjort Strækning). Incision ved <i>bageste</i> Rand; 2 Pincetter på og Strækning af mellemiggende Stykke og stærk Trækning opad og nedad.
17	SOUTHAM 1880.	Dreng 14 År.	Klonisk Spasme i højre st.-el.- mast. Der var korte Peri- oder af Ro. Også Spasmer i de dybe bageste Muskler af Halsen og i bage Arm (kloniske.) <i>Slåbende Gang, især af venstre Underextre- mitet.</i> Sindsaftekt forøge	<i>Strækning</i> 23de Ok- tober. (<i>Metoden se Anm. til 16.</i>)	Løjelper, men kun i 6 Uger. Nu i Maj 1881 fortæller han, at han kun har Spas- mer med lange Mellemrum og især, når hans Opmærk- sombhed henledes derpå.	Smstds. <i>Strækning løjelper kun i 6 Uger. d. e.: løjelper ikke. 4de Maj 1881 har han det dog bedre!</i> <i>Ved Strækningen Brænding</i> — Forb. med Vagus (Nar- kosemiddel?) <i>Ikke Excision!</i>

<p><i>truncus</i>. Skal han spise og drikke, må han støtte Nakken med venstre Hånd; ellers kunde han vanskeligt bringe Mælden til Munden med højre Hånd. Syg i 10 Ar, først i Halsen, senere det øvrige.</p>	<p>18 M. 27 Ar. SOUTHAM 1883.</p>	<p>18 Måned forud alvorligt <i>vulnus</i> af <i>Hovedets</i> bagste Del (OKT. 1880). Intense Spasme af venstre st.-cl.-musk. og trapezius.</p>	<p>Excision Suitvelforreste Rand 2, 1883. i " excideres Lidt Suppuration. Ovelser i at holde Hovedet til højre.</p>	<p>3 Måneder derefter er Hovedet lige og Bevægelserne frie Helbredelsen konstateret 2 Ar efter Operationen.</p> <p>Brit. med. journal 1885. II. S. 59 Cit efter PETIT. S. 284. Trauma</p>
<p>19 M. 21 Ar. SOUTHAM 1885.</p>	<p>Højre st.-cl.-musk. og de dybe Halsmuskler på samme Side. Syg i 6 Måneder.</p>	<p>Excision.</p>	<p>Spasmerie af sternocleidohyoid, men de af de dybe Halsmuskler vedblive; men de ere mindre betydelige, og Hovedet kan holdes lige ved en Båndage.</p>	<p>Smitsds Cit smitsds. S. 287.</p>
<p>20 M. 55 Ar. SOUTHAM ?</p>	<p>Bagge Sider i 4 Måneder.</p>	<p>Excision på bagge Sider.</p>	<p>Paralyse af sternocleidohyoid på bagge Sider; dog ikke Hjulph i flere Uger. Senere blev han helt rask.</p>	<p>Smitsds Cit. smitsds. S. 287. Bagge Sider.</p>
<p>21 K. 31 Ar. SOUTHAM 1889.</p>	<p>Højre st.-cl.-musk. Smærter. 6 Måneders Varighed. Tonic Spasme. Kommet sukcessive. Højre Ore trukket ned mod Skulderen.</p>	<p>Snit ved forreste Rand. i " excideret.</p>	<p>18 Måneder senere næsten Helbredelse. Hovedet er lige, og Spasmen kommer kun efter meget anstrængende Arbejde.</p>	<p>Brit. med. journal 31 Januar 1891. S. 222 Cit. Revue d'orthopédie, Mars 1891. S. 142 og PETIT S. 287.</p>

Løbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemærkninger.
22	SOUTHAM 1890.	M. 35 År.	I 5 Måneder klonisk Spasme af v. st.-cl.-mast., trapezius og <i>scapuli</i> ; Hovedet er stadig i roterende Bevægelse.	Excision som 21.	6 Måneder senere Bedring; Spasmerne blive sjældnere og sjældnere.	Smstds. Smstds. Smstds.
23	SOUTHAM 1890.	M. 24 År.	I 3 Måneder samme Forhold som hos Nr. 22.	D:o.	I Måned senere er Hovedet lige, og hans Tilstand bedres med hver Dag.	Smstds. Smstds. Smstds.
24	SCHWARTZ 1886.	Kv. 26 År.	I 2 År Spasme af venstre st.-cl.-mast., trapezius og levator anguli scapulae. Smertor. <i>Hæftig Standsberøvelse som Grænd.</i> Columna cervicalis krum med Konkaviteten til højre.	TULLAUX'S Smit. Strikning med Træk på 2 Kilogram, derpå Resektion af det Stykke, der er trukket ud af Såret, 2 Cm. langt. Venstre Nerve.	Spasmerne i st.-cl.-mast. og trapezius næsten svundne. Hovedet holdes dog sænket imod Skulderen, (Levator anguli scapulae?), kan dog let rettes ved Bandage. 5. Måneder efter Operation: Bedring, men ikke helbredet. Ikke Smertor. Muskelnerne på modsatte Side elektriseres og masseres.	<i>Bull. et mém. Soc. de chir.</i> 1886. S. 811. <i>Sandsynlig central.</i>
25	TERRILLON ? efter 1886.	M. 25 År.	Klonisk Sp. bøjende Hovedet til venstre og Ansigtet til højre d. e. venstresidig. Irriterende Smertor til Hals og Hoved.	Resektion af omt. 3 Cm.	Der rester Spasmer, bøjende Hovedet til Skulderen, men mindre hyppige, afhængige af eueniliaris og de andre laterale Halsmuskler.	<i>Cit. hos SCHWARTZ</i> (ikke ofl. g. a. Sted) S. 817. <i>Resektion af Facialisgrenen til platysma senere hjælper heller ikke.</i>
26	NOBLE SMITH 1890.	Kv. 41 År.	Trauma ved Strækning af Indsen, da hun vilde gå ned i en Båd. Få Uger efter begyndte Spasmen, har nu været i 1½ År. Stærkt for-	6 Marts 1890: Forreste Band. V. stærk <i>Strækning</i> ; hjælp; men 1 Uge efter atter dårligt.	Paralyse af st.-cl. og trapezius, god lindring for Pat.; Spasmerne godt formindskede. Men <i>på højre Side</i> vedbliver Spasmen.	NOBLE SMITH. S. 47. <i>Strækning hjælper ikke.</i> Båge Sider — Cervikalnerver på den ene Side. I Lunet for 1893. II. S. 493

27	PAGE 1887.	M. 21 År.	<p>værel den sidste Tid. Okt. 89: Konstant hæftig Spasme af venstre st.-el.-musk. og øverste Del af v. trapezius, trækker Hovedet ned imod v. Skulder. <i>Også</i> Spasme af splenius capitis og andre Muskler på højre Side. Krumning af columna cervicalis. <i>Armenie</i> se Afhandl.</p>	<p>22 April 90: <i>Excision</i> af $\frac{1}{3}$" 28 Maj 90: Opereret på højre Side på de <i>bagreste</i> Grene af Cervikalnervene (se S. 48.)</p>	<p>mest af splenius. Efter Operation på Cervikalnervene Helebredelse. Kun af og til et Ryk af Hovedet til højre (de dybeste Rotatorer — nerv. suboccipitales) — der også tabte sig senere. Hun mærker ikke Paralyser af Halsmusklerne. Hun kan ikke løfte venstre Hånd så højt eller føre den så langt bagtil som den højre. Set 1 År efter Operationen.</p>	<p>meddeles, at 4 År efter Operationen er hun fuldstændig rask <i>Traum.</i></p>
27	PAGE 1887.	M. 21 År.	<p>Fald på Ryggen ved Fodboldspil, ådøende Halsen stærkt til den ene Side. Blev kørt hjem, da han ikke kunde bevæge Lemmerne. Efter 2 Dage var der intet narte undtagen skæv Hals; Bløreparyslen svandt på få Dage, Paralyser af Armenene efter 14 Dage. Han kunde genoptage Arbejde. 3 Måneder derefter stöder han Hovedet stærkt imod en Jærnstang, falder bagover på Jorden og får Halsen drejet som sidst. Nu holdt Spasmerne sig. 21 Juni, 6 Måneder efter 1ste og 3 Måneder efter 2det Fald, gøres der Strækning af nerv. accessorius. 21 Juli ndskrivet han.</p>	<p>Strækning af Nerven, hvor den fra st.-el. løber hen imod trapezius.</p>	<p>Efter Strækningen holdt der sig en Tid lang kloniske Spasmer af st.-el.-musk.: men senere (Juni, men det må være galt) fri for Deformitet, godt Helebred, kan arbejde.</p>	<p>Brit. med. Journal 4 Febr. 1888. Cit. efter NOLLE SMITH. S. 24. <i>Kun Strækning. Trauma.</i></p>

Løbe-Nr.	Forfatter.	Ant.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemærkninger.
28	HANSEN ?	Kv. 32 Ar.	I 6 Måneder spasmodisk Torticollis.	Ved bedste Rand. Stærk Strækning og Exeision af 1 1/2 Mm.	Spasmerne ophørte.	Cit. efter NOBLE SMITH. S. 41 som quoted by FENGER and LEE. N. SMITH har den fra BOWLBY: Injuries and diseases of the nerves.
29	HANSEN ?	Kv. 30 Ar.	I 1 1/2 År spasmodisk Torticollis.	D:o d:o 13 Mm.	Lette Spasmer i en Måned, derefter Helbredelse.	Smstids. Smstids.
30	BOWLBY ?	?	?	Strækning alene.	Først Bedring; men få Uger senere var Tilstanden som før Operationen.	Smstids. SMITH omtaler det som meddelt i Rev. des sc. méd. 1884. XXIV. S. 298. <i>Kun Strækning.</i>
31	HARDIE 1884?	?	Spasmodisk Torticollis.	Sektion of the spinal accessory nerve.	Successfully treated.	Cit. efter N. SMITH. S. 44 som meddelt af Manchester medical society. 1884 April.
32	NICOLADONI 1881.	M. 27 Ar.	For 14 Måneder siden Smarter i Halsen, 2 Måneder derefter stærke Spasmer, der trække Hovedet bagtil og til venstre. I de sidste 7-8 Måneder kan Hovedet kun bringes fortil ved Håndernes Hjælp og ved at løfle v. Arm. Juli 81: Fri om Nattem; om Dagen stadigt kloniske Kræmper med Hovedet stærkt bagover, bøjet til venstre og drejet til højre. Skuldrene hæves sam-	Forreste Rand. <i>Strækning</i> . 1ste Aug. 1881.	Dagen for Operation begyndte Spasmerne på ny, men med længere Mellemrum; næste Dag stærkere. 30te Aug. var Tilstanden som før Operationen. 10 Aug.: Anfald af Spasmer i Bøgvæg og Ryg. (Mm. recti og sacrospinalis spændte.) — Bad. Januar 1882 uforandret.	Wiener med. Presse 1882. Nr. 27-30 og 32. Cit. efter Cirbl. f. Chir. 1882. Nr. 43. S. 707. <i>Kun Strækning.</i>

33	V. MOSERIG MOORHOFF 1880.	M. 56 År.	I ondt. ³ 4 År <i>Naktestrethed</i> , hvortil der snart efter kom Spasmer i <i>venstre</i> st.-el.-musk., <i>eucllularis</i> og <i>platusna</i> . Fri i Søv. V. Ore nærmedes v. Skulder. Hagen slænges over til højre Side. Spasmerne særligt stærke, når Pat. iagttages eller er <i>anfugregt</i> . <i>De klouiske Krampes</i> standse <i>strax</i> , når man <i>komprimerer</i> højre <i>nerv</i> . <i>accessorius</i> ; blive borte, så længe <i>Kompressionen</i> varer. <i>Kompression</i> af <i>Ultrædel</i> stedet af <i>venstre accessorius</i> har derimod ingen <i>Indflydelse</i> !!	Bageste Rand. <i>Venstre accessorius strækkes</i> først på Sunde, så med Finger, centralt og perifer. — <i>Strax</i> efter <i>Kramper</i> . <i>Kompression</i> af højre <i>accessorius</i> standser dem. Derfor igen <i>Narkose</i> og <i>Strækning</i> af <i>højre accessorius</i> .	Da Pat. vågner, ere <i>Spasmerne</i> <i>strax</i> til <i>Stede</i> , stærkere end <i>noctuante</i> , men kunne <i>strax</i> standse ved <i>Kompression</i> af <i>højre accessorius</i> . Derfor <i>strax</i> <i>Narkose</i> igen og <i>Strækning</i> af <i>højre accessorius</i> . Da han vågner, står <i>Hovedet</i> stille. I de følgende <i>Dage</i> <i>atter</i> <i>Spasmer</i> , men mindre <i>hæftige</i> . Ud 6 Juli 1880: da kun sjældne og svage <i>Spasmer</i> . I Januar 1881 ingen <i>Spasmer</i> .	<i>Collum obstipum spasticum</i> . Dehningholderun, <i>recurrentes</i> Willisi. Heilung. Wiesner med. Presse 1881. 27. Cit. efter C. f. C. 1882. 1. S. 13. <i>Kun Strækning</i> . <i>Boege Nerverne</i> . <i>Kompression</i> af <i>højre n. access.</i> <i>standser</i> <i>Krampen</i> i <i>v. Side</i> . (Sulku Nr. 37.)
34	STUDSGAARD 1878.	Kv. 31 År.	Som Barn skrofuløs. For 4 År siden behandlet for <i>lupus nasi</i> . Kort Tid efter for <i>febr. typhoidea</i> ; under <i>Rekonvalescensen</i> efter denne begyndte <i>uafsladlig</i> <i>avilkarlig Drejning</i> af <i>Hovedet</i> , som altid er tilstede, undertagen når hun sover, og som ofte hindrer hende i at falde i Søv. På Ahn. Hosp. Bronkialium og Galvaniseren, hvorved en kort Tid <i>Bedring</i> ; men så <i>atter</i> <i>dårlig</i> . <i>Såde</i> <i>både</i> <i>hjælp</i> <i>også</i>	³⁰ / ₃ : Bageste Rand. <i>Strækning</i> med temmelig <i>betydelig Kraft</i> i <i>central</i> og <i>perifer</i> <i>Retning</i> . <i>Excision</i> af et 12 Mm. langt <i>Stykke</i> ; den ser <i>uagturlig</i> ud. <i>Strækningen</i> foretages med <i>Skeleluge</i> ; så stærkt, at <i>Hovedet</i> <i>bevæges</i> <i>derved</i> . Hvilken <i>Nerve</i> ? Klimaligt <i>høre</i> .	Da hun vågnede, vare <i>Spasmerne</i> <i>temmelig stærke</i> ; i <i>Time</i> senere <i>ophørte</i> de og <i>indfandt</i> sig <i>ikke</i> mere. Udskreven 20 Sept. Omtr. 2 År efter <i>Operationen</i> : de <i>aktive</i> <i>Bevægelser</i> <i>normale</i> . Både <i>st.-el.</i> og <i>eucllularis</i> kunne <i>trække</i> sig <i>sammen</i> . <i>St.-el.-musk.</i> er <i>hypeririferet</i> . <i>Spasmerne</i> <i>fuldstændigt</i> <i>opborte</i> .	TAGE HANSEN. 2 Tilf. af <i>Nervestrækning</i> af <i>nervus accessorius</i> . Hosp. Tid. 1878. 45. S. 706. Ingen <i>normal</i> <i>Virkning</i> af <i>st.-eleido</i> . (<i>Hagens</i> <i>Stilling</i> <i>uforandret</i> .) Var det <i>rectus capitis</i> o. a.? <i>Strækning</i> og <i>Excision</i> <i>hjælp</i> <i>dog!</i> ved <i>Cervikalnervene</i> ? <i>Energisk</i> <i>Strækning</i> <i>giver</i> <i>ikke</i> <i>Brækning</i> <i>eller</i> <i>and</i> .

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemærkninger.
35	STUDSGAARD 1878.	Kv. 30 Ar.	<p>for en kort Tid; men hun blev altesidst syg. Pessarum for anteversio uteri. Hovedet er i uafbrudt roterende, klonisk Bevægelse, idet det ved et pludseligt Ryk drejes stærkt over til venstre Side for strax at vende tilbage til Hvilestillingen. Rotationen foregår omtr. 100 Gange i Minuttet. Påskyndes og forstærkes ved Affekt. Bevægelserne foregår i det horizontale Plan. Man kan ikke fuldstændigt undertrykke dem ved at holde fast på Hovedet. Ved hver Rotation kontrahere højre st.-el.-mast. og cucullaris sig tydeligt; de ere stærkt udviklede og spændte. Ved Hjælp af Morfin eller <i>Vand</i> kunne Bevægelserne standses omtr. 1 Time. Columna skoliofisk.</p>	<p>29/4 78: Strækning og Excision af 1 1/2 Cm. af Nerven, efter at den har passeret sternocleid. <i>Venstre</i> Nerve. Nerven synes sund.</p>	<p>Ud 15 Dage efter Operationen med tvivlsomt Resultat; men snart efter tabte Krampene sig, og 15de August d. e. 3 1/2 Måned efter Operationen noteres: har Generationen sine Beskæftigelser. Hovedets Bevægelser ere frie</p>	Smstds.

<p>36</p>	<p>APPEYARD</p>	<p>Kv. 39 År.</p>	<p>4 Måneder syg. Højresidig, Ved Drejningen af Hovedet til højre er der tydelig Kontraktion af <i>reestre</i> st.-cl.-musk., hvorimod <i>enclularis</i> kun kontraherer sig lidet. St.-cl.-musk. føles under Kontraktion stærkt spændt og hård, men er i øvrigt ikke meget hypertrofiert.</p>	<p>Forreste Rund. ³/₄ Højre Nerve.</p>	<p>Godt Resultat 4 Måneder efter Operationen.</p>	<p>Spasmodic torticol. treated by <i>neurectomy</i>. Lancet 1892. 2den Jan. S. 26. Bradford med. chir. soc. 1 Dec. 1891.</p>
<p>37</p>	<p>NOBLE SMITH ?</p>	<p>M. 57 År.</p>	<p>I 6 År meget stærk <i>dobbeltsidig</i> Spasme og næsten konstant stærke spasmodiske Kontraktioner af <i>alle Ansigtsmuskler</i>.</p>	<p>Den <i>ene</i> nerv. accessor. opereret (med Exeision.)</p>	<p>Alle Spasmerne <i>hævede</i>; men 2 År og 8 Måneder efter Operationen var han kun helt rask på den opererede Side, men efter syg på den ikke opererede Side.</p>	<p>The treatment of spasmodic torticollis by Exeision of nerves. Lancet 1893. 11. 26 Avg. S. 493. Aparts, at <i>en</i> Nerves Exeision hjælper for <i>begyge</i> Sider, og at det senere kommer igen på den ikke opererede Side. Efter SMITH lyder dette på Progression af den</p>
<p>Opmærksomhed henledes derpå. Om Morgenen våre end om Aftenen. Af og til Hovedpine, ellers rask. Ar-syg ukendt; malede en Del, da det begyndte. For <i>omtr.</i> I <i>Måned siden</i> forsøgte <i>Tenotomi af st.-cl.-musk. uden Held.</i> — Der er ikke Smertor.</p>	<p>Bewægelser af st.-cl.-musk. og enclularis udturligt.</p>	<p>er ikke Kraumper.</p>	<p>er ikke Kraumper. Bewægelser af st.-cl.-musk. og enclularis udturligt.</p>	<p>er ikke Kraumper. Bewægelser af st.-cl.-musk. og enclularis udturligt.</p>	<p>er ikke Kraumper. Bewægelser af st.-cl.-musk. og enclularis udturligt.</p>	<p>er ikke Kraumper. Bewægelser af st.-cl.-musk. og enclularis udturligt.</p>

Løbe-Nr.	Forfatter.	Æt.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemærkninger.
38	NOBLE SMITH 1892 eller 93.	Kv. 45 År.	I 14 År spasmod. t. »to the right». »The external rotators »på højre Side virkede stærkere end venstre sc.-cl.-musk. Derfor Operation på de bageste Grene af Cervikalnerve (på højre Side) — men måtte opgives på Grund af Narkosevanskeligheder. 6 Månedes derefter Excision af $\frac{1}{2}$ af venstre accessorius.	(Forsøg på højre Cervikalnerven opgives igen.) Excision af $\frac{1}{2}$ af v. accessorius. Senere fjernes Stykker af 2, 3 og 4de Cervikalnerves bageste Grene på højre Side. (23. April.)	Spasmen af st.-cl.-musk. hæves. Spasmen af splenius bedret; men de dybe Rotatorer uforandrede (u. suboccipitalis ikke rørt ved Operation.) (10 Juni). 1 $\frac{1}{2}$ År efter Operationen ingen Spasme. <i>Skaliose endna.</i> Lancet 1893, II. 493.	centrale Lidelser. Offentliggjort andensteds. (Smilgen Nr. 33.) Lancet 18 Juni 1892 S. 1361. Spasmodic torticollis and other spasmodic movements of the head. <i>Juisse N. SMITH Tilf. vise vel kun, at Cervikalnerve trænge ofte til Operation.</i>
39	NOBLE SMITH 1892 eller 93.	Kv. over 50 År.	Over 14 År (sendt af GOEWERS) meget stærke Spasmer. Smarter.	V. accessorius Excision. Blev (vistnok senere) opereret på de bageste Cervikalnerven på <i>bøjge</i> Sider.	St.-cl.-musk.-Spasme hævet; men Spasmer i bageste Del af Nakken vedblive. 1 År efter Operationen helt fri for Spasmer.	Smsteds. (Ubrugeligt Referat af Tilfældet.) Se mere Lancet 1893, II. S. 494. Her rertes Alderen (l) over 60 År.
40	NOBLE SMITH 1892.	M. 51 År.	(Sendt af FERREL.)	Højre accessor.?	Lindrede ham meget; men der er Spasmer af Halsens bageste Rotatorer, der vist	Se Lancet 1893 (se Titel nd for 37.)

<p>11. PEARSE GOULD 1883.</p>	<p>Kv. 48 Ar.</p>	<p>Forrøttede Hånd strækket og exaltet, men ved Strøktagen gav det efter, og han trak en løs Nerv ul af foramen ju- gularæ 4 3 (enpl.) exaltet, lægen Ulamper.</p>	<p>Vilde strækket og exaltet, men ved Strøktagen gav det efter, og han trak en løs Nerv ul af foramen ju- gularæ 4 3 (enpl.) exaltet, lægen Ulamper.</p>	<p>1 Ar. efter ingen Spasmer. Hovedet lige, kan drages helt til venstre, men kan løst til højre. V. sternocleido- komplet strøkket, cervikale indtræ og halve 1 Ar der efter (altid ialt 2 Ar efter Operationen) godt. Kan behandles via Trachea- foramenmel i Halsen</p>	<p>Case of spasmodic torticollis treated by section of the central end of the spinal accessory nerve. <i>Lancet</i> 1892 1. 12 Juli. S. 1164. Egen Ulauper af <i>Exaltation</i> Mæget stort Stykke ex- altet.</p>
<p>42. FRANCIS 1894</p>	<p>M. 29 Ar.</p>	<p>8 Måned 5 1/2 Begyndte som let Spasme, når han havde spillet lange på Trom- pet (af dem, der trækkes ud), i de sidste 2 Må- neder stærke, Dag og til Dels også Nat, uantte op- give at blæse på Trompeten. Mæget excitabel Pat; trode sig forfulgt. Kan højre st-el-mast, og trapez lid- de af toniske Spasmer med Hovedet draget mod h. Skul- der; hver få Minutter et hæftigt Ryk dragende Ho- vedet nærmere højre Skul- der — også under Søvn Krampefigende Smerter i Musklerne, stærkere ved Excitation. Anorexi og Søvn- løshed, ellers normal.</p>	<p>De første 6 Dage ingen Spas- mer. Den syvende Dag i 6 Timer lette Spasmer uden Smerter. Løst, men stærkt excitabel; 4 Dage efter me- niskale, kun på Aft, var der 1/2 Dage efter rosk i 1/2- lidt Spasme i h st-el-mast, efter at have stærkt opad i længere Tid. Musklene var lidt rigid. I Uger efter begyndte han at blæse på Trompet igen; men da, der kom lidt Spasme, opgav han dette Livsberby til Efteråret 92, da han atter optog Blåsningen — lidt Spasme i Nov. — veg for Brom- kalium. Han lærte så Bas- viol, og nu er det godt. Ingen udtalt Atrofi af Musk- lerne.</p>	<p>Case of spasmodic torticollis. Section of spinal accessory nerve. <i>Lancet</i> 1892 1892. 11. 8. 1184-111 Nov. 1 <i>Dictionnaire</i> Arrogens; vel Træpælyk- ningen bragte han de større efficerede Muskel. <i>Som</i> Nr. 6. <i>Det er Professionselle</i> <i>Veroner</i>, 16. <i>Nov. 1892</i> <i>Pointe-Lancet</i> 1873 1190 og <i>Corking</i> <i>Lancet</i> 1892 2 Jan. S. 26</p>	<p>Case of spasmodic torticollis. Section of spinal accessory nerve. <i>Lancet</i> 1892 1892. 11. 8. 1184-111 Nov. 1 <i>Dictionnaire</i> Arrogens; vel Træpælyk- ningen bragte han de større efficerede Muskel. <i>Som</i> Nr. 6. <i>Det er Professionselle</i> <i>Veroner</i>, 16. <i>Nov. 1892</i> <i>Pointe-Lancet</i> 1873 1190 og <i>Corking</i> <i>Lancet</i> 1892 2 Jan. S. 26</p>

Löbe-Nr.	Forfatter.	Pat.	Sygehistorie.	Operation.	Resultat.	Kilde o. a. Bemærkninger.
43	BLOCH Febr. 95.	M. 24 År. Graff.	Godt 1/2 År Spasmer i Muskulene. <i>Venstre</i> st.-cl. og <i>euellaris</i> . Tidligere tremor (klonisk) i h. Arm. Tidligere (efter Ildebrand) Spasmer i Pande og Øjenmuskel. Trauma for omtr. 10 År siden.	Forreste Rand: <i>venstre</i> .		Se Afhandlingen. I <i>Februar 1896</i> holder han stædse Hovedet lige; kun sjældent kommer der et Par Spasmer, der trække det rask ned, imod <i>venstre</i> Skulder. <i>Ingen Atrøfi af stelmast. eller euellaris</i> . Spasmerne i højre Overextremitet stærkere.
44	BLOCH Juli 95.	M. 48 År.	Højre. For 2 År siden Drejning af Hovedet til v. med Knæk ved Insertionen af <i>h. euellaris</i> . — Nu <i>Tic. rotatoire</i> med Hovedet drejet opad til v. — H. st.-cl. og <i>splenius</i> .	Forreste Rand: højre.		Se Afhandlingen.

Bidrag till kännedomen om ryggmärgsförändringar vid perniciös anemi.

Af

Med. lic. K. PETRÉN.

(Från patologiska Institutionen i Lund.)

Med 2 tafvor.

Den perniciösa anemien har altsedan BIERMERS meddelanden om den samma (1868, 1872) i hög grad tilldragit sig uppmärksamheten, men nervsystemets anatomiska förhållande vid denna sjukdom har först under de allra sista åren varit föremål för närmare undersökningar.

Visserligen hade LEICHTENSTEIN⁵⁾ redan 1884 meddelat tvänne fall af perniciös anemi, vid hvilka därjämte förekommit en ryggmärgssjukdom, af denne författare uppfattad som tabes, men LICHTHEIM⁶⁾ är den förste, som iakttagit förändringar i ryggmärgen vid perniciös anemi och ansett dem bero på anemien (1887).

Några år efter LICHTHEIMS första meddelande har MINNICH⁷⁾ (1892) i ett utförligt arbete skildrat 6 å LICHTHEIMS klinik iakttagna fall af ryggmärgssjukdom vid perniciös anemi. — Därjämte har *samme författare*⁸⁾ i några fall af perniciös anemi liksom vid många sjukdomar, som medföra ett kroniskt kakektiskt tillstånd, påvisat en mindre betydande, anatomisk förändring inom ryggmärgen af säregen art, hvilken emellertid ej kan tillskrivas någon klinisk betydelse.

Redan innan MINNICHS arbete framkommit, hade v. NOORDEN⁹⁾ publicerat ett fall af perniciös anemi jämte ryggmärgssjukdom, och under de allra senaste åren äro dylika fall meddelade af EISENLOHR¹⁰⁾, NONNE¹⁷⁾, BOWMAN¹²⁾, ROESEBECH¹³⁾, ARNING¹⁴⁾, BULLOCH¹⁵⁾ och TAYLOR¹⁶⁾ *).

*) En närmare redogörelse för samtliga dessa fall liksom för några andra, som *möjligen* skulle kunna hänföras hit, är upptagen i en af förf. utgifven gradual afhandling (med samma titel som denna uppsats).

Den hittills offentliggjorda kasuistiken är visserligen å ena sidan tillräcklig, för att sammanträffandet af de båda sjukdomarna ej skulle kunna förklaras som en tillfällighet, men å andra sidan lemnar den endast en ganska ofullständig kännedom om denna förut ej beaktade sjukdomsform; så t. ex. är ännu ej frågan om orsaken till den sjukliga processen i ryggmärgen besvarad, ej håller frågan, huruvida dessa fall i nevrologiskt hänseende kunna anses bilda en särskild grupp.

Jag har därför trott, att vidare kasuistiska bidrag skulle vara förtjenta af intresse, samt att anatomisk undersökning af ryggmärgen äfven i de fall, där ej spinalsjukdom förelegat, skulle vara på sin plats. Då den perniciösa anemien här förekommer helt sällan, har jag för att erhålla material till denna undersökning, vändt mig till flere skandinaviska kliniker, och är det mig en kär plikt att här bringa min uppriktiga tack till dem, som ställt material till mitt förfogande, nämligen herrar Professor E. A. HOMÉN i Helsingfors, H. KÖSTER i Göteborg, Overläge I. MYGGE i Köpenhamn, Professor K. PONTOPPIDAN i Köpenhamn och Professor M. V. ODENIUS härstädes.

I.

Mina undersökningar omfatta 9 fall af perniciös anemi; i tvänne af dessa har kliniskt förefunnits en tydlig bild af ryggmärgslidande. Då fallen iakttagits och behandlats på skilda kliniker, finner jag det lämpligt att meddela sjukhistorierna öfver samtliga fallen, hvarvid jag dock ej anser vara skäl redogöra för den använda terapien.

Fall I. N. J. arbetare, 31 år. Inkom på Kommunehospitalet i Köpenhamn d. $7/6$ 1894; död d. $30/9$ s. å. (MYGGE).

Resumé: *Under flere år rätt svåra näsblödningar; tämligen typisk bild af perniciös anemi; betydliga dyspeptiska symptom, inga spänata; egendombig hudpigmentering; ansvältning af fingrarnas och tårnas 2 yttre falanger; lues inveterata diagnosticerad; förlopp 4 månader.*

Vid autopsien negativt resultat utom universel anemi.

Genom hela ryggmärgen spridda, små, sklerotiska härddar, uppkomna genom smärre blödningar; äfven ett par tämligen färska blödningar. — Därjämte kronisk degeneration med skleros af Golliska strängarnas främsta del, mest å h. sida; begränsad till bröstmärgen (halsmärgen ej undersökt); kärnen oförändrade utom en helt ringa kärnförökning inom perivaskulärutrymmen på det förändrade området. — Slutligen inom bröstmärgen i det perifera bältets bakre hälft en allmän ansvällning af axelcylindrarna utan förändringar af väfnaden i öfrigt.

Anamnes. *) Pat. har lefvat under gynsamma förhållanden. Sedan 6—7 år har han emellanåt lidit af ganska starka näsblödningar, som kommit från båda näsborrarna, och som enligt pat:s uppgift stundom skola hafva uppgått ända till 200—500cm³. Sista året har han dock varit fri från dessa; däremot emellanåt lidit af digestionsbesvärigheter. Sedan ett par månader hafva ringa blodmängder visat sig i afföringen.

Tre veckor före intagandet sjuknade pat. akut med feber och upprepade kräkningar, hvarvid äfven en gång ungefär en matsked blod kom upp. Sedan dess har han endast haft ett par kräkningar, dessa ej blodiga. De sista dagarna har han lidit af hjärtklappning och varit något kortandad.

Status praesens den 7/6—8/6. Pat. har ingen matlust, klagar öfver dålig smak i munnen och smärtor tvärs öfver bröstets framsida, besväras äfven af frossbrytningar. Han är kraftigt bygd, ser kakektisk och anemisk ut, slemhinnorna mycket bleka. En ringa dämpning bak till öfver h. luugans spets, andningsljudet här något obestämdt, men inga rassel. Hjärttonerna dofva och aflägsna, men inga tydliga biljud. Svaga blåsljud öfver halskärnen. Pulsen 70—80. Temp. normal. En liten hemorroidalknuta påvisad (jfr. de i anamnesen omnämnda blödningarna). I faeces inga ägg af intestinalmaskar. Urinen utan anmärkning.

Blodundersökningar.

	Antalet röda blodkroppar:	Hemoglobinhalten:	Proportionen mellan hvita och röda:
11/6	2,092,000		1 : 251
12/6		45 % (Gowers)	
15/6		30 % (Fleischl)	
23/6	1,165,000		
28/6		17 % »	
6/7	1,862,000		
11/7		15 % »	
11/8	1,100,000	30 % »	
20/8	1,253,000	25 % »	
7/9	1,320,000		
24/9	något öfver 700,000		1 : 150

*) Här meddelas blott ett kortare utdrag ur den synnerligen utförliga och noggranna sjukhistorien. Äfven de följande sjukhistorierna äro ej ordagrant meddelade, utan äro dels förkortningar, dels vissa ändringar i uppställningen företagna.

En kort tid efter intagandet påvisas i h. öga en frisk retinalblödning; ett par dagar därefter en på v. sida; talrika nya sådana iakttagas sedan vid flere olika tillfällen under sjukhusvistelsen.

Öfver hjärtat höras flere gånger tydliga blåsljud. Tidvis har pat. under lång tid små temperaturstegringar, som dock aldrig nå öfver 38,5°; dessemellan feberfria perioder.

Efter några dagars sjukhusvistelse börjar pat. besväras af kräkningar, ej blodiga, som fortfara med stor envishet under hela sjukhusvistelsen, blott med kortare afbrott då och då. Man tror sig emellanåt vid palpation kunna uppfatta en resistens vid vänstra sidan af epigastrium, men utfallet af undersökningen i denna punkt förblir osäkert och växlande. Vid försök med profmältid finnes ingen fri saltsyra. — Afföringen är nästan ständigt trög, blott en gång ett kortare anfall af diarré.

Sista månaden iakttages omkring anus och på spridda ställen å nates en stark pigmentering, som visar tendens att tillväxa. Under de sista dagarna före döden framkommer på hals och skuldror samt ett par dagar därefter på h. sidan af ryggen en del knappnålshufvudstora, delvis sammanflytande fläckar af ljust gråbrun färg, som fjälla något på ytan. Samtidigt iakttages förtjockning af alla fingrarnas 2 yttre falanger, utom å h. tummen; en förtjockning, som drabbat såväl integument som ben, och hvilken är förbunden med mörkfärgning af huden på dorsalsidan, under det att naglarna äro hvita. Liknande förändringar finnas hos tårna.

I farynx, nära bakre gombågen synas tydliga ärr. I bägge ljumskarna, men ej på andra ställen finnas tydliga indolenta körtelsvullnader. På præputium iakttagas hvita fläckar, hvilka »kunna vara rester af ulcerösa processer». Pat. uppgifver, att han haft kondylomer på dessa ställen, förnekar med bestämdhet syfilis, har 2 friska barn; hans hustru har ej aborterat. Emellertid sättes diagnosen lues inveterata.

Pat:s allmänna tillstånd är hela tiden dåligt; han ligger nästan oafbrutet till sängs och får, så fort han försöker sätta sig upp, en känsla af svindel. Under en tid erfar han visserligen en ringa förbättring, men under september månad försämras åter hans tillstånd snabt; det anemiska utseendet tilltager; han besväras ett par gånger af näsblödningar. Pulsens frekvens, som förut följt temperaturens växlingar, uppgår nu äfven vid normal temperatur till 100—120. Ödem uppträder kring anklarna; efter att några dagar hafva legat somnolent, aflider pat. den 30/9.

Autopsi den 1/10: I cavum peritonæi 200 cm³. klar, serös vätska. Mjälten af normal storlek och form; dess väfnad mörkt gråröd, med tydlig teckning; konsistensen normal; folliklarna små, men tydliga.

Lefvern af normal storlek och form, med glatt yta; snittytan gulgrå, med otydlig teckning af acini; konsistensen normal. Gallgången öppen; gallblåsan innehåller tunn, ljusgul, vattenlikuande galla.

Ventrikelns slemhinna i fundus kadaveröst förändrad; vid pylorus blek, eljes normal. — I duodenum och den öfriga delen af tarmkanalen intet abnormt.

Njurarna något förstorade; kapslarna aflossa lätt; ytan glatt, grågul, med en del rödare partier; på snittytan synes väfnaden likformigt grågul i pyramider och corticalis; här och där en del fyllda kärl; konsistensen fast. Pelvis, calycees, ureterer och vesica normala, men slemhinnorna utomordentligt bleka.

Testes och epididymis visa intet abnormt.

Ryggmärgen.

Halsmärgen och den allra öfversta delen af bröstmärgen hafva ej tillvaratagits. Den öfriga delen — liksom ryggmärgen i de andra undersökta fallen — har härdats i Müllers lösning och skurits, inbäddad i celloidin. Snitten hafva på öfligt sätt färgats dels efter Weigerts metod och Weigert-Pahls, den senare förbunden med kärnfärgning med alunkarmin, dels med nigrosin och neutralkarmin, den senare förbunden med kärnfärgning medelst alunhematoxylin.

Genom ryggmargens hela längd finnas här och hvar fläckar af förändrad väfnad. De äro oregelbundet kringspridda öfver hela tvärsnittet, men talrikast i den hvita substansen. Både i vertikal och horisontel riktning hafva de en mycket liten utsträckning; deras diameter växlar mellan 0,15 och 0,4 mm.; de äro vid uppmärksamt betraktande tydligt synliga för blotta ögat. Mikroskopiskt visa de ganska olika utseende.

I en dylik fläck, belägen i sidosträngen i öfversta delen af bröstmärgen, finnes en stor mängd röda blodkroppar, liggande fritt omkring ett kärl, hos hvilket ingen förändring står att upptäcka. En del af de röda blodkropparna hafva bevarat sin naturliga form; flere äro dock omgestaltade på det mest oregelbundna sätt, fastän deras konturer tydligt framträda. I härdens centrum synes emellan blodkropparna en kornig massa af samma färg som dessa (på hematoxylinpreparat) och synbarligen uppkommen genom sönderfall af dem. Här i centrum synas inga nervelement ej håller några deras sönderfallsprodukter. Härdens gräns utåt är ej als skarp, utan ligga här röda blodkroppar oregelbundet inströdda emellan nervtrådar, som naturligtvis ligga på ökad afstånd från hvarandra, men för öfrigt tyckas intakta. Här finnes en ökad halt färgbara kärnar; för resten tyckes mellansubstansen oförändrad.

Det föreligger sålunda en blödning, som måste hafva varit mycket färsk, eftersom nervelementen ej visa tecken till sönderfall. Den uppkomna bilden tyckes mig ej kunna förklaras utan genom antagande af, att blödningen kunnat trycka nervtrådarna isär.

Ett stycke längre ned i ryggmärgen finnes i sidosträngen en liten blödning, som synbarligen är af något äldre datum (bild III). Nästan alla blodkropparnas konturer oregelbundna; talrika kärnar och enstaka ansvalda, svagare färgade märkekidor; mellansubstansen något förökad till mängd. Härdens gränser skarpare än hos den förut beskrifna.

Ännu ett stycke ned i ryggmärgen finnes en härd, i hvilken inga röda blodkroppar, ej håller något pigment står att upptäcka. Af formelement synas blott helt få: dels intakta nervtrådar, dels ansvalda

märghskidor samt en ganska riklig mängd kärnar. För öfrigt är den rätt väl begränsade härden utfylld af en tät skleros. Flertalet af de omnämnda härdarna erbjuda ungefär samma bild som den sist beskrifna.

I detta fall hafva sammanlagdt 14 dylika härdar observerats, och då ingalunda ryggmärgen i sin helhet blifvit sönderdelad i snitt, kan deras antal antagas vara ganska betydligt. Någon tvekan kan ej råda därom, att dessa små sklerotiska härdar äro framgångna ur en tidigare blödning — en uppfattning, som MINNICH⁸⁾ redan framställt beträffande af honom funna likadana bildningar.

I *bröstmärigen* iakttages, förutom de nu omtalade härdarna, en sammanhängande degenerativ process i baksträngarna. I öfre delen af bröstmärigen intager degenerationen i den h. baksträngen en tämligen smal zon, hvilken ligger omedelbart intill det mediana septum och når från dess främre ända till $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ af dess utsträckning bakåt. Lateralt sker öfvergången till den normala väfnaden så småningom.

Längre ned i bröstmärigen minskas degenerationsområdets utbredning i sagittal riktning men tillväxer i transversel; det når dock aldrig till bakre hornet. Processen sträcker sig genom hela bröstmärigen, men upphör på gränsen mot ländmärgen. På v. sida iakttages å motsvarande ställe ett degenereradt område, hvilket dock aldrig når samma utsträckning som på h. sida; det upphör redan i bröstmärgens nedre del.

Det degenererade området visar i öfre delen af bröstmärigen enstaka, måttligt ansvalda och (med hematoxylin) svagare färgade märghskidor; i öfrigt intages det af oförändrade nervtrådar, på ökad afstånd från hvarandra, och emellan dem en tät skleros, som visar antydan till fibrillering. Längre nedåt minskas afståndet mellan nervtrådarna, och fibrilleringen af mellansubstansen upphör. Kärlen äro ingenstädes ökade till antal; deras väggar ej förtjockade. I bröstmärgens öfre del iakttages en ringa grad af cellanhopning i de perivaskulära rummen; den finnes för öfrigt ingenstädes inom baksträngarna.

Beträffande degenerationens natur, kan en vaskulär process uteslutas; ty dels visa kärlen inga eller blott obetydliga förändringar, dels uppträder degenerationen ej i form af härdar, anordnade kring kärlen. Äfven bör det vara alldeles klart, att en degeneration, som med så ringa, men likformigt omfång sträcker sig genom en stor del af ryggmärgens längd, ej kan till sin utbredning stå i något direkt sammanhang med kärld fördelningen.

Det helt ringa antalet förändrade nervelement och den väl utvecklade sklerosen visa med full tydlighet, att processen haft ett kroniskt förlopp. Granskar man förhållandena närmare, finner man skäl, som tala för, att lesionen skulle vara äldst i bröstmärgens öfre del; mellansubstansen har nämligen där hunnit

antaga en fibrillär struktur, hvilken saknas längre ned i ryggmärgen, och afståndet mellan de kvarvarande nervtrådarna är större högre upp i bröstmärgen än längre ned. I öfverensstämmelse med denna uppfattning låter den endast i bröstmärgens öfre del uppträdande kärnförökningen i de perivaskulära rummen förklara sig såsom sekundär. Således föreligger här en *diffust utbredd, kronisk degeneration*, som troligen varit *nedstigande*.

Vidare finnes inom bröstmärgen en förändring, som intager ryggmärgens randparti i periferiens bakre hälft. På Weigerts preparat iakttagas man, att en stor del af nervtrådarna äro ansvalda, några tämligen betydligt; men öfveralt visa deras perifer delar (ej blott själfva randen) stark färgning, så att dessa delar af ryggmärgen ej makroskopiskt visa någon från den öfriga hvita substansen afvikande färgstyrka.

På karminpreparat finnas flertalet axelcylindrar å detta område vara ansvalda, många till betydlig storlek; de nå en diameter af 10 ända till 15 μ . Deras rand är aldrig naggad, utan alltid jämn; deras form vanligen regelbundet rundad, men stundom triangulär eller på annat sätt omgestaltad. Äfven med stark förstoring kan ingen struktur spåras hos dessa ansvalda axelcylindrar, utan de erbjuda ett homogent utseende. Färgstyrkan aftager något i ungefär samma mån, som deras storlek tilltager. I allmänhet kan man påvisa den ofärgade märgskidan omkring dem, hvilken besitter ungefär normal bredd, samt iakttaga, att de äro belägna centralt i nervtrådarna; här och hvar ligga de dock excentriskt. Mycket sparsamma amyloidkroppar finnas. Äfven smärre kornceller har jag med säkerhet kunnat iakttaga, fast i mycket sparsam mängd. Hos nevroglian och kärnen kan ingen som helst förändring påvisas.

Den sist nämnda omständigheten, liksom förändringens egenskaper i öfrigt, leda till det antagandet, att den uppkommit helt kort före döden. Grund tyckes ej föreligga att tillägga den samma klinisk betydelse. Några bestämda skäl för att uppfatta denna förändring som postmortal har jag ej kunnat finna; mot ett dylikt antagande tyckes mig närvaron af kornceller tala. Äfven torde det tydligt framgå, att förändringen ej är identisk med den förut omtalade, af MINNICH⁸⁾ i några fall af perniciös anemi och vid några kakektiska tillstånd funna.

Fall II. N. A. S., kusk, 42 år; inkom på Kommunehospitalet i Köpenhamn den $^{25}/_{12}$ 1894, död den $^{7}/_{1}$ 1895. (PONTOPPIDAN).

Resumé: *Infantil spinalparalys af h. underben; något alkoholmissbruk; sjuk under några månader med dyspeptiska symptom och aftagande krafter; sista 2 veckorna delirier och förvirring.*

Vid autopsien extrem, universel anemi och fetthjärta.

I ryggmärgen betydlig förtjockning af kärlväggarna med börjande, men ej fullständig hyalin omvandling; denna förändring tydligast ut-

vecklad i baksträngarna inom hals- och ländansvällningen. — Gammal ärrvandling af en del af h. främre hornet i ländansvällningen. — Smärre degenerationshårdar, uppkomna genom blödnings; alla i ett tämligen tidigt stadium. — Degeneration med skleros i Golliska strängarna i halsansvällningen, likartad den i förra fallet i bröst-märgen iakttagna, men mindre utbredd.

Anamnes: Pat. har druckit ungefär 250 cm.³ brännvin dagligen; har sedan sistlidne höst lidit af dyspeptiska symptom, starka smärtor vid cardia och stundom kräkningar; haft omväxlande normal afföring och diarré; en lång tid varit säugliggande; sista tiden försämrats mycket.

Status præsens den ²⁹/₁₂—³⁰/₁₂. Pat. klagar öfver en känsla af svindel; efter att ett par dagar hafva varit somnolent, har han i dag blifvit orolig och börjat delirera starkt; saknar nu uppfattning af tid och rum. Han är mycket blek, »utseendet snarare anemiskt än kakektiskt». Ingen tydlig tremor i händerna eller tungan. Öfver h. lungans baksida höras talrika, fina, fuktiga rassel; andningsljudet ej bronkielt; i h. regio infrascapularis är perkussionstonen kort. Öfver hela hjärttrakten, tydligast vid basen höres ett mycket svagt, systoliskt blåsljud, och äfven öfver halskärnen iakttagas blåsljud. Temp. normal. Vid blodundersökning konstateras »ett betydligt aftagande af de röda blodkropparnas antal»; förhållandet mellan hvita och röda är 1:100. Urin normal.

H. underbenet är mycket starkt atrofieradt, så att muskulaturen nästan totalt saknas; foten står i lätt eqvino-varusställning. Patellarreflex saknas å denna sida, men finnes å den andra.

Den allmänna omtöckningen af psyke fortfar; pat. är orolig, ängslig, småpratar för sig själf, vill stundom springa upp ur sängen, vägrar emellanåt att äta, sofver föga, hvilket alt fortfar under ständig kraftnedsättning, tils exitus letalis följer den ⁷/₁, utan att några nya tillstötande symptom iakttagits.

Autopsi den ⁸/₁. I cavum peritonæi ingen utgjutning. Mjälten något liten, väfnaden blekt gråröd, utan synlig teckning. Lefvern något liten; randen skarp; ytan glatt; på snittytan är väfnaden grågulbrun, utan tydlig teckning; konsistensen normal. Gallgången öppenstående; gallblåsan normal. Ventrikeln företer intet abnormt. Tunntarmens slemhinna utomordentligt blek, något ödematös. Processus vermiformis är böjd i en spetsig vinkel; dess periferia hälft utvidgad till en cysta med slemmigt, kolloidartadt innehåll. I tjocktarmen intet abnormt. Njurarna något små; deras yta visar enstaka indragningar; snittytan blekt gul, här och hvar med enstaka fyllda vener. I pelvis, calyces, ureterer, vesica och genitalia stark blekhet, men eljest intet abnormt.

Hjärnan och dess hinnor extremt anemiska, i öfrigt normala. I ryggmärgen likaledes stark anemi; teckningen till följd däraf mycket otydlig. I halsmärgen iakttagas på enstaka ställen insänkning i främre hornen.

Vidare iakttagas fettdegeneration af hjärtat och dilatation af dess kamrar samt emfysem och ödem i lungorna.

(Diagnosen pernicios anemi är från den klinik, där pat. vårdades, stäld utan tvekan. Ehuru kvantitativ blodbestämning ej kommit till utförande, och upptagandet af sjukhistorien naturligtvis varit mycket försvåradt genom den rubbning af psyke, som pat. erbjöd under nästan hela sjukhusvistelsen, synas mig dock skäl ej finnas att betvifla diagnosen, när hänsyn tages till sektionsfenomenen.)

Ryggmärgen.

Ryggmärgen företer makroskopiskt intet abnormt, utom att främre h. ryggmärgshälften i ländansvällningen och särskildt främre hornet här äro reducerade i storlek i jämförelse med v. ryggmärgshälften. Mikroskopiskt iakttages i detta horns främre, laterala hörn en tät skleros, som intager ett ovalt, väl begränsadt område med ungefär transversel längd-axel. Detta når helt ut till hvita substansen och omfattar ungefär hornets halva bredd; här saknas hvarje spår till gangliceller, och nervtrådar finnas nästan inga. Hela den öfriga grå substansen är i normalt skick. Äfven i främre rötterna på samma sida äro de allra flesta nervtrådarna degenererade, och blott en ringa del intakta. Sålunda är den kliniska diagnosen af en genomgången akut poliomyelit till alla delar bekräftad.

I baksträngarna inom hals- och ländansvällningen äro *kärlens* och synnerligen *kapillärernas* väggar betydligt förtjockade; de tyckas oelastiska, hafva ett glasigt, något homogent utseende, men äro ej fullkomligt strukturlösa. Deras kärnar framträda otydligt, äro ej förökade till antal. Kapillärernas lumen står på de flesta ställen gapande och tomt, samt är regelbundet cirkelrundt eller ovalt; men på några ställen är det fornnadt oregelbundet genom en veckning inåt af väggen. Hos ett fåtal kapillärer ligga väggarna emot hvarandra, så att intet lumen står att upptäcka. Det föreligger säkerligen här en börjande, ej fullständig hyalin omvandling af kärnen. Kapillärerna tyckas ökade till antal, men detta är kanske endast skenbart, beroende på att de framträda mycket tydligare än vanligt.

Äfven i ryggmärgens öfriga delar iakttages antydning till förtjockning och hyalin omvandling af kärlväggarna.

Vidare påträffas små härdar, liknande de i fall I beskrifna, ur blödningar uppkomna, fast här i mindre antal. I en dylik härd, belägen inom hvita substansen, ser man blodkropparna aflagrade i mellan-substansen, så att de bilda ett sammanhängande nätverk, i hvars maskor de intakta nervtrådarna ligga. Afståndet mellan dessa är något, men ej mycket förökadt. De olika blodkropparna kunna i allmänhet särskiljas, men deras form är förändrad. Denna blödning har en något större utbredning än de andra jag iakttagit, och vid denna saknas ett centrum utan nervelement (ett sådant fans äfven vid den blödning i fall I, hvilken uppfattades som den yngsta.) Denna skillnad låter förklara sig antingen genom det antagandet, att blödningen i det här afhandlade fallet uppträdt ännu kortare tid före döden än i det förnt beskrifna, eller genom att väfnaden här egt annan mekanisk motståndskraft.

Andra härdar finnas med liknande utseende som de i fall I beskrifna och af olika ålder, men jag har ej funnit någon med väl utvecklade skleros. Sålunda kan det antagas, att blödningarna i detta fallet börjat en kortare tid före döden än i fall I.

I halsansvällningen på bägge sidor om främsta delen af det bakre mediana septum iakttagas på ett symmetriskt, föga utbredd område en förökning af mellansubstansen. Man finner här alldeles samma mikroskopiska bild som vid den i förra fallet beskrifna sklerosen i baksträngarna, men processen är här mindre utbredd.

Degenerationen är altså af samma art som den i fall I beskrifna; troligen betecknar den därför processen i sitt allra tidigaste skede. I förra fallet uppfattades degenerationen som nedstigande, och skulle den sålunda varit starkast utvecklad i halsmärgen, hvilken jag dock ej varit i tillfälle att undersöka. I öfverensstämmelse med denna uppfattning är det också, att förändringen i detta fall, där den kan antagas vara i sitt allra tidigaste skede, endast påträffas i halsmärgen.

Fall III. B. J., 23 år, arbetare. Inkom på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg d. $22/3$ 1892, död d. $9/4$ s. å. (KÖSTER).

Anamnes: Patienten har varit frisk, tills han för 5 veckor sedan började känna sig matt och kraftlös samt besvärades af hufvudvärk. Dessa symptom hafva sedan altjämt förvärrats; matlusten blifvit dålig och afföringen trög.

Status praesens d. $23/3$. Pat. klagar öfver hufvudvärk och mattighet; matlusten dålig. Kroppbyggnaden är god; hull och muskulatur ej anmärkningsvärdt reducerade, skola dock före sjukdomens början varit vida bättre. Huden förut af frisk färg, nu sjukligt blek. Respirationsljudet svagt, eljes intet att anmärka från lungorna. Hjärtdämpningens gränser normala, hjärttoner rena; puls 100. »Nonnensausen» öfver venæ jugulara å bägge sidor. Röda blodkropparnas antal 2,400,000; de vitas »normalt». En och annan mikrocyt finnes, men ingen makrocyt och ingen poikilocytos; hemoglobinhalten 30 %. Temp. afebril. Urinen håller ej ägghvita.

Senare under sjukhusvistelsen framträda blåsljud å bägge hjärttonerna. Kräkningar påkomma ofta.

$7/4$. Vid blodundersökning befinnas de röda blodkropparna utgöra 720,000—800,000; »de vitas antal ej ökad, snarare minskadt»; en mängd mikrocyter, några makrocyter och poikilocytos iakttagas. Hemoglobinhalten 15—10 %. Död d. $9/4$ efter att sista dagen hafva klagat öfver susning för öronen och sista natten hafva haft en näsblödning.

Autopsi d. $10/4$. Liket anemiskt; börjande missfärgning af huden; inga blödningar i den. Hjärtat 10×10 cm. något slapt och blekt. I hjärthålan gullhvita koagler i ringa mängd jämte något tunnflytande, rödvinsfärgadt blod. Hjärtmuskulaturen blek, något skör; visar hvitgula

strimnor, omväxlande med blekbruna. Valvler och mynningar utan anmärkning. I plevrasäckarna en ringa mängd gulaktigt serum. Lungorna ödematösa, öfveralt luftförande. Bronkialkörtlarna svarta med begränsade, förkalkade härdar. Mjälten $16 \times 10 \times 4,5$ cm., något slapp; kapseln glatt; pulpan rödbrun, mörjig. Lejvern $28 \times 20 \times 14$ cm., blekbrun; teckningen otydlig, centra framträda dock något mörkare. Njurarna $11 \times 7 \times 3$ cm. Kapseln aflossar lätt, snittranden ej svältaude. Barken af normal tjocklek. Snittytan blek. Skillnaden mellan bark och mærg, så väl som öfrig teckning otydlig. Tarmarna innehålla ej parasiter. »Blåsa normal, inga blödningar någonstades.» Mærgen i sternum förvandlad till en mörjig, röd massa. Lymfkörtlarna normala. Ryggmærgen makroskopiskt normal.

Ryggmærgen.

Den mikroskopiska undersökningen af det härdade organet gifver äfvenledes ett negativt resultat. Sålunda har jag i detta fall ej funnit några begränsade härdar uppkomna nr blödningar. I förbigående vill jag anmärka, att i öfre bröstmærgen finnes en ringa heterotypi; å mediala sidan af det ena bakre hornets hals finnes nämligen en så betydande ansamling af grå substans (dock utan väl utvecklade ganglioceller), att det bakre, mediana septum buktas öfver åt andra sidan.

Fall IV. K. B., bonde, 43 år, fr. Sibbo, inkom på Helsingfors' medicinska klinik den $15/3$ 1894, utskrefs d. $12/5$ s. å.; å nyo intagen d. $22/3$ 1895, död d. $7/5$ s. å. (HOMÉN.)

Anamnes. Pat. har varit frisk ända till jultiden 1893, då matlusten började försämras och han började känna sig mycket trött och svag samt magrade och blef mycket blek. Afföringen, som före insjuknandet ofta varit lös, i synnerhet efter förkylning, har sedan blifvit trög. Någon gång har han haft uppkastning. För öfrigt icke symptom af något organlidande. Pat. har varit i arbete till för ett par veckor sedan, då han på grund af tilltagande svaghet blef tvungen att intaga sängen; vid försök att vara uppe har han besvärats af hufvudvärk och svindel; sömnen på sista tiden dålig. — Pat. har aldrig observerat, att mask afgått.

Status praesens d. $22/3$ — $23/3$. Pat. är af vanlig kroppsbyggnad; underhuds fettväfven mycket reducerad. Huden elastisk, till färgen gulblek; de synliga slemhinnorna bleka. Pat. är mycket trött och svag. Sensoriet klart. — Perkussionston sonor och respirationsljudet vesikulärt i vanlig utsträckning. Hjärttonerna rena; den första tonen något dof. Pulsen regelbunden, något liten; frekvensen 84. Tarmverksamheten trög. Ägg af bandmaskar hafva ej kunnat påvisas. Urinen klar, socker- och albuminfri, spec. v. 1,017, sur reaktion.

$24/3$.	Blodkropparnas antal . . .	1,440,000
$4/4$.	» » . . .	1,000,000

13/4.	Blodkropparnas antal . . .	1,680,000
27/4.	» » . . .	3,136,000
12/5.	» » . . .	4,340,000

Pat. utskrifves sistnämnda dagen.

Vid jultiden 1894 skall han åter hafva insjuknat ungefär på samma sätt som förra gången och blef småningom så svag, att han måste intaga sängen.

Han intogs åter på sjukhuset d. 22/3 1895 och företedde då ungefär samma sjukdomsbild som förra gången.

22/3.	Blodkropparnas antal . . .	1,412,000
7/4.	» » . . .	1,650,000
21/4.	» » . . .	1,475,000
5/5.	» » . . .	580,000

Inga ägg af bandmaskar i fæces. Pat. afled d. 7/5.

Autopsi. Liket af vanlig kroppsbyggnad. Här och där små eckymoser i huden. Å ryggen och nacken ett fåtal små, blåroda fläckar. Alla slemhinnor ytterst bleka.

Benmärgen i sternum blek, för öfrigt intet anmärkningsvärdt.

Kraniet af vanlig tjocklek. Dura mater af måttlig spänning, gyri väl synliga genom den samma. Pia mater tunn, obetydligt ödematös. Kärlen å hjärnbasen tunna och glatta. Hjärnsubstansen glänsande, ytterst blodfattig.

I hjärtsäcken en mindre mängd klar, serös vätska. Hjärtat slapt, obetydligt fettbelagdt, visar subperikardiala eckymoser i särdeles riklig mängd; i hjärtrummen en mindre mängd mycket tunnflytande blod jämte bleka blodkoagler; muskulaturen blekröd, i synnerhet på några ställen af en lätt, gulaktig skiftning, därjämte i papillarmuskulerna en mängd små, hvitgula fläckar och strimmor. Å mitralis-valvlerna, i början af aorta och i koronarartererna en mängd små, sklerotiska fläckar och förtjockningar; så väl aorta som hjärtats valvler blodimbiberade.

I hvardera lungsäcken en obetydlig mängd klar, serös vätska. Å bägge lungorna några enstaka, subpleurala eckymoser; de äro öfveralt luftförande, något ödematösa, särdeles blodfattiga. I luftrören ett gult, slemmigt sekret.

Mjälten 13 × 9,5 cm., slapp; kapseln glatt; snittytan mörkröd; trabekulärväfnaden tämligen väl synlig.

Lefvern af medelstorlek; kapseln glatt, visar en mängd små eckymoser; parenkymet innehållande endast tunn, vattenaktigt blod; snittytan blekgrå med en brunaktig skiftning; acini mestadels ej väl framträdande. Gallblåsan starkt fylld med tunnflytande, brungul galla och äfven innehållande mörka, delvis facetterade, halffasta gallstenar.

V. njuren 11,5 × 5 cm., något slapp; kapseln lätt lossande; ytan glatt; snittytan jämt gulaktigt blekröd; strukturen något ottydlig. H. njuren något större än den v., för öfrigt af samma utseende som denna.

I ventrikeln en mindre mängd gråaktigt, slemmigt innehåll. I trakten af stora kurvaturen, närmare pylorus än cardia, en ungefär hasselnötstor, inåt lumen prominerande svulstbildning af märgig be-

skaffenhet, med bred basis fästad vid ventrikelväggen. Slemhinnan för öfrigt glatt. I tarmarna ett halfäst ekrementartadt innehåll, tarm-slemhinnan glatt; tarmväggen förefaller öfveralt vara ytterst tunn, blodfattig.

Pankreas särdeles slapp.

Urinblåsan fylld med klar urin, dess slemhinna glatt.

De mesenteriala lymfkörtlarna lindrigt ansvalda. Likaså de ingvinala.

Ryggmärgen.

Vid mikroskopisk undersökning af det härdade organet finnas enstaka kärl, som visa tydliga tecken på hyalin omvandling, af samma art som de i fall II skildrade. Dessa kärl förekomma företrädesvis inom baksträngarna i hals- och ländansvällningen, men äfven här i helt sparsamt antal.

Några blödningar eller ur dem uppkomna sklerotiska härdar har jag ej funnit.

Ryggmärgen för öfrigt utan anmärkning.

Fall V. A. J., hustru, 36 år, inkom på Helsingfors' medicinska klinik d. 18⁵/₅ 1895, död d. 23⁵/₅ s. å. (HOMÉN.)

Anamnes. Pat. har varit frisk, tils hon för 2 år sedan gifte sig; sedan dess har hon blifvit allt blekare samt börjat besväras af trötthet och en ofta påkommande hufvudvärk. I sitt äktenskap har hon haft två barn; den första förlossningen och barnsängen var normal samt försvagade ej märkbart pat.; under andra hafvandeskapet ökades hennes blekhet, svaghet och hufvudvärk; äfven efter förlossningen d. 25³/₃ 1895, hvilken förlöpte normalt, fortforo dessa symptom att tillväxa, så att pat. blef tvingad att söka vård på sjukhus. — Pat. har ofta i sin ungdom samt äfven under sitt giftermål och nu senast för omkring 2 veckor sedan observerat mask i afföringen, men aldrig begagnat någon medicin härför.

Status praesens vid intagandet: kroppsbyggnaden normal; huden gulgrå, skiftande i grönt. Pat. något somnolent, reagerar mycket långsamt. Från respirationsorganen intet att anmärka. Hjärtdämpningen ungefär normal; starkt systoliskt biljud, mest vid hjärtats bas. Pulsen mjuk, »celer»; dess frekvens 120. Temp. 38°—39°. Urinen fri från ägghvita, sp. v. 1,017. Blodkropparnas antal 1,000,000. Hemoglobinhalten 18—20 %. Dagen efter intagandet gafs 4 gm extr. filic. mar. och följande dag 2 gm + 2 gm pulv. radic. filic. mar. jämte laxantia.

23⁵/₅. Blodkropparnas antal 490,000; hemoglobinhalten 10 %. Pat. afled samma dag.

Autopsi. Liket af klen kroppsbyggnad, betydligt afmagradt. Muskulaturen af lätt rödbrun färg.

Kraniet tunnt, tämligen symmetriskt. Dura mater tunn; gyri särdeles väl synliga genom den samma. Kärlen å hjärnbasen tunna och glatta. Pia mater obetydligt ödematös, lätt afflossande. Hjärnsu-

stansen glänsande, ytterst blodfattig. För öfrigt företer hjärnan intet anmärkningsvärdt.

I hjärtsäcken en ringa mängd klar, serös vätska. Hjärtat slapt, obetydligt fettbelagdt, visar en mängd punktformiga, subperikardiala eckyloser; i hjärtrummen en mindre mängd tunnflytande blod jämte några affärgade blodkoagler; i muskulaturen, i synnerhet i papillarmuskulerna och i v. kammarens väggar, små hvitgula fläckar och strimnor i särdeles riklig mängd; muskulaturen för öfrigt blekröd. Å mitralisvalvlernas flikar och i början af aorta enstaka, små sklerotiska fläckar och förtjockningar.

Lungorna adherenta till bröstväggen; visa enstaka, små, subpleurala eckyloser; äro öfveralt luftförande, blodfattiga, något ödematösa. I luftrören rikligt tunnt, slemmigt sekret.

Mjälten $11,5 \times 7$ cm., slapp, på några ställen genom adherenser fastväxt till diafragma; snittytan mörkröd, glänsande; trabekularväfnaden tydlig.

Lefvern af vanlig storlek, något slapp; kapseln glatt; parenkymet ytterst blodfattigt; vid utpressning framträder tunnflytande, vattenaktigt blod; snittytan gråbrun med en lätt gulaktig skiftning; de enskilda acini ej väl framträdande. I gallblåsan tunnflytande, gulgrön galla.

V. njuren $11 \times 5,5$ cm., något slapp; kapseln lätt aflossande; ytan glatt; snittytan jämn, blekröd, med en lätt gulaktig färgskiftning; teckningen i corticalis grumlig. H. njuren af enahanda utseende och beskaffenhet som den v., dock ej fullt så blodfattig.

I ventrikeln en ringa mängd gråaktigt, slemmigt innehåll; slemhinnan glatt, visar en mängd punktformiga hemorragier. I tarmarna ett gulgrönt, halfvast, exkrementartadt innehåll; tarinväggen, särskildt i tunntarmarna och allra mest i nedersta delen af ileum mycket tunn; slemhinnan glatt; enstaka, ansvalda, solitära folliklar i nedre delen af ileum. Pankreas af normalt utseende.

Urinblåsan fylld af klar urin; dess slemhinna blek, glatt.

Ryggmärgen.

Äfven i detta fall kan spåras den i fall II beskrifna förtjockningen af kärlväggarna, men den finnes blott hos ett fåtal kärl och är ingestades väl utvecklad.

Små, begränsade, sklerotiska härdar, som genom jämförelse med de i fall I och II erhållna bilderna kunna igenkännas såsom uppkomna ur blödningar, har jag påträffat på några få ställen inom den hvita substansen.

I öfrigt alla förhållanden normala.

Fall VI. K. G. L., skomakare, 42 år, fr. Helsingfors, inkom på Helsingfors' medicinska klinik d. $27/3$ 1893; död d. $5/4$ s. å.

Pat. afled under tydliga symptom af pernicios anemi, hvilken diagnos bekräftades genom blodundersökningar och autopsi. Botrioccephalusägg funnos i afföringen. Pat. erhöi anthelmintica.

Sjukhistorien och obduktionsprotokollet anföres ej här, då fallet redan är offentliggjordt hos SCHAUMAN⁵⁴) (n:r 70, s. 108).

Ryggmärgen.

Genom baksträngarnas hela längd befinnas kärleus väggar vara förtjockade med en antydan till hyalin omvandling; förändringen är något mindre utvecklad än i fall II. Den iakttages äfven i fram- och sidosträngarna, fast mindre utvecklad än i baksträngarna.

Endast en begränsad degenerationshärd af samma slag som de förut skildrade, ur blödningar uppkomna, har jag påträffat. Den visar tydlig skleros och är belägen inom grå substansen.

I öfrigt är ryggmärgen utan anmärkning.

Fall VII. N. N., enka, 46 år, inkom å Lappviks centralanstalt för sinnessjuka d. $24\frac{1}{2}$ 1886, död d. $14\frac{1}{3}$ 1895. (HOMÉN.)

Pat. har här vårdats för paranoia primaria och i somatiskt afseende varit frisk, tils hon i början af januari 1895 började klaga öfver illamående; samtidigt observerades, att hennes ansiktsfärg blifvit blek, gulaktig. Pat:s tillstånd försämrades småningom; hon klagade öfver dålig matlust och trötthet, så att hon måste intaga sängen; kände värk i axlarna och bröstet, ömmade starkt äfven för det lindrigaste tryck å armar, bröst och bukbetäckning. Hennes ansiktsfärg blef alt mer och mer vxgul; pulsen omkring 120. Lefver och mjälte (vid undersökning d. $8\frac{1}{2}$) ej förstorade. — Vid mikroskopisk undersökning af blodet påträffades de för perniciös anemi vanliga förändringarna. Pat. erhåller lätt blodsugillationer, äfven efter lindrigt tryck. Krafterna aftaga så småningom; den $9\frac{1}{3}$ tillkom diarré, och döden följde d. $14\frac{1}{3}$.

Autopsi d. $15\frac{1}{3}$. Huden öfver hela kroppen och i synnerhet å ansiktet vxgul; sklera med mycket svag gulaktig skiftning.

Galea aponeurotica å sin inre yta gulaktig. Sinus longitud. tom. Pia mater å hjärnkonvexiteten med fint injicerade kärl, lätt aflossande, visar några få strödda, punktformiga eckymoser. Hjärnans grå substans blek, den hvita substansen glänsande i snittet. Hjärnkamrarna stå fullkomligt tomma; ependymet visar intet anmärkningsvärdt. På hvardera sidan i stratus opticus bakom lins kärnan i närheten af nucleus caudatus finnas åtskilliga smärre blodsugillationer; i yttre linskapseln finnas äfven några få spridda eckymoser. Vid lilla hjärnan, pedunculi och pons intet att anmärka, utom att dessa delar, liksom hela hjärnan äro mycket anemiska; särskildt är detta fallet med pons varoli. Hjärnan väger 1,165 gm.

Å pleura och perikardiet några få, punktformiga eckymoser; för öfrigt intet att anmärka.

Mjälten 11×7 cm.; vikten 84 gm; å dess yta ganska talrika eckymoser.

Lefvern $24 \times 13,5 \times 7,5$ cm., väger 1,087 gm.

I tunntarmen finnas mindre exemplar af *Botriocephalus latus*.

Njurarna bleka, för öfrigt intet att anmärka.

Pankreas väger 76 gm.

Glandula thyroidea väger 20 gm; i dess parenkym åtskilliga smärre cystor med klart innehåll.

Ryggmärgen.

Kärlen befinnas öfveralt inom hvita substansen förtjockade och stadda i hyalin omvandling. Förändringen är af samma natur som den i fall II skildrade, men tydligen längre gången. Den är äfven här bäst framträdande inom baksträngarna, särskildt i hals- och ländansvällningen. Här äro äfven de stora intramedullära kärlen i intensiv grad drabbade af processen. Emellertid hafva kärnväggarnas kärnar ingenstädes helt mistat sin färgbarhet.

Någon begränsad degenerationshärd, af det förut beskrifna slaget, har jag ej funnit i denna ryggmärg. *)

Ryggmärgen är för öfrigt utan förändringar. **)

I de följande tvänne fallen har den perniciösa anemien varit förbunden med tydliga symptom af ryggmärgslidande.

Fall VIII. A. S. P. hustru, 36 år. Inkom på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg d. $\frac{2}{7}$ 1894, död d. $\frac{24}{10}$ s. å. (KÖSTER).

Resumé: Sedan 2 år rätt besvärliga dyspeptiska symptom; 5—6 månader före döden stegring af dessa jämte symptom af anemi; bilden af pernicios anemi framträder så småningom. På huden å buken, underarmarna, händerna och i ansiktet framkomma och utbreda sig under sista månaden bruna pigmentfläckar. Fingrarna kännas sedan ett år »tunga och konstiga»; sista månaden tillkomma smärtor rundt kring veka lifvet, stickningar och myrkrypningar i benen samt svår värk vid längre stillaliggande.

De två sista månaderna en tilltagande pares och sensibilitetsrubbnig af extremiteterna. Trycksinnet visar nedsättning på bål och extremiteter; denna är mest uttalad på benen och ökas i distal riktning; på händer och fötter är den höggradig. Värmesinnet är mera rubbadt än köllsinnet. Muskelsinnet å benen betydligt rubbadt. Benen äro kort före döden i hög grad paretiska; armarna mindre. Pupillarreflexer kvarstå, men patellarreflexerna försvinna. Urininkontinens sista månaden.

*) Då denna ryggmärg varit synnerligen svår att inbädda, har jag dock endast erhållit ett jämförelsevis ringa antal preparat af den samma.

**) Inom bröstmärgen synes visserligen den hvita substansen vara liksom genombruten af alltid oregelbundet formade luckor, men dessa äro med säkerhet uppkomna genom utfall af nervtrådar, då i dem aldrig iakttages någon axelcylinder, och då de ingenstädes ega någon själfständig begränsning, utan äro formade efter de omgifvande, alltid normala nervtrådarna; jämväl äro luckorna genomdragna af ett fint nätverk, som väl upptager nigrosinets färg och således utgöres af den kvarstående mellansubstansen.

Vid autopsien ingen betydligare fettdegeneration af hjärtat; benmärgen röd, gelatinös, ej fetthaltig; binjurarna utan anmärkning.

I ryggmärgen förtjockning af kärnväggarna med antydan till hyalin omvandling.

Baksträngarna. Genom hela organet utom sakralmärgen utbredd degeneration i baksträngarna, hvilken når helt upp till dessa strängars kärnar i förlängda märgen. Zonen närmast grå substansen intakt. Degenerationen öfveralt förbunden med skleros och på de flesta ställen med cellanhopning i de perivaskulära rummen, hvilka förändringar, liksom själva degenerationen, tillväxa i intensitet nppåt genom hela ryggmärgen.

I halsmärgen homogen och i det allra närmaste fullständig degeneration af Gollska strängarna; processen likartad, men mindre utvecklad i Burdachska.

I bröstmärgen äro nästan hela baksträngarna säte för en degeneration, som är mest utvecklad i Gollska strängarna, särskildt i bröstmärgens öfre del.

I ländmärgen hårdformig degeneration, som hufvudsakligen är anordnad kring kärnen.

Genom hela bröstmärgen och delvis halsmärgen sönderfall af alla nervelement inom bättet närmast periferien utan förökning af mellansubstansen eller förändring af kärnen.

Sidosträngarna. I bröstmärgen degeneration af större delen af sidosträngarna, mest utvecklad i deras bakre hälfter; bättet längs grå substansen intakt. Mellansubstansen något litet förökad; hos kärnen en ringa cellinfiltration; nästan alla nervelement sönderfallna.

I nedersta delen af bröstmärgen och öfre delen af ländmärgen degenerationen inskränkt till pyramidbanorna; dess intensitet nedåt raskt aftagande. Längre ned inga nämnvärda förändringar,

Därjämte i halsmärgen och öfre delen af bröstmärgen en förändring af det perifera bättets bakre del, af samma slag som den i baksträngarnas periferi.

I framsträngarna genom hela bröstmärgen degeneration inom pyramidbanorna, men ej af hela deras omfattning.

Därjämte här och hvar i ryggmärgen enstaka dels små blödningsar dels ur dem uppkomna sklerotiska härdar.

Lissauers fält, gå substansen, nervrötterna och meningerna utan anmärkning.

Anamnes: Pat. har stundom, dock ej ofta, lidit af sura uppstötningar, men för öfrigt varit frisk, tils hon för åtta år sedan började blifva klen, »enligt uppgift på grund af skrämsel i hårdt arbete». De senare åren har hon emellanåt haft kräkningar, som stundom varit svarta. Under de två sista åren har pat. tidvis lidit af så svåra magplågor, att hon måst hålla sig till sängen och detta ända till 3 veckor i rad, hvarjämte afföringen då varit antingen ytterligt hård eller vattentunn samt förenad med svåra smärtor. Sedan ett år hafva fingrarna känts »tunga och konstiga». Hon har magrat något, men på det hela

taget behållit sitt friska utseende tills i maj månad innev. år. Då förvärrades nämligen hennes symptom från magen; aptitlöshet tillkom, hon började raskt afmagra, blef alt blekare och mattare. Hennes bostad var kall och fuktig.

Vid intagandet på sjukhuset iakttages, att huden är gulblek. Öfver hjärtat, tydligast vid basen, höres systoliskt blåsljud; 2:dra pulmonar-tonen accentuerad; öfver halsvenerna bruit de diable. Från lungorna intet abnormt. Ömhet öfver maggropen och värk mellan skuldrorna. Pat. har omväxlande diarré och förstoppning. Buken ej uppdrifven. Mjälten ej förstora.

Under följande månad tillkommer ödem i benen och en ringa ömhet öfver sternum och tibiae. Det systoliska blåsljudet öfver hjärtat tilltager i styrka, är nu mest uttaladt vid spetsen; hjärtdämpningen ej förstora.

Den ²²/_s är hemoglobinhalten (med Fleisch) 30 %; poikilocytos finnes; de hvita blodkropparnas antal är ej ökad; de röda utgöra 1,820,000.

Den ²⁵/_s antecknas deras antal till 933,000. Under hela denna tid är temp. blott under ett fåtal dagar normal, eljest stegrad; vanligen omkring 38°, går stundom upp mot 39° och någon gång till och med något däröfver.

Den ³/₉. Vid nu företagen undersökning, 2 månader efter intagandet på sjukhuset, iakttages, att bägge benen äro ömma. Å fötterna finnes ej någon säker nedsättning af hudsensibiliteten. Muskel-sinnet däremot rubbadt för tårnas och fötternas rörelser, d. v. s. vid passiva rörelser af dessa delar kan pat. ej beskrifva rörelsernas riktning; muskelsinnet för benen i öfrigt utan anmärkning. Bägge benen paretiska; då pat. skall lägga det ena benet öfver det andra sker det med en stor paretisk-ataktisk rörelse.

Armarna kännas nu »tunga och konstiga» liksom det varit fallet med fingrarna ett helt år. Pat. kan själf binda knutar. Pupillerna reagera tydligt. Patellarreflexerna betydligt försvagade; samtidig reflex å adduktorerna på motsatta sidan. Urineringen orubbad.

Den ⁴/₉ påvisas vid undersökning af blodet makro- och mikrocyter jämte tydligt framträdande poikilocytos; de röda blodkropparnas antal 766,000.

Den ¹⁷/₉ finner man detta reduceradt till 560,000 och därjämte en stark poikilocytos.

Status praesens den ²²/₉—²⁵/₉: Hullet reduceradt. Pat. är sängliggande; ser klen och lidande ut. Bliken matt; sensoriet fritt. Hyn gråaktigt gulblek.

Pat. har svårt för att tåla mat, har jämt dålig smak i munnen och känner stickningar i maggropen. De sista dagarna har hon frusit hvarje förmiddag. Hon säger sig vara »vissen» i hela kroppen och känner sig mycket kraftlös; förnimmer smärtor rundt kring veka lifvet: »det käns som om mage och rygg skulle växa samman.» I henen särskildt i fötterna stickningar och myrkrypningar samt, när hon legat stilla en stund, svår värk, som hon ej närmare kan beskrifva.

Öfver buken iakttages ett starkt bruufärgadt utslag i huden. Äfven i ansiktet, på händerna och underarmarna hafva bruna fläckar börjat framkomma. Benen äro ödematösa. Synliga slemhinnor bleka; tungan fuktig, ej belagd. Från lungorna intet att anmärka; ingen dyspné. Hjärtat ej förstoradt; det systoliska blåsljudet som förut. Puls jämn och regelbunden, 80 i minuten. Temp. omkring 38°. Buken ömnar för tryck, i synnerhet i maggropen och öfver underlifvet. I pylorus-trakten kännes en valnötstor resistens; denna antages sedermera vara pankreashufvudet. Mjälten och lymfkörtlarna ej förstorade; ej håller levern.

De röda blodkropparna utgöra 994,000 och den $27\frac{1}{2}$ 933,600; hemoglobinhalten 30 %. I blodet iakttages därjämte följande: vacker poikilocytos, tämligen många makro- och mikrocyter; ett fåtal α -granulerade polynukleära leukocyter, mononukleära leukocyter, en mängd kärnhaltiga röda blodkroppar; af dem en liten del megaloblaster, de flesta normoblaster; inga »Blutplättchen».

Urinen alkalisk, grumlig; gifver positift utslag för Hellers prof och indikanreaktion; innehåller ej någon reducerande substans; i sedimentet finnes utom salter mycket varkroppar och blåsepitel. Urineringen ej smärtsam. Defekationen medför svåra smärtor vid analöppningen; vid undersökning af faeces intet abnormt.

På *benen* är *trycksinnet* betydligt nedsatt, så att pat. märker beröring först vid ganska starkt tryck eller starka nypningar. *Muskelsinnet* för benens rörelser är i hög grad nedsatt, så att pat. ej utan synens tillhjälp kan uppfatta, hvar hennes ben äro belägna. Benen äro mycket *paretiska*; hon kan göra små böjningar med dem, men ej lyfta upp dem från underlaget.

Äfven på *bål* och *armar* är *trycksinnet* nedsatt, så att blott ansikte och hals i detta hänseende ej visa någon rubbning. På öfre delen af bålen är förändringen mindre uttalad än på nedre delen. På den förra liksom på armarna kan pat. stundom, men ej med säkerhet skilja spetsen och hufvudet af en knappål. Rubbningen är mindre på öfverarmarna än på underarmarna; på de senare uppfattar hon tryck å två punkter på 20 em:s afstånd från hvarandra som tryck på en punkt. Lägger man sin hand på pat:s hand, märker hon det ej, förr än man öfvar en ringa tryckning på den samma. Händernas insidor äro betydligt anestetiska; om hon håller något i sin hand, måste hon se det, för att hon skall veta det. Hon kan i allmänhet ej med känseln afgöra, hvad hon håller i händerna; uppfattar t. ex. en pennknif såsom något mjukt och kan ej igenkänna en portnyckel. Uppfattningen af kalla föremål kvarstår öfveralt, af varma på ansikte, hals, bålens öfre del och armarna. Armarnas rörelseförmåga är bättre bibehållen än benens; men deras rörelser äro försvagade och tröga. Pat. orkar knapt vända sig i sängen. Muskeln äro något atrofierade. *Senreflexer* kunna ej påvisas.

Härefter försämras pat:s tillstånd altmera; *urininkontinens* tillstöter efter en tid; krafterna aftaga, afmagringen fortfar och når en mycket hög grad; de bruna pigmentfläckarna ökas; *decubitus* uppträder. Dödlig utgång följer den $24\frac{1}{10}$.

Autopsi d. 25/10. Liket höggradigt afmagradt. Stora liggsår å klinkorna. I huden på händer och armar talrika ytliga pigmentfläckar utan någon förtjockning.

I hjärtsäcken 100 cm³ klar, serös vätska. Hjärtat 9 × 8,5 cm., något slapt; å dess framsida måttlig fettbeläggning; muskulaturen blek, men fast; valvler och mynningar utan anmärkning. Aorta af normal vidd. Lungor utan anmärkning.

Mjälten 11 × 16 × 3 cm.; pulpan lös, af lifligt röd färg.

Njurarna 10 × 5 × 4 cm., bleka, fasta, ej svällande. Binjurarna utan anmärkning.

Lefvern 25 × 18 × 15 cm., blek, utan makroskopiska förändringar; gallblåsan fylld af seg, grön galla. — Ventrikelslemhinnan grumlig, slembelagd; någon tumörbildning finnes ej. Tarmarna utan anmärkning.

Pankreas fast, utan anmärkning; dess hufvud framspringande.

Benmärgen röd, gelatinös, ej fetthaltig.

Lifmodern stor, fast, en liten slempolyp i dess inre. — Ovariernas kapsel fast, fibrös; parenkymet fibröst omvandladt.

Hjärnan fast, blek, utan anmärkning.

Ryggmärgen fast, med tydlig degeneration i sido- och baksträngar.

Ryggmärgen.

I en stor del af organet iakttages förtjockning och börjande hyalin omvandling af såväl *kapilläernas* som de större intramedullära *kärlens* väggar; denna förändring är ej så tydligt framträdande som i fall II. I baksträngarna kan den med full tydlighet påvisas redan i sakralmärgen, tilltager uppåt i intensitet och fortsätter genom ryggmärgens hela längd. I bröst- och halsmärgen finnes den tydligt utvecklad äfven i fram- och sidosträngarna; framträder däremot ingestädes tydligt i grå substansen. På de här angifna områdena, där kärlväggarna äro förtjockade, visar äfven mellansubstansen en diffus, men tydlig förökning.

Baksträngarna.

I *sakralmärgen* finnas inga degenerativa förändringar, men på *öfvergången till ländmärgen* framträda de. Degenerationen omfattar här baksträngarnas dorsala del (bild I k); högre upp i *ländansvällningen* sträcker den sig längre framåt och får öfverhufvudtaget större utbredning (bild I i), men lemnar på bägge ställena zonen närmast kommissuren och grå substansen såväl som de bakre laterala partierna fria. Processen är fördelad i oregelbundet kringspridda *hårdar*, hvilka dock sakna skarpa gränser. Närmast ryggmärgens periferi äro de långsträckta i sagittal riktning och följa till sin utbredning i någon mon, men ingalunda regelbundet de från pia inträngande septa. På vissa ställen nå hårdarna ut till ryggmärgens periferi, på andra ej (degenerationens art på de förra ställena öfverensstämmer med den s. 22 för

bröstmärgeus motsvarande delar beskrifna). — Längre framåt äro härdarna mera regelbundet rundade, vanligen ovala; här äga de ringa utbredning i både horisontel och vertikal riktning. Granskar man dessa härdar på de i serie vunnna snitten, kan man på de flesta ställen påvisa kärl i härdarnas midt eller därinvid; degenerationen är dock ej utslutande begränsad till dessa kring kärnen liggande härdar.

Kärnen visa ingen afgjord förökning till antal och äro ej als utspända med blod. Någon cellinfiltration af deras väggar iakttagas, men den når ej högre grad på de degenererade partierna än på de kringliggande, relativt friska.

Skleros förekommer å de förändrade ouråderna, men har ej hållit jämna steg med degenerationen. Efter hvad karmin-preparaten utvisa, är sklerosens fördelning i härdar ej så tydligt franträdande som degenerationens. Den ökas emellertid uppåt, så att man på den öfre af de nu beskrifna delarna, d. v. s. mot midten af ländmärgeu, ser mera sammanhängande partier af mellansubstans utan nervelement.

I degenerationshärdarna och i någon mån äfven omkring de samma iakttagas en mängd förändrade nervtrådar (bild IV); ganska många dylika te sig i form af rätt stora, både med hematoxylin och karmin ofärgade luckor, hvars rand på hematoxylin-preparaten vanligen framträder distinkt; de nå en diameter af 25 ända till 50 μ . Dessa bildningar äro talrikare mot midten af ländmärgeu än längre ner i ryggmärgeu. — Vid granskningen af Weigerts preparat kan man med lätthet påvisa alla öfvergångar från den normala nervtråden till dessa luckor. Man kan följa, hurusom i samma mån som märgeuskidan ansväller, dess färgbarhet med hematoxylin alltmera aftager; dock bibehåller dess yttre rand sin färgbarhet oförminskad. På detta stadium visar sålunda nervtråden ett centralt ofärgadt fält och däromkring ett färgadt bälte, hvars färgstyrka aftager från den distinkt framträdande yttre randen inåt. Då märgeuskidan ansvält ännu mer, är det blott själfva begränsningsranden utåt, som upptager färgen, och luckan är färdigbildad. En del af dem bevara sin regelbundna, vanligen ovala form; hos andra har randen blifvit taggad och ojämn samt luckans form omgestaltad på de mest växlande sätt. Man finner ock luckor, där äfven själfva randen är helt svagt färgad, så att den endast vid uppmärksamt iakttagande och försiktig vridning af mikrometerskrufven kan påvisas. Äfven påträffas enstaka luckor af liknande storlek och oregelbunden form, vid hvilka ingen randbegränsning är möjlig att med säkerhet iakttaga. Man tyckes med fullt fog kunna antaga, att här ett utfall af de förut beskrifna bildningarna egt rum.

I en del af de luckor, hvilka rand är färgad, kunna inga som hälst formelement upptäckas; i andra af dem kan man påvisa axelcylindern, som vanligen ej är centralt belägen, och som med ett fint, nästan ofärgadt nätverk är förbunden med luckans kant; den befinnes ingenstädes vara tydligt ansväld, men stundom skrumpnad. Ofta ser man en, två eller flere levkocyter invandrade i luckorna och stundom inbäddade i ett liknande nät. I härdarna vid mellersta delen af ländmärgeu kan man här och hvar i luckorna se små kornceller (= Körncellen).

Ett stycke *högre upp i ländmärgen* mister degenerationen i hufvudsak sin härdformiga karakter och begränsar sig till ett sammanhängande område af tämligen regelbunden rektangulär form (bild I *h*). Det är beläget symmetriskt, alldeles invid det mediana septum och intager mellersta tredjedelen af baksträngens sagittala utsträckning samt ungefär halfva dess bredd. Från detta fält förlöpa bakåt tvänne stråk af degenererad väfnad på något afstånd från det mediana septum, men nå dock ej ryggmärgens periferi. Därjämte finnas utanför dessa områden smärre härdar, men i ringa antal. Det stora degenererade fältet visar sig på hematoxylin-preparat nästan ofärgadt och innehåller helt få intakta nervtrådar; en del måttligt ansvålda märgskidor synas, eljest är partiet hufvudsakligen uppfyllt af en ganska tät skleros. Här finnes en riklig mängd kärl dels kapillärer dels något större kärl, hvilkas väggar förete någon cellinfiltration. Emellan detta nu beskrifna, höggradigt degenererade område och den intakta nervväfnaden finnes ett tämligen smalt öfvergångsbälte, i hvilket ganska många ansvålda märgskidor iakttagas, flere af dessa i form af de förut beskrifna luckorna.

På *öfvergången till bröstmärgen* intages baksträngarnas centrala del fortfarande af ett stort fält med höggradig degeneration och väl utvecklad skleros, hvilket dock här har en triangulär form, med spetsen framåt (bild I *g*). Partiet närmast bakom kommissuren är tämligen fritt från lesion. Däremot är hela dorsala delen af baksträngarna, d. v. s. partiet bakom det omnämnda triangulära fältet — utom zonen allra närmast periferien — stadd i degeneration; denna har dock ej på långt när nått samma grad som längre fram i baksträngarna. Det finnes en antydning till härdar, men de äro konfluerande. Jämte intakta nervtrådar iakttagas här dels talrika ansvålda märgskidor i alla öfvergångsformer ända till de stora luckorna, dels väl utvecklade kornceller i ett ej ringa antal. Kärlväggarna visa en ökad halt af celler, hvilken förändring är mest uttalad på det främre fullständigare degenererade området.

I *nedersta delen af bröstmärgen* intager lesionen hela baksträngen utom en mycket smal längs grå substansen (bild I *f*). Degenerationen är ingenstädes fullständig, utan ser man öfveralt sparsamma nervtrådar dels intakta dels måttligt ansvålda. Sklerosen är ganska väl utvecklad, och luckor finnas ingenstädes. Enstaka kärl visa tämligen höggradig cellinfiltration.

Dessa förhållanden blifva i hufvudsak bestående genom hela bröstmärgen. Dock visar baksträngarnas centrala parti sig altmera fritt från nervelement, ju högre upp man kommer. Först i *bröstmärgens öfre del* kommer detta centrala, nästan fullständigt degenererade parti att motsvara Golliska strängarna (bild I *e*). I de Burdachska finner man här dels skleros, dels ett tämligen betydligt antal ansvålda märgskidor; äfven luckor förekomma, men ganska sparsamt. Degenerationen uppträder ej i härdar. Ungefär vid midten af bröstmärgen på ena sidan genombryter degenerationen på en nära ryggmärgens periferi belägen sträcka zonen närmast bakre hornen, som eljest skonats af den sjukliga processen.

Bältet närmast periferien afviker på ett i ögonen fallande sätt från baksträngarnas öfriga delar; på hematoxyliu-preparaten är dess

färg visserligen fullt så ljus som det öfriga degenererade partiets, men på karmin-preparaten är den nästan mindre färgad än till och med den normala hvita substansen. På detta område finnas inga oförändrade nervtrådar; märgskidor, som äro ansvalda och svagare färgade än normalt, iakttagas (på Weigerts preparat), dock ej i riklig mängd; de flesta af dessa äro oregelbundet formade. Synfältet är till största delen uppfyllt af en nästan amorf, dock något kornig massa, som behållit föga af hematoxylinets färg, dock i växlande intensitet på olika preparat, alt efter differentieringens olika grad. Vål bibehållna och färgbara kärnor finnas, fast i sparsam mängd. På karmin-preparaten tyckas mellansubstansens strängar vara något ansvalda; deras gränser äro ej så väl markerade som eljest; deras färgbarhet kanske något mindre än å snittens öfriga delar. Någon verklig förökning af mellansubstansen tyckes ej vara för handen. Kornceller finnas i måttlig mängd. Kärlen visa ingen förändring — utom den öfveralt i baksträngarna förekommande förtjockningen af deras väggar (altså finnes ej den längre fram i baksträngarna observerade cellinfiltrationen hos väggarna).

I *halsansvällningens nedre del* har antalet färgbara nervelement inom Golliska strängarna ytterligare reducerats, så att dessa strängars gränser framtråda tydligare än i bröstmärgens öfre del (bild I d). Här finnas inga intakta nervtrådar utan endast en ringa mängd märgskidor, hvilka alla äro föga ansvalda. För öfrigt tillväxer äfven inom Burdachska strängarna så väl degenerationen som sklerosen i intensitet; processen är ej fördelad i härdar. Den totala degenerationen utan skleros, som i bröstmärgen intager bältet längs periferien, börjar här att minskas till utbredning; den lemnar nämligen inom Golliska strängarna delvis rum för den längre framåt härskande degenerationsformen; inom Burdachska strängarna finner man på vissa ställen delvis intakt nervväfnad närmast periferien.

Vid *midten af halsansvällningen* utmärkes gränsen mellan Golliska och Burdachska strängarna af ett mycket smalt bälte, i hvilket finnas en del oförändrade nervtrådar, men därjämte några ansvalda märgskidor (bild I c). Omedelbart lateralt om dessa bälten ligger å hvardera sidan ett långsträckt fält, nående nästan ända fram till kommissuren och med spetsen böjd något lateralt. Dessa fält förete en hög grad af degeneration; de intagas nämligen af en tät skleros med blott sparsamma nervelement, af hvilka nästan inga äro intakta. Emellan dessa fält och den oförändrade zonen närmast bakre hornen finnes ett bredt övergångsbälte, i hvilket ett stort antal af märgskidornas vanliga degenerationsformer, äfven rätt stora luckor iakttagas. Kärlens cellinfiltration, som hufvudsakligen är bunden till de perivaskulära rummen, är inom Golliska strängarna starkare utvecklade än längre ned i ryggmärgen; inom Burdachska har den ej nått samma grad som inom Golliska.

I *öfversta delen af halsmärgen* strax under pyramidkorsningen befinnes baksträngarnas främsta del tämligen oberörd af degenerationen, som i den öfriga halsmärgen och nästan hela bröstmärgen nått helt nära kommissuren (bild I b). Den närmast periferien belägna delen af Golliska strängarna visar här i endast ringa utsträckning kornigt sönderfall, men tämligen regelbundet ansvalda märgskidor finnas i ganska

riklig mängd och därjämte några oförändrade nervtrådar. Öfver hufvud taget eger det degenererade området inom dessa strängar här mindre omfång än längre ned i halsmärgen. Äfven här har bältet af intakta eller mindre förändrade nervtrådar på gränsen mellan Gollska och Burdachska strängarna ökat till bredd. De förut omtalade fälten i de senare strängarna äro nästan fullständigt degenererade. Kärlen i de Gollska strängarna visa en kolossal mängd celler i de perivaskulära rummen; i Burdachska är deras antal visserligen ökad, men vida mindre.

Degenerationens gräns uppåt har jag sökt följa på seriesnitt af *förlängda märgen* (bild I a). Den når inom Gollska strängarna helt upp till deras kärnar (nuclei funicul. gracil.); uppemot de senares nedre gräns minskas lesionens utbredningsområde; därjämte uppträda en del oförändrade nervtrådar, uppåt tilltagande i antal; men i likhet med hvad fallet är i halsmärgens öfre del, finnas här så godt som inga ansvällda märgskidor. — Inom Burdachska strängarna äro kärnarna (nuclei funicul. cuneat.), som bekant, belägna något högre upp, och jag har först på de högsta snitt, jag erhållit från förlängda märgen, funnit dessa kärnars nedersta gräns. Här kvarstår ännu degenerationen, men dess utbredningsområde har minskats, och ett ökad antal färgbara nervelement framträder. Därjämte finnes en del ansvällda märgskidor, hvilka dock alla hafva en helt måttlig storlek. Sklerosen liksom den perivaskulära cellinfiltrationen är i bägge strängarna väl utvecklad. Zonen närmast periferien består hufvudsakligen af intakta nervtrådar.

Sidosträngarna.

I *sakralmärgen* och *större delen af ländmärgen* hafva pyramidbanorna på Weigerts preparat en något ljusare färg än den öfriga hvita substansen, men nedom midten af ländmärgen kunna blott en del måttligt ansvällda märgskidor påvisas. I midten af ländmärgen iakttagas däremot dels förstörade märgskidor i form af verkliga luckor dels en stor mängd myelinkorn, som starkt färgats med hematoxylin. Ansvällda axelcylindrar synas här och hvar; äfven finnas sparsamma kornceller.

I *öfversta delen af ländmärgen* omfattar degenerationen, som här på Weigerts preparat framträder genom en tydligt ljusare färg, större delen af strängarna bakom processus laterales, när dock ingenstädes fram till grå substansen eller helt ut till periferien. I centrum iakttagas några normala nervtrådar, mycket talrika, ansvällda märgskidor, äfven i form af mycket stora luckor, därjämte myelinkorn, dels väl dels helt svagt färgade samt kornceller i ej ringa mängd. Emellan detta nu skildrade parti och den normala nervväfnaden finnes en bred öfvergångszon, i hvilken blott synas de vanliga degenerationsformerna af ansvällda märgskidor. Inom sidosträngarna i hela sakral- och ländmärgen kan ingen förökning af mellansubstansen eller förändring af kärnen påvisas.

I *nedersta delen af bröstmärgen* finner man de normala nervtrådarna uppträda mera sparsamt i de centrala delarna af degenerationsområdet; här förekomma äfven myelinkornen mindre talrikt, och de

stora Inckorna saknas nästan alldeles. (bild V). I stället är synfältet här till stor del uppfyllt af en nästan amorf massa, som mycket liknar den i baksträngarnas perifera bälte förekommande, men som här är starkare färgad med hematoxylin; därjämte visar den en riklig mängd kornceller, af hvilka många nå en betydande storlek. Neuroglialn tyckes vara diffust ansväld.

Ett litet stycke *högre upp i bröstmärgen* har degenerationen utbredd sig, så att det blott vid främre hornets spets finnes ett sammanhängande parti intakt nervväfnad. Strängarnas hela omfång ända till processus laterales bildar ett sammanhängande degenererad fält med undantag af zonen närmast bakre hornet, som äfven här är intakt. Framom detta stora fält finnas här och hvar mindre hårdar; några af dem, dock ej alla, äro långsträckta i radiär riktning. De följa sålunda delvis de piala septa, men något bestämdt sammanhang mellan lesionens utbredning och fördelningen af dessa septa kan ej påvisas; detta är ej heller fallet i den öfriga delen af bröstmärgen. Den mest förändrade delen, d. v. s. det centrala partiet af det stora degenerationsfältet, är på Weigerts preparat nästan alldeles ofärgad. Den mikroskopiska bilden sammanfaller med den för nedersta delen af bröstmärgen skildrade, utom att den amorfa massan här bibehållit mindre af hematoxylinets färg och att intakta nervtrådar alldeles saknas. På andra ställen, särskildt i strängarnas främre del, finner man alla öfvergångsstadier till den intakta nervväfnaden; här iakttagas äfven ej få stora luckor. På några ställen förekomma ansvälda axelcylindrar, men ingenstädes talrikt. — Här och hvar, men ej närmast periferien, är *mellansubstansen* tämligen mycket ansväld; dess gränser dock äfven här otydliga. En verklig tillväxt af den samma torde här föreligga; äfven visa dessa delar på karmin-preparaten starkare färgning än den normala hvita substansen. — Hos *kärlväggarna* finnes i hela sidosträngen någon cellinfiltration. Den är starkast uttalad i det degenerade partiets periferi och aftager betydligt in mot dess centrum. I partiet närmast ryggmargens periferi finnes den ej hos de smärre kärlen, utan blott hos de stora, som följande de piala septa framtränga ända mot den grå substansen.

Upp genom *större delen af bröstmärgen* kvarstå de nu skildrade förhållandena ungefär oförändrade, utom att lesionen altmera intresserar äfven själfva bältet närmast periferien.

I *bröstmargens öfre del* reduceras dock degenerationens utbredning märkbart; den når ej mera framom processus laterales. Från sidosträngens bakersta del kan den följas framåt dels längs periferien, där den är fullständig och ej förenad med någon tillväxt af neuroglia, dels längs bakre hornet på något afstånd från det samma, där den är ofullständig och förbunden med en tydligt uttalad, diffus förökning af mellansubstansen.

Upp mot öfversta bröstmärgen begränsar sig degenerationen alt mera till ett bredt bälte, som omfattar bakre delen af sidosträngens periferi; ännu tydligare framträder detta i *halsmärgen*. I denna finner man strängarnas öfriga delar intakta, utom att det i deras bakre hälft iakttages spridda, ansvälda mägskidor, några i form af rätt stora

luckor. Det fullständigt degenererade området visar ingen förökning af mellansubstansen, utan är på karmin-preparat afgjordt ljusare färgadt än den normala hvita substansen. Å detta parti iakttagas här och hvar någon cellinfiltration hos kärnen, men den är ej mera uttalad, än man finner den i de nästan intakta delarna af strängarnas bakre hälfter.

Dessa förhållanden fortfara genom hela halsmärgen. I nedre delen af *förlängda märgen* kvarstår det degenererade partiet och är beläget omedelbart framom bakre hornens hufvud. Det omfattar äfven här själfva periferien; dess utbredning är emellertid mindre längs denna, men det sträcker sig djupare in i organet än, hvad fallet är i halsmärgen. Degenerationen är ej fullständig; den förut omtalade, nästan amorfa massan förekommer visserligen äfven här, men därjämte talrika, regelbundet ansvalda märgskidor. På seriesnitten finner man, hurusom detta parti uppåt antager alltmera den normala hvita substansens färg (på hematoxylin-preparat), beroende på att den amorfa massan försvinner, och att det uppträder allt flere först mindre ansvalda märgskidor, därefter normala nervtrådar. På de öfversta snitten i serien, d. v. s. i jämnhöjd med nedersta gränsen af Burdachska strängarnas kärnar, visar området ungefär normal färgstyrka, och endast en del ansvalda märgskidor iakttagas, hvilka dock alla äro tämligen små.

I *främre strängarna* finnes genom hela bröstmärgen, äfvensom i öfversta delen af ländmärgen en föga utbredd degeneration, som i allmänhet begränsar sig till randpartiet längs den mediana fissuren. Den uppträder än som ett sammanhängande område, än i spridda fläckar, hvilkas fördelning ej kan sättas i bestämdt sammanhang med utbredningen af septa. De degenererade partien intagas till stor del af ansvalda märgskidor, många i form af rätt stora luckor; äfven iakttagas en del kornceller och en ringa mängd amorf massa; mellansubstansen visar en lindrig förökning.

Tilläggs skall slutligen, att ingenstädes i ryggmärgen detritusmassa finnes anhopad i perivaskulärrummen.

Amyloidkroppar påträffas här och hvar å de degenererade områdena, men i ett helt ringa antal; de äro alla af måttlig storlek.

Utom de nu beskrifna degenerativa förändringarna kan man påvisa några sklerotiska härddar, hvilka vid jämförelse med de i fall I och II omnämnda kunna igenkännas som uppkomna ur små blödningar; detta låter dock endast sig göra, då de äro belägna i intakt nervväfnad. Jag har äfven funnit ett par tämligen färska, skarpt begränsade blödningar; inom deras område synes ej spår af nervelement.

Lissauers fält hafva ingenstädes funnits angripna af degeneration*). Grå substansen är utan anmärkning**). Bakre såväl som främre nervrötterna äro öfveralt intakta. Ryggmärgens mjuka hinnor visa ingen förändring.

*) Detta förtjenar så mycket mera beaktande, som i vissa delar af ryggmärgen, särskildt bröstmärgen, all den omgifvande hvita substansen befinnes fullkomligt degenererad.

**) Främre hornens ganglioceller visa likvisst genom hela ryggmärgen en förändring, bestående däri att kärnarnas rand först blifver naggad och ojämn, där-

Af den lemnade beskrifningen torde det tydligt framgå, att i *baksträngarna* föreligga tvänne olikartade processer, nämligen dels den med skleros förbundna mer eller mindre fullständiga degenerationen dels den med nästan totalt sönderfall af nervtrådarna utan någon förökning af mellansubstansen. Den senare förändringen begränsar sig till partiet närmast ryggmärgens periferi. Sönderfallet har ej drabbat mellansubstansen, enär det iakttagas både bibehållna kärl och väl färgbara kärnar, om ock i sparsam mängd; men på grund af frånvaron af särskilda förändringar hos kärnen och af tydlig förökning af mellansubstansen måste man antaga, att processen börjat helt kort tid före döden. Ty hela vår uppfattning om förloppet af de patologisk-anatomiska processerna inom nervsystemet gifver vid handen, att ett sönderfall af nervtrådarna, sådant som här iakttagits, måste efter en tid framkalla tillväxt af mellansubstansen. — Lesionens utbredning till ett bälte längs ryggmärgens periferi visar ej öfverensstämmelse med något visst system ej håller med fördelningen af kärnen eller septa, utan får den betecknas som diffus.

Af helt annan art än denna till det perifera bältet begränsade förändring är den, som finnes längre fram i *baksträngarna*. Den kan visserligen tyckas vara tämligen olikartad på olika ställen, men visar öfveralt öfverensstämmelse däri, att nervtrådarnas undergång är förbunden med förökning af mellansubstansen, äfven om denna på skilda ställen i olika grad följer degenerationens intensitet, och att det alltid hos de förändrade nervtrådarna kan spåras degeneration efter en och samma typ (som s. 21 skildras), huru olika de än må te sig, samt slutligen däri att ingenstädes finnes spår af kornig eller amorf massa. Genom dessa egenskaper kan denna lesion igenkännas vara af mera kroniskt förlopp af äldre datum och jämväl af annat slag än den närmast periferien uppträdande.

I likhet med hvad MINNICH⁷⁾ i några af sina fall (I, II, V, VI) påträffat, iakttages i det i fråga varande en likformig degeneration af Gollska strängarna inom halsmärgen och öfre bröstmärgen, hvilken måste betecknas som systematisk, men i

efter deras form oregelbunden samt slutligen själfva kärnarna skrumpnade; äfven kan denna förändring gå så långt, att kärnan aftecknar sig endast otydligt mot cellkroppen. Emellertid har jämförelsen med andra ryggmärgar, där jag funnit samma förhållande, fast mindre uttaladt, öfvertygat mig, att det är fråga om en postmortal, kanske genom härdningen uppkommen förändring.

ländmärgen en i härdar fördelad process. Denna anordning af degenerationen har MINNICH⁷⁾ förklarat på så sätt, att processen börjat med härdarna iländmärgen, hvilka afbrutit baksträngarnas långa banor strax efter deras inträde i ryggmärgen och sålunda skilt dem från deras i spinalganglierna belägna gangliceller, härigenom framkallande den strängformiga degenerationen i ryggmärgens öfre del; denna skulle således vara en sekundär, uppstigande process. Vi skola nu tillse, huruvida denna uppfattning kan ega giltighet för här i fråga varande fall.

Ur den förut lemnade detaljerade beskrifningen framgår det, att vissa delar af det degenererade området äro i hufvudsak intagna af en tät skleros och visa ett mycket ringa antal nervelement som alla äro föga ansvälda (t. ex. inom Gollska strängarna i halsmärgen), under det att andra delar visa en jämförelsevis ringa förökning af mellansubstansen, men talrika i degeneration stadda nervtrådar, många i form af stora luckor (t. ex. i härdarna i ländmärgen). Anledningen till att på de senare ställena en del märgskidor kunnat ansvälla till denna kolossala storlek, har man att söka däri, att tillväxten af mellansubstansen ännu ej hunnit utfylla de genom undergång af nervtrådar uppkomna rummen, och får man därför uppfatta närvaron af dessa luckor som ett bevis på, att processen är af någorlunda akut eller subakut förlopp samt ej af mycket gammalt datum; ty när sklerosen nått en betydligare utveckling reduceras nödvändigtvis åter de ansvälda märgskidornas omfång, så att de slutligen helt undanträngas af den nybildade mellansubstansen och resorberas. Från denna synpunkt äro vi således i stånd att till en viss grad bestämma lesionens relativa ålder på olika ställen.

Inom Gollska strängarna aftager degenerationens såväl som sklerosens fullständighet likformigt från halsmärgens öfversta del och nedåt; i nedersta bröstmärgen och ländmärgen, där Gollska strängarna ej längre låta sig anatomiskt bestämmas, kan samma aftagande nedåt af de båda med hvarandra förknippade processerna påvisas inom mediala delarna af baksträngarna; först vid midten af ländmärgen iakttagas de till stora luckor ansvälda märgskidorna. Dessa förhållanden afgifva således bestämda skäl för att uppfatta processen som äldst i halsmärgen och yngst i ländmärgen eller m. a. o. att betrakta den som *nedstigande*.

Med denna uppfattning öfverensstämmer också kärleus förhållande väl. I härdarna inom ländansvällningen visa deras

väggar blott en ringa cellinfiltration, denna tillväxer altjämt uppåt (inom Gollska strängarna), och i halsmärgens öfversta del finnas kärl med kolossal cellanhopning.

Då processen i ländansvällningen tvifvelsutan är af jämförelsevis ringa ålder, men den dock är af ganska betydlig intensitet, måste den hafva befunnit sig i rask utveckling, under det att degenerationen af Gollska strängarna i halsmärgen synbarligen varit en i hufvudsak afslutad process. I fall cellinfiltrationen närmast varit bunden till en pågående degenerationsprocess, skulle man därför funnit den bäst utvecklad på det förra stället. Då nu så ingalunda är fallet, måste den betraktas som sekundär i förhållande till degenerationen, och i själfva verket tyckes dess utvecklingsgrad hålla jämna steg med sklerosens.

Det har ofvan påpekats, att degenerationen af Gollska strängarna på grund af sin utbredning framstår som en systemlesion. I öfverensstämmelse härmed står det ock, att processen sträcker sig helt upp till dessa strängars kärnar; det är nämligen vid dessa kärnars celler, som strängarnas nervtrådar finna sin ändpunkt (EDINGER²²). Å andra sidan kan det dock påvisas, att degenerationen ej följt dessa nervtrådar i hela deras utsträckning nedåt genom ryggmärgen. Gollska strängarna eller åtminstone största delen af deras nervtrådar utgöra en direkt fortsättning af länd- och sakralnervernas bakre rötter; de delar, där dessa inträda i ryggmärgen, d. v. s. baksträngarnas bakre laterala partier äro nämligen fria från degeneration inom ländmärgen, liksom baksträngarna i sin helhet inom sakralmärgen. Detta förhållande kan emellertid finna sin förklaring i degenerationens nedstigande förlopp (jämf. s. 63).

Inom Burdachska strängarna i ryggmärgens öfre del är sklerosen mindre fullständig, cellinfiltrationen hos kärlväggarna mindre utvecklad samt mängden af kvarstående ansvälda märgskidor större än, hvad fallet är inom Gollska strängarna. Dessa omständigheter tyda på, att processen på det förra stället stammar från en något senare tidpunkt. Inom halsmärgen och öfversta bröstmärgen kan det äfven inom dessa strängar påvisas, att degenerationen och sklerosen aftaga i intensitet nedåt, och lesionen har altså äfven här haft ett nedstigande förlopp.

Genom hela halsmärgen, bröstmärgen och öfre delen af ländmärgen förekomma de betydligare ansvälda märgskidorna i rikligare mängd i öfvergångszonen till det intakta bältet när-

mast grå substansen än i strängarnas centrala delar. Detta förhållande gör det — enligt hvad förut anförts — sannolikt, att degenerationen angripit de först nämnda delarna senare än de sist nämnda; således tyckes den hafva befunnit sig i utbredning ej blott i vertikal riktning nedemot ryggmärgens kaudala ände utan äfven i horisontel framemot grå substansen.

Degenerationen uppträder ej fördelad i tydliga härdar utom i mellersta och nedre delarna af ländmärgen. Anordningen af härdarna tyckes här — åtminstone skenbart — bestämmas af kärleus fördelning. Frågan huruvida degenerationen inom Burdachska strängarna i ryggmärgens öfre del, liksom inom hela baksträngarna i dess nedre, kan uppfattas som en systemlesion eller som vaskulär process, kommer jag först längre fram att — så vidt mig möjligt är — söka belysa. Här vill jag endast framhålla, att degenerationsfälten inom Burdachska strängarnas främre delar i öfre och mellersta halsmärgen till sin form visa en omiskännelig likhet med dem, hvilka PFEIFFER²⁷⁾ beskrifvit i ett fall, där degenerationen utgått från de 2 öfversta bröstnervernas bakre rötter, och hvilka uppkommit genom förstöring af de öfversta bröstnervernas bakre nervrötter. Degenerationsfält af liknande form inom samma delar af ryggmärgen har äfven MAYER²⁷⁾ funnit i tvänne fall af kombinerad systemsjukdom; efter en med stor omsorg utförd analys af sina fall och med stöd af den nämnda iakttagelsen af PFEIFFER²⁰⁾ drager MAYER²⁰⁾ den slutsatsen, att dessa fält intagas af långa, uppstigande banor från öfre bröst- och nedre halsnerverna.

I *sidosträngarna* är degenerationen alldeles tydligt af vida yngre datum än i baksträngarna — det periferu bältet frånräknadt —, enär ingen eller blott en ringa förökning af mellansubstans förekommer trots den höggradiga förstöringen af nervelement. Inom hals- och bröstmärgen öfverensstämmer förändringen i många hänseenden med den i baksträngarnas periferu bälte, men tyckes i de delar, som ej ligga periferien närmast, vara af något äldre datum. Här finnes nämligen en, om ock ringa förökning af mellansubstansen, någon cellinfiltration af kärlväggarna — såsom ofvan visats — säkerligen en sekundär förändring, samt ett större antal regelbundet ansvälda mörghskidor, delvis i form af stora luckor, hvilka senare kunna antagas kräfva längre tid för sin utbildning än den genou nervtrådarnas sönderfall uppkomna amorfa massan, som till hufvudsaklig del utfyller synfältet inom det periferu bältet. Sido-

strängarnas perifera bälte visar däremot samma förhållande som baksträngarnas*); och får således lesionen i sidosträngarnas periferi anses vara af något yngre datum än den, som finnes djupare in. Således intages i hela bröstmärgen och delvis i halsmärgen bältet längs bakre hälften af ryggmärgens periferi i hela sin utsträckning, blott med ett litet afbrott för de bakre rötternas inträde och Lissauers fält, af en likformig, mycket akut förstörelseprocess.

Betraktar man degenerationens utbredning, kan det tyckas, som om den i ryggmärgens nedre del visade förkärlek för pyramidbanorna och i dess öfre för lillhjärnsbanorna. Då de förra hafva sina gangliceller och altså sitt trofiska centrum i hjärnbarken, de senare antagligen i Clark'ska pelarna**) och hufvudsakligen i ryggmärgens nedre hälft, skulle man möjligen häri kunna finna förklaringen till den nämnda utbredningen af degenerationen; här skulle man då åter finna samma förhållande, som jag påvisat beträffande baksträngarna, nämligen att den sjukliga processen först drabbar de från de trofiska centra mest aflägsna delarna af nervbanorna. Dock tror jag ej detta ega tillämpning i fråga om sidosträngarna, då degenerationen här inom hals- och bröstmärgen ej tyckes kunna uppfattas som systemlesion. Inom halsmärgen omfattar den visserligen hela lillhjärnsbanan, men sträcker sig något djupare in i ryggmärgen än denna. I bröstmärgen omfattar den både pyramid- och lillhjärnsbanorna, men når i ej oväsentlig grad äfven utom dem. Emot en systemlesion talar ock med bestämdhet den omständigheten, att man finner en nära öfverensstämmelse mellan randdegenerationen här och i baksträngarna; ty då processens utbredning på det senare stället ej kan sättas i sammanhang med någon känd bana, tyckes det orimligt att uppfatta de synbarligen på bägge dessa ställen så likartade processerna såsom varande af olika natur.

*) Det kan anmärkas, att kornceller förekomma i mycket riklig mängd i sidosträngarnas randparti, men blott sparsamt i baksträngarnas; embart denna omständighet vägar dock ej tillägga någon betydelse för bedömandet af processens relativa ålder.

**) I ett nyligen offentliggjordt arbete har visserligen LOEWENTHAL^{2c}), på grundvalen af talrika experiment — öfverskärandet af några af de bakre nervrötterna hos hund, katt, kanin och marsvin — kommit till den slutsatsen, att lillhjärnsbanorna ej stå i sammanhang med Clark'ska pelarnas celler samt att många af dessa banors nervtrådar stamma från dels samma dels motsatta sidans bakre rötter; men äfven denna åsikt innebär, att nervtrådarna hafva ett uppstigande förlopp och sina trofiska centra hufvudsakligen belägna nedom ryggmärgens midt.

På vissa ställen i strängarnas främre delar, särskildt inom bröstmärgen, finner man en tendens hos degenerationen att följa septa, men något bestämdt sammanhang mellan dem kan ej påvisas. Således får lesionen inom hals- och bröstmärgen betecknas som en diffus degeneration, hvilken är bäst utvecklad i strängarnas bakre hälfter, men därjämte inom bröstmärgen har en stark tendens att utbreda sig äfven till deras främre.

I sakralmärgen, ländmärgen och möjligen nedersta delen af bröstmärgen motsvarar däremot degenerationens utbredning tämligen noga gränserna för pyramidbanorna. Här vore det väl närmast att antaga en sekundär process i följd af det afbrott i banorna, som den diffusa lesionen i bröstmärgen framkallat. Såsom skäl för detta antagande kan ock anföras, att TOOTH²¹⁾ vid sekundära degenerationer i tidigt stadium funnit förhållanden, likartade de af mig i detta fall iakttagna, nämligen på Weigerts preparat makroskopiskt ingen afvikelse från normala förhållanden, men mikroskopiskt talrika myelinkorn, starkt färgade med hematoxylin.

Degenerationen i *framsträngarna* är oregelbunden till sin utbredning och kan ej uppfattas som systemlesion.

Den uppfattning, som framgår ur den anatomiska undersökningen, att degenerationen i sidosträngarna är yngre än i baksträngarna, vinner stöd äfven ur de kliniska symptomen. Ty det förhållandet, att patellarreflexerna, trots de utbredda sidosträngslesionerna, aldrig befunnits stegrade, utan under ryggmärgssjukdomens hela förlopp försvagade eller upphäfdade, kan lätt förklaras därigenom, att degenerationen i baksträngarna afbrutit banan för dessa reflexer, innan de reflexhämmande banorna i sidosträngarna börjat angripas. Denna förklaring är i full öfverensstämmelse med WESTPHALS²⁴⁾ uttalande om senreflexernas förhållande vid kombinerade skleroser af bak- och sidosträngarna: »de förlöpa under den kliniska bilden af »spastisk spinalparalys», i fall sjukdomen i sidosträngarna sträcker sig hela vägen ned, och baksträngarna äro fria från nedre delen af bröstmärgen och nedåt; äro dessa förändrade längre nedåt i större utsträckning eller i sin yttre del, så utveckla sig icke muskelrigiditet och spastiska fenomen; dessa blifva liksom neutraliserade genom förändringen af baksträngarnas nedre del» (s. 249).

Den anatomiska undersökningen har vidare visat, att degenerationen först skulle hafva angripit Golliska och Burdachska

strängarna i halsmärgen och de förra tidigast. Vill man jämföra de anatomiska förändringarna inom baksträngarna med de kliniska symptomen, mötes man af den svårigheten, att frågan om hvilken funktion, som tillkommer baksträngarnas olika delar, ännu ej nått sitt slutliga afgörande. Åtskilliga skäl tala dock för den på senare tid ofta uttalade uppfattningen (GOWERS¹⁹), EDINGER²²), REDLICH¹⁸)), att baksträngarna skulle hysa banorna för muskelsinnet, och att inom ryggmärgens öfre del banorna för nedre extremiteternas muskelsinne skulle förlöpa inom Gollska strängarna, de för öfre i Burdachska. I det här i fråga varande fallet var rubbningen af benens muskelsinne samt ataxien af deras rörelser de första påvisade spinala symptomen. Hyllar man den nämnda uppfattningen om baksträngarnas funktion, öfverensstämmer detta väl med den slutsats, som dragits ur den anatomiska undersökningen, att Gollska strängarna i halsmärgen först skulle hafva drabbats af den sjukliga processen.

Vidare kan den, särskildt under lifvets sista tid, högggradiga paresen af extremiteterna förklaras genom lesionen inom sidopyramidbanornas område; och att paresen var mera uttalad för nedre extremiteterna, finner sin förklaring däri, att sidopyramidbanorna voro mindre angripna i halsmärgen än i bröstmärgen.

Slutligen torde den, särskildt inom bröstmärgen, mycket utbredda lesionen af sidosträngarna kunna tillerkännas betydelse för uppkomsten af den högggradiga rubbningen af hudsinnena, enär en väsentlig del af dessas banor — enligt nu gängse uppfattning — efter sin korsning, som sker strax ofvan inträdet i ryggmärgen, förlöper i sidosträngarna upp till förlängda märgen (EDINGER²²), GOWERS¹⁹)).

Fall IX. J. A., styrman, 42 år, från Lomma, inkom på Lunds läns lasarettens medicinska klinik d. 17/11 1893, död d. 19/11 s. å. (RIBBING).

Resumé: *Hafit syfilis vid 17 års ålder; eljest frisk till 3 år före döden, då svaghet i benen började; förbättrad på sjukhus, arbetsförf till 1 år före döden. Sista året tilltagande matthet med svårighet och slutligen oförmåga att gå; starka dyspeptiska symptom och svår rubbning af allmänbefinnandet. Blodkropparnas antal strax före döden 590,000, högggradig pares af benen, förstärkta patellarreflexer, mest å. h. sida.*

Vid autopsien mycket intensiv allmän anemi, talrika små blödningsår i huden, dilatation och hypertrofi af hjärtat utan tydlig fett-

degeneration; en synbarligen läkt tuberkulos i ena lungspetsen och bronko-pnevmoniska härdar i bägge lungorna.

I ryggmärgen en nästan fullständig degeneration af Golliska strängarna, en tämligen ofullständig sådan af en stor del af Burdachska i halsmärgen och öfre delen af bröstmärgen; nedåt aftager degenerationen så väl i omfång som i intensitet; när ej nedom midten af ländansvällningen. Zonen längs bakre hornen öfveralt fullkomligt intakt; äjvenså bättet utmed periferien förutom i halsmärgen, där det finnes en ringa grad af degeneration. Därjämte höggradig degeneration af h. sidopyramidbanan, uppåt halsmärgen något aftagande i intensitet, samt en ringa sådan af samma bana å v. sida.

På de degenererade områdena inga förändrade nervtrådar eller sönderfallsprodukter af sådana; mellan de kvarvarande, intakta nervelementen en tät skleros med fibrillär byggnad öfveralt utom mot degenerationens gräns nedåt, tilltagande i täthet uppåt halsmärgen; Golliska strängarna här tydligt skrumpnade.

Kärlens väggar inom de degenererade partien fjörtjockade med börjande hyalin omvandling, i den intakta nervväfnaden oförändrade. De perivaskulära rummen å de förändrade områdena utvidgade öfveralt, där mellansubstansen har fibrillär byggnad, mest inom baksträngarna i bröstmärgen; mindre inom halsmärgen.

Anamnes: Pat. fick vid 17 års ålder syfilis, skall då hafva haft »paples», som betäckt hela kroppen utom ansiktet; vårdades härför 5 månader på sjukhus i Konstantinopel och skall där hafva genomgått 3 smörjkurer. Altsedan dess har pat. tjänstgjort som styrman och därunder, trots strängt arbete och ständigt missbruk af alkohol, alltid varit frisk och stark till 3 år före döden. Då fick han under en sjöresa, utan någon föregående värk i benen, svårighet att stödja på dem. Han vårdades då 4 månader på sjukhus i Melbourne och förbättrades, så att han kunde återtaga sitt yrke, men kände alltid en viss svaghet i benen. — Hösten 1892 intogs han på sjukhus i St. Francisco och vårdades där till i mars 1893, enligt egen uppgift under diagnos: »paralysis in the legs and tuberculosis in the lungs». I april återkommen till Sverige; under den tid han vistats här, har han lidit af allahanda symptom, såsom kräkningar, ojämn afföring, sömnlöshet, höggradig matthet och svårighet att gå. Lancinerande smärtor eller svåra smärtor af annan art skall pat. aldrig hafva lidit af*). Hullet skall sista året hafva aftagit raskt. Sedan några veckor alldeles oförmögen att gå. Sista veckan har han ej kunnat äta; däremot törstat och druckit mycket, men kräkts upp alt, hvad han förtärt.

Status præsens d. 17/11—19/11. Pat. ligger till sängs med slutna ögon, öppnar dem knappast, när han svarar på frågor; kan ej sitta upp i sängen; är mycket matt och blek. Huden torr, vaxgul; visar något ödem kring fotlederna. Pat. klagar öfver brännande törst; har upprepade kräkningar; hostar något, men sväljer expektoratet. Ingen

*) Denna uppgift har förf. jämväl fått bekräftad af läkare, som vårdat pat. förebans intagande på sjukhuset.

tydlig dämpning öfver lungorna å bälens framsida; trakealrassel höras. Hjärttonerna svaga utan biljud; pulsen svag, dess frekvens 110—120. Temp. normal (går ned till 36,5°). Mjältdämpningen tyckes ökad.

Vid (d. 19/11) företagen blodundersökning befinnes hemoglobinhalten (enligt Fleischl) vara 15—20 %, de röda blodkropparnas antal 590,000, de hvitas 3 å 4 på 100 röda. Blodkropparna af mycket växlande storlek och form; utom de vanliga synas »talrika mycket små partiklar af växlande form»; blodet koagulerar långsamt.

Urinen fri från ägghvita, socker och gallfärgämnen. Urinering och defekation försiggår nu liksom alltid förut normalt.

Pat. kan röra benen något, men deras kraft är obetydlig. Armarna kraftigare än benen; särskildt den h. Pupillarreflexerna finnas, äro starkast på v. sida. Buk-, cremaster- och plantarreflexer kvarstå. Patellarreflexerna äro förstärkta, mest på h. sida. Någon undersökning af sensibiliteten har på grund af pat:s nedsatta tillstånd ej kunnat utföras. Död d. 19/11.

Autopsi d. 20/11. Profobduktion under prof. ODENIUS.

Kroppbyggnaden synnerligen kraftig; hull tämligen godt; muskulaturen reducerad. Allmänna hudfärgen synnerligen blek, starkt dragande i gult. Sparsamma och svagt uttalade likfläckar. Öfver hela kroppen särskildt öfver buken, nedåt h. läret, på båda underbenen och v. öfverarmen hampröf stora — — — blödningar. Bindehinnorna tydligt dragande i gult. Läpparna synnerligen bleka.

Bukorganens läge normalt. Bukhinnan öfveralt glatt. — — —

Vid bröstorgans öppnande sammandraga sig lungorna icke. H. lungan fri; v. adherent. — —

I hjärtsäcken 100 cm³ klar, serös, gul vätska. *Hjärtat* något stort och bredt — — —. Pericardium glatt och genomskinligt, med tämligen riklig fettbeläggning. Blodet tunnflytande, ej så mörkt som vanligt. H. ventrikeln något dilaterad, med förtjockad, blek muskulatur. — — Tricuspidalostium 11 cm. vidt, genomsläpper alla 5 fingrarna. — — V. ventrikeln något dilaterad, med något förtjockad muskulatur; dennas färg betydligt blek, utan dragning i gult. Endocardium, valvler och mynningar utan anmärkning.

H. lungan mycket voluminös, visar allmänt emfysem — —. Lungans bakre partier mera resistent, de främre pösiga; bakre nedre delarna blekt blåröda, öfre främre bleka —. Pleura glatt utom på laterala delen af undre loben, där den är ruggig af en tunn, fibrinös beläggning. Nedre lobens snittyta i öfre delen blekt gråröd, i nedre delen fläckigt gråröd. Vid tryck framkommer en mycket riklig mängd starkt lufthaltig, klar vätska; parenkymet på några ställen skört. Här och där minimala bronko-pnevmoniska härdar. — Ur bronkerna framkommer vid tryck ett hvitt, groft slem; de äro lindrigt, likformigt utvidgade; deras slemhinnor bleka. — — Bronkialkörtlarna små, måttligt fasta, svartfläckiga.

V. lungan normalt stor, öfveralt beklädd af en tjock pels, som består af de förtjockade och med hvarandra sammanväxta plevrabladen. Nedre lobens snittyta i öfre delen mörkt gråröd, i den nedre mera ljusröd. Vid tryck framkommer i öfre delen en måttlig mängd gul-

aktig vätska med ringa eller ingen lufthalt. Konsistensen här köttig, ej skör. En och annan liten pnevmonisk hård afgränsar sig från omgifningen. — I öfre loben flere hasselnötstora förhårdnader med ett gulhvitt, tämligen fast, delvis murbruksliknande innehåll, inbäddade i skiffrikt indurerad väfnad. — Bronkerna något utvidgade.

I hvardera *binjuren* finnes en stor, central håla. Undersökning af dessa organ är meddelad af prof. ODENIUS (Über intravitale Erweichung und Höhlenbildung in den Nebennieren. Nord. med. ark. 1895, n:r 20); han har påvisat, att dessa kaviteter uppkommit intra vitam genom någon sjuklig process af märgsubstansen, möjligen genom små blödningar.

Njurarna af något mer än normal storlek och påfallande ökad konsistens. Vikt omkring 225 gm. — — — Ytan blekt brunröd. — — Snittranden skarp, ej svällande. Pyramiderna tämligen bleka; barken blekt brunröd, med tämligen stark kärlyllnad. Njurbäckenets slemhinna blek. Blåsan — — utan anmärkning.

Lefvern af normal storlek, tämligen resistent; acini små; snittyans färg brun, nästan vesuvinbrun. — Gallblåsan måttligt fylld af en ljusgrön galla; slemhinnan utan anmärkning.

Mjälten något stor, af ökad konsistens. Snittytan svartröd, med tydlig teckning, ej svällande. Trabekelverket något starkt framträdande. — — —

På h. stämbandets en mer än knappnålshufvudstor exkrescens af gråröd färg. Båda v. stämbanden diffust förtjockade.

I ileum äro folliklarna något svälda, eljest intet att anmärka.

Kalotten, som lätt aflossas från duran, är af något mer än vanlig tjocklek och ökad diploëhalt. Tabula vitrea interna ansenligt förtjockad — — — Dura mater blek, diffust förtjockad och af vanlig spänning. — — Dess insida visar å ett stort parti öfver v. hemisferen en tydlig ruggighet. — — — Mjuka hinnorna diffust grumliga, nära mittellinien betydligt förtjockade, blodfattiga utom baktill. Deras maskor rika på en klar, färglös vätska. Gyri smala, skarpt framträdande; sulci breda och fördjupade. Piau utan adherenser. — —

Sidoventriklarna rymliga, innehålla en tämligen riklig mängd klar, rödfärgad vätska. — — — *Hjämans* substans ganska rent vit med något ökad konsistens och likaledes något ökad fuktighet; blodprickigheten helt ringa. På åtskilliga ställen, i synnerhet framtill, äro pialskidorna utvidgade och visa sig på snittytan som öppenstående, knappnålsvida lumina; härigenom erhåller snittet på sådana ställen ett tämligen grof-pipigt utseende. Lilla hjärnan och de basala ganglierna visa samma tecken som den stora på blodfattigdom och ökad fuktighet; eljest intet att anmärka.

Å ett tvärsnitt genom öfversta delen af *ryggmärgen* visa de Gollska strängarna en grå, något genomskinlig snittyta, och företer detta gråfärgade parti en skarp, nästan linieformig gräns utåt Burdachska strängarna. Detta grå parti höjer sig icke öfver omgifningen, utan är snittytan slät. I viss dager framträder en skiftning i ockrafärg. På snittytan ser man i v. (påtagligen en felskrifning i stället för h.; jämf. den mikroskopiska undersökningen) sidopyramidbanan ett knapt hamp-

fröstort, ej skarpt begränsadt, likaledes grått parti. På andra tvärsnitt nedåt mellersta bröstmärgen visar sig det grå partiet i de bakre strängarna gripa öfver på Burdachska strängarna och där diffust förlora sig i frisk substans. Nedåt ländansvällningen blir den grå färgen allt tydligare och inskränktare, och hvita strimmor skymta fram.

Då pat. observerats på sjukhus endast de två sista dagarna före döden och i sitt nedsatta tillstånd gifvetvis kunnat lemna blott föga anamnestiska uppgifter, har journalen blifvit tämligen ofullständig. Diagnosens riktighet kan dock ej vara tvifvel underkastad, ty ett så lågt antal röda blodkroppar, som det här observerade (590,000), förekommer så godt som aldrig utom vid perniciös anemi, och i detta fall har därjämte vid sektionen ej påträffats någon sjuklig förändring, som kunnat gifva upphof till anemi.

En betydlig förökning af de hvita blodkropparnas relativa antal förefans visserligen i detta fall, men då blodundersökningen är utförd samma dag, som pat. afled, eger detta förhållande ingen särskild betydelse, enär det genom LITTENS⁴⁴) arbeten blifvit känt, att man vid undersökning kort före döden ofta finner en förökning af de hvita blodkropparnas antal — äfven en vida betydligare än den i detta fall iakttagna; och gäller detta ej blott vid perniciös anemi utan äfven vid andra sjukdomar.

Ryggmärgen.

Baksträngarna äro intakta i sakralmärgen; först vid *midten af ländmärgen* framträder degenerationen i dem. Den intager här tvänne symmetriska, ej mycket utbredda fält, hvilka förlöpa längs det mediana septum, men äro skilda från det samma genom ett lager intakt nervväfnad (bild II f); strängarnas laterala delar äro ej intresserade. Degenerationen är af ringa grad; mest uttalad midt emellan kommissuren och ryggmärgens periferi; öfvergången till den normala väfnaden sker på alla håll likformigt och så småningom.

Uppåt tilltager degenerationen såväl till omfång som intensitet i betydlig grad. I *öfre delen af ländmärgen* (bild II e) intager den ett triangulärt rum, med spetsen belägen framåt, nära kommissuren och lemnar fritt blott ett bälte längs bakre hornen, som dock är tämligen bredt, och ett något bredare längs periferien. Triangelns bas är dock afbruten genom ett lager intakt nervväfnad på ömse sidor om det mediana septum, hvilket kan spåras genom hela degenerationsområdet, men har största bredden i dess bakre del; härigenom erhåller det degenererade fältet en form, som närmar sig den af ett V. Gränsen för det förändrade området är afgjordt skarpare än längre ned i ryggmärgen, men ännu finnes en tämligen bred öfvergångszon till den friska

väfnaden. På det förändrade området äro de intakta nervtrådarna tämligen sparsamma, men degenerationen ej fullständig.

I *nedre delen af bröstmärgen* (bild II d) återfinnes samma förhållande, utom att bältet af frisk nervväfnad längs periferien, den grå substansen och det mediana septum minskats i bredd, särskildt på det senare stället, samt att degenerationen blifvit ännu fullständigare och dess gränser mot den friska väfnaden skarpare.

Ungefär samma utseende visa baksträngarna ett godt stycke uppåt. Vid *miltten af bröstmärgen* äro de oförändrade nervtrådarna invid det mediana septum minskade till antal, så att de ej längre bilda något sammanhängande lager. Från den utmed periferien belägna zonen af oförändrad nervväfnad sträcker sig å hvardera sidan längs gränsen mellan Gollska och Burdachska strängarna ett smalt bälte kvarstående nervtrådar ett stycke framåt. Lateral om detta bälte finnes blott ett ganska smalt stråk degenererad väfnad, som har en något större bredd å h. sida än å v. I bakre delarna af Gollska strängarna saknas nervelement alldeles; i deras främre delar liksom i de nämnda fälten i Burdachska strängarna äro nervtrådarna ganska talrika.

I *öfversta delen af bröstmärgen* (bild II c), omedelbart nedom halsansvällningen, kan det smala bältet af kvarstående nervtrådar på gränsen mellan Gollska och Burdachska strängarna följas längre framåt. Det lager af intakt väfnad, som i Gollska strängarna intager zonen närmast periferien, har i väsentlig grad aftagit i bredd. — Gollska strängarna visa en antydning till skrupning, hviken dock ej är med full säkerhet iakttagbar.

I *nedre delen af halsansvällningen* (bild II b) finnas blott enstaka nervtrådar invid det mediana septum utom vid dess bakersta ände, där de bilda en från den intakta randzonen framskjutande tapp. Den af kvarstående nervtrådar bildade gränzonen mellan Gollska och Burdachska strängarna kan som ett sammanhängande lager iakttagas framåt till helt nära kommissuren. Degenerationsfälten i Burdachska strängarna hafva betydligt tilltagit i bredd och å hvardera sidan sändt en utlöpare till strängarnas bakre laterala delar; dessa områden hafva en afgjordt större omfattning å h. sida än å v. Gollska strängarna visa tydlig skrupning; deras främre delar här mera angripna.

I *mellersta delen af halsansvällningen* har zonen af nervväfnad närmast periferien i Gollska strängarna afsmalnadt och visar därjämte en ringa grad af degeneration. I strängarnas främre delar finnes blott ett fåtal nervtrådar kvar, och är detta äfven fallet ända fram vid kommissuren. Processen i Burdachska strängarna har tilltagit i utbredning, så att den lemnar fritt blott ett bälte längs grå substansen och periferien; den är ej fullt homogent utbredd, utan fördelad i härdar, hvilka dock i betydlig grad konfluera. Utbredningen af degenerationen är ungefär den samma å bägge sidor, men den besitter tydligen en större intensitet å h. sida.

I *öfre delen af halsansvällningen* (bild II a) (den högsta del af ryggmärgen, som erhållits till undersökning) når den fullständiga degenerationen inom Gollska strängarna framåt ej längre än halfvägs mot kommissuren, från periferien räknadt. I främre hälften finner man blott

en ringa grad af degeneration, som ej är homogent utbredd. Bältet af intakt nervväfnad på gränsen till Burdachska strängarna har betydligt tilltagit i bredd, och antalet kvarstående nervtrådar invid det medelåna septum har ökat, utan att de dock bilda ett fullt sammanhängande lager. I Burdachska strängarna har degenerationen något aftagit såväl i intensitet som omfattning. Gollska strängarna visa här liksom i hela halsmärgen tydlig skrumpling.

Genom ryggmärgens hela längd iakttagas vidare degeneration af *h. sidopyramidbanan*, hvilken, om den också ej öfveralt omfattar hela denna bana, dock ingenstädes når utom den samma. I mellersta ländmärgen är denna degeneration något bättre begränsad och mycket intensivare än den i baksträngarna, dock ingenstädes fullständig. I bröstmärgen däremot är degenerationen af pyramidbanan mindre skarpt begränsad än den i baksträngarna och visar inga sammanhängande fält utan nervtrådar. I halsmärgen bibehåller det degenererande området samma utbredning som i bröstmärgen, men det centrala och mest förändrade partiet visar en afgjordt ökad mängd bibehållna nervtrådar, och öfvergången till den intakta väfnaden blir mindre skarp.

Äfven *v. sidopyramidbanan* visar genom hela ryggmärgen en degeneration, som dock är af helt ringa grad.

I denna ryggmärg har det ej kunnat påvisas några smärre sklerotiska härdar, härrörande ur blödningar.

Degenerationen af *h. sidopyramidbanan* och den i baksträngarna visa samma mikroskopiska karakter. Ingenstädes några degenerationsformer af nervtrådarna; de på Weigerts preparat färgade nervelementen alla oförändrade. Sålunda varierar degenerationen på olika ställen blott till sin intensitet, men ej till sin art.

Tät *mellansubstans* utfyller öfveralt de genou nervtrådarnas undergång uppkomna rummen. Inom baksträngarna i mellersta delen af ländmärgen visar den neuroglians vanliga utseende, men i öfre delen af ländmärgen liksom i hela bröstmärgen är den tydligt fibrillerad (bild VI). Fibrillerna äro helt fina och förlöpa öfveralt tillsammans i stort antal, men kunna tydligt särskiljas och ofta följas en ganska lång sträcka i synfältet. På tvärsnitt af ryggmärgen finner man vissa fält med fibriller, som hafva ett tämligen parallelt förlopp, samt andra, där fibrillerna utbreda sig liksom solfjäderformigt. Emellan dessa fält med de i tvärsnittens plan förlöpande fibrillerna finnas andra, som visa ett mycket finkornigt utseende, hvilket, enligt hvad det framgår ur längdsnitt, beror på tvärsnitt af vertikalt förlöpande fibriller. På längdsnittet tyckes det, som om hufvudmassan af fibrillerna hade ett vertikalt förlopp, dock afbrutet af smärre vågformiga böjningar. I denna väfnad finnes en måttlig mängd kärnar; ingenstädes kan det iakttagas, att fibrillerna stå i förbindelse med eller utgå ifrån celler.*)

*) I detta sammanhang vill jag påpeka, att mellansubstans med tämligen likartadt utseende är afbildad af RIBBERT⁴³⁾ för ett fall af sclerose en plaques och af AUSCHER⁴⁶⁾ för ett af Friedreichs ataxi (eller vanlig tabes?). Den hade dock ej nått samma täthet som i det af mig skildrade fallet, och författarna kunde iakttaga fibrillernas sammanhang med neuroglia-celler samt därigenom igenkänna väfnaden såsom varande neuroglia.

Inom baksträngarna i halsmärgen visar den nybildade mellansubstansen i hufvudsak samma utseende; dock låta sig fibrillerna här ej särskiljas med samma tydlighet, och de olika fält, som på tvärsnitt intagas af de horisontelt och de vertikalt förlöpande fibrillerna, äro mindre distinkt afgränsade från hvarandra. Denna skiljaktighet beror säkerligen på, att sklerosen här besitter en större täthet, hvilket ock ger sig tillkänna därigenom, att den på karminpreparat visar en starkare färgning.

Den nu beskrifna fibrillära byggnaden besitter sklerosen ej blott å de fullständigt degenererade områdena i Gollska strängarna, utan äfven där det kvarstår talrika nervtrådar såsom i Burdachska strängarna i halsmärgen. — Äfven inom den degenererade h. sidopyramidbanan finner man denna fibrillära väfnad, dock ej i mellersta ländmärgen och därnedanför.

Inom den intakta nervväfnaden äro *kärten* oförändrade, men å samtliga de degenererade områdena äro deras väggar förtjockade och visa en börjande hyalin omvandling.

Här äro äfven de *perivaskulära rummen* utvidgade både hos flertalet kapillärer och de större kärnen; dock förekommer denna utvidgning ej i mellersta ländmärgen, där, såsom ofvan nämnt är, ej håller någon fibrillering hos mellansubstansen iakttagas. Inom baksträngarna i öfre delen af ländmärgen hafva rummen en diameter af intill 0,1 mm. och i bröstmärgen till 0,2 mm.; i halsmärgen åter iakttagas visserligen en rätt betydlig utvidgning hos de stora, i septa mellan strängarna förlöpande kärnen, men inne i strängarna finnes blott ett fåtal utvidgade rum, och de nå ej öfver en diameter af 0,1 mm. — I h. sidosträngen finnes en ringa utvidgning af perivaskulärrummen äfven i den intakta nervväfnaden närmast den degenererade pyramidbanan. — På den härdade ryggmärgen iakttagas de största af de nu omtalade perivaskulärrummen tydligt redan med blotta ögat, då de genom sin starkt gula färg sticka af mot den gråa hos de omgifvande, degenererade partien.

I dessa utvidgade lymfrum synes ett nätverk, som visar en tydlig, men ej vidare stark färgning med karmin. Därjämte finnes här en tämligen riklig, på några ställen till och med kolossal infiltration af leukocyter. För öfrigt utfyllas nätverkets maskrum af dels talrika kornceller dels en kornig massa, som ej kan påvisas vara belägen inom cellkroppar.

Vid de käri, som sakna utvidgade perivaskulärrum, tyckes det, som om mellansubstansens fibriller lade sig intill kärlväggarna; men ingenstädes får man någon bild, som skulle visa, att fibrillerna stode i förbindelse med kärlväggen, hvars homogena och glänsande substans erbjuder ett helt annat utseende än den fibrillära väfnaden. På många ställen hafva fibrillerna en från kärnen utstrålande riktning.

På grund af frånvaron af ansvalda eller på annat sätt förändrade nervtrådar är det tydligt, att det här är fråga om en vida mera kronisk process än i det närmast förut skildrade fallet.

Vidare torde det vara fullt klart, att det föreligger en systemlesion af sidopyramidbanorna, som på v. sida är af helt ringa grad, på h. nästan fullständig. Äfven degenerationen inom baksträngarna och särskildt den af Gollska strängarna måste på grund af sin utbredning betecknas som systemlesion.

Degenerationens förhållande inom baksträngarna lemnar bestämda skäl för, att den äfven i detta fall börjat i halsmärgen och haft ett nedstigande förlopp. Genomgår man nämligen inom länd- och bröstmärgen baksträngarna nedifrån och uppåt, finner man, att degenerationens intensitet jämt tilltager och i ungefär motsvarande grad äfven utvecklingen af den fibrillära mellansubstansen och de perivaskulära rummens utvidgning. Att de senare kunnat nå en så betydande storlek, torde endast kunna förklaras därigenom, att den nybildade mellansubstansen ej omedelbart hunnit utfylla de genom nervtrådarnas undergång uppkomna rummen. — Inom halsmärgen äro Gollska strängarna tydligt skrumpnade, och mellansubstansen visar här därjämte större täthet än längre ned i ryggmärgen. Sålunda är skrumpningen påtagligen förorsakad af sammandragning af den nybildade mellansubstansen, och dess inträdande förklarar till fullo, att de perivaskulära rummen här minskats till omfång. De anförda förhållandena gifva tydligt vid handen, att processen inom halsmärgen besitter största åldern.

Då degenerationen ej nådde längre ned än till midten af ländmärgen och här begränsade sig till baksträngarnas mediala delar, lemnande rotinträdeszonerna fria, har processen trots den långa tid, som enligt såväl de anatomiska förhållandena som af de kliniska data att döma förflutit sedan dess början (de spinala symptomen skulle hafva uppträdt 3 år före döden), ännu ej hunnit angripa baksträngarnas långa banor i hela deras utsträckning, utan skonat den mest kaudala delen af dem.

Degenerationen inom Burdachska strängarna i halsmärgen och öfre bröstmärgen är ofullständig och har hvarken medfört tydlig skrumpning af dessa strängar ej håller utvidgning af de perivaskulära rummen till någon betydligare storlek, hvarför processen här med skäl må kunna anses vara af yngre datum än i Gollska strängarna.

Lesionen af h. sidopyramidbanan är i hela sin utbredning tämligen likformig. Den omständigheten, att den dock inom halsmärgen uppåt aftager något i intensitet, skulle möjligen afgifva skäl för att uppfatta denna process som uppstigande.

Man skulle då äfven här hafva en i riktningen mot nervträdarnas trofiska centrum framskridande process, hvilket dock ej kan afgöras, då jag ej varit i tillfälle att undersöka det centrala nervsystemet ofvanför halsansvällningen.

Det kliniska förloppet af detta fall är altför litet känt, för att det skulle kunna göras en genomgående jämförelse mellan de spinala symptomen och de anatomiska förändringarna i ryggmärgen. Likvisst förtjänar det framhållas, hurusom patellarreflexernas bibehållande står i full samklang med, att baksträngarnas laterala delar i ländmärgen och på öfvergången till bröstmärgen äro intakta, samt hurusom den mera uttalade stegringen af denna reflex å h. sida tillfullo förklaras af den högradigare degenerationen i sidopyramidbanan å denna sida.

Förf. har äfven undersökt ryggmärgen från tvänne fall af psevdolevkemi (i fråga om sjukhistorierna se den förut nämnda gradualafhandlingen) och därvid ej funnit andra beaktansvärda förändringar än små blödningar och däraf uppkomna skleroser, hvilkas förekomst man ock hade rätt att vänta sig, då vid denna sjukdom liksom vid perniciös anemi små blödningar iakttagas i kroppens mest skilda organ.

II.

Bland de 9 af mig undersökta fallen af perniciös anemi har det i 5 (fall I, II, V, VI, VIII) påträffats färska små *blödningar* eller *sklerotiska härdar*, hvilka med beständhet kunna anses vara uppkomna ur dylika blödningar. Förekomsten af små apoplexier i ryggmärgens substans är redan af MÜLLER²⁾ iakttagen i tvänne fall, fastän de ej mikroskopiskt undersökts. På senare tid har MINNICH⁸⁾ beskrifvit bildningar, alldeles motsvarande dessa af mig skildrade, hvilka skulle förekommit konstant i alla de 13 fall af perniciös anemi, han undersökt. Äfven TAYLOR¹⁶⁾ har omnämnt, hurusom han funnit sådana i tvänne fall. Ehuru NONNE⁴⁾ i 15 af honom undersökta fall utan spinala symptom säger sig aldrig hafva funnit blödningar i ryggmärgen, tyckes det mig dock ej vara tvifvel om, att smärre blödningar i ryggmärgens substans äro en *mycket vanlig* företeelse vid perniciös anemi.

Då i de af mig undersökta fallen ryggmärgarna ingalunda altigenom sönderdelats i snitt, är det ju mycket möjligt, att

dylika blödningar eller sklerotiska härdar förefunnits äfven i något eller några af de öfriga 4 fallen, ehuru de ej påträffats på de undersökta snitten. Resultatet af MINNICHS⁸⁾ undersökningar tyder nämligen på, att de skulle utgöra en konstant företeelse vid denna sjukdom. Dock visar erfarenheten, att det visserligen vid perniciös anemi alltid inom något eller några organ påträffas smärre blödningar, men ock att platsen för deras uppträdande i olika fall i hög grad växlar. Därför torde deras *konstanta* förekomst i ryggmärgen ej kunna anses vara en afgjord sak.

Något kliniskt eller större patologiskt-anatomiskt intresse ega dessa blödningar ej. Träffande tyckes mig vara, att — som MINNICH⁸⁾ gör — ställa dem vid sidan af de vid den perniciösa anemien vanliga näthinneblödningarna, hvilka på grund af den diagnostiska betydelse, man velat tillägga dem, tilldragit sig stor uppmärksamhet. — Den af BIERMER¹⁾ meddelade iakttagelsen om fettdegeneration af hjärnkapillärernas väggar har senare ej bekräftat sig. MANZ³⁹⁾ har visserligen funnit smärre anevrismatiska utvidgningar af näthinns kapillärer, men EICHHORST³⁾ har senare visat, att dessa endast äro bildade af kapillärernas lymfskidor och uppkomna efter bristning af själfva kärlväggarna. Några förändringar hos kärlen i ryggmärgen, egnade att förklara blödningarnas uppkomst, äro ej påträffade hvarken af mig eller de andra författarna. Man får därför — i likhet med hvad som vanligen är fallet i fråga om näthinneblödningarna — uppfatta dem som en mera direkt följd af blodförändringen.

Beträffande de af mig iakttagna mikroskopiska bilderna tyckes det anmärkningsvärdt, att blodkropparna kvarstå tydligt urskiljbara så lång tid, att sklerosen redan hunnit börja, vidare att blödningen aldrig gifver upphof till aflagring af pigment, samt att nervtrådarna — såsom det framgår af de s. 39 och 43 skildrade härdarna — kunna föras i sär af blödningen utan att synbart förändras. Den sist nämnda företeelsen har äfven FOA³¹⁾ observerat å små, friska blödningar i ryggmärgens substans, hvilka uppträdt i ett fall af svår influensa.

I 4 fall (II, VI, VII, VIII) af de 9 af mig undersökta fanns tydligt utvecklade förtjockning och börjande hyalin omvandling af *kärlväggarna* utbredd öfver ryggmärgens hela hvita substans; dock framträdde den tydligast inom baksträngarna, särskildt i hals- och ländansvällningen. I tvänne (IV, V) har

spår af denna kärlförändring påträffats. I fall IX har den visserligen iakttagits på de degenererade områdena, men då den ej funnits inom den intakta hvita substansen, får den här anses hafva en annan ställning än i de öfriga fallen.

Äfven NONNE⁴⁾ har i sina talrika fall utan tydliga spinala symptom funnit förtjockning och hyalin omvandling af kärlen. Det kan därför betecknas som fastställt, att vid pernicios anemi kärlväggarna inom ryggmärgen vanligen äro förtjockade och mer eller mindre hyalint omvandlade.

En förändring af kärnen, liknande den nu omtalade, har emellertid påträffats äfven under andra förhållanden.

Särskildt den af REDLICH⁴⁵⁾ vid ett par fall af paralysis agitans beskrifna tyckes mig noga motsvara den, jag iakttagit vid pernicios anemi. Äfven beträffande utbredningen af förändringen förefinnes öfverensstämmelse; i REDLICHs fall var den nämligen, liksom i mina, mest utvecklad i baksträngarna, särskildt i hals- och ländansvällningen. I hans fall funnos dock därjämte små härdar af perivaskulära skleroser, hvilka emellertid synbarligen varit af afgjordt kronisk natur och ingalunda kunna ställas i jämbredd med de vid pernicios anemi funna förändringarna.

Allmän förtjockning af kärlväggarna, hvilken kanske varit af samma art, har KETSCHER⁴⁷⁾ påträffat dels vid paralysis agitans dels som en senil förändring^{*}). Äfven om det sålunda skulle visa sig, att likartade kärlförändringar kunna vara rent senila, må det likväl erinras, att patienterna i de här i fråga varande fallen af pernicios anemi ej nått en ålder, i hvilken man kan antaga förekomsten af senila förändringar. Emellertid har KETSCHER⁴⁷⁾ på grund af sina nämnda undersökningar dragit den slutsatsen, att »paralysis agitans icke är annat än uttrycket för en abnormt högggradig och något förtidig senilitet af nervsystemet», hvilken åsikt äfven redan förut uttalats af JACOBSON, DUBIEF och BORGHERINI. I öfverensstämmelse med detta uppfattningssätt skulle man ställa den vid pernicios anemi funna kärlförändringen i samband med det helt hastigt inträdande marantiska tillstånd, som denna sjuk-

*) Äfven DEMANGE⁴⁶⁾ har i åtskilliga fall hos mycket gamla personer iakttagit allmän förtjockning af de små kärleas väggar; men tyckas mig dessa fall ej kunna sammanställas med de ofvan anförda, då det hos dem förekommit en utbredd skleros inom ryggmärgen (äfven i några af KETSCHERS fall har funnits förökning af mellansubstansen, men den tyckes hafva varit af jämförelsevis lindrig grad) och under lifvet tydliga symptom af ryggmärgslidande.

dom medför. Ur denna synpunkt tyckes det beaktansvärdt, att i fråga varande kärlförändring bland de af mig undersökta fallen varit bäst utvecklade hos en patient (fall VII), som under flere år lidit af kronisk sinnessjukdom. Hos dylika inträder nämligen ofta en tidig marasm, enligt hvad prof. BENDZ, sedan många år ledare af obduktionerna vid Lunds hospital och asyl för sinnessjuka, muntligen meddelat mig.

När mina fall VIII och IX medräknas, finnes nära ett 20-tal fall af perniciös anemi beskrifna, hos hvilka därjämte en tydlig sjukdomsbild af ett ryggmärgslidande förekommit och hos hvilka utbredda degenerativa förändringar inom ryggmärgen påvisats. Då samtliga dessa fall äro meddelade under en tidrymd af endast 5 år (det tidigaste är af v. NOORDEN 1891), är den tanken utesluten, att sammanträffandet af de båda sjukdomarna skulle kunna vara en tillfällighet, äfven om dessa fall skulle vara sällsynta.

Den perniciösa anemiens sjukdomsbild för öfrigt kan i dessa fall ej påvisas hafva i något hänseende afvikit från den, man vanligen finner vid denna sjukdom. Äfven förloppet öfverensstämmer med, hvad man plägar iakttaga vid perniciös anemi; och den dödliga utgången af sjukdomen får tillskrifvas anemien i alla fallen utom ett (BULLOCHS¹⁵), där blodförändringen tyckes hafva gått alldeles tillbaka, och döden följt genom en transversel uppmjukning af halsmärgen). I ett af fallen (MINNICH III) har anemien varat endast 2¹/₂ månader, men i ett annat (BOWMAN) har den egt bestånd under 3 år, dock med en nästan fullständig remission under denna tid; likvisst äro dylika växlingar af sjukdomens varaktighet observerade äfven i vanliga fall af perniciös anemi.

MINNICH har i tvänne fall (V, I, hvilket sist nämnda dock egentligen ej bör räknas hit, då de spinala symptomen ej voro tydligt utvecklade) funnit botriocephalus latus i tarmen^{*}), och EISENLOHR¹⁰) i sitt fall en mycket högggradig atrofi af mag- och tarmslemhinnan. Då man velat tillskrifva denna atrofi och den nämnda bandmasken betydelse för uppkomsten af den perniciösa anemien, hvilket uppfattningssätt i fråga om den senare tyckes mig oafvisligt, finnes altså bland de kända fallen af

*) NONNE har vid sidan om dessa tvänne fall ställt ett af sina (I), i hvilket en Taenia medioanellata fanns i tarmen; hvarvid likväl må erinras, att något sammanhang mellan uppträdandet af perniciös anemi och förekomsten af Taenia i tarmen hittills ej blifvit påvisadt.

perniciös anemi med spinallidande exempel på de etiologiskt skilda formerna, som man uppställt af den perniciösa anemien.

I $\frac{2}{3}$ -delar af de hittills meddelade fallen har det varit män, som angripits af sjukdomen. Då emellertid antalet fall ännu är så ringa, torde det vara alldeles nödvändigt att afvakta vidare kasuistiska bidrag, innan man kan draga några slutsatser om predisposition för sjukdomen hos ettdera könet.

Sjukdomen — perniciös anemi med spinallidande — har nästan uteslutande förekommit inom medelåldern; den har nämligen i samtliga fallen utom ett enda (ARNINGS, som gälde en 26 års kvinna) uppträdt inom åldern mellan 35 och 60 år.

Ryggmärgssjukdomen har i allmänhet visat ett ganska hastigt förlopp; i större delen af de fall, vid hvilka upplysningar i detta hänseende föreligga, hafva de spinala symptomen ej förefunnits längre tid än ett halft år, i några af dem till och med ej längre än 2—3 månader (MINNICH: III, BULLOCH, mitt fall VIII); och blott i trenne längre tid än ett år: nämligen i NONNES fall II 16 månader, i BOWMANS 2 år och i mitt fall IX 3 år.

Parestesier i armar och ben hafva konstant förekommit. De hafva utgjort ett af de tidigast framträdande symptomen i alla fallen utom i ARNINGS och BOWMANS bägge, där svagheten af extremiteterna var det först iakttagna tecknet. I de öfriga fallen hafva parestesierna än observerats i sjukdomens början samtidigt med en dylik svaghet af nedre extremiteterna (MINNICH: III, IV, v. NOORDEN, EISENLOHR) eller med osäkerhet vid gående (NONNE II), än hafva de under första tiden utgjort det enda symptomet, och detta till och med under en ganska lång tid; i mitt fall VIII hade pat. sedan mer än ett år före döden känt armarna »stunga och konstiga», under det att de öfriga spinala symptomen kommo först de sista 2 månaderna, och i MINNICHs fall II hade parestesier i händerna och nedre extremiteterna uppträdt redan 8 månader före döden, under det att paresen och sensibilitetsrubningen påvisades först sista månaden. — Förekomsten af gürdelkänsla finnes anmärkt blott i tränne fall (v. NOORDEN, NONNE I, II); smärtor af tydlig lancinerande karakter icke i något.

Nedsättning af hudsensibiliteten är iakttagen i alla utom i tvänne (EISENLOHR, NONNE I) af de fall, hvilkas sjukhistorier innehålla någon uppgift om därpå utförd undersökning. I tvänne

fall (ROESEBECK, NONNE II) har denna rubbning efter en tid åter försvunnit, men i alla de öfriga har den kvarstått under sjukdomens hela vidare förlopp. Sensibilitetsrubbningen har i 3 fall (MINNICH II, VI, v. NOORDEN) påvisats endast å nedre extremiteterna, men i de öfriga både å öfre och nedre; dock har den nästan alltid varit mest uttalad å de nedre, och någon gång är det särskildt omnämndt, att den börjat här. I några fall har denna rubbning påvisats vara tilltagande i distal riktning. Där nedsättning af hudsensibiliteten förekommit, har den alltid drabbat trycksinnet; i några fall hafva därjämte temperatursinnena varit försvagade (MINNICH II, III, V, BOWMAN, mitt fall VIII), i andra åter befunnits normala (MINNICH IV, ARNING, BULLOCH). — Någon gång har sensibilitetsnedsättningen framträdtt i endast ringa grad, men vanligen med full tydlighet, om ock sensibiliteten aldrig varit fullkomligt upphäfd.

Nedsättning af muskelsinnet finnes omtalad i 6 fall (MINNICH II, III, V, BOWMAN, ARNING, mitt fall VIII); då emellertid ataxi iakttagits i de flesta fallen, skulle enligt den förut framställda uppfattningen äfven muskelsinnet i allmänhet hafva varit rubbadt. Öfver hufvud taget har ataktisk gång och *ataxi* af benens rörelser i öfrigt utgjort ett ganska framträdande symptom i sjukdomsbilden. I åtskilliga af fallen är dess förekomst äfven vid armarnas rörelser omtalad (MINNICH III, NONNE I, BOWMAN, ARNING, BULLOCH).

Det väsentligaste af ryggmärgssjukdomens symptom har emellertid i allmänhet *paresen af extremiteterna* varit. Likvisst finnes den ej omnämnd i 4 fall (MINNICH III, VI, NONNE II, ARNING). Härvid må dock erinras, att en allmänt utbredd pares ej kommer att framträda tydligt hos en pat., hvars krafter redan förut af en allmän sjukdom äro betydligt nedsatta. I de flesta fall har paresen angripit både armar och ben, ofta börjande i de senare. Som ofvan är nämndt, hafva den och parestesierna vanligen utgjort de tidigast framträdande spinala symptomen. Vanligen har paresen nått en mycket betydlig grad samt någon gång till och med öfvergått till verklig paralysis (ROESEBECK, BULLOCH, hvars fall dock genom den transversela uppnjukningen af ryggmärgen intager en särskild ställning). I nedre extremiteterna har den nästan alltid varit mest utvecklad.

Patellarreflexerna hafva befunnits än försvagade (MINNICH V) eller upphäfdas (MINNICH II, III, v. NOORDEN, EISENLOHR, ARNING, mitt fall VIII) än stegrade (MINNICH IV, VI, BOWMAN,

TAYLOR I, mitt fall IX). NONNES båda fall visa det från de öfriga afvikande förhållandet, att patellarreflexerna påvisats under en del af sjukdomstiden vara i det ena fallet försvunna (I), i det andra försvagade (II), men att de senare under sjukdomens förlopp i bägge befunnits återkomma med normal styrka.

Endast i ett fall (MINNICH III) har frånvaro af *pupillarreflexerna* för ljus påvisats; därjämte har dock NONNE anmärkt, att han i ett fall (I) funnit denna reflex svag. I alla öfriga fall, där sjukhistorierna innehålla något meddelande om denna sak, hafva pupillerna befunnits reagera normalt för ljus.

Inkontinens af urin och fæces har varit ett ofta förekommande symptom; det har nämligen iakttagits i 5 fall (MINNICH VI, EISENLOHR, BOWMAN, ROESEBECK, TAYLOR I), och inkontinens af endast urinen i 4 (MINNICH V, v. NOORDEN, mitt fall VIII, NONNE I, i hvilket sistnämnda fall symptomet dock var öfvergående). Inkontinensen har vanligen inträdt 1—2 månader före döden.

Förekomsten af liggsår är blott anmärkt i trenne fall (BULLOCH, ROESEBECK, mitt fall VIII).

Som det af denna redogörelse framgår, finnas åtskilliga skiljaktigheter mellan de olika fallen. Dock äro dessa ej större, än att man skulle kunna för sjukdomen uppställa följande, ungefärliga typ:

Hos en medelålders person utvecklar sig en pernicios anemi; ungefär samtidigt härmed uppträda parestesier i extremiteterna och ofta därjämte en tilltagande svaghet i dem; denna utvecklar sig till en höggradig pares; rubbning af muskelsinnet, åtföljd af ataxi, tillkommer jämte en måttlig nedsättning af hudsensibiliteten. Dessa symptom framträda först hos nedre extremiteterna, därefter hos öfre och tilltaga hastigt i intensitet. Patellarreflexerna blifva än stegrade än upphäfd. Inkontinens af fæces och särskildt af urin tillkommer ofta sista månaden. Anemien ökas härunder alltjämt och förorsakar efter några månader döden.

I några af fallen (NONNE II, mitt fall IX och kanske TAYLOR I, II) hafva symptomen af ryggmärgslidandet föregått anemiens framträdande. Ur de öfver dessa meddelade sjukhistorierna, hvilka dock alla utom i fråga om NONNES fall äro ganska knapphändiga, framgår det emellertid ej, att ryggmärgssjukdomen visat en väsentligt annan bild än i de fall, där den börjat samtidigt med eller något efter den perniciösa anemien.

Jag öfvergår nu till att anställa en jämförelse mellan de i de olika fallen funna *patologisk-anatomiska förändringarna inom ryggmärgen*. Därvid utesluter jag dock BULLOCHS fall, enär det företer från de öfriga alldeles afvikande förhållanden, nämligen en betydlig förtjockning af pia mater, en höggradig hyalin degeneration af grå substansen och en transversel uppmjukning af halsmärgen. Äfven TAYLORS bägge fall måste utslutas, då han ej gifvit andra upplysningar om de anatomiska förändringarna, än att det förefans »utpräglad degeneration inom den hvita substansen». Däremot upptagas MINNICHS fall I och de 5 fall af NONNE, i hvilka ryggmärgen visat tydliga anatomiska förändringar, fast bestämda spinala symptom ej förekommit.

I samtliga de 20 fall, som min jämförelse således kommer att gälla*), finnas inom *baksträngarna* tämligen betydliga förändringar. Dessa visa i nästan alla fallen öfverensstämmelse däri, att hela *Gollska strängarna* äro homogent degenererade inom *halsmärgen* och ett stycke ned i bröstmärgen; dock anmärkes i de flesta fall, att härifrån är undantagen en smal zon längs det mediana septum, periferien och gränsen till Burdachska strängarna, hvilket förhållande framträdte äfven i de båda af mig undersökta fallen.

Undersökning af processens gräns uppåt är utförd endast af v. NOORDEN, BOWMAN och mig (i fall VIII). Den först nämnde fann den sträcka sig upp till nedre delen af pyramidkorsningen; i mitt fall nådde den helt upp till bakre strängarnas kärnar inom förlängda märgen och i BOWMANS något öfver pyramidkorsningen.

Lesionen af Gollska strängarna har till intensiteten i betydlig grad växlat i de olika fallen. Sålunda hafva dessa strängar i Nonnes fall II (bland dem utan spinala symptom) betecknats endast såsom likformigt ljusare, och i fråga om MINNICHS fall I, som ej håller företett tydliga spinala symptom, framgår det ur beskrifningen, att degenerationen varit ofullständig. Å andra sidan är det i fråga om några af de fall, som visat den kliniska bilden af ett ryggmärgslidande, meddeladt, att degenerationen inom Gollska strängarna varit fullständig och förbunden med en tät skleros (MINNICH V, VI,

*) De utgöras således af följande: MINNICH⁶³): 6, v. Noorden⁶⁶): 1, EISENLOHR⁶⁷): 1, Nonne⁶⁸): 2 (med klinisk bild af ryggmärgslidande), BOWMAN⁶⁹): 1, ROEBE-BECK⁷⁰): 1, ARNING⁷¹): 1, NONNE⁶⁷): 5 (utan spinala symptom) samt mina fall VIII och IX.

BOWMAN, ROESEBECK); så har ock förhållandet varit i mina fall VIII och IX.

Endast i träne fall saknas den homogena utbredningen af lesionen inom Gollska strängarna i ryggmärgens öfre del, nämligen i MINNICHs fall III, i hvilket enstaka härdar funnits i öfre delen af halsmärgen, mot nedre delen tilltagande i antal, i MINNICHs fall IV, där endast fåtaliga härdar förekommit, samt i NONNES fall I (utan spinala symptom), där isolerade, fåtaliga härdar funnits, som aftagit nedåt i antal.

Burdachska strängarna inom halsmärgen visa mera växlande förhållanden. En öfverensstämmelse finner man dock mellan nästan alla fallen däri, att degenerationen är mindre utbredd än inom Gollska strängarna, och att den — enligt hvad det framgår ur beskrifningen af några af fallen (MINNICH II, VI, v. NOORDEN, BOWMAN) — äfven är mindre fullständig, hvilka förhållanden med full tydlighet framtråda äfven i mina bägge fall. Undantag i dessa hänseenden bilda blott de nämnda trenne fallen, i hvilka Gollska strängarna ej visade någon homogen degeneration.

I åtskilliga fall har degenerationen af dessa strängar inom en del af ryggmärgen uppträdt likformigt, nämligen i MINNICHs fall III inom öfre halsmärgen, V inom hals- och bröstmärgen, NONNES I (med spinala symptom) inom halsansvällningen, NONNES IV (utan spinala symptom) inom öfre halsmärgen; äfven i mina fall VIII, IX är processen nära homogen med blott ringa antydning till anordning i härdar. I flertalet fall har degenerationen emellertid varit anordnad i härdar, dock vanligen mer eller mindre konfluerande.

Lesionen har alltid skonat en zon längs grå substansen och periferien, hvilken vanligen haft en ej ringa bredd. Strängarna i öfrigt hafva i de flesta fall varit i sin helhet angripna; detta gäller särskildt om alla de ställen, där förändringen haft en likformig utbredning, men äfven några andra, där den varit härdformig. I andra fall åter har dess utbredning varit mera begränsad, och har den då företrädesvis uppträdt inom mellersta rotzonen (MINNICH IV, VI, NONNE I [utan spinala symptom], EISENLOHR *).

*) EISENLOHR begagnar ej själf beteckningen: mellersta rotzonen, men då han nämner, att främre och bakre laterala delarna af strängarna varit fria, kan det ej råda tvifvel om, att processen företrädesvis drabbat mellersta rotzonen.

Inom *bröstmärgen* omfattar degenerationen ofta hela baksträngarna utom randen längs grå substansen (MINNICH I, V, v. NOORDEN, EISENLOHR, BOWMAN, ROESEBECK, mina fall VIII, IX); men ofta begränsar den sig, särskildt i bröstmärgens nedre del, till mellersta rotzonen (MINNICH II, III, IV, VI, NÖNNE I, II [med spinala symptom] och II, III [utan dylika]). I MINNICHs fall III finnes anmärkt, att lesionen inom nedre delen af bröstmärgen inskränker sig till mediala delen af mellersta rotzonen. Den har än varit likformigt utbredd, såsom i mina båda fall, än haft en härdformig karakter; vanligen har det senare varit fallet, då den begränsat sig till mellersta rotzonen, och det förra, då den omfattat hela baksträngarna.

Gränserna för degenerationens utbredning nedåt i ryggmärgen växla i ej ringa grad. I de 5 af NÖNNE undersökta fallen utan spinala symptom nådde den ej till ländansvällningen. Vid de öfriga fallen finnes det än antecknadt, att lesionen ej nått nedom ländansvällningen, än att den sträckt sig till sakralmärgens öfre gräns eller ett stycke ned i denna. Blott i ett fall tyckes degenerationen hafva gått ned genom hela ryggmärgen (MINNICH VI). I mitt fall IX sträckte den sig blott något ned i ländansvällningen, men i fall VIII nådde den till sakralmärgens öfre gräns.

Inom *ländmärgen* har degenerationen alltid utom i tvänne fall (BOWMAN, mitt fall IX) uppträdt i härdar. Till sin utbredning har den i alla de fall, där upplysningar i detta hänseende stå att vinna, begränsat sig till mellersta rotzonen, och i några fall visar det sig, att den företrädesvis omfattat denna zons mediala del (MINNICH II, NÖNNE II [med spinala symptom], BOWMAN *), mitt fall IX **).

I flertalet fall hafva äfven *sidosträngarna* drabbats af degenerationen, men ej i MINNICHs fall I, II och NÖNNEs I, II, III, IV (utan spinala symptom); i MINNICHs fall III hafva ej

*) BOWMAN begagnar ej ordet: mellersta rotzonen, utan betecknar degenerationen såsom hufvudsakligen begränsad till Gollska strängarna — en mindre lämplig beteckning i fråga om ländmärgen. Ur hans beskrifning och figurer framgår det emellertid, att det varit mellersta rotzonen och företrädesvis dess mediala del, som processen drabbat.

**) Vid den förut lemnade beskrifningen af mina fall har ej håller jag följt FLECHSigs indelning af baksträngarna, hvilken ej synes mig tillräckligt exakt; den är nämligen, som bekant, grundad på resultatet af embryologiska undersökningar, och de olika rotzonerna motsvara ej bestämdt afgränsade områden af den utvecklade ryggmärgen. I denna öfversikt har jag emellertid funnit det nödigt att begagna mig af denna nomenklatur, då den kommit till användning hos de flesta af de här citerade författarna.

funnits andra förändringar än spridda atrofiska trådar i strängarnas bakre delar och i ARNINGS endast enstaka, mycket små härdar. I de öfriga 13 fallen visa sidosträngarna tämligen utbredda degenerativa förändringar. De hafva företrädesvis drabbat bröstmärgen och i några fall därjämte halsmärgen, men endast i ringa grad eller ej als länd- och sakralmärgen. Strängarnas bakre delar hafva alltid varit mest degenererade, och vanligen har förändringen ej nått till deras främre, endast i BOWMANS fall och mitt fall VIII har den inom bröstmärgen omfattat nästan hela strängarna.

Processens begränsning till vissa system finnes anmärkt blott hos v. NOORDEN och EISENLOHR; i den förres fall voro lillhjärnsbanorna och i mindre grad sidopyramidbanorna angripna genom hela ryggmärgen; i den senares hade lesionen inom halsmärgen företrädesvis drabbat lillhjärnsbanorna, inom bröstmärgen sidopyramidbanorna. EISENLOHR säger dock uttryckligen, att det ej var fråga om bestämda systemlesioner, och beskrifningen af bägge fallen är så knapphändig, att man ej kan afgöra, huruvida degenerationens utbredning väsentligen afvikit från förhållandena i de öfriga fallen. Exempel på en fullt karakteristisk systemlesion, nämligen af ena sidopyramidbanan, erbjuder endast mitt fall IX. — I de öfriga fallen har degenerationen än uppträdt härdis (MINNICH IV, V, VI, NONNE I, II [med spinala symptom]), än hufvudsakligen likformigt diffust utbredd (BOWMAN, mitt fall VIII). I några fall föreligga ej tydliga upplysningar i detta hänseende.

I åtskilliga fall (MINNICH IV, V, VI, v. NOORDEN, BOWMAN, mitt fall VIII) hafva äfven främre strängarna varit angripna; dock tyckes degenerationen här aldrig hafva egt någon betydligare utbredning.

Grå substansen har alltid befunnits utan anmärkning, förutom i MINNICHS fall VI, där bakre hornens substantia spongiosa på några ställen var sklerotiskt förändrad, och i NONNES fall I (med spinala symptom), där nervtrådarna i Clark'ska pelarna voro reducerade till antal.

Lissauers fält hafva alltid befunnits intakta, likaså bakre nervrötterna.

Mjuka hinnorna hafva aldrig visat några förändringar, utom i MINNICHS fall VI, där de voro förtjockade å ett område, som motsvarade den utbredda randdegenerationen inom ryggmärgen.

Skrumpning af ryggmärgen är blott iakttagen i mitt fall IX, där den drabbat Gollska strängarna i ryggmärgens öfre del.

Öfvergå vi till ryggmärgsförändringarnas mikroskopiska förhållanden, finna vi, att *förtjockning af kärlväggarna* å de degenererade områdena är omtalad i fråga om MINNICHS fall I, II, NONNES samtliga fall och BOWMANS samt påträffad äfven i mina bägge. ARNING är den ende författare, hos hvilken jag funnit uppgifvet, att kärlväggarna ej skulle vara förtjockade. Denna kärlförändring tyckes sålunda tämligen *regelbundet* förekomma vid degeneration af ryggmärgen vid perniciös anemi, liksom den *ofta*, enligt hvad förut visats, påträffas vid perniciös anemi utan andra förändringar i ryggmärgen.

Cellinfiltration af de perivaskulära rummen finnes omnämnd i flere af fallen (MINNICH I, II, III, BOWMAN, ROESEBECK); äfven har jag iakttagit den samma i bägge mina hithörande fall.

I mitt fall VIII har på många ställen höggradig *ansvällning af märgskidorna* påträffats, men däremot ingen mera framträdande af axeleylindrarna. Ett likartadt förhållande är beskrifvet af MINNICH i fall I, II, V och af BOWMAN. ROESEBECK och NONNE (fallen I, II med spinala symptom) omtala, att de funnit märgskidorna höggradigt ansvålda, men omnämna ej axeleylindrarna. Vid undersökningen af de fall, vid hvilka tydliga spinala symptom ej förekommit, men ryggmärgen visat anatomiska förändringar, har NONNE dock funnit än axeleylindrarna än märgskidorna ansvålda. Likvisst torde de anförda undersökningsresultaten berättiga till det antagandet, att vid ryggmärgsdegenerationer vid perniciös anemi märgskidorna hafva en tendens att höggradigt ansvålla, axeleylindrarna däremot icke.

Förekomsten af ansvålda märgskidor är visserligen en mycket vanlig företeelse vid degenerativa tillstånd inom ryggmärgen af allahanda slag, men man finner den ofta förbunden med en betydlig ansvällning af axeleylindrarna, såsom vid den akuta myeliten (GOWERS⁴⁹), FRANCOTTE¹⁹), vid kompressionsmyeliten (SCHMAUS⁵⁰) och vid travmatiska ingrepp på ryggmärgen å områdena närmast dessa ingrepp (TOOTH⁵¹), HOMÉN²⁵); äfven vid sekundära degenerationer befinnas axeleylindrarna ansvålda, om ock i mindre grad (TOOTH⁵¹), HOMÉN²⁵). På denna grund tyckas mig de vid perniciös anemi funna förhållandena värda beaktande.

I MINNICHS fall III gifver sjukhistorien vid handen, att ryggmärgslidandet utvecklats sig hastigt, hvilket ock vinner be-

kräftelse genom den mikroskopiska undersökningen af ryggmärgen, i det att de degenererade områdena befinnas till större delen uppfyllda af nervtrådarnas sönderfallsprodukter. I detta hänseende visar processen likhet med randdegenerationen i mitt fall VIII, hvilken dock troligen haft ett ännu akutare förlopp, enär här saknas den i MINNICHs fall inom halsmärgen observerade förtjockningen af septa och betydliga cellanhopningen i de perivaskulära rummen. Randdegeneration är påträffad äfven i MINNICHs fall VI, där den synbarligen haft ett tämligen akut utvecklingsförlopp, men tyckes dock ej fullt likna den i mitt fall VIII. Äfven genom förekomsten af en randdegenerationen motsvarande förtjockning af pia mater har den visat afvikelse från förhållandena i mitt fall. Således har en process, öfverensstämmande med den af mig beskrifna randdegenerationen, ej påträffats i något annat fall af pernicios anemi, och får dess förekomst därför — så länge ej vidare erfarenhet föreligger — betraktas som en tillfällighet.

Det har förut framhållits, att ryggmärgslidandet i de fall, där det framträdte före anemien, ej visat en väsentligt annan bild än i dem, där det uppträdte samtidigt med eller kort efter den samma. Jämförelsen mellan ryggmärgens anatomiska förändringar hos dessa båda olika grupper gifver ej håller vid handen, att mellan dem några genomgående och väsentliga skiljaktigheter finnas. Beträffande mitt fall IX kan dock framhållas dels frånvaron af några degenerationsformer af nervtrådarna och fibrilleringen hos sklerosen dels den tydliga systemlesionen af den ena sidopyramidbanan; i dessa hänseenden är fallet, så vidt jag kunnat finna, oliko alla de öfriga. De först nämnda afvikelserna torde dock kunna hänföras enbart till förändringens säkerligen större ålder, och den sist nämnda tyckes mig ej utgöra tillräcklig anledning för att anse detta fall vara af väsentligt annan art än de öfriga.

Den lemnade sammanställningen visar, att i anatomiskt hänseende ej obetydliga skiljaktigheter kunna påvisas mellan de olika fallen af ryggmärgssjukdom vid pernicios anemi. För att kunna bedöma den betydelse, som dessa olikheter ega, torde det dock vara nödvändigt att söka bestämma lesionens relativa ålder inom de olika delarna af ryggmärgen och om möjligt äfven i de olika fallen samt i sammanhang härmed söka utreda det vanliga förloppet för degenerationen, då en del af de nämnda skiljaktigheterna kanske kunna förklaras därigenom, att för-

ändringarna i de olika fallen befunnit sig på ett olika utvecklingsstadium.

Såsom förut nämnt är, har MINNICH, i fråga om sitt första fall, framställt den åsikten, att härdarna inom ländmärgen skulle hafva uppträdt först, och att de skulle hafva gifvit upphof åt degeneration af baksträngarnas härifrån till halsmärgen uppstigande långa banor d. v. s. af Gollska strängarna. — Inom de nämnda härdarna äro emellertid endast helt få nervtrådar degenererade, och MINNICH framhåller själf, att processen här ännu måste vara mycket ung (s. 34); inom Gollska strängarna tilltager däremot degenerationen uppåt så väl i intensitet som omfång, och sklerosen är bäst utvecklad inom halsmärgen. Dessa omständigheter tyckas mig med bestämdhet tala för, att processen varit äldst i halsmärgen och haft ett därifrån nedstigande förlopp. Äfven kärleus förhållande gifver stöd för denna uppfattning, ty de visa i centra af härdarna — enligt hvad MINNICH framhåller — i ögonen fallande små förändringar, och cellanhopningen i de perivaskulära rummen på de degenererade områdena, hvilken i detta fallet liksom i de af mig undersökta ej tyckes kunna uppfattas som annat än sekundär, tilltager uppåt genom ryggmärgen samt är mest uttalad inom halsmärgen. — Beträffande MINNICHs fall II kunna ungefär samma skäl anföras för, att degenerationen skulle vara nedstigande. — Vid beskrifningen af fall V uttalar MINNICH själf den misstanken, att den härdformiga processen inom baksträngarna i ländmärgen skulle vara af yngre datum än degenerationen högre upp i ryggmärgen. — I fall VI af samme författare omnämnes, att degenerationen af Gollska strängarna i halsmärgen varit nästan fullständig och förbunden med en väl utvecklad skleros, under det att lesionens intensitet aftagit nedåt; därjämte anmärker MINNICH, att processen i ländmärgen efter utseendet att döma är ännu yngre (»frischerer») än den i bröstmärgen. Dessa förhållanden tala tydligen för, att degenerationen äfven i detta fall är äldst inom Gollska strängarna i halsmärgen.

Vid de tvänne fall med klinisk bild af spinallidande och förändringar i ryggmärgen, som NONNE undersökt, uttalar han den åsikten, att lesionen börjar i halsmärgen och har ett nedstigande förlopp. Beskrifningen af fallen afgifver ock goda skäl härför.

I BOWMANS fall har degenerationen inom baksträngarna nedåt aftagit i intensitet och således synbarligen haft ett nedstigande

förlopp. Äfven i ARNINGS fall tyckes degenerationen så väl som sklerosen hafva nedåt genom ryggmärgen aftagit i intensitet.

De af v. NOORDEN, EISENLOHR och ROESEBECK meddelade fallen äro så knapphändigt skildrade, att någon slutsats i fråga om degenerationens förhållande i detta afseende ej kan göras. Emellertid finnes intet i beskrifningen af dessa fall, som talar emot den ofvan framhållna uppfattningen, och beträffande mina fall (VIII och IX) är det till fullo ådagalagdt, att degenerationen förlupit nedstigande.

Den säkraste kännedomen om degenerationens förhållande vid dess första uppträdande vinnes dock naturligtvis, om det lyckas att påträffa fall, där lesionen ännu befinner sig i sitt första skede. Sannolikhet för att finna dylika har man endast vid undersökandet af fall, i hvilka spinala symptom ej förekommit, då dessa ej kunna antagas framträda, förrän degenerationen redan nått en tämligen afsevärd grad. I 7 fall utan spinala symptom har ock MINNICH⁸⁾ utfört undersökning i afsikt att finna ryggmärgsdegenerationen i sitt tidigaste stadium, men utan att påträffa andra förändringar än de små blödningsarna och de ur dem framgångna skleroserna samt i trenne fall den af honom äfven vid flere andra sjukdomar, som medföra ett kakektiskt tillstånd, påvisade förändringen, hvilken ej är att anse som verklig degeneration.

I samma syfte har jag undersökt 7 fall, som ej erbjudit spinala symptom. Frånsedt blödningsarna, erhöll jag ett negativt resultat utom i tvänne af fallen (I, II), i hvilka påträffades en, om ock föga utbredd skleros inom Gollska strängarna i ryggmärgens öfre del. Denna lesion har jag på grunder, som anförts vid beskrifningen af dessa fall, i dem bägge uppfattat som nedstigande. Häri visar den öfverensstämmelse med de nu afhandlade höggradiga ryggmärgsdegenerationerna; dock anser jag den ej vara ett tidigt utvecklingsstadium af dessa, då den erbjuder alla tecken på att hafva utvecklats helt kroniskt, under det att de andra vanligen hafva ett subakut eller akut förlopp. Den torde dock vara en följd af samma, under den perniciösa anemiens förlopp stundom verksamma, deletära inflytande på ryggmärgen, som de höggradiga förändringarna inom detta organ, fastän processen här fått ett mera kroniskt förlopp och en mindre utbredning, än hvad eljes plägar ske. Emellertid lemna dessa mina undersökningar ej någon bestämd upplysning om

degenerationens förhållande vid dess första uppträdande i fallen af tydligt utvecklade ryggmärgssjukdom.

Äfven NONNE⁴⁾ har, såsom förut omtalats, verkställt undersökning af ryggmärgen i 15 fall utan tydliga spinala symptom och i 5 funnit tämligen utbredda anatomiska förändringar. Genom dessa undersökningar finner han bekräftadt, hvad han redan i sitt tidigare arbete antagit, nämligen att degenerationen har ett nedstigande förlopp. I öfverensstämmelse härmed står ock det redan förut af mig påpekade förhållandet, att lesionen i dessa fall, där de anatomiska förändringarna med skäl kunna antagas befinna sig på ett tidigare utvecklingsstadium, än i dem, som kliniskt företett bilden af ryggmärgslidande, ej nått så långt ned i ryggmärgen som i de senare.

Således kan det för flertalet fall anses bevisadt, att *degenerationen inom Gollska strängarna börjar i halsmärgen och härifrån utbreder sig nedåt.*

På grundvalen af de nämnda undersökningarna har NONNE⁴⁾ vidare dragit den slutsatsen, att degenerationen alltid skulle börja i form af perivaskulära härdar. Likvisst visar granskningen af hans kasuistik, att han endast i ett fall (I) iakttagit isolerade härdar inom Gollska strängarna i halsmärgen; det må väl antagas, att det ej skulle undgått NONNES uppmärksamhet, ifall dessa härdar varit af hemorragiskt ursprung, fast egendomligt är, att NONNE i alla sina fall ej någon gång funnit dylika härdar. — Isolerade härdar inom Gollska strängarna i halsmärgen äro, såsom förut nämnts, iakttagna i tvänne andra fall, nämligen i MINNICHS III och IV. I det förra har synbarligen degenerationens förlopp varit mera akut än i de öfriga fallen och möjligen af annan art. Beträffande MINNICHS fall IV må, såsom förut anmärkts, nämnas, att diagnosen perniciös anemi ej kan anses fullt bevisad.

Å andra sidan har NONNE⁴⁾ i de öfriga 4 fallen utan spinala symptom funnit Gollska strängarna inom halsmärgen vara säte för en homogen degeneration, och i ett fall (I) betecknar han dem som likformigt »ljusare», hvarur det tyckes framgå, att degenerationen endast varit af ringa grad.

Således må det kunna antagas, att degenerationen af Gollska strängarna — åtminstone i några fall — redan från början uppträder som en systemlesion; emellertid tala de ofvan anförda iakttagelserna för, att processen stundom äfven här skulle kunna börja i form af perivaskulära härdar. Äfven om den sist nämnda

möjligheten skulle vinna bekräftelse och den i flertalet fall påträffade homogena degenerationen af Gollska strängarna skulle vara utgången från en ursprungligen i perivaskulära härdar uppträdande process, måste man dock antaga, att hos Gollska strängarna föreligger något för uppkomsten af dessa härdar predisponerande moment, enär processen vid sitt första framträdande, enligt allt att döma, ej gått utom dessa strängars gränser. Konsekvensen häraf skulle således blifva att antaga en ryggmärgslesion, som uppträder i form af perivaskulära degenerationshärdar, men till sin utbredning begränsar sig till ett visst »system» och inom kort utvecklar sig till en homogen degeneration af detta »system». Tvingande grunder till ett dylikt antagande tyckas mig dock ej föreligga, utan tror jag, att degenerationen inom Gollska strängarna i flertalet af de hithörande fallen äfven från början förlupit som en nedstigande systemlesion.

Man är ju emellertid van att beteckna degenerationen af dessa strängar som uppstigande. — Enär deras nervtrådar hafva sina trofiska centra i spinalganglierna, inträder ock, ifall de på någon punkt af sin bana afbrytas, vare sig genom ett trauma eller genom en patologisk process, en sekundär, uppstigande degeneration af dessa strängar, d. v. s. den ofvan det afbrutna stället belägna delen af nervtrådarna degenererar; men i fall det etiologiska moment, som ger upphof till en förändring inom dessa strängar, ej förorsakar någon total förstöring af nervtrådarna på ett visst ställe, behöfver processen ingalunda antaga ett uppstigande förlopp. Tänka vi oss, i enlighet med den för många af ryggmärgssjukdomarna herskande uppfattningen, ett i blodet cirkulerande gift som orsaken till den sjukliga processen af baksträngarnas långa banor, är detta i tillfälle att verka lika på banans alla delar, och därför måste den minst motståndskraftiga delen först drabbas af degenerationen. Nu låter det väl tänka sig, att just de delar af neuronerna, som äro mest aflägsna från de trofiska centra, altså från ganglicellerna, på grund häraf besitta den minsta vitaliteten.

Degenerationens början inom nervbanornas mest aflägsna delar har man ock sökt förklara därmed, att de skadliga inflytandena åstadkommit en lesion af ganglicellerna, fast af så lindrig grad, att den ej låter sig påvisas, samt att denna rubbning hos de trofiska centra medfört en nedsättning af nervtrådarnas vitalitet, hvilken visat sig genom en degeneration af

deras längst aflägsna och därför minst motståndskraftiga delar. Så länge de antagna förändringarna af gangliecellerna ej påvisats, tyckes mig denna förklaring något sökt.

Den förste, som omtalat en i riktning mot det trofiska centrum fortskridande degeneration af en nervbana, är troligen STRÜMPELL⁴⁰⁾; i fråga om tvänne fall af kombinerad systemlesion inom bak- och sidosträngarna säger han nämligen, att »för pyramidbanorna är antagandet af en uppstigande degeneration mycket sannolik». I en senare skildring af ett liknande fall uttalar *samme författare*⁴¹⁾ uttryckligen, att »den primära systematiska atrofien af pyramidbanorna är en uppstigande degeneration och den af lillhjärnsbanorna och Gollska strängarna en nedstigande»; därjämte framhåller han den olika riktning, i hvilken processen fortlöper vid de primära degenerationerna, jämfördt med hvad fallet är vid de sekundära. Om orsaken till dessa förhållanden uttalar han sig dock icke. VIERORDT⁴²⁾ har iakttagit en degeneration af Gollska strängarna, sträckande sig från kärnarna i förlängda märgen till ländmærgens öfre gräns, hvilken han anser haft ett nedstigande förlopp.

Förklaringen för degenerationens början i nevronernas mest aflägsna delar har GOWERS¹⁹⁾ i fråga om de perifera nerverna uttryckt på följande sätt (s. 137): »— nervfibrerna äro nervcellernas förlängda utlöpare — — — och till sin vitalitet beroende af dem. Den kraft, hvarpå deras lif hvilar, måste minskas med afståndet från dess källa, och därför är deras vitala motståndskraft mot sjukdomsalstrande inflytanden minst vid periferien». Detta åskådningssätt förefaller mycket rimligt, men erhåller naturligtvis sitt egentliga värde endast genom den tillämpning, det kan vinna för förklaringen af iakttagna fakta. GOWERS¹⁹⁾ begagnar det samma för att tolka dels den iakttagelsen, att nerverna vid multipel nevrit visa sig mera angripna, ju längre mot periferien man kommer (s. 137), dels den, att man i vissa fall af primär spastisk paraplegi (hos GOWERS ett mycket vidare begrepp än enligt den vanliga nomenklaturen) funnit degenerationen i pyramidbanorna aftaga från ländmærgen och uppåt (s. 441).

Som vidare exempel på iakttagelser, vid hvilka denna uppfattning eger tillämpning, vill jag utom de nämnda fallen af STRÜMPELL och VIERORDT anföra tvänne af MAYER²⁰⁾ nyligen meddelade fall af kombinerad systemsjukdom; hos bägge fans en intensiv degeneration af sidopyramidbanorna inom länd- och

bröstmärigen, hvilken i det ena fallet aftog i halsmärigen och ej nådde öfver pyramidkorsningen, i det andra aftog uppåt förlängda märigen och hade upphört i jämbredd med facialiskärnarna. (MAYER vidrör själf aldrig denna fråga.)

Samma åskådningssätt begagnar MARIE²¹) för att bringa sin uppfattning, att en lesion af spinalganglierna är den primära förändringen vid tabes, i öfverensstämmelse med den vid denna sjukdom ofta gjorda iakttagelsen, att baksträngarna visa vida betydligare degeneration än de bakre rötterna. Han uttrycker sin åsikt på följande sätt (s. 429): »i själfva verket är det en vanlig iakttagelse, att vid degenerationer inom nervsystemet de mest aflägsna delarna förändras först, under det att de delar af nervtrådarna, som äro belägna närmast de trofiska centra, motstå längre».

Ur det anförda torde framgå, att föreställningen om en degeneration af en nervbana, som från dess mest aflägsna del fortskrider mot dess trofiska centrum, ingalunda är ett främmande begrepp för nervpatologien.

Återgå vi nu till fallen af ryggmärgsförändringar vid perniciös anemi, finna vi i några den uppgiften, att degenerationen eller sklerosen inom halsmärigen visat mindre intensitet inom *Burdachska strängarna* än inom *Gollska* (MINNICH II, VI, v. NOORDEN, BOWMAN), hvilket talar för, att processen varit äldre å det senare stället. Att så varit förhållandet i de båda af mig undersökta fallen, har jag förut visat. Ehuru upplysningar, som kunde bekräfta denna uppfattning, ej föreligga för flertalet fall, tyckes det mig dock vara sannolikt, att degenerationen i allmänhet inom halsmärigen uppträdde senare i *Burdachska strängarna* än i *Gollska*.

I fråga om mitt fall VIII har jag på förut anförda skäl antagit, att degenerationen haft ett nedstigande förlopp inom *Burdachska strängarna* i ryggmärgens öfre del. Beträffande de af de andra författarna meddelade fallen lemna beskrifningarna ej direkta stöd för denna uppfattning men innehålla ej heller något, som motsäga den samma.

Inom *Burdachska strängarna* i hals- och bröstmärigen omfattar degenerationen, såsom förut påvisats, än hela dessa strängar än företrädesvis eller uteslutande mellersta rotzonerna. I beskrifningen af ett af de fall, som visa det först nämnda förhållandet (MINNICH V), finnes det anmärkt, att degenerationen visar tecken på att vara äldst inom mellersta rotzonen; den

skulle således hafva börjat här och sedan utbredt sig till strängarnas öfriga delar. Med ett dylikt antagande öfverensstämmer ock det förhållande, jag trott mig kunna påvisa beträffande mitt fall VIII, nämligen att degenerationen inom Burdachska strängarna skulle befinna sig i utbredning i horisontel riktning framemot grå substansen; processen är dock i detta fall altför långt gången, för att det skulle kunna afgöras, huruvida den tagit sin början inom mellersta rotzonen.

Degenerationen uppträder inom Burdachska strängarna än i homogen utbredning än fördelad i härdar; det senare har oftast varit fallet, särskildt i nedre delen af ryggmärgen. Enligt såväl MINNICHS som NOXNES undersökningar stå dessa härdar i samband med fördelningen af kärnen. Beträffande mitt fall VIII har jag funnit samma förhållande — åtminstone skenbart — inom ländmärgen vid degenerationens gräns nedåt.

Emellertid har EDINGER³⁴⁾ med bestämdhet velat förklara degenerationens anordning i härdar därigenom, att de från de olika nervrötterna inträdande trådarna i olika grad (eller några ej als) drabbats af den sjukliga processen; denna tolkning har han särskildt ansett sig kunna stödja på de förut af mig omnämnda, omfattande experimentela undersökningarna öfver baksträngarnas byggnad, som LOEWENTHAL²³⁾ nyligen meddelat. Denna EDINGERS åsikt synes ingalunda helt osannolik, och åtskilliga skäl, talande för den samma, kunna ock framdragas. Vid jämförelse mellan de vid i fråga varande fall af ryggmärgsjukdom funna bilderna och dem, LOEWENTHAL och andra författare erhållit efter öfverskärandet af bakre nervrötter, finner man ingalunda så noggrann och genomgående öfverensstämmelse, att denna uppfattning härigenom kan anses vara bevisad. Dock må här erinras om den redan förut påpekade likheten mellan lesionens utbredning inom halsmärgens öfre del i mitt fall VIII och i MAYERS²⁰⁾ och PFEIFFERS²¹⁾ fall, vid hvilka senare degenerationen kunde härledas från en affektion af de från öfre bröstnervernas bakre rötter uppstigande trådarna. En liknande utbredning af processen å detta ställe tyckes dock — så vidt jag af beskrifningar och figurer kunnat döma — för öfrigt endast förekomma i NOXNES fall I (med spinala symptom).

För att så vidt möjligt söka belysa den här afhandlade frågan om arten af degenerationen inom Burdachska strängarna i ryggmärgens öfre del och inom baksträngarna i sin helhet i

dess nedre, vill jag i och för jämförelse något ingå på förhållandena vid tabes, då denna sjukdom sedan länge är med stor omsorg studerad, och då degenerationen vid den samma nästan af alla erkännes vara af systemkarakter.

Under de senare åren har man, såsom redan förut framhållits, från flere håll enats om, att degenerationen vid tabes — åtminstone i sitt första uppträdande — är bunden till de från de bakre rötterna stammande nervtrådarna; härvid har man än förlagt den sjukliga processens upphof till en lesion af spinalganglierna (MARIE²¹) än till en från de perifera nerverna genom spinalganglierna uppstigande process (LEYDEN²⁹)*), än till en lokal, tämligen kroniskt förlöpande leptomenigit på de ställen, där de bakre nervrötterna passera genom de mjuka hinnorna; genom den ärrsammandragning, som denna process framkallar, skulle den insnörning ökas, hvilken de bakre nervrötterna här erfara redan under normala förhållanden, och sålunda kompression af dem åstadkommas (OBERSTEINER und REDLICH³³). Genom en med stor omsorg utförd analys af talrika fall af tabes har REDLICH³⁰) — såsom det tyckes mig på goda grunder — vidare kommit till det resultatet, att degenerationen i de ej för långt gångna fallen begränsar sig till de från några af de bakre rötterna stammande nervtrådarna, under det att de i andra af ryggmärgens segment inträdande trådarna gå fria. Sålunda skulle man i tabes hafva exempel på just det utbredningssätt för degenerationen, hvilket EDINGER³⁴) antagit förekomma i fallen af ryggmärgssjukdom vid pernicios anemi.

Den stora olikheten i degenerationens utbredning och anordning i dessa fall och vid tabes talar således naturligtvis emot det nämnda antagandet af EDINGER — åtminstone i den form, han framställt det samma.

Likvisst låter denna skillnad delvis förklara sig, äfven med antagande att systemlesion föreligger i fallen af ryggmärgssjukdom vid pernicios anemi. Vid tabes drabbar degenerationen nervtrådarna från de bakre rötterna omedelbart efter deras inträde i ryggmärgen, hvilket visar sig därigenom, att rotinträdeszonerna äro angripna, och lesionen når helt fram till bakre hornen i vissa delar af ryggmärgen (REDLICH³⁰). I fallen af

*) De senare åren har mycken strid förts i literaturen, om hvilken författare äran tillkommer att först hafva framställt teorien om tabes' »exogena» ursprung. Härpå finner jag ej skäl ingå, men vill endast påpeka, att äfven från skandinaviskt håll redan för länge sedan, nämligen af LANGE⁵²) (1872), grunderna för denna åsikt om tabes' patogenes klart och tydligt framstälts.

ryggmärgssjukdom vid pernicios anemi finner man däremot ej detta förhållande; beträffande mina båda fall har det redan framhållits, att degenerationen skonat de mest kaudalt belägna delarna af baksträngarnas långa banor, och att förhållandet är det samma vid de öfriga fallen, framgår däraf, att lesionen ingenstädes når fram till bakre hornen, och att den inom ländmärgen i många fall till och med begränsar sig till baksträngarnas mediala delar. I enlighet med den af mig framställda uppfattningen, att degenerationen börjar inom baksträngarnas långa banor i halsmärgen och härifrån fortskrider nedåt, kan detta förklaras på så sätt, att den ännu ej hunnit utbreda sig till dessa banors hela längd. Ett dylikt förhållande är iakttaget äfven hos den primära, uppstigande degenerationen af sidopyramidbanorna, som förekommer vid kombinerade skleroser; den har nämligen stundom befunnits ej nå längre än till förlängda märgen, såsom t. ex. i MAYERS²⁰) tvänne, förut af mig citerade fall.

En påtaglig skilnad mellan de här afhandlade fallen och tabes är vidare den, att i de förra fallen Lissauers fält konstant skonats af den sjukliga processen, men vid de senare nästan alltid befunnits intresserade. — Hos hvarje bakre nervrot kan man strax efter inträdet i ryggmärgen särskilja en medial del, bestående af gröfre trådar, som åtminstone till en stor del fortsätta direkt uppåt i baksträngarna, och en lateral del, bestående af mycket fina trådar, hvilka först förlöpa vertikalt uppåt en kortare sträcka, härvid bildande Lissauers fält, och därefter böja in i de bakre hornen, där åtminstone en del af dem snart sluta vid här (äfven i främre hornen) belägna ganglioceller (SINGER und MÜNZER²⁶), LOEWENTHAL²³), EDINGER²²), CAJAL⁵³)). I det ofvan anförda arbetet framhåller REDLICH³⁰) som en karakter, utmärkande degenerationen vid tabes, att hela det område inom ryggmärgen, som intages af de från en bakre rot stammande nervtrådarna och altså äfven Lissauers fält samtidigt angripes, om ock ej alla de här befintliga nervtrådarna degenerera på en gång, hvarför degenerationen å de förändrade områdena ej från början behöfver vara fullständig. Detta förhållande låter lätt förklara sig, om man antager åsikten om tabes' exogena ursprung.

I fallen af ryggmärgssjukdom vid pernicios anemi börjar däremot lesionen antagligen i Golliska strängarna inom halsmärgen d. v. s. i de från cellerna längst aflägsna delarna af

nevronerna och hos de nervtrådar, som hafva det längsta förloppet. Anledningen till denna lokalisation af degenerationen har jag trott mig — åtminstone delvis — kunna finna i den mindre motståndskraft, som nervtrådarna här just på grund af sin större längd skulle besitta. I full öfverensstämmelse härmed är det, att nervtrådarna inom Lissauers fält, hvilka endast hafva ett jämförelsevis helt kort förlopp (från spinalganglierna till grå substansens ganglioceller vid ungefär samma höjd af ryggmärgen), besitta större motståndskraft mot de sjukdomsalstrande inflytandena och därför undgå degenerationen.

Ur denna analys framgår det således, att degenerationen ej angripit baksträngarnas långa banor i hela deras utsträckning samt att den varit elektiv d. v. s. ej drabbat *alla* de från bakre rötterna stammade nervtrådarna. Dessa bägge egenskaper hos lesionen och särskildt den sist nämnda skulle kanske kunna förklara dess skenbart så oregelbundna fördelning.

Den uppstigande degeneration, hvilken uppkommer genom lesion af en eller några bakre nervrötter, minskas, som bekant, under sitt förlopp genom ryggmärgen oafbrutet till sin utbredning, hvilket måste bero på, att altjämt en del nervtrådar öfvergå till den grå substansen. Därför har man att vänta, att en degeneration inom de från bakre rötterna stammade trådarna skall visa olika omfattning, om den börjat inom halsmärgen, i den öfversta delen af dessa trådars banor och fortlupit nedåt eller den utgått från bakre rötterna, såsom troligen är fallet vid tabes.

Vidare må det framhållas, att vi ej ega kännedom om, huruvida de nervtrådar, som i halsmärgen bilda Golliska strängarna, inom ländmärgen helt utfylla sammanhängande fält eller spridda områden, eller de äro mera likformigt fördelade öfver en stor del af baksträngarna. Så länge vår kunskap i dessa stycken ej är fullständigare, kan frågan om degenerationens art inom Burdachska strängarna i dessa fall ej besvaras, men dess utbredning utesluter ej den möjligheten, att det är fråga om systemlesion.

Betraktar man kärleus förhållande, finner man ej stöd för, att degenerationen skulle vara af vaskulärt ursprung. Visserligen visa de förtjockning och börjande hyalin omvandling, men denna förändring påträffas äfven i flere af de fall, som äro alldeles fria från degeneration, och kan således ej uppfattas som orsaken till denna. Vidare påträffas cellinfiltration inom perivaskulärrummen, men såsom redan förut framhållits, har

denna i mina liksom i MINNICHs fall befunnits föga eller ej als utvecklade inom härdarna i ländmärgen, däremot har den framträdtt i mycket hög grad inom Golliska strängarna i halsmärgen, påtagligen de tidigast degenererade delarna. Det tyckes därför naturligt att anse den som sekundär.

I detta sammanhang vill jag erinra om, att BALLETT och MINOR⁷⁰⁾ uppfattat förekomsten af ansvalda axelcylindrar vid degeneration inom ryggmärgen som bevis för processens vaskulära karakter. Den i dessa fallen påvisade frånvaron af en dylik ansvallning skulle således tala för lesionens systematiska karakter. BALLETT och MINORS⁷⁰⁾ uppfattning tyckes MARIE²⁸⁾ ansluta sig till, men den torde ännu tarvfa vidare bekräftelse. Å andra sidan framhåller LEYDEN¹⁷⁾ uttryckligen, att »de kroniska processerna i ryggmärgssubstansen *anatomiskt* icke erbjuda några afgörande och genomgripande skiljaktigheter».

Öfvergå vi till frågan om *sidosträngs-* och *baksträngs-* lesionernas relativa ålder, tilldrager sig först det förhållandet uppmärksamheten, att sidosträngarna varit intakta i alla fall förutom ett (NONNE V) af de 6, där kliniska symptom på ryggmärgslidande saknats, men ryggmärgen dock visat tydliga anatomiska förändringar, hvilka i dessa fall säkerligen befunnit sig på ett tidigare utvecklingsskede än i den med spinala symptom. Detta förhållande talar tydligen därför, att degenerationen uppträder senare i sidosträngarna än i baksträngarna. I tvänne fall, som ej företett spinala symptom mer än den korta tiden af 2—3 månader (MINNICH III, ARNING) hafva ock sidosträngarna befunnits visa endast obetydliga förändringar. I mitt fall VIII, där bilden af ryggmärgslidandet framträdtt endast ett par månader före döden, befunnos visserligen sidosträngarna vara i mycket stor utsträckning degenererade, men lesionen erbjöd här alla tecken på ett mycket akut förlopp och har säkerligen börjat vida senare här än i baksträngarna. — I redogörelsen för MINNICHs fall V och NONNES I (med spinala symptom) är det uttryckligen anmärkt, att degenerationen i sidosträngarna erbjudit tecken på att vara af yngre datum än den i baksträngarna. Därjämte är det i MINNICHs fall VI och BOWMANS omtaladt, att sklerosen varit bättre utvecklad inom Golliska strängarna i ryggmärgens öfre del än inom sidosträngarna. Beträffande de öfriga fallen föreligga ej upplysningar, som möjliggöra slutsatser i denna punkt. — Undantag gör dock MINNICHs fall IV, vid hvilket det uttryckligen framhålls, att lesionen af sidosträngarna ej i ana-

tomiskt hänseende företer tecken på att vara af yngre datum än den i baksträngarna; däremot anmärker MINNICH, att sjukhistorien talar för, att baksträngarna skulle varit angripna före sidosträngarna. Således kan det betraktas som regel, att degenerationen först angriper baksträngarna och ej förrän senare uppträder i sidosträngarna.

Det har redan förut skildrats, inom hvilka delar af sidosträngarna processen företrädesvis uppträder. Dess utbredning efter någon viss vertikal riktning låter sig ej påvisa; den får i nästan alla fallen betecknas som diffus. Detta gäller äfven processen i framsträngarna. I det förut citerade arbetet har MAYER²⁰⁾ betonat, att det förekommer fall med systemlesion inom baksträngarna, till hvilken senare sällar sig en diffus degeneration inom fram- och sidosträngarna. Som förklaring för detta förhållande anför MAYER följande: »Man får det intrycket, att det är fråga om en genom den höggradiga förändringen af baksträngarna åstadkommen nutritionsrubbing i fram- och sidosträngarna. De härigenom betingade förändringarna äro således sekundära.»

Jag har nu sökt närmare utreda ryggmärgsdegenerationens förhållanden i fallen af spinallidande vid pernicios anemi, och ur denna analys synes det mig framgå, att degenerationens uppträdande och utbredning i de olika fallen försiggått på ett någorlunda likartadt sätt. Man skulle härför kunna uppställa följande ungefärliga typ:

Först angripas Golliska strängarna inom halsmärgen; processen visar här — åtminstone inom kort — utseendet af systemlesion, har nedstigande förlopp, men når ej helt ned till dessa nervträdarnes inträde i ryggmärgen.

Efter en tid uppträder degenerationen inom Burdachska strängarna, antagligen börjande i mellersta rotzonerna, ofta utbredande sig till nästan hela strängarna, dock alltid skonande Lissauers fält och hela zonen närmast grå substansen, har troligen äfven här ett nedstigande förlopp, visar vanligen anordning i härdar men ofta homogen utbredning — antagligen ett senare utvecklingsstadium —; kärlets förhållande talar ej för en vaskulär process, och degenerationens utbredning utesluter ej dess systematiska karakter.

Något senare än baksträngarna angripas sidosträngarna; lesionen omfattar här företrädesvis deras bakre delar inom bröstmärgen och ofta äfven inom halsmärgen, när någon gång i de mest framskruidna fallen inom bröstmärgen äfven till strängarnas främre delar, är till sin utbredning diffus.

Det är ej min afsikt att för de nu afhandlade fallen göra någon genomgående jämförelse mellan de spinala symptomen och de anatomiska förändringarna i ryggmärgen; jag vill endast söka granska, huruvida de i dessa fall iakttagna förhållandena stå i öfverensstämmelse med den häfdvunna uppfattningen om patellarreflexernas lokalisation inom ryggmärgen. Detta tyckes nämligen NONNE¹¹⁾ draga i tvifvelsmål beträffande några af fallen. Enligt WESTPHALS³²⁾ framställning är rotinträdeszonen på öfvergången från nedre bröstmärgen till ländansvällningen alltid angripen, när patellarreflexerna varit försvunna en viss tid före döden. Denna zons gränser bestämmer WESTPHAL på följande sätt (s. 567): »den begränsas inåt genom en linie, hvilken man tänker sig dragen parallelt med det bakre septum genom den punkt, vid hvilken den substantia gelatinosa, som bekläder bakre hornet, bildar en böjning inåt (nach innen zu einen Knick), en inåt framspringande vinkel; bakåt bildar ryggmärgens periferi gränsen, utåt den substantia gelatinosa, som bekläder bakre hornets inre sida samt de bakre rötternas inträde i spetsen af bakre hornet (resp. i substantia gelatinosa)». På grund af den kunskap, man numera eger om betydelsen af sjukliga förändringar hos de perifera nerverna för patellarreflexernas försvinnande, måste WESTPHALS framställning modifieras därhän, att visserligen degeneration af det nämnda området i ryggmärgen medför patellarreflexernas försvinnande, men att deras frånvaro ej bevisar förekomsten af förändringar i ryggmärgen*). Således kan ej heller deras frånvaro i fall af ryggmärgsdegeneration med full säkerhet hänföras till denna.

Af de här i fråga varande fallen visade 6 normala eller stegrade patellarreflexer (MINNICH IV, VI, NONNE I, II (med spinala symptom), BOWMAN och mitt fall IX)**). Granskar man de öfver dessa meddelade afbildningarna från ryggmärgen, finner man rotinträdeszonen i nedre bröst- och öfre ländmärgen intakt i alla fallen utom BOWMANS, och i detta var den blott delvis degenererad. I MINNICHS fall V befunnos patellarreflexerna försvagade; här var den nämnda zonen i ryggmärgen angripen,

*) MINNICH har så väl vid några fall af perniciös anemi som vid andra kakektiska tillstånd funnit patellarreflexerna frånvarande, men ryggmärgen utan förändringar; han hänför det nämnda symptomet till en genom kakekxien alstrad förändring af muskulaturens funktionsförmåga.

**) Äfven i TAYLORS fall I kvarstodo patellarreflexerna, men det upptages ej, då så föga är känt om de anatomiska förändringarna.

men då lesionen var anordnad i härdar, funnos mellan dem partier med kvarstående nervtrådar, hvilket kan förklara patellarreflexernas fortbestånd. Således tala dessa fall ej emot lokaliseringen af patellarreflexernas funktion till Westphals zon. I de fall, där dessa reflexer befunnits vara stegrade, hafva sidosträngarna alltid varit angripna, hvilket således väl öfverensstämmer med vår uppfattning om pyramidbanornas betydelse för reflexhämningen.

III.

I det föregående har jag sökt påvisa det i de olika fallen af ryggmärgsförändring vid pernicios anemi gemensamma för den kliniska bilden och för de anatomiska förändringarna samt vill nu öfvergå till att jämföra dessa fall med de ryggmärgsjukdomar, som i anatomiskt afseende skulle kunna stå dem närmast.

Den omständigheten, att ataxi och rubbningar af hudsensibiliteten vanligen förekomma, samt att sjukdomen — åtminstone ofta — företrädesvis lokaliserar sig till baksträngarna, skulle möjligen kunna föra tanken på, att det i dessa fall förelåge *tabes*. Jag behöfver emellertid ej uppehålla mig länge med att vederlägga en dylik förmodan, då detta redan på ett grundligt och öfvertygande sätt utförts af NONNE¹¹⁾, utan vill endast i korthet anföra de förhållanden, genom hvilka dessa fall skilja sig från *tabes*, nämligen först i kliniskt afseende: det vida hastigare förloppet, den konstanta frånvaron af lancinerande smärtor^{*}), men lika konstanta närvaron af parestesier, den ofta inträdande stegringen af patellarreflexerna, det nästan konstanta kvarståendet af pupillarreflexerna för ljus, den i jämförelse med förhållandet vid en långt gången *tabes* vanligen endast måttliga sensibilitetsrubbningen, den konstanta frånvaron af smärtledningens förlångsammande, den vanligen högggradiga paresen af nedre extremiteterna, vidare paresens, ataxiens och sensibilitetsrubbningens tendens att inom kort utbreda sig äfven till armarna samt slutligen frånvaron af de vid *tabes* ofta förekommande ögonmuskelförlamningarna m. fl. vid denna sjukdom ofta uppträdande symptom; och i anatomiskt afseende: de mikroskopiska bilderna, som i nästan alla fallen tydligen utvisa en akut eller

^{*}) NONNE¹¹⁾ uppgifver visserligen, att lancinerande smärtor skulle förekommit i tvänne af MINNICUS fall, men jag har ej funnit stöd härför hvarken i dennes sjukhistorier eller epikriser.

subakut process; den i vissa delar af ryggmärgen vanligen förekommande fördelningen af lesionen i härdar; processens egenskap att i första hand och i största utbredning angripa halsmärgen, under det att ländmärgen, särskildt dess nedre del och sakralmärgen, ej als eller blott i ringa grad drabbas af densamma; lesionens lokalisation inom ryggmärgens nedre del, hvilken är olika den vid tabes särskildt däri, att baksträngarnas mest laterala delar äro intakta, hvaraf följer, att de långa banornas kaudala ände skonats af degenerationen; samt å ena sidan processens bestämda tendens att utbreda sig öfver den hvita substansen å hela tvärsnittet, å andra sidan dess egenskap att lemna Lissauers fält, grå substansen och bakre nervrötterna intakta; och slutligen den nästan konstanta frånvaron af skrumpling af baksträngarna.

Mitt fall IX visar emellertid ej i alla de ofvan anförda förhållandena olikhet med tabes, utan öfverensstämmer med denna sjukdom genom det jämförelsevis kroniska förloppet och skrumplingen af Gollska strängarna. Dock kan man med bestämdhet afvisa tanken på tabes, dels på grund af frånvaron af lancinerande smärtor, stegringen af patellarreflexerna och kvarstående af pupillarreflexerna, dels på grund af frånvaron af lesion inom Lissauers fält, grå substansen och bakre nervrötterna; vidare gäller det äfven i detta fall, att den mest kaudala delen af baksträngarnas långa banor, i motsats till hvad förhållandet är vid tabes, skonats af degenerationen. Mot tabes talar äfven afgjort den omständigheten, att ländmärgen är till allra största delen intakt, och att den degeneration af helt lindrig grad, som finnes i dess öfre del, inskränker sig till baksträngarnas mediala partier, utan att dock nå helt fram till det mediana septum. Vid tabes är däremot vanligen rotinträdeszonen för ländnerverna och de nedersta bröstnerverna intensivast drabbade af degenerationen (REDLICH³⁰). Emellertid finnas några fall beskrifna, där baksträngarna varit mest angripna i ryggmärgens öfre del, men inom ländmärgen nära eller alldeles fria s. k. tabes cervicalis (MARTIUS³⁵), LEYDEN³⁶), RAYMOND³⁷), REDLICH³⁰)*). Ej håller till denna sjukdom kan

*) EICHHORST³⁵) har offentliggjort ett något likartadt fall, som han benämner tabes dorsalis cervicalis. Det har emellertid ej upptagits här ofvan, då det af den lemnade, mycket ofullständiga beskrifningen ej framgår, huru degenerationen förhållit sig inom halsmärgen. EICHHORST tyckes nämligen hafva meddelat fallet snarast på grund af det intresse, det kunde ega för frågan om patellarreflexernas lokalisation inom ryggmärgen.

mitt i fråga varande fall hänföras; ty dels hafva de spinala symptomen under första åren begränsat sig till nedre extremiteterna, under det att de vid tabes cervicalis företrädesvis uppträda i öfre; dels har degenerationen inom ryggmärgens öfre del med den största utbredningen och intensiteten drabbat Golliska strängarna, under det att den vid tabes cervicalis öfvervägande eller uteslutande angriper Burdachska.

EISENLOHR¹⁰⁾ har beträffande sitt fall uttalat, att degenerationens lokalisation inom baksträngarna tämligen väl motsvarar en typisk tabes, men han har ej lemnat någon detaljerad skildring af de anatomiska förhållandena.

Då i mitt fall IX syfilis förefunnits i anamnesen, skulle man möjligen vilja uppfatta förändringen i ryggmärgen som en *syfilitisk affektion*. Emellertid utvecklar sig ryggmärgssyfilis i de allra flesta fall samtidigt med och beroende af en affektion af hinnorna, hvaraf här ej finnes spår, och i de fall, där ingen meningitis finnes, uppträder den syfilitiska lesionen i form af en eller flere hårdar med diffus utbredning [MÖLLER⁵⁵⁾, LAMY⁵⁴⁾, LENNEMALM⁶⁹⁾ CLARKE¹³⁾]; däremot kan man ej såsom en direkt syfilitisk förändring beteckna en degeneration, hvilken såsom denna hufvudsakligen har karakteren af systemlesion. — I detta fall funnos visserligen förändringar af kärlden inom det degenererade området, men ingenstädes spår af cellproliferation hos kärlväggarna, hvilken utmärker den syfilitiska kärlförändringen. Denna kärillesion hade ej heller den oregelbundna, spridda utbredning, som är karakteristisk för den syfilitiska, utan var fullt likformigt fördelad öfver hela det degenererade partiet. Troligen har den varit sekundär i förhållande till degenerationen af nervtrådarna. Den tyckes haft stor likhet med den KRAUSS⁵⁶⁾ beskrifvit och afbildat i sitt omfattande arbete om de anatomiska förändringarna vid tabes, och hvilken han säger ofta hafva varit af hyalin natur; han betonar, att den ej kunde härledas från syfilis. Således kan en direkt syfilitisk affektion uteslutas.

Däremot kunde man tänka på, att ryggmärgslesionen i detta fall kunde vara en parasyfilitisk (FOURNIER⁵⁷⁾) förändring. Vår kunskap om betydelsen af syfilis för uppkomsten af ryggmärgssjukdomar är emellertid altför ofullständig för att afgöra detta, men häremot talar det förhållandet, att ryggmärgsförändringen i detta fall, fränsedt de olikheter, som äro en följd af det mera kroniska förloppet, ej i så väsentlig grad afviker från den vid

de öfriga fallen af perniciös anemi, att den ej skulle kunna anses vara af samma natur.

Då degenerationen af ryggmärgen i de flesta fallen utbredd sig äfven till sidosträngarna, måste man snarast jämföra dessa fall med de sjukdomar, vid hvilka både bak- och sidosträngarna visa degenerativa förändringar.

Så är förhållandet i ett stort antal fall af *dementia paralytica*. Jämföra vi de anatomiska förändringarna vid denna sjukdom, härvid begagnande den på mycket omfattande undersökningar hvilande beskrifning, som FÜRSTNER⁵⁸⁾ lemnat, med dem vid de här afhandlade fallen, finna vi åtskilliga olikheter. FÜRSTNER uppgifver nämligen, att degenerationen ej alltid är symmetrisk, utan ofta starkare å ena sidan, att den vanligen är äldst och mest uttalad inom sidosträngarna, ej angriper Gollska strängarna i högre grad än Burdachska, att den inom baksträngarna ej i likformig utbredning når öfver någon större sträcka af ryggmärgen, utan är »af circumskript art» samt slutligen att kronisk leptomenigit alltid finnes. I samtliga dessa punkter visa fallen af ryggmärgsdegeneration vid perniciös anemi afvikande förhållanden.

De ryggmärgsförändringar, som påträffas vid *pellagra* *) och hvilka nyligen varit föremål för en omsorgsfull undersökning af TUCZEK⁵⁹⁾, visa i många hänseenden öfverensstämmelse med dem vid perniciös anemi. I de af denne författare beskrifna fallen funnos nämligen: mjuka hinnorna oförändrade, likaså nervrötterna, Lissauers fält och grå substansen (med ett undantag); degenerationen af baksträngarna intensivare och tro- ligen äldre än den af sidosträngarna samt hufvudsakligen begränsad till Gollska strängarna och mellersta rotzonerna **). Dock afveko dessa fall i följande hänseenden från, hvad man funnit vid perniciös anemi: lesionen af baksträngarna gick genom hela ryggmärgen och var mest utvecklad i bröstmärgen eller stundom öfversta ländmärgen, och processen i sidosträngarna var en till pyramidbanorna begränsad systemlesion, som nådde ned genom hela ryggmärgen.

*) De förändringar i ryggmärgen, som iakttagits vid ergotinförgiftning, förbigår jag här, då de endast uppträda inom baksträngarna.

***) MARIE²¹⁾ lemnar en framställning af ryggmärgslesionen vid pellagra, som på några punkter afviker från hvad TUCZEK⁵⁹⁾ meddelat. Utom den sist nämnde författaren citerar emellertid MARIE tvänne italienska (TONNINI, BELMONDO), hvilkas arbeten ej varit mig tillgängliga.

Öfvergå vi nu till de fall af kombinerad skleros af bak- och sidosträngarna, vid hvilka ryggmärgssjukdomen — åtminstone synbarligen — intager en mera själfständig ställning, möta vi först *Friedreichs hereditära ataxi*, som är den bäst afgränsade sjukdomsformen å detta område. Dess kliniska bild är så karakteristisk och så afvikande från de här afhandlade fallens, att jag ej behöfver uppehålla mig med att påpeka skiljaktigheterna. I fråga om de anatomiska förändringarna i ryggmärgen finnas emellertid åtskilliga likheter; så eger äfven i Friedreichs sjukdom degenerationen största intensiteten inom baksträngarna [och kanske äfven största åldern FRIEDREICH⁶⁰), ERLICKI und RYBALKIN⁶¹), RÜTIMEYER⁶²)] och är i öfre delen af ryggmärgen bättre utvecklad inom Gollska strängarna än inom Burdachska samt stannar inom sidosträngarna hufvudsakligen inom deras dorsala hälfter. Å andra sidan afviker Friedreichs sjukdom väsentligt i följande hänsenden: ryggmärgens mjuka hinnor äro öfveralt eller på vissa områden förtjockade; processens mikroskopiska karakter, i öfverensstämmelse med sjukdomens kroniska förlopp, helt olika; degenerationen väl utvecklad i ryggmärgens hela längd både i bak- och sidosträngar; inom de förra omfattar den i ländmärgen äfven de alldeles intill bakre hornen liggande partien [RÜTIMEYER⁴⁶), GOWERS¹⁹), AUSCHER⁶²)*]; degenerationen af bakre nervrötterna konstant, stundom mest utvecklad i ryggmärgens nedre del [FRIEDREICH⁶²), RÜTIMEYER⁶³)]; lesion af Clark'ska pelarna (undantag härifrån bildar endast ett af CLARKE⁶⁶) meddeladt fall); tydlig karakter af systemlesion hos processen i sidosträngarna (ERLICKI und RYBALKIN⁶¹), RÜTIMEYER⁶²), SCHULTZE⁶⁴)**).

Ur det stora antalet fall kombinerad skleros af bak- och sidosträngarna har STRÜMPELL⁶⁷) sökt utskilja några till en särskild grupp, hvilken han benämner *hereditär spastisk spinalparalys*. I kliniskt afseende äro dessa fall genom sin tydliga hereditära natur, sitt kroniska förlopp och symptomens begränsning till bilden af en spastisk spinalparalys, endast förbunden med en rubbning af temperatursinnet, fullkomligt skild från fallen af ryggmärgssjukdom vid pernicios anemi. Med de senare erbjuda emellertid ryggmärgsförändringarna vid de trenne

*) Beträffande det af AUSCHER meddelade fallet ligger emellertid den misstanken ganska nära, att det varit fråga om en vanlig tabes.

**) SCHULTZE⁶⁰), ⁶⁵) har visserligen först, då han offentliggjorde de tvänne af honom anatomiskt undersökta fallen, uttalat sig för sidosträngslesionens diffusa natur, men i det senare, ofvan citerade arbetet ändrat denna uppfattning.

af STRÜMPELL⁴⁰⁾,⁴¹⁾ anatomiskt undersökta fallen öfverensstämme genom den likartade utbredningen af degenerationen inom baksträngarna och dess här tydligen nedstigande förlopp. En väsentlig skilnad är dock, att i STRÜMPELLS fall sidosträngarna varit såväl tidigast som intensivast angripna, att den här därjämte haft karakteren af tydlig systemdegeneration, samt att i åtminstone tvänne af fallen Clark'ska pelarna varit angripna.

Beträffande de öfriga, ganska talrika fall, som beskrifvits af kombinerad skleros af bak- och sidosträngarna, tyckes det mig knappast möjligt att göra en genomgående jämförelse med de här afhandlade fallen, då de förra så väl i kliniskt som anatomiskt afseende visa sinsemellan mycket olikartade förhållanden, och då de ej äro indelade i bestämda grupper. Den mest omfattande sammanställningen af dessa fall är troligen den af LENNMALM¹⁸⁾ utförda; den indelning af dem han företager är dock mera utförd efter etiologiska synpunkter än efter de kliniska och anatomiska förhållandena. Det tyckes mig så mycket mindre skäl att söka göra den nämnda jämförelsen, som man ingalunda med säkerhet kan afvisa den möjligheten, att vid några af de tidigare beskrifna fallen af kombinerad skleros af bak- och sidosträngarna därjämte perniciös anemi varit för handen.

Ur min sammanställning af fallen af ryggmärgssjukdom vid perniciös anemi torde det emellertid framgå, att degenerationen i alla dessa fall tämligen regelbundet utvecklats sig efter en viss typ, liksom den kliniska sjukdomsbilden visar mycket väsentliga öfverensstämmelser i de olika fallen. På grund häraf tyckes det mig sannolikt, att de i fråga varande fallen äfven i nevrologiskt hänseende kunna sammanställas till en särskild grupp.

Emellertid hafva förändringar i ryggmärgen påträffats äfven vid några andra sjukdomar, som medföra ett kakektiskt tillstånd, nämligen vid tuberkulos, diabetes mellitus och morbus addisonii; stundom har man äfven ställt dessa förändringar i jämbredd med dem vid perniciös anemi (ZIEGLER⁶⁵⁾). Den närmare granskningen af de fall af detta slag, som finnas beskrifna, visar dock, att detta ej är berättigadt. Vid de få fall af tuberkulos och diabetes med ryggmärgsförändringar, som hittills meddelats, är det nämligen sannolikt ej fråga om verklig degeneration utan om förändringar af samma slag, som MINNICH⁸⁾ funnit vid en mängd sjukdomar, hvilka medföra ett kroniskt,

kakektisk tillstånd *). Vid de till ett ej ringa antal meddelade fallen af morbus addisonii med förändringar i ryggmärgen tyckes det däremot vanligen hafva varit verklig degeneration, fast af lindrig grad och utan klinisk betydelse **).

Således kunna ryggmärgsförändringarna vid dessa sjukdomar ej ställas i jämbredd med de vid åtskilliga fall af perniciös anemi iakttagna höggradiga degenerationerna af baksträngarna eller ännu oftare af både bak- och sidosträngarna.

Hvad nu beträffar orsaken till den vid perniciös anemi stundom förekommande ryggmärgssjukdomen, kan på förut anförda grunder ett tillfälligt sammanträffande mellan de båda sjukdomarna uteslutas, och måste därför något sammanhang i kausalt hänseende existera dem emellan.

Detta kan man då tänka sig antingen så, att anemien gifver upphof till den sjukliga processen i ryggmärgen, eller att det finnes en för båda sjukdomarna gemensam orsak; och tyckes mig detta uppfattningssätt vara det sannolikaste. För det samma talar nämligen den omständigheten, att i några fall en ryggmärgssjukdom, antagligen likartad med den i de öfriga, framträdte redan före anemien; och denna åsikt står kanske äfven bäst i öfverensstämmelse med vårt nuvarande uppfattningssätt af i fråga varande sjukdomar. Man antager nämligen numera allmänt något slags toxiskt tillstånd som den närmaste orsaken till den höggradiga blodförändringen vid perniciös anemi, ett antagande, som för öfrigt låter väl förena sig med åsikten om sjukdomens parasitära natur; och äfven för en stor del af ryggmärgssjukdomarna vill man finna orsaken i någon slags giftverkan från blodet. Så till vida möter altså antagandet af någon gemensam orsak för de båda sjukdomarna ej några särskilda svårigheter. Däremot äro vi fullkomligt ur stånd att lemna någon förklaring, hvarför ryggmärgssjukdomen endast uppträder i några fall af perniciös anemi och synbarligen endast i relativt få.

*) Förf. har i sitt förut anförda arbete beskrifvit en vid ett fall af tuberkulos påträffad förändring af ryggmärgen, alldeles identisk med den ofvan nämnda, af MINNICH⁸⁾ funna.

***) Förf. har i det nämnda arbetet lemnat en redogörelse för dessa fall och framställt grunderna för den väl äfven uttalade uppfattningen.

Sammanfattning.

1) Vid perniciös anemi påträffas vanligen (konstant?) i ryggmärgen små blödningar och ur dem uppkomma skleroser, hvilka sakna klinisk betydelse.

2) Kärlen visa mycket ofta förtjockning och börjande hyalin omvandling, hvilken förändring ingalunda alltid är förknippad med degeneration af nervelement.

3) I några — så vitt af den hittills samlade erfarenheten kan dömas blott jämförelsevis få — fall af perniciös anemi uppträder en verklig ryggmärgssjukdom; ett tillfälligt sammanträffande af denna med anemien kan med säkerhet uteslutas.

4) I dessa fall visar själfva anemiens sjukdomsbild inga afvikande förhållanden från, hvad man eljest iakttagit, och man känner ingen anledning till, att ryggmärgssjukdomen endast uppträder i några fall af perniciös anemi. Bland dessa förekomma äfven de etiologiskt skilda former, man relat uppställu af den perniciösa anemien.

5) Ryggmärgssjukdomen uppträder med något växlande symptom; dock kan en viss typ påvisas hos alla fallen.

6) I anatomiskt hänseende visa visserligen förändringarna i ryggmärgen afsevärda olikheter, men dessa låta till stor del förklara sig därigenom, att processen i de olika fallen befunnit sig på ett olika utvecklingsstadium; ur den närmare analysen af fallen framgår nämligen, att degenerationen förlöper efter en tämligen regelbunden typ.

7) Sannolikt är, att dessa fall af ryggmärgssjukdom äfven i neurologiskt hänseende bilda en särskild grupp.

8) Med största skäl tyckes man kunna antaga något toxiskt tillstånd som den gemensamma, närmaste orsaken till både ryggmärgssjukdomen och anemien.

9) Förändringarna i ryggmärgen i dessa fall äro af helt annan art än de vid tuberkulos och diabetes påträffade; dessa äro nämligen — enligt allt att döma — identiska med de af МИХНИН⁶⁴) vid olika kakektiska tillstånd påvisade, hvilka uppträda först helt kort före döden och sakna all klinisk betydelse.

10) Äfven kunna förändringarna i dessa fall utan trekan skiljas från den föga uttalade och kroniskt förlöpande degeneration, som ofta påträffas vid morbus Addisonii.

Litteraturförteckning.

- 1) A. BIERMER: Korrespondenzblatt für schweiz. Aerzte, bd 2, n:r 1. 1872. ordagrant citerad hos ⁵⁾.
- 2) H. MÜLLER: Die progressive perniciöse Anemie. Zürich 1877.
- 3) H. EICHHORST: Die progressive perniziöse Anemie. Leipzig 1878.
- 4) M. NONNE: Weitere Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe letaler Anemien beobachteten Spinalerkrankungen. Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilk., bd 6, s. 313, 1895.
- 5) LEICHTENSTERN: Ueber progressive perniciöse Anemie bei Tabeskranken. Deutsche medic. Wochenschrift, 1884, s. 849.
- 6) LICHTHEIM: Verhandlungen des Congresses für innere Medic., 1887, s. 84.
- 7) W. MINNICH: Zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciösen Anemie beobachteten Spinalerkrankungen. Zeitschr. für Klin. Medic., bd 21, s. 25 och 264, 1892.
- 8) W. MINNICH: Dito, bd 22, s. 60, 1893.
- 9) C. V. NOORDEN: Untersuchungen über schwere Anemien. Charité-Annalen, 1891, s. 217 och 1892, s. 202.
- 10) EISENLOHR: Ueber primäre Atrophie der Magen- und Darmschleimhäute und deren Beziehungen zur schweren Anemie und Rückenmarkserkrankung. Deutsch. medic. Wochenschrift, 1892, n:r 49, s. 1105.
- 11) M. NONNE: Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciösen Anemie beobachteten Spinalerkrankungen. Archiv für Psychiatrie, bd 25, s. 421, 1893.
- 12) H. M. BOWMAN: On the association of disease of the spinal cord with pernicious anaemia. The Brain, bd 66, s. 198, 1894.
- 13) C. ROESEBECK: Ein Fall von perniciöser Anemie mit schwerer Erkrankung des Rückenmarkes. Inaug. Dissert. Göttingen, 1894.
- 14) A. ARNING: Ein Fall von perniciöser Anemie mit Degenerationserscheinungen in den Hintersträngen. Inaug. Dissert., Leipzig. 1894.
- 15) W. BULLOCH: Hyaline degeneration of the spinal cord. The Brain, 1892, s. 411.
- 16) J. TAYLOR: The Lancet, 1895, 1, d. ³⁰/₃, s. 808.
- 17) E. LEYDEN: Ueber chronische Myelitis und die Systemerkrankungen im Rückenmark. Zeitschr. für Klin. Medicin, bd 21 s. 1, 1892.
- 18) F. LENNMALM: Om kombinerade skleroser i ryggmärgens bak- och sidosträngar. Hygiea, bd 56 II, s. 148, 1894.

- 19) W. R. GOWERS: A manual of diseases of the nervous system. Sec. Edition, bd 1, London 1892.
- 20) K. MAYER: Ueber die combinirten systematischen Erkrankungen der Rückenmarksstränge. Beiträge zur klin. Medic. und Chirurg., h. 4. Wien und Leipzig 1894.
- 21) PIERRE-MARIE: Maladies intrinsèques de la moelle épinière. Traité de Méd., tome VI, s. 307, 1894.
- 22) L. EDINGER: Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. Vierte Auflage. Leipzig 1893.
- 23) N. LOEWENTHAL: Neuer experimentell-anatomischer Beitrag zur Kenntniss einiger Bahnen im Gehirn und Rückenmark. Internat. Monatsschrift für Anat. und Physiol., bd 10, s. 168, 1893.
- 24) C. WESTPHAL: Ueber einen Fall von sog. spastischer Spinalparalyse mit etc. Archiv für Psychiatrie., bd 15, s. 224, 1884.
- 25) H. TOOTH: The Gulstonian Lectures on secondary degeneration of the spinal cord. — The Brit. med. Journal 1889, I, s. 753.
- 26) J. SINGER und E. MÜNZER: Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems insbesondere des Rückenmarks. Denkschrift des Kais. Akademie der Wissens. im Wien, bd 57, s. 569, 1890.
- 27) R. PFEIFFER: Zwei Fälle von Lähmung der unteren Wurzeln des Plexus brachialis. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk., bd 1, s. 345, 1891.
- 28) P. MARIE: Leçons sur les maladies de la moëlle. Paris 1892.
- 29) LEYDEN: Die neuesten Untersuchungen über die pathologische Anatomie und Physiologie der Tabes dorsalis. Neurolog. Centralbl., 1894, s. 42.
- 30) E. REDLICH: Die hinteren Wurzeln des Rückenmarkes und die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis. Jahrbücher für Psychiatrie, bd 11, s. 1, 1892.
- 31) P. FOA: Policlinico, Gingo 1890, n:r 5, cit. enl. Centralbl. für allgem. Pathol., bd 2, s. 72, 1891.
- 32) C. WESTPHAL: Ueber Fortdauer des Kniephänomens bei Degeneration der Hinterstränge. Arch. für Psychiatrie, bd 17, s. 547, 1886.
- 33) H. OBERSTEINER und E. REDLICH: Ueber Wesen und Pathogenese der tabischen Hinterstrangsdegeneration. Arbeiten aus dem Institute für Anat. und Physiol. des Centralnervensystems an der Wiener Univ. 1894, cit. enl. Neurologisches Centralbl., 1894, s. 454.
- 34) L. EDINGER: Eine neue Theorie über die Ursachen einiger Nervenkrankheiten, insbesondere der Neuritis und der Tabes. Samml. klin. Vorträge von Volkmann, N. F., n:r 106, 1894.
- 35) MARTIUS: Ueber einen Fall von Tabes dorsalis. Deutsche medic. Wochenschr. 1888, s. 163.
- 36) LEYDEN: Deutsche medic. Wochenschr., 1888, s. 164.

- 37) F. RAYMOND: Lésions spinales du tabes au début., Revue de Médec., bd 11, s. 1, 1891.
- 38) H. EICHHORST: Das Verhalten des Patellarsehnenreflexes bei Tabes dorsalis cervicalis. Virchow's Archiv, bd 125, 1891.
- 39) W. MANZ: Veränderungen in der Retina bei Anemia progressiva perniciosa. Centralbl. für die medic. Wissenschaften, bd 13, s. 675, 1875.
- 40) A. STRÜMPELL: Beiträge zur Pathologie des Rückenmarks. Arch. für Psychiatrie, bd 11, s. 27, 1881.
- 41) A. STRÜMPELL: Ueber eine bestimmte Form der primären combinirten Systemerkrankung des Rückenmarks etc. Arch. für Psychiatrie, bd 17, s. 217, 1886.
- 42) O. VIERORDT: Degeneration der Goll'schen Stränge bei einem Potator. Arch. für Psychiatrie, bd 17, s. 365, 1886.
- 43) E. REDLICH: Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der Paralysis agitans etc. Jahrbücher für Psychiatrie, bd 12, s. 384, 1894.
- 44) M. LITTEN: Zur Pathologie des Blutes. Berl. klin. Wochenschrift, 1883, nr 27, s. 405.
- 45) H. RIBBERT: Ueber multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks, Virchow's Archiv, bd 90, s. 243, 1882.
- 46) E. AUSCHER: Sur un cas de maladie de Friedreich avec autopsie. Arch. de Physiol. norm. et patholog., bd 25, s. 340, 1893.
- 47) KETSCHER: Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans etc. Zeitschr. für Heilkunde., bd 13, s. 445, 1892.
- 48) DEMANGE: Tvänne afhandlingar i Revue de médecine, 1884, s. 753 och 1885, s. 1; cit. enl. *E. Copin*, Contribution à l'étude des troubles médullaires chez les athéromateux. Thèse pour le d., Paris 1887.
- 49) X. FRANCOTTE: Études sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière. Archives de Neurologie, bd 20, s. 46, 1890.
- 50) H. SCHMAUS: Die Kompressionsmyelitis bei Karies der Wirbelsäule, Wiesbaden 1890.
- 51) E. A. HOMÉN: Contribution expérimentale à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moelle épinière. Helsingfors 1885.
- 52) C. LANGE: Om Ledningsforholdene i Rygmærves Bagstränge samt nogle Bemærkninger om Patologien af tabes dorsalis. Nord. med. arkiv, bd 4, nr 11, 1872.
- 53) S. R. CAJAL: Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux chez l'homme et chez les vertébrés. Édition française. Paris 1895.
- 54) M. MÖLLER: Studier öfver ryggmärgssyfilis. Nord. med. arkiv, bd 22, nr 22, 1890.
- 55) H. LAMY: Syphilis des centres nerveux. Traité de Médecine, tom VI, s. 605, 1894.
- 56) E. KRAUSS: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis. Arch. für Psychiatrie, bd 23, s. 387, 1892.
- 57) A. FOURNIER: Les affections parasymphilitiques, Paris 1894.

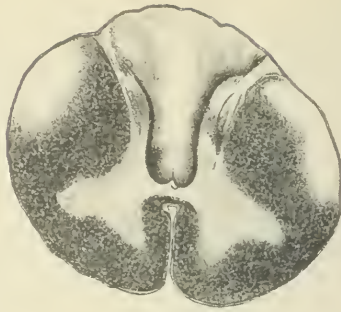
- 58) FÜRSTNER: Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse etc., Arch. für Psychiatrie, bd 24, s. 83, 1892.
- 59) F. TUCZEK: Klinische und anatomische Studien über die Pellagra, Berlin 1893.
- 60) N. FRIEDREICH: Ueber Ataxie mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Formen. Virchow's Archiv, bd 70, s. 140, 1877.
- 61) U. ERLICKI und J. RYBALKIN: Zur Frage über die combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarks. Archiv für Psychiatrie, bd 17, s. 693, 1886.
- 62) L. RÜTIMEYER: Ueber hereditäre Ataxie. Ein Beitrag zu den primären combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarks. Virchow's Archiv, bd 110, s. 215, 1887.
- 63) N. FRIEDREICH: Ueber degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge. Virchow's Archiv, bd 26, s. 391 och s. 433, 1863.
- 64) FR. SCHULTZE: Ueber Friedreich's Krankheit und ähnliche Krankheitsformen. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk., bd 5, s. 27, 1894.
- 65) FR. SCHULTZE: Ueber combinirte Strangdegenerationen in der Medulla spinalis. Virchow's Archiv, bd 79, s. 132, 1880.
- 66) J. M. CLARKE: A case of Friedreich's disease or hereditary ataxy with necropsy. Brit. Med. Journal, 1894, II, s. 1294.
- 67) A. STRÜMPELL: Ueber die hereditäre spastische Spinalparalyse. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk., bd 4, s. 173, 1893.
- 68) E. ZIEGLER: Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Pathologischen Anatomie, 7 uppl., bd II, Jena 1892.
- 69) J. M. CLARKE: On syphilitic affections of the spinal cord. The Lancet, 1894, I, s. 1297.
- 70) G. BALLETT et L. MINOR: Étude d'un cas de fausse sclérose systématique combinée de la moelle. Archiv. de Neurol., bd 7, s. 44, 1884.
-

Förklaring till bilderna.

- I. Tvärsnitt från förlängda märgen och ryggmärgen i fall VIII. Tecknade efter Weigerts preparat (⁴/₁):
a: förlängda märgens nedre del.
 1. bakre hornens hufvud.
 2. degenerationsfältet inom sidosträngarna.
b—k: ryggmärgen.
- II. Tvärsnitt från ryggmärgen i fall IX. Tecknade efter Weigerts preparat (⁴/₁). (I fig. e och e är den degenererade pyramidbanan belägen på v. sida, hvilket beror på en felaktig vändning af preparaten).
- III. Hemorragisk härd med börjande skleros från hvita substansen i fall I:
 1. härdens ena hälft, tecknad efter ett Weigerts preparat.
 2. härdens andra hälft, tecknad efter ett nigrosin-preparat (²⁰⁰/₁).
b: röda blodkroppar
m: ansvälda nervtrådar
s: den förtjockade mellansubstansen
H: bakre hornet.
- IV. Degenererad parti från baksträngarna i ländansvällningen i fall VIII, tecknad efter Weigert-Pals preparat med kärnfärgning med alunkarmin (²⁰⁰/₁) (ett par af luckorna i kanten af teckningen stamma från ett nära liggande ställe i preparatet).
n. n.: normala, tvärskurva nervtrådar
h.: horisontelt förlöpande nervtrådar (från bakre rötternas instrålning).
n.: den förökade mellansubstansen
n. k.: nevroglians kärnar
m.: måttligt ansvälda mägskidor
l.: mägskidor, som ansvält till form af luckor.
k.: kärnar hos i luckorna invandrade levkocyter.
c.: en liten korncell, belägen inne i en lucka.
b.: blodkärl.
- V. Parti från sidosträngens randdegeneration inom bröstmärgen i fall VIII, tecknad efter ett karminpreparat med kärnfärgning med alunhematoxylin (²⁰⁰/₁).
n.: kvarvarande, oförändrade nervtrådar.
n. k.: nevroglians kärnar.
m.: mellansubstansen.
k.: kornceller.
- VI. Tvärsnitt af nästan fullständigt degenererad parti från baksträngarna i bröstmärgen i fall IX, tecknad efter ett Weigerts preparat (²⁰⁰/₁).
h.: horisontelt förlöpande fibriller.
v.: vertikalt förlöpande fibriller.
p.: utvidgad perivaskulär-rum.
d.: inom detta belägen detritus-massa.
n.: kvarstående, med hematoxylin färgbara nervelement.



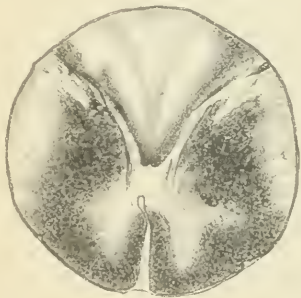
I. a.



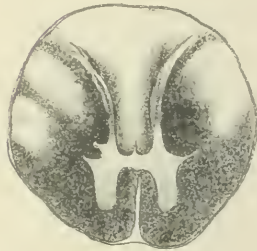
I. d.



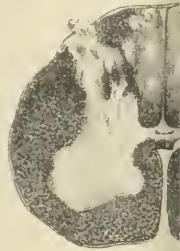
I. h.



I. b.



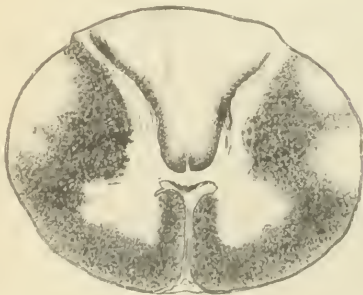
I. e.



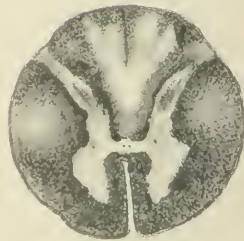
I. i.



I. f.



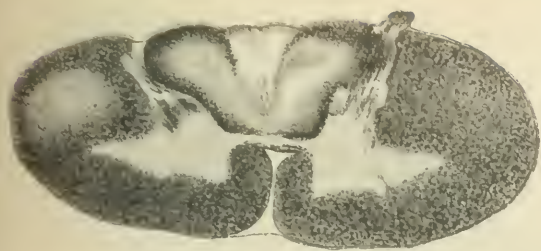
I. c.



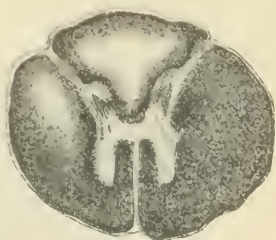
I. g.



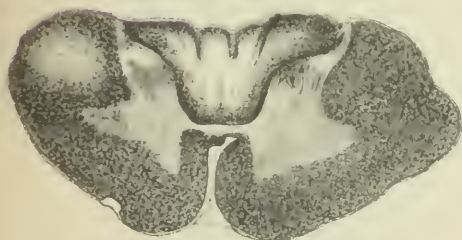
I. j.



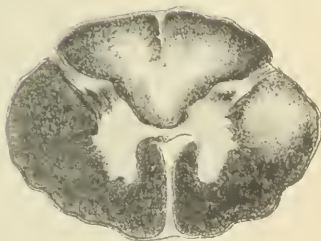
II. a.



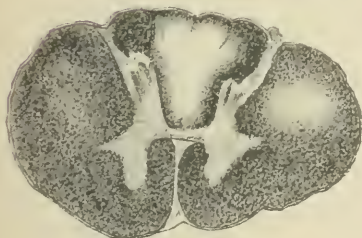
II. d.



II. b.



II. e.



II. c.



II. f.



Hjærtets Perkussionsforhold

med særligt Hensyn til den »afdæmpede» Perkussion.

Af

N. J. STRANDGAARD.

Köbenhavn.

Med 10 Tavler.

(Forts. fr. Nr 2.)

Hvad lære vi nu ved en nærmere Betragtning af disse Forsøg?

Det første Spørgsmål, som trænger til Besvarelse, er:

1) *Er Lydforskellen ved de virkelige Gränselinjer skarp, når man anvender den afdæmpede Perkussion, og er det rigtigt, at der kun findes en ubetydelig Forskel, når man rykker længere ind på det dæmpede Parti?*

Dette Spørgsmål må efter min Erfaring besvares benægtende.

Talrige Forff. anføre, at man, når man f. Ex. vil bestemme den relative Hjærtedæmpnings venstre Grænse ved almindelig Perkussion, da får en aldeles jævn Overgang fra klart til absolut dæmpet, så at det, hvad også mange Forfattere sige, er en ren Smagssag, hvor man vil sætte Grænsen.

Ved Anvendelsen af den afdæmpede Perkussion skulde Grænsen nu blive aldeles skarp, og ISRAEL-ROSENTHAL udtaler endog, at man ved at perkutere fra det dæmpede Parti ud imod det klare, ofte får en Fornemmelse, som om man »plumpe» ud på Dybet, når man passerer Grænsen.

Jeg kan hertil ikke sige andet, end at jeg ved de talrige Undersøgelser, som jeg har gjort på Lig og levende, aldrig er bleven imponeret af en sådan Fornemmelse.

Efter min Erfaring er Forholdet følgende: Ved Anvendelse af almindelig Perkussion vil man, når man perkuterer udefra indad mod venstre Dämpningsgrænse (for at blive ved det én Gang valgte Exempel) få en næsten aldeles jævn Overgang fra klart til dämpet. Men der kommer dog altid et Punkt, hvor man siger til sig selv: her er Grænsen, idet man dog samtidig må indrømme, at forskellige Undersøgere ikke ville finde Grænsen nøjagtig på samme Sted. Men mellem Folk, der ere lidt övede og anvende nogenlunde samme Perkussionsstyrke, vil Grænsen dog ikke variere særdeles meget, og hos sunde Individuer vil den i Regelen findes lidt indenfor Papillärlinjen omtrent midt mellem Papillen og Paraster-nallinjen.

Ganske på lignende Måde forholder det sig ved Anvendelsen af afdämpet Perkussion. Der findes da for min Opfattelsesävne en jævn Overgang fra klart til dämpet; men også i dette Tilfælde kommer der et Punkt, hvor jeg siger: her er Grænsen, idet jeg dog ligesom ved Anvendelse af almindelig Perkussion må indrømme, at en anden Undersøger måske med lige så stor Ret kan sætte Grænsen 1 Centimeter længere ude eller inde.

Medens ISRAEL-ROSENTHAL finder venstre Dämpningsgrænse på samme Sted, hvad enten han anvender almindelig eller afdämpet Perkussion, har jeg næsten altid fundet Grænsen *længere ude* ved afdämpet end ved almindelig Perkussion. Da imidlertid Lydovergangen ved bägge Metoder er successiv, og bägge de fundne Grænser ikke absolut skarpe, fordi det er en Smagssag, *hvor* man vil sætte Grænsen mellem klart og dämpet, når Overgangen er jævn, er det jo let forklarligt, at nogle lade de to Gränselinjer falde sammen, andre ikke.

At Lydovergangen virkelig er successiv og ikke skarp, er ikke en blot og bar Erfaringssätning; jeg mener at kunne forklare teoretisk, hvorfor der ikke *kan* være nogen skarp Dämpningsgrænse, noget, jeg senere skal komme nærmere ind på.

Det andet Spörgsmål, som må opstilles, er:

2) *Finder man ved Perkussion i Interkostalrummene nøjagtig samme Grænse som ved afdämpet Perkussion?*

Også dette Spörgsmål må jeg besvare benägtende.

I de 51 Tilfælde, i hvilke jeg har undersøgt bäde den interkostale og den afdämpede Hjärtedämpning, faldt Grænsen

Fig. 1

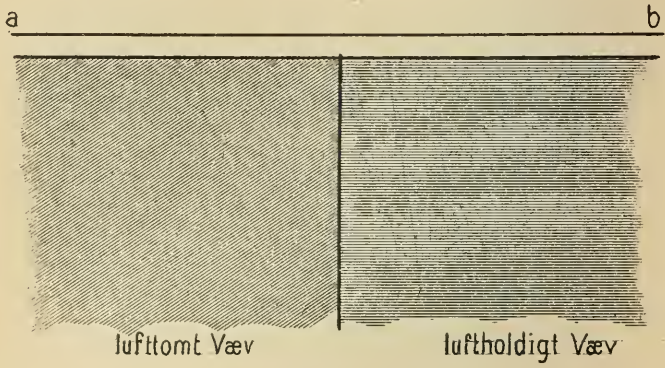
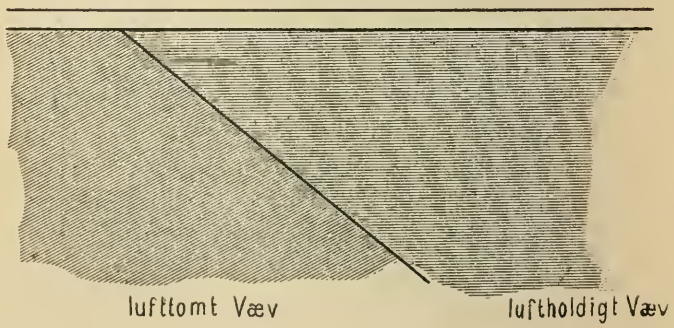


Fig. 2



for venstre Rands Vedkommende sammen i 16 Tilfælde, for højre Gränses Vedkommende i 8 Tilfælde. Ellers fandt jeg altid Dämpningsgränsen omtrent 1 Cm. længere inde ved interkostal end ved afdämpet Perkussion. Også her var Lydovergangen successiv og den fundne Gränse kun at betragte som rent omtrentlig, så at jeg også her må indrømme, at jeg ikke kan nægte nogen at finde én og samme Gränse både ved almindelig, interkostal og afdämpet Perkussion. Derimod må jeg på det bestemtteste nægte, at man ved nogen af Metoderne får en skarp Dämpningsgränse. Jeg skal, som sagt, senere søge at bevise, hvorfor det er en Umulighed, ligesom jeg da skal søge at forklare, hvorfor jeg har fundet den interkostale Hjärtedämpnings Gränse længere ude end den relatives og den afdämpedes længere ude end den interkostale.

3) Vende vi os dernæst til det Spørgsmål, om den ved *afdämpet Perkussion fundne Dämpningsfigur svarer fuldstændig nøjagtig til Hjärtets og de store Kars anatomiske Leje*, vil det allerede af den Omständighed, at jeg i de fleste Tilfælde ikke har fundet Gränsen skarp, fremgå, at jeg ikke tror på nogen absolut nøjagtig Kongruens mellem Hjärtets forreste Flade og den ved afdämpet Perkussion fundne Dämpningsfigur; men jeg skal i det følgende søge at oplyse Forholdet mellem disse to Faktorer.

a) *Teoretiske Betragtninger.* Det er indlysende, at, når Gränsen mellem det dämpede og det klare Parti skal være skarp, så må der også være en skarp Gränse mellem det lufttomme og luftholdige Organ, hvis Gränselinje det gælder at bestemme. Det simpleste, man i så Henseende kan tænke sig, er et Forhold som i Bill. 1.

Ingen vil vel tvivle om, at man under sådanne Forhold kan udperkutere Gränsen med anatomisk Nøjagtighed. — Det Sted, hvor de anatomiske Forhold nærme sig mest til disse ideale Forhold, er der, hvor Lungeranden grænser op til den Del af Hjärtet, som ligger direkte op til Brystvæggen (Bill. 2). De fleste Forfattere angive da også, at denne Gränse kan bestemmes ganske nøjagtig. Imidlertid er der en væsentlig Forskel på Forholdene, således som de ere fremstillede i Bill. 1 og i Bill. 2. I første Tilfælde have vi at afgrænse et *absolut dämpet Parti fra et absolut klart*, i sidstnævnte et *absolut*

dæmpet fra et relativt dæmpet. Imidlertid skal man efter de fleste Forff's Angivelse også i sidste Tilfælde nøjagtig kunne bestemme det Punkt, hvor man fra luftholdigt Væv rykker ind over lufttomt, når man blot anvender *svag Perkussion*.

Men hvorledes går det nu med den perkussoriske Differentiering mellem det *absolut klare og relativt dæmpede*? Det er jo sådanne Forhold, vi få at gøre med ved Grænsebestemmelsen af Hjærtet. De ugunstigste Forhold, man her kan tænke sig, ere vel de, som ere fremstillede i Bill. 3.

Lad os antage, at det luftholdige Væv ud for *b* har en Tykkelse af 10 Cm., og at det aftager ganske jævnt i Tykkelse i Retningen henimod *a*. — Ved almindelig Perkussion ud for *b* vil Perkussionslyden da være absolut klar. Efter FRIEDREICH nå Perkussionssvingningerne nemlig 5 Cm. i Dybden. Dette betvivles af flere Forff., bl. a. af PETERSSON og ISRAEL-ROSENTHAL, og for så vidt med Rette, som Perkussionssvingningernes større eller mindre Udbredning i Dybden jo er afhængig af Perkussionsslagets Styrke. I nærværende Sammenhæng kan det imidlertid være ligegyldigt, *hvor dybt de nå*; ti selv om de kunne nå dybere end 5 Cm., tør man vel nok kalde en Perkussionslyd, der fremkommer ved Svingninger af en Perkussionskegle med 5 Cm:s Dybde, for klar. Da nu Perkussionslydens Styrke er afhængig af Svingningsamplituden (d. e. Svingnings-ekursionernes Størrelse, der atter er afhængig af Perkussionsslagets Styrke) og den svingende Masses Størrelse, så vil Lydstyrken ikke forandres, når disse to Faktorer ere uforandrede.

Perkutere vi nu i Retning fra *b* til *a* lodret på Overfladen, ville vi ved stadig at anvende samme Styrke i Anslaget kunne bevirke, at Svingningsamplituden stadig bliver den samme. Den eneste Faktor, der da influerer på Lydstyrken, bliver nu den svingende Masses Størrelse, og da denne aftager ganske jævnt henimod *b*, vil Perkussionslyden, hvis vi f. Ex. have valgt en sådan Perkussionsstyrke, at Svingningerne trænge 5 Cm. i Dybden, stadig have samme Styrke, så længe vi perkutere fra *b* til *x*, men aftage ganske jævnt i Styrke på Strækningen *x* til *a*, fordi den svingende Masses Størrelse aftager ganske jævnt, alt eftersom det luftholdige Væv bliver tyndere og tyndere. Teoretisk set bliver Grænsen mellem klart og relativt dæmpet ved *x*; men det er øjensynligt, at Grænsen ikke kan blive *skarp*, hvad enten vi perkutere med eller uden Afdæmp-

Fig. 3

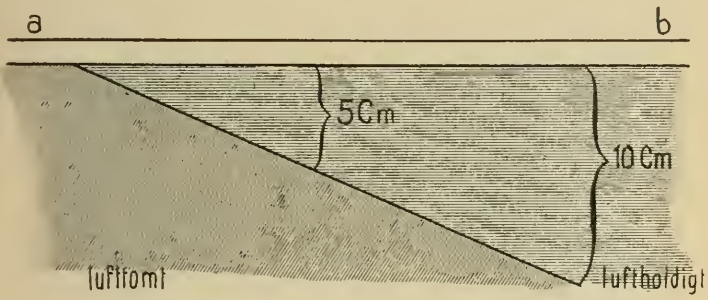
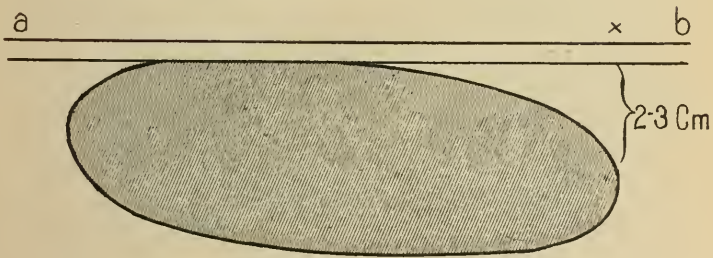


Fig. 4



ning; der er jo ikke noget som helst Spring i Perkussionskeglens Dybde, den aftager ganske jævnt fra 5 til 0 Cm. — Mange ville måske sige, at der under de givne Forhold *slut ingen* Dämpningsgrænse kan påvises. Dog kan man sikkert ved omhyggelig Iagttagelse *nogenlunde* afgrænse Partiet *ax*, på hvilket Lydstyrken er jævnt aftagende fra Partiet *xb*, på hvilket Lydstyrken er uforandret. Men skarp kan Grænsen aldrig blive, så meget mere som den anden Faktor, der influerer på Lydstyrken, Perkussionslaget's Styrke, aldrig under praktiske Forhold kan være så aldeles uforandret som tænkt i et teoretisk valgt Exempel.

Der er jo imidlertid intet forbavsende i, at man ikke kan udperkuterer nogen Grænse, hvor en sådan i Virkeligheden ikke eksisterer. En perkussorisk Grænsebestemmelse kan der derimod være Tale om, hvor Forholdene ere som i Bill. 4, hvor de nærme sig det, som man i Almindelighed tænker sig, når man forestiller sig Perkussionsforholdene ved Bestemmelse af den relative Hjærtedämpning. Er Perkussionskeglens Dybde 5 Cm., vil man jo ved *x* få en pludselig Aftagen i Lydstyrken, fordi den svingende Masses Størrelse pludselig formindskes betydelig. Grænsen vil næsten blive lige så skarp som i Bill. 1.

Men stemme nu de virkelige Forhold overens med de i Bill. 4 fremstillede? Nej. — Først møde vi den Omstændighed, at Brystoverfladen er cylindrisk eller snarere tøndeformig krummet, hvilket på let forståelig Måde vil bevirke, at *Dämpningsfiguren bliver større* end det lufttomme Organ (Bill. 5). Dette Forhold omtales meget lidt i Literaturen. Jeg har kun fundet det berørt af to Forfattere, nemlig JOSEPH MEYER og ISRAEL-ROSENTHAL. JOSEPH MEYER siger rent ud, at den Omstændighed, at Hjertet bliver udperkuteret i forstørret Målestok på Brystvæggen på Grund af dennes Krumning, bevirker, at man ikke kan slutte fra Målene på Dämpningsfiguren til Hjærtets virkelige Længde- og Breddemål, og for at konstatere Rigtigheden heraf har han gjort Forsøg på Lig, på hvilke han sammenligner *rigtig trufne perkussoriske Mål* med de *anatomiske* Længde- og Breddemål. På 12 således undersøgte Lig fandt han, at Breddemålet gennemgående var 1—4,5 Cm. større end det tilsvarende anatomiske Mål og det perkussoriske Længdemål 0,2—3,3 Cm. større end det anatomiske.

ISRAEL-ROSENTHAL mener, at Forholdet ikke spiller nogen Rolle for *Breddemålets* Vedkommende. Derimod er det perkussoriske *Længdemål* efter ham flere Cm. længere end det anatomiske, fordi apex cordis ligger ud for det stærkest krummede Parti af *Brystvæggen*. Han lægger dog ikke synderlig Vægt på Forholdet, men anbefaler varmt den afdæmpede Perkussion til Bestemmelse af hele Hjærtets Størrelse.

Imidlertid er det sikkert, at *Dæmpningsfiguren vil præsentere Hjærtet i forstørret Målestok*, selv om dets Grænser virkelig kunne udperkuteret nøjagtig. Thorax vil så at sige virke som et Forstørrelsesglas. Man må dog erindre, at Dæmpningsfiguren ikke vil præsentere Hjærtet, som dette vil ses gennem et sfærisk Forstørrelsesglas, men som det vil ses gennem et astigmatisk Glas, og tilmed ikke et regelmæssigt, men et uregelmæssig astigmatisk Glas, da *Brystets* Forflade jo ikke er regelmæssig cylindrisk, men tøndeformig og med flere mindre Uregelmæssigheder på Overfladen. Det omtalte Billede af Hjærtet vil således *ikke blot blive forstørret, men også forvrænget*, da Forstørrelsen er forskellig i de forskellige transversale og sagittale Planer.

Men selv med Hensyn til disse Forhold var det dog ikke uden Værdi, hvis vi kunde udperkuteret Grænserne nøjagtig således, som det vel vilde være muligt under de Forhold, som ere fremstillede i Bill. 5.

I denne er *Brystvæggen* kun svagt krummet, Hjærtet kun dækket af et ganske tyndt Lag *Lungevæv* og dets *Rande* nogenlunde skarpe. Men disse tre Forhold kunne jo hver for sig være anderledes og dermed influere på Perkussionsresultaterne.

Se vi nu først på *Brystvæggens Krumning*, så kan den jo tænkes langt stærkere end i Bill. 5. Tænkte vi os i denne Centrum af den Cirkel, af hvilken den skitserede *Brystoverflade* danner et Brudstykke, og alle de Radier, som gå fra Centrum til det tegnede Stykke af Cirkelbuen, vil kun én af disse Radius tangere Hjärteranden, og det Punkt af Cirkelbuen, som denne Radier træffer, må være et Udtryk for den ved Perkussionen nøjagtig bestemte Dæmpningsgrænse.

Ville vi nu på lignende Måde i Bill. 6, hvor Perkussionsfladens Krumning er stærkere, søge at bestemme det Punkt af *Brystoverfladen*, som svarer til den rigtig udperkuteret Grænse, vil man se, at der findes talrige Punkter, som opfyldte

Fig. 5.

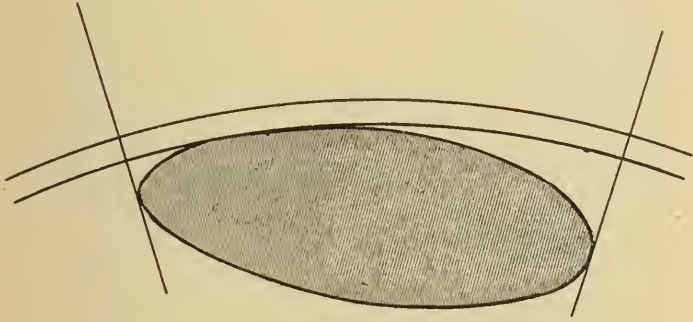


Fig. 6.

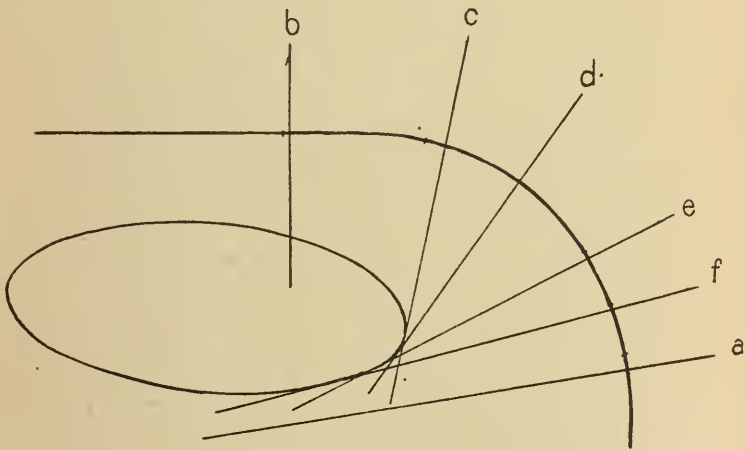


Fig. 7.

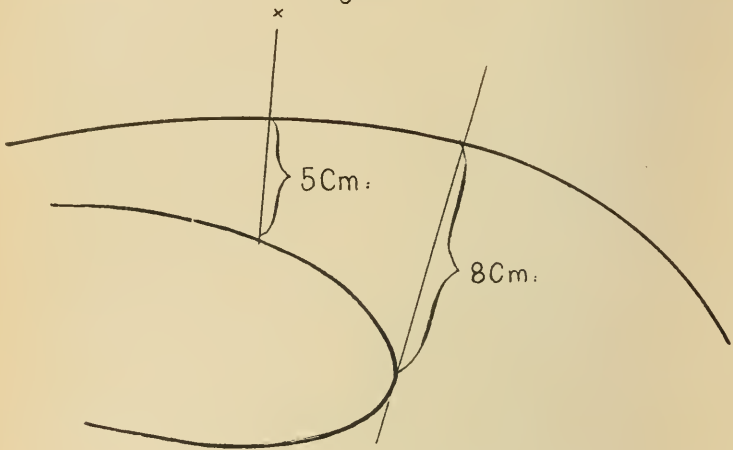
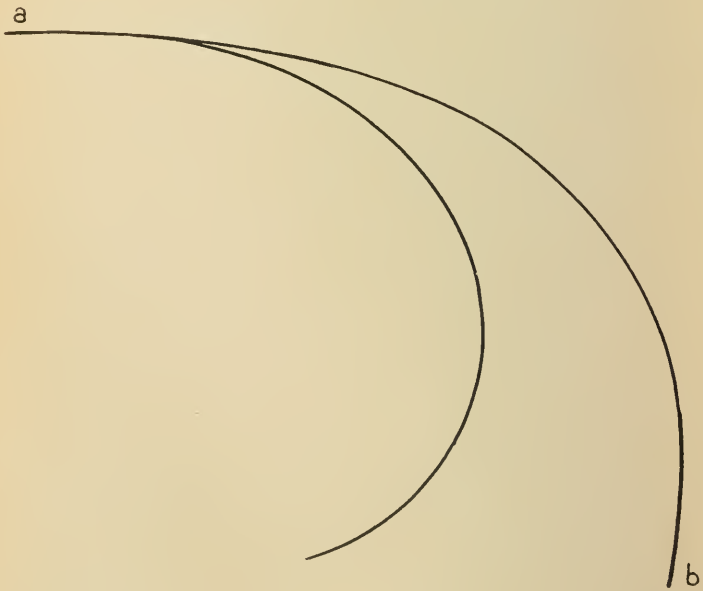


Fig. 8.



de forlangte Betingelser, idet Hjärteranden netop ligger i Centrum af den Cirkelbue, som repræsenterer den mest krummede Del af Brystoverfladen. Perkutere vi i Retningen fra a til b , vil det ikke være let at afgøre, *hvor* Dämpningsgrænsen egentlig skal sættes. Nogle ville måske sige, at Grænsen må sættes ved c . Men Perkussionskeglens Dybde er jo her lige så stor som ved d , e og f og alle de mellemliggende Punkter, så at Grænsen med samme Ret kan sættes ved disse. Vil man alligevel sætte Grænsen ved c , fordi Lungevævet her begynder at aftage i Tykkelse hen imod b og Perkussionskeglen altså her begynder at aftage, må man indvende, at Grænsen da lige så godt kan sættes ved f , hvor der jo må komme et Spring i Perkussionskeglens Dybde, når man perkuterer fra a til b . I hvert Fald må man vist indrømme, at det er meget omdisputabelt, *hvor* Grænsen skal sættes.

Hvad dernæst angår *Lungelagets Tykkelse*, så var det i Bill. 5 tænkt at være få Cm. — Men det kan jo godt tænkes at være langt tykkere, f. Ex. 7—8 Cm., som fremstillet i Bill. 7. — Er nu Perkussionskeglens Dybde 5 Cm., vil det indses, at vi i dette Tilfælde ikke ville finde Dämpningsgrænsen før ved x . Vi have med andre Ord her et Forhold, der nærmer sig det i Bill. 3 fremstillede, og vi ville derfor lige så lidt her som der kunne vente at finde nogen skarp Dämpningsgrænse. Og selv om vi gå ud fra, at Perkussionssvingningerne trænge langt dybere, f. Ex. 10 Cm., indser man let, at Lydforskellen ved den virkelige Grænse må blive langt mindre fremtrædende, når Lungevævet's Tykkelse ved Hjärteranden er 8 Cm., end når den f. Ex. er 2—3 Cm. I det ene Tilfælde få vi et Spring i Perkussionskeglens Dybde fra 10 til 2—3 Cm., i det andet fra 10 til 8 Cm.

Endelig var *Hjärteranden* i Bill. 5 tænkt at være nogenlunde skarp. Er den nu derimod mere jævnt afrundet, som det er fremstillet i Bill. 8, så vil dette sammen med den Omständigkeit, at Brystvæggen er krummet, bevirke, at Forholdet bliver ganske lig det i Bill. 3 fremstillede. I dette som i hint Tilfælde vil jeg ved at perkutere fra b til a , vinkelret på Overfladen og med konstant Perkussionsstyrke, få en ganske jævn Overgang fra klart til dæmpet, idet Lungevævet's Tykkelse aftager ganske jævnt hen imod a . Forskellen mellem Bill. 3 og Bill. 8 er blot den, at de to Flader, hvorom det drejer sig, Perkussionsfladen og Overfladen af det lufttomme Organ, i det

ene Tilfælde ere plane, i det andet krummede, så at der heller ikke her kan blive Tale om nogen skarp Dämpningsgrænse.

b) *Spille nu de her fremstillede Forhold nogen Rolle i Virkeligheden?*

Dette Spørgsmål kan kun besvares ved en nøje Betragtning af de anatomiske Forhold. Jeg må i så Henseende henviser til de anatomiske Billeder, der fremstille Tværnsnit af Brystkassen hos voxne og Börn, tagne i forskellig Höjde, således som de f. Ex. findes i BRAUNES og SYMINGTONS anatomiske Atlasser, og af hvilke jeg meddeler nogle Exempler. (Se Bill. 9 og 10 samt Tavle B.)

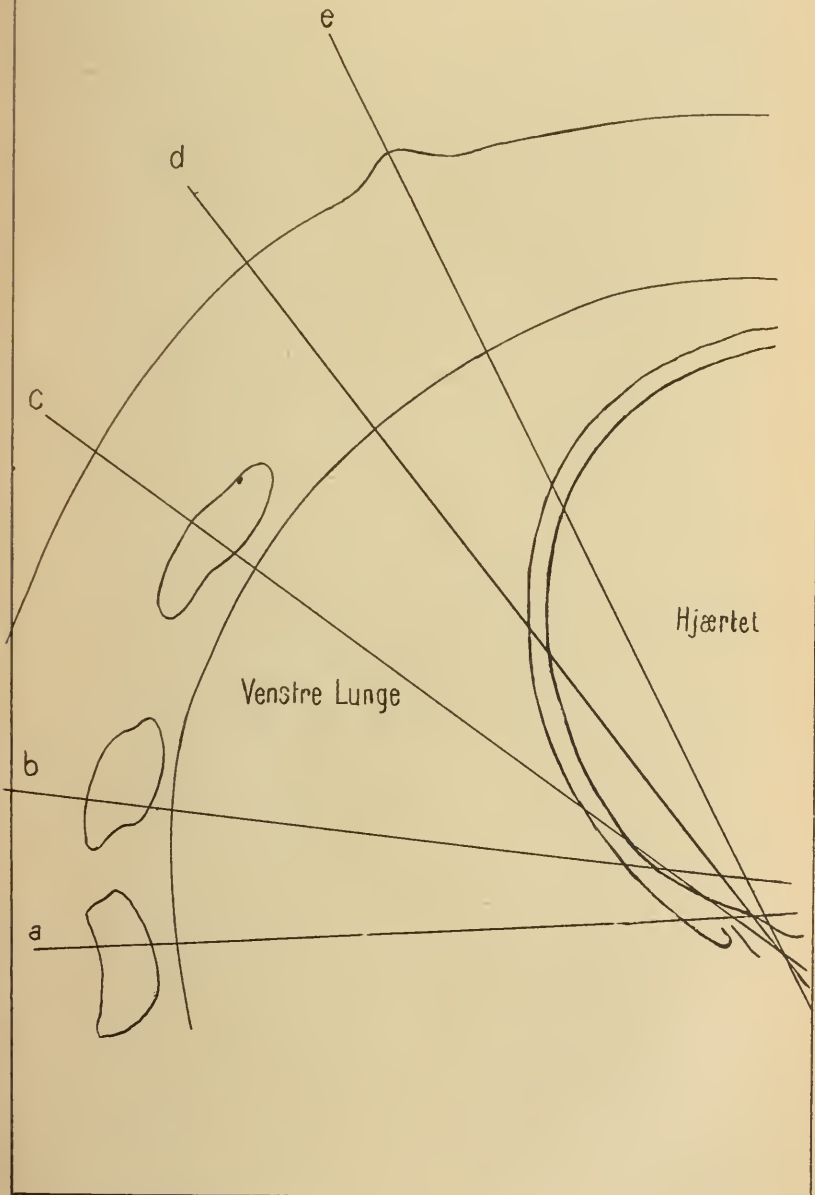
Jeg skal knytte nogle Bemærkninger til disse Billeder.

Se vi först på venstre Hjärtegrænse, således som den f. Ex. efter BRAUNE er fremstillet i naturlig Störrelse i Bill. 9, ses det, at den frembyder en mærkelig Blanding af Forholdene, således som de ere fremstillede i Bill. 6, 7 og 8.

Vi finde her en betydelig Krumning af Brystoverfladen, en Hjärterand, der præsenterer sig som en afrundet Flade, af hvilken en Del ligger i Centrum af den Cirkelbue, som repræsenterer den krummede Del af Brystets Overflade, og Lungevævets Tykkelse er ganske jævnt aftagende udefra indad. Når man perkuterer i Retningen fra *a* til *e*, lodret på Overfladen og med uforandret Perkussionsstyrke, vil Perkussionslydens Styrke være jævnt aftagende i samme Retning. Forholdet fjærner sig i hvert Fald langt fra det, der er fremstillet i Bill. 5. Det er en Selvfølge, at Perkussionslyden, når jeg perkuterer i Retningen indefra udad, vil blive jævnt aftagende i Styrke, så at Overgangen fra dämpet til klart bliver ganske successiv. Man spejder her forgäves efter det Dyb, som ISRAEL-ROSENTHAL angiver at plumpe ud på.

I det i Bill. 3 afbildede Tilfælde kunde man ikke forbavses over, at der ikke kunde *udperkuterer* nogen Grænse, al den Stund der ikke *anatomisk* var en sådan at påvise, og på ganske lignende Måde må det forholde sig under de i Bill. 9 afbildede Forhold, der ere i fuld Overensstemmelse med de faktiske Forhold. Hjärtet har egentlig slet ingen Rand, og det, man i daglig Tale forstår ved Hjärteranden, nemlig det mest laterale Punkt af Hjärtet, som så tänkes projiceret frem på Brystets Forflade i *sagittal* Retning, kan vi ikke vänte at finde ved et Perkussionsslag, der falder lodret på Overfladen,

Fig: 9



og et sådant vil i Dybden ikke komme til at *tangere* Hjærtet på det Punkt, der efter det nysnævnte i Almindelighed vil nævnes som Repräsentant for Hjärteranden.

SCHOTT siger, at Lydovergangen ved den *virkelige* Gränselinje er skarp. Men jeg må bede Läseren kaste et Blik på Bill. 9 og sige mig, *hvor* den *virkelige* Gränselinje er. Jeg tror, det vil være yderst vanskeligt at blive enige derom. Linjen *e* er nærmest Repräsentant for det Perkussionsslag, som, fört vinkelret på Overfladen, rammer Hjærtets Rand; en i samme Retning indstukken Nål vil findes at passe fortræffeligt. Men det ses let, at også alle andre Nåle, som stikkes ind i samme Retning på Strækningen mellem *a* og *e*, ville ramme, om end ikke alle i samme Punkt, så dog i hvert Fald enten lidt indenfor Perikardiet eller »lige i Randen» af Hjærtet, og da nu Perkussionslyden i Retningen fra *a* til *e* danner en jävn Overgang fra klart til dämpet og det er en individuel Sag, hvor man vil sætte Gränsen mellem klart og dämpet, vil den fundne Gränse, når den blot ligger et Sted mellem *a* og *e*, ved Kontrollforsög ved Indstik af Nåle vise sig at passe godt, idet Nålen vil sidde indenfor den Føjlgrense, som har tilfredsstillet de fleste Undersögere, nemlig ikke mere end 1 Cm. udenfor eller indenfor Randen.

Vi have i det hele taget i disse Forhold Forklaringen på det Fänomen, som atter og atter mödte Forf. ved hans Undersögelser, nemlig at flere Nåle, som vare indstukne i samme transverselle Linje i ofte betydelig Afstand fra hinanden, ramte samme Punkt i Dybden eller i hvert Fald Punkter, der lå meget nær ved hinanden. Man vil jo i Forsögsreferatet finde talrige Exempler på, at den relative, den interkostale og den afdämpede Hjærtedämpnings Gränser lå i forskellig Afstand fra *linea media*, og at dog de i Gränselinjerne indstukne Nåle have siddet således, at de »passede», d. e. sad $\frac{1}{2}$ Cm. eller derunder udenfor eller indenfor Randen.

For yderligere at fastslå Rigtigheden af det her omtalte Faktum har jeg gjort fölgende Forsög:

På Liget af en 43-årig Kvinde, död af cancer ventriculi, indstak jeg i Papillärtransversalen, i en Retning lodret på Overfladen, 12 Nåle med forskellig Afstand, varierende mellem $2\frac{1}{2}$ og 10 Cm. fra *linea media* på höjre og mellem 3 og 16 Cm. fra *linea media* på venstre Side af sternum. Af disse sad ved venstre Rand den yderste Nål ved Udsiden af Perikardiet; de 3 fölgende perforerede dette uden at

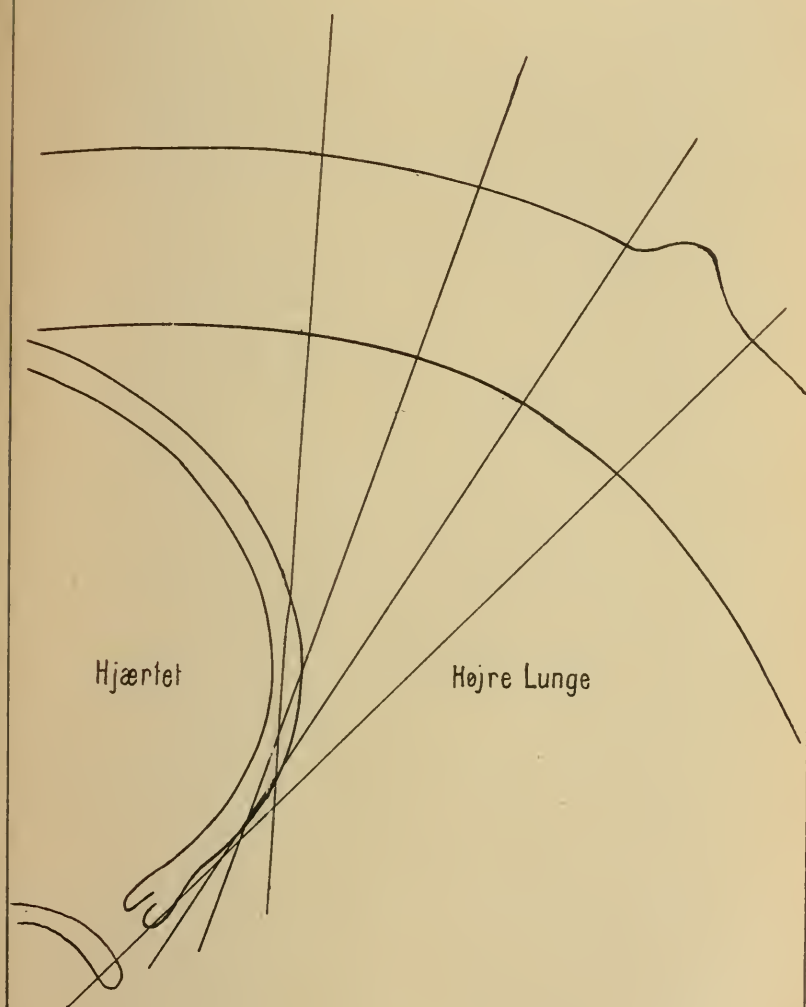
ramme Hjærtet; den femte Nål sad knap 1 Cm. indenfor Randen, og de 2 mest mediale Nåle sad midt i Forfladen af højre Ventrikel. Ved højre Rand sad den yderste Nål $\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Perikardiet, den næste tangerede Udsiden af Perikardiet, den tredje perforerede Perikardiet, og den fjerde og femte sad henholdsvis 1 og 2 Cm. indenfor Randen.

På et andet Lig indstak jeg Nåle dels i Papillärtransversalen, dels i en transversal Linje i Højde med Sternalenden af andet Ribben. Af Nålene i Papillärtransversalen sad ved højre Rand 3 lige i Perikardiet, ved venstre 5 ganske tæt ved hinanden i venstre Hjärterand. Af Nålene i den överste Transversal sad til venstre 3 tæt ved hinanden i Perikardiets överste Snip; til højre konvergerede 4 Nåle således, at den ydre sad $\frac{1}{2}$ Cm. udenfor, den indre $\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Kargrænsen.

På et tredje ganske på samme Måde undersøgt Lig konvergerede de indstukne Nåle ligeledes således ved højre og venstre Hjärterand, at de raunte samme Punkt i Dybden, medens de på Overfladen vare stukne ind med en indbyrdes Afstand på henholdsvis 3 og 6 Cm.

Når man således betænker, at venstre Hjärtegrænse anatomisk set ikke er skarp, og at der ofte til ét Punkt i denne Grænseregion svarer flere på Brystets Overflade, samt at de anatomiske Forhold bevirke, at der ved Perkussion i vedkommende Region, hvad enten man bruger almindelig, afdæmpet eller interkostal Perkussion, og så længe man lader Perkussionsslaget falde lodret på Overfladen, får en sådan jævn Overgang fra klart til dæmpet, at det må blive en ren Smagssag, hvor man vil sætte Grænsen, og at denue Grænse i hvert Fald ofte må variere efter Perkussionsslagets Styrke, og man så desuden erindrere, at Perkussionslyden i vedkommende Region varierer af forskellige andre Grunde, idet den er mindre klar der, hvor Ribbenene ere stærkest krummede, end hvor disses Forløb er mere fladt, at Perkussionslyden får en anden Klang, når man passerer fra den ossöse Del af Ribbene op på den bruskede, at Perkussionslyden bliver dæmpet, når man i Nærheden af forreste Axillärlinje rykker ind på m. pectoralis maj., og at endelig mamma ofte virker meget generende dels ved sin Störrelse, dels ved, at Huden på dette Sted bliver så forskydelig i alle Retninger, at det ofte er meget vanskeligt at markere en funden Dämpningsgrænse, så tror jeg, man må indrømme, at en Bestemmelse af venstre Hjärtegrænse med anatomisk Nøjagtighed er en Umulighed ved nogen af de omtalte Perkussionsmetoder, og at man ikke engang kan tale om en tilnærmelsesvis nøjagtig Grænsebestemmelse på dette Sted.

Fig. 10



Man vil nu sikkert indvende, at alle de gjorte Råsonnementer referere sig udelukkende til et Tvärsnit af Hjärtegränsen, således som den præsenterer sig i Højde med Papillärtransversalen.

Forholdet er måske anderledes i de øvrige Transversalplaner og ved *højre Hjärtegränse*.

Den, der nøje studerer de anatomiske Billeder, vil imidlertid se, at ganske lignende Forhold som de skildrede gøre sig gældende også på de øvrige Punkter af Hjärteranden og ved Kargränsen. Heller ikke her er Hjärtets Rand skarp, men afrundet; Brystets Overflade er også her stærkt krummet, og det på en sådan Måde, at mange af de Radier, der repræsenterer de vinkelret på Overfladen faldende Perkussionsslag, tangere Hjärtegränsen, ligesom også her Lungelagets Tykkelse er ganske jævnt aftagende i Retningen udefra indad (se Bill. 10, Tvärsnit af højre Hjärterand efter BRAUNE). — Det må dog indrømmes, at Overgangen fra klart til dæmpet er noget mere brat ved højre end ved venstre Hjärtegränse. Men der er i mine Undersøgelser talrige Exempler på, at der også ved højre Gränse fandtes mere end én Dämpningslinje, og hvor lidet man kan kontrollere, hvilken af disse der er den rigtige, fremgår deraf, at det meget hyppigt hændte, at to Nåle, som vare indstukne i ret betydelig Afstand fra hinanden, bægge ramte Perikardiet. Det samme gælder øverste Del af venstre Hjärtegränse og Kargränsen.

JOSEPH MEYER gör med Hensyn til højre Gränse opmærksom på, at dens nederste Ende på Grund af den nærliggende Levers forstyrrende Indflydelse ofte bestemmes med større Fejl end den øverste Del. Jeg har gjort samme Iagttagelse. Medens øverste Del af denne Gränse gennemgående var bestemt med 1 Cm:s Nøjagtighed, er nederste Ende undertiden bestemt 2—3 Cm. for langt inde eller, hyppigere, for langt ude.

Dette bør fremhæves, da flere Forff. tillægge den såkaldte *Hjärtelevervinkel*, d. e. Vinklen mellem Hjärtedämpningen og Leverdämpningen, diagnostisk Betydning, idet den under normale Forhold skal være spids, men under patologiske Forhold (f. Ex. ved pericarditis) bliver ret eller stump. Jeg skal gøre opmærksom på, at, medens PETERSSON lader Vinklens nederste Ben dannes af den *absolute* Leverdämpning, lader ISRAEL-ROSENTHAL den *relative* Leverdämpning være det bestemmende. Bægge lade det øverste Ben dannes af den relative Hjärte-

dämpnings højre Grænse. Det forekommer mig, at ISRAEL-ROSENTHALS Standpunkt er det rette, da det er naturligere at lade Vinklen bestemmes af 2 relative Dæmpninger end af én absolut og én relativ.

I øvrigt synes den nævnte Vinkels diagnostiske Betydning mig ikke at være så stor, netop på Grund af Vanskeligheden ved at bestemme nederste Ende af højre Hjärtegrænse. Dette beror netop på, at Sammenstødet mellem Hjärtedæmpning og Leverdæmpning bevirker, at der her dannes et trekantet Parti, begrænset af den nævnte Vinkels Ben, bag hvilket der hverken ligger nogen Del af Leveren eller Hjärtet, men på hvilket Perkussionslyden på Grund af bægge disse Organers Nærhed bliver dæmpet, et Parti, som opad-udad ikke har nogen skarp Grænse.

Med Hensyn til *den relative Leverdæmpnings Bestemmelse*, så har jeg som anført fundet den afdæmpede Perkussion højst upraktisk til dette Brug. Det lykkedes mig ved mine Undersøgelser kun i temmelig få Tilfælde at bestemme denne Dæmpning nøjagtig ved afdæmpet Perkussion, hvorfor jeg til sidst kun anvendte almindelig Perkussion hertil. Herved fejlede Grænsen i Begyndelsen vel også jævnlig; men senere, da jeg var bleven mere övet, var den relative Leverdæmpning næsten altid aldeles nøjagtig bestemt.

Man vil her måske invende: hvorledes kan den samme Forfatter, som benægter Muligheden af at bestemme Hjärtegrænserne med anatomisk Nøjagtighed, påstå det modsatte overfor Bestemmelsen af Leverens överste Grænse?

Der er så meget mere Grund til at fremdrage dette Spørgsmål, som LÜNING netop berører det, i det han siger: »Hvorfor skulde det, som er muligt ved överste Rand af Leveren, nemlig at begrænse den nøjagtig, ikke også være muligt ved Bestemmelsen af Hjärtegrænsen?»

Grunden til, at der er en meget väsentlig Forskel i den nævnte Henseende, er simpelt hen den, at Leveren er dækket af en Brystoverflade, der er nogenlunde plan, så at Forholdet nærmer sig meget til det, som er fremstillet i Bill. 4. Når jeg perkuterer ovenfra nedad i højre Papillärinje, befinder Plessimetret sig stadig i samme Plan, og når jeg passerer Leverens överste Punkt, vil jeg få et temmelig brat Spring i Perkussionskglens Dybde, ifald jeg blot ikke bruger for svagt Anslag.

Men at Forholdene ved Hjärtegränserne ere ganske anderledes, er formentlig tilstrækkelig godtgjort i det foregående.

At den afdæmpede Perkussion er uheldig til Bestemmelse af den relative Leverdæmpning, beror sikkert på, at man ved at perkutere ovenfra nedad på Brystets Forflade ikke kan lade Plessimeterfingrene krydse Ribbenene, uden at Fingrenes Retning bliver uheldig for en skarp Grænsebestemmelse.

Vende vi os dernæst til *nederste Hjärtegrænse*, så kan den jo som bekendt på Grund af venstre Leverlaps Nærhed ikke bestemmes ved Perkussion. Dog skal dens ydre Ende undertiden kunne bestemmes, når ikke venstre Leverlap når så langt til venstre som Hjärtespiden. Det lykkedes mig kun i få af mine Tilfælde at bestemme dette Stykke. I ikke få Tilfælde nåede venstre Leverlap akkurat lige så langt til venstre som Hjärtespiden, så at venstre Dæmpningsgrænse nedadtil løb direkte over i Leverdæmpningens nederste Grænse. I de Tilfælde, i hvilke Leveren ikke nåede så langt til venstre som Hjärtespiden, lykkedes det undertiden også perkussorisk at bestemme dette Forhold; men på dette Sted var man af lignende Grunde, som omtaltes ved Bestemmelsen af den relative Leverdæmpnings øverste Grænse på højre Side, henvist til at anvende almindelig eller interkostal Perkussion, idet den afdæmpede ikke kan appliceres parallelt med Ribbenenes Forløb. Imidlertid fejlede Grænsebestemmelsen på dette Sted ofte, og Grunden hertil må sikkert til Dels søges i den Omständighed, som også andre Forf. omtale, at Perkussionslyden i vedkommende Region får en tympanitisk Klang. Når der optræder en ny Klang i Nærheden af en Dæmpningsgrænse, er man nemlig tilbøjelig til at finde Grænsen netop der, hvor den nye Klang optræder, medens den i Virkeligheden i Regelen bør findes tidligere, i det den tympanitiske Klang vedbliver at ledsage Perkussionslyden et Stykke ind på det dæmpede Parti.

Hvad der er sagt her om Bestemmelsen af nederste Grænses ydre Ende, gælder også for en Del Bestemmelsen af selve apex og nederste Ende af venstre Grænse.

Betragte vi dernæst *øverste Hjärtegrænse*, komme vi samtidig ind på Spørgsmålet om, *hvorledes det forholder sig med Perkussionslyden over de store Kar.*

ISRAEL-ROSENTHAL kunde ikke ved afdæmpet Perkussion påvise nogen Dæmpning på manubrium, men fandt øverste Grænse i Højde med C.II på samme Sted, hvor PETERSSON

finder Gränsen ved svag Perkussion. Jeg fandt derimod ligesom SCHOTT ved Anvendelse af afdæmpet Perkussion altid en tydelig Dæmpning på manubrium og den nærmest tilgrænsende Del af Ribbenene *i Sammenligning med Lyden længere ude på Brystets Forflade*; men nogen *skarp* Grænse fandt jeg lige så lidt her som ved de øvrige Hjärtegrænser. Desuden fandt jeg ved Perkussion ovenfra nedad på sternum både ved afdæmpet og ved svag Perkussion en ret tydelig Dæmpningsgrænse på Overgangen mellem manubrium og sternum. Medens PETERS-SON sætter denne Grænse i Relation til det bagved liggende Hjärte, mener I.-R., at den på corpus sterni tilstedeværende Dæmpning beror på, at det tyndere og smallere corpus lettere lader sig afdæmpe end det bredere og tykkere manubrium. Dette synes mig også at bekræftes af nogle Forsøg, som jeg har gjort på 2 Lig, på hvilke jeg exviscererede thorax gennem diaphragma, hvorefter jeg tillukkede nederste Apertur ved i denne at anbringe Leveren og Lungerne. Herefter fandtes i bægge Tilfælde efter Exviscerationen ganske det samme som før, nemlig en kendelig højere og mere dæmpet Perkussionslyd på corpus end på manubrium. Det må dog bemærkes, at der, når nederste Apertur *ikke* holdtes tillukket, var en meget dyb, stærk tympanitisk Perkussionslyd på hele sternum, og at Lyden endog i det ene Tilfælde syntes lidt højere på manubrium end på corpus.

Anatomiske Afbildninger, fremstillende Sagittalsnit gennem thorax, vise også, at Forfladen af Hjärtet og de store Kar fjærne sig ganske jævnt fra sternum opadtil, så at der ikke er Grund til at vente, at der skulde optræde en Dæmpning, begyndende netop ved Hjärtets øverste Rand.

Jeg skal endnu blot bemærke, at Kargrænsen hos små Børn ofte falder fuldstændig sammen med Grænsen af thymus.

Et Spørgsmål, som hidtil har måttet vente på Besvarelse, er følgende:

Hvorfor fandt jeg i de allerfleste Tilfælde ved afdæmpet Perkussion Grænsen længere ude end ved interkostal, og ved denne længere ude end ved almindelig Perkussion?

Forklaringen på dette ved første Øjekast mærkelige Fænomen er i Virkeligheden ganske nærliggende.

For at en Perkussionslyd skal kunne kaldes relativt dæmpet, må dens Styrke nå et vist minimum, som enhver ved Övelse må

läre, og som jeg for Nemheds Skyld kalder R, da det ikke er let at give det et bestemt Udtryk, og forskellige Undersögere næppe ville sætte det på ganske samme Punkt. På lignende Måde kan vi ved A betegne den Styrke, som en Perkussionslyd skal have for at kaldes absolut dæmpet.

Perkuterer jeg nu ved *almindelig, middelstærk* Perkussion, f. Ex. ind imod venstre Hjärtegränse, vil Perkussionslyden tabe jævnt i Styrke, og når denne er nået ned til R, har vi Gränsen for den relative Hjärtedämpning, som måske ligger f. Ex. $1\frac{1}{2}$ Cm. indenfor Papillärinjen.

Men da nu det afdæmpende Tryk efter SCHOTT bevirker, at Perkussionslyden overalt bliver mindre intens end uden dette, er det öjensynligt, at jeg ved Anvendelse af den *afdæmpede* Perkussion nær Lydstyrken R tidligere end ved almindelig Perkussion, og Gränsen findes da f. Ex. $1\frac{1}{2}$ Cm. udenfor Papillärinjen. Det samme gælder naturligvis ved Anvendelsen af *svag Perkussion*.

At Gränsen ved *interkostal Perkussion* ligger længere ude end ved almindelig, skyldes på lignende Måde den Omständighed, at man ved at perkutere i Interkostalrummene undgår Ribbenenes Medsvingninger, der jo forøge Lydstyrken. Styrken R må da nåes længere ude ved interkostal end ved almindelig Perkussion.

Men hvorfor findes Gränsen ved interkostal Perkussion længere inde end ved afdæmpet? Sagen er den, at trods de talrige Vanskeligheder, som efter min Mening umuliggøre en nøjagtig perkussorisk Gränsebestemmelse af Hjärtet, så stå de Dämpningsgränser, som findes ved interkostal og afdæmpet Perkussion selvfølgelig alligevel i et vist Forhold til Hjärtets virkelige Gränser, om de end ikke svare til disse med anatomisk Nøjagtighed.

Men da Dämpningsfigurerne jo gengive Hjärtet i forstørret Målestok, og da Forstørrelsen må blive desto større, jo længere Perkussionsfladen er fjærnet fra Hjärtet, må Figuren blive større ved afdæmpet end ved interkostal Perkussion. Ved den første lægger man jo Plessimeterfingrene hen over Ribbenene og *fjærner* sig derved så meget som muligt fra Hjärtet; ved den sidste trykker man derimod Fingrene ind imellem Ribbenene og *nærmer* sig dermed mere Hjärtet. Dette Forhold spiller sikkert en Rolle, men kan dog næppe helt forklare den ret betydelige Afstand, der i mange af mine Tilfælde fandtes mellem Gränsen

af den afdæmpede og den interkostale Hjærtedæmpning. I nogle Tilfælde må Grunden hertil vist søges i, at jeg ved den interkostale Perkussion har perkuteret mere sagittalt, end det er muligt ved afdæmpet, hvorefter senere.

Til Illustration af det udviklede har jeg på Tavle C. Bill. 2 meddelt et Exempel, der viser, hvilken Forskel der er på Hjærtets virkelige Form og Størrelse (som er aftegnet i $\frac{1}{2}$ naturlig Størrelse efter nøjagtige Mål på Organet i situs) og den Form og Størrelse, som den afdæmpede Hjærtedæmpning har, skønt de i Dæmpningsgrænsen indstukne 11 Nåle alle sad lige i Perikardiet eller tangerede dettes Udside. Som det ses, gør Forstørrelsen sig ikke, som ISRAEL-ROSENTHAL mener, kun gældende for den nederste Del af Hjærtets Vedkommende, men også de øvrige Hjärtegrænser projiceres frem i forstørret Målestok, ja selv de store Kar afspejles i forstørret Skikkelse, skønt de ligge bag den mindst krummede Del af Brystvæggen. Det ses end videre, hvorledes Dæmpningsfiguren gengiver Hjærtet i en *forvredne* Form.

Der er derimod én Ting, som spiller en betydelig Rolle, men som ikke kan læses direkte ud af Figuren.

Da der svarende til Hjærtets virkelige Grænser ikke på Brystets Forflade findes nogen fuldstændig skarp Dæmpningslinje, men en Dæmpningszone, omtrent som om man vilde tegne Dæmpningsgrænserne med en flere Cm. bred Pensel, en Zone, indenfor hvilken der ligger en Mængde Punkter, der alle omtrent med lige Ret kunne siges at repræsentere et tilsvarende Punkt af Hjärteranden, indses det let, at man indenfor dette Spillerum kan udperkuterer Dæmpningsfigurer med forskellig Form og Størrelse, så at det subjektive, som altid er knyttet til en sådan Bestemmelse, selv hos den mest ædruelige, skeptiske og samvittighedsfulde Undersøger let kan komme til at spille for stor en Rolle ved Bestemmelsen af Dæmpningsgrænsen. —

Hvorledes have alligevel så mange ansete og dygtige Forff. kunnet påstå, at de med stor Nøjagtighed kunde udperkuterer hele Hjærtet, idet de angav at finde ganske skarpe Grænser og konstaterede Rigtigheden af disse på Lig?

For det første må jeg hertil fremhæve, at JOSEPH MEYER er kommen til ganske samme Resultat som jeg, idet han siger: »Hjærtets Leje bag et jævnt sig fortyndende Lungelag og en snart mere, snart mindre kredsformig Brystvæg er overhovedet ikke gunstigt for Grænsebestemmelsen af hint Organ. Man vil ikke sjældent vakle mellem to ringere Lydforskelligheder på Brystvæggen, som enten svare til to tæt ved hinanden liggende Punkter af Hjärteranden eller endog til et og samme, og således få en for stor Dämpningsfigur.» — »Herefter må det være sikkert, at man aldrig kan være vis på at have bestemt Hjærtets Brede nøjagtigt.»

Når desuagtet så godt som alle senere Forff., der have forsøgt at udperkuterer Hjærtet i hele dets Størrelse, mene, at dette lader sig gøre med stor Nøjagtighed, så må det forklares deraf, at de ikke have holdt sig de anatomiske Forhold ret for Öje og specielt ikke lagt Mærke til, at disse bevirke, at Nåle, der stikkes ind indenfor et vist Spillerum i Nærheden af Hjärtegrænsen, komme til at sidde i denne med en Nøjagtighed, som har tilfredsstillet de fleste Undersøgere, nemlig indenfor en Fejlgrænse af 2 Cm., så at den Kontrolmetode, der består i at iagttage indstukne Nåles Sæde i Forhold til Hjärteranden, kun giver Oplysning om de allergroveste Fejltagelser.

Når end videre så mange Forfattere, skönt Overgangen fra klart til dæmpet er ganske successiv, angive at finde *skarpe* Dämpningsgrænser, tror jeg, at det må bero på et Selvbedrag.

ISRAEL-ROSENTHAL siger, at Springet fra klart til dæmpet ikke altid er lige markeret, men at Grænsen dog i Regelen er skarp nok, »når blot man perkuterer let og elastisk». — Jeg må tilstå, at jeg ikke forstår denne Forklaring. Hvad vil det egentlig sige at perkuterer »let og elastisk»? Og hvorledes kan dette bevirke en skarp Dämpningsgrænse?

At man trods den successive Lydovergang overhovedet finder en Dämpningsgrænse, beror efter min Mening på den tidligere omtalte Omständighed, at enhver ved Övelse lærer, hvilken Styrke en Perkussionslyd skal have for at kaldes klar eller dæmpet. Man vil derfor selv ved en gradvis Aftagen af Lydstyrken finde en temmelig bestemt Grænse der, hvor Styrken nær det tidligere omtalte minimum R. At opgive en bestemt Værdi for denne Størrelse er ikke let; men jeg tror, at den omtrent vil svare til en Perkussionskegle på 2 Cm:s

Dybde. Denne Størrelse må naturligvis ikke tages altfor bogstavelig; men at den ikke er helt greben ud af Luften, vil formentlig fremgå af følgende.

Venstre Grænse af den relative Hjärtedämpning angives jo af de fleste normalt at ligge ved venstre Papillärlinje, eller snarest lidt indenfor. Et Tvärsnit af venstre Hjärtegrænse i Papillärtransversalen (se Bill. 9) viser nu, at Lungelaget i Papillärlinjen har en Tykkelse af 2 Cm. — Teoretisk set, vilde man vänte at finde Gränsen omtrent ved Linje *c*, der jo er et Udtryk for det Perkussionsslag, der falder vinkelret på Overfladen og i Dybden tangerer Hjärteranden. Men *c* ligger jo nästen helt ude ved forreste Axillärlinje, hvor ingen vil finde på normalt at sätte venstre Dämpningsgrænse. Ved opmærksom lagttagelse vil man imidlertid, når man hos normale Individder perkuterer ind imod venstre Hjärtegrænse, finde, at Perkussionslyden netop begynder at aftage i Styrke omtrent ved forreste Axillärlinje, men först ved Papillen eller lidt indenfor når Styrken R, som altså omtrent svarer til en Perkussionskegle på 2 Cm. — At Lydstyrken allerede ved forreste Axillärlinje, hvor Lungevävets Tykkelse er 5 Cm., begynder at formindskes, synes at tyde på, at Perkussionskeglens Spids her begynder at nå Bunden, d. e. det lufttomme Organ, og at at bekräfte Rigtigheden af FRIEDREICHs Påstand, at Perkussionsvingningerne ved almindelig Perkussion trænge 5 Cm. i Dybden. —

En Omständighed, som dog under visse Betingelser muligvis kan bevirke en skarpere Dämpningsgrænse, er den, at man måske ikke altid passer at lade Perkussionslaget falde ganske vinkelret på Perkussionsfladen, men mere i en Retning parallelt med Sagittalplanet. Ville vi ikke ved at perkutere som antydet i Bill. 11 finde en ganske skarp Dämpningsgrænse ved *c*? Näppe.

For det förste vil det være vanskeligt på den krummede Del af Brystets Forflade at passe, at Perkussionslaget falder nöjagtig i sagittal Retning, hvorefter Dämpningsgränsen kan variere, alt eftersom man närmer sig mere eller mindre til denne Retning, således som det er antydet i Bill. 12. — Dernäst er det vist et stort Spörsmål, om de Perkussionsvingninger, der fremkaldes af et sagittalt faldende Perkussionsslag, forplantes videre i Dybden i sagittal Retning. Efter almindelige fysiske Love må man antage, at de snarest ville forplantes

Fig:11

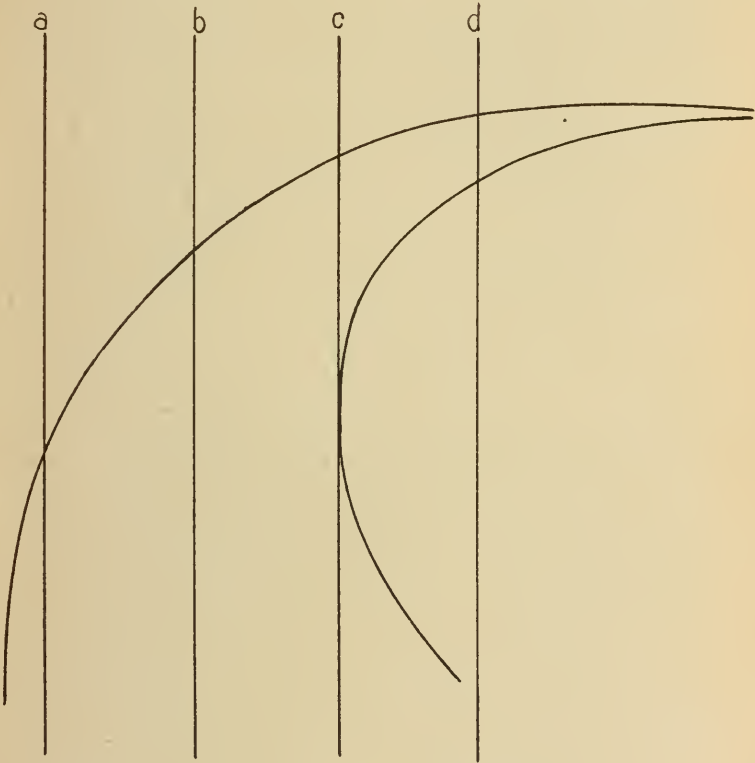


Fig.12



i en Retning vinkelret på det perkuterede Sted, altså i radiär Retning.

Endelig er en sagittal Perkussionsretning nanvendelig udenfor Papillärlijnen, hvor man jo vil komme til at perkutere tangentielt på Brystets Overflade.

Når jeg tidligere har betragtet det som selvfølgelig, at Perkussionsslaget skal falde vinkelret på Overfladen og ikke sagittalt, er det, dels fordi de fleste Forfattere vist gå ud fra samme Forudsætning (de fleste omtale slet ikke Perkussionslagets Retning; SCHOTT og HUGHES omtale det kun rent forbigående), dels fordi en sagittal Perkussionsretning er udelukket ved den afdæmpede Perkussion. Når man lægger 3 Fingre på Brystets Overflade og perkuterer på Dorsalsiden af den mellemste, må Slagets Retning nødvendigvis blive vinkelret på vedkommende Sted og Perkussionssvingningerne forplantes i radiär Retning.

Man vil måske indvende, at dette kun gælder nederste Del af venstre Hjärtegrænse. Over överste Del og over höjre Hjärterand er Brystets Overflade jo så plan, at den radiäre Retning her falder sammen med den sagittale. Dette må dog benægtes. En nöjagtig Undersögelse vil vise, at Brystväggen end ikke i Närheden af sternum som Regel kan betragtes som plan. Specielt hvälve Sternalenderne af Ribbenene sig ofte frem i en sagittalt löbende Vold på hver Side af sternum, et Forhold, der ej blot ses hos Emfysematikere, men også ofte hos Ftisikere, hvis såkaldte »affladede» Brystform ikke altid har så plan en Forflade, som man ofte er tilbøjelig til at tro.

Endelig kan det bemærkes, at den Fladhed, som kan findes af Brystets Forflade, i Regelen kun er tilsyneladende, i det Blöddelene (navnlig *muscul. pectoralis*) maskere Skeletdelenes Krumning, og det er denne sidste, man må tage Hensyn til, da Blöddelene jo presses ind mod Underlaget af Fingeren under Perkussionen.

Jeg tror nu til fulde at have vist, at den afdæmpede Perkussion ikke er i Stand til at overvinde de Vanskeligheder, som stille sig i Vejen for en nöjagtig Bestemmelse af Hjärtets Störrelse. og at den ved den fundne Dämpningsfigur giver et forstörret, forvränget og ikke skarpt begränset Billede af Hjärtet,

omtrent som dette vil ses i et uregelmæssig astigmatisk Spejl. og som det er fremstillet på Tavle C, Bill. 1, hvor den forskellige Dämpningsintensitet i Prækordiet er illustreret ved forskellig Skravering.

Trods dette var det jo dog muligt, at den alligevel kunde finde Anvendelse til klinisk Brug, og vi komme da til det sidste af de opstillede Spørgsmål:

4) *Ere de ved afdæmpet Perkussion fundne Dämpningsfigurer sådanne, at man af dem kan slutte andet og mere om Hjærtets Tilstand end af den ved almindelig Perkussion fundne relative Hjærtedämpfung?*

Med Hensyn til den *absolute* Hjærtedämpfung benytter jeg på dette Sted Lejligheden til at bemærke, at det, — bortset fra de betydelige Grader af Hjærteforstørrelse, ved hvilke Lungerandene utvivlsomt trænges tilbage af det forstørrede Hjærte, — ikke i de af mig undersøgte Tilfælde er lykkedes mig at påvise noget passende Forhold mellem Hjærtets Størrelse på den ene Side og Størrelsen af det af Lunge ubedækkede Parti af Hjærtet, og at venstre Grænse af den fundne absolute Hjærtedämpfung kun svarede yderst slet til Forløbet af venstre Lungerand. Overfor det Faktum, at talrige Forfattere ved Bedømmelsen af Hjærtets Størrelse udelukkende holde sig til den absolute Hjærtedämpfung og virkelig også opnå gode Resultater, kan jeg ikke værge mig mod den Tro, at *den* absolute Hjærtedämpfung, som disse Forff. bruge, i Virkeligheden ikke er en absolut Dämpfung, d. e. ikke svarer nøjagtig til det af Lunge ubedækkede Parti af Hjærtet, men derimod er en *mindre* relativ Dämpfung, d. e. en sådan, hvis Dämpningsintensitet ligger et Sted mellem A og R, idet de, for at en Lyd skal være absolut dæmpet, ikke fordre, at dens Styrke skal være fuldstændig lig Nul. Under denne Forudsætning kunde man også kalde den af mig bestemte relative Hjærtedämpfung for den absolute. Da det ved Begrebet absolut dæmpet imidlertid ikke er almindeligt at forstå »utvivlsomt» dæmpet, men alle Forff. ere enige i, at der kun er absolut dæmpet dér, hvor et lufttomt Organ ligger *direkte* op til Brystvæggen, og hvor Lydstyrken er lig Nul, har jeg hellere villet beholde Betegnelsen relativ Hjærtedämpfung, så meget mere som jeg i så Henseende er i Overensstemmelse med WEIL, GUTTMANN o. fl.

Lad os da nu se, hvilke Oplysninger den *ved almindelig Perkussion fundne relative Dæmpning* i de af mig undersøgte Tilfælde har givet om Hjærtets Tilstand.

I de 13 Tilfælde, i hvilke *Hjærtet var normalt* eller i hvert Fald så lidet forandret, at det måtte regnes for normalt, grænsede den relative Hjærtedæmpning *hos 7 voksne* (Nr 6, 18, 30, 33, 35, 49 og 57) opad til tredje Ribben, indad til venstre Sternalrand og udad til $\frac{1}{2}$ —1 Fingersbred indenfor venstre Papillärlinje (se Tavle A, Bill. 1). Hos 6 Børn (Nr 12, 22, 24, 31, 39 og 56) grænsede den opad til andet Ribben eller andet Interkostalrum, indad omtrent til Midten af sternum, og udad til Papillärlinjen eller endogså lidt udenfor. I et Tilfælde (Nr 39) nåede højre Grænse til højre Sternalrand.

I 20 Tilfælde (Nr 4, 7, 15, 20, 21, 29, 40, 41, 43, 44, 47, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 69, 70 og 74) var udelukkende eller overvejende *højre Hjærte* forstørret og i Overensstemmelse hermed højre Dæmpningsgrænse rykket til højre (se Tavle A, Bill. 2).

I 3 Tilfælde (23, 32 og 38) var overvejende *venstre Hjærte* forstørret og venstre Grænse i Nr 32 og 38 rykket udenfor venstre Papillärlinje (se Tavle A, Bill. 4). I Nr 23 lå venstre Grænse omtrent på det normale Sted af Grunde, som jeg strax skal anføre.

I 6 Tilfælde (Nr 19, 27, 48, 51, 65 og 77) var Hjærtet *disloceret* og den relative Hjærtedæmpning forandret i Overensstemmelse hermed (se Tavle A, Bill. 6).

I det eneste Tilfælde af *Ansamling i Perikardiet*, som jeg havde Lejlighed til at undersøge (Nr 62), var det flydende Exsudat meget ringe og afkapslet i det fibrinöse Exsudats Maskerum, så at Dæmpningen ikke frembød den karakteristiske trekantede Form, men blot tydede på Forstørrelse af Hjærtet.

I de resterende Tilfælde var *Hjærtet forstørret i sin Helhed* og Hjærtedæmpningens Grænser på lignende Måde rykkede udad i alle Retninger (se Tavle A, Bill. 5).

I det hele og store forholdt den relative Hjærtedæmpning sig altså som skildret i Indledningen til nærværende Afhandling.

I ikke få Tilfælde er der dog en tilsyneladende Uoverensstemmelse mellem Hjærtets Tilstand og Dæmpningsfigurens Form og Størrelse. Jeg skal nærmere omtale disse Tilfælde.

I Nr 4 var Hjærtet forstørret i bægge Halvdele, navnlig højre. Den relative Hjærtedæmpning peger kun i Retning af en ringe Forstørrelse af venstre Hjärte, men ikke af højre. Denne Fejl må sikkert tilskrives Undersögerens Mangel på Övelse. I samme Tilfælde pegede den afdæmpede Hjärte-dæmpning i Retning af en Forstørrelse af højre Hjärte, om end ikke med absolut Sikkerhed.

I Nr 11 og 13 fandtes Hjärte-dæmpningen af normal Størrelse, medens Sektionen viste et Hjärte, der navnlig i venstre Halvdel var temmelig hypertrofisk. Den afdæmpede Hjärte-dæmpning pegede i Nr 11 i Retning af Forstørrelse af venstre Hjärte, derimod ikke i Nr 13.

I Nr 21 pegede hverken den relative eller den afdæmpede Hjærtedæmpning på den ved Sektionen påviste Forstørrelse af højre Hjärte.

Disse Tilfælde ere egentlig de eneste, i hvilke den relative Hjærtedæmpning har givet utilfredsstillende Oplysning om Hjærtets Tilstand. I de övrige Tilfælde, i hvilke den fundne Hjærtedæmpning ikke synes at stå i passende Forhold til Hjærtets Størrelse, fandtes der *Lungeemfysem*, og det er bekendt, at en Hjærtedæmpning af normal Udstrækning hos et Individ med Lungeemfysem må betragtes som patologisk.

Endnu trænge de i Tilfælde 16, 25, 29, 40, 43, 45, 47, 50, 58, 59, 60, 62, 63 og 69 fundne Dæmpningsfigurer til Forklaring. Her næde den relative Hjærtedæmpning trods en tilstedeværende Forstørrelse af højre Hjärte kun lidet eller slet ikke ind på sternum. Derimod stod överste Grænse i disse Tilfælde temmelig höjt, nemlig ved andet Ribben, oftest ved dettes överste Rand, i Nr 69 endog i første Interkostalrum. så at Dæmpningsfiguren fik en ejendommelig spids Form. Vi have her Exempler på, hvad FORGET har fremhævet, nemlig at en Forstørrelse af højre Hjärte snarere forstörret Hjärte-dæmpningen i Retning opad end mod højre (se Tavle A. Bill. 3).

Endelig skal jeg bemærke, at i de Tilfælde, i hvilke Hjärte-dæmpningen *overskred højre Sternalrand* (Nr 3, 5, 7, 17, 20, 41, 44, 46, 53, 54 og 61), skyldtes dette i de allerfleste Tilfælde en universel Forstørrelse af Hjærtet. Kun i Nr 7, 20 og 41 skyldtes Dæmpningen vistnok særlig en stærk Dilatation af højre atrium.

Når man altså undtager de 4 nævnte uheldige Tilfælde, i hvilke den relative Hjærtedæmpning ikke stod i Forhold til Hjærtets Størrelse, og man forudsætter, at Hjærtedæmpningen ved Lungeemfysem må bedømmes i Forhold til dette, samt at en Forstørrelse af højre Hjärte i mange Tilfælde mindre bevirker en Forøgelse af Hjærtedæmpningen til højre end opad, tror jeg, at man må indrømme, at vi i de nævnte Tilfælde ved Hjælp af den relative Hjærtedæmpning have fået et vigtigt Fingerpeg om Hjærtets Tilstand, specielt fået oplyst, om det var forstørret i sin Helhed eller i den ene eller den anden Halvdel, samt om det var disloceret.

Lad os nu se, *hvor vidt den ved afdæmpet Perkussion fundne Dæmpningsfigur er i Stand til at give os bedre Oplysning om Hjærtets Tilstand i alle de nævnte Tilfælde*, idet vi anse det for tilstrækkelig godtgjort, at den afdæmpede Hjärte-dæmpning ikke er kongruent med selve Hjärtet.

Jeg skal her for Fuldstændigheds Skyld omtale de af RAUCHFUSS angivne og af ISRAEL-ROSENTHAL anbefalede *Bredde- og Længdemål*.

Breddemålet går fra Levervinklens Toppunkt opad til venstre gennem Sternalranden af tredje venstre Ribben ud til venstre Dæmpningsgrænse, og skal svare til Hjærtets Horisontalfure.

ISRAEL-ROSENTHAL finder, at det stemmer nøjagtig med det tilsvarende anatomiske Mål, et Resultat, han dog kun kommer til ved at sammenligne sit Gennemsnitstal for dette Mål (10 Cm.) med et af VIERORDT angivet Gennemsnitstal for Hjærtets anatomiske Bredde, og ikke ved i de enkelte Forsøg at sammenligne de to Størrelser. Dette er, som anført, gjort af JOSEPH MEYER, der fandt en Differens på 1—4,5 Cm. mellem de to Faktorer.

Jeg har kun taget Breddemålet i 10 Tilfælde, i hvilke det var lykkedes mig at bestemme dets to Endepunkter med $\frac{1}{2}$ Cm:s Nøjagtighed eller mindre. Det perkussoriske Mål i disse Tilfælde var 1—7 $\frac{1}{2}$ Cm. større end det anatomiske.

RAUCHFUSS's Længdemål gå fra Midten af højre Hjärtegrænse til apex og skal svare til Hjærtets Längdefure. ISRAEL-ROSENTHAL fandt her det perkussoriske Mål indtil flere Cm. større end det anatomiske, MEYER en Differens på 0,2—3,4 Cm.

Jeg har ikke selv taget dette Mål, væsentlig fordi apex var temmelig dårlig markeret, og fordi mange af Punkterne i højre Grænselinje lå omtrent lige langt fra Midtlinjen. —

Men lad os nu se, om den afdæmpede Hjärtedæmpnings *Tværmål*, således som det er målt i Papillärtransversalen, og som delt ved Midtlinjen i to Stykker angiver højre og venstre Grænses Afstand fra denne, bedre end den almindelige relative Hjärtedæmpning giver os Oplysning om, hvor vidt højre eller venstre Hjärte eller bægge Dele ere forstørrede.

Störrelsen af disse Mål, således som de angives *for normale Individer* af SCHOTT, PETERSSON og ISRAEL-ROSENTHAL, findes i hosstående Tabel.

		ISRAEL-ROSENTHAL.	SCHOTT.	PETERSSON.	
Höjre Dämpningsgrænses Afstand fra Midtlinjen.	Döde.	3,50 Cm. (1 $\frac{1}{2}$ —4,5 Cm.)		3,75 Cm. (i tredje Interkostalrum)	
	Levende.	3,1 Cm. (2 $\frac{1}{2}$ —4 $\frac{1}{2}$ Cm.)	5—5,5 Cm.	Mänd 5,41	Kvinder 4,69
Venstre Dämpningsgrænses Afstand fra Midtlinjen.	Döde.			9,8 Cm.	
	Levende.	9—10 Cm. (8—11 Cm.)	8—9,5 Cm.	Mänd 10,07	Kvinder 9,81 (i fjärde Interkostalrum)
Hjärtedämpningens Bredder i Höjden med fjärde Ribben.	Döde.	12,6 Cm. Spinkle Kraftige 10 $\frac{1}{2}$ —12 13—14,5		12,86 Cm.	
	Levende.	11,5 Cm. (9,5—14,5 Cm.)	13—15 Cm.	Mänd 14,12	Kvinder 13,09

Når vi nu skulle undersøge de patologiske Tilfælde for at se, hvilke Oplysninger disse den afdæmpede Hjärtedæmpnings Mål have givet om Hjärtets Tilstand, er det en Selvfølge, at vi kun tage Hensyn til de Tilfælde, i hvilke det var lykkedes at bestemme Dæmpningsgrænsen nogenlunde nøjagtig, d. e. med $\frac{1}{2}$ Cm:s Fejl eller mindre.

Vende vi os først til de Tilfælde, i hvilke det udelukkende eller overvejende var *højre Hjærte*, der var forstørret, få vi at gøre med 14 Tilfælde.

I Nr 41, 58, 59, 60, 62, 63 og 70 var højre Grænses Afstand fra Midtlinjen over 6 Cm., varierende mellem $6\frac{1}{2}$ og 9 Cm., hvilket vist utvivlsomt må tyde på en Forstørrelse af højre Hjærte.

I Nr 4, 44 og 55 var Afstanden 6 Cm., og da det drejer sig om små, magre Individder, må dette Mål vel også regnes for tydende på Forstørrelse af højre Hjærte.

I Nr 15 var Afstanden ligledes 6 Cm.; men da det her drejer sig om en stor, kraftig bygget Mand, er Målet ikke absolut overbevisende. Hos Nr 57, der var en *Kvinde* med *normalt* Hjærte, var samme Afstand jo også 6 Cm. Dog vil en Sammenligning med venstre Grænses Afstand fra Midtlinjen, der i Nr 15 og 57 var henholdsvis 10 og $12\frac{1}{2}$ Cm., tale for forstørret højre Hjærte i første Tilfælde.

Noget lignende gælder Nr 43, hvor højre Grænse lå $5\frac{1}{2}$ Cm. fra Midtlinjen. Dog er Målet her mindre overbevisende, da det drejer sig om en kraftig bygget Mand med stærkt forstørret højre Hjærte. Målet $5\frac{1}{2}$ Cm. falder jo endog sammen med SCHOTTS Middeltal.

Nr 7 viste en meget stærk Dilatation af højre atrium, og dog lå højre Dæmpningsgrænse kun $4\frac{1}{2}$ Cm. fra Midtlinjen. Da Kontrolnålene passede nøjagtig, og da det ikke drejer sig om noget særlig lille eller spinkelt Individ, kan det ikke siges, at den afdæmpede Perkussion her har givet os nogen værdifuld Oplysning i Retning af en Forstørrelse af højre Hjærte, end sige noget Fingerpeg i Retning af den betydelige Dilatation af højre atrium, noget, som jo netop skulde være Fordelen ved Anvendelsen af den afdæmpede Perkussion. I dette Tilfælde nåede derimod den almindelige relative Hjärtedæmpning udenfor højre Sternalrand, noget, der må tydes som en særlig stærk Forstørrelse af højre Hjærte og vist nok netop af højre atrium.

I Nr 29 endelig drejede det sig vel om en temmelig spinkel Mand; men da der var en ret betydelig Hypertrofi og Dilatation af højre Hjärte, kan en Störrelse på 3 Cm. for højre Gränses Afstand fra lin. med. ikke siges at være nogen god Hjälp til Diagnosen af Hjärtets Tilstand. Den relative Hjärtedämpning viste derimod i dette Tilfælde en særlig stærk Förögelse opadtil og synes altså også her at have ydet bedre diagnostisk Nytte end den afdämpede.

Jeg må endnu tilføje, at i de övrige af mine Tilfælde, i hvilke der fandtes en særlig stærk Dilatation af højre atrium, nemlig Nr 17, 20, 41 og 50, nåede højre Gränse henholdsvis 7, $5\frac{1}{2}$, $6\frac{1}{2}$ og $8\frac{1}{4}$ Cm. til højre for Midtlinjen; men når undtages Nr 50, så nåede den almindelige relative Hjärtedämpning også i disse Tilfælde til højre for højre Sternalrand. Heller ikke her synes altså den afdämpede Perkussion at give bedre Oplysning om Hjärtets Tilstand end den almindelige.

Det synes således med Hensyn til højre Dämpningsgränses Afstand fra Midtlinjen at kunne fastslås, at *en Störrelse af dette Mål på 6 Cm. eller mere må tyde stærkt på Förstörrelse af højre Hjärte, i hvert Fald når det sammenlignes med venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen, men at der på den anden Side kan være en betydelig Förstörrelse af højre Hjärte, specielt højre atrium, uden at det närnte Mål overstiger det tidligere anförte Middeltal, 4 Cm.*

Det samme må gælde overfor de af ISRAEL-ROSENTHAL angivne mere omtrentlige Mål, når han siger, at Hjärtedämpningen når 1—2 Fingersbredder til højre for højre Sternalrand henholdsvis hos spinkle og kraftige Individider, og at en Overskridelse heraf vist nok må betragtes som suspekt for Dilatation af Hjärtet til højre.

Se vi dernæst på de Tilfælde, i hvilke *venstre Hjärte* var förstörret, så forholde de sig på följende Måde.

Nr 23 viser et Tilfælde af nästen ren venstresidig Hypertrofi. Trods dette er Målet for venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen kun $10\frac{1}{2}$ Cm., en Störrelse, der så meget mindre tyder i Retning af en Förstörrelse af venstre Hjärte, som højre Gränse i samme Tilfælde lå $5\frac{1}{2}$ Cm. fra Midtlinjen, skönt der ikke var nogen Förstörrelse af højre Hjärte.

I Nr 32 derimod, der ligeledes viste en nästen ren venstresidig Hypertrofi, lå venstre Gränse $9\frac{1}{2}$ Cm. fra Midtlinjen,

hvilket i Betragtning af Ligets Alder (14 År) og spinkle Bygning må tyde på en patologisk Tilstand af venstre Hjärte.

I bägge disse Tilfælde pegede den relative Hjärtedämpning tydelig på Forstörrelse af venstre Hjärte, navnlig i sidste, i første kun, når Hensyn tages til Tilstedeværelsen af Lungeemfysem.

I Nr 38 var der vel en stärk Hypertrofi af venstre Hjärte; men der var her i det hele en så kolossal Forstörrelse af Hjärtet, der vejede 650 Gm, at man nästen fik lige så stor Hjärtedämpning ved almindelig Perkussion som ved interkostal og afdämpet, så at også den relative Hjärtedämpning nåede til höjre for höjre Sternalrand. Tilfældet hörer derfor egentlig ikke herhen. I Forhold til den enorme Forstörrelse af Hjärtet var venstre Gränse i övrigt påfaldende lidet fjärnet fra Midtlinjen ($15\frac{1}{2}$ Cm.). Dog var Afstanden 1 Cm. större et Interkostalrum længere nede.

I intet af de 3 Tilfælde har altså den afdämpede Perkussion ydet os mere end den almindelige, i Nr 23 endog mindre, og, som det vil ses, gälder her noget lignende som for de Tilfælde, i hvilke *höjre* Hjärte var forstörret, nemlig at der *kan være en temmelig betydelig Forstörrelse af venstre Hjärte, uden at venstre Dämpningsgränse rykker synderlig langt ud.*

Vende vi os endelig til de Tilfælde, i hvilke *Hjärtet var forstörret i sin Helhed*, så var den afdämpede Hjärtedämpnings Mål i disse fölgende:

Tilfældets Nummer.	Höjre Gränses Afstand fra Midtlinjen.	Venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen.	Hele Dämpningsbredden.	Brystbredde.
5	5 ¹ / ₂	10	15 ¹ / ₂	—
8	4 ¹ / ₂	11 ¹ / ₂	16	—
9	4 ¹ / ₂	10 ¹ / ₂	15	—
10	5	11	16	—
14	7 ¹ / ₂	12	19 ¹ / ₂	—
16	5	11	16	25 ¹ / ₂
17	7	11	18	23
25	5 ¹ / ₂	12 ¹ / ₂	18	—
26	5 ¹ / ₂	10 ¹ / ₂	16	—
28	5 ¹ / ₂	12 ¹ / ₂	18	29
34	5 ¹ / ₂	11	16 ¹ / ₂	26
36	6 ¹ / ₂	11 ¹ / ₂	18	28 ¹ / ₂
37	6	13 ¹ / ₂	19 ¹ / ₂	29
46	7 ¹ / ₂	9 ¹ / ₂	17	24
50	8 ¹ / ₄	11 ¹ / ₄	19 ¹ / ₂	27
52	5,8	11,7	17 ¹ / ₃	26
53	7 ¹ / ₂	13	20 ¹ / ₂	28
61	9	11	20	25 ¹ / ₂
64	8	12 ¹ / ₂	20 ¹ / ₂	31
66	7	13	20	28
67	6 ¹ / ₂	14 ¹ / ₂	21	27 ¹ / ₂
68	8	12	20	24
71	5 ¹ / ₂	12 ¹ / ₂	18	25 ¹ / ₂
72	6	12	18	25
73	7 ¹ / ₂	13 ¹ / ₂	21	26 ¹ / ₂
75	10	14	24	22
78	6	10	16	24

Dämpningsbredden er i alle disse Tilfælde større end det normale Middeltal (14 Cm.) og tyder således i den rigtige Retning. Vi må dog erindre, at 14 kun er et Gemmensnitstal, og vi have jo set, hvorledes Nr 57 viste en Hjärtedämpning på 18 Cm. hos et normalt Individ.

Da der hos alle de Individer, hvis Hjärtedämpning er *over 18 Cm.* bred, ikke findes noget særlig kraftigt eller fedt Individ, kunne vi vel hos dem rolig opfatte Dämpningens Størrelse som patologisk. Det samme gælder 3 af de 6 Tilfælde, i hvilke

Dämpningsbredden var 18 Cm., da vi i dem have med små, spinkle Individder at gøre. I de 3 andre Tilfælde (Nr 25, 28 og 36) have vi med svære og kraftig byggede Mænd at gøre, så at Målet her ikke giver så pålidelig Oplysning.

I de 10 Tilfælde, i hvilke Hjærtedämpningens Bredde var under 18 Cm., må Målet vist med Rette anses for patologisk i Nr 5, 8, 9, 10, 16 og 46, da alle disse repræsenteres af 5 små og spinkle Kvinder og 1 spinkel Mand. Tilbage stå da Nr 26, 34, 52 og 78, i hvilke Dämpningen var 16, 16½, 17½ og 16 Cm.

Målene kunne i disse Tilfælde ikke absolut betegnes som tydende på et forstørret Hjærte, da vi her have at gøre med to temmelig kraftig byggede Mænd, en fed og kraftig bygget, og en ganske vist mager, men meget kraftig bygget Kvinde.

Som vi tidligere have set, har den ved almindelig Perkussion fundne relative Hjærtedämpning i alle de Tilfælde, i hvilke Hjærtet var forstørret i bægge sine Halvdele, gennemgående givet os temmelig sikker Oplysning herom; og sammenligne vi i de nys omtalte Tilfælde den almindelige relative Hjærtedämpning med den afdæmpede med Hensyn til deres diagnostiske Betydning i så Henseende, kan det egentlig ikke siges, at den afdæmpede Perkussion står med Palmer i Hænderne, navnlig når vi betænke, at der kun er taget Hensyn til de Tilfælde, i hvilke Dämpningsgrænserne passede med ½ Cm:s Nøjagtighed, et Hensyn, som vi af let forståelige Grunde ikke kunde tage, da vi undersøgte den almindelige relative Hjærtedämpning. — I de 7 Tilfælde (Nr 25, 26, 28, 34, 36, 52 og 78), i hvilke den afdæmpede Hjærtedämpning kun med et vist Forbehold kan siges at tyde på Forstørrelse af Hjærtet, fandtes ved almindelig Perkussion i alle Tilfælde en Hjærtedämpning, der tydede på universel Forstørrelse af Hjærtet, og det trods den Omstændighed, at der i flere Tilfælde var betydeligt Lungeemfysem.

I de fleste af de Tilfælde, i hvilke Hjærtet var universelt forstørret og den afdæmpede Hjærtedämpning ligeledes forøget i Bredde, skyldtes denne Forøgelse en nogenlunde ligelig Forstørrelse af højre og venstre Grænses Afstand fra Midtlinjen. Men i Nr 5, 17, 46, 50, 61, 68 og 78 lå *venstre* Grænse omtrent på den normale Plads, så at Dämpningsbreddens Forøgelse i Størrelse næsten udelukkende skyldtes et større Mål for *højre* Grænses Afstand fra Midtlinjen. I Samklang hermed

skulde man da også vente at finde en særlig Forøgelse af højre Hjertes Omfang i disse Tilfælde, specielt højre atrium. Men noget sådant er kun Tilfældet i Nr 17 og Nr 50. I de øvrige 5 Tilfælde vare højre og venstre Hjærte omtrent ligelig forstørrede.

Grunden til dette ret mærkelige Forhold er muligvis den, at Hjærtets anatomiske Leje måske ikke er så konstant, som almindelig antaget, så at det specielt måske undertiden kan ligge noget mere til højre end sædvanlig. I hvert Fald fandtes i de 5 Tilfælde intet Tegn på, at Hjærtet var disloceret af patologiske Årsager, undtagen i Nr 68, hvor Aortaanevrismet muligvis har trængt Hjærtet noget over mod højre.

Man kunde invende, at det temmelig tarvelige Resultat, som er vundet ved Undersøgelsen af den afdæmpede Hjärte-dæmpning i Henseende til dens diagnostiske Betydning overfor Störrelsesforandringer af Hjærtet, muligvis kunde bero på, at vi kun have undersøgt Tværmålet i Højde med fjærde Ribben. Kunde ikke en samtidig Undersøgelse af Målene i andre Transversalplaner give bedre Oplysning? Jeg har forgæves søgt at nå noget Resultat på denne Måde, hvorfor jeg ikke skal trætte Läseren med Detaljer.

Derimod var det jo muligt, at Breddemålene, sete i Forhold til Brystets egen Bredde (målt i Højde med fjærde Ribben) kunde give nogen Oplysning, hvor det ikke absolut set gav en sådan.

Udregner jeg dette Forhold hos de 5 sunde voxne, hos hvem jeg overhovedet har målt Brystbredden, får jeg en Kvotient på gennemsnitlig 1,66, svingende mellem 1,57 og 1,79. I de patologiske Tilfælde var den, som rimeligt er, lavere, nemlig 1,39, svingende mellem 0,92 og 1,62, hvilket altså ikke giver os nogen ny Oplysning i de Tilfælde, i hvilke Dæmpningsbredden allerede absolut set var patologisk. Men i de patologiske Tilfælde, i hvilke Dæmpningsbredden stod på Gränsen af det normale (og Brystbredden overhovedet er målt), nemlig Nr 28, 34, 36, 52 og 78, var Kvotienten henholdsvis 1,62, 1,51, 1,58, 1,49 og 1,52. Kun i Nr 52 synes Kvotienten at tyde med Sikkerhed på en Forstörrelse af Hjærtet. I de andre Tilfælde var den derimod så lidet mindre end det normale Middeltal, at man næppe kan slutte noget deraf. Men det synes dog, som om man i Forholdet mellem Dæmpningsbredden og Brystbredden *undertiden* har et Mittel til i tvivlsomme Tilfælde at

bedømme, om det fundne Mål for Dæmpningens Bredde bør betragtes som normalt eller patologisk.

Af andre patologiske Tilstande i Hjærtet, som bør omtales i deres Forhold til den afdæmpede Hjærtedæmpning, må først og fremmest nævnes *Vædskeansamling i Perikardiet*. Jeg kan desværre ikke bygge mine Udtalelser om dette Æmne på egen Erfaring, da der i mine Tilfælde ikke findes et eneste, hvor Perikardiet indeholdt Vædske i nævneværdig Mængde. Jeg skal derfor blot gøre opmærksom på, at PETERSSON som særlig karakteristisk for Hjærtedæmpningen i sådanne Tilfælde anfører, at Hjærtelevervinklen bliver ret eller stump. Dette er ikke noget absolut sikkert Tegn; ti jeg har ofte fundet den nævnte Vinkel ret eller stump, uden at der var ringeste Ansamling i Perikardiet. Jeg har tidligere gjort opmærksom på, at Levervinklen er særlig vanskelig at udperkutare, fordi Sammenstødet mellem Hjärte- og Leverdæmpning bevirker en let Dæmpning af Perkussionslyden imellem Vinklens Ben, selv hos normale, så at Forholdet her ikke er så simpelt, som man strax kunde tro. Når PETERSSON anfører et Exempel, i hvilket han ved sin Metode kunde diagnosticere en Ansamling i Perikardiet, som ikke var påvist ved almindelig Perkussion, og hermed vil bevise, at han ved sin Metode undgår det subjektive og konstruktive, som skal være så nøje knyttet til den almindelige Perkussion, så skal jeg her erindre om, at netop et af de Tilfælde, i hvilke ISRAEL-ROSENTHAL ikke nåede et nøjagtigt Resultat ved afdæmpet og interkostal Perkussion, var et Tilfælde af betydelig Vædskeansamling i Perikardiet. At man kan begå Fejl ved den almindelige Perkussion, er selvfølgelig; men det synes uberettiget at nægte noget lignende for den interkostale og afdæmpede Perkussions Vedkommende.

Det er dog naturligvis muligt, at disse to Perkussionsmetoder, specielt ved Exsudater i Perikardiet, yde bedre Nytte end almindelig Perkussion i diagnostisk Henseende.

Hvad angår *Dislokationer af Hjærtet*, så har den afdæmpede Hjærtedæmpning i intet af de af mig undersøgte Tilfælde givet bedre Oplysning i så Henseende end den almindelige relative Hjærtedæmpning.

Med Hensyn til det i Nr 68 meddelte Tilfælde af *Aorta-aneurysme*, så var der her ved almindelig Perkussion en tydelig Dæmpning på manubrium og på øverste Del af venstre Forflade.

hvilket ganske vist også fandtes ved afdæmpet Perkussion; men denne har i hvert Fald ikke givet os bedre Oplysning end den almindelige, snarest mindre, da der jo ved afdæmpet Perkussion også normalt findes dæmpet Lyd på manubrium.

Hvad endelig angår den afdæmpede Hjærtedæmpning i Tilfælde af *Lungeemfysem*, ved hvilke den skulde yde særlig god Nytte ved Bedømmelsen af Hjærtets Størrelse, så tror jeg, at man ved at gennemgå mit Materiale ikke kan finde et eneste Tilfælde, i hvilket den afdæmpede Perkussion har givet bedre Oplysning end den almindelige Perkussion om Hjærtets Tilstand, alt under den Forudsætning, at man ved Lungeemfysem må gøre Regning på at finde Hjærtedæmpningen mindre end normalt.

Endelig skal jeg med Hensyn til den afdæmpede Perkussions Anvendelse på *Børn* blot bemærke, at den synes mig særlig uanvendelig hos disse til Bestemmelse af Hjærtets Størrelse. Anbringelsen af 3 Fingre af en voksen Hånd på en sådan lille Barnethorax til Anvendelse som Plessimeter ved Udperkussion af Hjærtedæmpningen forekommer mig yderst uhensigtsmæssig. Forholdet er omtrent, som om man vilde prøve at skrive ganske små Bogstaver med et tykt Stykke Kridt eller lignende.

Endnu står tilbage at omtale *Perkussion på levende*. Jeg har undersøgt talrige sådanne. Men da jeg har haft så rigelig Adgang til Sektionsmateriale, har jeg udelukkende bygget mine Undersøgelser på dette. Jeg har så meget mindre Grund til at anvende det Materiale, som Perkussion på levende har givet mig, som jeg jo er kommen til det Resultat, at en Kontrol selv på Lig er yderst vanskelig.

Der er blot et Par Punkter, som trænge til nærmere Omtale.

ISRAEL-ROSENTHAL finder Hjærtedæmpningen gennemgående større hos døde end hos levende, medens PETERSSON finder det omvendte. P. forklarer Forskellen af en større Blodfylde af Hjertet hos levende end hos døde. I.-R. mener, at den må bero på et tilfældig spinklere Materiale i det ene Tilfælde end i det andet.

Netop den Omstændighed, at de to Forfattere komme til modsatte Resultater, synes mig at tale for, at Årsagen til den forskellige Dæmpningsbredde snarere må søges i den Omstændighed, at Dæmpningsgrænsen ikke er skarp, så at den snart kan bestemmes lidt længere ude, snart lidt længere inde, i det samme Undersøger vel ikke altid perkuterer ganske ens, og endnu mindre to Undersøgere ganske uafhængigt af hinanden ville finde Grænsen på samme Sted. Man må her erindre, at en sådan Variation af Dæmpningsgrænsens Leje meget vel kan finde Sted indenfor et vist Spillerum, uden at den Nøjagtighed, hvormed Grænsen er bestemt, derfor kan siges at være mindre i det ene end i det andet.

Inden dette stod mig klart, prøvede jeg, for at undersøge det nævnte Forhold, at udperkuterer Dæmpningen lige før og lige efter Døden på dertil egnede Patienter.

På denne Måde undersøgte jeg Nr 1, 6, 7 og 20. — I Nr 1 lå højre Grænses nederste Ende noget længere *ude* efter Døden end før. I Nr 6 og 7 fandtes venstre Grænses øverste Ende længere inde efter Døden end før. Ellers vare Grænserne i alle fire Tilfælde ens før og efter Døden.

Jeg fortsatte ikke disse Forsøg, dels fordi der synes mig at være noget for Følelsen højst stødende i at udperkuterer Hjärtedæmpningen på døende Patienter alene med den Hensigt at kunne kontrollere Grænsernes Rigtighed efter Døden, dels fordi jeg indså, at en Kontrol her er så godt som umulig. Finder jeg Grænsen 1 Cm. længere ude eller inde efter end før Døden, så véd jeg ikke, om dette skyldes en Størrelsesforandrig af selve Hjärtet eller blot en forskellig Perkussion. Nåle, indstukne i de to Grænser, træffe jo i Dybden samme eller næsten samme Punkt.

Et andet Punkt vedrørende Perkussion på levende er følgende:

ISRAEL-ROSENTHAL fremhæver, at man, ved at bestemme Dæmpningsgrænserne ved afdæmpet Perkussion, bedre end ved almindelig Perkussion kan *følge Forløbet i en Hjärtesygdom*.

Til Belysning af dette Forhold råder jeg over følgende Materiale.

I Nr 38 fandtes 3 Dage før Døden nøjagtig samme Grænser som efter Døden.

I Nr 46 havde jeg foretaget Perkussion 5 Uger før Döden. Under Sygdommens Forløb rykkede her den afdæmpede Hjärte-dæmpnings højre Grænse længere og længere ud, i det den ved første Undersøgelse lå $4\frac{1}{4}$ Cm., ved sidste $7\frac{1}{2}$ Cm. fra Midtlinjen. Men samtidig rykkede den relative Hjärte-dæmpning ligeledes ud, i det den ved første Perkussion lå 1 Cm. indenfor venstre Sternalrand, ved sidste $3\frac{1}{2}$ Cm. udenfor højre. Venstre Grænse lå ved første Undersøgelse både ved almindelig og ved afdæmpet Perkussion omtr. 1 Fingersbred *udenfor* venstre Papil, ved sidste 1 Fingersbred indenfor samme, så at Hjärtet altså i sin Helhed er rykket over mod højre, hvilket sikkert beror på, at Patienten i den sidste Tid før Döden stadig lå på højre Side. Samtidig rykkede den relative Hjärte-dæmpnings øverste Grænse opad, medens den ved svag Perkussion fundne øverste Grænse på sternum holdt sig uforandret.

I Nr 53, som jeg fulgte i Löbet af 18 Dage, forblev samtlige Dæmpningslinjer uforandrede undtagen den relative Hjärte-dæmpnings venstre Grænse, der rykkede 1 Cm. udad.

I Nr 75 lå de 3 højresidige Gränselinjer 8 Dage før Döden 1 Cm. længere inde mod Midtlinjen end efter Döden, medens venstre Grænse holdt sig uforandret.

Desuden har jeg fulgt en halv Snæs Individuer med Hjärtesygdomme, men som jeg senere tabte af Syne, fordi de bedredes og udskreves. Hos nogle holdt Dæmpningsfigurerne sig uforandrede, trods Bedringen; hos andre flyttedes Grænserne ganske vist; men den ved almindelig Perkussion fundne Grænse holdt stedse Skridt med de ved afdæmpet Perkussion fundne; kun i ét Tilfælde holdt den afdæmpede sig uforandret, medens den relatives højre Grænse flyttede sig fra 1 Fingersbred til højre for sternum ind til dettes Midtlinje.

Som det ses, har den ved afdæmpet Perkussion fundne Dæmpning i de anførte Tilfælde snarere givet mindre Oplysning om Hjärtets Forandring end den relative.

I øvrigt bör man næppe lægge for stor Vægt på Perkussionsresultaterne i så Henseende. Perkussorisk at kunne følge Forløbet af en Hjärtesygdom har naturligvis videnskabelig set sin Interesse og vil altid støtte Diagnosen; men set fra et praktisk Standpunkt have vi i sådanne Tilfælde en langt bedre Rettesnor for Hjärtets Forandringer ved Hensyntagen til Puls, Ödemer, Almenbefindendets Forandringer o. l. under en passende Behandling. —

Sluttelig skal jeg på dette Sted erindre om SCHOTTS mærkelige Påstand, at han ved afdæmpet Perkussion har kunnet påvise en Udvidning af Hjærtedæmpningen på 2—2½ Cm. i alle Retninger på et sundt Individ, efter at vedkommende havde udført et anstrængende Arbejde i 1 til 2 Minutter. Den Tanke, at et sundt Hjærte skulde reagere så stærkt på en så kortvarig Anstrængelse, er i og for sig så stridende mod al sund Fornuft, at den næppe trænger til Gendrivelse. På et Par sunde Mennesker, som jeg lod gøre gymnastiske Övelser i et Par Minutter, indtil de vare blevne stærkt forpustede, lykkedes det mig ikke at påvise ringeste Forandring af Hjærtedæmpningen.

Den Vurdering, som i det foregående er foretagen af den afdæmpede Perkussion, er udelukkende baseret på Forf's egne Undersögelser. Vil Metoden ikke i mere övede Händer give bedre Resultater? Man kunde i så Henseende henwise til ISRAEL-ROSENTHALS og PETERSSONS Figurer.

For det første er det en väsentlig Indvending mod de nævnte Forfatteres Figurer, at de, skönt tagne fra höjst forskellige Individer, ere indtegnede på en og samme skematiske Figur, uden at det oplyses, hvorledes Indtegningen er sket, og hvor meget Dæmpningsfiguren er formindsket. Ja hos PETERSSON ere end ikke sternum og Ribbenene markerede; han aftegner blot Papillerne, Midtlinjen og Omridset af Brystkassen.

Se vi dernäst närmere på Figurerne, så har ISRAEL-ROSENTHAL 3 sådanne, fremstillende Hjærtedæmpningen, henholdsvis hos en sund, en Patient med Aortafejl og en med Mitralfejl.

I bägge de patologiske Tilfælde ere Hjærtedæmpningens forskellige Mål större end i det normale, idet höjre Gränses største Afstand fra Midtlinjen i bägge Tilfælde er 1½ Cm. större end det normale (5 Cm. mod 3½ Cm.). Venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen er ved Mitralfejlen 10, ved Aortafejlen 16 Cm. (mod 9 Cm. hos den normale), og hele Dæmpningsbredden henholdsvis 14 og 15 Cm. mod 11½ Cm. — RAUCHFUSS's Breddemål er 11 og 11½ Cm. (mod 10) og Längdemålet 18 og 22 Cm. (mod 16 Cm.). Alt er således i den skönneste Orden; men man må erindre, at sådanne Målangivelser må omgås med stor Varsomhed. En Afstand af höjre Gränse fra

Midtlinjen på 5 Cm. er ikke absolut patologisk (SCHOTTS Normaltal er jo 5—5½ Cm.), og selv om man med Hensyn til venstre Gränses Afstand fra Midtlinjen må indrømme, at den i Tilfældet med Aortafejlen hos en spinkel Mand må betragtes som patologisk, så indser jeg ikke, at vi have opnået synderligt mere herved, end hvad man finder ved almindelig Perkussion. Det var ikke umuligt, at denne kunde give os bedre Oplysning end den afdæmpede. Hvis jeg f. Ex. ved Mitralfejlen fandt en relativ Dæmpning indtil højre Sternalrand, så vil det være langt mere oplysende, end at den afdæmpede eller interkostale Hjärtedæmpnings højre Grænse ligger 5 Cm. fra Midtlinjen. Forskellen mellem de to Figurer, som ISRAEL-ROSENTHAL meddeler som Typer for Dæmpningen ved Mitral- og Aortafejl, er egentlig kun den, at venstre Grænse i det ene Tilfælde ligger indenfor, i det andet udenfor Papillen. Ved Aortafejlen strækker Gränselinjen sig desuden længere ned, i det den når helt ned til 7de Ribben, medens den ved Mitralfejlen kun når til 5te Interkostalrum. Men også dette vil en almindelig Perkussion kunne påvise, og det viser jo egentlig blot, at ictus i det ene Tilfælde ligger lavere end i det andet, noget, som man i Regelen aller bedst kan bestemme ved Palpation.

Det synes mig at være set mere fra et rent æstetisk end egentlig fra et strængt videnskabeligt Standpunkt, når man vil betragte den Slags Figurer som så særdeles instruktive.

PETERSSON nøjes ikke med at illustrere Hjärtedæmpningen ved Mitral- og Aortafejl. Han påstår, at Dæmpningen også har en bestemt Type ved pericarditis, Lungeemfysem, Fedthjærte og idiopatisk Hjärteforstørrelse.

Typen for *pericarditis* er meget karakteristisk, idet Dæmpningen når fra højre Papillärlinje til udenfor venstre, og Hjärtelevervinklen er fuldstændig udslettet. Hvis man virkelig i de fleste Tilfælde af Ansamling i Perikardiet får en sådan Dæmpning, har man dermed vundet et vigtigt Hjælpemiddel til Diagnosen af denne Tilstand. Imidlertid vil Typen vist sjældent kunne udperkuteret i en så udpræget Form. At den ved mindre betydelige Grader kan være vanskelig at påvise på Grund af den normalt tilstedeværende Dæmpning mellem Levervinklens Ben, har jeg allerede tidligere omtalt.

Med Hensyn til Dæmpningen ved Lungeemfysem, Fedthjærte og idiopatisk Hjärteforstørrelse, så kan jeg ikke indse, hvorfor disse Sygdomme skulde have en typisk forandret Hjärte-

dæmpning. Når vi udperkutere en Dæmpningsfigur, er det jo kun med det Formål at bestemme, om Hjærtet er forstørret i den ene eller i bægge Halvdele (bortset fra de Tilfælde, i hvilke Dæmpningen skyldes patologiske Forandringer udenfor Hjærtet); men hvad den nærmere eller fjærnere Årsag til Forstørrelsen er, må afgøres på anden Måde.

Ved Gennemsyn af alle de talrige Figurer, som PETERSON meddeler til Illustration af de forskellige Typer af Hærtedæmpningen, kan jeg kun se fire Typer, nemlig en for Perikardit, en for forstørret højre Hærtæ, en for forstørret venstre Hærtæ og en for Forstørrelse af hele Hærtæ.

De Figurer, som skulle illustrere Hærtædæmpningen ved Lungeemfysem, Fedthærtæ og idiopatisk Hærtæforstørrelse, ligne ikke blot hverandre i allerhøjeste Grad, men have også mere eller mindre Lighed med de Typer, som findes ved Mitralfejl, Aortafejl og kombinerede Fejl.

At de forskellige Dæmpningstyper i Virkeligheden blot pege i Retning af en partiel eller total Forstørrelse af Hærtæ, ses også ved at studere de Mål, som P. opgiver for Dæmpningen i de forskellige Tilfælde.

Sammenligner man således Målene i de to Tilfælde, som skulle illustrere Hærtædæmpningen ved *Lungeemfysem*, med de af P. angivne tilsvarende Mål for normale, så tyde de i bægge Tilfælde på en universel Forstørrelse af Hærtæ, i det ene navnlig af venstre, i det andet særlig af højre. Men mon sådanne Forhold just ere så karakteristiske for Hærtæts Tilstand ved Emfysem?

På lignende Måde går det med de Exempler, som skulle illustrere Typen for *Fedthærtæ*. Målene tyde her i det ene Tilfælde på en stærk Forstørrelse af venstre, i det andet på en stærk Forstørrelse af højre Hærtæ, i det tredje på en betydelig Forstørrelse af hele Hærtæ, og i fjærde på en svag Forstørrelse af højre. Det er ikke let at forstå, at nogen i sådanne Forhold kan finde noget typisk for Diagnosen Fedthærtæ, og dog siger P., at Hærtædæmpningen ved denne Sygdom »frembyder en ganske karakteristisk Form og en bestemt udpræget Forandring i Størrelse».

Typen for *idiopatisk Hærtæforstørrelse* bygger P. på ét Tilfælde, i hvilket de opgivne Mål tyde på en stærk Forstørrelse af højre, en ringe af venstre Hærtæ. Det forekommer

mig i övrigt meget vovet at ville bygge en *Type* på *ét* eneste Tilfælde.

Hvad angår Typerne for *Mitralfejl* og *Aortafejl*, så gælder her akkurat det samme, som er sagt om ISRAEL-ROSENTHALS Exempler. Dæmpningsfiguren peger blot i Retning af, om højre eller venstre Hjærte er forøget, ofte dårligt nok.

Jeg skal derfor blot gøre opmærksom på følgende:

Som karakteristisk for Dæmpningen ved Mitralfejl anfører PETERSSON, at højre Gränses nederste Ende vedblivende drages ind mod Midtlinjen, så at Hjærtelevervinklen bliver spids. Dette er meget smukt tegnet på PETERSSONS Figurer; men hans Målangivelser passe ikke ganske hertil. I hans Tilfælde Nr 36 er højre Gränses Afstand fra Midtlinjen i tredje og fjerde Interkostalrum henholdsvis 4 og 5 Cm., så at Gränsen altså ligger længst fra Midtlinjen ved sin nederste Ende. Noget lignende findes i Nr 37, hvor den omtalte Afstand er 6 Cm. både i tredje og fjerde Interkostalrum. Når noget andet er tegnet på Figuren, må det være, fordi det subjektive og konstruktive har spillet en Rolle under Tegningen.

Også flere andre af PETERSSONS Figurer kunne vanskelig bringes i Overensstemmelse med de opgivne Mål. Jeg tror i det hele taget, at man ved en omhyggelig Revision af PETERSSONS Tilfælde vil komme til det Resultat, at den ved en indgående objektiv Undersøgelse eller i flere Tilfælde ved Sektion konstaterede tilstedeværende Störrelsesforandring af Hjærtet gennemgående ikke afspejler sig tydeligt i de i hvert Tilfælde fundne Mål for Hjærte-dæmpningen, samt at det typiske, som anføres for hvert især af de patologiske Tilfælde, ikke er tilstrækkelig bevist ved selve de meddelte Figurers Form og endnu mindre bliver det, når man kontrollerer denne Form ved Hjælp af de opgivne Talstörrelser.

Sagen er, at P. har stirret sig blind på Centimetermålene. Selv om man aldeles nøjagtig kunde måle Hjærtets Dimensioner på Dæmpningsfiguren, var man jo langt fra ude over alle Vanskeligheder. Hvor vanskeligt kan det ikke manges Gang være, når man ved en Sektion står med et Hjærte i Hånden, at bedømme, om det er forstörret eller ikke (naturligvis bortset fra de betydeligere Grader)? Et sikkert Resultat opnås jo meget ofte först, når Hjærtet er klippet op og man har undersøgt Vægtykkelsen, Klappernes og Ostiernes Tilstand,

Myokardiets Udseende o. s. v., og endda kan det være vanskeligt.

Idet vi se bort fra det Spørgsmål, om den afdæmpede Perkussion andre Steder end i Prækordiet muligvis kan yde nogen Hjælp, hvor den almindelige Perkussion svigter, som noget, der ligger udenfor Opgaven, kan Resultatet af de i det foregående refererede Undersøgelser og meddelte Overvejelser i Korthed præciseres således:

Den ved afdæmpet Perkussion fundne Hjärtedæmpning giver på Grund af de anatomiske Forhold et forstørret, forvrænget og ikke skarpt begrænset Billede af Hjærtet. Derfor kan Måling af Hjærtets Dimensioner ikke foretages på denne Hjärtedæmpning med blot tilnærmelsesvis Nøjagtighed, og Dæmpningsfiguren giver i det hele og store ikke bedre Oplysning om Hjærtets Tilstand end den almindelige ved middelstærk Perkussion fundne relative Hjärtedæmpning, idet den blot peger i Retning af, om Hjærtet er forstørret i den ene eller i bægge Halvdele, ofte ikke engang med så stor Sikkerhed som den almindelige relative Hjärtedæmpning.

Da vi altså må se bort fra en nøjagtig perkussorisk Afgrænsning af hele Hjærtet, bliver Spørgsmålet, hvorledes man da bedst skal undersøge Hjærtet ved Perkussion. Skal jeg udelukkende holde mig til den ved almindelig Perkussion fundne relative Dæmpning, eller skal jeg, selv om jeg nu ikke kan bestemme Hjärtegrænserne med anatomisk Nøjagtighed, dog ikke i hvert Fald så nøjagtig som mulig søge at bestemme højre og venstre Grænse?

Efter Forfs Mening bör man gå frem på følgende Måde:

Ved almindelig middelstærk Perkussion bestemmer man den *intensere* relative Hjärtedæmpning, som nærmest svarer til den Del af Hjærtet, der ligger til venstre for venstre Sternalrand (*den venstresidige relative Hjärtedæmpning*), idet man i Tvivlstilfælde vist nok helst bör bestemme venstre Grænse af denne ved *interkostal* Perkussion, af Grunde, som jeg strax skal anføre. Finder man, at venstre Grænse er rykket udenfor Papillärlinjen og forlænget nedad, tyder det på Forstørrelse af venstre Hjärte. Er højre Grænse rykket indenfor venstre Sternalrand eller överste Grænse rykket opad, tyder det på For-

störrelse af højre Hjärte. Når Dämpningen til højre for højre Sternalrand, tyder det enten på almindelig stærk Forstørrelse af hele Hjärtet eller på en særlig stærk Dilatation af højre atrium. Herefter søger man at bestemme Hjärtets højre Grænse ved *interkostal* Perkussion. At jeg hertil anbefaler interkostal og ikke afdæmpet Perkussion, beror på, at den første efter min Mening er sikrere i sin Anvendelse end den sidste. De tre Fingre, som det er nødvendigt at anbringe på Brystvæggen ved afdæmpet Perkussion, forekomme mig at være et lovlig stort og klodset Plessimeter. Ved interkostal Perkussion kan man derimod anvende Negleddet af venstre Pege- eller Lillefinger som Plessimeter; allerbedst er måske et lille kileformigt Tråplessimeter. Ved interkostal Perkussion kommer man end videre Hjärtet nærmere på Livet end ved afdæmpet, så at den fundne Gränselinje, selv om den ikke er aldeles nøjagtig, dog kommer Virkeligheden nærmere end ved afdæmpet Perkussion. Og endelig er der den betydelige Fordel ved den interkostale Perkussion fremfor den afdæmpede, at man ved den langt bedre er i Stand til at perkutere i sagittal Retning, idet det i Interkostalrummet anbragte Plessimeter kan aflade Perkussionsfladen, så at den bliver nogenlunde vandret, hvilket jo er umuligt ved Perkussion på Ribbenene, der altid ville lade Perkussionssvingningerne forplantes i radiär Retning. Ved en sådan Bestemmelse af højre Grænse må man erindre, at den er sikrest i andet og tredje Interkostalrum, mindre sikker i fjerde på Grund af Leverdämpningens Närhed. Med Hensyn til Vurderingen af den således fundne Grænse må man vist nok sige, at en Flytning af den udenfor højre Parasternallinje tyder på Forstørrelse af Hjärtet til højre. Man kan dog ikke heraf med Sikkerhed slutte til en Dilatation af højre atrium. — En sådan Bestemmelse af højre Hjärtegrænse i andet og tredje Interkostalrum er ikke stort mere nøjagtig end Bestemmelsen af venstre Grænse ved almindelig Perkussion. Men undertiden kan den vist yde god diagnostisk Hjælp, navnlig når den sammenholdes med Resultatet af Undersøgelsen af den ved almindelig Perkussion fundne relative Dämpning, eller hvis denne svigter. Måske yder den omtalte Bestemmelse af højre Grænse særlig god Nytte ved Perikardialansamlinger.

Den interkostale Perkussion har her sikkert et Område, hvor den undertiden kan gøre god Fyldest. Men det må anses for fuldstændig overilet at ville kaste hele den gamle Perkus-

sionsmetode over Bord og udelukkende at ville holde sig til den ved interkostal, afdæmpet eller svag Perkussion fundne Hjärtedæmpning, hvormed man kun vil bestemme *Grænserne* af en Dæmpning, der i *Extensitet* på en vis Måde svarer til Hjärtet, medens man helt ser bort fra *Intensiteten* af den indenfor Grænserne værende Dæmpning og dens Variationer under fysiologiske og patologiske Forhold. Det er netop Variationerne i Totaldæmpningens Intensitet, man får bestemt ved at anvende almindelig Perkussion.

Sagen er jo nemlig denne: Lad os indrømme, at den ved afdæmpet, interkostal o. fl. a. Metoder fundne Hjärtedæmpning i patologiske Tilfælde på en vis Måde forstørres i Forhold til selve Hjärtets Forstørrelse. Udslaget viser sig dog i Regelen kun ved en Forøgelse i Omfang på nogle få Cm. Går Dæmpningen normalt fra venstre Papillärlinje til højre Parasternallinje, så rykke bægge dens Grænser ved kendelig Forstørrelse af Hjärtet måske 1—2 Cm. længere ud. Men da Dæmpningsgrænserne som fremhævet ere udviskede, så at man allerede under normale Forhold kan disputere om, hvor vidt Grænsen i et foreliggende Tilfælde ligger én eller to Cm. længere ude eller inde, så vil en Bestemmelse af Hjärtegrænsen på denne Måde kun give tydeligt Udslag ved meget stærke Forstørrelser, ved hvilke Dæmpningsgrænserne flytte sig 4—6 Cm. ud over det normale. Men når Metoden kun giver sikkert Resultat i de meget udtalte Tilfælde af Hjärteforstørrelse, og ikke i de ringere Grader, så er den jo i Virkeligheden ikke så *fin*, som man kunde tro, og dette er også Grunden til, at den gennemgående ikke giver bedre Oplysning om Hjärtets Tilstand end den almindelige Perkussionsmetode.

Den almindelige relative Hjärtedæmpning er, nøjere betragtet, på en vis Måde et langt finere Reagens på Hjärtets Størrelse end den afdæmpede eller interkostale. Under normale Forhold går den jo nemlig kun fra venstre Sternalrand til omtrent 1 Fingersbred indenfor Papillärlinjen. Under patologiske Forhold kan den derimod rykke langt ud til venstre Axillärlinje og til højre Parasternallinje eller endog højre Papillärlinje. Der findes jo i de af mig undersøgte Tilfælde ikke få Exempler på, at den relative Dæmpning i patologiske Tilfælde forøgedes så betydeligt, at den endogså undertiden næsten faldt sammen med den afdæmpede eller interkostale Hjärte-dæmpning, der på deres Side ofte kun vare forstørrede i ringe

Grad. Den relative Hjärtedämpning er altså i Stand til at gøre langt større Exkursioner end den ved afdæmpet eller interkostal Perkussion fundne Dæmpningsfigur, og selv om man, hvad der som sagt er at anbefale, altid bör söge at bestemme højre Hjärtegränse ved interkostal Perkussion, så bör man i alle Tilfælde ikke undlade at lægge Mærke til, hvorledes Perkussionslyden forholder sig på Området mellem venstre Sternalrand og højre Parasternallinje. Normalt kan der her påvises en svag Dæmpning (*den højresidige relative Hjärtedämpning*); men en betydelig Dæmpning af Perkussionslyden i denne Region, således at den f. Ex. er lige så dæmpet som på den venstresidige relative Dæmpning, er altid patologisk, hvorimod den ikke altid er forbunden med en evident Udadflytning af den ved interkostal Perkussion fundne højre Dæmpningsgränse. Bestemmer man altså kun Totaldæmpningens Gränser uden at undersøge Intensiteten af den indenfor disse Gränser liggende Dæmpning, kan en Forstörrelse af Hjärtet, som kan give sig til kende ved en intensere Dæmpning, f. Ex. på nederste Del af sternum, men ikke ved nogen tydelig Forandring af højre Dæmpningsgränse, undgå Opmærksomheden. —

Spørge vi nu til Slutning, hvilken Betydning den rene afdæmpede Perkussion (d. e. bortset fra den interkostale) har for Hjärtets Perkussionsforhold, vil det ses, at den er meget nær ved at være lig Nul. Dog kan den måske undertiden få Betydning ved Bestemmelse af Kargrænsen, i det den muligvis kan hjælpe til Påvisningen af Udvidningen af de store Kar, navnlig i Tilfælde, hvor noget sådant må formodes, men ikke kan påvises ved almindelig Perkussion. —

Som det ses, har Forf. af disse Linjer fået det Indtryk, at man må udtale sig med en vis Forsigtighed, hvor Talen er om perkussorisk Gränsebestemmelse med anatomisk Nøjagtighed.

Nye Undersøgelsesmetoder bör selvfølgelig ikke afvises på Grund af utidig Skepsis, men jeg tror, at Tilbøjeligheden til det modsatte, nemlig en altfor sangvinsk Betragtningssmåde, er lige så uberettiget og mere almindelig. BACO har sikkert Ret, når han siger:

»Ingenio humano non sunt alæ addendæ, sed plumbum.»

Literatur.

- BAAS: Phonometrische Untersuchungen. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin II.
- BAMBERGER: Lehrb. d. Krankh. d. Herzens. Wien 1857.
- BOUILLAUD: Traité clinique des maladies du coeur. Paris 1835.
- BRAUNE, W.: Topographisch-anatom. Atlas. Leipzig 1872.
- CANSTATT, CARL: Die specielle Pathol. u. Therapie, 4 Bd. I. Erlangen 1843.
- CORVISART: Essai sur les maladies du coeur. Tysk Oversættelse af RINTEL. Leipzig 1812.
- V. DUSCH, THEODOR: Lehrb. d. Herzkrankh. Leipzig 1868.
- » » Die Krankh. d. Myocardiums (GERHARDT, Hdb. d. Kinderkrankh., 4 Bd. I. Tübingen 1878).
- EBSTEIN, WILH.: Zur Lehre von der Herzpercussion (Berlin. klin. Wochenschr. 1876, Nr 35).
- EICHHORST, HERMAN: Lehrbuch d. physikal. Untersuchungsmethoden. Braunschweig 1881.
- EWALD: Ueber einige practische Kunstgriffe bei Bestimmung der relat. Herz- und Leberdämpfung (Charité-Annalen II Jahrgang [1875]. Berlin 1877).
- FORGET: Précis théorique et pratique des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang. Strassbourg-Paris 1851.
- FRIEDREICH: Krankh. d. Herzens (VIRCHOW, Spec. Path. u. Therapie. Erlangen 1867).
- FULLER: Diseases of the chest. London 1862.
- GENDRIN: Leçons sur les maladies du coeur. Paris 1842.
- GERHARDT: Lehrb. d. Auscult. u. Perkussion. Tübingen 1866.
- GUTTMANN: Lehrb. d. klin. Untersuchungsmethoden. Berlin 1881.
- HUGHES, HENRY: Allgemeine Perkussionslehre. Wiesbaden 1894.
- ISRAEL-ROSENTHAL: Om Bestemmelse af Hjærtets Størrelse ved Perkussion »med Afdampning». Ugeskr. f. Læger 1893, Nr 34—36.
- » » Åbent Brev til Dr. STRANDGAARD, Hosp.-Tid. 1895, S. 514.
- LÜNING, RUDOLPH: Ueber Perkussion des Herzens. Göttingen 1876.
- MEISSNER: Ueber Thermopalpation mit besond. Berücksichtig. der Herzgrenzen. VIRCH. Arch., Bd. 131. 1893.

- MEYER, JOSEPH: Zur Percussion d. Brustbeins, d. Herzens und pericardiale Ergüsse. Charité-Annalen II Jahrgang (1875). Berlin 1877.
- NIEMEYER, P.: Hdb. der Perkussion u. Auskultation. 1868.
- PETERSSON, O. V.: Kliniska studier beträffande de perkussoriska förhållandena öfver hjärtat (Upsala läkareför. förhandl., bd 25, 1889—90, s. 71 och 125; samt bd 27, 1891—92, s. 329).
- PIORRY: Traité de Diagnostique et de Séméiologie. Paris 1837.
- RAUCHFUSS: Zur physical. Unters. d. H. (GERHARDT, Hdb. d. Kdkrh. 4 Bd. I. Tübingen 1878).
- RUMMO: Sur la plessimétrie cardiaque. Sem. méd. 11. April 1894.
- SCHOTT, AUG.: Beiträge zur physical. Diagnostik d. Herzens (Centralbl. für die med. Wissenschaften 1881).
- SKODA: Abhdl. über Perkussion und Auskult. Wien 1854.
- SYMINGTON: Anatomy of the child. Edingburgh 1887.
- WEIL: Hdb. u. Atlas d. topograph. Perkussion. Leipzig 1877.
- WINTRICH: Krankh. d. Resporg. (VIRCH., Hdb. d. sp. Pathol. u. Therapie, Bd. V—1. Erlangen 1854).
-

Forklaring til Tavlerne.

- Tavle A.** Den relative (*r*), interkostale (*i*) og afdæmpede (*a*) Hjärte-dæmpning hos et normalt Individ (Bill. 1), ved Forstørrelse af højre Hjärte (Bill. 2—3), Forstørrelse af venstre Hjärte (Bill. 4), Forstørrelse af hele Hjärtet (Bill. 5), og ved Dislokation af Hjärtet til venstre og opad (Bill. 6). — $\frac{1}{3}$ naturlig Størrelse. Forsøg Nr 35, 70, 69, 32, 53 og 48.
- Tavle B.** Tvärsnit af Brystkassen hos en voksen i Höjde med Sternalenden af andet Interkostalrum efter BRAUNE (Bill. 1) og hos et spädt Barn i Höjde med Sternalenden af tredje Interkostalrum (Bill. 2) og af sjetten Ribben (Bill. 3) efter SYMINGTON. — $\frac{1}{2}$ naturlig Størrelse.
- Tavle C.** *Bill. 1.* Dæmpningen i Hjärte- og Leverregionen, således som den efter Forf:s Erfaring i Regelen kan udperkuteret hos et sundt Individ. Den forskellige Intensitet illustreret ved stærkere og svagere Skravering. De svagt dæmpede perifere Partier blive lettere erkendelige ved interkostal og afdæmpet Perkussion; men kun den Del af Dæmpningen, der ligger i Höjde med manubrium, kan *udelukkende* påvises ved afdæmpet Perkussion. — Det middelstærkt skraverede Parti svarer til den almindelige relative Hjärtedæmpning. — $\frac{1}{2}$ nat. Størrelse.
- Bill. 2.* Den afdæmpede Hjärtedæmpning hos et sundt Individ. Hjärtet aftegnet ved Siden af; bägge Dele i $\frac{1}{2}$ naturlig Størrelse. Forsøg Nr 57.

Fig. 1

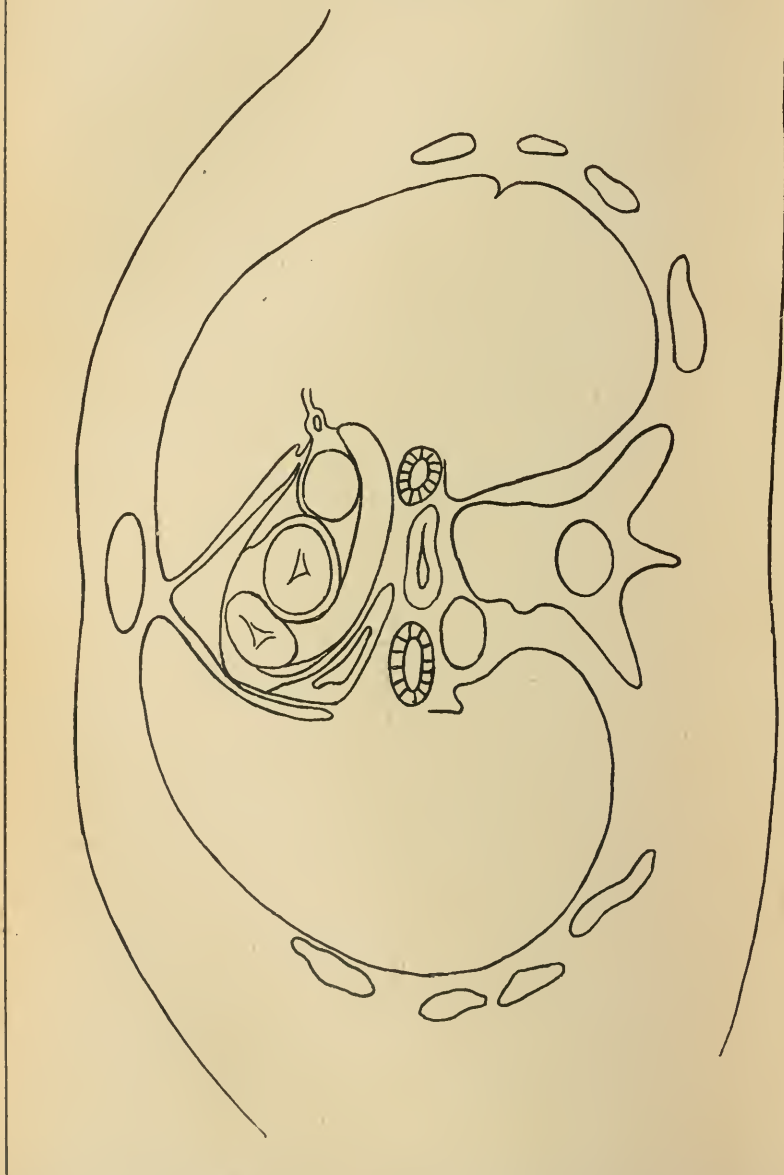


Fig: 2

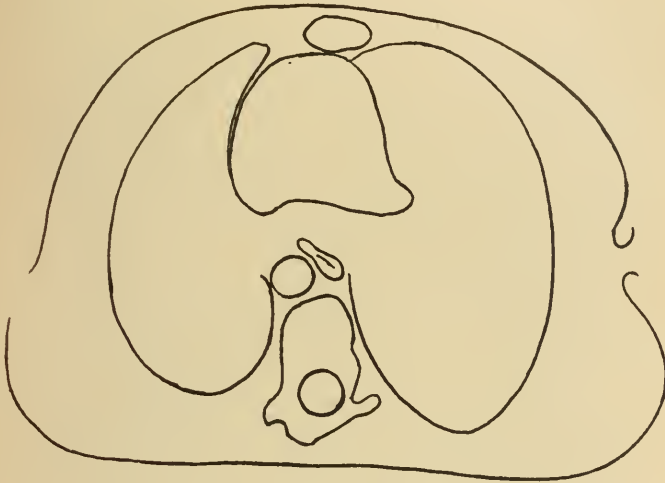


Fig: 3

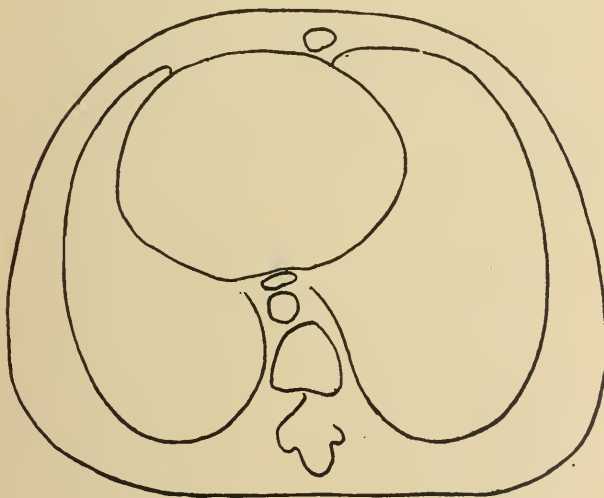
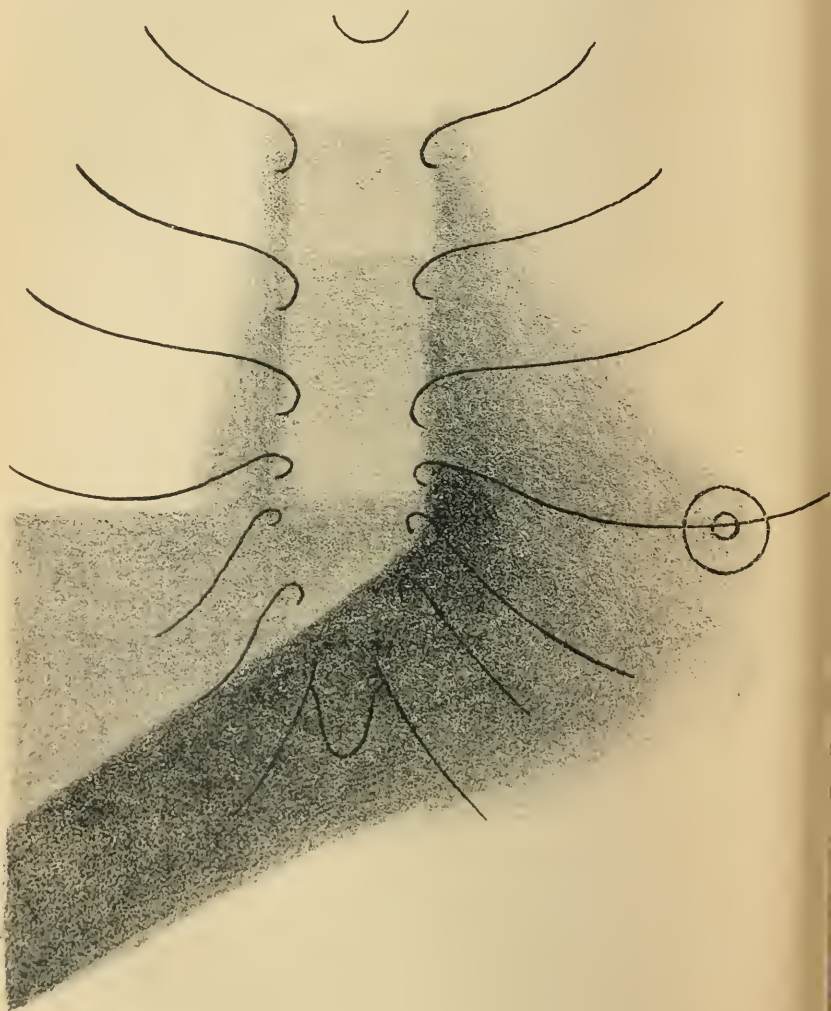
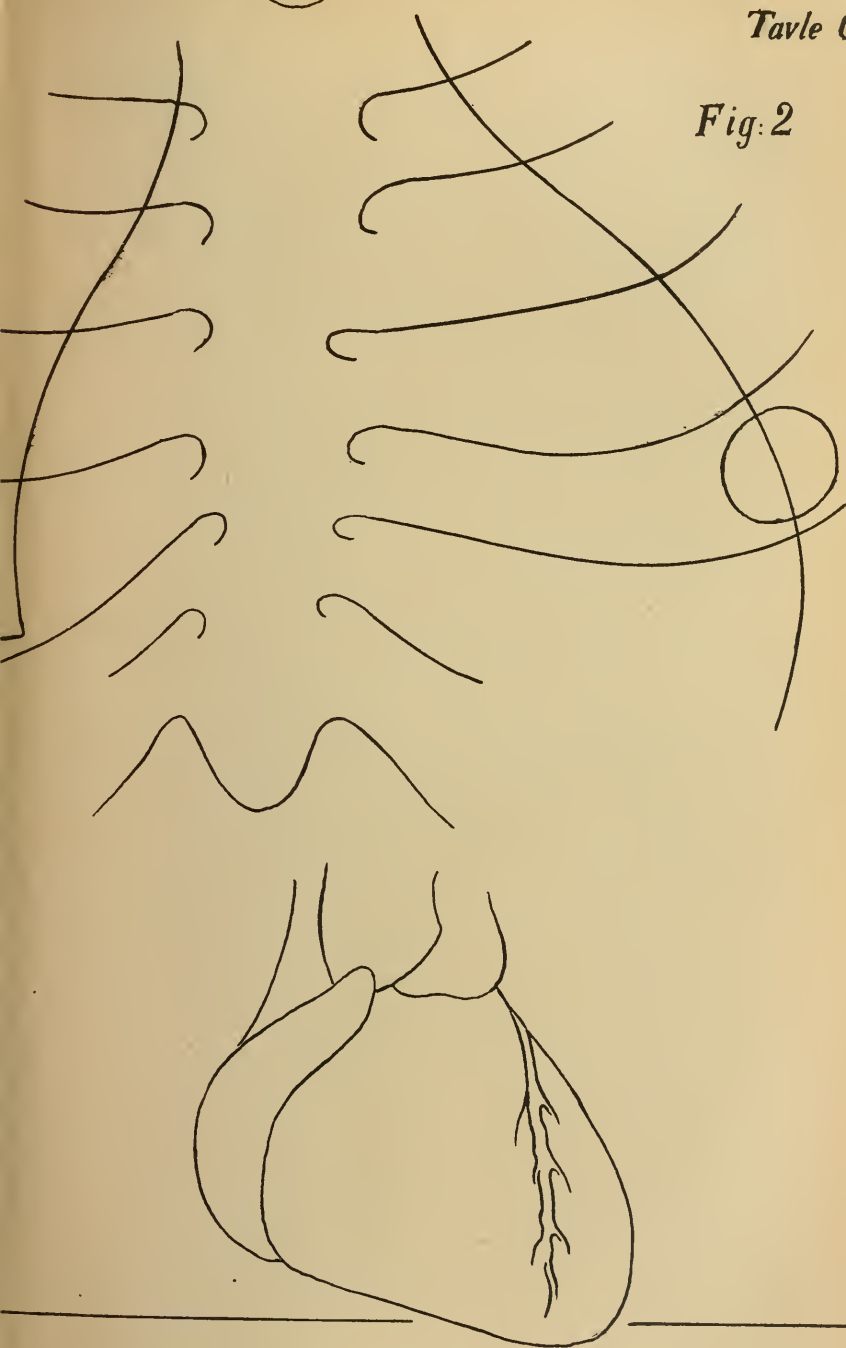


Fig. 1



Tavle C.

Fig: 2



Nordisk medicinsk litteratur från 1895.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: KLAS SONDÉN och ROBERT TIGERSTEDT: Untersuchungen über die Respiration und den Gesamtstoffwechsel des Menschen. — ERNST TENGVALL: Reflex durch sensible Muskelnerven. — A. F. MALMSTRÖM: Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Elastisität des ruhenden Muskels. — MAGNUS BLIX: Wann der Energieumsatz bei der Muskelcontraction auch von der Spannung abhängt. — CARL TH. MÖRNER: Om bernstensyrans ursprung i djuriska väfnader. — CARL TH. MÖRNER: Om förekomsten af kitin i svamparnas cellmembraner.

KLAS SONDÉN och ROBERT TIGERSTEDT: **Untersuchungen über die Respiration und den Gesamtstoffwechsel des Menschen.** Skand. Arch. f. Physiologie, bd 6, s. 1—224.

Först beskrifves en ny, af förf. konstruerad respirationsapparat, som i noggranhet och användbarhet vida öfverträffar alla föregående. Med denna apparat hafva förf. undersökt kolsyreutandningen hos människor af olika ålder och kön, vid olika tider på dagen, samt vid inverkan af muskelarbete. Beträffande anordningen af försöken samt resultaten af detta omfattande arbete hänvisas till originalafhandlingen.

J. E. J—n.

ERNST TENGVALL: **Reflex durch sensible Muskelnerven.** Skand. Arch. f. Physiologie, bd 6, s. 225—235.

Förf. har använt retning med induktionsströmmar på centrala stumpen af n. peroneus hos kanin — den gren nämligen af denna nerv, som endast innehåller trådar till musklerna. Efter uteslutande af stora hjärnans inflytande antingen genom olika narkotiska medel eller genom exstirpation, har förf. undersökt reflexer på blodtrycket, på puls-frekvensen, på olika muskler, samt på andningen.

J. E. J—n.

A. F. MALMSTRÖM: **Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Elastisität des ruhenden Muskels.** Skand. Arch. f. Physiologie, bd 6, s. 236—239.

Förf. har utfört sina försök på muskelpreparat af rana temp. och har betjänat sig af BLIX' muskelindikator. De resultat förf. erhållit

ställas i sammanhang med BLIX' teori angående elasticitet och inre friktion hos muskeln.

J. E. J—n.

MAGNUS BLIX: Wann der Energieumsatz bei der Muskelcontraction auch von der Spannung abhängt. Skand. Arch. f. Physiologie, bd 6, s. 240—251.

Förf. bemöter en del invändningar, som gjorts mot hans teori angående muskelkontraktionen. I öfverensstämmelse med denna teori föreslår förf. att uppfatta de vitala processerna vid muskelkontraktionen som en slags sekretionsprocesser.

J. E. J—n.

CARL TH. MÖRNER: Om bernstensyrans ursprung i djuriska väfnader. Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 1, s. 99.

Efter kortfattad öfversikt öfver bernstensyrans bildningssätt och förekomst redogöres för BLUMENTHALS nyligen offentliggjorda undersökningar, hvilkas hufvudresultat kan preciseras sålunda: i de fall, där man påträffat bernstensyra i djuriska väfnader och vätskor, har dess närvaro berott på postmortala, kadaverösa förändringar uti undersökningsmaterialet; denna syra är nämligen en produkt icke af de animala cellernas, utan af vissa lägre svampars livsverksamhet.

C. Th. M—r.

CARL TH. MÖRNER: Om förekomsten af kitin i svamparnas cellmembraner. Upsala läkareför. förhandl., n. f., bd 1, s. 90.

Referat af WINTERSTEINS samt GILSONS undersökningar, hvilka till full evidens bevisat, att svamparnas cellmembraner innesluta en kitinsubstans, ett fynd egnadt att tilldraga sig ett visst intresse, då kitinet hitintills ansetts vara en exklusift animalisk stödjesubstans.

C. Th. M—r.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

M. SONDÉN: *Atresia duodeni congenita completa.* — O. STORCH: *Kämpväxt af venstre Fod.* — TH. MADSEN: *Om Fremstilling af antidifteritisk Serum.*

M. SONDÉN: Atresia duodeni congenita completa. Hygiea 1895, Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 113.

Ventrikeln och öfversta delen af duodenum utspända till en timglasformig kropp med smalaste stället vid pylorus. Denna del af duodenum slutade som en blindsäck utan till tarmen förande lumen. Tunntarmen slutade äfven upptill blindt ungefär $1\frac{1}{2}$ em. från ventriculoduodenalsäcken, till hvars duodenaldel endast en afsmalnande, slutligen trådfin, solid bindväfssträng kunde följas.

Vestberg.

O. STORCH: **Kämpeväxt af venstre Fod.** Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1267.

Forevisning af en Patient med den nævnte Misdannelse, som var medfødt. Han er nu 45 År gammel. Venstre Fod har en Længde af 26 Cm. (höjre 18 Cm.), en Bredde af 13 Cm. og en Höjde af 12 Cm. Stortåen, som rager lodret opad, måler 14 Cm. i Längden (höjre 8 Cm.). De fire mellemste Tæer rage kun frem med deres yderste Rand; de ere indbyrdes sammenvoxede; den frie Rand danner en $1\frac{1}{2}$ —2 Cm. lang, sammensmeltet Negl. Den 5te Tå er af normal Störrelse og Bevægelighed. Venstre Fod nedenfor malleoli fortränger et Rumfang af 25—2600 Cem. Vand, höjre kun 4—500.

P. D. Koch.

TH. MADSEN: **Om Fremstilling af antidifteritisk Serum.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1077.

En Fremstilling af den til Indvinding af antidifteritisk Serum anvendte Fremgangsmåde med særligt Hensyn til de i Universitetets Laboratorium for medicinsk Bakteriologi foretagne Modifikationer.

S. Borch.

Speciel patologi och terapi: HANSEN: En ejendommelig Epidemi af gastroenteritis. — FABER: Intermitterende Leverfeber uden icterus. — EMIL A. G. KLEEN: Digestionen, ämnesomsättningen och näringsbehovet vid diabetes. — J. G. EDGREN: Försök med digitalinum cristallisatum såsom hjärttoniserande och diuretiskt medel. — SALOMONSEN: Nyre Arbejder over den transitoriske Albuminuri. — THURE HELLSTRÖM: Om blodserumterapien mot difteri på Epidemisjukhuset i Stockholm. — FIBIGER: Om Fejlslutninger ved bakteriologisk Difteridiagnostik. — ROLF HERTZ: Nogle Bemærkninger i Anledning af Dr. LARSENS Artikel om kronisk Difterit. — G. LARSEN: Endnu et Par Ord om kronisk Difterit. — C. WESSEL: Om den akute primäre polymyositis. — E. W. WRETLIND: Den patologiska spermatorréns etiologi, patogenes och terapi. — SELCHAU: Kneippkuranstalter. — JACOBY: Kneippkuranstalt. — SELCHAU: Kneippkuranstalt. — *Red.:* Kneippkuren.

HANSEN: **En ejendommelig Epidemi af gastroenteritis.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1060.

Forf. beskriver en lille Epidemi af gastro-enteritis, der angreb 6 Individer og ikke medförte noget Dödsfald. Sygdommen opstod i et fugtigt, dårligt udluftet Hus, uden at andre Lejlighedsårsager kunde påvises. Også Forf. fik umiddelbart efter sit Besög i det smittede Hus Ildebefindende, Svimmel, Opkastning.

F. Levison.

FABER: **Intermitterende Leverfeber uden icterus.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1269.

I Tilslutning til en tidligere refereret Afhandling meddeler Forf. udförligt Sygehistorien af en Patient, en 37-årig Mand, der indlagdes

på Hospitalet med intermitterende Feber og Diarré. Temp. var udenfor Anfaldene subnormal: 36° indtil 34,8°. Leverdæmpningen ikke i påviselig Grad forstørret, ingen icterus; der var stærk Anæmi og udviklede sig Tromboser i Underlivets store Vener med Ödem af Underextremiteterne; under Feberanfaldene steg Temp. til 39—40°, men faldt hurtigt igen under det normale. Efter 2 Måneders Sygeleje indtrådte Döden.

Ved Sektionen fandtes en suppurerende Ekinokokkyste på 8 Cm:s Diameter i højre Leverlap; i Lungerne fandtes en gammel lokal Bronkektasi med purulent Bronkit. Trombosen udgik fra vena hepatica og vena cava inf., der vare inddragne i den Kysten omgivende kroniske Betændelse; Döden var indtrådt ved en Emboli af venstre art. pulmonalis fra vena cava.

Den mikroskopiske Undersøgelse af Levervävet viste omkring den suppurerende Kystes Biudevæskapsel udbredte betændelsesagtige og atrofiske Processer. Betændelsen strakte sig med Galdegangene ned omkring talrige acini; desuden var der Atrofi af Levercellerne og Biudevævsnydannelse. Altså i alt: Angiokoliter og biliär Cirrose. Venstre Leverlap var relativ sund, noget hypertrofisk.

Urinen havde aldrig indeholdt abnorme Mængder Urobilin; dette gav Forf. Anledning til at undersøge Urinen hos en Del Patienter; det viste sig da, at selv vidt fremskredne Levercirroser jævnlig havde urobilinfri Urin, medens Urobilin ofte fandtes hos Patienter, hos hvem der ikke var Anledning til at formode nogen Leverlidelse. Forf. föres herved til at slutte sig til den tyske Opfattelse, at Bilirubinet i Tarmen forvandles til Urobilin, og at dette først fra Tarmen resorberes og går over i Urinen, så at Urobilinuri kun opstår, når store Mængder Galde udgydes i Tarmen og der omdannes til Urobilin, medens Leveren hverken i sund eller syg Tilstand leverer dette Farvestof, men kun Bilirubin. Denne Opfattelse er som bekendt i stærk Strid med den af franske Forfattere, særlig af HAYEM, HANOT og CHAUFFARD hävdede Teori, at Urobilinet er »den syge Levercelles Pigment».

F. Levison.

EMIL A. G. KLEEN: Digestionen, ämnesomsättningen och näringsbehovet vid diabetes. Hygiea 1895, bd 57, II, s. 533.

Förf. lemnar en intressant och utförlig framställning öfver de olika näringsmedlens förhållande vid diabetes och framhåller följande:

1) att kolhydrat i vanlig mängd hos alla sockersjuka förorsaka hyperglykemi, som finner sitt uttryck i glykosurien;

2) att alla sockersjuka likväl tillgodogöra sig en viss mängd af näringens kolhydrat, som kraftigare än samma kaloriantal fett bidrager att minska förbränningen af ägghvita;

3) att frihet från hyperglykemi utom andra fördelar medför en ökad assimilationsförmåga för kolhydrat och i och för sig motverkar den diaboliska processen;

4) att fett hos inga sockersjuka ökar hypoklykemien eller glykosurien och sålunda samt på grund af sitt höga kalorivärde är ypperligt

egnadt för dylika patienter; fördrages blott till en mängd, som stannar långt under organismens totala näringsbehof;

5) att de digererade ägghviteämnena af den lätt sjuke diabetikern fullständigt men af den svårt sjuke ofullständigt tillgodogöras, då de i det sista fallet bidra till hyperglykemien och glykosurien;

6) att vid svår diabetes uppstå i blodet toxiner, som äro långt farligare än ett öfverskott af blodsocker;

7) att dessa toxiner ökas vid uteslutande kött- och fettning;

8) att ett fullständigt uteslutande af kolhydraterna ur näringen icke i längden låter sig genomföras, därför att en dylik näring medför svåra rubbningar från digestionsapparaten.

Genom ett tillbörligt afvägande och tillgodoseende af alla dessa moment måste vi på ett rationelt sätt anordna diabetikerns diet.

Den absoluta dieten kan aldrig komma i fråga annat än periodvis, i veckor, allra högst i månader. Med någon fördel kan detta ske i det stora flertalet fall af den lätta formen. Fördelarna äro att assimilationsgränsen för kolhydraten höjes, att sjukdomens progression motarbetas, och att särskildt de symptom, som omedelbart stå i samband med hyperglykemien, träda tillbaka. Olägenheterna äro det frekventa uppträdandet af digestionsrubbningar, kroppsvikten minskas, nevrastiska symptom uppträda.

I den svåra formen (GERHARDTs reaktion) är förhoppningen att genom hyperglykemiens undanrödjande höja assimilationsgränsen förbi; uppträder β -oxysmörtsyran i urinen, är fara för koma för handen. Så snart GERHARDTs reaktion är fallt utpreglad, kan, i fall ingen β -oxysmörtsyra finnes, en måttlig inskränkning af kolhydraten till 80 gm vanligt hvetebröd och något grönsaker per dygn förordnas. Finnes β -oxysmörtsyran i urinen bör man alldeles afstå från inskränkningen i kolhydraten.

Edgren.

J. G. EDGREN: **Försök med digitalinum cristallisatum såsom hjärttoniserande och diuretiskt medel.** Hygiea 1895, II, s. 649.

Vid de på Serafimerlasarettet i Stockholm anställda försöken med digitalinum cristallisatum användes en lösning 1 : 1000 från pharmacie du d:r MIALHE i Paris, ett gm af lösningen höll sålunda 1 mgm digitalin, hvilket var den vanliga dosen, som gafs på en gång och endast undantagsvis efter en kortare eller längre tid upprepades.

Vid patientens inkomst på lasarettet gafs ett laxans (ol. ricini) och under den närmast följande tiden absolut mjölkdiet. Resultaten sammanfattas på följande sätt:

1. Ett mgm digitalium cristallisatum, gifvet på en gång, eger en hjärttoniserande, hjärtreglerande och diuretisk verkan, som motsvarar eller till och med öfvergår motsvarande verkan af 200—300 gm infusum digitalis (ph. sv.) gifvet under 4 till 5 på hvarandra följande dagar.

2. Digitalinets ofvan nämnda verkningar inträdde konstant, ehuru naturligtvis i olika grad, såvida patientens tillstånd var sådant, att någon verkan öfver hufvud taget kunde åstadkommas.

3. Digitalinet framkallade ingen gång intoxicationssymptom.

Edgren.

SALOMONSEN: Nyere Arbejder over den transitoriske Albuminuri.
Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 1125.

Oversigtsartikel over de i de senere År fremkomne Arbejder over transitorisk Albuminuri, af hvilke Forf. drager den Konklusion, at der ikke findes noget Middel til at skelne de uskyldige Former af Albuminuri fra dem, der ere Symptom på en alvorligere Nyrrelidelse.

F. Levison.

THURE HELLSTRÖM: Om blodserumterapien mot difteri på Epidemisjukhuset i Stockholm. Hygiea 1895, II, s. 473.

Under januari månad var serumtillgången begränsad, men i februari erhöles ett större parti från Institut Pasteur och längre fram från Stockholm, beredd af dr EDV. SELANDER. Redogörelsen omfattar därför halfåret 1 febr. till 1 aug. 1895. Utom serumbehandlingen fortsattes med den lokala: penslingar ett par gånger om dagen med sublimat-glycerin, gurglingar och spolningar med borsyra, klorsyrdt kali eller på sista tiden med stomatol.

Under tiden d. $\frac{1}{2}$ till $\frac{1}{8}$ intogs på Epidemisjukhuset 358 difteripatienter, af dessa afledo 7 (dödsprocent 1,96); 209 voro barn under 10 år, af dessa afledo 7 (dödsprocent 3,35). Frändragas de, som afledo under de första 2 dygnen, så blir dödsprocenten 0,85 och för barnen under 10 år 1,45!

Insprutningar gjordes på 216 patienter, däribland alla kruppatienterna, 52; de öfriga, 142, behandlades ej med serum, då de ansågos för lindriga fall, intet af dessa afled. Af de 52 kruppatienterna, som alla sprutades, afledo 3 (dödsprocent 5,77); 31 trakeotomiserades, af hvilka 3 dogo (dödsprocent 9,68), 21 gånger till hälsa utan operation. Insprutningarna gjordes så tidigt som möjligt: inom de 2 första sjukdomsdagarna på 84 fall utan krup, alla gingo till hälsa, och på 26 fall med krup, af hvilka 2 dogo, på 3:dje sjukdomsdagen på respektive 41 (1 dödsfall) och 8 (1 dödsfall); på 4:de sjukdomsdagen 21 (intet dödsfall) och 4 (intet dödsfall) o. s. v.

Halsens renande och bacillernas försvinnande ur svalget har försiggått ungefär som vid den vanliga behandlingen; febern tyckes ej håller synnerligen påverkats af serum.

Albuminuri uppträdde hos 66 af de 209 serumbehandlade fallen (31,57 %), men förf:s åsikt är, att väl beredd och i godt skick varande difteriserum ej verkar skadligt på njurarna.

Under januari månad inträffade två dödsfall bland de difteripatienter, som behandlats med tyskt serum; obduktionsfenomenen voro annorlunda, och måhända hade karbolhalten i detta serum ej varit utan skuld. Parserna uppträdde bland de serumbehandlade ungefär i samma frekvens som förut. — Förf. betonar särskildt det gynsamma resultatet vid krupfallen — en mortalitetsprocent af 5,77 är fullkomligt enastående. Såsom biverkningar af serum omtalas erytematös ansvällning

kring injektionsstället, multiformt erytem ibland med ledsmärter, urticariautslag — allt utan någon allvarsam betydelse.

Såsom totalomdöme om blodserumterapien mot difteri säger förf., att grundade anledningar förefinnas att däröfver fälla en god dom och för den samma uttala de vackraste förhoppningar för framtiden, men han framhåller, att äfven andra orsaker — epidemiens karakter o. s. v. — torde hafva bidragit till förf:s exempellöst vackra statistik.

Edgren.

FIBIGER: Om Fejlslutningar ved bakteriologisk Difteridiagnostik. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1173.

Forf. gör opmärksam på den Erfaring, at Påvisning af Difteribaciller i Kulturer fra Patienter vel er et sikkert Bevis for Tilstedeværelsen af Sygdommen, men at Mangelen af sådanne ikke er noget sikkert Modbevis. Mangelen af sådanne Kolonier kan nemlig skyldes 1) Mangel på Övelse hos den, der anlägger Kulturerne; 2) uheldigt Podeinstrument: som sådant anbefales en Klump hydrofilt Vat, anbragt på en Metaltråd; 3) dårligt Näringssubstrat; når Serum ikke er pålidelig steriliseret eller tilfældige Saprophyter fra Mundhulen overføres med Podeinstrumentet, kunne disse ved deres stærke Væxt helt overfløje og skjule Difterikolonierne; 4) Anvendelsen af antiseptica i Svælget, hvorved Difteribacillerne ere dræbte eller svækkede; 5) den Omstændighed, at Difteribacillerne i nogle Tilfælde svinde hurtigt af sig selv, skönt Belægningerne holde sig. Man kan således finde, at Kulturer fra larynx eller trachea give positivt Resultat, medens samtidig Podning fra Belægninger på Tonsillerne ikke vise Væxt af Difteribaciller.

F. Levison.

ROLF. HERTZ: Nogle Bemærkninger i Anledning af Dr. Larsens Artikel om kronisk Difterit. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1153.

G. LARSEN: Endnu et Par Ord om kronisk Difterit. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1254.

I Anledning af en tidligere refereret Artikel om kronisk Difteri, i hvilken Forf. havde tydet nogle Tilfælde af recidiverende Halsbetændelse som »kronisk Difterit» og hävdet Sandsynligheden af, at infektiöse Difteribaciller kunde gemme sig i Tonsillarkrypter og efter kortere eller længere Tids Forløb atter genificere Patienten, oplyser HERTZ, at han har foretaget bakteriologisk Undersøgelse af nogle af disse Patienter på Sygehuset uden at kunne påvise Difteribaciller i deres Svälg, så at Lidelsen ikke med Rette kan tydes på ovennævnte Måde.

F. Levison.

C. WESSEL: Om den akute primäre polymyositis. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1125.

Forf. meddeler fra Kommunehospitalets 3dje Afdeling 2 Sygehistorier, der af ham tydes som polymyositis acuta infectiosa. Tilfældene vare karakteriserede ved Begyndelsestemperatur på 39—40° C., som langsomt faldt i Löbet af omtr. 25 Dage til det normale. Blandt

de övriga Symptomen vare särilg Muskelsmerterne fremträdende, og de optrådte i det første Tilfælde i mange Muskelgrupper på en Gang; Svulst, Ödem eller Infiltration i eller over de angrebne Muskler ikke iagttaget. Almenbefindendet lidende, undertiden Dösigheid. Pulsen frekvent, stärk Törst og Sved tilstede. Hos denne Patient optrådte Hämaturi og talrige Blodudträdninger på Underextremiteterne.

Det andet Tilfælde indledtes med Smerter i Halsen og almindelige febrilia, og först efter 10 til 11 Dages Forlöb optrådte Smerter i Armene, senere også i Lårenes og Läggenes Muskler. Her optrådte Svulst på höjre antibrachium, sträkkende sig op på Overarmen; også denne Patient havde stärk Almenliden, tyfös habitus, Törst og Sved. Der var Albuminuri, men ikke Hämaturi tilstede.

Bägge Patienter helbrededes.

F. Levison.

B. W. WRETLIND: Den patologiska spermatorréns etiologi, patogenes och terapi. Eira 1895, s. 714.

Framkallas genom lokal retning (från rectum, urethra, prostata och penis) eller härrör från det centrala nervsystemet (sexuel nevrasten). Vid behandlingen måste lokala rubbningar omsorgsfullt beaktas, af invärtes medel påpekas secale cornutum.

Edgren.

SELCHAU: Kneippkuranstalter. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1084.

JACOBY: Kneippkuranstalt. S. St., S. 1109.

SELCHAU: Kneippkuranstalt. S. St., S. 1157.

Red.: Kneippkuren. S. St., S. 1178.

Diskussion om Betimeligheden af en påtänkt Kneippkuranstalt ved Silkeborg og Lägestandens Stilling til en sådan.

F. Levison.

Kirurgi och oftalmiatrik: EILER HANSEN: De unge blinde i Danmark. — CHR. F. BENTZEN: Experimentelt Glavkom hos Kaniner og Kammervinklens Betydning for det intraokulære Tryk. — NORMAN HANSEN: En Skudläsion. — E. SCHMIEGELOW: Endokraniel Komplikation under Forløbet af en Mellemöresupparation. Trepanation. Helbredelse. — EMIL MÜLLER: Cystis peritonæi myxomatosa. — JENS SCHOU: Et Tilfælde af Underlivsaktinomykose helbredet ved Jodkalium. — MICHAEL RASMUSSEN: Om Brokinkarceration og taxis. — THORKILD ROVSING: Kastration ved Prostatahypertrofi. — J. ESCHEN: Om Behandlingen af tuberkuløs coxitis, særligt med Hensyn til Resultaterne efter konservativ Behandling og efter Resektion. — C. A. LARSEN: Spredte Bemærkninger fra Virksomheden på Amtssygehuset i Varde.

EILER HANSEN: **De unge blinde i Danmark.** Köbenhavn 1895.

Forf. önsker »at besvare Spørgsmålene, om og i hvilket Omfang de sidste Årtiers administrative og hygiejniske Skridt til Forebyggelse af Blindhed have virket, og så vidt muligt påvise, mod hvilke Blindhedsårsager der endnu måtte være noget at udrette, og da ved hvilke Midler.»

Han kommer til det Resultat, at der er opnået en Aftagen af Blindhedstilfælde ved Blenorré og sympatisk Öjenlidelse, medens derimod Blindhed ved den skrofulöse Öjenbetændelse er bleven mere fremtrædende i det sidste Decennium (1883—1892).

Forf. fremsætter et Forslag, hvorved formentlig netop den Blindhedsårsag, Skrofulosen repræsenterer, vil kunne modvirkes, nemlig »at skabe en Institution, der med fornöden Avtoritet og Sagkundskab tager sig af disse Börn *i rette Tid*. Dens Opgave må være at sige Oplysninger om, hvor og under hvilke Forhold de findes.» Institutionen skal dernæst støtte disse Börn med Råd og Dåd, hvor betryggende Forholdsregler kunne skaffes tilstede i Hjemmet, eller — i modsat Fald — optage dem på et *Asyl for Börn med truende Blindhed*, der skaffede Betingelserne for, at den konstitutionelle Svaghed eller Sygdom kan modarbejdes ved god Forplejning, Lys, Luft og Bade, og BARNET sikres den mest betryggende Behandling af Öjenlidelsen.

J. Bjerrum.

CHR. F. BENTZEN: **Experimentelt Glavkom hos Kaniner og Kammervinklens Betydning for det intraokulære Tryk.** Doktordisputats. Köbenhavn 1895.

Forf. stiller sig den Opgave, 1) at fremkalde en Sammenvoxning af Kammervinklen og derved Glavkom hos Kaniner, — og 2) at undersøge, om Kaninöjne med experimentelt frembragt Glavkom »filtrere» mindre end normale Kaninöjne, d. v. s. om der går mindre Vædske ud af dem, når der injiceres Vædske i forreste Kammer, end der går ud af normale Kaninöjne under de samme Forsøgsbetingelser.

Han finder, at Kradsning af Kammervinklen gennem Incisioner i cornea er den bedste Fremgængsmåde til at fremkalde en solid Adhä-

rence mellem Irisperiferien og cornea med påfølgende Spændingsforøgelse og uden andre komplicerede Forandringer i Øjet.

Undersøgelsen af »Filtrationen» i Kaninernes Øjne gav, mener Forf., det Resultat, at de glavkomatøse Øjne »filtrerede» meget mindre end de normale. Han mener derfor, at Kammervinkelsaummenvoxningen har medført en sådan Hindring for Vædskeexkretionen, at den indtrådte Trykforhøjelse derved forklares.

J. Bjerrum.

NORMAN HANSEN: En Skudlæsion. Med Diskussion. Det københavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1265.

Pat. skød sig med en Revolver i højre Tinding. Kuglen gik igennem bægge orbitæ bagved bulbus oculi og sad sandsynligvis indkilet i v. os zygomaticum.

Diskussion:

Dr. EDM. JENSEN meddeler et Tilfælde af Skudlæsion af den ene orbita, hvor der, ligesom for venstre Øjes Vedkommende i N. H:s Tilfælde, fandtes en mælkehvid Farve af en Del af Øjegrunden med normal Papil og normale Nethindekar. Desuden nogle små Hæmorragier i Nethinden og Glaslegemet, en lille Ruptur af chorioidea, og i Macularegionen en større grålig Plet. 6 Dage efter Læsionen var den mælkehvide Farve forsvunden, og i Stedet derfor sås en skifergrå Farve med enkelte hvide Pletter.

Dr. BJERRUM erindrer i Anledning af disse 2 Tilfælde om WAGENMANN'S Undersøgelser over Gennemskæring af aa. cil. post. breves. For så vidt den mælkehvide Farve af Øjegrunden ved Læsioner som de nævnte senere efterfølges af Pigmenturegelmæssigheder og Atrofi af chorioidea, må en Ruptur af aa. cil. post. breves antages at være Årsagen; forsvinder den mælkehvide Farve derimod sporeløst, kan det kun have drejet sig om en commotio retinae.

J. Bjerrum.

E. SCHMIEGELOW: Endokraniel Komplikation under Forløbet af en Mellemøresuppuration. Trepanation. Helbredelse. Det københavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1262.

12 Års Dreng med kronisk venstresidig Mellemøresuppuration. Der udviklede sig Smerter i Hovedet, Svimmelhed, Opkastninger, langsom Puls (58); normal Temperatur; ingen Pareser; Sløvhed. Opnejsling af Mellemøret, som var opfyldt af polypøse Masser; Trepanation af fossa cranii media med Udtømmelse af epidural Absees; Punktur af venstre Tindingelap med negativt Resultat; Trepanation af bageste Hjernegrube og Punktur af cerebellum; men heller ikke der fandtes pus. Helbredelse.

Tilfældet er et Exempel på, at en epidural Absees alene kan give Anledning til så betydelige endokranielle Trykfænomener, at man tror at have med en Hjerneabsces at gøre.

E. Schmiegelow.

EMIL MÜLLER: *Cystis peritonæi myxomatosa*. Hosp.-Tidende, R. 4. Bd 3. S. 1221.

Pat., en 21-årig Kvinde, havde smertefuld Menstration; Smerten lokaliserede sig til venstre Side af Underlivet. Ved Exploration fölte Omhed af bägge tubæ, der dog ikke vare svulne, men syntes let knudrede; også Ovarierne ömme; ved yderste Ende af venstre tuba fölte en ubestemt begrænset, blöd Fortykkelse. Ved Laparotomien fjærnes fra fossa Douglassii en dueægstor, klar, gelatinös Masse, der var inde-sluttet i en tynd, gennemsigtig Hinde, som syntes at være kläbet til Bagfladen af venstre lig. latum; på tubæ ses enkelte små, hvidlige Gryn, i Ovarierne Småkyster; bägge Siders adnexæ exstirperes. Godt Forløb. Hun har siden Operationen ikke haft de tidligere Smerter i Underlivet (sidste Meddelelse 3 Måneder efter Operationen).

Ved Mikroskopien sås en let katarralsk Betændelse af tubæ og småkystisk Degeneration af Ovariet. Kysten omsluttedes af en tynd Binde-vävshinde med stjerneformede Celler, dens Indside var klädt med et delvis afstödt Lag af Endotelceller; det gelatinöse Indhold gav Mucinreaktion.

Forf. mener ikke, den lille Kyste har fremkaldt Patientens Tilfælde, — disse skyldes rimeligvis den tubare Lidelse; han er tilbøjelig til at tro, at Kysten er et tidligt Stadium af det såkaldte pseudo-myxoma peritonæi.

Kr. Poulsen.

JENS SCHOU: **Et Tilfælde af Underlivsaktinomykose helbredet ved Jodkalium.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 1174.

En 50-årig, ugift Kvinde mærkede i Slutningen af Året 1894, at hun havde en Svulst nedadtil i højre Side af Underlivet; hun fik i lang Tid Arsenik; men Svulsten voxede; Aftentemp. var jævnlig lidt forhøjet. Ved en Undersøgelse i Januar 95 viste Pat. sig at være bleg og kakektisk; hele højre fossa iliaca var optagen af en stor, fast, i Dybden adhærent Udfyldning, der, passerende den udvendige Del af lig. Poupartii, strakte sig en 4 Fingersbredder ned på femur, her fluktuerende på et lille Parti, medens Svulsten ellers var bråthård, ikke öm for Tryk. Den forvoldte hende heller ingen Smerter. Ved Incision på det fluktuerende Parti udtömtes lidt pus, der indeholdt Aktinomykosiskorn. Hun fik da stigende Doser Jodkalium, indtil 9 Gm om Dagen; Udfyldningen aftog lidt efter lidt, og den var borte efter et Par Måneders Forløb under et Forbrug af 300 Gm Jodkalium; på Incisionsstedet resterede en lille Fistel; Sonden trængte op mod Ligamentet; et videre Forbrug af 100 Gm Jodkalium var uden Virkning, hvorfor Fistlen spaltedes og udskrabedes, uden at det dog lykkedes at påvise Aktinomykoselementer i Granulationerne. Noget efter komplet Heling (Avgust 95), og hun har senere befundet sig vel.

Skönt man nu ved, at actinomycosis ofte tenderer mod spontan Heling, er Forf. dog tilbøjelig til at tro, at det anvendte Jodkalium har haft Betydning, — den store Udfyldning svandt allerede efter 2 Måneders Forløb, så at Medikamentets Indflydelse næppe kan benægtes. Som så ofte er Lidelsen i dette Tilfælde rimeligvis udgået fra proc. vermiformis.

Kr. Poulsen.

MICHAEL RASMUSSEN: **Om Brokinkarceration og taxis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1245.

Forf. anbefaler ved taxis at anvende en let, vedholdende Kompression af Herniet i Stedu for den forcerede taxis, der ofte bruges. Han har med Held flere Gange fået Herniet ind ved den lette, for Patienten smertefri Kompression, ved hvilken Narkose ikke var nødvendig. Han mener, at Inkarcerationen væsentlig beror på venøs Stase; ved Kompressionen forceres de tillukkede Vener, hvorved Stasen ophörer og Brokket kan reponeres.

Kr. Poulsen.

THORKILD ROVSING: **Kastration ved Prostatahypertrofi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1101.

Følgende Tilfælde refereres: 85-årig Mand, hos hvem der i 11 År havde været komplet Urinretention. I sidste Par År var Kateterisationen bleven vanskelig; man havde måttet bruge tyndere og tyndere Nummere; selv ved Nr 8 Charrière havde man Besvær, idet der kom Blødninger og Smerter ved Indførelsen. Urinen blev mere og mere purulent. Prostata var betydelig forstørret, som en Appelsin. Der foretages d. $\frac{1}{7}$ 95 dobbeltsidig Kastration, Sårene lukkes komplet, reaktionsløs Heling, et indlagt Kateter à demeure Nr 8 fjernes 3 Dage senere, og allerede da skønnes prostata betydelig aftagen i Størrelse (omtrent $\frac{1}{3}$); Pat. kateteriserede sig med Lethed, og Urinen blev klar. D. $\frac{15}{8}$ kvitterede han Urinen 1ste Gang spontant, en 30 Kem.; prostata var svunden til det halve. D. $\frac{28}{9}$ lader han også Vandet om Natten; ved Forsøg på ikke at bruge Kateteret viser det sig, at der er omtr. 300 Kem. Residualurin. Han tømmer herefter Blåren Morgen og Aften. Ved Undersøgelse d. $\frac{19}{10}$ viser det sig, at han befinder sig vel, daglig spontan Afföring (Defäkationen för Operationen meget hård og besværlig); han lader Vandet både Dag og Nat, der er midt på Dagen en 30 Kem. Residualurin; han tømmer sin Blære hver Aften; Urinen er klar, sur, viser kun Spor af Äggehvide.

Forfs Tilfælde harmonerer ikke med GUYONS arteriosklerotiske Blåreparese, ej heller med den mekaniske Teori; ti prostata er endnu ret betydelig hos Patienten. Foreløbig kan der ikke gives nogen Forklaring på den ret gådefulde Virkning af Kastrationen.

Kr. Poulsen.

J. ESCHEN: **Om Behandlingen af tuberkulös coxitis, særligt med Hensyn til Resultaterne efter konservativ Behandling og efter Resektion.** Doktordisputats. Köbenhavn 1895. 100 Sider.

Forf. har fra de köbenhavnske Hospitaler samlet 233 Coxitistilfælde, der ere behandlede i den sidste halve Snes År; de 33 anser han for tvivlsomt tuberkulöse, medens han om Resten ikke nærer Tvivl om Lidelsens tuberkulöse Natur. Selvfølgelig er der behandlet flere Patienter under Diagnosen arthrititis coxæ; men Forf. har kun holdt sig til sådanne Tilfælde, hvor han mente, det drejede sig om en tuberkulös Affektion. På 5 Undtagelser nær har han Oplysninger om sine Patienters senere Skæbne. De statistiske Sammenstillinger, han gör af

sit Materiale, må efterses i Afhandlingen, i hvilken findes et kortfattet Uddrag af Journalerne.

Han kommer til følgende Resultater:

1) »Prognosen for det enkelte Tilfælde beror mindre på den forhåndenværende lokale Tilstand end på Patientens Almentilstand og navnlig på Tilfældets Art; det har mindre at betyde, om Tilfældet er langt fremskredet med Absces eller Fistel, ja selv med Bækkenperforation, end om det er et fra Begyndelsen af rapid forløbende og af høj Feber ledsaget Tilfælde.»

2) »Delvis afløben coxitis og væsentligst extraartikulær Lidelse bør kun undtagelsesvis behandles med Resektion, men i Regelen med Vægtextension og Immobilisation i længere Tid og under Omstændigheder med Incision for at fjerne sekvestrerede Brusk- eller Bendele eller for at tømme Abscesser og udrense tuberkuløse foci samt for at indbringe Jodoformemulsion.»

3) »Man bør aldrig reseceere ved tuberkuløs coxitis i 1ste Stadium» (af 18 Patienter døde 22 %, hos 17 % var Enderesultatet godt, temmelig godt hos 11 %, slet hos 50 %).

4) »Ved fremadskridende, ikke særlig akut coxitis bør man i Almindelighed fortsætte den konservative Behandling, indtil der er konstateret Absces, og selv da kun gå over til Resektion, når Almentilstanden er i truende Tilbagegang; man bør navnlig ikke skride til tidlig Resektion, når der er Bedring ved kortvarig konservativ Behandling og Forværrelse, så snart denne seponeres; den konservative Behandling bør da netop fortsættes i længere Tid, for at Tilfældet kan få Lejlighed til at komme rigtigt til Ro og de vundne Fordele få Tid til at konsolideres ved Ankylosedannelse eller ved solid Indkapsling af focus.»

5) »Ved akute febrile Tilfælde (ofte ledsagede af stærke Infiltrationer om coxa) samt ved Bækkenabsces bør man hurtigt skride til Resektion.»

Kr. Poulsen.

C. A. LARSEN: **Spredte Bemærkninger fra Virksomheden på Amtssygehuset i Varde.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1106, 1141.

Anbefaler varmt de THIERSCHSke Transplantationer. Skal et stort Sår dækkes, narkotiseres Pat., Lapperne udskæres og opbevares i lunkent sterilt Vand; derefter afbrydes Narkosen, og Lapperne, hvis Rande afklippes, lægges på Såret, hvor de dækkes med Gazekompresser, dyppede i Borvand; udenpå kommer Guttaperkapapir og sterilt Vat samt et fastsiddende Bind; Bandagen skiftes efter 3 Døgns Forløb.

Dernæst refereres 2 Laparotomier, bægge explorative; i den første drejede det sig om et stort, sarkomatøst degenereret ovarium, der var meget adhærent, hvorfor det lodes urørt; Pat. døde nogle Måneder senere, Laparotomisåret helede reaktionsløst. I det andet Tilfælde stilledes Diagnosen: extrauterin Graviditet; ved Laparotomien viste det sigt at uterus var hård og stor med fibrinøse Belægninger, der var Svuls,

af bægge ligg. lata. I den Tro, Diagnosen var gal, lukkedes Såret; en 14 Dage senere udviklede der sig en Absces på højre Side af den forstørrede uterus, den åbnes over lig. Poupartii, rigeligt Pusudflod og noget senere Extraktion af et macereret 3 Måneders gammelt Foster; Abscesserne brød ind i rectum. Til sidst Helbredelse.

På en 2 Års Dreng har Forf. ved sectio alta fjærnet en Sten på 10 Gm. Drånage af Blåren gennem Abdominalsåret. Helbredelse.

Der er indtrådt et Narkosedødsfald ved Kloroform. Det var en 11 Års Dreng, på hvilken der blev gjort sequestrotonia femoris; Sekvestret var fjærnet, da Respirationen pludselig standsede. Han havde fået en 20 Gm Kloroform på ESMARCHS Maske.

Til Slutning anbefaler Forf. at lukke Åtylkloridflaskerne, som ikke have særlig konstrueret Lås, med et Stykke amerikansk Hæfteplaster; der sker da ingen Fordampning. De så kaldte Knystringe har han med Held brugt ved begyndende decubitus, eller hvor en Benprominens var udsat for Tryk, således ved Aulæggelsen af SAYRES Bandager for spondylitis.

Kr. Poulsen.

Psykiatri: C. LANGE: Om periodiske Depressionstilstande og deres Patogenese. — KNUD PONTOPPIDAN: To psykiatriske Afhandlinger. — C. LANGE: Et Par Ord om den periodiske Depression.

C. LANGE: Om periodiske Depressionstilstande og deres Patogenese. Andet Oplag. Med en Efterskrift. København 1895.

Bogen er et uforandret Oplag af det Foredrag, som Forf. holdt i Januar 1886; men der tilføjes i en Efterskrift på en halv Snes Sider en Del Bemærkninger til Forsvar og nærmere Redegørelse for de den Gang udtalte Anskuelse. Ved sin senere Erfaring har Forf. følt sig yderligere bestyrket i Rigtigheden af sin Opfattelse af Urinsyre-diatesens Forhold til den periodiske Depression. Overfor den Bebrejdelse, der er rettet imod ham, at han ikke har udført et stort Antal kvantitative Urinsyrebestemmelser, hævder han det unyttige heri bortset fra Vanskelighederne ved den praktiske Gennemførelse. Diagnosen af en tilstedeværende Urinsyre-diatesese kan slet ikke grundes på en Påvisning af Urinsyrens Forhold i den udtømte Urin, men må støttes på Tilstedeværelsen af artritiske Ledaffektioner, Nyrekonkrementer eller Urinsyresedimenter. Hvor sådanne mangle, kan i mange Tilfælde den arvelige Disposition være af Betydning, idet den hyppigt fremtræder på den Måde, at Patienterne vise sig at nedstanne fra Personer, der have frembudt tydelige Tegn på en tilstedeværende Diatese. Med Hensyn til Behandlingen advarer Forf. navnlig mod Brugen af Opium og Bromkalium i disse Tilfælde. Og endelig drager Forf. på ny til Felts mod »Nevrastenic» og de Ulykker, dette Navn efter hans Mening har anrettet ved at dække over en Række funktionelle Nevroser, som derved ikke ere blevne skilte tilbørligt ud fra hinanden.

P. D. Koch.

KNUD PONTOPPIDAN: **To psykiatriske Afhandlinger.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1204 og 1231.

Anmeldelse af C. LANGE: *Om periodiske Depressionstilstande og deres Patogenese*, 2det Oplag, — og af CHR. GEILL: *Nogle Bemærkninger angående den moderne Sindssygebehandling.*

I. Forf. erklærer sig uenig med LANGE i hans Opfattelse af »den periodiske Depression» som en Sygdom, der er forskellig fra Melankolien. Den kan antages at skyldes forskellige Årsager og måske derefter også at antage forskellige kliniske Former; men den er en Melankoli in optima forma, og Behandlingen må i det væsentlige blive den for denne Lidelse almindeligt anerkendte. Der udtales en Tvivl om, at alle de af LANGE herhen regnede Tilfælde, som synes at repræsentere et uforholdsmæssigt stort Antal, også virkelig allesammen høre ind under den opstillede Kategori. For virkelig at kunne fastslå Sygdommens Afhængighed af en urinsur Diatese må der kræves en Påvisning af, at der består et fast Forhold imellem dem, og uden en sådan, ved Hjælp af kvantitative Urinsyrebestemmelser, vil LANGES Teori vedblive at være en Hypotese. Men selv om det lykkes at påvise et sådant fast Forhold, må det yderligere godtgøres, at den tilstedeværende Forøgelse eller Formindskelse af Urinsyremængden ikke er et rent sekundært Fænomen, og det må undersøges, om den ikke spiller en Rolle også ved andre Psykoser. Endelig fremsættes forskellige Indvendinger mod LANGES Udtalelser om Periodiciteten og Arveligheden så vel som mod hans Angreb på Benyttelsen af »Nevrastenien» som Sygdomsbetegnelse.

II. Om GEILLS *Bemærkninger* o. s. v. udtaler Forf. bl. a., at der heri ikke tilstrækkeligt skelnes mellem *Sindssygepleje* af de uhelbredelige og *Sindssygebehandling* af de helbredelige, akutte Tilfælde. Overfor de sidste fremhæver han Nødvendigheden af små Hospitaler med tilstrækkelig virksomt Tilsyn og alle de moderne Sygehuses almindelige Hjælpemidler. Han udtaler sig for en konsekvent Bekæmpelse af Cellebehandlingen, som han også speeielt for sin egen Afdelings Vedkommende på Kommunehospitallet anser for uhensigtsmæssig.

P. D. Koch.

C. LANGE: **Et Par Ord om den periodiske Depression.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1235.

Replik til Prof. PONTOPPIDAN i Anledning af hans Udtalelser i Hosp.-Tidende, S. 1204 ff. Forf. mener, at disse væsentlig skyldes Misforståelser. Særligt fremhæver han, at Periodiciteten i Nervesygdomme efter hans Formening temmelig nøjagtigt har det samme Område som Urinsyre diatesen, altså skyldes denne. De nervøse Affektioner, som overhovedet kunne opstå på Grundlag af denne Diatese, ere — foruden den periodiske Depression — den periodiske Søvnløshed, den periodiske frigor morbidus, det periodiske nervøse astma, den periodiske pruritus nervosus, den periodiske urticaria, det periodiske angionevrotiske Ödem, det periodiske nevrotiske Ekzem, visse periodiske Kardialgier og den periodiske Ansigtsnevralgi. Men hermed mener Forf. også, at de periodiske nervøse Affektioner ere nævnte. Også for

Arvelighedens Vedkommende hævder Forf., at dens uhyre Betydning for Nervesygdommene i mange Tilfælde netop beror på disses Afhængighed af Urinsyreidatesen.

P. D. Koch.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: C. RASCH: Om papillomatosis universalis. — E. EHLERS: Fortsatte Bidrag til Bedømmelser af den spedalske Sygdoms Årsagsforhold. — A. AFZELIUS: Badbehandling vid hudsjukdomar.

C. RASCH: **Om papillomatosis universalis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1077.

Forf. meddeler den detaljerede Sygehistorie med påfølgende Sektion af en 79-årig Mand, på hvem der på Kommunehospitalets 1ste Afdeling gjordes sectio alta for en Blærelidelse (Papillom i Blærevægen). Spredte på Krop og Lemmer fandtes hos dette Individ omtrent 20 ærte- indtil nøddestore fibromatøse og papillomatøse nævi, desuden flere hundrede seborroiske Vorter, fremdeles spredte xantomlignende Småsvulster i Huden, endelig ærte- indtil valdnødstore polypøse Svulster i rectum. Af denne Koincidens vil Forf. være tilbøjelig til at slutte, at Blærepapillomer ofte ere af kongenital Oprindelse, indvendige nævi, så meget mere som sammes Bygning også stemmer med den af de multiple papillomatøse nævi. At Papillomerne først ere udviklede i en sen Alder, stemmer med Iagttagelser også fra sædvanlige kutane nævi, og de seborroiske udvikles først ret i Oldingalderen. Forf. udhæver, at der ikke findes nogen Væsensforskel mellem de benigne Papillomer i Blæren og Epiteliomer, at Papillomerne kun danne et Stadium i Udviklingen af disse sidste, ligesom begge Former kunne forekomme samtidigt. Forf. omtaler endelig forskellige i Literaturen foreliggende Erfaringer om den samtidige Forekomst af kutane nævi (Xantom, xeroderma pigmentosum, acanthosis nigricans) og kongenite viscerale Svulster.

R. Bergh.

E. EHLERS: **Fortsatte Bidrag til Bedømmelser af den spedalske Sygdoms Årsagsforhold.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1199, 1224.

Som Fortsættelse af en i 1894 given Oversigt over Forhold, der styrke den ældgamle Antagelse, at den spedalske Sygdom er smitsom, henleder Forf. Opmærksomheden på forskellige nyere herhen hørende Bidrag. Først og fremmest gives et Uddrag af en Beretning fra en af Kapkoloniens Regering nedsat Kommission; her refereres en med den ARNINGSke Iagttagelse stemmende positiv Inokulation. Dernæst omtales Beretningerne om Epidemierne ved Memel og i Riga. Derefter følger en detaljeret Beretning om Forholdene ved 17 nyopdagede Tilfælde af Spedalskhed, som Forf. har fundet ved sin sidste Rejse, og hvorved Antallet af de af ham iagttagne islandske spedalske er steget til 119. Af samme 119 Tilfælde opviste de 56 Spedalskhed i Fa-

miljen, de 63 ingen; og kun hos 22 synes der at kunne tales om en dog falsk Arvelighed, idet Forældrene først længe efter Börnenes Fødsel have vist lepröse Tegn. Forf. anser Smitte i Ägteskabet for jævnligt forekommende, men kunde kun påvise den i 5 Tilfælde og i anæstetisk Form. Samme sidste Form synes Forf. tilbøjelig til at betragte som en mere mitigeret Form, ligesom han overhovedet mener, at der forekommer mitigerede, næsten abortive, ligesom latente Former af Spedalskheden, som Exempel på hvilket han citerer et af KÖNIG (1888) meddelt Tilfælde; hvorved Forf. også polemiserer mod den antagne meget lange, indtil 10-årige Inkubation af Lidelsen. Som sådanne abortive Former af Lidelsen refererer Forf. 3 af ham sete Tilfælde hos 30—67-årige Individuer. Slutteligt meddeler han to Tilfælde af begyndende lepra anæsthesica, for hvilke Anæsthesien kun viste sig som Ufølsomhed for Kløe.

R. Bergh.

A. AFZELIUS: **Badbehandling vid hudsjukdomar.** (Föredrag vid läkaremötet i Lysekil 2—4 sept. 1895.) Eira 1895, s. 679.

Såsom läkare vid en af Sveriges mera besökta badorter har förf. haft tillfälle att iakttaga nyttan af bad vid flere former af hudsjukdomar.

Vid akuta, vätskande ekzem kunna bad ofta med fördel användas såsom helbad eller klibad, helst med tillsats af litet sublimat. Ett viktigt vilkor för badens användning vid dessa sjukdomsformer är, att badet efterföljes af applikation af någon lämplig salva. — Vid akuta, torra, papulösa, starkt hettande och kliande ekzem verka bad svalkande och klådlindrande. Baden gifvas här korta, ljumma och utan retande tillsatser. I stället för helbad kunna äfven ljumma regnduschar användas. Dock förekommer det, att badbehandling vid vissa fall af ekzem als icke fördrages, hvarföre individualisering äfven i afseende på denna behandling är nödvändig. — Äfven vid kroniska ekzem kunna de med fördel användas, särskildt då ekzemet är förenadt med hyperkeratos. Baden gifvas här af längre duration (30—60 minuter) och af något högre temperatur, dock ej öfverstigande 37° C., likasom deras macererande verkan kan förhöjas genom tillsats af glycerin, gelatin, stärkelse, soda, pottaska. Specifik verkan fås genom tillsats af svafvellever eller tjära. Särskild uppmärksamhet egnas åt tjärbaden, hvilkas indikationer och utförande noga beskrivas. De rekommenderas, utom vid lichenifiering af huden, ekzem af tydliggen mykotisk natur och dermatomykoser utan ekzem, äfven vid psoriasis.

Förf. påpekar därefter, huru som det ofta kan vara fördelaktigt i fall af oupphörligt recidiverande exzem, där man måste tänka på någon inre orsak eller ett konstitutionellt lidande, att icke behandla ekzemet lokalt med bad utan rikta behandlingen mot den supponerade konstitutionela orsaken, t. ex. medelst kallvattenkur, och anför ett par på detta sätt med framgång behandlade fall. — En sådan efter patientens allmänna tillstånd inrättad badbehandling torde också vara att försöka vid vissa former af urticaria, lichen planus och nevrodermiterna i allmänhet.

Till slut beskrives behandlingen medelst bad af prurigo, ichthyosis och psoriasis. Vid den sist nämnda har förf. sett synnerligen god verkan af tjärbaden, särskildt om de förenas med en krysarobinkur.

Sederholm.

Obstetrik och gynekologi: LEOPOLD MEYER: Vending på Hovedet ved udvendige Håndgreb.

LEOPOLD MEYER: **Vending på Hovedet ved udvendige Håndgreb.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 6, S. 573.

Efter en kort Redegørelse for Anvendeligheden af Vending på Hovedet ved udvendige Håndgreb, eller som den for Kortheds Skyld benævnes: udvendig Hovedvending, gennemgår Forf. de to Metoder, den direkte og den indirekte Metode, hvorpå den udvendige Hovedvending kan udføres. For at illustrere Fordelene ved den udvendige Hovedvending udvælger han blandt de Fødselstilfælde, hvor han har anvendt den, tre Tilfælde, som han ledsager med orienterende Bemærkninger. På givne Anledning (det 3dje Tilfælde) gør han nogle korte Bemærkninger om den manuelle Omdannelse af Ansigtsstillingen til Issstilling.

F. Nyrop.

Pædiatrik: HIRSCHSPRUNG: Tilfælde af medfødt Forsnævring af Spiserøret.

HIRSCHSPRUNG: **Tilfælde af medfødt Forsnævring af Spiserøret.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1149.

Et sådant Tilfælde iagttog Forf. på Dronning Louises Børnehosp., hvor Barnet indlagdes 5 Måneder gammelt. Det trivedes ikke, uagtet det syntes at tåle Mælk godt og navnlig ikke havde lidt af Brækninger for kort forud for Indlæggelsen, da der opstod en akut gastroenteritis. Heller ikke i Hospitalet opdagedes Vanskelighed ved Synkningen før efter et Par Ugers Forløb; en indført Sonde standsede da 15 Cm. fra Gummerne.

Ved Sektionen sås de øverste to Tredjedele af oesophagus stærkt udvidede, derefter fulgte et stærkt indsnævret og så et mindre, naturligt Parti; gennem det forsnævrede Parti kunde en almindelig Sonde netop trænge. Det øverste, udvidede Stykke var fortykket, særlig muscularis, det nederste naturligt. Væggen af Strikturstedet var meget tynd, så at de enkelte Lag ikke kunde skelnes. Der kunde ikke fra Omgivelsernes Side påvises nogen Årsag til Strikturen.

G. G. Stage.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: J. BOCK: Experimentelle Untersuchungen über Kullilteintoxikationen. — C. G. SANTESSON: Krämpfe und Cararewirkung. — N. KULNEFF: Försök på kaniner med ättiketer, etyleter, alkohol och blandning af ättiketer, alkohol och ättiksyra. — A. WIDE: Om badformer och behandling vid Lysekils hafskuranstalter. — A. WIDE: Kolsyrebadets tillredning och användning.

J. BOCK: **Experimentelle Untersuchungen über Kullilteintoxikationen.** Afhandl. for Doktorgraden i Medicin. Köbenhavn. W. Priors Forlag 1895.

Forf. begynder sit Arbejde med en Undersøgelse af Kulliltehämoglobinet's Dissociationskurve, udført i det BOHR'ske Absorptionsmeter. Resultatet heraf er, at Kulliltehämoglobinet's Dissociation ved aftagende Kulliltestryk kun tiltager i meget ringe Grad indtil et Tryk af 0,7—0,9 Mm. Først herfra indtræder en stærkere Dissociation af Forbindelsen. Dissociationskurven har samme Form ved 20° og ved 37°, og Hämoglobinet optager samme Mængde Kullilte ved de 2 Temperaturer. Derimod er den pr. Gram Hämoglobin optagne Kulliltemængde forskellig, eftersom Blodet er taget fra forskellige Dyr eller fra samme Dyr under forskellige Omstændigheder.

Forf. undersøger dernæst Variationer af den i Blod og Hämoglobin pr. Gram Jern optagne Kulliltemængde, d. e. Blodets specifikke Kullilteholdighed. Han finder derved, at den samme Indflydelse, som Åreladning og Krystallisationsforhold udøve på Hämoglobinet's Iltbinding, genfindes ved Kullilteoptagelsen. Han finder end videre, at Åreladning med efterfølgende Klornatriuminfusion kan nedsætte den Iltmængde, Hämoglobinet under en partiel Kullilteforgiftning formår at binde, og forkaster derfor den af mange tilrådede Åreladningsbehandling ved en sådan Forgiftning.

Det næste Kapitel indeholder Forsøg over Kulliltens Optagelse sammen med andre Luftarter. Det ses deraf, at Kullilte og Kulsyre optages fuldstændigt uafhængig af hinanden og at, når Blod rystes med Luft, indeholdende en ringe Mængde Kullilte, hengår der meget lang Tid, inden Hämoglobinet fuldtud har optaget den Kulliltemængde, det overhovedet under disse Omstændigheder kan optage.

Forf. undersøger derefter Kredsløbet's Hastighed og det respiratoriske Stofskifte under Kullilteforgiftningen. Hastigheden findes langt ringere end under normale Forhold. Respirationskvotienten stiger under Indånding af CO og falder efter dennes Ophør. End videre påviser han det yderst interessante Forhold, at *Kulsyredannelsen under Kullilteforgiftning for den langt overvejende Del er henlagt til Lungen, og at den overvejende Del af Ilten ligeledes forbruges i Lungen, hvoraf følger, at Forbrændingen under denne Forgiftning væsentlig foregår i Lungen, der altså træder vikarierende til for Vævene.*

Forf. går nu over til at prøve Kulliltens Giftighed lige over for forskellige Dyrearter. Han konstaterer derved, at Mus, der i Kulde ind-

ände en svag kulilteholdig Luft, kunne nedsätte deres Temp. betydligt og derved fremkalde en Tilstand, i hvilken de meget længe kunne tåle Indåndingen af en Kulilteprocent, der hurtigt virker dræbende på dem, når Omgivelsernes Temp. forhindrer et større Fald af Dyrets Legemstemperatur. Musenes Egenvarme kan herved falde indtil 9,6°, en Temp., som er betydelig lavere end de Temp., som når Vintersoverere undtages, hidtil ere iagttagne hos voxne Pattedyr med naturlig Respiration. I denne Tilstand falder Stofskiftet hos Dyrene, når Omgivelsernes Temp. synker, og stiger, når Temp. stiger. Dyrene forholde sig altså ganske som de koldblodige Dyr. Den samme Tilstand kan, som Forf. påviser, fremkaldes ved Indånding af iltfattig Luft.

Som man ser, er det meget betydningsfulde Resultater, Forf. på flere Punkter er nået til gennem dette Arbejde, der tillige indeholder en Mængde nyttige Vink på den fysiologiske Metodiks Område.

N. P. Schierbeck.

C. G. SANTESSON: **Krämpfe und Curarewirkung.** (Aus d. physiol. Laboratorium des Carol. Instituts in Stockholm.) Skand. Arch. f. Physiologie, bd 6 (1895), s. 308—331.

Förf. har med den af BÈHM angifna »Metode der Ermüdningsreihen» (Arch. f. exp. Path. u. Pharm., bd 35, s. 16) på grodor (temporaria) undersökt det inflytande som den af vissa krampgifter utlösta krampen utöfvar på utvecklingen af kurareartad förlamning. Flere sådana gifter framkalla, om inflytandet af krampen uteslutes genom afskärande af den motoriska nerven (ischiadicus), blott en helt svag kurareverkan, så obetydlig, att den af många förnekats. Med BÈHMs ofvan nämnda metod låter sig emellertid äfven i detta fall vanligen en lindrig verkan i nämnda riktning påvisas. *Stryknin* befordrar genom de krampanfall, som det förorsakar, i hög grad utvecklingen af kurareverkan — först en abnormt stor uttröttlighet, därefter fullständig förlamning af de motoriska nervernas ändapparater i musklerna. Uteslutes inverkan af krampen, är strykninets kurareverkan helt obetydlig, ibland knapt påvisbar. På liknande sätt förhålla sig *morfin* och *hydrastin*. Dessa gifters likasom strykninets kurareverkan träda just däri-genom tydligast i dagen, att krampen så hastigt och så starkt angriper de motoriska nervändapparaterna. — Om genom arterunderbindning strykninets tillträde till en extremitet förhindras, framkallar krampen blott ringa eller ingen nämnvärd trötthet, medan den i förgiftade extremitetens muskler förorsakar höggradig eller fullständig kurareförlamning. Tetaniserande retning af nerven verkar på samma sätt som stryknin-kramp. — *Brucin* är, äfven oberoende af krampen, ett vida starkare kuraregift än stryknin, hos temporaria så väl som hos esculenta. — *Hydrastenin* (intet krampgift) besitter en ganska stark kurareverkan, som sannolikt är att uppfatta såsom defekt af däri ingående metylisokinolin.

Förf.

N. KULNEFF: **Försök på kaniner med ättiketer, etyleter, alkohol och blandning af ättiketer, alkohol och ättiksyra.** Eira 1895, s. 721—723.

Förf:s försök utgöra bidrag till belysande af salubrinfrågan. Han anför såsom resultat, att ättiketer — till skilnad från etyleter — är ett sedativum och hypnoticum. Ättiksyra subkutant synes utöfva en ganska häftig giftverkan.
C. G. Santesson.

A. WIDE: **Om badformer och behandling vid Lysekils hafskuranstalter.** Eira 1895, a. 647.

En öfversikt lemnas öfver de badformer och den behandling, som är den mest brukliga i Lysekil: helbadet eller karbadet, gyttjebadet, tallbarrsbadet, Kreuznacherbadet, Nauheimerbadet, det torra varmluftsbadet, det fuktiga varmluftsbadet, halfbadet, sittbadet, det kalla hafsbadet och det mäktiga luftbadet, hvilket enhvar vid vestkusten är underkastad.
Edgren.

A. WIDE: **Kolsyrebadets tillredning och användning.** Eira 1895, s. 686.

Badet beredes genom att en lösning af klorkalcium och sesquikarbonat först inblandas, och sedan tillsättes saltsyra under försiktig omröring.
Edgren.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: GEILL: Retsmedicinsk Kasuistik. — En Abortsag for en Krigsret. — BÖCHER: Om obligatorisk Ligsyn ved Læger. — Forandringer ved medicinsk Examen. — Den almindelige danske Lægeforenings 23de Møde, afholdt i København den 29 og 30 Avg. 1895. — C. WALLIS: Läkarekonstens ställning till skolhygien. — Sygekasseinspektörens Indberetning til Indenrigsministeriet om de anerkendte Sygekassers Virksomhed i 1894. — HASLUND: I Anledning af Flytningen af det Kgl. Frederiks Hospital, Fødselsstiftelsen og de lægevidenskabelige Instituter. — MYGIND og Red.: Bemærkninger i Anledning af den nye Plan til det Kgl. Frederiks Hospitals Flytning. — Opførelsen af en ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. — P. S. LANDELIUS: Hälsovårdsanordninger i ett mindre samhälle. — CHR. JÜRGENSEN: Det hygiejniske Bageri. — A. ULRİK: Kritisk Anmeldelse af fornævnte Arbejde. — CHR. JÜRGENSEN: Bemærkninger i Anledning af Kredsläge ULRIKS Anmeldelse. — I. C. GERNER: Skrofulöse Börns Ophold i Snogebæk i Aret 1895. — Sanatorier for brystsyge. — POUL HEIBERG: Er Difteriens Intensitet i København under konstante »ydre Forhold« konstant eller varierende? — JUL. PETERSEN: Variolation og Vaccination. — M. SIMON: Förslaget till nytt vakinationsreglemente. — FABIAN ROSSANDER: Till vakinations- och immunitetsfrågan. — K. LINROTH: Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera.

GEILL: Retsmedicinsk Kasuistik. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 1221.

To Selvmordstilfælde refereres og drøftes fra et retsmedicinsk Standpunkt, det ene fremkaldt ved Suffokation, idet en 64-årig kvindelig Melankoliker havde tilstoppet Mundhule og Næsebor med Franskbrød og andre Maddele; det andet bestående i Hængning med forudgående eller sauntidigt Revolverskud gennem Hovedet; det sidste angik en 66-årig Mand, som led af senil Demens med Depression.

Ax. Ulrik.

En Abortsag for en Krigsret. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 1202.

Närmest efter Bornholmske Dagblade refererer Ugeskr. for Læger en ejendommelig Retssag, under hvilken en Militärlæge ved en Stabskrigsret tiltaltes for at have ladet en levendefødt, men ikke levedygtig, efter ganske kort Tids Forløb död Abort begrave uden at gøre Anmeldelse for Sognepræsten og uden at udfærdige nogen Dödsattest.

Det har hidtil været en almindelig Antagelse blandt Læger, at et ikke levedygtigt Foster, der fødtes for Udgangen af 28de Svangerskabsuge, selv om det efter Fødslen havde givet kortvarige Livstegn fra sig, kunde behandles i Lighed med dødfødte Aborter, d. e. begraves uden forud at anmeldes og uden Dödsattest, og en Del af Medicinalavtoriteterne udfærdigede Cirkulærer og Anvisninger syntes at støtte denne Opfattelse.

Stabskrigsretten frifandt under Hensyn hertil Tiltalte; men af Generalavditören sendtes Sagen tilbage til fornyet Påkendelse, at her uanset Medicinalavtoriteternes Opfattelse måtte antages at foreligge en

Overträdelse så vel af Ligsynsloven som af Skifteloven, og ved den derefter afsagte nye Krigsretsdom ikendtes Lägen en Bøde af 50 Kr.

I Følge Ugeskriftet forberedes der fra Sundhedskollegiets Side fornødne Skridt til at retlede Läger og Jordemødre i bemældte Henseende.

E. M. Hoff.

BÖCHER: Om obligatorisk Ligsyn ved Läger. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1152.

I Modsætning til den ved Lov af 2 Jan. 1871 givne Hjemmel for Ligsyn på Landet ved Ligsynsmænd hævdes Nødvendigheden af en Reform, som indfører obligatorisk Ligsyn af en autoriseret Läge ved ethvert Dödsfald.

Ax. Ulrik.

Forandringer ved medicinsk Examen. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1149.

Red. billiger de ved kgl. Resolution af 18 Sept. 1895 skærpede Fordringer til medicinsk Examen, men kunde dog ønske nogle Forandringer: Afskaffelse af Karakteren Haud II og Ophævelse af den Bestemmelse, at to Karakterer for medicinsk Forberedelsesexamen medregnes til Embedsexamen.

Ax. Ulrik.

Den almindelige danske Lægeforenings 23de Møde, afholdt i København den 29 og 30 Avg. 1895. Følgeblad til Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, Nr 49.

Udførlig Beretning om de tidligere efter en foreløbig Meddelelse refererede Forhandlinger.

Ax. Ulrik.

C. WALLIS: Läkarekonstens ställning till skolhygien. Förhandl. vid 7:de allm. sv. läkaremötet. Stockholm 1895, s. 125.

Franställningen utmynnar i förslag till resolution, som ock af mötet bifalles: skolhygien införes i seminarierna som läroämne, och ritningar till folkskolehus underställas granskning af sakkunnig myndighet.

E. Almquist.

Sygekasseinspektörens Indberetning til Indenrigsministeriet om de anerkendte Sygekassers Virksomhed i 1894. København 1895.

I 1894 er der anerkendt 79 Sygekasser, nemlig 2 i København, 9 i Provinsbyerne, 30 i Östifternes Landdistrikter og 38 i Jyllands Landdistrikter. Skönt Aldersforholdene ere gunstigere i Bykasserne (særlig de köbenhavnske) end i Landkasserne, er Sygeligheden gennemsnitlig størst i Bykasserne. I de sidstnævnte, særlig de köbenhavnske, falder et større Antal Sygedage på mandlige end på kvindelige Medlemmer. Sygekasseinspektören har holdt 7 Möder med de anerkendte Sygekassers Tillidsmænd i Roskilde, Maribo, Odense, Horsens, Randers, Aalborg og København.

Ax. Ulrik.

HASLUND: I Anledning af Flytningen af det Kgl. Frederiks Hospital, Fødselsstiftelsen og de lægevidenskabelige Instituter. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1156.

Forf. påtaler Mangelen af en Afdeling for Hudsygdomme og veneriske Sygdomme i den foreliggende Plan for et nyt Frederiks Hospital og foreslår Indførelse af Examination i disse Fag ved Lægeembedsexamen. Til Støtte herfor anføres Exempler på diagnostiske Fejltagelser, som kunne skyldes en mangelfuld Uddannelse af vedkommende Læger på dette Område.

Ax. Ulrik.

MYGIND og Red.: Bemærkninger i Anledning af den nye Plan til det Kgl. Frederiks Hospitals Flytning. Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 1184.

MYGIND udtaler Ønsket om, at der knyttedes en mindre Hospitalsafdeling til den i den foreliggende Plan påtænkte Poliklinik for Öre- og Halssygdomme.

Red. kan ikke slutte sig hertil, men hävder, at Patienter med Öresygdomme, som kræve operativ Behandling, bör henvises til kirurgisk Afdeling. Lejlighedsvis udtales Tilslutning til Prof. HASLUNDS Påtale af Mangelen af en Specialafdeling for Hud- og veneriske Sygdomme.

Ax. Ulrik.

Opførelsen af en ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 2, S. 1197.

Red. underkaster en Plan til et nyt Hospital på Frederiksberg på 60 Sänge en skarp Kritik. Planen vandt på Grund af sin Billighed Flertal i Kommunalbestyrelsen; men Sagen skal forinden Afgörelsen forelægges Sundhedskollegiet.

Ax. Ulrik.

P. S. LANDELIUS: Hälsovårdsanordningar i ett mindre samhälle. Förhandl. vid 7:de allm. sv. läkaremötet. Stockholm 1895, s. 24.

De förträffliga åtgärderna i Lysekil skildras.

E. Almquist.

CHR. JÜRGENSEN: Det hygiejniske Bageri. Köbenhavn 1895, 76 S.

Forf. fremhäver Betydningen af, at et så väsentligt Näringsmiddel som Brödet tilvirkes i vel indrettede Lokaler og under gode Arbejdsforhold, hvad der nu kun rent undtagelsesvis finder Sted. Selv i Evropas Storstäder har Forf. fundet de fleste Bagerier usselt indrettede.

I et første Afsnit behandler Forf. selve Bageribygningen med de Krav, som bör stilles til dens Beliggenhed, Indretning og indre Udstyrelse, og de uheldige Momenter, som i almindelige Bagerier særligt begunstige Urenlighed; der gives et Udkast til en hensigtsmæssig indrettet Bageribygning, i hvilken de stillede Krav ere fyldestgjorte; derefter omtales de forskellige ved Brödtilvirkningen benyttede Maskiner,

der ikke blot tilsigte Lettelse i Arbejdet, men også Indskrænkning af Arbejdernes korporlige Berøring med Brødmaterialet. — Endelig berøres kort selve Bageovnenes Konstruktion samt Lokalernes Opvarmning, Belysning og Ventilation.

I et *andet Afsnit* drøftes forskellige sundhedsskadelige Forhold ved selve Arbejdet og Foranstaltningerne til så vidt muligt at afværge dem. Ligeledes omtales herunder de skadelige Følger af den sædvanlige uheldige Arbejdsordning, og Forslag til Reformen på dette Område fremsattes. — Endelig berøres Nødvendigheden af Foranstaltninger mod forskellige smitsomme Sygdomme hos Bageriarbejdere, en eventuel Bagerilæges Opgave samt Arbejdernes Sygdoms- og Ulykkesforsikring.

I et *tredje Afsnit* göres Rede for de Hensyn, som ville være at tage ved Brødets Fordeling til Kunderne, og i et *fjerde Afsnit* behandles Spørgsmålet om de antydede Reformers praktiske Gennemførlighed.

I et *Tillæg* findes aftrykt Frederiksbergs Sundhedsvedtægts Bestemmelser om Orden og Renlighed i Bagerier, stadfæstede d. 28 Januar 1889, samt den i Norge gældende Lov af 14 Juli 1894 om Indskrænkning af Arbejdstiden i Bagerier.

E. M. Hoff.

A. ULRİK: **Kritisk Anmeldelse af fornævnte Arbejde.** Ugeskr. f. Läger R. 5, Bd 2, S. 1019.

CHR. JÜRGENSEN: **Bemærkninger i Anledning af Kredsläge Ulriks Anmeldelse.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1052.

E. M. Hoff.

I. C. GERNER: **Skrofulöse Börns Ophold i Snogebæk i Året 1895.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1206.

Börnenes Antal var 87, deraf 79 skrofulöse og 8 Rekonvalescenter efter andre Sygdomme. Forholdene vare omtrent som sædvanlig. Börnenes gennemsnitlige Alder var 9,6 År, deres gennemsnitlige Vægt ved Ankomsten 49,93 Pund, og Vægtforøgelsen under Opholdet beløb sig til 12,69 % (i 1894 var Vægtforøgelsen 10,60 %).

Ax. Ulrik.

Sanatorier för brystsye. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1171.

I Følge Meddelelse af Formanden på Aktieselskabets konstituerende Møde den 4 Dec. 1895 var der indtil da af danske Läger tegnet 40 200 Kr., af andre 124 400 Kr., i alt 167 600 Kr.

Ax. Ulrik.

POUL HEIBERG: **Er Difteriens Intensitet i København under konstante "ydre Forhold" konstant eller varierende?** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 2, S. 1101.

Undersøgelsen omfatter Difteristatistiken fra Årene 1877—87 og 1891—94, fra hvilke Perioder Materialet anses for nogenlunde ensartet, medens Perioden 1888—90 er udskudt, fordi et Par Reformen, som faldt i denne Periode — den nye Epidemilovs Ikrafttræden April

1888 og Bestemmelsen om gratis Behandling af Difteri på Blegdams-hospitalet fra Marts 1890 — antages at have givet Anledning til en Forskydning af Tallene ved at forøge Difteridiagnosernes Antal. Ved Difteriens Intensitet forstås Forholdet mellem anmeldte syge i Følge Ugelisterne og Antallet af Dödsfald. En Sammenligning af denne Intensitet i de nævnte År for hver enkelt Aldersgruppe viser nu, at den ikke har undergået nogen Forandring. Heraf drages den Slutning, at man, hvis Difteriens Intensitet aftager i 1895 eller 96, tør skrive denne Aftagen på Serumbehandlingens Regning.

Ax. Ulrik.

JUL. PETERSEN: Variolation og Vaccination. Foredrag med Diskussion. Det københavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 3, s. 1260.

Foredraget behandler Variolationens Forhold til Vaccinationen, viser, hvorledes denne overalt måtte støtte sig til hin, samtidig med, at de to Metoders Stilling til hinanden dog måtte blive afgjort fjendtlig, og hvorledes der først efter JENNER kunde blive Tale om en Forsoning, efterhånden som Vaccination ved en ligefrem Variolation af Kalvene begyndte at trænge igennem. Diskussionen drejede sig navnlig om VOIGTS nye Undersøgelser og Vaccinationsmetode.

Jul. Petersen.

M. SIMON: Förslaget till nytt vaccinationsreglemente. Förhandl. vid allm. sv. läkaremötet. Stockholm 1895, s. 157.

Nämnda förslag underkastas kritik i många enskildheter.

E. Almqvist.

FABIAN ROSSANDER: Till vaccinations- och immunitetsfrågan. Hygiena 1895, II, s. 680.

Förf. har haft ett sällsynt tillfälle att studera immuniteten mot smittkoppgiftet hos en hel befolkning. Smittkoppor grasserade 1894 i Ockelbo församling, 16 gårdar angreps, i dessa bodde jämnt 100 personer. Folket var fattigt och lefde mycket hopträngdt. 33 personer insjuknade i tydliga koppor, däraf 15 lindrigt. 3 dogo, af dem voro 2 ovakcinerade barn. Af hela antalet voro 86 vakcinerade, 3 voro det ej, 11 hade förut haft koppor. Af de sist nämnda insjuknade blott en och lindrigt. Ingen var revakcinerad.

Af 30 insjuknade hade 18 vakcinerats, 20 år eller mera före insjuknandet, 12 voro vakcinerade 9—20 år förut och ingen enda sen kortare tid tillbaka. Lindriga former tog sjukdomen hos alla, som ympats inom 18 år; svårare former hos alla utom en, som vakcinerats för 19 till 24 år sedan.

Af de 67 personer, som undgingo sjukdom, frånräkna vi ett 8 månader gammalt ovakcineradt barn och 10, hvilka förut haft smittkoppor. 56 personer återstå, af dem voro 21 vakcinerade inom 10 år och 33 inom 20 år. Här visade vaccinationen sin skyddande kraft. 41 af dem blefvo upprepade gånger revakcinerade, hos 11 med positivt resultat. Hos de 21 personer, som vakcinerats för kortare tid

sedan än 20 år, inträdde positift resultat blott 3 gånger, hos äldre vaccinerade 8 gånger. Af de först nämnda 21 hade ej mindre än 16 visat svaga tecken till koppsjukdom, utan att denna fullt utvecklades. Blott ett fåtal personer i dessa byar visade sig altså fullt oemottagliga för koppgiftet, de fleste sådana hade förut haft koppor eller nyligen varit vaccinerade.

Af stor betydelse är detta. Den vaccinerade är blott under ett fåtal år fullt skyddad, men han undgår under en följd af år svårare sjukdomsformer. Smitta andra kan äfven den lindrigt insjuknade. Vaccinationens betydelse ligger altså uti användandet af de svåra sjukdomsformerna. Den bör upprepas omkring det 20:de året, därest dessa svåra sjukdomsformer och dödsfall skola afhållas från medelålders personer. De sist nämnda visa i Sverige en mycket högre dödlighet i koppor i detta århundrade än i det föregående.

E. Almqvist.

K. LINROTH: **Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera.** Förh. vid 7:de allm. sv. läkaremötet. Stockholm 1895, s. 43.

Förf. berättar om det system, som utbildats i Sverige för kolerans afhållande.

E. Almqvist.



Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXVIII.

N° 6.

O. BLOCH: *Torticolis spasmodique*. Traitement opératoire du nerf spinal. Deux cas opérés (élongation et résection du nerf spinal p. p.).

Précédée d'un bref prodrome, suit l'histoire détaillée des deux cas suivants:

I. Homme, âgé de 24 ans, célibataire. Depuis l'âge de douze ans, de légers spasmes de l'extrémité supérieure droite; on ignore s'ils se sont présentés avant ou après une vulnération de la partie gauche de l'occiput. Plus tard, tiraillements spasmodiques des muscles frontal et palpébral, ainsi que des spasmes toniques, parfois cloniques, des muscles sterno-mastoïdien et trapèze. — Le malade s'était fait traiter par un très grand nombre de procédés, entre autres par la ténotomie de la portion sternale du sterno-mastoïdien, mais le tout en vain.

L'auteur pratiqua l'élongation et la résection du nerf spinal. Un mois après, le malade parut guéri. Plus tard, huit mois après l'opération, on observait encore de temps à autre une déviation spatique de la tête. — L'examen microscopique fit constater que le nerf était sain.

II. Homme, âgé de 48 ans, marié. Il est atteint depuis deux ans de cette forme de torticolis spasmodique qu'on appelle *tic rotatoire*. Le sterno-mastoïdien et le trapèze ont cependant à leur tour leur part à l'affection. Le malade attribue son mal à une rotation forcée de la tête à gauche, dans laquelle il prétend avoir ressenti un craquement dans la région de l'insertion cranienne du trapèze droit. Il avait de même observé des spasmes du long dorsal droit, de même que des fourmillements aux deux extrémités inférieures, surtout à celles du même côté. Il avait été adonné à l'abus de l'alcool.

L'auteur pratiqua l'élongation et la résection du nerf spinal, ainsi que d'un rameau cervical. Cinq mois après l'opération, l'état n'était pas amélioré.

Les deux portions des nerfs excisés furent trouvées normales à l'examen microscopique.

Dans les deux cas, réunion par première intention des plaies opératoires. Il ne fut pas observé d'accidents interprétables à l'irritation du pneumogastrique.

Afin de juger si, dans les affections vulgairement nommées torticolis spasmodique, mais qu'il vaudrait mieux appeler spasmes des muscles cervicaux, en ajoutant les noms des muscles affectés, on est en droit de faire la résection du nerf spinal, l'auteur a recueilli les cas publiés dans la littérature et en a fait l'étude comparative. Il dispose de quarante-quatre cas; quelques-uns, cependant, sont décrits d'une manière trop défectueuse pour leur attribuer une bien grande valeur.

Voici le court résumé des résultats de l'étude de ces 44 cas :

On ne trouve nulle part deux cas de torticolis spasmodique qui soient identiques. 32 cas permettent d'élucider quels sont les muscles atteints. Il est vrai que, dans la règle, le sterno-mastoïdien y est compris, mais beaucoup d'autres muscles souffrent simultanément; il suffit d'accentuer que les muscles profonds du cou, dont l'innervation a lieu à l'aide des nerfs cervicaux, étaient aussi atteints de spasmes dans 18 cas (des 32); qu'assez souvent on observe une coopération des muscles de l'extrémité supérieure du même côté ou du côté opposé, ou des extrémités des deux côtés; que les muscles cervicaux de l'autre côté ne sont pas exempts de souffrance; et enfin qu'il n'est pas rare que les muscles de la face soient atteints de spasmes.

L'auteur relate des exemples de combinaisons pareilles, et trace un tableau clinique du mal entier.

Quant au traitement, il fait mention de ce fait que l'on ne réussit que très rarement à guérir les malades par toutes sortes de remèdes médicamenteux, électriques, orthopédiques etc., et que la ténotomie n'a eu de succès que dans des cas isolés, tandis qu'elle a échoué dans d'autres (opérés plus tard au nerf). M. BLOCH passe ensuite en revue les différentes méthodes d'opération du nerf spinal.

La division a été faite dans trois cas, *l'élongation et la division* dans un cas, *la résection* dans trente cas; dans neuf (mais probablement dans un bien plus grand nombre), elle fut précédée de l'élongation. *L'élongation seule* a été faite chez huit malades (dont deux ont subi plus tard la résection).

Après discussion préalable des méthodes opératoires, l'auteur préfère l'incision au niveau du bord supérieur et antérieur du sterno-mastoïdien, dans l'intention de saisir le tronc du nerf spinal aussi près de la moelle que possible. L'opération ne semble pas présenter de danger, spécialement quant au pneumogastrique. Des quarante-quatre malades un seul mourut; la cause de la mort fut un accident de la plaie (phlegmon «érysipélateux»). Un fait singulier, ajoute l'auteur, est celui qu'après la résection, le sterno-mastoïdien et le trapèze ne se paralysent ni atrophient pas toujours: tant s'en faut!

Se référant à la révision critique des matériaux dont il dispose, l'auteur se croit autorisé à dire que *des 44 malades en question, 20 ont été guéris, 16 améliorés, 7 sont restés sans amélioration, et 1* (voir

plus haut) *est mort*. En d'autres termes, 36 sur 44 se sont bien trouvés de l'opération après avoir en vain demandé des soulagements à une foule d'autres remèdes.

Quelques-unes des observations semblent propres à élucider l'étiologie; mais l'exposé n'en peut être reproduit brièvement. Voici les thèses principales de la discussion. Il est absurde de chercher la cause dans les muscles affectés eux-mêmes de spasmes ni dans le nerf spinal lui-même (dans les deux cas de l'auteur, ce nerf fut trouvé normal à l'examen microscopique); néanmoins, on peut supposer des cas de névrite (par exemple des intoxications alcooliques ou autres.). Il est bien plus naturel de s'adresser à la moelle, les nerfs cervicaux ayant été si souvent affectés simultanément avec le nerf spinal. Ce qu'il y a de plus naturel, encore, c'est de s'adresser aux centres gris de la moelle allongée. En réalité, quelques cas semblent se rapporter à la moelle, surtout ceux à l'égard desquels il faut à bon titre supposer qu'une lésion traumatique a joué le rôle de cause accidentelle. Dans les cas, au contraire, de spasmes simultanés des extrémités et de la face, il sera plus juste de chercher l'origine dans les centres corticaux de l'encéphale, par exemple dans le cas I^{er} de l'auteur.

Après avoir mentionné la nature réelle du mal — l'auteur est porté à croire qu'il faut le comprendre dans la notion d'athétose — et après avoir passé en revue les états morbides divers des centres situés plus ou moins haut qui peuvent occasionner les altérations des nerfs dont il s'agit, l'auteur finit par accentuer qu'il paraît avéré qu'il y a lieu d'essayer, en cas de résistance à tout autre traitement rationnel, le procédé opératoire (c'est la résection du spinal, précédée de l'élongation, qu'il faut préférer), et cela en dépit de ce que l'effet de cette opération est encore inexplicable. Il faut chercher préalablement à préciser si les muscles cervicaux dont l'innervation appartient aux nerfs cervicaux, sont simultanément le siège de spasmes, ou non; en cas d'affirmative, on opérera ces nerfs séance tenante, procédé dont M. NOBLE SMITH s'est fait, dans ces derniers temps, l'avocat convaincu.

N° 7.

K. PETRÉN: Contributions à l'étude des altérations de la moelle épinière dans l'anémie pernicieuse.

Depuis les travaux de LICHTHEIM et de MINNICH, on sait que dans certains cas d'anémie pernicieuse, la moelle est atteinte d'affections très étendues, qui produisent un aspect clinique prononcé de lésion spinale.

J'ai examiné la moelle dans 9 cas d'anémie pernicieuse; dans deux, l'anémie était compliquée d'une lésion spinale.

Dans quatre de ces cas, les vaisseaux de la substance blanche étaient atteints d'une dégénération hyaline qui pourrait avec raison être regardée comme une suite de la cachexie.

Dans cinq cas, j'ai trouvé disséminées dans toute la moelle de petites hémorragies ou des plaques scléreuses qui s'étaient formées

à la suite de ces hémorragies; celles-ci sont certainement de la même nature que les hémorragies de la rétine dans la même maladie.

Dans deux des cas, où les symptômes spinaux n'ont pas existé, les cordons postérieurs offraient une dégénération chronique, probablement descendante et de peu d'étendue.

Quant aux deux cas compliqués de maladie de la moelle, en voici le résumé:

1) Chez une femme de 36 ans, qui mourut d'une anémie pernicieuse ayant duré 6 mois, les symptômes d'une maladie de la moelle se déclarèrent les deux derniers mois sous les formes d'anesthésie relative portant sur la sensibilité tactile, la sensibilité thermique et le sens musculaire, ainsi que d'ataxie et de parésie (ces symptômes apparurent dans toutes les extrémités, mais surtout dans les extrémités inférieures), de pertes des réflexes rotuliens, et enfin, le dernier mois, sous celle d'incontinence d'urine.

Dans toute la moelle, sauf celle la région sacrée, se présentait une dégénération des cordons postérieurs qui atteignait en haut les noyaux de ces cordons dans le bulbe rachidien. Dans la moelle cervicale et dans la partie supérieure de la moelle dorsale, les faisceaux de GOLL étaient totalement dégénérés, mais les faisceaux de BURDACH constituaient le siège d'une lésion offrant l'aspect de plaques plus ou moins confluentes; tous les cordons postérieurs de la partie inférieure de la moelle lombaire étaient atteints d'une lésion semblable. La sclérose des parties dégénérées était plus développée dans les faisceaux de GOLL et diminuait d'intensité de bas en haut. Dans la moelle lombaire, un grand nombre de gaines de myéline étaient très gonflées (jusqu'à un diamètre de 50 μ); aucun cylindre-axe ne présentait toutefois ce gonflement.

Dans toute la moelle dorsale et une partie de la moelle cervicale, presque toutes les fibres nerveuses de la moitié postérieure de la zone périphérique, sauf les zones de LISSAUER, qui étaient restées intactes, étaient détruites par un processus très aigu. Dans la moelle dorsale se voyait une dégénération diffuse de la plus grande partie des cordons latéraux, un peu moins aiguë que celle de la zone périphérique. La zone bordant la substance grise était partout intacte.

Je considère la dégénération comme descendante, probablement systématique, mais n'atteignant pas l'extrême partie caudale des fibres longues des cordons postérieurs. La lésion des cordons latéraux semble être diffuse, et avoir commencé très peu de temps avant la mort.

2) Un homme de 42 ans qui, à l'âge de 17 ans, avait contracté la syphilis, mais depuis cette époque n'avait pas été malade, fut atteint, 3 ans avant sa mort, d'une parésie des jambes qui augmenta peu à peu. Deux jours avant la mort, on constata un aspect distinct d'anémie pernicieuse et une paraplégie spasmodique très prononcée des membres inférieurs (il fut impossible d'examiner la sensibilité).

Dans la moelle, dégénération complète des faisceaux de GOLL dans la moelle cervicale et dans la partie supérieure de la moelle dorsale, mais dégénération assez incomplète des faisceaux de BURDACH.

Vers le bas, la dégénération diminue rapidement et n'atteint pas la moitié inférieure de la moelle lombaire. Le faisceau pyramidal croisé droit aussi dégénéré. Pas de fibres nerveuses altérées dans les parties dégénérées; celles-ci sont toutefois remplies d'une tissu sclérotique, épais et fibrillaire, dont l'épaisseur augmente de bas en haut. Les gaines lymphatiques qui enveloppent les vaisseaux sont, surtout dans la moelle dorsale, très gonflées et remplies de corps granuleux et de détritns.

Je regarde la dégénération comme systématique et descendante, plus chronique que dans le cas précédent, mais ne s'étant pas étendue aussi loin dans la direction caudale. Ce n'est pas une affection directement syphilitique, mais on ne peut naturellement nier positivement une affection parasyphilitique, qui ne me semble néanmoins pas vraisemblable, en ce que, dans ses points importants, le cas ressemble au précédent et aux autres déjà connus de la même nature.

J'ai essayé depuis de faire la revision des cas connus de maladie spinale dans l'anémie pernicieuse, qui sont au nombre de 20 environ.

Au point de vue clinique, on trouve que la plupart de ces cas ont beaucoup d'analogie entre eux, et qu'ils ressemblent dans les points principaux au premier cas mentionné ci-dessus; les réflexes rotuliens sont toutefois exagérés dans un grand nombre.

Au point de vue anatomique, ces cas de maladie spinale peuvent, d'un côté, être facilement distingués du tabes, de la maladie de FRIEDREICH, ainsi que des affections que l'on rencontre dans la paralysie générale progressive et dans la pellagre, et de l'autre côté, des altérations peu importantes qui se trouvent souvent dans la maladie d'ADDISON et quelquefois dans le diabète et la tuberculose. Les différents cas offrent plusieurs dissemblances, dont la plupart s'expliquent par le fait que les altérations ont eu des degrés différents d'évolution. Ordinairement la dégénération semble se produire de la manière suivante:

D'abord les faisceaux de GOLL dans la moelle cervicale sont attaqués; ici, le processus assume promptement l'aspect d'une lésion systématique; il est descendant, mais n'atteint pas l'entrée de ces fibres nerveuses dans la moelle.

Quelque temps après, la dégénération se produit dans les faisceaux de BURDACH, en commençant probablement dans les zones radiculaires moyennes, et en s'étendant souvent dans presque tous les cordons, mais en épargnant toujours les zones de LISSAUER et la zone bordant la substance grise. Celle-ci est dans la plupart des cas disposée en plaques, mais assez souvent homogène, probablement un degré plus avancé d'évolution; l'état des vaisseaux ne dispose pas à croire à un processus vasculaire, et l'extension de la dégénération n'en exclut pas le caractère systématique. Après les cordons postérieurs, les cordons latéraux sont attaqués; la lésion comprend de préférence leurs parties postérieures dans la moelle dorsale et souvent aussi dans la moelle cervicale, mais atteint parfois, dans les cas les plus avancés, leurs parties antérieures dans la moelle dorsale; elle est diffuse quant à son extension.

La propagation de la dégénération dans les cordons postérieurs s'explique partiellement par ce fait observé dans beaucoup d'autres maladies, que les parties des fibres nerveuses les plus éloignées des centres trophiques sont les premières atteintes par le processus morbide.

Il est probable que ces cas de maladie de la moelle forment aussi un groupe séparé au point de vue neurologique.

Dans ces cas, l'aspect de l'anémie même ne s'écarte aucunement de ce qu'on observe dans les cas ordinaires. Quand la maladie de la moelle a précédé l'anémie dans quelques cas, il semble plus juste de supposer une cause commune pour les deux maladies, mais on ne connaît aucune raison à la circonstance que la première ne se déclare que dans certains cas relativement rares d'anémie.

J'ai aussi examiné la moelle dans deux cas d'adénie (la maladie de HODGIN), mais n'ai pas trouvé d'autres altérations que de très petites hémorrhagies.

N^o 8.

N. J. STRANDGAARD: *Percussion du coeur, surtout au point de vue de la valeur de la percussion "par dépression latérale"*.

Sur 78 cadavres, M^r STRANDGAARD a examiné la matité précordiale relative, telle qu'on la trouve par la percussion ordinaire de force moyenne. Conformément à la description de la plupart des auteurs, il a reconnu que cette matité atteint, chez des individus normaux, vers la ligne médiane du corps, le bord gauche du sternum; en haut, la troisième côte, et latéralement une verticale située à quinze millimètres en dedans de la ligne mamelonnaire. En cas d'augmentation de la moitié droite du coeur, le bord droit de la matité s'avance sur le sternum, ou, comme l'exprime Forget, la matité est augmentée en haut et à gauche. Par contre, si la moitié gauche du coeur est augmentée, l'étendue de la matité est accrue à gauche et en bas. Enfin, l'agrandissement du coeur entier fait augmenter la matité précordiale dans tous les sens. Une matité dépassant le bord droit du sternum annonce ou une grande dilatation de l'oreillette droite ou une augmentation universelle du coeur.

Plusieurs auteurs prétendent qu'il est possible de constater, par des méthodes particulières, une matité précordiale correspondant, avec une exactitude anatomique, au coeur lui-même, et donnant sur l'état du coeur des indications de beaucoup supérieures à celles que donne la matité ordinaire, celle-ci ne correspondant en effet qu'à la partie du coeur située à gauche du sternum. Dans un but de contrôle, l'auteur a essayé, sur les 78 cadavres à sa disposition, de fixer les bords du coeur en appliquant deux des méthodes dont il vient d'être parlé: 1, la percussion intercostale qui ne consiste qu'en la percussion des espaces intercostaux; 2, la percussion «avec étouffement latéral ou avec dépression latérale» («die seitlich abgedämpfte Percussion», indiquée par AUG. SCHOTT, Naunheim 1881). Par cette dernière, M. SCHOTT comprend une percussion sur le troisième doigt gauche, en même temps

que l'on comprime la paroi du thorax à l'aide de l'index et de l'annulaire. Par cette méthode, on évite de masquer la matité que ferait naître le coeur sans les vibrations du sternum et des côtes résultant de la percussion ordinaire. Cette matité correspond, d'après M. SCHOTT, à toute la face antérieure du coeur; les limites en sont nettement tranchées; elles coïncident avec celles que l'on constate par la percussion intercostale, et correspondent exactement aux bords mêmes du coeur.

Par ces deux méthodes, l'auteur a trouvé lui-même des limites de la matité présentant apparemment une correspondance exacte au bord du coeur. En effet, des aiguilles enfoncées verticalement le long des limites trouvées, viennent en général frapper précisément le bord du coeur, dont elles n'étaient que rarement éloignées de plus d'un demi-centimètre en dehors ou en dedans. — Dans la règle, la limite de la matité se présentait par la percussion intercostale un centimètre plus près de la ligne médiane que par la percussion avec dépression latérale. Par cette dernière méthode, l'auteur réussit encore à découvrir une matité correspondante aux grands vaisseaux, qu'il était impossible d'indiquer par la percussion intercostale. Néanmoins, les indications obtenues à l'aide de ces méthodes ne sont pas supérieures à celles que l'on reçoit par la percussion simple: les unes comme les autres ne permettent que de faire soupçonner une augmentation du coeur totale ou partielle (voir le tableau A).

La cause en doit être cherchée dans les dispositions anatomiques suivantes:

1° La partie de la paroi thoracique correspondant au coeur est ployée de façon que la projection du coeur, obliquement inclinée sur la paroi thoracique, se présente à la surface du thorax augmentée et déformée (voir le tableau D). Le thorax joue pour ainsi dire le rôle d'une loupe astigmatique.

2° Une seconde conséquence de la courbure thoracique consiste, vers la ligne médiane, en une diminution successive du tissu pulmonaire qui sépare la paroi thoracique du coeur, les bords de cet organe devant être plutôt considérés comme des plans arrondis (tracé graphique 9 & 10). Il s'ensuit que l'intensité de sonorité qui dépend du volume de la masse vibrante, diminue successivement dans le même sens; il n'y a de même pas de limite aiguë de matité, mais une transition successive de la sonorité à la matité, de façon que la détermination de la limite de ces deux phénomènes acoustiques ne peut être faite qu'approximativement.

3° La courbure du thorax a pour résultat que des aiguilles enfoncées verticalement sur une même ligne transversale et à une distance assez grande l'une de l'autre, convergent vers le bord du coeur de façon qu'on en trouve les pointes placées de manière à satisfaire la plupart des investigateurs, c'est-à-dire à un centimètre ou moins en dehors ou en dedans du bord. Voilà la cause de l'incertitude de la méthode par enfoncement d'aiguilles.

En conséquence, cette matité, dite totale, est de moins d'importance qu'on ne serait tenté de le croire; en général, on peut se con-

tenter de la matité dans le sens ordinaire du mot. A côté de celle-ci, dans un grand nombre de cas, on trouve son compte à fixer le bord droit du coeur à l'aide de la percussion intercostale. Celle-ci opère de manière à faire propager les vibrations de percussion dans le sens sagittal (tracé graphique 11), et leur permet de mieux toucher le bord du coeur; la méthode par dépression latérale, à son tour, amène la propagation des vibrations dans le sens centripète (tracés graphiques 9 & 10), avec rayonnement vers le coeur, mais sans en toucher les bords.

De même, la méthode intercostale permet de s'approcher du coeur avec ce résultat, que la projection à la surface est moindre que par l'application de la dépression latérale, laquelle est pratiquée à une plus grande distance du coeur. Il s'ensuit que la dépression latérale donne des limites (droite et gauche) plus éloignées de la ligne médiane que la méthode intercostale.

La limite droite de matité trouvée par la percussion intercostale ne dépasse pas, dans les cas normaux, la ligne parasternale droite. Cependant, en général, il faut attacher moins d'importance à la fixation des limites de la matité totale, qu'à l'intensité de la sonorité et de ses variations en dedans de ces limites. C'est précisément en fixant la matité relative par la percussion ordinaire, qu'on atteint ce but.

Conclusion: La valeur de la percussion par dépression latérale se réduit, quant à la fixation des bords du coeur, à presque rien.



Om Tyrosin i Menneskets Urin

samt

et nyt Kendemærke på Tyrosin.

Af

Dr. med. CHR. ULRICH.

København.

Med 1 Tavle.

De af Forfatteren tidligere (Nord. med. Arkiv, Nr 8, 1894) foretagne Undersøgelser om Leucinets Optræden i Menneskets Urin have nødvendigvis ført ind på Arbejde vedrørende det nær beslægtede Tyrosin. Ligesom Leucin kan Tyrosin opfattes som en Amidosyre (Amidohydroparacumarsyre, BAUMANN), og de to Stoffer findes jævnlig sammen under samme Forhold i og udenfor den dyriske Organisme, oftest optrædende som Dekompositionsprodukter af Äggehvidestofferne. Den af KÜHNE ved Pankreassaftens Indvirkning på Albuminstofferne i Tarmen påviste Leucin-Tyrosindannelse, disse to Stoffers hyppige samtidige Forekomst ved Äggehvidens Forrådnelse eller Kogning med Syrer og Alkalier, deres jævnlige Tilstedeværelse Side om Side ved Planternes Kimdannelse og endelig deres hyppige fælles Optræden under patologiske Tilstande og Processer, særlig i visse Sekreter — dokumentere tilstrækkeligt det omhandlede Forhold. I nogle Retninger vise de tvende Stoffer indbyrdes dog en Del Forskelligheder, hvilke fremgå ved Sammenligning af deres fysiologiske og navnlig deres kemiske Ejendommeligheder.

Vort Kendskab til *Tyrosinets fysiologiske Rolle og dets Skæbne i Organismen* er som ved Leucinet endnu temmelig mangelfuldt. Med Sikkerhed vides for Menneskets Vedkommende, at Tyrosin, ligesom Leucin, dannes i Tarmen ved ovennævnte Indvirkning af Pankreassaften på Äggehvideofferne. Derimod er Tyrosinet — i Modsætning til Leucin — aldrig fundet i friske Organer eller Blod (I, 217). Fodring med Tyrosin¹⁾ giver Tiltagen af Urinens aromatiske Ätersvovlsyrer; men Tyrosinet genfindes som sådant ikke i Urinen (I). De af Tyrosin deriverede Oxysyrer udskilles efter Fodring derimod uforandrede i Urinen. Hos Hunde viste Forholdene sig noget anderledes ved Tyrosinfodring, om end Resultaterne her ikke udmærke sig ved nogen synderlig Ensartethed: Forøget Urinstofudskillelse ligesom ved Leucinfodring (SCHULTZEN & NENCKI), Tiltagen af Urinens Oxysyrer og uforandret Udskillelse af Tyrosin gennem Urinen (BERNHARDT KÜSSNER 1824) ere iagttagne ved Forsøgene på dette Område (II).

Tyrosin forekommer ved Udkrystallisation fra vandig Opløsning sædvanlig under Form af fine Nåle, der oftest samle sig i Koste eller Neg; jævnlig ses dog også lange Prismes med Tilbøjelighed til samme Gruppering (Nord. med. Arkiv, a. St., Tavle VIII) og undertiden andre Former såsom Stjærner, Vätte-lys og fl. — Det er let opløseligt i varmt Vand, i Syrer og Alkalier, men, sammenlignet med Leucin, kun tungt opløseligt i Alkohol. Tyrosinets kemiske Reaktionen ere ret distinkte, udmærke sig fremfor Leucinets ved en vis Skarphed og ere ikke heller vanskelige at foretage. De vigtigste ere:

- 1) Tyrosin giver med MILLONS Reagens rød Farve (R. HOFFMANN).
- 2) Tyrosin giver med konc. Svovlsyre brunligfarvet Vædske, som efter Neutralisation med Baryt eller Ammoniak, med fortyndet Opløsning af Jærnklorid viser rødviolet Farve (PIARA).
- 3) Tyrosin giver ved forsigtig Opvarmen med Salpetersyre et gult Legeme, som ved Kali eller Ammoniak farves brunligt.²⁾

¹⁾ Om Leucinfodring se Nord. med. Arkiv, u. St.

²⁾ Nærmere Detaljer angående disse Reaktioneners Udførelse i: SALCHOWSKY & LEUBE, Lehre v. Harn. 1882.

Medens Tyrosinet under fysiologiske Forhold ved dets næsten sporløse Forsvinden fra Tarmen synes at føre en ret tilbagetrukken Tilværelse, er det under *patologiske Forhold* truffet som en hyppig Gæst i forskellige Organer og Sekreter: Ved *variola* og *febris typhoidea* er det fundet i Lever og Galde (FRERICHS 1885), ved *Levkæmi* i Milt, Lever og Nyrer (HUBER), ved *Fosforforgiftning* i Lever og Nyrer, samt hos Hunde i Lever og Blod (SCHULTZEN & RIESS 1869) og ved *Pnevmoni* i Lungen (SOTNISCHESKY 1881). I *pus*, særlig hidrørende fra putride Processer, f. Ex. i Lunge og pleura, er Tyrosin hyppig tilstede, i mikroskopiske Præparater af *Expektorat* for Tuberkelbaciller har Forfatteren jævnlig iagttaget Tyrosin-Krystaller, mulig dog undertiden hidrørende fra Syrens Indvirkning, i *Fodsved* er Stoffet bleven påvist, og endelig er det fundet i *Urinen*. Her optræder det næsten altid sammen med Leucinet, men er hidtil kun fundet i et forholdsvist ringe Antal Sygdomme (III): *Akut gul Leveratrofi*, *akut Fosforforgiftning*, *Tyfus* i svære Tilfælde, *variola*, *Levkæmi* (BEALE), *kronisk Leveratrofi* og *malleus*. Derimod have ANDERSONS Angivelser (IV) vedrørende Fundet af Tyrosin (og Leucin) ved mange forskelligartede Sygdomme og POUCHETS vedrørende dets Optræden i fysiologisk Urin (1881. II) hidtil ikke vundet synderlig Tiltro.

Egne Undersøgelser.

Fysiologisk Urin. Leucinet og Tyrosinets oftest samtidige Optræden i Urinen i Forbindelse med Påvisning af Leucin i sunde Menneskers Urin (a. St.) lader formode Tyrosinets Tilstedeværelse sammesteds under fysiologiske Forhold. Dette så meget mere, som man (I, 220), uden i øvrigt nærmere at forklare Årsagen, fik MILLONS Reaktion i Inddampningsresten fra enhver normal, på sædvanlig Måde behandlet Urin. Fremgangsmåden til Påvisning af Tyrosin i Urinen er hovedsagelig som ved Leucinet: 200 Kcm. frisk Urin fældes med Overskud af basisk eddikkesurt Blylte. Efter at Blyforbindelserne ere fjærnede ved Svovlbrinte, inddampes det klare, affarvede Filtrat på Vandbad til Syrupskonsistens. Efter eventuel Omkrystallisation og Rensning med Alkohol og Ammoniak undersøges Inddampningsresten mikroskopisk og kemisk. Vi skulle her ikke

komme nærmere ind på at omtale nævnte Rensningsproces; den er temmelig langsom, medfører Tab af det ofte sparsomt nok tilstedeværende Tyrosin, forder en Del Övelse og Erfaring og står endelig formentlig i flere Henseender en Del tilbage for den senere under Sublimationspröven nævnte Fremgangsmåde. Inddampningsrestens mikroskopiske Billede er omtalt tidligere (Nord. m. Ark., a. St., S. 5 og Tavle VII, VIII, IX). Den mikroskopiske Undersögelse har i alt Fald her ikke den Betydning som ved Leucinet, hvis morfologiske Ejendommeligheder sædvanlig ere tilstrækkelige til dets Identificering. Langt værdifuldere ere her de ovennævnte 3 kemiske Reaktioner (HOFFMANN, PIARA, Salpetersyrepröven), hvilke — anstillede på det rene Tyrosin — ere så distinkte og fintmærkende, at man som Regel ikke kan tvivle om Udfaldet. — Ved de nedenstående Undersøgelser ere Reaktionenerne sædvanlig anstillede på det ved omtalte Sublimationspröve indvundne rene Tyrosin og gave, når Stoffet kun ikke var sporvis tilstede, stedse positivt Resultat. Salpetersyrepröven var ubetinget den mest fintmærkende, idet kun én eller et Par Krystaller vare tilstrækkelige. HOFFMANNs og navnlig PIARAs Reaktioner krævede noget mere (1 til 2 Centigram).

Hos 20 sunde Individier, der ikke fremböd Stofskifteanomalier af nogen Art, fandtes *Tyrosin konstant i Urinen*. Denne hidrörte for det meste fra unge kraftige Mænd, var som oftest kvitteret om Formiddagen, men er i övrigt også stadig med samme Resultat bleven prøvet fra Døgnetts forskellige Tider. At Leucin tillige stadig fandtes, tjäner kun til yderligere at bekræfte det tidligere Fund (a. St.). Det er sandsynligt, at de under Mikroskopet i Inddampningsresten sædvanlig tilstedeværende spredte Nåle, Kamme- og Vättelysformer have repræsenteret Tyrosinet, eftersom det sidste altid kunde påvises, når de nævnte morfologiske Bestanddele viste sig, — sædvanlig manglede, når disse Morfer (under patologiske Forhold) ikke vare tilstede. Efter Sublimationspröven vare de kemiske Reaktioner hos de undersøgte sunde alle utvivlsomme, om end vxlende af Styrke. Nogle Forsög på kvantitativt at bestemme det ved Sublimering indvundne rene Tyrosin gav intet sikkert Holdpunkt for dettes Afhängighed af Måltid, Bevægelse eller Dögntid; men Mængden syntes i det hele ret variabel, var i 5 Tilfælde ingensinde under $0,2 \frac{0}{100}$.

Ligesom ved Leucinet er det vanskeligt på Forhand at fælde nogen afgørende Dom om *Betydningen af det konstante Fund af Tyrosin* i Urinen. De sparsomme fysiologiske Kendsgerninger angående Tyrosindannelsen under Äggehvide-stoffernes Pankreasfordøjelse i Tarmen, hvorfra det som sådant synes fuldstændig at forsvinde i Væv (og Sekreter), tillade ingen videre gående Slutning, og vi må derfor indtil videre formode, at Tyrosinets fysiologiske Udskillelse gennem Urinen på en eller anden Måde står i Forbindelse med Stoffets Tilstedeværelse i Tarmen, fra hvilken det, da det ikke findes i fæces, formentlig måtte opsuges for med Blod eller Lymfe at nå til Nyrene. Det fortjener i denne Forbindelse at bemærkes, at de største Forandringer i Tyrosinudskillelsen gennem Urinen — som vi senere skulle se — netop fandtes i sådanne sygelige Tilstande, i hvilke man på Forhånd kunde antage eller endog påvise særlige patologiske Forandringer i Organer, der under fysiologiske Forhold stode i Relation til Tyrosindannelsen (enteritis, pancreas-diabetes).

Urinen under patologiske Forhold. Udfaldet af de noget spredte Undersøgelser, der have kunnet foretages vedrørende Tyrosinets Optræden i Urinen ved et endda temmelig begrænset Antal Sygdomme, kunne i Følge Sagens Natur næppe give fuldstændige Oplysninger om Tyrosinudskillelsens hele Væsen og Ejendommeligheder og kunne for så vidt ikke heller gøre Fordring på nogen videnskabelig Almengyldighed. Når Resultaterne ikke desto mindre i det følgende ere kortelig anførte, da er dette særlig begrundet i den Omstændighed, at der ved disse over en enkelt Side af Patologien synes at være kastet et Strejfflys, der forklarer og illustrerer nyere Synspunkter og indbyder til nærmere Undersøgelse. De indvundne Resultater frembyde i øvrigt for det store Flertal af Sygdomme næppe særlig Interesse, eftersom Tyrosin, hvad der efter det fysiologiske Fund var at vente, gennemgående kunde påvises i Urinen i Former, der sædvanlig — ikterisk Urin undtagen — lignede de ovenfor omtalte fysiologiske. — I nedenstående Oversigt er samlet Udfaldet af alle foretagne Analyser. De i Parentes tilføjede Tal angive Antallet af de i Anledning af nærværende Undersøgelsesrække og med specielt Hensyn til Tyrosinets Forhold foretagne Analyser.

Tyrosinen fandtes i Urinen ved:

Cirrhosis hepatis	i 4 af 4	Tilfælde (3—3).
Colica hepatica	» 1 » 1	»
Cancer hepatis	» 1 » 1	» (1—1).
Weil's Sygdom	» 1 » 1	»
Icterus catarrhalis	» 8 » 8	» (2—2).
Nephritis chronica	» 9 » 9	» (3—3).
Degeneratio amyl. renum	» 1 » 1	»
Enteritis chronica	» 1 » 1	» (1—1).
Dilatatio ventriculi	» 1 » 1	»
Febris typhoidea	» 2 » 2	» (1—1).
Arthritis urica	» 1 » 1	» (1—1).
Leucæmia	» 2 » 2	» (2—2).
Tuberculosis pulmonum	» 1 » 1	»
Bronchitis chronica	» 1 » 1	»
Bronchiectasia	» 4 » 4	» (2—2).
Empyema	» 1 » 1	» (1—1).
Neurasthenia	» 2 » 2	»
Hysteria	» 1 » 1	»
Cystitis	» 1 » 1	»
Cysto-pyelo-nephritis	» 0 » 1	» (0—1).
Glycosuria	» 4 » 4	» (2—2).
Diabetes mellitus	» 2 » 9	» (2—7).

I hvert af de nedenstående — til Parentestallene svarende — Tilfælde er der udført 2 eller flere Analyser til Bestemmelse af Tyrosinet. *Tyrosinmængden*, bedømt efter Reaktionens Styrke i Forbindelse med eventuel kontrollerende Vægtbestemmelse (se nedenfor), var ved:

Cirrhosis hepatis lidt vaxlende, i 2 af Tilfældene omtrent som hos sunde, i et tredje noget større.

Cancer hepatis i ét Tilfælde med store tumores i hepar og stærk icterus ikke større end hos sunde (omtr. 1 $\frac{0}{100}$).

Icterus catarrhalis omtrent middelstor.

Nephritis chronica i ét Tilfælde (syfilitisk Skrumpnyre) middelstor, i 2 andre under Uræmi (Sektion: Skrumpning af stor hvid Nyre) snarest ringe.

Enteritis chronica i ét Tilfælde meget stor (mindst 4‰)
— den største, som overhovedet fandtes i Rækken af
undersøgte Sygdomme.

Febr. typhoidea middelstor.

Arthritis urica i ét Tilfælde middelstor.

Leucæmi i ét Tilfælde middelstor ($0,25\text{‰}$), i et andet mulig
noget større.

Bronchitis chronica med Emfysem i ét Tilfælde med Stase
i hepar og let icterus catarrhalis (Sektion) knap mid-
delstor.

Bronchiectasia i 2 Tilfælde middelstor.

Empyema pleuræ sin. Bronchiectasia snarest svag, dog
ikke under $0,2\text{‰}$. Efter Udtømmelse af Empyemet
samme Tyrosinmængde.

Cysto-pyelo-nephritis calculosa (Sektion) med ammoniakalsk
stærk pusholdig Urin = 0. Leucinet var her ikke heller
påviseligt.

Udfaldet af Analyserne ved ovenstående Sygdomme viste, at Tyrosinmængden ikke alene indenfor det enkelte Tilfælde, men gennemgående også i hele Undersøgelserækken ikke varierede i nogen påfaldende Grad: den var i det hele og store omtrent som hos sunde. Kun i enkelte af Tilfældene var der Afvigelser, som ere Omtale værd. Den store Tyrosinmængde hos Nr 5 (*enteritis chron.*) kan mulig sættes i Forbindelse med de vist nok stærkt forandrede Resorptionsforhold fra Tarmen. Patienten, en 48-årig Skrædder, havde efter malaria i en Arrække lidt af uafbrudt og som oftest håftig Diarré, der var bleven behandlet på Alverdens Hospitaler. Trods en næsten exempelløs Grådighed var han påfaldende mager og anæmisk. Han havde daglig 3 til 4 tynde stinkende Afføringer, der mikroskopisk ikke viste Tyrosin. Den objektive Undersøgelse viste under Hospitalsopholdet ellers intet nævneværdigt, og han udskreves uden synderlig Bedring. — Når Tyrosinet i det nævnte Tilfælde af *cysto-pyelo-nephritis calculosa* ingensinde kunde påvises, er dette åbenbart begrundet i selve Urinens Forhold, eftersom de tilstedeværende stærke Destruktionsprocesser med Ammoniakudvikling først og fremmest ramme Urinens kvælstofholdige Bestanddele. — I øvrigt anføres, at Udfaldet af Analyserne ved *cirrhosis hepatis* og *cancer hepatis*

ikke lader formode, at Levervævet spiller nogen Rolle ved Frembringelsen eller Omsætningen af det i Urinen under normale Forhold optrædende Tyrosin; at den i forrige Afhandling ved *Urämien* omtalte Forsvinden af Leucin (og Tyrosin) fra Urinen ikke synes at være konstant; at Urinen i ét af de anførte Tilfælde af *Levkæmi*, hvor Forholdet mellem hvide og røde Blodlegemer var 1:15, hvor Blodet indeholdt talrige eosinofile Celler og Sektionen viste udbredt Hæmorrhagi fra Slimhinderne, bl. a. Tarmens, i Modsætning til Meddelelser andenstedsfra, ikke var synderlig mere tyrosinholdig end hos sunde, og endelig, at Resultatet ved det anførte Tilfælde af *Empyem* tyder på, at der ikke fra Plenraabscessen, der var stærkt ilde lugtende, men vist nok afkapslet ved en tyk Membran, er blevet opsuget Tyrosin i påviselig Mængde.

De med *Glykosuri* undersøgte Patienter vare følgende:

a) Dorothea B., 41 År. *Hysteria*. Under Hospitalsophold fandtes en enkelt Dag ($\frac{29}{5}$ 95) Glykosuri, ved Polarisation bestemt til $1\frac{1}{2}$ % i den i øvrigt normale Urin. Denne indeholdt rigelig Tyrosin (og Leucin). Den følgende Dag var Urinen sukkerfri, men viste uforandret Tyrosin (og Leucin).

b) Agnes J., 25 År. *Hysteria*. $\frac{23}{5}$ 95. Under Hospitalsophold 1 % Sukker i den i øvrigt naturlige Urin. Den indeholdt både nævnte Dag og 2 Dage senere en tilsyneladende middelstor Mængde Tyrosin (og Leucin).

c) Jens L., 47 År. *Diabetes mellitus*. *Let Form*. Symptomer begyndt 2 til 3 Måneder før Hospitalsindlæggelsen $\frac{4}{12}$ 94. Under dette bedredes Tilstanden, Sukkerudskillelsen aftog fra 7 % til 2 % ved Udskrivelsen $\frac{18}{3}$ 95. Han tiltog i Huld og Kræfter og var på Undersøgelsestidspunktet, 14 Marts, oven Sænge i tålelig god Ernæringstilstand. Urinen $\frac{2000}{1031}$ indeholdt 2 % Sukker, gav ikke Reaktion på albumen eller med Jærnklorid, viste Tyrosin i ret rigelig Mængde (rigelig Leucin).

d) Hermann N., 72 År. *Diabetes mellitus*. *Let Form*. Sygdommen skal være begyndt omtr. 10 År før Hospitalsopholdet ($\frac{11}{6}$ — $\frac{7}{1}$ 95). Han synes trods manglende Behandling at have beholdt Huld og Kræfter ganske godt, og har passet sit Arbejde til $\frac{1}{2}$ År før Indlæggelsen. Han er temmelig fed, klager over Træthed, Tørst og hyppig Vandladning. Under Hospitalsbehandling — Ro og Diæt — bedredes han, og han udskreves med Spor af Sukker i Urinen. — $\frac{14}{6}$. Urinen, $\frac{3000}{1030}$,

uden albumen, uden Jærnkloridreaktion, indeholdt 7 % Sukker, 63,4 Gm Urinstof. Tyrosin (og Leucin) kan ikke påvises. — $\frac{26}{6}$. Urin $\frac{1500}{1024}$, med 1 % Sukker, 33 Gm Urinstof, indeholder Tyrosin (og Leucin) i ringe Mængde. Han indlægges atter $\frac{27}{7}$, for thrombosis vv. extrem. infer. dext. 2 Dage senere viste Urinen, $\frac{1400}{1027}$, $1\frac{3}{4}$ % Sukker, 40 Gm Urinstof, ingen Tyrosin (Leucin i sparsom Mængde). — $\frac{14}{8}$ var Urinen sukkerfri, $\frac{1300}{1022}$, med 10 Gm Urinstof. Tyrosin tilstede i ringe Mængde, mindst $0,1 \frac{0}{100}$ (ret rigelig Leucin).

e) Christian J., 57 År, Mekaniker. *Diabetes mellitus. Let Form.* Har i mange År lidt af »Nyregrus» og »Sukkersyge». Han behandles ambulant, kan arbejde, klager kun over »Gigt» i Længdeegnen. Objektiv Undersøgelse viser nogen Fedme, men ellers intet sygeligt. — $\frac{17}{4}$ 95 viste Urinen, $\frac{1200}{1029}$, 2 % Sukker. Den indeholder en Del Urinsyrekrystaller, giver ikke Jærnkloridreaktion, viser ikke Tyrosin (eller Leucin). — $\frac{30}{4}$. Urineus Forhold i det hele uforandrede.

f) Peter P., 32 År. $\frac{4}{5} + \frac{4}{5}$ 95. *Diabetes mellitus.* Hurtig forløbende og stærk Form. Sektion: adipositas & degeneratio parenchymatosa hepatis, hyperæmia lienis, hæmorrhagia peripancreatica recens, cyanosis & degeneratio parenchymatosa renum. Sygdomstilfældene skulle kun være omtr. 1 Måned gamle, han skal være Alkoholist, er snarest mager, komatøs under Hospitalsopholdet. Den strax efter Indlæggelsen med Kateter tagne Urin, $\frac{150}{1029}$, viser 5 % Sukker, $1\frac{1}{2} \frac{0}{100}$ albumen, ingen Jærnkloridreaktion, en Del overvejende hyaline Cylindre. Den indeholder ikke Tyrosin (eller Leucin).

g) Jens J., 13 År. $\frac{15}{7} + \frac{16}{7}$ 95. *Diabetes mellitus, stærk Form. Nephritis.* Sektion: nephritis (acuta?), pericarditis serofibrinosa, hyperplasia lienis. En Fætter død i Barnealderen af diabetes. Han indlægges i komatøs Tilstand, dør 12 Timer senere. Den objektive Undersøgelse viser intet særligt, kun Afmagring. Kateterurin, $\frac{500}{1027}$, indeholder 5 % Sukker, $1\frac{1}{2} \frac{1}{100}$ albumen, farves stærkt med Jærnklorid, viser en Del Cylindre af forskellig Art. Den indeholder ikke Tyrosin (sparsom Leucin).

h) Oscar P., 8 År. $\frac{6}{5} - \frac{15}{5}$ 95. *Diabetes mellitus, stærk Form.* Syg i $\frac{1}{2}$ År, tiltagende Afmagring og Svækkelse, stærk Diurese, Tørst og Grådighed. Faderen har haft Syfilis. Han er meget mager, bleg, deprimeret og slap, Udåndingsluften lugter af Aceton. — $\frac{14}{5}$. Urinen, $\frac{3150}{1035}$, 5 % Sukker, ingen albumen, ingen Jærnkloridreaktion de sidste Dage. Den indeholder ikke Tyrosin (ingen Leucin). — $\frac{24}{6}$. Tilstan-

den omtrent uforandret efter Udskrivelsen fra Hospitalet, han holder ikke Diät, døde nogle få Dage senere. Urin, $\frac{3100}{1034}$, 7 % Sukker, ingen albumen, giver stærk Jærnkloridreaktion. Ingen Tyrosin (ingen Leucin).

i) William L., 71 År. *Diabetes mellitus*, let Form. *Cancer recti*. Han er temmelig mager og mat, ikke synderlig bleg eller kakektisk. Glykosuri skal have været tilstede i flere År, uden at have afficeret hans Almenbefindende i væsentlig Grad. — $\frac{7}{5}$ 95. Urinen, $\frac{1200}{1032}$, 5 % Sukker, uden albumen, uden Jærnkloridreaktion, indeholder for Døgnet 10 Gm Urinstof, ingen Tyrosin (ingen Leucin). — $\frac{9}{5}$. Uforandret. Urinen indeholder stadig ingen Tyrosin (eller Leucin).

Medtages de i Leucin-Afhandlingen (Nord. med. Arkiv. Nr 8, 1894, S. 9 og 10) nævnte Tilfælde, i hvilke Sukker fandtes i Urinen, få vi følgende Resultat:

	Undersøgte Tilfælde.	Leucin og Tyrosin fandtes hos	Tyrosin fandtes hos	Tyrosin fandtes ikke hos	Leucin fandtes hos	Leucin fandtes ikke hos	Tyrosin og Leucin fandtes ikke hos
Glykosuri	4	3	4	—	3	1	—
Diabetes mell. Let Form .	4	2 ¹⁾	2 ¹⁾	2	2	2	2
Diabetes mell. Stærk Form	5	—	—	5	1	4	4

Det fremgår heraf, at Tyrosin og Leucin, der hos sunde og syge sædvanlig ellers optræde som »normal» Urinbestanddel, hvor Glykosuri er tilstede, kun findes i et forholdsvis ringe Antal af Tilfældene (6 af 13), — og end videre, at Tyrosinets og Leucinets Fraværen særlig er knyttet til de Tilfælde, hvor Glykosurien betegnede en diabetes mellitus (2 af 8), specielt den stærke Form (0 af 5). Tvivlsomt er det derimod, om der består noget Forhold mellem Urinstofudskillelsen på den ene, Tyrosin- og Leucinudskillelsen på den anden Side. Det eneste Tilfælde, hvor en Række af 4 Analyser ere udførte (*d*) med dette Formål for Øje, viser dog, at Tyrosin og Leucin atter optrådte i omtrent normal Mængde, efter at Glykosurien var ophørt og Urinstofmængden aftagen. Heller ikke var der noget påviseligt Forhold mellem Tyrosin og Diacetyre-Acetonudskil-

¹⁾ *Ann.* I ét af Tilfældene dog kun en enkelt Gang.

lelsen. Forståelsen af disse, særlig diabetes mellitus vedrørende, ejendommelige og, så vidt vides, hidtil ukendte Fænomener ligger muligvis ikke så ganske fjærn, når Sygdomsårsagen tages i Betragtning: Det fremgår nemlig til Evidens af Undersøgelserne, at Glykosuri som sådan ikke har nogen direkte Indflydelse på Tyrosin-Leucin-Udskillelsen (a. b. samt de 2 Tilfælde i Leucinafhandlingen). End videre synes det uomtvisteligt, at af de Sygdomme, der sammenfattes under Begrebet diabetes mellitus, stå en Del og da navnlig de, som henregnes til den svære Form, som anført, i tydeligt Forhold til Tyrosin-Leucin-Udskillelsen, og det således, at disse Stoffer i alt Fald til Tider fuldstændig forsvinde fra Urinen. Det ligger da under disse Forhold nær at formode, at Sukkerets Opråden, Tyrosinets og Leucinets Forsvinden fra Urinen kun ere sideordnede Fænomener, hidrørende fra den samme Fællesårsag. Erindre vi nu, at Tyrosin og Leucin normalt dannes i Tarmen ved Pankreas-saftens Indvirkning på Äggehvide-stofferne, og tage vi samtidig i Betragtning, at Pankreaskirtlens sygelige Forandringer bevisligt spille en dominerende Rolle som Årsag til de svære Former af diabetes mellitus, da kunne vi ikke uden Tvang afvise den Formodning, at *Pankreaslidelsen* her har været det fælles Udgangspunkt for og det i sidste Instans bestemmende Kavsalmoment til de omtalte i Urinen samtidig optrædende Forandringer. I Samklang med denne Opfattelse står det Forhold, at kun de Tilfælde, der henhørte under den svære Form, de s. k. Pankreas-Diabetikere, sædvanlig ikke viste Tyrosin og Leucin i Urinen. Mindre indlysende er det måske, at Tyrosin og Leucin ikke fandtes i 2 Tilfælde (*e, i*) og kun fandtes, når Sukkermængden aftog eller forsvandt, i et tredje (*d*) Tilfælde af s. k. let diabetes, hvor Pankreasaffektion formentlig som Regel ikke er tilstede. Aldeles bortset fra Muligheden af diagnostiske Fejlagtheder, vil det her være på sin Plads at fremhæve, at Begreberne: svær diabetes og Pankreasaffektion ingenlunde dække hinanden, og at en mulig hverken makroskopisk eller mikroskopisk påviselig Forandring i Kirtlens sekretoriske Elementer meget vel kunde tænkes tilstede også ved Sygdommens lettere Former. Vil man med LÉPINE (*Traité de médecine I, 441*) antage Afbrydelsen af pancreas's glykolytiske Fermenttilførsel til Blodet som en Årsag til Sukkerudskillelsen i Urinen, da vil in casu (*d*) den med Sukkerets Aftagen eller Forsvinden konkomitterende Tyrosin-Leucin Opråden i Urinen

formentlig kun være et Udtryk for, at Glandlen samtidig også overfor Äggehvidefordøjelsen fuldstændig har genoptaget sine normale Funktioner. Den ved Sektionen i Tilfælde *f* forefundne hæmorrhagia peripancreatica taler for så vidt i Favör af den fremsatte Hypotese, som den opståede Blødning antagelig var i Stand til at hindre så vel Afgiven af glykolytisk Ferment som Dannelsen af fysiologisk Pankreassaft.

Sluttelig kan det i Forbindelse med ovenstående have sin Interesse at henlede Opmærksomheden på de Lighedspunkter, som Urinen viser under Leucin-Tyrosin-Fodring og under pancreas-diabetes, med Hensyn til den forøgede Urinstofudskillelse og Optræden af Oxysyrer i Urinen. Disse Forhold kunde nemlig tyde på, at Äggehvidestoffernes Pankreasfordøjelse hos Diabetikerne er undergået fremmedartede Forandringer, der atter kunde hidrøre fra eventuel tilstedeværende Pankreaslidelse.

I *diagnostisk Öjemed* vil den ved diabetes mellitus påviste, i svære Tilfælde fuldstændige Forsvinden af Tyrosinet og Leucinet i Urinen muligen kunne få Betydning. Til at sætte et Skelnemærke mellem lette og svære Former af Sygdommen synes der foreløbig ikke at kunne tillægges Undersøgelserne for Tyrosin og Leucin væsentlig Værdi.

Et nyt Kendemærke for Tyrosin.

Under Udførelsen af en Række Analyser, der tidligere blev foretagne for at undersøge Leucinet's Forhold i Urinen, indtraf lejlighedsvis det »Uheld», at Inddampningen af den med Bly-Svovlbrinte behandlede Urin ikke blev afbrudt i rette Tid. Den fortsatte Inddampning, der foregik ved BUNSENS Bränder i en på Asbestplade hvilende dækket Porcellänsskål, gav foruden en forkullet Rest i Skålen tillige et stærkt, ufarvet krystallinsk Beslag på Skålens Indside og den dækkende Glasplade. Ved talrige -- henved 100 -- Undersøgelser af nævnte Beslag har dette da mikroskopisk som kemisk vist sig at bestå hovedsagelig af rent Tyrosin.

Det anbefales at udføre Sublimationsprøven på følgende Måde (se Bill.): 100 Kcm. på sædvanlig Måde — med basceddikesurt Bly, Svovlbrinte — behandlet Urin inddampes i Porcellänsskål på Vandbad. Efter at Skålen er ført over på

en Asbestplade af omtr. $\frac{1}{2}$ Cm:s Tykkelse, anbragt over BUNSENS Bränder, sættes en med Vatprop lukket Glastragt over Inddampningsresten, således at Afstanden mellem denne og Tragtranden overalt er mindst 1 Cm. (Bill. 1). Opvarmes nu forsigtigt, viser der sig som Regel snart store, hvide Skyer (Leucin-Amylamin) vältende frem af den blærende Inddampningsrest. Efterhånden dannes på Tragstens Indside et farvelöst, sirupslignende Beslag, hvilket sædvanlig strax efter Tragstens Fjernelse begynder at udkrystallisere i de for Tyrosin karakteristiske Former (Bill. 2). Opvarmningen foretages i lukket Glasskab og er til Ende, når Udvikling af Skyer og Blæredannelse ophører, som Regel i $\frac{1}{2}$ til $\frac{3}{4}$ Time. Det er af Vigtighed, at Tragten, hvis kvantitativ Bestemmelse ønskes, passer nøje, om mulig ved Tilslibning, til Skålens Rand. Ganske særlig Omhu fordrer Sublimeringen: Den varmegivende Flamme må her reguleres således, at Tyrosinet sublimerer langsomt; bliver den for stærk, opnås kun, at Tyrosinet ikke afsætter sig på den for stærkt opvarmede Tragt; bliver den for svag, risikeres, at Sublimering ikke kommer rigtig i Stand og Processen trækker ud. Ved de hidtil anstillede Prøver synes en Varme, ved hvilken Undersiden af Asbestpladen er lidt under Rödglødhede, i de fleste Tilfælde at have været passende.

Med det krystallinske Beslag, hvis Vægt af 100 Kcm. Urin er indtil nogle få Centigrammer, kan let anstilles de fra Lærebøgerne kendte Prøver, hvilke regelmæssig viste udpræget Tyrosinreaktion. Uden at komme nærmere ind på Detaljer skal blot anføres, at PIARAS Reaktion lettest foretages ved at hælde varm koncentreret Svovlsyre på Beslaget. Fremgangsmåden er i øvrigt ikke besværlig, og den endelige Jærnkloridtilsætning bør ske med stærkt fortyndet Reagens, tilsat ad modum HELLERS Albuminreaktion (se V), hvorved den violette Farve fremtræder smukt i den tilsatte Jærnopløsning. HOFFMANNS Prøve foretages lettest ved at opløse Beslaget i en ringe Mængde varmt Vand; Tilsætning af MILLONS Reagens sker dråbevis og under langsom Opvarmning. Den røde Farve danner sig lidt efter lidt, den minder en Del om Blodfarven, er ofte knyttet til Dannelsen af Bundfald og Luftudvikling.

At Beslaget på Glastragten hidrørte fra det i Urinen tilstedeværende Tyrosin, kan ikke betvivles, eftersom 1) HOFF-

MANNs Reaktion, foretagen i Inddampningsresten, viste positivt Udfald alene, når den påfølgende Sublimering gav et tydeligt Beslag, og 2) Inddampningsrestens mikroskopiske Billede kun under samme Betingelse viste tyrosinlignende Elementer.

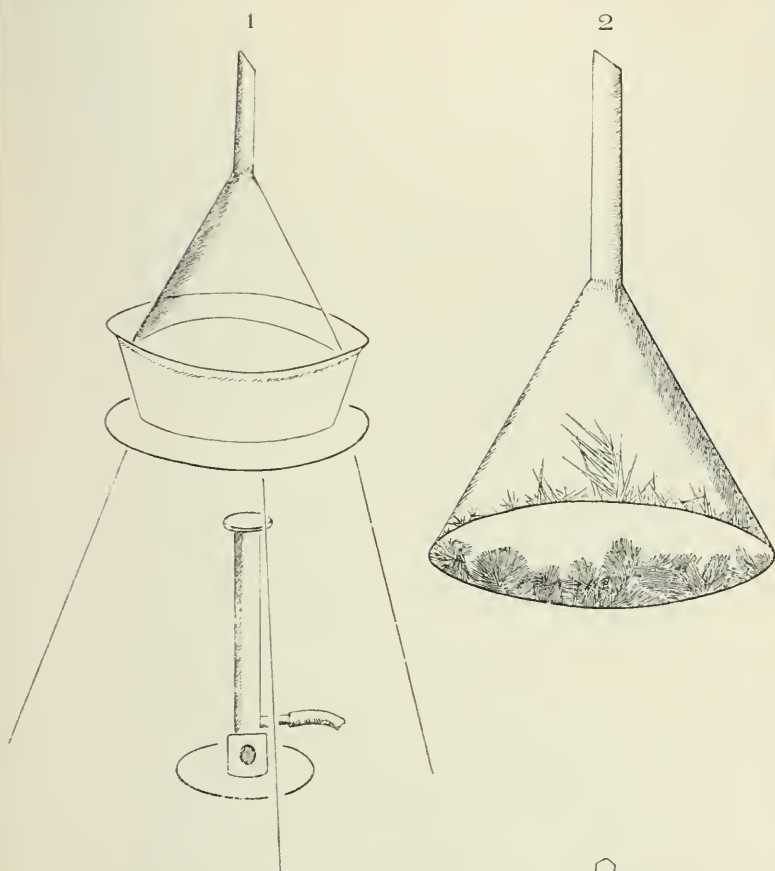
Fremgangsmåden er benyttet ved alle ovenfor anførte Analyser; den er hurtig og distinkt og synes, navnlig hvor det gælder at isolere det rene Tyrosin, at kunne få Betydning dels til Stoffets kvantitative Bestemmelse, dels på flere Områder af Experimentalphysiologien.

Literaturfortegnelse.

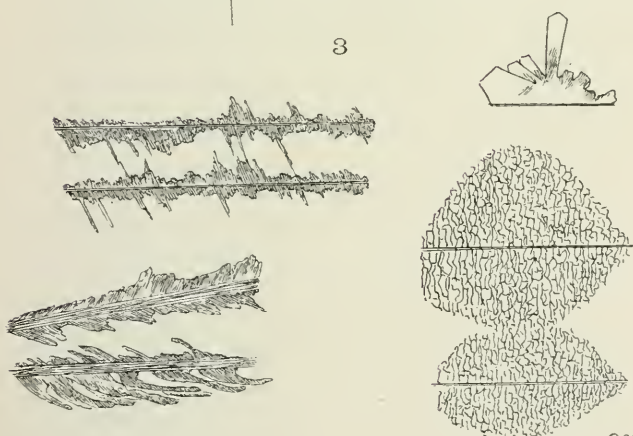
- I. F. HOPPE-SEYLER: Handbuch d. phys. & chem. Analyse.
 - II. Jahrbücher der gesammten Medicin. 1883.
 - III. NEUBAUER u. VOGEL: Analyse des Harns. 1881.
 - IV. British med. Journal. 4 Sept. 1880.
 - V. SALCHOWSKY u. LEUBE: Lehre vom Harn. 1882.
-

Forklaring til Tavlen.

- Bill. 1. Anordning af Sublimationspröven.
- Bill. 2. Middelstärkt Beslag af Tyrosinkrystaller efter Sublimationspröven.
- Bill. 3. Mikroskopisk Billede af forskellige Tyrosinkrystaller, hydrörende fra Beslaget efter Sublimering. (Oljeimmersion $\frac{1}{12}$ Zeisz — Canadabalsam.)
-



3



C.U. os.

Om empyem i sinus frontalis.

Af

D:r GUSTAF AHLSTRÖM.

Göteborg.

Som jag under loppet af de senare åren varit i tillfälle att härstädes iakttaga tre fall af suppuration i sinus frontalis, af hvilka de två undergått operativ behandling å ögonsjukhuset, vill jag i det följande redogöra för de samma och därvid söka att lemna ett bidrag till kännedomen om denna mera sällan förekommande och ännu mera sällan beaktade sjukdom.

Hvad benämningen »empyem» angår, så är detta visserligen ej det mest träffande uttrycket för i fråga varande åkomma. Vid detta namn förbinder man ju den uppfattningen, att den sjukliga processen försiggår uti en fullkomligt slutet kavitet; så är ju ej förhållandet vid denna sjukdom, enär sinus frontalis, åtminstone under ett visst stadium af sjukdomen, står i kommunikation med näskaviteten. Rättast vore att härvidlag använda uttrycket »sinusitis suppurativa»; då jag emellertid här begagnat namnet empyem, har det skett hufvudsakligen på grund af dess lättare användande. Det är otvifvelaktigt under i fråga varande omständigheter mera berättigadt än »abscess», ty vid en dylik bör ju förefinnas en varinfiltration och ett nedsmältande af väfnaderna; vid inflammation af slemhinnan uti sinus frontalis försiggår ju suppurationen uti ett preformeradt rum, hvarur varet, så länge afloppskanalen är öppen, har fritt afflöde; väl kunna abscesser uppkomma i kringliggande väfnader, sedan benväggen perforerats, men äro dessa då blott att anse såsom komplikationer till den ursprungliga sjukdomen.

Innan jag öfvergår till att skildra i fråga varande åkomma, dess orsaker, förlopp och terapi, vill jag lemna en kort framställning af pannhålornas anatomi.

Som bekant äro de belägna omedelbart ofvanför näsroten, bakom glabella och arcus superciliares, vanligast tvänne till antalet, skilda åt genom en tunn benvägg, septum frontale, hvilken i flertalet fall är belägen i medianplanet, men ofta befinner sig förskjuten åt ena eller andra sidan, och stundom är mer eller mindre defekt.

Formen af dessa sinus är ganska oregelbunden, dock kan man, i stort sedt, uppfatta dem såsom egande en triangulär gestalt med en främre vägg, den frontala, en öfre-bakre vägg, den kraniala, och en undre-bakre vägg, den orbitala; af dessa äro ju den främre tjockast, mätande $\frac{3}{4}$ —1 cm., och försedd med ett ganska tjockt diploelager, under det de öfriga utgöras endast af helt tunna, kompakta benlameller.

Pannhålornas dimensioner äro i hög grad olika hos olika personer, äfven under fullkomligt friskt tillstånd; själf har jag varit i tillfälle att å anatomiska institutionen i Berlin göra några undersökningar angående storleken af dessa sinus hos 9 lik utaf fullvuxna personer, 6 män och 3 kvinnor; vid det ena af dessa egde den högra sinus en utsträckning af endast 1 cm., under det att den vänstra mätte nära 4 cm. i de tre olika hufvudriktningarna; därjämte saknades i detta fall å pannbenets högra del nära nog hvarje antydan till diploë. Hos de öfriga varierade höjdmåttet mellan 2,20 och 4 cm.; tvärmåttet mellan 2,6 och 4,5 cm., samt djupmåttet, taget vid näsroten mellan 2 och 3,5 cm. Jämförda med andra mätningar, som förut gjorts, kan man altså anse, att sinus frontalis i medeltal mäter ungefär 3 cm. i de olika dimensionerna; hos kvinnor dock i regel något mindre. Naturligtvis kunna härifrån många afvikelser förefinnas; ytterligheterna å ena sidan äro, att de fullkomligt saknas, å andra sidan, att de sträcka sig uppåt ända till midten af pannbenets pars perpendicularis, bakåt långt in mellan orbita och basis cranii, och utåt ända till sutura zygomatico-frontalis.¹⁾ Hos barn af 6 till 7 års ålder äro de af ungefär en ärts storlek; deras egentliga utveckling infaller under pubertetsåldern, dock erhålla de icke sin definitiva stor-

¹⁾ WECKER et LANDOLT: Traité complet d'ophthalm. IV.

lek förr, än personerna uppnått början af 20-talet; under senescensen lära de ytterligare något utvidgas.

Hvarje sinus står medels ductus naso-frontalis i kommunikation med näskaviteten; denna kanal börjar trattformigt i främre-undre vinkeln på ett helt litet afstånd från septum, sträcker sig därifrån, innesluten uti främre silbenscellerna, snedt uppifrån och nedåt, utifrån och inåt samt framifrån och bakåt för att mynna ut i främre delen af meatus medius; dess längd är enligt GUILLEMAIN¹⁾ i medeltal 15 mm. hos män, 10 mm. hos kvinnor; diametern varierar mellan 2 och 3 mm.

Pannhålorna så väl som frontalkanalen äro beklädda med slemhinna, hvilken är en direkt fortsättning af nässlemhinnan, fast tunnare och mera liknande de serösa hinnorna; den är föga adherent vid benet.

Angående histogenesen, så anser STEINER²⁾, att dessa sinus uppkomma därigenom, att små håligheter ifrån silbenslabrynten vid tilltagande ålder utvidga sig i hög grad och växa in uti pannbenet, hvarvid dettas diploë på grund af trycket resorberas, och på så sätt gifva upphof åt pannhålorna. Enligt KÖLLIKER³⁾ utgöras däremot näsans bihålor till sin första början utaf af brosk omgifna utbuktningar af nässlemhinnan, utan att dessa dock stå i någon som hälst gemenskap med kringliggande ben; så småningom bilda emellertid dessa senare ett yttre hölje omkring dessa utbuktningar, hvarefter broskkapslarna försvinna utan att förbenas; bihålorna komma då att begränsas omedelbart af de nämnda benen, i hvilka sedermera vidare håligheter utbilda sig.

Att i likhet med HYRTL⁴⁾ anse dessa sinus tjäna till att hålla näskaviteten fuktig medels sekret ifrån slemhinnan, torde man nog ej obetingadt kunna göra, så mycket mindre som förekomsten af slemkörtlar därstädes äro betydligt sparsammare än i nasalslemhinnan och enligt somliga författare alldeles saknas. Deras uppgift består sannolikt endast uti att bereda ett skydd för hjärnan vid yttre skador å pannregionen, då tilläfventyrs främre sinusväggen perforerats.

¹⁾ Etude sur les abcès des sinus frontaux, considérés principalement dans leurs complications orbitaires, leur diagnostic et leurs traitement. Archives d'Ophthalmol. 1891, jan., febr.

²⁾ Entwicklung der Stirnhöhlen und deren krankhafte Erweiterung durch Ansammlung von Flüssigkeiten. Langenbecks Arch. f. klin. Chirurgie, XIII.

³⁾ Grundriss der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere.

⁴⁾ Handbuch der topograf. Anatomie.

Så mycket större betydelse kunna de däremot erhålla vid sjukliga förändringar i de samma, så väl med afscende på de närbelägna synorganen som quoad vitam.

De vanligaste sjukdomarna i sinus frontalis bestå uti inflammationer af deras slemhinna. Dessa kunna vara dels katarer, med afsöndrande af slemmigt sekret, dels suppurativa processer, empyem.

Hvad den senare sjukdomens *förlopp* beträffar, så torde ett strängt särskiljande mellan akuta och kroniska empyem ej kunna genomföras, ty fråga är väl om icke äfven vid de primära, akuta empyemen ett kroniskt inflammationstillstånd uti slemhinnan föregått, hvilket dock på grund af dess mindre pregnanta symptom ej gifvit sig tillräckligt tillkänna, förr än af en eller annan anledning en akutisering inträdt.

Så uppgifva i flertalet fall de sjuka, att de under en längre tid, stundom många år haft smärtor i pannan och tyngd i hufvudet samt märkt någon frambuktning vid inre ögonvinkeln, utan att de dock fäst vidare uppmärksamhet därvid. Blifva de emellertid t. ex. angripna af en häftig snufva, kan hastigt bilden af ett akut empyem visa sig. Detta gifver sig tillkänna (fall III) med feber, frysningar, intensiv hufvudvärk, företrädesvis öfver näsroten och mediana pannregionen, hvarest patienten äfven är enormt känslig för tryck; allmänna befinnandet är dåligt, och stundom uppträda äfven cerebrala symptom. Huden å öfre ögonlocket, ögonbrynet och angränsande delar af pannan är rodnad, ödematös, och stundom uppträda häftiga flegmonösa symptom med exoftalmus. Därunder försiggår liflig suppuration uti frontalsinus, hvarvid den ansvalda slemhinnan kan tilltäppa frontalkanalen och därigenom mer eller mindre hindra varet afflöde.

Vid vissa fall händer det, att efter någon tids förlopp kanalen åter blir permeabel för det ansamlade exsudatet, hvarvid helt plötsligt en riklig mängd var utflödar ur näsan; därefter visar tillståndet en hastig förbättring, de inflammatoriska symptomen försvinna, och befinnandet är tils vidare jämförelsevis godt.

Är däremot canalis naso-frontalis icke als tillgänglig, på grund af starkare ansvällning af slemhinnan eller nybildningsprocesser — polyper i näskaviteten, exostoser å septum n. m. — så inträder fullkomlig stagnation af varet uti sinus; efter någon tids förlopp dilaterar det hålan, ektasier af väggen upp-

komma, varet usurerar benväggen på ett eller annat ställe och banar sig väg utåt, gifvande därvid upphof till en fistelbildning. Och inflammationen kan sedan under upprepade remissioner och exacerbationer altjämnt fortgå.

De kroniska empyemen stå på gränsen till de katarrala sinusiterna; det enda mera framträdande objektiva symptomet är den alt mer tilltagande utvidgningen af kaviteten samt, så vida frontalkanalen är passabel, varflytningen ur näsan; rodnaden och ansvällningen af huden å näsroten och ögonbryns-trakten saknas däremot mer eller mindre fullständigt, tils eventuelt en akut attack inträder, då de nämnda inflammatoriska symptomen blifva de dominerande.

Sådan är i stora drag den sjukdomsbild, som visar sig vid dessa empyem, hvilka emellertid kunna förhålla sig ganska olika vid de olika fallen, dels på grund af det mer eller mindre akuta uppträdandet, dels på grund af de olika komplikationer, hvartill de samma kunna gifva anledning.

Angående själfva exsudatet, så består detta oftast af en blandning af slem och var, stundom egande en mera gelatinös konsistens. Ofta framkväller varet sammanbakadt i större ostiga, hvita klumpar; vid ett af BECKER¹⁾ opererad fall hade det framträdande exsudatet utseende af hjärnmassa, hvarför operationen skyndsamt afbröts; sjukdomens vidare förlopp visade emellertid, att det ingalunda var hjärnkaviteten som öppnats. Eljes är färgen i regel gulgrön eller grå, ofta blodblandad. Vid de mera kroniska fallen har det en penetrant fetid lukt, hvilken dock vid åtskilliga fall alldeles saknas.

Sinusslemhinnan är vid dessa empyem stark hyperemisk, mjuk och ansväld, nästan svampig (fall III); vid de kroniska fallen är den emellertid mera tunn och genomskinlig, glatt (fall II); stundom fullsatt med polypösa nybildningar, och förhåller sig högst olika vid olika fall. Liknande förändringar förefinnas uti slemhinnan i frontalkanalen, hvarvid denna senare kan fullständigt tilltäppas, antingen blott periodvis genom slemhinnans ansvällning, eller kontinuerligt genom ventilartade duplikaturer eller strikturer.

De af varretentionen förorsakade ektasierna af sinusväggen och den i och därmed uppkomna utvidgningen af kaviteten kunna i somliga fall antaga stora dimensioner. Så anför

¹⁾ STEINERS afhandling i Laugenbecks Archiv, XIII.

HULKE ¹⁾ ett fall, där kaviteten sträckte sig mer än ett och ett halft tum djupt in längs orbitaltaket, altså godt och väl öfver hela orbitans längd; utsträckningen i öfriga riktningar var ungefär den samma. I allmänhet kan man säga, att ju längre tid som förflyter, innan det afstängda varet förskaffar sig något aflopp, desto högggradigare äro dessa ektasier; minst framträdande äro de följaktligen i de akuta fallen, där ju tidigt, stundom redan på andra eller tredje dagen, perforation af benväggen inträder.

Af de tre sinusväggarna är det den orbitala som i regel erbjuder det minsta motståndet mot det påträngande varet och buktar mer eller mindre in i orbitan, därvid förorsakande dislokation af dess innehåll. Dock är, hvad detta senare symptom beträffar, det mekaniska momentet vid dessa empyem i flertalet fall af underordnad betydelse, utan i stället träda de inflammatoriska symptomen i förgrunden. Ty liksom det är den orbitala väggen, som fortast gifver vika, så är det ock den, som mestadels blifver säte för en usur och perforation, hvar-efter inflammationen hastigt fortplantas till angränsande delar, i första hand till orbitalväfnaden, hvarefter de typiska symptomen, exoftalmus m. fl. gifva sig tillkänna. Jämförelsevis sällan är det den främre tjocka sinusväggen, som förstöres, hvarvid varet utträder under pannhuden, där det bildar en fluktuerande tumor, såsom i ett af *LYDER BORTHENS* ²⁾ fall. Lyckligtvis hör det till sällsyntheterna, att den öfre-bakre sinusväggen, hvilken ju gränsar till cavum cranii, perforeras; *KUHNT* ³⁾ har dock ur literaturen kunnat samla 14 dylika fall, alla med dödlig utgång. Stundom händer det, att septum frontale perforeras, hvarvid varet vinner sitt aflopp genom den andra frontalkanalen.

Orsaken till denna perforation, vare sig af den ena eller den andra sinusväggen, får emellertid icke uteslutande sökas uti retention af varet. Ty, såsom i mitt fall III, kan frontalkanalen vara fri och med lätthet genomsläppa varet, och detta oaktadt en perforation uppkomma. Detta förhållande tyder med bestämdhet på, att sleimhinneinflammationen såsom sådan är i stånd att framkalla defekter i bensubstansen. För dessa är den orbitala väggen särskildt predisponerad; dels torde varets

¹⁾ Case of abscess of the front. sin. *Ophthalm. Hosp. Reports*, III.

²⁾ Beobachtungen über das Empyem des sinus front. *Gräfes Archiv f. Ophthalmologie*, XXXI, 4.

³⁾ Über die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände.

rent mekaniska tryck nedåt utöfva sitt inflytande, dels är denna vägg genomdragen med talrika vener, hvilka från sinusslemhinnan gå till vena ophthalmica; liknande vener, fast färre till antalet, genomdraga äfven den öfre väggen, för att därigenom begifva sig till det durala vennätet; mera sällan genomsläpper den främre väggen några blodkärl, såsom i GURWITSCHS¹⁾ fall, där en ven ifrån sinus inmynnade uti v. supraorbit. Längs dessa venösa banor kan man ju lätt tänka sig, att de pyogena mikroorganismerna företrädesvis kunna framtränga och därigenom bringa den angränsande bensubstansen till smältning. Och vid de fall, där perforation af öfre väggen egt rum, trots det att annat aflöde för varet förefunnits, kan af de nämnda orsakerna endast denna senare vara antaglig. Också har KUHNT²⁾ kunnat påvisa koincidens mellan perforationsställena i benväggen och genomgångarna för de små venstammarna från frontalsinus.

I flertalet fall äro dessa perforationsställena helt små, belägna å undre väggen, vid öfre-inre orbitalvinkeln, $\frac{1}{2}$ —1 cm. bakom orbitalranden. I mera sällsynta fall nekrotiseras väggen i vidare utsträckning, hvarvid större eller mindre sekvestrar uppkomma. Som ett af mina fall företedde en dylik komplikation, vill jag här anföra det samma.

Fall I. Drängen Harald N., 25 år, besökte mig första gången den 11 juli 1893. Han hade alltid varit fullt frisk och stark men under sista våren och sommaren känt någon smärta öfver vänstra ögat, hvarjämte huden vid inre ögonvinkeln ibland varit något röd; vissa tider hade han dock hvarken känt eller sett någonting ovanligt därstädes, hvarför han ej vidare reflekterat öfver sitt tillstånd. Ofta lär han dessförinnan varit besvärad af ihållande snufva med stark flytning ur näsan.

För 6 veckors tid sedan började han å öfre vänstra ögonlocket, invid näsan, förmärka en ansvällning; denna tilltog så småningom, hvarjämte huden började blifva lifligt röd; ömhet vid beröring instälde sig, jämte ständig hufvudvärk. Stundom utkom rikligt var vid snytning.

Rådfrågad läkare öppnade några dagar före besöket hos mig den undre tårkanalen och sonderade näskanalen några gånger; tillståndet lär emellertid altjämnt ha förvärrats.

När jag första gången såg honom, befans huden å näsroten och öfre ögonlocket å vänstra sidan vara lifligt hyperemisk; ögonlocket

¹⁾ Die Anastomosen zwischen Gesichts- und Orbital-Venen. Gräfes Archiv f. Ophthalm. XXIX, 4.

²⁾ Anf. st.

något nedhängande; vid öfre-inre orbitalrauden ofvanför ligament. palpebrale förefans en diffus ansvällning af fast, något elastisk konsistens, hvilken bakåt omärkligt förlorade sig; ingen fluktuation. Ögat var förskjutet något utåt; rörligheten emellertid normal och några dubbelbilder angåfvos ej; conjunctiva var något hyperemisk inemot canth. intern.; bulben för öfrigt normal.

Sond n:r 4 nedfördes med lätthet genom näskanalen, och något var kunde ej frampressas ur tåråsacken.

Undersökning af näsan visade en kronisk rhinit, med ganska betydlig ansvällning af mellersta näsmusslan.

Pat. såg frisk ut och visade ej några symptom på syfilis eller tuberkulos; något trauma å hufvudet kunde han ej angifva.

Att här icke förelåg någon affektion af tåråsacken ansåg jag vara ganska säkert; det för handen varande tårflödet kunde snarare förklaras genom det af ansvällningen förorsakade trycket å tåråsacken än genom någon inflammation af dess slemhinna. Vid de flegmonösa dakryocystiterna är ju ansvällningen mest frauträddande i trakten af tåråsacken, då den däremot härvidlag hufvudsakligast gaf sig tillkänna ofvanför ligamentet och i ögonbrynstrakten, hvarjämte denna frambuktning visade en synnerlig fast konsistens.

Däremot låg det nära till hands att tänka på en inflammation af periost eller underliggande beu å angränsande orbitalrand. Platsen för ansvällningen motsvarade dock ej den, som dylika sjukdomar å i fråga varande region vanligtvis intaga, men möjligheten för en sådan affektion kunde dock ej alldeles uteslutas. Alt talade dock mest för, att en suppuration i sinus frontalis förelåg.

För att minska smärtorna och bereda aflopp för sekretet föreslog jag att göra en incision, hvilken jag tänkte lägga genom ögonlocket och den frambuktande sinusväggen; som han emellertid icke vidare ville underkasta sig något nytt operativt ingrepp, ordinerade jag endast varma omslag och svag sublimatlösning till tvättning af ögat.

Den 3 juli infann han sig åter, uppgifvande, att ett par dagar förut en liten benskärfva »värkt ut ur hufvudet» på honom; benet hade han ej tillvaratagit; han hade sista tiden haft synnerlig svår hufvudvärk, hvilken emellertid nu var betydligt bättre. Vid lossandet af bandaget fans därunder samladt rikligt med gröngult, illaluktande var, hvilket altjämt framkvälde ur en öppning, belägen vid öfre ögonlockets nasala del, ungefär $\frac{1}{2}$ cm. ofvanom ögonvinkeln och något utanför den samma. Ögonlocket var starkt ödematöst ansväldt och nedhängande; konjunktivan chemotisk; bulben devierad något utåt och dess rörlighet inåt något inskränkt; för öfrigt normal. Efter varflytningens början lär allmänna tillståndet i hög grad förbättrats.

Vid tryck å ögonlocket frampressades med lätthet var ur denna fistel, och kunde jag därvid iakttaga, att en benkant stack något litet fram i själfva mynningen; med tillhjälp af en pincett kunde jag där-efter framdraga en benlamell, hvarefter en stor mängd var framkvälde.

Det nekrotiserade benet är af oval form, mätande 12 mm. i längd, 5 mm. i bredd och är genomborradt af ett antal helt små, fina hål; till tjockleken är det ungefär såsom skalet af ett hönsägg; dess ena

något konkava yta är glatt, dess svagt konvexa yta är däremot ojämn och skrofflig. Hela dess utseende gifver otvetydigt vid handen, att det härstammar från undre sinusväggen.

Att här förelåg ett fall af empyem i sinus frontalis kunde altså icke längre vara tvifvel underkastadt; medelst en sond, förd uppåt genom fisteln, kunde man med lätthet komma in i en rymlig kavitet ofvanför orbitaltaket, och tycktes denna kavitet vara af ganska betydande dimensioner.

Jag föreslog patienten att underkasta sig en operation för att blifva befriad från varflytningen, men härpå ville han ej gärna inlåta sig. Jag gjorde då medelst ANELs spruta ett par gånger utsköljningar af svag sublimatlösning genom fisteln, hvarvid äfven något litet af vätskan uttrann ur näsan; föreskref jodoformalva och sublimat. De inflammatoriska symptomen aftogo så småningom, men afsöndrandet af illaluktande, gröngult var fortfar altjämt.

När jag sista gången såg honom, den 21 januari 1894, kvarstod en fistel vid öfre-ure orbitalvinkeln, hvarur var lär periodvis flyta i stor ymighet, enligt hans egen uppgift; ur näsöppningen framkom däremot intet var. En ganska tydlig frambuktning af näsroten och orbitaltaket förefans, och vid palpation af detta senare kunde, något baktill och omedelbart vid dess öfvergång uti mediala väggen, en defekt af väggen konstateras, utan tvifvel sätet för den nämnda sekvestern; själfva ögat utan anmärkning.

RAMAGE¹⁾ anför ett liknande fall, där han aflägsnat en synnerligen stor sekvester, hvilken mätte trefjärdedels tum i kvadrat; dess undre hälft bestod af frontalbenets orbitala del, dess öfre hälft af detta bens vertikala parti.

Dylika större sekvestrar, hvilka ju, såsom sagdt, höra till undantagen, tyda på, att periostet på ett eller annat ställe i större utsträckning blifvit inbegripet uti inflammationsprocessen och därigenom benväggens nutrition å i fråga varande område omöjliggjorts. Någon egentlig skilnad uti de inflammatoriska symptomens vidare uppträdande vid de fall, där endast en helt liten perforation af benväggen egt rum, jämförda med dem, där en dylik större nekros uppstått, har jag emellertid ej kunnat finna.

Efter det varet perforerat den undre sinusväggen, utgjuter det sig ju i orbitan, hvarifrån det söker att bana sig väg utåt; mera sällan sker detta genom conjunctiva, i regel genom hu-

¹⁾ Acute abscess of frontal sinus with necrosis, simulating orbital cellulitis. The Lancet 94, n:r 3680.

den; stundom går detta hastigare för sig, i andra fall mera långsamt. Mer eller mindre kommer därvid den orbitala cellväfnaden att deltaga uti inflammationen, och i mon däraf visar sig än en häftig phlegmone orbitæ, än endast en mindre framträdande ödematös infiltration af väfnaden vid sidan om den ursprungliga abscessen. Bulben bliver därvid mer eller mindre dislocerad framåt, utåt och nedåt, stundom vid de högre graderna af exophthalmus är den fullkomligt orörlig; den täckes i högre eller lägre grad af det ansvalda ögonlocket; höggradig chemosis är vanligen för handen; mera sällan angripes cornea eller ögats öfriga delar. Vid LYDER BORTHENS¹⁾ ena fall förefans choroiditis disseminata, men torde denna ej stå i kausalförhållande till empyemet.

Med afseende på sjukdomens *etiologi* så är i det öfvervägande flertalet fall orsaken att söka uti inflammationer i näskaviteten, hvarifrån ju lätt nog de pyogena mikroorganismerna kunna inkomma uti frontalkanalen och sinus och infektera dess slemhinna; så väl de akuta som de kroniska näskatarrerna kunna tjäna såsom dylika predisponerande moment. Svårigen torde mikroorganismerna kunna intränga uti pannhålan utan att samtidigt inficiera näskaviteten. Å andra sidan gifver ju ett empyem, med afflöde genom frontalkanalen, anledning till en rhinit, hvarför det i dylika fall — och så i mitt fall III — ej är möjligt att med bestämdhet afgöra, hvad som härvidlag är orsak eller verkan.

Icke sällan förefinnas vid dessa empyem polyper å näs-slemhinnan, särskildt å mellersta näsmusslan, hvilka genom det försvårade afflödet af sekretet ifrån pannhålan kunna bidraga till inflammationens uppträdande därstädes.

Ett trauma angifves ofta såsom orsak till denna sjukdom; ett slag vid öfre-inre orbitalvinkeln eller å näsroten med kon-tusion eller fraktur af orbitalranden kan ju gifva anledning till en periostit och ostit med nekros och perforation af främre sinusväggen samt efterföljande suppuration i kaviteten. Stundom lär emellertid sjukdomen uppträda äfven efter helt obetydliga travmer å i fråga varande region.

Vid vissa tillfällen kan tuberkulos lokalisera sig i pannbenet och genom nekrotisering af sinusväggen sekundärt leda till empyembildning.

¹⁾ Anf. st.

Äfven syfilis, som ju i tertiära stadiet ofta hemsöker kranialbenen, kan gifva anledning till suppuration i pannhålorna.

Stundom har man vid dessa empyem funnit främmande kroppar, såsom revolverkulor, knifspetsar o. dyl. inbäddade uti pannhålorna; likaså delar af sädesax, hvilka dit inkommit genom näsan.

Parasiter, såsom vissa insektslarver, hafva i vissa sällsynta fall befunnits vara orsak till empyemet; dock ha dylika fall så godt som uteslutande iakttagits i de varmare länderna. HYRTL anför i sin anatomi ett fall, där en lefvande scolopendra framkommit vid snytning, och anser han denna med all sannolikhet haft sin plats i pannhålan och varit orsaken till en intensiv hufvudvärk. Det enda liknande fall, som mig veterligt hos oss förekommit, är ett af SANDAHL¹⁾ anfördt, där hos ett 34 veckor gammalt barn en massa flugor jämte blodblandadt vatten framkommit ur näsan, hvilket fall emellertid ej torde få räknas hit, enär vid den åldern frontalsinus ju i regel ej äro så pass utvecklade.

Alla dessa sist anförda etiologiska moment äro emellertid endast sällan för handen, utan är orsaken, som sagdt, mestadels att söka uti sjukliga förändringar af näsans slemhinna.

Diagnosen af dessa empyem kan stundom erbjuda ganska stora svårigheter; detta är särskildt fallet i sjukdomens första stadier, så länge varet ännu ej hunnit vinna något afflöde, och innan någon deformation af benväggen inträdt.

Smärtor, stundom intensiva och ofta af intermittent karakter, angifvas för det mesta af patienterna, äfven innan sjukdomen objektift börjat gifva sig tillkänna; de lokalisera dem med bestämdhet till näsroten och området för n. supraorbitalis. Dock är detta symptom altför litet karakteristiskt för att genast kunna leda tanken på den rätta diagnosen, utan uppfattas smärtorna oftast såsom varande vanliga neuralgier; dessutom behöfva ej i alla förekommande fall detta symptom med nödvändighet vara för handen.

En noggran inspektion af näskaviteten kan ofta bidraga till ställande af en säker diagnos. Periodiskt varflöde ur ena näsöppningen med samtidigt upphörande eller förminskande af de nämnda smärtorna talar starkt för, att empyem i sinus frontalis föreligger; varet kan ju dock härstamma t. ex. från antrum

¹⁾ Om insekters förekomst inom den mänskliga organismen. Hygiea, okt. 87.

Highmori eller från öfre delen af näshålan, och endast i undantagsfall torde det vara möjligt att vid inspektion af *cavum narium* med bestämdhet afgöra, hvarifrån varet härstammar. Ofta finner man vid denna sjukdom, såsom jag förut nämnt, en *rhinitis chron.*, och är därvid den starkt ansvålda mellersta näsmusslan belagd med tjocka skorpor; något fullkomligt säkert tecken är emellertid ej håller detta symptom.

Så föga afgörande hvart och ett af dessa symptom äro i och för sig, så kunna de dock tillsammans, jämte de anamnestiska data, mestadels vara tillräckliga för att göra diagnosen af ett börjande empyem i *sinus frontalis* ganska säker.

Har sjukdomen inträdt i ett mera framskridet stadium, så att benväggen blifvit mer eller mindre frambuktad och inflammatoriska symptom börjat visa sig i omgifningen, då låter sig sjukdomen visserligen lättare diagnosticeras, men kan den dock ofta, äfven då, gifva anledning till förväxling med andra sjukdomar i orbitan.

MÜLLER ¹⁾ angifver såsom hållpunkt i differentialdiagnostiskt afseende, att äfven vid de tidiga stadierna af empyem med relativt ringa ansvällning af ögonlocket en höggradig ptosis inträder, under det att vid de orbitala inflammationerna ansvällningen af ögonlocket och ptosis hålla jämna steg.

Vid de kroniska empyemen, där blott obetydliga inflammatoriska symptom uppträdt, och där sjukdomen hufvudsakligast gifvit sig tillkänna genom frambuktning af orbitala sinusväggen, kan tillståndet i hög grad likna en tumörbildning, utgående ifrån orbitalväggen. Hertig CARL THEODOR ²⁾ anför ett dylikt fall, där den undre sinusväggen buktade in i orbitan i form af en hasselnötstor, väl begränsad svulst, hvilken dislocerat ögat nedåt och utåt; någon fluktuation förefans icke als, och ansågs det att en *exostos* från orbitaltaket förelåg; vid operationen brast emellertid benväggen, och exsudat från den inflammerade sinus uttömde sig. Äfven MARTIN ³⁾ har varit utsatt för liknande misstag; vid det i fråga varande fallet var, utan att några smärtor eller någon flytning ur näsan förmärktes, hela orbitala sinusväggen deplacerad utåt; förutom *exoftalmus* visade denna

¹⁾ Über Empyem des sinus frontalis und ethmoidalis. Wiener klin. Wochenschr. 1895, nr 11.

²⁾ Beitrag zur Kasuistik der Orbitaltumoren. Schmidts Jahrbücher, 211.

³⁾ Tumeurs de l'orbite causées par une sinusite frontale. Annales d'Oculistique Sept. 94.

patient äfven monolateral hemianopsi och förminskning af synstyrkan, beroende på det mekaniska trycket å synnerven; dessa senare symptom kvarstodo äfven efter det operation utförts och suppurationen upphört.

Dylika fall, som visserligen högst sällan torde förekomma, visa emellertid till fullo, huru vanskeligt det mången gång, trots noggrannaste undersökning, kan vara att med säkerhet diagnosticera denna sjukdom. Vanligtvis är dock den frambuktande sinusväggen i hög grad förtunnad, hvarigenom prominensen får en mera elastisk konsistens och kännes vid palpation något litet fluktuerande, hvilka symptom tala emot förhandenvaron af någon dylik tumör.

Har perforation af sinusväggen egt rum, kan den subkutana, fluktuerande svulsten lätt förväxlas med intraorbitala abscesser af annat ursprung; dock kan ju vid en vanlig phlegmone orbitæ nästan alltid infektiionskällan spåras, hvarjämte exoftalmus vid denna senare åkomma vanligen ej är förenad med någon deviation af bulben nedåt och utåt, såsom fallet är vid dessa empyem, där ju ansvällningen företrädesvis är lokaliserad uppåt och inåt.

Den orbitala abscessen, liksom den sedermera uppkomna fisteln, kan simulera en periostit af tuberkulöst eller syfilitiskt ursprung; i differentialdiagnostiskt afseende kan det därför vara af vikt att ihågkomma, att dessa senare hafva sitt predilektionsställe vid orbitalrandens nedre-yttre parti. PANAS¹⁾ anser, att hos fullvuxna personer bör hvarje suppuration, utgående från orbitans öfre del, i granskapet af sinus frontalis, genast väcka misstanke på, att inflammationen har sin utgångspunkt just i denna sinus. Möjligheten af, att i sällsynta fall äfven öfre orbitalranden kan blifva säte för primära periostiter och ostiter, kan ju dock ej alldeles uteslutas, och låta dessa fall sig svårligen i diagnostiskt hänseende med bestämdhet skilja ifrån empyemen.

Under sådana omständigheter bör incision med efterföljande sondering företagas, och kan man ju då få visshet om, huruvida någon kommunikation med frontalsinus förefinnes eller ej. Denna kommunikation är i många fall, och så i det följande af mig här nedan anförda, ej lätt att kunna påträffa med

¹⁾ Considerations cliniques sur les abcès des sinus frontaux, pouvant simuler des lésions independantes de la cavité orbitaire. Archives d'Ophthalm. Mai—Juin 1890.

sonden; lättast går detta för sig, om man böjer dess spets i form af ett näbb, hvilket, riktadt uppåt, föres längs under sinusväggen; väl inkommen genom perforationsstället öfverraskas man stundom af att finna sinus i hög grad dilaterad.

Såsom exempel på, huru lätt dessa empyem i nämnda stadium kunna gifva anledning till förväxling med andra sjukdomar i orbitan, och huru ofta dylika misstag verkligen göras, vill jag anföra, att af de fyra fall, hvilka PANAS haft tillfälle att iakttaga, hade hos de tvänne förut diagnosticerats en osteoperiostit å öfre orbitalranden, hos den tredje ett gumma å samma ställe, och hos den fjärde en tenonitis; »autant d'erreurs de diagnostic qu'il y a eu de cas» säger P. i sitt nyss anförda arbete.

Ytterst sällan torde däremot diagnostiska misstag i andra riktningen förekomma, hvarvid altså sinusempyem diagnosticerats, utan att sådan sjukdom förefunnits. Ett sådant fall anför SSAPESHIKO,¹⁾ där operationen, som verkställdes i och för botandet af ett diagnosticeradt empyem, visade det öfverraskande resultatet, att någon pannhåla alldeles icke existerade. S. antager, att suppurationen, hvilken åstadkommit en fistel vid näsroten, i stället hade sin utgångspunkt från främre delen af silbenet.

För att öfvervinna dessa diagnostiska svårigheter har VOHSEN²⁾ angifvit en metod att upplysa sinus; medelst en af honom konstruerad belysningsapparat ledes ljuset till dessa sinus, så att de för undersökaren visa sig starkt belysta; den fria änden af apparaten tryckes hårdt emot pannhållans bas, d. v. s. mot orbitala väggen, hvarvid ljuset faller in uti kaviteten och låter dess gränser noggrant bestämma sig. Ifall sinus därvid kan godt upplysas, ansåg sig V. kunna draga den slutsatsen, att varbildning uti den samma icke förefinnes.

Dock torde man icke af fenomenen härvidlag få anse sig vid hvarje fall bekomma otvetydiga bevis för vare sig ett normalt eller ett patologiskt tillstånd uti dessa sinus. Så har ZIEM³⁾ framhållit, att empyemens begynnelsesstadium, vid hvilket

¹⁾ Westnik-Oftalmologii, enligt referat i Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde, aug. 1890.

²⁾ Die Durchleuchtung der Oberkieferhöhle und Stirnhöhle und deren Erkrankungen. Berliner klin. Wochenschr., 1890, n:r 2.

³⁾ Durshleuchtung oder Probedurchspülung der Kiefer- und Stirnhöhle? Berliner klin. Wochenschr., 1891, n:r 24.

blott ringa suppuration förefinnes, icke låter sig med nämnda förfaringssätt diagnosticeras; därjämte förefinnas stora individuella olikheter så väl med afseende på storleken af dessa sinus som på väggarnas tjocklek, hvarför det t. ex. lär kunna hända, att en tjockväggig sinus förblifver mörk utan att vara på något sätt sjukligt förändrad. I de mera framskridna stadierna af i fråga varande sjukdom är ju diagnosen jämförelsevis lätt och detta senare hjälpmedel öfverflödigt.

Har man kommit till visshet om, att empyem i sinus frontalis föreligger, så framställer sig frågan, hvilken *terapi* som bör användas för att säkrast och hastigast befria patienten från denna allvarliga åkomma.

Har sjukdomen inträdt i ett så pass framskridet stadium, att frambuktning af sinusväggen inträdt eller perforation af den samma redan egt rum, kan ej någon tvekan förefinnas, att härvidlag liksom vid hvarje annan varansamling genom en rymlig öppning å kavitetens vägg bereda obehindradt aflöde för varet och häfva suppurationen. Tvänne rationella förfaringssätt, i hufvudsak dock ganska öfverensstämmande, hafva för detta ändamål blifvit föreslagna, och hade jag att vid behandlingen af båda mina här nedan anförda fall att välja mellan de samma.

Den ena operationsmetoden är angifven af NEBINGER¹⁾ och består uti bortmejsling af främre sinusväggen i stor utsträckning, så väl i vertikal som i horisontal riktning; därefter aflägsnas hela slemhinnan både i sinus och i ductus naso-frontalis medelst skarp slef eller raspatorium, och dränrör inlägges genom hudsåret. På ungefär liknande sätt går JANSEN²⁾ tillväga men håller sig hufvudsakligast till den orbitala sinusväggen och aflägsnar den samma i hela dess utsträckning och vid större sinus delvis äfven den frontala väggen. KUHN³⁾ går ännu mera radikalt tillväga och aflägsnar fullkomligt så väl den undre som den främre benväggen jämte slemhinnan.

PANAS⁴⁾ använder däremot trepanation utaf den främre sinusväggen i en utsträckning af 1 cm., men bibehåller, i mot-

¹⁾ PRAUN: Die Stirnbeinhöhleneiterung und deren Operativbehandlung.

²⁾ Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung. Archiv f. Laryngologie und Rhinologie, I, 2.

³⁾ Anf. st.

⁴⁾ GUILLEMAIN: Etude sur les abcès des sinus frontaux et cet. Archives d'Ophthalm., mars—april 1891.

sats till de förre, slemhinnan och dränerar genom frontalkanalen; för dränrörets införande genom denna utvidgar han trepanationsöppningen uppåt med mejsel ungefär $\frac{1}{2}$ em.

Af flere omständigheter beslöt jag mig för att följa den sist anförda metoden; dels är trepanationen lätt och hastig att utföra, jämförd med uppmejsling af främre väggen; dels är man därvidlag fri från den ymniga blödnigen, som den radikala utskrapningen af slemhinnan medför, och dels syntes mig dränagen genom näsan böra vara synnerligen effektiv. Också anför G. ett fall, där den orbitala dränagen icke medfört någon verkan, hvaremot efterföljande dränage genom ductus nasofrontalis genast åstadkommit förbättring och snart nog hälsa.

Resultatet af mina operationer blef synnerligen tillfredsställande, trots att det ej i någotdera fallet lyckades mig att åstadkomma denna dränage genom frontalkanalerna, såsom af det följande vill framgå. Själftva detaljerna vid operationens utförande vill jag nu anföra i sammanhang med sjukhistorierna i öfrigt.

Fall II gäller en 50-årig smed, Carl A., från Göteborg. Han har alltid varit fullkomligt frisk samt ej haft något nämnvärdt ondt, förr än för 6 år sedan, då han helt hastigt fick en »böld» å öfre, vänstra ögonlocket; något trauma eller någon som helst annan orsak kan han ej angifva, ej heller kan han påminna sig hafva dessförinnan särskildt besvärats af snufva eller varflytning ur näsan. »Bölden» förorsakade honom mycket svåra smärtor och hufvudvärk, tills han efter några dagars förlopp blef opererad af en fältskär, hvarvid en massa var lär ha utrunnit ur den gjorda öppningen å öfre ögonlocket. Därefter bättrade sig tillståndet så småningom, så till vida att svullnaden lade sig och smärtorna upphörde; däremot har altsedan dess oafbrutet slem och varframsipprat genom öfre ögonlocket, stundom mera sparsamt, stundom i rikligare mängd, och därvid runnit in på själftva ögat och gjort honom tidtals oförmögen till arbete; några smärtor har han däremot ej haft, men väl svår hufvudvärk vissa tider. Förutom med invärtes medicin har han under alla dessa åren behandlats med många olika sorters ögonvatten, droppar och salvor.

Vid min första undersökning af patienten den 22 okt. 1894 fann jag en kraftigt bygd man, med ganska godt hull och ingalunda sjukligt utseende. Å vänstra sidan förefans ett högggradigt, cikatricielt ektropion å öfre ögonlocket, så att detta vid blundande lemnade ungefär en fjärdedel af cornea obetäckt, trots bulbens rotation uppåt. Detta ektropion var beroende på, att huden vid öfre tarsalranden, ungefär å ögonlockets midt, var adherent vid orbitalranden, där en trattformig indragning af ögonlocket förefans. Denna fortsatte sig inåt uti en

smal fistelgång, som sträckte sig in under orbitaltaket och genomsläpte ganska rikligt med var. Uppåt-inåt buktade orbitalväggen något in i orbitan, jämförd med andra sidan, dock ej så att någon tydlig promi-nens kunde iakttagas. Bulben normal, likaså dess rörlighet. S. u. o. = $\frac{6}{6}$; E; oftalmoskopet visade intet abnormt.

Några symptom på lues eller tuberkulos kunde ej påvisas. Från näskaviteten intet att anmärka.

En veckas tid senare företog jag under narkos sondering af fistel-gången; efter det jag något inciderat dess mynning kunde en medel-grof sond med lätthet införas längs öfre orbitalväggen; något blottadt ben eller ojämnheter å benväggen kunde emellertid ej upptäckas; först sedan jag böjt sonden vinkelformigt i spetsen, lyckades det mig efter upprepade försök att påträffa en defekt i orbitaltaket; denna var be-lägen ungefär 1 cm. från orbitalranden och bakom incisura supraorbit.; till en början var den helt liten, blott jämnt och nätt genomsläppande sonden, men efter försiktiga rotationer af denna senare blef den lättare tillgänglig, så att sonden kunde obehindradt inträda uti frontalsinus; därvid visade sig denna vara ganska betydligt utvidgad bakåt längs orbitan och äfven i vertikal riktning. Vid sondens uttagande fram-kvälde rikligt med gröngult var, och sedermera vid injektioner af sublimatlösning genom fisteln utrunno stora kvantiteter därpå; icke det minsta af skölvätskan eller af varet utran emellertid därvid ur näs-öppningen.

Den 26 november företog jag operation.

Vid denna operation, liksom vid mitt följande fall, hade jag förmonen att assisteras af dr KNUT BELFRAGE. Såsom jag förut nämnt, var det min afsikt att använda den af PANAS föreslagna metoden att trepanera främre sinusväggen och drä-nera genom ductus naso-frontalis; och gick jag därvid enligt GUILLEMAINS ¹⁾ anvisning tillväga på följande sätt:

Omedelbart under ögonbrynets nasala del gjordes en incision af ungefär 35 mm:s längd, och i vinkel mot detta lades ett annat snitt i mediaplanet, sträckande sig från näsroten 25 mm. uppåt, med sin nedre kant förenande sig med det förra. Denna vinkelformiga lambå innefattade förutom huden och muskulaturen äfven periostet, hvilket lösgjordes medelst raspatorium från det underliggande benet; arteria supraorbitalis skonades, men behöfde jag icke, såsom G. tillråder, skjuta den sanma utåt. På det sflunda blottade pannbenet applicerade jag vid främre sinusväggens nedersta del, alldeles invid orbitalranden, en trepankrona af 1 cm:s diameter. Genomborrningen försiggick med lätthet, och efter benskiifvans upplyftande tedde sig den underliggande slemhinnan såsom en matt, något utspänd, gråblå membran; slemhinnan fattades med en pincett och genomklipptes, hvarvid ganska rik-ligt med pus utran. Kaviteten utsköljdes med svag sublimatlösning,

¹⁾ Anf. st.

och visade den sig vara ej obetydligt dilaterad, hufvudsakligast i riktning framifrån och bakåt.

För att kunna införa den af PANAS angifna och här nedan beskrifna katetern genom frontalkanalen, utvidgade jag medelst mejsling i riktning uppåt den genom trepanationen erhållna öppningen i en utsträckning af ungefär $\frac{1}{2}$ cm., hvarigenom altså defekten i sinusväggen kom att i sin helhet ega en längd af $1\frac{1}{2}$ cm.

Därefter försökte jag att uti frontalkanalen införa den nämnda katetern. Efter å kadaver gjorda försök har det lyckats PANAS att konstruera en kateter af den form, att den, efter att hafva införts genom en lämplig öppning i främre sinusväggen, kan passera frontalkanalen och därifrån framkomma genom näsöppningen; denna kateter, som är försedd med ett handtag, har en längd af 18 cm., handtaget ej inberäknadt; såsom varande af stål eger den en viss grad af elasticitet, hvarigenom den kan i någon mån lämpa sig efter individuella olikheter i i fråga varande kanal; den eger en ganska stark krökning, tilltagande allt mer mot dess spets, och utgör denna krökning mer än en halfcirkel. Till sin kaliber, afpassad för den kanal den har att passera igenom, är den något mindre än en vanlig kanellerad sond; i änden är den något tjockare och afrundad, med en diameter därstädes motsvarande n:r 8 å Charrières skala; ofvanför denna utvidgning är ett hål, genom hvilket en tråd kan trädas för att vid katetern fixera ett dränrör, liksom förhållandet är med Bellocqs rör.

Efter det sinus blifvit öppnad i ofvan angifna utsträckning, inför man kateterns spets uti kaviteten emot dess nedre-främre vinkel, hvarest ju frontalkanalens öfre öppning är belägen, nära medianplanet. Handtaget hålles därvid nedåt mot kinden, och på samma gång man trycker spetsen längre ned i sinus höjer man så småningom och helt försiktigt handtaget, så att det beskriver en halfcirkel, hvarigenom detta kommer att, när sonderingen är verkställd och spetsen framkommer genom näsöppningen, befinna sig vid pannan. Därunder har själfva katetern passerat frontalkanalen och inkommit uti näskaviteten, där den längs septum sänkt sig ned mot nashålans golf och fram till näsöppningen. Ett dränrör fastgöres vid den samma, hvarefter samma manöver utföres i motsatt riktning, hvarvid altså dränröret införes genom kanalen nedifrån och uppåt.

Trots upprepade försök visade det sig emellertid omöjligt att införa denna kateter uti frontalkanalen, hvilken tycktes vara fullkomligt oblitererad. Som jag emellertid, så vida sig göra lät, ville åstadkomma ett aflopp för varet nedåt genom näsan, försökte jag att medelst BOWMANS sonder åvägbringa ett dylikt; och efter några försök lyckades det mig att med öfvervinnande af något motstånd införa n:r 6 genom kanalen. Då ej håller härefter PANAS' kateter kunde passera kanalen, afstod jag från vidare försök därmed, öfvertygad som jag var, att den gjorda kommunikationen mellan sinus och näskaviteten skulle visa sig tillräcklig för varets aflöde.

Kaviteten spolades väl ren med sublimat, suturer anlades, och vid sårets vinkel fördes ett dränrör genom öppningen i benväggen in i sinus.

De första dagarna efter operationen var suppurationen ganska liffig, och rikligt med var framkom så väl genom dränröret som genom näsan; några vidare smärtor eller andra obehag hade pat. emellertid ej, undantagandes att känseln å den mediala delen af pannan var under den första veckan fullkomligt borta.

Tre gånger om dagen företogs utsköljning af sinus med sublimatlösning 1:5000, hvarvid öppningen till näsan fortfarande visade sig permeabel. Tillståndet bättrade sig därunder jämförelsevis hastigt, så att efter tre veckor, då varsekretionen så godt som alldeles upphört, dränröret kunde borttagas. Adherensen mellan ögonlocket och orbitalranden genomskars subkutant, och de bägge fistlarna utskrapades med skarp slef, hvarefter de snart läktes, så att pat. den 22 december — alltså icke fullt en månad efter operationen — kunde fullt frisk utskrifvas. Äfven i kosmetiskt hänseende var tillståndet vida bättre, än man kunnat vänta, i det att ärrer efter den nedre incisionen fullkomligt doldes i hudveckan å det öfre ögonlocket, och efter det vertikala snittet kvarstod blott ett smalt, lineärt ärr.

Första tiden efter utskrifningen besvärades pat. af en synnerligen penetrant lukt ur näsan, så att, som han uttryckte sig, folk ej kunde vara i samma rum som han. Efter någon tids användande af näsduch och gurgling med klorhydrat kali blef han fullkomligt befriad från denna olägenhet; och har tillståndet alt sedan varit i hög grad tillfredsställande i alla afseenden.

Fall III. Den 20 maj 1895 intogs å Ögonsjukhuset den 35-årige jordbruksarbetaren Nils B.

Någon allvarligare sjukdom sade han sig ej hafva genomgått sedan barndomen men lär alltid hafva varit ganska klen och svag; förnekade med bestämdhet lues. Han lär visserligen ofta förmärkt slemflytningar ur näsan, men hade han ej fäst någon uppmärksamhet därvid; något var hade däremot aldrig framkommit, förr än hans nuvarande onda började. För 3 veckor sedan kände han plötsligt svår smärta i pannan, särskildt öfver högra ögat samt intensiv hufvudvärk, hvilken sedan fortfarit, så att han hvarken kunnat sofva eller äta någonting vidare på de sista två veckorna. Öfre ögonlocket på högra sidan började samtidigt att ansvälla och tilltog detta symptom hastigt under de följande dagarna; ur högra näsöppningen började ganska rikligt med var att framkomma, och har dylik flytning alt sedan dess fortfarit. Då ansvällningen af ögonlocket tilltog, gjordes för några dagar sedan af läkare i landsorten incision därstädes, hvarvid mycket var lär hafva utrunnit, hvarefter pat. remitterades hit.

Om något trauma å pannan eller ögat sade han sig ej vara medveten.

Stat. præsens. Pat. är af klen kroppsbyggnad och har ett synnerligen lidande utseende; allmänna tillståndet dåligt; lider mycket af hufvudvärk, som ingen stund lemnar honom; någon feber förefinnes äfven; aftontemperaturen dock ej någon enda gång öfver 39°; ibland känner han frysningar; är fullt redig.

Huden å näsroten, å nedre delen af pannan samt å öfre, högra ögonlocket är lifligt rodnad; detta senare är enormt ansväldt, af degig konsistens, hängande ned öfver det undre ögonlocket; endast med svårighet kunna ögonlocken skiljas i sär, och visar sig då en höggradig exoftalmus, hvarjämte bulben är roterad något nedåt och utåt; dess rörlighet är högst obetydlig, minst inåt; konjunktivan chemotisk, svulstformigt prominerande mellan ögonlocken. Cornea normal; oftalmoskopet visade tydlig dilatation af retinalvenerna; för öfrigt normalt.

Ur högra näsöppningen, liksom ur en å öfre ögonlockets inre del befintlig incision framkväller rikligt med gult var; detta är ganska tunnflytande, med inblandade större och mindre hvita, ostiga klumpar. Palpation af orbitan — synnerligen smärtsam för pat. — konstaterar en tydlig frambuktning vid öfre-inre orbitalvinkeln; på grund af den höggradiga ansvällningen af de mjuka delarna kan den samma dock ej noggranuare bestämmas.

Vid inspektion af näskaviteten visade sig å högra sidan liflig hyperemi och ansvällning af slemhinnan, särskildt i meatus medius, samt talrika tjocka skorpbildningar utaf ansamladt var.

Från kroppens öfriga organ intet att anmärka.

Dagen efter inkomsten företog jag under narkos sondering genom den förut gjorda incisionen, och träffade jag då med lätthet på en liten defekt i orbitaltaket; den var belägen ungefär $\frac{1}{2}$ cm. bakom orbitalranden, helt nära orbitans nasala vägg, och var något större än den, som förefans i det sist anförda fallet, genomsläppande utan svårighet en vanlig sond. Med denna undersökte jag storleken af sinus, hvilken befans vara något öfver det vanliga medelmåttet, i det den ifrån orbitalranden mätte i riktning uppåt ungefär 4 cm., och äfven bakåt lät sonden djupt intränga. Rikligt med slemblandadt var uttrann vid sondens utförande.

Som patientens allmänna tillstånd var högst dåligt efter narkosen, uppsköt jag operationen några dagar, hvarunder jag gjorde flitiga utsköljningar af kaviteten medelst ANELS spruta; för att bereda honom någon sömn erhöll han ett par morfininjektioner.

Den 27 maj företog jag operationen, och gick vid trepanationen och uppmejslingen tillväga på alldeles samma sätt, som jag i förra fallet beskrefvit. Sinusslemhinnan visade sig emellertid här lifligt rodnad och förtjockad, svampaktig; kavitetsens innehåll befans till stor del utgöras af segt, geléartadt slem, ganska adherent till slemhinnan och blandadt med gulhvitt var. Sinus spolades ren med sublimatlösning, och vid undersökning af frontalkanalen visade denna sig ganska rymlig, så att en grof sond utan svårighet kunde därigenom nedföras. Då altså godt aflöde till näsan förefans för sekretet, och hafvande i minnet det goda resultat, jag vid förra fallet uppnådde utan näsdränage, ansåg jag mig ej behöfva införa något dränrör den vägen; såren i pannan suturerade jag därför och fastgjorde, liksom i sist anförda fall, i sår-vinkeln ett dränrör, sträckande sig in i sinus genom trepanationsöppningen.

Nära nog omedelbart efter operationen inträdde en betydlig förbättring i allmänna tillståndet, i det pat. redan följande dag kände

sig befriad från sin svåra hufvudvärk, som ansatt honom alt sedan sjukdomens början, och äfven i öfrigt tycktes han vara bättre; febern fullständigt försvunnen.

En stor mängd var framkom emellertid de närmaste dagarna genom dränröret, däremot ej så rikligt ur näsan. För att söka, om möjligt, ytterligare befordra afflödet denna vägen, borttog jag efter ett par dagars förlopp suturerna och nedförde PANAS' sond genom sinus och frontalkanalen, hvarefter jag med någon svårighet kunde uppdraga ett dränrör därigenom. Nu visade sig emellertid afflödet genom näsan vara fullkomligt hämmadt, så att icke det minsta, hvarken var eller sköljvätska utranu därigenom, utan tvifvel beroende därpå att dränröret komprimerats af kanalens fasta väggar och fullkomligt tilltäpt dess lumen. Som emellertid värk i pannan började å nyo gifva sig tillkännu, fann jag för godt att åter borttaga dränröret, hvarefter frontalkanalen åter blef passabel.

Behandlingen bestod sedermera uti tre gånger om dagen företagna utsköljningar af sinus medelst sublimat, 1 : 5000, längre fram omväxlande med hypermang. kalie. 1 : 2000, samt ungefär hvar tredje dag insprutning af 10 % klorzinklösning.

Hos denne patient kunde man så väl å det i dränröret stagnerade varet som å den vid utsköljningen kvarblifna vätskan iakttaga en tydligt markerad pulsation i rörmyningen, synkronisk med radialpulsen.

Förbättringen gick altjämnt framåt; vissrigen klagade han samliga dagar öfver värk i pannan och in i hufvudet, dock upphörde den samma i regel efter en dags förlopp. Sekretionen minskades alt mer, så att jag den 1 juli kunde borttaga dränröret; fistelgångarna utskrapades med skarp slef, hvarefter de läktes gauska snart, så att pat. ett par veckor senare kunde enligt sin önskan utskrifvas. Han var då så godt som fullständigt återstæld; en och annan gång fransipprade visserligen en droppe var ur den första fisteln, men förekom detta alt mera sällan; ur näsan framkom emellertid vissa tider rikligare med slemblandadt var, men lär tillståndet sedan blifvit fullkomligt godt.

I intetdera af dessa båda fall kunde något tvifvel råda angående sjukdomens natur, allra minst efter de företagna sonderingarna. Skulle sondering ej vara möjlig, såsom vid de fall, där perforation af sinusväggen ännu ej egt rum, är det att tillråda, att en incision göres genom öfre ögonlocket och den undre tunna, mer eller mindre frambuktade sinusväggen. Genom en dylik profincision och sondering måste man ju kunna erhålla upplysningar af stort värde i och för det operativa ingreppet. Väl är det sant, att sinus i flertalet fall är vid denna sjukdom dilaterad, och att, därest man använder en trepankrona af endast 1 cm:s diameter och applicerar den samma

på ofvan angifna ställe, man ej gärna löper någon fara att öppna hjärnkaviteten, hvilket ju under för handen varande omständigheter måste blifva högst fatalt; möjligheten utaf en eller annan anomali af denna hålbildning kan ju dock ej på förhand alldeles uteslutas, hvarför en dylik sondering enligt min mening hälst bör föregå operationen. Har man därvid funnit kaviteten väl utvecklade, eventuellt dilaterade, kan man ju lugnt skrida till den operation jag ofvan skildrat.

Att döma af de anförda tvänne fallen kan jag ej annat än förorda användandet af denna trepanering af frontala sinusväggen; den är hastig och lätt att utföra, samt lemnar operationen en tydlig öfverblick öfver förhållandena i i fråga varande sinus; någon depressien å pannan efter substansförlusten kvarlemnar den ej, såsom vid de fall, där väggen i stor utsträckning blifvit aflägsnad, med hvilka metoder den dock har den fördelen gemensam, att den tillåter en grundlig rensning af kaviteten. Aflägsnandet af främre väggen i stor utsträckning medför emellertid en olägenhet, som vid vissa tillfällen skulle kunna blifva högst ödesdiger, och hvilken synes mig ej vara tillräckligt beaktad: hjärnkaviteten har ju under sådana omständigheter å i fråga varande område icke annat skydd än det, som den öfre, tunna sinusväggen kan erbjuda; vid trepanationen åter utfylles snart defekten i benet till samma fasthet som förut. Själf har jag varit i tillfälle att i utlandet iakttaga en patient, som blifvit opererad efter JANSSENS metod, men var detta fall alt annat än tillfredsställande i kosmetiskt hänseende, i det en utbredd ärrig indragning kvarstod vid näsroten.

Utskrapning af slemhinnan anser jag däremot ej behöflig; väl kan dess aflägsnande påskynda tillfrisknandet, men en *noggran* utskrapning af den samma är ej så synnerligen lätt med de djupa recesser, som denna kavitet erbjuder; och åstadkommer man en trepanationsöppning af endast 1 cm. torde slemhinnan, trots bästa vilja, ej i alla fallen fullständigt låta sig aflägsnas; i så fall skulle de kvarblifna resterna måhända i stället underhålla suppurationen, och vid dessas totala bortskrapning uti vinklarna skulle ett någorlunda starkt tryck af slemmen å den öfre tunna väggen kunna medföra deletära följder; dessa torde dock sällan behöfva förekomma, enär slemhinnan vanligtvis ej är särdeles adherent till benet. Proceduren lär därjämte vara förenad med ymnig blödning, som lätt kan

dölja tilläfventyrs befintliga slemhinnerester; har man däremot uppmejslat sinusväggen i större utsträckning, bör ju slemhinneanus aflägsnande försiggå lättare. Är den, såsom stundom händer, säte för polypösa nybildningar, får den naturligtvis under hvarje omständighet utskrapas. Att detta emellertid ej är nödvändigt för uppnående af ett godt resultat vid alla förekommande fall, torde framgå af mina anförda tvänne sjukhistorier.

Det samma anser jag mig vara berättigad att säga om dränagen genom ductus naso-frontalis. I det ena fallet kunde jag omöjligen införa något dränrör genom kanalen, och i det andra uppnåddes därmed en verkan, motsatt den jag åsyftat. Och äfven rent teoretiskt sedt kan dylik dränage ej anses såsom behöflig; ty i de fall, där kanalen är så pass vid, att ett dränrör med lätthet kan införas uti den samma, där finnes äfven aflopp för varet, detta rör förutan; och är kanalen helt trång, kan den af dränröret fullständigt tilltäppas, så vida detta ej är synnerligen fast, t. ex. af metall. Därför vill jag anse, att man vid behandlingen af dylika fall kan alldeles afstå från försöket att dränera sinns på denna väg; därigenom blifver ock själfva operationen förenklad äfven i det afseendet, att man ej behöfver medelst mejsling utvidga den genom trepanationen erhållna öppningen i främre väggen, hvilket ju skedde endast för att möjliggöra nedförandet af PANAS' sond.

Däremot bör man, enligt min mening, bjuda till att, så vida någon möjlighet förefinnes, göra den till äfventyrs oblittererade frontalkanalen åter passabel eller utvidga den samma, om den är för trång. Som ju dennas öfre mynning är belägen i kavitetens allra understa parti, torde den mer än någon annan öppning lämpa sig såsom afloppskanal. Genom trepanationsöppningen kan denna mynning lätt nås medelst en något böjd sond, och skulle den ej genast vilja genomsläppa den samma, får man med jämnt, stadigt tryck å sonden söka att föra den genom kanalen. Någon fara att härvidlag bana falsk väg behöfver man ej hysa, så vida man, sedan det första motståndet upphört, gifver efter med trycket, enär i annat fall den mel-lersta näsmusslan lätt kan perforeras. Skulle det emellertid visa sig absolut omöjligt att nedföra äfven en smal, spetsig sond, får man ju inskränka sig till den dränage, som genom trepanationsöppningen kan åstadkommas; den spontant uppkomna eller genom profincisionen erhållna öppningen å den

orbitala sinusväggen kan ju vid dessa fall äfven begagnas vid utsköljningarna.

Den i mitt sista fall iakttagna pulsationen af sinusinnehållet kunde, såsom förhållandet var vid LEBERS ¹⁾ fall, lätt väcka misstanke på, att äfven bakre sinusväggen vore defekt, och att det var hjärnpulsationen, som direkt meddelade sig till innehållet i sinus; något som hälst oroande symptom är detta emellertid ej, utan kan det samma gifva sig tillkänna öfveralt, där en trång öppning leder in till en af fasta väggar omsluten kavitet, i hvilken kärlförande väfnad befinner sig, såsom i mörghälorna i benen, i trumhålan, i hjärnkaviteten m. fl. ställen.

Någon fara att öppna denna senare kavitet förefinnes däremot ej vid det af mig följda förfaringssättet, så vida man på förhand undersökt pannhålans ungefärliga utsträckning. Som metoden därjämte visat sig medföra synnerligen god och jämförelsevis hastig verkan, kan jag icke annat än anse den samma böra vara synnerligen användbar äfven vid andra fall af i fråga varande sjukdom.

Kan emellertid en så pass ingripande operation anses berättigad vid denna sjukdom? Kan icke ett godt resultat vinnas på någon annan mera fredlig väg?

Visserligen hafva åtskilliga andra metoder blifvit föreslagna härför; i hufvudsak gå de ut på att genom frontalkanalen söka bereda lämpligt afflöde för varet och därigenom häfva inflammationen; ganska goda resultat ha äfven de att framvisa vid sjukdomens tidiga stadier. Sällan är det emellertid, som läkaren blifver i tillfälle att behandla dylika fall, enär patienterna i regel ej anse sig hafva anledning att vända sig till honom, förr än organiska förändringar i sinusslemhinnan och benväggen redan uppkommit, och torde man under sådana omständigheter ej kunna vänta sig något gynnsamt resultat med mindre en mera radikal operation utföres.

I stället för en dylik har man bl. a. använt POLITZERS metod med luftdusch. Medelst den har man lyckats förminska ansvällningen af slemhinnan i frontalkanalen och därigenom förskaffat afflöde för det i sinus ansamlade sekretet; ty då kommunikationen mellan näsan och sinus genom slemhinneansvällningen i kanalen blifvit upphäfd, och den i sinus instängda luften resorberuts, blifver kärnen i sinusslemhinnan utsatta för

¹⁾ Beobachtungten über Empyem des Sinus frontalis und dadurch bedingte Störungen der Augen. Graefes Archiv f. Ophthalm., XXVI, 3.

minskadt tryck och fylla sig därför lättare, hvarigenom slemhinnan blifver starkare ansväld och sekretionen ökas; pressas under sådana förhållanden luft åter in i sinus, uppstår därstädes å nyo ökad tryck på slemhinnan, hvarefter ansvällningen aftager, frontalkanalen öppnar sig, och sekretet uttömmes. Detta förfaringssätt kan emellertid, som sagdt, blott vara indicerad i sjukdomens första stadier och blott då, när den uppträdte såsom följd af någon sjukdom i nässlemhinnan; vid total stenosis af frontalkanalen kan ju denna behandlingsmetod ej i fråga komma.

Det samma kan sägas om behandlingen af nässlemhinnan med galvanokavter för i fråga varande åkomma.

SCHÄFFER¹⁾ har återupptagit den redan af DIEFFENBACH föreslagna metoden att genom forcerad sondering från näsan söka att komma in uti sinus; med en trokar eller fast sond går han mellan septum och mellersta näsmusslan längs näsryggen uppåt mot pannbenet, genomborrar där befintliga benlameller och öppnar på så sätt sinus, hvilken därefter skrapas med slef. Oaktadt S. själf har erhållit vackra resultat med denna behandling, torde den dock ej vara att förorda; ty ingalunda gör den sinus lätt tillgänglig för vidare behandling, och långt ifrån att vara mindre farlig än de först nämnda operationerna, kan den stundom blifva högst ödesdiger. Så omnämner KUHNT i sitt redan anförda arbete ett fall, där en operatör råkade ut för det missödet att, vid försöket att medelst trokaren på nämnda sätt bana sig väg till sinus, perforera lamina cribrosa i stället för sinusväggen, hvarefter döden följde på fjärde dagen.

I motsats härtill har JURASZ²⁾ försökt att medelst mycket fina sonder göra den tilltäpta frontalkanalen åter permeabel, hvilket emellertid ofta är förenadt med stora svårigheter, enär kommunikationsöppningen ingalunda alltid kan påträffas; af 21 fall, hvarest indikation för sondering förefans, lyckades det J. blott vid de 5 fallen att utföra den samma på båda sidor, i 6 fall blott på ena sidan och i de 10 öfriga fallen misslyckades försöken alldeles; när sådana, föga uppmuntrande resultat ernås

¹⁾ Zur Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Deutsche med. Wochenschr. 1890.

²⁾ Über die Sondierung der Stirnhöhnen. Berlin. klin. Wochenschr. 1887, nr 2.

utaf den öfvade rhinologen, är det ej att förvänta, att denna metod kan vinna något allmännare användande.

Vare sig man försöker den ena eller den andra af de sist anförda terapeutiska åtgärderna, och man därvid lyckas åstadkomma afflöde för varet genom näsan, så får man dock icke anse, att sjukdomen därmed i alla fallen kan undanrödjas. Ty man ser ju ibland — och jag har själf ofvan anført ett dylikt fall — att under hela sjukdomens förlopp har varet haft fritt afflöde genom frontalkanalen, och suppurationen det oakadt fortgått samt gifvit anledning till perforation af benväggen med åtföljande abscessbildning i orbita; och trots till och med detta dubbla afflöde kan sjukdomen altjämt fortfara. Det samma kan vara fallet, om man gjort blott en mindre incision genom den orbitala sinusväggen och därigenom söker att medelst utsköljningar häfva inflammationen; stundom lyckas detta, men i många fall fortfar den samma trots behandlingen, till stort men för patienten. Därför bör man vid den operativa behandlingen sträfva efter att i lämplig utsträckning göra hålan tillgänglig, så att man dels kan få tydlig öfverblick öfver de sjukliga förändringarna därstädes, dels kan på ett mera effektift sätt inverka på suppurationen. Denna fordran anser jag trepanationsmetoden, hvarför jag ofvan redogjort, kunna fylla, hvilken operation ju är både jämförelsevis lätt att utföra och synnerligen verksam.

Och i betraktande af sjukdomens *prognos* torde man ej annat än kunna anse den nämnda operationen för fullt berättigad. Visserligen hör det till sällsyntheterna, att perforation af cerebrala sinusväggen med efterföljande letal meningit inträder; att dock denna komplikation i icke så få fall förekommit, har jag redan förut anført. Möjligheten utaf att en dylik utgång kan inträffa — och några säkra symptom på hotande cerebrala komplikationer ega vi tyvärr icke — bör mana läkaren till att så fort som möjligt inleda en fullt verksam terapi. Och dessutom hafva fall iakttagits af exitus letalis utan att perforation af öfre sinusväggen egt rum, där döden förorsakats genom trombophlebitis af vena ophthalmica och dess följder.

Äfven vid de fall, där ej någon direkt fara för lifvet föreligger, kan denna sjukdom medföra stort men för patienten; så kan delvis eller fullständig blindhet hota, dels genom höggradig dilatation af sinus och däraf förorsakadt tryck å syn-

nerven, dels genom de orbitala abscessernas inverkan. Och har fistelbildning redan inträddt, kan suppurationen visserligen under lång tid ega bestånd utan att förorsaka några vidare förändringar; icke desto mindre bör man naturligtvis så fort som möjligt söka att befria patienten ifrån denna varhård, hvilken förutom andra olägenheter, hvilka ju alltid medfölja långvariga suppurationer, äfven kan genom varets inträngande å ögat gifva anledning till septiska sår å cornea med hotande panoftalmi.

Blifva däremot i fråga varande empyem i rätt tid diagnosticerade och underkastade en verksam terapi, sådan som jag här ofvan vid de af mig opererade fallen skildrat, erbjuda de så väl *quoad vitam* som *quoad restitutionem ad integrum* en god prognos.



Om syge Pattebørns Vægt.

Af

Dr. H. ADSERSEN,

Læge ved Marthahjemmets Poliklinik for Børn.

Med 20 grafiske Tabeller.

Men Du havde beskikket alle Ting efter
Maade og Tal og Vægt. Thi en vældig
Magt er altid til Din Tjäneste, og hvo
kan modstaa Din Arms Styrke?

Viisdoms Bog. XI. 22.

Børn udgøre henved $\frac{1}{3}$ af Befolkningen; men det er vist nok lavt regnet, når WEST (London) udtaler, at de »i det mindste udgøre Tredjedelen af alle syge».

I Köbenhavn havde Barnealderen følgende Andel i den almindelige Sygelighed:

Polikliniken for ubemidlede omtrent	35	%	1884—94,
Stadslägen	50,3	»	1894,
Fattigdistrikt 10 B	53,3	»	1894,

og selv om man hverken kan bruge det ene eller det andet af disse Tal som et pålideligt Udtryk for Børnesygeligheden ganske i Almindelighed i Modsætning til hele Sygeligheden, bevise de dog, at den ikke er så lidt større, end man skulde vente det i Forhold til Antallet af Børn.

Og vende vi os særligt til 1ste Leveår, forrykkes Forholdet endnu mere, idet Pattebørn kun udgøre omtrent $\frac{1}{12}$ af alle Børn, hvorimod Pattebarnealderens Sygelighed udgør følgende Procent af hele Barnealderens Sygelighed:

WEISSE	28,1 %	1836—45.
ADSERSEN	23,7 »	1890—93.
TRYDE	15,3 »	1891—94.
HERTEL	13,0 »	1871—92.

Men til Trods for dette betydelige Sygdomsmateriale ere Lovene for Barnealderens Sygelighed meget lidet kendte; kun en eneste nyere Lærebogsforfatter, UFFELMANN, opstiller Morbiditetsperioder for hele Barnealderen, og dog ere disse meget tydeligt udtalte, således som det fremgår af mit og HERTELS Arbejder. Lovene for Sygelighedens Optræden indenfor Barnealderen beherskes åbenbart af de for den normale Udvikling gældende Love, idet man ved at arbejde med det samme Materiale kan påvise Perioder, begrænsede af de samme Leveår for så vel fysiologiske som patologiske Processer, således som jeg har gjort det for tilsyneladende så heterogene Ting som Hovedomfang og almindelig Sygelighed, Modtageligheden for Vaccination med animal Vaccine og lineæ fusca.

Også indenfor 1ste Leveår ere Lovene for Sygelighedens Optræden lidet eller måske rettere sagt slet ikke kendte, om end enkelte Forfattere fremkomme med Udtalelser desangående, således UFFELMANN, efter hvem Sygdomme især optræde hos nyfødte og ved Tiden for Afvænningen.

Jeg skal derfor i det følgende levere et Bidrag til

A. Sygeligheden i 1ste Leveår,

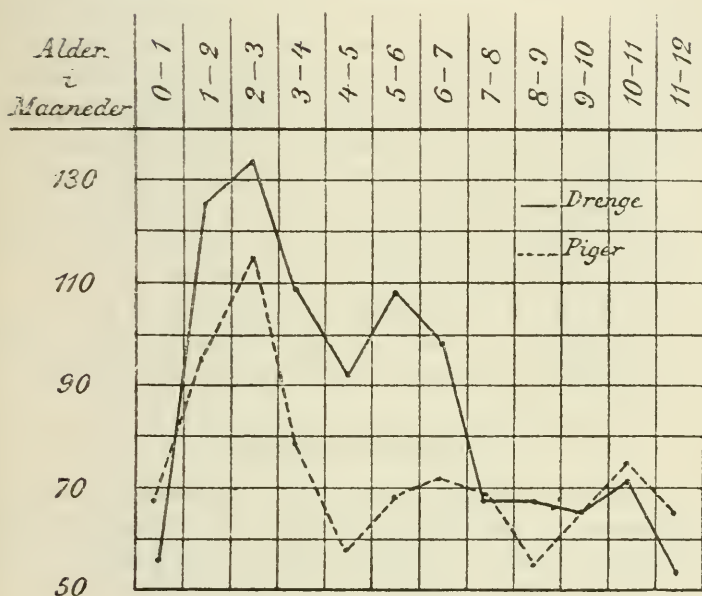
et Bidrag, som jeg, skönt det udelukkende stammer fra et poliklinisk Materiale, dog har Grund til at tro, vil kunne tjæne til at belyse Pattebarnealderens Sygelighed ganske i Almindelighed.

Ved Marthahjemmets Poliklinik for Børn, der er beliggende i Københavns Nordvestkvarter, et af Stadens fattigste og tættest befolkede Kvarterer, have vi i 4-Året 1891—94 behandlet 1385 Børn i 1ste Leveår, 768 Dreng og 617 Piger. Opfører jeg på samme Måde, som jeg gjorde det ved Undersøgelsen over hele Barnealderens Sygelighed, disse Børn hver Gang de ere bragte til Polikliniken med en ny Sygdom eller et Recidiv af en tidligere, få vi 1928 Sygdomme, 1045 hos Dreng og 883 hos Piger, der, fordelt på Aldersklasser, vise følgende Billede af 1ste Leveårs

1) Sygelighed efter Levemåeder (Tab. I).

Tabel I.

Syge Börn. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.



I Følge Tabellen er Sygeligheden lav i 1ste Levemåned, stiger derpå stærkt til 3dje Levemåned, falder til 5te, stiger i 6te og 7de, falder igen til 9de og 10de, stiger igen forbigående for atter at falde i 12te Levemåned. Og hvad Könnene angår, så er Drengesygeligheden i det hele større end Pigesygeligheden, og er det navnlig henad Halvårsalderen; men i 1ste, 8de, 11te og 12te Levemåned overgår Pigesygeligheden Drengenes.

Svarer nu det her anførte til den virkelige Sygelighed? Jeg har tidligere udtalt, at Börn, der let kunne bæres til Polikliniken, komme, enten de ere meget eller lidet syge, men må dog her gøre en Indskrænkning for nyfødtes Vedkommende; ti så længe Mödrene ligge i Barselsäng, hörer det til Undtagelserne, at vi få deres Börn til Behandling, og det yngste Barn, vi overhovedet have haft med at gøre, var 4 Dage gammelt. Kan dette da bevirke en väsentlig Fejl ved vor Tabel? Ja udenfor al Tvivl!

Af de levende fødte døde omtrent $\frac{1}{10}$ i 1ste Levemåned, og Dødeligheden aftager meget betydeligt, jo flere Dage der går efter Fødslen, i Løbet af de første 10 Levedage f. Ex. i Følge ENGELS Undersøgelser (Preussen) for Drenges Vedkommende i Forholdet 100:26 og for Pigers som 100:23. Da man nu ikke godt kan dø uden at have haft en Sygdom, må Sygeligheden ved vort Materiale blive for lille i 1ste Levemåned; men svarede Sygeligheden i vor Tabel bedre til Virkeligheden for denne Månedes Vedkommende, vilde Drengesygeligheden her antagelig også overgå Pigernes. Vi vilde derfor åbenbart få et sandere Udtryk for 1ste Levemånedes Sygelighed, hvis Kurven for denne i Steden for at stige op til 2den Levemåned faldt ned til denne, hvis man m. a. O. drejede Kurvebenene henved 180° om 2den Levemåned som centrum.

For de øvrige Levemåneder tror jeg derimod at turde udtale, at vor Kurve er et temmelig korrekt Udtryk for den virkelige Sygelighed, og jeg slutter dette navnlig deraf, at

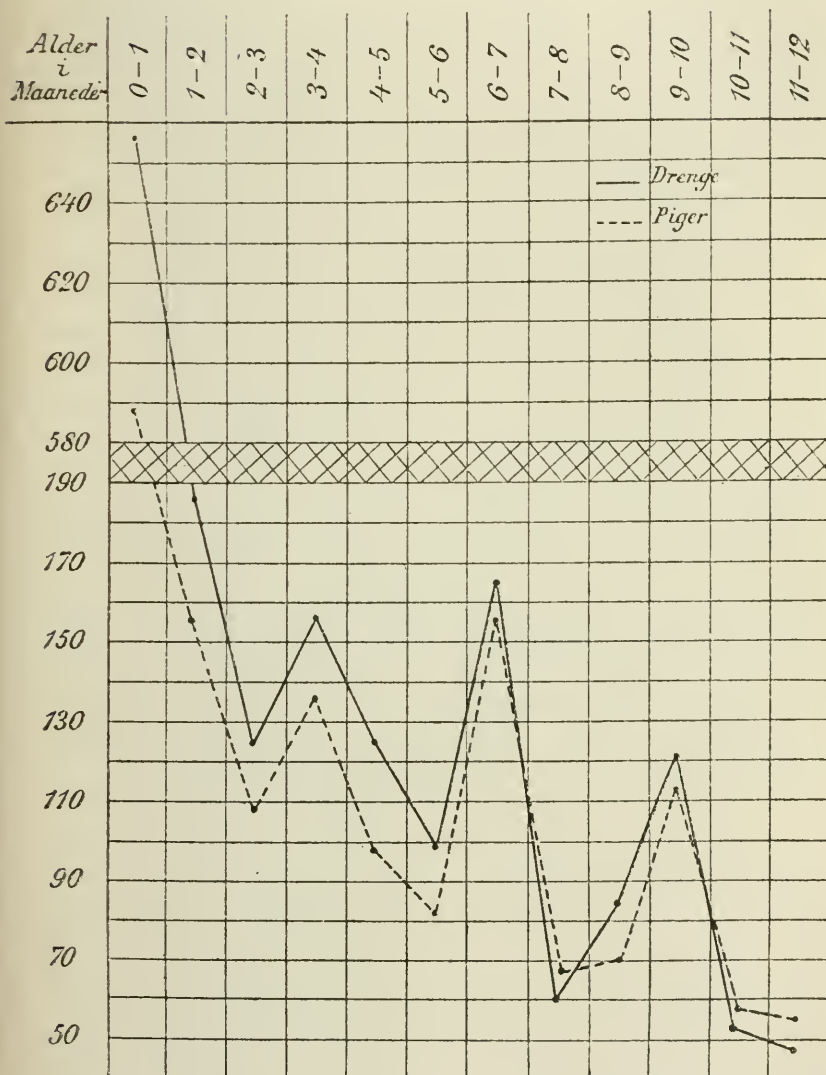
1ste Leveårs Dødelighed

viser lignende Svingninger. Jeg har i omstående Tabel II — efter SØRENSEN — opført det Antal Børn af de dårligst stillede Samfundsklasser samt de uægte Børn i 1ste Leveår, der ere døde på Kristianshavn (København) i Årene 1820—79.

Det vil heraf ses, at Dødeligheden vel aftager betydeligt fra Fødslen til Slutningen af 1ste Leveår, men ingenlunde — som HAGENBACH (Basel) udtrykker sig — således, at Faren for at dø formindskes med hver Dag, der går fra Fødslen. Den københavnske Dødelighed stiger og synker derimod i Løbet af 1ste Leveår. Fra et betydeligt maximum i 1ste Levemåned falder den stærkt til 3dje, stiger i 4de, falder til 6te, stiger i 7de, falder i 8de, stiger til 10de og falder herfra først stærkt, senere svagt til Årets Slutning. Dødeligheden er i det hele størst blandt Drengene og er det navnlig i 1ste Halvår, men i i 8de, 11te og 12te Levemåned overgår Pige-dødeligheden Drengenes.

Tabel II.

Döde Börn. 0—1 År. Köbenhavn (Kristianshavn) 1820—79.
SÖRENSEN, Gruppe I & IV.



Det kan jo ikke undgå Opmærksomheden, at der er en slående Overensstemmelse mellem Kurverne for Sygelighed og Dødelighed, navnlig hvis Sygeligheden i vor Tabel svarede

bedre til de virkelige Forhold for 1ste Levemåneds Vedkommende, end den efter det tidligere anførte gör. Og når SÖRENSEN vil bortforklare Dödelighedens Svingninger ved, at »man sandsynligvis for Nemheds Skyld under Aldersangivelserne: $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ og $\frac{3}{4}$ har skudt en Del Börn ind, som dels endnu ikke havde nået de respektive Aldere, dels måske vare passerede dem», tror jeg næppe, det kan være gjort så systematisk, at Dödeligheds-kurvens Forløb derved er blevet påvirket i væsentlig Grad. For vor Sygelighedskurve kan en Indvending af den Art i ethvert Fald aldeles ikke gælde; ti Levealderen, hvori hvert enkelt Sygdomstilfælde er optrådt, er beregnet efter Sygdomsdagen i Forhold til vedkommende Barns Födelsdag.

Når jeg ovenfor pointerede den store Lighed, der er mellem de anførte Kurver for Sygelighed og Dödelighed, vil en nærmere Betragtning dog også vise nogen Uoverensstemmelse, idet maxima og minima i de 2 Kurver ikke ganske indtræffe i de samme Levemåneder. At Sygelighedens Højdepunkter findes tidligere end Dödelighedens, kan man endda forstå, da min Tabel er konstrueret efter Sygdommens Begyndelse, men SÖRENSENS efter dens Slutning. Ligeledes vil det ikke volde Vanskeligheder at begribe, om Sygdom og Död følges ad i 1ste Levemåned, hvor Modstandsævnen er så ringe. Mere mærkeligt kunde det synes, at Dödeligheden når maximum i 10de Levermåned, men Sygeligheden først i 11te; men man må blandt andet erindre, at de 2 Tabeller ere baserede på forskellige Kalenderår. Sammenstiller jeg de Börn i 1ste Leveår, der vides at være døde af dem, der ere behandlede på Martha-hjemmets Poliklinik i Årene 1891—94 (se Sid. 7), fåes derimod Stigning af Dödeligheden i 11te Levemåned, ligesom vi fandt det for Sygelighedens Vedkommende, og den her stedfindende ringe Dödelighed i 1ste Levemåned bestyrker yderligere den Indvending, jeg ovenfor har gjort mod Pålideligheden af vort Sygemateriale for denne Måneds Vedkommende. Når jeg hertil føjer, at Dödeligheden viser væsentligt samme Forhold, enten man som jeg benytter de absolute Tal eller — som SÖRENSEN har gjort det — beregner Dödeligheden efter Forholdet mellem levende og døde, tror jeg at have imødegået de Indvendinger, der fra et statistisk Standpunkt kunde gøres imod her at anvende de absolute Tal for så vel Dödelighed som Sygelighed til at eftervise Lovene for samme.

Döde Börn. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

Alder i Måneder.	Dreng.	Piger.	S u m.
0—1	4	4	8
1—2	6	6	12
2—3	8	7	15
3—4	10	4	14
4—5	7	6	13
5—6	3	5	8
6—7	8	5	13
7—8	4	1	5
8—9	5	3	8
9—10	4	4	8
10—11	9	7	16
11—12	—	3	3
0—12	68	55	123

Jeg mener derfor at kunne opstille følgende, i Hovedtrækkene uangribelige Love: 1ste Leveårs Sygelighed aftager fra Födslen til Årets Udgang, men ingeniunde jävnt; den er meget betydelig i 1ste Levemåned og viser senere Stigninger omkring 3dje, 6te—7de og 10de—11te Levemåned. Drengesygeligheden overgår i det hele og navnlig i 1ste omtr. Halvår Pigesygeligheden, men overgås af denne i 8de, 11te og 12te Levemåned, en Slags Forsmag på, hvad der finder Sted senere hen i Barnealderen, fra omtr. 3dje Leveår og nästen konstant til Barnealderens Slutning.

Da Dödeligheden i det hele følger ganske lignende Love, kun at Stigningerne til Dels indfinde sig lidt senere end for Sygelighedens Vedkommende, sker der herved efterhånden en Forskydning mellem Antallet af de 2 Kön, der ved Födslen som bekendt viser afgjort og konstant Majoritet for Drengenes Vedkommende, og denne Forskydning begynder altså allerede henimod Slutningen af 1ste Leveår.

Efter således at have belyst Sygelighedens Forhold efter Levemåneder gä vi over til at betragte 1ste Leveårs

2) Sygelighed efter Kalendermåneder,

men skulle dog først omtale Materialet lidt nærmere. Medens vi for Småbørns Vedkommende kunne se bort fra Feriernes Indflydelse på Tilgangen til Polikliniken, og medens Månedernes forskellige Antal Arbejdsdage næppe har stort at sige, er der derimod et Moment, som har en ikke ringe Indvirkning på Besøget, specielt for Pattebørns Vedkommende, nemlig Vejrliget. Jeg har dog Indtrykket af, at Mødrene sjældnere undlade at bringe deres spæde Børn strax ved en Sygdoms Begyndelse, hvor voldsom den end kan være og hvor uheldigt end Vejret er, hvorimod de under Sygdommens Forløb mere lade sig påvirke heraf. Er dette imidlertid rigtigt, vilde vi vel få et urigtigt Billede af Sygeligheden efter Kalendermåneder, hvis vi regnede med Antallet af Konsultationer (smlgn. Siffer-tabel 1), men ikke, når vi som her regne med Antallet af Sygdomstilfælde; ti en Sygdom tæller efter vor Arbejdsplan lige meget, enten den repræsenteres af én eller mange Konsultationer.

Endelig skal jeg berøre, at Antallet af Fødsler i København hverken i det hele, eller når man undersøger efter Køn og Legitimitet, frembyder nogen synderlig Forskel mellem de enkelte Kalendermåneder eller nogen tydelig Regel (TRYDE); Forholdet mellem de enkelte Måneders Sygelighed kan derfor næppe påvirkes af, at vi have et så ringe Antal ganske spæde blandt vore Børn.

Jeg tror derfor, at Materialet er meget brugeligt til Formålet, og går herefter over til at afhandle vore

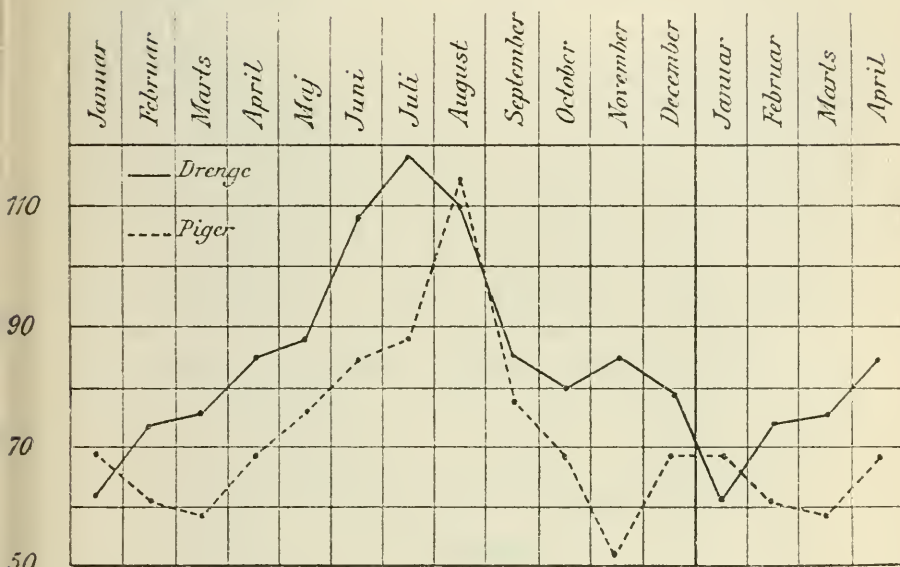
Pattebørns Sygelighed

efter Kalendermåneder (Tabel III, S. 9).

Det vil formentlig let fremgå af Tabellen, at jeg i Hovedsagen må have Ret i mit ovenfor fremsatte Forsvar for Materialets Anvendelighed. Grænserne mellem de enkelte Årsafsnit af Sygeligheden svare ikke absolut til et barsk eller mildt Vejrligs Grænser; men navnlig vise de 2 Køn så udtalte Forskelligheder, at det umuligt kan være de omtalte Forhold, der have en direkte Indflydelse på Sygelighedens Forløb et År igennem. Her må være andre og stærkere Love, der gøre sig gældende.

Tabel III.

Syge Børn. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.



I Følge Tabellen stiger Drengesygeligheden fra et minimum i Januar nogenlunde jævnt til Maj, herfra stærkt, så at den er på sit højeste i Juni, Juli og Avgust, falder herefter stærkt til September og holder sig så nogenlunde ens til Årets Udgang for at falde stærkt til Januar. Mindre Stigninger finde Sted i Februar, April og November.

Pigesygeligheden forholder sig derimod delvis ganske anderledes. Fra et minimum i November stiger den ret stærkt i December—Januar, falder i Februar—Marts, stiger så jævnt til Juli og når pludseligt sit maximum i Avgust, men falder igen først stærkt, senere mere jævnt til November.

Medens Sygeligheden altså hos Drengene kun har ét maximum (Juli), have Pigerne 2, et mindre (December—Januar) og et stort (Avgust), og medens Drengene kun have ét minimum (Januar), have Pigerne 2, et større i November og et mindre i Februar—Marts. Drengesygeligheden er i det hele større end Pigesygeligheden; men denne overgår dog hin i Januar og Avgust.

Der er altså en ikke ringe Forskel på den Måde, hvorpå de 2 Køns Sygelighed forholder sig i Løbet af Kalenderåret; men på den anden Side vise Kurverne dog også tydeligt Overensstemmelse, og en lidt nærmere Betragtning vil lade dette komme til Syne i endnu højere Grad. Man behøver blot at forskyde Drengenes Kurve henimod Årets Slutning eller Piger-nes henimod dets Begyndelse, for at Ligheden skal blive slående. Piger-nes maximum i Avgust kommer da til at svare til Drengenes i Juli, Piger-nes minimum i November til Drengenes mindre Sänkning i Oktober. End videre vil Piger-nes Vintermaximum (December—Januar) komme til at svare til Drengenes ringere Stigning i November, Piger-nes minimum i Februar—Marts til Drengenes i Januar, og den jævne Stigning hos Drengene fra Januar til Maj genfinde vi hos Pigerne fra Marts til Juli. Pigesygeligheden viser m. a. O. lignende Forhold som Drengenes, men først 1, henholdsvis 2 Måneder senere.

Lad os dernæst sammenligne Sygeligheden med

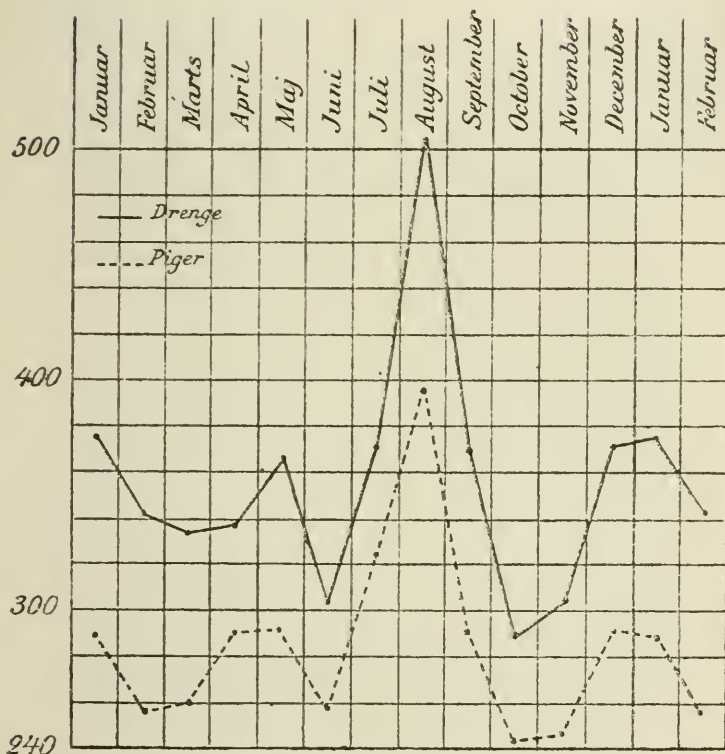
Dødeligheden.

I Köbenhavn døde i 4-Året 1891—94 i alt 7 714 Börn i 1ste Leveår, 4 271 Dreng og 3 443 Piger, der fordeles efter Kalendermåneder på følgende Måde (Tab. IV, Side 11).

Efter Tabellen er Dregedødeligheden i alle Årets Måneder større end Piger-nes; men Könnenes Dødelighedskurver vise for øvrigt påfaldende indbyrdes Lighed, en Illustration til det gamle Ord: »I Döden ere vi alle lige». Kurverne beherskes af det Eiffeltårn lignende maximum i Avgust, samt de 2 minima i Juni og Oktober. Dødelighedskurverne vise altså et Billede, der afviger ikke ubetydeligt fra Sygelighedens, og man kan jo tænke sig flere Årsager til denne Uoverensstemmelse.

Tabel IV.

Døde Børn. 0—1 År. Köbenhavn 1891—94.
Stadslägen.



For det første er det naturligt, at Pigeødeligheden ikke er større end Drengenes i August, eftersom maxima hos begge Køn falde i samme Måned, og Pigesygeligheden i August er absolut mindre end Drengenes i Juli, og hvad Pigerne større Sygelighed i Januar angår, så kan man i alt Fald i enkelte Kalenderår finde, at Pigeødeligheden til Tider overstiger Drengenes, f. Ex. for Köbenhavn i Fölge Stadslägen i

April 1891,

November 1892,

Oktober og November 1893.

Men dernæst ere Kurverne for Dødeligheden baserede på Dødsfaldene i alle Samfundslag, Sygelighedens derimod på

Sygdommene hos de dårligst stillede Samfundsklasser og de uågte Børn. Jeg tror dog ikke, at dette kan være nogen væsentlig Grund til Uoverensstemmelsen; ti Dødeligheden efter »Levemåneder» udviser i Følge SÖRENSEN nogenlunde ens Forhold, enten man tager alle Samfundslag under ét eller udskiller de Grupper, vi have gjort ovenfor, for sig, og Dødeligheden blandt Marthahjemmets Pattebørn viser akkurat den samme Stigning hos bægge Køn i Avgust:

Døde Børn. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

	Dreng.	Piger.	S u m.
Januar	3	2	5
Februar	10	6	16
Marts	8	3	11
April	3	6	9
Maj	6	3	9
Juni	7	7	14
Juli	9	4	13
Avgust	12	10	22
September	2	6	8
Oktober	2	2	4
November	2	4	6
December	4	2	6
	68	55	123

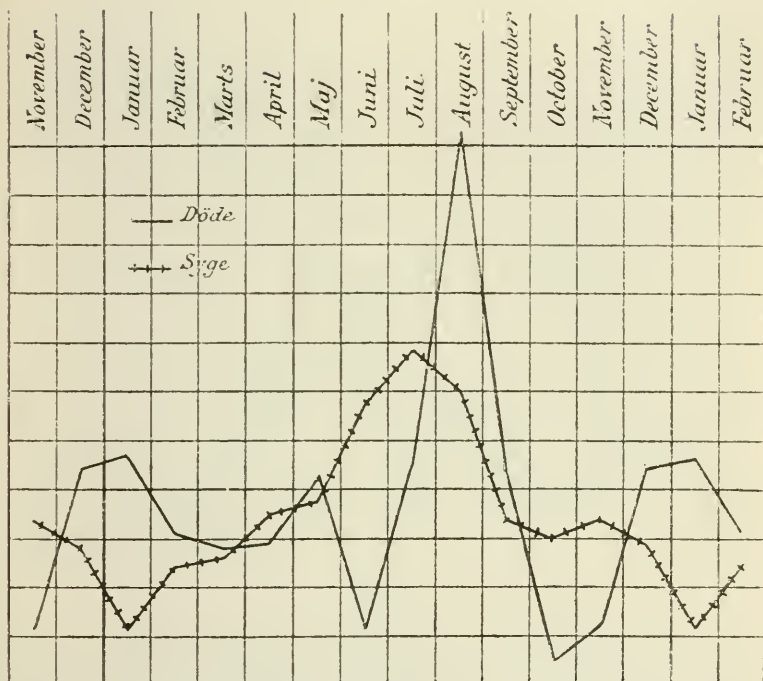
Heller ikke kan det ringe Antal nyfødte i vort Sygemateriale bevirke Forskellen; ti udskiller jeg de Børn, der ere døde i 1ste Levemåned, fås i det væsentlige samme Resultat som for hele 1ste Leveårs Dødelighed (Sifertabel 5). Det er derfor at antage, at man selv ved et ensartet Materiale vilde finde Uoverensstemmelse mellem Kurverne for Dødelighed og Sygelighed. Lad os da se lidt nærmere på, hvorledes Forholdet stiller sig ved hvert Køn for sig.

For Drengenes Vedkommende (Tabel V) falder Uoverensstemmelsen stærkt i Øjnene; men det er dog ret tydeligt, at Sygeligheden i Januar og Juli f. Ex. svarer til Dødeligheden i henholdsvis Marts og August. Sygelighedens Svingninger indtræffe m. a. O. noget tidligere end Dødelighedens; det ser næsten ud, som om Sygdommene må underminere Dren-

genes Kræfter i forholdsvis lang Tid, inden de kunne få Bugt med dem.

Tabel V.

Syge og døde Drengene. 0—1 År.



Ganske anderledes er det med Pigerne (Tabel VI, S. 14). Her er Ligheden imellem Kurverne til Trods for nogen Uoverensstemmelse langt det fremherskende. Sygdom og Død følge hinanden næsten i Hälene; har först den ene fået Tag i Börnene, følger den anden umiddelbart efter.

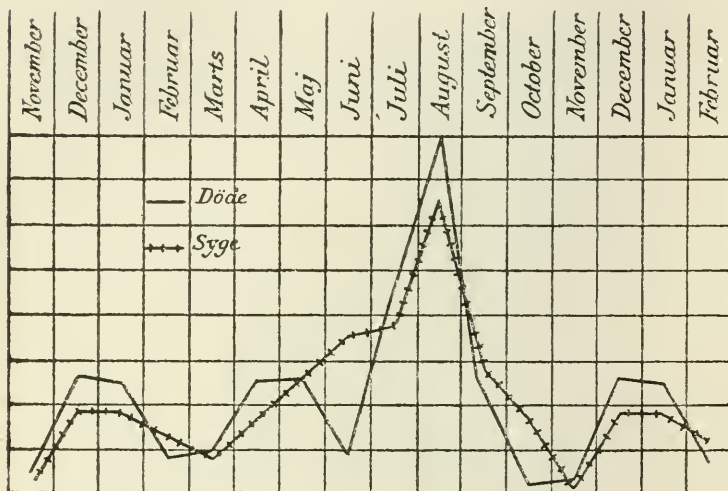
Drengene angribes altså tidligere af Sygdomme end Pigerne, men de kunne længere modstå Sygdommens dødbringende Virkning end disse, noget, man vel også måtte vente sig af henholdsvis »det stærke og det svage Kön».

Til Slutning skal jeg blot antyde, at Kurverne for bægge Köns så vel Sygelighed som Dødelighed efter Kalendermåneder formentlig ville vise betydelig større Forskelligheder efter vedkommende Bys eller Lands geografiske Beliggenhed,

end Kurverne for Sygelighed og Dødelighed efter Levemå-
neder gøre det, hvis disse overhovedet udvise nogen væsentlig
Forskel.

Tabel VI.

Syge og døde Piger. 0—1 År.



Efter således at have belyst Lovene for Sygelighedens
Optråden i 1ste Leveår skulle vi se, hvorledes

B. Syge Pattebørns Vægt

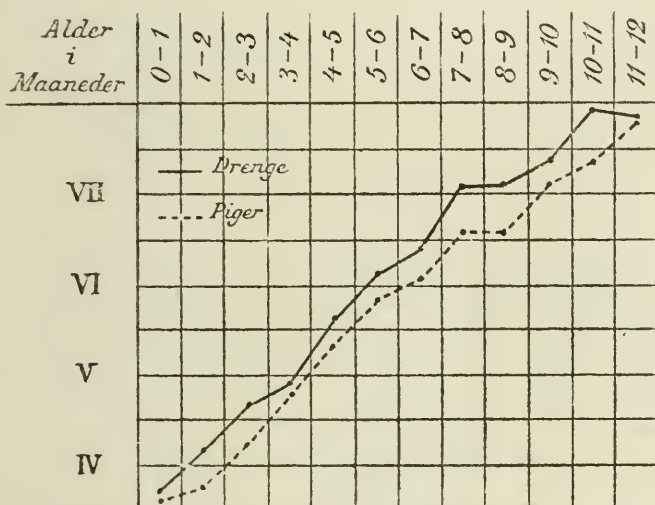
forholder sig, og ville kun forudskikke den Bemærkning, at alle
Vægtangivelser ere i Gram.

I 4-Året 1891—94 have vi på Marthahjemmets Poliklinik
vejet 1 215 Børn i 1ste Leveår, 669 Dreng og 546 Piger. I
alt have vi foretaget 3 004 Vejninger af disse Børn, 1 710 af
Dreng og 1 294 af Piger, og have gennemsnitligt fået følgende

1) Vægt efter Levemåneder (Tabel VII).

Tabel VII.

Syge Börns Vægt. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.



Af Tabellen fremgår, at

syge

Drenge's Vægt i alle Levemåneder er større end Pigernes, men at Kønnenes Vægtkurver for øvrigt i det hele og store følger ret godt ad, og det således, at Kurverne stige temmelig stejlt til 8de Levemåned, men herfra og til Årets Slutning blive mere langtrukne. Vægtforøgelsen er i 1ste Afsnit gennemsnitligt pr Levemåned omtr. $\frac{1}{3}$ større end i sidste.

Vilde vi sammenligne disse af vor Tabel uddragne Resultater med Vægtforholdene hos

sunde Börn,

så vide vi, at blandt fuldbårne nyfødte veje Drengene gennemsnitligt 3 381, Pigerne 3 280 Gm (INGERSLEV), og at Tilvæksten — bortset fra de første Dages fysiologiske Vægttab — foregår således, at Vægten i Løbet af de første 4—5 Måneder fordobles og ved Udgangen af 1ste Leveår meget nær er 3 Gange Fødselsvægten (STAGE).

I vor Tabel indgå imidlertid ikke blot fuldbårne, men også for tidlig fødte Børn, for hvilke den gennemsnitlige Fødselsvægt efter M. JENSEN er følgende:

Foster måned.	Drenge.	Piger.
7de	1 375	1 167
8de	1 709	1 600
9de	2 167	2 150
10de	2 688	2 667

End videre have vi iblandt vore Børn Tvillinger, blandt hvilke Enkeltbarnets Vægt efter W. LAURITZEN er 2 236 Gm. Men selv om vi, gående ud fra disse Angivelser, kunde finde en gennemsnitlig Fødselsvægt, der nogenlunde svarede til vort Materiales, vilde vi naturligvis alligevel ikke kunne få fuld Overensstemmelse med Vægtforholdene hos sunde Børn. Foruden at Tilvæksten fra Måned til Måned foregår mindre regelmæssigt hos vore syge Pattebørn, end man kan iagttage det hos sunde, fordoble vore Børn deres Fødselsvægt senere end disse, og den tredobbelte Vægt nåes langt fra i 1ste Leveår. Vore Børn veje m. a. O. absolut mindre end sunde Børn i samme Alder; men der er tillige Forskydning af de sædvanligt antagne Grænser for Tilvæksten; denne Forskydning finder Sted henimod Årets Slutning og er en naturlig Følge af den forringede Vægt i det hele taget. Men kunne vi til Trods for disse Afvigelser fra Normen ikke alligevel genfinde det væsentlige i Lovene for sunde Pattebørns Udvikling i vor Kurve for syge Børns Vægt?

For det første svarer Drengenes konstant større Vægt end Pigernes jo til Forholdet hos sunde. Og hvad dernæst angår Grænserne for stærkere eller svagere Tilvæxt, så har man i alt Fald ment at kunne påvise, at Ernæringsmåden har en udtalt Indflydelse herpå. CAMERER har således fundet, at kunstigt ernærede Pattebørn blive betydeligt tilbage i Udvikling i hele 1ste Halvår, og MONTI opstiller et fuldstændigt Skema for Vægtforholdene hos Pattebørn, eftersom de få Bryst, blive flaskede op eller delvis blive naturligt, delvis kunstigt ernærede. Men har forskellig Ernæring en bestemt Indvirkning på 1ste

Leveårs Vægtkurve, er intet jo rimeligere, end at den hos vore Börn må afvige fra det Skema for Udviklingen, der er gengivet som Hovedregel for sunde Börns Vedkommende; ti vore Börn ere naturligvis ernærede på de forskelligste Måder.

Enten det nu imidlertid er Ernæringen eller andre Årsager, der spille en Rolle, vist er det, at Vægtkurven i 1ste Leveår kan forholde sig forskelligt, uden at vi have nogen som helst Ret til at kalde sådanne Afvigelser for patologiske; men det fælles for alle Kurver er, at Tilvæksten i Begyndelsen af Året er større end i dets Slutning. Men når vi hos vore syge Pattebörn så vel finde Drengenes Vægt større end Pigernes, som at Tilvæksten hos begge Køn er betydelig større i Årets første $\frac{2}{3}$ end i dets sidste $\frac{1}{3}$, kan det ikke nægtes, at den fysiologiske Type er tydelig udtalt i vore syge Börns Vægtkurve.

Kunne vi genfinde de fysiologiske Love, når vi tage Hensyn til vore syge Pattebörns Vægt efter Levemåneder, må vi også kunne gøre det, når vi betragte

2) Vægten efter Kalendermåneder,

for så vidt de opstillede Grundsætninger have mere almindelig Gyldighed. Hos

sunde Börn

har MALLING-HANSEN som bekendt fundet, at en 9—15-årig Drengs Vægtforhold hvert Kalenderår gennemgår 3 Hovedperioder: en Maximums-, en Melle- og en Minimumsperiode. Maximumsperioden begynder i Avgust og ender midt i December ($4\frac{1}{2}$ Måned), Melleperioden rækker fra midt i December til Udgangen af April ($4\frac{1}{2}$ Måned), og Minimumsperioden går fra Slutningen af April til Slutningen af Juli (3 Måneder).

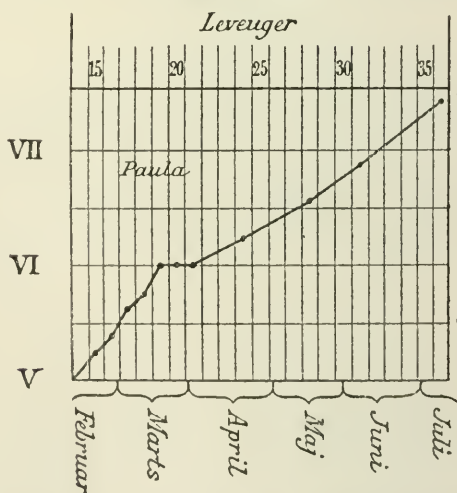
End videre har SCHMID-MONNARD (Halle) påvist årlige Perioder i Væksten som hos danske Börn, kun til andre Tider. Hos 5—7-årige Drengene gå Vægtperioderne fra Avgust til Oktober, fra November til Januar og fra Februar til Juli. Hos Pigerne kunne de 3 Perioder ikke så tydeligt adskilles; der er omtrent Stilstand fra Februar til Juni og stærkere Væxt fra Juli til Januar. Lignende Perioder kunne eftervises hos Börn fra 2 Års Alderen, hvorimod de kun antydningvist ere at påvise i 2det og ikke i 1ste Leveår.

Om der end trænges til flere Undersøgelser, er der dog meget, der taler for, at det væsentlige i MALLING-HANSENS Resultater udvides til at gælde fra Udgangen af 1ste Leveår og for bægge Køn, rigtig nok med Modifikationer for Pigernes Vedkommende. Men i 1ste Leveår, som er det, der særligt interesserer os i denne Afhandling, er der ikke påvist noget lignende.

Jeg skal dog strax anføre, at jeg fra privat Praxis har det aldeles bestemte Indtryk, at sunde Pattebørns Tilvæxt står i Forhold til Årstiden, og jeg tror, at Fødselsdagen eller Fødselsmåneden har en nok så stor Andel i Vægtkurvens Forskelligheder som Ernæringsmåden, forudsat naturligvis at Ernæringen i øvrigt er gennemført på fornuftig Vis. Jeg mener at have iagttaget, at Pattebørn, enten de opfødes med Kvinde- eller Komælk, under fuldstændig fysiologiske Forhold vise nogen Forskel i Vægtkurvens Forløb, når de ere fødte på forskellig Tid af Året, medens på den anden Side samme Årsted bevirker tilsvarende Forandringer i forskellige Børns Vægtkurver.

Jeg skal meddele et Par herhen hørende Exempler, der angå fuldstændig sunde Børn (Tabel VIII—X).

Tabel VIII.



a) Paula fødtes d. $11/_{11}$ 94 og ernæredes med Modernælk. Hun kom til Vejning 13 Uger gammel og tiltog jævnt i Vægt til 19de Uge, men holdt sig da akkurat på samme Vægt i 3

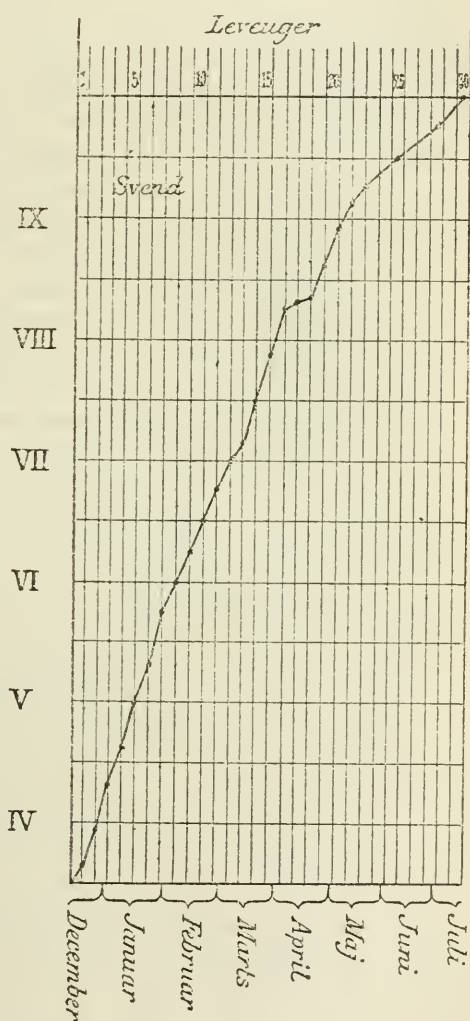
Uger. Herefter gik Vægtforøgelsen igen jævnt for sig, om end betydeligt mindre stærkt end forhen. Hun tiltog for Stilstanden (d. $11\frac{1}{2}$ — $18\frac{1}{3}$ 95) gennemsnitligt 28,6 Gm pr. Dögn, men efter denne (d. $2\frac{1}{4}$ — $10\frac{1}{7}$) kun 14,1 Gm pr. Dögn (Tabel VIII).

b) *Svend* fødtes d. $12\frac{1}{12}$ 91 og ernæredes ligeledes med Moder-mælk. Han var et ualmindeligt kraftigt Barn, der allerede ved Slutningen af 12te Uge havde fordoblet sin Födelsvægt. I 16de, 17de og 18de Leveuge (d. $2\frac{1}{4}$ — $16\frac{1}{4}$ 92) fandtes kun ubetydelig Vægtforøgelse, hvorefter Tilvæksten igen tog større Fart, om end mindre end tidligere. Han tiltog i 1ste Periode gennemsnitligt 42,4 Gm pr. Dögn, men i sidste kun 17,7 Gm (Tabel IX).

c) *Inger*, født d. $20\frac{1}{2}$ 94, Søster til foregående og ligesom denne ernæret med Moder-mælk, fordoblede sin Födelsvægt ved Udgangen af 19de Uge. I 8de og 9de Uge (d. $16\frac{1}{4}$ — $23\frac{1}{4}$ 94) var der kun ringe Tilvæxt. Hun tiltog i 1ste Periode 36,8, i sidste 23,9 Gm pr. Dögn (Tabel X, S. 20).

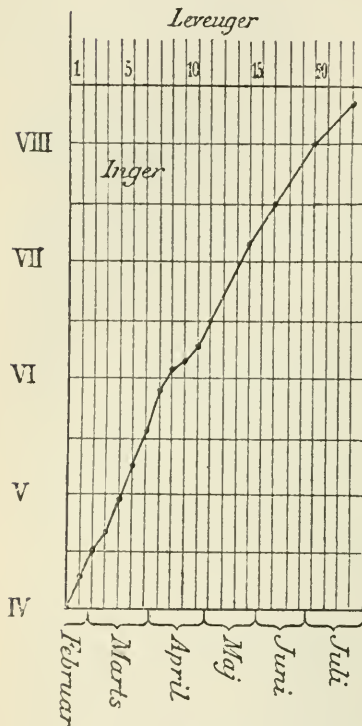
Medens man nu ganske vist kunde sige, at det er i fuld Overensstemmelse med de almindeligt antagne fysiologiske Love, at den gennemsnitlige Tilvæxt pr. Dögn bliver mindre,

Tabel IX.



jo ældre Barnet bliver, og medens man om Paula og til Dels om Svend kunde sige, at de omtrent havde nået den Alder,

Tabel X.



hvor Vægtkurven »normalt» får en anden Retning end i Livets første Begyndelse, findes Forstyrrelsen i Tilvæksten på et så tidligt Alderstrin hos Inger, at denne Forklaring åbenbart ikke strækker til. Heller ikke det, at de 2 sidste Børn ere Søskende, hos hvem STAGE har fundet en påfaldende Lighed i Udvikling, kan give nogen fyldestgørende Forståelse af Forholdet. Derimod er det fælles for alle 3 Børn, at den absolute eller relative Stilstand i Vægten, hvor kortvarig den end kan være, og den efterfølgende mindre Tilvæxt pr. Døgn indfinde sig omtrent på samme Tid, nemlig:

$$18\frac{1}{3} - 2\frac{1}{4} \quad 1895$$

$$2\frac{1}{4} - 16\frac{1}{4} \quad 1892$$

$$15\frac{1}{4} - 23\frac{1}{4} \quad 1894$$

samt den derpå følgende Del af Kalenderåret, og det skönt

det er Børn af forskellige Forældre, Børn af forskelligt Køn, der ere fødte i 2 forskellige Kalenderår og i hver sin Kalendermåned, Børn, der kun have det tilfælles, at de levede i samme By og ernæredes på samme Måde, ved sunde Mødres Bryst. Barneorganismen møder åbenbart under sin Udvikling en Hindring i de anførte Exempler, og det forekommer mig at ligge lige for at betegne Modstandens Navn med Årstiden og dermed i Forbindelse stående Forhold. Vægten og Årstiden må så at sige udfægte en Tvekamp; et Øjeblik kunde Udfaldet synes tvivlsomt, dog — »das kommt nur auf Gewohnheit an» — har Organismen summet sig en kort Tid, om man vil, akklimatiseret sig, kan dens Kraft atter udfolde sig, den tager fat, hvor den slap, og spiller den gamle Melodi, men — »con sordino».

Efter MALLING-HANSEN foregår Overgangen fra Vægtens Mellem- til Minimumsperiode i Slutningen af April; men lige så lidt som Almanakens »Sommer begynder» er til Hinder for, at vi få tidligere Sommer, lige så lidt ere Overgangene mellem Vægtens forskellige Perioder bundne til bestemte Dage i Årets Løb, noget, MALLING-HANSEN også selv betoner. Jeg tror derfor at turde udtale, at den Stilstand i Tilvæksten, der hos vore 3 Pattebörn indtraf fra Midten af Marts til Slutningen af April, særdeles godt kan svare til Overgangen fra M.-H's Mellem- til Minimumsperiode, idet jeg dog skal henvise til, hvad der senere hen i denne Afhandling vil blive meddelt angående Börns Vægtforhold i Kalenderårets Løb.

Men forudsat at det er, som jeg antager, så bliver der dog den Uoverensstemmelse mellem MALLING-HANSEN og mig, at der hos Dövstumme-Institutets Dreng indtrådte Vægttab i »Minimumsperioden», hvorimod der hos vore Pattebörn kun fandtes formindsket Vægtforøgelse. Det forekommer mig at ligge nær at søge Årsagen hertil i Barnealderens forskellige Udviklingsenergi; desto større denne til en given Tid er, jo ringere et Udslag ville vi få af Årstidens Indflydelse. Da nu 1ste Leveår og specielt dettes omtr. første Halvdel er i Besiddelse af en mægtig »Livskraft» eller hvad man vil kalde det, er det meget naturligt, at de Forandringer, som Årstiden bevirker, kun ere små og i det hele og store ikke vise sig ved Vægttab, men kun ved ringere Tilvæxt, og det bliver da en selvfølgelig Sag, at Forskellen mellem den gennemsnitlige daglige Vægtforøgelse før og efter Katastrofens Indtræden vil være forholdsvis større hos Börn, jo ældre de ere, og omvendt. Vi se derfor også, at Inger, hvor Kurvens Afvigelse begynder på et meget tidligt stadium af Livet, udviser den forholdsvis mindste Difference mellem 1ste og 2den Vægtperiodes gennemsnitlige Tilvæxt. Vægtkurvens Retning bliver altså Resultanten af de 2 Kræfter: Årstiden og den vedkommende Levealder, henholdsvis Levemåned iboende Udviklingsenergi.

Men kunne vi påvise Årstidens Indvirkning på Vægtkurvens Forløb svarende til MALLING-HANSENS Mellem- og Minimumsperiode, må vi også kunne eftervise den i Maximumsperioden, og jeg tror netop, at vi i alt Fald lettest og hyppigst få en Vægtkurve som FLEISCHMANN'S, når Årstid og »Livskraft», i Steden for at modarbejde hinanden som i Minimumsperioden,

arbejde Hånd i Hånd, m. a. O. når Börnene fødes i Efter-sommeren.

Jeg formener derfor, at de MALLING-HANSENSKE Perioder kunne genfindes hos Börn i 1ste Leveår, om end noget modificerede, og vil i alt Fald hævde dette Standpunkt, indtil man ved daglige eller dog hyppigt gentagne Vejninger af et større Antal sunde Pattebörn af begge Kön kan bevise mig det modsatte. Og jeg tror, at man får en naturligere og rigtigere Forklaring på MONTIS forskellige fysiologiske Vægtkurver ved at tage Hensyn til Årstiden end til den forskellige Ernæringsmåde.

Men når jeg har sat Årstiden som den vigtigste Årsag til disse Forandringer i Vægtens Forhold, skal jeg på den anden Side villig indrømme Fødemidlet en sekundär Plads, dog — Pattebarnets væsentligste Næringsmiddel, Mælken, forandrer netop Sammensætning i Forhold til Årstiden. Om Kvindemælk foreligger kun, at den afsondres rigeligere i den varme Årstid end i den kolde (v. AMMON); men om Komælken vide vi i Følge VIETHS og FABERS Undersøgelser fra England, at den viser udtalte Forandringer i Årets Löb, Forandringer, der gentage sig med stor Regelmæssighed fra År til År. Som jeg tidligere har vist, er der nu netop Svingningsoverensstemmelse mellem Kurverne for Komælkens procentiske Indhold af faste Stoffer og MALLING-HANSENS Vægtkurve for Börn i Årets Löb, og jeg antager det for højst sandsynligt, at lignende Forandringer ville kunne eftervises for Kvindemælkens Vedkommende; men hvis så er, få vi jo netop Ernæringsspørgsmålet frem til sin Ret; men det bliver — fra et teoretisk Standpunkt i alt Fald — ikke Hovedsagen.

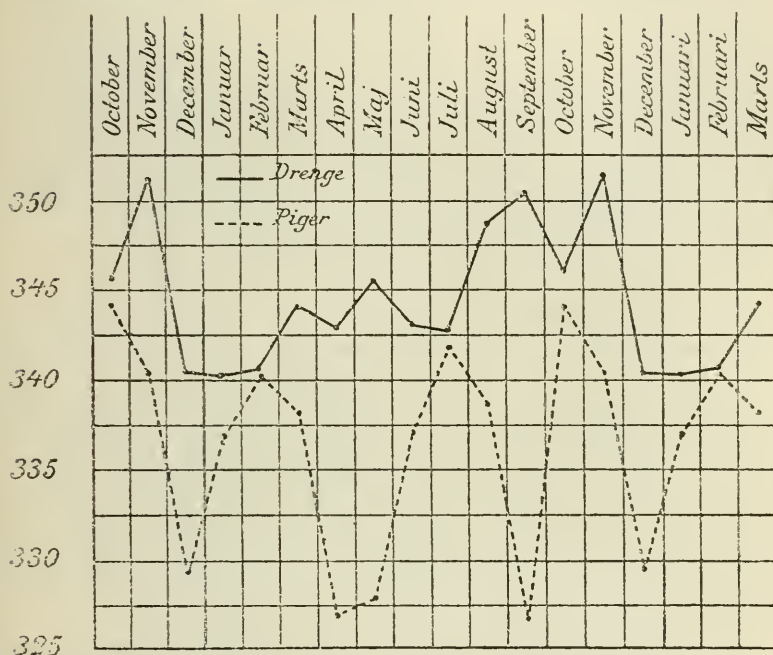
At Ernæringsmåden må være af sekundär Betydning, forekommer mig yderligere at bevises derved, at de MALLING-HANSENSKE Love åbenbart kunne finde Anvendelse på Vægten af

Nyfødte

i Forhold til Årets Tider. Med Professor STADFELDT'S velvillige Tilladelse har jeg gennemgået Vejningerne af fuldbårne, nyfødte Börn, fødte på Fødselsstiftelsen i København og under dennes hidtidige Lukketid (Juli og Avgust) i Filialerne for 4-Året 1891—94 og er kommen til følgende Resultat (Tab. XI):

Tabel XI.

Fuldbårne Börns Födselsvägt. Födselsstiftelsen 1891—94.



Drengene veje altså stadig mere end Pigerne; men Kønnene synes for øvrigt at forholde sig ret forskelligt og skulle derfor blive afhandlede hvert for sig.

For Drengenes Vedkommende stiger Födselsvägten fra et minimum i December—Januar först småt, senere stärkere til Maj, falder dernäst til Juli og stiger stärkt i Avgust for i November at nå til maximum, hvorpå den igen falder stärkt til December. Forbigående Vägtfald finde Sted i April og navnlig i Oktober. Forskellen mellem højeste og laveste Vägt andrager 115 Gm, og heraf falde 86 på Juli—November.

Der kan altså hos nyfödde Drengene eftervises Perioder, der ret godt svare til de MALLING-HANSENSKE og väsentlig adskille sig fra disse ved at have en forskellig Varighed (6—2—4 Måneder); men på den anden Side frembyde M.-H's og vor Kurve også tydelige Uligheder. Dog — det kan vel ikke være anderledes; man må jo erindre, at vor Kurve ikke er konstrueret

efter Børnenes daglige Vægtsum, men efter Vægtens månedlige Gennemsnit. Ligheden bliver derfor også stærkere fremtrædende, når jeg efter MALLING-HANSENS Tabeller beregner den månedlige Gennemsnitsvægt (i Kilogram) pr. Individ, hvorved for Året 1884 f. Ex. fås følgende Tal:

J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.
35,1	35,2	35,9	35,7	35,8	35,2	—	34,7	35,8	36,4	37,0	37,5

og man vil ved at sammenligne nyfødte Drenges Vægtkurve med den gennemsnitlige månedlige Vægtforandring (i Gram) hos Drengene på Opfostringshuset (I) og Disciplene på Herlufsholm (II) finde Overensstemmelse på anden Måde.

J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	
I	70	595	35	340	35	÷ 75	÷ 350	325	905	515	240 ÷ 35	1881—82
II	595	270	280	665	—	130	÷ 105	1455	990	475	350 ÷ 20	1883—84

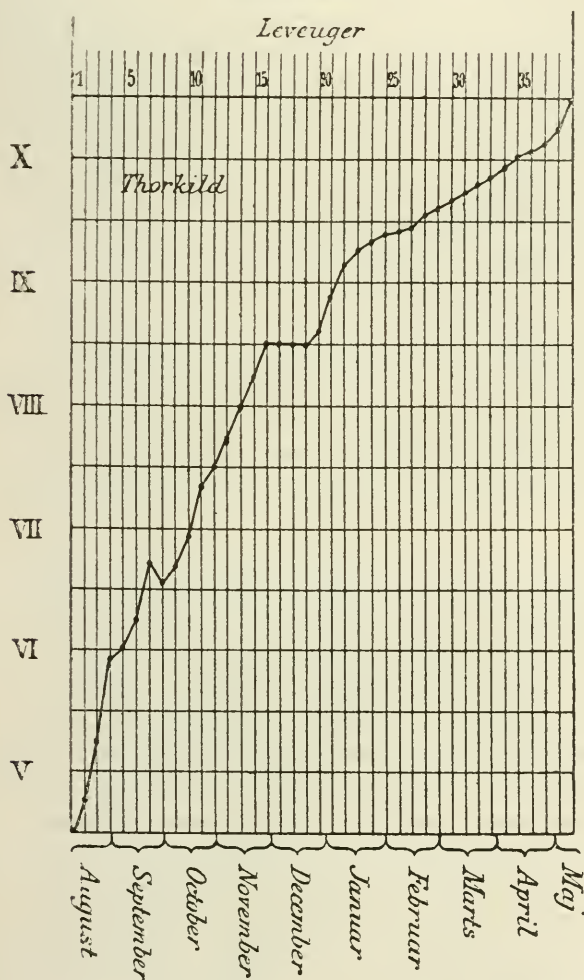
End videre dækker det ene Års Vægtkurve i Regelen ikke ganske det andets, noget, vi allerede have antydet tidligere, og som også viser sig at være Tilfældet hos nyfødte (Siffertabel 6); man kan derfor heller ikke af denne Grund vente fuld Overensstemmelse mellem MALLING-HANSENS (1882—85) og mine (1891—94) Undersøgelser. Men når man i en Kurve som hos den

d) sunde *Thorkild*, der fødtes d. 17/8 90 og ernæredes ved en sund Moders Bryst, finder et tydeligt udtalt Vægttab i Oktober så vel som Vægtstilstand i December (Tabel XII, S. 25), noget, der passer særdeles godt med vor Vægtkurve for nyfødte Dreng, er det vel naturligt at antage, at disses Vægt i Enkeltheder vil svare bedre til Vægtforholdene hos Dreng i eller omkring Årene 1891—94, end MALLING-HANSENS gøre det.

Gå vi dernæst over til at betragte nyfødte *Pigers* Vægt (Tabel XI), så have vi allerede henpeget på den iøjnefaldende Forskel, denne udviser lige over for Drengenes, ja der er næsten et modsat Forhold mellem Könnenes Vægt; kun i Slutningen af Året er der kortvarig Parallelisme. Det kunde, for at tale billedligt, næsten se ud som »Moder Natur» kun havde en bestemt Mængde Vægtmateriale til Rådighed, hvilken Könnene skulde »dele som Brødre», og at det ene Kön ikke kunde få mere end det højst nødvendige heraf, når det andet først havde »taget Broderparten». Også selve Kurvernes Karakter

er forskellig hos de 2 Kön. Medens Drengene næsten hele Året så at sige arbejde for at nå op til maximum og ligesom nødvendig give Slip på den Vægt, de én Gang have nået, er der

Tabel XII.



noget mere kådt og upålideligt ved Pigernes Måde at tage Sagen på; de storme løs strax, men trættes og må opgive Kampen; efter en Hvile gå de på igen, men kunne heller ikke nu holde Stillingen, og først tredje Gang lykkes det dem at vinde Sejrens Palme, men da rigtig nok også noget tidligere end Drengene. Det forekommer mig, at man i nyfødtes Vægt-

kurver kan se afspejlet noget af Forskellen mellem Mand og Kvinde, så vel hvad det legemlige som det sjælelige angår; Drengene nå først det bedste, efter hvad Idrätsmændene kalde at være »kommet lidt i Varmen», hvorimod Pigerne »komme forholdsvis hurtig op» (CLOD-HANSEN).

Vi skulle dernæst betragte Pigerens Kurve lidt nærmere. Fra et minimum i December stiger Kurven til Februar, falder igen til April, når 2det maximum i Juli, falder igen til September, stiger i Oktober og falder til December. Vi få herved 3 maxima (Februar, Juli, Oktober) og 3 minima (April, September, December), hvis Højde, henholdsvis Dybde er i stadig Tiltagende fra December til Oktober; men medens Forskellen mellem Vægten for de forskellige maxima og minima i det hele ikke er betydelig (30—42 Gm), er der mellem laveste minimum og højeste maximum en Forskel af 179 Gm, altså betydeligt mere end hos Drengene. Endelig er det måske værd at lægge Mærke til, at Pigerens »Bølgetoppe» ere bredere henimod Årets Begyndelse, men blive smallere henad dets Slutning; der er altså et omvendt Forhold mellem Højde og Bredde, noget, som for øvrigt også kan erkendes i Drengenes Kurve.

Spørge vi nu atter her, om disse Vægtforhold hos nyfødte Piger kunne antages at være et Udtryk for Pigebørns Vægtforskelligheder i Årets Løb, er det vel naturligt at svare, at, var nyfødte Drenges Vægtkurve det, må Pigerens vænteligen også være det — for Årene 1891—94 i alt Fald. Uoverensstemmelsen mellem de nyfødte Drenges og Pigers Kurver er nu endda heller ikke så overvældende, som man efter det tidligere anførte skulde tro. Bägge Kön have det tillfälles, at Vægtens absolute maximum først nåes om Efteråret (Oktober—November), og forskyde vi Könnenes Kurver mod hinanden, Pigerens til højre, d. e. henimod Årets Ende, og Drengenes til venstre, d. e. henimod Årets Begyndelse, vil Overensstemmelsen strax falde i Öjnene. Men medens vi i Årets Slutning kun behöve at forskyde Kurverne 1 Måned, må de i Årets Begyndelse forskydes 3 Måneder og i dets Midte 2, idet fölgende Måneders Vægt svarer til hverandre:

Piger: Februar—Juli—Oktober,

Dreng: Maj—September—November.

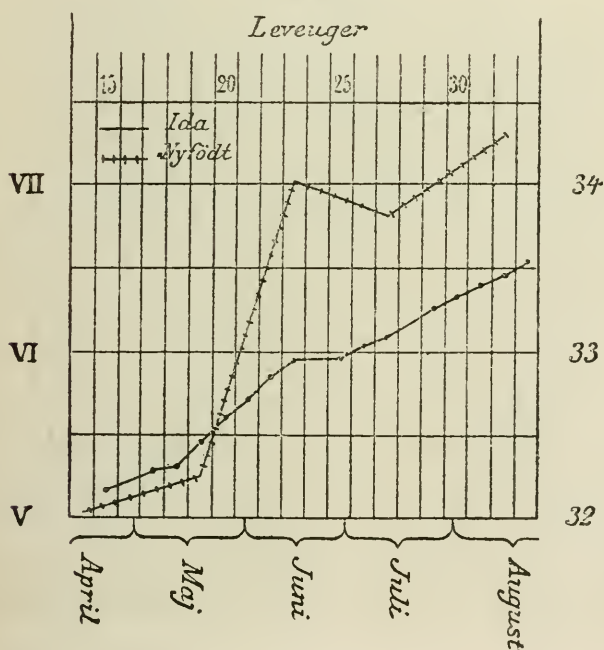
De 2 Kön have altså en i Forhold til Årstiden forskellig »Vægttid»; men Bög og Eg have jo også forskellig Lövspringstid.

Hvad vide vi da om Pigebørns Vægtforandringer i Årets Løb? Efter MALLING-HANSEN skulle Pigerne i det væsentlige forholde sig som Drengene; men han har des værre (+1890) kun nærmere fået bearbejdet Drengenes Vægt, og enkelte Udtalelser af ham vise netop, at de 2 Kön forholde sig noget forskelligt, navnlig således at Pigerne tiltage en Tid lang i Vægt til Trods for, at Drengene tage af. Fremdeles har, som tidligere omtalt, SCHMID-MONNARD påvist Forskel hos de 2 Kön, og endelig har VAHL (Jægerspris) ved at veje Piger i Alderen 4—14 År 2 Gange årligt (April og Oktober) fundet, at Tilvæksten i Sommerhalvåret næsten er $\frac{1}{3}$ større end i Vinterhalvåret, noget, der efter vor Tabel særdeles godt kunde svare til Forholdet hos nyfødte Piger, men dårligere vilde passe på Drengenes Kurve.

At vore nyfødte Pigers Vægt er rigtig for Årene 1891—94, fremgår formentlig også tydeligt nok af, at der kan påvises udtalt Svingningsoverensstemmelse med sunde Pigebørns Vægt i 1ste Leveår.

e) Hos *Ida*, der fødtes d. $\frac{13}{1}$ 91 og ernæredes med Ammemælk, viser således Vægtkurven fra d. $\frac{23}{4}$ til $\frac{18}{8}$ 91 Svingninger, der genfindes i nyfødte Pigers Vægt fra April til August inklusive 1891 (Tabel XIII).

Tabel XIII.



Og når jeg ovenfor (Side 21) udtalte, at Stilstanden i Vægt hos de 3 Pattedbørn (Tabel VIII—X) særdeles godt kunde svare til Overgangen fra MALLING-HANSENS Mellem- og Minimumsperiode, få vi her til Dels Forklaring på, at denne Overgang er så lidet bestemt, idet de 2 Køns Vægtforhold viser sig at være ret forskelligt på denne Tid af Året.

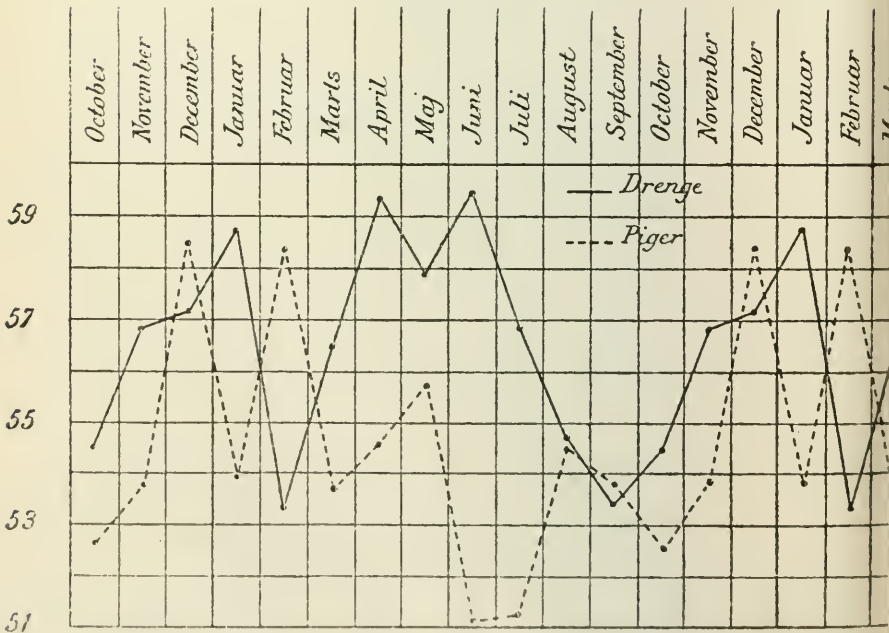
Jeg tror derfor, at de Regler, der her ere fundne for bægge Køn hos nyfødte, have været de i Hovedsagen gældende for Barnealderens Vægtforhold i 4-Året 1891—94, noget, der også vil blive bekræftet for Pattedbarnealderens Vedkommende ved det, der skal anføres senere hen i denne Afhandling. Efter således at have fået et til vort Brug anvendeligt Skema for Vægtens fysiologiske Forhold i Kalenderårets Løb hos bægge Køn, skulle vi gå over til at se, hvorledes vore

syge Pattedbørns Vægt

forholder sig i Løbet af Året (Tabel XIV).

Tabel XIV.

Syge Børns Vægt. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.



Tabellen viser, at de 2 Køns Vægt i det hele forholder sig meget forskelligt; Drengene veje mere end Pigerne, undtagen i Februar, September og December; gennemgående stiger Pigerens Vægt, når Drengenes falder og omvendt, kun henimod Årets Slutning er der nogen Parallelisme i Kurverne.

Betragte vi dernæst hvert Køn for sig, så fremgår det for Drengenes Vedkommende, at man kan påvise 2 udtalte maxima (Januar og Juni), der adskilles ved minima i Februar og September. Perioden Februar—Avgust udmærker sig ved at have en forholdsvis høj og Perioden September—Januar ved en forholdsvis lav Vægt. Kunne vi heri genfinde de fysiologiske Love? Ved at sammenligne de syge Drenges Vægtkurve med den hos nyfødte (Tabel XV), vil det ses, at man i begge Kurver tydeligt kan iagttage de samme Svingninger, endog i Detaljer; men de syge Börns Kurve er forskudt 1 til 2 Måneder henad Årets Slutning, idet følgende Måneder komme til at svare til hverandre:

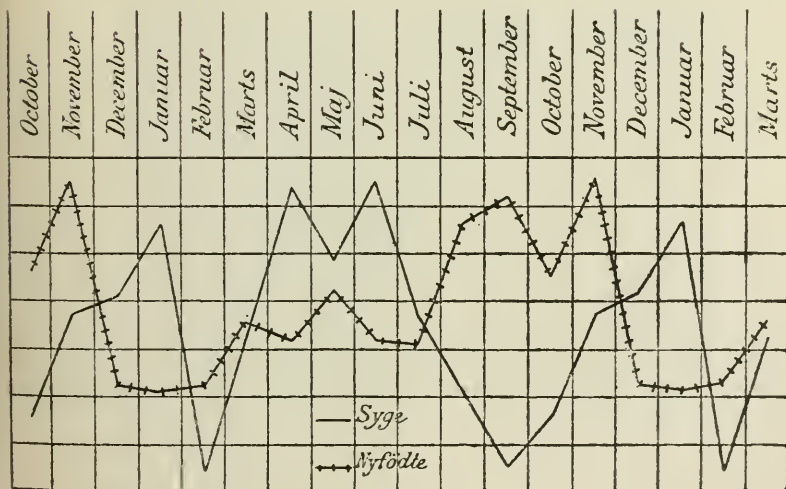
Nyfødte: Maj—September—November.

Syge: Juni—November—Januar.

Tabel XV.

Nyfødtes og syge Pattebörns Vægt.

Drengene.



Foruden Forskydningen i det horisontale Plan, er der også Forskydning i det vertikale og det på den Måde, at Bølgebjergene ere forholdsvis højere og Bølgedalene dybere, så at Grænserne mellem Perioderne blive skarpere udtalte i den patologiske Kurve end i den fysiologiske, og således at Forholdet mellem de enkelte Perioders Vægtsum byttes om, idet de syge Børn have den højeste Vægt i, hvad der svarer til MALLING-HANSENS »Mellemperiode», og kun Middelvægt i »Maximumsperioden». Men til Trods for disse Uoverensstemmelser er Ligheden mellem de 2 Kurver så slående og kan føres så meget i Enkeltheder, at de åbenbart gensidig bestyrke hinandens Pålidelighed, noget der for mig er et væsentligt Holdpunkt for, at mine Kurver for nyfødtes Vægt svarer bedre til de fysiologiske Forhold i 1891—94 end MALLING-HANSENS gøre det.

Vi gå dernæst over til at betragte de syge *Pigers* Vægtforhold. Kurven viser hos disse (Tabel XIV) 4 maxima (Februar, Maj, August, December) og 4 minima (Januar, Marts, Juni, Oktober), medens vi fysiologisk kun havde 3 af hver. Men lad os, ligesom vi gjorde det for Drengenes Vedkommende, sammenligne den fysiologiske og patologiske Kurve med hinanden (Tabel XVI, S. 31). Den vandrette Forskydning henimod Årets Slutning genfindes jo også tydeligt nok i de syge *Pigers* Kurve, idet følgende Måneder svare til hverandre:

Nyfødte: Februar — Juli — Oktober.

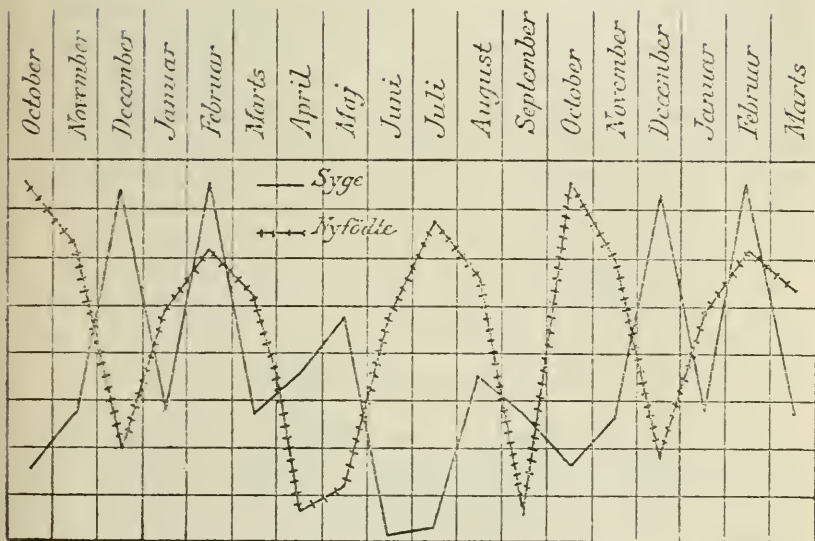
Syge: Februar, Maj—August—December.

Det brede og forholdsvis lave fysiologiske maximum (Januar—Marts) kommer altså til at svare til 2 adskilte maxima i den patologiske Kurve (Februar—Maj). End videre kommer det forholdsvis lille fysiologiske minimum i December til at svare til 2 i Kurven hos syge Børn (Januar—Marts); men for øvrigt finde vi ligesom hos Drengene den patologiske Vægtkurve forskudt 1 til 2 Måneder henimod Årets Slutning i Forhold til den fysiologiske. Og hvad den lodrette Forskydning angår, så er denne hos *Pigerne* udbredt over et større Tidsrum end hos Drengene, idet det kun er lige ved Årets Begyndelse og Slutning, at den er lidet udtalt.

Tabel XVI.

Nyfödtes og syge Pattedörns Vägt.

Piger.



De syge Pigers Vägtkurve afviger altså noget mere fra den fysiologiske Kurve, end Drengenes gör det; Sygdomme spille så at sige lettere Bold med det svage end med det stærke Könns Vägt. Men til Trods herfor genfindes de fysiologiske Love dog tydeligt i de patologiske Vägtkurver så vel hos Piger som hos Drengene, og da Forskydningen hos bägge Kön foregår i samme Retning og på väsentlig samme Måde, må vi også ved at sammenligne Könnenes patologiske Vägtkurver indbyrdes kunne genfinde det fysiologiske Forhold mellem Könnenes Vägt i disse, og det kunne vi jo også let (Tabel XIV). Hér er et modsat Forhold mellem Vägtene undtagen henimod Årets Slutning, ligesom dér; Pige kurven er forskudt henad Årets Begyndelse, Drengenes henimod dets Slutning, og Drengene veje i det hele mere end Pigerne, et Forhold, hvori kun den noget forskellige Forskydning i det lodrette Plan bevirker en ringe Uregelmässighed.

Vi ere således ved Betragtning af syge Pattebørns Vægt så vel efter Levemåneder som efter Kalendermåneder komne til det samme Resultat, nemlig at den fysiologiske Type tydeligt genfindes i det patologiske Materiale; men Billedet er fortrukket snart mere i den ene, snart mere i den anden Retning, det iagttages ligesom gennem et Prisme, hvis brydende Kant afvexlende er vendt op og ned, til højre og til venstre.

Patologiske Processer hæmme altså den fysiologiske Udvikling snart i højere, snart i ringere Grad og forskyde derved de normale Grænser for samme så vel i det hele som i de enkelte Afsnit; men det fysiologiske behersker det patologiske.

Vi gå dernæst over til at betragte det indbyrdes Forhold mellem

C. Sygelighed og Vægt.

Det er jo en bekendt Sag, at Sygdom og Vægt som Regel stå i et omvendt Forhold til hinanden. Man kan vel ikke tænke på en Diagnose som atrophia infantum, uden at dette står lyslevende for En, og Udtalelser herom så vel mere i Almindelighed som angående enkelte Sygdomme foreligge naturligvis også dels i Håndbøgerne under Sygdomsbeskrivelsen, dels i mere specielle Afhandlinger, f. Ex. af BRÜNNICHE, STAGE, VAHL og MALLING-HANSEN.

Lad os da se, hvorledes Forholdet er mellem vore Pattebørns Vægt og Sygelighed, idet vi begynde med at betragte det efter

1) Levemåneder.

I det hele og store er Forholdet jo modsat, Vægten stiger og Sygeligheden falder; men så vel Vægt som Sygelighed forholde sig som tidligere vist ikke ganske ens i Løbet af 1ste Leveår. Medens vi indtil omtr. 8de Levemåned have det omvendte Forhold mellem de 2 Faktorer i den stærkt aftagende Sygelighed og den stærkt tiltagende Vægt, finde vi derimod i Årets Slutning et mere lige Forhold derimellem, for så vidt en ringe Sygelighed og en forholdsvis ringe Vægtforøgelse komme til at høre sammen, og se vi på Enkeltheder i Kurverne, er der også snarest et lige Forhold mellem Sygelighed og Vægt så vel hos Drengene som hos Piger. Hvad kan Grunden

hertil være? Man må erindre, at Materialet for Sygelighed og Vægt er en Del forskelligt, idet hverken Antallet af Sygdomme eller af Vejninger svare til hinanden eller til Antallet af syge eller vejede Børn; nogle af Børnene have kun været syge én Gang, andre flere Gange, nogle ere ikke vejede, andre ere vejede ofte; det er altså ikke kommensurable Størrelser, vi have at arbejde med. Det fra det sædvanlige afvigende, at der i vore Kurver delvis er et lige Forhold mellem Sygelighed og Vægt, får dog en naturligere Forklaring, når man ihukommer, at vore syge Børns Vægtkurve i Hovedsagen gengiver den fysiologiske Type, beherskes af Lovene for den fysiologiske Vægtudvikling. Ere vi nåede så vidt, komme vi let ud over de tilsyneladende Modsigelser; ti rigtig nok kunne vi på den ene Side tydeligt genfinde de fysiologiske Love i vore patologiske Vægtkurver; men på den anden Side veje vore syge Børn i hele 1ste Leveår absolut mindre end sunde Børn, og her have vi jo netop det omvendte Forhold mellem Sygelighed og Vægt.

Grunden til, at Sygeligheden til Trods for, at den utvivlsomt påvirker Vægten i nedadgående Retning, dog ikke kan tilintetgøre de fysiologiske Love for denne, må være, enten at disse ere den for styrke, eller at Sygeligheden på en Måde er en lunken Modstander, — for ikke at sige bægge Dele. Og det er vel netop Sagen; ti de Processer og Produkter, der betegnes som sygelige, ere jo ikke efter deres Væsen noget nyt, noget fremmed, som kun har fæstet Bo i Organismen, men udvikle sig efter Lovene for de sædvanlige fysiologiske Livsytringer (C. LANGE).

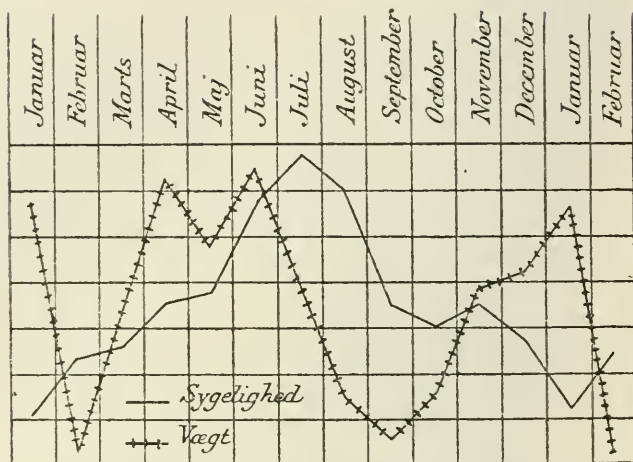
Lad os dernæst betragte Vægt og Sygelighed efter

2) Kalendermåneder.

Hos *Drengene* (Tabel XVII, S. 34) er der ganske vist til Dels et modsat Forhold mellem de 2 Faktorer, f. Ex. Juni—Juli med faldende Vægt og stigende Sygelighed, og November—Februar med faldende Sygelighed og stigende Vægt; men til andre Tider er der tværtimod et lige Forhold derimellem, f. Ex. Februar—April og Juli—September.

Tabel XVII.

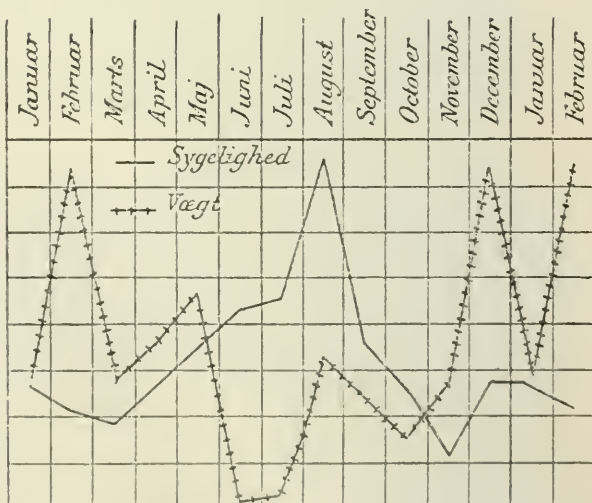
Drenge's Vægt og Sygelighed. 0—1 År.



Og for *Pigernes* Vedkommende (Tabel XVIII) kommer akkurat det samme frem; her er Forholdet omvendt i Januar—Februar, Maj—Juni og Oktober—November, men ellers lige.

Tabel XVIII.

Pigers Vægt og Sygelighed. 0—1 År.



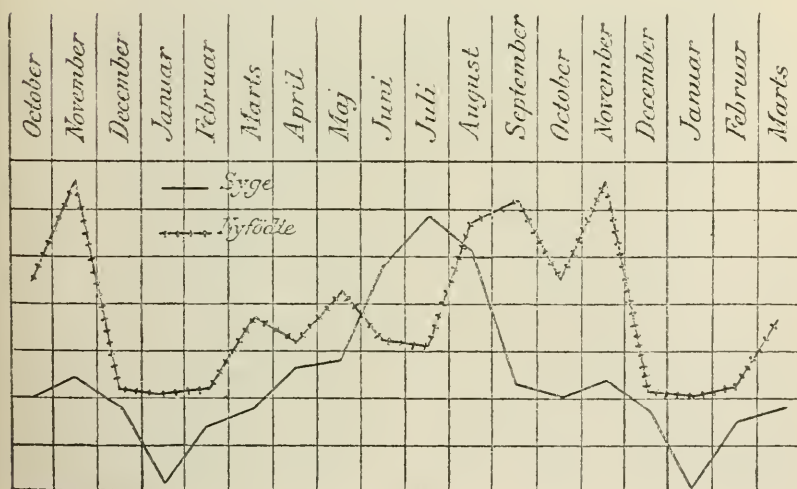
Nu vide vi ganske vist, at Sygdomme indvirke forskelligt stærkt på Vægten efter deres Grad og Varighed (SCHEPELERN, MIYAMOTO), og det er jo en dagligdags Erfaring, at nogle Lidelser give større Vægttab end andre. Men selv om det også er tydeligt at erkende, at Vægten hos bægge Kön er lav på den Tid af Året, hvor Sygeligheden her i Landet er størst blandt Pattebörn, må vi dog atter erindre Overensstemmelsen mellem den patologiske og fysiologiske Vægtkurve og kunne lige så lidt her, som hvor Talen var om »Levemåneder», give Sygeligheden alene Skylden for den patologiske Vægtkurves Udseende.

Viser da den fysiologiske Vægtkurve mere Lighed med Sygelighedskurven, end den patologiske Vægtkurve gør det? Også her finde vi (Tabel XIX og XX), at der snart er et omvendt, snart et lige Forhold mellem Vægt og Sygelighed. De 2 Slags Kurver vise sig vel antydningvis at stå i et nærmere indbyrdes Forhold; men i det hele og store ere de uafhængige af hinanden, hver går sine egne Veje, og man kan lige så lidt sige, at et fysiologisk Vægtminimum disponerer til høj Sygelighed, som at et Vægtmaximum er Årsagen dertil.

Tabel XIX.

Sygelighed 0—1 År og nyfødtes Vægt.

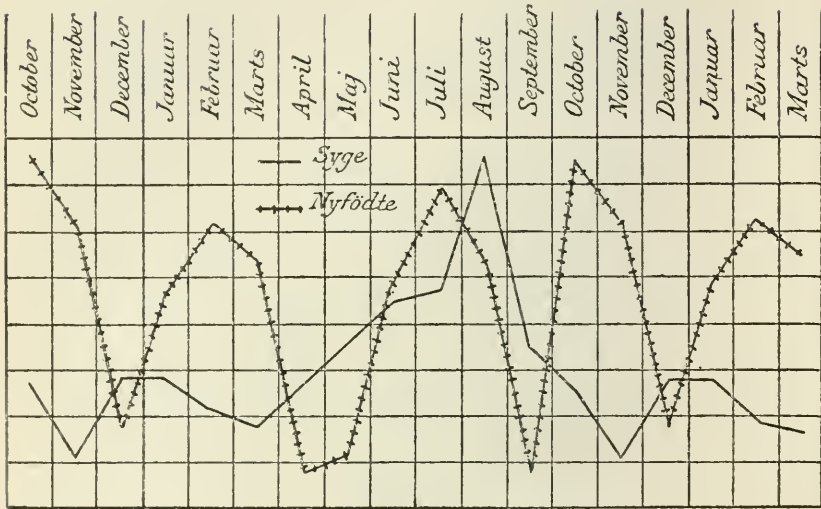
Dreng.



Tabel XX.

Sygelighed 0—1 År og nyfødtes Vægt.

Piger.



Det er hverken Vægten, der alene bestemmer Sygelighedens Forhold, eller Sygeligheden, der udelukkende bestemmer Vægtens.

Når jeg derfor sluttode min Undersøgelse over hele Barnealderens Sygelighed med at udtale, at det er Ejendommeligheder, der stå i Relation til Barnets Organisme og dennes Udvikling, som væsentligst ere Årsag til Sygelighedens Forhold, kunde man måske tro, at jeg efter det Resultat, jeg er kommen til i denne Afhandling, måtte opgive et sådant Standpunkt; men det er langt fra Tilfældet. Jeg antager vedblivende, at Meningen er rigtig, og jeg er overbevist om, at ældre tyske Forfattere som JÖRG, WENDT, RAU og RUMMEL videnskabelig set have Ret, når de beskrive Börns Sygdomme, eftersom disse optræde i dette eller hint fysiologiske Afsnit af Barnealderen. Men når denne Stofinddeling af praktiske Lærebogshensyn har måttet vige Pladsen for en simplere, er det vist ofte gået i Glemmebogen, hvilken vigtig Rolle det spiller »den physiologischen Character und dessen Einfluss auf pathologische Zustände

genauer ins Auge zu fassen» (RUMMEL), om man end hos enkelte nyere Forfattere (HAGENBACH, UFFELMANN, GERHARDT, KEY) kan finde mere speciel Omtale heraf.

Derimod kunne vi af denne Afhandling lære, at det ikke er den Side af det fysiologiske Liv, der finder sit Udtryk i Vægtforholdene, som er det dominerende, eller i alt Fald det ene herskende, lige over for Sygeligheden i al Almindelighed.

Köbenhavn i November 1895.

Tab. I.

Konsultationer i Marthahjemmets Poliklinik for Børn af bage Køn. 0—14 År. 1891—94.

	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	August.	September.	Oktober.	November.	December.	Sum.
1891	409	473	473	470	391	463	449	499	557	550	514	475	5723
1892	371	512	532	472	522	505	406	408	528	465	601	448	5830
1893	502	638	685	539	553	523	502	601	468	574	494	504	6583
1894	548	602	504	461	499	557	480	447	455	537	553	521	6164
Sum	1830	2225	2194	1942	1965	2048	1837	2015	2038	2126	2162	1948	24300

Tab. 2.
 Syge Dreng. 0—1 År. Marthalijem 1891—94.

Alder i Måeder.	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	August.	September.	Oktober.	November.	December.	S u m.
0—1	3	4	2	3	4	7	6	9	5	2	9	1	55
1—2	8	14	9	8	9	12	12	21	11	10	5	6	125
2—3	12	10	7	4	15	14	15	9	16	8	9	14	133
3—4	4	10	9	18	8	11	11	4	11	7	9	7	109
4—5	2	6	8	8	5	8	16	13	5	9	5	7	92
5—6	10	8	5	7	13	13	7	9	7	8	8	13	108
6—7	5	5	11	11	7	7	9	13	10	9	6	6	99
7—8	2	3	6	5	5	11	7	6	3	5	10	5	68
8—9	4	3	4	8	6	10	9	7	6	3	5	2	67
9—10	3	4	3	5	9	3	7	6	7	6	6	6	65
10—11	8	1	7	3	4	6	10	10	2	8	7	5	71
11—12	0	5	5	4	3	6	9	3	1	5	5	7	53
0—12	61	73	76	84	88	108	118	110	84	80	84	79	1 045

Tab. 3.
 Syge Piger. 0—1 År. Marthabjøm 1891—94.

Alder i Måneder.	Måneder												S u m.
	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	August.	September.	Oktober.	November.	December.	
0—1	8	3	2	6	6	6	8	9	6	5	2	6	67
1—2	8	3	6	6	9	16	7	10	15	6	5	5	96
2—3	7	5	12	5	17	6	11	20	5	14	8	5	115
3—4	8	3	6	13	6	8	6	8	7	7	4	3	79
4—5	4	7	7	4	5	5	5	7	2	5	3	4	58
5—6	4	6	3	2	6	5	8	7	6	3	6	12	68
6—7	6	8	4	7	7	10	8	9	4	4	1	4	72
7—8	3	5	6	4	4	5	10	16	3	4	5	4	69
8—9	4	6	1	5	2	4	4	5	8	4	6	5	54
9—10	2	3	5	6	7	8	6	6	5	7	4	6	65
10—11	8	8	3	7	6	5	5	10	7	4	4	8	75
11—12	7	4	4	3	1	5	9	7	9	5	4	7	65
0—12	69	61	59	68	76	83	87	114	77	68	52	69	883

Tab. 4.

Döde Börn. 0—1 År. Köbenhavn (Kristianshavn). 1820—79.
SÖRENSEN. Gruppe I & IV.

Alder i Måneder.	Dreng.	Piger.	S u m.
0—1	656	589	1 245
1—2	186	155	341
2—3	125	109	234
3—4	157	136	293
4—5	124	98	222
5—6	99	81	180
6—7	165	155	320
7—8	60	66	126
8—9	84	70	154
9—10	121	113	234
10—11	53	57	110
11—12	47	55	102
0—12	1 877	1 684	3 561

Tab. 5.
Døde Børn af alle Samfundslag. København 1891—94.
Stadslægen.

	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	August.	September.	Oktober.	November.	December.	Sum.
Drenge	377	342	335	339	366	393	373	504	370	288	302	372	4 271
Piger	289	259	260	291	292	259	322	398	292	243	247	291	3 443
Sum	666	601	595	630	658	652	695	902	662	531	549	663	7 714
0—1 Å r.													
1—12 M å n e d.													
Drenge	251	244	260	251	289	212	292	380	270	213	216	276	3 184
Piger	195	183	209	222	225	191	242	308	296	180	184	201	2 549
Sum	476	427	469	473	514	406	534	688	476	393	400	477	5 733

Tab. 6.
 Fuldbårne Børns Fødselsvægt. Fødselsstiftelsen 1891—94.

	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	August.	September.	Oktober.	November.	December.	Middeltal.	Antal.
D r e n g e.														
1891	3 440	3 378	3 402	3 461	3 364	3 408	3 572	3 514	3 640	3 496	3 481	3 438	3 476	328
1892	3 375	3 530	3 519	3 400	3 469	3 391	3 447	3 342	3 286	3 521	3 585	3 447	3 443	332
1893	3 535	3 360	3 453	3 413	3 481	3 533	3 373	3 537	3 429	3 374	3 441	3 294	3 437	375
1894	3 224	3 345	3 378	3 443	3 467	3 381	3 390	3 506	3 632	3 442	3 550	3 461	3 434	372
1891—94	3 401	3 407	3 443	3 430	3 455	3 433	3 430	3 484	3 504	3 456	3 516	3 405	3 447	
Antal	106	108	113	109	114	106	155	172	82	112	108	122		1 407
P i g e r.														
1891	3 396	3 317	3 406	3 208	3 226	3 402	3 381	3 431	3 169	3 422	3 425	3 236	3 335	298
1892	3 402	3 581	3 456	3 456	3 171	3 400	3 409	3 293	3 453	3 531	3 321	3 390	3 397	276
1893	3 286	3 435	3 326	3 266	3 311	3 404	3 478	3 404	3 238	3 373	3 471	3 267	3 371	314
1894	3 396	3 305	3 295	3 304	3 368	3 284	3 446	3 434	3 235	3 450	3 395	3 295	3 366	311
1891—94	3 371	3 403	3 362	3 272	3 279	3 374	3 420	3 388	3 266	3 445	3 404	3 296	3 337	
Antal	90	94	95	83	85	81	169	143	84	104	90	81		1 199

Tab. 7.

Sunde Pattedörns Vägt. Privat Praxis.

a) Paula, födt $^{11}/_{11}$ 94.	b) Svend, födt $^{12}/_{12}$ 91.	c) Inger, födt $^{20}/_{2}$ 94.
$^{11}/_{2}$ 95 5 000	$^{12}/_{12}$ 91 3 500	$^{20}/_{2}$ 94 4 000
$^{18}/_{2}$ 5 250	$^{19}/_{12}$ 3 625	$^{27}/_{2}$ 4 250
$^{25}/_{2}$ 5 400	$^{26}/_{12}$ 3 925	$^{5}/_{3}$ 4 500
$^{4}/_{3}$ 5 600	$^{2}/_{1}$ 92 4 375	$^{12}/_{3}$ 4 675
$^{11}/_{3}$ 5 725	$^{9}/_{1}$ 4 625	$^{19}/_{3}$ 4 975
$^{18}/_{3}$ 6 000	$^{16}/_{1}$ 5 000	$^{26}/_{3}$ 5 250
$^{25}/_{3}$ 6 000	$^{23}/_{1}$ 5 350	$^{2}/_{4}$ 5 525
$^{2}/_{4}$ 6 000	$^{30}/_{1}$ 5 750	$^{9}/_{4}$ 5 825
$^{20}/_{4}$ 6 300	$^{6}/_{2}$ 6 000	$^{16}/_{4}$ 6 025
$^{18}/_{5}$ 6 525	$^{13}/_{2}$ 6 250	$^{23}/_{4}$ 6 175
$^{8}/_{6}$ 6 900	$^{20}/_{2}$ 6 500	$^{30}/_{4}$ 6 300
$^{10}/_{7}$ 7 400	$^{27}/_{2}$ 6 750	$^{7}/_{5}$ 6 500
	$^{5}/_{3}$ 7 000	$^{26}/_{5}$ 7 125
	$^{12}/_{3}$ 7 175	$^{12}/_{6}$ 7 500
	$^{19}/_{3}$ 7 500	$^{3}/_{7}$ 8 000
	$^{26}/_{3}$ 7 875	$^{24}/_{7}$ 8 375
	$^{2}/_{4}$ 8 250	
	$^{9}/_{4}$ 8 350	
	$^{16}/_{4}$ 8 375	
	$^{23}/_{4}$ 8 625	
	$^{30}/_{4}$ 8 950	
	$^{7}/_{5}$ 9 125	
	$^{15}/_{5}$ 9 250	
	$^{12}/_{6}$ 9 500	
	$^{3}/_{7}$ 9 750	
	$^{17}/_{7}$ 10 000	

d) Thorkild födt 17^s 90.e) Ida födt 13[/]1 91.

17 [/] 8 90 4 500	4 [/] 1 91 8 875	23 [/] 4 91 5 200
24 [/] 8 4 750	11 [/] 1 9 150	1 [/] 5 5 300
1 [/] 9 5 250	18 [/] 1 9 275	7 [/] 5 5 325
7 [/] 9 5 900	25 [/] 1 9 350	14 [/] 5 5 450
14 [/] 9 6 000	1 [/] 2 9 400	21 [/] 5 5 600
21 [/] 9 6 250	8 [/] 2 9 425	28 [/] 5 5 700
28 [/] 9 6 750	15 [/] 2 9 475	4 [/] 6 5 800
5 [/] 10 6 550	22 [/] 2 9 625	11 [/] 6 5 950
12 [/] 10 6 700	1 [/] 3 9 650	25 [/] 6 5 950
19 [/] 10 6 950	8 [/] 3 9 675	2 [/] 7 6 050
26 [/] 10 7 375	15 [/] 3 9 700	9 [/] 7 6 150
2 [/] 11 7 500	22 [/] 3 9 750	19 [/] 7 6 250
9 [/] 11 7 750	29 [/] 3 9 850	27 [/] 7 6 300
16 [/] 11 8 000	5 [/] 4 9 900	2 [/] 8 6 400
23 [/] 11 8 250	12 [/] 4 10 000	10 [/] 8 6 450
30 [/] 11 8 500	19 [/] 4 10 100	18 [/] 8 6 550
7 [/] 12 8 500	26 [/] 4 10 200	
14 [/] 12 8 500	3 [/] 5 10 350	
21 [/] 12 8 500	10 [/] 5 10 500	
28 [/] 12 8 625		

Tab. 8.

Syge Börns Vægt. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

Alder i Måneder.	Drenge.	Piger.	Bølge Kön.
0—1	3 625	3 530	3 570
1—2	4 040	3 775	3 920
2—3	4 565	4 235	4 430
3—4	4 945	4 905	4 925
4—5	5 590	5 300	5 485
5—6	6 125	5 865	6 030
6—7	6 460	6 055	6 270
7—8	7 020	6 585	6 845
8—9	7 050	6 585	6 835
9—10	7 395	7 005	7 205
10—11	7 975	7 360	7 610
11—12	7 925	7 860	7 890

Tab. 9.
 Syge Drenges Vægt. 0—1 År. Marthahjem 1891—94.

Alder i Måned.	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	August.	September.	Oktober.	November.	December.	Antal Vejninger.
0—1	3 625	3 835	3 525	4 250	4 115	3 350	3 490	3 545	3 845	3 590	3 565	3 050	50
1—2	4 225	3 955	4 110	3 750	4 210	4 305	4 120	3 770	4 160	4 615	3 850	3 885	213
2—3	4 985	4 480	4 340	4 690	4 535	4 915	4 700	4 710	4 585	3 925	4 690	4 790	281
3—4	5 115	4 940	5 045	5 050	5 415	4 980	4 960	5 095	4 810	4 815	4 455	4 980	240
4—5	6 100	4 965	5 495	5 550	6 010	5 485	5 360	5 555	5 735	5 835	6 165	5 420	191
5—6	5 925	5 895	5 285	6 170	6 115	6 550	5 740	6 015	5 450	6 005	7 105	5 830	172
6—7	6 150	6 325	5 990	6 755	5 475	6 350	6 280	6 830	5 945	6 620	7 320	7 535	159
7—8	6 740	6 270	7 005	6 585	7 130	7 250	8 050	7 115	6 785	6 085	7 315	8 370	109
8—9	7 565	7 360	7 670	7 215	7 150	7 190	6 500	7 230	7 205	6 380	6 720	7 250	89
9—10	7 285	8 140	7 400	7 505	7 390	7 315	7 545	7 200	6 720	7 065	7 870	7 595	95
10—11	8 425	8 250	7 865	7 475	7 330	9 025	8 055	7 925	7 510	7 835	8 315	6 935	62
11—12	7 650	6 790	8 400	8 440	8 410	7 975	7 315	7 800	7 400	8 300	8 265	8 225	49
0—12	5 875	5 320	5 635	5 930	5 795	5 950	5 630	5 470	5 315	5 440	5 685	5 710	
Antal Vejninger . .	71	118	151	140	136	144	187	184	190	140	135	114	1 710

Tab. 10.
Syge Pigers Vægt. 0—1 År. Marthaaljon 1891—94.

Alder i Måneder.	Januar.	Februar.	Marts.	April.	Maj.	Juni.	Juli.	August.	September.	Oktober.	November.	December.	Antal Vejninger.
0—1	3 375	3 425	3 475	3 570	3 770	3 925	3 410	3 815	3 695	3 405	2 865	3 860	72
1—2	3 700	3 670	3 720	4 035	3 815	3 745	3 165	3 585	3 715	4 005	5 005	3 630	164
2—3	4 575	4 145	4 240	4 185	4 525	4 540	3 925	3 900	4 070	4 270	4 645	4 600	203
3—4	4 700	5 040	5 155	5 410	4 540	4 800	5 040	4 560	6 190	4 640	4 990	5 230	173
4—5	4 735	4 795	5 065	5 230	5 785	4 620	4 890	5 965	5 770	6 465	5 930	5 110	109
5—6	6 280	5 660	5 800	5 190	5 955	6 100	5 255	5 535	6 390	5 730	5 900	6 615	95
6—7	5 855	5 815	6 915	6 130	6 505	6 230	6 290	6 175	5 100	5 590	5 825	5 700	97
7—8	6 325	5 990	6 710	6 590	7 000	7 165	7 035	7 010	5 860	6 125	6 530	6 565	73
8—9	6 735	6 665	5 975	7 280	7 050	5 775	5 250	7 570	6 020	6 785	6 875	8 375	77
9—10	7 550	7 095	6 370	6 360	7 150	6 935	7 255	7 555	7 145	7 250	6 825	7 575	91
10—11	7 540	7 825	7 035	7 235	7 385	7 275	7 500	6 925	7 440	7 150	7 850	7 290	69
11—12	8 365	8 385	8 470	7 410	7 125	6 900	7 550	7 650	8 225	8 300	7 865	8 405	71
0—12	5 395	5 835	5 370	5 465	5 580	5 110	5 120	5 450	5 385	5 260	5 365	5 845	
Antal Vejninger	81	89	93	110	113	123	124	173	120	110	78	75	1 294

Literaturfortegnelse.

- 1) ADSERSEN: Bidrag til Læren om Periodicitet. Hospitals-Tidende, 1890.
- 2) » Om Kvindemælk, 1891.
- 3) » Linea fusca hos Börn. Gynäkologiske og obstetriciske Meddelelser X, 1893.
- 4) » Bidrag til en Sygeligheds-Statistik for Barnealderen. Ugeskrift for Læger, 1893.
- 5) » Åbent Brev til Kommunelege AXEL HERTEL. Ugeskrift for Læger, 1894.
- 6) » Modtageligheden for Vaccination med animal Vaccine. Ugeskrift for Læger, 1894.
- 7) » Hovedomfang hos Börn. Bibliotek for Læger 1894.
- 8) AMMON: De første Moderpligter. Oversat, 1875.
- 9) Beretning (-Tiårs) om Polikliniken i København for Ubemidlede, 1895.
- 10) BRÜNNICHE: Et Bidrag til Bedømmelsen af Börns Legemsudvikling. Bibliotek for Læger, R. 5, XI, 1865.
- 11) CAMERER: Der Stoffwechsel des Kindes, 1894.
- 12) CLOD-HANSEN: Mand og Kvinde, 1895.
- 13) FABER, H.: Tidsskrift for Landökonomi. R. 5, VI, 1887.
- 14) FLEISCHMANN: Ueber Ernährung und Körperwägungen der Neugeborenen und Säuglinge. Wiener Klinik III, 1877.
- 15) GERHARDT: Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1881.
- 16) HAGENBACH: Ueber Krankheitsursachen im Kindesalter, 1872.
- 17) HERTEL, A.: Bidrag til Belysning af Sygdomsforholdene i Barnaldersalderen. Ugeskrift for Læger, 1893. Särtryk.
- 18) INGERSLEV: Om nyfødte Börns Vægtforhold. Nord. med. Arkiv, VII, 1875.
- 19) JENSEN, M.: Bidrag til de fortidlige Födslers Statistik. Bibliotek for Læger. Juli 1855.
- 20) JENSEN, O.: Efterretninger om det kongelige Opfostringshus. 1882—86.

- 21) JÖRG: Handbuch der Kinderkrankheiten, 1826.
- 22) KEY, AXEL: Die Pubertätsentwicklung und das Verhältniss derselben zu den Krankheitserscheinungen der Schuljugend. X. Internationaler medicin. Congress 1890. Sonderabdruck.
- 23) LANGE, C.: Erindringsord til Forelæsninger over almindelig patologisk Anatomî 1878—83.
- 24) LAURITZEN, W.: Om Svangerskab og Fødsel ved Tvillinger, 1891. Disputats.
- 25) MALLING-HANSEN: Om Periodicitet i Börns Vægt. Nordisk Tidsskrift for Fængselsvæsen, VI, 1883.
- 26) » Einige Resultate der täglichen Wägungen etc. VIII. Congrès périodique international des sciences méd. Compte-rendu, T. III, 1886.
- 27) » Perioder i Börns Vægt og i Solens Varme. Fragment III, A. og B., 1886.
- 28) » »National-Tidende», 4de Januar 1890.
- 29) MIYAMOTO: Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei Darmkrankheiten der Kinder. Archiv für Kinderheilkunde, VII, 1886.
- 30) MONTI: Uebersichtliche Zusammenstellung der Wachstumsverhältnisse der Kinder. Archiv für Kinderheilkunde, X, 1889.
- 31) PETERSEN, J.: Indbydelsesskrift til de offentlige Afgangs- og Årsprøver i Herlufsholms lærde Skole, 1883—84.
- 32) PFEIFFER: Die Kindersterblichkeit. Gerhardt's Handb. d. Kinderkrankh., I, 2. 1881.
- 33) RAU: Håndbog i Börnesygdomme. Oversat 1838.
- 34) RUMMEL: Die Krankheiten der Perioden des kindlichen Lebensalters, 1866.
- 35) SCHEPELERN: Årsberetninger fra Kysthospitalet på Refsnäs. Filantropisk Ugeblad 1877—78. Ugeskrift for Læger 1879 og følgende År.
- 36) » Sur le traitement des maladies chroniques de l'enfance etc. VIII. Congrès périod. internat. des sciences méd. Compte-rendu, T. III, 1886.
- 37) SCHMID-MONNARD: Ueber den Einfluss der Jahreszeit und der Schule auf das Wachstum der Kinder. Verhandl. d. elften Versamml. d. Gesellschaft für Kinderheilkunde, 1895.
- 38) STAGE: Om Börns Vægtforhold i det første Leveår, 1878.
- 39) SÖRENSEN: Börnedødeligheden i de forskellige Samfundslag i Danmark, 1883.
- 40) TRYDE: København. Stadslægens Årsberetninger for 1887 og 1891—94.
- 41) UFFELMANN: Handbuch der Hygiene des Kindes, 1881.
- 42) » Kurzgefasstes Handbuch der Kinderheilkunde, 1893.

- 43) VAHL: Om Vejning af Börn. Särtryk 1881.
- 44) » Mittheilungen über das Gewicht nicht erwachsener Mädchen, 1884.
- 45) WEISSE: Medicinisch-statistische Resultate. St. Petersburg 1847. Sonderabdruck.
- 46) WENDT: Die Kinderkrankheiten, 1826.
- 47) WEST: Fremstilling af Börnesygdommenes Natur og Behandling. Oversat 1855.





Bemerkungen und Beiträge zur pathologischen Anatomie der lymphatischen Makroglossie.

Von

Prof. M. V. ODENIUS

in Lund.

Über das Lymphangiom der Zunge und die bei demselben stattfindenden anatomischen Veränderungen hat die skandinavische medicinische Literatur zwei in den letzten Jahren veröffentlichte Mittheilungen aufzuweisen. Die erste findet sich in einer Abhandlung von Prof. J. ÅKERMAN über die Lymphangiome, ¹⁾ in welcher der Verfasser zwar kurz, jedoch unter Berücksichtigung aller wesentlichen Momente eine Beschreibung liefert von dem makro- und mikroskopischen Verhalten einer in der pathol. anatomischen Sammlung zu Lund aufbewahrten sehr erheblich vergrösserten Zunge. Das betr. Präparat stammt von einer bejahrten Frau und wurde bei der Section entnommen; ob die Affektion congenital gewesen sei konnte nicht festgestellt werden, nur so viel liess sich ermitteln, dass sie sehr lange gedauert hatte. Die zweite Mittheilung rührt von Dr. F. DAHL in Kopenhagen her, welcher in einem Aufsatz: »Ein Fall von Makroglossie« ²⁾ ausführlich und genau die mikroskopischen Befunde an einer wegen ihrer Grösse 1892 exstirpirten Zunge eines 4-jährigen Knaben schildert. Ganz besonders werden darin das Verhalten und die Veränderungen der Lymphthromben berücksichtigt, ein Gegenstand, worauf ich später zurückkommen werde.

¹⁾ J. ÅKERMAN: Bidrag till kännedom om Lymfangiomerna. Nord. med. ark., årg. 1892, n:r 23.

²⁾ F. DAHL: Ein Fall von Makroglossie mikroskopisch untersucht. Nord. med. ark., årg. 1893, n:r 2.

Durch die Güte des Herrn Dr. G. NAUMANN wurde mir im vorigen Jahre Gelegenheit gegeben einen in dem Lehnslazarethe zu Helsingborg 1895 behandelten Fall von lymphatischer Makroglossie zu untersuchen, ein Fall, der um so lehrreicher ist, als er eine mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht congenitale, überdiess ziemlich recente und im Fortschreiten begriffene Affektion betrifft.

H. N., 4-jähriges Mädchen; Eltern und Geschwister gesund; keine Lues. Vor 1½ Jahren wurde die Zungenspitze des früher vollkommen gesunden Kindes sowohl an der oberen wie an der unteren Fläche »blauroth«, welche Farbe später in eine hellere gelbliche überging. Bald nachher traten an derselben zahlreiche bis hanfsamengrosse Knötchen hervor, und allmählich vergrösserte sich die vordere Zungenhälfte nicht unerheblich, doch nicht stärker als dass sie immer noch hinter den Zähnen Platz finden konnte. Bei näherer Untersuchung wurde in der Tiefe der rechten Zungenhälfte ein ziemlich derber etwa hasselnussgrosser wenig scharf begrenzter Knoten gefühlt. Aus der Krankengeschichte geht ferner hervor, dass zwar die Zunge gelegentlich bei »Erkältungen« stärker anschwellen konnte, um indess bald wieder zur gewöhnlichen Grösse zurückzukehren, und dass im übrigen ihre »Funktionen ungestört« geblieben sind, so dass dem Kinde keine nennenswerthen Beschwerden daraus erwachsen. Niemals Verschwärung oder Fieber; keine geschwollenen Drüsen; das Aussehen blühend. — Der erwähnte tief gelegene Knoten im Verein mit der relativ kurzen Dauer des Leidens machten die Diagnose einigermaßen unsicher. ²⁸/₁₀ 1895 Amputatio linguae nach Unterbindung beider artt. linguales. Rasche und gute Heilung, so dass schon binnen drei Wochen die »dem Aussehen nach ganz normale« Spitze des Zungenstumpfes etwas vor die Zähne hervorgestreckt werden konnte.

Das schief in der Richtung nach links und vorne amputirte, in Spiritus aufbewahrte Zungenstück misst in grösster Länge (rechte Seite) 4 Cm.; die grösste Breite beträgt 3,5 Cm., die Dicke etwa 2 Cm. Die rechte vordere Partie ist deutlich voluminöser und wölbt sich flach hügelig über ihre Umgebung empor. Im allgemeinen ist die Zungenoberfläche blass und grossentheils von natürlichem Aussehen, nur findet man so ziemlich überall den Epithelüberzug mehr oder weniger verdickt bis zu 3 Mm., ebenso die Papillen bedeutend vergrössert, und diess nicht nur an der oberen, sondern auch an der unteren übrigens glatten Fläche, wo sie gruppenweise in der Grösse von Stecknadelköpfen und sogar darüber kugelförmig hervorragen. In beiden Beziehungen ist der erwähnte hügelartige Vorsprung am Zungenrücken besonders bevorzugt, indem nicht nur der Epithelüberzug hier eine Mächtigkeit von 4 Mm. erreicht, sondern auch wie es scheint sämtliche Papillen eine sehr erhebliche Höhe und Grösse erlangen, wodurch die Zungenoberfläche hier eine besonders unebene grobkörnige Beschaffenheit bekommt. Nicht wenige unter diesen mächtigen Papillen sind hanfsamengross und zeigen eine deutlich keulenförmige Gestalt mit dem

schmäleren Theile nach unten und eine breite abgeplattete obere Fläche, welche nicht selten in kleinere halbdurchsichtige Felder abgetheilt ist. Diese thatsächlich zum grossen Theile hohlen blasigen Gebilde gehen unzweifelhaft aus zusammengesetzten papillæ filiformes hervor, doch scheinen ebenfalls die papillæ clavate an ihrer Bildung betheilig zu sein.

An Durchschnitten findet man die Muskulatur in bedeutender Ausdehnung ersetzt durch ein grauweisses schwammiges Gewebe mit zahlreichen ganz feinen bis stecknadelkopf-grossen Hohlräumen von wechselnder Form. Am meisten ausgeprägt ist diese Veränderung in der rechten Zungenhälfte, und zwar finden sich die grössten und am dichtesten stehenden Hohlräume nach der unteren Zungenfläche zu in der Umgebung der NUHN'schen Drüse. Sowohl nach hinten wie nach dem linken Zungenrande hin nehmen die Hohlräume an Anzahl und Grösse allmählich ab, und die Muskulatur tritt dabei immer mehr in ihrem natürlichen Aussehen hervor. Aus diesen Befunden scheint man zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass die Veränderung in dem vorderen und unteren Theile der rechten Zungenhälfte angefangen und sich von hier nach allen Richtungen weiter ausgebreitet habe, so dass vielleicht hier in der Nähe des Mundbodens und des frenulum der Angriffspunkt der muthmasslichen Krankheitsursache zu suchen sei.

In Betreff des mikroskopischen Verhaltens stimmt der vorliegende Fall in seinen Hauptzügen mit dem überein, was schon frühere Untersucher gefunden haben, in welcher Beziehung ich besonders auf WEGNER¹⁾ und DAHL (l. e.) hinweise. Für diese allgemeineren Verhältnisse sind daher einige kurze Andeutungen hinreichend, während gewisse specielle Punkte, auf die ich später zurückkommen werde, eine eingehendere Besprechung erfordern.

Die aus den dilatirten Lymphbahnen hervorgehenden Hohlräume haben, wie bereits angegeben, eine sehr wechselnde Grösse und Form, und sind in den tieferen Partien im allgemeinen grösser und unregelmässig rundlich, oft mit engeren kanalartigen Fortsetzungen oder Ausläufern versehen, und stehen nicht selten in offener Verbindung mit einander; in den oberflächlichen Partien dagegen sind sie überwiegend in die Länge gezogen oder von deutlich röhrenförmiger Gestalt. Besonders ausgesprochen tritt diese Röhrenform in der Schicht hervor, welche den übrigens ziemlich verwischten mucosa und submucosa entspricht und von der sich die in die Papillen hineintretenden Lymphgänge nach oben abzweigen. Wie bereits WEGNER gesehen hat, wird auch die Anordnung der Kanäle hier deutlicher plexiform und ihre Ausbreitung im ganzen mehr horizontal der Oberfläche parallel, wodurch sich diese Schicht bei einer Dicke von 1 Mm. schon dem blossen Auge bemerklich macht. Offenbar findet dieses Verhalten seine Erklärung in der normalen Anordnung der oberflächlichen Lymphgefässe des Zungenrückens.²⁾ — Die meisten Hohlräume und Kanäle werden von einer scharf markirten einfachen Lage dünner Endothelzellen ausgekleidet,

¹⁾ G. WEGNER: Ueber Lymphangiome. Arch. f. klin. Chir., Bd XX, 1877.

²⁾ Conf. TEICHMANN: Das Saugadersystem 1861, S. 72, Taf. X.

welche Zellenlage unmittelbar auf dem umgebenden Gewebe zu liegen scheint, und somit allein die Abgrenzung gegen dasselbe bildet. Eine Ausnahme machen nur die Papillen, in denen die Hohlräume häufig einer besonderen Begrenzung entbehren und ihr lymphatischer Inhalt mit der Umgebung, Bindegewebe wie Epidermis, in unmittelbare Berührung tritt. Oft findet man die Hohlräume leer, sonst sind sie mehr oder weniger ausgefüllt mit geronnenen Massen, Lymphthromben, deren Zusammensetzung und Ursprung unten näher besprochen werden. Blut wird in ihnen nur an vereinzelten Stellen und in kleinen Mengen angetroffen, und dann nicht frei sondern immer dem lymphatischen Inhalte beigemischt. — Das die Hohlräume zunächst umgebende Gewebe besteht überwiegend aus sklerotischem Bindegewebe mit ziemlich sparsamen Zellen. Recht häufig trifft man indessen dasselbe mit Rundzellen infiltrirt, besonders in der mucosa und submucosa, wo die Infiltration sogar sehr dicht und ausgebreitet auftritt. Ziemlich häufig begegnet man ebenfalls der in vielen Fällen von Makroglossie angetroffenen dichten und circumscribten Lymphzellenanhäufung, welche sich in Form von mehr oder weniger vollständig geschlossenen Follikeln darstellt, und in unserem Falle oft als rundliche dem blossen Auge sichtbare Knötchen hervortritt. — Die Muskulatur ist in den stärker afficirten Partien offenbar zum grossen Theile zu Grunde gegangen, indem das Gewebe zwischen den Hohlräumen entweder völlig der Muskelfasern entbehrt oder nur einige wenige einschliesst; die zurückgebliebenen Muskelfasern zeigen indess deutliche Querstreifung und scheinen auch sonst kaum verändert zu sein. An quer geschnittenen Bündeln sieht man die Muskelfasern theils dicht an einander geschlossen, theils durch offene nicht selten ganz breite lymphatische Lücken geschieden und mehr oder weniger weit von einander entfernt. — Ferner ist noch zu bemerken, dass ebenfalls in der rechten NUHN'schen Drüse das interlobuläre Bindegewebe von geräumigen Lymphspalten durchzogen wird, wodurch die sonst normalen Drüsenläppchen weit aus einander gedrängt werden. — An den Blutgefässen und Nerven sind keine besondere Veränderungen wahrzunehmen.

Die *Lymphthromben*, welchen man so häufig in den Lymphangiomen begegnet, sind speciell bei der Makroglossie in Betreff ihrer Beschaffenheit und ihres Ursprungs von WEGNER und DAHL eingehender untersucht und besprochen worden. WEGNER¹⁾ beschreibt ausführlich die theils »dunkelen feinkörnigen Gerinnsel«, theils »hellen farblosen, etwas in's Gelbliche ziehenden, homogenen glänzenden Körper oder Schollen«, welche die Lymphräume ausfüllen, ebenso die in diesen Massen immer zahlreicher auftretenden »durchsichtigen Stellen« oder »wasserhellen Bläschen« (: Vacuolen); und will, nach dem optischen Verhalten zu urtheilen, »den ganzen Vorgang für einen der

¹⁾ WEGNER: l. c., S. 653.

sogenannten colloiden Degeneration nahestehenden halten, der zu secundärer Schmelzung und Verflüssigung der Thromben führt — —». In ziemlich übereinstimmender Weise schildert DAHL (l. c.) das Verhalten der die Hohlräume ausfüllenden Gebilde. Ausser Fibrinkoageln und homogenen stark glänzenden Massen, welche hyaline Reaktion geben und oft am freien Rande mit kleinen hyalinen Tropfen besetzt sind, beschreibt er ausführlich eigenthümliche in den papillären Hohlräumen angetroffene hyaline Fäden und Balken, welche allerlei bucklige und knorrigte Gestalten zeigen und auch Netze bilden. Diese Fäden und Gebilde entstehen »durch ein Zusammenschmelzen von hyalinen Tropfen«, und an mehreren Stellen hat der Verf. »Conglomerate von hyalinen Tropfen gesehen, wo sich in der Mitte eines jeden einzelnen Tropfens ein Kern von Grösse und Aussehen wie der Kern eines weissen Blutkörperchens fand«. Er schliesst sich daher »der Meinung an, dass die hyaline Masse aus den weissen Blutkörperchen gebildet wird«. — In meinem Falle habe ich reichliche Gelegenheit gehabt nicht nur die erwähnten hyalinen Fäden und tropfenförmigen Gebilde zu sehen, sondern auch freie oder zusammengesinterte hyaline Kugeln von etwa der Grösse eines Lymphkörperchens zu beobachten, welche mit gefärbten runden Kernen versehenen Gebilde vollkommen deutliche Übergänge zu den lymphoiden Zellen darboten. Ich kann somit DAHL'S Angaben in diesem Punkte vollkommen bestätigen; nur möchte ich hinzufügen, dass ich dergleichen Gebilde nicht allein in den papillären sondern auch in den tiefer gelegenen Hohlräumen angetroffen habe, so dass die fragliche Degeneration nicht füglich besonderen Einflüssen von Seiten der Epidermis zugeschrieben werden kann. Ob indessen das in Tropfenform auftretende hyaline Material lediglich aus einer solchen Zellendegeneration hervorgeht, muss vorläufig wohl dahingestellt bleiben. Bilder, welche für eine hyaline Degeneration der Endothelzellen sprechen könnten, habe ich ebensowenig wie DAHL jemals gesehen, und die feinen hyalinen Tropfen, welche man nicht selten der Endothelschicht dicht anliegen sieht, scheinen mir in solcher Hinsicht keineswegs beweisend. — Die genannten Beobachtungen haben in so fern ein gewisses allgemeineres Interesse als sie darthun, dass auch bei diesen eigenartigen, jedenfalls von den entzündlichen u. s. f. verschiedenen Zuständen eine hyaline Degeneration der Lymphkörperchen erfolgen

kann. Zusammengestellt mit dem analogen Verhalten der Lymphzellen gegenüber der amyloiden Degeneration¹⁾ liefern sie ferner den Beweis, dass hyaline Umwandlungen verschiedener Art bei diesen Zellenformen weit häufiger vorkommen als im allgemeinen angenommen wird.

Die nähere Untersuchung der in den papillären Hohlräumen eingelagerten geronnenen hyalinen Massen zeigt indessen, dass an der Bildung dieser Massen nicht selten noch andere und zwar ebenfalls celluläre Bestandtheile, hyalin umgewandelte Epidermiszellen, Theil nehmen. Um dies zu begründen, wird es nöthig sein einen Blick auf die Entstehung und das Verhalten der lymphatischen Blasenbildungen in den Zungenpapillen — und wohl überhaupt in der Epidermis — zu werfen.

Durch Erweiterung der normalen Lymphbahnen, welche Erweiterung ohne Zweifel in nicht geringem Grade durch die Auflockerung und Zerküderung des papillären Bindegewebes begünstigt wird, entstehen in den Papillen blasige Hohlräume, welche Anfangs noch von einer verschieden dicken Bindegewebsschicht allseitig umschlossen sind. Bei zunehmender Ausdehnung des ein- oder mehrkammerigen Raumes wird diese umgebende Bindegewebsschicht immer dünner, bis nur eine einfache Endothelzellenlage als einzige Begrenzung zurückbleibt (— ich habe solche papilläre Blasen gesehen, wo in recht grosser Ausdehnung das Endothel unmittelbar den Retezellen aufzuliegen schien —), und endlich selbst diese verschwindet, so dass die nackten Epidermiszellen direkt von dem Blaseninhalte bespült werden. An den meisten etwas grösseren Blasen wird der äussere Theil oder die Decke einzig aus dem oft recht dünnen stratum corneum gebildet, während der äussere Theil des Seitenumfanges aus dem nackten stratum mucosum mit oder ohne Cylinderzellen besteht, und nur der tiefste Theil oder der Hals der Blase von dem trichterförmig ausgebreiteten Papillenreste umgeben wird.

In den so eben erörterten grösseren papillären Hohlräumen oder Blasen, deren Wandung in grösserer oder geringerer Ausdehnung aus nacktem Retegeewebe gebildet wird, sieht man nicht selten ziemlich umfängliche Partien von Retegeewebe entweder zapfenförmig in die Lichtung hineinragen, oder — wenigstens scheinbar — vollständig frei in dem geronnenen Blasen-

¹⁾ ODENIUS: Über das Verhalten der Lymphzellen bei der Amyloid-degeneration. Nord. med. ark., årg. 1894, nr 7.

inhalte liegen. Die genannten Reteportien sind bisweilen in der Mitte mit einer charakteristischen Epidermisperle ausgestattet, und werden im übrigen gewöhnlich von einer ziemlich homogenen grobbalkigen knorrigen mehr oder weniger zusammengesinterten Masse umschlossen. Diese hyalin degenerirten Massen weichen schon durch ihr ganzes Aussehen nicht unerheblich von den weit mehr feinfaserigen und körnigen lymphatischen Gerinnseln ab. Übrigens werden sie bei Behandlung mit Pikrokarmiu braunröthlich, mit Eosin schwach röthlich gefärbt, während die lymphatischen Gerinnsel bei derselben Behandlung eine grünlich hellgelbe, resp. stärker röthliche Farbe annehmen.

An den meisten Stellen sieht man das noch als solches erkennbare Retegeewebe ziemlich quer und unvermittelt in das angrenzende hyaline Material übergehen, dessen Balken und Fasern im allgemeinen dieselbe Richtung innehalten, wie die zunächst liegenden Retezellenreihen. Hier und da trifft man jedoch einzelne noch erkennbare Retezellen oder Kerne in den fraglichen Massen eingebettet, und einige Male habe ich in denselben isolirte Retezellen mit noch erhaltenem Kern und klarem durchsichtigen in der Peripherie etwas verschwommenen Protoplasma wahrgenommen. Ebenfalls habe ich ein paar Male in der hyalinen Masse eingeschlossene Epidermisperlen angetroffen, deren Zellen eine deutliche hyaline Umwandlung zeigten. Indess gelingt es, wenn auch nur selten und an besonders günstigen Stellen, einen direkten Zusammenhang und Übergang der hyalinen Balken in das mehr oder weniger durchsichtige Protoplasma der zunächst liegenden Retezellen zu beobachten. Zugleich nimmt man hier gewöhnlich eine mehr oder weniger ausgeprägte Bildung von circumnuclearen Vacuolen wahr, wodurch einerseits die anfänglich grob netzförmige Anordnung der hyalin degenerirten Massen, anderseits der Befund von Kernen und Kernresten in den Maschen derselben erklärlich werden. — Auf Grund dieser Beobachtungen glaube ich annehmen zu dürfen, dass die in den papillären Blasenräumen auftretenden Thromben nicht nur aus koagulirter Lymphe und, wie bereits oben gezeigt, aus hyalin degenerirten Lymphkörperchen bestehen, sondern auch einen aus hyalin degenerirtem eigenthümlich geronnenen Retegeewebe hervorgehenden Bestandtheil in wechselnder Menge enthalten können.

Wie verhält sich nun *das übrige* einer reichlichen Durchtränkung mit Lymphe ausgesetzte *Epidermisgeewebe*? An der

Hornschrift ist kaum etwas Anderes zu vermerken, als eine Verdünnung und vielleicht Verdichtung, sowie nicht selten eine Abschlüpfung an der inneren gegen die Blasenräume gerichteten Fläche. Die mucöse Schicht hingegen erscheint mächtig verdickt, wobei es sich jetzt nicht sicher entscheiden lässt in wie fern Zellenwucherung dabei eine Rolle spielt. Den hauptsächlichsten Antheil an dieser Verdickung nimmt unzweifelhaft die allgemeine, wohl durch die tief gestörte Saftströmung bewirkte, Schwellung der Elemente, welche indessen Anfangs ihren allgemeinen Habitus recht gut bewahren, besonders und am längsten die Cylinderzellen. Doch habe ich an einigen Stellen eine dichte äusserst feine Bestäubung wahrgenommen, welche wie ein dichter Nebel über das ganze Gewebe ausgebreitet lag.

Als direkte und wohl rein mechanische Wirkung des stärker gegen diese Theile andrängenden Lymphstromes hat DAHL¹⁾ eine Füllung, »Injection der intercellulären Kanäle des rete Malpighii«, am deutlichsten in der Nähe der grossen papillären Hohlräume, beschrieben und abgebildet. So plausibel eine solche Erscheinung auch sein mag, und so gewiss eine stärkere Anhäufung von Gewebsflüssigkeit in diesen Theilen schon a priori vorausgesetzt werden muss, so ist es mir doch im vorliegenden Falle nie gelungen Bilder zu Gesicht zu bekommen, welche mit einiger Sicherheit in der fraglichen Weise gedeutet werden könnten. Das einzige, was einigermaßen an das genannte Verhältniss erinnert, obschon von ganz anderer Ursache und Bedeutung, sind die mehr oder weniger klaffenden Risse, welche an den Blasenwänden in dem nackt liegenden schon degenerirten rete Malpighii entstehen und ziemlich weit in dasselbe hineindringen können.

Wenn somit in diesem Falle keine intercelluläre Veränderungen in der Epidermis nachzuweisen sind, so tritt dagegen ein anderer intracellulärer Vorgang um so auffälliger hervor, eine Vacuolenbildung in den Retezellen mit Degeneration und ausgedehntem Untergang derselben. Soweit ich ersehen kann ist der Hergang dabei folgender. Während die cylinderförmigen Zellen im allgemeinen unverändert bleiben, sieht man, und zwar besonders deutlich an den am tiefsten gelegenen Retezellen, als erstes Zeichen der Veränderung einen hellen klaren

¹⁾ l. c., S. 6.

Hof den Kern ringförmig und, wie es scheint, unmittelbar umgeben. Dieser helle Hof, der sich wie eine Lücke im Protoplasma ausnimmt, wird in den höher gelegenen Zellenreihen allmählich immer breiter, bis endlich das Protoplasma so weit zur Seite gedrängt ist, dass es nur wie ein schmaler Rahmen einen relativ grossen rundlichen, oft mehr oder weniger in die Länge gezogenen Hohlraum umschliesst. Dabei wird das Protoplasma selbst immer homogener, und schmilzt vollständig mit den nächst herum liegenden in derselben Weise veränderten Protoplasma-rahmen zu einem Gitterwerk oder, wohl richtiger ausgedrückt, zu einem Wabenwerk zusammen, dessen Fäden resp. Scheidewände immer dünner und mehr ausgezogen werden; häufig findet man auch die Scheidewände durchbrochen, so dass durch Confluenz grössere Höhlen entstehen. Die in der genannten Weise immer grösser werdenden Lücken oder Maschen des protoplasmatischen offenbar ziemlich steifen Gitterwerks zeigen sich stets mit einem farblosen klaren und, nach der Lagerung der Zellkerne zu urtheilen, wenigstens zähflüssigen Inhalte ausgefüllt. Die Zellkerne, welche in dieser homogenen Masse gewöhnlich central, bisweilen auch excentrisch oder sogar an das Gitterwerk angelehnt, eingeschlossen liegen, behalten dessen ungeachtet unerwartet lange ihre Form und Färbbarkeit. Anfangs normal gross rund und deutlich bläschenförmig, schrumpfen sie später allmählich ein und werden kleiner, länglich bis kurz stabförmig und (durch Karmin) intensiv gefärbt. Erst wenn das Gitterwerk selbst sehr grobmaschig geworden ist und zu zerfallen anfängt, findet man sie schwach gefärbt, undeutlich und endlich vollends verschwunden. — Diese Vacuolenbildung mit daraus hervorgehender Degeneration findet man in der Regel am weitesten gediehen in den äussersten Theilen des rete Malpighii und ganz besonders in den interpapillären Retezapfen, wo ausserdem der Zug der sich verlängernden Papillen eine bedeutende Dehnung der Gittermaschen in vertikaler Richtung zu Folge hat. Als Endresultat der Degeneration findet man theils ein Hineinziehen und Übergehen des mehr oder weniger veränderten Retegebietes in den Inhalt der papillären Blasen, theils, und zwar hauptsächlich gerade zwischen den Papillen, eine immer weiter gehende Auffaserung des Gitterwerks mit Zerfall desselben, und endlich Ablösung der bedeckenden Hornschicht, wobei recht tief eindringende Sustanzverluste entstehen können.

Eine solche mit »perinucleärer« (UNNA) Vacuolenbildung einhergehende Degeneration der Retezellen scheint unter verschiedenen Umständen auftreten zu können. So habe ich an einem Hautpapillom eine ganz entsprechende die Kerne ringförmig umgebende Vacuolenbildung in den Retezellen mit hyaliner Degeneration des Protoplasmas beobachtet, jedoch lange nicht so ausgebreitet und so regelmässig wie im vorliegenden Falle. Ebenso gehören wahrscheinlich hieher die von KLEBS¹⁾ erwähnten »kolloiden Metamorphosen der Kerne in stark wuchernden Epithelien, wie man sie namentlich in spitzen Condylomen findet«, wengleich die geschilderten Details nicht vollständig mit den hier gefundenen übereinstimmen. Auch bei verschiedenen Formen von entzündlicher Blasenbildung in der Epidermis werden ähnliche Vorgänge beobachtet. So scheinen in Vaccinepusteln²⁾ Bildungen vorzukommen, welche an die hier beschriebenen erinnern; ebenfalls bei der Bläschenbildung beim chronischen Eczem.³⁾ Indessen ist zu bemerken, dass im vorliegenden Falle die Vacuolenbildung streng an das circumnucleäre Gebiet gebunden ist und nirgends im übrigen Protoplasma beobachtet wird, so dass eine Vergrösserung des centralen Raumes durch Confluenz von mehreren Vacuolen, überhaupt eine »reticulirende Colliquation« (UNNA) der Zellen hier keineswegs Statt hat. Von den genannten Formen unterscheidet sich die Degeneration in diesem Falle ferner durch die weite und gleichförmige Ausbreitung der vacuolären Veränderung, so wie durch die grosse Regelmässigkeit, welche sowohl die Vacuolen als auch das Maschenwerk zeigen, und welche besonders an Pikrokarmün-präparaten dem Bilde ein sehr charakteristisches Aussehen verleihen. Diese auffallende Regelmässigkeit, zusammengehalten mit dem nur spärlichen Vorkommen von vereinzelt Leucocyten in dem veränderten Retegeewebe, scheinen unzweideutig darauf hinzuweisen, dass die Degeneration als solche nicht durch Entzündung hervorgerufen ist, und dass folglich die durchtränkende Flüssigkeit

¹⁾ KLEBS: Allgem. Pathologie, Bd II, S. 107, Taf. 30.

²⁾ Wenigstens zu urtheilen nach der Abbildung Fig. 5 bei TOUTON: Vergleichende Untersuchungen über die Entwicklung der Blasen in der Epidermis. Tübingen 1882.

³⁾ UNNA: Die Histopathologie der Hautkrankheiten, 1894. (ORTH: Path. Annt. Sde Lief.), S. 210, wo die fragliche mit »einer Erweiterung des perinucleären Raumes« beginnende Veränderung mit LELOIRS »altération cavitaire« zusammengestellt wird.

nicht als entzündliches Transsudat aufgefasst werden kann. Alles spricht hingegen dafür, dass das bestimmende Moment für die Veränderung in der Lymphstauung zu suchen sei, wodurch die lymphatische Flüssigkeit in die Richtung des geringeren Widerstandes gedrängt wird, und es einerseits über den oberflächlicher gelegenen und zudem zarter gebauten Papillen — wohl theilweise auf rein mechanischem Wege — zur Bildung von grösseren Hohlräumen, wirklichen Blasen bringt, andererseits in den viel dickeren Retezapfen mit ihren fester haftenden Zellen das Gewebe gleichmässiger infiltrirt, und dabei hauptsächlich von dem Zellenprotoplasma aufgenommen wird. Die dadurch zu Stande kommende vacuoläre Veränderung zeigt somit gewisse Analogien mit der hydropischen Zellendegeneration, wiewgleich die Beschaffenheit der durchtränkenden Flüssigkeit, und vielleicht auch der ruhige Verlauf des Processes, der Veränderung einen eigenartigen Stempel aufdrücken.

Ein gewisses Interesse beanspruchen ferner die bereits von früheren Autoren beschriebenen und ebenfalls von ÅKERMAN und DAHL, allerdings mehr im Vorbeigehen erwähnten lymphatischen *follikel-ähnlichen Gebilde*, welche in diesem Falle häufig und in sehr ausgeprägter Form angetroffen werden. Bei voller Ausbildung zeigen sie sich als sehr dichte rundliche Anhäufungen von Lymphzellen, welche Anhäufungen in den tieferen Theilen der Zunge einen Durchmesser von 1 Mm. und darüber erreichen können. Da das ihnen hier einzig zu Gebote stehende Gewebe, die relativ dünnen Scheidewände zwischen den lymphatischen Hohlräumen, gewöhnlich nicht genügenden Raum bietet, so drängen sie sich mit einem Theile ihres Umfanges über dasselbe hervor, und ragen nach einer oder beiden Seiten mit kugelförmig gewölbter Oberfläche mehr oder weniger weit in das Lumen der angrenzenden Hohlräume hinein. Dieser freie Theil der Follikeloberfläche zeigt sich in den meisten Fällen scharf begrenzt glatt und von einer einfachen Endothelschicht bekleidet, welche sich unmittelbar in die Endothelauskleidung des betr. lymphatischen Hohlraumes fortsetzt. Man kann folglich diese Schicht als einen Theil der ursprünglichen Endothelauskleidung des Hohlraumes betrachten, der durch das Anwachsen des Follikels immer weiter abgehoben und vordrängt wurde. Während die Follikel nach der freien Seite hin in der genannten Weise scharf gegen die Hohlräume resp. Lymphbahnen abgeschlossen sind, sieht man dagegen ihren

tiefen in dem Gewebe wurzelnden Theil diffus und mehr allmählich in eine gewöhnlich wenig dichte und umfangreiche Zelleninfiltration sich verlieren. Als Anfangsstadien der Follikelbildung hat man wahrscheinlich die kleineren diffus begrenzten, im übrigen oft ganz isolirten Anhäufungen von Lymphzellen zu betrachten, welche häufig genug und besonders in der tieferen Schleimhautschicht angetroffen werden. In den oberflächlichen Partien der Schleimhaut und vor allem in den Papillen ist, wie bereits angegeben, die Rundzelleninfiltration überwiegend dicht und diffus verbreitet, nur selten mit Andeutung von stärker hervortretender localer Anhäufung.

Über die Bedeutung der geschilderten follikelähnlichen oder mehr diffusen Lymphzellen-anhäufungen ist es mir nicht geglückt zu einer bestimmten Ansicht zu gelangen. In Betreff der Follikel findet sich bei WEGNER ¹⁾ die Angabe, dass man »es direct verfolgen kann, wie sich diese zunächst soliden Zellenhaufen canalisiren, wie sich in ihnen durch das Richten und das Auseinanderweichen der in ihrer Form allmählich sich umwandelnden indifferenten Rundzellen Hohlräume bilden, die mit den schon existirenden bald in Verbindung treten — —». Im vorliegenden Falle findet man in den kleineren Zellenhaufen überhaupt keine Zeichen von Hohlraumbildung, in den grösseren geschlossenen Follikeln dagegen ausser Blutcapillaren allerdings auch einzelne ziemlich enge rundliche mit einfacher Endothelaukleidung versehene lymphatische Kanäle (— ein Verhalten, das ebenfalls in den Lymphdrüsen unter analogen Verhältnissen, z. B. bei Cystenbildung in denselben beobachtet wird —), sonst aber Nichts, was auf eine Ausdehnung oder Vermehrung der Lymphbahnen auf Kosten des Follikels hindeutet. Im Gegentheil müssen diese der oben gegebenen Schilderung zufolge offenbar späteren sekundären Bildungen eine gewisse Einengung der resp. Lymphräume bewirken. Leider erlaubt das Präparat nicht zu entscheiden, in wie weit sich hier Proliferationsvorgänge geltend machen; jedenfalls scheinen nicht minder Form und Anordnung dieser Gebilde, als ihr Vorkommen hauptsächlich in den tieferen und älteren Geschwulstgebieten, wo sonst wenig von Lymphzellen-infiltration zu sehen ist, dafür zu sprechen, dass es sich hier um mehr selbstständige wirklich lymphatische Bildungen, nicht um blosse Zelleninfiltrationen handelt.

¹⁾ l. c., S. 659.

Was hingegen die *diffuse*, namentlich in den oberflächlichen Partien der mucosa theilweise sehr dichte *Rundzelleninfiltration* betrifft, so könnte man Anfangs, gerade beim Vorhandensein von so ausgedehnter Blasenbildung, vielleicht geneigt sein in dieser Zelleninfiltration den Effekt einer, durch allgemeiner wirkende Ursachen bedingten, exsudativen Entzündung zu sehen. In dieser Hinsicht ist indessen zu bemerken dass, wie frühere Untersuchungen über die analogen entzündlichen cutanen Blasenbildungen hinreichend dargethan haben, die entzündliche Transsudation und Zelleninfiltration sich keineswegs auf das befallene gefässhaltige Gewebe beschränken, sondern ebenfalls in die bedeckende Epithelschicht eindringen, so dass immer eine deutliche Rundzelleninfiltration zwischen und resp. in den Retezellen vorhanden ist. Wie bereits angegeben, findet man dagegen im vorliegenden Falle in der Rete-schicht weder Infiltration von Rundzellen — nur vereinzelte in deren tiefsten Lagen —, noch die Retezellen selbst irgendwie aus einander gedrängt. Da es somit an genügenden Anhaltspunkten für die Annahme einer solchen Entzündung fehlt, so wird man für die Erklärung der Rundzelleninfiltration in der Schleimhautschicht auf rein local, wenn auch in gewisser Flächenausdehnung wirkende Momente hingewiesen. Als solches Moment bietet sich in erster Linie der stärkere Andrang der angestauten Lymphe gegen die nachgiebige nur wenig Widerstand leistende Schleimhaut mit Dehnung und Auflockerung ihres Gewebes dar. Eine nicht zu unterschätzende Bedeutung müssen auch die Zerrung und die mechanischen wie thermischen Insulte haben, für welche in dergleichen Fällen der stärker hervorgewölbte Zungenrücken und namentlich die papillären Blasen so vielfach ausgesetzt sind. Neben diesen überwiegend mechanischen Momenten ist ferner zu erinnern an die Möglichkeit einer direkt chemisch irritirenden Wirkung der wahrscheinlich mehr oder weniger veränderten angestauten Lymphe und der in ihr gebildeten Gerinnungsprodukte. Der im allgemeinen zwar wenig intensiv aber stetig wirkende beschädigende Einfluss dieser sämtlichen Momente scheint genügenden Erklärungsgrund darzubieten nicht minder für die Rundzelleninfiltration als für die mässige reactive Zellenwucherung, welche hier in der Schleimhaut beobachtet werden. Vielleicht kommt noch hinzu eine direkte Einwanderung von Lymphzellen aus der Lymphe in das auf-

geloockerte Bindegewebe, Zellen welche, wie die Lymphthromben zeigen, in recht bedeutender Menge vorhanden sind.

Es erübrigt noch mit einigen Worten die Vorgänge zu besprechen, durch welche die Vermehrung und Vergrößerung der Lymphbahnen in diesem Falle zu Stande kommen. Bekanntlich sucht man wenigstens theoretisch streng zu unterscheiden zwischen der einfachen Erweiterung der Lymphgefäße, Lymphangiectasie, und dem echten mit wirklicher Neubildung von Lymphgefäßen verbundenen Lymphangiom. In seinen Hauptzügen wird dieser Unterschied im allgemeinen so dargestellt, dass während bei der einfachen Dilatation die Endothelauskleidung entweder Lücken zeigt oder höchstens so weit gewuchert ist, dass ein continuirlicher Wandbelag erhalten bleibt, tritt hingegen beim Lymphangiom eine aktive — übrigens von ÅKERMAN (l. c.) durch Nachweis von Kerntheilungsfiguren konstatirte — und viel ausgiebigere Proliferation der Endothelzellen hervor, wodurch Material zu selbstständiger Entwicklung von wirklich neuen Lymphbahnen geliefert wird. Aus den gewucherten Lymphendothelzellen bilden sich nämlich zunächst, und zwar besonders an den Enden von Verzweigungen oder Ausläufern der Lymphgefäße, solide Zellenmassen, in denen sodann Kanäle und Hohlräume entstehen, welche mit den präexistirenden Lymphgefäßen in Verbindung treten und allmählich den Charakter echter Lymphgefäße annehmen. Nach einer Angabe von WEGNER¹⁾ schien es sogar »als wenn von den Lymphcapillaren solide, sich weiterhin aushöhlende Seitensprossen ausgingen und sich in die dichten Zelleninfiltrationen hinein verloren»; mithin ein wirkliches Analogon zu der Blutgefäßneubildung. Eine Vermehrung und Ausbreitung des Lymphgefäß-systems beim Lymphangiom wird gleichfalls, wenn auch in etwas abweichender Weise, herbeigeführt durch das Übergreifen des Lymphgefäß-systems auf die eigentliche Bindegewebssubstanz (KLEBS) oder das Verschieben der Grenze der wahren Lymphgefäße gegenüber den Lymphspalten (UXNA), wobei natürlich Zellenthätigkeit ebenfalls in Anspruch genommen wird. Ein solcher »heteroplastischer« Bildungsvorgang wird allgemein angenommen, und auch ÅKERMAN glaubt denselben konstatiren zu können.

In vorliegendem Falle stellen sich die cavernösen Hohlräume in den tieferen Partien der Zunge als fertige bereits

¹⁾ l. c., S. 658.

abgeschlossene Bildungen dar, welche nirgends Gelegenheit zum näheren Studium ihrer Entwicklung bieten. Es kann ja nicht zweifelhaft sein, dass ein innerer expansiver Druck die Hauptrolle spielt, wie die namhafte Erweiterung der Bindegewebspalten und Lymphgänge in den Muskelbündeln und den NUHN-schen Drüsen hinlänglich bezeugen. In wie fern sich aber eine selbstständige Wucherung der Endothelzellen in irgendwelcher Weise dabei betheiligt hat, lässt sich jetzt nicht entscheiden. Und in diesem Zusammenhange möchte ich hervorheben, dass es mir überhaupt in diesem Falle nicht gelungen ist Bilder zu Gesicht zu bekommen, welche für eine Neubildung von Lymphgefäßen in der angegebenen Weise d. h. durch aktive Endothelwucherung sprechen. Dennoch tritt in der submucosa und mucosa des Zungenrückens, wo die Angiombildung offenbar in stetem Fortschreiten begriffen ist, eine Neubildung von charakteristischen Lymphbahnen so deutlich zu Tage, dass die Zungengeschwulst ohne Anstand als echtes Lymphangiom bezeichnet werden darf. Einmal nämlich zeigen die im allgemeinen nur mässig dilatirten und varicösen Lymphgefäße in den unteren Theilen der Papillen eine auffallende Verlängerung und unregelmässige bisweilen beinahe spiralförmige Schlingelung, ehe sie in die blasigen papillären Hohlräume übergehen. Zweitens aber und als wichtigsten Befund sieht man in der mit Rundzellen dicht infiltrirten Zone enge in die erweiterten Lymphgefäße sich öffnende Spalten und Kanäle. Unter diesen zeigen einige scharfe deutlich endotheliale Begrenzung, andere werden nur von reihenweise und oft in ziemlichen Abständen von einander stehenden bauchigen Spindelzellen begrenzt ohne wirkliche continuirliche Auskleidung, andere endlich nehmen sich nur als einfache Lücken oder Dehiscenzen im Gewebe aus. Wie ich meine kann man schwerlich umhin, in diesen verschiedenen Bildern den Ausdruck zu erblicken für immer höhere Stufen in einer Entwicklung von neuen Lymphgefäßen in und aus dem Bindegewebe selbst, und zwar in guter Übereinstimmung mit dem oben erwähnten »heteroplastischen« Bildungsmodus. Gerade die Gegenwart von jungen Spindelzellen, welche, so viel ich ersehen kann, unmittelbar und ohne Dazwischenkunft von anderen Elementen die Kanallichtung umsäumen, scheint mir sehr dafür zu sprechen, dass das Bindegewebe selbst die Endothelauskleidung der neu entstehenden Lymphkanäle hervorbringt durch Umwandlung und Anpassung der in

loco producirten Fibroblasten, und dass es folglich nicht die von den präexistirenden Lymphgefässen hervorsprossende Zellenwucherung ist, welche das Material dazu liefert. — Für die genannte Spaltenbildung, welche hier die erste wahrnehmbare Stufe bei dem Entstehen neuer Lymphgefässe darzustellen scheint, ist die Ursache wahrscheinlich in der erwähnten reichlichen Rundzellen-infiltration zu suchen, die zu einer Auflockerung des Gewebes führt und eben dadurch ein Auseinanderweichen der Gewebstheile in Folge des Lymphdruckes ermöglicht. Nach allem zu urtheilen liegt somit hier gewissermassen ein *circulus vitiosus* vor, indem es ja, wie oben auseinandergesetzt wurde, die Lymphgefässdilataion selbst ist, welche wenigstens zum Theil die Rundzellen-infiltration hervorruft um dann, wenn die Infiltration einmal zu Staude gekommen ist, durch ihre Vermittelung wieder weiter vorzudringen und neue Gewebsgebiete zu erobern.

In Betreff der wichtigsten im Vorhergehenden erörterten Fragen lassen sich die Resultate folgendermassen zusammenfassen:

Die in den verschiedenen Hohlräumen auftretenden Lymphthromben bestehen nicht einfach aus geronnener und weiter veränderter Lymphe, sondern es nehmen, wie bereits DAHL (l. c.) nachgewiesen hat, hyalin degenerirte Lymphzellen an ihrer Zusammensetzung einen mehr oder weniger bedeutenden Antheil. In den papillären Blasen kommt als fernerer Bestandtheil noch eine wechselnde Menge von hyalin degenerirten und zu homogenen Massen zusammengeflossenen Retezellen hinzu.

In Betreff der beträchtlichen Dickenzunahme der Epidermis lässt sich in diesem Falle nicht entscheiden, ob und wie fern Zellenproliferation daran Antheil hat; als Hauptfaktor muss jedenfalls die allgemein verbreitete sehr charakteristische vacuoläre Degeneration der Retezellen betrachtet werden. Dieser Degenerationsprozess äussert sich durch das Auftreten eines durchsichtigen Hofes: einer Vacuole im Centrum der Zelle um den Kern herum, welcher Hof sich immer weiter ausdehnt und das Zellenprotoplasma gleichmässig nach aussen drängt. Das Protoplasma selbst wird dabei immer homogener und schmilzt mit dem Protoplasma der umgebenden Zellen zu einem sehr regelmässigen steifen Fach-oder Gitterwerke zusammen, in dessen Maschen die Kerne noch lange sichtbar bleiben, bis endlich auch sie und mit ihnen die letzten Spuren der cellulären Ab-

stammung verschwinden. Auf Grund einerseits der grossen Regelmässigkeit dieses Degenerationsprozesses, andererseits der Abwesenheit von Leucocyten lässt sich schliessen, dass die Degeneration, wenigstens der Hauptsache nach, nicht auf entzündlicher Transsudation beruht, sondern eher der stetigen Durchtränkung mit lymphatischer Flüssigkeit zuzuschreiben ist.

Die dichte Rundzellen-infiltration der mucosa und submucosa des Zungenrückens — als Ausdruck für Emigration wie für reaktive Zellenwucherung — hat man wahrscheinlich aufzufassen als den Effekt der irritirenden Wirkung einestheils der Ausdehnung dieser nachgiebigen Gewebe durch die andringende Lymphe, anderentheils der Insulte, für welche der emporgedrängte Zungenrücken vielfach ausgesetzt gewesen sein muss. — In welcher Beziehung die grossen follikelähnlichen Anhäufungen von lymphoiden Zellen zum Lymphsysteme stehen, oder welche Bedeutung ihnen überhaupt zukommt, muss vorläufig dahingestellt bleiben. Eine räumliche Ausdehnung oder Erweiterung der Lymphbahnen, worauf doch der ganze lymphangiomatöse Prozess hinzielt, können die Follikelbildungen jedenfalls kaum bezwecken, da sie gewöhnlich weit in die cavernösen Hohlräume vorspringen und dadurch im Gegentheil den Raum nicht unerheblich beengen.

Was schliesslich die Neubildung von Lymphgefässen betrifft, so ist es mir, bei dem vorliegenden Stadium des Falles, weder gelungen mit Sicherheit eine solche Neubildung zu beobachten, welche direkt auf Wucherung der Lymphendothelzellen zu beziehen wäre, noch überhaupt eine Wucherung dieser Elemente. Dagegen findet man, dass in dem durch die erwähnte Rundzellen-infiltration aufgelockerten und vorbereiteten Schleimhautgewebe Spalten oder Gänge entstehen, welche mit den präexistirenden Lymphbahnen in Verbindung treten. Diese Spalten werden zunächst durch reihenweise gestellte Spindelzellen ausgekleidet, welche Zellen sich später allem Anscheine nach in Endothelzellen umwandeln; mithin ein direktes Entstehen neuer Lymphbahnen in und aus dem Bindegewebe.





Nordisk medicinsk litteratur från 1896.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

H. VOGT: *Dicephalus dibrachius*. — P. HERTZ: Undersøgelser over topografiske Forhold i Bngnhlen samt Betragtninger over Åtiologien af *ulcus ventriculi* og Terapien af samme. — CARL SUNDBERG: Mikroorganismerna från läkarens synpunkt. — A. RAHLFF: Nyere Arbejder over Tyfusbacillen og *bacterium coli commune*. — B. BANG: Kampen mod Tuberkulosen hos Kvæget.

H. VOGT: ***Dicephalus dibrachius***. Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 946—948.

Fosteret var tilsendt Forf. fra en Jordmoder på Landet; det var meget macereret. De to Hoveder divergerede stærkt, Fosterets Længde 30 Cm., hvoraf 23 Cm. falder på Hoved med Krop. Rygsøjlerne stødte til os sacrum uden at forbinde sig med hinanden. Stærkt udviklet Helligben, der ikke lader sig skille i to Halvdele. Ansigtets Dele tydelige; Spiserøret iigeså på begge Sider, går på højre Side gennem Resterne af diaphragma, der mangler på venstre Side. Ventrikelens velformet, går over i en tynd Tarmstump; Resten af Tarmkanalen borte. Leverens Parenkym synes bortmacereret; Antydninger til pancreas og Milt? To Legemer på Underlivets Bagvæg på hver Side sandsynligvis Nyre og Binyrer. Organerne i Brysthulen dobbelte.

Misfosteret hører til FÖRSTERS: *terata catadidyma*, Specialform: *dicephalus dibrachius*, hvilket nærmere begrundes.

Forf. har tidligere iagttaget Födselen af et *Dobbeltfoster*, kvindeligt. Den brede og intense Sammenvoxning strakte sig fra den fælles Navle til Vinkelen mellem Hals og Hoved. 3 Födder vare fødte, hvorfor det 4de Ben nedførtes; Udtrækningen foregik nu meget let.

N. Quisling.

P. HERTZ: **Undersøgelser over topografiske Forhold i Bughulen samt Betragtninger over Åtiologien af ulcus ventriculi og Terapien af samme.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 121, 149. Det københavnske med. Selskabs Forhandlinger 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 245.

Forf. giver en Fremstilling af Bugorganernes topografiske Forhold ved 181 Sektioner. Den aldeles overvejende Mængde Abnormiteter fandtes forårsagede ved Snørliv eller Livremme og derfor hyppigst hos Kvinder. Hos noget over Halvdelen af disse var der i Ventriklens Cikatricer eller ulcera, og disses Plads var hyppigst på det Sted, hvor *curvatura minor* krydsede sig med pancreas, og hos Kvinder, hos hvem der i øvrigt fandtes Tegn på Snøring, hvad der taler for den af A. F. HALK opstillede Teori, at Snøretrykket skulde være Årsag til Ulcerationen. — Ved Nedsynkning og Dilatation af Ventriklens anbefaler Forf. når Målkediæt ikke tåles, at anvende »tør Kost».

S. Borch.

CARL SUNDBERG: **Mikroorganismerna från läkarens synpunkt.** Senare afdelingen, 1:sta häftet, 8:v, s. 161—304. Upsala, W. Schultz.

Jfr *Nord. med. literatur från 1895.* Nord. med. arkiv 1895, n:r 31, s. 1.

Det nu utkomna häftet utgör fortsättning af arbetets allmänna del. Innehåller fortsättning och slut på kapitlet: allmän etiologi och patogenes samt början af kapitlet om infektionssjukdomarnas allmänna anatomi och fysiologi.

I det förra kapitlet behandlas: invasionsportarna för virus; fagocytosläran; blodserums och väfnadssaftens baktericida kraft, alexinteorien; de blodbildande organens infektionshämmande betydelse; den lokala organresistensen; eliminationen af bakterier med de fysiologiska ekskreten; eliminationen och förstöringen af bakteriegifterna; disposition och immunitet, immunisations- eller »vaccinations»-metoderna (bl. a. serumterapien), immunitets teori.

I det senare kapitlet afhandlas infektionsämnenas förökning och spridning inom den infekterade organismen samt deras allmänna verkningsätt (icke-toxiska och toxiska verkningar) och påbörjas behandlingen af infektionens allmänna patol. anatomi (inflammation, infektiösa granulationssvulster, nekros och ulceration).

Förf. lofvar att hafva all möda osparad för att få arbetet fullbordadt under detta år.

Vestberg.

A. RAHLFF: **Nyere Arbejder over Tyfusbacillen og bacterium coli commune.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 164.

Forf. gennemgår Kendemærkerne på *bacterium coli commune* og Tyfusbacillen og viser, hvor ringe Værdi de have til at adskille de to Mikrober; anbefaler til nærmere Prøvelse den af ELSNER til bakteriologisk Diagnostik af febris typhoidea angivne Metode (Spredning af fæces på Kartoffel-Gelatine).

S. Borch.

B. BANG: **Kampen mod Tuberkulosen hos Kväget.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 31. Med Diskussion: det köbenhavnske med. Selskabs Forhandlinger 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 69, 112, 142.

Forf. meddeler Resultaterne af de talrige Undersøgelser af indenlandske Kvægbesætninger, anstillede med Tuberkulin i Overensstemmelse med hans Plan til Bekæmpelse af Tuberkulosen hos Køerne: ved at sondre Besætningen i en sund og en reagerende Afdeling, ved udelukkende at anvende kogt Mælk til Opfødning af Kalve og ved at kontrollere den sunde Afdeling med Tuberkulinindsprøjtning et Par Gange om Året. I det hele havde Tuberkulinet vist sig som et pålideligt Middel til at påvise den latente Tuberkulose. Han havde forholdsvis hyppigt fundet medfødt Tuberkulose hos Kalve, men kun når Moderen led af generaliseret Tuberkulose. — Den medfødte Disposition til Tuberkulose hos Kväget tillægger Forf. ingen væsentlig Betydning i Sammenligning med den ved Svækkelse erhvervede Disposition; nogen absolut Immunitet mod Sygdommen gives ikke.

I Diskussionen i det med. Selskab meddelte Forf. yderligere, at enkelte af Tuberkulose stærkt angrebne Dyr ikke havde reageret for Tuberkulin; Aktinomykose havde undertiden reageret, men ofte ikke. Den rene Fodringstuberkulose spillede en stor Rolle, men ikke den største; ti Tuberkulose blev mere og mere udbredt med Dyrenes tiltagende Alder; her mener han, at Infektionen foregår, dels gennem Fordøjelseskanalen ved at Dyrene slikke på Stolper og Vægge, som ere besudlede med tuberkuløse Exkreter, eller nyde Foder, der er inficeret på samme Måde, — dels gennem Respirationsorganerne ved at Dyrene indånde de indtørrede og pulveriserede tuberkuløse Produkter. Han slutter heraf, at Fodringstuberkulosen også må spille en stor Rolle hos Mennesket.

Prof. C. LANGE hævdede, at Fodringstuberkulose hos Mennesket spiller en forsvindende lille Rolle, måske fordi Menneskets Tarmslimhinde er lidet modtagelig for Infektionen. Han mente at kunne konstatere, at Lungetuberkulosen i de senere År havde skiftet Karakter: den viste sig nu ved udbredte fibrøse Forandringer og Pigmenteringer; Kaverne vare bronkiektatiske uden kaseøse Infiltrater eller Destruktioner af Lungevævet; tillige var den sekundære Avtoinfektion i larynx og Tarmkanal sjældnere.

S. Borch.

Speciel patologi och terapi: F. LENNMALM: Om sjukdomar, som bero på föreställningar, och som botas genom föreställningar. — C. LANGE: Nervepatologiske Notitser. Diskussion. — P. D. KOCH: Kvaksalveri og ischias. — FR. TOBIESEN: Om Lumbalpunktur. — SÖRENSEN: Forsøg med Serumterapi ved diphtheritis. — N. J. STRANDGAARD: Hjærtets Perkussionsforhold med særligt Hensyn til den afdæmpede Perkussion. — P. F. HOLST: Et Tilfælde af pyo-pneumothorax med diffust Hudemysem efter Punktion af Empyemet. — SOMMERPELDT: Bidrag til Behandlingen af den kroniske Lungesvindot. — KLEE: Et Tilfælde af Myxødem. Restitution ved små Doser Tyreoidin i et længere Tidsrum.

F. LENNMALM: **Om sjukdomar, som bero på föreställningar, och som botas genom föreställningar.** Hygiea 1896, I, s. 69.

Föreställningar spela en mycket stor rol hos alla människor, hos somliga dock i mycket högre grad framför alt hos dem, som lida af den s. k. nevropatiska dispositionen. Denna manifesterar sig såsom nervositet, nevrasteni eller hysteri, tillstånd, som ingalunda äro skarpt skilda utan flyta öfver i hvarandra. Sjukliga symptom framkallas hos dessa individer genom direkt verbal suggestion eller genom avtosuggestion på mångahanda sätt såsom genom läsning af s. k. läkareböcker, genom fruktan för sjukdomar, genom sinnesrörelser, genom travmer, genom härmning o. s. v. Sådana sjukdomsyttningar, som framkallas genom suggestion, kunna också aflägsnas genom suggestion. Den viktigaste suggestiva behandlingsmetoden är hypnosen, som utom den kurativa värkan också har stor betydelse för studiet af de hysteriska fenomenen. Af öfriga suggestiva behandlingsmetoder framhållas den religiösa tron, tron på kvacksalvare, på läkarens auktoritet och på medicin, framför alt nya medel och metoder, vissa operationer särskildt gynekologiska o. s. v. *Edgren.*

C. LANGE: **Nervepatologiske Notitser.** Det köbenhavnske medic. Selskabs Forhandl. 1895—96. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 195.

Diskussion. Sammesteds S. 223.

1. *Om Behandlingen af Epilepsi, specielt Boraxbehandlingen.*

L. anser Epilepsien i det hele for en godartet Sygdom med Tendens til spontan Helbredelse. Behandling er dog af væsentlig Betydning på Grund af Lidelsens Besværlighed og Langvarighed. Brompræparaterne ere i Regelen tilstrækkelige. Hvor disse ikke tåles eller ikke vise nogen Virkning på Anfaldene, anbefaler L. *Borax* i store Doser, indtil 8 Gm dgl. De ubehagelige Bivirkninger fra Mavens og især Hudens Side (Ekzem, Hårafald) svinde i Regelen trods fortsat Brug.

2. *Bemærkninger med Hensyn til Neuralgiernes Diagnose og Behandling.*

Egentlige Neuralgier optræde væsentlig kun i trigeminus og ischiadicus. De skelnes også her let fra andre smertefulde Affektioner, som

i Regelen slås sammen med dem, således nevritiske Affektioner og Reflexsmerter. Neuralgierne holde sig nemlig altid til Området af selve den angrebne Nerve, medens Reflexsmerterne ere i høj Grad tilbøjelige til at irradiere til andre Nerver. Smerten er ved Neuralgierne jagende, ved Reflexsmerterne dumpe, værkende, mere vedholdende, uden de udtalte paroxysmatiske Anfald. For ischiadicus's Vedkommende stamme Reflexsmerterne fortrinsvis fra Konkrementer eller Grus i Nyrerne. Der findes her aldrig Parästesier, som Snurren, Soven o. s. v., heller ikke Muskelatrofi. De optræde ofte i bægge Ben.

Ved Reflexsmerterne må Behandlingen naturligvis gå ud på at fjerne Årsagerne.

Ved de egentlige Neuralgier er Elektriciteten (Galvanisation) Hovedmidlet, som i Regelen ikke slår fejl. Hvor det ikke nytter, kan man forsøge Nervestrækning. Resektion af Nerven fører sjældent til noget Resultat. Af Massage har L. oftere set Skade end Gavn ved ischias.

I Diskussionen

fremhævede SCHMIEGELOW Nødvendigheden af en omhyggelig Undersøgelse af Nåsen ved Smerter i Ansigtet. LEVISON anbefalede efter MÖBIUS Brombehandling ved Migræne, medens LANGE ikke havde nogen Tillid til dette Middel her, hvor der mere krævedes en diätetisk Behandling. FRIEDENREICH mindede om CHARCOTs Fortjæneste, først at have indført Brombehandlingen af Migræne, som i mange Tilfælde gjorde god Virkning; og TRIER oplyste, at allerede EMIL FENGER kendte Oprindelsen af Smerter på Lårets Forflade fra Nyrerekrementer.

P. D. Koch.

P. D. KOCH: **Kvaksalveri og ischias.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 84.

Nogle Bemærkninger om Kvaksalverbehandling i Almindelighed og Beskrivelse af en Metode til Behandling af ischias, som anvendes af en herværende Massør. Den består i en Kombination af Ophængning og Strækning af Benet, som udføres ved Hjælp af et særligt, patenteret Hejseapparat. Dette Apparat er af Forf. simplificeret, således at det med Lethed kan forfærdiges af enhver Læge, og anbefales til Forsøg ved den nævnte Lidelse.

P. D. Koch.

FR. TOBIESEN: **Om Lumbalpunktur.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 205.

T. giver en Oversigt over de Udtalelser, som ere fremkomne i Literaturen om den af QUINCKE i 1891 indførte Lumbalpunktur. Metoden er her hjemme anvendt i 8 Tilfælde uden væsentligt Resultat. I 1 af disse Tilfælde fandt T. i Vædsken enkelte Tuberkelbaciller; i 3 andre kunde han hverken mikroskopisk eller ved Inokulation på Marsvin påvise Baciller. Han fremhæver Metodens væsentligt diagnostiske Betydning og giver en Fremstilling af dens Teknik.

P. D. Koch.

SÖRENSEN: **Forsøg med Serumterapi ved diphtheritis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 73.

Forf. giver en statistisk Opgørelse af de på Blegdamshospitalet med tysk Antiserum behandlede Tilfælde af Difteri, idet han sammenstiller den med et lignende Antal Tilfælde, der behandlede på den tidligere anvendte Måde. Af 51 serumbehandlede svære Tilfælde endte 17 med Død, af 46 lignende Tilfælde behandlede uden Serum — 15 døde. Forf. fremhæver selv, at så vel Tilfældenes ringe Antal som de tilfældige mulige Fejlkilder ved en sådan Sammenstilling gøre hans Forsøgsrække mindre bevisende, men har selv fået det Indtryk, at for de svære Tilfældes Vedkommende påvirkes hverken Sygdommens Forløb eller Varighed på nogen særlig gunstig Måde ved Serumbehandling. Af uheldige Følger af denne har Forf. iagttaget noget større Tilbøjelighed til Blødninger, 2 Gange Anuri, jævnlig Exantemer med stærk Feber.

Af middelstærke Tilfælde af Difteri behandlede 10 med, 42 uden Serum; Forløbet var i det væsentlige ens, dog syntes det nærmest, som om Serumbehandlingen påvirkede disse Tilfælde gunstigt.

De Tilfælde, som ved Indlæggelsen i Hospitalet gjort Indtryk af at være af let Art, holdt sig oftest således, ganske uanset Behandlingen.

Heller ikke de laryngitiske Symptomer ved Difteri syntes at påvirkes kendelig ved Serumbehandling. De svære difteritiske Kruppatienter døde alle trods Serumbehandling, og det gode Resultat i de lettere Tilfælde må nærmest tilskrives Infektionens Art og Epidemiens Karakter. I Maj—September 1895 døde i alt af 35 behandlede Kruppatienter, hvoriblandt 21 trakeotomerede, kun 3, hvilket giver en Mortalitet af 8,6 % eller 14 % af de opererede.

F. Levison.

N. J. STRANDGAARD: **Hjærtets Perkussionsforhold med særligt Hensyn til den afdæmpede Perkussion.** Med 11 Tavler. Nord. med. Arkiv, Årg. 1896, N:r 2, S. 1—41 og N:r 8, S. 1—46.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Årg. 1896, N:r 10, S. 6.

P. F. HOLST: **Et Tilfælde af pyo-pneumothorax med diffust Hudemfysem efter Punktion af Empyemet.** Meddelelse fra Rigshospitalets med. Afd. A. Norsk Magaz. f. Lægevid. 1895, S. 827—837.

Patienten, der led af en hurtig forløbende phthisis, fik en Dag pludselig Hold i højre Side af Brystet; han indlagdes på Rigshospitalet ^{16/4} 95. — Foruden Infiltration med Kavernesyntomer i Lungetopperne fandtes mat Lyd med svækket Respiration i en håndsbreds Udstrækning ved basis på begge Bagflader.

^{17/4}: Punktion på højre Bagflade med Aspiration af 1 Liter pus. Efter Udtrækning af Kanylen kom en fin Pusstrøm ud gennem Stikåbningen, der lukkedes med Jodoformkollodium. I Pusset fandtes talrige Tuberkelbaciller. — I Løbet af Dagen optrådte omkring Punktionsstedet rød ødematøs Hævelse i et Par Håndfladers Udstrækning. Der foretoges en Incision (dog ikke på selve Punktionsstedet, der frem-

deles var bedækket med Jodoformkollodium). Pusudsivning gennem Incisionsåbningen vedvarede 2 Dage, hvorpå der optrådte et Hudemfysem, der i Løbet af nogle Dage indtog hele Legemet. Gennem Incisionsåbningen perforeredes nu pleura med en lukket Korntang under en næsten explosionslignende Lyd af den udstrømmende Luft. Der indlagdes et Drænrør i Pleurahulen, hvorefter Emfyset med følgende Dage stadig gik tilbage. — Patienten døde imidlertid d. 30/4.

Sektionen viste en udbredt kaseøs Pnevmoni af højre Lunge med talrige Kaverer i Toppen. Opad et 2 til 3 Cm. stort Hul i pleura førende ind til en stor Kaverne. På Lungens Forflade 3 penneposetykke Perforationer førende ind til små Kaverer samt endelig på Sideranden og Bagfladen af nederste Laps øverste Parti 4 lignende Perforationer. Ved Opblåsning af Lungen under Vand boblede Luft ud gennem samtlige Åbninger.

Forfatteren opfatter den tilstedeværende pneumothorax trods de 8 Perforationer som en Ventilpneumothorax, idet det forhøjede Tryk i Pleurahulen antages at have klemt Åbningerne sammen på en sådan Måde, at Luften ikke har kunnet passere ud under Expirationen, men derimod er presset ind i Pleurahulen under Inspirationen (»Ventilpneumothorax uden Ventil«). — Den explosionslignende Lyd ved Perforationen af pleura viste at Trykket var stærkt. — Det stærke Tryk har nu umiddelbart efter Punktionen presset pus ind i Stikåbningen, och efter at Pusset er kommet under Stikåbningens niveau er Luften presset samme Vej. Da Åbningen var tillukket med Kollodium, måtte der optræde Emfysem.

Kr. Thue.

SOMMERFELDT: Bidrag til Behandlingen af den kroniske Lunge-svindst. København 1896. (GYLDENDAL.)

Under den oven anførte, noget vildledende Titel har Forf. meddelt en Række Forsøg over Eucalyptolets Indvirkning på Tuberkelbacillen så vel i Kulturer som i tuberkuløst inficerede Dyr og ftisiske Mennesker. Forsøgene med Tuberkelbacilkulturer synes at vise, at en Tilblanding af Eucalyptol i en vis Fortynding er i Stand til at dræbe disse eller dog at hæmme deres Væxt i høj Grad.

Forsøgene på Dyr vare ikke så utvetydige, men synes dog i det hele at tyde på, at subkutane Injektioner af Eucalyptol blandet med Olivenolje (1—4 Gm) tåles godt af Forsøgsdyrene og synes at hæmme Udvikling af Lungetuberkulose hos Dyrene noget, om end den ikke med Sikkerhed kan forhindre denne.

Også på ftisiske Patienter har Forf. forsøgt Midlet; han giver en Del Sygehistorier af sådanne Tilfælde og drager af disse den Slutning, at man må tilskrive Eucalyptolet en vis Indflydelse til at hæve en Del af de mest generende Symptomer, og at den muligvis også kan bringe Tuberkulosen til Ophør.

F. Levison.

KLEE: Et Tilfælde af Myxödem. Restitution ved små Doser Tyreoidin i et længere Tidsrum. Ugeskr. f. Læger. R. 5, Bd. 3, S. 145.

En 60-årig Dame, i hvis Slægt var forekommet Tilfælde af Myxödem, viste nogle Tegn på samme Lidelse, nemlig Svulst af det subkutane Væv i Ansigt, Hals og Klavikulärregion, Depression, Hukommelsessvækkelse, Mangel på Følelse i Fingerspidserne, Træthed, Svedsekretionen ophört. Hår og Negle vare dog normale. På nogle Fingre fandtes Svulst om Leddene; denne Svulst syntes væsentlig at indtage Integumenterne.

Under Behandling med Hydroterapi, Massage og Tyreoidin i små Mængder, fortsat gennem længere Tid, bedredes Tilstanden.

F. Levison.

Kirurgi och oftalmiatrik: OVE MÜLLER RÉE: Undersögelser af Öjet med et lysende Punkt. — GUSTAF AHLSTRÖM: Iakttagelser öfver synförmågaus utveckling hos en med godt resultat opererad 9-årig blindfödd flicka. — GORDON NORRIE: Om Forebyggelse af de så kaldte skrofölöse Oftalmier. — B. M. BEHRENTSEN: Et lidet Bidrag til SEXTON's Radikaloperation for Dövhed. — BARTHOLD CARLSON: Ett fall af gammal depression på hjärnskålen. — HJALMAR DAMM: Bidrag til Lären om den akute, så kaldte idiopatiske Retrofaryngealabsces hos Börn. — C. A. LJUNGGREN: Om actinomycesis hominis och dess förekomst i södra Skåne. — MICHELSEN: Praktisk Notits om Udförelsen af Trakeotomi. — H. C. SLOMANN: Bidrag til Empyembehandlingen. — JOHN BERG: Om reftbenskondrit. — PER SÖDERBAUM: Ett bidrag till behandlingen af travmatiske lesioner å tarpen. — EMIL MÜLLER: Extraabdominal Tarmresektion med fortsat extraperitonöal Behandling. — J. KAARSBERG: Laparotomi og Desinvagination ved invaginatio ileo-coecalis subchronica. — H. MAAG: Laparotomi og Desinvagination ved invaginatio ileo-coecalis. — C. A. BLUME: Bemärkninger om Diagnose og Behandling af perforatio ventriculi et duodeni. — Beretninger til Kirurgkongressen i Kristiania 1895 om Radikaloperationen for Brok i Danmark, Finland og Sverige i Femåret 1890—1894. I. KR. POULSEN: Beretning fra Danmark, statistisk sammenstillet. II. M. V. AF SCHULTÉN: Bidrag från Finland till Nord. kirurgiska föreningsens samforskning, rörande radikal-operation för bräck. III. J. BORELIUS: Bidrag från Sverige till Nord. kirurgiska föreningsens samforskning rörande radikal operation för bräck. — FR. RAMM: Om appendix og appendicitis. — G. NAUMANN: Kirurgisk kasnistik från Helsingborgs lasarett. — C. D. JOSEPHSON und A. VESTBERG: Ueber retroperitoneale Fettgeschwülste (Resumé). — C. D. JOSEPHSON och ARTUR VESTBERG: Om retroperitoneala fettsvulster. — FREDRIK ZACHRISSON: Ett fall af blåsdvertikel (dubbel blåsa?), som komplicerat en timosis-operation. — A. EURÉN: Till behandlingen af prostatahypertrofi medels exstirpatio testis. — F. KALJSER: Ett fall af gangren å penis och serotum. — P. PLUM: Om Efterbehandling ved resectio coxae. — ALRIK LINDH: Sammanställning af narkosstatistiken från de nordiska länderna för året 1 mars 1894 til 1 mars 1895. — Forhandlingerne ved Nord. kirurgisk Forenings 2det Møde i Kristiania 11—13 Juli 1895.

OVE MÜLLER RÉE: **Undersögelser af Öjet med et lysende Punkt.**
Doktordisp. Köbenhavn 1896.

Forf. resumerer sit Arbejde bl. a. i fölgende Sätninger:

a) »Fuldständig regelmässige astigmatiske Öjne ere ret sjældne; i Almindelighed findes der i astigmatiske Öjnes optiske Systemer sådanne Uregelmässigheder, som jeg har benævnet Skävheder. Disse kunne deles i 2 Slags: 1) Skävheder, der bestå i, at Snit, lagte gennem Pupillargebetet parallelt med den ene Hovedmeridian, ere, i en Retning parallel med denne, stærkere brydende i den ene Ende end i den anden; 2) Skävheder, bestående i, at Snit, lagte gennem Pupillargebetet parallelt med den ene Hovedmeridian, have, i en Retning parallel med denne, forskellig brydende Styrke.»

b) »Der gives astigmatiske Öjne, hvis optiske Systemer danne krumme Brändlijer af et lysende Punkt.»

e) »Ved Hjælp af Undersøgelser med det lysende Punkt kunne Uregelmæssigheder i Øjnenes optiske Systemer påvises, der ikke lade sig påvise ved vore almindelige kliniske Undersøgelsesmetoder, hvorfor Diagnosen Amblyopi vist nok er stillet oftere end strængt taget korrekt.»

d) »Den højeste Synsstyrke, jeg har fundet, er $\frac{6}{4}$ (SNELLENS Prøvebogstaver); men denne nås ofte af Øjne med regelmæssige optiske Systemer, hvor der for øvrigt ingen andre Grunde findes til Formindskelse af Synsstyrken; dog må det bemærkes, at jeg også har truffet denne Synsstyrke i et enkelt Øje, hvis optiske System endogså må være meget uregelmæssigt bygget.»

e) »Bestemmelsen af Astigmatismen med det lysende Punkt synes at være den nøjagtigste Metode både til at påvise og bestemme denne.»

J. Bjerrum.

GUSTAF AHLSTRÖM: Iakttagelser öfver synförmågans utveckling hos en med godt resultat opererad 9-årig blindfödd flicka. Hygiea. 1896, s. 380.

Pat. var behäftad med kongenital starr, synskärpan = kvantitativ ljusperception. Tvänne slags abnorma rörelser kunde hos bulben iakttagas, än en liflig horisontal nystagmus, än mera oregelbundet roterande rörelser, vid hvilka bulberna ej följdes åt utan än divergerade, än konvergerade, än rörde sig i det lodrätta planet i modsatta riktningar. Efter operationen, som företogs å båda ögonen med lyckligt resultat, försvunno småningom helt och hållet de oregelbundna rörelserna, och nystagmus minskade betydligt.

Uppsatsen innehåller en utförlig beskrifning om synsinnets utveckling under de första $3\frac{1}{2}$ månaderna efter operationen.

Widmark.

GORDON NORRIE: Om Forebyggelse af de så kaldte skrofulöse Oftalmier. Hosp.-Tidende, R, 4, Bd 4, S. 58.

Forf. gör sig til Talsmand for den nøyndelig af HERTZ hävdede Anskuelse, at pediculi capitis meget tit ere Årsag til de flyktänuläre Betændelser af Øjet, således at disse i Regelen ikke hidröre fra »Skrofulöse».

J. Bjerrum.

B. M. BEHRENTSEN: Et lidet Bidrag til Sexton's Radikaloperation for Dövhed. Norsk Magaz. for Lægevid. 1895, S. 1104—1109.

Forf. vil ved denne lille Artikel henlede Kollegers Opmærksomhed på en Operation, som han som Amerikaner kalder SEXTON's og som består i Fjærucelse af Trommehinde, Hammer, Ambolt og eventuelt Lösning af stapes som Middel til at forbedre Hørselen ved Sklerose i Mellemöret. Forf. anser en nedsat Perceptionsvarighed af Stemme-gaffel (hvilken, hvilket Anslag? Ref.) til 10 å 20 Sek. for Indikation. Selv har han haft små Resultater af Operationen, men mener, at den kun kan gavne Patienten og ikke skade ham ved den (Facialisparalyse, Labyrinthaffektion o. s. v.? Ref.). Tiltrods for at Indikationerne ere

vanskelige at bestemme og tiltrods for at Resultatet af Operationen som oftest er 0, mener han derfor at den bør forsøges.

BARTHOLD CARLSON: Ett fall af gammel depression på hjærnskålen.
Upsala läkarefören. förh., bd 1, ny följd, s. 27.

Pat. var en 14 år gammel flicka, som efter ett för 6 år sedan erhållet trauma lidit af svår hufvudvärk och första 3 åren äfven af »fallandesotlika» anfall. På platsen för traumat (i medellinien 3 cm. bakom öfre änden af sulcus Rolandii) fanns en 0,7 cm. djup depression af en femörings storlek. Den af förf. d. $\frac{2}{4}$ 95 företagna operationen bestod däruti, att med trepan och mejsel det 1,5 cm. tjocka, intryckta benet aflägsnades. Efter 8 dagar full läkning. Då förf. sista gången, nära 6 månader senare, återsåg pat., var denna fortfarande fullt frisk och arbetsduglig.

Karl Dahlgren.

HJALMAR DAMM: Bidrag til Læren om den akute, såkaldte idiopatiske Retrofaryngealabsces hos Børn. Afhandling for Doktorgraden. København 1896. 194 S.

Grundlaget for Afhandlingen er 72 Journaler, væsentlig fra Börnehospitalet. Forf. følger nøje BOKAIS Inddeling af pågældende Abscesser, om han end anvender Ordet »idiopatisk» på en anden Måde end BOKAI; idiopatisk er for ham en Absces, til hvilken han ikke kan finde noget Udgangspunkt. Under Symptomatologien skildres Synkningen, Respirationen, Stemmen, Hosten. Hovedets og Halsens Forhold, Fremdrivningen af art. carotis, når Abscessen breder sig fortil. End videre meddeles, hvad der kan opnås for Diagnosen ved Inspektion af fauces og ved den digitale Exploration. Med Hensyn til Differentialdiagnosen må der tages Hensyn til Krup, difteritiske Lamheder, œdema glottidis, flegmonøs angina, retrofaryngeale tumores og den spondylitiske Kongestionsabsces.

Af de 72 Tilfælde døde 5, deriblandt 2 spondylitiske; ses bort fra disse sidste, fås en Mortalitetsprocent på 4,6; i de 3 pågældende Tilfælde var der foretaget indvendig Incision, hos 2 Børn optræder Pnevmoni en Uges Tid efter Operationen, det tredje Barn dør af Hæmorrhagi nogle Dage efter en stump faryngeal Åbning af Abscessen. I 67 Tilfælde er der foretaget operativt Indgreb, i 21 indvendig Incision, i 34 stump Åbning og i 12 udvendig Incision. Forf. holder på den udvendige Incision, selv om der ikke er Svulst udvendig på Halsen, da man derved lettere undgår Reproduktion af Abscessen; ligeledes er der ved denne Incision ikke Fare for, at Pusset kan gå ned i Luftvejene, Såret kan end videre holdes aseptisk. Han foretrækker den af CHIENE angivne Incision ved bageste Rand af m. sternocleidom.; han har opereret ét heldigt forløbende Tilfælde på denne Måde.

Kr. Poulsen.

C. A. LJUNGGREN: Om actinomyces hominis och dess förekomst i södra Skåne. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 27.

Se Comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 32, s. 1.

MICHELSEN: **Praktisk Notits om Udførelsen af Trakeotomi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 62.

Forf. mener, at man ved at anvende et Par små bøjede Rouginer letter sig den stumpe Präparation ind til trachea; ved at anbringe Instrumenterne i Hudsnittet og fjærne dem fra hinanden, tage de Fascie og Bindeväv med sig, så at man så godt som uden Blødning hurtigt er inde på trachea.

Kr. Poulsen.

H. C. SLOMANN: **Bidrag til Empyembehandlingen.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 177.

Forf. har haft nogle Ulämper af den gängse Resektion med Indläggelse af Drän; når dette fjærnedes, optrådte Recidiv, skönt man måtte antage, at Suppurationen var ophört; andre Gange har en Fistel ikke villet lukke sig. Han råder derfor til at fjærne et så stort Stykke af Brystväggen, at den hele Kavitet lägges fri, så at den nöje kan inspiceres; efter omhyggelig Aftöring med Tamponer fyldes den med steril Gaze, der virker som kapillär Dränage, og som skiftes dagligt. Han har med Fordel anvendt Metoden i 5 Tilfälde. Han har begyndt med en lille Resektion og förstörret denne efter den digitale Exploration. Hvor Gazen blev noget ildelugtende, har han med Fordel penslet Hulheden med Jodtinktur. Alle Forfs Tilfälde have väret cirkumskripte Empyemer, ved de totale vil en Tamponade med Gaze selvfølgelig väre vanskelig, idet den näppe kan ndfyldte det store Hulrum. En Granulationsdannelse på pleuras Overflade har han ikke iagttaget; efter Belägningernes Afstödning holdt pleura sig blank og glat. Metoden må navnlig väre anvendelig 1) ved Empyemer, der have bestäet så länge, at Lungens Expansionsälvne må antages for väsentlig forringet, fordi disse Empyemer disponere til Fisteldannelse; 2) ved stinkende Empyemer og pyopneumothorax, da den rummeligere Adgang lettere tillader en Desinfektion; 3) ved cirkumskripte, fortilliggende Empyemer, hvor Dränet virker mangelfuldt; 4) ved tuberkulöse Empyemer, hvor en fuldständig Udtömmelse er Betingelsen for et godt Resultat; 5) ved Empyemer, hvor der må antages at väre en Komplikation med Lungeangrän, Lungeabsces eller stor Kaverne, idet den store Äbning tillader at verificere Diagnosen, således at et yderligere Indgreb kan finde Sted.

Kr. Poulsen.

JOHN BERG: **Om refbenskondrit.** Med 1 tafla. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 22.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 26, s. 4.

PER SÖDERBAUM: **Ett bidrag till behandlingen af travmatiska lesioner å tarmen.** Upsala läkarefören. förh., bd 1, ny följd, s. 94.

Förf. meddelar 2:ne af honom opererade fall af travmatisk lesion å tarmen. Det ena af dessa gälde en 29-ärig mau, som d. $\frac{8}{3}$ 95 vid 2-tiden på middagen blifvit sparkad af en häst emot buken. På grund af symptom, som tydde på tarmruptur, opererades pat. vid inkomsten till Falu lasarett samma dags afton. Den i tunntarmen befintliga brist-

ningen slöts medels dubbel silkessutur, bukhålan rengjordes, och buk-såret hopsyddes fullständigt. Pat. afled efter 12 dagar. Obduktionen visade varig peritonit och gangren i tarmen omkring suturen. Med anledning af den olyckliga utgången i detta fall tillråder förf. vid liknande skador ett annat behandlingssätt, nämligen resektion af den närmaste delen af tarmen i sådan utsträckning, att suturen kan ske i frisk tarmvägg, samt dränage af bukhålan.

Den andra pat., 39-årig man, som d. $\frac{3}{8}$ 95 träffats af ett hagel-skott i buken, opererades 30 timmar efter olyckshändelsen, enligt nyss nämnda principer med godt resultat. D. $\frac{28}{10}$ 95 utskrefs pat. läkt och frisk.

Karl Dahlgren.

EMIL MÜLLER: Extraabdominal Tarmresektion med fortsat extra-peritonäal Behandling. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 49.

Forf. har ved et Tilfælde af tuberkulös Striktur i colon ascendens anvendt den af O. BLOCH angivne extraabdominale Resektion, dog således modificeret, at det lykkedes ham også efter Resektionen at lade Tarmen ligge extraperitonäalt. Det drejer sig om en 43-årig Kvinde, som i längre Tid havde haft stenotiske Tilfælde, og hos hvem der i höjre fossa iliaca föltes en pölseformet, hård tumor, svarende til coecum og colon ascendens; da der var et let Ödem af Bugväggen, lagdes först et extraperitonäalt Skråsnit forbi spina ilei ant. i den Tro, at der muligvis kunde være pus; men da Fundet var negativt og tumor kändelig var knyttet til Tarmen, gjordes Laparotomi ved Snit langs yderste Rand af höjre m. rectus. Tumor var hård og knudret og strakte sig fra ileums Indmunding opefter til omtr. 1" fra flexura coli; selve coecum var fri; tumor var fri for Adhärencer; den friggjordes ved at spalte det ydre Blad af mesocolon; herved kunde den bringes frem i Bugväggsåret, hvor mesocolons mediale Blad fastsyedes til peritonæum parietale på den indvendige Såråbe. Tamponade med steril Gaze. 6 Dage senere reseceredes tumor, og der gjordes Sutur af de overskärne Tynd- og Tyktarmslumina, hvad der let lod sig göra (fortlöbende sero-muskuläre Katgutsuturer og overfladiske sero-seröse Lembert'ske Suturer, også med Katgut); Tarmen försänkades i den extraperitonäale Hulhed, som dräneredes bagtil gennem det oprindelige her anlagte Skråsnit; Hudsåret forenedes derefter. Der kom i de närmeste 14 Dage lidt fæces ud gennem det bagtil gående Drän, en enkelt Dag også gennem Laparotomisåret; men i övrigt var Forlöbet ganske godt, Tarmfistlerne lukkede sig, och hun udskreves med en lille Fistel bagtil, som secernerade lidt pus.

Forf. mener, Metoden er anvendelig, hvor man på Grund af Patientens nedsatte Vitalitet ikke tör göra en primär Tarmresektion; hvis Suturerne ikke holde, får man efter den angivne Metode en extra-peritonäal Tarmfistel, måske en komplet anus præternaturalis; men alt er som sagt extraperitonäalt.

Det extirperede Tarmstycke var efter Härdning 12 Cm. i Längden; lumen var så forsnävt, at en Broksonde lige kunde passere. Väggan meget fortykkt, knudret. Mikroskopisk påvist ett tuberkulöst Väv med sparsomme Tuberkelbaciller.

Kr. Poulsen.

J. KAARSBERG: Laparotomi og Desinvagination ved invaginatio ileo-coecalis subchronica. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 97.

Det drejer sig om en 3 $\frac{3}{4}$ -årig lille Dreng, som alt 4 Gange havde haft lette Symptomer på en Invagination, første Gang, da han var en 6—7 Måneder, sidste Gang for 1 $\frac{1}{2}$ År siden; der havde været Opkastninger og Blodafgang per anum; Tilfældene tabte sig efter Vandindhældninger. Hans uværende Lidelse begyndte for en Måneds Tid siden med Opkastninger, Afgang af stinkende Blod; efter en 3 Ugers Forløb afgik tynde, stinkende, dog ikke blodblandede Exkrementer efter Vandclysmata, Opkastningerne blev færre i Tal, han kom endog lidt op; der konstateredes da en Svulst i Underlivet i Retning af colon transv. og descendens; under Massage blev Svulsten hård og forandrede Form og Plads; men det lykkedes ikke at få den til at forsvinde. Barnet indlagdes da på Börnehospitalet, hvor Underlivet viste sig at være opdrevet; under Narkose konstateres en tværløbende, pølseformet Svulst over umbilicus på en 8 Cm:s Længde; der indhældtes 2 Potter Vand, som ikke kvitteredes, men Svulsten svandt ikke; derfor Laparotomi til højre for umbilicus; det viste sig da, at ileum var invagneret i colon; ved Halsen fandtes nogle friske og ældre Adhærencer, der gjorde Modstand ved et Forsøg på Lösning; derefter opsøgte den nederste Ende af Svulsten, og ved Tryk opefter desinvagneredes Svulsten med Lethed; det var en typisk Ileocoekalinvagination; serosa var glat og glinsende; fraregnet nogen Svulst af caecum og processus vermiformis, vare Forholdene naturlige, hvorfor Tarmen reponeredes og Bugsåret lukkedes. Forløbet godt.

I dette Tilfælde lykkedes det altså at hæve en Invagination, der havde bestået i 30 Dage.

HIRSCHSPRUNG har tidligere meddelt en Sygehistorie, hvor en 24 Dage gammel Intussusception blev hævet ved den 9de Vandindhældning (under Narkose); TRIER har endog hævet en 3 Måneder gammel Invagination hos et 9 Års Barn ved 14 Dages Behandling med Vandindhældninger.

Kr. Poulsen.

H. MAAG: Laparotomi og Desinvagination ved invaginatio ileo-coecalis. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 172.

I Anledning af KAARSBERGS Meddelelse om Desinvagination af en Invagination ved et Tryk fra den distale mod den proximale Ende af Svulsten refererer Forf. et Tilfælde, hvor han har båret sig ad på en lignende Måde, hvor et Træk ved Halsen af tumor var uden Virkning, trods det, at der ikke fandtes Adhærencer; han mener, at disse ikke spille nogen Rolle; det er snarere Trykket, der virker stærkere end Trækket oppe ved Halsen. Sygehistorien angår et 2 $\frac{1}{2}$ Års gammelt Barn med akut Ileocoekalinvagination; ved Vandindhældning svandt Svulsten; men da den reproduceredes Dagen efter, gjordes Laparotomi og Lösning af tumor på den angivne Måde. Barnet døde næste Dag; der var begyndende Gangræn af Slimhinden omkring valv. Bauhini, iugen peritonitis.

Kr. Poulsen.

C. A. BLUME: **Bemärkninger om Diagnose og Behandling af perforatio ventriculi et duodeni.** Nord. med. Arkiv, Årg. 1895, N:r 21.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, Årg. 1895, N:r 26, S. 1.

Beretninger til Kirurgkongressen i Kristiania 1895 om Radikaloperationen for Brok i Danmark, Finland og Sverige i Femåret 1890—1894. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 24.

- I. KR. POULSEN: Beretning fra Danmark, statistisk sammenstillet. A. st., Sid. 1.
- II. M. V. AF SCHULTÉN: Bidrag från Finland till Nord. kirurgiska föreningens samforskning, rörande radikal-operation för bräck. A. st., s. 35.
- III. J. BORELIUS: Bidrag från Sverige till Nord. kirurgiska föreningens samforskning rörande radikal operation för bräck. A. st., s. 56.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 26, s. 11, s. 12 & s. 13.

FR. RAMM: **Om appendix og appendicitis.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1895, S. 917—928.

Appendicitis skyldes i mange Tilfælde, kanske de fleste en Inkarceration af appendix, fremkaldt ved en pludselig Udspilning af coecum. Dette fölges af en Stase, med föröget Virksomhed af Organets Glandler, Epitelet opblödes og afstödes. Vejen för Infektion er hermed åben.

Denne Opfatning stöttes ved de bekendte Experimenter, udförte af BUSCH og KOCHER, til Belysning af Inkarcerationens Ätiologi i frit hängende Tarmrör. En Sonde indföres i et Tarmrör, hvorpå en Ligatur löst sammensnörer Tarmen om Sonden, som så fjärnes. Hvis nu Tarmen ovenför det snävre Sted pludselig udspiles med Luft eller Vädske passerer ikke en Dråbe gennem Stenosen, idet det udspändte Parti af Tarmen suger det forsnevrede Stykke op i sig selv, og derved stopper Åbningen til.

BUSCH tror at have iagttaget, at det kun er mucosa som blir gleder på sit Underlag og lukker Åbningen.

ALBERT har samme Mening om Inkarceration.

At Appendiciten kan bero på en Inkarceration af ovenför nävnte Art, stöttes ved följande Iagttagelser:

1. De anatomiske Forhold i coecum og dens Vedhäng er sådanne, at Inkarceration kan komme utan på den af BUSCH og KOCHER experimentelt beviste Måde.

2. Sygdomsbilledet ligner (ofte) til Forvexling det velkendte Symptomkomplex, som skyldes Inkarceration.

3. Ved Operationer finder man Organet erigeret, fuldt af Slim, kanske tilblandet pus.

4. Sygdommen er diagnosticeret, og Operatören har fundet en sund appendix. Her kan Inkarcerationen, som tilmed kanske ikke har varet komplet, være löst ved Narkosen og Bugsnittet.

5. LENN har gjort opmærksom på hvor ofte en kronisk appendicitis skyldes Arstenoser. Disse kan forklaras ved en tidligere Inkarceration.

ceration der löstes för Perforation fandt Sted, men dog var så alvorlig at Væggene i Organet fik varig Men deraf.

6. De talrige Tilfælde af Sygdommen, som helbredes spontant, trods en voldsom akut Optræden, viser at Sygdommens Åtiologi må skyldes Momenter, der sporeløst kan forsvinde, som f. Ex. en Inkarceration på den Måde, der er opstillet af BUSCH og KOCHER.

TALAMON, FOWLER, RACHMORE o. a. forklarer ikke ved sine Teorier Sygdommens Åtiologi.

I Tilslutning til ovenstående meddeles en Del kliniske Iagttagelser:

En Gang har Forfattere iagttaget en temmelig stærk Nyreblødning efter at en appendikulær Absces var åbnet i regio iliaca. Tilfældet forløb heldig.

En Ftisiker afgik ved Døden på Sygehuset efter at være opereret for et mægtigt empyema pleuræ. Hans appendix var 14 Cm. lang og fastvoxet med fossa Douglassi's Bund. Den indeholdt 4—5 metallisk Kviksølv, som en Kvaksalver havde givet ham 11 Uger før.

Ved et Tilfælde af perforativ Peritonit fandtes Væggen af appendix gennemboret af en Tråflis. Sygehistorien tydede på, at det fremmede Legeme et halvt År havde ligget i appendix.

Ramm.

6. NAUMANN: **Kirurgisk kasuistik från Helsingborgs lasarett.** Hygiea 1896, s. 145.

Förf. meddelar 8 mera anmärkningsvärda fall, som under 1894 vårdats å nämnda sjukhus.

1) *Cancer ventriculi. Resectio pylori.* Kvinna, 55 år. Sjuk sedan ett par månader; afmagring. Gåsägstor, knölig, mycket förskjutbar tumör till vänster om naveln. Magsaften färgar icke kongo- eller tropeolinpapper. Laparotomi. Tumören befans sitta i curv-major nära pylorus. Resektion af det angripna partiet på sedvanligt sätt. Godt förlopp efter operationen. Vid den efter 6 veckor skedda utskrifningen hade pat. återhemtat hull och krafter. Hon afled 3 månader efter hemkomsten. (Recidiv.)

2) *Cancer ventriculi. Resectio pylori.* Kvinna, 68 år. Äppelstor tumör, fastlödd vid bukbetäckningarna till vänster om naveln. Magsaften ger ej saltsyrereaktion. Vid laparotomi befans svulsten cirkulär fri utom i sammanväxningen framåt. Pylorusresektion. Läkning ostörd. Skall hafva en ny tumör i buken och vara mycket dålig ungefär 6 månader e. o.

3) *Ren mobilis. Nephroraphia.* Kvinna, 32 år. Sedan 5 till 6 år rörlig njure på höger sida. Insnitt enligt BRAUN. Capsula propria lemnades orörd, och organet fixerades medels 4 silkesuturer till bakom liggande muskulatur. Delvis tamponad af såret. Läkningen fortskred normalt. Sängläge under 6 veckor; resultatet godt.

4) *Luxatio iliac. coxæ congen. bilat. Hoffas operation.* Man, 12 år. Venstra caput femur måttligt förskjutet bakåt; högra stod uppe

vid crista ilei. Permanent viktextension minskade något felställningen. Operation — enligt HOFFA — med tenotomi af flexorer och adduktorer. Acetabulum nästan utplånadt. Hufvudet infördes med svårighet. Partiel sutur och tamponad. Viktextension e. o. Död 18 timmar efter ingreppet, i det ventrikelinnehåll vid en kräkning inhalerats i bronkerna.

5) *Sarcoma periostale cranii. Resectio cranii.* Man, 44 år. Sedan 5 månader en tillväxande tumör öfver vänstra frontalregionen. Jodkalium utan invärkan. Lues förnekas. Tumören stor som en half apelsin, elastisk, pulserande, omgifven af en hårdare vall. Extirpation. Svulsten befans vara både extra- och intrakraniell, tämligen intimt förknäad med duran. Tamponad. Utskrifven läkt efter 6 veckor. Multipla recidiv ett halfår senare.

J. Åkerman.

C. D. JOSEPHSON und A. VESTBERG: **Ueber retroperitoneale Fettgeschwülste.** (Resumé.) *Hygiea*, 1896, särskild pagin. s. 6 samt Årsberättelse från Sabbatsbergs sjukhus 1893—94, s. 204.

C. D. JOSEPHSON och ARTUR VESTBERG: **Om retroperitoneala fettsvulster.** Årsberättelse från Sabbatsbergs sjukhus för 1893—94, s. 99.

Se *Nord. med. literatur från 1895.* Nord. med. arkiv, årg. 1896, nr 4, s. 18.

FREDRIK ZACHRISSON: **Ett fall af blåsdivertikel (dubbel blåsa?), som komplicerat en fimosis-operation.** Upsala läkarefören. förh., bd 1, s. 199.

Fallet rör en pat., som efter en fimosisoperation fick urinretention, hvarför han måste tappas. Den till följd häraf uppkomna cystiten och svårigheten att tappa pat. tvingade till sectio alta, därvid nämnda missbildning af blåsan upptäcktes. Genom ett sagittalt septum var blåsan delad i 2 rum. I detta septum fans en af en sinkter omgifven öppning, som genomsläpte ett pekfinger. Denna öppning vidgades vid en följande operation. Cystiten häfdes snart, och vid utskrifningen innehöll blåsan 200 ccm. residualurin. Förf. genomgår dessutom litteraturen i ämnet och anför några märkligare fall ur den samma. Han anser detta fall vara ett divertikel, uppkommet eller — om det är kongenitalt — förstöradt genom det till följd af fimosis ökade inre trycket i blåsan.

Olsson.

A. EUREN: **Till behandlingen af prostatahypertrofi medels extirpation testis.** Upsala läkarefören. förh., bd 1, s. 105.

Efter en hastig öfverblick öfver äldre metoder vid behandlingen af prostatahypertrofien berör förf. utvecklingen af och teorierna för sjukdomens behandling medels extirpation testis samt denna behandlingsmetods nuvarande ståndpunkt.

Härtill fogas en redogörelse för 6, af förf. opererade fall. Medelåldern var 73 år; i 4 fall förelåg urinretention; i intet fall svårare cystit. I 3 af fallen gjordes bilateral extirpation; här uppstod alltid hastig förbättring i urineringen samt minskning af residualurinen

Nord. med. arkiv. Årg. 1896.

och prostatas storlek. I de 3 öfriga fallen utfördes ensidig exstirpation af testis; här uppstod i 2 fall hastig förbättring af urineringen samt i det ena minskning af residualurinen och samtidig prostata-atrofi (det andra för kort tid iakttaget); i det tredje fallet uppstod ingen förbättring, hvarföre efter 15 dagar exstirperades äfven den andra testis, hvarpå hastigt god effekt äfven här uppstod efter operationen med afscende på urineringen, residualurinen och prostatas storlek. Sviter af betydelse observerades i intet fall efter operationen.

Floderus.

F. KAIJSER: **Ett fall af gangren å penis och scrotum.** Hygiea 1896, s. 157.

Man, 49 år. Paraphimosis under ett dygn. Efter reposition betydlig ansvällning. Såsom orsak till det onda anges styng af en »festing». Penis betäckning missfärgad och gangrenerande. Förändringen, som fortskred nedåt scrotum, gjorde att den slutliga huddefekten kom att sträcka sig öfver hela penis utom glans samt öfver hela undre hälften af scrotum, där testes hängde fram genom såret. Af de granulerande sårytorna tillslöts den nedre — i scrotum — med suturering, sedan den rensats genom afskrapning. Åt penis skaffades ny betäckning genom att lösa en bryggformad lambå ofvan penisroten, och föra lumen under den samma. Efter fastväxning löstes penis, och den utskurna lambåns sidoomfång hopsyddes längs dorsum. Defekten ofvan symfyssen slöts genom transplantationer enligt THIERSCH. Slutresultatet godt.

J. Åkerman.

P. PLUM: **Om Efterbehandling ved resectio coxæ.** Hosp.-Tidende R. 4, Bd 4, s. 111.

Forf. anbefaler i längre Tid at holde den resecerede Extremitet abduceret, endog noget mere abduceret, end det strängt taget er nødvendigt, for at Bækkensænkeningen kan udligne Forkortningen; ofte er det dog vanskeligt at få Benet fixeret i Abduktion; femur glider op under Gangen, hvorved en Abduktion indtræder, en Stillingsforandring, som i høj Grad vanskeliggør Gangen.

Kr. Poulsen.

ALRIK LINDH: **Sammanställning af narkosstatistiken från de nordiska länderna för året 1 mars 1894 till 1 mars 1895.** Nord. med. arkiv, 1895, n:r 23.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1895, n:r 26, s. 7.

Forhandlingerne ved Nord. kirurgisk Forenings 2det Möde i Kristiania 11—13 Juli 1895. Ved Overkirurg TSCHERNING, Foreningens Generalsekretär; med 4 Avtypier. Nord. med. Arkiv, 1895, N:r 30.

Då dessa förhandlingar i sig själfva äro referat af vid mötet gjorda meddelanden och där förda diskussioner, hänvisas till originalet.

Psykiatri: G. BOLLING: Om användandet af sänghvilan för behandling af sinnessjuka.

G. BOLLING: **Om användandet af sänghvilan för behandling af sinnessjuka.** Hygiea 1896, I, s. 1.

Förf. redogör för erfarenheter utomlands med ofvan nämnda behandlingsmetod, och anser att den bör kunna komma till användning i ett stort antal fall, som för närvarande hänvisas till cellafdelningen. Behandlingen fordrar större bevakningspersonal och blir nog dyrare, men torde i längden blifva billigare på grund af de gynsamma resultat. I synnerhet är det lämpligt att vid sjukdomsfall i en familj lägga patienten till sängs och anordna öfvervakning medelst särskild vårdare och ej genast afsända patienten till anstalt.

Edgren.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: P. HEIBERG: Stige og synke Antallene af Dödsfald af generel Parese på St. Hans Hospital i Forhold til Svingningerne i Antallene af Syfilitikere i Köbenhavn? — E. EHLERS: Brev til Overlæge Dr. ARM. HANSEN. — G. ARM. HANSEN: Om Spedalskhed. — EHLERS: Replik til Overlæge Dr. ARM. HANSEN. — G. ARM. HANSEN: Korrespondance.

P. HEIBERG: **Stige og synke Antallene af Dödsfald af generel Parese på St. Hans Hosp. i Forhold til Svingningerne i Antallene af Syfilitikere i Köbenhavn?** Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 7, S. 112.

I Följe Overlæge ROHMELL medgår der gennemsnitsvis $11\frac{1}{2}$ År fra den syfilitiske Infektion til Udbruddet af Paresen, efter JACOBSON $12\frac{1}{2}$ År. Gennemsnitligt ansætter JACOBSON Paresens Varighed til 3 År; gennemsnitsvis skulde der forløbe 15 År mellem Infektionen og Döden ved generel Parese. Hermed stemmer det, at Syfilis i Köbenhavn havde et maximum i 1869 og Dödsfaldene af generel Parese i 1884. I 1886 har der her atter været et stort maximum af lues; det vil vise sig, om de förste År af det näste Århundrede ville bringe et tilsvarende maximum af Dödstillfälle ved generel Parese.

R. Bergh.

E. EHLERS: **Brev til Overlæge Dr. Arm. Hansen.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 62.

G. ARM. HANSEN: **Om Spedalskhed.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 103.

EHLERS: **Replik til Overlæge Dr. Arm. Hansen.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 136.

G. ARM. HANSEN: **Korrespondance.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd. 3, S. 154.

Replik- og Duplikifte mellem Hr. E. og Hr. H. om forskellige Forhold ved Spedalskheden, om falsk Arvelighed, om Modtagelighed for Infektion (slet Ernæring), Forbud mod Ägteskab mellem spedalske, Helbredelighed, abortive Former, Klöeanæstesi.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: J. KOHRO: Et Tilfælde af »missed abortion». — P. PRADON: Ett fall af »svåra förlossningar» behandladt med afmagringskur. — W. NETZEL: KÜSTNERS operation för uterusinversion. — A. O. LINDFORS: Ett fall af ventrofixatio uteri för prolaps; därefter hafvandeskap med lycklig utgång. — VILH. HEIBERG: Bemärkninger om retroflexio uteri og dens Behandling. — LEOPOLD MEYER: Om retroflexio uteri (med särskilt Hensyn til Symptomer og Behandling). — AUGUST PETERSEN: Om det såkaldte maligne Deciduom. — G. NAUMANN: Kirurgisk kasuistik från Helsingborgs lasarett.

J. KOHRO: **Et Tilfælde af »missed abortion».** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1895, S. 1110—1111.

Forf. meddeler et Tilfælde af »missed abortion». Gift Kvinde, 2den Gang frugtsommelig. Sidste menses i Begyndelsen af September 1894. Hovedpine og Bråkninger. Juleaften Blödning, siden stadig Afgang af Blodvand. D. $20/5$ 95 stärkere Blödning. Undersögelse d. $28/6$: Fundus uteri midt mellem Navlen og Symfyen. Modermunden lidt åben. Tamponade. D. $29/6$ fjärnedes Tamponen, bag den lå Ägget. Dette var af en Knytnäves Störelse; inde i samme fandtes Embryo, omtr. 1,5 Cm. langt.

Fosteret antages död i 2den Måned og tilbageholdt i Livmoderen til 10de Måned.

N. Quisling.

P. PRADON: **Ett fall af »svåra förlossningar» behandladt med afmagringskur.** Hygicæ 1896, I, s. 327.

En 28-årig, gift kvinna hade genomgått 2 förlossningar: första gången perforation, andra gången tång med död foster. Båda fostren skola hafva varit ovanligt stora. Vid tredje grossessen inleddes en afmagringskur, som fortsattes under de 4 sista graviditetsmånaderna, dock ej särdeles energiskt. Förlossningsarbete vid fullgången tid. Tång. Lefvande foster, vägende $9\frac{1}{2}$ æ (= 4,038 gm).

I epikrisen medgifver förf., att det ej med bestämdhet kan påstås, att moderns afmagringskur, som på henne var fullt tydlig, inverkat på fostret, då det samma ju hade full medelvikt och ej var särdeles magert.

Westermarck.

W. NETZEL: **Küstners operation för uterusinversion.** Hygicæ 1896, s. 451.

Förf. redogör inledningsvis för KÜSTNERS fall, som offentliggjordes i Centralbl. f. Gyn. okt. 1893, meddelar därefter ett särdeles intres-

sant fall af en kronisk, puerperal uterusinversion, som han med framgång opererat enligt KÜSTNERS förslag. Fallet är följande: Patienten 31 år, gift V-para. Vid sista förlossningen uppkom sannolikt till följd af olämplig behandling af efterbördsstadiet en inversion, som första tiden visade mycket svåra symptom (blödning till medvetslöshet och abnormt sinnestillstånd). Sedermera synes hon hafva varit bättre, men 5 månader efter förlossningen fick hon återigen svåra blödningar. Emellertid kom hon först 7 månader efter förlossningen under lämplig behandling. Sedan behandling med kolpevrys och energiska repositions-försök upprepade gånger utan framgång försökts, gjordes operation. Fossa Douglasii öppnades genom tvärsnitt af bakre fornix. Mot det i inversionstrakten införda pek fingret genomskars uteri bakre vägg i medellinien, hvarpå reinversionen gick lätt för sig. Uterus reflekterades och framdrogs med ett tenakel genom såret i bakre slidhålfvet, hvarigenom det var lätt att fullständigt hopsy såret i uterus. Peritonealsnittet i fossa Douglasii och vaginalsnittet hopsyddes hvar för sig. Läkningen var reaktionslös.

Westermark.

A. O. LINDFORS: **Ett fall af ventrofixatio uteri för prolaps; därefter hafvandeskap med lycklig utgång.** Upsala läkarefören. förh., ny följd. bd 1, s. 291.

En 30-årig, gift, barnlös kvinna hade redan vid 15 års ålder fått en akut primär prolaps genom lyftning af en tung hövolm. Hon hade opererats 1889 (kolporaphia anterior och perineoraphia), men inou kort fått recidiv. Den 21 april 1895 gjordes ventrofixation med reaktionslöst förlopp. I augusti samma år blef hon gravid samt fick förlossningsvärkar på aftonen d. 4 april 1896. Följande dag på morgonen brusto hinnorna, hufvudet stod djupt, cervix var utplånad, men modernunnen öppnade sig icke. Efter incisioner i den samma anlades tång, och ett foster extraherades med stor lätthet. Därpå fans ännu ett foster, som instälde sig i vidöppen hjässbudning och extraherades med tång. Puerperiet var reaktionslöst.

Förf. anser, att förlossningskomplikationen uteslutande var beroende på den af prolapsen betingade hypertrofiska indurationen af vaginalportioneu, men det kan väl, enligt referenten, i fråga sättas, huruvida icke äfven uterusfixationen kan hafva varit orsaken till denna komplikation.

Westermark.

VILH. HEIBERG: **Bemärkningar om retroflexio uteri och dens Behandling.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 1, 25.

Retroflexio uteri er en abnorm Uterusstilling, der som oftest er kompliceret med en Sygdom i eller om uterus og adnexa uteri; dog kan den også findes ukompliceret, foranlediget ved en abnorm Slaphed af uteri Understøttelsesapparat. Enhver Retroflexion, kompliceret eller ukompliceret, bør behandles dels og fornemmeligt for Komplikationens Skyld, dels fordi den kan give Anledning til Komplikationer, og endelig fordi den i og for sig kan fremkalde nervöse Forstyrrelser. Der meddeles 4 Sygghistorier, der vise den eklatante pludselige Virkning,

som Udretningen af en Retroflexion havde, og som ikke kunde tilskrives Suggestion. Hvad Behandlingen angår, da er Redressement og Fixation ved Pessarie at anvende ved ukomplicerede Retroflexioner; hvor denne Behandling af en eller anden Grund, hvad dog sjældent indtræffer, ikke kan anvendes, kan uterus fixeres ved ALQUIÉ-ADAMS Operation. Er Flexionen kompliceret, rettes Behandlingen så vidt muligt først mod Komplikationerne, da disse give de væsentligste Symptomer, og dernæst behandles Flexionen efter samme Regler som for de ukomplicerede Former. Operativ Indskriden *kan være* indiceret, hvor Pesariebehandling er forsøgt uden Resultat og der findes en Sygdom i Bækkenorganerne, der kun kan angribes ved denne Operation, og den *er* indiceret, hvor Komplikationen absolut kræver en sådan Behandling. Forf. har 7 Gange foretaget Ventrofixation på 6 Patienter og 9 Gange vaginal Hysteropexi. Ved den *abdominale* Koeliotomi (Laparotomi) kan man altid angribe Komplikationerne på en fyldestgørende Måde og fixere uterus i en tilnærmelsesvis normal Stilling. Trods sine Ulæmper (Ventralhernier og den større Risiko) må denne Metode for Øjeblikket anses for Normalmetoden. Den *vaginale* Koeliotomi kan ikke altid føre til Målet, at angribe Komplikationerne. Den er afbængig af mange forskellige Momenter, så som Komplikationens Beskaffenhed og Dimension, og til Dels af Pladsforholdene i vagina. Dens Betydning som Hysteropexioperation er for Tiden omdisputabel. Hvor bægge adnexa uteri fjernes, eller hvor Kvinden er udover Klimakteriet, kan den vel have sin Berettigelse; dog må man have in mente, at den bringer uterus fra en abnorm Stilling over til en anden. En vaginal Hysteropexi efter MACKENRODT-DÜHRSSSENS Metode er næppe tilladelig på Kvinder, der have Mulighed for Graviditet. Men den vaginale Operation er i Sammenligning med den abdominale en så indbydende Vej til Åbning af Peritonæalkaviteten, at man må håbe, at Fremtiden vil udfinde bedre Metoder end dem, der nu haves, til ad denne Vej at fixere uterus i normal Stilling.

F. Nyrop.

LEOPOLD MEYER: **Om retroflexio uteri (med særligt Hensyn til Symptomer og Behandling).** Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 7, S. 93.

I et Foredrag om nævnte Æmne, holdt i medicinsk Selskab i København, udtaler Forf. som sin Overbevisning, at der må tillægges Retroflexionen en stor klinisk Betydning, og han polemiserer stærkt mod den modsatte Opfattelse. Han betragter Behandlingen med Pesarier som Hovedmetoden mod Retroflexionen, særligt ved de mobile Former; ved de fixerede Former kan der blive Tale om operative Indgreb for at påvirke Adhærencer og de muligvis syge adnexa.

I den påfølgende *Diskussion* (se Hosp.-Tid., R. 4, Bd 4, S. 249) deltog Overlæge VILH. HEIBERG, Prof. STADFELDT og Prof. HOWITZ. De udtalte sig væsentligt i Overensstemmelse med Foredragsholderen.

F. Nyrop.

AUGUST PETERSEN: **Om det såkaldte maligne Deciduom.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 1.

Det såkaldte maligne Deciduom er en overordentlig malign Uterintumör, der udvikler sig i Tilslutning til en Graviditet og giver sig til kende ved stærke vedholdende Metrorragier med påfølgenda Anæmi. Dör Patienten ikke som Følge af de voldsomme Blödninger, går hun til Grunde gennem Metastasedannelser i Lungerne, idet der ganske som ved en tuberkulös Lidelse af disse Organer opträder Hämoptyser og Pnevmonier. Sygdommens Forlöp er särdeles hurtigt. Da der hidtil ikke foreligger noget Tilfælde af denne Sygdom jagttaget fra dansk Side, har Forf. ment ved en Oversigtsartikel at henlede og skärpe Opmärksomheden lige over for denne alvorlige Sygdom, der frembyder så betydelige Vanskeligheder for Diagnosen, navnlig i det tidlige stadium, hvor der endnu, förend det er kommet til Metastasedannelse, kan väre Tale om at redde Patientens Liv, rigtig nok kun ved en total Hysterektomi. I en »Literaturfortegnelse» har Forf. samlet den allerede temmelig store Literatur, der findes om dette Ämne, og Resultatet af hans Studier er närvärende udförlige Fremstilling af Sygdommen.

F. Nyrop.

G. NAUMANN: **Kirurgisk kasuistik från Helsingborgs lasarett.** Hygiea 1896, I, s. 147.

3. *Cystoma ovarium intraligamentare. Enuclatio.*
4. *Cysta ovarii dextr. Peritonitis. Ovariectomy.*
5. *Cancer uteri et vaginæ. Extirpation uteri sacralis.*

Sjukhistorierna innehåll angifvas af rubrikerna. Alla fallen gingo lyckligt, ehuru de i tekniskt hänseende erbjödo stora svårigheter.

Det första fallet gälde en 69-årig kvinna, som hade en stor tumör i buken, för hvilken hon upprepade gånger blifvit tappad. Sedan denna svulst, som utvecklats sig intraligamentärt, blifvit enukleerad, fans i lilla bäckenet ännu en cysta, som behandlades på samma sätt. Längst ned i bäckenet till vänster syntes ännu en 3:dje cysta af en apelsins storlek; denna kvarlemnades.

Den andra patienten var 36 år gammal och hade 3 månader före operationen märkt en tumör i buken. Hon hade därefter upprepade anfall af smärtor i buken och kräkningar samt hade magrat mycket men under tiden mellan anfallen känt sig frisk. Vid operationen låg cystan i en afkapslad håla. Cystan isolerades och aflägsnades. Hålan utsköljdes med sterilt vatten och uttamponerades med steril gas, som utledes genom nedre delen af buksåret.

Den tredje patienten var 37 år gammal och hade genomgått 3 förlossningar, den sista för 3 år sedan. Symptom sedan ett år. Stor, lätt blödande svulstvegetation å portio vaginalis; uterus tämligen rörlig men något fixerad bakåt; i högra parametriet en lindrig infiltration. Efter tvänne utskrapningar och utbränningar af svulstmassan resp. 15 och 7 dagar före operationen gjordes sakral uterusextirpation. Konvalescensen stördes af en rekto-vaginalfistel. Efter ett halft år hade patienten recidiv.

Westermark.

Pediatric: O. MEDIN: Om den infantila paralsien, med særskild hänsyn till dess akuta stadium.

O. MEDIN: **Om den infantila paralsien, med særskild hänsyn till dess akuta stadium.** Med 7 autotypier. Nord. med. arkiv, årg. 1896, nr 1. 84 sid.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1896, nr 5, s. 1.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: HJ. ANDERSON och E. KÄLLSTRÖM: »Folia uvæ ursi och några deras förväxlingar». — F. LEVISON: Om nogle Lægemidler, som i de senere År ere anbefalede ved Behandlingen af Urinsyrekonkrementer og Gigt.

HJ. ANDERSON och E. KÄLLSTRÖM: **»Folia uvæ ursi och några deras förväxlingar.»** Nordisk farmaceut. tidskr., 1896, s. 33.

Förf. meddela resultatene af en komparativ, anatomiskt-histologisk undersökning af *fol. uvæ ursi*, *fol. Arctostaph. alpin.* och *fol. Gaultheriæ procumb.* Fol. uvæ ursi skilja sig från de båda andra genom sin mera mörkgröna färg och den osågade bladkanten; från *fol. Arctostaph. alpin.* genom sin läderartade konsistens och närvaron af kristallbildningar, hvilka saknas i de skrynkliga Arctostaphylosbladen, samt från *fol. Gaultheriæ procumb.* genom de polygonala epidermiscellerna och de ovala klyföppningarna, medan Gaultheriabladen hafva vågiga öfverhudceller och aflånga klyföppningar.

Beskrifningarna förtydligas af 7 bilder i texten.

C. G. Santesson.

F. LEVISON: **Om nogle Lægemidler, som i de senere År ere anbefalede ved Behandlingen af Urinsyrekonkrementer og Gigt.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 1.

Forf. gör først opmærksom på, at Urinsyreudfældning i Urinen og Urataflejring fra Blodet, som tidligere ansås for Udslag af samme patologiske Proces, efter nyere Undersøgelser må holdes ude fra hinanden, og at det ikke går an at slutte fra et Lægemiddels urinsyreopløsende Egenskab til dets Anvendelighed som antarthriticum. — De forskellige Undersøgelser fra de seneste År af Piperazinets, Lysidinets og Uricedinets urinsyreopløsende Ävner refereres, og det bemærkes, at Uricedinet kun er en gammel Bekendt med et nyt Navn (væsentlig citras natrius). Nærmere omtales Urotropinet, som Forf. selv har undersøgt efter PFEIFFER og POSNERS Metode, og han har benyttet sin egen

Urin, der kun ved Brug af Alkali kan forhindres fra at udfælde Urinsyre. Herved næses et Forhold, der så meget som muligt nærmer sig Virkeligheden (Opløsning af Urinsyrekonkrementer hos Patienter med Udskilning af Urinsyre i Urinen). Vandig Opløsning af Urotropin (1+500) opløste 15,4 % Urinsyre ved Pådrypning på Filter (Tiden ikke angiven). Efter Indtagelse af $1\frac{1}{2}$ Gm Urotropin opløste 600 Kcm. Urin ved 40° C. ringe Mængde af Urinsyre ($\frac{1}{100}$) ved Pådrypning, to senere lignende Forsøg (efter 2 Gm) viste ingen Opløsning, medens Henstilling i Termostat (37°) gav betydelig Opløsning ($\frac{1}{10}$) og 10 senere Termostatforsøg viste Opløsning af 18,5 og 16,0 %. Urinsyrekonkrementer påvirkedes kun lidt. — Urotropinets gæringshindrende Ävne konstateredes; men ved Henstand i længere Tid (12 Dage) udfældedes en Del fosforsur Kalk.

Forf. anbefaler at forsøge Urotropinet i Tilfælde af Urinsyreudskilning og ved pyelitis og cystitis, men gør opmærksom på den mulige Fare ved Udfældning af fosforsur Kalk, og han fremhæver, at som tidligere ere Alkalier, særlig de alkaliske Vande, vore bedste Midler, ved hvilke vi ere i Stand til at hindre Konkrementdannelsen.

Chr. Gram.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: E. M. HOFF: Den civile Medicinallovgivning i 1894. — E. M. HOFF: Det kgl. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1894. — Dansk Sundhedstidende. — JUL. LEHMANN: Sundhedsvedtægterne i 1895. — *Red.:* Om Besættelsen af Overlægeembeder ved Kommunens Hospitaler. — J. HOLM og *Red.:* Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. — HOLSTEIN: Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. — T. M. TRAUTNER: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor København. — J. CARLSEN: Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1874. — ENGELSTED: Om Samfundets Beskyttelse mod Prostitution og veneriske Sygdomme. — RINGBERG: Studier over parotitis epidemica's Optræden i Danmark. — SCHLOTTFELDT: Euberkulosespørgsmålet. — SÖREN-HANSEN: Om Lungesvindotens Dødelighed i København. — K. F. ANDVORD: Studier over Tuberkulosens Forekomst i Norge.

E. M. HOFF: **Den civile Medicinallovgivning i 1894.** Udgivet af det kgl. Sundhedskollegium. København 1895. 72 S.

Indeholder i kronologisk Orden alle Love, Resolutioner, ministerielle Bekendtgørelser m. m. vedrørende Medicinalväsenet i Kongeriget Danmark og Bilande fra Året 1894.

Aa. Ulrik.

E. M. HOFF: **Det kongel. Sundhedskollegiums Forhandlinger i 1894.** København 1895. 600 S.

Referater af de i Kollegiet forelagte Sager og de over samme afgivne Betänkninger. I Afsnit A omhandles Justitssager, deraf 21, der angå Spørgsmål om tvivlsom Tilregnelighed, 3 Barnefødsler i Dølg-

mål, 74 Paternitetssager, 1 Mord, 3 Kvaksalveri. Under Afsnit B refereres andre af Kollegiet afgivne Betænkninger. Af de i dette Afsnit omhandlede Sager fremhæves: Oprettelse af et Stads-lægeembede på Frederikeberg, Forslag til Omordning af Jordemoderundervisningen m. m.

Ax. Ulrik.

Dansk Sundhedstidende. 1ste Årgang.

Under ovenstående Titel er fra Januar 1896 påbegyndt et 14 Dages Tidsskrift, redigeret af T. M. TRAUTNER, J. CARLSEN og C. LORENTZEN. Bladet vil i populær Form behandle alle Sundhedsplejen vedrørende Spørgsmål.

Ax. Ulrik.

JUL. LEHMANN: Sundhedsvedtægterne i 1895. Ugeskr. f. Læger, R. 5 Bd 3, S. 152.

Ved Udgangen af 1895 vare Ärsköbing og Marstal de eneste Byer, der ingen Sundhedsvedtægter have. I Landkommunerne tilkom 11. 14 ældre Vedtægter ombyttedes med nye.

Ax. Ulrik.

Red.: Om Besættelsen af Overlægeembeder ved Kommunens Hospitaler. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 88.

Anke mod den hidtil fulgte Forretningssang, i Følge hvilken Stads-lægen har Indstillingsret ved Overlægeembedernes Besættelse.

Ax. Ulrik.

J. HOLM og Red.: Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 15.

Korrespondance i Anledning af en af Red. af Ugeskr. for Læger fremsat Kritik af HOLMs Holdning under Hospitalsagens Behandling i Fredriksberg Kommunalrepræsentation, af hvilken han er Medlem.

Ax. Ulrik.

HOLSTEIN: Den ny Hospitalsbygning på Frederiksberg. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 35.

Overlæge H. fralægger sig Andel i den af Kommunalbestyrelsen vedtagne, utilfredsstillende Hospitalsplan.

Ax. Ulrik.

T. M. TRAUTNER: Beretning om Sygeplejesagens Stilling udenfor København. Udg. 14^{te} 95. København 1895. 32 S.

I 1895 var Antallet af Foreninger 144 med 196 Sygeplejersker; i 49 Byer fandtes 55 Foreninger med 95 Sygeplejersker, på Landet 89 med 101. Af 19 Foreninger er der gjort Skridt til Dannelse af et Alderdomsfond for Sygeplejersker.

Ax. Ulrik.

J. CARLSEN: **Dödsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer i 1874.** Udgivet af det kgl. Sundhedskollegium. Köbenhavn 1895.

Det samlede Antal af de i de danske Byer i 1894 indtrufne Dödsfald (exkl. dödföfötte) udgjorde 14 927 (6 378 i Köbenhavn og 8 549 i Provinsbyerne), svarende til omtrent 18 p. m. af Befolkningen (efter Folketällingen för 1890 med kalkuleret Tilväxt för Köbenhavn og Frederiksberg 774 820). En tabellarisk Opgörelse af hver enkelt Bys Dödelighed er udarbejdet efter de samme Regler som i de för de to foregående År udkomne Häfter.

Ax. Ulrik.

ENGELSTED: **Om Samfundets Beskyttelse mod Prostitution og veneriske Sygdomme.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 27, 49, 73.

Til Orientering i Spörgsmålet om den i Fölge Lov kontrollerede Prostitutions Berettigelse gives en Fremstilling af de veneriske Sygdommes Smittefarlighed og Midlerne til deres Bekämpelse, end videre af Kontrollens Udsträkning og Måden, hvorpå den gennemföres. Desuden gives en kort Oversigt over de i forskellige Lande gäldende Bestemmelser og de her og andensteds fremkomne Forslag til Omordning af de för Prostitution og Kontrol gäldende Regler. Aftryk af Lovene om Foranstaltninger til at modarbejde den veneriske Smittes Udbredelse af 10 April 1874 og 1 Marts 1895 ere vedföjede.

Ax. Ulrik.

RINGBERG: **Studier over parotitis epidemica's Opträden i Danmark.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 97.

Forf. har efter Medicinalberetningerne samlet Oplysninger om Forekomsten af parotitis epidemica i Danmark i Årene 1870—1894 og fundet, at i denne Periode ere 58 331 Tilfælde anmeldte; den højeste Sygelighedskvotient af denne Lidelse findes 1876 med 2 p. m. af Befolkningen, den laveste 1892 med 0,46 p. m. Den største Hyppighed viser Sygdommen i Månederne Marts og April, den mindste i August og September. Sygdommen er endemisk i Landets större Provinsbyer, medens de mindre, perifert liggende, kun rammes af og til; i de små Byer kan det undertiden lykkes at före Epidemien tilbage til en indfört Smitte; i övrigt synes parotitis at være temmelig jävnt udbredt over Landets forskellige Dele; den opträder sädvanlig i Epidemier, der voxe i Störrelse i nogle År, så kommer nogle År med små Tal, og dernäst tager Sygdommen atter fat. Barnealderen, särlig Alderen 5—15 År, viser de højeste Tal. Mänd synes at angribes hyppigere end Kvinder, dog er dette ikke ganske pälideligt og skyldes måske tilfäldige Omständigheder (Garnisonsinfektion — Bevärtningsliv m. m.)

Ligesom i Udlandets Beretninger omtalt, kan der i Danmark ogsä forekomme meget alvorlige Tilfælde af parotitis, endog letale. I en Soldaterepidemi fik 70 % af Patienterne orchitis, og i 3 Tilfælde i samme Epidemi kom der dybe Sänkninger på Halsen m. m. 12 Gange nævnes, at Patienter för anden Gang ere blevene angrebne af Sygdommen med frit Melletrum af fra 6 År til et Par Måneder.

Inkubationstiden er ikke pälidelig oplyst af Meddelelserne.

F. Levison.

SCHLOTTFELDT: **Tuberkulosespørgsmålet.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 61.

Notits om formodet Immunitet mod Tuberkulose blandt Taterne på Jyllands Heder. *Ax. Ulrik.*

SÖREN-HANSEN: **Om Lungesvindotsens Dødelighed i København.** Ugeskrift f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 121.

Ad statistisk Vej påvises en betydelig Aftagen af Svindotsdødeligheden i de sidste Deceennier, nemlig fra 3,6 p. m. af Befolkningen i 1874 og 1875 til 2 p. m. i 1894. Denne Nedgang, for hvilken der i tabellarisk Form gøres udførlig Rede for hver enkelt Aldersklasse, tilskrives — næst forbedrede hygiejniske Forhold og muligvis Indvandring af sund Landbefolkning — for en Del også den Profylaxe og Terapi, som efter Tuberkelbacillens Opdagelse har udviklet sig på basis af den ny Opfattelse af Ätiologien.

Ax. Ulrik.

K. F. ANDVORD: **Studier over Tuberkulosens Forekomst i Norge.** Norsk Magaz. f. Lægevid., Decbr. 1895.

Det foreliggende Arbejde bringer en indgående Undersøgelse over Hyppigheden af Tuberkulose i de forskellige Dele af Norge samt over Indflydelsen af forskellige Momenter, der kan antages i denne Henseende at være af Betydning. For alle Landets Amter har Forf. tabellarisk sammenstillet Dødsfaldene af Lungetuberkulose fra 1867—92 i Tre- til Femårs Grupper.

Foruden at angive Tuberkulosemortaliteten i Procent til samtlige kendte Dødsfald og til ikke-epidemiske Dødsårsager har han også beregnet Forholdet til 1000 levende; da for det hele Land Dødsårsagen kun er kendt i 50 til 60 %, har han ved denne Beregning gået ud fra en lige stor Dødelighed af Tuberkulose blandt de ikke kendte som blandt de kendte Dødsårsager. Alle Tilfælde af Tuberkulose med andet Sæde har han slået sammen til en Gruppe som »övrigte Tuberkuloser» og finder at Forholdet mellem disse og Lungetuberkulose er temmelig konstant såvel med Hensyn til Tid som Sted, idet det vexler mellem 3,0 og 4,5. Den samlede Tuberkulosedødelighed viser stor Forskellighed i de forskellige Landsdele, idet den gennemsnitlig i 25 År varierer mellem 1,8 ‰ (Nordre Bergenhus Amt) og 6,08 ‰ (Lister og Mandals Amt); dette Forhold fremstilles på en meget overskuelig Måde ved et medfølgende Kort, hvor de af Tuberkulose mest hjemsøgte Distrikter er mørkest, de mindre hjemsøgte lyst farvede. I det hele viser Landets sydligste Amter sig stærkest, de vestlige mindst angrebne. Dødeligheden i Byerne er som Regel noget større end for det omgivende Landdistrikt; dog viser der sig fra denne almindelige Regel flere Undtagelser. Hverken Klima eller Jordbundens Beskaffenhed synes at være af synderlig Betydning. Hvad Alderen angår, viser der sig en stærk Dødelighed i Börnealderen, navnlig i første Leveår, hvor Dødeligheden er større end i nogen anden Aldersklasse.

Afhandlingen byder særdeles meget af Interesse; af Hensyn til Pladsen må vi imidlertid indskrænke os til at pege på en Del af det væsentligste, idet Hensigten hovedsagelig har været at henlede Opmærksomheden på dette betydningsfulde Arbejde.

Jens Bugge.

Militär hälsovård: BREUNING-STORM »Det röde Kors» og Sökrigen. — VOGELIUS: Om Brugbarheden af de värnepligtiges Fodtøj. — JOHAN KIER: En ny Kasernebadeanstalt i Köbenhavn.

BREUNING-STORM: "Det röde Kors" og Sökrigen. Militärlägen, Årg. 4, S. 1.

Forf. beklager det utilfredsstillende Resultat af de gentagne Forhandlinger på Röde-Kors-Konferencerne vedrørende Spørgsmålet om Genferkonventionens Udvidelse til også at omfatte Sökrige. De dertil sigtende Bestemmelser i Tillägsartiklerne til denne Konvention af 20de Oktober 1868 have endnu ikke fået officiel Stadfästelse, og der mangler stadig et bestemt Program for, hvorledes Röde Kors skal optræde aktivt under en Sökamp.

Joh. Möller.

VOGELIUS: Om Brugbarheden af de värnepligtiges Fodtøj. Militärlägen, Årg. 4, S. 29.

I Fortsættelse af en tidligere Meddelelse i Militärlägen (Årg. 3, S. 180, ref. i Nord. med. Arkiv 1894, Nr 35, S. 31) giver Forf. atter en Oversigt over Fodtøjets Tilstand hos et Fodfolksrekruthold. Af 497 Rekrutter mødte 334, d. e. omtr. 66 %, med brugeligt Fodtøj, 163, d. e. omtr. 33 %, med mindre brugeligt; hos 51 af disse sidste, d. e. 10,26 % af samtlige Rekrutter, var Fodtøjet således beskaffent, at dets Brug måtte anses for absolut skadeligt for Manden. Af dette Rekruthold behandledes på Garnisonssygehuset 21 Rekrutter for Støvletryk og deraf følgende Lidelser med i alt 163 Sygedage. — Forf. meddeler Ordlyden af den trykte Seddel, som nu leveres enhver, der udskrives på Sessionerne, og som indeholder Vejledning angående, hvilket Fodtøj der rettest medbringes af Mandskabet, når det møder ved Hären. Til denne Vejledning foreslår Forf. enkelt Ändringer og Tilføjelser.

Joh. Möller.

JOHAN KIER: En ny Kasernebadeanstalt i Köbenhavn. Militärlägen, Årg. 4, S. 20.

Beskrivelse af en i Sölvgadens Kaserne opført Badeanstalt, der toges i Brug i Maj 1895. Foruden Bade i Stueetagen rummer Bygningen tillige Infirmerilokaler i 1. Etage, og Loftsetagen giver Plads til Vandbeholdere, Depot for Infirmeriet m. m.

Badeanstalten består af et Vænteværelse, 3 Af- og Påklædningsværelser og et Baderum med 12 Badeceller til tempererede Brusebade;

disses Temperatur reguleres ved en Blandingshane, således at den i Begyndelsen er 30° C. og gradevis bringes ned til 15° C. De 3 Af- og Påklædningsrum tilstede, at samtidig 3 Hold, hvert på 12 Mand, kunne være i Virksomhed, et med Afklädning, et med Badning og et med Påklädning, og det har vist sig, at der kan gives 240 Brusebade i 1 Time. Til hvert Bade er beregnet 40 Liter Vand; Baderummet opvarmes ved Damp og er vel ventileret. — Desuden findes i Af- og Påklædningsrummene langs med Längdeväggene Bruser til Fodbade, der kunne gives tempererede; Bruserne ere anbragte over en Rende til Vandets Afløb; der kan gives 400 Fodbade i Timen.

Oven over Badeanstalten med en Etageadskillelse af Jerndragere og Monierhvälvinger findes 2 *Regimentsinfirmierier*, hvert bestående af en Sygestue til 12 Mand, en Korridor med Vaskeapparater, en Spise-stue, samt et Rum med Kloset og Pissoirskål.

Joh. Möller.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXVIII.

N° 11.

CHR. ULRICH: La Tyrosine dans l'urine humaine. Un nouveau caractère de cette substance.

Par des recherches publiées dans ces archives en 1894, l'auteur a démontré que, dans la règle, la leucine se trouve dans l'urine physiologique de l'homme. Les études dont il s'agit ici, ont donné le même résultat quant à la *tyrosine*. Cette substance doit probablement son origine au contenu de l'intestin, car on ne la trouve jamais dans les organes frais ni dans le sang. Elle est présente dans la grande majorité des urines pathologiques, fait dont l'analogie avec l'état physiologique est vraisemblable. L'auteur l'a démontré dans des cas de cirrhose hépatique, cancer du foie, lithiase biliaire, maladie de WEIL, ictère catarrhal, néphrite chronique, cystite, goutte, leucocythémie, bronchite chronique, bronchiectasie, empyème, tuberculose, fièvre typhoïde, névrasthénie, hystérie, glycosurie etc.

*Dans le diabète sucré, les urines ne contiennent que rarement de la tyrosine, et elle manque spécialement dans le diabète grave.*¹⁾

M. ULRICH est disposé à interpréter cet état des choses par l'admission d'une influence d'affections concomitantes pancréatiques; on sait que c'est à celles-ci que les auteurs attribuent certaines altérations du ferment glycolytique (présumé par LÉPINE) et du suc pancréatique. Si cette hypothèse est valable, l'absence de la tyrosine urinaire peut être considérée comme un critérium de la forme pancréatique du diabète.

Pour chercher la tyrosine dans l'urine, l'auteur a profité de ce que cette substance est sublimable, propriété jusqu'à présent inconnue. Voici les éléments principaux du procédé appliqué: En chauffant lentement, jusqu'à carbonisation, l'urine déjà évaporée au bain-marie, la

¹⁾ On sait que la leucine fait défaut dans la même catégorie pathologique.

tyrosine se sublime sur les parois du vase (v. la fig.), où elle se présente pure sous la forme de cristaux propres aux épreuves chimiques et aux expériences.

N° 12.

GUSTAF AHLSTRÖM: Sur l'empyème des sinus frontaux.

Trois cas, dont deux ont été opérés avec un excellent résultat, par la trépanation de la paroi antérieure du sinus.

I. *Harald N.*, 25 ans, me consulta, la première fois, le 11 juin 1893. Il avait ressenti parfois, les mois précédents, une certaine douleur au-dessus de l'oeil gauche, et la peau de l'angle intérieur était de temps à autre légèrement rouge. Entre ces intervalles l'état était normal. Antérieurement, il avait été fréquemment gêné par un écoulement considérable et tenace du nez; 6 semaines avant son arrivée à l'hôpital, il commença à remarquer, à la paupière supérieure, une forte tuméfaction qui augmenta peu à peu; il survint de la sensibilité au toucher, avec migraine intense; quand il se mouchait, il sortait un pus abondant. La première fois que je le vis, la peau de la racine du nez et de la paupière supérieure gauche était rouge. Au bord supéro-interne de l'orbite, au-dessus du ligament palpébral, se trouvait une tuméfaction diffuse, de consistance à peu près solide, légèrement élastique; aucune fluctuation. L'oeil quelque peu dévié en dehors, la mobilité normale; la conjonctive légèrement hyperémique à l'angle interne; le bulbe normal à part cela; aucune sécrétion du sac lacrymal. Rhinite chronique avec tuméfaction considérable du méat moyen. Aucun symptôme de syphilis ni de tuberculose; il lui fut impossible d'indiquer une lésion traumatique quelconque. Comme il ne voulait pas se soumettre à une opération, j'ordonnai des compresses chaudes sur l'oeil. Le 3 juillet, il se présenta de nouveau, et la migraine, auparavant pénible à l'excès, avait à peu près disparu. Un pus abondant, fétide, jaune verdâtre, s'écoulait d'une ouverture dans la partie nasale de la paupière supérieure de l'oeil, à environ $\frac{1}{2}$ centimètre au-dessus de l'angle interne; la paupière fortement oedémateuse; chémosis considérable, le bulbe dévié en dehors. La pression sur les paupières provoquait l'expulsion de pus de la fistule, et je fus à même de constater qu'un fragment d'os saillait légèrement hors de l'ouverture; je réussis, à l'aide d'une pincette, à enlever une lamelle d'os, ce qui amena un fort écoulement de pus. L'os nécrotisé est de forme ovale, de 12 mm. de long sur 5 mm. de large, et présente une foule de perforations très fines. L'épaisseur en est à peu près celle d'une coquille d'oeuf; l'une de ses surfaces, légèrement concave, est lisse; l'autre, un peu convexe, est par contre rugueuse. A l'aide d'une sonde, il était facile de pénétrer par la fistule dans le sinus frontal très large. Le malade ne voulut pas se soumettre à une opération, et quand je le revis pour la dernière fois le 21 janvier 1894, il restait, au bord supéro-interne de l'orbite, une fistule d'où, suivant ses données, s'échappait péri-

diquement un pus abondant; on apercevait, au côté gauche, une saillie de la bosse frontale et de la paroi orbitaire du sinus.

II. *Carl A.*, 66 ans. Il lui survint, il y a 6 ans, une tuméfaction à la paupière gauche supérieure. Il lui était impossible d'indiquer de lésion traumatique, et il n'avait pas eu d'écoulement spécial du nez. Douleurs intenses. Il paraît avoir été pratiqué une incision suivie d'un écoulement abondant de pus. Les symptômes inflammatoires disparurent ensuite, mais ils furent remplacés par un suintement de mucosités et de pus d'une ouverture à la paupière supérieure. Ma première exploration, le 22 octobre 1894, me fit découvrir au côté gauche un ectropion cicatriciel à la paupière supérieure, dû à ce que la peau offrait, environ vers le milieu de cet organe, une adhérence au rebord orbitaire, où une dépression se poursuivant en forme de fistule s'étendait au-dessous du plafond de l'orbite et laissait couler une assez grande quantité de pus. En haut et en dedans, la paroi orbitaire bombait légèrement dans l'orbite; le bulbe normal. Aucun symptôme de syphilis ni de tuberculose; rien à signaler dans la cavité nasale. J'opérai, avec narcose, le sondage de la fistule. Ce ne fut que lorsque j'eus recourbé la pointe de la sonde en angle droit, que je réussis à découvrir une petite déféctuosité dans le plafond de l'orbite. Elle était située à 1 centimètre du bord de l'orbite, derrière l'incisure supra-orbitaire; des lavages pratiqués ensuite par la fistule amenèrent l'évacuation de grandes quantités de pus, mais rien ne sortit de l'ouverture nasale. Le 26 novembre, j'entrepris l'opération. Mon intention était d'employer la méthode proposée par PANAS, savoir la trépanation de la paroi antérieure du sinus et le drainage par le conduit naso-frontal. J'appliquai, suivant les indications de GUILLEMAIN, à la partie médiane de la paroi antérieure du sinus, une couronne de trépan de 1 centimètre de diamètre; au soulèvement de la lame osseuse, la muqueuse sous-jacente se présentait comme une membrane molle, légèrement tendue, d'un bleu gris. La cavité était principalement dilatée dans la direction d'avant en arrière. Afin de pouvoir faire usage de la sonde de Panas, j'élargis, à l'aide du ciseau, l'ouverture de trépanation dans le sens de bas en haut sur une étendue d'environ $\frac{1}{2}$ centimètre. Malgré des essais réitérés, il fut toutefois impossible d'engager la sonde dans le canal frontal, qui paraissait totalement oblitéré. Je réussis, après quelque résistance, à introduire la sonde de Bowman N^o 6, mais il me fut tout aussi peu possible qu'auparavant d'y faire pénétrer celle de Panas. J'abandonnai par conséquent toute tentative ultérieure avec cette sonde. J'introduisis un drain par l'orifice de trépanation, et je pratiquai plusieurs fois par jour le nettoyage du sinus avec une solution de sublimé de 1 : 5000; le conduit nasal se montra toujours perméable. L'état du malade s'améliora d'une façon relativement rapide grâce à ce traitement, de sorte que lorsqu'il sortit, le 22 décembre, par conséquent moins d'un mois après l'opération, il se trouvait parfaitement rétabli. Depuis lors, l'état de sa santé n'a rien laissé à désirer, et le résultat a été des plus satisfaisants, même au point de vue cosmétique.

III. *Nils B.*, 33 ans. Me consulta le 20 mai 1895. Il avait commencé à ressentir, 3 semaines auparavant, des douleurs violentes au front, principalement au-dessus de l'œil droit, et une migraine intense qui a continué depuis lors; la paupière supérieure du côté droit se tuméfia, et un pus abondant commença à s'écouler de la narine droite. L'incision fut alors pratiquée par un autre médecin à travers la paupière supérieure, et provoqua la sortie d'une forte quantité de pus. Le sujet ne pouvait indiquer aucune cause spéciale de la maladie.

A mon premier examen, la peau présentait une vive rougeur à la racine du nez, à la partie inférieure du front et à la paupière supérieure.

Cette dernière, énormément tuméfiée, d'une consistance pâteuse, recouvrait en partie la paupière inférieure; exophtalmie intense; déviation en bas et en dehors du bulbe à peu près immobile. La conjonctive chémotique. L'ophtalmoscope fit voir une dilatation des veines de la rétine. De l'ouverture nasale de droite, de même que d'une incision dans la paupière supérieure, s'écoulait un pus jaune abondant, mélangé de masses caséuses blanches de diverses dimensions. Le rebord orbitaire supéro-intérieur légèrement bombé en avant. Le sondage par l'incision fit découvrir une défectuosité dans la paroi orbitaire supérieure, à environ $\frac{1}{2}$ centimètre derrière le rebord de la paroi nasale de l'orbite. Le sinus dilaté. Le 27 mai, je procédai à la trépanation et à l'égalisation au ciseau de la paroi antérieure. La muqueuse épaissie et d'un rouge vif; le canal frontal facilement perméable, ce qui permit d'introduire un drain à l'aide de la sonde de Panas. Le résultat en fut toutefois l'arrêt total de l'écoulement par le canal, empêchant l'issue aussi bien du pus que de l'eau de lavage, circonstance due à la compression exercée par les parois solides du canal, ce qui força d'enlever le drain. Le traitement consista en nettoyages de sublimé, d'hypermanganate de potassium et de chlorate de zinc. Au bout de sept semaines de traitement, le malade se trouva libéré de la suppuration.

Nº 13.

H. ADSERSEN: Sur le poids des nourrissons malades.

Les matériaux de cette étude proviennent de la policlinique du «Marthahjem» (Copenhague) pour les années 1891—94.

L'auteur y traite les questions suivantes: 1, morbidité de la première année de la vie; 2, poids des nourrissons malades; 3, proportion entre la morbidité et le poids. Mr A. compare en outre la morbidité avec la mortalité, de même que le poids des enfants malades avec celui des enfants sains, et il dresse un plan schématique des proportions du poids physiologique des sexes, pendant le cours de l'année astronomique, basé sur des recherches relatives au poids des nouveau-nés.

L'auteur démontre: que la morbidité des nourrissons ne diminue pas d'une manière égale dès la naissance jusqu'à la fin de la première

année de la vie, mais qu'elle décroît et s'accroît selon des lois fixes; que la morbidité des filles, moindre en général que celle des garçons, la dépasse vers la fin de l'année; et enfin que la mortalité suit une marche similaire. Pendant le cours de l'année astronomique, la morbidité des deux sexes atteint son maximum dans le courant du troisième trimestre; la morbidité des filles excède celle des garçons aux mois de janvier et d'août; à ces exceptions près, elle est moindre que celle du sexe mâle. La différence entre les sexes s'accuse du reste principalement en ce que les oscillations arrivent de 1 à 2 mois plus tard chez les filles que chez les garçons. La mortalité, au contraire, se distingue par le fait que les oscillations se présentent à la même époque chez les deux sexes; chez les garçons, les oscillations de la mortalité s'accusent plus tard que celles de la morbidité, mais on constate chez les filles une coïncidence prononcée entre les périodes des oscillations de la mortalité et celles de la morbidité.

Quant au poids, il est possible de démontrer chez les nourrissons sains un accroissement plus fort ou plus faible conformément aux périodes connues de Mr MALLING-HANSEN; d'un autre côté, les nourrissons se distinguent des enfants plus âgés en ce que chez les premiers la perte du poids, si elle a lieu, est essentiellement passagère dans les conditions physiologiques.

Il résulte en outre des constatations faites, que le poids des nouveau-nés diffère selon la saison de l'année où ils naissent, et que la courbe de poids de l'année chez les garçons nouveau-nés est conforme en général à la courbe de Mr MALLING-HANSEN pour les garçons un peu avant la puberté. La courbe de poids des filles nouveau-nées offre de plus grandes amplitudes que celle des garçons, mais montre d'ailleurs des oscillations pareilles; elle est seulement déplacée de 1—3 mois vers le commencement de l'année en proportion de celle des garçons. Quant à ce qui, dans la courbe des nouveau-nés, n'est pas conforme à la courbe de Mr MALLING-HANSEN, la cause essentielle, — déduction faite des différences du poids des sexes, — s'en trouve peut-être dans ce que les recherches de Mr M.-H. et celles de l'auteur ont rapport à des années astronomiques différentes. Cette circonstance est du reste confirmée par le fait qu'il est possible de démontrer un accord prononcé entre les oscillations des courbes du poids chez les nourrissons sains dans les années 1891 à 1894 ou au voisinage de ces années.

Les courbes de poids des nourrissons malades montrent également la concordance des oscillations tant avec les courbes des nouveau-nés qu'avec celles des nourrissons sains, mais les courbes des enfants malades se déplacent chez les deux sexes, du côté du plan horizontal vers la fin de l'année, du côté du plan vertical, tantôt plus tantôt moins, suivant l'époque; et bien que l'on reconnaisse clairement que le poids des deux sexes est faible à l'époque de l'année où la morbidité est grande dans notre pays parmi les nourrissons, on retrouve néanmoins le type physiologique dans la totalité des matériaux du poids pathologique, non-seulement en considérant le poids selon les mois de la vie, mais aussi en le considérant selon l'année astronomique.

Bien que les processus pathologiques aient par conséquent une influence entravante prononcée sur le développement du poids physiologique, il ressort pourtant clairement que ce n'est pas exclusivement la morbidité qui détermine les proportions du poids chez les enfants malades, et quoiqu'il soit hors de doute que c'est à des particularités ayant des relations avec l'organisme infantile et son développement qu'il faut attribuer la cause essentielle des proportions de la morbidité, on peut, d'un autre côté, soutenir en toute sûreté que ce n'est pas le côté de la vie physiologique trouvant son expression dans les proportions du poids qui constitue le principe dominant, ou, dans tous les cas, le seul principe régnant, à l'égard de la morbidité en général.



Om extrauterin Graviditet.

Af

Dr. C. STUDSGAARD.

(Kommunehospitalets 1:ste Afdeling.)

Med 4 Träsnit.

Den extrauterine Graviditet hører heldigvis til de sjældnere forekommende Sygdomme, da den altid truer Moderens Liv og er vanskelig både at erkende og at behandle. I de sidste 20 År er der kun forekommet 18 Tilfælde på Kommunehospitalets kirurgiske og medicinske Afdelinger, om det end er muligt, vel endog ret sandsynligt, at Sygdommen i latent Form har været tilstede hos en Del flere Patienter, der ere behandlede under Diagnosen Hæmatocele, hvor Svangerskabet er afbrudt på et tidligt Tidspunkt ved Ruptur med Resorption og Helbredelse, uden at man har kunnet erkende Blødningens egentlige Årsag.

Extrauterint implanterer Ägget sig hyppigst i tuba, enten i dens uterine Del — *graviditas tubo-uterina* eller *interstitialis*, hvortil kan regnes Ägudvikling i et rudimentært Horn af uterus, — eller i selve tuba — *graviditas tubaria* — eller endelig i den abdominale Ende af tuba — *graviditas tubo-abdominalis*. Hyppigheden af disse 3 forskellige Arter forholder sig indbyrdes således, at den tubare er almindeligst (BANDL angiver, at $\frac{2}{3}$ af alle Tilfælde ere tubare); de 2 andre Arter ere sjældnere, den interstitielle måske mindre hyppig end den tubo-abdominale, hvis Betingelser for videre Udvikling ere gunstigere end det interstitielles, der snarere afbrydes i den første Tid, så at Opmærksomheden vel også mere henledes på det tubo-abdominale.

Desuden forekommer der, som det synes, utvivlsomme Tilfælde af Ovarialgraviditet, hvor Ägget er blevet befrugtet i selve Ovariet og er udviklet videre der på Stedet, idet Befrugtningen efter SCHROEDERS Mening da er sket efter Folliklens Bristning; Ägget udstödes ikke, men voxer ud af Spalten og får en intraovarial placenta. Fremgangen kunde også tänkes således, at Spalten lukker sig over det befrugtede Äg, der så udvikler sig i Ovariet som en egen Art Ovariekyste, eller at Spermatozoer kunne trænge ind gennem en ikke bristet GRAAFSK Follikel og befrugte Ägget, som bliver på sin Plads. Denne Art af extrauterin Graviditet er meget själden, og en Del Sektionsfund, tydede af Forfatterne som sådanne, have snarere väret tubo-abdominelle enten med Sammenvoxning af Ovariet til tuba, eller hvor Rester af Ovariet fandtes i Egnen af tuba, der gik op i Frugtsäkken, f. Ex. LEOPOLDS Tilfælde af Ovarialsvangerskab (Arch. f. Gynaecol. 1882). PATENKO, SPIEGELBERG og PUECH have derimod beskrevet (i samme Tidsskrift) Fund, der ikke lade sig forklare anderledes end som rene Ovarialsvangerskaber.

Endelig er der diskuteret en Del om, hvor vidt en graviditas abdominalis forekommer i den Forstand, at et befrugtet Äg, i Steden for at vandre ind i eller gennem tuba, forfejler Vejen, implanterer sig et eller andet Sted i cavum peritonæi og voxer videre der. Bevisende Sektioner fra de første Månedes har jeg ikke kunnet finde, og ved Sektioner fra et senere Tidspunkt har Ägget i Regelen så mange Sammenvoxninger med tuba og de övrige Bäckenorganer, at det bliver tvivlsomt, om Frugtsäkken dog ikke oprindeligt er udviklet i den abdominelle Ende af tuba. BANDL tror ikke på Forekomsten af denne Art som rent abdominelt og mener, at Ägget kan voxe ud af tuba og tage Tilhäftninger til Naboorganerne, medens tuba lidt efter lidt lösner sig og sluttelig bliver helt fri, så at den abdominelle Frugtsäk er en sekundär Udvikling. Betingelserne for, at Svangerskabet kan skride frem, ere måske noget gunstigere for det primärt eller sekundärt abdominelle og ovariale, end for de forskellige Arter af det tubare, der er mere udsat for Ruptur.

Följende Tilfælde synes os at måtte tydes som et Exempel på et primärt abdominelt Svangerskab; der blev nemlig gjort Laparotomi med Exstirpation af Frugtsäkken, og, medens denne med sit indesluttede Föster skönnedes ikke at väre äldre end

6 Uger, kunde der ikke påvises nogen Forbindelse mellem tubæ og Ovarier med Frugtsækken.

P. M., gift, 33 År, indlagdes d. 7^o/₉ 95, udskreves d. 9^o/₁₁ 95. Rask som Barn, menses sparsomme, regelmæssige, ophørte for $\frac{1}{2}$ År siden. Første og eneste Fødsel for 7 År siden, med normalt Forløb. I de sidste 6 År hyppig Vandladning med Skæren og plumret Urin (gonorrhœa?). For 5 Uger siden Smerter i Bækkenet, og nogle Dage efter begyndte småt sivende Blødning fra vagina, og den har holdt sig til Indlæggelsen. I øvrigt Velbefindende. Urinen er normal. Uterus er anteflekteret, lidt latero-verteret til venstre, collum kort og bred, Bevægeligheden formindsket, Kavitetens Længde 7 Cm. En temmelig fast, dog lidt dejagtig, glat Svulst som en lille knyttet Hånd, hvælver sig ind i fossa Douglasii og mod rectum, skilt fra uterus ved en Fure, men i nøje Sammenhæng med dens Bagflade; bægge tubæ føles noget svulne, løbende temmelig lige udad; Ovarierne kunne ikke palperes. Da hun fik Opkastninger, stærkere Smerter og den sivende Blødning vedblev, d. 13^o/₉ 95: *Laparotomi*. Hist og her på Tarmene mindre, friske Blodkoagler; Svulsten, der lå som beskrevet, var adhærent til uterus og Tarmene i det lille Bækken samt til Bäckenvæggen til højre; den udløstes nogenlunde let under en mindre betydelig Blødning; den var noget fladtrykt forfra bagtil, Overfladen overalt granuleret; ingen Stilk; Ovarierne kom ikke til Syne, og tubæ vare indlejrede i ældre Exsudathinder. Noget Blod fra fossa Douglasii fjærnedes; men der vedblev at samle sig Blod, hvorfor en Mèche indlagdes gennem nederste Sårinkel og Såret forenedes. Forløbet uden særlige Komplikationer; Blødningen fra uterus ophørte, efter at Slimhinden var behandlet med sol. jodi spirit. Iuden hun udskreves, føltes uterus fremdeles noget fixeret og de svulne tubæ uforandrede. Svulsten var en Frugtsæk uden Ruptur; Sækvæggen et Par Linjer tyk; inden i et Foster, omtr. 6 Uger gammelt, med Navlestræng til en placenta, Hinder og liquor amnii.

Efter al Sandsynlighed må her foreligge et primært abdominelt Svangerskab, da en af tubæ, specielt højre, ellers måtte være funden bøjet nedad mod Frugtsækken med den udvendige Ende, tilmed på et så tidligt Tidspunkt af Svangerskabet. Der fandtes ikke noget Spor af ovarium i Sækvæggen, hvorfor det formodes; at Ovarierne ligeledes vare omhyllede af Exsudater.

Af de 18 Patienter, hvis Sygehistorier refereres nedenfor, vare 4 mellem 20 og 30 År, 14 mellem 30 og 40 År, hvad der stemmer med HENNIGS Statistik, hvorefter det største Antal extrauterine Svangerskaber forekommer mellem det 30te og 40de År. Multiparæ skulle være mere udsatte end primiparæ, og dette bekræftes ligeledes af vore Tilfælde, idet de 17 havde

födt för, 8 af dem 1 Gang, 3 af dem 2 Gange, 3 af dem 3 Gange, 2 af dem 4 Gange og 1 af dem 7 Gange; om en Patient, der indbragtes kollaberet, savnes der Oplysning, hvor vidt hun har födt tidligere eller ikke.

I den förste Svangerskabstid märker Patienten näppe noget til, at der er noget särligt i Vejen; som sädvanligt optræde ofte Bräkninger, forbigående Kongestjoner o. s. v., og Lägen vil först finde Anledning til närmere Undersögelse, när det abnorme Ägleje giver sig til Kende ved sygelige Tilfælde, der ikke pleje at vise sig ved en normal Graviditet. Der indfinder sig Smerter i den nederste Del af Underlivet eller i Bäkkenet, og när Patienten får Abning, af og til Dysuri og i en Del Tilfælde Afgang af klumpet Blod fra vagina eller også en mere sivende Blödning, Symptomer, der kunne tabe sig og igen vende tilbage og foranledige en närmere Undersögelse. Denne giver ikke altid Oplysning om, hvad der er i Vejen; men det lykkes dog ofte allerede tidligt i Svangerskabet at föle en Svulst af den ene eller anden tuba; hos nogle er Svulsten sunken ned i fossa Douglasii, dislocerende uterus enten til Siden eller, ved lidt större Udvikling, skydende uterus opad, og ved pelvi-peritonitiske Exsudater fixerende uterus, ligesom den selv da er mindre forskydelig. Uterus, som ved Deciduaudviklingen af Slimhinden bliver blödere, udvider sig ikke i Forhold til Svangerskabets Varighed; det nederste Segment beholder nogenlunde sin Form og Störelse, hvilket Misforhold mellem den beregnede Tid og Udviklingen af uterus af og til må kunne konstateres. Hos 13 af de 18 Patienter forekom en oftest sivende Blödning; et Par Gange afgik der Deciduatjavser, og fra en Patient afgik der en Udstöbning af Uterinkaviteten som en hel Deciduasäk. Dysurien, der skyldes Trykket bagfra og nedenfra fortil og opad af uterus mod Blären, omtales hos 8 af de 18 Patienter.

Svulst af mammae, Antydning af linea fusca og Vaginal-slimhindens forandrede Farve ere Symptomer af större positiv end negativ Värdi, navnlig hvor der som her er Tale om Diagnosen af Svangerskab i de förste Måneder. Patienterne kunne nu med eller uden särlig Fremträden af ovennævnte Symptomer glide over de förste Måneder, og deres extraterine Graviditet diagnosticeres da lettere.

Men i mange Tilfælde afbrydes Svangerskabet i de förste Måneder ved Ägsäckens Ruptur; Patienterne kollabere af ind-

vendig Hämorrhagi, og deres Liv er i overhængende Fare. Muligt er det ganske vist, at der som omtalt mellem heldigt forløbende Hæmatoceler skjuler sig enkelte Tilfælde af tidligt rumperede og derved endte Tubarsvangerskaber på et Tidspunkt, inden Placentadannelsen er skreden synderligt frem; i Regelen vil dog Blødningen kræve aktiv Hjælp. Som et Exempel på, at en Ruptur kan overstås og Graviditeten fortsættes i det mindste for en Tid, skulle vi anføre Fundet fra en Patient, der døde efter en Ruptur Nr 2 i 3dje Måned af Tubarsvangerskab (s. Sygehistorie 5te Afdeling 2); der fandtes nemlig foruden den friske Ruptur, der foranledigede hendes Død, et ærtestort Hul, svarende til Enden af tuba, fyldt med et organiseret Koagel, ligesom der foruden det flydende Blod i peritonæum lå Koagler i begyndt Organisation i Bunden af Bækkenet; Svangerskabet er ikke blevet afbrudt ved den første Ruptur således som sædvanligt, men Tilfældet er derfor netop meget instruktivt. Også i Sygehistorie 1ste Afdeling Nr 4 fandtes foruden den friske Ruptur af tuba en ældre, agglutineret Ruptur i Nærheden. — Der er endnu en anden Kilde til Blødning i peritonæum end Ruptur af Ägsäcken, nemlig de kronisk peritonitiske Exsudater, der lidt efter lidt aflejre sig uden om Ägget, og hvis tyndvæggede Kar let briste. Blødning af denne Grund er vist sjælden så stærk, at den truer Livet; men den bidrager til at svække Patienterne; i et Par af Sygehistorierne sås den at have været tilstede, idet de opereredes, inden Ruptur havde fundet Sted, og der fandtes da ældre, organiserede Koagler dels frit, dels uden på den ikke rumperede Ägsäk. — Ruptur kan optræde spontant eller ved et ofte ubetydeligt trauma; således kollaberede en af vore Patienter et Kvarter efter at være bleven exploreret og en anden under Forsøg på at rejse sig over Ende i Sängen; mange tilsyneladende Spontanrupturer foregå måske netop i det givne Öjeblik, fordi et upåviseligt trauma virker på den stærkt fortyndede og udspilede Hinde, f. Ex. foröget Peristaltik ved direkte Tryk eller indirekte ved Træk på intraperitonäale Adhärencer.

Prognosen er ikke alene dårlig i de første Måneder af Tubarsvangerskabet (hvortil vi specielt have taget Hensyn, fordi det hyppigst forekommer), men også for de Patienter, der ere komne længere frem; KIWISCH har beregnet disses Mortalitet til 82 %, HECKER til 42 %, HENNIG til 88 %. De fleste Gynäkologer anse det derfor for indiceret for Moderens Skyld

at standse Svangerskabet uden Hensyn til Fostret; det er kun i ganske enkelte Tilfælde lykkedes at redde Moder og Barn ved Operation i de sidste Måneder af Svangerskabet, og da heller ikke Helbredelse ved Ruptur eller Skrumpning med Litopädioidannelse kan påregnes at ville indtræde, ligesom den fjærde Mulighed for Helbredelse, ved Suppuration af Sækken, rummer altfor mange Farer, kan der efter vor Formening ikke være Tvivl om Berettigelsen til at ofre Barnet for Moderens Skyld.

I 6 af de 18 Tilfælde havde Svangerskabet været længere end 4 Måneder, med en ret stor Forskel i Tiden, dels med levende, dels med dødt Foster, dels endelig med Suppuration, medens de 12 ere mere ensartede Exempler på Extrauterinsvangerskab i de første 3 til 4 Måneder og som sådanne særligt egnede til at vise Resultatet af en Behandling, der for de senere Års Vedkommende er ledet efter samme Princip på bægge kirurgiske Afdelinger, nemlig Exstirpation af Ägget. Af de 12 døde 3 af indvendig Blødning efter Ruptur af Ägsækken uden at være opererede:

den ene Patient behandledes i 1880 på 1ste Afdeling; hun indlagdes for Smerter i Underlivet og Vaginalblødning, kolliderede pludseligt og døde, uden at der var stillet nogen Sandsynlighedsdiagnose; der fandtes Ruptur af et tubo-abdominelt Svangerskab i 3dje Måned med Blødning i peritonæum;

den anden indbragtes i 1885 på medicinsk Afdeling kollideret og døde ligeledes uden Diagnose; rumperet Tubarsvangerskab i 2den Måned;

den tredje Patient indlagdes i 1887 på 5te Afdeling; nogle Dage efter blev hun exploreret, kolliderede så og døde; rumperet Tubarsvangerskab i 3dje Måned.

De andre 9 Patienter helbrededes ved Laparotomi med Exstirpation af Ägget, og af disse opereredes de 4 for Rupturtilfælde (Kollaps med intraperitonæal Blødning), de 5 på Sandsynlighedsdiagnose. At de 3, der døde under Kollapstilfælde uden at være blevne opererede, ikke tilbødes den gode Chance, må beklages; men de behandledes i 1880, 1885 og 1887, og efter den Tid er unægtelig Tilliden til Laparotomi, selv som Explorativoperation på usikker Diagnose, stegen, ligesom også de talrige, forskelligartede gynækologiske Sygdomme, der behandles her, kunne formodes efterhånden at have skærpet

Blikket mere og mere til Erkendelse af, hvor aktiv Indskriden må foretrækkes for passive Observation.

Om man i det hele bør foretrække Laparotomi for den af flere nyere, navnlig franske Operatører ved Adnexlidelser foreslåede og oftere netop ved denne Sygdom heldigt udførte Vaginaloperation med Åbning af lacunar og Exstirpation af Ägget nedenfra (BOUILLY og SEGOND f. Ex.), er et Spørgsmål, som vi må besvare med Forbehold. Jo mindre Ägget er, og jo dybere det ligger i Bækkenet, des bedre Udsigter turde den vaginale Operation frembyde; men er Ägget rumperet eller rumperer det under Exstirpationen, ville Vanskelighederne ved at føre Operationen godt til Ende være langt større, end når man arbejder ovenfra og kan overse Terränet. Som ved så mange andre Operationer kommer det her fortrinsvis an på Övelsen, om den ene eller anden Vej skal foretrækkes; den mindre udmærkede Operatör vil sikkert stå sig ved gennem Incision over Symfyssen med Öjet at kunne kontrollere, hvad der bör göres, og hvorledes dette göres, fremfor at arbejde mere i Blinde fra vagina af. Ligger Frugtsäkken höjere oppe, er der intet Valg; Laparotomien er så den eneste rationelle Operation.

Når vi her så absolut have opstillet Exstirpation af Ägget som Redningsankeret, beror det på, at et Par andre Metoder, der ere foreslåede, ikke have svaret til Forväntningerne; den første af disse er Punktur af Ägget med eller uden Injektion af Medikamenter for at dräbe Fosteret og for at få Frugtsäkken med Indhold til at skrumpe og til mere eller mindre fuldständigt at resorberes.

GAILLARD THOMAS og BRUNNERT blandt de nyere Forfattere advare bestemt mod Punkturen, fordi den kan fremkalde häftig Blödning fra placenta og Betändelse, og de ved denne Metode helbredede Patienter ere i afgjort Mindretal overfor Ofrene for dette Forsög. Noget anderledes stiller Forholdet sig med den anden Metode, hvorved der tilsträbes det samme som ved Punkturen, nemlig Anvendelsen af Elektricitet; dette er isär försögt af amerikanske Läger og, som det synes, med Held; men en större Statistik savnes, og i de sidste Är er Kasuistiken bleven sparsommere, medens Metoden udenfor Amerika ikke har vundet Udbredelse.

De i HOWITZ's gynäkologiske og obstetriciske Meddelelser meddelte, udmærkede Literaturoversigter af LEOPOLD MEYER indeholde Beretning om en stor Del af de offentliggjorte Til-

fælde af extrauterin Graviditet fra År til År, og det er ret mærkeligt at se, i hvor høj en Grad Antallet af dem stiger. Det viser sig også, at Exstirpationen vinder flere og flere Tilhængere og anses for indiceret, ikke alene overfor Ruptur af Ägget, men også ved hel Frugtsæk, så snart blot Diagnosen med nogenlunde Sikkerhed lader sig stille. Vi have samlet de i de forskellige Oversigter omtalte Tilfælde for at få et Resultat af prognostisk Betydning, der vel ikke kan gøre Fordring på absolut Nøjagtighed, da Materialet ikke er fuldstændigt, men som dog har en stor relativ Værdi som Udtryk for Udfaldet af ensartet ledet Behandling ved et betydeligt Antal Operationer. Det må imidlertid fremhæves, at L. MEYER deler Patienterne i 2 Grupper med Halvdelen af Svangerskabstiden som Grænse, medens vi især have haft gravide i de første 3 til 4 Måneder for Öje. Resultatet af Operationerne i første Halvdel af Svangerskabet stiller sig da således, at der er helbredet 103 og död 7 af de Patienter, der opereredes, inden Ruptur havde fundet Sted, og at der er helbredet 214 og död 35 af de Patienter, hos hvilke Ägget var rumperet, og som opereredes for Kollapstilfælde. Også dette Materiale bekræfter, at Laparotomien foretrækkes af de fleste som pålideligere end den vaginale Operationsmetode.

Det har været os mest magtpåliggende at fremstille Sygdommen i sin tidlige Udvikling, således som Billedet klinisk set hyppigst forekommer, og at give et lille Bidrag til den tidlige Operations gunstige Prognose; dertil har Tilladelsen til at benytte de andre Afdelingers Journaler hjulpet for meget til, at en Tak er overflüdig.

Störste Delen af nedenstående Sygehistorier ere Tilfælde af tubar Graviditet i tidligt stadium, medens de andre ere Exempler på mere inkongruente Tilfælde fra senere Tidspunkter; vi have derfor holdt os til de første og ikke udstrakt Dröftelsen af Diagnose og Behandling også til de sidste; flere Spørgsmål have vi måttet lade ligge, f. Ex. om Ätiologien, om Frugtsäckens Udvikling, fordi vore Tilfælde ikke oplyste noget særligt ud over, hvad der er almindeligt bekendt fra Monografieme.

1:ste Afdeling.

*Graviditas tubo-abdominalis dextra. 3dje Måned. Rumperet.
Ikke opereret. Død.*

1. I. C., gift, 37 År, indlagdes d. $20\frac{1}{2}$ 80, døde d. $5\frac{1}{3}$ 80.

4 Fødsler, sidste for 7 År siden. har flere Gange haft Gigtfeber og for nogle År siden en Blodbrækning. For en Måned siden sparsomme menses, fik jævnligt derefter Smerter i nederste Del af Underlivet, febriciterede og fik Dysuri. I de sidste 6 Dage Vaginalblødning, sivende. Uterus føles ikke over Symfyssen, Vaginalportionen stor, tyk, orificium optager en Fingerende; i lacunar posterius en meget øm, skarpt begrænset, rundagtig Udfyldning.

D. $4\frac{1}{3}$ 80. Blødning og Smerter ophørte ved Sångelejet. Til Morgen pludseligt Smerter over hele Underlivet, Opkastninger, på ny Blødning, Anæmi, Kollaps; hun døde d. $5\frac{1}{3}$ 80 om Aftenen.

Sektion. En Mængde bløde Koagler og flydende Blod i peritonæum, rumperet højresidig tubo-abdominel Graviditet. Fostret lå i Sækken, var 13 Cm. langt, Navlesnoren 16 Cm. til placenta, Sækvæggene meget tykke, nedadtil fortyndede og runperede. Uterinkaviteten rummelig, med svullen Slimhinde. Højre Ureter komprimeret af Svulsten og højre pelvis dilateret.

Graviditas tubaria sin. Omtr. 1 Års Varighed. Sækken i Suppuration. Opereret. Død.

2. B. C., Enke, 39 År, indlagt d. $23\frac{1}{7}$ 90, død d. $31\frac{1}{7}$ 90.

En Fødsel 15 År forud. Menses regelmæssige til for et År siden, da de ophørte; hun trode sig gravid, og Underlivet tiltog i Førlighed. Fra December 1889 af og til Smerter i Underlivet, der ere jævnt tiltagne. Brysterne slappe; lidt Mælk kan udtrykkes. En Svulst udfylder det meste af Underlivet; den er glat, ingen Fosterlyd. Collum lille, orificium gabende. Højtstående uterus, ligger over til højre og har omtr. 1 Kvarters (= 155 Mm.) indvendig Længde. Adskillelse mellem uterus og den store Svulst kan ikke tydeligt føles ved Traktion. Under Narkose synes Svulsten fluktuerende. Temp. forhøjet.

D. $30\frac{1}{7}$ 90. *Laparotomi.* Svulsten i Suppuration, placenta løst, macereret Foster. Stærke Tilhæftninger til Oment, Tarme og vesica. Partiel Exstirpation af Sækken, hvis Rande syedes til Bugsåret. Mécher. Uterus lå som anført, og Sækken skönnedes at være et venstresidigt Tubarsvangerskab, der havde udviklet sig dels op i peritonæum, dels ned i Ligamentet. Fostret vejede $2\frac{3}{4}$ ũ (= 1375 Gm),

var 39½ Cm. langt, vel udviklet, Navlesnoren 34 Cm. lang, mør; placenta pusinfiltreret, vejede 1¼ ₧ (= 625 Gram). Hun døde septikæmisk.

Graviditas tubaria dextra. 6te. 7de Måned. Ikke rumperet.

Opereret. Død.

3. A. C., gift, 21 År. indlagt d. 24/8 90, udskreven d. 4/9 90; atter indlagt d. 22/9 90, død d. 30/9 90.

En normal Fødsel for 3 År siden, en Abort for 2 År siden. Menses udeblev for 3 Måneder siden, have ikke senere vist sig. For 9 Uger siden pludselige, stærke Smerter i Underlivet med Opkastninger, ingen Blødning, men Afgang af Vædske; senere Ildebefindende, Afmagring, Dysuri og Smerter ved Åbning. De peritonitiske Tilfælde have flere Gange gentaget sig.

D. 25/8 90. Der føles en øm Svulst fra Symfyisen til lidt under Navlen og ud over bage Ligamenter, Antydning af linea fusca, mammae neget svulne, Mælk kan udtrykkes. Temp. normal. Svulsten har Form af en gravid uterus, Vaginalslimhinden er ikke blålig, højststående col-lum, orificium hård og knudret, højre lacunar noget fremdrevet, blødt, Blåren ikke løftet i Vejret. Da Svulsten var tydeligt fluktuerende,

Prøvepunktion med fin Trokar, hvorved der tømtes en Del blodig, klar, strax koagulerende Vædske. Hun bedredes nu, kunde være oppe og udskreves d. 4/9 90, men indlagdes igen d. 22/9 90. Vandladningen har været besværlig, og hun fik pludselig under denne til Morgen stærke Smerter i hele Underlivet med udtalt Æmhed. Hun er bleg og mager, har kastet op efter Indlæg-gelsen, og Svulsten når nu Navlen.

D. 24/9 90. Har rettet sig. Temp. normal. Hun mener at føle Fosterbevægelser; men der høres ikke Fosterlyd. Vaginalslimhinden er opad lidt blålig og orificium lidt åben, med Ædem af labia. Uterus fixeret. en Sonde kan kun føres 5 Cm. op. Ingen tydelig Grænse mellem uterus og Svulsten.

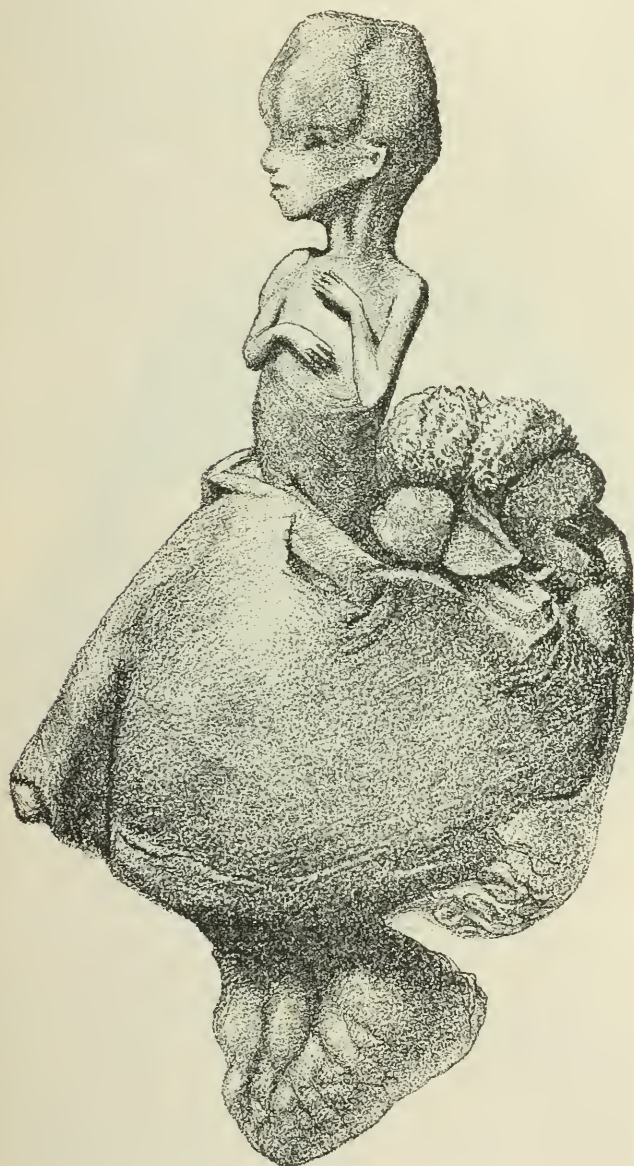
D. 30/9 90. *Laparotomi.* Svulstens tynde Vægge let løselige fra peritonæum parietale; den indeholdt vandklar liquor amnii og et levende Foster på omtr. 6 Måneder. Den afbundne Navlesnor førte til placenta nedad til venstre. Sækåbningen syedes til Bugsåret, og Kaviteteten udstoppedes med steril Gaze. Hun døde om Aftenen under til-tagende Uro, Bleghed og lille Puls.

Sektion. Højre tuba tragtformet udvidet, gående over i Sækken, hvori kun 50 Gm koaguleret og flydende Blod. Sækvæggene kun fortil tynde, ellers tykke, adhærente til uteri Bagflade og Bækkenvæggen. Frit i cavum peritonæi udenpå Sækken store Masser flydende, frisk Blod, samt hist og her store, halvfaste, noget tørre og brunlige Koagler. Indtil 15 Mm. tyk decidua i begyndende Afstødning, Kaviteteten af uterus 12 Cm. lang. Højre ovarium fandtes ikke. Venstre ovarium og tuba normale.

*Graviditas tubaria sin. 3dje Måned. Rumperet. Opereret.
Helbredet. (Se Bill. 1.)*

4. J. J., gift, 31 År, indlagt d. 6/10 92. udskreven d. 16/11 92.

Bill. 1.



Menses regelmæssige, 2 normale Fødsler, sidste for 4 År siden; sidste Menstruation midt i Juli d. A.

D. $^{22}_{9}$ 92 besvimede hun pludseligt, fik hæftige Smerter i Underlivet og indlagdes på 3dje Afdeling. Temp. normal. Der er følt en øm Udfyldning i venstre parametrium, er afgået sivende Blod fra vagina, og d. $^{25}_{9}$ udstødtes en tokronestor Klump, der lignede decidua.

D. $^{6}_{10}$ 92 var Temp. normal, og hun befandt sig vel; men idet hun rejste sig op i Sängen, fik hun stærke Smerter i Underlivet, Opkastning og blev anæmisk, hvorfor hun overflyttedes til 1ste Afdeling. Her konstateredes lavtstående uterus, blød, elastisk Udfyldning i fossa Douglasii strækkende sig op over det venstre Ligament til midt imellem dette og Navlen og skydende uterus over i højre Side af Bækkenet. Strax efter Indlæggelsen Laparotomi.

En Masse flydende og koaguleret Blod udtoges; venstre tuba og ovarium førtes frem og fjærnedes efter Afbinding af tubas uterine Ende. Såret lukkedes. Tuba var udadtil udvidet, gåseægstort, den udvendige Ende havde en, som det syntes, ældre Rift med blodinfiltrerede og agglutinerede Rande, indenfor hvilken en $2\frac{1}{2}$ Tomme (= 7 Cm.) lang; frisk Ruptur; gennem denne var et vel udviklet, 7 Cm. langt Foster faldet ud, men endnu hæftet til Sækkens Indside ved Navlesnoeren. Gunstigt Forløb; d. $^{17}_{10}$ 92 var Såret helet.

D. $^{29}_{10}$. De første Dage efter Operationen havde hun ildelugtende, blodblandet Udflod fra vagina; dette er nu ophørt. Uterinkaviteten måler 8 Cm.; uterus er mobil; som Rest efter Operationen føles Fortykkelse ved venstre Hjørne.

D. $^{5}_{11}$. Normale menses.

D. $^{16}_{11}$. Ud; helbredet.

Graviditas tubaria dextra. 3dje—4de Måned. Ikke rumperet.

Opereret. Helbredet.

5. J. N., gift, 33 År, indlagt d. $^{3}_{11}$ 93, udskreven d. $^{12}_{12}$ 93.

4 naturlige Fødsler, sidste for 2 År siden. Menses regelmæssige; i de sidste $1\frac{1}{2}$ Måned stadigt sivende Blødning. Almenbefindendet ret godt. I nederste Del af Underlivet føles en tumor fra Symfyssen til 3 Fingersbredder under Navlen; den breder sig mere til højre end til venstre, er temmelig hård, matlydende, lidet forskydelig. Ingen Uterin- eller Fosterlyd; hun mener i Dag at have følt Liv. Ingen Vædske fra Papillerne, men Kirtlerne udenom svulne. Ingen linea fusca. Collum noget bagtil rettet, orificium åben; en Svulst bag uterus strækker sig opad, mest følelig i højre parametrium. Svulsten og uterus adhærente indbyrdes. Hun er noget anæmisk. Svulsten skal være voxet kendeligt i den sidste Tid; den skyder uterus lidt til venstre. Vaginalslimhinden noget blålig opadtil. Lidt sort Blod flyder ud af Cervikalkanalen.

D. $^{14}_{11}$ 93.

Laparotomi.

Højresidigt Tubarsvangskab af Størrelse som en stor knyttet Hånd, ikke rumperet, let løselige Tilhæftninger til uterus, Oment og Tarne

samt til Bäckenväggen. Fortil og opad vare Hinderne blåligt gennemskinnende, ellers tykke og ret faste. Ägget udtoges efter Afbinding af den uterine Ende af tuba. Såret lukkedes. Foster fandtes ikke, men en ret stor placenta. Corpus luteum i Ovariet, der ligeledes var fjärnet.

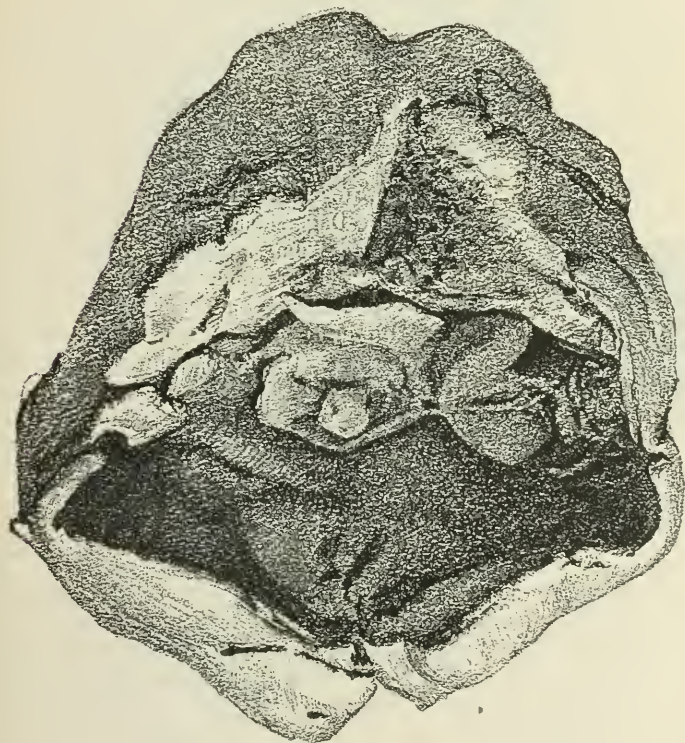
D. $24/_{11}$. Heling per primam.

D. $12/_{12}$. Uterus endnu noget skrätstillet, ingen Ömhed. Ud.

*Graviditas tubaria sin. 2den Måned. Rumperet. Opereret.
Helbredet. (Se Bill. 2.)*

6. M L., gift, 30 År, indlagt d. $21/_{11}$ 94, udskreven d. $23/_{12}$ 94.

Bill. 2.



Födt 3 Gange: 1ste Gang ved Tang, de andre Födsler naturlige; Puerperierne normale. Regelmässige menses, nu udeblevne i 5 Uger. D. $19/_{11}$ 94 blev hun pludselig syg på Gaden, fik häftige Smerter i Underlivet, Opkastning og besvimele, hvorfor hun indbragtes på 3dje Afdeling. Blegghed, Kulde og lille Puls. Underlivet ikke opdrevet, men smertefuldt og ömt, mest i venstre Side nedadtil. Over-

flyttes til 1ste Afdeling d. 21_{11} 94 Kl. $12\frac{1}{2}$ Form. anämisk og kollaberet. Pulsen lille. 144, T.p. normal. Underlivet lidt opdreuet, over venstre Ligament dæmpet Perkussionstone. Uterus bevægelig, med blød collum: diffus, pastøs Udfyldning af fossa Douglasii; tubae og Ovarier kunne ikke føles. Der gjordes strax Laparotomi.

Koaguleret og flydende Blod i peritonæum udtoges. Venstre tuba havde en Udposning i Nærheden af den uterine Ende, midt på dennes Konvexitet en Ruptur, der førte ind til Frugtsækken. Extirpation af tuba; Ovariet fjærnedes ikke. Såret lukkedes. Sækken var af en dobbelt Nøds Størrelse. uden Foster, men med Anlæg til placenta.

D. 23_{11} 94. Der er begyndt lidt Blødning fra vagina; denne ophørte 2 Dage efter.

Hun udskreves helbredet d. 23_{12} 94.

*Graviditas tubaria sin. 2den, 3dje Måned. Rumperet. Opereret.
Helbredet. (Se Bill. 3 — Rupturen.)*

7. L. M., gift, 28 År, indlagt d. 25_{9} 95, udskreven d. 23_{10} 95.

Bill. 3.



En normal Fødsel for $1\frac{1}{2}$ År siden; sidste Menstration for 2 Måneder siden; ved Forløftning for 10 Dage siden forbigående Smerter over Symfyssen; de kom igen for 5 Dage siden og lignede Veer; ingen Blødning; for 3 Dage siden Smerter ved Afføring og Vandladning. Nu lidt siveude Blødning fra vagina. Hun indlagdes, fordi Smerterne tiltog og hun fik Opkastning, på 2den Afdeling d. 21_{9} og overflyttedes til 1ste Afdeling Dagen efter. Temp. 38,3, 37,7. Anæmi. Svag linea fusca. Underlivet ikke op-

dreuet. men ömt over Symfyssen. Orificium åben, collum blød. I fossa Douglasii en knythåndstor, blød Udfyldning ligelig til bægge Sider; den hindrer nærmere Exploration. Da hun var dygtigt kollaberet, strax

Laparotomi.

Først fjærnedes højre tuba med ovarium; tuba snoet, med Udvidninger af blodig Slim. Fra venstre Side fjærnedes en Del koaguleret og flydende Blod, hvorefter venstre tuba fandtes stærkt udvidet og rumperet tæt ved den uterine Ende, med åbnede Åghinder og i tubaen implanteret placenta. Et efter Skønnende $1\frac{1}{2}$ Måned gammelt Foster med rumperet Navlestræng lå i et af de større Koagler. Venstre ovarium med et corpus luteum. Da tuba og ovarium vare fjærnedes, lukkedes Såret. Hun var medtagen af Blødningen, hvorfor Saltvands-transfusion (1000 Ccm.) gennem en Vene i plica cubiti. Helbredelse uden interkurrerende Tilfælde.

Udskreves d. 23_{10} 95.

Graviditas abdominalis. 2den Måned. Ikke rumperet. Opereret. Helbredet. (Se Bill. 4.)

S. P. M., gift, 33 År, indlagt d. 7^o 95, udskreven d. 9^o 11 95. Se ovenfor.

Bill. 4.



Graviditas tubarii sin. 2den, 3dje Måned. Rumperet. Opereret. Helbredet.

9. E. T., gift, 34 År, indlagt d. 21^o 96, udskreven d. 23^o 2 96.

7 Fødsler, ingen Abort, sidste Fødsel for 11 Måneder siden; placenta måtte da fjærnes manuelt fra venstre Side af uterus; 3 Måneder efter indfandt menses sig og vedblev regelmæssigt indtil for 2 Måneder siden. Pludseligt for 14 Dage siden hæftige Smerter i venstre Side af Underlivet; der afgik lidt Blod fra vagina. Hun lå i 8 Dage, stod så op; men der kom atter lidt Blødning, og Smerterne vendte tilbage. For 2 Dage siden besvimed hun, har ligget siden og været mat og svimmel, har kastet op og blødt lidt. Ved Indlæggelsen anæmisk, Pulsen lille, Temp. 38,4, Underlivet noget opdrevet og ømt nedad til venstre. Uterus forstørret, forskudt til højre, ret mobil; til venstre for den føles i fossa Douglasii og i nederste Del af Underlivet en blød, ikke tydelig begrænset Svulst. Kort efter Indlæggelsen

Laparotomi.

Frit mellem Tarmene. navnlig nedadtil, flydende og koaguleret Blod, som fjærnes. Venstre tuba og ovarium løftedes let op og udtoges på sædvanlig Måde. Tuba var som en stor Tommelfinger, udsplet af Blod; den uterine Ende var lukket, den abdominale åben, og

herigennem var Blødningen sket; der var ingen lateral Ruptur. I Ovariet et corpus luteum. Den puklede højre tuba med et kystisk degenereret ovarium fjærnedes ligeledes. Såret lukkedes. D. $23\frac{1}{1}$ standsede Blødningen fra vagina. Forløbet godt, og d. $31\frac{1}{1}$ fjærnedes Suturene. Ved mikroskopisk Undersøgelse af venstre tuba fandtes stærk Randcelle-Infiltration og på flere Steder Placentavæv.

Hun udskreves helbredet d. $23\frac{2}{2}$ 96.

5:te Afdeling.

Graviditas tubo-abdominalis sin. 4de, 5te Måned. Ikke rumperet. Opereret. Död.

1. V. A., gift, 37 År, indlagt d. $9\frac{1}{9}$ 86, död d. $19\frac{1}{9}$ 86.

3 naturlige Födslar, sidste for 6 År siden, hvorefter hun lå i 3 Måneder af Barselseber, og hun har senere lidt af Smerter i venstre hypogastrium, af og til af Dysuri. De regelmæssige menses have af og til været forbundne med Afgang af klumpet Blod og Smerter. Hun er bleg og mager, har i den sidste Måned haft Vaginalblødning; der er Udfyldning over venstre Ligament og lidt hen over Midtlinjen; den er noget knudret, matlydende, öm og fluktuerende.

D. $11\frac{1}{9}$. Stadig lidt Blødning, Vaginalslimhinden blöd, en Sonde går $14\frac{1}{2}$ Cm. opad og til højre, og uterus er dextro-latero-verteret af en barnehovedstor Svulst, der ligger tæt op til dens venstre Siderand. skilt derfra ved en Fure; Svulstens Væg synes tyk; spændt Fluktuation; den bevæges sammen med uterus. Hun febriciterede, havde jævnligt Smerter, og Blødningen vedblev. Svulsten tiltog, og da den d. $18\frac{1}{9}$ nåede et Par Fingersbredder under umbilicus, gjordes

Laparotomi.

Peritonæum var adhærent til Kysten, hvis Væg var blåligt gennemskinnende; ved Spaltning ret stærk Blødning; Kystens Sårrende forenedes med Bugvæggens; et 14—16 Uger gammelt, mandligt, macereret Foster, 16 Cm. langt, ekstraheredes. Placenta lodes urørt. Blødningen standsedes ved Jodoformgazetamponade. Trods Transfusion o. s. v. døde hun d. $19\frac{1}{9}$.

Sektion. Graviditas tubo-abdominalis sin., peritonitis vetus et recens. Anæmia universalis. Uterine Ende af venstre tuba oblitereret. Tuba udvidede sig udad tragtformigt 10 Cm. fra uterus i Säckväggene. Venstre ovarium lå udad og nedad i Säckväggen; det indeholdt et fladt corpus luteum. Placenta havde en Diameter af 6 Cm., var fibröst fortykket med interstitielle, ældre Blødninger; Sækken næsten uløseligt forbunden med rectum. Bäckenväggen o. s. v. Endometriet beklædt med en 5 Mm. tyk. pulpös decidua.

Graviditas tubaria sin. 3dje Måned. Rumperet. Ikke opereret. Död.

2. S. H., gift, 35 År, indlagt d. $25/1$ 87, död d. $1/2$ 87.

2 naturlige Födslar for 14 og 13 År siden uden puerperalia. Regelmæssige menses, sidste Gang for 2 Måneder siden; for 6 Uger siden Smerter i Bækkenet, tiltagende i Hyppighed og Styrke i de sidste Dage, og da af veagtig Karakter. I de sidste 14 Dage Afgang af flydende Blod fra vagina, af og til Dysuri. Har ligget et Par Dage med Feber. Hun er bleg, Underlivet noget udspændt, ömt, isär over Symfysen, og der föles ubestemte Konturer af en dybere Udfyldning. Uterus er mindre mobil end sädvanligt, collum fast, bagtil rettet, orificium optager Spidsen af Fingeren. I forreste lacunar en öm, temmelig hård Udfyldning.

D. $27/1$. Temp. 38, 37.4. Exploreres på ny; $1/4$ Time efter kollapsede hun, blev anämisk, Pulsen ussel, Underlivet mere opdrevet; hun rettede sig i de nærmeste Dage, men fik Hikke og Opkastning; Underlivet blev mere opdrevet; d. $29/1$ afgik en Tjavs deciduallygnende Hinde; hun kollapsede atter og døde Natten til d. $1/2$ 87.

Sektion. En stor Mængde flydende og koaguleret Blod i peritonæum; ingen peritonitis; højre tuba knækket og loddet sammen med Ovariet; venstre tuba udvidet til en appelsinstor Säk, fyldt med Koagler; placenta blodigt infiltreret ligesom Säkväggene; svarende til Enden af tuba et ärtestort Hul, fyldt med et organiseret Koagel; på Forsiden af Säkken opadtil en 2 Cm. lang Ruptur, gennem hvilken en 1 Kvarter (= 155 Mm.) lang Navlesnor hänger ud og förer til et mellem Tarme i venstre Lumbalegn liggende, 9 Cm. langt Foster; Öjenspalterne lukkede, penis antydet, Vægt 18 Gm; det skönnedes at være i 3dje Måned. Säkväggen var ikke tilhäftet nogensteds; venstre ovarium fandtes i Säkväggen. I uterus rigelig Deciduaudvikling med en Tjavs ned i vagina. Kavitetens Längde 10 Cm.

Graviditas tubaria sin. 3dje Måned. Ikke rumperet. Opereret. Helbredet.

3. I. C., gift, 40 År, indlagt d. $19/10$ 91, udskreven d. $22/11$ 91.

2 normale Födslar, ingen Abort, menses regelmæssige, sidste Gang tilstede for 2 Måneder siden. Blödningen vedblev imidlertid til for 14 Dage siden; der optrådte da Smerter i venstre Side af Underlivet nedadtil, ret moderate, med fri Mellemrum. En enkelt Opkastning, i Går Dysuri. Ingen Feber. Collum er bagtil rettet og sigter mod venstre; corpus er anteporeret, ikke forstörret; i nær Beröring med venstre Siderande af uterus föles en nästen knythåndstor, rundagtig, hård og glat Svulst med en Produktion ned i fossa Douglasii. Venstre ovarium kan ikke föles, højre tuba normal, højre ovarium lidt puklet og forstörret. Ved at trække uterus ned kan man tränge ind mellem corpus og Svulsten og mærke strängformede Adhärencer i fossa Douglasii. Temp. normal.

D. $\frac{26}{10}$ 91.

Laparotomi.

Tumor var dækket af peritonæale Exsudater; den noget udvidede højre tuba og ovarium, der vare indlejrede i ret faste Tilhæftninger, fjærnedes først; derpå løsnedes tumor, der var den udvidede venstre tuba, fra uterus. S. Romanum og Forfladen af rectum og fjærnedes ved Afstilkning. Venstre ovarium, der lå i fossa Douglasii, fjærnedes separat. Såret lukkedes.

D. $\frac{29}{10}$. Ingen Tilfælde efter Operationen. Ringe Vaginalblødning. Normalt Forløb. Hun udskreves helbredet.

Tumor var et extrauterint Tubarsvangerskab — 9 og 7 Cm., Sækken beklædt med en 1 Mm. tyk Bindevævsmembran, indenfor hvilken en 2 Cm. tyk, svampet, mørkerød Masse var beklædt med en glat Membran, hvortil fæstede sig en Navlestræng med vedhængende Foster, 25 Mm. langt. Den uterine Ende af tuba aflukket ved Overgangen til Svlusten. Ovariet på samme Side lille og rynket på Overfladen.

Graviditas tubaria dextra. 2den Måned. Udskreven uden at være bleven opereret.

4. C. C., ugift, 32 År, indlagt d. $\frac{6}{6}$ 93, udskreven d. $\frac{5}{7}$ 93.

Født 1 Gang for 4 År siden, menses regelmæssige. Mulighed for Graviditet indrømmes; sidste Menstruation for 6 Uger siden; en Uge efter pludseligt stærke Smerter i højre Side af Underlivet med Besvimmelse: de have senere ofte gentaget sig; ligeledes Spænding af mammæ. For 8 Dage siden en tilsyneladende normal Menstruation af 5 Dages Varighed. Temp. normal. Der er ikke Mælk i Brysterne; lidt Æmhed i højre fossa iliaca med mattere Tone i et Par Fingersbredder over Ligamentet. Uterus er midtstillet; en omtrent 5 Cm. stor og oval tumor er forbunden med højre Uterinhjørne ved en tyk Stilk, der kan bevæges lidt; Svlusten er fast eller spændt. glat. Venstre ovarium lidt forstørret.

D. $\frac{11}{6}$. Sparsom Vaginalblødning i 2 Dage.

D. $\frac{4}{7}$. Ingen Tilfælde her i Hospitalet. Svlusten er voxet og fylder hele højre Halvdel af fossa Douglasii og Partiet bag højre Ligament. Uterus bevægelig. Intet særligt i venstre Side. Klar, lidt blodig Slim fra Cervikalkanalen. Udskrives efter Ænske. Senere ingen Efterretninger om hende.

Graviditas tubo-uterina (interstitialis) sin. 6te Måned. Opereret. Helbredet.

5. E. J., ugift, 29 År, indlagt d. $\frac{27}{6}$ 94, udskreven d. $\frac{7}{8}$ 94.

En Fødsel for 5 År siden; regelmæssigt menstrueret, sidste Gang i Januar 94. I Slutningen af April begyndte Blødning fra genitalia, der har vedvaret til Indlæggelsen på 3dje Afdeling d. $\frac{29}{5}$ 94. Dagen efter standse Blødningen, og der sås da en mørk Klump med Tjavsér hængende ud af det udvidede orificium. Uterus nåede op mod umbilicus.

D. $\frac{5}{6}$ afgik et større Stykke placenta, og der var stinkende Vaginaludflod med Stigning af Temp.

D. $\frac{13}{6}$ afgik 3 macererede Knogler, hvoraf en tibia og en fibula. Ved Overflytningen til 5te Afdeling var hun febril, abdomen stort, stærk Æmhed i nederste, venstre Kvadrant, hvor der føles en fast Udfyldning. Klar Tone i højre Side. Stinkende Vaginaludflod. Uterus fixeret, Sondemålet normalt. Udfyldningen ligger tæt op til uterus.

D. $\frac{27}{6}$. Incision over venstre Ligament. Svulsten var i Suppuration; der ekstraheredes et omtrent 3 Måneder gammelt, macereret Foster, manglende de omtalte, udstødte Knogler. Udskylning. Drænage. Febren tog snart af, og medens Vaginaludflodet lidt efter lidt standede, fyldte Sårhulen sig, så at hun d. $\frac{7}{8}$ 94 kunde udskrives.

Graviditas tubaria dextra. 3dje, 4de Måned. Ikke rumperet. Opereret. Helbredet.

6. H. C., gift, 38 År, indlagt d. $\frac{24}{7}$ 94, udskreven d. $\frac{22}{9}$ 94.

3 Fødsler, 1 Abort i 7de Måned; sidste Fødsel for 8 År siden, mensens uregelmæssige; for 4 År siden et Hæmatocele periuterina, hvorefter hun ikke har været fuldständig rask. Menses ere udeblevne i de sidste 3 Måneder; hun mener sig gravid og har haft veagtige Smerter i Underlivet med Kvalme og Opkastninger, samt Dysuri. Gennem det bløde Underliv føles til højre en uteruslignende Svulst til midt imellem Symfyen og Navlen. I de sidste 2 Dage blodvandsagtigt Udflod fra vagina. Temp. normal.

D. $\frac{27}{7}$. Under Narkose føles uterus stor, Kaviteten 10 Cm.; store Masser Slimbindetjævser fjernes med Kurette; Retningen af uterus er normal, collum er let lillafarvet; til højre for uterus ud til Bækkenvæggen en ensartet, rundagtig, glat Udfyldning; adnexa kunne ikke palperes. Til venstre er ubetydeligt Exsudat langs Uterinranden. Venstre ovarium ligger udad, Størrelsen naturlig. Temp. holdt sig normal; hyppigt stærke Smerter og Opkastninger; af og til afgik vævslignende Tjævser gennem vagina.

D. $\frac{9}{8}$ 94.

Laparotomi.

Det blodigt infiltrerede Oment med store Vener adhærent til Bugvæggen og helt ned i højre Side; under Lösningen udflød blodig Vædske og friske Koagler. Svulstens Væg meget tynd, så at man kunde se foetus; Tilhæftningerne løstes, og Sækken førtes frem, åbnedes; Fostret med placenta udtoges; Sækåbningen syedes til Bugvæggen, og Kaviteten udtamponeredes med Servietter, indtil den ret stærke Blødning var standset, hvorefter Mèche indlagdes. D. 12te og 13de nogen Vaginalblødning. Kaviteten gik i Suppuration og trak sig sammen, så at hun d. $\frac{22}{9}$ 94 kunde udskrives helbredet.

Beskrivelse af Fostret mangler.

Graviditas tubaria sin. 3dje Måned. Ikke rumperet. Opereret. Helbredet.

7. A. M., gift, 32 År, indlagt d. $\frac{25}{4}$ 95, udskreven d. $\frac{15}{6}$ 95.

En normal Fødsel for 11 År siden; menses regelmæssige, sidst tilstede for 2 Måneder siden. Mener sig gravid. For 14 Dage siden velignende Smerter i Bækkenet og klumpet Vaginalblødning, der op-
hørte 2 Dage efter. Pludseligt Natten før Indlæggelsen under Urin-
ladning stærke Smerter i Underlivet med Opkastning og Besvimelse.
Ved Indlæggelsen anæmisk, Underlivet opdrejet, ømt i højre Side ned-
adtil med Dæmpning, areolæ pigmenterede, ingen Svulst af Kirtlerne
her. Retentio urinæ, Blødning fra vagina, uterus disloceret til venstre
og blød. Udfyldning i lacunar.

D. $27/4$. Afgang af decidua som en sækformet Afstøbning af ca-
vitas uteri. Retentionen af Urinen vedbliver. Moderate Smerter. Man
føler tydeligere en Udfyldning i Hypogastriet til midt imellem Sym-
fysen og umbilicus med konvex Grænse nedad og udad til bægge Sider,
højest på højre Side. Temp. ubetydeligt forhøjet.

D. $10/5$.

Laparotomi.

Peritonæum i Snittets nederste Del blodimbiberet og skør; man
kom ind i en med Koagler fyldt Hulhed. I venstre Bækkenhalvdel
noget bag uterus lå Frugtsækken, knythåndstor, hel; den rumperede
under Udtagelsen og udtømte et lille Foster. Stilken, der udgik fra
venstre Uterinhjørne, afbandtes. Også højre tuba med ovarium fjær-
nedes, da Tubæen, der indeholdt chokoladefarvet Vædske, var svullen.
Fossa Douglasii og de i Bækkenet nedhængende Tarmslynger vare dæk-
kede med et tykt Lag Blod, der afviskedes. Mælte i nederste Sår-
vinkel, ellers lukkedes Såret. Fostret var 12 Cm. langt, mandligt, ikke
macereret. Den venstre tuba udvidede sig $1\frac{1}{2}$ Cm. fra Uterinhjørnet
og gik over i Frugtsækken, der var så stor som en knyttet Barnehånd
og indeholdt en placenta; fimbriæ sås tydeligt på Sækkens laterale Ende.
Ovariet fandtes ikke. Et Par Dage efter Operationen lidt Blødning
fra vagina. Sårforløbet godt, og hun udskreves helbredet.

3:dje Afdeling.

*Gravitas tubaria sin. Mere end ét Års Varighed. Suppuration.
Sepsis. Død.*

1. N. H., ugift, 37 År, indlagdes d. $13/3$ 78, døde d. $11/5$ 78.

En normalt forløbende Fødsel for 10 År siden. Menses i Orden
senere, viste sig sidste Gang i September 1876. Behandledes på Af-
delingen fra December 76 for veagtige Smerter i Underlivet, opstæde
efter et Fald på Fødderne nogle Uger forinden. Hun antog sig gravid.
Uterus stod højt, collum var trykket op mod Symfysen; corpus retro-
flekeret. ømt; uterus immobil; en Udfyldning fra Symfysen omtr. 3"
opad kunde føles i venstre parametrium; højre Side var fri. Jævnlig
Dysuri og Brækninger. Temp. normal. 2 Dage efter Indlæggelsen afgik
fra reetum rigelige Pusmasser. D. $7/1$ 77 mener hun at have mærket
Liv, og der høres Uterinlyd over Symfysen. D. $1/2$: Fosterlyd 3—4
Cm. nedefor og til venstre for umbilicus. Hun bedredes og udskreves

snart. Uterus nåede da lidt over umbilicus. Underlivet holdt sig nu stort; hun kunde vel passe sin Gerning, men ikke tåle Tryk på Underlivet, da hun så fik Smerter. — 9 Uger før sidste Indlæggelse afgik der pludseligt en Masse stinkende pus fra rectum, og derefter mindskedes Svulsten i Underlivet; hun blev febril og magrede af. Ved Indlæggelsen føles en uteruslignende Svulst, afrundet, glat, over Symfyssen og udfyldende venstre fossa iliaca, næsten fra Umbilikaltransversalen til Ligamentet. Septum recto-vaginale er fast, dannende en nedad tilspidset Kile; collum højtstående, orificium lukket. Opad til højre i rectum føles fortil et lille, rynket Sted, intet pus på den explorerende Finger. Hun lå nu med Feber og Smerter, jævnligt afgik pus fra rectum, og d. $22/3$ udstødtes et Fragment af et costa fra vagina; senere afgik flere Bendele (Nåseben o. s. v.) sammestedsfra. Den venstre Del af Svulsten afgrænsedes fra en mindre, højre Del, der formodedes at være uterus. D. $22/4$ sattes Moxe over det venstre Ligament, og d. $16/5$ gjordes her Incision med Åbning af Kaviteten, hvorfra en Del Knogler (Kraniet, ulna o. s. v.) udtoges, og der udflod stinkende pus; en Del af foetus var adhærent til Væggen. Hun døde septikæmisk d. $17/5$ 77.

Graviditas tubaria sin. 2den Måned. Rumperet. Ikke opereret. Død.

2. I. S., ugift, 24 År, indlagdes d. $22/1$ 85, døde d. $24/1$ 85.

Indbragtes kollaberet med ufølelig Puls, anæmisk; skal pludselig have fået Smerter i Underlivet, kastet op og være besvimet. Underlivet er middelmådigt fremhævet, matlydende i venstre Halvdel. Der er tenesmi vesicales, Urinen sparsom med Spor af Äggehvide. Menstrua regelmæssige; men der er gået over én Måned siden sidste Menstruation. Hun døde uden at have rettet sig.

Sektion. Ruptur af den venstre gravide tuba med intraperitonæal Blødning; Deciduaudvikling i Endometriet. Graviditeten skønnedes at være i 2den Måned.



Om primär Dermatomyositis acuta et chronica.

Af

Dr H. KÖSTER

i Göteborg.

Muskelsystemets sjukdomar hafva ända till på sista tiden varit rätt försummade och hafva ej förmått väcka samma intresse som andra organs förändringar. Man kände visserligen till förändringar, omfattande samtidigt en stor del af muskulaturen, men dessa hafva i allmänhet ansetts vara sekundära efter lesioner antingen af ryggmärgens grå framhorn, af de perifera nerverna eller efter infektionssjukdomar såsom t. ex. den af ZENKER studerade vaxdegenerationen vid tyfoidfebern. Primära diffusa sådana åter voro så godt som okända; undantag kunde möjligen göras vis à vis rotzjukdomen, som företrädesvis lokaliserar sig i muskulaturen, och trikinosen, i hvilken äfvenledes muskelsystemet är predilektionsstället för de invandrade parasiterna. Egentliga primära muskelaffektioner kunde dessa lidanden knappast anses vara. Först under sista decenniet har en annan uppfattning börjat göra sig gällande. Man började på grund af det anatomiska fyndet antaga, att många af de sjukdomsformer, som ansetts bero på förändringar i det centrala nervsystemet, voro ett uttryck för en primär muskelförändring, de s. k. primära myopatierna; men dessa återigen voro kroniska sjukdomsformer, mera utbredda akuta sådana underordnades fortfarande under förut kända sjukdomsgrupper såsom rotz (POTAIN) eller akut progressiv muskelatrofi (GREENHOW, WAGNER). Att emellertid i musklerna en akut inflammation kunde uppstå, visade redan 1852 VIRCHOW. Men de tils på sista tiden observerade akuta, primära muskelaffektionerna uppträdde endast i begränsade muskelområden; så den af STRAUSS under namn af *myosite sup-*

purée idiopathique primitive eller *myosite spontanée* beskrifna muskelaffektionen, som uppträdde i starkt använda muskler, såsom musc. pectorales, glutei, deltoidei, biceps, efter inverkan af kyla på starkt svettande delar samt efter starka muskelansträngningar; den karakteriserades af, att, under mer eller mindre häftiga smärtor i musklerna, smärtor, som ökades vid rörelser, en egendomlig förhårdnad uppträdde i musklerna, hvilken antingen småningom resorberades eller gick till suppuration. Liknande observationer hade redan förut gjorts af åtskilliga författare, (anf. af JACOBY och STRAUSS), hvilkas arbeten dock ej varit mig tillgängliga. En med dessa närbesläktad form, som dock snarare bör räknas till de sekundära muskelinflammationerna, då i de flesta fall en furunkel, en hud- eller slemhinneaffektion, en caries dentis m. m. föregått, hvilken af författaren sattes i samband med den senare uppträdande muskelaffektionen, är den af SCRIBA beskrifna *infektiösa myositen*. Vid denna uppträdde under temperaturförhöjning i enstaka muskler en höggradig förtjockning och förhårdnad, medan de angränsande partierna voro mjuka och smärtfria samt blefvo ytterst ömma för palpation; hvarje rörelse förorsakade häftiga smärtor; utgången var än resorption än varbildning. Mikroskopiskt konstaterades i ett fall i muskeltrådarna, som voro bleka, men för öfrigt makroskopiskt normala, upphäfd tvärstrimmighet och ansvällning af muskeltrådarna, förtjockning af sarkolemmat samt sparsam rundcellsinfiltation i perimysiet.

Först 1887 fästes uppmärksamheten på, att muskelsystemet kan primärt angripas mera allmänt, och att den därvid uppkomna symptombilden är tämligen karakteristisk, genom trenne, kort tid efter hvarandra offentliggjorda fall af WAGNER, HEPP och UNVERRICHT (det sist nämnda äro tvifvelaktigt densamma, som redan 1880 i korthet publicerats af MARCHAND, ehuru det af LEVY i hans sammanställning räknas såsom själfständigt fall jämte UNVERRICHTS). WAGNER ansåge mellertid sjukdomen böra räknas till de akuta progressiva muskelatrofierna, och HEPPS beskref sitt fall under namn af pseudotrikinos på grund af sjukdomsbildens likhet med den vid trikininvandring uppkommande, på samma gång dock betonande, att sjukdomen tycktes vara en akut parenkymatös muskelinflammation, uppkommen oberoende af dittills kända, etiologiska moment för ett sådant lidande. UNVERRICHT beskref åter sitt fall under namn af polymyositis acuta progressiva på grund af de hufvudsakligast i musklerna

funna förändringarna och sjukdomens progressiva förlopp, ett namn, som han dock senare, med fäst afseende på de betydliga hudförändringar, hvilka nästan konstant finnas, och på grund af den ej alltid letala utgången ansåg böra ändras till *dermatomyositis acuta*.

Liksom alltid, då en ny sjukdom beskrifves, finner man i literaturen fall, som närma sig eller öfverensstämma med den s. k. nya sjukdomen. Ett otvifvelaktigt sådant var det af POTAIN 1876 under namn af kronisk rotz beskrifna och likaså ett af WAGNER 1863 offentliggjordt fall. Huruvida åter de af GREENHOW 1873 och DEBOVE 1878 offentliggjorda fallen kunna räknas dit, torde vara mera tvifvelaktigt, då i dem de karakteristiska ödemerna saknades. Möjligheten, att på grund af symptom-bildens stora likhet med en trikinos ett och annat fall af polymyosit fått gälla för den förra sjukdomen, betonas af UNVERRICHT liksom äfven, att bilden kan hafva uppfattats som en svår muskelreumatism. I hvarje händelse framhåller han dock, att sjukdomsbilden ej måtte vara vanlig, då den är så egendomlig och på samma gång allvarsam, att den ej gärna kan undgå uppmärksamheten.

De hittills offentliggjorda fallens ringa antal har ej jäfvat denna UNVERRICHTS uppfattning. Oaktadt nu snart ett 10-tal år förflutit, sedan sjukdomsbilden preciserats, är det endast något öfver 20 otvifvelaktiga fall, som hittills publicerats. Man torde nämligen ej ega rätt räkna alla de under namn af poly- eller dermatomyosit offentliggjorda fallen hit.

Fasthåller man vid symptombilden i dess väsentligaste delar, sådan den preciserats, torde endast följande fall kunna räknas dit: FENOGLIOS och JACOBYS 1888, PLEHNS 1889, LÖWENFELDS och PRINZINGS 1890, UNVERRICHTS, BOECKS och STRÜMPPELLS 1891, af hvilka författare den sist nämnde lemnade en sammanfattande öfversikt af de dittills kända fallen, SENATORS (2 fall) och LEVYS (4 fall) 1893 (den senare lemnande en tabellarisk öfversikt af fallen), HERZ' (2 fall) och BUSS' 1894 samt SCHULTZES 1895, till hvilka kommer mitt fall. Gent emot SCHULTZES fall ställer sig visserligen UNVERRICHT något skeptisk på grund af patientens ålder, ödemens fördelning och de utbredda atrofierna, och erkännas måste, att sjukdomsbilden afviker något från den ursprungliga bilden, men liknande variationer förekomma dock äfven i andra fall. Patientens ålder torde ej spela någon väsentlig roll, och symptombilden står i sin helhet den i andra fall

observerade så nära, att det synes mig vara svårt att ej räkna detta fall till de äkta polymyositerna. Äfven i fråga om ett af LEVYS fall kunna meningarna vara delade, i det i detta endast en purpura uppstod utan muskelsymptom eller ödem, men af skäl, som jag längre fram skall nämna, synes det mig vara svårt att förneka sannolikheten af, att fallet hör till samma grupp trots dess betydliga afvikelser.

Däremot torde åtskilliga andra fall ej böra räknas till nu skildrade sjukdom. Dit höra framför alt de af FRÄNKEL, ROVERE, WÄTZOLDT och den sista bland de af HERZ publicerade observationerna. Äfven torde till de tvifvelaktiga böra räknas de af GIES under namn af myositis chronica och HEPP under namn af parenkymatös myosit med svulstbildning och fluktuationenkänsla beskrifna fallen, samt SCHULZ' fall. Skälen härför skall jag längre fram lemna. Utom de nu nämnda finnas dessutom publikationer af GLUZINSKI och PRZEBINSKI 1889, FÜCKEL 1892 (hos ett barn) och KISSEL 1893. Af dessa har jag ej lyckats anskaffa något referat och har därför i det följande ej kunnat taga dem med i betraktande.

I fråga om de säkra fallen kan man i allmänhet säga, att de väl i mångt och mycket utvidgat den först beskrifna sjukdomsbilden, i det genom dem visats, att den samma kan variera rätt betydligt, samt att prognosen ej är så dålig, som man till en början var hågad tro, men i fråga om själftva sjukdomens väsen hafva de ej fört oss vidare framåt.

Till de viktigare inläggen i frågan höra några uppsatser af SENATOR, som i dem påvisar, att vid primära förändringar af de perifera nerverna en liknande symptombild kan uppstå, hvilken han därför kallar nevromyosit men skarpt skiljer från de egentliga polymyositerna.

En sammanfattande öfversikt öfver denna sjukdom saknas ännu i den skandinaviska literaturen, i hvilken endast ett fall af BOECK med några korta epikritiska anmärkningar finnes offentliggjordt. Jag har därför ansett en sådan kunna vara lämplig, äfven om ej så mycket nytt af den samma torde framgå. Den eger dessutom sitt berättigande vid dylika relativt nya sjukdomar, emedan den visar, hur långt vi hunnit i kännedomen om sjukdomen i fråga, och därigenom kan gifva anvisning om, hvilka punkter särskildt fordra noggrannare studium vid framtida fall.

Innan jag går att lemna denna öfversikt, torde det dock tillåtas mig redogöra för ett fall, som jag haft tillfälle att här i Göteborg, tack vare doktor F. BELFRAGES vänlighet följa och efter döden undersöka i patologiskt anatomiskt hänseende.

Fru H., 36 år. Pat. har i allmänhet varit frisk och i sitt äktenskap födt flere friska barn. Vid jultiden förra året började hon, efter att en tid på grund af mannens sjukdom hafva varit mycket ansträngd och nedstämd, känna sig matt och kraflös. Under den närmaste tiden fortfor detta tillstånd oförändradt, utan att någon anledning därtill kunde upptäckas. I början af mars började hon lida af svåra smärtor å lårens framsidor, både vid gång och i hvila, som hon själf trodde på grund af ansträngning. En genomförd massagekur förbättrade ej tillståndet, som ej håller väsentligt förändrades af de använda analgetika. Benen svullnade, och snart därefter började äfven armarna, särskildt öfverarmarna, först å vänstra, sedan å högra sidan, att svullna och värka samt blefvo höggradigt ömma. Hon började besväras af riklig svettning men hade ej någon feber eller hufvudvärk; från magen fans intet att anmärka. Någon tid efter öfverarmarna började på samma sätt underarmarna att värka och blifva ömma. Rörelser framkallade smärta, och pat. höll sig därför mest stilla. Under behandling med jodkali förbättrades tillståndet för en tid, svullnaden och värken minskades, men efter någon tids förlopp återkommo symptomen igen med förnyad styrka, hvarje gång, som det tycktes, något lindrade af jodkaliumintagning. På detta sätt inträdde en 3—4 gånger onväxlande förbättring och försämring. I juli genomgick pat. en badkur och förbättrades under denna till en början högst väsentligt, så att hon kunde vara ute och i rörelse större delen af dagen, svullnaden försvann, och pat. trodde sig återställd, men efter en månads badbehandling inträdde å nyo försämring med ny svullnad, ny värk på samma sätt som förra gången, och dessa symptom tilltogo sedermera alltjämt trots jodkaliumbehandling.

Status i slutet af augusti 1893. Pat. är sängliggande. Hennes intelligens är fri och orubbad, temperaturen normal (aldrig har hon konstaterat feber), urinen är normal, fri från ägghvita. Puls af normal frekvens, jämn och tämligen kraftig, matlusten är dålig, afföringen regelbunden, sömnen dålig. Patienten svettas i mycket hög grad.

Pat. klagar öfver svåra smärtor, som dock varit värre förr, än hvad nu är fallet; dessa smärtor uppträda i synnerhet i rygg, nacke och armar. Samtidigt har hon en intensiv känsla af spänning och hetta i ansiktet samt de svullna partierna. Smärtorna hafva ej lancinerande karakter, utan mera molande, och förvärras högst betydligt genom rörelser. Hon klagar äfven öfver en viss svårighet att svälja på grund af en sväljningsakten åtföljande känsla af smärta i halsen. Pat. är fri från hufvudvärk, känner inga domningar eller myrkrypningar någonstädes.

Vid inspektion visar ansiktet ett egendomligt pussigt utseende. Ögonlocken är uppsvällda till stora vulster och äro halfgenomskinliga, medan på samma gång huden å dem har ett egendomligt karmosinrött utseende, bjärt kontrasterande mot den eljes mycket bleka huden;

samtidigt är huden å ögonlocken jämn och slät utan minsta antydan till skroflighet eller utslag. Äfven läpparna äro tjocka och svulstiga, något torra, men kunna röras fritt vid tal och eljes, ehuru pat., såsom nämnts, därvid erfar en känsla af stramning. Hela ansiktet förefaller dessutom att vara något uppdrifvet, ehuru ej i någon högre grad; höggradigt ödem finnes ej annat än å de nyss nämnda delarna af ansiktet. Ansiktets rörelser äro fria och kunna utföras, ehuru pat. därvid klagat öfver våldsamt smärta; ingen asymmetri af dess båda hälfter. Ögonens rörelser äro fullt fria. Vid tryck å ansiktet markerar pat. liflig smärta, särskildt å de mera svullna ögonlocken och läpparna.

Halsens slemhinna visar en lindrig rodnad särskildt å gombågarna, mjuka gommen af normal rörlighet. Å bålen är trakten öfver musc. supra-spinatus och cucullaris samt å armarna och extensorsidorna höggradigt svullna och ödematösa. Huden buktar här upp kuddformigt öfver omgifningen, är till färgen mycket blek, ingenstädes å dessa delar något utslag. Tryck här framkallar lifliga yttringar af smärta, och man erfar därvid en egendomlig, degig känsla; en obetydlig insänkning kvarstår. På djupet kännas musklerna hårda och fasta, men en noggrannare palpation af dem är omöjlig på grund af den excessiva ömhetsen af ej blott underhudsväfvnen utan äfven, som det tyckes, af musklerna. Längre ned å ryggen finnes ingen framträdande svullnad, likaså är trakten öfver infraspinatus af normalt utseende, men alla ryggmusklerna äro för tryck något om också ej excessivt ömma. Deltoideus ej svullen, snarare förefaller den vara något atrofisk. Å armarna äro böjsidorna och händerna fria från svullnad, men alla muskler å armarna äro ömma vid tryck. Musklernas konsistens å de ej svälta partierna företer intet anmärkningsvärdt. Å underarmarna märkes i trakten kring handlederna och å handryggen ett torrt ekzem, huden är här lifligt röd, något skroflig; inga begränsade upphöjda fläckar finnas någonstädes å detta område, utan processen är diffust likformig å det angripna området. Den lifliga färgtonen här varierar för öfrigt högst betydligt, ena dagen är färgen lifligt högröd, andra dagen betydligt blekare. Armens rörelser äro i allmänhet kraftlösa; pat. kan ej höja armen högre än till horisontalplanet, därefter faller den kraftlös ner igen; supination af handen kan ej utföras fullständigt, likaså extension af underarmen, det senare dock, som det tyckes, på grund af en inträdande kontraktur af musc. biceps, som därvid kännas mycket hård och spänd och smärtar häftigt. Pat. kan vidare ej lyfta ena sidans hand till andra sidans skuldra, emedan hon därvid känner liksom en blytyngd på öfverarmarna. Alla nu skildrade symptom äro mera utpräglade å vänstra än å högra armen.

Pat. kan ej sitta uppe utan stöd och kan ej resa sig, dels på grund af svaghet, dels på grund af våldsamma smärtor, som hon därvid erfar. Hufvudet kan ej lyftas upp från kudden, och, då hon sitter uppe, kan hon ej hålla det upprätt, utan faller det kraftlöst fram eller tillbaka.

Från benen finnes intet att anmärka. Kraften där ej mera ned-satt, än man på grund af patientens kraftlöshet kan vänta, intet ödem, ingen ömhet af musklerna. Ingenstädes finnes någon sensibilitetsrubbing för vare sig vidrörings-, smärt- eller temperaturintryck. Patellar-reflexerna äro normala. Från inre organ intet att anmärka.

Daganteckningar:

⁸/₉. Värken har tilltagit och uppträdt äfven i benen. Ödem nu å händernas dorsalsida, underarmarnas extensorsida och lårens insida. Försök med ichthyol har ej haft något nämnvärdt inflytande på processen. Tillståndet för öfrigt oförändradt.

¹²/₉. Värken har minskats något i nacken, men har i stället tilltagit i benen, hvilka nu liksom armarna i deras helhet, äfven å flexorsidan, äro svullna, ehuru ödemet är mest utprägladt å lårens insida och underarmarnas extensorsida. Muskelnerna äro här ytterst ömma för tryck och kunna ej tydligt palperas. Buken utan anmärkning. Sväljningen är numera mindre smärtsam än förut, men pat. har en känsla af, som om hon ej kunde få ner tuggan, utan denna fastnade midt i matstrupen.

¹⁶/₉. Svullnaden af benen har tilltagit, så att de, nu mest dock å extensorsidan, äro kolossalt förtjockade; kvarstående gropar vid tryck otydliga, stark ömhet vid tryck. Å armarna endast fingrarna fria från ödem, huden där fortfarande med ekzematös rodnad och ruggighet; fingrarna kunna röras bra, men öfriga rörelser af armar och ben nästan omöjliga på grund af svaghet samt spänning och smärta vid försök därtill. Hufvudet kan i dag ej vridas, utan ligger orörligt å kudden. Sväljningen är åter mera försvarad, tuggan liksom fastnar fortfarande i midten af matstrupen. Tungan något sväld med tydligen kvarstående intryck efter tänderna. Den är belagd, å spetsen liksom flådd, och intagandet af föda framkallar liflig sveda här. Fast mat kan pat. ej svälja, och rörelser af tungan förefalla och kännas af pat. själf såsom oviga och svåra att utföra; den ligger mest orörlig i munnen. Pat. klagar dessutom öfver andtäppa och en besvärande tyngd å bröstet men kan dock andas kostalt. Interkostalmuskelnerna mycket ömma, intet ödem å dem. Bukmuskler nu äfven mycket ömma, men ej ansvalda, intet ödem å buken. Puls 108, liten, mjuk, hjärtoner rena men svaga.

²⁰/₉. Svullnaden af benen har ytterligare tilltagit, de ligga nu, tjocka som stockar, orörliga i bädden, äfven ödemet i armarna har ökats med åtföljande orörlighet; trakten öfver buk- och bröstmuskelnerna samt fingrarna fria från ödem. Pectorales mycket slappa och tunna samt ömma. Maten kommer lätt i vrångstrupen. Ansiktet oförändradt ödematöst.

²⁵/₉. Svårt att andas, hostar utan att kunna få upp något, all mat kommer i vrångstrupen. Svullnad har uppträdt äfven å bröstet samt ehuru mindre å fingrarna; endast buken ej ödematös, ehuru mycket öm. Ömheten å armarna och benen snarare något minskad. Vid försök att räta fingrarna klagar pat. öfver stramning i flathanden; de kunna därför ej extenderas fullt. Feber något öfver 38°, rassel baktill å lungorna.

²⁶/₉. Utpräglad bronkopnevmomi med bronkial respiration, hårda rassel å högra lungan. Puls 140. Expektoration omöjlig, andnöd betydlig.

²⁷/₉. Död.

Sektion: Bronkopnevmoni i båda lungornas nedre lobar, mest i den högras. Hjärtat något slapt. Underhudsväfvén öfveralt å kroppen höggradigt ödematös, vid insnitt utrinne riklig massa tunn, serös vätska. Ingenstädes i underhudsväfvén några blödningar. Musklerne i allmänhet bleka, liksom vattniga, ej spända, kännas dock tämligen fasta. I allmänhet finnas inga tecken till atrofi med undantag af i musc. pectorales, som förefalla att vara ovänligt tunna. Ingenstädes kunna i musklerna upptäckas blödningar eller varhärder. Bukmusklerne äro minst förändrade, af något rödare färg än öfriga muskler. Mjälten är ej förstörd (exakta måtten förkomna), från inre organ intet att anmärka. Hjärne och ryggmärg uttogos ej. Bitar tillvaratogos ur musc. biceps brachii, pectoralis major, intercostales, peroneus, tunga, larynx, farynx, diafragma och hjärtat, jämte muskelnerv till musc. peronei och underarmarnas muskler samt bitar af n. peroneus, ischiadius och radialis. Muskelstyckena undersöktes dels i färskt tillstånd på närvaro af gregariner och bakterier, dels härdades de i MÜLLERS vätska, hvarefter både »Zupfpräparat» och snitt efter inbäddning i celloidin gjordes. Nervstyckena härdades i osmiumsyra 1 %.

I alla dessa muskelbitar anträffades förändringar af ett eller annat slag, som dock voro ganska olika i de olika muskeltrådarna. I en hel del trådar var endast tvärstrimmigheten otydlig, i andra var hvarje spår af sådan försvunnen, men i stället framträdde en finfibrillär längdstrimmighet. I andra saknades åter hvarje strimmighet och muskeltråden var antingen hyalin (vaxdegenererad), eller fin- eller grofkornig. Denna förändring var ej bunden vid någon särskild form af muskeltrådar, både de breda och de smala trådarna, som ej förekommo i någon anmärkningsvärd mängd, visade dem. Kärnorna voro ej ökade, vakuoler i muskelsubstansen kunde ej påvisas hvarken å tvärsnitt eller i »Zupfpräparat». I interstitierna var den konstantaste förändringen en höggradig dilatation och utfyllnad af kapillärerna och de mindre blodkärlen med röda blodkroppar. I kapillärerna låg den ena blodkroppen i rad efter den andra utan luckor i lumen, de mindre kärlen voro fyllda af tätt packade röda blodkroppar. Kärnväggen visade ej någon tydlig förändring. Dessutom anträffades här och hvar i några muskler fria röda blodkroppar i den intramuskulära bindväfvén och fläckvis, oftast kring ett kärl, anhopningar af rundceller, hvilka anhopningar alltid voro mikroskopiska, aldrig kunde upptäckas med blotta ögat.

Dessa förändringar voro emellertid mycket ojämnt fördelade i de olika undersökta muskelstyckena.

Minst voro förändringarna i *hjärtats muskulatur*. Här var muskelsubstansen så godt som oförändrad, några tydligt degenererade trådar anträffades icke, men väl framträdde äfven här en dilatation af små kärl, om också ej så betydlig som i andra muskler.

Obetydliga voro muskelsubstansens förändringar äfven i *tungan*. De flesta muskeltrådarna voro här normala med tydlig tvärstrimmighet, blott en och annan sådan anträffades med otydlig tvärstrimmighet eller finkornigt innehåll utan strimmighet. I bindväfvén saknades rundcell-anhopningar, och fyllda kapillärer framträdde endast sparsamt.

Likaså var *musc. biceps* relativt mindre förändrad; i den samma funnos flere friska än förändrade muskeltrådar, och de af blodkroppar utspända kapillärerna voro ej så talrika som i flere af de följande musklerna. Däremot anträffades i denna muskel rätt rikliga hopar af rundceller i bindväfven, särskildt kring de mindre kärlen.

Större voro förändringarna i *diafragma*, i *larynx'* muskulatur samt i *musc. peroneus*. I *diafragma* funnos rätt talrika förändrade muskeltrådar, ehuru här äfven det större flertalet trådar tycktes vara normalt. Däremot voro här kapillärerna i allmänhet kolossalt fyllda, och fläckvis anträffades rundcellshopar å tvärsnitt.

I *larynx muskler* var förhållandet det samma; en stor del trådar visade otydlig tvärstrimmighet och kornighet, och kapillärerna voro öfveralt fyllda af blodkroppar.

I *musc. peroneus* voro förändringarna ännu höggradigare. Öfveralt anträffades förändrade muskeltrådar, än enstaka, än flere bredvid hvarandra, och här anträffades en hel del hyalina trådar. Fläckvis fans rundcellsinfiltation, och dessutom voro äfven kapillärerna öfveralt fyllda.

De höggradigaste förändringarna anträffades i *musc. intercostales*, *pectorales* och i *jarynx'* muskler. I *m. pectorales* funnos hela muskelbundtar med uteslutande förändrade trådar af alla slag, och de oförändrade trådarna voro färre än de förändrade; de hyalina trådarna voro här jämförelsevis sparsammare, medan de fin- och grofkorniga funnos i riklig mängd. Blodkärlen kolossalt fyllda, sparsamt här och hvar rundcellsinfiltation.

I *musc. intercostales* voro förändringarna lika höggradiga, dock tycktes här de finkorniga och hyalina trådarna vara talrikare än de grofkorniga. För öfrigt äfven här blodkärlsfyllnad och rundcellsinfiltation.

I *jarynx' muskler* funnos endast få normala trådar, för öfrigt var bilden den samma som i de förut nämnda musklerna.

Dessa förändringar visade emellertid i samma muskel mycket olika fördelning. Endast i de sist nämnda musklerna kunde man anträffa hela muskelbundtar med förändrade trådar, i andra voro normala sådana spridda bland bundtar af förändrade; ju mindre utpräglad förändringen var, dess mera lågo förändrade och oförändrade trådar blandade om hvartannat. Bredvid en höggradigt förändrad tråd utan all strimmighet med hyalint eller kornigt innehåll kunde då ligga en normalt tvärstrimmig, nästa tråd visade endast otydlig tvärstrimmighet, den följande kunde å nyo vara normal o. s. v. De olika muskelbundtarna visade i detta hänseende alla möjliga variationer. Men äfven i muskelbundtar med så godt som uteslutande normalt tvärstrimmiga trådar anträffades de dilaterade kapillärerna.

De undersökta nerverna och nervstammarna visade intet abnormt.

Mikroorganismer eller gregariner kunde, trots upprepade undersökningar, ej anträffas någonstades.

Nu meddelade fall är ett fullt typiskt sådant af en subakut dermatomyosit, och någon tvekan om diagnosen kunde ej råda

under lifvet. Alla de för sjukdomen karakteristiska symptomen funnos, och får jag tillfälle närmare granska dem i den öfversikt af sjukdomens symptom m. m., jag nu går att lemna.

Vid denna har jag ej jämfört andra fall än sådana, som otvifvelaktigt höra hit och öfverensstämma i sina väsentligaste drag med den af UNVERRICHT lemnade skildringen. De fall, som endast äro uttryck för en sekundärinfektion, hafva därför ej användts, ej håller åtskilliga fall, som af LEVY ansetts böra räknas till i fråga varande sjukdom, men som dock i så väsentliga hänseenden skilja sig därifrån, att detta näppeligen kan anses vara berättigadt; sådana äro HEPPS, GIES' och SCHULZ' fall.

Skälen härför torde jag få återkomma till längre fram.

1) Symptomatologi.

I ett af sina första arbeten karakteriserar UNVERRICHT sjukdomen på följande sätt: Sjukdomen uppträder med feber, mjältansvällning, ödemer, utprägladt inflammatoriska muskelförändringar, företrädesvis i extremiteternas muskulatur, lidandet är progressift, angriper svalg- och andningsmuskulaturen, medan ögonmusklerna, hjärtat och diafragma förblifva oberörda; dessutom förefinnas urticarie- eller erysipelasliknande utslag, och döden följer under kväfningsanfall och symptom från lungorna. UNVERRICHT vågade då dock ej på grund af fåtalet fall afgöra, om i alla fall förloppet är progressift, eller om icke lättare former af denna sjukdom, som hittills ansetts höra till andra sjukdomar, förekomma oftare.

De sedan de första publikationerna följande observationerna visa också, att sjukdomen långt ifrån alltid är så typisk; tvärtom äro variationerna både i fråga om symptomens in- och extensitet och processens duration ganska betydliga. Redan af STRÜMPELLS sammanfattande framställning framgår detta, och, äfven om de sedermera offentliggjorda observationerna ej i etiologiskt hänseende förmått bringa större klarhet, har dock genom dessa symptombilden i mer än ett hänseende utvidgats.

Såsom redan af namnet framgår, har man att söka de väsentligaste symptomen från muskelsystemets sida, men därjämte uppträda såsom nästan konstanta symptom förändringar af underhudsbindväfven och själfva huden. Sjukdomen åtföljes oftast af smärtor, dels spontana dels ock oftare endast framträdande vid tryck och rörelser af de angripna musklerna, medan objektiva

sensibilitetsrubbingar äro mycket sällsynta och som regel obetydliga. Alla dessa symptom föregås ej sällan af ett kortare prodromalstadium med obestämda symptom, men ofta saknas äfven ett sådant.

a) Ålder och kön.

Sjukdomen träffar oftast personer i den kraftigaste åldern. Den yngste observerade patienten var 3 år (SCHULTZE), den äldsta 70 år (STRÜMPELL), men öfvervägande angripen är lefnadsåldern mellan 21—50 år. Så var 1 patient under 10 år, 3 mellan 11—20, 6 mellan 21—30, 6 mellan 31—40, 5 mellan 41—50 och 3 mellan 61—70 år. Könet är af liten betydelse, i det 13 män och 10 kvinnor finnas bland de insjuknade (i FENOGLIOS fall finnes ingen uppgift om könet).

b) Prodromer.

Prodromer tyckas i allmänhet vara föga utpräglade och saknas mycket ofta. Endast i ett fåtal fall finnas sådana angifna och vanligen då af mycket obestämd natur i form af allmänt illamående eller stor trötthet och detta under varierande tidrymder. Så klagade HEPPS patient öfver illamående, allmän mattighet och trötthet under 2—3 veckors tid, innan de första symptomen uppträdde. PLEHNS patient blef samma dag, smärtorna uppträdde, matt och illamående, fick hufvudvärk och svindel, STRÜMPELLS led under 8 dagar af hufvudvärk, kräkningar, allmänt illamående och matthet, SENATORS andra patient led af dålig matlust, sömnlöshet, mattighet samt vaga smärtor i ryggen och styfva leder, LEVYS förste patient under 1 vecka af hosta, heshet och bristande matlust, och *min* patient var lång tid trött och matt. Andra klaga öfver smärtor i kors och rygg.

c) Initialsymptom.

Hos de flesta börjar dock sjukdomen plötsligt utan dylika prodromer och utvecklas sedan progressift. I detta hänseende finnes dock ingen bestämd regel. Från alla de i allmänhet intresserade organen kunna genast till en början symptom uppträda och detta med mycket stora variationer; än inledes processen med smärtor, än med smärtor och rodnad, än med erytem, men i allmänhet kan man ganska väl bestämma tidpunkten, då sjukdomen utbrutit.

Oftast tyckes patienten klaga öfver initiala smärtor i olika kroppsdelar, vanligast då i extremiteterna; så i alla extremiteterna i UNVERRICHTS andra fall, i benen i ett af LEVYS fall och i HERZ' fall, i underbenen ensamt i LÖWENFELDS och SENATORS fall, i lår och kors i BOECKS fall, i buken i ett af LEVYS fall. I andra åter uppträda samtidigt rodnad och smärta i ansiktet och extremiteterna, såsom i POTAINS fall, i andra åter genast smärtor, rodnad, tryck, ömhet och lindrigt ödem såsom i JACOBYS fall eller endast smärtor och ödem (BUSS). Å andra sidan kunna dock till en början smärtor saknas, och endast ett erytem utbildas (PRINZING å vaden, LEVY å benet) eller svullnad och klåda (UNVERRICHT) å benen. I enstaka fall omnämnes äfven genast till en början en angina (HEPP, STRÜMPELL, HERZ) eller stomatit (BOECK).

Snart följas dessa dock af öfriga karakteristiska symptom från musklernas och hudens sida, som gifva sjukdomen dess egendomliga utseende.

d) Ödemen.

Främst bland dessa faller i ögonen det höggradiga ödem, som ofta utbildas och vanligen är ett mycket tidigt framträdande symptom. Det finnes i alla fall utan undantag utom i det af LEVY omnämnda abortiva fallet; det är i allmänhet mycket betydligt, så att de normala kroppsformerna alldeles förändras, t. ex. ögonlocken svullna igen, extremiteterna blifva oformligt tjocka och cylindriska. Endast i JACOBYS, PLEHNS och ett af HERZ' fall uppgifves det vara obetydligt. Detta ödem är vanligen mycket hårdt och fast; endast med största svårighet kan fingret pressas in i de samma, och ofta erhålles ingen kvarstående grop; det kan vara så höggradigt, att underliggande muskelmassors konturer ej kunna palperas. Så uppgifves förhållandet hafva varit i de flesta fall; endast BOECK och LEVY fingo tydligt kvarstående gropar, och i BUSS' fall uppgifves det samma hafva varit degigt; så var äfven förhållandet i *mitt* fall. Dock gäller detta endast, då processen är på sin höjdpunkt; under rekonvalescensstadiet, då det småningom försvinner, mjuknar det och fingret kvarlemnar då ofta djupa impressioner. Huden öfver ödemet är som regel blek, där ej de längre fram omnämnda erytemen eller exantemen uppträda, men i några fall uppgifves den hafva varit lifligt röd, så att

processen till en början gjorde intryck af att vara en akut flegmonös inflammation (UNVERRICHT, STRÜMPELL, LEVY).

Ödemet är emellertid ej jämt fördeladt. Oftast uppträder det å extremiteterna, å hvilka det ej saknats i mer än ett fall (det flere gånger omnämnda abortivfallet (LEVY). Men för öfrigt kan detta ödem uppträda så godt som öfveralt, minst ofta tyckes det förekomma å buken. Därför att en kroppsdel angripes, är det emellertid ej sagdt, att den i sin helhet sväller. Hvad då först ödemets utbredning beträffar, finna vi vid en närmare granskning af fallen ett sådant å armar, ben, ansikte och bröst i 2 fall (HEPP, UNVERRICHT), å armar, ben och ansikte i 3 fall (POTAIN, BUSS, SCHULTZE), armar, ben, ansikte och buk i 1 fall (LEVY), armar, ben, bröst, buk och ansikte i 2 fall (UNVERRICHT, KÖSTER), å armar och ansikte i 1 fall (STRÜMPELL), å ben och buk i 1 fall (LEVY) samt uteslutande å alla extremiteterna i 7 fall (WAGNER, JACOBY, LÖWENFELD, PRINZING, BOECK, SENATOR (2 fall), uteslutande å armarna i 2 fall (WAGNER, PLEHN), uteslutande å benen i 3 fall (LEVY, HERZ (2 fall).

Men å hvart och ett af dessa ställen är ödemets utbredning mycket varierande. Ej sällan angriper det hela extremiteten, i andra fall åter blott delar däraf. Uppgifterna härom äro ej fullt exakta i alla fall; i några finnas dock bestämda sådana; så voro t. ex. å armarna i PLEHNS och STRÜMPELLS fall endast underarmarna ödematösa och i JACOBYS fall endast öfverarmen, å benen i WAGNERS andra och ett af HERZ' fall endast underbenen, i BOECKS endast låren. I ansiktet är svullnaden ofta begränsad till ögonlocken, hvilka till och med kunna vara högst betydligt svällda som t. ex. i UNVERRICHTS andra, LEVYS första och BUSS' fall, men i andra är ödemet inskränkt till buckan (BOECKS), underläppen (STRÜMPELL) eller mest utveckladt i ögonlocken och läpparna (KÖSTER).

I allmänhet kan man säga, att ödemet är mest utprägladt öfver muskelmassorna; så angifves uttryckligen förhållandet hafva varit i POTAINS, HEPPS, JACOBYS, LEVYS och HERZ' första fall, medan lederna förblifva relativt fria. Men å andra sidan uppgifves, att det varit mest utprägladt kring armbågsleden, så att armen liknade en uppåt och nedåt afsmalnande spole, i HEPPS och PRINZINGS fall. Mycket ofta upphör ödemet vid handleden och fotleden (HEPP, BOECK, STRÜMPELL, HERZ), i POTAINS fall redan å underbenens midt, och detta ansågs till en början vara till en viss grad karakteristiskt, men nyare ob-

servationer hafva visat, att så ej alltid behöfver vara fallet; så var handryggen ödematös i WAGNERS andra (obetydligt), PLEHNS, BUSS', LEVYS första, SCHULTZES och *mitt* fall och äfven i HEPPS fall uppträdde sent omsider ett lindrigt ödem därstädes; likaså voro fötterna ödematösa i HEPPS, LEVYS (2 fall), HERZ' och SCHULTZES fall. Ödemet går ofta ej håller rundt kring hela extrimeteten; så finna vi i JACOBYS fall armarnas sträcksidor fria, medan åter i HERZ' andra fall och BUSS' samt *mitt* till en början sträcksidorna voro öfvervägande angripna, och ännu mera begränsadt var det i UNVERRICHTS andra fall, i hvilket det uppträdde öfver adduktorerna å låret, samt i LEVYS andra fall, i hvilket det fans endast å benets utsida från trochanter till malleolus externus.

I allmänhet hör detta ödem till de tidiga symptomen och uppträder kort tid efter eller samtidigt med de initiala smärtorna; i några fall (POTAIN, WAGNER, LÖWENFELD) hafva dock längre tid smärtor föregått. Sällan angripas alla delar på en gång, i det processen har en utpräglad tendens att gripa öfver på den ena kroppsdelen efter den andra; ofta förbättras eller försvinner ödemet därvid å de först angripna partierna, medan det tilltar å ett annat; ej sällan ser man det äfven å nyo uppträda å en förut angripen kroppsdela, som en tid varit fri från detsamma. Dess duration är äfven mycket olika, än varar det blott några dagar som i PLEHNS fall, än står det kvar veckor och månader, än åter varierar det under årtal alt efter processens förlopp och duration.

e) Erytemer och exantemer.

Till de konstanta symptomen höra äfven hudutslagen, hvilka närvaro gifvit UNVERRICHT anledning benämna sjukdomen dermatomyosit. Endast i tvänne fall tyckas dessa hafva saknats, nämligen i BOECKS, och LEVYS sista fall. I alla öfriga, om man undantager WAGNERS första och FENOGLIOS fall, i hvilka inga uppgifter i detta hänseende finnas, äro de omnämnda. Hudförändringen är emellertid af mycket olika art och uppträder liksom ödemet äfven å mycket skilda ställen.

Hvad dess form beträffar, så varierar den från enkel rodnad till upphöjda, urtikarieliknande bildningar, eller också uppträda hudblödningar af större eller mindre utsträckning. Så finna vi en erysipelasliknande rodnad angifven i WAGNERS,

STRÜMPELLS, SENATORS och LEVYS andra fall (i det senare snart följdt af en purpura), ett erytema i POTAINS, HEPPS samt i SENATORS första ett erytema contusiforme, i BUSS' fall ett mera morbilliliknande erytem, som slutligen öfvergick till ett erytema contusiforme med blödningar. I HEPPS fall funnos röda, ej upphöjda fläckar samt senare miliariaeruption å buken, i JACOBYS rodnad med blödningar, i PLEHNS dels roseolaliknande erytem, dels mera diffus rodnad och blödningar, i LÖWENFELDS röda, småningom konfluerande fläckar med smutsigt brunt centrum och kvarstående hudpigmentering. I HERZ' fall funnos i det första trenne rodnade zoner å ena benet, i det andra fallet tvänne begränsade, rodnade fläckar, i PRINZINGS fall mera blå-röda fläckar, i LEVYS första lins- 2-örestora upphöjda fläckar, till hvilka senare en purpura sällade sig, i *mitt* fall ett erytem i ansiktet och samtidigt ett rodnande ekzem å händerna. Utpräglad purpura fans dessutom i 2 af LEVYS fall, medan mera urtikarieliknande exantem fans i UNVERRICHTS båda fall samt i SENATORS andra, ehuru det är tvifvelaktigt, om i sist nämnda fallet eruptionen kan sättas i samband med sjukdomen, då den uppträdt endast en gång efter ett bad. Egendomliga upphöjda, blåaktiga ringar å underbenen, motsvarande strumpebands fåran, observerades i LEVYS sista fall. Slutligen omnämnes ett tydligt ekzem i SCHULTZES och *mitt* fall, (se ofvan) samt en herpes å läpparna i PLEHNS fall.

Oftast uppträder utslaget å extremiteterna, relativt ofta äfven i ansiktet, i svalget och å bröstet, medan åter halsen, ryggen och buken endast sällan tyckas vara angripna. Så finna vi ansiktet ensamt angripet i 3 fall (UNVERRICHT, STRÜMPELL och SCHULTZE), ansiktet och epigastrium i 1 (POTAIN). I alla de öfriga äro extremiteterna äfven intresserade, uteslutande armarna i 1 (WAGNERS andra fall), uteslutande benen i 4 (PRINZING, LEVY (2 fall), HERZ), endast de fyra extremitererna i 3 (SENATOR (2 fall) och HERZ), medan i de öfriga äfven jämte extremiteterna ansiktet eller bålen visa ett utslag; så händer och ansikte i *mitt* fall, armar, ben och ansikte i LÖWENFELDS fall, armar, ben och bål i PLEHNS fall, armar, ben, buk och bröst i BUSS' fall, armar, ben, ansikte och bröst i ett af LEVYS fall, samma delar jämte buken i UNVERRICHTS andra fall, ben, hals, rygg och bröst i HEPPS fall och slutligen så godt som hela kroppsytan i SCHULTZES fall.

Fördelningen å de respektive ställena är dock mycket olika. Så voro i fråga om armarna endast underarmarna intresserade i WAGNERS, HERZ' och BUSS' samt i PLEHNS fall — i det sist nämnda uppgifvas äfven händerna varit angripna — medan uteslutande händerna visade exantemet i ett af LEVYS och i *mitt* fall, och å benen uppträdde det uteslutande å låren i PLEHNS och BUSS' fall, uteslutande å underbenen i HEPPS, PRINZINGS och två af LEVYS samt HERZ' andra fall. I ansiktet å ögonlocken i SCHULTZES fall, samt därjämte å pannan i UNVERRICHTS fall, å näsan i POTAINS fall och å läpparna i *mitt* fall. Å buken var erytemet begränsadt till endast epigastrium i POTAINS fall.

Därjämte angripes äfven i flere fall svalgets slemhinna (se senare under angina), hvarjämte en utpräglad stomatit fans i STRÜMPELLS, LEVYS första, BUSS' och *mitt* fall.

Detta utslag uppträder dock ingalunda samtidigt öfveralt; churuväl i detta hänseende variationerna ej äro så stora, som fallet var i fråga om ödemen. I allmänhet uppträder det i ett tidigt stadium af sjukdomen och kan rent af, såsom förut nämnts, vara det första symptomet, som iakttages; undantag finnas dock, så i WAGNERS fall, i hvilket det uppträdde först efter 3 veckor, i UNVERRICHTS, i hvilket 8—10 dygn förflöto före dess framträdande; i ett fall, i hvilket sjukdomen uppträdde anfallsvis, fans intet erytem under de två första anfällen, utan utbildades först i det tredje ungefär 6 månader från sjukdomens början (LÖWENFELD). Långa tider kan patienten vara fri från detta erytem, fastän symptom för öfrigt finnas på, att processen fortgår, och därpå utbryter ett nytt exantem, någon gång af annan art än det först uppträdde. Så var t. ex. fallet i ett af LEVYS fall, i hvilket till en början ett fläckvis uppträdande erytem utbildades, som bleknade efter 14 dagar, hvarpå efter 3 månader en purpura, som kom och gick, framträdde. Men, äfven där utbroten följa hastigare, kan exantemet vara af olika art, såsom i PLEHNS fall, i hvilket till en början en rodnad uppträdde å extremiteterna, som försvann efter 1 dag, då i stället ett roseol observerades å bröstet, 4 dagar senare följdt af blekblåa blödningar å bål och lår.

I allmänhet föregås detta erytemets utbrott ej af några särskilda symptom, om man undantager smärtor i några fall af varierande intensitet. Till och med i det fall af LEVY, i hvilket uteslutande en purpura utbildades, saknades alla allmänsymptom. Endast i ett af LEVYS fall uppträdde plötsligen en höggradig

kollaps, delirier och hög feber, som följande dag följdes af en öfver hela kroppen utbredd purpura.

Utslaget hör till de flyktigare symptomen; i de flesta fallen försvinner det före både ödemen och muskelförändringarna, ehuru det å andra sidan kan kvarstå ganska länge. Redan efter en dag kan en uppträdande rodnad vara försvunnen igen såsom t. ex. i PLEHNS fall, ehuru sedan utslag af annan form uppträdde, i andra varar det 1 vecka, men å andra sidan fans ett utslag så godt som under processens hela duration, såsom t. ex. i JACOBYS fall under 2¹/₂ år.

f) Muskelsymptom.

Dessa höra otvifvelaktigt till de viktigaste och mest karakteristiska bland symptomen. Sjukdomen har ju ursprungligen af dem fått sitt namn, och de hufvudsakligaste patologiska förändringarna träffas i musklerna.

I sin första uppsats uppgaf UNVERRICHT såsom karakteristiskt, att hjärtat, diafragma och ögonmusklerna voro fria, men senare offentliggjorda fall hafva visat, att så ej är fallet. Alla kroppens voluntära muskler tyckas kunna angripas, och ej håller hjärtat tyckes gå fritt. Det är emellertid svårt att med full säkerhet i alla fall afgöra, huru många och hvilka muskler, som varit angripna. I ett stort antal fall har förloppet varit gynnsamt, och utskurna stycken från en begränsad muskel hafva varit det enda material, man kunnat erhålla för att patologiskt anatomiskt bestämma processen; men i en stor del fall hafva dylika excisioner ej kunnat utföras. Man kan i dessa endast draga ungefärlig slutsats om, hvilka muskler varit förändrade, på grund af för handen varande tryckömheter och ödemets utbredning, då detta i allmänhet är mest utprägladt öfver de angripna muskelmassorna; men tydligt är, att dels ödemets storlek många gånger omöjliggör en noggrannare bestämning, huruvida alla eller blott några af de underliggande musklerna äro angripna, dels samma svårighet i många fall möter vid bestämmandet på grund af tryckömheter, i synnerhet som det mången gång torde vara svårt att afgöra, huru stor del af denna beror på underhudsförändringen, huru stor del på muskelförändringen. Det torde därför vara mycket sannolikt, att oftare, än som af uppgifterna tyckes, de respektive musklerna varit angripna.

Muskelförändringen katarakteriseras af *smärtor i musklernas substans* både vid tryck och vid rörelser samt af *en ansvällning* af dem, hvarvid muskeln ofta antager en egendomlig konsistens; patienterna blifva på grund häraf ofta oförmögna att utföra rörelser med de angripna delarna, i de flesta fall inskränkes i hvarje händelse den aktiva rörelseförmågan mer eller mindre. Denna muskelförändring försvinner slutligen i de fall, som ej leda till dödlig utgång helt och hållet, eller också utbildas i enstaka fall atrofier och kontrakturer.

Tryckömheten är ett konstant symptom i nästan alla fall. Undantag finnas dock, i det i några fall sektionen visat muskler angripna, i andra musklerna tydligen varit förändrade under lifvet, utan att ömhet kunnat konstateras. Så voro i WAGNERS andra fall armarna oömma, medan åter utpräglad ömhet fans å hals- och nackmusklerna; i HEPPS fall tyckes ingen ömhet hafva funnits, och likadant var förhållandet till en början i BOECKS fall å armarna; äfven i LEVYS andra fall var ömheten obetydlig. I alla andra, något så när noggrant beskrifna fall uppgifves en sådan hafva funnits och vanligen då ganska höggradig, om också fall sådana som PLEHNS, i hvilket patienten vid minsta vidrörande uppgaf höga skrik och kloniska ryckningar i hela kroppen uppträdde, höra till undantagen.

Smärtan vid rörelser är äfvenledes tämligen konstant, fastän den varierar inom vida gränser och kan vara så höggradig, att alla både aktiva och passiva rörelser däraf omöjliggöras. Endast i ett fall (UNVERRICHTS andra fall) uppgifves rörelserna hafva varit obehindrade, och i fall af HEPP, UNVERRICHT (första) och HERZ voro de relativt obetydliga, i det första framträdande först vid betydligare exkursioner på grund af en uppträdd kontraktur i musklerna. I allmänhet är denna smärta lokaliserad till hela muskeln eller åtminstone ej till bestämda delar däraf; ett undantag i detta hänseende bildar äfvenledes HEPPS fall, i hvilket smärtan var lokaliserad till muskelns öfvergång i senan, och äfven i ett af HERZ' fall var detta ställe mest ömt.

Samtidigt med de nu nämnda symptomens uppträdande eller kort efteråt svälla oftast musklerna och antaga en *egendomlig konsistens*, ehuruväl denna ofta är svår att bestämma på grund af det öfverliggande ödemets tjocklek och hårdhet samt omöjligheten att på grund af ömheten utföra en starkare palpation af muskelköttet. Denna ansvällning är sällan mycket höggradig, så att på grund af den samma någon utpräglad miss-

bildning af de naturliga formerna utbildas, men den är dock tydlig. Obetydlig uppgifves den endast hafva varit i PLEHNS fall, och i POTAINS fall tyckes en sådan hafva saknats. Muskelnerna kännas ej sällan degiga eller också blifva de halffasta, styfva, oelastiska. En sådan förändring angriper i de fall, där den kunnat konstateras, oftast hela muskeln och till och med muskelgrupper, men i ett par fall har man kunnat konstatera begränsad svullnad af långsträcktare muskler, så t. ex. i PRINZINGS fall, i hvilket processen till en början angrep nedre delen af vastus externus och därpå vandrade uppåt genom hela muskeln, senare hoppade öfver å musklerna å lårets framsida å deras nedre del och sedan äfvenledes vandrade uppåt, samt i ett senare stadium en öm, äggstor knöl uppträdde i ena öfverarmens triceps. Begränsade svullnader förekommo likaledes i ett af SENATORS fall å armen och i två af LEVYS fall, i det ena å buken, i det andra å benet, men dessa fall bilda, såsom nämnts, undantag.

På grund af nu nämnda process i musklerna försvåras de aktiva rörelserna. I en stor del fall måste man tillskrifva detta de lifliga smärtor, som i ännu högre grad uppstå, då patienterna aktift försöka röra de redan förut vid passiva rörelser smärtande musklerna. Men därjämte tyckes i ett ej obetydligt antal fall en verklig *pares* utbildas, som någon gång stegras till fullkomlig paralyt, så att patienterna ligga hjälplösa och oförmögna att på minsta sätt sköta sig själfva. Patienterna kunna då ej resa sig, ej föra maten till munnen; då de resas upp, faller hufvudet slapt framåt eller bakåt. Sådana pareser af större eller mindre utsträckning finnas omnämnda i POTAINS, HEPPS, mest utpräglad i armarna, JACOBYS — i båda de senare funnos fot- och tårörelserna kvar, medan öfriga rörelser af extremiteterna voro borta — BOECKS, LÖWENFELDS, PRINZINGS. STRÜMPELLS, LEVYS första och fjärde fall, i det senare dock endast af ena benet medan det andra egde normal kraft, SCHULTZES, ben och nacke, samt *mitt* fall. Ansiktet tyckes vara relativt mindre angripet, endast i POTAINS fall omnämnes uttryckligen en slapphet af ansiktsmusklerna. Normal kraft tyckes endast hafva funnits i UNVERRICHTS båda fall.

Denna pares försvinner som regel samtidigt med att öfriga symptom lindras, och någon egentlig fara bringa de ej patienten, så länge ej svalgets muskler eller respirationsmusklerna (se längre fram) angripits. I ett och annat fall

finna vi dock, att en sådan återgång ej inträffar, utan att *en atrofi* med kvarstående svaghet af de angripna musklerna utbildas. Så var fallet i FENOGLIOS fall, i JACOBYS (quadriceps, vasti nedre del, i synnerhet å vänster ben, deltoideus och främre delen af i synnerhet vänstra cucullaris, dorsalinterrossei och tenar), i LÖWENFELDS (armmusklerna, i synnerhet triceps och deltoideus, thoraxmusklerna, i synnerhet pectoralis major, rygg- och skuldermuskulaturen, samt bennmusklerna, i synnerhet lårmuskulaturen), UNVERRICHTS andra fall (deltoidei), LEVYS första fall (hypotenar), SCHULTZES fall (armar och ben) samt *mitt* fall (m. pectoralis).

I motsats häremot tyckes någon enda gång *en hypertrofi* utbildas, så i JACOBYS fall. som är anmärkningsvärdt just på grund af dennas samtidiga förekomst med atrofi i andra muskler (se ofvan). I detta fall voro följande muskler hypertrofiska: rectus femoris, adductores och glutei, biceps och triceps brachii.

En annan följd af muskelprocessen är en i några fall observerad *kontraktur*, som dock i allmänhet går tillbaka. Sådan finnes omnämnd i HEPPS, JACOBYS och SCHULTZES fall samt fans möjligen äfven i *mitt* fall i musc. biceps.

I samband härmed förtjänar omnämnas i HEPPS och LEVYS fall uppträdande *kramp* af smärtsam art, ett symptom, som dock tyckes vara mera tillfälligt.

Utbredningen af processen i musklerna varierar liksom ödemen och erytemen i mycket hög grad. Men, såsom nämnts, en öfversikt af denna utbredning kan ej gifva några fullt bestämda begrepp om den samma, åtminstone hvad beträffar frekvensen af de olika musklernas angripande. Den kan därför endast gifva ett ungefärligt begrepp om processens utbredning; så mycket visar den dock, att så godt som inga muskler förskonas, men att med förkärlek vissa grupper angripas, medan andra oftast gå fria.

I allmänhet kan man säga, att muskelprocessen tyckes vara relativt mera utbredd, än hvad fallet är i fråga om förut nämnda symptom. Det är undantag, att processen förblir inskränkt till extremiteterna. såsom t. ex. i HERZ' och BUSS' båda fall. Som regel äro åtminstone några delar af bälens muskler äfven angripna, särskildt de å framsidan belägna, medan ryggens och nackens muskler mindre ofta tyckas vara intresserade, å andra sidan visar åter ansiktet, där ju relativt ofta ett erytem uppträder, endast sällan tecken till muskelförändringar. Så t. ex. voro i PLEHNS fall så godt som alla muskler med undantag af

ansiktets, i *mitt* därjämte äfven ansiktets muskler angripna, medan i ett stort antal ej blott alla fyra extremiteterna, utan äfven en stor del af dels bälens dels halsens eller nackens, dels äfven svalgets muskler voro förändrade (HEPP, UNVERRICHT, JACOBY, LÖWENFELD, BOECK, STRÜMPELL, SENATOR, LEVY, SCHULTZE). Uteslutande i benen uppträdde muskelförändringen endast i ett af HERZ' fall, i armar och ben i ett af HERZ' och BUSS' fall, i armar, ben samt svalget i PRINZINGS fall, i benen och å buken i ett af LEVYS fall, i benen samt större delen af bälén i det fjärde af LEVYS fall, i armar och bälén i WAGNERS första fall, i armarna, ansiktet, samt svalget och sannolikt äfven larynx i POTAINS fall.

Extremiteterna äro, som af det sagda framgår, i allmänhet intresserade oftast och i mycket hög grad, samt vanligen då å båda sidorna.

Men å dessa är fördelningen rätt ojämn, åtminstone i flere fall, i hvilka den närmare kunnat bestämmas. Så var öfverarmen mera angripen än underarmen i UNVERRICHTS andra fall, i allmänhet sträcksidornas muskler mera än böjsidans i BUSS' och å armarna i HERZ' andra fall; i UNVERRICHTS fall voro böjarna oförändrade, medan å andra sidan i WAGNERS, JACOBYs, PRINZINGS och STRÜMPELLS samt å benen i HERZ' nyss nämnda fall böjsidornas muskler voro starkare angripna än sträcksidornas.

I fråga om de särskilda musklerna å armarna förtjänar följande framhållas: i öfverarmen var i STRÜMPELLS fall deltoideus starkast angripen af alla musklerna, biceps uppgifves hafva varit normal till större delen och hafva visat förändringar endast närmare senorna i UNVERRICHTS första fall, medan deltoideus i detta fall var betydligt förändrad och triceps var normal. Särskildt i flere af armarnas muskler framträdde äfven den förut omnämnda kvarstående atrofien (se ofvan).

Af benens muskler uppgifvas adduktorerna liksom gluteerna och vadorna hafva varit normala i WAGNERS fall, samt fotmusklerna i JACOBYs fall, ehuru här större delen af benmuskulaturen för öfrigt var angripen; endast lårmusklerna voro angripna i POTAINS och BOECKS fall, medan underbenets muskler i dessa voro oberörda; tvärtom voro uteslutande vadorna förändrade i ett af HERZ' fall och uteslutande musklerna å benens utsida i LEVYS andra fall.

Ansiktets muskler voro, såsom förut nämnts, i så godt som alla fall oberörda. Endast i UNVERRICHTS fall uppträdde i senare stadier en ömhet af dem och i BOECKS och *mitt* tyckas de hafva varit förändrade. Tuggmusklerna uppgifvas uttryckligen hafva varit normala i HEPPS och LEVYS första fall, medan de i de senare stadierna blefvo ömma i UNVERRICHTS andra fall samt voro tydligt angripna i BOECKS, STRÜMPELLS och SENATORS fall, så att tuggningen i dem blef rätt försvårad och var förenad med lifliga smärtor.

Halsens muskler uppgifvas hafva varit ömma eller paretiska i POTAINS, WAGNERS, HEPPS, UNVERRICHTS båda, PLEHNS, LÖWENFELDS, BOECKS, SCHULTZES och *mitt* fall, medan de uttryckligen angifvas normala i LEVYS första fall; särskildt omnämnes musc. sternocleidomastoideus i UNVERRICHTS båda och BOECKS fall.

Nackens muskler voro mindre ofta angripna, nämligen i WAGNERS, HEPPS, PLEHNS, UNVERRICHTS, SCHULTZES och *mitt* fall.

Å bälten voro bröstmusklerna angripna i POTAINS, WAGNERS, HEPPS, UNVERRICHTS båda — i det ena af dessa befans dock m. pectoralis minor och nedre delen af m. pectoralis major vara friska — PLEHNS, SENATORS båda, LEVYS första och *mitt* fall, medan de uttryckligen uppgifvas hafva varit normala i LEVYS sista fall; i LÖWENFELDS och BOECKS fall omnämnes endast m. pectoralis. Mm. intercostales angifvas särskildt hafva varit angripna i JACOBYS, UNVERRICHTS båda och *mitt* fall.

Bukmusklerna deltog i processen i POTAINS, HEPPS, UNVERRICHTS, JACOBYS, LÖWENFELDS, BOECKS, SENATORS andra, LEVYS 3 och *mitt* fall; normala voro de i WAGNERS och PRINZINGS fall.

Ryggmusklerna åter angripas mera sällan. Obetydliga voro förändringarna i dem i UNVERRICHTS första fall, betydligare i UNVERRICHTS andra, JACOBYS, LEVYS första och *mitt* fall, särskildt cucullaris uppgifves hafva varit intresserad i BOECKS fall; atrofiska voro ryggmusklerna i LÖWENFELDS fall. Möjligen voro de ej håller fria i POTAINS fall, åtminstone klagade pat. öfver betydlig styfhet i ryggen. M. psoas uppgifves hafva varit förändrad i HEPPS, UNVERRICHTS, LÖWENFELDS och BOECKS fall.

Diafragma uppgifves uttryckligen hafva varit normal i HEPPS och UNVERRICHTS fall, men tyckes hafva varit förändrad i SENATORS andra, i WAGNERS, STRÜMPELLS samt i *mitt* fall.

Ögonmusklerna voro normala i alla fall utom i STRÜMPELLS, i hvilket uppträdde ptosis och pares af rectus internus.

Gå vi så till de muskler, hvilkas förändringar äro af största betydelse för processens prognos, nämligen munnens och svalgets, så finna vi de senare relativt ofta angripna. Minst ofta tyckes tungan vara förändrad, åtminstone finnes uppgift om förändring af dennas rörlighet endast i JACOBYS, STRÜMPELLS och *mitt* fall, medan åter farynxmuskulaturen ofta blir paretisk, till följd hvaraf patienterna få maten i vrångstrupen, eller åtminstone blir öm, så att sväljningen därigenom försvåras i större eller mindre grad. Så fans en tydlig pares i POTAINS, WAGNERS, HEPPS, UNVERRICHTS, LÖWENFELDS, PRINZINGS, STRÜMPELLS och *mitt* fall, medan i JACOBYS, BOECKS och SENATORS fall endast smärtor funnos vid sväljningen. Larynxmuskulaturen uppgifves hafva varit förändrad i endast ett fall, nämligen HEPPS, möjligen dock äfven i POTAINS, i hvilket rösten var skrofflig.

Tidpunkten för musklernas angripande är ej alltid lätt att bestämma. Dock kan man i allmänhet säga, att muskelförändringarna utom i de fall, där de äro obetydliga, inträffa i ett relativt tidigt skede af sjukdomen. Tidigast angripas såsom regel extremiteterna, endast i ett fall (LEVYS fjärde) tyckes processen hafva börjat i bukmuskulaturen och å nedre delen af bröst-korgen. Hvad särskildt svalgmuskulaturen beträffar, så angripes den oftast först i senare stadier. Så var fallet i t. ex. WAGNERS första, UNVERRICHTS, JACOBYS, LÖWENFELDS, i hvilket dock sväljningssvårigheten uppträdde relativt tidigt, förbättrades, men mot slutet åter ökades, BOECKS, STRÜMPELLS, PRINZINGS och *mitt* fall. Men den kan äfven vara angripen relativt tidigt som i POTAINS, HEPPS och SENATORS andra fall.

Hvad hjärtats muskulatur beträffar, så ansåg UNVERRICHT dettas integritet vara karakteristiskt för sjukdomen. Men i åtskilliga fall finnas tydliga symptom på förändringar af det samma, och äfven vid sektionen hafva sådana anträffats, som ej kunnat sättas i samband med någon mer eller mindre långvarig feber eller inanition, utan måste sättas i paritet med öfriga muskelförändringar. Så var hjärtat slapt i WAGNERS båda och i *mitt* fall, samt visade under lifvet tydlig svaghet i LÖWENFELDS och PRINZINGS samt BUSS' fall.

g) Elektriska retbarheten.

I det större antalet fall har denna ej pröfvats, i andra har på grund af den höggradiga ömheten och smärtan vid rörelser en elektrisk undersökning ej kunnat utföras (LÖWENFELD, UNVERRICHT). Det är därför blott i ett fåtal fall, uppgifter härom förefinnas. Normal uppgifves den hafva varit i WAGNERS och sannolikt äfven PLEHNS fall, nedsatt var retbarheten i JACOBYS, BOECKS, STRÜMPELLS, LEVYS första och SCHULTZES fall, försvunnen i vissa muskler, men nedsatt i andra i HEPPS fall, tydlig EAR omnämnes endast i LEVYS första fall i några muskler.

h) Reflexer.

Äfven dessa tyckas endast hafva pröfvats i ett fåtal fall. Så uppgifvas patellarreflexerna hafva varit normala i SCHULTZES fall, nedsatta i JACOBYS, LÖWENFELDS och STRÜMPELLS fall samt försvunna i HEPPS, PRINZINGS och BOECKS, i senare fallet dock endast en kort tid. Senreflexerna å armarna voro normala i SCHULTZES fall och försvunna i HEPPS fall. Bukreflexen var normal i LÖWENFELDS, upphäfd i HEPPS fall, och plantarreflexen var normal i HEPPS, STRÜMPELLS och SCHULTZES fall.

i) Sensibla rubbningar.

Om man undantager de subjektiva smärtorna, är det just karakteristiskt för sjukdomsbilden, att svårare sensibla rubbningar saknas.

Dessa *smärtor* äro, såsom förut nämnts, just ett af de oftare förekommande initiala symptomen. De tyckas vara af tvänne slag, dels de vid muskelrörelser, både aktiva och passiva, uppträdande, hvilka redan förut omnämnts, dels äfven mera spontana. De sist nämnda förekomma dock mindre ofta, medan, såsom nämnts, i de flesta fall sådana uppstå vid rörelser af de angripna kroppsdelarna. Spontana smärtor finnas endast anmärkta i ett smärre antal fall, så i WAGNERS andra, i HEPPS, PLEHNS, PRINZINGS, UNVERRICHTS båda fall, LÖWENFELDS, BOECKS, SENATORS båda, LEVYS första och sista fall samt HERZ' andra och *mitt* fall. Ofta nog äro dessa af mycket intensiv art och kunna vara

mycket länge. Svåra voro de till en början endast i WAGNERS och BOECKS fall.

Som regel finnas de endast i de kroppsdelar, i hvilka äfven musklerna angripits, dock tyckas i ett par fall (WAGNERS, HEPPS och LÖWENFELDS) sådana hafva uppträdt i kors och rygg utan motsvarande muskelförändringar.

Smärtornas säte är öfvervägande i extremiteterna, oftast i benen. I armar och ben anmärktes de i POTAINS, WAGNERS, HEPPS, UNVERRICHTS båda, PLEHNS, LÖWENFELDS, PRINZINGS, STRÜMPELLS, SENATORS andra, LEVYS två första, BUSS' och *mitt* fall, ensamt i benen i SENATORS första och HERZ' båda fall, i bröstet i LÖWENFELDS, SENATORS första, LEVYS första och HERZ' ena fall, i buken i LÖWENFELDS och LEVYS tre första, i ryggen och korset i utom de tre ofvan nämnda äfven i SENATORS andra och *mitt* fall, i ansiktet i STRÜMPELLS, BUSS' och *mitt* fall.

Uttryckligen uppgifvas smärtor hafva saknats endast i det först omnämnda LEVY'ska fallet med endast purpuraexantem.

I fråga om *öfriga sensibilitetsrubbnings* äro dessa jämförelsevis obetydliga. Noggrannare pröfning har dock ej egt rum i ett stort antal fall, åtminstone innehålla sjukhistorierna inga uppgifter i detta hänseende. Normal uppgifves så sensibiliteten hafva varit i WAGNERS, JACOBYS och *mitt* fall, myrkrypningar och domningar omnämnas i WAGNERS, UNVERRICHTS, SENATORS andra och LEVYS första fall, *hyperestesi* i HEPPS och UNVERRICHTS fall. I sammanhang härmed förtjänar omnämnas, att ömhet af nerver endast omnämnes i STRÜMPELLS fall, ehuru nerverna mikroskopiskt visade sig vara normala.

k) Allmänna symptom.

Viktigast och konstantast bland dessa äro *temperaturförhåningarna*. I tre fall (JACOBYS, FENOGLIS och SENATORS) finnes ingen uppgift om temperaturen, i fråga om de öfriga har den varit normal endast i UNVERRICHTS och LEVYS andra och tredje samt i *mitt* fall. I de öfriga tyckes feber hafva funnits, men denna är af mycket olika beskaffenhet. Än uppträder den tidigt, än först senare, sedan sjukdomen varat en tid (naturligtvis de terminala stegringarna på grund af tillstötande komplikationer ej medräknade), än har den varit rätt betydlig än obetydlig. Jämförelsevis betydlig har den varit i PLEHNS, STRÜMPELLS,

SENATORS första fall, i hvilket den hade rent tyfus karakter, i LEVYS första och i HERZ' första fall, mindre höggradig i WAGNERS, HEPPS, UNVERRICHTS, LÖWENFELDS, PRINZINGS, LEVYS två, HERZ' andra och BUSS' fall och obetydlig i POTAINS och BOECKS fall. Denna feber varar kortare eller längre tid, t. ex. i de 2 sist nämnda fallen endast några få resp. 2 dagar; i PLEHNS fall var den häftig, men varade endast 3 dagar, och äfven i LEVYS andra fall och HERZ' båda var den af kort varaktighet, medan den räckte jämförelsevis lång tid i WAGNERS, LÖWENFELDS, STRÜMPELLS, SENATORS första (ända till döden) och andra samt LEVYS första och fjärde fall.

Såsom nämnts är febern ingalunda alltid ett tidigt symptom. Ofta inledes visserligen processen med feberstegringar, såsom i HEPPS, PLEHNS, STRÜMPELLS, LEVYS, HERZ' och BUSS' fall, men i andra fall uppträder den först senare, sedan symptomen varat en viss tid.

För öfrigt äro allmänsymptomen jämförelsevis föga utpräglade. Naturligtvis finnes en ej oväsentlig *allmän nedsättning af lynnet och äfven krafterna* på grund af de ständiga smärtorna, som kunna beröfva patienten sömnen och pina honom beständigt, men för öfrigt finnas allmänsymptom jämförelsevis sällan omnämnda.

Så anmärkes *hufvudvärk* i POTAINS, HEPPS, PLEHNS och UNVERRICHTS fall, *nedsättning af minnet* i POTAINS fall, *omtöcknad sensorium* i PRINZINGS och SENATORS första fall, *långsamt tal fans* i POTAINS och LÖWENFELDS, *syn- och hörselhallucinationer* i SENATORS andra och *delirier* i LEVYS andra fall, i sist nämnda dock helt kort tid strax före utbrottet af en allmän purpuraeruption. *Bristande matlust* finnes äfven omnämnd i fall af POTAIN, STRÜMPELL, SENATOR, LEVY och KÖSTER, *kvälningar* i UNVERRICHTS fall, *förstoppning* i 2 af LEVYS, HEPPS, STRÜMPELLS och SENATORS andra fall, *diarré* i POTAINS fall.

Ett symptom, som i många fall är mycket höggradigt utbildadt, är en *profus svettning*. Detta symptom kan ej uppfattas som ett svaghetsymptom, då det träffar ej blott ned-satta individer utan äfven kraftiga sådana, ofta tidigt, innan processen varat längre tid. Sådan finna vi i HEPPS, UNVERRICHTS, JACOBYS, LÖWENFELDS, SENATORS, två af LEVYS samt BUSS' och *mitt* fall. UNVERRICHT räknade det i sin första uppsats till de karakteristiska symptomen, men, som af det nu sagda

framgår, synes symptomet endast finnas i mindretalet fall och ingalunda vara väsentligt.

1) Komplikationer.

Förutom en och annan af mindre betydelse, är det egentligen tvänne, som ofta observeras, nämligen en angina och en bronkopnevmoni, af hvilka den sist nämnda vanligen förorsakar dödlig utgång.

En *angina* är relativt ofta observerad. Det kan vara tvifvelaktigt, om denna affektion bör uppfattas såsom en komplikation eller såsom uttryck för samma sjukdomsorsak, som framkallar erytemen och exantemen i huden. Af en och annan anhängare af sjukdomens infektiösa natur har rent af framkastats den förmodan, att ingångsporten för giftet vore att söka i tonsillerna, en uppfattning, som dock synes mig vara något sökt, då i det öfvervägande flertalet fall angina ej förekommer, i andra den uppträder först långt efter det öfriga sjukdomssymptom utbildats och progredierat från de först angripna delarna. Den förekommer dock för ofta för att vara en tillfällig komplikation och bör kanske rättast sättas i paritet med erytemen i huden. Någon egentlig betydelse för processens förlopp eger dock ej den uppträdande anginan, då prognosen ej försämrats af den samma.

Denna angina är vanligen af lindrig art. Beläggningar äro jämförelsevis sällsynta, ej sällan finner man endast en diffus rodnad omnämnd. I några fall anmärkas endast smärtor vid sväljningar, och man kan vara tveksam om, huruvida dessa smärtor kunna betraktas såsom ett uttryck för en muskelaffektion af svalgets och gommens muskler eller för en verklig angina; fallen äro de förut i samband med muskelförändringar af svalget nämnda fallen af JACOBY, BOECK och SENATOR.

En tydlig rodnad af svalget jämte smärtor omnämnas sålunda af HEPPE, BOECK, STRÜMPELL, PRINZING, LEVY, HERZ och BUSS. Af dessa torde det vara tvifvelaktigt, om BOECKS fall kan sättas i samband med sjukdomen och ej snarare liksom den samtida stomatiten bör anses vara ett uttryck för den för handen varande kopaivaintoxikationen. I de öfriga uppträdde halslesionen i sjukdomens första stadium eller rent af inledde den i HEPPE, LEVYS, STRÜMPELLS och HERZ' fall.

Af ofantligt större vikt äro de mot slutet ofta uppträdande *bronkopnermonierna*. De bero naturligtvis dels på bröst-muskelnas angripande med ty åtföljande svårighet att expektorera samladt slem, dels och framförallt på de ej sällan uppträdande pareserna af svalgmuskulaturen d. v. s. äro »Schluckpneumonien» och ej ett uttryck för den orsak, som ligger till grund för sjukdomen. De finnas anmärkta i POTAINS, HEPPS UNVERRICHTS, STRÜMPELLS, SENATORS samt *mitt* fall, men torde sannolikt äfven förekommit i flere andra fall.

En *pleurit* anmärktes i HEPPS och LEVYS fjärde fall.

Bland öfriga komplikationer må framhållas *nefriter*, som uppträdt i jämförelsevis sent stadium af sjukdomen i STRÜMPELLS, SENATORS andra och LEVYS andra fall, hvarjämte albumin anmärkts i HEPPS, BOECKS och SENATORS första, samt i LEVYS fjärde fall, i det sist nämnda dock beroende på en cystit, som ej tyckes stått i något direkt samband med sjukdomen. I WAGNERS första fall anmärktes dessutom vid sektionen, att njurarna voro stora, utan att närmare uppgifter om deras beskaffenhet lemnats. I fråga om urinens beskaffenhet för öfrigt anmärkes i flere fall, att den samma var betydligt koncentrerad, sannolikt en följd af de ofta uppträdande profusa svettningarna.

Enastående äro upprepade *tarmblödningar* i BUSS' fall, churu för öfrigt vid sektionen *svälta tarmplaques* anträffats i POTAINS fall, *ulcerationer i tarmen* i WAGNERS andra fall, samt en *akut gastroenterit* anmärktes i LEVYS andra fall.

Häftig *menstrualblödning* uppträdde i LEVYS första fall; en betydlig *spottflytning* anmärktes i LÖWENFELDS och STRÜMPELLS, *näsblod* i POTAINS fall.

Bland organ, som någon gång äro förändrade, förtjänar mjälten särskildt framhållas. UNVERRICHT ansåg en *mjältansvällning* höra till symptombilden, men så är ingalunda förhållandet. I mindretalet fall finnes en tydlig sådan anmärkt, nämligen i UNVERRICHTS, PLEHNS, STRÜMPELLS, BUSS' och HERZ' första fall, hvarjämte den angifves hafva befunnits vara stor vid sektionen af POTAINS fall och obetydligt förstorad i PRINZINGS; den uppgifves åter uttryckligen hafva varit normal i WAGNERS båda, HEPPS, UNVERRICHTS andra, BOECKS, SENATORS första, LEVYS första och andra, HERZ' andra, SCHULTZES och *mitt* fall. I öfriga fall finnes ingen bestämd uppgift i detta hänseende.

Lefvern befans stor vid sektionen i POTAINS fall samt i WAGNERS andra fall.

I den nu lemnade öfversikten af symptombilden har hvarje symptom skildrats oberoende af det andra; det återstår ännu att nämna några ord om symptomens inbördes förhållande.

I allmänhet kan man i detta hänseende säga, att fastän de skildrade symptomen ofta uppträda samtidigt, så dock ingalunda alltid är förhållandet. Därför att en kroppsdel visar ett af dem, följer ingalunda, att alla skola utvecklas i denna del. Ej håller finnes något bestämdt förhållande i fråga om ordningen af de respektive symptomens uppträdande.

Så finna vi, såsom förut nämnts, att processen oftast inledes af smärtor, på hvilka sedan följa dels erytem dels ödemer. Någon gång kan dock samtidigt med smärtorna ett ödem uppträda, såsom i LEVYS första och i BUSS' fall, eller ett erytem, som i POTAINS och PLEHNS fall; i några få fall uppträdde alla tre samtidigt, som i JACOBYS, PRINZINGS och STRÜMPELLS fall, men som regel uppträder sist nämnda symptom efter smärtorna och då än erytemet före ödemet, såsom i SENATORS första fall, än ödemet före erytemet, såsom i WAGNERS andra, LÖWENFELDS, SENATORS andra och LEVYS fjärde, än också båda samtidigt, som i UNVERRICHTS första och LEVYS andra fall. I några få fall finna vi dock erytem och ödem föregå smärtorna, som i UNVERRICHTS andra fall och i HEPPS fall samt ödemet ensamt i BOECKS fall, i hvilket alt erytem saknades.

Lika varierande är symptomens uppträdande under sjukdomens vidare utveckling. Relativt mest oberoende af de öfriga symptomen är hudutslaget. Detta torde bland annat framgå däraf, att erytemen kunna saknas helt och hållet, som i BOECKS och LEVYS fjärde fall, men därjämte äfven af det förut påpekade förhållandet, att medan smärtor relativt sällan uppträda i ansiktet, erytemer därstädes äro jämförelsevis vanliga, vanligare än ödemen, och att äfven å andra ställen dylika erytem kunna förekomma, utan att hvarken smärtor, ödem eller muskelförändringar utbildas. För att blott nämna några exempel, så fans i LEVYS andra fall äfven i ansiktet och å bröstet en purpura utan andra förändringar; och samma var förhållandet i LÖWENFELDS fall, i hvilket hudutslagets form dock var af annan art; i LEVYS tredje fall finna vi purpura uteslutande å benen utan andra förändringar, å bröstet i LEVYS andra och BUSS' fall, å buken i BUSS' och i PLEHNS å bröstet och buken i form af roseola. Å andra sidan saknas i ett flertal fall utslag, fastän öfriga karakteristiska förändringar utbildats, och detta gäller

särskildt om extremiteterna. Så saknades erytem, fastän smärtor, ödem och muskelförändringar förefunnos, i armarna i POTAINS, WAGNERS andra, HEPPS, UNVERRICHTS, PRINZINGS, LEVYS första och *mitt* fall, i hvilket dock ett sådant uppträdde uteslutande å händerna, samma var förhållandet vis å vis benen i POTAINS, UNVERRICHTS och *mitt* fall, eller också uppträdde erytemet här endast å en del af det angripna området, som å underbenen i HEPPS, PRINZINGS, LEVYS första och fjärde fall, å buken i LEVYS första och fjärde fall.

Äfven i samma fall varierar erytemets uppträdande, så i LEVYS första fall, i hvilket än smärtor uppträdde i samband med erytemet än, och detta oftare, saknades. Å andra sidan tyckes dock i några fall ett bestämdt samband finnas, så i HEPPS fall, i hvilket smärtorna blefvo intensivare vid utslagetets uppträdande, och i LEVYS andra fall, i hvilket särskildt å låret ödem uppträdde, endast där en purpura förut uppträdt och förblef skarpt begränsadt till detta område. Smärtorna åtfölja som regel muskelförändringarnas uppträdande, men kunna dock saknas. Särskildt tyckas smärtorna i kors och rygg, som ej äro så ovanliga, ej åtföljas af motsvarande håll och muskelförändringar; så var att döma efter sjukdomsberättelserna åtminstone fallet i POTAINS, WAGNERS andra, HEPPS, UNVERRICHTS båda, PRINZINGS, BOECKS, LÖWENFELDS, SENATORS andra och *mitt* fall, och äfven i fråga om andra ställen finnes samma vara förhållandet, fastän detta dock är sällsynt, då åtminstone i någon del af de smärtande kroppsdelarna förändringar visa sig; sådana saknades dock i fråga om bröstet trots smärtor i LÖWENFELDS, LEVYS första samt HERZ' andra fall, i fråga om buken i LÖWENFELDS fall; men äfven i WAGNERS fall omnämnas smärtor å låret, utan att objektift något abnormt där kunnat konstateras.

Äfven ödemet kan uppträda utan att vare sig smärtor eller erytem åtfölja det samma, såsom t. ex. å armarna i BOECKS fall, i ansiktet i LEVYS första fall, å bröstet i UNVERRICHTS första, BOECKS och *mitt* fall. Men om man undantager dessa fall, åtföljes eller föregås ödemet alltid af det ena eller andra af de öfriga symptomen. Särskildt anmärkes i ett antal fall, att ödemets ökning föregåtts eller åtföljts af en häftig stegring af smärtorna, så i HEPPS, UNVERRICHTS, PRINZINGS, LEVYS första och fjärde fall.

Af särskildt intresse är dess förhållande till musklernas förändring. Såsom redan förut nämnts, kan det samma vara så

betydligt, att det kan vara svårt att afgöra musklernas beskaffenhet under lifvet, då en för handen varande ömhet lika väl kan bero på förändringarna i underhudsväfnaden som på muskelförändringar. I allmänhet har man dock vid sektionen funnit, att öfver alt, där ödem funnits, där hafva äfven musklerna befunnits vara angripna, och man torde därför ej taga altför mycket miste, om man antager musklerna under de ödematösa partierna förändrade. Man skulle rent af kunna vara hågad att anse detta subkutana ödem vara en följd af muskelförändringen, vara ett blott sekundärt inflammatoriskt ödem, en uppfattning, som framställdes af WAGNER och HEPP; men redan LÖWENFELD påpekar, att i HEPPS fall ansiktet var ödematöst, ehuru dess muskler voro fria, samt framhöll, att musklerna kunna vara angripna, utan att ödem därför uppträder. Vidare framhåller LÖWENFELD, att ödemets art skiljer det väsentligt från ett vanligt inflammatoriskt ödem, i det att det är mycket styft och hårdt, och att fingertryck i många fall endast med svårighet kvarlemna gropar, hvarigenom det närmar sig sklerodermien.

I fråga om dessa skäl kan naturligtvis mot det andra invändas, att det är tänkbart, att ödem ej utbildats, emedan inflammationen varit jämförelsevis obetydlig i musklerna. Härför kunde sådana fall som STRÜMPELLS och LEVYS första (buken) tala, i hvilka till en början muskelförändringar utan ödem funnos, men detta senare utbildades. Senare observerade fall visa dock, att muskelförändringarna kunna vara rätt betydliga och det oakadt ödem saknas; så var t. ex. förhållandet i HEPPS fall, i hvilket bukmusklerna voro förändrade utan motsvarande ödem, i LEVYS första fall med förändringar af vänstra armens muskler, i LÖWENFELDS med ömhet af högra armens muskler utan motsvarande ödem, i BOECKS fall med förändring af *musc. pectorales*, i HERZ' andra fall med förändring af underarmarnas muskler.

Riktigast torde därför vara, att anse ödemet i underhuden ej vara sekundärt, utan vara framkalladt af samma sjukdomsorsak, som ligger till grund för öfriga förändringar i huden och musklerna.

Men äfven där alla symptomen uppträda å samma kroppsdel, förlöpa de ingalunda parallelt. Så finna vi, för att blott nämna ett exempel, i WAGNERS andra fall, huru erytemet ökas och utbredes, medan ödemet minskas å samma ställe;

samma är förhållandet i STRÜMPELLS fall, och exemplen i detta hänseende kunde mångfaldigas.

Öfverse vi det föregående, finna vi, huru regellöst symptomen äro fördelade, än kan ett symptom uppträda i en kroppsdel, än ett annat i en annaa, något bestämdt samband mellan dem finnes icke; emedan ett symptom uppträder å ett ställe, behöfva ej de öfriga äfven infinna sig. Till de konstantaste symptomen höra onekligen smärtorna, särskildt de vid rörelser uppträdande, jämte ödemen och muskelförändringarna, medan erytemen, äfven om de vanligen finnas å något ställe i hvarje fall, dock ej äro så utbredda som de andra symptomen.

Men om också symptomens uppträdande är jämförelsevis regellöst, förtjänar dock en sak framhållas, nämligen att ofta en viss symmetri finnes. Denna symmetri visar sig ej blott däri, att motsvarande kroppsdelar å båda sidor angripas, såsom båda armarna eller benen, båda bukhälfterna o. s. v. och detta i sin helhet, utan kan i vissa fall gå ännu längre, så att t. ex. motsvarande muskler angripas, medan andra förblifva fria; den visar sig äfven däri, att man ej observerat, att t. ex. å ena armen öfverarmen, å andra endast underarmen varit angripen; detta senare torde dock till största delen bero därpå, att processen har stark tendens att sprida sig öfver större delen af en gång angripen extremitet. Någon symmetri i den mening, att samtidigt motsvarande muskler å endera af extremiteterna angripas och processen sedan utbreder sig symmetriskt, finnes emellertid icke konstant; ofta sker utbredningen ganska regellöst, i det först en arm, så ett ben, så andra armen och benet kunna angripas omväxlande med buken, ansiktet eller thorax.

Till belysande af det sagda må några af fallen anföras. En tydlig symmetri finna vi i följande fall: WAGNERS andra, i hvilket å båda sidor underarmar och underben, därpå öfverarmarna svullna, sedermera ett erytem uppträder å vänstra armens sträcksida, följdt 5 dagar senare af ett liknande å högra armens sträcksida, HEPPISS fall, i hvilket först båda underbenen svullnade, därpå ansiktet och högra armen, 3 dagar senare vänstra armen, slutligen samtidigt en rodnad uppträder å båda benen, BOECKS fall, i hvilket armarna först voro svullna, bägge sternocleidomastoidei voro ömma, medan öfriga halsmuskler voro ömma, likaså båda pectorales voro ömma och svullna, sedermera samtidigt ömhet af armarna uppträdde, STRÜMPELLS fall med ödem af underarmarna, ej öfverarmarna, SENATORS första fall

med först ömhet af underbenen, därpå af låren, så öfverarmen, thorax och sist underarmarna. I andra fall angripas alla extremiteterna på en gång. I åter andra fall är dock icke utbredningen så typisk. Så finna vi i LÖWENFELDS fall, huru först vänster vad angripes, därpå vänstra underarmen, sedan vänstra armbågstrakten och vänstra öfverarmens biceps och triceps, först långt därefter höger vad, därpå vänster lår, så ånyo vänster underben, därefter i tur och ordning hjärtat, thorax, svalget, halsmusklerna, ansiktet, slutligen bukens vänstra och därpå högra halfva. Högra armen förskonades i detta fall från svullnad, medan musklerna därstädes voro ömma. Samma oregelbundna spridning finna vi i LEVYS första fall, i hvilket svullnad uppträdde först i fötterna, därpå smärtor i vänstra armen, så en stomatit utbildades, därpå smärtor uppträdde i buk, lår och skuldror, så ett ödem af ansiktet, å bröstet, därpå å nyo benen svullnade, medan å armarna ödemet var utbildadt endast å högra armen, och den vänstra endast visade en lindrig svullnad i skuldertrakten och å handen. I de kvarstående, atrofiska muskelförändringarna fans äfven en viss asymmetri, i det å högra handen förändringarna motsvarade *n. ulnaris'* utbredningsområde, å den andra *n. radialis'* och *medianus'*. Äfven i BUSS fall är utbredningen ej symmetrisk, i det här först högra låret svullnade, därpå högra underarmen, så smärtor uppträdde i vänster öfverarm och lår jämte ödem i ansiktet, så vänstra öfverarmen svullnade och slutligen äfven vänstra underarmen och vänstra låret samt sist vänstra underbenet.

En afvikning från den vanliga utbredningen visade SENATORS andra fall, i hvilket först ena sidans extremiteter, därpå den andras angrepos.

Särskildt förtjänar emellertid PRINZINGS fall att framhållas som bevis på, huru i samma fall höggradig symmetri och motsatsen kan råda. Vi finna här, huru först högra benet svullnar, därpå vänstra låret, i hvilket senare i *vastus externus* en förhårdnad uppträder, vandrande nedifrån uppåt, därpå en liknande svullnad uppträder i högra lårets muskler, men här icke i *vastus externus* utan i *sartorius* och *rectus femoris*, utan att utbredas här, därpå en svullnad inträder i höger *triceps* å öfverarmen, snart följd af liknande förtjockning i vänstra öfverarmens *musc. triceps*; vidare följa ödem kring höger armbåge, knölig ansvällning i vänstra benets adduktorer, infiltrering af *biceps* å

armarna, utbredning af ödemet ner öfver högra underarmen, ödem af vänster armbåge och sedan af hela vänstra armen.

I detta fall finna vi altså t. ex. i fråga om tricepsmuskulerna en öfverraskande symmetri, medan å låren förhållandet är raka motsatsen, och äfven i fråga om utbredningen från en kroppsdelen till en annan är symmetrien påfallande i fråga om armarna, medan en sådan ej finnes i fråga om benen.

Hvad beträffar öfriga symptom, särskildt febern, så åtföljer denne ej regelbundet processens exacerbationer. Redan förut är nämnt, att hela förloppet kan vara feberfritt, men äfven i fall, där en temperaturstegring finnes, är dess maximum ej alltid bundet vid de svåraste exacerbationerna; en sådan kan följas af feber, en annan hos samma patient försiggår utan sådan, och tänker man på förloppet i *mitt* fall, som väl torde kunna räknas till de svårartade, visar det, att själfva förändringarna i musklerna i och för sig ej äro tillräckliga att framkalla temperaturstegringar.

2) Förlopp och prognos.

I sin första uppsats hade UNVERRICHT ansett sjukdomen hafva tendens att ständigt progrediera, ända tils döden inträffade såsom följd af pares af svalgmuskulaturen med tillstötande lungkomplikationer, och därför benämndt den progressiv polymyositis acuta; på grund af senare vunnen erfarenhet har han i sin andra uppsats tagit bort detta epitet. De sedan dess offentliggjorda fallen hafva äfven visat, att förloppet ingalunda är så svårartadt, som man af de hittills publicerade fallen vore hågad att tro, utan att tvärtom förloppet kan vara ganska lindrigt och processens utbredning ganska inskränkt.

Så finna vi, att af de hittills publicerade fallen 12 eller hälften ledt till dödlig utgång, medan alla öfriga återgått till fullständig eller i det närmaste fullständig hälsa.

Döden inträffade inom 10 dagar i WAGNERS första fall, inom relativt kort tid äfven i SENATORS första fall, ehuru denna tid ej finnes bestämdt angifven, inom 5 veckor i UNVERRICHTS första, inom 6 i STRÜMPELLS, inom 7 i WAGNERS andra, inom 11 veckor i HEPPTS, efter $4\frac{3}{4}$ månader i PRINZINGS fall, efter 5 månader i POTAINS, efter 6 månader i *mitt*, efter 16 månader

i LÖWENFELDS och efter 2 år 9 månader i JACOBYS fall. I FENOGLIOS fall finnes ingen uppgift i detta hänseende.

I de till hälsa gångna fallen åter var förloppet, trots grava symptom, kortvarigast i PLEHNS fall, nämligen 9 dagar, efter 10 dagar inträdde hälsa i HERZ' första fall, efter 3 veckor i samme författares andra fall, efter 6 veckor i BUSS' fall, efter 2 månader i SENATORS andra fall, efter 2^{1/2} månader i BOECKS, efter 4 månader i LEVYS första fall, efter 10 månader i hans andra fall, efter 6 månader i UNVERRICHTS andra fall, efter 1^{1/2} år i LEVYS tredje fall.

Ännu kortvarigare var förloppet i LEVYS tredje fall, i hvilket under 8 dagar en purpura uppträdde i benen utan andra symptom, och patienten därefter förblef frisk. Jag återkommer till detta fall sedermera.

Redan af dessa siffror framgår, att förloppet kan vara mycket olika, och man torde därför i detta hänseende kunna skilja mellan *akuta* fall, sådana som t. ex. PLEHNS, SENATORS första, WAGNERS första, UNVERRICHTS första fall, och *subakuta* såsom POTAINS, *mitt*, LEVYS andra, UNVERRICHTS andra m. fl. och slutligen mera *kroniska* fall såsom JACOBYS, LEVYS tredje, LÖWENFELDS m. fl. fall.

Någon skarp skillnad med afseende på symptomens intensitet visa dock ej dessa olika grupper; äfven bland de mera subakuta och kroniska fallen kunna symptomen, både de sensibla och motoriska, vara mycket höggradiga, fastän naturligtvis i de mera akuta fallen processen hastigare angriper större delar af kroppen än i de mera kroniska. Variationerna i processens utbredning äro i själfva verket mycket höggradiga. Än finna vi så godt som alla extremiteterna angripas samtidigt, än kryper processen med dess karakteristiska förändringar från en del af kroppen till en annan antingen i oupphörlig följd eller med större eller mindre mellantider. Än se vi en skenbar förbättring inträda, som dock snart följes af en ny försämring, än åter tyckes processen häfd i en kroppsdel, medan den fortgår i andra och plötsligen angripes den förre å nyo i samma grad som förut.

Vi finna sålunda i PLEHNS fall, huru patienten, som dagen före insjuknandet känt sig fullt frisk, plötsligen börjar lida af svindel, hufvudvärk och häftiga smärtor i benen, och samma eftermiddag redan äro musklerna ömma så godt som öfveralt, smärtorna äro ytterst våldsamma i hufvudet och alla extremi-

teterna, försvarade af rörelser; följande dag befinnas händer och underarmar vara rodnade, och lindrigt ödem konstateras därstädes, dagen därpå uppträder roseol å buk och bröst, och efter ytterligare tvänne dagar uppstå blödningar å bål och lår; dagen härefter var tillståndet redan betydligt förbättradt, men så uppstå efter ytterligare någon dag en ny exacerbation af smärtorna, som dock snart försvinna. I SENATORS första fall angripas i hastig följd först höger, därpå vänster underben, så lår, öfverarmar, thorax och sist underarmar, och lika hastig utbredning anmärkes i UNVERRICHTS första fall, i hvilket efter 3 veckors smärtor i extremiteterna och korset urticaria plötsligen uppstår å panna och ögonlock jämte ödem af extremiteterna och ansiktet, samt i BUSS' fall, i hvilket en dag uppträdde smärtor i vad och lår med ödem af högra låret, följande dag högra handleden och underarmen voro svullnade och rodnade, 4 dagar senare en angina och följande dag smärtor i vänstra öfverarmen och vänstra låret jämte ödem i ansiktet uppträdde, medan halssmärtorna minskats, efter 2 dagar vänstra öfverarmen var diffust rodnad och svullen i sin helhet jämte vänstra låret; följande dag äfven hjärtat var angripet, dagen därpå å nyo halssmärtor uppträdde jämte svullnad af vänstra underbenet; där-efter minskades svullnaden under de följande 4 dagarna, då plötsligen en stomatit utbildades.

I motsats häremot är förloppet ett helt annat i andra fall. Så t. ex. i JACOBYS fall, i hvilket en dag plötsligen högra vaden blef spänd, skinande röd och svullen samt öm för tryck, men förbättring snart inträdde; några veckor senare samma bild upprepades i vänstra vaden samt å nyo i den högra, hvarefter tillståndet varierade från dag till dag, ena dagen var bättre, andra sämre. Därefter uppträdde samma förändringar i högra låret och snart äfven i vänstra låret, därpå å böjsidorna af underarmen och slutligen å bicepstrakten å öfverarmarna. 2^{1/2} år efter processens början i högra vaden konstaterades rodnad å underarmarnes böjsida, mera å den vänstra än å den högra, jämte ömhet af deltoideus, cucullaris och alla underarmens böjare. Under de följande 14 dagarna var tillståndet än bättre än sämre, men musklerna blefvo alt ömmare och ödemet alt starkare i genomsnitt, och 5 veckor därefter konstaterades rodnad af huden öfver de angripna musklerna jämte blödningar, omväxlande atrofi och hypertrofi af flere muskler, äfvensom att processen spridt sig till musc. glutei, ryggen och intercostales

samt buken; 3 veckor senare uppträder för första gången svårighet vid sväljningen samt ömhet och pares af tungan, symptom, som sedan altjämt tilltogo ända till den dödliga utgången.

Äfven ett par andra fall förtjäna att här som bevis på det sagda anföras. Så PRINZINGS fall, i hvilket plötsligen smärtor utbildas i högra benet jämte svullnad och blåröd färgning af vaden för att efter 6 veckor försvinna; men då uppträdde blå-röd färgning af vänstra låret jämte lindrigt ödem, hvilket alt efter ytterligare 6 veckor försvann utom en lindrig svullnad å vänstra höfttrakten. Efter influenza uppstodo å nyo smärtor i båda låren, mest det vänstra, snart svullnade det senare, men svullnaden minskades å nyo efter kort tid, hvarvid en knöl framträdde i vänstra vastus externus, hvilken knöl därefter under smärtor och feber vandrade upp genom hela denna muskel på så sätt, att de först angripna delarna successift blefvo normala, när nya angrepos; efter kort tid under beständiga smärtor svullnade å nyo högra låret, och här upprepades samma process i musc. sartorius, medan en samtidig svullnad i musc. rectus femoris ej utbreddes. Kort därefter uppträdde äfven en knöl i högra musc. triceps brachii. Alla dessa förändringar utbildades under loppet af 4 månader; en vecka senare uppstod en liknande knöl i v. triceps, hvarjämte hjärtklappning tillstötte, följande dag blef pulsen okännbar och en ansvallning konstaterades i v. musc. adductores jämte smärtor och ödem kring högra armbågsleden, dagen därpå ökades detta ödem, och biceps å öfverarmen befans infiltrerad, följande dag var äfven underarmen ödematös, medan svullnaden i högra låret minskats, efter 4 dagar började vänstra armen blifva ödematös kring armbågen, och detta ödem hade efter 3 dagar spridit sig öfver hela armen, så att båda armarna voro oformliga; efter några dagar minskades ödemet.

Ännu mera utdraget var förloppet i LÖWENFELDS fall. Här sjuknade patienten i november med smärtor i vänstra vaden jämte ömhet, hvilka symptom efter 11 dagar voro försvunna. I december svullnade vänstra underarmen, i februari året därpå trakten kring vänstra armbågen, och småningom utbredde sig denna svullnad öfver biceps och triceps å öfverarmen, men minskades under de följande veckorna och försvann efter 2 1/2 månad alldeles. I april uppträdde smärtor i högra underbenet med ödem och ömhet af musklerna, därpå på samma sätt i vänstra låret, först här quadricepsgebitet, så å nyo vänstra underbenet

och sist högra låret; öfveralt varade svullnaden 3—4 veckor; i början af juni angreps hjärtat, och efter 2 veckor uppträdde smärtor å thorax. Några dagar senare fick patienten svårt att svälja, och veckan därefter uppträdde smärtor i halsmuskulaturen, 9 dagar efter dessa uppträdde för första gången rodnad i ansiktet å dess vänstra halfva och å pannan. I slutet af juli, altså 9 månader från de första symptomens uppträdande, konstaterades atrofi af åtskilliga arm-, bröst- och benmuskler, pulsen var bra, men försämrades de följande veckorna å nyo. Därefter inträdde förbättring, så att patienten ungefär 13 månader från början var betydligt bättre, och atrofien hade minskats; patienten kunde gå utan käpp, sväljningen försiggick rätt obehindradt. Men redan 24 december uppträdde å nyo, i samband med influenza, smärtor, denna gång i förut ej angripna muskler, nämligen bukens vänstra halfva, jämte ömhet, en vecka senare följd af smärtor i högra bukhalfvan, och i slutet af januari funnos smärtor i hela buken. I början af mars blef sväljningen å nyo svårare, och patienten afled på grund af hjärtsvaghet den 24 mars, eller mer än 1 år efter de första symptomens uppträdande.

De båda sista fallen har jag anført något utförligare för att visa, huru patienterna långa tider kunna vara fullt friska, och huru å nyo samma muskelpartier, som en gång angripits, men återstälts, kunna angripas. Samma förbättring finna vi äfven i *mitt* fall, i hvilket alla symptom en tid varit fullkomligt försvunna för att därefter uppträda med förnyad styrka och slutligen leda till dödlig utgång.

Fallen visa äfven, huru försiktig man bör vara i fråga om prognosens ställande. Redan den omständigheten, att mer än hälften af fallen gått till döden, bör mana till försiktighet, men äfven de sist anförda fallen visa dessutom, att man trots skenbar förbättring ej kan vara fullt säker på, att ej processen å nyo kan taga ny fart och leda till en olycklig utgång. De visa, att sjukdomen kan vara ganska lömsk, och fastän åtskilliga fall gått till hälsa, torde man dock göra klokast i att i hvarje fall ställa prognosen tämligen dubiös.

Detta gäller om hvarje fall, då, såsom af det förutsagda framgår, processen i allmänhet har tendens att progrediera. Det finnes emellertid fall, i hvilka den förblifvit relativt inskränkt, fall som man därför kan betrakta såsom *abortiva*. Att ej alltid alla symptom behöfva vara lika utpräglade, ehuru sjukdomen

för öfrigt är ganska elakartad och utbredd, visa ett par fall, i hvilka åtminstone ett af de karakteristiska symptomen varit obetydligt. Sådana äro t. ex. BOECKS och LEVYS fjärde fall, i hvilka erytemen saknades, JACOBYS och HERZ' andra fall, i hvilka ödemen voro obetydliga, samt PLEHNS fall, i hvilket både ödemen och muskelansvällningen voro föga uttalade. Möjligen kunde hit räknas UNVERRICHTS båda fall, i hvilka visserligen musklerna voro ömma och i det första, i hvilket mikroskopisk undersökning var möjlig, visade rätt betydliga förändringar, men i hvilka det oaktadt den grofva motoriska kraften var jämförelsevis väl bibehållen, i motsats mot hvad fallet var i andra fall med betydliga motoriska rubbningar.

Möjligheten af, att ett eller till och med flere af symptonen någon gång kunna saknas, att sjukdomen, då den i vanliga fall angriper både huden och musklerna, någon gång kan vara lokaliserad till blott ettdera af dessa organ, kan ej förnekas. Man skulle i ty fall hafva en abortiv dermatomyosit med en gång uteslutande muskelförändringar utan hudförändringar, en annan gång uteslutande hudförändringar utan myosit. Naturligtvis blir under sådana förhållanden sjukdomens igenkännande mycket svårt, och särskilda omständigheter fordras, för att detta skall kunna blifva möjligt.

Ett sådant fall synes mig det af LEVY offentliggjorda tredje fallet vara. I detta hade inom patientens familj först dottern och därpå hustrun insjuknat i typiska symptom af en dermatomyosit, modern 6 veckor efter dottern. Båda hade under sjukdomens förlopp visat en tydlig purpura, dottern tämligen sent, modern tidigt. Själf fick patienten, en 70-årig, kraftig man, ungefär en vecka efter hustrun en utbredd purpura å benen, utan att för öfrigt några symptom utbildades, och han var efter 8 dagar fullt återsteld. LEVY anser, att man i detta fall har att göra med samma sjukdom, som träffat hustrun och dottern. Det torde nog ej håller lida något tvifvel om, att man har rätt att anse, att samma sjukdomsorsak ligger till grund för blödningsarna i de tre fallen. Det enda, man möjligen kunde vara tveksam om, vore, huruvida den hos modern och dottern uppträdande purpuran kan anses utgöra ett uttryck för den sjukdomsorsak, som framkallat de öfriga symptomen af en dermatomyositis; man kunde ju tänka sig, att en sekundärinfektion kunde hos dessa patienter kommit till och framkallat blödningsarna. Denna invändning göres äfven af UNVERRICHT, och han

anser på den grund fallets natur af en dermatomyosit vara tvifvelaktig. Så skulle onekligen äfven vara fallet, om blödningar under förloppet af en dermatomyosit ej eljes observerats; men så har dock skett, fastän i regel hudförändringen är af annan art. Vi finna t. ex. i PLEHNS fall blödningar omnämnda, i BUSS' fall finnas likaledes kontusionsliknande blödningar och i JACOBYS fall nämnas rodnad med hemorragier. Man behöfver därför ej gripa till antagandet af en sekundärinfektion för att förklara blödningarna hos modern och dottern, och den hos fadern uppträdande purpuran kan man därför anse bero på samma orsak eller vara uttryck för en abortiv dermatomyosit.

Utom i detta fall hafva vi äfven i de två af HERZ publicerade fallen exempel på sådana med abortift förlopp, i det här processen förblef inskränkt till relativt små områden af kroppen.

Men, såsom nämnts, äfven dessa fall kunna hastigt nog blifva mera elakartade, och äfven i dessa bör man därför länge vara rätt försiktig med ställandet af en gynsam prognos.

3) Patologisk anatomi.

Innan jag lemna en redogörelse för de vid dermatomyositerna funna förändringarna, torde förtjäna framhållas, såsom redan af UNVERRICHT och andra betonats, att man ej af den histologiska bilden ensamt kan afgöra, hurudan den kliniska symptombilden tett sig, d. v. s. vi kunna ej vänta att finna några karakteristiska förändringar i musklerna vid nu i fråga varande sjukdomsbild. Redan WALDEYER visade för tämligen lång tid sedan, att i musklerna liknande förändringar kunna uppstå som de, som strax skola beskrivas, vid neoplasmer, vid muskelabscesser af ej tyföst ursprung, vid vanlig begränsad muskelinflammation och vid gangren af musklerna samt vid experimentel myosit. Liknande muskelförändringar har ZENKER visat finnas vid tyfoidfeber. ZENKER fann nämligen, såsom allmänt torde vara bekant, i större muskler, särskildt adduktorerna å benet och recti abdominis, dels vaxdegeneration, dels kornig degeneration jämte skörhet af musklerna — någon gång äfven mer eller mindre stark ödematös infiltration af muskler, i synnerhet adduktorerna och omgifvande bindväf — allt detta utan förändring af bindväf och kärl. Liknande förändringar har man konstaterat äfven vid andra infektionssjukdomar, såsom variola, scorbu-

tus, vid multipla nevriter m. fl., förändringar, som i alt öfverensstämma med dem, man hittils funnit vid dermatomyositerna.

Dessa senare utgöras nämligen dels för att börja med muskelfväfnaden af förändringar i själfva muskeltrådarna dels af sådana i dess interstitiela bindväf.

Makroskopiskt ter sig muskelförändringen på något olika sätt. Än visa sig musklerna genomdränkta af serum (POTAIN, WAGNER, HEPP, UNVERRICHT, PRINZING, SENATOR, KÖSTER) och till färgen bleka, gråröda (WAGNERS båda fall, POTAIN, HEPP, PRINZING, STRÜMPELL, SENATOR, KÖSTER) än åter omväxlande blek- till mörkröda (UNVERRICHT); i flere fall kan man dessutom makroskopiskt iakttaga blödningar i dem i form af runda fläckar eller långa strimmor (WAGNERS båda fall, UNVERRICHT, PRINZING, SENATOR). Dessa förändringar kunna än träffa hela muskeln än åter variera rätt betydligt i intensitet, såsom i WAGNERS och UNVERRICHTS första fall. I några fall anmärkes dessutom en viss skörhet hos musklerna, såsom i WAGNERS båda fall, HEPPS, i hvilket en ruptur af rectus abdominis inträdt, i UNVERRICHTS första, JACOBYS och PRINZINGS fall. Dessutom te sig vissa muskler i fall, som förut omnämnts, mer eller mindre atrofiska.

De mikroskopiska förändringarna äro ibland ännu mera utbredda, än man af den makroskopiska bilden skulle vara hågad att antaga. Så finna vi, att WAGNER i sina båda fall uppger, att äfven makroskopiskt oförändrade muskler mikroskopiskt visade ej obetydliga förändringar.

För öfrigt förtjänar anmärkas, att förändringarna kunna vara mycket olika i olika muskelbuntar, och detta framhålles särskildt af WAGNER i hans andra fall, af JACOBY och af PRINZING. Samma var förhållandet i *mitt* fall, i hvilket dessutom liksom i JACOBYS, HEPPS och UNVERRICHTS första äfven i samma muskelbundet förändringarna varierade, i det normala trådar lågo blandade om hvarandra med förändrade sådana. Än äro de flesta trådarna förändrade i musklerna, så att endast ringa mängd normala återstå (WAGNERS båda fall, POTAIN, STRÜMPELL), än åter äro förändringarna mindre höggradiga.

Hvad nu själfva parenkymet beträffar, så äro uppgifterna om förändringarnas beskaffenhet rätt varierande i de olika fallen; ofta se vi, att tvärstrimmigheten försvinner eller blir otydlig (POTAIN, WAGNERS andra fall, HEPP, JACOBY, PRINZING, STRÜMPELL, KÖSTER)

i enstaka trådar, utan att någon kornighet eller annan förändring i dem uppträder. Ibland framträder i de sålunda förändrade trådarna en utpräglad finfibrillär längdstrimmighet som i *mitt* fall. I andra åter finna vi all struktur upphäfd, trådarna hafva antagit ett hyalint utseende, hafva undergått så kallad vaxdegeneration (WAGNERS båda fall, HEPPS, UNVERRICHTS första, JACOBY, STRÜMPELL, KÖSTER), ehuru i mycket olika grad, i det t. ex. i WAGNERS andra fall dessa sålunda förändrade trådar oftast anträffades, medan de voro jämförelsevis sällsynta i *mitt* fall. I andra trådar kan man anträffa utpräglad kornighet, som i WAGNERS båda fall, POTAINS, UNVERRICHTS första, JACOBY, STRÜMPELLS och *mitt* fall, af somliga författare betraktad såsom följd af en fettdegeneration, medan STRÜMPELL i sitt fall uttryckligen betonar, att fettdegeneration ej anträffats i musklerna. Slutligen omnämnes äfven vakuolbildning i musklerna, som i WAGNERS andra, FENOGLIOS, JACOBY, PRINZINGS och STRÜMPELLS fall; i PRINZINGS fall anträffades i dessa vakuoler kulor och rester af sönderfallen muskelsubstans jämte röda blodkroppar.

I allmänhet tyckes muskeltrådarnas volum ej vara väsentligt förändrad, dock finner man en serös genomdränkning anmärkt i flere fall, så i WAGNERS andra fall, i hvilket den än anträffades likformigt än i form af luckor i tråden (longitudinella eller transversala), fyllda af kornig massa eller också tomma. Liknande serös imbibition af musklerna finnes äfven omnämnd i FENOGLIOS, STRÜMPELLS och SENATORS fall. I *mitt* fall kunde ej med säkerhet någon ansvällning af muskeltrådarna konstateras, äfven om de voro af mycket olika storlek. En enkel atrofi af muskeltrådarna omnämnes endast af WAGNER. Sarkolemmakärnorna tyckas i allmänhet ej visa någon tydlig ökning eller minskning, i det endast WAGNER i sitt första fall, JACOBY och STRÜMPELL omnämna en ökning af dessa, och äfven SENATOR fann en sådan, ehuru han är tveksam, om den kan vara patologisk.

Hvad bindväfven beträffar, så visar äfven den ej sällan förändringar. Oftast bland dessa omnämnes en rundcellsinfiltration; sådan anträffades i WAGNERS första och HEPPS fall, fastän mycket sparsamt, i UNVERRICHTS första, FENOGLIOS, PRINZINGS, STRÜMPELLS, SENATORS och *mitt* fall. I PRINZINGS fall uppgifves dessutom bindväfven hafva varit genomdränkt af koagulerad

fibrin, och därjämte anträffades i detta fall liksom i *mitt* inter-fibrillära blödningar.

En egendomlig förändring, som särskildt i *mitt* fall var ovanligt höggradigt utpräglad och som i detta anträffades äfven bland muskelbuntar, hvilka för öfrigt mikroskopiskt voro oförändrade, var en höggradig utspänning af kapillärerna och de mindre blodkärlen genom tätt packade röda blodkroppar. Öfveralt kunde kapillärerna tydligt följas såsom perlbandsrader. En liknande dilatation af kapillärerna finnes omnämnd af WAGNER i hans andra fall, af UNVERRICHT, STRÜMPELL och SENATOR, medan för öfrigt kärlväggarna ej visade några förändringar.

Alla nu skildrade förändringar äro uttryck för den regres-siva process, musklerna äro underkastade; i ett fall fans emellertid jämte dessa äfven en nybildningsprocess, nämligen i WAGNERS andra fall, i hvilket i luckor mellan de degenererade trådarna anträffades gruppvis 2—6 otydligt tvärstrimmiga trådar eller också lika många kärnar, omgifna af oregelbunden protoplasma. Denna observation står dock enstaka, och särskildt UNVERRICHT betonar, att någon nybildningsprocess ej af honom kunde konstateras i de undersökta musklerna. Nybildad bindväf uppger sig JACOBY hafva anträffat. Hvad särskildt *mitt* fall beträffar, kunde ej i detta några förändringar af detta slag anträffas.

Karakteristisk är äfven frånvaron af alla mikroorganismer. Sådana hafva sökts, men ej funnits i PRINZINGS, STRÜMPELLS SENATORS, HERZ' båda och *mitt* fall.

Till sist må nämnas, att i de flesta anförda fallen uppgifvas nerverna, både de intermuskulära grenarna och öfriga större nerver, hafva varit oförändrade. I WAGNERS första fall omnämnes dock anträffandet af enstaka fettmolekyler och kolloidliknande degeneration i dem, i JACOBYs fans likaledes några degenererade trådar; dock tyckes af beskrifningen framgå, att dessa förändringar anträffats i så sparsam mängd, att de ej kunna anses hafva någon betydelse för den höggradiga muskelförändringen.

De nu skildrade förändringarna i särskildt musklerna anträffas emellertid ej i alla fall samtidigt, utan äro olika fördelade. Så finna vi, att förändringarna inskränka sig uteslutande till muskelsubstansen i WAGNERS första, POTAINS och HEPPS fall, medan både denna och den intermuskulära bindväfven visa förändringar i WAGNERS andra, UNVERRICHTS, FENOGLIOS, STRÜMPELLS och *mitt* fall, och slutligen i SENATORS och

SCHULTZES fall förändringarna äro mest utpräglade i bindväfven.

Man skulle på den grund kunna skilja mellan en *rent parenkymatös* muskelförändring och en sådan *med både parenkymatösa och interstitiela* förändringar. Hvarpå denna begränsning beror, kan ej ännu afgöras; den kliniska bilden visar inga väsentliga olikheter i de båda grupperna af fall hvarken i fråga om symptomens beskaffenhet eller akuitet och förändringens beskaffenhet tyckes därför, såsom redan UNVERRICHT betonat, ej vara af väsentlig betydelse för symptombilden.

4) Etiologi.

Studiet af de olika fallen både i anamnestiskt och patologiskt anatomiskt hänseende har ej förmått bringa någon klarhet i detta hänseende. Väl finnas en del hypoteser, men dessa ega sin tillämplighet endast för enstaka fall.

En granskning af sjukhistorierna visar, att egentliga predisponerande moment ej i dem kunna upptäckas. Sjukdomen träffar alla åldrar från barn, såsom i FÜCKELS och SCHULTZES fall, till 70-åringar, såsom i STRÜMPELLS och LEVYS tredje fall. Sjukdomen träffar vidare personer af alla samhällsklasser, och intet tyder på, att ett visst yrkes utöfvare äro mera utsatta än ett annat yrkes; hvarken muskelansträngningar, i det blott en af patienterna (LÖWENFELDS), en brefbärare, möjligen varit utsatt för sådana i högre grad, eller förkylningar finnas omnämnda i anamnesen, och alkoholexcesser spela ej heller någon rol; lika litet tyckas hereditära förhållanden hafva någon betydelse, i det endast i ett fall någon nervös belastning kan spåras (WAGNERS första fall, i hvilket modern var sinnessjuk, fadern potator). I allmänhet uppgifvas patienterna ända till insjuknandet hafva varit fullt friska, med enstaka undantag; så t. ex. led JACOBYS patient af en lefvercirros, en af SENATORS af diabetes, en patient led af ofta upprepade anginor (PRINZING), hos WAGNERS förste patient voro hos den 34-åriga patienten menses försvunna sedan 6 år, och en annan (UNVERRICHT) var gravid vid insjuknandet; i *mitt* fall var pat. anemisk och nedsatt på grund af ansträngning och bekymmer under mannens långvariga och allvarliga sjukdom, men dessa fall äro undantagsfall; det öfvervägande flertalet är friska och ofta kraftiga individer och visar, att

sjukdomens uppträdande ej gynnas af för handen varande kraftnedsättning och klenhet. Endast i fråga om tuberkulosen påpekade STRÜMPELL, att möjligen ett visst samband kunde finnas, i det af dittills publicerade 6 fall i de 4 (WAGNERS 2, STRÜMPELLS och PRINZINGS fall) en sådan konstaterades; den senare vunna erfarenheten har dock ej bekräftat denna förmodan, i det endast i JACOBYS fall tuberkulos kunnat påvisas.

I fråga om processens framkallande orsak har man, trots de noggrannaste undersökningar, ej lyckats påvisa någon bestämd sådan, och meningarna äro delade om, huruvida sjukdomen bör räknas till infektions- eller intoxikationsjukdomarna. Redan de första författarne (HEPP, UNVERRICHT och andra) framhöllo såsom sannolikt, att sjukdomen var af infektiös natur; härför talade den ofta uppträdande initiala hufvudvärken, febern samt den ofta konstaterade mjältansvällningen. Särskildt har denna uppfattning vunnit en viss bekräftelse genom LEVYS observationer, i det denne författare hade tillfälle att hos trenne medlemmar af samma familj med 14 dagars mellantid mellan insjuknandet observera sjukdomsbilden, i ett af dem visserligen, såsom förut nämnts, endast abortift, utan att någon anledning härtill kunde upptäckas. Undersökning af vid sektionen tillvaratagna muskler eller under lifvet exciderade bitar af sådana på bakterier hafva dock, såsom nämnts, hittills lemnat fullkomligt negatift resultat. PFEIFFER hade emellertid hos djur observerat en symptomkomplex, som liknade nu ifrågavarande i många hänseenden, och som berodde på invandring af gregariner. Hans förmodan, att äfven polymyositen hos människor kunde bero på liknande parasiter, har dock ej bekräftats, ty hvarken i UNVERRICHTS eller STRÜMPELLS fall lyckades det påvisa sådana, och ej håller i det af mig observerade, i hvilket jag snarast möjligt företog undersökning på de ännu relativt färska, ohärdade muskelbitarna, kunde jag påvisa liknande bildningar; enligt PFEIFFERS uppgift äro gregarinerna svåra att påvisa i härdade bitar, och *mitt* fall visar därför bestämdt, att gregarininvandring ej alltid är anledning till den primära polymyositen, ehuru väl det ej är otänkbart, att en och annan gång så torde kunna vara förhållandet.

Det negativa fyndet af bakterier talar dock ej med bestämdhet mot sjukdomens infektiösa natur. Såsom STRÜMPELL betonar, kan det kanske ifrågasättas, om en bakterieinvasjon direkt kan vara anledningen till symptomen; en bakterieinva-

sion i så godt som alla kroppsmuskler, som ju i de flesta fall äro angripna, borde onekligen framkalla våldsamma allmänna symptom, och sådana äro dock ingalunda konstanta; man kan därför snarare tänka sig, att muskelsymptomen framkallas genom i blodet cirkulerande toxiner, bildade af bakterier.

Symptombilden skulle i ty fall således bero snarare på en intoxication, och en sådan åsikt förfäktas lifligt af SENATOR. I fråga om källan för en sådan intoxication är han dock af annan åsikt. Han anser på grund af ett af honom observeradt fall, i hvilket sjukdomen utbröt omedelbart efter förtärandet af skadade kräftor, och i hvilket pat. äfven direkt satte sin sjukdom i förbindelse därmed, att det ej är osannolikt, att en auto-infektion från tarmen kan ligga till grund för processen eller också en resorption af utifrån i tarmkanalen införda skadliga ämnen; för sist nämnda möjlighet talar hans fall, men det står i detta hänseende alldeles enstaka, då liknande ej, trots noggrann efterforskning, kunnat konstateras i andra fall. För sin åsikt anser han, fränsedt frånvaron af alla positiva bakteriefynd, dessutom tala, att i en del af de typiska fallen tydliga septikemiska symptom saknades, och hvarken talar processens ofta kroniska förlopp eller uppträdandet af hudexantemer emot en sådan uppfattning.

Intressant är i detta hänseende det af BOECK beskrifna fallet. Här uppträdde den typiska sjukdomsbilden efter en kopiös ingnidning å huden af kopaivabalsam, och ett samband mellan denna och polymyositen torde näppeligen kunna be-
tviflas i nämnda fall, äfven om fallet i detta hänseende står enstaka.

För fullständighetens skull må nämnas, att en af HEPP verkställd undersökning af lefver, mjälte, muskler på metalliska gifter utföll negatift.

För toxisk infektion kunde man rekurrera till trikinosen. Äfven vid denna finnes såsom bekant ansvällning och ömhet af musklerna, hudödem och hudruptioner jämte profus svettning. Om äfven muskelförändringen i och för sig kan förklaras af en mekanisk verkan af de invandrade trikinerna, är det ej möjligt att anse de öfriga förändringarna såsom följd af en sådan. Man har därför uppstått några hypoteser för att förklara de senares uppträdande, nämligen dels att de berodde på förstoppning af fina kapillärkärl genom invandrade trikiner, dels att ett i trikinkapslarna inneslutet gift resorberades, som

genom kärlförlamning framkallade symptomen. Af dessa tvänne hypoteser synes mig otvifvelaktigt den senare sannolikare, ty mig veterligt hafva dylika kärlförstoppningar genom trikiner ej med säkerhet påvisats, medan man å andra sidan om åtminstone huderuptionerna känner, att de ofta uppträda vid toxiska ämnens resorption.

En sammanfattning af det nyss anförda synes mig gifva vid handen, att sjukdomens etiologi kan vara af flerfaldig art. För en infektion talar onekligen i mycket hög grad LEVYS observation, men i andra fall torde onekligen en intoxication ligga till grund för processen, såsom i SENATORS och BOECKS fall. I det öfvervägande flertalet fall torde vi dock sannolikt hafva att göra med en infektiös process, som antingen direkt eller kanske snarare indirekt genom bildade toxiner framkalla muskellesionerna. Särskildt synes mig en omständighet tala mot SENATORS antagande, att en autoinfektion från tarmen ligger till grund för sjukdomen; i det stora flertalet fall angifves uttryckligen, att digestionsorganen ej förete något sjukligt symptom, ett moment af så mycket större vikt, som just det är ett af de väsentligaste diagnostiska kriterierna gent emot den eljest i kliniskt hänseende likartade trikinosen; äfven synes mig det långvariga förloppet i flere fall af otvifvelaktig polymyosit vara svårt att förlika med antagandet af en autoinfektion.

Karakteristiskt för nu skildrade grupp af fall är, att något bestämdt etiologiskt moment ej i dem kunnat påvisas. Det finnes emellertid en annan grupp af fall, som i kliniskt hänseende föga skilja sig från de förra, men i hvilka man tydligen kan påvisa en infektion, utgången från en förut i kroppen för handen varande primär härd. I dessa har man äfven lyckats påvisa närvaro af bakterier (strepto- och stafylokocker) i de förändrade musklerna, och i patologiskt anatomiskt hänseende finnes äfven en skillnad i så måtto, att i dessa rundcellsinfiltrationen vanligen är betydligt höggradigare och rent af suppurativ smältning af muskelväfnaden inträder. Hit höra WAETZOLDTS två fall, båda puerperæ, med septisk endometrit i det ena, en perimetrit i det andra fallet, vidare FRAENKELS 3 fall med otit i de 2 och en purulent struma i det tredje, ROVERES fall med allmän furunkulos hos en diabetiker, samt HERZ' sista fall, som förlöpte under bilden af en akut sepsis, och i hvilket bacterium coli-bacillen kunde påvisas i de smälta musklerna.

Kliniskt framträdande är i dessa fall en pyemisk infektion hvilken, såsom nämnts, saknas i den första gruppen af fall.

FRAENKEL och ROVERE samt äfven HERZ äro emellertid på grund af sina fall och den i kliniskt hänseende i mångt och mycket öfverensstämmande bilden benägna att antaga alla dermatomyositer bero på en liknande infektion, i det de framhålla, att ingångsporten för infektionen ej sällan är svår att finna; af dem framkastas möjligheten, att den ej sällan kan vara att söka i tonsillerna, då så ofta en angina observeras vid lidandet och i flere fall inledt detsamma. En sådan uppfattning synes mig dock, såsom jag förut påpekat, icke vara berättigad.

Redan frånvaron af alla bakteriefynd i de undersökta musklerna stämmer föga med en sådan uppfattning; det vore dock egendomligt, om ej sådana i något fall skulle kunnat påvisas, då hvarken strepto- eller stafylokocker äro så synnerligen svåra att finna. Härtill kommer, att, fastän i många fall en infektion tyckes föreligga, bilden af en sepsis saknas i det öfvervägande flertalet fall; för att blott nämna det af mig anförda fallet, liknade bilden i detta allt annat än en septisk infektion. Äfven det konstanta fyndet af suppuration i de af FRAENKEL och öfriga författare observerade fallen, men dennas konstanta frånvaro vid de primära dermatomyositerna talar häremot.

Att emellertid de af FRAENKEL, ROVERE m. fl. anförda fallen äro polymyositer, kan ej bestridas. De torde på grund af det sagda emellertid rättast betecknas såsom *sekundära polymyositer* i motsats mot den af UNVERRICHT skildrade symptomkomplexen, den *primära dermatomyositen*.

Utom dessa sekundära polymyositer finnes en hel del andra myositisformer, äfven de omfattande ett flertal muskler, hvilka i samband härmed torde förtjäna några ord. Ett och annat af dem har af enstaka författare räknats till samma grupp som de här ofvan skildrade fallen men skilja sig dock så väsentligt från dem, att tvekan om det berättigade häruti har goda skäl för sig. De torde förtjäna att i korthet anföras.

KUSSMAUL och MAIER beskrifva följande tvänne fall. I det första sjuknade en 27-årig man under tecken af svår anemi efter att under 2—3 veckor hafva känt sig illamående och under sista veckan hafva lidit af omväxlande frysningar och hetta jämte riklig svettning. Utom en akut nefrit konstaterades stark törst, profus svettning, sömnlöshet, måttlig feber och hastig hjärtverksamhet.

och hastigt utbildades en pares af ett stort antal muskler, under häftiga spontana och vid tryck uppträdande muskelsmärter. Efter några dagar kunde pat. knapt röra sig; här och hvar utbildades anestesier, å andra ställen hyperestesi, och kort före döden uppträdde under huden små knölar. I musklerna funnos vid undersökning små knölar, beroende på förtjockningar af kärlväggarna, och de omnämnda tumörerna visade sig bero på en proliferation af kärlskidorna; musklerna voro brunröda, lösa, hvitfläckiga samt visade mikroskopiskt försvunnen tvärstrimmighet, kornig och hyalin degeneration.

I andra fallet uppkom en allmän förlamning hos en ung man efter någon tids häftiga smärter i nacken, buken och extremiteterna jämte albuminuri och ödemer; därjämte till en början feber, hjärtklappning och svettning. Slutligen under häftiga smärter utbredd förlamning, stark tryckömhet, ödem af ansiktet och fotknölar. Förlamningen och atrofien visade en mycket olika fördelning, den elektriska retbarheten var upphäfd. Sensibiliteten var normal. Restitution utom i fråga om vadmuskulerna och h. musc. serratus magnus, som ännu efter 2 år voro atrofiska och paralytiska. I en exciderad muskelbit, som var blekgul, fanns en höggradig degeneration, i de flesta muskeltrådarna konstaterades kornig och framför allt hyalin degeneration jämte sönderfall af muskulaturen.

I båda dessa fall finna vi altså en höggradig utbredd polymyosit med muskelömhet, smärter och mikroskopiskt konstaterade förändringar, i båda leddes tanken hän på en trikinos under lifvet, men i båda finnas dock rätt stora skiljaktigheter från dermatomyositerna, såsom redan delvis UNVERRICHT betonat. I båda saknades utbredda ödem och hudutslag, i båda utbildades hastigt en paralys, i det senare äfven en höggradig atrofi, i det första fallet finna vi därjämte egendomliga kärlförändringar, till hvilka ej motsvarighet finnes vid dermatomyositerna, samt uttalad anesthesi.

Ett annat fall är det af DEBOVE offentliggjorda, i hvilket hos en ung kvinna under feber och häftiga smärter i benen en hastig atrofi af musklerna därstädes jämte försvinnande af den elektriska retbarheten utbildades; sensibiliteten var normal och andra nervösa rubbningar saknades. Fallet fick dödlig utgång efter 3¹/₂ månader, och vid sektionen visade sig hjärne, ryggmärg och de perifera nerverna normala, medan i musklerna muskel-

trådarna voro smalare än normalt och delvis kornigt degenererade.

Altså äfven i detta fall en uteslutande myositisk process i ett flertal muskler, men med en från dermatomyositerna i många hänseenden skild bild. I fallet saknades ödemer och hudutslag samt muskelansvällning, medan en hastig atrofi utbildades.

Ett tredje fall är beskrifvet af GREENHOW. Hos en 26-årig kvinna, hvars ena syster lidit af progressiv muskelatrofi, utbildades, efter smärtor i buken och känsla af hetta i bröstmusklerna, en lindrig pares af armarna och benen jämte atrofi af pectorales, utan rodnad, svullnad eller ömhet. Under hastig hjärtverksamhet, profus svettning, delirier och lindrig feber utbildades hastigt en total paralys med atrofi af extremiteterna och respirationsmusklerna, som ledde till dödlig utgång. Mikroskopiskt konstaterades en höggradig, kornig degeneration af armmusklerna, pectorales, intercostales, bukmusklerna, vadmusklerna, diafragma och hjärtat. Vid sektionen anträffades för öfrigt intet abnormt i andra organ utom en lindrig bronchitis.

Fallet visar några drag gemensamt med dermatomyositerna, såsom den profusa svettningen, smärtorna och den multipla muskelförändringen, men skiljer sig för öfrigt från dermatomyositerna genom den hastiga och slappa atrofien, frånvaro af hudödem och hudexantem, af muskelansvällningar och ömhet.

Ett fjärde fall är beskrifvet af GIESS. I detta uppstod hos en 48-årig man, som kort tid förut lidit af en karbunkel, smärtor i låret, och en månad senare i trakten öfver quadriceps en smärtande ansvällning, som cylindriskt slutligen omgaf låret. Denna svulst var brädhård, huden förtjockad, ödematös, knäleden styf med någon utgjutning. Vid incision anträffades en hård, fast infiltration af huden och underhuden, och musklerna voro bleka. Läkning efter massage under 7 ¹/₂ veckor.

Man kunde i detta fall onekligen tänka på en till ett ben inskränkt process af samma art som de förut skildrade fallen, och någon fullt säker skillnad torde vara svår att finna i detta fall, om man betänker, att liknande begränsning af processen funnits i HERZ' fall. Vi sakna dock hudutslagen i fallet, och den kliniska bilden är därför ej så fullständig, att jag vågat räkna detta fall till de abortiva dermatomyositerna, i synnerhet som väfnadsförändringen var af betydligt fastare art, än hvad fallet vanligen är vid den senare åkomman; den närmar sig mera den svåliga myositen.

Ett femte egendomligt fall är ett af HEPP meddeladt: en 21-årig frisk man fick plötsligen ett häftigt epileptiskt anfall med bett i tungan och stark ömhet vid uppvaknandet i höger arm och säte, troligen till följd af stötar vid anfallet. Vid undersökning måttlig feber, å tungan difteritisk beläggning, å höger kind herpes, å högra öfverarmens sträcksida huden infiltrerad och triceps svullen, huden fläckvis skarlakansröd med urticariapapler, likaså å högra sätet huden rodnad och hela trakten svullen, spår af albumin i urinen, mjälten något ansväld. Småningom minskades svullnaden, hvarvid tydlig fluktuationskänsla framträdde, vid punktion erhöles dock endast några droppar blod, som var sterilt, slutligen försvann äfven fluktuationskänslan, men pat. började lida af häftig iscias i högra benet med nedsatt sensibilitet å underbenet och slutligen atrofi och paralyt af i synnerhet fotsträckarna, nedsatt elektrisk retbarhet i gluteus maximus och musklerna å lårets baksida, försvunnen sådan å underbenen. I en utskuren bit af gluteus maximus vid en nervtänjning konstaterades utpräglad vaxdegeneration af den gulhvita muskeln.

I detta fall finna vi samma symptom som vid dermatomyositerna, men man kan dock vara tveksam, huruvida fallet, såsom LEVY vill, bör räknas dit. HEPP själf anför fallet utan att vilja sätta det i paritet med sitt förut meddelade fall af typisk dermatomyositis; han anser, att såväl den genom stötarna åstadkomna klämningen som den difteritiska affektionen af tungan kan anses hafva bidragit till utbildandet af den parenkymatösa muskelförändringen. Fallet skiljer sig äfven från dermatomyositerna genom de begränsade muskelförändringarna, som ej hade minsta tendens att utbreda sig vidare och angripa några muskler, utan förblef inskränkt till de delar, som varit utsatta för det sannolika traumat vid patientens epileptiska anfall. Äfven den egendomliga utpräglade fluktuationskänslan sakna vi vid de typiska dermatomyositerna; dock må erkännas att sist nämnda symptom endast får tillmätas jämförelsevis ringa betydelse i detta hänseende, då intet bevisar, att ej en sådan någon gång bör kunna uppträda äfven vid nämnda lidande; betingelserna för dess uppträdande äro ju fullkomligt obekanta. Emellertid synes mig muskelprocessens uppträdande i traumatiskt lederade muskler kunna gifva anledning till berättigade tvifvelsmål, huruvida fallet kan sägas vara identiskt med de typiska fallen af dermatomyositis, äfven om erkännas

måste, att det står den samma i flere hänseenden mycket nära.

Multipla myositiska processer finna vi slutligen äfven samtidigt med förändringar af de perifera nerverna.

Redan EICHHORST anförde ett fall, i hvilket vid en otvifvelaktig akut nevrut observerades ödem, rodnad af huden och hudblödningar, samt riklig svettning, sträckande sig öfver en hel eller större delen af en extremitet, således delvis liknande symptom, som observeras vid dermatomyositerna. Senare finna vi liknande fall anförda af EISENLOHR, men framför alt har SENATOR påvisat denna myosits förekomst vid multipla nevruter, på samma gång visande, att vid denna multipla nevrut ej alltid, såsom vanligen är fallet, nerverna först angripas, utan att äfven någon gång musklerna kunna primärt angripas; i synnerhet det senare af de af honom anförda fallen är så till vida anmärkningsvärdt, att i detta 6—8 veckor symptomen uteslutande tydde på en muskellesion, till hvilken först därefter symptom af, att nerverna angripits, sällade sig. Kliniskt fans dock i dessa fall en skillnad så till vida, att i dem förlamningen var mycket tidig och höggradig, och de betydliga ödemen och ansvallningarna af musklerna saknades.

Ett annat fall, i hvilket äfven multipla nervförändringar anträffades, och i hvilket äfven så stor likhet med den vid dermatomyosit funna sjukdomsbilden finnes, att LEVY äfven räknar detta fall till denna sjukdomsgrupp och LÖWENFELD åtminstone anser det stå den mycket nära, är det af SCHULZ under namn af »Sclerodermie, Morbus Addisonii und Muskelatrophie» beskrifna fallet, som därför torde förtjäna anföras.

Hos en 19-årig man började fötterna och händerna svullna, snart blefvo armarna svagare, hjärtklappning instälde sig, smärtor saknades. Vid undersökning konstaterades pigmentering af ansiktets hud, som var spänd och något sväld, i synnerhet ögonlock och öfverläpp; å armarna symmetrisk, ödematös ansvallning från öfverarmarnas midt till underarmarnas midt; fingertryck kvarlemnade endast med svårighet en grop; äfven musklerna därunder tycktes svälda; huden öfver olecranon och öfver metakarpallederna kopparröd; hud å fingrarna atrofisk, deltoideer atrofiska, pares af armarna; benen svullna till lårens midt, ödemet hårdt och fast; sensibiliteten öfveralt normal. Småningom minskning af ödemet, pigmenteringen ökades symmetriskt. Sensibiliteten alltid normal. Elektriska retbarheten lin-

drigt nedsatt, lindrig feber. Död 4 månader efter början. Sektionen visade atrofi af musklerna, hjärtmuskulaturen mikroskopiskt utan tvärstrimmighet, sväld, med tydlig vakuolbildning, i deltoideus jämte atrofiska trådar utan tvärstrimmighet hypertrofiska sådana, ökning af muskelkärnarna och fläckvis svålbildning. De främre ryggmärgrötterna och de periferiska nerverna voro degenererade.

I detta fall påminna många drag om de förut skildrade fallen af dermatomyosit. Vi finna i detsamma ödem af underhuden, ansvällning af muskulaturen, erytem af huden. I senare stadier förändrades visserligen bilden, i det ödemet försvann, huden blef atrofisk, stark muskelatrofi utbildades, och en utbredd hudpigmentering framträdde, men liknande finnes nog omnämndt i enstaka fall af dermatomyosit; så finna vi hudpigmenteringen i LÖWENFELDS fall, atrofien af musklerna i detta och andra fall; atrofi af huden är däremot icke observerad. Dessa symptom äro dock jämförelsevis ovanliga, och då dessutom åtskilliga skiljaktigheter finnas, torde fallet ej böra räknas till dermatomyositerna. Sådana skiljaktigheter äro det tidiga angripandet af hjärtat och den vid sektionen funna höggradiga degenerationen af detsamma, vidare och framför alt den multipla nervdegenerationen, som konstant saknas vid detta lidande, samt frånvaron af alla smärtor i de angripna delarna.

Granska vi de nu anförda fallen, kan ej nekas, att många beröringspunkter finnas mellan dessa och de förut skildrade fallen af dermatomyositis. Men i alla finnas skiljaktigheter, hvarigenom de dels kliniskt dels anatomiskt skilja sig från de typiska formerna af nämnda lidande. Fråga är då, om man äger rätt att anse dessa fall skarpt skilda från detsamma eller om de ej alla snarare kunna anses vara beslätade och tillhöra samma stora sjukdomsgrupp, i hvilket det ena fallet ena gången visar symptom af ett slag, det andra af ett annat slag.

Redan af skildringen af symptomen torde framgå, huru stora variationer kunna finnas vid de otvifvelaktiga fallen af dermatomyosit. Att under sådana förhållanden på grund af ett eller annat symptoms frånvaro, för att blott nämna t. ex. respirationsmusklernas angripande, hudförändringar eller svalgförändringar, med bestämdhet utesluta möjligheten af, att dock samma lidande kan föreligga i två fall, det ena med, det andra utan nämnda symptom, torde näppeligen kunna försvaras. Förr än det etiologiska momentet för lidandet blifvit känt, torde det vara

riktigast att ej altför skarpt hålla på dess själfständighet gent emot öfriga multipla myositisformer, äfven om man torde ega rätt att tillsvidare anse det skildt åtminstone från de förut omnämnda sekundära polymyositisformerna.

Särskildt i fråga om de multipla nevraterna torde det ej vara alldeles osannolikt, att ett visst samband finnes. Sådana fall som SENATORS, i hvilket lång tid muskelförändringar funnos, innan symptom af att de perifera nerverna voro intresserade, utbildades, och som det nyss nämnda SCHULZ' fall, som kliniskt visar så stor öfverensstämmelse och i hvilket nervdegenerationen ej under lifvet gifvit anledning till några tydliga symptom, kunna tala för, att samma virus, som ger anledning till en polymyosit äfven kan angripa nerverna och gifva anledning till en samtidig nevrit; ty åtminstone i det senare fallet kan man, såsom LÖWENFELD påpekar, vara tveksam om, huruvida den multipla nevriten är primär i fallet; samma förändringar, som funnos i detta fall, anträffas vid dermatomyositerna utan nervförändringar, och kliniska symptom på den multipla nervdegenerationen saknades alldeles i fallet.

I fråga om sjukdomens patogenes känner man ännu intet. Man vet ej, huruvida någon af de funna förändringarna kan betraktas såsom primär i förhållande till de öfriga, eller om ej de olika symptomen alla äro att betrakta såsom direkta följder af den för handen varande orsaken. Jag erinrar därvid om, att några författare ansett hudödemet vara sekundärt, vara ett inflammatoriskt ödem som följt af muskelförändringen, medan åter igen åtskilliga skäl tala mot en sådan uppfattning. Det synes mig dock, som om alla förändringar kunde förklaras af antagandet af, att den primärt angripna väfnaden är kärlsystemet; det är särskildt en observation i mitt fall, som till en viss grad kunde tänkas tala härför. Såsom jag förut nämndt, visade sig vid den mikroskopiska undersökningen ej blott i mitt fall utan äfven i flere andra, att kärlen tydligen voro paretiska, utspända af blodkroppar. Anmärkningsvärdt var nu i mitt fall, att denna dilatation af de finaste kapillärerna mellan de enskilda muskeltrådarna fans ej blott i de muskelbuntar, där muskeltrådarna voro förändrade, utan äfven framträdde i sådana, som mikroskopiskt visade fullt normala muskeltrådar. Särskildt i hjärtat var den enda upptäckbara förändringen af muskelköttet just en sådan dilatation af kapillärerna. Detta förhållande talar onekligen till en viss grad för ofvan nämnda möjlighet, öfriga symp-

tom skulle då utvecklas som följd af kärlförändringarna. Att sådana kunna gifva anledning till både ödemen och hudförändringarna, vare sig dessa nu äro blotta erytemer eller urticarialiknande eruptioner eller hudblödningar, torde ej kunna förnekas; ej håller torde det vara otänkbart, att muskelförändringarna kunna vara en följd af densamma. Jag erinrar i detta samband om den för förklaringen af de vid trikinosen uppträdande symptomen framställda hypotesen, att ett i kapslarna inneslutet gift skulle framkalla en pares af kärlden som det primära. Liknande skulle vara förhållandet här, vare sig nu detta gift är ett af bakterier alstradt toxin eller ett från tarmkanalen resorberadt ämne.

Huruvida den här framkastade hypotesen är riktig eller icke få framtida undersökningar utvisa; uppgifterna om kärlsystemets förändringar, framför alt utbredningen af dessa äro i de offentliggjorda fallen i allmänhet mycket ofullständiga, men torde på grund af det anförda i framtida fall förtjäna ett noggrannare studium.

5) Diagnos.

Den bild, dermatomyositerna erbjuda, är i de väl uttalade fallen så typisk, att det ej torde möta några större svårigheter att igenkänna densamma. Ödemer, muskelsmärter och muskelansvällning, huderuptioner, utbredda öfver större delen af kroppen, bilda en symptomgrupp, som egentligen endast förekommer vid ett lidande, nämligen trikinosen; denna likhet är dock ej så anmärkningsvärd, då de invandrade trikinerna ju lokalisera sig i det närmaste i samma muskler, som vid dermatomyositen äro angripna. Trikinosen är således äfven den en polymyosit, men med bestämd och känd etiologi och därigenom skarpt skild från de förut skildrade dermatomyositisformerna.

Likheten i kliniskt hänseende mellan *trikinos* och dermatomyosit kan dock vara så stor, att differentialdiagnosen kan vara omöjlig, om ej det etiologiska momentet med bestämdhet kan påvisas eller uteslutas. En stor del af författarna hafva äfven tänkt på trikinos i sina fall. HEPP har rent af gifvit sitt fall benämningen psevdotrikinos, och STRÜMPELL anser en differentialdiagnos kunna vara ytterligt svår.

Se vi till, hvilka symptom för båda äro gemensamma, så finna vi, att vid båda finnas utpräglade hårda ödem i under-

huden, särskildt äfven i ansiktet och å extremiteterna, uppträdande mest öfver muskelmassorna, skonande händer och fötter, vid båda blifva ett stort antal muskler ömma och svälta, vid båda uppträda huderuptioner och profus svettning; äfven feber och stark törst jämte koncentrerad urin kunna uppträda, likaså sömnlöshet, medan sensoriet är fritt. Men en närmare granskning visar dock åtskilliga olikheter. Främst bland dessa förtjäna framhållas de vid trikinosen konstanta och vanligen ganska höggradiga, gastriska och framför alt intestinala symptom, hvilka som regel, om man undantager bristande matlust, saknas vid dermatomyositerna. Vidare är den ordning, i hvilken de resp. muskel- och hudsymptomen uppträda, en annan i fallen; vid trikinosen uppträda som regel tidigt ansiktsödem och smärtor i ögon-, tugg- och larynxmuskulaturen, medan åter vid dermatomyositerna muskelsmärtorna och äfven ödemen vanligen uppträda först å extremiteterna och oftast därjämte de tre nämnda muskelgrupperna förblifva oförändrade; äfven diafragma är relativt sällan angripen vid dermatomyositerna och vanligen då i ett sent stadium, medan förhållandet är motsatt vid trikinosen. Slutligen talar närvaron af mjältoförstoring och albuminuri, hvilka ju relativt ofta förekomma vid dermatomyositerna, men saknas vid trikinosen, mot denna senare sjukdom.

Viktigast är dock tydligtvis påvisandet af det etiologiska momentet vid trikinosen. Om detta också torde vara svårt nog ibland, synes mig dock, att sporadiskt uppträdande af ett fall snarare talar för, att en dermatomyositis föreligger, då väl som regel vid trikininfektion flere fall torde förekomma ungefär samtidigt; ett sådant förhållande har åter igen ej observerats af mer än en författare (LEVY) i fråga om det förra lidandet.

Från *andra myositisformer* är differentialdiagnosen lättare. Äfven vid dessa finna vi ödemer i huden, ömhet af musklerna och smärtor i dem, så t. ex. vid reumatiska myositer, i början af ossifierande myositer, vid syfilitiska myositer och vid ischemiska sådana samt slutligen äfven någon gång vid tyfösa myositer. Men skillnaden från dessa är i allmänhet ganska lätt. Frånsedt det etiologiska momentet i dessa fall, äro de i allmänhet mera inskränkta till enstaka muskler eller muskelgrupper, deras extensitet och intensitet är i allmänhet betydligt mindre än vid dermatomyositerna, svalgmuskulaturen angripes

ej vid dem, feber saknas ofta, likaså njältförstoring och albuminuri, där denna ej beror på det etiologiska momentet.

Men å andra sidan är det tydligt, att om abortivfall af dermatomyosit förekomma, begränsade till en eller annan muskelgrupp, så kan skillnaden, där ej tydligt etiologiskt moment finnes, vara omöjlig och praktiskt ej håller betydelse något.

Samma differentiala moment gälla gent emot de af SCRIBA skildrade *akuta infektiösa myositerna*, hvilka som regel äro begränsade till enstaka muskler, och hvilka bero på en infektion från någon varhård samt ofta öfvergå till suppuration; i musklerna kunna då vanligen bakterier af något slag påvisas. Sist nämnda moment skiljer äfven nu skildrade sjukdom från de af FRÄNKEL, WÄTZOLDT och andra offentliggjorda fallen af sekundära polymyositer, i hvilka dels varbakterier kunnat påvisas i musklerna, dels suppuration inträdt, medan denna saknas vid de typiska dermatomyositerna.

Att en i patologiskt-anatomiskt hänseende likartad förändring af musklerna kan förekomma vid *multipla nevriter* har SENATOR framhållit, och att symptombilden kan vara ganska lika, visa flere fall, t. ex. sådana af EICHHORST, EISENLOHR, i hvilka utpräglade ödemer uppstodo vid typiska och otvifvelaktiga nevriter jämte muskelsymptom. Att skilja denna multipla nevrit från en dermatomyositis kan därför någon gång vara svårt, men låter sig dock i allmänhet göra. Vid den multipla nerviten hafva vi ömhet af ej blott musklerna, utan äfven af nervstammarna; vid densamma finnes som regel sensibilitetsrubbingar af ej blott subjektiv, utan äfven objektiv art, pareser uppträda vanligen jämförelsevis tidigt liksom utpräglad degenerationsreaktion, medan åter vid dermatomyositerna ömheten är mest utpräglad öfver muskelmassorna, nerverna äro oömma, objektiva sensibilitetsrubbingar så godt som konstant saknas, degenerationsreaktion saknas, men väl en nedsättning af den elektriska retbarheten förekommer; äfven hudutslagen tala för det senare lidandet, då de höra till sällsyntheterna vid den multipla nerviten.

I öfrigt kan sjukdomsbilden på grund af sin utbredning eller symptomens abortiva beskaffenhet påminna om en *thrombos af vena cava inferior*, som i LEVYS fjärde fall, eller en *morbus maculosus Werlhofii*, såsom i samme författares tredje fall. Differentialdiagnosen torde dock ej möta några svårigheter gent emot först nämnda symptombild; gent emot sist nämnda

torde åter i liknande abortivfall en åtskillnad, såsom nämnts, om ej särskilda förhållanden förefinnas, vara omöjlig.

Äfven *sklerodermien* har LÖWENFELD på grund af det af SCHULZ offentliggjorda fallet velat sätta i samband med dermatomyositerna. Dock torde i allmänhet differentialdiagnosen vara relativt lätt att ställa, då, om man undantager hudödemet, någon likhet näppeligen finnes.

6) Terapi.

I terapeutiskt hänseende stå vi ännu tämligen maktlösa gent emot lidandet. Något medel, som förmår direkt inverka på sjukdomsprocessen, känna vi icke. Alla använda medel förmå endast lindra sjukdomen och detta icke ens konstant. Gynsamt tyckes ibland salicylpreparaten verka, någon gång äfven antifebrin, i mitt fall tycktes tidvis jodkalium ega en bestämd inverkan, i det processen flere gånger under dess användning gick tillbaka. Äfven neptunigördlar och bad förmådde i några fall lindra plågorna. Men ej sällan slå alla dessa medel fel, och man måste gripa till morfinet för att lindra smärtorna. I senare stadier, då ömheten minskats, förtjänar massage att användas och, där musklerna äro paretiska, äfven den faradiska strömmen.

Dessutom hafva en hel del medel försökts utan all nytta, i mitt fall försökte jag särskildt ichthyol, men utan verkan.

7) Kasuistik.

1. WAGNER: 43-årig kvinna. Sjuknade plötsligen under symptom af periostit å armarna och dog efter 10 dagar från intagandet. Sektionen visade ödem å armarna, musklerna voro blekt gråröda, och i alla muskler å bröst, buk, hals och armar fans dels sparsamt dels rikligt, mestadels cirkumscripta blödningsar, i och mellan hvilka muskelsubstansen ej visade något abnormt. Mjälten var normal, möjligen något mjukare, njurarna stora. Mikroskopiskt fans nästan öfveralt, ej blott i och omkring blödningsarna, dels fettmetamorfos, dels vaxdegeneration af muskulaturen samt fläckvis varkroppar och ökade sarkolemmakärnar. Bindväfven mellan musklerna var normal; i nervtrådarna till musklerna funnos dels kolloidliknande förvandling dels enstaka fettmolekyler; i hjärtat enstaka vaxdegenererade muskeltrådar.

2. POTAIN: 17-årig man. Utan anledning trötthet, smärtor i extremiteterna och rodnad af ögonlocken. Efter 2 månader rodnad af

huden, svullnad af ansikte och extremiteter, tidsals smärtor i svalget med svårighet att svälja, slutligen hufvudvärk, smärtor i sacro-lumbal-regionen. Ej feber. Vid undersökningen konstaterades, att pat. ej kunde resa sig, ansiktet var slapt, svaren voro långsamma, minnet dåligt. Erytem fans i ansiktet å ögonlock och näsa, ödem i ansiktet och å extremiteterna, mest öfver muskelmassorna, varierande något i intensitet; kvarstående fördjupning efter fingertryck erhöles endast med svårighet. Ingen förhårdnad i muskulaturen. Svåra smärtor vid rörelser, styfhet i ryggmuskulaturen, lederna ej svullna. Matlusten var dålig, lindrigt diarré fans, lever och mjälte voro ej svålta. Urin och puls normala, temperaturen visade en tid lindrig stigning. Äfven å buken uppträdde 8 dagar senare under några dagar ett erytem, slutligen tillstötte hosta, rösten blef skroflig, sväljningen försvårad och smärtsam utan objektiva förändringar. Pat. kunde till slut ej röra händerna, maten kom i vrångstrupen, och han afled 5 månader efter symptomens början. Sektionen visade bronkopnevmomi i sin början, stor och fast mjälte, ansvällning af peyerska plaques i tarmen; musklerna å underarmen voro seröst infiltrerade och bleka samt visade mikroskopiskt ett ringa antal muskeltrådar med bibehållen tvärstrimmighet, medan i det öfvervägande flertalet denna försvunnit och muskelsubstansen blifvit kornig.

3. WAGNER: 34-årig kvinna. Fader potator, moder sinnessjuk. För länge sedan tyfus, intet puerperium. Sedan 6 mån. menses borta. Sedan ett år tuberkulos. Fick för 3 veckor sedan rygg- och korssmärter utan anledning, 14 dagar senare blefvo halsen och lederna styfva, nacksmärtorna ökades och liknande uppträdde i skuldror, handleder och ben. Samtidigt dyspné. Vid inkomsten var pat. väl nutrierad och kraftigt bygd, hade ej feber. Hufvudets rörelser voro försvårade, hals- och nackmusklerna ömma. Vänstersidig spetsförtätning, hjärtat och levern något förstorade, mjälte, njurar, tarmar normala. Å bägge handryggarna samt underarmar och underben fans ett lindrigt ödem. 5 dagar senare uppträdde myrkrypning och domning i underarmarna, ödemet stod kvar, nerverna ömmade ej för tryck. 4 dagar därefter uppträdde ansvällning af öfverarmarna, och svullnaden i underarmarna ökades. Huden där blef så spänd, att muskelkonturerna ej kunde palperas; den blef hvit, ej glänsande, ingen kvarstående fördjupning vid tryck. Rörelserna försvårades af den spända huden; musklerna kändes egendomligt degiga, men ömmade ej. Inga fibrillära ryckningar. Sensibiliteten normal, elektriska retbarheten normal. Den farado-kutana sensibiliteten något nedsatt, normal öfver m. pectoralis och halsen. 6 dagar senare var svullnaden mindre och mjukare, muskelkonturerna framträdde. Temp. 38°—38°,4. Efter ytterligare 4 dagar erhöles fördjupning vid tryck. Å vänstra underarmens sträcksida fans en erysipelasliknande rodnad med taggig gräns; denna rodnad uppträdde 5 dagar senare äfven å högra underarmen och efter ytterligare 5 dagar hade den utbredd sig uppåt och nedåt, oaktadt svullnaden minskats så betydligt, att tydlig sådan endast fans å höger handrygg. Temp. 39°. Efter 1 vecka var rodnaden försvunnen, men pat. kände smärtor i högra lårets djup;

pat. fick hosta och anfallsvis stark andnöd. Efter ytterligare 5 dagar svårighet att svälja och kväfningsanfall, och pat. afled i ett sådant efter 7 veckors sjukdom. *Sektionen* visade måttligt utbildad underhudsfettväf, armarna liksom musklerna ödematösa. Biceps var blekröd och homogen, likaså triceps och brachialis int., af egendomlig styf konsistens och skörare än normalt. Å underarmen voro handens böjare mest förändrade, dock mera fläckvis med hemorragiska strimmor. Samma bild visade de flesta muskler å öfre kroppshalvan, medan gluteerna, adduktorerna samt vad- och bukmusklerna voro normala. Hjärtat var slapt, likaså diafragma, men makroskopiskt oförändrade. Nerver normala. Hjärne blodrik. Ulcerationer i ileum och colon. Lefvern något förstorad, mjälten normal. Tuberkulos. Vid mikroskopisk undersökning befans förändringen mindre utbredd. Än voro alla muskelprimitivfibriller än endast en stor del af dem förändrade. Endast få blodnigar, alltid interfibrillära, ofta ödem af själfva trådarna, än likformigt än i form af luckor i trådarna, fyllda af kornig massa eller tomma, men utan oförändrade kärnar och jätceller. Tvärstrimmigheten var otydligare; vidare fans »trübe Schwellung» och fettvandling samt vaxdegeneration (de två sista oftast). Enkel atrofi fans mera sällan och då med samtidig kärnproliferation i den interstitiela bindväfven. Här och hvar tecken till nybildning af muskeltrådar. Kärnl normala. Förändringen var mycket olika i olika muskeltrådar, några voro fullt normala. Äfven makroskopiskt normala muskler visade liknande förändringar ehuru mindre, och fläckvis anträffades höggradig dilatation af kapillärerna. Nerverna normala.

4. HEPP: 36-årig kvinna. Alltid frisk. 2 månader före intagandet under några veckor allmänt illamående och matt; därefter utslag i ansiktet af röda, ej upphöjda, ej kliande fläckar, som följande dag hade utbredt sig till hals och rygg och in i munnen. Samtidigt torrhet i halsen och lindrig smärta vid sväljning; gombågar starkt rodnade. Efter 8 dagar angina och utslag försvunna. Småningom alt häftigare smärtor i rygg, skulderblad och nacke, underbenen började svullna. Under de följande 8—10 dagarna uppträdde smärtorna i kors och extremiteter och försvårade rörelserna, de uppträdde endast vid rörelser, ej i stillhet och voro ej lokaliserade till ledgångarna. Efter ytterligare 8 dagar svullnade plötsligt i betydlig grad ansiktet och mindre högra armen, 3—2 dagar senare äfven den vänstra. Svullnaden i ansiktet försvann emellertid efter 1 dags duration i det närmaste. Sedan dess tilltog däremot armarnas svullnad konstant; den uppträdde först i armbågsstrakten. Någon gång lindrig stickning i fingertopparna, aldrig myrkrypning. Lederna blefvo styfva. De sista 14 dagarna smärtorna något lindrigare. Matlust alltid god, törst mycket stark, urin koncentrerad. Sedan sjukdomens början profus svettning och sömnlöshet, aldrig hufvudvärk, feber(?) men svårt att svälja, maten kom lätt i vrångstrupen; ögonrörelser och tuggning alltid normala. Vid intagandet riklig svettning, lätt rodnad af huden i ansiktet och bröstet, ödem i ansiktet och å extremiteterna, starkast å nedre ögonlocken, öfver muskelmassorna å bröstet, samt öfver och underarmarna, mest i armbågsstrakten, medan

händer och fötter voro fria. Detta ödem var hårdt och fördjupningar vid tryck kvarstodo endast med svårighet. Huden var förskjutbar öfveralt. Pectoralis major fast och hård, kontrakturerad, likaså extremitet-musklerne. Inga smärtor vid hvila eller tryck å musklerna, större passiva rörelser omöjliga på grund af kontraktur och uppstående smärtor, aktiva rörelser så godt som omöjliga öfveralt, äfven af hufvudet, som sjönk slapt framåt eller bakåt, då pat. sattes upp. Ögonmuskler dock normala, tuggning bra, tunga rördes bra, sväljning tämligen bra, pupillerna reagerade. Sensoriet fritt. Senreflexer försvunna, likaså bukreflexen. Den elektriska retbarheten upphäfd å extremiteterna, starkt nedsatt å händerna, normal i ansiktet. Mjälten ej förstörd. $38^{\circ},6$, puls 122, urin sparsam, mörk, rätt mycket ägghvita i densamma. En vecka därefter smärtor äfven i hvila i höger underarm, 2 dagar senare i båda underbenen under samtidig rodnad och starkare ansvällning jämte crampi i underbenen. Dagen därefter tal nasalt, starkare hosta, ödem äfven å händerna, och följande dag hyperestesi af huden och ömhet af musklerna vid tryck, häftig hufvudvärk; dagen därpå pares af gomseplet, regurgitering af föda genom näsan, stämman mycket svag, slutligen sväljning omöjlig, pnevmoni, plötslig död i kväfningsanfall 12 dagar efter inkomsten. Feber hela tiden, ehuru lindrig. *Sektionen* visade utbredd ödem, hjärta normalt, bronkopnevmoni, levern stor, mjälten stor, fast, högra njuren hydronefrotisk, hjärnen normal, mycket blodrik. Muskulatur gulblek, mycket fuktig, fläckvis mycket skör, ögonmuskler normala. Mikroskopiskt ej trikiner; bland oförändrade muskeltrådar talrika med vaxdegeneration, ingenstädes fettdegeneration, rundceller i perivaskulära bindväfen och uti den degenererade muskelsubstansen, ingenstädes i större mängd, muskelarterer normala. Äfven farynxmuskler lika förändrade, ehuru mindre, de perifera nerverna fullt normala, ryggmärg och hjärne samt inre organ normala.

5. UNVERRICHT: 24-årig man. Frisk tils för 14 dagar; plötsligen utan anledning dragande smärtor i armar och ben, som snart ökades. Vid inkomsten kraftig person med smärtor i extremiteterna och korset, ökade genom rörelser. Han hade svårt att resa sig på grund af smärta i ryggen, mindre smärtade extremitetrörelserna, kraften i dessa normal, inga parestesier. Efter 8 dagar uppstod lindrig ansvällning af extremiteterna och ansiktet, där ögonlocken svullnade, och samtidigt å dem och pannan urticaria med riklig svettning; urin mörk, sparsam, ej alb. Ansällningen ökades, följd af smärtor, stark tryck-ömhet uppstod af den ödematösa huden och musklerna; ledgångar fria. Senare blef äfven thorax öm för tryck och svettning uppträdde äfven här jämte serös genomdränkning af de mjuka delarna; utslaget i ansiktet försvann, men ansällningen ökades. $38^{\circ},5$. 3 veckor därefter smärtor vid sväljning, intet objektift i svalget, larynx öm för tryck, ödem å hals, sternocleidomastoidei ömma; de följande dagarna sväljningen allt svårare, andningen försvårad, thoraxmuskulaturen mycket öm, slutligen maten i vrångstrupen, stämman belagd; mjältaansvällning. Pat. afled 23 dagar efter inkomsten på grund af en pnevmoni. Lindrig feber hela tiden. *Sektionen* visade betydlig, hård ansvällning i

underhud och muskelväf å extremiteterna, ej å thorax eller buken, lindrig sådan i ansiktet, blåaktig färgning af ögonlocken och pannan med blåroda fläckar. Bronkopnevmomi. Hjärtat normalt. Hjärnen blek. Mjälten betydligt förstord, lefvern normal. Muskulaturen fläckig, än blek, genomskinlig, än mörkröd; dessa fläckar stodo än tätt än mera spridda; alla dessa muskler svälta, sköra, matta; mest finnes förändringen i extremiteternas sträckmuskler och en del af bålmuskulaturen, medan böjarna voro nästan normala. Pectoralis major delvis förändrad, pectoralis minor fri, deltoideus mycket förändrad, biceps förändrad endast vid senan, triceps fri, musc. psoas och sternocleidom. något förändrade, tunga, diafragma och ögonmuskler normala. Mikroskopiskt fans riklig rundcellsinfiltation i den interstitiela bindväfven, kärl utspända af blod, här och hvar blödningar, muskler i alla stadier af degeneration, omväxlande trådar med bibehållen och försvunnen tvärstrimmighet, vaxartad degeneration, parenkymatös degeneration, fettdegeneration. Nerver och ryggmärg normala.

6. JACOBY: 35-årig man. För 4 år sedan malaria, så pleurit och tyfoid. För 2 1/2 år sedan känsla af spänning i höger vad, som blef röd och skinande, mycket öm, lindrigt ödematös; ej var vid incision; läkning. Efter några veckor vänster vad likadan och samma process å nyo i höger vad; tillståndet varierade, än ena vaden än den andra bättre. Därpå högra låret och snart äfven det vänstra likadant, så böjsidorna af underarmarna och slutligen biceps. 2 1/2 år efter början konstaterades kakexi, ansikte, tunga och tal normala, vänster deltoideus och cucullaris förtjockade och ömma, likaså vänster biceps och alla böjare å underarmen. Samma i höger arm, ehuru mindre; vänster arm kändes hårdare än höger. Huden å armarnas böjsidor rodnad, mest å vänster; båda tenar ömma, ej svullna. Benen lika angripna, quadriceps och adduktorer förstordade och ömma, likaså gastrocnemius; fotmusklerna ej angripna, musklerna kändes fasta, men elastiska, senorna spända, rörelserna försvårade. Lindrigt ödem i huden öfver de angripna musklerna utan kvarstående fingertryck. Ömhet uteslutande af muskulaturen, nerverna fria. Elektriska retbarheten högggradigt nedsatt, ej EAR. Patellarreflexer svaga, sensibilitet normal, blåsa normal; musklernas mekaniska retbarhet ej ökad, inga fibrillära ryckningar, ej atrofi. Inre organ normala. Under de följande 14 dagarna än bättre än sämre, än kunde pat. gå, än måste han ligga. Därpå försämring, musklerna allt ömmare, svullnaden ökades. Vid undersökning 7 veckor efter inkomsten lefverciros, ascites. Stark svettning, stark smärta vid rörelser och tryck, musklerna starkt spända på grund af muskelförkortning; huden lifligt rodnad öfver alla angripna muskler, med små kapillära hemorragier. Utom förut nämnda muskler hade äfven gluteerna, ryggmusklerna, interkostalmusklerna och obl. ext. abd. angripits, hvarjämte utpräglad atrofi utbildats i quadriceps och vasti nedre del, medan m. rectus, adduktorer och glutei voro hypertroferade. Likaså hypertrofi af biceps och triceps å armarna, medan deltoidei och främre delen af cucullaris voro totalt atrofiska, i synnerhet v. De dorsala interossei och tenar atrofiska, höger tenar dock något svullen och öm. Slutligen

utbildades tuberkulos, svårighet att svälja tillstötte 3 veckor efter sista status, tungan blef öm och svullen och kunde ej sträckas ut, aktiva rörelser blefvo omöjliga, hufvudet kunde ej lyftas; endast fötterna voro fritt rörliga; ansikte och ögon alltid fria, sensorium fritt; pat. afled efter ytterligare 10 dagar. I exciderad muskelbit fans nybildad bindväf, dels myxomatös dels lucker, med fettkuler. Muskulaturens förändringar ej uniforma öfveralt; än voro muskeltrådarna homogena än vaxdegenererade, ofta i hela deras utsträckning. Muskelsubstansen skör; vakuoler. Kärnarna voro ökade, substansen ofta grumlig, sönderfallande, tvärstrimmigheten otydlig. Nerver normala, i några lindrig ökning af Schwannsku skidans kärnar.

7. FENOGLIO: Hos en pat. observerades smärtor, lätt atrofi i olika muskelgrupper, tidtals ödem. I excideradt stycke ur deltoideus fans mellan och i muskeltrådarna en inflammatorisk exsudation, vakuoler i muskelsubstansen och serös imbibition.

8. PLEHN: 22-årig man. Alltid frisk. Plötsligen illamående, hufvudvärk och svindel, häftiga smärtor i benen. Samma dag vid intagandet svåra smärtor i muskulatur, domning i benen, smärtor ökade af rörelser, stark dyspné, törst, 39,°5. Muskler toniskt kontraherade, händer och underarmar något cyanotiska, mjälten tydligt förstord, muskulatur öfveralt ytterst öm, nervstammar oömma. Följande dag händer och underarmar rodnade och lindrigt ödematösa, dagen därpå smärtor minskade, rodnad å armarna minskad, å bröst- och buk roseolafäckar, å läpparna herpes, mjälte ytterligare förstord. Följande dag smärtor och muskelömhet i det närmaste borta, dagen därpå roseolan borta, men i stället talrika, skifferfärgade fläckar å bål och lår (blödnigar); samma dag å nya smärtor och hufvudvärk, utan feber, musklerna å nya ömma; följande dag mjältdämpning minskad, smärtor å nya borta, småningom läkning, och pat. utskrefs frisk 10 dagar efter symptomens början.

9. LÖWENFELD: 50-årig man, brefbärare. Ej lues eller alkohol. För 2 år sedan myokardit under 4 veckor, efter 6 veckor recidiv, långsam rekonvalescens, sedan dess alltid trött. På sista tiden mycket ansträngande tjänst. Sjuknade med smärtor i vänster vad, efter 2 dagar så häftiga, att han måste intaga sängen; låg 11 dagar; vaden var ej svuld men mycket öm. Kunde därpå gå igen. 7 månader senare frysning kring handlederna och snart svullnade vänstra underarmen. 2 månader senare svullnade vänstra armbågsleden, och denna svullnad bredde småningom ut sig öfver biceps och triceps, så att öfverarmen blef kolossal; musklerna och huden där kändes mycket hårda. Uppmjukning öfver biceps efter några veckor, profpunktion gaf endast blod och serum. Efter 2 1/2 månad gick ansvällningen tillbaka, och pat. var frisk under 14 dagar. Därpå fick han å nya smärtor och ansvällning i höger underben med hårda och ömma muskler och ödematös hud, å hvilken syntes spridda, ljusröda fläckar, som småningom konfluerade. Därpå gick processen öfver på vänster lår, först å quadricepsområdet, så å nya å vänstra

underbenet, sist å högra låret; å alla ställena varade ansvällningen 3—4 veckor. Äfven ileopsoas angreps. Betydlig funktionsrubning på grund af smärtor, ingen paralyt. Interkurrent under hela denna tid led pat. af bronkiter och ryggsmärtor utan ansvällning; å högra armen uppstodo slutligen röda, ej konfluerande fläckar. 2 månader efter början af sista anfallet plötsligen hastig, oregelbunden puls, beklämning och andnöd utan objektiva förändringar af hjärtat under 2 veckor. Därpå häftiga smärtor å bröstets framsida utan ansvällning. Slutligen äfven svårighet att svälja, som dock småningom förbättrades, och smärtor å halsens utsida, i munnen och i recti abdominis utan ansvällning, samt slutligen i vänstra ansiktshalvan och pannan ett fläckigt rödt utslag. Under hela tiden riklig svettning, temperaturen längre tid 38—39°, urinen koncentrerad. Vid undersökning 21 månader efter början lidande utseende, å vänstra pannan och kinden bruna fläckar, ögonrörelser, ansikte, tunga, gomsegel normala. Stark spottflytning, armmuskler atrofiska, i synnerhet triceps och deltoideus, å bröstet likaså pect. major samt rygg- och skuldermuskler. Ingen tryckömhets å dessa muskler, men väl å öfre delen af rect. abdom. Samtliga armrörelser svaga. Benneskler atrofiska, slappa och oömma, mera lårens än underbenens. Sensibilitet normal, nerver oömma. Patellarreflexer kvar, den högra något svagare. Hudreflexer normala. Å armar och ben var hudfärgen fläckvis svada, och dessutom funnos röda, ej upphöjda fläckar med känsla af brud. Talet var matt och nasalt, ehuru bättre än förr, psyke normal, inre organ normala. 4 månader senare fläckar försvunna, i tungan obetydliga fibrillära ryckningar, sväljning bättre, livid färgning af handrygg. Atrofien af armmuskulaturen minskad, mest kvar i interossei, deltoideus och pectoralis, benneskler betydligt förbättrade, talet tydligare. En månad senare å nyo under feber smärtor och ömhet i vänster buksida med dålig matlust, stark svettning och stor svaghet; något senare äfven smärtor i högra bukhalfvan med ansvällning och förhårdnad af musklerna och 1 månad senare svåra smärtor i hela bukmuskulaturen jämte ömhet vid thoraxfästet. Slutligen efter ytterligare 1 månad svårighet att svälja ökad, och pat afled slutligen 16 månader efter de första symptomens uppträdande. Ingen sektion.

10. PRINZING: 50-årig man, frisk, då och då dock angina. För 4 månader å höger vad en blårod fläck med följande ansvällning af hela benet under häftiga smärtor. Svullnad borta efter 6 veckor, men då svullnad af vänstra låret, som blef blårodt; äfven denna försvann efter 6 veckor undantagandes en lindrig svullnad öfver vänster höft. Efter en tillstötande influensa smärtor i båda låren, mest det vänstra, som snart ökades, och utsidan af vänstra låret började å nyo svulla. Ödemet minskades dock snart, men i stället framträdde i nedre delen af vastus externus en förhårdnad. Snart utbildades en ny ansvällning af låret, och hårdnaden i muskulaturen spred sig uppåt, medan den längre ner gick tillbaka; under smärtor och feber gick processen genom hela vastus. Efter kort tid å högra lårets framsida en nedifrån uppåt vandrande hårdhet och ansvällning i m. sartorius; under denna tid utbildades samma process i v. rectus femoris och snart därpå i höger

triceps, utan att i dessa muskler spridas vidare. 38°, sömnlöshet, slutligen andnöd. Vid undersökning afmagring, fötter orörliga, håret föll af. Lindrigt emfysem, puls 120, mjälte ej förstora. Högra låret dubbelt så tjockt som det vänstra, huden blek, spänd, af ett hårdt ödem, ömhet å utsidan, ej å insidan för tryck, underben ej svälta, vänstra låret endast något nedom lig. Poupartii, dess nedre hälft afmagrad. Å högra öfverarmen sträckmusklerna ömma med en äggstor knöl. Öfver tum-metakarपालleden rödt erytem. Sensoriet något ömtöcknadt, urin ej alb., 38°,4. De följande dagarna hjärklappning, svåra smärtor i lår och korsrygg, där en yttlig decubitus, efter ytterligare några dagar en knöl i vänstra öfverarmens sträckmuskel och smärtsamt ödem kring högra armbågsleden samt knölig ansvällning i vänstra lårets adduktorer, dagen därpå ökad ödem å armen, mycket öm knöl i vänstra m. biceps ofvanför dess fäste, v. låret svullet och ömt längre ned, följande dag mjukt ödem till midt på högra underarmen, i vänster arm en knöl i triceps, högra låret mindre svullet, slutligen efter några dagar ödem af hela högra underarmen, hårdt, fast, ömt, och vänstra armen ödematös kring armbågsleden, underarmens böjare ömma. Patellarreflexerna försvunna. Ödemet å vänstra armen ökades småningom ner öfver underarmen, hudfärgen blef vaxblek, pat. måste matas. Ödemet var starkast i armbågstrakten, så att armarna voro spolförmiga. Detta ödem minskades något efter en kort tid, men hjärtat blef allt svagare, svårighet att svälja tillstötte, och pat. afled 4 3/4 månaders sjukdom. Talet och ögonmusklerna hade alltid varit normala. *Sektionen* visade hydrothorax, hjärtat brunt med skör muskulatur, mjälten obetydligt förstora. Musklerna å extremiteterna förändrade, bröst och bukmuskler makroskopiskt normala. De förändrade musklerna voro seröst genomdränkta, blekröda eller blekgula, något fastare, men sköra, med utbredda blödningar af oregelbunden form och af äldre datum. Mikroskopiskt funnos ännu många tvärstrimmiga trådar. Å tvärsnittet muskeltrådarna skilda af mellanrum, fyllda af koagulerad fibrin, bindväfven var bredare utan tydliga kärnar. I de grofva muskeltrådarna vakuoler, otydlig tvärstrimmighet, i vakuolerna ofta kulor och rester af sönderfallen muskelsubstans samt röda blodkroppar, delvis äfven degeneration. Grupper af smalare muskeltrådar visade tydligare tvärstrimmigheten. Nervtrådar och kärl voro normala; inga mikroorganismer.

11. UNVERRICHT: 39-årig kvinna. Alltid frisk. För 8 dagar sedan ansvällning af benen och intensiv klåda jämte utslag. 3 dagar senare hufvudvärk, kväljning, kräkning, feber. Ansvällningen steg småningom upp öfver buk och bröst och snart äfven här utslag. Lindriga smärtor i benen både spontana och vid gående, likaså i korset. Gravid i 8:de månaden. Vid inkomsten kraftig, ansiktet öfver proc. zygomaticus rodnadt och svält, ödem å underben, hud där, i synnerhet å framsidan, glänsande röd, spänd och varm. Lår äfven svullna, i synnerhet öfver adduktörerna, huden å deras framsida skroflig och varm; intet utslag å benen. Lindrig ömhet vid tryck. Å buk och bröst urticaria, armar fria. Ögon-

och ansiktsmuskler normala. Sensibilitet normal utom hyperalgesi och ömhet vid tryck, interkostalmuskler ömma. Ingen dyspné, musklernas kraft ej nedsatt, alla rörelser fria, utan smärtor. Inre organ normala, mjälte ej förstörd. Urin fri från albumin. Temperatur normal. Följande dag ansiktet mera svåldt, urticarian tydligare, dagen därpå ansiktsödemet högggradigt, klåda mycket svår och urticaria nu äfven å armarna, dagen därpå klådan mindre, ansiktsödemet minskadt; de följande dagarna gingo alla symptomen tillbaka, ansiktshuden fjällade. Elektrisk undersökning tilläts ej af pat. 5 1/2 månader efter början konstaterades fortfarande lindriga smärtor i fötter, händer och rygg, ansiktet ej svullet, vänster kind, temporalis, masseter något ömma för tryck, isynnerhet å vänster sida, möjligen något atrofiska. Öfverarmens muskler något ömma, mindre underarmarnas. Ej sällan myrkryppning i händerna. Bålmskler äfven ömma, vänster infraspinatus något atrofisk. Å lår endast adduktorer ömma, å underben lindrig ömhet af vador. Hud öfveralt oförändrad, intet ödem.

12. BOECK: 21-årig man. Hade 8 dagar före intagandet för en-gonorré ingnidit underlifvet och ljumskarna med kopaiva, men ej tagit medlet invärtes. Kort tid därefter uppträdde våldsamma smärtor i korsryggen och låren, när han gick. Vid undersökning kolossal mängd kopaiva i urinen jämte ringa mängd alb., 6 dagar därefter stomatit, 5 dagar senare albumin borta; efter ytterligare 5 dagar konstaterades, då pat. altjämt klagade öfver styfhet i benen vid försök att gå, följande: Armarna ödematösa, isynnerhet den vänstra; ödemet sträckte sig från skuldran till en handsbredd ofvanför handleden, muskulaturen i dessa delar fast, men ej öm, armarnas rörlighet inskränkt; å halsen en svullnad af sternocleidomastoidei, som voro förtjockade och något ömma, likaså pectoralis major, i synnerhet den vänstra; låren något ödematösa, underbenen ej svullna. Den farad. retbarheten nedsatt, deltoideus reagerade ej. Temp. högst 38°. Efter 6 dagar förbättring af ben och m. pectorales samt sternocleidomastoidei men armarna nu ömma; elektriska retbarheten af de förra ökad, under de följande äfven af vänstra armens muskler. 5 dagar senare tydlig svaghet af m. ileopsoas och bukmuskler och efter ytterligare 2 dagar svullnad i ansiktet, särskildt underläppen och kinderna, jämte ökad sådan i armarna; så utvecklades successift efter 3 dagar smärta vid tuggningen och sväljningen, ödem af ryggmusklerna, efter 4 dagar svårighet att svälja, efter 5 dagar tydligt subkutant ödem å armarna; patellarreflexen försvann. Därefter vidtog en kontinuerlig förbättring, så att 9 veckor efter insjuknandet ingen ansvällning af musklerna kunde påvisas, ömheten var försvunnen liksom ödemet, och den elektriska retbarheten var ökad, men först efter ytterligare tvänne veckor kunde tydlig patellarreflex framkallas. Mjälten ej svullen någonsin.

13. STRÜMPELL: 70-årig man. Pat. hade 2:ne gånger haft erysipelas, eljest varit frisk. Sjuknade 5 veckor före intagandet med kväljningar, kräkningar, hufvudvärk och allmän mattighet; 8 dagar senare uppträdde häftiga smärtor i armar och ben, i synnerhet i ledgångarna,

så att han måste lägga sig jämte erysipelatös rodnad af ansiktet, snart följda af ansvällning af i synnerhet armarna samt af ansiktet, alt under häftig hufvudvärk och stark feber. Efter 2 veckor minskades ansvällningen af ansiktet, men i stället uppträdde smärtor vid tuggning, sväljning och tal, munnens slemhinna inflammerades, och stark spottflytning instälde sig. Vid intagandet medelkraftig patient med fritt sensorium. Ansiktet mörkt rodnadt med lätt fjällning, men ej svullet utom å underläppen, häftig allmän stomatit, tungan svullen och svår att röra, sväljning mycket smärtsam, andningen påskyndad, mjälte och lever ej förstörade, urin utan albumin. Armarne voro från armbågstrakten svullna till ner öfver midten af underarmen, medan öfverarmar och händer voro fria, huden öfver de svullna delarna något rodnad; öfveralt stark tryckömhet, passiva rörelser smärtsamma, aktift endast fingrar bra rörliga. Å benen fans intet ödem, men de voro öfveralt ömma och smärtade vid passiva rörelser; patellarreflexerna vore otydliga. Sensibilitet normal. Den elektriska retbarheten tycktes vara något nedsatt. Stark ömhet vid tryck äfven å nervstammarna. Bronkit, obetydlig feber. Slutligen fick pat. maten i vrångstrupen, extremiteterna blefvo förlamade, tydlig ptosis utbildades, och bulbsrörelserna blefvo inskränkta, den elektriska retbarheten af musklerna försvann, och pat. afled 8 dagar efter intagandet. *Sektionen* visade lindrig tuberkulos i högra lungspetsen, lobulär pnevmoni i nedre loberna, lindrig mjältansvällning. Muskulerna makroskopiskt något blekare än normalt, men mikroskopiskt syntes blandade om hvarandra några få friska muskeltrådar och sådana, i hvilka tvärstrimmigheten försvunnit och ersatts af kornig grumling, som ej visade sig utgöras af fett; därjämte funnos hyalina, breda, vaxdegenerade trådar, kapillärerna voro utvidgade och fyllda af blod. Starkaste förändringarna träffades i deltoidei och öfverarmens muskler, å underarmarna voro sträckmuskulerna minst angripna, å benen gastrocnemii; ingenstädes anträffades normal muskulatur, äfven ögonmusklerna, tungan och farynx visade samma förändringar. Å snittpreparat anträffades dessutom tydlig vakuolbildning, en ökning af muskelkärnarna och talrika härdar af interstitiel myosit. Ryggmärgen var normal.

14. SENATOR: 50-årig man, frisk med undantag af upprepade bronkiter till 1885, då en diabetes utbildades. I början af 1891 smärtor först i högra, därefter i vänstra underbenet, som försvårade gåendet, underbenets muskler blefvo mycket ömma för tryck; hud, leder och nerver normala, ingen feber. De närmaste dagarna blefvo äfven lår-muskulerna ömma, feber tillstötte, snart blefvo äfven öfverarmen, thorax och sist underarmarna ömma. Å olika delar af huden öfver dessa muskler utbildades blåroda fläckar, dels diffusa dels cirkumskript (erythema contusiforme); andningen blef till följd af smärtan försvårad, febern fick tyfös karakter, tungan blef torr, sensoriet omtöcknadt. Slutligen pnevmoni. Mjältansvällning kunde ej konstateras på grund af ömhetsen, urinen innehöll spår af albumin. 5 % socker. Efter 14 dagar tillståndet oförändradt, ben och armar hårda och svullna, något mindre ömma. Död följande dag. Sektion nekades, men ett stycke ur biceps uttogs. Fläckvis fans under huden serös-varig vätska, intet var i biceps,

som var blekare än normalt och visade en betydlig interstitiel myosit med fläckvis hopade rundceller. Den interfibrillära bindväfven var ödematöst utvidgad, på tvärsnitt funnos mellan muskeltrådarna ljusa, runda luckor, omgifna af rundceller, i deras inre ett fint trådnät (koagulerad fibrin). På några få ställen extravaseradt blod. Tvärstrimmigheten var bibehållen, ingen degeneration af muskelsubstansen; kärlen voro starkt fyllda. Inga mikrokocker, nervstammar normala.

15. SENATOR: 40-årig kraftig man. Frisk, tils han efter förändring af skadade krafter började lida af mattighet, dålig matlust, sömnlöshet samt smärtor i rygg med styfhet i leder, gången blef besvärad liksom hvarje muskelansträngning. Symptomen ökades de följande 2—3 veckorna, då pat. vid undersökning befans vara feberfri, men lida af gastriska rubbningar och vaga smärtor i extremiteterna. Följande dag puls 90, syn- och hörselhallucinationer, häftiga smärtor i högra benet, i synnerhet i knätrakten. 4 dagar senare urin ägghvitehaltig, följande dag feber, smärtor i höger underarm, stark svettning samt oformlig ansvällning af de högra extremiteterna, 3 dagar senare erysipelas liknande rodnad å samma extremiteter, en tjock, öm sträng kunde palperas från det rodnade stället till armbågs- resp. knäleden. Följande dag ökning af rodnaden och svullnaden, de vänstra extremiteterna endast obetydligt svullna; bål och diafragmatrakt blefvo mycket ömma med försvårad andning, stark meteorism, smärtor vid sväljning; dagen därpå utbildad akut nefrit och följande dag puls 120, smärtor vid talande. Efter ytterligare 3 dagar ökad svullnad af de vänstra extremiteterna, tilltagande från periferien mot centrum, efter vidare 3 dagar minskades svullnaden å höger sida, men ökades å vänstra, och smärtor uppträdde i käklederna; dagen därpå försvann hudrodnaden, sedan minskades svullnaden i samma ordning den utbildats; spontana envisa smärtor kvarstodo i vänster sida, musklerna fortfarande ömma. Slutligen lindrig domning i högra tummen, och efter ett bad, 1 månad efter intagandet, klåda och urticaria. Sedan feberfri och slö, ehuru ännu någon tryckömhet och tyngdkänsla kvarstodo.

16. LEVY: 25-årig kvinna. Sjuknade med hosta, mattighet och aptitlöshet samt bronkit utan feber. Efter 1 vecka mycket medtagen, smärtor i fötterna, som blefvo något svullna, följande dag roseolaliknande exantem å båda underbenen jämte feber. Efter 14 dagar blefvo smärtorna häftigare och uppträdde å andra ställen, lifliga sådana i munnen och vid sväljning, munslemhinnan och tonsiller visade talrika ytliga ulcerationer, som dock läktes efter några dagar, då smärtorna försvunno. I stället uppträdde smärtor i bukmusklerna, bålen och skulderna jämte betydlig nattsvett, medan exantemet bleknade. Hastigt utvecklades en kolossal fast ansvällning af de smärtande delarna, i högra bukhalfvan kändes en fast, öm svulst. Den sjuka kunde ej röra sig; inre organ normala. Följande vecka ansvällning af ansiktet, i synnerhet ögonlocken och några dagar senare ömhet och ansvällning af vänster pectoralis major. Därpå under 8 dagar förbättring af smärtor och svullnad, men snart ökades dessa igen, och i synnerhet svälde höger

arm från skuldra till handens midt; alla rörelser ytterst smärtsamma, mindre i vänster arm, hufvud och hals fria, slutligen äfven båda benen från tår till ljumske, högra armen från fingertoppar till clavicula, vänstra armen i skuldertrakten och vänstra handryggen svullna; ryggen förblef fri. Under den följande månaden försvunno ödemerna i det närmaste och kvarstodo endast i utbredningsområdet för högra n. ulnaris och vänstra n. radialis å händerna, samt å fotlederna; allmänna tillståndet blef godt, men pat. svettades ännu mycket. Ungefär 4 månader från början uppstod så plötsligt en purpura å underbenen och fötterna och fortfor under ständigt växling af fläckarna under tvänne månader. 14 dagar efter detta utslags början blef pat. feberfri men klagade öfver domning i de nyss nämnda fingrarna, och efter ytterligare 14 dagar konstaterades utpräglad atrofi af högra hypotenar och vänstra tenar med partiel EAR, sensibiliteten något nedsatt å vänstra hålhanden motsvarande 4:de fingret; ständiga smärtor i de omnämnda fingrarna. Ännu 2 år efteråt var tillståndet oförändradt med tidtals uppträdande smärtor i de atrofiska delarna, smärtor, som först efter ytterligare 2 år tyckas hafva försvunnit.

17. LEVY: 65-årig kvinna, moder till förra pat. Hon började ungefär 1 1/2 månad efter dotterns insjuknande lida af dragande smärtor i benen; efter 1 vecka tillstötte vadvkramp, och å vänstra vaden syntes en rodnad ansvällning, omgifven af en akneartad process under lindrig feber. Denna rodnad försvann snart, och pat. blef feberfri; men 10 dagar senare fick hon häftiga smärtor i lefvertrakten, buk- och betäckningarna där blefvo ytterst ömma; förstoppning. 4 dagar senare kollaps, delirier, betydlig feber, buken mycket öm, och följande dag å utsidan af högra låret en utpräglad purpura och ansvällning af benets alla mjukdelar, skarpt begränsad mot omgifningen; samma dag purpura öfver alt å kroppen, vänstra benet svulladt, öfriga kroppsdelar ej svullna; slemhinnor fria. Svullnaden kändes hård och var mycket öm. Småningom bleknade purpura, men svullnaden å högra låret bredde ut sig längs utsidan till foten. Efter 1 vecka allmänna tillståndet rätt godt, men efter ytterligare 1 vecka och efter förutgångna kväljningar plötsligen blodig urin och svåra kräkningar; benen svullnade därpå altmera. Efter 3 veckor småningom förbättring, purpura försvann, efter ytterligare 1 månad var all svullnad nästan försvunnen, men ännu 4 månader senare konstaterades lindrig svullnad af vadorna med ömhet. Efter ytterligare 4 månader pat. fullt kry. Aldrig mjälttumör.

18. LEVY: 70-årig man, man till förra pat., fick 1 vecka efter hennes insjuknande ett storfläckigt purpurautslag å benen utan smärtor, som försvann efter 8 dagar utan alla komplikationer, och förblef sedan frisk.

19. LEVY: 50-årig kvinna, kraftig, fet. Fick efter ett fall häftiga smärtor i högra malleolen med svullnad. Under gipsförband försvunno symptomen i det närmaste. 3 veckor senare häftiga smärtor i högra sidan af buken upp öfver refbenskanten; de nedre refbenen ömma,

följande dag där gnidningsljud, och dagen därpå kändes bukbetäckningarna fasta och styfva. En vecka senare gnidningsljud borta, men höger fot svullen utan feber, 2 dagar senare smärtor i högra benet och efter ytterligare 2 dagar hela högra benet ofornligt svullet från höften till malleolen, mindre å foten; hela benet kändes fast och huden var spänd. Under de följande månaderna oregelbunden feber. En vecka efter högra benet svullnade äfven det vänstra på samma sätt. Kvarstående grop efter fingertryck endast å fötterna, som voro minst svullna; inga svåra smärtor; å båda underbenen framträdde något upphöjda, blåaktiga ringar motsvarande strumpbandsfårorna. Svullnaden utbredde sig upp öfver buken. Högra benet fritt rörligt, vänstra benet smärtade häftigt i knä- och höftleden vid rörelser. Tidvis häftiga svettutbrott. Efter 3 veckor blef svullnaden i höger vad mjukare, därpå äfven å låren, ehuru den ytterligare tilltagit, och småningom ökades mjukheten; efter något mer än $\frac{1}{2}$ år kunde pat. gå omkring, men ännu 1 år efter insjuknandet voro benen något svullna. Spår af äggvita fans till en början på grund af en blåskatarr; febern försvann efter de 2 första månaderna.

20. HERZ: 19-årig kvinna. Frisk förut, sjuknade plötsligen i angina tonsillaris, följande dag smärtor i vänstra benet, som svullnade och rodnade dagen därpå. Följande dag vid inkomsten konstaterades hos den svagt byggda pat. angina, ansvällning af mjukdelarna å vänstra benet jämte cirkumskript ansvällning bakom vänstra malleolus internus längs förloppet af senan för m. tibialis post. Stark ömhet af alla benets muskler och smärtor vid aktiva och passiva rörelser; musklerna kändes fasta och svälda. Å vänstra benet 3 rodnade hudpartier: en flathandstor å vänstra lårets insida, skarpt begränsad, ett 15 cm. långt å underbenet, ett tredje mindre öfver ofvan nämnda sena; huden är här lindrigt ödematös, mycket öm och varm. I höger ben endast lindrig tryckömhet å vaden. Mjälte ej förstord. Inga mikrokokker i med punkturspruta aspirerad väfnadsaft. Efter 1 dag feberfri och frisk efter 10 dagar.

21. HERZ: 20-årig kvinna. Sedan några dagar smärtor i ben och vänstersidigt håll. Vid inkomsten kraftigt bygd, $38^{\circ},7$, inre organ normala, mjälte normal. Båda underben å framsidan erytematösa, å höger från underbenets midt till fotled, samt å fotryggen öfver senan för m. extensor hallucis, å vänster från handsbredd nedom patella till något ofvan fotleden. Huden här ödematös, öm för tryck och varm. Vadmuskler svullna utan ödem å huden, fasta, ömma, vid rörelser ej smärta men vid ansträngning. Vänstra ledgångarna normala, högra talokruralleden något sväld och smärtande vid rörelser. Efter 2 dagar feberfri, efter ytterligare 3 dagar nya smärtor, sedan man slutat med salic. natr., nytt erytem å vänstra fotryggen samt rodnad å högra underarmens sträcksida, hvars muskler blefvo ömma men ej voro svälda. Processen varierade under 3 veckor, men därefter försvunno symptomen utom lindrig ömhet å vadorna. Inga mikrokokker i aspirerad väfnadsaft.

22. BUSS: 22-årig man. Frisk tills han plötsligen sjuknade med vadsmärter och smärtsam ansvällning af högra låret. Följande dag höger handled och underarm svullna. Detta ödem ökades under de följande dagarna. Vid inkomsten 5 dagar efter början konstaterades hos den kraftiga patienten fritt sensorium, diffus degig ansvällning å högra lårets fram- och utsida samt å högra underarmen till handen. Dessa delar ömmade för tryck, mest vid tryck å musklerna, lederna fria, smärter vid passiva rörelser. Fläckig rodnad å de svullna delarna, morbilliliknande; liknande å bröst och buk. Halssmärter och lindrig angina. Lindrig svettning. Följande dag smärter i vänstra öfverarmen, armbågstrakten och i vänster lår, ansiktet, i synnerhet ögonlocken, något sväldt. Dagen därpå blodig afföring, höger handled mindre sväld, diffus ansvällning af vänster öfverarm och armbåge och följande dag hela vänstra armen sväld till handen, mest sträcksida, mest öfverarmen. Huden i densamma varm och diffust rodnad, degig; börjande ansvällning af vänster lår. Ny blodig afföring. Följande dag ökad smärta och ansvällning å vänster lår, utgjutning i vänstra knäleden, hjärtverksamhet hastig vid normal temperatur, urin normal. Dagen därpå svullnad äfven af vänster underben och ömhet, nya halssmärter. Efter 2 dagar smärter i högra örat och tinningtrakten, hela vänstra benet svullet, 37°,9, smärter i munnen och hjärtklappning, dagen därpå minskad svullnad af vänster arm och ben, gulröda märken efter blödningar å öfverarmen, dagen därpå 128 pulsslåg, 37°,1, stomatit, 3 dagar senare svår stomatit men under de följande 10 dagarna förbättring och 1 vecka senare konstaterades lindrig njältförstoring. Frisk efter 6 veckors sjukdom.

23. SCHULTZE: 3-årig gosse. För 6 månader småningom oförmåga att gå och stå, händer användbara men svagare, kunde ej resa sig i sängen, hufvudet kunde ej höjas; genast i början svullnad af ansikte och fötter; sedan någon tid kliande utslag å armar och ben, smärter vid tryck å dem, ringa afnagring. Vid intagningen atrofisk muskulatur, å hela huden torrt fjällande ekzem, intet ödem, inre organ normala. Kan ej resa sig, hufvudet faller slapt bakåt, inskränkt aktiv rörlighet af underben och fötter. Starkare passiva rörelser smärta, gående och stående omöjliga; leder fria, patellarreflexer finnas. Efter 1 vecka ekzemet ökad, starkt ödem å händer och fötter, urin ägghvitefri. Huden å ansiktet förtjockad, fast, ögonlock rodnade. Efter 5 veckor försvann ekzemet, efter några månader ödemet å händer och fötter. Småningom äfven förbättring af rörelserna, sist återkom förmågan att stå. Elektriska retbarheten nedsatt å benen, normal å armar och ansikte. I excideradt muskelstycke ur vänstra musc. gastrocnemius konstaterades en begränsad interstitiel cell- och kärnproliferation, muskeltrådarna smalare, mestadels normala, enstaka vakuoler, någon gång korniga. Ungefär 21 månader efter sjukdomens början konstaterades utpräglad allmän muskelatrofi, intet ödem, gående och stående omöjliga, alla muskler dock aktift rörliga, lindrig kontraktur af vadmuskler och af böjare å låren. Elektriska retbarheten normal, patellarreflexer normala, ögon normala, sensibilitet normal.

Literatur.

1. C. BOECK. Et tilfælde af Polymyositis acuta med Udgang i Helbredelse. Norsk Mag. for Lægevidensk., 1891, s. 931.
2. BUSS. Ein Fall von acuter Dermatomyositis. Deutsche med. Wochenschr., 1894, s. 788.
3. DÉBOVE. Note sur un cas d'atrophie musculaire protopathique. Le Progrès méd., 1878, s. 856.
4. EICHHORST. Neuritis acuta progressiva. Virch. Arch., bd 69, s. 265.
5. EISENLOHR. Idiopatische subacute Muskellähmung und Atrophie. Centralbl. f. Nervenheilk., 1879, s. 100.
6. FENOGLIO. Deutsche med. Wochenschr., 1888, n:r 48.
7. FRAENKEL. Ueber eigenartig verlaufene septico-pyämische Erkrankungen nebst Bemerkungen über acute Dermatomyositis. Deutsche med. Wochenschr., 1894, n:r 9—11.
8. FÜCKEL. Ein Fall von Dermatomyositis acuta. Korresp. d. allg. ärztl. Vereins v. Thüringen, 1892, n:r 3.
9. GIESS. Myositis chronica. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie XI, s. 161.
10. GLUZINSKI. Przegląd lekarski, 1889, n:r 12.
11. GREENHOW. A case of acute muscular atrophy, Lancet, 1873, I, s. 665.
12. HEPP. Ueber Pseudotrīchinose, eine besondere Form von acuter parenchymatöser Polymyositis. Berl. klin. Wochenschr., 1887, s. 297.
13. — — Ueber einen Fall von acuter parenchymatöser Myositis, welche Geschwülste bildete und Fluctuation vortäuschte, s. st. 1887, s. 389.
14. HERZ. Ueber gutartige Fälle von Dermatomyositis acuta. Deutsche med. Wochenschr., 1894, s. 790.
15. JACOBY. Subacute progressive Polymyositis. The Journ. of nervous and ment. disease, 1888, s. 697.
16. KISSEL. Ein Fall von Polymyositis progressiva multiplex bei einem Kinde von 1 Jahre 7 Monaten Wratsch, 1893, n:r 32.
17. KUSSMAUL u. MAIER. Ueber eine bisher nicht beschriebene eigenthümliche Arterienkrankung (Periarteritis nodosa), die mit morbus Brightii und rapid fortschreitender allgemeiner Muskellähmung einhergeht. Deutsch. Arch. f. klin. Med., I, s. 484.
18. LEVY. Zur Lehre von der primären acuten Polymyositis. Berl. klin. Wochenschr., 1893, s. 420.

19. LÖWENFELD. Ueber einen Fall von Polymyositis acuta, Münch. med. Wochenschr., 1890, s. 531.
20. MARCHAND. Breslau. ärztl. Zeitschr., 1880, s. 246.
21. PFEIFFER. Beiträge zur Kenntniss der pathogenen Gregarinen. Zeitschr. f. Hygiene, 1888, bd IV.
22. PLEHN. Ein neuer Fall von Polymyositis acuta mit Ausgang in Heilung. Deutsche med. Wochenschr., 1889, s. 227.
23. POTAIN. Morve chronique de forme anormale. L'Union medic. 1876, s. 269.
24. PRINZING. Ein Fall von Polymyositis acuta hæmorrhagica. Münch. med. Wochenschr., 1890, s. 846.
25. ROVARE. Poliomyosito suppurativa in individuo diabetico. Rif. med. 1894, n:r 155. Ref. i Centralbl. f. innere Med., 1895, s. 71.
26. SCHULTZE. Ein Fall von »Dermatomyositis chronica« mit Ausgang in Muskelatrophie bei einem 3-jährigen Knaben. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., VI, s. 245.
27. SCHULZ. Sclerodermie, Morbus Addisonii und Muskelatrophie. Neurol. Centralbl., 1889, s. 345.
28. SCRIBA. Beitrag zur Aetiologie der Myositis acuta. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg, bd XXII.
29. SENATOR. Ueber multiple Neuritis und Myositis. Deutsche med. Wochenschr., 1888, n:r 23.
— — Ueber acute and subacute multiple Neuritis und Myositis. Zeitschr. f. klin. Med., XV, s. 61.
30. — — Ueber acute Polymyositis und Neuromyositis. Deutsche med. Wochenschr., 1893, s. 933.
31. STRAUSS. Jaccoud Dictionnaire XXIII, s. 362, anf. efter WAGNER.
32. STRÜMPELL. Zur Kenntniss der primären acuten Polymyositis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., I, s. 479.
33. TRZEBINSKI. Przegląd lekarski 1889, n:r 18.
34. UNVERRICHT. Ueber eine eigenthümliche Form von akuter Muskelentzündung mit einem der Trichinose ähnelndem Krankheitsbilde. Münch. med. Wochenschr. 1887, s. 488.
— — Polymyositis acuta progressiva, Zeitschr. f. klin. Medic., XII, s. 533.
35. — — Dermatomyositis acuta. Deutsche med. Wochenschr., 1891, s. 41.
36. — — Artikel Polymyositis acuta. Eulenburgs Realencyclopädie. Ergänzungsband V.
37. VIRCHOW. Ueber parenchymatöse Entzündung. Virch. Arch., bd IV.
38. WAGNER. Fall einer seltenen Muskelkrankheit. Archiv. d. Heilkunde 1863, IV, s. 282.
39. — — Ein Fall von acuter Polymyositis. Deutsche Arch. f. klin. Med., XL, s. 241.
40. WALDEYER. Ueber die Veränderungen der willkürlichen Muskeln bei der Entzündung und dem Typhusprocess sowie über die

- Regeneration derselben nach Substanzdefekten. Virch. Arch.,
bd 34.
41. WÄTZOLDT. Beitrag zur Lehre von der Polymyositis acuta.
Zeitschr. f. klin. Med., XXII.
42. ZENKER. Ueber die Veränderungen der willkürlichen Muskeln im
Typhus abdominalis. Leipzig 1864.



**Forekomsten af Bændelorme hos Mennesket
i Danmark.**

Beretning om 100 nye Tilfælde.

Af

Professor, Dr. med. H. KRABBE

i København.

Siden jeg i 1887 i nærværende Tidsskrift (Bd 19, Nr 12) gav en Meddelelse om 300 Tilfælde af Bændelorme hos Mennesket i Danmark, har jeg efterhånden fået samlet 100 nye Tilfælde, om hvilke der i nedenstående Tabel gives nærmere Beretning, idet jeg bringer min forbindligste Tak til de ærede Kolleger, som have tilsendt mig Ormene med tilhørende Oplysninger.

Tænia saginata (mediocanellata).

Löbenummer.	P a t i e n t e n s				Anvendte Midler.	Ormens Længde (Cm.).	Indsenderens Navn.	Når afdreven.	Anmærkninger.
	Køn.	Stand.	Alder.	Fødested.					
1	Mandkøn	Født udenfor Ägte- skab	2	Langeland	Langeland	—	RÖSE	1893	—
2	»	—	4	Köbenhavn	Köbenhavn	—	F. TRIER	1887	—
3	»	—	11	»	»	Extr. æth. rhiz. Fil. 500	»	1890	Hovedet medfulgte.
4	»	Søn af en Lygtelånder	»	»	»	»	»	»	»
5	»	Søn af et Bud	13	»	»	»	H. KRABBE	»	»
6	»	Søn af en Grosserer	»	»	»	»	MYGGE	1893	Hovedet medfulgte.
7	»	Stud. artium	16	»	»	»	HALK	1888	—
8	»	—	17	—	Sjælland	»	A. MÖLLER	1893	Hovedet medfulgte.
9	»	Student	18	Daumark	Köbenhavn	»	F. TRIER	1888	—
10	»	Stud. med. et chir.	20	Jylland	»	»	»	»	Hovedet medfulgte.
11	»	Slagtersvend	»	—	Sjælland	Cort. rad. Gran.	A. MÖLLER	1892	—
12	»	Sagførerfuldmægtig	22	Fyn	Köbenhavn	Extr. æth. rhiz. Fil. 780	J. KJER	1894	Hovedet medfulgte.
13	»	Forgylttersvend	23	Köbenhavn	»	»	F. TRIER	1888	»
14	»	Sagførerfuldmægtig	»	Fyn	»	»	MYGGE	1892	»
15	»	Slagtersvend	24	Köbenhavn	»	Cort. rad. Gran.	G. LARSEN	1889	—
16	»	Hovmester	25	Möen	»	Extr. æth. rhiz. Fil. 820	F. TRIER	1890	Hovedet medfulgte.

Löbenummer.	P a t i e n t e n s					Anvendte Midler.	Ormens Længde (Cm.).	Indsenderens Navn.	Når afdreven.	Anmærkninger.
	Kön.	Stand.	Alder.	Fødested.	Opholdssted.					
42	Kvindekön.	Tjänestepige	17	Köbenhavn	Köbenhavn	Extr. æth. rhiz. Fil.	840	F. TRIER	1889	Hovedet medfulgte.
43	›	›	19	Sjælland	›	—	—	›	1888	›
44	›	›	20	Jylland.	›	Extr. æth. rhiz. Fil.	—	›	1890	›
45	›	›	›	—	Sjælland	›	500	DITLEVSEN	1892	›
46	›	Fröken	›	Fyn	Köbenhavn	›	—	MYGGE	1895	›
47	›	Butiksjomfru	22	Köbenhavn	›	›	710	F. TRIER	1890	›
48	›	G. m. en Arbejder ved Porcellänsfabrik	›	›	›	›	980	V. BENDZ	1893	›
49	›	Tjänestepige	›	Sverrig	›	›	—	MYGGE	1895	›
50	›	›	23	Köbenhavn	›	—	620	F. TRIER	1887	—
51	›	Fröken	›	—	›	Extr. æth. rhiz. Fil.	—	HOFF	1890	—
52	›	Tjänestepige	›	Sverrig	›	›	420	MYGGE	1895	Hovedet medfulgte.
53	›	Husbestyrende, ugift	24	Lolland	›	—	280	F. TRIER	1888	—
54	›	G. m. en Slagter- stvend	›	—	›	Cort. rad. Gran.	—	DUURLOO	1891	Hovedet medfulgte.
55	›	G. m. en Sædker	25	Jylland	›	Extr. æth. rhiz. Fil.	620	H. KRABBE	1888	›
56	›	G. m. en Arbejds- mand	›	Sjælland	›	›	220	F. TRIER	1889	›
57	›	Tjänestepige	›	Fyu	›	›	540	›	›	›
58	›	›	›	Köbenhavn	›	›	310	›	›	—

59	G. m. en Farver	Fyn			650		1890	Hovedet medfulgte.
60	Tjæneste pige	Jylland			560		1888	—
61	Gift	Langeland			420	RÖSE	1892	—
62	Fröken	Köbenhavn			—	HALK	1888	Hovedet medfulgte.
63	Gift	Danmark			490	H. MYGGE	1892	—
64	Kokkepige				250	N. GRAM	1894	—
65	Tjæneste pige	Köbenhavn			—	F. TRIER	1890	—
66	—	Jylland			190	H. KJÆR	1891	—
67	G. m. en Skrædder- svend	—	Cort. rad. Gran.		—	J. TRIER	1887	—
68	G. m. en Bødker- svend	Sjælland	Extr. æth. rhiz. Fil.		—	MYGGE	1894	Hovedet medfulgte.
69	G. m. en Smed	Köbenhavn			740	F. TRIER	1888	—
70	G. m. en Sömiue- arbejder	Jylland			—	HALK	1890	—
71	Tjæneste pige	Danmark			490	STILHOFF	1894	—
72	G. m. en Skovfoged	Tyskland	Pilule c. Tæn.		—	THAL JANT- ZEN	1891	Hovedet medfulgte.
73	G. m. en Tilskürer	Sverrig	—		—	HALK	—	—
74	G. m. en Brandmand	Jylland	Extr. æth. rhiz. Fil.		—		1889	Hovedet medfulgte.
75	G. m. en Sædker	Danmark			430	DITLEVSEN	1888	—
76	Cigararbejderske	Sverrig			—	MYGGE	1893	Hovedet medfulgte.
77	G. m. en Detalj- handler	Sjælland			270	F. TRIER	1887	—
78	G. m. en Proprietär	Danmark			400	A. MÖLLER	1894	—
79	Gift	Köbenhavn			—	HALK	1888	Hovedet medfulgte.
80	G. m. en Vognmand	Sjælland			—		1895	—

Löbenummer.	P a t i e n t e n s			Anvendte Midler.	Ormens Længde (Cm.).	Indsenderens Navn.	Når afdreven.	Anmærkninger.
	Køn.	Stand.	Alder.					
81	Kvindékön	G. m. en Smed	45	Fyn	Fyn	THAL JANTZEN	1893	Hovedet medfulgte.
82	»	Kokkepige	47	Sjælland	Köbenhavn	F. TRIER	1888	»
83	»	Tjänestepige	48	Köbenhavn	»	N. GRAM	1894	—
84	»	G. m. en Gårdmand	49	Langeland	Langeland	RÖSE	1892	—
85	»	Husholderske, ngift	50	»	»	»	1895	—
86	»	Enke efter en Viktualiehandler	53	—	Köbenhavn	HALK	1894	Hovedet medfulgte.
87	»	G. m. en Boghandler	59	Ärö	Ärö	KROMANN	1895	»
88	»	Pige	—	—	Jylland	H. JÖRGENSEN	1887	—
89	»	G. m. en Bogholder	—	Köbenhavn	Köbenhavn	F. TRIER	1890	Hovedet medfulgte.

Tænia cucumerina (elliptica).

1	Mandkön	—	$\frac{3}{12}$	Jylland	Jylland	C. GAD	1890	—
2	»	Sön af en Kusk	$\frac{4}{12}$	Köbenhavn	Köbenhavn	H. BERG	1893	—
3	Kvindékön	—	4	—	»	HIERSCH-SPRUNG	1889	—

4	—	Barn af en Skomager	omtr. 4/12	Sjælland	Sjælland	—	DITLEVSEN	1886	—
5	—	—	7/12	—	København	—	O. STORCH	1891	—
6	—	Barn af en Arbejds- mand	11/12	Fyn	Fyn	—	THAL JANT- ZEN	1894	3 Orme.
Bothriocephalus latus.									
1	Mandkøn	Matros	—	Finland	København	Extr. æth. rhiz. Fil.	REISZ	1887	Hovedet medfulgte.
2	Kvindkøn	Bonne	20	Tyskland	„	„	MYGGE	1895	4 Orme, alle med Hoved. Pat. har været i Finland.
3	„	G. m. en Skipper	33	Finland	„	„	HOWITZ	1890	—
4	„	Tjæneste pige	48	København	„	„	S. PAULLI	1894	—
5	„	G. m. en Fabrikant	50	Danmark	Sjælland	„	BRODERSEN	1887	Hovedet medfulgte. Pat. har i 1886 og 1887 været i Svejtø.

Sammenstilles oven anførte 100 Tilfælde af Bændelorme med de 300, som tidligere ere meddelte, efter de Tidsperioder, i hvilke de ere forekomne, bliver Resultatet følgende:

Tab. I.

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latns.
För 1869	37	53	1	9
1869—80	67	19	4	11 ¹⁾
1880—87	86	5	4	5
1887—95	89	—	6	5
Tilsammen 279		77	15	30

Fordelingen af Tilfældene i og udenfor Köbenhavn, for så vidt angår T. saginata og T. solium, var følgende:

Tab. II.

	T. saginata.		T. solium.	
	i Kbhvn.	Udenfor Kbhvn.	i Kbhvn.	Udenfor Kbhvn.
För 1869	14	16	16	27
1869—80	44	23	13	6
1880—87	70	15	5	—
1887—95	72	17	—	—
Tilsammen 200		71	34	33

Efter Patienternes Kön, for så vidt der foreligger Oplysning derom, vare de enkelte Arter af Bændelorme således fordelte:

Tab. III.

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latns.
Mandkøn	97	17	8	4
Kvindekøn	175	37	3	26
Tilsammen 272		54	11	30

På de forskellige Aldersklasser vare Tilfældene således fordelte:

¹⁾ Hos en Patient forekom samtidig T. solium og Bothr. latns.

Tab. IV.

	T. saginata.	T. solium.	T. cucumerina.	Bothr. latus.
Under 1 År	—	—	14	—
Fra 1 til 10 År	13	7	1	—
> 10 > 20 >	26	5	—	—
> 20 > 30 >	114	15	—	11
> 30 > 40 >	58	15	—	7
> 40 > 50 >	29	4	—	6
> 50 > 60 >	20	2	—	1
> 60 > 70 >	5	—	—	2
Tilsammen	265	48	15	27

Hos de to Køn vare T. saginata og T. solium efter Aldersklasserne fordelte således:

Tab. V.

	T. saginata.		T. solium.	
	Mandkøn.	Kvindekøn.	Mandkøn.	Kvindekøn.
Fra 1 til 10 År	7	6	4	3
> 10 > 20 >	13	13	2	4
> 20 > 30 >	35	79	2	12
> 30 > 40 >	28	29	5	9
> 40 > 50 >	7	22	—	4
> 50 > 60 >	4	16	2	2
> 60 > 70 >	2	3	—	—
Tilsammen	96	168	15	34

Som det vil ses af ovenstående Tab. I, er den siden 1869 stedfundne Aftagen i Hyppighed af T. solium vedbleven, så at der endog efter 1887 ikke forekom et eneste Tilfælde deraf, og Tab. II viser, at dette gælder så vel i som udenfor Köbenhavn.¹⁾ Skönt det foreliggende Materiale ikke giver nogen Oplysning om, hvor hyppig Bændelorme forekomme hos Befolkningen, kan der dog ikke være Tvivl om, at T. solium er bleven sjældnere, hvorimod det ikke kan afgøres, om T. saginata samtidig er bleven hyppigere. Også andensteds har man iagttaget den samme Forandring i Forekomsten af T. solium

¹⁾ Af de sidste 100 Tilfælde af Bændelorm ere 79 behandlede i Köbenhavn og deraf 43 på Kommunehospitalets 3dje Afdeling, nemlig (indtil 1892) 33 af Prof. F. TRIEB og (efter 1892) 10 af Dr. MYGGE.

og fundet den naturlige Forklaring heraf deri, at Frygten for Trikinerne har medført en større Forsigtighed lige over for Svineköd, medens dette ikke har været Tilfældet med Hensyn til Oxeköd, hvis Tinter tilmed have været mindre almindelig bekendte og mindre påagtede. Det omtales således af C. VOGT¹⁾ 1878, at *T. solium* i de senere År var bleven sjældnere i Genf. af LEUCKART²⁾ 1886 i Leipzig og andensteds i Tyskland, og af F. C. KLÆR³⁾ 1889 i Norge.

Det er i så Henseende af Interesse at se, hvilke Resultater Ködbesigtigelsen har givet med Hensyn til Forekomsten af Tinter hos Svinet og hos Oxen.

Dyrlägerne ved Köbenhavns offentlige Slagtehus have derom godhedsfuldt meddelt følgende Oplysninger: Af Tinter hos Svinet er der siden 1 Januar 1888 ved Besigtigelsen på Slagtehusene af 1 344 296 slagtede Svin kun fundet ét Tilfælde, nemlig i Foråret 1894, da et dansk fra Sjælland tilført slagtet Svin viste sig i overordentlig høj Grad befångt med Tinter, et Bevis for, at *T. solium* hos Mennesket dog endnu forekommer her i Landet, om end sjældent.

Skönt det allerede for mere end 30 År siden var blevet experimentelt påvist, at Äggene af *T. saginata* udvikle sig til Tinter hos Oxen, var det dog i en længere Årrække sjældent, at man, bortset fra Fodringsforsøg, fandt Tinter i Oxeköd. Men efter at man ved det offentlige Slagtehus i Berlin for omtrent 8 År siden var bleven opmærksom på, at Tinterne, når de vare tilstede, fortrinsvis forekom i Tyggemusklerne, indførte Slagtehusets Direktör HERTWIG en regelmæssig Undersøgelse af den indvendige Vingemuskel (*m. pterygoideus internus*) hos det slagtede Kvæg, og det har efter den Tid vist sig, at Oxetinter ingenlunde forekomme så ganske sjældent. En sådan Undersøgelse er også bleven indført ved Köbenhavns offentlige Slagtehus, og Antallet af de Kvæghöveder, som siden 1890 dersteds ere fundne befångte med Tinter, har været følgende:

¹⁾ C. VOGT: Die Herkunft der Eingeweidewürmer des Menschen. Basel, Genf, Lyon 1878, S. 16.

²⁾ R. LEUCKART: Die Parasiten des Menschen, Bd 1, Abth. 1, Aufl. 2. Leipzig u. Heidelberg 1879—86, S. 670.

³⁾ F. C. KLÆR: Bändelorm hos Mennesker i Norge. I Tidsskrift for praktisk Medicin. Kristiania 1889.

1890:	15	af	29 629	slagtede	Stkr.	Kvæg,
1891:	18	»	28 897	»	»	»
1892:	33	»	31 766	»	»	»
1893:	51	»	41 950	»	»	»
1894:	133	»	37 078	»	»	»
1895:	95	»	33 961	»	»	»

Der er dog ingen Grund til at antage, at den stærke Stigen af Tallene i Årene 1890—94 skulde betegne en tiltagende Hyppighed af Tintens Forekomst. Om den mulig hidrører fra, at Undersøgerne efterhånden have opnået større Övelse i at finde Tinterne, eller om den beror på andre Årsager, må stå hen. For övrigt vare Tinterne meget hyppig döde og i en mere eller mindre oplöst Tilstand og for så vidt uskadelige; kun i omtrent $\frac{1}{4}$ af Tilfældene vare de friske og levende.

Da de med Tinter befængte Dyrs Köd bliver kasseret som Menneskeføde, når der blot findes en eneste levende Tinte eller de, når de ere döde, findes i større Antal, tör det antages, at Ködkontrollen vil bidrage til, at Oxetinten og dens Bändelorm, *T. saginata*, hos Mennesket efterhånden vil blive sjældnere.

Af Tab. III fremgår det, at Oxetintens og Svinetintens Bändelorm forekom omtrent dobbelt så hyppig hos Kvindeskönnet som hos Mandeskönnet, en naturlig Fölge af, at det fortrinnsvis er Kvinderne, som ved Madlavningen ere udsatte for Infektionen ved at sysle med det rå Köd. *Bothriocephalus latus* forekom endog meget hyppigere hos Kvinder, og den samme Forklaring må også gælde her, da man nu véd, at Infektionen sker på lignende Måde ved rå Fisk (Gedder o. a. Ferskvandsfisk). Af de 5 siden 1887 iagttagne Tilfælde af *B. latus* er der kun et, hvor Infektionen må have fundet Sted her i Landet, nemlig hos en Tjänestepige i Köbenhavn, der aldrig havde väret udenfor Danmark; hun havde for övrigt heller aldrig väret i Egnen ved Sorö, hvor tidligere flere Tilfælde af denne Bändelorm ere iagttagne. Af *T. cucumerina* foreligger der for få Tilfælde, i hvilke der haves Oplysning om Patientens Kön, til at deraf kan drages nogen Slutning; men da den nästen kun forekommer hos Pattebörn og Infektionen sker fra parasitiske Insekter hos Hunden (og formodentlig også Katten), er der ingen Grund til at antage, at Können skulde afgive nogen særlig Disposition.

Tab. IV viser, at *T. saginata*, *T. solium* og *Bothr. latus* forekom hyppigst i Aldersklasserne mellem 20 og 40 År, isär

mellem 20 og 30 År. Navnlig viser *T. saginata*, hvoraf det største Antal Tilfælde foreligger, en regelmæssig Tiltagen mod 20—30 Års Alderen og derefter igen en stadig Nedgang. I det første Leveår og efter det 70de År ere ingen Tilfælde iagttagne. I Modsætning hertil forekommer *T. cucumerina* netop fortrinsvis i det første År; kun ét Tilfælde iagttoges hos et 4-årigt Pigebarn, meddelt af Prof. HIRSCHSPRUNG 1889.

Af Tab. V fremgår det, at den overvejende Hyppighed af *T. saginata* og *T. solium* hos Kvindekønnet først fremtrådte efter det 20de År. Af *Bothr. latus* iagttoges intet Tilfælde før denne Alder; men dette kan ikke forundre, da Patienternes Antal ikke er ret stort og de fleste have pådrage sig Bændelormen i Udlandet.

Medens der af *T. solium* ikke sjældn forekom flere (indtil 10) Exemplarer hos samme Individ, iagttoges dette aldrig ved *T. saginata*. *T. cucumerina*, der hos Hunden ikke sjældn findes i stort Antal, endog i hundredevis, forekom også hos Börnene oftere i flere end ét Exemplar. Af *Bothr. latus* var der oftere flere (indtil 14) Exemplarer hos samme Patient.

Den største forefundne Længde var af *T. saginata* 980 Cm., *T. solium* 400 Cm., *Bothr. latus* 980 Cm. *T. cucumerina*, der hos Hunden og Katten sædvanlig har en Længde af 20—30 Cm., erholdtes fra Börnene som oftest kun i Brudstykker.

Det Middel, som i de senere År hyppigst har været anvendt ved Behandlingen, er extr. æth. rhiz. Fil. På Kommunehospitalets 3dje Afdeling anvendtes det i Årene 1880—87 38 Gange, og i 24 af disse Tilfælde fandtes Hovedet afgået; efter 1887 har Resultatet været endnu gunstigere, idet Hovedet fandtes afgået i 33 af 42 således behandlede Tilfælde.

Nordisk medicinsk litteratur från 1896.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: J. W. HULTKRANTZ: Om svenskarnes kroppslängd. — MORDHORST: Bidrag til Urinsyrens Kemi.

J. V. HULTKRANTZ: **Om svenskarnes kroppslängd.** Ymer, 1896, s. 5.

Förf. har sökt statistiskt bearbeta det material, som under de senare åren samlats i vårt land, för att därur framdraga en så vidt möjligt korrekt siffra för svenskarnes kroppslängd samt att undersöka, om några olikheter i längden kunna spåras inom olika trakter af landet.

Det material, som stått till förf:s förfogande, har utgjorts af de tabellariska uppgifter öfver värnpliktiges längd, som från 1887 till 1894 insändts till landtförsvarsdepartementets kommandoexpedition från vårt lands 31 inskrifningsområden, och hvaruti upptagas samtliga vid mönstringarna inställda värnpliktige. Tabellerna omfatta öfver 230,000 21-åringar. Uti siffrorna ingå samtliga inskrifningsområden i proportion till sin befolkning. Lapparne ingå åter ej, och med stöd af befintliga statistiska uppgifter har förf. sökt att med tillräcklig noggrannhet beräkna inverkan af den felkälla, som införts därigenom, att af hit hörande åldersklass ett ej obetydligt antal män af något större medellängd redan varit anställda vid armén.

Det aritmetiska medeltal för kroppslängden, som framgått ur detta material är 1,6951 meter, och med tillägg af GOULDS siffra af 10 mm. för approximativ beräkning af den, för skandinaver gällande tillväxten från 21 år till den tidpunkt, då längdtillväxten upphör, får förf. siffran 1,7051 såsom uttryck i meter för fullvuxna svenskars medellängd. Det af ARBO påpekade förhållandet, att svenskars medellängd jämnt tilltagit från 1841—70, har föranledt förf. att för beräkningar af dylik art använda sitt material, och har han funnit, att medellängden 1894 var omkr. $\frac{1}{2}$ cm. större än år 1887.

Euligt den skala, som följes inom antropologien, däri som storväxta räknas de individer, som hålla en längd af 1,70 m. och däröfver, som småväxta åter de som understiga 1,62 m. och som medelstora de med mellanliggande mått, är nära halfva antalet (49,6 %) af Sveriges 21-åringar stora, endast $\frac{1}{10}$ (10,4 %) små. Sveriges resligaste befolkning återfinnes i Gefleborgs, Jämtlands och Vesternorrlands län samt i

och omkring Stockholm och Göteborg. De mest småväxte finnas å ena sidan i nordligaste Sverige, Norrbotten och Vesterbotten, å andra sidan i sydligaste och sydöstra delen af riket längs kusten upp till Östergötland samt i östra Vestmanland, västra Uppland jämte södra Dalarne. Jämförelsevis långa äro männen i Upland och Södermanland samt Värmland, Bohuslän och Elfsborgs län. Uti Dalarne, Halland och det inre af Småland är kroppslängden relativt liten. Gottlänningarne höra till de storväxte.

Förf. har äfven funnit en viss öfverensstämmelse råda mellan de funna värdena för kroppslängden och vissa uppgifter i vårt lands militära samt befolkningsstatistik, såsom kassationsprocenten vid beväringmönstringarna, nativitet, procenttalet dödfödda samt barnadödligheten, gående därpå ut att större medellängd skulle kunna tänkas vara uttryck af större fysisk kraft hos befolkningen.

Till slut går förf. in på frågan, huruvida någon förklaring kan gifvas på denna funna olikhet i längd hos befolkningen inom olika trakter af Sverige. Uti de yttre lefnadsomständigheterna har man förgäfvats att söka tillfredsställande förklaring, åter uti rena etnologiska moment har man bättre förklaringsgrunder. Så ser han uti den fortgående inblandningen och sammansmältningen med relativt kortväxta stammar i nordligaste Sverige en ganska plausibel orsak till den här rådande låga kroppslängden. Hvad södra och mellersta Sverige angår, tänker han sig förklaringen till det här rådande lägre medelvärdet uti möjligheten af en rasblandning redan från förhistorisk tid, en blandning af tvänne eller flere element, som på olika trakter i olika proportion bibehållit sig till våra dagar.

Uti texten framställles grafiskt den proportion, hvari de olika längderna af samtliga uppmätta personer äro representerade m. m.

Alb. Lindström.

MORDHORST: **Bidrag til Urinsyrens Kemi.** Hospitals-Tidende, R. 4, Bd 3, S. 305 og 329.

Indeholder dels Polemik med E. PFEIFFER, dels Betragtninger over Urinsyrens Kemi, der ikke give noget væsentligt Bidrag til dennes Forståelse og på forskellige Punkter ere meget dunkle, og ender, som Forf:s øvrige Publikationer, med Anbefaling af det under hans Ägide fabrikerede »Wiesbadener Gichtwasser».

F. Levison.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

SCHMIEGELOW: Bidrag til Dövstumhedens patologiske Anatomi. — JACOBÆUS: Om Forandringer i Rygmarven og dens Hinder ved tuberkuløs meningitis. — K. PETRÉN: Bidrag till kännedomen om ryggmärgsförändringar vid pernicios anemi.

SCHMIEGELOW: **Bidrag til Dövstumhedens patologiske Anatomi.** Ugeskrift f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 560. Med Diskussion. Det københavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 53.

Ved Undersøgelsen af et Par Tindingeben af en 20-årig dövstum Pige fandtes Endeapparatet af ramus cochlearis fra Gangliecellerne og ud til det Cortiske Organ degenereret. Basalvindingen af scala tympani og en mindre Del af scala vestibuli var udfyldt med en Bindevævsmasse; ingen Atrofi af N. acusticus. — Forf. mener, at Lidelsen er postfötal, opstået efter cerebrospinalmeningitis.

Dr. MYGIND antager det for sandsynligt, at Betændelsen har forplantet sig gennem aquæductus vestibuli.

S. Borch.

JACOBÆUS: **Om Forandringer i Rygmarven og dens Hinder ved tuberkuløs meningitis.** Det københavnske medic. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 65.

I et Tilfælde af meningitis tuberculosa cerebrospinalis fandtes Exsudatet betydeligst i pars lumbalis, og der var her en Del Svind af Nervetrådene i medulla. I pars cervicalis var Exsudatet mindre rigeligt, men Forandringerne i Rygmarven stærkest fremtrædende, idet der her fandtes en perifer Zone, hvor overhovedet ingen marvholdige Nerve-tråde vare bevarede, medens de i den centrale Del vare velbevarede, ligesom også Cellerne i Forhornene og de derværende fine Nervenät vare intakte. Ringe Grad af Hydromyeli.

S. Borch.

K. PETRÉN: **Bidrag till kännedomen om ryggmärgsförändringar vid pernicios anemi.** Med 2 taflor. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 7.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 10, s. 3.

SCHMIEGELOW: **Bidrag til Patogenesen af den så kaldte sorte Tunge.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 529. Det københavnske medic. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 55.

Forf. har i to typiske Tilfælde af »sort Tunge» isoleret tre kromogene Svampe: *Trichosporum chartaceum*, *Oospora ruberrima*, *Hormodendron cladosporoides*; antager, at Lidelsen sandsynligvis er af parasitär Natur.

S. Borch.

Speciel patologi och terapi: OTTO G. WETTERSTRAND: Om behandling af kronisk morfin-, opium-, kokain- och kloralintoxikation med hypnos och suggestion. — P. D. KOCH: Et Tilfælde af Epilepsi, behandlet med Trepanation. — KNUD FABER: De anæmiske Tilstande og Behandlingen af disse efter deres Natur. — FLÖYSTRUP: Vore sædvanlige akute Infektionssygdommes Komplikationer, Følgesygdomme og disses Patogenese. — F. LEVISON: Om Depressionstilstandes Forhold til Urinsyre. — AXEL ULRIK: Kontagiøse Tilfælde af epidemisk Gulsot. — CARL OTTO: Lidt om erysipelas laryngis. — N. KULNEFF: Primär septikæmi och s. k. cellig pneumoni. — JOHAN A. ANDERSSON: Ett fall af myxødem, behandladt med »thyreoidea tabletter».

OTTO G. WETTERSTRAND: **Om behandling af kronisk morfin-, opium-, kokain- och kloralintoxikation med hypnos och suggestion.** Hygiea 1896, I, s. 363.

Förf. har sedan 1887 behandlat 51 fall af ofvan nämnda intoxicationssjukdomar. Af dessa hafva 41 fall varit morfinism, af hvilka 3 recidiverat, 5 afbröto behandlingen och 2 affidit; de återstående 31 äro fortfarande friska. Endast 3 hade använt morfinet invärtes, de öfriga subkutant. Morfinism och alkoholism förekom i ett fall, som botades; morfinism och kokainism i 3 fall, af hvilka 1 afled, 1 afbröt behandlingen, 1 blef frisk; kokainism enbart förekom i ett fall, som blef botadt; opium invärtes hade missbrukats i 4 fall, af hvilka 1 fick recidiv, 3 botades; kloralism förekom i ett fall, som blef friskt. Dessutom meddelas 3 fall, hos hvilka morfinbegäret fans, men de kommo så tidigt under behandling, att såväl detta begär kunde undertryckas som de sjukliga symptomen kunde botas, resp. lindras.

Edgren.

P. D. KOCH: **Et Tilfælde af Epilepsi, behandlet med Trepanation.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 385.

En 35-årig, gift Kvinde fik, da hun var omtr. 10 År gammel, et alvorligt trauma af Hovedet, hvorefter hun var rask til sit 14de År, da hun begyndte at lide af Krampeanfald. Efter hendes Giftermaal i hendes 24de År og en Fødsel Året efter bleve disse Anfald hyppigere og stærkere, og der udviklede sig en tiltagende Sløvhed, som gjorde hende fuldkommen arbejdsudygtig. Der var tillige en let Svækkelse af venstre Hånd. Krampeanfaldene vare uden nogen bestemt Type. Den anvendte Behandling havde intet nyttet. Ved Undersøgelsen fandtes en Depression i Kraniet af godt 2 Cm:s Udstrækning, som var beliggende 13 Cm. over Spidsen af h. proc. mast. og lige ved Midten af en Linie fra Näseroden til protuberantia occipitalis. Da Forsøg med Brombehandling ikke havde nogen som helst Virkning, fjærnedes det deprimerede Parti ved Trepanation (Dr. JENS SCHOU); men så vel Indsiden af det deprimerede Parti som Hjernens Hinder og den underliggende Del af denne selv viste sig normale. Heller ikke ved Punktur i Hjernens Substans fandtes noget abnormt. Såret helede reaktionsløst.

Krampeanfaldene vare derefter lige så hyppige som før, men mindre hæftige, og Sløvheden aftog ganske betydeligt. I de følgende fire Måneder aftog Anfaldene overordentligt i Hyppighed (indtil $\frac{1}{20}$ af, hvad det var før Operationen), og Bedringen af den åndelige Tilstand har holdt sig.

I Tilslutning til dette Tilfælde har Forf. samlet 9 andre fra den skandinaviske Literatur. Af disse er 1 helbredet, måske 2; 3 ere bedrede, Resten upåvirkede af Operationen. Med Hensyn til Indikationerne for Trepanationen udtaler Forf. herefter sin Overensstemmelse med EULENBURG, som i Modsætning til andre Forfattere hævder, at Spørgsmålet om Operation må afgøres for hvert enkelt Tilfælde efter en grundig Prøvelse af alle foreliggende Omständigheder og uden Hensyn til, om Epilepsien er »traumatisk» eller »partiell». I de fleste Tilfælde vil det kun ved Operationen være muligt at afgøre, om der findes palpable Forandringer af Kraniet eller Hjærnen, som kunne antages at være Årsag til Epilepsien og ved deres Fjernelse muligt bevirke dennes Helbredelse. Selv hvor dette ikke er Tilfældet, ser man undertiden, som hos Forf:s Patient, en gunstig Virkning af Operationen.

P. D. Koch.

KNUD FABER: De anämiske Tilstande og Behandlingen af disse efter deres Natur. Konkurrenceafhandling. København 1896.

Konkurrenceafhandling, skreven og trykt i 28 Dage; behandler de anämiske Tilstande fra moderne Synspunkter.

F. Levison.

FLÖYSTRUP: Vore sædvanlige akute Infektionssygdommes Komplikationer, Følgesygdomme og disses Patogenese. Konkurrenceafhandling. København 1896.

Konkurrenceafhandling skreven og trykt på 28 Dage; behandler Spørgsmålet væsentlig fra klinisk Standpunkt.

F. Levison.

F. LEVISON: Om Depressionstilstandes Forhold til Urinsyre. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 353.

I Anledning af C. LANGES tidligere refererede »Periodiske Depressionstilstande» hævder LEVISON, at der ikke er ført noget Bevis for, at et Overskud af Urinsyre i Blodet fremkalder Depression. Han viser ved at anføre Forsøg på Dyr og Mennesker, der ere udførte af KÜHN-NAU, UMBER, WEINTRAUD, EBSTEIN og NICOLAIER, at Urinsyren ikke har nogen toksisk Virkning, og at man experimentelt kan fremkalde en meget betydelig Hyperproduktion af Urinsyre eller indføre Urinsyre i Opløsning eller Opslemning i Blodet, uden at der herved fremkaldes nogen Forandring af Almenbefindendet. Også Klinikerne have i de senere År i stedse større Antal forladt Teorien om Urinsyrens toksiske Virkning, og med særligt Hensyn på Depressionstilstande er det kun HAIG og F. LANGE, som har adopteret C. LANGES Opfattelse af denne. HAIG tillægger imidlertid Urinsyren så mange og så ubeviste Egenskaber, at hans Tilslutning ikke afgiver nogen Støtte, og F. LANGES

smukt beskrevne Tilfælde lade sig ikke godt forklare som en Avto-intoxikation, men må efter LEVISONs Mening forklares ved en Reflex fra de ved Urinsyreudfældning irriterede Nyre, da Lidelsen hævedes ved få Dages Behandling med alkaliske Midler på samme Måde, som man kan se Reflexneuralgier fra Nyreerne svinde ved lignende Behandling.

Medens LEVISON således stiller sig afvisende lige over for Teorien om, at den i Blodet cirkulerende Urinsyre kan indvirke på Centralnervesystemet og fremkalde abnorm Funktion af dette, har han iagttaget adskillige Tilfælde, i hvilke Udfældning af Grus i Nyreerne ledsagedes af udpræget depressive Tilstande. Han meddeler 4 Sygehistorier: de 2 angå voxne, de 2 Børn i 8 og 9 Års Alderen. Karakteristisk for alle Tilfældene er, at der utvivlsomt var Udfældning af Urinsyrekrystaller i Nyreerne tilstede, og at den derved fremkaldte Nyreirritation havde givet Aaledning til andre Nervesymptomer foruden Depressionen, samt at Behandlingen med alkaliske Midler virkede lige så prompt og sikkert mod Depressionen som mod de andre Symptomer. Et af Børnene led således af pavor nocturnus, som hævedes ved Behandlingen, men gentagne Gange atter indfandt sig, når Behandlingen hørte op.

F. Levison.

AXEL ULRIK: Kontagiöse Tilfælde af epidemisk Gulsot. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 265.

Forf. beretter 3 Tilfælde af kontagiøs icterus hos Småpiger, 7, 8 og 10 År gamle. Symptomerne vare hos dem alle Appetitløshed, Kvalme, Brækning, Feber og, når Feberen aftog, icterus, der kun vedvarede få Dage. To af Børnene havde besøgt samme Skoleklasse, det tredje havde haft dagligt Samkvem med det først angrebne Barn; blandt de voxne Medlemmer af de 3 Familjer angrebes ingen.

Forf. omtaler, at små Epidemier af kontagiøs icterus ikke ere sjældne i Danmark og findes omtalte i hvert Års Medicinalberetning; som oftest ere Tilfældene lette; men svære Tilfælde og endog uvæntede Dødsfald kunne af og til optræde.

F. Levison.

CARL OTTO: Lidt om erysipelas laryngis. Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 7, S. 200.

En 37-årig Mand indlagdes på Kommunehospitalet med stærke laryngostenotiske Tilfælde; efter Trakeotomi kortvarig Bedring, idet Respirationen blev fri; Feberen steg atter højt, Temp. blev 41,2, og Døden indtrådte efter gentagne Attaker af kloniske Kramper. Ved Sektionen fandtes ødematøs Infiltration på plicæ aryepiglotticæ, strækende sig ud i sinus pyriformis og ned på bageste Farynxvæg. Affektionen strakte sig ud i Muskulaturen, der var infiltreret med grålig, plumret Væske og i hvilken fandtes enkelte hampefrøstore Abscesshuler, fyldte med tykt, gult pus. Brusken overalt uskadet. Pusset indeholdt Stafylokokker men ingen Streptokokker.

Forf. tyder den beskrevne Lidelse som erysipelas laryngis og knytter til denne Sygehistorie en Fremstilling af denne Affektions Patogenese, Symptomatologi og Behandling.

F. Levison.

N. KULNEFF: **Primär septikemi och s. k. cellig pnevmoni.** Hygiea 1896, I, s. 278.

Forf. redogör för tvänne fall, hvilka benämnas primär septikemi. I det ena fallet, som slutade dödligt, varade sjukdomsförloppet omkring 9 månader, börjande med dyspepsi och obstipation, därefter enteritis membranacea, reumatoid värk, oregelbunden feber, status tyfosus, tecken på inflammatorisk process i vänstra lungan, pustulösa hudaffektioner, tromber m. m. I sputa och urin påträffades massor af stafylokokker och streptokocker, tarmkanalens slemhinna antages vara ingångsporten. Det andra fallet var betydligt lindrigare, gick till hälsa, ingen tydlig lokalisering i lungorna, bakterieinvandringen hade troligen skett genom bronkialslemhinnan. Vidare meddelas ett tredje fall, som äfven från början företedde bilden af en allmän infektion af streptokocker och stafylokokker, men intoxikationssymptomen voro långt mindre framträdande, och lokaliseringen i högra lungan beherskade den kliniska bilden, så att allmäntillståndet blef bättre eller sämre, alt efter som pnevmonien förbättrades eller försämrades; fallet kan därför betecknas såsom en cellig pnevmoni, komplicerad med pleurit.

Edgren.

JOHAN A. ANDERSSON: **Ett fall af myxödem, behandladt med "thyreoidea tabletter".** Hygiea 1896, I, s. 303.

En utförlig sjukdomshistoria öfver ett fall af myxödem, beträffande en 46-årig kvinna, meddelas. Behandlingen med thyreoideapreparatet Burrroughs, Wellcome & Co Tabloids visade sig synnerligen gynsam.

Edgren.

Kirurgi och oftalmiatrik: KR. POULSEN: Otitisk Temporalabsces. Resectio cranii. Helbredelse. — OSCAR BLOCH: Om spasmodisk torticollis, särskilt om dens Behandling med Operation på nervus accessorius Willisii. I Anledning af 2 Tilfælde, behandlede med Sträckning og Excision af nervus accessorius Willisii m. m. — V. MICHELSEN: Trakeotomiage. — D. FISCHER: Om hernia lineæ albæ och de s. k. preperitoneala lipomerna. — A. BERGSTRAND: Fall af njureysta; laparotomi, hälsa. — O. BLOCH: Et Tilfælde af Amputation af Nyren med Bemärkninger om Konservatisme ved forskellige Operationer på Nyren i kurativt Öje-med. — TH. R.: Hvilke Abscesser åbne sig fortrinsvis gennem umbilicus, og ad hvilke Veje tilføres Pusset? — KR. POULSEN: Et Tilfælde af periostitis tuberositatis tibiæ (Fodboldläsion). — H. MAAG: Et Tilfælde af periostitis tuberositatis tibiæ. — CAMILLUS NYROPS Etablissement: Instrumentväsen.

KR. POULSEN: Otitisk Temporalabsces. Resectio cranii. Helbredelse.
Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 229.

52-årig Mand, der i mange År har lidt af Udflod fra højre Öre. I Avgust 1895 intens Hovedpine; der udviklede sig en højresidig Facialispares; han blev svimmel, fik Opkastninger. Der kom Ömhed og Svulst på Udsiden af proc. mast., hvorfor d. $13/9$ resectio proc. mast.; Benvävet osteosklerotisk, Cellerne pusfyldte; Kraniet åbnes opadtil, hvorved udtømmes en Epiduralabsces, der lå over tegmen tympani. Der expecteres herefter i en 5 Ugers Tid; Forløbet var vexlende; snart havde han det dårligere, snart bedre; der var ingen Feber, snarere var Temp. noget subnormal, Puls mellem 50 og 70, en enkelt Gang 48; man formoder en Temporalabsces; men der er ingen Fokalsymptomer; flere Gange er et operativt Indgreb projekteret; men da der indtræder Bedring, afstås derfra. Hvad der dog sluttelig bevirker en Indskriden, er den oftalmologiske Undersøgelse. Allerede d. $1/10$ er der let Andydning af Stasepapil; denne bliver efterhånden mere og mere udtalt, og da der d. $19/10$ konstateres Blødninger i retina, udskræbes det 50-örestore Sår d. $20/10$, den misfarvede dura spaltes; ingen Hjärnepulsation. En Stilet föres i forskellige Retninger med negativt Resultat; derefter indföres en spids Kniv i 2 Cm:s Dybde först fortill og nedad, så lige ind; men först i Retningen opad og bagtil åbnes for en Temporalabsces (4—5 Spiseskef. pus); et Drän indlägges, det tilstoppes dog efter nogle Dages Forløb og kan ikke indföres på ny; der kommer Retentionssymptomer, hvorfor Kniven på ny indföres i den angivne Retning, 2 Teskefulde pus fjärnes; atter Drän, der ligesom sidst tilstoppes; Kniven söger efter pus, men bevirker kun en större Blödning, hvorfor Jodoformtamponade. Herefter er Forløbet godt. Pat. udskreves fuldständig helbredet; Öjenundersögelsen var da normal, Facialisparesen svunden. Cikatricen var god og fast, der sås ingen Hjärnepulsation. Han har senere befundet sig vel. (Sidste Undersögelse d. $4/2$ 96.)

Kr. Poulsen.

OSCAR BLOCH: **Om spasmodisk torticollis, särskilt om dens Behandling med Operation på nervus accessorius Willisii. I Anledning af 2 Tilfælde, behandlede med Strækning og Excision af nervus accessorius Willisii m. m.** Nord. med. arkiv, 1896, N:r 6.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 10, S. 1.

V. MICHELSEN: **Trakeotomihage.** Hospitalstidende, R. 4, Bd 4, S. 303.

Beskrivelse af en stump Trakeotomihage.

Kr. Poulsen.

D. FISCHER: **Om hernia lineæ albæ och de s. k. preperitoneala lipomerna.** Eira 1896, s. 238.

Uppsatsen återger ett föredrag, som hållits vid Sydöstra Sveriges läkare- och apotekareförenings sammanträde d. 12 april 1896. Förf. börjar med en redogörelse för orsakerna till den s. k. gastralgien eller kardialgien. Bland dessa orsaker spela också ofvan nämnda patolog. anatomiska förändringar en icke alldeles oviktig rol. Efter att ha meddelat 3 sjukhistorier redogör förf. för symptom, diagnos och behandling. Även om rent operativa åtgärder — såsom mest radikala — ge de största utsikterna för fullständig bot, framhålles hurusom äfven palliativa — bandagebehandling — medföra god inverkan, och i en del fall kunna få obehagen att alldeles försvinna.

F. Åkerman.

A. BERGSTRAND: **Fall af njurecysta; laparotomi, hälsa.** Hygiea 1896, s. 417.

M., 8 år. Redan för mer än ett år tillbaka begynnande förstoring af buken. Tillväxten ökades alltjämt. Buken glatt och jämn; under främre väggen elastisk, rundad tumör hufvudsakligen intresserande högra sidan men utfyllande större delen af kaviteten. Icke ascites. Tumörens utgångspunkt och beskaffenhet tvivelaktig. Laparotomi. Svulsten låg täckt af omentet, retroperitonealt, och befans ganska intimt sammanvuxen med tarmen. Sedan tumören lösgjorts, inciderades den samma, och befans vara en tjockväggig cysta med dermoidliknande innehåll. Efter underbindning af njurkärnen och ureteren aflägsnades tumören. Läkningen något fördröjd af lindrig suppuration.

Prof. ODENIUS, som undersökt preparatet, har klassificerat svulsten såsom en tumor suprarenalis (aberratus): hypernephroma cystoides renis dextri.

F. Åkerman.

O. BLOCH: **Et Tilfælde af Amputation af Nyren med Bemærkninger om Konservatisme ved forskellige Operationer på Nyren i kurativt Øjemed.** Det københavnske medic. Selskabs Forhandl. 1895—96. S. 62.

En 13-årig Dreng havde haft Hæmaturi med veksellende Intensitet i 2½ År. Ved Lumbalsnit konstateres, at der er en betydelig Svulst af nederste $\frac{2}{3}$ af højre Nyre; efter at denne er spaltet, synes det, som om Svulsten er af benign Natur, hvorfor den fjærnedes ved et Tvær-snit lige nedenfor hilus; Sårfladerne sutureredes med Katgut. I de för-

ste Par Dage sivede lidt Urin ud gennem Såret, der dog hurtigt helede til; 14 Dage efter Operationen var Urinen helt normal. Der er nogen Uenighed om Tydningen af det mikroskopiske Fund; nogle mene, det drejer sig om et Adenom, andre stille Diagnosen Adenosarkom. Ganske kort refereres 10 Tilfælde fra Literaturen, hvor der er gjort lignende Amputationer af Nyrevæv.

Under den påfølgende Diskussion meddelte TSCHERNING et Tilfælde, hvor han fjærnede en større Kyste fra højre Nyres øverste Pol, der var udgået fra Binyren; også i dette Tilfælde lukkedes Nyresåret ved Sutur. I øvrigt mener han, at det ved maligne Svulster er farligt at nøjes med en Resektion; her bør hele Nyren extirperes.

Kr. Poulsen.

TH. R.: Hvilke Abscesser åbne sig fortrinsvis gennem umbilicus, og ad hvilke Veje tilføres Pusset? Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 243.

Ovenstående Spørgsmål. der er tilstillet Redaktionen af Hospitals-Tidende, besvares med en kort Beskrivelse af 1) de prævesikale Abscesser, 2) de subfreniske Abscesser samt 3) de Suppurationer, der ere opståede i et intraperitonæalt Organ (Leveren, Galdeblæren, Ventriklen, Tarmene). Alle disse Abscesser kunne af og til udtømme sig gennem umbilicus; det samme er Tilfældet med akute og kroniske Former af peritonitis, navnlig sådanne, der ere opståede efter appendicitis; ikke så sjælden finder en slig Perforation Sted hos Børn, hos hvilke proc. vermiformis ret hyppig ligger højere oppe end hos den voksne.

Kr. Poulsen.

KR. POULSEN: Et Tilfælde af periostitis tuberositatis tibiæ (Fodboldlæsion). Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 236.

I Tilslutning til en Meddelelse, Dr. MAAG har gjort i Hospitals-tidende 1894 om en bursitis i bursa infrapatellaris, som han havde iagttaget hos Drengene, der gav sig af med Fodboldspil, navnlig hos yngre, der skulde kæmpe med ældre Drengene, refereres et Tilfælde hos en 13-årig Dreng, hvor Lidelsen opstod umiddelbart i Tilslutning til det omtalte Spil. Det drejer sig dog ikke her om en bursitis, men om en øm, diffus Svulst af hele tuberositas tibiæ på begge Sider. Forf. er tilbøjelig til at tro, at der hos vedkommende Dreng er en Irritationsproces i Epifysebrusken, og han stiller derfor Prognosen med Hensyn til fuldstændig Helbredelse noget dubiøs; muligvis indtræder denne først, når Epifysebrusken svinder. Lidelsen er meget generende, da den hindrer Pat. i at gøre Gymnastik og udføre kraftigere Sport. Massage er uden Virkning; bedst går det, når Extremiteten skånes så meget som muligt. Forf. råder til under Fodboldspillet at tage noget Hensyn til de spillendes Alder og Udvikling.

Kr. Poulsen.

H. MAAG: Et Tilfælde af periostitis tuberositatis tibiae. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 302.

Forf. meddeler, at han har set flere Tilfælde af samme Natur, som det, KR. POULSEN har refereret under ovennævnte Titel; 2 Tilfælde beskrives nøjere, bægge opståede i Tilslutning til Fodboldspil.

Kr. Poulsen.

CAMILLUS NYROPs Etablissement: Instrumentvæsen. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 257.

3 Instrumenter forfærdigede efter Dr. EDM. JENSENS Angivelse:

- 1) En Håndelevator til Brug hos små Børn, hvor Pladsen er ringe;
- 2) en Pincet til at udpresse »Granulationer» af conjunctiva, lignende den Schnellerske Pincet til Exstirpation af Overgangsfolden;
- 3) en Horners Mejsel af Platiniridium, som altså kan flammere, så tit det skal være, uden at tage Skade.

J. Bjerrum.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: L. NIELSEN: Circinate syfilitiske Erytemer (Nevrosyfilider, UNNA). — W. PETERSEN: Et Par Tilfælde af circinate syfilitiske Erytemer. — M. MÖLLER: 100 fall af urethritis gonorrhoea, behandlade enligt JANETS metod.

L. NIELSEN: Circinate syfilitiske Erytemer (Nevrosyfilider, Unna). Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 254, 281.

Forf. udhæver, at det egentligt først er FOURNIER, som nærmere har henledet Opmærksomheden på den circinate Form af roseola, og han rekapitulerer korteligt FOURNIERS Beskrivelse af samme. Han omtaler nogle senere fremkomne Meddelelser om denne Lidelse, særligt BRAUMANS, og den af ham beskrevne tardive Form af samme, samt UNNAS Opfattelse af disse Erytemer som Nevrosyfilider. Under sin 5-årige Tjäneste som Reservelæge ved Vestre Hospital (R. BERGH) har han haft Lejlighed til hos Fruentimmer at se en Del Tilfælde af denne Art, som i det hele ikke ere forekomne sjældent, således at der til Ex. alene i 1888 i Følge Hospitalets Beretning sås 11 Tilfælde. Forf. refererer så i Korthed først 7 Tilfælde, i hvilke Affektionen optrådte som første eller andet Recidiv 10 til 18 Måneder efter Infektionen. Derefter følge 16 Tilfælde af den mere tardive Form, optrædende to —mange År efter Infektionen. Længden af denne Afstand fra Infektionen omtales mere indgående; dernæst Forløbet af de tidligere syfilitiske Udbrud hos disse Individer, hvorved det udhæves, at samme har været mildt, og at der ikke er forekommet Udbrud af gummöse Affektioner. To af disse 23 Patienter havde aldrig været behandlede, 10 kun én Gang gennemgået en merkuriel Behandling, 7 to Gange og

fire 3 til 4 Gange. Forf. beskriver dernæst dette Erytems Former og dvæler ved den erytemato-papulöse Form og ved den posterytematöse Pigmentsyfilide. Han omtaler dets Lokalisationer og dets hyppige regionære Symmetri; dernæst dets ofte temmelig ubegrænsede Varighed og dets Tilbøjelighed til at recidivere. Sensibilitetsforstyrrelser forekomme ikke og lige så lidt generelle sygelige Symptomer. Af samtidige andre syfilitiske Affektioner har Forf. (afset fra Rester af svulne Glandler og leucoderma) kun hos to Individuer set tertiære Symptomer. Forf. omtaler korteligt de patologisk anatomiske Forandringer, således som de fremstilles af UNNA. Slutteligt omhandles Diagnosen og Prognosen. Med Hensyn til Behandlingen udhæver Forf., at den, i Modsætning til de sædvanlige Angivelser, i Vestre Hospital har givet gode Resultater, dels alene ved Jodkalium-Brug (7), dels ved Inunktioner (16) og i Løbet af mindre end 6 til 8 Uger har bragt Affektionen til at forsvinde.

R. Bergh.

W. PETERSEN: **Et Par Tilfælde af circinate syfilitiske Erytemer.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 364.

I Tilslutning til foranstående af Dr. NIELSEN refererede Tilfælde meddeler Forf. to andre, på St. Johannes-Stiftelsen i København forekomne; Patienterne vare også her Kvinder. Affektionen skal have bestået henholdsvis i 10 og 6 År, og Patienterne havde aldrig været behandlede. Lidelsen forsvandt ret hurtigt, henholdsvis ved Jodkalium-og Inunktionsbehandling.

R. Bergh.

M. MÖLLER: **100 fall af urethritis gonorrhoeica, behandlede enligt Janets metod.** Hygiea 1896, s. 263.

Med den af JANET angifna metoden för irrigation af urethra med lösningar af kaliumpermanganat utan användande af kateter har förf. ambulatoriskt behandlat 36 fall af urethritis anterior och 64 fall af uretr. ant. posterior.

I afseende på behandlingens resultat indelas fallen i 3 grupper: A) *friska*, där observationen efter avslutad behandling fortsats intill 2 veckor, utan att gonokocker åter uppträdt; B) *sannolikt friska*, där sådana observationer ej kunnat fortsättas tillräckligt länge för att uteläsvande af gonokocker kunnat med säkerhet bestämmas som definitivt; C) *obotade*, där behandlingen måst afbrytas för uppträdande komplikationer, eller där gonokockerna trots en längre serie sköljningar ej försvunnit. Af de 36 fallen af urethritis anterior ingå i A) 25 fall = 69,5 %, i C) 11 fall = 30,5 %. Af de 64 fallen af urethritis ant. post. hänföras till A) 33 fall = 51,6 %, till C) 25 fall = 39 %, således negativt resultat i något mera än $\frac{1}{3}$ af samtliga fall.

Det antal sköljningar, som behöft göras, innan gonokockerna försvunnit ur urethra, har varit mycket växlande. Snabbast och säkrast har metoden verkat vid alldeles färiska fall (6 fall gonokockfria efter 1 till 3 sköljningar, 1 efter 10 sköljningar) samt efter 2:dra veckans slut, men den har visat sig verksam äfven vid gamla kroniska fall, så i hälften af alla fall som bestått 5 månader eller mera.

Komplikationer hafva uppträdt under behandlingen 12 gånger. De hafva bestått i: blödningar, akut urethritis posterior eller akutisering af en redan bestående, akut retention, prostatit eller epididymit (3 fall), tenesmer.

Förf. sammanfattar sin erfarenhet i följande 3 punkter:

1. Såsom abortiv behandling är JANETS metod öfverlägsen andra hittills pröfvade. Inledd under de första 2, 3 till 4 dagarna af en gonorrhé synes den med visshet leda till positift resultat.

2. Senare, när sjukdomen nått stor akuitet, har denna metod, liksom all annan lokalbehandling, endast ringa effektivitet.

3. I subakuta och kroniska stadier af gonorrhé är metoden i regel hastigt och säkert verksam men vid starkare dosering ej ofarlig.

Sederholm.

Obstetrik och gynekologi: VIGGO ESMANN: Om Födseleus Forløb ved medfødte og erhvervede (cikatricielle) Forsnævninger i vagina. — STADFELDT: Nogle Bemærkninger om Tangforløsnings med særligt Hensyn til Axetrængningen.

VIGGO ESMANN: **Om Födseleus Forløb ved medfødte og erhvervede (cikatricielle) Forsnævninger i vagina.** Köbenhavn 1896. Doktordisp.

Ved at gennemgå Födselestiftelsens Protokoller for 1850—92, i hvilket Tidsrum der er indtruffet 54 327 Födsele, har Forf. fundet 22 Tilfælde, i hvilke vagina inklusive hymen har kompliceret Födsele — altså kun 1 Tilfælde på omtr. 2 470 Födsele. I Literaturen har Forf. fundet 204 Tilfælde. Han har kun medtaget sådanne Tilfælde, i hvilke Forsnævningen i vagina har været medfødt eller er erhvervet ved cikatricielle Processer, men ikke sådanne, hvor Forsnævningen har været forårsaget af Nydannelser eller ved Forskydninger og Lejeforandringer, som skyldes Lidelser i Naboorganerne. Derimod har han medtaget hymen, Grænsemembranen mellem vagina og genitalia externa. Forf. omtaler først Forsnævningernes Ätiologi; de kunne være medfødte eller erhvervede. For at forstå de medfødte Abnormiteter i vagina må man erindre, at Genitalorganerne ere anlagte som et dobbelt Rör-system og udvikle sig fra et sådant. Det er derfor klart, at der her er givet en rig Mulighed for Opståelsen af Standningsdannelser. Forf. går nærmere ind på alle de Dannelsesfejl i vagina, der kunne komme til at spille en Rolle som Födselekomplikationer. De erhvervede Forsnævninger eller Tillukninger skyldes dels Ätsninger af vaginas Slimhinde ved Indførelse af irriterende Vædske som Syrer eller Alkalier, dels enkelte Former af Betændelser i eller om vagina, dernæst Syfilis og hyppigst en forudgående Födsele, oftest den første Födsele. Dernæst gennemgår Forf. vidtløftigt Födseleus Förløb og Behandling; i 58 Tilfælde fandtes der longitudinelle septa i vagina; transverselle Membraner forekom 53 Gange; 9 Gange var der persisterende hymen og 5 Gange medfødt

Stenose i vagina; eikatricielle Forsnævninger forekom 102 Gange. En voluminøs tabellarisk Oversigt over alle disse Tilfælde er føjet til Afhandlingen. Til Slutning følger en Literaturfortegnelse.

F. Nyrop.

STADFELDT: Nogle Bemærkninger om Tangforløsninger med særligt Hensyn til Axetråktangen. Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 179.

I Følge en stor tabellarisk Oversigt er Axetråktangen på Fødselsstiftelsen i København anvendt 45 Gange i Firåret 1892—95; i 8 Tilfælde blev det dog kun til et Forsøg på Forløsning, idet Perforation blev nødvendig for at fuldende Fødselen. Da der i det nævnte Firår er fuldendt 242 Fødseler med Fødselstangen, udgøre de 37 Forløsninger med Axetråktangen kun 15 % af alle Tangforløsninger. Dette viser, at Brugen af Axetråktangen begrænses særdeles meget på vor Fødselsstiftelse, mere, end det sker de fleste andre Steder. I det hele taget er Brugen af Fødselstangen ikke meget hyppig på vor Fødselsstiftelse. Det nævnte Firår omfatter et Antal af 6 294 fødende, og de 242 Tangforløsninger repræsenterer altså 3,8 %. Dette må anses for et meget lille Tal, især når det erindres, at primiparæ, hos hvem jo Fødselstangen anvendes langt hyppigere end hos multiparæ (på vor Stiftelse i et Forhold som 100 : 31), forekomme på vor Fødselsstiftelse i et Hyppighedsforhold, som ikke findes mange andre Steder, nemlig som 100 : 73, og at derfor Chancen for Tangforløsning må siges at være relativt meget stor.

At Axetråktangen er anvendt forholdsvis sjældent, har sin Grund ikke alene i Begrænsningen for Indikationerne, men navnlig i den bestemte Fordring, at *Hovedet skal stå fast i eller i hvert Fald hvile fast ned på øverste Bækkenåbning*. Står Hovedet løst, anvendes Vending; kan denne ikke udføres, ekspekteres der og gøres eventuelt Perforation eller Kejsersnit. Er Hovedet trængt godt ned i Bækkenets Hulhed, anvendes den almindelige Fødselstang, altså også Axetråktangen, men uden Trækstænger. Det farligste er selvfølgeligt at ville anvende Tangen ved det bevægelige, højtstående Hoved, og Forf. udvikler videre, hvortil dette vil føre. Hvad Indikationerne ved de »høje« Tangforløsninger angår, da findes de alene i truende Komplikationer, som gøre det nødvendigt eller i hvert Fald ønskeligt at påskynde og fuldende Forløsningen, enten det nu er Moderen eller Barnet, som Faren truer. For Mødrenes Vedkommende har Axetråktangens Anvendelse ikke medført noget Dødsfald eller nogen Insult. Hvad Børnene angår, da er der reddet Børn, hvis Liv var i den Grad truet, at 27 af 35 efter Fødselen levende Børn kom til Verden i asfyktisk, ofte i dyb asfyktisk Tilstand. Mortaliteten, når de 8 Perforationer regnes fra, har kun været 16 %; fra andre Steder angives Dødeligheden blandt Børnene ved »høje« Tangforløsninger med den almindelige Fødselstang til 28 %.

Forf. kommer dernæst ind på Spørgsmålet om Prognosen ved Tangforløsninger i Almindelighed og omtaler Axetråktangens Anvendelsesmåde. Til Slutning anbefaler Forf. varmt Axetråktangen til Forsøg, når de i denne Afhandling nævnte Betingelser og Indikationer

ere tilstede; den formindsker Faren for Moder og Barn, og den letter i højeste Grad Arbejdet for Fødselshjælperen.

F. Nyrop.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: H. V. ROSENDAHL: Lärobok i farmakognosi, tredje häftet: *Umbellifera—Rubiaceæ*. — J. MOBERGER och E. KÄLLSTRÖM: *Rhizoma Graminis* och några dess förväxlingar. — H. ENELL: Om beredning och pröfning af etylbromid. — A. F. RASMUSSEN HALK: Et flydende Järnpreparat. — KARL HEDBOM: Om vissa gifters inverkan på det isolerade och öfverlevande däggdjurshjertat. — S. V. RIETZ: Om kurmedlen vid Ronneby hälsobrunnar samt deras indikationer.

H. V. ROSENDAHL: **Lärobok i farmakognosi**, tredje häftet: *Umbellifera—Rubiaceæ*. Upsala, W. Schultz' förlag, april 1896, 127 s. 8:v med 103 träsnitt i texten.

Af detta läroboksarbete har i april det tredje häftet utkommit i bokhandeln.
C. G. Santesson.

J. MOBERGER och E. KÄLLSTRÖM: **Rhizoma Graminis och några dess förväxlingar**. Nordisk farmaceut. tidskrift, nr 7, april 1896, s. 113—123.

Uppsatsen innehåller resultatet af en i diagnostiskt syfte företagen jämförande, morfologiskt-histologisk undersökning af några droger, nämligen af *Rhizoma Graminis* samt af de däri såsom förfalskningar ibland förekommande *Rhiz. Graminis Italicæ* (af *Cynodon Dactylon* Richard, Gramineæ), *Rhiz. Caricis arenariæ* och *Rhiz. Caricis distich.* Bland de talrika skiljekaraktererna framhållas särskildt olikheterna i form, färg och storlek mellan endodermiscellerna såsom ett säkert diagnosticum, användbart t. o. m. för att upptäcka inblandningar i pulveriserad drog. Då *Rhiz. Graminis* är stärkelsefri, kan reaktion med jodjodkalium tjäna till upptäckande af stärkelsehaltiga tillsatser.

Framställningen belyses af 12 bilder i texten.

C. G. Santesson.

H. ENELL: **Om beredning och pröfning af etylbromid**. Nordisk farmaceut. tidskrift, nr 7, april 1896, s. 109—111.

Förf. redogör noga för det sätt, hvarpå etylbromid framställes enligt RIEDELS metod, samt framhåller fördelarna af denna framför den af pharm. german. föreskrifna, hvilken ger ett starkt etyleterhaltigt preparat, hvars spec. vikt följaktligen blir för låg. Äfven kritiserar förf. tyska farmakopéns prof på bromväte och förordar att utföra pröfningen sålunda: 1 cem. etylbromid omröres på ett urglas med 1 droppe vatten, hvarefter etylbromiden får frivilligt afdunsta, då det resterande vattnet icke får visa sur reaktion. Rätt förvarad, är etylbromid ganska hållbar. Dock rekommenderas, för att binda fri syra däri, som sanno-

likt orsakar farliga biverkningar, att vid dispenseringen alltid tillsätta litet krita, hvarmed preparatet omedelbart före användningen kraftigt omskakas.

C. G. Santesson.

A. F. RASMUSSEN HALK: **Et flydende Järnpräparat.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 239.

Anbefaler et Järnpräparat, der i Smag minder om ATHENSTÄDTS tinct. ferri comp., men som er langt billigere (2½ Liter omtr. 1 Kr. 35 Öre), når den laves i Hjemmet. Det tillaves på følgende Måde: 2 Liter Vand koges, og Halvdelen hældes i en Krukke med 140 Gm oxydum ferricum saccharatum (Ph. Germ.) og röres godt til Opløsning. Den anden Halvdel hældes i en Krukke med 300 Gm hvidt Sukker. Efter Afkøling blandes de to Opløsninger, og der tilsættes 1 Gm æther aceticus, 2 Gm tinct. cinnamomi, 10 Gm tinct. corticis fructus aurantii¹⁾ og 300 Gm spiritus concentratus. — Dosis er 1 Teskefuld til 1 Spise-skefuld 3 Gange daglig.

C. Gram.

KARL HEDBOM: **Om vissa gifters inverkan på det isolerade och öfverlevande däggdjurshjärtat.** Förutskickadt meddelande. Hygiea, maj 1896, s. 493—497.

Med användande af en af LANGENDORFF (Rostock) i PFLÜGERS arkiv, bd 61, angifven metod för cirkulation genom det isolerade däggdjurshjärtat, har förf. undersökt inverkan af ett antal gifter på hjärtan från kattor och kaniner. Djuren förblöddes genom carotis; sedan andningen upphört, öppnades bröstkorgen, och hjärtat utskars; en kanyl inbands i aorta och förenades med en apparat, med hvars hjälp djurets eget blod, som höls vid omkr. 39° under ganska starkt tryck (omkr. 100 mm. Hg), inpressades i aorta. Semilunarklaffarna sluta sig därvid och förblifva slutna, medan blodet söker sig väg genom koronarkärlen till det uppklipta högra förmaket, hvarur det fritt afrinner i en under stäld skål. Så snart koronarcirkulationen kommit i gång, börjar hjärtat att slå (utan blod i sina kamrar) och kan fortsätta därmed, om än med småningom aftagande intensitet, i flere (3—4) timmar. I hjärtspetsen fästes en liten krok, från hvilken löpte en tråd under en liten trissa till en skrifarm, som upptecknade hjärtats rörelser på en sotad cylinder. Vid förf:s försök tillfördes hjärtat dels normalt blod, dels — ur en annan reservoar — blod, som blifvit försatt med något gift, hvars verkan skulle studeras. Sålunda pröfvades *digitalin*, *helleborein*, *veratrin*, *fysostignin*, *koffein*, *kloral*, *akonitin*, *kinin*, *stryknin*, *atropin*, *pilocarpin*, *kokain* äfvensom glycerinextrakt på *binjurar*, *thyreoidea*, *hypophysis cerebri*, *spottkörtel* från kaniner, »*séquardin*» (testisextrakt från oxen) m. m. I alt hafva omkr. 90 användbara försök utförts. I allmänhet ha de olika medlen framkallat karakteristiska förändringar af pulsens frekvens eller volumer, hvarjämte flere bland dem

¹⁾ Förf. skriver »Pomeranstinktur»; Ph. dan. 1893 har 2 Präparater: Pomeranskaldråber, d. v. s. oövennämnte Präparat, og Pomeransråber = tinct. fructus aurantii immaturi.

starkt påverkat cirkulationshastigheten genom koronarkärnen. Fullständigare offentliggörande af resultaten kan snart väntas.

C. G. Santesson.

S. V. RIETZ: **Om kurmedlen vid Ronneby hälsobrunnar samt deras indikationer.** Akademisk afhandling (Lund). Karlshamn 1896. 114 s. 8:v.

Efter en blick på Ronneby historia, källornas upptäckt och vattnets sammansättning, traktens geologi, mineralgyttjan, de olika badformerna o. s. v. ingår förf. på *kurmedlens verkningar*, hvarvid han meddelar en sammanställning och kritisk belysning af literaturen — särskildt den experimentelt-farmakologiska — i den mycket omtvistade frågan om *järnmedlens resorption*. Han framhåller därvid, att de talrika försök, som ansetts motbevisa de vanliga, äldre järnmedlens resorption, ej torde kunna tillmätas den beviskraft, som man förmenat dem ega. Beträffande den s. k. BUNGEska teorien om, att dessa järnpreparat skulle utöfva sitt gynsamma inflytande genom att binda det, vid klorotiskas vanliga tarmkatarr rikligt utvecklade svafvelvätet och sålunda skydda födans fasta organiska järnföreningar från förstöring, så att dessa fullständigare kunde tillgodogöras, anmärker förf., att tarmrubbingar ej äro konstanta vid kloros och ej torde utgöra denna sjukdoms orsak, likasom det ej är bevisadt, att klorotiska i regel skulle producera mer svafvelväte i sin tarm än många andra människor. Att äfven de vanliga järnmedlen uppsugas, anser förf. otvifvelaktigt. Huru de sedan verka — om *direkt* bidragande till hemoglobinbildningen eller *indirekt* genom att på specifikt sätt reta de blodbildande organen — därom kunna meningarna vara delade.

En afdelning af arbetet egnas därefter åt järnvattnets, särskildt *Ronnebyvattnets*, samt mineralbadens verkningar. Utförligt behandlas slutligen *indikationerna* för Ronneby vatten- och badbehandling, hvarvid framhållas de ofta särdeles gynsamma resultaten vid många mag- och tarmlidanden, kloros och allmän blodbrist, en del gynekologiska lidanden, muskelsjukdomar, reumatism m. m. I samband härmed meddelas en öfersikt öfver de under åren 1880—94 behandlade sjukdomar äfvensom enstaka fall, resultaten af talrika blodundersökningar o. s. v.

C. G. Santesson.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: H. RÖRDAM: Professor PONTOPPIDAN på Finansloven. — WINDE: Tysk Ugenerthed. — Dr. Y.: Om Indiskretion på Apoteker. — AXEL HERTEL: Om Sundhedsforholdene i de højere Skoler i Norge og et sagkyndigt Tilsyn med Skolerne. — Fødehjemmet. — SÖREN HANSEN: Aborterne og Anmeldelsespligten. — N. P. SCHIERBECK: Om Formaldehyds Anvendelse til Desinfektion. — KARSTEN: Om Vandklosetters Indførelse i København. — GERSING: Dr. S. ENGELSTED og den lovhjemlede Prostitution. — ENGELSTED: Replik. — E. EHLERS: Bidrag til Diskussionen af Prostitutionsspørgsmålet. — K. C.: Sukkersygens geografiske Udbredelse.

H. RÖRDAM: **Professor Pontoppidan på Finansloven.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 349.

En Bevilling af 1000 Kr. som midlertidigt Honorar til Overlægen ved Kommunehospitalets 6te Afdeling, Professor PONTOPPIDAN, for Foretagelsen af lægevidenskabeligt Skøn over tvivlsomme Sindstilstande efter Retternes Begæring forkastedes i Rigsdagens sidste Samling med en Motivering, hvis Billighed og Retfærdighed drages i Tvivl.

Ax. Ulrik.

WINDE: **Tysk Ugenerthed.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 230.

Anke over, at et tysk Livsforsikringsselskab har stillet den Betingelse for Antagelsen af danske Tillidslæger, at Lægeattesterne skulle udfærdiges i det tyske Sprog.

Ax. Ulrik.

Dr. Y.: **Om Indiskretion på Apoteker.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 397.

Den stundom forekommende Uskik, at Apotekerpersonalet overfor Kunderne udtale sig om Diagnosen efter Slutninger fra Lægernes Recepter, påtales.

Ax. Ulrik.

AXEL HERTEL: **Om Sundhedsforholdene i de højere Skoler i Norge og et sagkyndigt Tilsyn med Skolerne.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 337, 361. Med Diskussion. Det medic. Selskabs Forhandl. 1895—1896, Sid. 61.

Den af en kongelig Kommission i Slutningen af 1894 afgivne Betænkning om Sundhedsforholdene i de højere Skoler i Norge sammenstilles med Resultaterne af de af den danske og af den svenske skolehygiejniske Kommission i sin Tid afgivne Betænkninger. Det ses, at de norske Drengene ere de danske og svenske Drengene overlegne i Vægt; i Højde kunne de danske Latinskoledrengene måle sig med dem, men ikke Realskoledrengene. De danske Pigeboern ere de norske og svenske Piger væsentlig underlegne både i Højde og Vægt; de norske Piger ere særlig gunstigt stillede. Med Hensyn til Sygeligheden i de højere Skoler synes der ikke at være nogen påfaldende Forskel på Dan-

mark og Norge, medens Sygeprocenten er betydelig højere i Sverige, særlig i Pigeskolerne. Mulig beror den høje Sygeprocent i Sverige på, at Undersøgelsen her er foretagen midt om Vinteren, medens Undersøgelsen i Norge er foretagen i December, Maj og August. Med Hensyn til de forskellige Sygdomme er Hovedpinen hyppigst i Norge, Blegstoten i Danmark, medens de ere omtrent lige hyppige i Sverige. Kirtelsygen er langt hyppigere i Danmark end i de andre Lande og særligt end i Norge. Den norske Betænkning foreslår Indførelse af et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne ved særlige Skolelæger, hvilket som bekendt findes i Sverige, men ganske savnes i Danmark. Forf. retter i den Anledning en Opfordring til den danske Lægestand til at tage Initiativet for at opnå et sagkyndigt Tilsyn med Skolerne. — I den påfølgende Diskussion udtaltes Tilslutning fra forskellige Sider.

Ax. Ulrik.

Fødehjemmet. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 352 og Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 371.

Det på Prof. HOWITZ's Initiativ oprettede Fødehjem på Frederiksberg er væsentlig beregnet på Optagelse af fattige, gifte Kvinder. Det afgiver under normale Forhold Plads til 10 Barselkvinder og er udstyret med Centralopvarmning, Vandklosetter og et Taganlæg for Rekonvalescenter. Fødeværelset er indrettet efter Principerne for en moderne Operationsstue.

Ax. Ulrik.

SÖREN HANSEN: Aborterne og Anmeldelsespligten. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 289.

De gældende administrative Bestemmelser om Anmeldelsen af Aborter gennemgås så vel for Danmarks som Frankrigs, Englands og Tysklands Vedkommende. For alle levendefødte Fostre bør, selv om de ikke ere levedygtige, Dödsattest udstedes og Dödsfaldet anmeldes for Skifteretten; derimod skulle Dödsattester for Aborter, fødte inden 28de Svangerskabsuge, ikke medtages i Mortalitetsstatistiken.

Ax. Ulrik.

N. P. SCHIERBECK: Om Formaldehyds Anvendelse til Desinfektion. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 413.

Referat af VAN ERMENGENS, GRUBERS, TRILLATS og ENGLUNDS Undersøgelser.

Ax. Ulrik.

KARSTEN: Om Vandklosetters Indførelse i København. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 236 (efter »Ingeniören«).

Det fornødne Antal af Vandklosetter for København anslås til omtr. 15 000 Gårdklosetter og omtr. 22 000 Etageklosetter. Kommunens årlige Udgift til Gennemførelse af den store Kloakplan og til Forøgelse af Vandforbruget beregnes til 486 000 Kr. Når Klosetafgiften sættes til 15 Kr. om Året, ville alle Kommunens årlige Udgifter være dækkede, så snart der er installeret 32 900 Klosetter.

Ax. Ulrik.

GIERSING: **Dr. S. Engelsted og den lovhjemlede Prostitution.** Ugeskrift f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 269.

ENGELSEED: **Replik.** S. St., S. 274.

Diskussion om Prostitutionsspørgsmålet.

Ax. Ulrik.

E. EHLERS: **Bidrag til Diskussionen af Prostitutionsspørgsmålet.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 169, 193, 219, 241.

Forf. skildrer Prostitutionens forskellige Former i Europas store Byer under Rubrikerne: Gadeprostitution, Butiksprostitution, Beværtningsprostitution, den kontrollerede Prostitution på Beværtningssteder, Prostitutionen i offentlige Danselokaler, Avertissementsprostitution. Sluttelig omtales Soutenörväsenet og de Grunde, som anføres for og imod Bordellerne.

Ax. Ulrik.

K. C.: **Sukkersygens geografiske Udbredelse.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 295.

I Anledning af en Artikel af LÉPINE i Decemberhæftet 1895 af Revue de Médecine, hvori denne Forfatter opfordrer til at tage Spørgsmålet om Sukkersygens geografiske Udbredelse under Behandling, gives et Udtog af den officielle Statistik over Dødsårsagerne i Kongeriget Danmarks Byer, som foreligger for de 19 År 1876—1894. Det viser sig, at Dødsfaldene af diabetes her som andensteds vare en Del hyppigere blandt Mænd end blandt Kvinder, og at Sygdommen er i nogen, men ikke stærk Tiltagen her i Landet.

Ax. Ulrik.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: Beretning om Virksomheden ved Dronning Louises Børnehospital og ved de med samme forbundne offentlige Poliklinikker i Året 1895. — KLEE: Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1895. — FLÖYSTRUP: Beretning fra den medikopnevmatiske Anstalt for 1895.

Beretning om Virksomheden ved Dronning Louises Børnehospital og ved de med samme forbundne offentlige Poliklinikker i Året 1895.

Beretningen indeholder den sædvanlige Oversigt over de i Hospitalet og i Poliklinikkerne behandlede Patienter, tillige med en Fortegnelse over Sygdommens Natur og Forløb.

G. G. Stage.

KLEE: **Beretning om Silkeborg Vandkuranstalt for 1895.** København 1896.

I 1895 besøgte Vandkuranstalten af 198 Kurgæster, af hvilke 64 tidligere have gennemgået Kure ved Anstalten. Sygedagenes Antal var

7 135. 98 Kurgæster opholdt sig 6 Uger og derover ved Anstalten. Af nye Badeformer indførtes Kulsyrebadet; i Gymnastiken indførtes Nauheimgymnastik efter SCHOTTs Metode. En Oversigt over Kurens Resultater gives i tabellarisk Form. Blandt de behandlede Sygdomme vare Nerverlidelser de hyppigst forekommende (67 Tilfælde).

Ax. Ulrik.

FLÖYSTRUP: **Beretning fra den medikopnevmatiske Anstalt for 1895.**
Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 313.

F. Levison.

Militär hälsovård: J. FIBIGER: Oversigt over Virksomheden ved det bakteriologiske Laboratorium ved Københavns Garnisonssygehus i Årene 1891—1895. — LAUB: Sundhedstilstanden og Sundhedstjenesten under Kantonementsøvelserne 1895. — DAHLERUP: To Skudsår. — N. P. SCHIERBECK; Om kromgarvet Læder til militært Fodtøj. — CHARLOTTE NORRIE f. HARBOU: Engelsk Sygepleje under Krigsforhold.

J. FIBIGER: **Oversigt over Virksomheden ved det bakteriologiske Laboratorium ved Københavns Garnisonssygehus i Årene 1891—1895.**
Militärlägen, Årg. 4, S. 57.

Det nævnte Laboratorium, der trådte i Virksomhed i 1890 og udfører så vel bakteriologiske som mikroskopiske og kemiske Undersøgelser, er bestemt til at yde så vel Garnisonssygehusets som Troppesafdelingernes Læger Bistand ved kliniske og hygiejniske Spørgsmål. I det forløbne Femår er der udført 2 372 Undersøgelser, over hvilke gives en summarisk Oversigt; de fleste gik ud på Påvisning af Tuberkelbaciller, Difteriaciller og patologiske Elementer i Urin. Forf. gør nogle Bemærkninger om de anvendte Undersøgelsesmåder, særlig med Hensyn til Difteriacillen.

Joh. Möller.

LAUB: **Sundhedstilstanden og Sundhedstjenesten under Kantonementsøvelserne 1895.** Militärlägen, Årg. 4, S. 68.

Øvelserne holdtes i det sydøstlige Sjælland fra 13 September til 4 Oktober (19 Øvelsesdage) med en Styrke af noget over 15 000 Mand. — Særlig omtales Ordningen af de syges Transport på Jærnbane, den temporære Udvidelse af det militære Sygehus i Næstved, Indretningen af et Lasaret i Køge, dels i en Villa, dels ved Hjælp af Döckerske Sygetälte; end videre Sundhedstilstanden, der i det hele var tilfredsstillende, idet der navnlig var meget få Tilfælde af epidemiske Sygdomme, men derimod mange fodsyge (de udgjorde 40½ % af Lasarettets Belægning) som Følge af de meget anstrængende og lange Marcher og det ofte slette Fodtøj; sluttelig Ambulanceøvelserne.

Joh. Möller.

DAHLERUP: **To Skudsår.** Militärlägen, Årg. 4, S. 49.

Ved et Projektil af ringe Kaliber (Blykärne og Nikkelkappe) såredes på nært Hold (omtr. 30 Meter) 3 Personer, af hvilke den første fik et rent Kōdsår gennem Låret, den anden et Sår ligeledes gennem Låret, men med stærk Splintring af Lårbenet, den tredje et Strejfskud på Øret. Alle Sårerne helede uden mindste Suppuration og uden Feber. Forf. fremhæver som ejendommeligt Projektillets stærke Sprængning (ved Anslag mod Lårbenet) hos den anden sårede.

Joh. Möller.

N. P. SCHIERBECK: **Om kromgarvet Läder til militært Fodtøj.** Militärlägen, Årg. 4, S. 55.

Det kromgarvede Läder, der frembringes ved Garvning af Huderne med Kromsalte, udmærker sig ved stor Styrke, ved fra Narvsiden, der vender udad på Fodtøjet, at være næsten uigennemtrængeligt for Vand udefra og Fodsved indefra, at holde sig fuldkommen blødt og bøjeligt. Det er således særlig egnet til militært Fodtøj, og ved at afhjælpe Manglerne ved den langskafte Støvle gør det Anvendelsen af denne fremfor den efter Forf:s Formening i flere Henseende uhensigtsmæssige Snørestøvle mulig.

Joh. Möller.

CHARLOTTE NORRIE f. HARBOU: **Engelsk Sygepleje under Krigsforhold.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 285.

Efter »The Nursing Record» gives en Skildring af de sanitære Foranstaltninger, som bleve truffene af Englænderne under Felttoget i Ashanti. Expeditionen siges at have været den i hygiejnisk Henseende bedst udrustede, der nogensinde har forladt England.

Ax. Ulrik.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXVIII.

N° 17.

C. STUDSGAARD: Sur la grossesse extrautérine.

L'auteur a rassemblé tous les cas de cette maladie (somme totale 18) traités depuis 1876 dans les services de chirurgie et de médecine de l'hôpital de la Commune à Copenhague.

Outre ce nombre, il s'est vraisemblablement produit d'autres cas encore, cachés à la diagnose exacte et spécifiés comme cas d'hématocèle, la grossesse ayant été prématurément supprimée et la malade s'étant rétablie sans que l'on ait pu reconnaître la vraie cause de l'hémorragie.

Comme à l'ordinaire, la majorité des cas a appartenu à la catégorie de la grossesse tubaire (*graviditas tubo-uterina seu interstitialis, graviditas tubaria stricta et graviditas tubo-abdominalis*). Nous n'avons pu enregistrer aucun cas de grossesse ovarienne comme il en existe plusieurs de parfaitement constatés (PATENKO, SPIEGELBERG, PUECH).

D'un autre côté, l'une des opérées présenta une tumeur (un oeuf de deux mois) qu'on s'est cru autorisé à ranger parmi les cas de grossesse abdominale primaire, variété contestée jusqu'ici à juste titre, si même on admet l'existence des grossesses abdominales secondaires originairement tubo-abdominales. La malade en question fut opérée; l'oeuf, sans aucune connexion avec les tubes et les ovaires, et d'un âge de six à huit semaines, fut trouvé implanté en arrière de l'utérus dans le petit bassin.

Des 18 malades, 4 étaient âgées de 20 à 30 ans, et 14 se trouvaient entre 30 et 40, ce qui est d'accord avec la statistique de HENNIG. 17 étaient des femmes multipares; la 18^{me} mourut sans avoir pu donner des renseignements explicites.

Parmi les symptômes généralement connus, la tuméfaction des seins, l'accusation de la ligne foncée longitudinale et le changement de couleur de la muqueuse vaginale ont une valeur plus positive que négative; 13 malades des 18 étaient sujettes à des suintements sanguinolents plus ou moins persistants ou à des hémorragies véritables, quelquefois avec expulsion de lambeaux de la caduque (*decidua*); chez une, toute cette membrae fut expulsée en moule.

8 des 18 malades se plaignaient de dysurie due à l'ascension de bas en haut et d'arrière en avant de l'utérus par suite du développement de l'oeuf dans le petit bassin.

Ayant particulièrement en vue la maladie depuis le commencement jusqu'à la fin du quatrième mois, l'auteur se déclare partisan de l'intervention par l'exstirpation en ouvrant l'abdomen au-dessus de la symphyse, persuadé qu'on doit sauver la mère en sacrifiant l'enfant. La rupture du sac avec une hémorrhagie considérable menace en effet à chaque instant la vie de la mère, et dans un cas pareil, l'opérateur n'est pas toujours présent pour obvier à l'accident.

Des 18 malades, 12 appartenaient à cette catégorie (chez 6 la grossesse avait une durée de plus de 4 mois), et 3 de ces 12 moururent; ces cas malheureux sont arrivés avant 1888, et les malades expirèrent après la rupture du sac sans avoir été opérées. Depuis cette époque, la confiance aux opérations abdominales s'est accrue, et nous pouvons enregistrer pour la période suivante 4 malades sauvées par l'opération dans un état de collapsus après la rupture. Les 5 autres ont été opérées avant la rupture et guéries. Deux fois on a trouvé chez nos opérées une ancienne rupture du sac en état de cicatrisation, les bords étant agglutinés par des caillots de sang en voie de formation; chez toutes les deux, cependant, une hémorrhagie par rupture sur un autre point du sac nécessita l'intervention opératoire.

Les méthodes vaginale et abdominale sont ensuite discutées, la première (BOUILLY, SEGOND) étant réservée aux opérateurs très habiles et aux cas où l'oeuf se trouve dans le petit bassin au commencement de la grossesse. Les autres méthodes opératoires, la ponction, l'électricité etc., semblent disparaître.

L'exposé de l'auteur se termine par l'histoire des 18 cas.

N° 19.

H. KRABBE: Sur les Cestoïdes de l'homme en Danemark. Observation de 400 cas.

En 1887, j'ai rendu compte de 300 cas de Cestoïdes rencontrés chez l'homme en Danemark, et que j'avais pu examiner jusqu'alors. Depuis ce temps, j'ai eu l'occasion d'en étudier une nouvelle série de 100.

De ces 400 cas, plus de la moitié provenaient de Copenhague, et, parmi les 200 derniers cas, 160 appartenaient à cette ville.

Les tableaux I—V (voir le mémoire) indiquent les résultats obtenus par la statistique de ces 400 cas.

Le tableau I démontre que *T. solium* qui, avant 1869, était le Cestoïde le plus commun, a diminué de fréquence depuis ce temps, de sorte qu'il n'a pas été observé parmi les 100 derniers cas (après 1887), à Copenhague aussi peu qu'en province (Tabl. II). Le même phénomène a été constaté ailleurs, et s'explique sans doute partout par la même cause, savoir la peur des Trichines, qui règne depuis 1865. Quant à la distribution actuelle de *T. saginata* et de *T. solium*

en Danemark, l'inspection faite à l'abattoir public de Copenhague depuis l'année 1888, des viandes d'environ 1,344,000 porcs de boucherie, n'a démontré la présence de *Cysticerques* que dans un seul porc, tandis que, quant au boeuf, on a, depuis 1890, chez environ 30,000 animaux abattus annuellement, trouvé chaque année affecté de *Cysticerques* un nombre qui s'est élevé à 133 en 1894. Il est vrai que, dans à peu près les $\frac{3}{4}$ des cas, les *Cysticerques* étaient morts et dégénérés, et conséquemment hors d'état de nuire à l'homme; mais la viande étant soustraite à la consommation même quand on n'y trouve qu'un seul *Cysticerque* vivant, il est à présumer que, grâce à l'inspection des viandes, la fréquence de *T. saginata* diminuera successivement.

Le tableau III démontre, que les types *T. saginata* et *solium* ont été constatés deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes. *Botr. latus*, dont les cas, il est vrai, ne sont que peu nombreux, était encore bien plus fréquent chez les femmes. Les individus qui étaient affectés de *Botriocéphales*, les ont, dans bien des circonstances, acquis à l'étranger, mais il y en a qui, sans doute, en ont été infectés en Danemark, qu'ils n'ont jamais quitté.

T. saginata et *solium*, de même que *Botr. latus* (voir le tableau IV), ont été le plus fréquemment trouvés entre 20 à 40 ans, surtout chez des individus âgés de 20 à 30 ans. Aucun cas n'a été remarqué chez des individus comptant moins d'un an ou plus de 70 ans. Par contre, le *T. cucumerina* a infecté presque exclusivement des enfants âgés de moins d'un an; dans un cas seulement, la victime fut une fillette de 4 ans.

Le tableau V démontre que la fréquence prévalente de *T. saginata* et de *T. solium* chez les femmes ne se manifestait qu'après la 20^{me} année. Pour le *Botriocéphale*, aucun des malades n'était âgé de moins de 20 ans.

Tandis que de *T. solium* on rencontrait assez fréquemment plus d'un ver (jusqu'à 10) chez le même individu, cela n'avait jamais lieu pour *T. saginata*. *T. cucumerina* se trouvait assez souvent en plusieurs exemplaires chez le même enfant, ce qui était également le cas des individus affectés de *Botriocéphale* (jusqu'à 14 vers). Une fois, le *Botriocéphale* a été trouvé chez un individu qui scuffrait en même temps de *T. solium*.

T. saginata et *Botr. latus* mesuraient au plus une longueur de 980 cm., tandis que *T. solium* ne dépassait jamais 400 cm.

Le remède appliqué le plus souvent et avec un bon effet contre les 200 derniers cas, a été 10 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle, suivis d'un laxatif de calomel et de racine de Jalappe à centigrammes 50. Dans un hôpital de Copenhague, le remède fut administré à 42 malades, et dans 33 de ces cas l'expulsion de la tête du ver fut constatée.



Från medicinska kliniken i Upsala.

Akut disseminerad ryggmärgsskleros med nevrit efter difteri hos ett barn.

Af

Prof. S. E. HENSCHEN.

Med en tafia och en zinkotypi.

Ehuru förlamningar vid difteri varit kända ända sedan midten af förra århundradet, då GHISI 1747, CHOMEL 1749 och FOTHERGILL 1751 beskrefvo sådana, och dylika höra till de all-dagliga företeelserna inom läkarens praktik, så ha orsakerna till dessa först under de senaste tvänne tiotalen af år blifvit nog-grannare studerade och kända. Orsakerna härtill torde väl ligga dels däri, att man först sent egnat sig åt studiet af de perifera nervernas sjukdomar, och dels att dessa förlamningar merendels gå till hälsa.

Spridda iakttagelser rörande deras patologiska anatomi datera sig dock redan från 1860-talet. Sedan CHARCOT och VULPIAN 1862 iakttagit i ett fall af gomsegelförlamning degeneration af de perifera nerverna, samt LORAIN och LÉPINE 1869 konstaterat samma sak, meddelade BÜHL 1867 ett fall af blödning med uppmjukning i hjärnen. 1871 hade OERTEL och 1876 VULPIAN iakttagit blödningar i nervskidorna samt förändringar i de främre hornens celler, hvarjämte OERTEL såg små blödningar därstädes. I meningerna iaktogs af PIERRET fläckvis meningit.

Å andra sidan förelågo flere *negativa* observationer; man kunde intet upptäcka, och detta har inträffat äfven under senaste åren (BRISAUD), oaktadt den numera utbildade tekniken.

Så stod saken, då DEJERINE 1878 genom noggran undersökning af 5 fall af förlamning trodde sig kunna påvisa, att det konstant fans en lesion i de främre spinalnervernas rötter (en parenkymatös nevrit), motsvarande det paralyserade området och af sekundär art, beroende på en inflammatorisk förändring dels i främre hornens celler, dels i interstitiela väfnaden. Dessa DEJERINES iakttagelser konstaterades sedan af ABERCROMBIE 1881.

Under 1880-talet ökades antalet observationer ej obetydligt, och för närvarande kunna vi resumera vår kunskap om de patologiskt anatomiska förändringarna i största korthet sålunda:

Den difteritiska förlamningen beror vanligen på förändringar i de *perifera* nerverna, hvilka äro *degenererade* dels i sina perifera ändar, dels ock högre upp. Det är företrädesvis de utgående *motoriska* rötterna som visa degeneration. Därjämte träffas blödningar, ansvällning af nerverna och stundom cellhopningar (cellproliferationer invid dem) eller en s. k. segmentär periaxial form (GOMBAULT). Äfven i de *sensibla* nerverna har man på senare år funnit enahanda förändringar, som förklara anesthesierna. Läggas härtill degenerationer i spinalganglierna samt i de intramedullära sensibla och motoriska trådarna, så kan man säga, att de *paralytiska fenomenen* och *upphäfvandet af reflexerna härigenom nöjaktigt förklaras (periferisk nevrotisk form)*.

Enstaka observationer (HOCHHAUS) föreligga ock, att de perifera *musklerna* äro degenererade, utan att samtidigt någon tydlig degeneration af nerverna anträffas. Det ges altså en *muskulär form*.

Redan OERTEL och sedermera DEJERINE, ABERCROMBIE m. fl. hade anträffat *förändringar i de främre hornens celler*, nämligen degeneration af de motoriska cellerna, kärnförökning och interstitiela (inflammatoriska) förändringar samt dessutom stundom smärre blödningar inom den grå substansen. Dessa förändringar äro likställda med dem, som träffas vid den s. k. spinala barnförlamningen (essentielle Kinderlähmung) eller poliomyelitis anterior acuta infantum. Däremot hade man ej anträffat några tydliga förändringar inom den hvita substansen, eller voro de samma af lätt och oviss beskaffenhet, förr än 1894 BIKELES och PREISZ lyckades (den förre genom användande af den särdeles känsliga Marchi'ska färgningen) påvisa, att lätta

förändringar af de *Goll'ska strängarna* kunna (undantagsvis?) förefinnas. Härigenom har man vunnit en förklaring på den *ataxi*, som ej sällan uppträder efter difteri. Om nu nämnda förändring städse finnes vid *ataxi*, därom kunna först fortsatta undersökningar lemna visshet.

Slutligen har man, om än i sällsynta fall, funnit förlamningen uppträda i *hemiplegisk form*, under form af apoplexi, som ej låter sig förklara utan antagande af en cerebral skada. Om än dessa kliniska iakttagelser numera ej äro så ytterligt sällsynta, som man (v. ZIEMSEN m. fl.) antagit, så äro däremot de fall lätt räknade, där man kunnat genom sektion förvisa sig om naturen af den cerebrala lesionen.

Under det att kliniska observationer föreligga af MENDEL (3 fall), HENOCH (2 fall), HIRT (1 fall), AUERBACH (1 fall), JÄCKLE (1 fall), REMAK (1 fall), SEIFERT (2 fall) och EDGREN (1 fall), BOKAI (4 fall), DONATH (1 fall), föreligga däremot endast några få sektionsfall, som kunna upplysa om orsaken till dessa apoplexier. Det har därvid visat sig, att de kunna orsakas antingen af emboli eller blödning.

Ett fall af *blödning* har offentliggjorts af MENDEL, hvarjämte BUHL, OERTEL, KLAUS m. fl. stundom hafva sett kapillära eller andra smärre blödningar inom hjärnen, ryggmärgen eller perifera nerverna.

Ett fall af *emboli* har iakttagits af HENOCH, hvarjämte jag redan 1886 offentliggjort *ett* dylikt fall af emboli, som dock ej blifvit beaktadt i literaturen, och där en omfattningsrik malaci i vänstra hjärnhalfvan uppstod, karakteriserad kliniskt af hemiplegi och svår afasi (jfr Upsala läkaref. förh. 1886, Neurolog. Centralbl. 1886, s. 424, fall 4).

Härigenom hafva äfven de *hemiplegiska formerna* kunnat nöjaktigt förklaras.

Genom iakttagelser under en räkka år hafva sålunda de hufvudsakliga formerna af difteriska förlamningar vunnit en på det hela nöjaktig förklaring, om man undantar, att man i många fall af förlamning faktiskt ej lyckats finna någon patologisk förändring, vare sig nu detta berott på felaktig teknik, eller att man ej råkat söka på det afficierade stället eller, hvilket antagligen flere gånger varit händelsen, den förefintliga förändringen ej är mikroskopiskt skönjbar eller den, som man ju plägar uttrycka det, varit af funktionel natur.

Till nämnda observationer är jag i tillfälle att lägga en ny, som icke blott utvidgar vår kunskap om de difteriska förlamningarna och förklarar några sällsynta former af difterisk förlamning, utan ock sprider ljus öfver en hel sjukdomsgrupp — den s. k. sclérose en plaques' — uppkomst och etiologi äfvensom dess samband med andra ryggmärgssjukdomar.

Fallet är följande och iaktogs 1893 af mig å min kliniska afdelning.

Ellen Nylin, 14 år, från Dalby socken, Upsala.

Anamnes.

Inom patientens släkt tyckas *inga* fall af *nervsjukdomar* hafva förekommit. Hon har sig ej bekant, att någon inom hennes släkt lidit af sinnessjukdom, fallandesot, slaganfall eller förlamningar. Ej håller vet hon, att någon inom slakten missbrukat alkohol.

De *hygieniska förhållanden*, hvarunder pat. lefvat, tyckas i allmänhet hafva varit tillfredsställande, så väl hvad beträffar bostad som kläder och föda.

Föregående sjukdomar. Patienten har såsom barn genomgått vattkoppor och messling — utan komplikationer. För öfrigt säger hon sig hafva varit *fullt frisk ända tils hon insjuknade i sin nuvarande sjukdom.*

Angående den *nuvarande sjukdomen* uppgifver patienten, att den började d. 17 maj med *hufvudvärk, frysnings, ondt i halsen, svårighet att svälja, kräkningar*; hon *hostade* äfven något med ett sparsamt, gråhvitt, slemmigt expektorat, som ej innehöll några fastare partier. Såsom orsak till sitt insjuknande tyckes pat. vilja antaga *förkylning*, som hon skulle ådragit sig i kyrkan föregående söndag (d. 14/5). Anmärkas bör likväl, att *åtskilliga personer*, som pat. varit tillsammans med, ungefär *samtidigt varit sjuka* med ungefär liknande symptom af *ondt i halsen, svårighet att svälja, hufvudvärk och feber*. I allmänhet tyckes likväl sjukdomen hafva varit *lindrig*. De sjuke voro visserligen *sängliggande ett par dagar, men blefvo sedan snart återställda*; och pat. har sig ej bekant, att någon annan än hon själf fått några sviter.

D. 18/5 måste pat. intaga sängen; hon hade då *inga* symptom annat än de ofvan nämnda; *inga* tecken till *svaghet i benen*.

D. 21/5 började hon först känna, att *det »ilade» i benen*, samt *myrkrypningar*. Hon iakttog då äfven, att *benen kändes svaga* samt *darrade*, då hon skulle försöka stödja på dem. *Ingen värk eller ömhet*. Hon kunde då ännu gå utan stöd, ehuru benen kändes mycket svaga.

D. 22/5 fortfarande myrkrypning och »ilning» i benen; darrningen och svagheten i benen förvärrades, så att pat. *ej kunde gå utan stöd*. Båge benen ha hela tiden förhållit sig lika. Från denna dag har pat. besvärats af *urinretention*; kunde ej kasta vatten, förr än hon följande dag blef tappad. Aptit och afföring normala.

Hon intogs å akad. sjukhusets med. afdeln. d. 23¹/₅; kunde då ännu gå något med stöd, ehuru benen kändes mycket svaga samt darade, i synnerhet då hon låg och satt.

Daganteckningar.

D. 25. Efter intagningen å sjukhuset kräks pat. ofta upp födan, strax sedan hon förtärt den samma. Ingen afföring sedan intagningen å sjukhuset. Försök har gjorts med lavemang men utan resultat. Buken något uppdrifven med tympanitisk ton. Pat. kan nu ej als stödja på benen. Inga darningar eller myrkrypningar. Nästan fullständig motorisk förlamning, kan endast obetydligt röra på fötterna. Patellarreflexerna något förstärkta. Nästan fullständig anestesi ända upp till thoraxranden. Muskelsinnet i de nedre extremiteterna betydligt nedsatt. Pat. kan ej med säkerhet angifva, om förlamningen, den motoriska så väl som den sensibla, börjat i något visst parti och sedan spridt sig därifrån, eller om den börjat i hela det angripna partiet samtidigt; dock tyckes hon anse, att fötterna först angripits, och att förlamningen därifrån spridt sig uppåt. Hela svalget äfvensom gombågarna äro starkt svullna. Tonsillerna svullna, röda med några mindre, hvita beläggningar.

D. 26. Nedsättningen af sensibiliteten tyckes i dag sträcka sig något högre upp på högra sidan (5:te interstitiet i mamillarlinien); på vänstra sidan som förut.

På aftonen anmärkes, att högra armen är något paretisk; pat. kan ej utföra de aktiva rörelserna med höger arm i samma utsträckning och med samma styrka som med vänstra armen. Ingen nedsättning af sensibiliteten å högra armen iakttagen. På tillfrågan säger sig pat. känna myrkrypningar i högra handen och armen. Pupillerna ovanligt stora. Intet fel i ögonens rörelser eller synskärpan (groft pröfvadt).

Benen förhålla sig som föregående dag. Patellarreflexerna något förstärkta. Ingen dorsalklonus. Inga hudreflexer å benen; mycket svaga å buken. Afföring (efter ol. ricin.).

D. 27. Tydlig pares i högra armen; ingen sensibilitetsrubbnig därstädes. Synskärpan något nedsatt å vänstra ögat.

Status præsens d. 28 maj 1893.

Pat. är sänliggande (intager ej något bestämdt läge i sängen). För sin ålder tämligen lång, ehuru af klen kroppsbyggnad. Hull och muskulatur reducerade. Aptit god (pat. kräkes numera ej upp maten såsom de första dagarna af hennes sjukhusvistelse). Afföring trög, sömn normal. Pulsen jämn, frekvens 104. Temperaturen, mätt i rectum, morgon 38,4, afton 38 (pat. får antifebrin). Urinen håller ej ägghvita eller socker.

Subjektiva symptom: Pat. har inga smärtor, inga hallucinationer.

Psyke. Pat:s ansigtsuttryck är ej slött. Uppfattning, omdöme och minne goda. Lynnet jämnt, stundom något nedstämdt.

Afasi. Ingen form af afasi förefinnes.

Kranialnerver.

I. Utan anmärkning.

II. *Synskärpan å vänstra ögat nedsatt*, så att pat. på 1 meters afstånd knappast förmår att urskilja, huru många fingrar man på detta afstånd håller upp framför henne.

Synskärpan tyckes ej förbättras hvarken med konvexa eller konkava glas. Å *högra ögat* normal synskärpa. Synfälten tämligen normala. En inskränkning af synfälten uppåt torde bero därpå, att pat:s öfre ögonlock hänga ned väl långt å bägge sidor. Oftalmologisk undersökning visar, att begränsningen af *papillen* å vänstra ögat är något otydlig; kärlen något svälda, i synnerhet venerna. Högra ögat utan anmärkning.

Inga synhallucinationer.

Angående ögonens rörelser intet att anmärka, ingen strabism.

Pupillerna äro båda *stora*, mäta ungefär 7 mm. i diameter, *reagera*, churn *trögt*, för ljus och ackomodation.

Trigeminus och facialis utan anmärkning.

Acusticus. Hörseln normal å bägge sidor. Inga hallucinationer.

Pat. kan korrekt igenkänna och angifva de olika smakkvaliteterna, sött, surt, salt och beskt.

Swäljningen försiggår normalt.

Från vagi utbredningsområde intet att anmärka.

Accessorius funktionerar normalt.

Tungan devierar ej. Ingen atrofi.

Spinalnerver.

Känsl. *Bål*: Sensibiliteten är betydligt *nedsatt* å bålen på *högra sidan* upp till 5:te interstitiet i mamillarlinien och utåt i axillarlinien, anestesien följer sedan 5:te interstitiet; på *vänstra sidan* går sensibilitetsrubningen ej så högt; den når där i mamillarlinien ungefär undre toraxranden, i axillarlinien 9:de interstitiet. Öfvergången från de partier, som hafva normal sensibilitet till de partier, där sensibiliteten är nedsatt, sker ej plötsligt, utan så småningom, och kan ej precis angifvas, emedan pat. vid olika försök lemna något stridiga uppgifter.

Å ofvan nämnda parti af pat:s kropp (äfvén motsvarande parti af ryggen) är a) *beröringssinnet* betydligt *nedsatt*, så att man kan beröra pat., utan att hon als märker det. Äfvén b) *smärtsinnet* är *betydligt nedsatt*: man kan nypa pat. rätt hårdt eller sticka henne med knappålar, utan att hon känner det. c) *värmesinne*: pat. angifver alltid rätt, om hon beröres med ett proför, fylld med vatten af omkr. 50°. Vidrör man henne däremot med ett proför, fylld med vatten af omkr. 10°, säger hon vanligen, att äfvén detta är varmt. Temperatursinnet bättre å vänstra sidan än å den högra.

Armar: *Beröringssinnet å högra armen något sämre* än å den vänstra. För öfrigt intet att anmärka.

Ben: Å bägge benen är *sensibiliteten betydligt nedsatt* och i ungefär lika grad å bägge.

Beröringssinne. Vidröras benen lätt med fingret eller med en pappersremsa, känner pat. det ej.

Smärtsinne. Man kan nypa pat. rätt hårdt eller sticka henne med knappnålar å benen, utan att hon känner någon smärta. Smärtsinnet tyckes vara något sämre på underbenen och fötterna än på låren.

Angående *temperatursinne* gäller det samma, som ofvan sagts om bålen. Läger man hennes fot eller ben direkt emot järnsängen, känner hon ej att den är kall.

Muskelsinne tyckes nästan fullständigt saknas. Pat. vet ej, hur hennes ben ligga, om hon ej sett det. Om pat. blundar kan man lägga hennes ena ben utanför sängen, utan att hon märker det.

Motilitet. *Bål:* Pat. kan ej resa sig upp i sängen i sittande ställning eller vända sig på sida. Bukmuskelnerna *paretiska*.

Armar: Tydlig *pares* i högra armen; pat. kan endast röra högra armen obetydligt och med mycket ringa kraft.

Vänstra armens rörelser utan anmärkning.

Ben: Nästan fullständig *förlamning* i bägge benen; pat. kan dock röra något på tårna. *Inga ryckningar eller darrningar.*

Reflexer. Patellarreflexer saknas nu å bägge benen. Ingen dorsalklonus. Inga plantarreflexer. Inga hudreflexer å buken.

Blåsan tömmer sig ej, utan pat. måste dagligen tappas.

Afföringen trög.

Trofiska rubbningar. Ingen decubitus. Muskelnerna kännas i allmänhet *slappa*, något *atrofiska*.

Från hjärta, lungor, lever, mjälte intet att anmärka.

Buken utspänd, tympanitisk perkussionston.

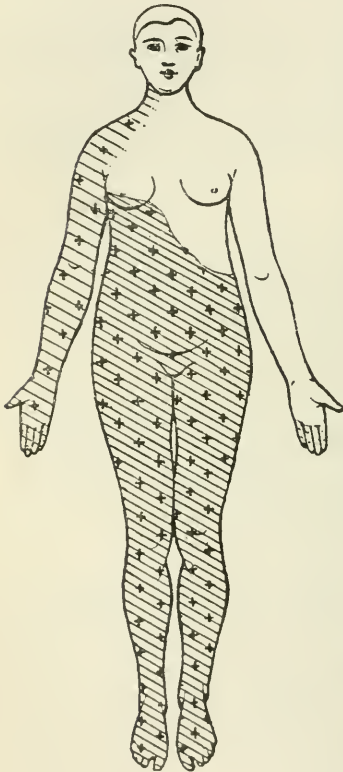
Daganteckningar.

D. $\frac{29}{5}$. Högra armen nästan fullständigt paretisk; något nedsatt beröringssinne. *Vänstra armens rörelser något svaga.* Ingen sensibilitetsrubbning iakttagen å vänstra armen.

D. $\frac{30}{5}$. Gränsen för sensibilitetsrubbningen å bålen sträcker sig nu på högra sidan i mamillarlinien till 7:de interstitiet (se för öfrigt *figuren*, sid. 8), å hvilken *shatteringen anger utbredning och styrka af den motoriska paralyzen och +++ utbredning och styrka af anestesien d. $\frac{30}{6}$.*

Något mera utpreglad *pares* i vänstra armen än förut. Köldsinnet å högra armen nedsatt. Tonsillerna något svällda.

D. $\frac{31}{5}$. Lindrig *ptosis* å båda ögonen; pupiller lika stora, reagera trögt för ljus, ej för ackomodation. *Hyperestesi* af *nedre delen af ansiktet*. *Mjuka gommen* står å *vänster sida* något lågt. Hörsel och smak goda. Andningen abdominal, *kan ej göra djupa inspirationer*. Röst nasal, *högra stämbandet mindre rörligt* än vänstra. *Cucullaris* och *sternocleidomastoidei atrofiska, paretiska*. Tungans spets devierar ej, kan räckas ut normalt.



Vidröringssinnet: å bålen nedanför mamillplanet *anestesi* och *analgesi*. Där ofvanför till klaviklarna samt utåt sidorna bibehållet vidröringssinne och möjligen hyperalgesi. Å halsen och skuldror bibehållet vidröringssinne. Å *höger arm* normalt vidröringssinne utom å dorsalsidan af höger hand med dess fingrar. Å *vänster arm* normalt vidröringssinne. Benen anesthetiska. *Smärtsinnet*: i armarna hyperalgesi, i benen analgesi. *Köld och värme-sinnet*: i armar normalt, i benen borta; på samma sätt förhåller det sig med ortsinnet.

Motilitet: bålen och bukens muskler paralytiska. *Vänster arm* paretisk, *höger arm* paralytisk, medger dock svag böjning af fingrarna, antydan till pronation och supination af handen, och böjning i underarmen (mycket svag rörelse).

Benen paralytiska. Inga ryckningar i armarna, långsamma ryckningar i benets böjningsmuskler. Muskelsinnet normalt i armen, borta i benen.

Elektr. retbarhet (faradisk ström): nedsatt retbarhet och långsamma kontraktioner på armarna, å benen ingen ryckning. Inga kontrakturer, inga reflexer.

Förlamning af blåsan, *pares* och *anestesi i rectum*. Inga decubitus, *höggradig atrofi af muskler*. Temp. $37,7^{\circ}$ — 39° . Från hjärta, lungor, lever, mjälte intet anmärkningsvärdt. Buk uppdrifven. Huden normal. Urin: sp. v. 1,016, endast 625 kem. på en dag.

D. $\frac{4}{6}$. Betydlig *hyperestesi i högra armens hud*, mest på underarmens sträcksida och dorsum manus. *Armen* ligger fullkomligt *orörlig*, endast i axelleden kan en ringa rörelse ske.

D. $\frac{7}{6}$. *Hyperestesen* betydligt minskad. *Rörelseförmågan* har delvis återkommit, men sträckning af underarm och hand är dålig (radialis), å *vänster arm* dock bättre.

D. 9/6. Ingen hyperestesi, rörligheten ytterligare förökad. *Sensibiliteten i benen börjar återkomma, är i armar normal.*

D. 11/6. Pat. kan röra tårna. *Trombos i höger ben. Urininkontinensen fortfar.*

D. 13/6. Rörligheten i benen ytterligare något ökad.

D. 15/6. Normal känsel i armar, ingen hyperalgesi, utom i skuldrorna. *Sensibilitet i öfrigt såsom ofvan. Trombos och urin-rektal-inkontinens fortfara.*

Senare delen af juni: Decubitus å sacrum samt båda trokanterrerna. Trombosen förbättrad. *Rörlighet rätt god i båda armar, bättre i den vänstra; någon rörlighet i tår och knäleder.*

Början af juli: Decubitus ganska utbredda, hvardera minst flat-handstora. *Rörlighet fullt god i båda armarna och händerna, obetydlig i tår och knän, något bättre i höger ben. Sensibilitet för beröring betydligt nedsatt nedanför ett plan, lagdt på höger sida genom mamillen framtill, midten af scapula baktill snedt nedåt vänster, till nedre bröstkorgranden framtill, nedre scapula-vinkeln baktill; i ben och buk nästan analgesi, hyperestesi i skuldror, i armar full känsel.*

Senare del af juli: *Decubitus* mer utbredda, nu äfven på insidan af knän och å malleoli. *Rörlighet* ungefär som förut, *sensibilitet* likaså; *inkontinens* fortfarande i blåsa och tarm; *reflexer borta å benen.*

Sista veckan af juli: Utbredd svår *bronkit* å båda lungorna, hosta utan förmåga till upphostning, tecken till *bronkopnevmoni.*

D. 4 augusti: Död.

Temperaturtabell.

Urinmängd.

		Morg.	Aft.				
Maj	23	—	38,2	Maj	30	625 kcm.	
	24	38,1	39,1		31	625 >	
	25	38,4	39	Juni	1	750 >	
	26	37,8	37 antifibrin.		2	500 >	
	27	38	38,5		3	625 >	
	28	38,4	38 antifibrin.		4	875 >	
	29	38,4	38 >		5	750 >	
	30	37,8	38,3 >		6	750 >	
	31	37,7	39		7	750 >	
	Juni	1	37,5	37,9			
		2	37,3	38,5			
3		37,8	38,1				
4		37,5	37,3				
5		37	37,5				
6		37,3	37,7				
7		37,5	39,4				
8		38,3	39,6				

		Morg.	Aft.			Morg.	Aft.	
Juni	9	38	39,8	Juli	6	37,5	38,6	
	10	37,8	38,9		7	37,5	38,6	
	11	37,5	38,7		8	37	38,3	
	12	37,2	39		9	37,4	38,1	
	13	37,3	38,6		10	37,2	38,7	
	14	37,8	38,5		11	37,2	38,3	
	15	37,7	38,2		12	37,1	38,3	
	16	38,5	39,4		13	36,7	38,7	
	17	38	38		14	37,7	39,1	
	18	37	39,5		15	37,5	38,5	
	19	37,1	38,3		16	37,1	38,7	
	20	37,8	39		17	37,5	39,1	
	21	37,5	39,1		18	37,2	39,8	
	22	37,8	38,9		19	37,7	39,3	
	23	37,9	39,2		20	37,8	38,5	
	24	37,3	39,3		21	36,9	38,5	
	25	38,8	39,1		22	37,8	38,6	
	26	38,8	38,8		23	37,7	38,6	
	27	38,3	39		24	37,4	37,4	
	28	38,5	38,8		25	37,3	38,5	
	29	38,7	39,2		26	37,4	38,5	
	30	38,4	40		27	38	39,5	
	Juli	1	38,5		39,8	28	38,1	39,7
		2	38,6		39,7	29	38,5	39,5
		3	38,1		39,7	30	38,6	39,6
		4	38		39,3	31	39	38,1
		5	37,8		39,3	Aug. 1	37,6	39,9

Sektion. I följd af min tjänstledighet och frånvaro vid sektion, blef ej hjärnen tillvaratagen.

Ryggmärgen makroskopiskt.

Dura mater företer intet abnormt, dess insida är glatt, utan förtjockningar eller psevdomembraner.

Pia mater är likaså makroskopiskt normal.

Ryggmärgen härdades i Müllers lösning, hvarefter ett större antal preparat förfärdigades från olika höjd. Den företedde utanpå inga makroskopiskt märkbara förändringar.

Mikroskopiskt.

Snitt från midten af *cervikalregionen* (bild 1).

Dels i *framsträngen*, motsvarande främre hornets spets, några smärre strödda skleroser (se bild 1) med mer eller mindre skada å de utgående motoriska nerverna. I den mediala sklerosfläcken äro märke-skidorna till största delen försvunna (färgas ej af Weigerts färgning), i de mera laterala äro talrika nervers skidor kvar.

I bägge periferierna af snittet sparsamt urfall af nervtrådar.

De *Goll'ska strängarna* ljusare än vanligt med tydlig *degeneration*; talrika nervelement finnas dock ännu kvar mellan sådana som förlorat sina nervskidor.

Den *grå substansen* intakt.

Snitt omkr. 6 cm. nedom cervikalansvällningen.

Hela snittet brokigt genom de större och mindre skleroserna. Deras fördelning är oregelbunden. Skleroserna i framsträngarna sträcka sig äfven in i framhornen. I vänstra framsträngen finnes en större sådan, likaså intages den centrala hälften af de *Goll'ska strängarna* af en stor skleros. Resten af de *Goll'ska strängarna* lindrigt degenererade.

Pyramidbanorna föga augripna.

De främre hornen å bägge sidor i stor utsträckning augripna.

Snitt omkr. 14 cm. ofvanom ryggmärgens spets.

Snittet har betydligt olika utseende mot det förra. Hufvudsakligen den v. *Goll'ska strängen* sklerotisk, nästan i hela sin utbredning, den h. tämligen intakt. I närliggande snitt bägge strängarna oregelbundet sklerotiska. För öfrigt talrika små skleroser hufvudsakligen i den hvita substansen.

Bägge framhornen destruerade på en del snitt, å andra är nästan hela den *grå substansen* förändrad.

Snitt omkr. 11 cm. ofvanom ryggmärgens spets (bild 2).

Hufvudsakligen baksträngarna, så väl *GOLLs* som *BURDACHs*, oregelbundet sklerotiska. För öfrigt strödda smärre härdar. Framhornen och hela den *grå substansen* föga förändrad.

Snitt omkr. 7 cm. ofvanom ryggmärgens spets (bild 3).

Det bakersta segmentet af baksträngarna sklerotiskt. Den *grå substansen* ringa förändrad.

Lumbalmärger (bild 4).

Enstaka smärre sklerotiska härdar i framsträngarna.

Grå substansen tämligen intakt, liksom baksträngarna.

Enstaka härdar i de utgående bakre nervfaskiklarna.

Cauda equina.

I de gjorda snitten inga större makroskopiska härdar, men väl under mikroskopet tämligen riklig degeneration af märke-skidorna.

Hvita substansen. I nu omtalade större sklerotiska härdar färgas ej märke-skidorna af Weigerts hematoxylin, däremot finnas i de mindre talrika nerver med mer eller mindre bibehållna nervskidor. För öfrigt

finnas *alla stadier och gradationer af degeneration* af nervskidorna, såsom bäst synes å längdsnitt. Men å karminpreparat visar sig, att i *allmänhet axelcylindrarna äro väl bibehållna*, under det att dessa i *vissa partier*, där förändringen är intensivast, hafva förlorat sin normala förmåga att färgas och äro *stadda i sönnerfall* (bild 6).

*Nevroglia*n är i de sklerotiska härdarna påfallande tätare samt kärnrigare, bestående af tätare balkar än å normala områden.

Grå substansen (bild 8). Förändringen har hufvudsakligen träffat de främre hornen och är mycket oregelbunden.

Gangliocellerna äro i dessa härdar dels fullständigt undergångna, dels partielt degenererade, förminskade till storlek och med atrofiska utskott. Därjämte talrika stjärnformiga celler, nybildade (?) *nevroglia-celler*.

Kärnen (bild 7) tyckas vid svagare förstoring vara mycket förtjockade, men blott i de sklerotiska partierna. Vid starkare förstoring ser man, att de äro utspända och fullproppade af blodkroppar, men att deras *väggar äro tunna* och als icke eller blott föga förändrade. Däremot finner man rundt omkring dem en riklig utvandring af leukocyter, af hvilka de flesta bibehållit sin form. Därjämte finnas spolformiga celler. Några celler innehålla små, ofta kantiga korn, som färgas svarta af Weigerts färgning (rester af mærgskidor?).

Lymfskidorna äro starkt utspända.

Gangliocellerna förhålla sig helt olika i olika delar af ryggmärgen. Färgning efter metylén (efter NISSL), karmin o. s. v.

I *cervikaldelen* och *lumbalansvällningen* äro de på det hela *normala*. Det är endast undantagsvis, som man här träffar någon tydlig förändrad cell. De äro ock till antalet normala.

Däremot i *dorsalregionen* träffas i vissa snitt (såsom från öfre dorsalmärgen) särskildt i ena främre hornet knapt någon normal gangliocell eller enstaka normala jämte alla öfvergångar från normala till sådana, som blott utgöra en liten rundad skrumpen hop af korn. Så-lunda finnas:

- 1) ansvälda celler med rundad något uppblåst kropp, bibehållen kärne med kärnkropp samt vackra utkott;
- 2) celler med väl bibehållen kropp med korta eller bleka utkott och bibehållen kärne och kärnkropp;
- 3) rundade kroppar utan utkott, men med bibehållen kärne.
- 4) rundade kroppar af korn utan kärne och utan utkott; samt
- 5) skrumpnade kornhopar. Äfven dessa kornhopar färgas af metylén.

Perifera nerver (osmium-preparat).

Nervus radialis dexter. *Stammen* håller dels normala talrika, dels lindrigt korniga nerver; dels finnes framskriden typisk degeneration, slutligen *tomma skidor*.

Perifer gren: flertalet nerver äro normala; i en del smala nervrör finnes en fin kornighet i märgskidan, såsom ett första tecken till degeneration, vidare tecken till periaxial nevrut.

Nervus rad. sin. *Stam:* hufvudsakligen normala och en del lindrigt korniga nerver.

Perifer gren: flertalet nervtrådar äro normala, enstaka såsom i h. radialis degenererade.

N. median. dexter. *Stam:* hufvudsakligen normala nerver, bitvis fullständig degeneration och tomma skidor.

Perifer gren såsom stammen.

N. median. sin. *Stam:* flertalet nerver äro normala, *enstaka* smala äro något korniga.

Perifer gren såsom stammen.

N. ulnaris dexter. *Stam* såsom n. radialis dexter, dock ej så riklig degeneration.

Perifer gren såsom radialis' *stam*; tämligen riklig degeneration.

N. ulnaris sin. *Stam:* mindre framskriden och mindre riklig degeneration.

Perifer gren: tämligen riklig och framskriden degeneration.

N. ischiadicus dexter. *Stam:* knapt några normala trådar finnas, rikligt sönderfall af nervtrådar.

Perifer gren såsom *stam* samt rikligt tomma skidor.

N. ischiadicus sinister. *Stam* såsom å höger sida.

Perifer gren såsom å höger sida.

Degenerationen är sålunda i nervi ischiadici så utbredd, att knapt några normala trådar finnas; i högra armens nerver är degenerationen relativt lindrig och ännu mer i vänstra armens nerver, ity att här de normala nervtrådarna vida öfverväga.

Sammanfattning.

En förut frisk 14-årig flicka insjuknade d. 17/5 1893 samtidigt med flere andra personer af hennes umgänge i en akut halsåkomma af tämligen lindrig art. På 2:dra dagen måste hon intaga sängen, på 5:te inträdde ilningar och myrkrypningar i benen, som darrade och kändes svaga. Ingen värk eller ömhet. På 6:te dagen kunde hon ej gå, och nu inträdde ock urinretention. Då hon på 7:de dagen intogs kunde hon dock ännu något stödja på benen, men de darrade, då hon låg eller satt.

D. 25/5 var förlamningen nästan fullständig i benen, och bålen var anestetisk ända upp till bröstkorgranden. D. 26 angreps äfven högra armen af svaghet, och anestesien gick på höger sida upp till 5:te interstitiet. Myrkrypningar i högra armen, men ingen anestesi. Patellarreflexerna något förstärkta, hvilket redan förut bemärktes.

D. $\frac{28}{5}$. Från kranialnerverna intet anmärkningsvärdt, utom att synen på vänstra ögat är betydligt nedsatt och ögonlocken ej så lätt lyftas; pupillerna stora med trög reaktion. Anestesi i bägge benen och bålen upp till bröstkorgen, å högra sidan ända till 5:te interstiet. Alla sensibilitetskvaliteter betydligt nedsatta, dock minst värme-sinnet, å det anestetiska området. Pares i högra armen och buk-muskler; paralyt i benen; urinretention. Nu inga patellarreflexer. Muskulaturen slapp, atrofisk. Under de följande dagarna blef äfven vänstra armen svag; ptos å bägge ögonen. Hyperestesi i nedre delen af ansiktet och å högra armen. Rösten nasal, högra stämbandets mindre rörligt; halsens muskler förlamade. Nedsatt elektrisk retbarhet med långsamma kontraktioner, anestesi hos rectum.

D. $\frac{11}{6}$. Trombos i högra benet. I senare delen af juni förbättring af rörelsen i armar och ben. Sensibiliteten i benen börjar återkomma. Decubitus. Marasmus.

Juli: Tillstånd stationärt; slutligen bronkopnevmoui.

D. $\frac{4}{8}$. Död. Temperaturen växlade under hela tiden mellan 37—40° C.

Sektion. Talrika, strödda, sklerotiska härdar i hela ryggmärgens längd, minst dock i *cervikalmärgen*, där blott några små, knappnåls-hufvudstora härdar finnas, men därjämte en tydlig *sekundär degeneration af Golls strängar*; likaså äro *förändringarna i lumbalmärgen mindre utpräglade* än i *dorsalmärgen*. I denna senare äro *hårdarna lika talrika som stora och oregelbundna*. I nedre delen intaga de hufvudsakligen de Goll'ska strängarna men på ett oregelbundet sätt; de finnas strödda öfver hela ytan, minst dock i pyramidsträngarna. De gripa ock öfver på den grå substansen i främre hornen. I dessa härdar äro nervtrådarna mer eller mindre fullständigt degenererade. Axocyliindrarna finnas ofta kvar, gränsen mellan sjuk och frisk väf är ingalunda skarp. I den grå substansen äro, där skleros finnes, de stora gangliocellerna mer eller mindre fullständigt förstörda, och väfnaden innehåller talrika nevrogliaceller och fibrillär bindväf. I de utgående nervernas rötter finnas liknande härdar. Kring kärlen riklig cellutvandring, kärlväggen själf oftast oförändrad. Processen synes ha spridit sig från dorsalmärgen uppåt och nedåt. Dessutom en utbredd och framskriden degeneration af benets nerver och ringa degeneration i armens nerver.

Epikris. Att den här föreliggande halsåkomman varit en lindrig difteri, framgår med all sannolikhet däraf, att flere af patientens umgänge samtidigt insjuknat, äfvensom af sjukdomens duration och sviter. Förlamningen liknade på det hela en difterisk. Förlamning af gom och larynx inträdde dock senare än af benen. Denna senare började mycket tidigt (på 5:te dagen), åtföljdes af ilningar men ej värk, såsom brukligt är vid difteri.

Men förlamningen skilde sig från den vanliga difteriska, genom att *patellarreflexerna först voro förstärkta* (senare borta) samt genom *blåsparys*, genom den *utbredda anestesien* å bålens nedre två tredjedelar samt genom utbredningen af paralyser, som först angrep benen, senare de bulbära nerverna. På grund här af var man *ej* berättigad att ställa diagnosen *polyneuritis utan myelitis*, om än de omtalade darrningarna till någon grad kunnat i sjukdomens början försvara diagnosen disseminerad skleros. En återgång i symptomen inträdde redan under juni, då sensibiliteten i benen förbättrades. Såsom sjukdomen artade sig, var man nödsakad att ställa diagnosen: myelitis.

Sektionen visade åter en *selérose en plaques* jämte *neurit*. *Ett dylikt sektionsfynd synes ännu ej vara iakttaget efter en difteri*. Däremot finnas åtminstone 3 *kliniska* fall af *selérose en plaques* observerade efter difteri.

Fall 1. STADTHAGEN (Arch. f. Kinderheilk., bd V, hft. 1 & 2. Ref. in Neurol. Centralbl. 1884, s. 157). En 11-årig gosse genomgick i sitt 4:de år difteri, åtföljd af förlamning af gommen. Talet bibehöll sin nasala beskaffenhet. Gången var klumpig. Senare släpade han högra benet. Sedan 2 år (sålunda 5 år efter difterien) blef armen också svagare, och benet darrar. På sista tiden äro äfven vänstra armen och vänstra benet något svaga vid rörelser. Efter hand utbildade sig spastiska symptom från bulben, hvilka erinrade om en *selérose en plaques*. *Intentionsdarrning* omnämnes *ej* (i referatet).

Fall 2. SCHOENFELD (T. Diss. Berlin 1888. Ref. i Neurol. Centralbl. 1888, s. 499). En 15-årig gosse genomgick difteri i sitt 9:de år. Kort därefter inträdde intentionsdarrning, pares, rubbning i gången o. s. v. Senare svindelanfall med talrubbning.

Fall 3. SCHOENFELD (anf. st.). En 11-årig flicka hade difteri vid 8 års ålder. Kort därpå uppträdde ungefär samma symptom som i förra fallet.

Vidare har RENDU meddelat ett fall af supponerad *selérose en plaques efter angina tonsillar*. Om den för handen varande peroneusförlamningen med stegrad patellarreflex m. m. beror på en dylik patologisk process, får dock anses ovisst.

Slutligen har ROLLAND meddelat ett *kliniskt* fall efter *angina phlegmonosa*.

Ifrån nämnda fall skiljer sig mitt genom, att i detta selérose en plaques följer omedelbart efter difterien, hvarigenom dess omedelbara samband med difterien är så påtagligt.

Ökadt intresse få dessa observationer, därigenom att det helt nyligen lyckats ENRIQUEZ och HALLION att genom injektion af difteritoxiner framkalla hos 3 hundar »lesions radiculaires, hémorrhagies» och hos 2 af dem »foyers de myélite destructive sourtout dans la substance blanche». (CHARCOT, *Traité de médic.*, tom. VI, s. 769). Dylika »radikulära» förändringar äfvensom härdar i hvita märgen finnas i nu meddelade fall.

Det meddelade fallet sammanbinder sålunda de omnämnda 3 kliniska fallen med experimentets resultat på ett vackert sätt och fyller därigenom en lucka.

Samtidigt sprider det ljus öfver etiologien till sclérose en plaques.

I detta hänseende är att märka följande:

Sklerosens samband med föregående sjukdomar synes nu mera vara höjdt öfver alt tvifvel; men vid granskning af talrika sjukdomshistorier finner man, att sklerosen sällan följt omedelbart på infektionssjukdomen; oftast förgå ej blott månader utan år, innan den typiska bilden af skleros framträder, hvadan dess sammanhang med infektionen ingalunda är så i dagen fallande som i föreliggande fall.

Att skleros ingalunda är en sällsynt sjukdom hos barn är visadt genom UNGERS, PIERRE MARIES och senast NOLDAS sammanställning af dylika kliniska fall, men ännu 1893 hade enligt STRÜMPELL och BRUNS detta ej blifvit patologiskt anatomiskt visadt; PIERRE MARIE anför dock 1883 ett obduktionsfall. Ett dylikt bevis är dock betydelsefullt, då diagnosen på denna sjukdom intra vitam, som känt är, måste anses rätt osäker.

Särskildt intresse får detta fall såsom ett fall af *akut skleros*. Såsom allmänt känt är, uppstår ofta sklerosen akut, men förlöper sedan kroniskt; och såsom subakuta betecknar man i regel fall, som aflöpa inom ett par år. *Akuta fall*, som kommit till sektion inom några månader efter uppkomsten, äro *yttre st sällsynta*, om ens kända.

Då man erinrar sig att i mitt fall sjukdomen inträdde omedelbart efter difterien, och att ENRIQUEZ och HALLION genom insprutning af difteritoxiner lyckats framkalla härdar af myelit i den hvita substansen, så blir sklerosens samband med spridning af toxiner i högsta grad sannolikt, om än ett dylikt samband synes förnekas af en del författare (v. JAKSCH, *Neurol. Cbl.* 1895, s. 949). Och denna sannolikhet ökas därigenom, att

här äfven en utbredd *nevrît* förelåg, då ju *nevrit*er ofta orsakas af toxin-inverkan.

I *kliniskt* hänseende är som bekant sklerosens diagnos faktiskt ganska osäker. Många fall som i kliniskt hänseende varit de tydligaste typer för skleros, ha vid sektion ej visat någon disseminerad skleros — detta är en allmänt känd sak. Föreliggande fall företedde inga tecken till skleros, men väl bilden af en *myelit*. Frånvaron af patellarreflexer (och följaktligen dorsalklonus), den utpräglade paralyser, som var förenad med fullständig anesthesi, blåsförlamningen, frånvaron af ataxi och psykiska fenomen — allt talade mot skleros en *plaques*. Icke desto mindre anträffades en dylik vid sektion. Af intresse är, att patellarreflexen första dagarna var förstärkt. På grund häraf uteslöts tanken på en *nevrît*. Processen har alltså säkert börjat i dorsalmärgen och senare spridit sig uppåt samt nedåt till lumbaldelen. Senare minskades anesthesien, oaktadt den svåra *nevrit*en i *nervus ischiadicus*, i hvilken nästan alla nervtrådar voro degenererade.

Orsaken till att patienten företett bilden af *myelit*, ligger ock sannolikt ej i utbredningen eller beskaffenheten af de disseminerade härdarna utan dels i sjukdomens exkvisit akuta art, dels i degenerationen af de perifera nerverna. Liksom dess uppkomst berott på de säkert rikliga toxinerna, så visar temperaturen, att sjukdomen hela tiden varit en akut infektionssjukdom, orsakad af fortgående inverkan af toxiner, hvilkas verkan dock efter hand blef allt svagare — en återgång af symptomen inträdde redan från juni månad.

Under ett dylikt stadium måste man antaga här, liksom vid andra analoga sjukdomar, t. ex. poliomyeliten, att det sjukliga agens inverkar både lokalt destruerande eller inflammatoriskt och funktionellt förlamande på hela ryggmärgssnittet.

Dylika fall af skleros, som förete bilden af *myelit*, har jag redan förr mött.

I *patologiskt-anatomiskt* hänseende sprider fallet äfven ljus öfver flere omstridda punkter.

Först låter den frågan uppstå sig, om nu beskrifna fall verkligen är en skleros en *plaques*. Däröfver är emellertid intet tvifvel. Härdarnas form, läge, utbredning, allt öfverensstämmer. Vid Weigerts färgning ser man in i dessa härdar ej spår af nerver, i kanterna åter lemningar af dem, men vid karmin-

färgning framträda talrika axeleylindrar, hvaremot på vissa områden sådana saknas. Axeleylindrarna äro ännu omgifna af en ljus zon, något smalare än det område märgskidan intar. Af skidan finnes altså ännu spår anatomiskt, men den har kemiskt förändrats; den färgas ej mer af hematoxylin; axeleylindern har vanligt utseende eller är omvandlad till en kornig massa, som ej låter sig färgas.

På senaste år hafva flere forskare (M. POPOFF å FLECHSIGS laboratorium, BIKELES å Obersteiners) påvisat, att mången gång axeleylindrar saknas inom de sklerotiska härdarna, och att de olika anatomiska bilderna sannolikt representera olika stadier och bero på olika intensitet af sjukdomen. Att skilja dylika fall, där axeleylindrarna saknats, såsom en »forme sclérose multiloculaire diffuse» (Traité de médecine, tom VI, s. 368) synes altså mindre berättigadt, och detta vinner stöd genom mitt fall.

I afseende på *patogenesisen* kämpa *tre teorier* om herra-väldet. Några (ADAMKIEWICZ m. fl.) se i sklerosen en »primär parenkymatös process», andra (CHARCOT m. fl.) anse sönderfallet bero på en interstitiel process — den förökade neuroglia hindrar genom sitt tryck nervernas nutrition, under det slutligen flere (POPOFF, FÜRSTNER m. fl.) hylla en *vaskulär teori*, sönderfallet beror på en förändring af kärlden, som ger sig tillkänna genom förtjockning eller cellinfiltration af väggarna med efterföljande förtjockning.

Författarne af de olika teorierna andraga hvar och en till stöd för sin teori fakta, hvilkas aktualitet man ej eger rätt att betvifla, iakttagna som dessa fakta blifvit af samvetsgranna forskare. Utan att söka ingå i en närmare granskning af alla *för* och *mot*, hvilket skulle föra för långt, får jag endast framhålla, att i föreliggande fall kärlden voro rikligt blodfyllda men *tunnväggiga* och kring dem funnos rikligt levkocyter.

Erinrar man sig, att myelitiska härdar kunnat framkallas hos hundar genom injektion af difteritoxiner, och att detta akuta fall af skleros uppstått omedelbart i anslutning till en difteri, så återstår väl ej tvifvel, att toxinerna orsakat sklerosen. Huru verka nu dessa? Vi känna, att de 1) inverka på kärlden, 2) underlätta och orsaka diapedes af levkocyter, 3) framkalla nekros af celler och parenkymatösa delar, samt 4) förändra interstitiel väf på sätt vid inflammation sker.

Alla dessa förändringar förefinnas nu i detta fall af skleros, utom möjligen regeneration, och de äro för öfrigt anträffade i fall af skleros (POPOFF), men än framträder den ena än den andra förändringen mera påfallande (REDLICH), allt efter intensitet och kronicitet af intoxicationen. Härigenom förklaras lätt alla de skilda stadier af degeneration och regeneration samt inflammatorisk reaktion, som uppträda. Är processen mera akut öfverväger degenerationen eller nekrosen och utvandringen af leukocyter; i kroniska fall åter den af den kroniska intoxicationen orsakade kärlförtjockningen. Och då nu sklerosen tydligen ofta kliniskt karakteriseras af akuta exacerbationer, så står detta i full öfverensstämmelse med att anatomiskt förefinnas i samma ryggmärg härdar af olika utseende.

De olika teorierna kunna altså sammansmältas genom antagande af, att toxinet inverkar på alla dessa väfnader, som i olika stadier förete olika bilder. Sklerosen är altså en form af inflammation.

Vidare förtjänar påpekas den partiella *uppstigande degenerationen af Golls strängar* i halsmärgen, som ock förr iakttagits i subakuta eller rättare subkroniska fall, och som ytterligare visar, att axelcyldrarna verkligen försvunnit, ehuru blott delvis.

Till sist må framhållas, att sklerosen var komplicerad med en lindrig *neurit* i armarnas nerver och med en långt gången och utbredd nevrisk degeneration i bägge ischiadici och deras grenar. Anmärkningsvärdt är därvid, att oaktadt denna degeneration äro dock de stora gangliecellerna i lumbalmärgens framhorn mikroskopiskt ej förändrade. Vi hafva därför här för oss det säkert sällsynta exemplet på en så långt framskriden degeneration i motoriska nerver, att man ej mer kan upptäcka några normala trådar, utan att de motsvarande motoriska cellerna afficierats. Näppeligen kan detta förklaras på annat sätt, än att axelcyldrarna i allmänhet kvarstodo, oaktadt nervskidorna förstörts.

Uppträdandet af denna neurit talar i hög grad för att processen i ryggmärgen orsakats af toxiner.

Resumé.

Nu meddelade fall företer följande egendomligheter och föranleder följande slutsatser:

- 1) Det är ett sällsynt fall af *selérose en plaques, kombinerad med nevrit, efter difteri.*
- 2) Det är ett *akut* fall, hvartill nästan saknas motstycke.
- 3) Dylik skleros är ännu knapt bevisad anatomiskt hos barn.
- 4) Det visar kliniskt bilden af *myelit*, förklarligt genom dess akuta förlopp och genom närvaron af nevrit.
- 5) Det visar *sambandet mellan infektionssjukdomar och skleros* tydligare än andra fall.
- 6) Det förklaras *kliniskt*, sammanställt med andra fakta, lättast genom antagande af *toxinverkan.*
- 7) Det visar *anatomiskt bilden af en inflammation* och blir ett anatomiskt stöd för, att det primära vid de olika formerna af skleros är att söka i toxinernas inverkan på väfnaderna.
- 8) Utom sklerosen i ryggmärgen förefinnes en *lindrig nevrit i armarnas nerver och en fullständig degeneration i bägge benens nerver.*

Efterskrift.

Efter nedskrifvande af förestående uppsats har en uppsats: *Recherches experimentales sur les alterations du Système nerveux dans les paralysies diphtériques* par I. CROCQ fils, Paris 1896, kommit mig tillhanda, hvilken är af särskildt intresse för ofvan afhandlade fall.

D:r CROCQ har vid inokulation af de Löfflerska bacillerna eller insprutning af det bacillfria difteritoxinet hos kanin framkallat förlamningar, som börjat i bakre extremiteterna, stundom redan på 2:dra dagen, och sedermera äfven angrep de främre. Vid sektion har han anträffat dels nevrit, dels förändringar i ryggmärgens grå substans, som han kallar myeliter, och som

karaktiserats af först ansvällning och sedermera degeneration af gangliecellerna samt proliferation af neuroglia och af ependymcellerna.

Den hvita substansen var endast undantagsvis förändrad. I dessa fall uppträdde här degeneration af nervtrådarna och hyperplasi af neuroglia. Om kärlens beskaffenhet talas föga.

Dessa förändringar äro altså likartade med dem, som ofvan skildrats, ehuru i mitt fall förändringarnas lokalisering varit en annan, och dessa undersökningar af dr CROCC stödjade således i hög grad de åsikter, som ofvan uttalats.

Literatur.

Några af de viktigaste arbetena om skleros, och som här ofvan anförts äro:

1883. PIERRE MARIE: De la sclérose en plaques chez les enfants. *Revue de médecine*, 1883, s. 536.
1884. PIERRE MARIE: Sclérose en plaques et maladies infectieuses. *Progrès médicale*, 1884, n:r 15, 16, 18, 19.
- » FR. SCHULTZE: Über das Verhalten der Axencylinder bei der multiplen Sklerose. *Neurol. Cbl.*, 1884, s. 195.
1885. BABINSKI: Recherches sur l'anatomie pathologique de la sclérose en plaques o. s. v. *Arch. de physiol. et pathol.*, 1885, s. 186.
1887. UNGER: Über multiple Sklerose im Kindesalter. Wien 1887.
1888. CRAMER: Beginnende multiple Sklerose und akute Myelitis. *Arch. de psych.*, 1888, s. 667.
1889. WERDING: Ein Fall von disseminirter Sklerose des Rückenmarks verbunden mit sekundären Degenerationen (*Med. Jahrb.*, N. F., 1888).
- » ROLLAND: Un cas de sclérose en plaques etc. *Méd. des asiles »John Bort»*. Bordeaux 1889. *Ref. Neurol. Cbl.*, 1889, s. 430.
1891. NOLDA: Bemerkungen über Sclerosis cerebrospinalis im Kindesalter und deren Beziehungen zu akuten Infektionskrankheiten. *Cbl. f. Schweizer Ärzte*, 1891, 1 mars.
1893. STRÜMPELL und BRUNS. *Neurol. Cbl.*, 1893, s. 662.
1894. M. POPOFF: Zur Histologie des disseminirten Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. *Neurol. Cbl.*, 1894, s. 321.
1895. FÜRSTNER: Über multiple Sklerose. *Neurol. Cbl.*, 1895, s. 615.
- » HUBER: Zur patholog. Anatomie der multiplen Sklerose des Rückenmarks. *Virch. Arch.*, bd CXL.
- » SHARPLESS: A contribution to the pathology of the spinal cord in divers palsy. *Journ. nerv. and mental diseas*, 1894, s. 636.
- » BIKELES: Ein Fall von multipler Sklerose mit subakutem Verlaufe. *Arbeit. aus Obersteiners Labor.*, Wien 1895.

1895. REDLICH: Zur Pathologie des multiplen Sklerose. Neurol. Cbl.,
1895, s. 948.
» V. JAKSCH: Anf. st., s. 949.

Om difteri-paralysi:

1878. DEJERINE: Congrès méd. internat. de Genève.
1885. MENDEL: Neurol. Cbl., s. 133.
1892. STOCKHAUS: Virch. Arch., bd CXXIV, hft. 2.
» AUERBACH: Deutsche med. Woch., 1892, s. 165.
» ARNHEIM: Neurol. Cbl., 1892, s. 319. Arch. f. Kinderheilk.,
bd XIII.
1893. EDGREN: Deutsche med. Woch. 1893, n:r 36.
» HENOCH: Neurol. Cbl., 1893, s. 208.
» SEIFERT: » » » s. 113 ff.
1894. BIKELES: » » 1894, s. 559. Arb. aus Labor. von
Obersteiner, 1894.
1895. PREISZ: Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1894, VI. Neurol.
Cbl., 1895, s. 264.
-

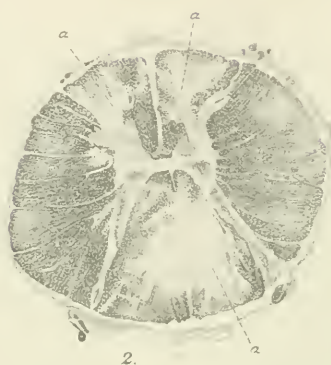
Förklaring af taflan.

Snitt 1—5 äro 6 gånger förstora. Öfriga snitt tecknade vid Zeiss, ok. 4, obj. 4 mm.

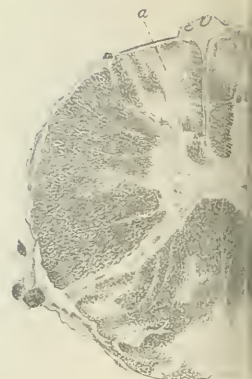
- Bild 1. Snitt från cervikalmärgen. Degeneration af Goll's strängar (*a*).
 » 2. Snitt från dorsalmärgen (omkring 11 cm. ofvanom ryggmärgens spets).
 » 3. Snitt från nedre dorsalmärgen (omkring 7 cm. ofvanom ryggmärgens spets).
 » 4. Snitt från lumbalansvällningen.
 » 5. Längdsnitt från nedre dorsalmärgen.

I snitt 1—5 beteckna de hvita fläckarna (*a*) de sklerotiskt förändrade härdarna.

- Bild 6. En dylik »plaque». Märgskidorna saknas i centrum (*a*) = det hvita partiet. Weigerts färgning.
 » 7. Ett kärl (*a*) från ett sklerotiskt parti. Det perivaskulära rummet (*b*) fyllt af leukocyter. Väfnaden för öfrigt kärnrik.
 » 8. Från den grå substansen i främre hornet, utvisande de degenererade stora gangliocellerna (*a*) och rikligt med stjärnformiga celler (*b*) (nevroglia-celler) och fibriller.



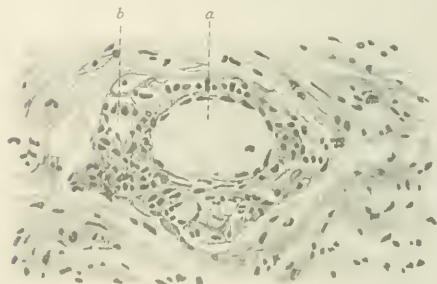
2.



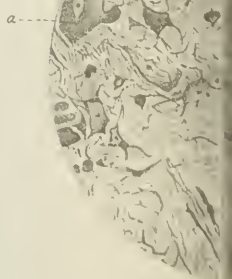
3.

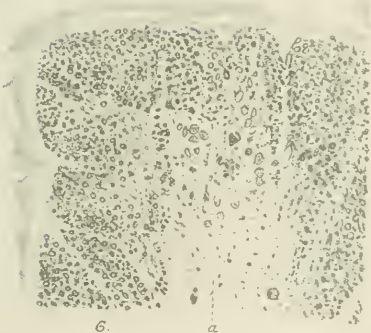
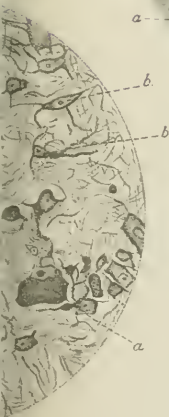
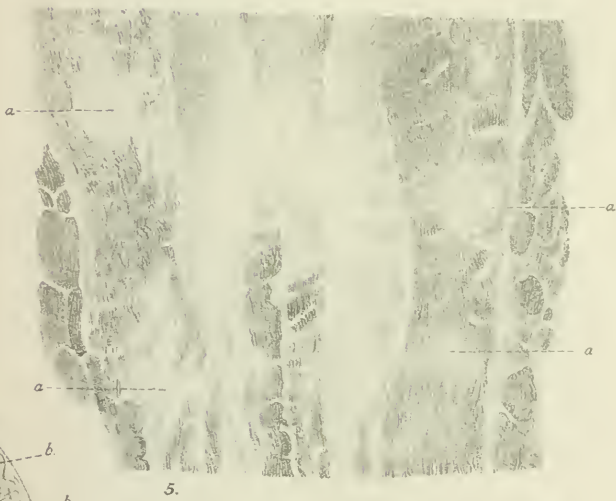
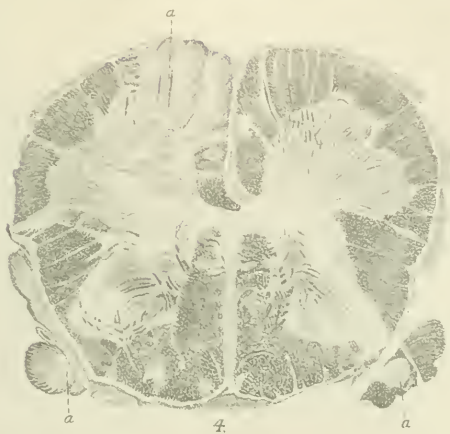


1.



7.





Obstetricisk-gynäkologisk Literaturoversigt ¹⁾ for 1895.

Af

Dr. med. LEOPOLD MEYER

i København.

Svangerskab. Hvad angår Diagnosen tidligt i Svangerskabet, omtaler HEGAR (Freiburg): *Diagnose der frühesten Schwangerschaftsperiode* (D. med. W. 1895, Nr 35, S. 565—67), at det i flere Tilfælde er lykkedes ham ved Siden af Påvisningen af det efter ham benævnte Svangerskabstegn, som han vil have kaldet Kompressibilitet, ikke simpelthen Blødhed af nederste Del af corpus, også at folde Væggen af den gravide uterus. Han kan dog endnu ikke angive, om dette Svangerskabstegn allerede findes i de første to Måner.

Om Stoffers Overgang fra Moder til Foster foreligger der for det første nogle Meddelelser om Morfin og Sukker. Angående Morfin har BUREAU påvist Morfin i Navlesnorsblodet fra et fuldbåret Barn, født af en Kvinde, der havde været Morfinist de sidste 7 År, og som brugte 1 Gm Morfin daglig (Mercredi méd. 1895, Nr 31. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 51, S. 1359). HEINRICH LUDWIG har på CHROBAKS Klinik i Wien fundet Druesukker i Fostervandet fra en Diabetiker: *Ein Beitrag zur Pathologie des Fruchtwassers* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 11, S. 281—84). Pat. fik mod Svangerskabets Slutning akut hydramnios. Hun havde frembudt Symptomer på diabetes i 2½ År. Ved Svangerskabets Slutning var Sukkerprocenten omtr. 3 med en daglig Urinmængde af 2500—3000. Der udtømtes 4 Liter Fostervand. Fosteret stærkt macereret; 3900 Gm. Ved anti-

¹⁾ Da den nordiske Literatur må antages at være Læserne bekendt dels gennem de lokale Tidsskrifter, dels fra Referaterne i »Nord. med. Arkiv» og andensteds, vil den kun blive omtalt, for så vidt vedkommende Afhandling bidrager til at belyse et i Oversigten udførligere behandlet Æmne, eller når andre, lignende Grunde tale derfor. — Mskpt. afleveret Sde April.

diabetisk Kost bedredes Tilstanden hurtigt efter Födselen; ved Udskrivningen 10de Dag var Sukkerprocenten kun 0,1 med en Diuresis på omtrent 3000. I Foster vandet fandtes 0,3 % Sukker. Hvad særligt Overgangen af Bakterier angår, findes der flere interessante Iagttagelser. Således have BAR og RÉNON (Paris) meddelt nogle nye Undersøgelser angående Tuberkulose hos Fosteret: *Présence du bacille de Koch dans le sang de la veine ombilicale de foetus humains issus de mères tuberculeuses* (Sem. méd. 1895, Nr 34, S. 289). De havde hos 5 Børn, fødte af tuberkuløse Mødre, opsamlet noget Blod fra Navlesnuorsvenen og injiceret det på Marsvin. I 3 Tilfælde fik de negativt, i 2 positivt Resultat. I begge Tilfælde syntes placenta normal. Det ene Barn var dødt Dagen før Födselen. Ved Sektionen af det fandtes ingen Tegn til Tuberkulose, og man fandt ingen Baciller i Organerne; men et Marsvin, på hvilket der injiceredes Miltpulpa, fik Tuberkulose, udgående fra Injektionen. Det andet Barn var levende født, døde 4de Dag. Ved Sektionen fandtes Bronkopnevmoni. Både Mødre lede af tuberc. pulmon. Om Tyfusbacillens Overgang findes en udførlig Meddelelse af H. W. FREUND og E. LEVY (Strassburg): *Ueber intra-uterine Infection mit Typhus abdominalis* (Berl. kl. W. 1895, Nr 25, S. 539—42). En 24-årig Kvinde, der havde født 2 Gange normalt, fik i 5te Måned af sit 3dje Svangerskab febr. typhoidea. Tilfældet typisk, middelstærkt. I 4de Uge, da Temperaturen sjældent var over 38,5°, udstødtes temmelig pludseligt Fosteret under stærk Temperaturstigning og Akceleration af Puls. Efterbyrden fulgte uden synderlig Blødning. Decidua løsnedes med Fingeren og udtoges in toto. Da Temp. 3 Timer p. p. endnu var 38,6°, gaves 0,40 Kinin; 3 Timer herefter var Temp. falden til 36°, 4 Timer herefter endog 35°. I øvrigt forløb Puerperiet normalt, uden at dette eller den tyfoide Feber udøvede nogen ugunstig Virkning på hinanden. Fosteret levede, men døde strax. Det og Efterbyrden samt decidua opfangedes i en steril Glasskål. 20 Min. p. p. anlagdes Kulturer af Miltsaft, Hjärteblod og placenta. Fra førstnævnte og sidstnævnte kom der sparsomme Kolonier af ægte Tyfusbaciller (med de som karakteristiske ansete Skelnemærker fra *b. coli comm.*); ved at dyrke et Stykke Milt i Bouillon i 12 Timer ved 37° fik man herfra talrige af disse Kolonier. I øvrigt frembød Fosteret intet abnormt, undtagen at Milten var lidt forstørret; særlig fandtes intet abnormt i dets Tarmkanal. Heller ikke i placenta eller decidua fandtes noget abnormt. Forfl. slutte heraf, at den tyfoide Feber ikke har fremkaldt nogen endometritis, og at det er gådefuldt, hvad der har bevirket Fosterets Udstødning. De mene tillige, at Bacillerne ere trængte gennem den uskadede placenta, da de ikke have fundet Hæmorrhagier eller andre Forandringer; men da de mikroskopisk kun have undersøgt et mindre Segment af placenta, holder denne Påstand næppe Stik. Overgangen af Streptokokker er påvist af BIRDONE (Teratol. Quarterl. contribut. to intraut. pathol. Octb.—Decb. 1894. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 30, S. 840). Moderen led af erysipelas, endocarditis og purulent peritonitis med Leverabsces; i Blod og pus fandtes Streptokokker. Fosteret døde strax efter Födselen. I Navlesnuorsblodet fandtes Streptokokker, og sådanne fandtes også i

endokarditiske Belægninger hos Fosteret. At også den ved Influenza så hyppige Afbrydelse af Svangerskabet i alt Fald til Dels beror på Sygdomsstoffers Overgang til Fosteret, er vel sandsynligt; men den ved Influenza, som det synes, hyppige endometritis spiller sikkert også en Rolle i denne Henseende. Undersøgelser om Influenzaens Virkning på de kvindelige genitalia meddeles af RUDOLF MÜLLER (München): *Weiblichen Beobachtungen bezüglich des Einflusses der Influenza auf den weiblichen Sexualapparat* (Münch. med. W. 1895, Nr 41, S. 952—54). Forf., der allerede tidligere har offentliggjort Undersøgelser om dette Spørgsmål (se Literaturovers. Bd 8, S. 109), har nu i alt iagttaget Forholdene hos 157 Patienter. Af disse vare 21 gravide, og hos ikke mindre end 17 af disse afbrødes Svangerskabet (i 1 af disse Tilfælde var Fødselen dog muligvis rettidig). Lokkierne holdt sig påfaldende længe blodige. Hos de øvrige 136 fandtes med Undtagelse af 3 Tilfælde en Påvirkning af Sexualorganerne, navnlig i Form af Meno- og Metrorragier; ligeledes iagttoges Forværrelse af forud tilstedeværende Lidelser i Genitalorganerne.

Et meget interessant Bidrag til Læren om Svangerskabsnefriten ydes af JOSEPH GOSSMANN (München): *Zur Casuistik der typischen Schwangerschaftsniere* (Münch. med. W. 1895, Nr 26, S. 597—98). Forf. meddeler fra Privatpraxis et Tilfælde, hvor en Kvinde i sit 5te til 13de Svangerskab, altså 8 Gange (deraf dog kun de 3 sidste sikkert iagttagne) fik Albuminuri i højeste Grad med Ödemer, Åndeöd o. s. v., og hvor Albuminurien hver Gang svandt hurtigt og fuldstændigt efter Fødselen og først kom igen i 6te—7de Måned af næste Svangerskab. De fleste af de 8 Børn dødfødte, det 13de levede dog og blev i Live, og placenta viste ikke det ringeste Infarkt. — Angående Spørgsmålet om, hvor vidt nephritis i Svangerskabet afgiver Indikation for kunstig Afbrydelse af Svangerskabet, belyses dette fra en enkelt, vigtig Side af P. SILEX (Berlin): *Ueber Retinitis albuminurica gravidarum* (Berl. kl. W. 1895, Nr 18, S. 385—89). Støttet til et forholdsvis stort Materiale, deriblandt 16 længere Tid iagttagne Tilfælde, tilråder Forf. bestemt at afbryde Svangerskabet, så snart der hos en gravida med Albuminuri optræder Synsforstyrrelser, og i alt Fald så snart Undersøgelsen med Öjenspejlet viser om end nok så ringe Karforandringer.

Vende vi os nu til større Underlivsoperationer i Svangerskabet, da meddeler FERDINAND MAINZER (LANDAUS Klin., Berlin): *Die doppelseitige Ovariectomie bei Schwangeren* (Münch. med. W. 1895, Nr 48, S. 1117—19) et Tilfælde af dobbeltsidig Ovariectomi i Svangerskabet (5te Måned) og har fra Literaturen samlet 17 andre Tilfælde. 1 Moder døde; 3 Gange kom der Abort, 2 Gange partus præmat., i det ene Tilfælde 7 Uger, i det andet 4 Måneder p. o., 11 Gange rettidig Fødsel. Den af FEHLING udtalte Frygt for, at dobbeltsidig Ovariectomi skulde være kontraindiceret i Svangerskabet, da man måtte vente en Afbrydelse af dette på Grund af den i Tilslutning til dette Indgreb i Regelen følgende Blødning fra uterus, viser sig således at være ugrundet.

En meget sjalden Indikation for Laparotomi i Svangerskabet, nemlig et Skudsår med Läsion af Tarmene og uterus, forefandtes i et Tilfælde, der meddeles af ALBARRAN (Paris): *Plaie pénétrante de l'abdomen chez une femme enceinte; laparotomie; guérison* (Sem. méd. 1895, Nr 12, S. 95). Forf. fik den 19-årige Pat. under Behandling 5½ Time efter, at hun havde fået et Revolverskud i Underlivet. Hun havde da kun haft en enkelt Opkastning, men var fuldstændig kollaberet. Ved Laparotomi fandtes 4 Sår i Tyndtarmen, af hvilken 20 Cm. resece-redes. Et 5te Tarmsår lukkedes ved Sutur ligesom et Skudsår i Mesenteriet, hvorfra stærk Blødning. Endnu fandtes i fundus af uterus, der var gravid i 5te Måned, et lille Sår, hvorigennem en Navlesnorslyngje prolaberede. Denne resece-redes, Stumpen reponeredes, og Såret lukkedes med Sutur. Lukning af Underlivet uden Dränage. Abort Dagen efter; Helbredelse.

SNEGNIREFF (Moskwa) meddeler et Tilfælde af Eukleation af et mere end knythåndstort, subseröst, intraligamentært udviklet Fibromyom i Svangerskabets 6te Måned, uden Afbrydelse af Svangerskabet: *Ablation des fibromes de l'utérus par la laparotomie d'après la méthode de Doyen* (Ann. de gyn., Mai 1875, S. 361—76). I et andet Tilfælde måtte han i Svangerskabets 5te Måned fjærne hele uterus sammen med Svulsten; Helbredelse.

Hvad i det hele Spørgsmålet om Fibromyomernes Betydning for Forplantningsprocessen angår, da har LUDWIG KLEINWÄCHTER (Czernowitz), støttet til et betydeligt Materiale, prøvet Rigtigheden af de af HOFMEIER hävdede Anskuelser, at Fibromyomerne ikke have synderlig Betydning som Sterilitetsårsag, og at de kun rent undtagelsesvis give Anledning til Vanskeligheder i Svangerskab, Födsel eller Barselsäng (se forr. Literaturovers., S. 4): *Uterusmyom und Gestation* (Z. f. G. u. G. 32. 2, S. 206—29). Hvad angår det første Punkt, Forholdet mellem Fibromyomer og Sterilitet, slutter han sig ganske til HOFMEIER, medens han er tilbøjelig til at antage, at denne har set for optimistisk på Fibromyomernes Forhold under Födselen.

Et af de sjaldne Tilfælde af traumatisk Ruptur af uterus i Svangerskabet meddeles fra HOFMEIERS Klinik i Würzburg af REUSING: *Ein Fall von traumatischer Uterusruptur in der Schwangerschaft* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 2, S. 41—46). Den sunde, 23-årige primigravida var i Svangerskabets 8de Måned styrtet ned fra en omtr. 4 Meter høj Lade. Hun var falden på Födderne, dernæst på Knæene. Hun var forholdsvis meget lidet medtagen. Den næste Dag indbragtes hun på kirurgisk Afdeling, overlagdes så til den gynäkologisk-obstetriciske Afdeling, hvor der den følgende Dag i Narkose fandtes Tegn til ruptura uteri. Ingen Blødning per vaginam. Dagen efter Laparotomi; Fosteret og en Del Blod i Bughulen. Placenta tampo-nerede Riften, der gik gennem hele Forfladen af fundus. Efter at placenta og Äghinder vare fjærnedede og Riftens Rande glattede, suture-redes Riften som et Kejsersnitssår. Glat Helbredelse. Der gjordes ingen mikroskopisk Undersögelse af Uterinmuskulaturen; men Forf. mener ikke, der foreligger nogen Grund til at antage, at den ikke har været sund; i 3 andre Tilfælde fra de senere Års Literatur synes også

den traumatisk Ruptur af den gravide uterus at være opstået uden Prædisposition i dennes Muskulatur.

En ejendommelig Svangerskabslidelse beskrives af A. GEYL (Leyden): *Zum Oedema acutum cervicis uteri gravidæ, parturientis s. puerperalis intermittens* (Samml. klin. Vortr., N. F., Nr 128). Lidelsen har navnlig været beskrevet af GUÉNIOT; Forf. selv har tidligere meddelt et herhen hørende Tilfælde og har nu atter iagttaget et nyt. Som Navnet angiver, drejer det sig om en i Svangerskabet (sjældent i Fødselen eller i Barselsängen) pludselig opstået Svulst af cervix uteri, der præsenterer sig foran vulva. Fra den akute Prolaps eller Ödem i en bestående Prolaps skelnes Lidelsen ved, at den giver meget ringe Symptomer, at den opstår ved en forholdsvis ubetydelig Lejlighedsårsag og ved, at den svinder spontant ved simpelt Rygleje. Den akute Prolaps medfører altid alvorlige Symptomer og fører næsten stedse til kronisk Prolaps. Ved Ödem af collum ved forud bestående Prolaps svinde Tilfældene ikke som ved det akute Ödem. Ved dette er det vel også Regelen, at lacunaria findes dybtstående; men dette skyldes måske Ödem af det paracervikale Bindevæv. Lidelsen kan gentage sig flere Gange i samme Svangerskab, men behøver ikke atter at indfinde sig i følgende Svangerskaber. Terapien bör være meget tilbageholdende: Rygleje i Sängen med hævet Bækken; man kan gøre lette Repositionsforsøg, men bör ikke forcere disse.

Fødselen. Vi skulle begynde med en kort Omtale af nogle nyere Arbejder om den mikroskopiske Bygning af mola hydatidosa, særlig et større Arbejde af F. MARCHAND (Marburg): *Ueber den Bau der Blasenmola* (Z. f. G. u. G. 32. 3, S. 405—72). Forf. giver en nøje Beskrivelse af et Tilfælde af mola hydatidosa, hvor denne endnu fandtes i uterus, idet Patienten døde nforløst af Anæmi. Vi kunne ikke her give et Referat af de interessante mikroskopiske Undersøgelser, men må nøjes med følgende korte Bemærkninger og i øvrigt henviser til Originalafhandlingen. Det væsentlige ved Moladannelsen ser M. i Forandringer i Epitelbeklædningen af villi, idet det yderste Lag (Synkytium) degenererer, det indre Lag (Cellelaget) hypertroferer. Den efter M's Mening normalt (omtr. i 3dje Måned) stedfindende Indvoxing af Klumper af Villiepitel i decidua, hvor da Synkytium svinder, medens Cellelagets Celler nå en betydelig Udvikling, finder i excessiv Grad Sted ved Moladannelsen, så at decidua serotina for en stor Del går til Grunde. I dette Forhold ser M. også Grunden til, at det såkaldte maligne Deciduom forholdsvis hyppigt forudgås af en mola hydatidosa, idet han betragter denne Svulstform som væsentlig dannet af de fra Epitelbeklædningen på villi stammende Celler; at Deciduomet også kan forekomme uden Hydatidedannelse, beror imidlertid på den ovenfor nævnte, i Følge M. normale Indvoxing af disse Celler i decidua. Selve Hydatidedannelsen skyldes Degeneration af Vævet i villi som Følge af Synkytiets abnorme Tilstand. Uden Kendskab til M's Arbejde er LUDWIG FRAENKEL ved Undersøgelse af 11 molæ hydatid. fra HEGARS Klinik i Freiburg nået til tilsvarende Resultater: *Die Histologie der*

Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren (A. f. G. 49. 3, S. 481—507). Navnlig har han fundet en tilsvarende Proliferation af det LANGHANS'ske Cellelag; men da han ikke har undersøgt molæ i Sammenhæng med uterus, har han ikke kunnet få Forholdet til decidua så klart frem som M.

Et Tilfælde af såkaldet destruerende mola hydatidosa med Perforation af uterus, med Held behandlet med Laparotomi og Total-
exstirpation af uterus (vist nok det 1ste heldige Tilfælde), meddeles af CHRISTOPHER MARTIN (Birmingham): *Spontaneous perforation of pregnant uterus* (Brit. med. j. 2/11 95, S. 1128—29). Pat. var en primigravida i 3dje Måned. Hun var fuldstændig rask, indtil der kom Symptomer på Abort, forudgæede af en Dags Kvalme og Diarré. En Låge fjærnede en hydatidemola fra vagina, »men indførte ikke Instrumenter i uterus». Da M. nogle Timer senere så Patienten, var hun kollaberet med alle Tegn på indvendig Blødning. En i uterus indført Finger følte ikke Perforation. Der skredes strax til Laparotomi, ved hvilken Underlivet fandtes fuldt af Blod. På højre Side af Forfladen af corpus uteri fandtes en valnødstor, hörrod Prominens, på hvis Top der var en lille, rund Perforation, hvorigennem en Dusk vesikuløse villi chorii ragede ud. Uterinvæggen omkring Perforationsåbningen var undermineret og infiltreret med villi. M. gjorde strax Totalexstirpation af uterus. Skönt Pat. var meget medtagen, kom hun sig.

Angående Eklampsien og særlig om dennes Patogenese er der fremkommet nogle Arbejder af Betydning. Særlig må fremhæves en på CHROBAKs Klinik i Wien foretagen Undersøgelsesrække over Urinens og Blodets Giftighed hos eklampcticæ, anstillet af HEINR. LUDWIG og RUDOLF SAVOR: *Experimentelle Studien zur Pathogenese der Eklampsie* (M. f. G. u. G. 1, S. 447—73). Ved at sammenligne Blodserums og Urins Giftighed hos normale fødende og hos eklampcticæ have de fundet, at i det konvulsive Stadium af Eklampsien er Urinen mindre giftig, Blodserum derimod langt giftigere end hos normale fødende; og de have end videre i flere Tilfælde kunnet påvise en tiltagende Giftighed af Urinen i det efter Anfaldene følgende Stadium, hvad ikke før er iagttaget, medens første Del af deres Undersøgelsesresultater stemmer overens med, hvad CHAHBRELENT og TARNIER have fundet. End videre have de fundet, at Urinen i det hele er mindre giftig, Blodserum mere giftigt hos svangre end hos ikke svangre. De slutte heraf, at den svangre Organisme er måttet med de giftige Slutningsprodukter af Stofskiftet eller i alt Fald er tilbøjelig til en Overfyldning med dem. Ved Eklampsien må man da antage, at nogle af disse Stoffer, der ellers udskilles med Urinen, holdes tilbage, og dette kan bero på anatomiske Forandringer af Nyrerne, men sikkert også på blot funktionelle Nyrelidelser. Hvad Oprindelsen til det giftige Stof angår, ere Forfatterne tilbøjelige til at tilskrive de ved Eklampsi så hyppigt forefundne Leverlidelser en vigtig Rolle i denne Henseende, da jo talrige Undersøgelser vise, at Leveren spiller en stor Rolle for Omdannelsen af Stofskiftets Slutningsprodukter. Forfatterne minde således om Karbaminsyrens Optræden i Blodet hos Hunde, hos

hvilke Leveren er delvis udelukket fra Kredslöbet ved Anlæggelse af en Eck'sk Fistel, hvorved Blodet fra Fordøjelseskanalen går direkte over i v. cava inf. Forfatterne sammenslutte deres Anskuelse i følgende Sætninger. Eklampsien må betragtes som en Avtointoxikation med et let dekomponibelt Stof, der er et Produkt af det intermediære Stofskifte, og som ved Forstyrrelser i Stofskiftet under Svangerskabet ophobes i Organismen og udfolder sin Virkning under Födselen og i Barselsängen under Form af det eklamptiske Sygdomsbillede ved Funktionsforstyrrelser i Lever og Nyrer. Efter det konvulsive Stadium udskilles Stoffet hurtigt gennem Nyrene. Fremtidige Undersøgelser må afgøre, om dette Stof alene skylder de ved Eklampsien konstante Leverlidelser sin Oprindelse, og om det er et Mellemed ved Urinstoffets Dannelse eller måske selve Karbaminsyren. — MASSIN (St. Petersburg): *Intermediäre Stoffwechselprodukte als Ursache der Eklampsie* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 42, S. 1105—10) hävder for sig allerede at have udtalt tilsvarende Anskuelser 1892. Han mener dog ikke, det er Karbaminsyre, men Levkomainer, der frembringe Avtointoxikationen. Men efter Analogien fra Hunde er dog en Overfyldning med disse Stoffer ikke nok til at fremkalde Eklampsi; der kræves ved Siden heraf »en Forstyrrelse af den psykiske Ligevägt», og dette, mener Forf., er hyppigt Tilfældet hos førstefödende, der jo er dem, der i det langt overvejende Antal angribes af Eklampsi. M's Anskuelser findes også udviklede i en Afhandling af L. E. SCHREIBER (Odessa): *Zum gegenwärtigen Stand der Frage über die Entstehungsursache der Eklampsie* (M. f. G. u. G. 1, S. 474—87). Med Hensyn til det meget omstridte Spørgsmål om Nyrelidelsernes patogenetiske Betydning ved Eklampsien kan omtales nogle Undersøgelser af F. REICHE (Hamburg): *Zur Kenntniss der Folgezustände gehäufter Krampfanfälle* (Centralbl. f. inn. Medic. 1895, Nr 2, S. 41—45). Hos Patienter, der vare døde efter gentagne Krampeanfald af forskellig Natur, fandt Forf. altid meget betydelige Forandringer i Nyrene, således Koagulationsnekrose af næsten hele det secernerende og en Del af det bortledende Epitel. — For Opfattelsen af Eklampsien som en Forgiftning tale også de Tilfælde, hvor Lidelsen synes at have angrebet Fosteret. Af sådanne meddeles 2, det ene af GUSTAV WOYER (SCHAUTAS Klinik, Wien): *Ein Fall von Eklampsie bei Mutter und Kind* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 13, S. 329—34), det andet af DOHRN (Königsberg): *Tonische Muskelkontraktur bei todtgeborenem frühzeitigen Kinde einer Eklamptischen. Sectio cæsarea post mortem* (s. St., Nr 19, S. 497—98). Sidstnævnte Titel giver Meddelelsens Indhold. DOHRN trode først, at det var et Tilfælde af intrauterin rigor mortis; men efter Udretning kontraheredes Musklerne på ny. Ved Sektion af Barnet fandtes nogle epidurale og subarachnoideale Blodudtrængninger på v. Hemisfære, men ellers intet af Betydning. I WOYERS Tilfælde gjordes Dilatation af Cervikalkanalen med Kolpeurynter, derpå Vending og Fremtrækning. Barnet (2350 G., 43 Cm.) var dybt asfyktisk, bragtes til Live ved Schultzeske Svingninger. Herefter befandt det sig vel i flere Timer. Men 5 Timer p. p. fik det et Krampeanfald, der ganske lignede et eklamptisk; ved Schultzeske Svingninger bragtes Barnet atter til Live.

Dette gentog sig i 2 følgende Krampeanfald, der stadig bleve hæftigere; men i det 4de og stærkeste, 12 Timer efter Fødselen, døde det. Ved Sektionen fandtes akut Lungeødem, ellers intet abnormt, særlig Hjærte, Lever, Nyrer og Hjerne ganske normale.

Af stor Betydning for Eklampsians Behandling er en Afhandling af ZWEIFEL (Leipzig): *Zur Behandlung der Eklampsie. Bericht über 129 hier beobachtete Fälle* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 46, S. 1201—18; Nr 47, S. 1238—56; Nr 48, S. 1265—77). Forf. er bleven en Tilhænger af den DÜHRSENSKE hurtige Forløsningsmåde (Kolpeurynter, Incisioner), ikke fordi han deler dennes teoretiske Deduktioner og særlig ikke hans Påstand om, at Eklampsien næsten altid ophører, når uterus er tømt, men fordi Erfaringen har vist ham, at Prognosen for Mødrene i høj Grad forbedres herved. Medens Mortaliteten ved den ældre, mere ekspektative Behandlingsmåde var 32,6 %, er den ved den aktive Behandling sunken til 15 %. Kejsersnit forkaster han, alene af den Grund, at man lige så hurtigt kan forløse per vias naturales. Reglerne for Behandlingen af Eklampsi sammenstillter Forf. i følgende Sætninger: 1) Under Fødselen bør man forløse så hurtigt som muligt og i Narkose. Ere Betingelserne for en operativ Forløsning til Stede, ere alle enige herom; men også uden dette vil Z. forløse. Ved udslettet cervix, men ikke tilstrækkeligt udvidet orificium, udvides dette ved Kolpeurynter og i det højeste små Incisioner. Men er cervix endnu bevaret, må man, foruden at trække Kolpeurynteren igennem, gøre større Incisioner og derfor gøre Regning på Efterblødning. Blødningen opstår først *efter* Fødselen; man kan standse den ved Klemmetånger eller ved at trykke sterile Bomuldstampons fast mod Incisionerne og Bækkenknoglerne, efter at uterus først er udstoppet med steril Gaze. 2) Da man aldrig ved, hvor stort Blodtabet bliver ved denne Art Forløsninger, skal man være tilbageholdende med Blodudtømmelser, før man har fået forløst. Dog ser man ofte, at Udslettelsen af cervix og Udvidningen af orificium fremmes godt ved en Åreladning, når Pulsen er spændt. Under disse Omstændigheder, ligesom når Anfaldene vedblive efter Fødselen, og Pulsen er spændt, må Åreladning på indtil 500 Gm anbefales. 3) Bevidstløse Patienter må man ikke forsøge at lade synke, men kun indgive dem Mælk eller Medikamenter gennem Mavesonde. Maven bør udskylles, hvor man kan antage, at der findes Fordøjelsesforstyrrelser. Plantesyrer (Citron-, Vin-, Æddiksyrer) gøre ofte Nytte. 4) Narkose bruges kun ved den operative Forløsning; Åter kan lige så godt benyttes som Kloroform. 5) Strængeste asepis; Infektion forårsager en Vedvaren af Anfaldene.

I et meget omfattende Arbejde: *Die Geburt beim kyphotischen Becken* (A. f. G. 50.1, S. 1—128) har R. KLIEN (V. WINKELs Klinik, München) undersøgt Forholdene ved Fødselen gennem det ved en Kyfose forsnævrede Bækken, hvis Hovedkarakterer jo ere Tragtforn og navnlig den betydelige Forsnævring i Tværretning i nederste Åbning. Han har samlet 172 herhen hørende Tilfælde hos 95 Kvinder og sammenstillter disse i en stor Tabel. Men desuden meddeles en stor Del af Tilfældene i delvis særdeles udførlige Uddrag. Det er selvfølgelig

umuligt at give et kortfattet Referat af dette Arbejde, hvis Hovedresultater i alt væsentligt bekræfte, hvad man hidindtil vidste om denne Bækkenform. Mortaliteten for Børnene er henimod 40 %, for Mødrene ved de lettere Grader 6,2, ved de sværere 17 %. Hvad Terapien angår, da vil der være Indikation for part. præmat. artific. (som Forf. aldrig vil indlede før 34te Uge) ved en distantia tuberum mellem 8,25 og 6,5 Cm. Ved Slutningen af Svangerskabet kan der i Kliniker være Indikation for Symfyseotomi indtil dist. tuber. 5,75 som nederste Grænse. I Privatpraxis vil der derimod være Indikation for Perforation også af levende Barn ved en dist. tuber. mellem 8 og 5,5 Cm. Ved en større dist. tuber. kan, når man må gribe ind, et forsigtigt Tangforsøg være tilladt for Perforationen. Sectio cæsarea er absolut indiceret ved en dist. tuber. under 5,5 Cm., relativt ved en dist. tuber. mellem 5,5 og 7 Cm., hvis Forholdene ikke tillade at gøre Symfyseotomi. Ved dødt Barn og dist. tuber. over 5,5 Cm. bør man, hvis man skal forløse, altid perforere. Vending på Fødderne er ved denne Bækkenform aldrig indiceret undtagen ved Skråleje. Ved Udarbejdelsen af sin Afhandling har Forf. kunnet benytte et kort forud udkommet Arbejde af FR. NEUGEBAUER (Warschau): *Die heutige Statistik der Geburten bei Beckenverengerung infolge von Rückgratskyphose* (M. f. G. u. G. 1, S. 317—47), som i det væsentlige giver samme Resultater som K's; dog finder N. f. Ex. en langt større Mortalitet for Mødrene (af 117 Mødre med 200 Fødsler døde 48). KLIEN har i et særligt Arbejde: *Eine neue Methode der Beckenausgangsmessung* (s. St. 2, S. 165—84) angivet en Metode, der skulde tillade en nøjagtigere Udmåling af Bækkenudgangen særlig af dens Tværdiameter, end tidligere. Da den ikke vil kunne forstås uden Billeder, må henvises til Originalafhandlingen.

Hvad Fødselsoperationerne angår, da meddeles et nyt Tilfælde af Død efter Glycerininjektion i uterus (10 Cm.) for at fremkalde part. præmat. artif., nemlig af FERRARI i Firenze (Sperimentale 21 Decb. 1894. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 35, S. 957). Pat. blev syg strax efter Injektionen, der kom blodig Urin, Død 2 Timer efter Forløsningen. Ved Sektionen fandtes bl. a. akut parenkymtøs nephritis.

Vedrørende Symfyseotomien er der ikke fremkommet noget af Betydning ud over PINARDS årlige Opgørelse fra Clinique Baudelocque, hvor det måske må være os tilladt at tage den for 1895 med, først offentliggjort i År: *De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1894 et pendant l'année 1895* (Ann. de gyn. Janv. 1895, S. 1—33; Janv. 1896, S. 1—44). Af Tilfældene fra 1894 bleve 11 allerede meddelte på Kongressen i Rom og ere medregnede i Opgørelsen i forrige Literaturoversigt. Tilbage bliver der for de 2 År 31 Tilfælde med 4 Mødre og 4 Børn døde. 1 af de døde indbragtes septisk, 1 døde af en Influenzapnevmoni. Symfyseotomien er i flere Tilfælde udført for 2den Gang hos samme Kvinde; for at få den tilstrækkelige Udvidning må man passe at gennemskære alt cicatricielt Væv. Nogle af de symfyseotomerede have også senere født spontant (for tidligt eller rettidigt). I intet Tilfælde har der i det

senere Svangerskab været Gæner at påvise, der kunde tilskrives den tidligere Symfyseotomi, som Løshed i Bækkenet, Besvær ved Gangen ell. lign. I intet af de 31 Tilfælde var der nogen Blødning af Betydning. I 4 Tilfælde kom der Indrift i vagina med Kommunikation med Symfyseotomisåret; Riften lukkedes strax ved Suturer og viste sig ikke senere af Betydning. For at undgå sådanne Rifter udvides den bløde Fødselsvej med Kolpeurynter for Operationen, og så snart Hovedet er trængt ned, trykkes Bækkenet atter sammen fra Side til Side. I alt væsentligt står P. på samme Standpunkt som tidligere, hvad Indikationer, Teknik o. s. v. angår. Det kan dog omtales, at han i den senere Tid foretrækker Vending for Tang, hvis Hovedet holder sig højtstående efter Symfyseotomien. — Siden 1892 har han i alt udført Operationen 69 Gange med 7 Dødsfald blandt Mødrene, 8 blandt Børnene. Til hver Beretning er føjet en Tabel over alle på Afdelingen behandlede Tilfælde af snævert Bækken; kun herved, fremhæver han, får man en virkelig Dom over de Resultater, der ere opnåede ved Anvendelsen af de Principper, Anstaltens Leder opstiller for Behandlingen af denne Fødselskomplikation.

Angående Kejsersnit kan nævnes nogle Tilfælde af Graviditet efter overstået Kejsersnit. I 3 af disse udførtes Kejsersnit på ny. Særlig mærkeligt er det af VIRIDARSKAIA fra v. OTTS Klinik i St. Petersburg meddelte Tilfælde: *Un cas de laparotomie répétée* (Ann. de gyn. Deeb. 1895, S. 476—77), idet ved forrige Kejsersnit (11te Fødsel) Ovarierne vare fjærnede, men Pat. dog på ny blev gravid. Ved det nu atter nødvendige Kejsersnit fandtes på Ovariernes Plads »uregelmæssige Fragmenter af Ovarialvæv». Det 2det Tilfælde meddeles af SCHNEIDER (Fulda): *Wiederholter Kaiserschnitt an derselben Person* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 4, S. 97—102). Det 2det Kejsersnit udførtes kun 16—17 Måneder efter det første. Arret i Bugvæggen var ikke adhærent til uterus, exstirperedes helt. Mellem Bagfladen af uterus og Oment og Tarme fandtes Adhæreencer, der lodes urørte. Efter Incisionen i uterus fandtes intet Spor. Katgutsuturer. Levende Barn. Glat Helbredelse. Det 3dje Tilfælde meddeles af SMYLY (Dublin): *Cæsarean section* (Dubl. j. of med. sc. March 1895, S. 270). Tarmene fandtes adhærente til det gamle Uterinar, løsnedes med Vanskelighed. Arret i uterus var så tyndt, at det gav efter for Fingerens Tryk. Da det atter skulde sutureres, måtte dets Rande spaltes, for at man kunde få tilstrækkelig brede Foreningsflader. Der kom peritonitis, udgået fra en ikke bemærket Læsion af en Tarmslynge, og Død. Barnet levede. I det af RICH. v. BRAUN (Wien) meddelte Tilfælde (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 4, S. 109—12) var der i Foråret 1890 gjort Kejsersnit, og der kom spontan, for tidlig Fødsel i December 1894. Forf. har haft Lejlighed til at se 9 Svangerskaber (deraf hos 2 Kvinder 2 Gange) efter 16 Tilfælde af Kejsersnit. I Diskussionen om dette Foredrag fremhævedes det fra flere Sider (SCHAUTA, GUSTAV BRAUN, LIHOTZKY), at Arret efter Kejsersnit kan svinde fuldstændigt eller næsten fuldstændigt, idet Muskelfibrene regenereres og strække sig tværs igennem det. Også på WYDERS Klinik (Zürich) er iagttaget en Fødsel (part. præmat. artific.) efter et 2 År forud udført Kejsersnit. Det meddeles af OSCAR

SCHLAEPFER: *Fall von künstlicher Frühgeburt nach früher überstandnem Kaiserschnitt* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 6, S. 154—55). Ved en Udskrabning nogle Måneder efter Kejsersnittet var den kontinuerlige Silkesutur, hvormed Slimhinden var bleven forenet, bleven fjærnet. Under Fødselen kunde man intet Ar føle på uterus; først da den var tømt, føltes på Forfladen til op mod fundus en indtrukken Stribe.

Hvad Kejsersnittets Teknik angår, kan anføres, at man i nogle Tilfælde har overført Fremgangsmåden fra Myomotomi til PORROS Operation, nemlig at udføre Totalexstirpation af uterus i Steden for supravaginal Amputation. Dette har således SCHAUTA (Wien) gjort i et Tilfælde af Osteomalaci: *Sectio cæsarea mit abdominaler Totalexstirpation* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 23, S. 630—32). Han fremhæver, at Udførelsen er let på Grund af Parametriernes store Eftergivelighed, således som det også har vist sig ved flere abdominale Totalexstirpationer, foretagne af forskellige Grunde i den senere Del af Svangerskabet. Et andet Tilfælde meddeles af GUERMONPREZ (Lille): *De l'hystérectomie abdominale totale substituée à l'opération de Porro* (Sem. méd. 1875, Nr 39, S. 336). Her var Indikationen for Kejsersnit talrige fibromyomata uteri, af hvilke nogle opfyldte det lille Bækken. Da flere af dem vare adhærente i stor Udstrækning, var der temmelig betydelig Blødning. I bægge Tilfælde levede Børnene og Mødrene helbrededes.

Angående Indikationerne for Kejsersnit kan bemærkes, at det i den seneste Tid i flere Tilfælde er blevet nødvendigt at foretage Kejsersnit på Grund af Dystoki, forårsaget ved Operationer foretagne mod Retrodeviationer af uterus, Ventrofixation og navnlig Vaginifixur; men herom nærmere ved Omtalen af disse Operationer under Afsnittet Gynækologi. Ved en meget sjælden Indikation eller rettere ved en Fødselshindring af sjælden Art måtte SÄNGER (Leipzig) udføre Kejsersnit, idet nemlig Resterne af et ældre Extrauterinsvangerskab opfyldte Bækkenet: *Conception durch ein accessorisches Tuben-Ostium. — Kaiserschnitt, bedingt durch frühere ectopische Schwangerschaft* (M. f. G. u. G. 1, S. 21—28). Pat. havde født flere Gange og for 2 År siden vist nok haft et Extrauterinsvangerskab, der ophørte i 3dje Måned. Da Bækkenet var opfyldt af en tumor, der opfattedes som et Hæmatocele som Rest heraf, gjordes Kejsersnit med godt Resultat for Moder og Barn. Højre tuba gik over i en tumor, der lå retroperitonæal, og som blødte så stærkt, da man forsøgte at udskrælle den, at Forsøget måtte opgives. Enden af h. tuba tabte sig helt i denne Svulst, og fra dens Overflade udgik talrige faste, fibrøse Adhærencer, i hvilke også Enden af v. tuba lå indlejret. Men højere oppe på v. tuba, lige tæt ved v. ovarium, fandtes et accessorisk orificium omgivet af fimbriæ, og der er således næsten Vished for, at det er gennem dette accessoriske ostium, at Ægget er kommet ind i tuba og derfra i uterus. S. har i alt udført 13 Kejsersnit med godt Resultat for Moder og Barn i alle 13 Tilfælde.

Om ruptura uteri foreligger der en Mængde, for største Delen kasuistiske Meddelelser. Spørgsmålet var til Diskussion på den tyske

Gynäkologkongres i Wien i Juni 1895, indledet af FEHLING og SÄNGER (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 25, S. 666—69; Nr 689—94). En Mængde Talere deltog i Diskussionen; men der fremkom intet nyt af større Betydning, navnlig ikke hvad Behandlingen angår. Diskussionen drejede sig mest om Mekanismen ved Rupturens Opståen og om det nedre Uterinsegment; men her stod som sædvanlig Mening mod Mening, uden at nogen lod sig overbevise. Det skal kun anføres, at FEHLING (Basel) anbefalede at gøre Totalexstirpation per vaginam med Klemmetånger i Tilfælde, der syntes egnede hertil, og NEUGEBAUER (Warschau) havde opereret 1 Gang på denne Måde. — Hvad de kasuistiske Meddelelser angår, dele de sig i de operativt (d. v. s. med Laparotomi) og i de mere ekspektativt behandlede Tilfælde. Fra OLSHAUSENS Klinik (Berlin) meddeler ADOLF GESSNER 2 Tilfælde af inkomplet Ruptur: *Zwei Fälle von spontaner Uterusruptur* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 2, S. 33—40). I det sidste af disse Tilfælde tamponeredes Riften, og Pat. kom sig. I det 1ste trode Forf. bestemt at have en komplet Ruptur for sig, mente endog med den i Riften indførte Hånd at kunne føle Tarmslynger. Riften blev tamponeret, og Pat. ført til Fødselsstiftelsen. Da hun ved Ankomsten her havde mistet en Del Blod, bestyrkedes Diagnosen af en komplet Ruptur, og der foretoges Laparotomi. Ved denne viste det sig imidlertid, at Riften var inkomplet; der fandtes et stort Hæmatom i lig. latum. Bugsåret lukkedes derfor atter, Tamponadebehandlingen fortsattes, og Pat. kom sig. Der er i dette Tilfælde end videre at bemærke, at det lykkedes at genoplive det ved Tang fødte Barn. Et levende Barn trods ruptura uteri lykkedes det også at extrahere i PICCININIS senere omtalte Tilfælde. Et godt Resultat ved Tamponade ved komplet Ruptur meddeles fra Bonner-Kliniken af PHILIPPI: *Ueber Uterusruptur* (Inaug.-Diss. Bonn 1894. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 30, S. 829), ved ruptura vaginæ (kolporrhæxis) af J. D. DOORMAN: *Ruptura uteri durante partie* (Nederl. tijdschr. v. Verlosk. V, Nr 4. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 30, S. 828—29). — Af de med Laparotomi behandlede Tilfælde fortjæne de på VALENTAS Klinik i Laibach af E. SLAJMER opererede og meddelte særlig Opmærksomhed: *Zur extraperitonealen Behandlung spontaner, penetrirender Uterusrupturen mit besonderer Berücksichtigung des alsbaldigen Abschlusses der Bauchhöhle* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 18, S. 472—81). Det 1ste af disse 3 Tilfælde er vist nok et unicum: Barnet fødtes gennem Riften i nedre Uteriusegment ud i Bækkenhulen og herfra gennem en Rift i fornix vaginæ ud gennem Fødselsvejen, så at orificium uteri, der kun lige var åbent, slet ikke blev passeret af Fosteret. Ved Laparotomi forefandtes altså betydelige Sønderrivninger; Forf. begyndte da med at løsne en stor Peritoneallap fra Bagfladen af uterus, og ved at føre denne og de yderste Dele af ligg. lata over mod forreste Bugvæg og sy dem fast her, blev således uterus og hele Rupturstedet aflukket fra Peritonæalhulen. Der gjordes derpå supravaginal Amputation af uterus, og Cervikalstumpen blev gennem Riften trukken ned i vagina. Pat. kom sig. I 2det Tilf. kunde Laparotomien først udføres 54 Timer efter Rupturens Opståen, 12 Timer efter at Pat. var forløst ved Tang, og Pat. var i højeste

Grad medtagen. Tilfældet behandledes som det forrige (kun at Stumpen ikke førtes ned i vagina); men Pat. *døde* få Timer efter Operationen. I 3dje Tilfælde var Barnet trådt ud i Bughulen; her foretoges Aflukningen af Riften fra Peritonæalhulen på den Måde, at peritonæum ved Riftens Rande syedes til peritonæum i Bugsåret. Uterus amputeredes ikke. Pat., der havde en ældre Hjärte- og Nyresygdom, *døde* 10de Dag p. o. STROGANOFF (St. Petersburg) har i 2 Tilfælde med Held gjort supravaginal Amputation af uterus. I et 3dje Tilfælde kom Pat. sig efter Tamponade; men her har Rupturen vist været inkomplet (Ann. de gyn. Decb. 1895, S. 477—78). JOHANNOVSKY (Reichenberg): *Zur Therapie der Uterusruptur* (Prag, med. W. 1894, Nr 28. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 28, S. 226—27) har i 3 Tilfælde med Held anvendt supravaginal Amputation med Fixering af Stilken i Bugsåret. Har Riften glatte Rande, mener J. derimod, at man kan nøjes med blot at suturere den, og er den lille og inkomplet, er Tamponade tilstrækkelig. Et Tilfælde med uheldigt Resultat meddeles af SMYLY (Dublin): *A specimen of ruptured uterus* (Dubl. j. of med. sc. March 1895, S. 269—70). Skönt Fosteret og placenta vare trådte ud i Bughulen, var der foretaget Forløsning per vias naturales og derpå tamponeret med Jodoformgaze. Da Pat. 20 Timer senere indkom i Fødselsstiftelsen, var der ingen Blødning udadtil, hvorfor foreløbig eksperteredes. Men da hun blev mere og mere anæmisk, gjorde S. Laparotomi og fandt Rupturen nedad og fortil strækkende sig over på vagina. Hele uterus måtte exstirperes. Riften i vagina sutureredes og alle Suturer bleve trukne ned gennem vagina, medens peritonæum lukkedes derover ved Suturer. Pat. *døde* 4de Dag p. o. af sepsis. Laparotomi og Suture af Riften udførtes med Held af PICCININI (Rom), WINTER (Berlin) og MURET (Lausanne). I PICCININI'S Tilfælde (Il policlinico 1894, Nr 21. Ref. Amer. j. of med. sc. Febr. 1895, S. 223—24) lykkedes det, som ovenfor omtalt, ved Tang at få et levende Barn. I WINTERS Tilfælde (Z. f. G. u. G. 33. 1, S. 210—11) var Barnet trådt ud i Bughulen og udtoges herfra ved Operationen. MURET (Revue méd. de la Suisse rom. 1895, Nr 3. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 36, S. 981—82) gjorde Embryotomi og Tamponade af Rupturen for at flytte Pat. til Fødselsstiftelsen, gjorde så her Laparotomi og Suture af Riften.

Medens det ved placenta praevia, når der er Tale om at gøre Vending, som oftest tilrådes at udføre denne efter BRAXTON HICKS, anbefaler P. BAUMM (Breslau) i disse Tilfælde at forsøge at vende på Sædet alene ved udvendige Håndgreb: *Zur Behandlung der placenta praevia* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 39, S. 1043—45). Metoden vil sikkert, mener Forf., falde den ikke særligt skolede Praktiker langt lettere, og den lykkes næsten altid; er Sædet først dybest, er det let at hente en Fod ned.

Om den sjældne vagitus uterinus findes et Par kasuistiske Meddelelser, således en fra OLSHAUSENS Klinik i Berlin af LUDWIG SCHALLER: *Zur Casuistik des Vagitus uterinus* (Z. f. G. u. G. 31. 2, S. 358—64). Forf. omtaler Sjældenheden af sikkert konstaterede Tilfælde af vagitus uterinus og meddeler et sådant, der blev iagttaget ved Ven-

ding fra Issestilling ved snåvert Bækken og Vesvækkelse hos en flerfødende med slappe genitalia. Vendingen medførte en langvarig Manipulering i Fødselsvejen. Skriget hørtes tydeligt i hele Stuen, kunde gentagende fremkaldes ved Træk på Foden. Mærkeligt er det, at Placentarkredsløbet vedblev trods Barnets Skrig, man kunde under dette (og under følelige Respirationsbevægelser) tælle Føtalpuls tydeligt (140). Skriget, der gentoges med små Mellemløb, varede 15—20 Sek. Hjærtelydene bleve langsommere, det lykkedes ikke at føre Hovedet frem manuelt, og Barnet døde. Perforation på sidstkommande Hoved. Der var også atonia uteri post partum. Ved Sektionen svømmede højre Lunge på Vand, venstre ikke. Der var ikke bemærket Respirationsbevægelser under Forsøgene på at trække Hovedet frem. — Forf. mener, at der ved den langvarige Vending er bragt Luft op i den store, slappe uterus, og at den ved Vendingen fremkaldte Hudirritation af Fosteret har udløst Respirationsbevægelsen (PEYERs Teori). Et andet Tilfælde af vagitus uterinus meddeles af WILH. BRÜLL (Deés): *Intrauterines Weinen (Vagitus uterinus) bei Beckenendlage* (Wien. klin. W. 1895, Nr 39, S. 683). Det var et 1ste Tvillingbarn i Sædestilling, der i flere Timer skreg så højt, at det kunde høres i et tilstødende Værelse. Der var gjort Extraktionsforsøg. B. extraherede Fosteret med stump Hage. Det var asfyktisk, men bragtes til Live. Alle oplysende Detaljer mangle i øvrigt.

Til sidst skulle vi i dette Arbejde henlede Opmærksomheden på en lærerig, godt illustreret Afhandling af PAUL DITTRICH (Prag): *Ueber Geburtsverletzungen des Neugeborenen und deren forensische Bedeutung* (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1895, 2, S. 203—57), der imidlertid ikke egner sig til et kort Referat.

Puerperium. Det er vel overflødigt at udtale, at Striden om en mulig Avtoinfektion og dennes Betydning er bleven fortsat ligesom også Undersøgelserne over de i vagina og uterus hos svangre og usvangre tilstedeværende Bakterier. Men da Spørgsmålet ikke synes at være rykket en Afgørelse et Hanefjed nærmere ved de fra 1895 foreliggende Meddelelser, skulle vi ikke opholde os nærmere ved dem. Hvad Barsel-feberens Behandling angår, da findes der fra Frankrig enkelte spredte Meddelelser om Forsøg med Marmoreks Antistreptokokserum; men disse ere endnu for få og usikre, til at man kan slutte noget som helst om deres Betydning. Om Behandlingen i øvrigt findes et Foredrag af PINARD (Paris): *Traitement curatif de l'injection puerpérale* (Sem. méd. 1895, Nr 43, S. 373—76). Forf. tager her Ordet for en meget aktiv, lokal Behandling af den puerperale Infektion. Så snart en Puerperas Temperatur når 38°, gives en intrauterin Udskylning, der gentages, hvis ikke både Puls og Temperatur ere normale 6 Timer senere. Hjælper dette ikke, går han over til permanent intrauterin Irrigation, og blive heller ikke herefter Puls og Temperatur normal, anvendes Udskrabning af Uterinhulen med Kurette, senere eventuelt på ny permanent Irrigation. Til Udskylning bruges Kvægsølvvejodid 1 til 4000 i store Masser (10 L. eller mere til hver Udskylning), ved

permanent Irrigation efterfulgt af 1 % Karbolvand, der atter, når Tp. omtrent er normal eller subnormal, afløses af Borsyrevand.

Angående det såkaldte maligne Deciduom, som vi skänkede en udførligere Omtale i forrige Literaturoversigt (S. 26—28) kunne vi denne Gang nøjes med at henvise til en Oversigtsartikel af AUG. PETERSEN: *Om det såkaldte maligne Deciduom* (Bibl. f. Läger 1896, Hft. 1, S. 1—31), idet vi blot skulle erindre om, at meget taler for med MARCHAND at opfatte Lidelsen ikke som Sarkom, men som Karcinom, udgående fra villis Synkytiallag, hvorfor KOSSMANN også vil kalde den Carcinoma syncytiale. Man sammenligne hermed, hvad der er meddelt om den anatomiske Bygning af mola hydatidosa i forrige Afsnit.

Om den, ligeledes i forrige Literaturoversigt omtalte puerperale neuritis findes også i År nogle Afhandlinger af Betydning, således en Meddelelse af STEMBO (Wilna): *Ein Fall von Schwangerschaftspolyneuritis nach unstillbarem Erbrechen* (D. med. W. 1895, Nr 29, S. 461—62). EULENBURG havde udtalt den Formodning, at der var et vist Sammenhæng mellem hyperemesis gravidarum og Puerperalneuritis, samt at sidstnævnte vist oftere rettest burde benævnes Graviditetsneuritis. Forf. meddeler som Bekræftelse herpå et Tilfælde af polyneuritis, opstået i Svangerskabet efter 3 Måneders hårdnakket hyperemesis. Allerede i Svangerskabet betydelig Bedring, der yderligere gjorde Fremskridt efter den rettidige Fødsel. Forf. omtaler desuden et lignende Tilfælde af SOLOWJEFF, hvor imidlertid hyperemesis var så alvorlig, at Patienten døde. En anden Afhandling om dette Åmne meddeles af MADER (Wien): *Zur Polyneuritis peripherica puerperarum et gravidarum* (Wien. kl. W. 1895, Nr 30, S. 537—39; Nr 31, S. 555—59). Forf. er af den Anskuelse, at denne Lidelse forekommer mindre sjældent, end man skulde formode efter Antallet af de offentliggjorte Tilfælde. Men på den anden Side vil han ikke anerkende, at alle 38 i EULENBURGS Tabel (se forrige Literaturoversigt) medregnede Tilfælde virkelig ere herhen hørende. Selv meddeler han 3 Tilfælde, af hvilke det første har været offentliggjort tidligere. I de to Tilfælde udviklede de sygelige Tilfælde sig i Puerperiet efter en rettidig Fødsel, og der var tillige psykiske Anomalier; bægge kom sig, men dog næppe fuldstændigt. Hos den 3dje Patient begyndte Tilfældene i Svangerskabet under en håftig hyperemesis. Skönt denne ophørte, vedvarede dog Svækkelse og øvrige neuropatiske Tilfælde. Efter abortus provocatus forbigående Bedring, men derpå atter Tiltagen af Tilfældene, Feber og Død. Ved Sektionen fandtes tuberculosis pulm., perifer neuritis og Muskelatrofi. I medulla intet abnormt. At Døden indtrådte, skriver Forf. på Tuberkulosens Regning. Hans Opfattelse af den puerperale perifere Nevrits Opståelsesmodus er den, at de ved Graviditeten fremkaldte Forandringer i Organismen afgive Prædispositionen, der muliggør det for Årsager, der ellers ikke fremkalde neuritis, at bevirke en sådant Opståen. Som sådanne Årsagsmomenter nævner han: selve Fødselen med de den ledsagende Smertes; stærke Blødninger; hyperemesis gravidarum; puerperale Betændelsesprocesser.

Hvad Sygdomme hos spæde Børn angår, da drejer det sig i det ene af de 3 af GEORGE HEATON (Birmingham) meddelte Tilfælde: *Congenital malformation of the umbilicas* (Brit. med. j. $\frac{2}{3}$ 95, S. 473) om et hernia funiculi umbilical. Barnet kom under Behandling 4 Timer gammelt. Herniet havde Størrelse som en stor Appelsin; Reposition umulig. I Kloroformnarkose exstirperedes Sækken, hvoraf dog noget måtte lades tilbage på coecum; de i Herniet udtrådte Tynd- og Tyktarmsslynger reponeredes, og Bugsåret lukkedes med Silkesuturer. Helbredelse.

Extrauteringraviditet. Vi begynde med en Tabel, svarende til den i forrige Literaturoversigt meddelte. Den omfatter 92 Tilfælde med 11 Dödsfald. Der er dog det at bemærke ved den, at den ikke uden videre kan sammenstilles med mine tidligere Tabeller, da i sidste År et ikke ringe Antal Tilfælde, der tidligere vilde være behandlede med Laparotomi, ere blevne opererede per vaginam (især ved såkaldet coeliotomia vaginalis ant.); navnlig gælder det for Rubrikken I. A α og I. B β . End videre kan anføres, at det store Antal Tilfælde under I. C for største Delen hidrører fra PAUL F. MUNDÉ (N.Y.), der i en større Hospitalsberetning: *A report of the gynecological service of Mount Sinai Hospital New York, from January 1st 1883, to December 31st 1894* (Amer. j. of obstet. Decb. 1895, S. 857—90) rent summarisk (S. 878—81) giver Meddelelse om 15 Tilfælde af tidligt Extrauterinsvangerskab. Der anføres kun, at nogle vare bristede for Operationen, andre ikke, og at de 14 helbrededes. Absolut udelukke Muligheden af, at nogle af disse Tilfælde allerede have været optagne i tidligere Tabeller, kan jeg ikke. Derimod tror jeg, at det er lykkedes mig at udskyde de tidligere offentliggjorte Tilfælde af de 22, DEMETRIUS V. OTT (St. Petersburg) udførlig meddeler i sin Bog: *Beiträge zur Kenntniss der ektopischen Formen der Schwangerschaft* (Leipzig 1895, 183 S.). Jeg har også udskudt 5 af disse Tilfælde, hvor Diagnosen ikke forekom mig utvivlsom.

I. Svangerskabets 1ste Halvdel 78, deraf døde 10.

A. Før Bristning af Ägsækken 30, deraf døde 2.

α . Tubarabort 27, deraf døde 1.

β . Fosteret levende 3 > > 2.

B. Efter Bristning af Ägsækken 31, deraf døde 7.

α . Akute Ruptursymptomer til Stede . . 18, deraf døde 4.

β . Akute Ruptursymptomer ikke til Stede 12 > > 2.

γ . Dette Forhold ukendt 1 > > 1.

C. Uoplyst, om Bristning eller ej 17, deraf døde 1.

II. Svangerskabets 2den Halvdel 14, deraf døde 1.

A. Fosteret levende 3, deraf døde 0.

- α. Hele Ägsækken (med placenta) fjærnet 0, deraf döde 0.
 β. Placenta og en Del af Ägsækken fjærnet 1 > > 0.
 γ. Placenta og Ägsäk ladt tilbage 2 > > 0.
- B. Fosteret dödt 11, deraf döde 1.
- α. Hele Ägsækken (med placenta) fjærnet 0, deraf döde 0.
 β. Placenta og en Del af Ägsækken fjærnet 2 > > 0.
 γ. Placenta og Ägsäk ladt tilbage 2 > > 1.
 δ. Ägsäks og placentas Behandling ukendt 1 > > 0.

De 3 Tilfælde med levende Barn meddeles henholdsvis af X. O. WERDER (Pittsburg): *Celiotomy in ectopic gestation where the fetus is viable and living, with report of a successful case* (Amer. j. of obstet. Jan. 1895, S. 136—38); af PINARD (Paris): *Grossesse extra-utérine, diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme; extraction d'un enfant vivant; suites heureuses pour la mère et pour l'enfant* (Ann. de gyn. 1895. Août, S. 81—94); REIN (Kieff): *Une laparotomie pour grossesse extra-utérine* (s. St. Decb., S. 485). Medens alle 3 Mödre kom sig, var for Börnenes Vedkommende Resultatet kun godt i PINARDS Tilfælde. REIN opererede i 30te Uge, og Barnet döde 18 Dage gl. WERDER opererede omtr. 14 Dage för den ventede Födsel. Barnet vejede $7\frac{1}{2}$ engl. Pund; det var »deformt med udtalt Asymmetri af Hoved og Ansigt, med Klumpfödder o. s. v.» Det syntes rask til 3dje Dag, fik da høj Temperatur og döde den näste Dag, »antagelig af Pnevmonie». Også i PINARDS Tilfælde fandtes en betydelig Skävhed af Kraniet; men denne var, da Barnet 3 Måneder efter Operationen fremvistes i Acad. de méd., ganske svunden, og Barnet var sundt og kraftigt.

Hvad nu Enkeltheden ved de övrige Tilfælde angår, da er der nogle Tilfælde af interstitielt Svangerskab, der frembyde en Del Interesse. Et af dem (opført i Tabellen under I. Bα, död), der meddeles af L. H. DUNNING (Indianapolis): *Ruptured interstitial pregnancy* (Amer. j. of obstet. Novb. 1895, S. 753—58) er näppe aldeles sikkert, men er muligvis et Svangerskab i et rudimentært Bihorn. Det af OTTO ENGSTRÖM (Helsingfors) meddelte Tilfælde: *Fall af interstitielt tubarhævandenskap* (Finska Läkaresällsk. Handl. 1895, Nr 11, S. 599—606) har særlig Interesse ved Terapien, hvorfor her kun denne skal omtales. Ved Laparotomi fandtes højre Side af corpus uteri forstörret, tynd, gående over i højre tuba, der ligesom lig. ovar. og lig. latum udsprang fra dette Parti. Afgangsstedet for venstre tuba lå 3 Cm. lavere end for højre. Væggen over det omtalte Parti spaltedes, og et 9 Cm. langt, dödt Foster samt placenta udtoges. En Sonde blev derpå stödt ind i uterus, så at der kom Kommunikation mellem Fötalsækken og cavitas uteri. Noget af Decidualbeklädningen nær Incisionssåret reseceredes derpå, og selve Incisionen i Fötalsækken forenedes ved Etagesuturer. Helbredelse. Helt ejendommeligt og ikke ganske let at forstå var Forløbet i det fölgende Tilfælde, der meddeles af MALCOLM MC LEAN (N.Y.): *Interstitial pregnancy simulating pelvic*

tumor; *celiotomy* (Amer. j. of obst. April 1895, S. 540—43). Hos en Pat. med stærke Smerter og Amenorré i 3 Mdr. fandtes til Siden for uterus, men gående i et med denne, en større tumor. Der diagnosticeredes Extrauterinsvangerskab. Ved Laparotomi viste det sig imidlertid, at det, der var antaget for uterus, var en meget tynd Sæk, hvori et Foster på $3\frac{1}{2}$ —4 Mdr. Sækkens Vægge kontraherede sig eller bleve spændte med få Minutters Mellemrum. Venstre tuba gik i et med denne Del af Svalsten og syntes normal. Den største Del af uterus var kilet ned i højre Side af Bækkenet og fixeret her ved Adhærencer. Da disse vare løsnede og hele Organet var løftet i Vejret, forandrede hele Massen pludselig Form og antog Udseende af en normal uterus, gravid i 4de Måned. Det tynde Parti til venstre udstraktes, så at det dannede venstre Horn af den store uterus. Adnexa naturlige. Underlivet lukkedes. Da Meddelelsen gjordes, var Svangerskabet skredet naturligt frem til 6te Måned.

Et i flere Henseender mærkeligt Tilfælde, der opfattes som en ren Ovarialgraviditet, meddeles af FRANK (Köln): *Ueber Extrauterin-Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Ovarialgravidität* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 20, S. 545—46). Den 30-årige Pat. var i Maj 1894 kommen i F's Behandling for Sterilitet, og den $23\frac{3}{5}$, umiddelbart efter Ophør af menses, foretog han en kileformet Exeision af collum og Udskrabning af Uterinslimhinden. Hun udskreves den $5\frac{5}{6}$, og menses vare tilstede fra den $17\frac{1}{4}$ i 3 Dage. Den $23\frac{3}{7}$ kaldtes F. til Pat., som han fandt moribund med Tegn på indvendig Blødning. Ved Laparotomi fjærnedes adnexa med en bristet extrauterin Fötalsæk på højre Side. Højre tuba er passabel og ikke i Forbindelse med Ägsækken, der er dueægstor. Den er bristet; men selve Fötalsækken, der indeholder et Foster, er intakt. Højre ovarium er afladet, og villi rage ind i det. Da Pat. bestemt angav, at der ikke havde fundet coitus Sted senere end $22\frac{2}{5}$, og da F. tror på denne Angivelse, tvinges han til at antage, at hun allerede var »ovariel gravid», da han udskrabede hende for Sterilitet.

Af Tvilling-Extrauterinsvangerskab findes 3 Tilfælde meddelte; 1 af V. OTT i hans oven omtalte Arbejde (Tilf. 10); 1 af SALIN (Stockholm): *Fall af tubar tvillingsgraviditet. Tubar abort. Laparotomi. Förblødning i följd af pedunkelglidning* (Sv. Läkaresällsk. Hdl. 1895, S. 180—84. Hygiea 1895, Nr 12) og 1 af FOLET (Lille): *Grossesse extra-utérine gémellaire datant de quinze ans* (Sem. méd. 1895, Nr 13, S. 105). OTTs Tilfælde var i 4de Måned, udviklet intraligamentært, ikke bristet. Fostrene levede ved Operationen. Pat. døde af sepsis. Også SALINs Pat. døde (ved Blødning fra Stikken). Tilfældet er dog ikke helt klart, og en nøjere Undersøgelse af Präparatet stilles i Udsigt. I FOLLETs Tilfælde var det ene Foster dødt i 2den til 3dje Måned, medens det andet var fuldbåret. Pat. havde født 4 fuldbårne Børn og blev derpå på ny gravid for 16 År siden, 33 År gl. Hun gik sin Tid ud, fik Födelsveer, men der udstødtes kun Blod og Hinder, og hun vedblev at bløde i 6 Uger. Underlivet holdt sig stort, blev først 15 År senere ömt. F. gjorde da Laparotomi, der var meget besværlig på Grund af talrige Adhærencer mellem Tarmene og Fötal-

sækken. Det lykkedes dog at fjærne denne næsten fuldstændigt, kun en lille Rest indsyedes i Bugsåret. • Glat Helbredelse.

Af samtidig intra- og extrauterin Graviditet meddeles 2 Tilfælde. Det ene er v. OTTs Tilfælde Nr 13. Sidste menses $27\text{--}30/8$ 91. Før Operationen indførtes der 2 Gauge Sonde i uterus, og ved Udskrabning fjærnedes lidt af Slimhinden til mikroskopisk Undersøgelse. Der var diagnosticeret højresidigt Tubarsvangerskab, og ved Laparotomi den $1/9$ 91 fjærnedes adnexa på bægge Sider. Tubarabort i den højre, ikke bristede tuba. I hvert ovarium et corpus luteum. Helbredelse og rettidig Födse! ved Naturen den $30/5$ 92. Det andet Tilfælde meddeles fra LÖHLEINs Klinik i Giessen af HEINR. WALTHER: *Ein Fall von gleichzeitiger Extra- und Intrauterin gravidität bei Uterus subseptus* (Z. f. G. u. G. 33.3, S. 389—418). Hos den 35-årige Pat., der havde født 3 Gauge og aborteret i 6te Måned for $\frac{1}{2}$ År siden, vare menses sidst tilstede i Februar 1895, hvorefter Pat. mente sig gravid; men da der optrådte uregelmæssige Blødninger og Smerter i Underlivet, søgte hun Lægehjælp. Uterus føltes tom; til højre for den en Udfyldning, der diagnosticeredes som et Extrauterinsvangerskab. Efter Undersøgelsen Tegn til indvendig Blødning, hvorfor Dagen efter Laparotomi. Ved denne fandtes uterus tvedelt, gravid i h. Halvdel. Adnexa på h. Side naturlige, på v. Side tuba fortykket, med et Blodkoagel ragende ud af Fimbrienden. De venstresidige adnexa exstirperedes. Natten mellem 2den og 3dje Dag p. o. Abort. Ved Undersøgelsen herefter føltes et septum i corpus, collum fælles. Helbredelse. Ved mikroskopisk Undersøgelse af Blodkoaglet i tuba og dennes Væg fandtes villi chorii og Deciduaceller. Da intet af Fostrene fandtes (det uterine må være bortkommet med Blodkoaglerne om Natten), lader det sig ikke bestemt sige, om de 2 Svangerskaber vare samtidige, hvad dog efter villis Forhold og de øvrige Omstændigheder synes ret sandsynligt. I det fjærnede v. ovarium fandtes et corpus lut. ver. Hvorfor Forf. stadig går ud fra, at der ikke også fandtes et sådant i h. ovarium, ses ikke; at det h. ovarium ved Laparotomien »ikke var forstørret», beviser jo intet i denne Henseende.

Et Indlæg af stor Interesse i den Strid, der udkæmpes angående de Kræfter, der kunne antages at være virksomme ved Tubaraborten og særlig ved dens Udstødelse, er en Afhandling af L. PROCHOWNICK (Hamburg): *Zur Mechanik des Tubenaborts* (Arch. f. Gyn. 49.2, S. 177—244). På Grundlag af 8 vel vedligeholdte, nøje beskrevne og afbildede Tilfælde af Tubarabort foruden en Del andre iagttagne, men ved Udtagelsen mindre vel bevarede Präparater, søger Forf. at besvare de forskellige Spørgsmål vedrørende Tubarabortens Forhold og særlig da den mekaniske Side heraf, hvilke Faktorer der ere virksomme ved Äggets Uddrivelse af tuba? Han kommer, som man kunde vente, til det Resultat, at der ikke lader sig opstille generelle Regler desangående, men fremhæver dog følgende Sider af Spørgsmålet. Det er for det første påfaldende, hvor lidt tuba i sin Helhed forandres ved Ägimplantationen; hverken Deciduadannelse eller andre Forandringer strække sig synderlig ud over selve det Sted, hvor Ägget har sat sig fast. Særlig er det af Interesse for Abortens Mekanik, at Muskulaturen forandres

så lidt. Måske der undertiden findes en ringe numerisk Hypertrofi af Muskelceller; en Hyperplasi som i uterus forekommer ikke. Tværtimod findes i Regelen Muskeltrådene sprængte ud fra hinanden ved Blødning, og Muskelcellerne vise ofte dårlige Farvningsforhold. For P. er ved Tubaraborten så godt som altid Blødningen det primære. Denne Blødning begynder eller er i alt Fald stærkest på det oprindelige Implantationssted, der stedse ligger nærmest uterus. Sidder Ägget i den ampulläre Del af tuba, kunne måske Kontraktioner af uterus og den ikke gravide Del af tuba i Forening med Blødningen overvinde den svage Modstand, der i et sådant Tilfælde göres mod Äggets Udstødning, så at her vel ikke sjældent kan komme en komplet Abort i Stand. Men eftersom Ägget sidder længere ind mod uterus, bliver Modstanden mod dets Udstødelse større og større, og her vil i mange Tilfælde i Stedet komme enten Ruptur, eller Aborten bliver ufuldstændig, en mola bliver tilbage i tuba. Forf. lover i et senere Arbejde at komme ind på andre Spørgsmål vedrørende Tubarsvangerskabet, som han dog i den foreliggende Afhandling ofte berører. Det kan således fremhæves, at medens Forf. indrømmer Muligheden af, at en sund tuba kan blive gravid, tror han dog det lettere sker, når den er syg, når blot Slimhindens Epitel ikke er gået til Grunde, og han meddeler et Tilfælde, der synes at bevise, at der kan komme Graviditet i en af akut purulent Gonorré lidende tuba.

De sidste Betragtninger före os over til Spørgsmålet om Extrauterinsvangerskabets Ätiologi, hvor de forskellige Anskuelser stå skarpt lige over for hinanden. Ligesom PROCHOWNICK mener LEOPOLD (Dresden), at et Extrauterinsvangerskab kan opstå i en sund tuba: *Beitrag zur Extrauterin-Schwangerschaft* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 27, S. 731—33), og han meddeler et Tilfælde af bristet Tubarsvangerskab, hvor Pat. altid havde været rask i Barselsängen, ikke havde frembudt sygelige Symptomer fra Genitalorganernes Side siden sidste Födsel, og hvor ved Operationen adnexa vare fri for Adhärenser og makroskopisk syntes sunde (bortset fra det bristede Svangerskab). Den modsatte Anskuelse, at der altid kræves salpingitis, hävdes derimod af GEORGE TAINURIER: *Étiologie des grossesses extra-utérines* (Thèse de Paris 1895. Ref. i Journ. de l'anat. 1895, Nr 3, S. 310). Forf. har forsögt at fremkalde Extrauterinsvangerskab hos Kaniner ved at underbinde tuba i Tidsrummet mellem den 12te Time og 3dje Dögn efter coitus, da vi vide, at Spermatozoerne ere nåede til fimbræ 10 Timer efter coitus, og at Ägget, som omtrent samtidig forlader Ovariet, træder ind i uterus ved Slutningen af 3dje eller Begyndelsen af 4de Dag. Hvor varierede og talrige end Forsögene have været, lykkedes det ikke en eneste Gang Forf. at fremkalde et Extrauterinsvangerskab, og Forf. tror derfor, at for at sådant skal opstå, må der findes en deskvamativ salpingitis (LAWSON TAITs Teori). — En ganske mærkelig Ätiologi har Extrauterinsvangerskabet i fölgende Tilfælde, hvor uterus var exstirperet og tuba udmundede i vagina. Det meddeles af P. WENDELER (Berlin): *Ein Fall von Tubenschwangerschaft nach Exstirpation uteri vaginalis* (Festschr. für Aug. Martin, S. 210—13). Hos en Kone var der i hendes 30te År af ukendt Årsag foretaget Totalexstirpation af

uterus. Herefter hver 4de Uge molimina og lidt Slimafgang. Nu, 6 År efter Operationen, vare sådanne udeblevne 2 Gange, og der var begyndt en hæftig Blødning fra vagina. Blødningen kom fra en fin Åbning i Bunden af vagina, ud ad hvilken ragede en hasselnödstor, spåndt Amniossæk. Efter dennes Fjernelse og forsigtig Udskrabning gennem Åbningen med skarp Ske, hvorved fjærnedes villi chorii, op-hørte Blødningen, og Pat. kom sig. — Mindre sikker er Diagnosen i følgende Tilfælde, hvor der skal have fundet en såkaldet ydre Overvanding af Äggets Sted. Det offentliggøres af MAX FUCHS (Liegnitz): *Ueber einen Fall von Extrauterinschwangerschaft auf Grund der äusseren Ueberwanderung des Eies* (D. med. W. 1895, Nr 45, S. 748—49). Ved Laparotomi havde han på den ene Side fjærnet det kystisk degenererede ovarium, på den anden tuba (sammen med et Fibromyom). Snart efter kom der Symptomer på Graviditet, der udstødtes en decidua og dannedes under gentagne Anfald af indvendig Blødning et stort Hämatocele. Forf. mener derfor, at der har været et bristet Tubar-svangerskab, hvor i så Fald Ägget må være kommet fra Ovariet på den modsatte Side.

Med Hensyn til Diagnosen af Extrauterinsvangerskabet er der intet nyt af Betydning at referere. Det skal kun omtales, at, medens V. OTT meget anvender og stærkt anbefaler Udskrabning af små Stykker Slimhinde fra corpus uteri i diagnostisk Öjemed, idet ikke alene den mikroskopiske Påvisning af Deciduaceller skal kunne støtte Diagnosen Extrauterinsvangerskab, men tillige Cellernes større eller mindre Udvikling skal kunne antyde, om Svangerskabet er i fremskridende Udvikling eller ej, så advare de fleste mod dette Indgreb, således LÖHLEIN (Giessen): *Die Ausschabung bei ektopischer Schwangerschaft* (D. med. W. 1895, Nr 23, S. 361—63). L. omtaler også den Udskrabning, der ikke sjældent foretages i terapeutisk Öjemed mod de uregelmæssige Blødninger, uden at Årsagen til disse erkendes, eller når der fejlagtig formodes en uterin Abort. Erfaringen viser imidlertid, at Udskrabningen ofte følges af betydelig Blødning i den extrauterine Ägsæk eller ud i Underlivet.

Hvad Behandlingen angår, må först omtales den allerede i Be-tyndelsen af dette Afsnit berörte stigende Tilbøjelighed til at operere per vaginam. Man har jo tidligere ikke sjældent foretaget Indgreb ad denne Vej ved Extrauterinsvangerskab, dog så godt som uden Undtagelse kun, når Ägsækken eller en Fosterdel prominerede stærkt i vagina, og man indskrænkede sig som oftest til Incision. Men samtidig med, at der har vist sig en stigende Tilbøjelighed til at angribe Lidelser i det lille Bækken ad vaginal Vej, på den ene Side ved den af Franskmändene inaugurerede »castration utérine» og ved deres vagi-nale Myomoperationer, på den anden Side ved den af DÜHRSEN i Berlin först foreslåede »vaginale Köliotomi», Åbning af Peritonäalhulen gennem lacunar ant., med forskellige Indgreb, deriblandt Exstirpation af adnexa uteri ad denne Vej — samtidig hermed er som en naturlig Konsekvens kommen Exstirpation af gravide tubæ (bristede eller ikke bristede) ad denne Vej. De förste Tilfælde af denne Art meddeltes af DÜHRSEN: *Ueber vaginale Köliotomie bei zwei Fällen von Tuben-*

schwangerschaft (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 15, S. 385—95) og ere blevne efterfulgte af mange tilsvarende, især af tyske Gynäkologer. Tekniken er ikke væsentlig forskellig fra den ved Adnexitidelser overhovedet og skal nærmere omtales i næste Afsnit. Fra fransk Side har CONDAMIN (Lyon), idet han dog mest gør sig til Talsmand for LARROYENNES Idéer, hävdet Fordelene ved at gribe ind per vaginam fremfor gennem Bugvæggen; men han synes som Regel at bane sig Vej gennem lacunar post.: *Quelques réflexions sur le traitement par la voie vaginale et l'ablation de la trompe malade dans les grossesses extra-utérines* (Ann. de gyn. 1895 Septb., S. 175—88). Mod denne Betragtningssmåde udtaler DE STRAUCH (Moskwa) sig: *Quelques remarques à propos du mémoire de M. Condamin sur le traitement de la grossesse extra-utérine* (s. St. Decb., S. 468—74), idet han anförer de velkendte Grunde, der tale for Laparotomien, särlig at man ved denne bedre kan se, hvad man har for sig.

Angående Behandlingen kan endnu anföras, at PROCHOWNICK (Hamburg) ved Naturforskerforsamlingen i Lübeck i Septb. 1895 udtalte sig for i visse Tilfælde at anvende Morfinindspröjtning i Fötälsäcken: *Die Behandlung ektopischer Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzung nach v. Winckel* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 41, S. 1081—82). Af 90 Tilfælde, han har iagttaget siden 1883, har han brugt Morfinindspröjtning i 6 Tilfælde. I 4 Tilfælde injiceredes per vaginam i den intakte Fötälsäk ved 1 Injektion uden Aspiration 3—4 Cgm Morfin. 3 kom sig uden Tilfælde i Löbet af 5—8 Uger; hos 1 kom der en Absces, der äbnede sig ind i rectum og nödvendiggjorde Dränage fra vagina, hvorefter Helbredelse. I det 5te Tilfælde injiceredes gennem Bugvæggen; efter 2 Dages Forlöb sepsis; Helbredelse efter Laparotomi og Dränage. Ved Operationen viste det sig, at en til Fötälsäcken adhärent Tarmslynge var ramt af Nälen. I det 6te Tilfælde var der allerede för Injektionen dannet et Hämatom. I alle 6 Tilfælde er P. overbevist om Diagnosens Rigtighed, og i alle Tilfældene var der Deciduaafgang. Efter sine Erfaringer mener P. at kunne opstille den Regel, at man skal forsöge en Morfininjektion, för man skrider til Operation; men man skal kun injicere 1 Gang og ikke aspirere. Den 3dje Måned må heller ikke være overskreden, og der må ikke være Symptomer på Tubarabort. Gonorré og akut perimetritis afgive Kontraindikation. Man må kun injicere per vaginam, ikke gennem Bugvæggen, da Fötälsäcken i de förste 9—10 Uger ikke ligger op ad denne. I Diskussionen udtalte WERTH, FEILING og GOTTSCHALK sig mod Morfinindspröjtningen.

Et herhen hörende histologisk Arbejde angående uteri Forandringer ved Extrauterinsvangerskab af A. H. PILLIET (Paris): *Étude histologique des modifications de l'utérus dans la grossesse tubaire* (Ann. de gyn. Octb. 1895, S. 241—69) indeholder intet af Betydning.

Til Slutning skal omtales et Par Tilfælde af Bihornsvangerskab, der jo på så mange Punkter frembyder Overensstemmelse med Extrauterinsvangerskabet, men hvortil det dog ikke kan regnes (men vel til det ektopiske Svangerskab). Det ene Tilfælde er v. OTTS

Tilfælde Nr 5. Fosteret var fuldbåret, dødt. Pat. kom sig. Det andet Tilfælde viste tilsvarende Forhold. Det meddeles af A. HOEPFL (Hauham): *Fall von ausgetragener Nebenhornschwangerschaft. Heilung durch Operation* (Münch. med. W. 1895, Nr 32, S. 756—59). Den 31-årige Kone havde født 2 Gange. Sidste Menstruation Marts 1893. Herefter hæftige Smerter, Kvalme, Svimmelhed, Urinbesværligheder, der dog bedredes efter nogle Måneders Forløb. I November svage Fosterbevægelser. 2den Januar 1894 Veer; men orificium åbnedes ikke. Den følgende Tid af og til Veer. Ingen Blodafgang. Midt i Marts 1894 så Forf. Pat., forefandt en Underlivssvulst og diagnostieerede (især af Anamnesen) Extraterinsvangerskab. Da der kom Feber, gjorde han 31 April 1894 Laparotomi. Fra Svulstens øvre ydre Hjørne afgik h. lig. rot. og de højresidige adnexa. Nogen Stilk til uterus kunde ikke føles. Svulsten syedes ind i Bugsåret og incideredes; dens muskuløse Væg var 1,25 Cm. tyk. Der udtoges et macereret kvindeligt Foster, 47 Cm. langt, 2250 Gm svært. Placenta sad fast, lodes tilbage. Lidt efter lidt formindskedes tumor, Sekretionen fra dens Hulhed aftog, og der blev kun en Fistel tilbage. Ved at injicere Pyoktaninopløsning gennem Fistelen, kunde man påvise Forbindelse mellem Fötalsækken og uterus. Fötalsækken lagde sig efterhånden hen ved Siden af uterus, adskilt fra denne ved en Fure, og nående helt ned til collum.

Gynäkologi. Vilde man framhæve noget ejendommeligt for Gynäkologien i 1895, måtte det navnlig blive følgende Punkter: Reaktionen mod den »furor operativus», hvormed der fra visse Sider er gået løs mod Retrodeviationerne; den stærke Udvikling af den vaginale »Köliotomi», Bughulens Åbning gennem lacunar ant., med påfølgende Fjernelse af Fibromyomer, syge adnexa o. s. v.; den Fremgang, den fra Frankrig udgæede Behandling af Bäckensuppurationer og af Fibromyomer med vaginal Exstirpation af uterus har gjort i Tyskland; endelig den tiltagende Anvendelse af Totalexstirpationen af uterus også ved ventrale Operationer for Fibromyomer.

Ved Myotomien står jo Spørgsmålet om den bedste Behandling af Stilken stadig på Dagsordenen (se forr. Literaturovers. S. 36—37), og bl. a. har der blandt Tilhængerne af den intraperitonæale Stilkbehandling været megen Strid om, hvor vidt Suturering af Stilkstumpen (efter SCHRÖDER) eller Ligatur af den (f. Ex. efter ZWEIFEL eller LEOPOLD) gav det bedste Resultat, idet BRENNECKE til Forsvar for førstnævnte Metode søgte at hævde, at Vævet's Levedygtighed herved bevaredes, hvorved der ikke blev nogen gunstig Jordbund for Mikrobernes Udvikling, medens der ved Ligatur kom Nekrose af Vævet. WALTHARD (Bern) har søgt at løse dette Spørgsmål ad experimentel Vej: *Experimenteller Beitrag zur Frage der Stumpfbehandlung bei Myomohysterektomie* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 1, S. 7—10). Forf. har foretaget en stor Mængde Forsøg på Kaniner, hvis uterus han amputerede, medens Stilkstumpen snart ligeredes, snart sutureredes. Ved fuldstændig asepsis fandt han bægge Fremgangsmaader lige gode. Heller

ikke ved efterfølgende Infektion ad Blodvejen eller gennem Tarmkanalen viste der sig Fare ved nogen af Metoderne. Men ved efter Operationen udført Indbringelse af Stafylokokker i vagina viste Ligaturmetoden sig Suturmetoden overlegen, idet ved sidstnævnte let en Sutar kan skåre igennem og Infektionen derved bringes nd til Peritonæalhulen. W. mener herved at have tilbagevist BRENECKES Indvendinger mod Ligaturmetoden. RUNGE (Göttingen) forsvarer derimod Suture-ring af Stumpen: *Stumpfbehandlung nach supravaginaler Amputation des Uterus* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 49, S. 1289—90). Han desinficerer blot vagina, ikke Cervikalkanalen før Operationen og lægger ingen Vægt på at forene peritonæum over Stumpen. Han har anvendt Metoden i 27 Tilfælde; 26 kom sig glat, 1 døde af Pnevmoni. HECTOR TREUB (Leiden) anvender Forsenkning af den elastiske Ligatur om Stilkstumpen: *Zur Stumpfbehandlungsfrage bei der Myomohysterectomie* (M. f. G. n. G., 1, S. 214—28). Han anvender hertil et Nélatons Kateter Nr 11 eller 12, der før Brugen har ligget mindst 48 Timer i en 5 % Karbopløsning. Det strækkes stærkt, lægges 2 Gange om cervix, Enderne knyttes enkelt under vedvarende Stramning, og Knuden sikres ved en tynd Silkeligatur, hvorefter Enderne både af denne og af den elastiske Ligatur klippes kort af. Han har 100 Tilfælde med 7 døde.

Totalexstirpation per laparotomiam af den myomatöse uterus for at undgå al Stilkbehandling er jo især bragt frem af den MARTINSKE Skole. Den Teknik, A. MARTIN (Berlin) i den seneste Tid har anvendt, har han beskrevet i et Foredrag i Berl. Gesellsch. f. Gynäkol.: *Die Totalexstirpation des myomatösen Uterus per coeliotomiam* (Berl. kl. W. 1895, Nr 29, S. 625—28). Herved er egentlig kun at bemærke, at han, når collum er løsnet til Siderne og bagtil, lader lae. ant. strammes ved, at Svalsten får Lov til at synke ned over Symfyen, hvorpå han afslutter Exstirpationen med at løsne Forbindelsen fortil fra Vaginalsiden, idet efter Gennemskæringen af vagina Afløsningen i øvrigt næsten alene sker ved Svalstens Vægt, hvorved man er sikret mod at lädere vesiea. Ligaturenderne (Katgut) føres ned i vagina, hvorefter peritonæum i Bækkenbunden forenes ved Suture forfra bagtil. Ved Diskussionen (s. n.) angav han dog i sine sidste 4 Tilfælde at have opgivet denne Suture-ring. Af 81 (i Diskussionen 90) efter denne Metode opererede døde 6. I Diskussionen om M's Foredrag (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 46, S. 1228—30) vare Talerne (OLSHAUSEN, L. LANDAU, BRÖSE, MACKENRODT, DÜHRSEN) ikke ubetinget stemte for Totallestirpationen, i alt Fald ikke for alle per laparotomiam opererede Tilfældes Vedkommende. OLSHAUSEN mente, at den angivne Teknik var nøje knyttet til den af MARTIN ved Laparotomien i det hele taget anvendte Placering af Patient og Operatör; vil man benytte hävet Leje af Bækkenet, er MARTINS Teknik uanvendelig. — I Frankrig er det især L. G. RICHELLOT (Paris), der har været Hovedtalsmand for også at gøre Totallestirpation i de Tilfælde, hvor man ikke kan udføre Exstirpation per vaginam, men nødes til at gøre Laparotomi. Han beskriver sin Teknik i en Afhandling: *Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins*

(L'union méd. 1895, Nr 18, S. 205--8). Efter forskellige Forsøg har han slået sig til Ro ved en Metode for Totalexstirpation af uterus, hvorved der slet ikke benyttes Ligaturer. Efter at have vâitet uterus ud løsner han fortil en Peritonæallap og dissekerer denne løs så dybt ned som muligt. På to i vagina indførte Fingre åbner han så lacunar ant., indfører ovenfra en Finger i den frembragte Åbning og dilaterer denne til bage Sider med Sax, idet han holder sig lige op ad uterus. Der er herved ingen videre Blødning. Man går på hver Side til Basis af lig. latum eller lidt ind under dette. Man fatter derpå lig. latum med hele v. Hånd, Tommelen fortil, de andre Fingre bagtil, og idet man fører Saxen lukket ned, hvor Lösningen af lacunar endte, fører man den under a. uterina og perforerer derpå bageste Blad af lig. latum med den. Idet man trækker Saxen tilbage, åbner man den for at udvide denne Åbning og fører så strax ovenfra en Finger ned gennem den. Derpå indføres per vaginam en stor Richelotsk Klemmetang, hvis bageste Blad indføres gennem sidstnævnte Åbning, det forreste gennem den store Åbning. Den anlægges udenfor Ovariet og tuba. Dette gentages på den anden Side, lig. latum gennemskæres, og hele Massen hænger nu kun fast bagtil, hvilket Parti gennemskæres til sidst. Med lange Klemmer fattes nedenfra de blødende Punkter her, og til sidst lægges ovenfra Jodoformgaze ned i vagina, hvorpå Bugsåret lukkes. Forf. lægger ingen Vægt på, at man anbringer de store Klemmetænger, inden uterus er amputeret. — En Metode, der mere ligner den i Tyskland anvendte, er angiven af LE BEC: *Hystérectomie abdominale totale par ligatures* (Ann. de gyn. 1895, Novb., S. 356—83). Det væsentlige ved den er, at han, for at hindre Afglidning af den Ligatur, der fatter Basis af Ligamentet (med a. uterina), på hver Side lader sidde et Stykke af collum uteri, der så med Ligaturerne trækkes ned i vagina. PÉAN: *Les fibromes utérins* (s. St., S. 345—50) forkaster Totalexstirpation alene per abdomen; skal den foretages, bør collum og cervix udløses per vaginam. Af denne Operation og rent abdominale Operationer (altså ikke Totalexstirpationer; også stilkede Svulster? Ref.) har han i 1890—94 haft 120 Tilfælde med 7 døde. Totalexstirpation alene per vaginam vil han anvende, hvor Svulsten ikke er større end et nyfødt Barus Hoved. Han har i det nævnte Tidsrum heraf haft 248 Tilfælde med 4 døde. PAUL SEGOND: *Des plus gros fibromes justificables de l'hystérectomie vaginale* (s. St., S. 329—44) mener, at ethvert Fibromyom, der ikke overskrider Umbilikaltransversalen, bør fjærnes per vaginam. Han fremhæver imidlertid, at det er en besværlig og langvarig Operation. Fra Kastration er han ganske kommen bort.

En særlig Art Fibromyomer, nemlig Fibromyomerne i lig. latum, gøres til Genstand for Omtale af VAUTRIN (Nancy): *De l'extirpation des fibromes des ligaments larges* (Ann. de gyn. 1895, Novb., S. 391—411). Efter at have omtalt disse Svulsters omtvistede Oprindelse, i det de ofte synes at være uden Forbindelse med uterus, beskæftiger han sig især med Behandlingen. De stilkede fjærnes ligefrem efter Underbinding af Stilken. De mellemstore kan man enukleere. Men ved de meget store, hvis Enukleation giver en meget dårlig Prognose (Faren

en navnlig Hæmorrhagi), bør man foretage Totalexstirpation af uterus sammen med Svulsten, og det selv om denne slet ikke udgår fra uterus.

Vi nævnde lige, at SEGOND ganske forkaster Kastrationen som Behandling af Fibromyomer. Også FRITSCH (Bonn) er af denne Mening: *Totalexstirpation statt Castration* (D. med. W. 1895, Nr 24, S. 377—78). Så vel ved Fibromyomer som ved andre Lidelser, for hvilke man foretager Kastration, er det kun altfor hyppigt, at Resultatet ikke svarer til Forventningerne. F. er derfor mere og mere kommen til at foretrække også at fjærne uterus, og det helst per vaginam, da dette Indgreb er langt mindre farligt end en Laparotomi. Ved betændelsesagtige Adnexsvulster, altså ved diagnosticeret pyosalpinx, foretrækker F. dog Laparotomi; til denne Side af Spørgmålet ville vi senere komme tilbage.

Ved Siden af Kastrationen har man i de senere År forsøgt Underbinding af aa. uterinæ mod Fibromyomer. Nogle Tilfælde af denne Art fra HOWITZ's Klinik ere meddelte i dette Tidsskrift (1895, Hft. 3., Nr 14) af PAUL KUHN; 5 andre Tilfælde meddeles af C. C. FREDERICK (Buffalo): *Ligation of the broad ligaments for uterine fibromyomata* (Amer. j. of obst. 1895, Septb., S. 348—54). Forf. meddeler 5 Tilfælde. I 2 af disse foretoges Underbinding af Basis af Ligamenterne per abdomen; hos den ene Patient, 33-årig med en tumor til midt imellem Symfyen og Navlen, fjærnes de venstresidige adnexa for Betændelse; Fibroidet svandt, men menses holdt sig rigelige; hos den anden laparotomerede, en 48-årig, fjærnedes en venstresidig Ovariekyste; 2¹/₂ Måned senere kom der Gangræn af en submukøs Svulst; efter dens Fjærnelse Helbredelse. Af de 3 per vaginam opererede Patienter var Nr 1 25 År. Svulsten nåede over umbilicus. 18 Dage p. o. nåede den just over Symfyen, senere fik uterus normal Størrelse; der var stærk Temperaturförløjelse (til 40°) fra 2. til 10. Dag. Nr 2 var 38 År. Tumor höuseägstor. Her gjordes Udskrabning samtidig med Underbindingen. Tumor svandt, men menses holdt sig rigelige. Nr 3 var 45 År. Tumor nåede Ribbenskurvaturen. Den begyndte at svinde stærkt hurtig efter Operationen og vedblev endnu at formindskes en Måned p. o., da Forf. sidst hørte til Patienten.

Det blev i forrige Literaturoversigt (S. 47) nævnt, at DÜHRSSSEN også havde benyttet den af ham angivne vaginale Laparotomi eller, som den også kaldes, Colpotomia ant. til Fjærnelse af små Fibromyomer. Denne Form for Fibromexstirpation er yderligere dyrket af A. MARTIN, der også ad denne Vej fjærner submuköse Svulster, idet han da først spalter forreste Væg af uterus, der sutureres efter endt Svulstexstirpation, för uterns reponeres i Bughulen (og vaginifixeret). M. har bl. a. holdt et Foredrag om Metoden i Gesellsch. f. Geburtsh. zu Leipzig: *Zur Colpohysterotomia anterior mediana* (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 7, S. 193—98). Også blot för at undersøge uteri Indre vil M. anvende Metoden, idet han forkaster Dilatation af Cervikalkanalen. Metoden er kun brugbar ved små Svulster. Större Svulster bör angribes per laparotomiam; den vaginale Totalexstirpation för Fibromyomer forkaster M. I Diskussionen (s. St. Nr 8, S. 219—24) uttalte

SÄNGER sig mod sidstnævnte Anskuelse, og han og ZWEIFEL og FEHLING (Basel) forsvarede Dilatation med Laminariastifter. SÄNGER var i et Par Tilfælde begyndt med en Kolpohysterotomi, men havde måttet afslutte med en Kolpohysterektomi, og således trode han, det oftere vilde gå. I øvrigt udtaltes fra alle Sider Sympati for Indgrebet i dertil egnede Tilfælde.

Fjernelse af Fibromyomer er jo imidlertid kun en ringe Del af det Område, der var tiltænkt Colpotomia ant.¹⁾ Indgrebet er et Led i den ved Vaginifixuren anvendte Fremgangsmåde, således som denne Operation efterhånden havde udviklet sig (se forr. Literaturovers. S. 47—48), og her fik den sit Hovedområde, men er desuden bleven anvendt i stor Udstrækning ved Operationer på adnexa uteri. En Oversigt over Operationens Anvendelse i det hele taget giver A. MARTIN: *Die Colpotomia ant.* (M. f. G. u. G. 2, S. 109—22). Han, som næsten alle andre, der have anvendt Metoden, ere forbavsede over den gode Adgang, den giver til Organerne i det lille Bækken. MARTIN afslutter i alle Tilfælde Operation med en vaginifixura uteri. Også udenfor Tyskland har Operationen vundet Indgang. I Danmark roser således V. HEIBERG (Fredriksberg) den i *Bemærkninger om Retroflexio uteri og dens Behandling* (Hosp. Td. 1896, Nr 1, S. 1—10; Nr 2, S. 25—40), og i England udtaler f. Eks. JOHN W. TAYLOR (Birmingham) sin Tilfredshed med den: *On the opening of the abdomen from the vagina and vaginal fixation of the uterus* (Brit. med. j. 11. I. 96, S. 78—79). Som man ser, er der for de fleste en nøje Forbindelse mellem Colpotomia ant. og Vaginifixuren; dog udtaler f. Eks. V. HEIBERG udtrykkelig, at medens han forkaster sidstnævnte Operation, holder han fast ved Kolpotomien, som det aldeles ikke er nødvendig, at afslutte med Vaginifixur. Det vilde også være yderst uheldigt for Kolpotomien, om dens Existens var uløseligt knyttet til Vaginifixuren; thi denne Operation synes allerede i alt væsentligt at have udspillet sin Rolle. Det er til både at le og at græde over, når man ser den Komædie, der i denne Henseende er opført med Berlin som Hovedskueplads. Det vilde blive for vidtløftigt her at komme ind på Sagens Enkeltheder, der også snart kun have historisk Interesse; til Dels kunne vi også henvise til et Par danske Afhandlinger, hvor Spørgsmålet, i alt Fald delvis behandles, navnlig det overfor nævnte Arbejde af V. HEIBERG og LEOPOLD MEYER: *Om Retroflexio uteri* (Bibl. f. Lg. 1896. Hft. 2, S. 93—112) med påfølgende Diskussion i Medic. Selskab (Hosp. Td. 1896, Nr 10, S. 249—51). Efter at Vaginifixuren først var banket op til at skulle være en Operation af allerstørste Betydning, der af forskellige Gynækologer udførtes med en ligefrem fabelagtig Hyppighed,²⁾ begyndte der først at gøre sig enkelte Stemmer gældende mod dette Misbrug; så kommer der pludselig den ene Meddelelse frem efter den anden om yderst farlige Fødselskomplikationer forårsagede ved

¹⁾ Det vil i dette Afsnit blive det hensigtsmæssigste også at omtale noget af Literaturen fra Begyndelsen af 1896.

²⁾ Exempelvis kan anføres, at WILH. RÜHL, der praktiserer i en lille By, Eibach-Dillenbourg, i sit nedenfor nævnte Arbejde angiver at have udført Vaginifixur 235 Gange.

Følgerne af det nævnte Indgreb; og på et Par Måneder ramler så det hele sammen, og DÜHRSSSEN er noget nær den eneste, der endnu forsøger at forsvare Operationen, medens den ellers er almindelig forladt (bortset fra de sjældene Tilfælde, hvor Indgrebet kan være indiceret efter Forplantningsåvnnens Ophør). Vi skulle her nøjes med at anføre Titlerne på en Del af de herhen hørende Afhandlinger og kort referere de vigtigste af dem. R. OLSHAUSEN (Berlin): *Ueber Behandlung der Retrodeviationen des Uterus* (Z. f. G. u. G. 32. 1, S. 1—24). M. GRAEFE (Halle): *Ueber die Behandlung, insbesondere die operative, der Rückwärtslagerung der Gebärmutter* (Volkm. klin. Vertr. N. F. Nr 125). THEILHABER (München): *Die Therapie der Retroflexio Uteri* (M. f. G. u. G. 2, 266—77) og *Zur Pathologie und Therapie der Retroflexio Uteri* (s. St. 3, S. 111—21). B. S. SCHULTZE (Jena): *Einiges über Pathologie u. Therapie der Retroflexio uteri* (s. St. 1—8 og 101—10). A. MACKENRODT (Berlin): *Die weitere Entwicklung der Vaginojixatio* (Festschr. für Aug. Martin, S. 96—100) og *Kritische Bemerkungen über Vaginojixation und Kolpoköliotomie in Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt* (M. f. G. u. G. 2, S. 355—65). VELDE (GUSSEROW's Klin., Berlin): *Fall von absolutem Geburtshinderniss nach Vaginaejixation des Uterus* (Berl. kl. W. 1895, Nr 36, S. 793). P. STRASSMANN (Berlin): *Zur Kenntniss des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufes bei antejixirtem Uterus* (Ctbl. f. Gyn. 1895, Nr 49, S. 1300—2 og A. f. G. 50. 3, S. 473—510). MACKENRODT: *Ueber die Unzulässigkeit der Vaginojixation und ihren nothwendigen Ersatz durch Vesicojixation* (s. St. S. 1302—3). Diskuss. om disse to Foredrag: s. St. Nr 52, S. 1372—79. N. FLAISCHLEN (Berlin): *Die gegenwärtige Stellung der Berliner Gynäkologen zur Antejixatio uteri* (M. f. G. u. G. 2, S. 529—31) med Svar fra MACKENRODT s. St. 3, S. 72—74. P. WENDELER (MARTIN's Klin., Berlin): *Ueber die Colpotomia ant. und ihre Erfolge* (Berl. kl. W. 1896, Nr 1, S. 11—14; Nr 2, S. 35—43). R. KOSSMANN (Berlin): *Die Eröffnung der Bauchhöhle zwischen Blase und Gebärmutter* (D. med. W. 1895, Nr 48, S. 792—94). GRÄFE (Halle): *Ueber schwere Geburtsstörungen infolge von Vaginojixatio uteri* (M. f. G. u. G. 2, S. 472—77). MILÄNDER (GOUBAROFFS Klin., Jurjew-Dorpat): *Ventriajixation des Uterus, Schwangerschaft und Querlage des Kindes* (Z. f. G. u. G. 33. 3, S. 464—85). E. WERTHEIM (SCHAUTAS Klin., Wien): *Ueber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei vaginojixirtem Uterus* (Centralbl. f. Gyn. 1896. Nr 2, S. 25—34). WILH. RÜHL (Eibaeh-Dillenburg): *Ueber die Behandlung der Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation* (s. St. Nr 6, S. 147—54). LUDWIG (SCHAUTAS Klin., Wien): *Exstirpation des Uterus wegen nicht zu beseitigenden Schmerzen und Blutungen nach Vaginojixation* (s. St. Nr 8, S. 228—29). PINZANI (Bologna): *Kejsersnit efter Ventrofixation* (Atti della soc. ital. di Ost. e Gyn. 1895. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1896, Nr 9, S. 261). ABEL (Berlin): *Eine neue Indication zur Sectio caesarea nach Porro [Ventroajixation]* (Berl. kl. W. 1896, Nr 13, S. 280—83). A. DÜHRSSSEN: *Ueber Geburtsstörungen nach Vaginojixation, ihre Bedeutung, Behandlung und Verhütung* (s. St. S. 278—80; Nr 14, S. 301—5); Diskussion herom: Centralbl. f.

Gyn. 1896, Nr 10, S. 279—85. FR. WESTPHALEN (WERTHS Klin., Kiel): *Vesicofixatio und Ventro-vesicofixatio uteri* (M. f. G. u. G. 2, S. 1—7). C. STAUDE (Hamburg): *Zur Vesicofixatio uteri, Hystero-cystoperie* (s. St. 3, 94—100). GUENTHER (Dessau): *Ein Fall von vaginaler Ventrofixation des Uterus* (Centralbl. f. Gyn. 1896, Nr 8, S. 215—19). E. WERTHEIM: *Neue Methoden der vaginalen Antefixatio uteri* (s. St. Nr 10, S. 265—69). E. BODE (Dresden): *Intra-peritoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda zur Heilung der Retroflexio uteri mittels Laparotomia vaginalis anterior* (s. St. Nr 13, S. 357—59). — Vi skulle rent eksempelvis referere enkelte af de her eiterede Arbejder. Som Exempel på Angrebene mod Vaginifixuren skal omtales et Par af MACKENRODT's Arbejder. Han siger f. Ex. i *Die weitere Entwicklung* o. s. v., at, hvis man ved Kolpotomia ant. ved ikke mobil uterus løsner Adhärenceer, kan man let få Blødning fra a. spermatica på et Sted, hvor Blodstaudningen kan være vanskelig; han har således af denne Grund 4 Gange måttet foretage Totalexstirpation af uterus for at nå op til det blødende Sted. Han foretrækker derfor Laparotomi i disse Tilfælde, ligesom han også ved suppurative Adnexitider foretrækker denne Vej eller også vaginal Operation med forudgående Incision i fossa Dougl., hvorigennem han senere drænerer. Ved mobil Retroflexion frygter han for, at, hvis man åbner peritonæum og syr fundus uteri ind i Åbningen efter først at have løsnet Blæren, så får så vel uterus som adnexa et fejlagtigt Leje, der senere kan hindre Konception eller, hvis denne indtræder, forårsage Abort. — I en senere Artikel: *Kritische Bemerkungen über Vaginofixation* o. s. v. udtaler han sig endnu bestemtere mod de nævnte Indgrib, idet han støtter sig på de meddelte Tilfælde af vanskelig Fødsel og Abort efter extraperitonæal Vaginofixation. Da uterus ved denne fixeres i patologisk Anteflexion ved Bindevævsar, må noget sådant indtræffe. Er uterus fixeret i Retroflexion, så at den må trækkes helt ud i vulva, for at man kan komme til at løsne Adhärenceer, er Faren for Infektion stor, idet der ved Manipulationerne udtrykkes Sekret fra cervix, fra Krypterne omkring orific. urethræ, fra gland. Barthol. og fra Hudkirtlerne omkring anus og vulva. Absolut sikrer heller ikke denne Metode mod Recidiv. Ved fixeret Retroflexion tilråder Forf. derfor Laparotomi og Ventrofixation; vil man operere ved mobil Retroflexion, skal man fixere uterus intraperitonæalt, idet man med det samme ved forsunkede, fortløbende Katgutsuturer tillukker fossa vesicouterina. For ikke herved at lædere en Tarm (hvad der er passeret WERTHEIM), kan man åbne peritonæum, føle efter med Fingeren, og så først sy peritonæum sammen med forreste Væg af uterus helt op til fundus. I Modsætning hertil kan som Exempel på Forsvar for Vaginifixuren nævnes R. KOSSMANN's Artikel: *Die Eröffnung der Bauchhöhle* o. s. v., i hvilken han tager Vaginifixuren i Forsvar mod de Angreb, der ere rettede mod den, særlig af STRASSMANN og MACKENRODT, der have påstået, at der ved den fremkaldte Fixation skabes ugunstige Forhold for senere Svangerskab og Fødsel. K. benægter dette; er Operationen udført rigtig, er det Peritonæalfladen af uterus, der voxer sammen med vaginas submucosa, og der er da Forskydelighet nok for uteri Væxt i Svangerskabet. Kun

hvor uteri seröse Beklædning er revet af eller læderet således ved Operationen, at den senere nekrotisserer, fixeres selve uterus. Forf. foretrækker den vaginale Operation for Laparotomien i alle Tilfælde, hvor hin kan afløse denne; og særlig foretrækker han Vaginifixuren for Ventrofixationen (og for ALEXANDER-ADAMS's Operation). Ved Retroflexion vil K. dog kun operere, hvis Pessariebehandling ikke fører til Målet. At K. næppe har Ret, synes det store Antal af Fødselskomplikationer at tyde på, som ere angivne i de ovenfor citerede Arbejder. OLSHAUSEN mener, at, når der efter Ventrofixation kommer Forstyrrelser for Svangerskab og Fødsel, da beror det på, at man ikke har fulgt den af ham oprindelig angivne Teknik, Fiksation ved Tubahjørnerne, men har syt selve corpus fast til forreste Bugvæg. Det er en tilsvarende Betragtning, der gør sig gældende for WERTHEIM ved hans Forslag til en Forbedring af Vaginifixurens Teknik (næstsidste citerede Artikel). Han foreslår nemlig, at man ikke skal sy corpus uteri fast til vagina, men gennem en colpotomia ant. sikre sig ligg. rotunda og fixere dem i Vaginalsåret. BODE vil ad samme Vej forkorte ligg. rot. På de andre Forslag til Modifikation af Ventro- og Vaginofixationen skulle vi ikke indlade os nærmere; de ville næppe opnå nogen lang Levetid.

Hvad nu de meddelte Tilfælde af Fødselskomplikationer angår, da stemme de i meget overens, ere næsten typiske, ja, man taler allerede om en Vaginifixur-Fødsel. Fundus står dybt, Orificium meget højt bagtil, ofte ligesom i en særlig udtrukken Poche af vagina; bageste Væg af uterus er enormt udvidet; orificium udvides ikke. I nogle Tilfælde (WERTHEIM) er det lykkedes at forløse ved Vending, i nogle Tilfælde (RÜHL) har man gennemskåret forreste Vaginalvæg og den dermed sammenvoxne forreste Væg af Cervikalkanalen og nedre Uterinsegment, atter i andre Tilfælde har man gjort Kejsersnit efter den ené eller anden Metode. I et af STRASSMANN's Tilfælde kom der ruptura uteri og Død. Men foruden disse Tilfælde er der oftere forekommet mindre alvorlige Komplikationer, så at Kunsthjælp forholdsvis ofte er nødvendig; efter MILÄNDER var ved 54 Forløsninger efter Ventrofixation Kunsthjælp nødvendig 11 Gange, og Forholdet synes at være endnu uheldigere efter Vaginifixur. Desuden synes Abort at være hyppig efter dette Indgreb. Intet Under derfor, at nu næsten alle synes enige om, at Vaginifixur er kontraindiceret, så længe Kvinden er forplantningsdygtig.

Endnu skal i dette Afsnit Opmærksomheden henledes på de i Begyndelsen citerede Arbejder af THEILHABER og SCHULTZE. T. står på samme Standpunkt som f. Ek. SALIN (se Hygiea 1894, Nr 11) og fralægger Retroflexionen al klinisk Betydning, medens SCHULTZE hævder den; Argumenterne ere fra begge Sider de sædvanlige og vel kendte. OLSHAUSEN giver i al Korthed en fortræffelig Oversigt over de forskellige Former af Retroflexion og disses Betydning.

Heller ikke Colpotomia ant. som selvstændig Operation er forbleven uantastet. I Diskuss. om LEOP. MEYER's Foredrag udtalte HOWITZ sig for snarere at gå ind gennem lacunar post. P. J. TEPLOFF (Kasan) udtaler sig i samme Retning: *Ueber Entfernung der Adnexe und ihrer Neubildungen vom hinteren Scheidengewölbe aus, Colpotomia*

post. (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 25, S. 671—76). Også MACKENRODT har forladt lacunar ant. til Fordel for lacunar post.: *Beitrag zu den vaginalen Adnexoperationen* (Berl. kl. W. 1896, Nr 11, S. 237—38). BUMM (Basel) har ved en Del Ovariometer benyttet dels lacunar ant., dels lacunar post., en enkelt Gang bølge: *Ueber Ovariometrie von der Vagina aus* (Centralbl. f. Gyn. 1896, Nr 12, S. 313—17). I et af sine Tilfælde måtte han dog gå over til Laparotomi; og han råder til kun at benytte Vejen fra Vagina, hvor Ovariekysten præsenterer sig godt med et større Segment i lacunar ant. eller post.

Ikke blot finder således den vaginale Vej til Peritonäalhulen et stadig voxende Område og kommer atter til Åre og Værdighed efter i mange År at have været trængt ganske i Baggrunden af Laparotomien. Men man er i Tyskland også mere og mere tilbøjelig til samtidig med, at man angriber Lidelser af adnexa per vaginam, da at anerkende Rigtigheden af den fra fransk Side opstillede Påstand, at man da også ofte bør exstirpere uterus, eller med andre Ord, at anerkende Berettigelsen af den såkaldte »castration utérine». Vi omtalte ovenfor (S. 26), at FRITSCH udtalte sig for også at borttage uterus, når man fjærnede adnexa på begge Sider, medens han dog ved pyosalpinx foretrækker at gå ind gennem Bugvæggen fremfor gennem vagina. I lignende Retning udtalte SCHAUTA (Wien) sig i et Foredrag på den tyske Gynäkologkongres i Wien i Juni 1895: *Ueber Adnexoperationen* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 29, S. 779—80). Ved at efterforske det senere Resultat af sine Adnexoperationer havde han i kun 56,6 Pct. af Tilfældene fundet et fuldt tilfredsstillende Resultat, ved enkeltsidig Operation endog kun i 23,5 Pct. Ved gonorroiske Lidelser vil han derfor, selv om adnexa på den anden Side synes at være fuldstændig sunde, dog også borttage disse. Men også uterus bør fjærnes. Som Regel må dette ske gennem Bugvæggen, per vaginam kun, hvis adnexa ere små og lidet adhærente, så at uterus kan trækkes godt ned. Opererer man per vaginam, må man dog ikke, som den franske Skole, lægge Hovedvægten på Borttagelsen af uterus; selve adnexa må omhyggeligt fjærnes fuldstændigt. I Diskussionen sluttede FRITSCH sig til SCHAUTA. LANDAU vil som Regel operere per vaginam, hvad han jo længe har forsvaret; det er ikke blot, som SCHAUTA mener, ved Gonorrhé, at uterus bør fjærnes, men ved alle betændelsesagtige Tilstande, hvor der er Indikation for dobbeltsidig Exstirpation af adnexa. Om at Metoden har vundet Indpas i Tyskland, vidner foruden talrige spredte Udtalelser en stor Afhandling af A. DÜHRSEN (Berlin): *Ueber die Technik und die Indicationen der vaginalen Hysterectomie, speciell bei schwerer Adnexerkrankung* (A. f. G. 49.2, S. 324—68). — Også et vaginalt Indgreb, men af langt mindre indgribende Natur, anbefales for visse af disse Tilfælde af HOFMOKL (Wien): *Ueber entzündliche und einzelne Formen nicht entzündlicher, sowie durch Blutansammlung entstandene Geschwülste im weiblichen Becken und deren chirurgische Therapie* (Wien. kl. W. 1895, Nr 19, S. 341—45; Nr 21, S. 383—85). H. anbefaler i »dertil passende Tilfælde» at behandle pyo-, og hydrosalpinx, Ovarialabscesser og lignende Ansamlinger i det lille Bækken med Punktur og Aspiration eller Incision fra vagina. Punkturen udføres med temmelig

fin Nål (1,5—2 Mm.) og efterfølges ikke af nogen Udskylning eller Indsprøjtning. Ofte må den gentages.

At de såkaldte konservative Adnexoperationer (Ovarialrektion, Salpingostomi o. s. v.) ved Siden af deres ubestridelige Fortrin også kunne frembyde Skyggesider, er der i disse Literaturoversigter flere Gange givet Exempler på. Et nyt sådant meddeles af ODEBRECHT i Berlin (*Z. f. G. u. G.* 33. 1, S. 162). Ved en Laparotomi havde Operatøren fjærnet adnexa på højre Side og gjort Salpingostomi på venstre. I Begyndelsen Bedring, senere atter de gamle Klager, hvorfor O. atter gjorde Laparotomi og fjærnedede adnexa på venstre Side, hvor der nu fandtes pyosalpinx og abscessus ovarii. Derefter Helbredelse.

Medens Kastration som terapeutisk Middel i og for sig således nærmest taber Terræn, er der dog et Område, hvor denne Operation vedblivende synes at hævde sin Betydning, og det er lige overfor Osteomalacien, således som det fremgår af det følgende. FEHLING (Halle) gör udførligt Rede for sine Tilfælde af Kastration og Porro-Operation for at imødegå WINCKELS i forr. Literaturovers. omtalte Anskuelser: *Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalakie* (A. f. G. 48.3, S. 472—98). Han har 14 Tilfælde af Kastration og 6 af Porro-Operation, og i dem af disse, der have kunnet følges flere År efter Operationen, har Resultatet i de allerfleste Tilfælde været tilfredsstillende. Af Kloroformering i og for sig har F. ikke set nogen Nytte. At der, som han tidligere har påstået, altid fandtes Hyperæmi af adnexa, indrømmer han nu, ikke er rigtigt. Derimod har hans Assistent ROSSIER i 3 undersøgte Tilfælde steds fundet hyalin Degeneration af Kærrene i Ovariet og hilus og til Dels af Ovariets Bindevæv: *Anatomische Untersuchung der Ovarien in Fällen von Osteomalacie* (s. St., S. 606—15), et Fund, der stemmer meget overens med, hvad samtidig v. VELITS har påvist, og som bestyrker F. i hans Antagelse, at Lidelsen beror på en Abnormitet i Ovariernes Virksomhed. Også Meddelelserne fra RUNGES Klinik (Göttingen) ere til Gunst for Kastrationen, således som det fremgår af en Afhandling af v. D. BUSSCHE-HADDENHAUSEN: *Die in den Jahren 1890—94 in der Frauenklinik zu Göttingen operirten Fälle von Osteomalacie* (s. St. 49.1, S. 100—23). Der er 6 Tilfælde, 5 Kastrationer og 1 Porro-Operation. Det sidste Tilfælde var allerede udhelet før sidste Svangerskab og förvärredes ikke ved dette; af de 5 Kastrationer døde 1 (allerede tidligere ref. i disse Literaturovers.); de 4 kom sig og bedredes betydeligt for deres Osteomalaci, men en absolut Helbredelse i v. WINCKELS Betydning, d. v. s. fuldstændig Frihed for Smerte og for al Ömhed af Knoglerne for bestandig opnåedes i Regelen ikke. I et af Tilfældene vare Deformiteterne så betydelige, at Gangen var og blev umulig; Forf. mener derfor, at man bör følge SEELIGMANNs Fremgangsmåde [se Literaturovers., Bd 10, Hft. 3, S. 236] og søge at udrette Deformiteterne strax efter Operationen, imedens Knoglerne endnu ere bløde. Tilsvarende til Resultaterne fra RUNGES Klinik ere de, der af NEUMANN meddeles fra TAUFFERS Klin. i Budapest: *Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalacie* (s. St. 50.1, S. 138—77). Gennemgående vare Resultaterne gode; men fuld Helbredelse opnåedes ikke altid og i 1, meget vidt fremskredet

Tilfælde med meget betydelige Knogledeformiteter, var Resultatet meget ringe. Der var 4 Tilfælde af Kastration hos ikke gravide, 3 Tilfælde af Porros Operation (hvoraf dog det ene Tilfælde udgår, da Operationen udførtes ved ruptura uteri og Pat. døde 7 Dage p. o.), endelig 2 supravaginale Amputationer af uterus i 3dje, henholdsvis 5te Svangerskabsmåned. Efter Operationen tilråder Forf. at anvende Fosfor. I 3 af Tilfældene fra de ikke gravide undersøgte Ovarierne mikroskopisk, og i alle 3 Tilfælde fandtes den omtalte hyaline Degeneration af Arterierne. Hyperæmi af adnexa eller stærk Udvikling af Ovarierne fandtes ikke. — Endnu skal kun tilføjes, at LATZKOS i forrige Literaturovers. (S. 41, överst) omtalte Afhandling nu foreligger udførligt gengiven: *Zur Diagnose und Frequenz der Osteomalacie* (M. f. G. u. G. 1, S. 152—68). Som omtalt, søger Forf. at hævde, at Osteomalacien, i alt Fald i Wien, slet ikke er nogen sjældent forekommende Lidelse. Men den diagnosticeres ofte ikke, fordi man til Diagnosen kræver betydelige Skeletforandringer. Men dette er urigtigt, og han hævder, at: »Kontraktur af Adduktorerne, Ileopsoas-Paralyse, eventuelt Forøgelse af Sene-reflexerne er i Forbindelse med efterfølgende Omhed af forskellige Knogler tilstrækkelige Holdpunkter til, også uden at der findes Forandringer af Skelettet, med Sikkerhed at diagnosticere Osteomalaci.»

Om den egentlige Ovariometri synes der ikke mere at fremkomme noget nyt. Derimod fortjener et større Arbejde om de papillomatøse Ovariesvulster Omtale. Det er af PFANNENSTIEL (Breslau): *Ueber die papillären Geschwülste des Eierstocks* (A. f. G. 48,3 S. 507—605). Støttet til Materialet fra FRITSCHS Klinik, 60 Tilfælde, der meddeles i tabellarisk Form, søger Forf. ved Hjælp af anatomiske og kliniske Undersøgelser at klare Spørgsmålet om de papillomatøse Ovariesvulsters Malignitet, der nu i Almindelighed anses som fastslået. Da henved Halvdelen af dem ere virkelige Kræftsvulster (Adenocarcinomer, meget sjældent Adenosarkomer) med alle en malign Svulsts Egenskaber fuldt udviklede, forstås denne Opfattelse let. Men det er urigtigt også at betragte de histologisk til de benigne Nydannelser hørende papillære Ovariesvulster (navulig adenoma papillare pseudomucinos. og adenoma papillare simplex) som maligne, og de udgøre dog over Halvdelen. Faren ved disse er navnlig dels de peritonæale Implantationer, de kunne give Anledning til, dels de tekniske Vanskeligheder, de (bl. a. på Grund af deres Tilbøjelighed til intraligamentær Udvikling) kunne berede for Exstirpationen, og som ofte er Skyld i, at der bliver Svulstdele tilbage. Ti disse voxer næsten altid senere videre, om end kun langsomt, så at Ptt. ofte kunne holde sig raske i flere År; også de peritonæale Implantationer pleje at udvikle sig videre; men det er dog muligt, de ikke altid gøre det, og Udviklingen er i alt Fald langsom. At et oprindeligt benignt Papillom skulde være tilbøjeligt til karcinomatøs Degeneration, er ikke bevist. Hvad Terapien angår, tilråder Forf. ved Operationen at gøre alt for, at Kystehold eller Svulstdele ikke skulle udsås i Peritonæalhulen. End videre anser han det, af Hensyn til de papillomatøse Ovariesvulsters Tilbøjelighed til Dobbelt-sidedighed, for rigtigt altid at fjærne bægge Ovarier, selv om det ene synes sundt.

Angående Parovarialkysterne omtalte vi i forrige Literaturovers. (S. 34, nederst), at R. KOSSMANN (Berlin) søgte at hævde deres Oprindelse fra accessoriske tubæ. En nærmere Udvikling af dette Forhold og i det hele en Redegørelse for »Urnyreresternes» normale og patologiske Forhold har K. givet i en Afhandling: *Zur Pathologie der Urnierenreste des Weibes* (M. f. G. u. G. 1, S. 97—131), der dog ikke egner sig til et kort Referat.

M. H. t. cancer uteri gå Bestræbelserne stadig ud på at forbedre Operationstekniken, så at man kan undgå Indpodningsmetastaser og tage mere og mere af det muligvis syge, omgivende Væv bort med. Det glødende Jærn (henholdsvis Platin) blev jo i lange Tider betragtet som en væsentlig Understøttelse ved disse Operationer, indtil man under Antiseptikens Fane gik over til at søge at holde sig til »de rene Snit». MACKENRODT (Berlin) kæmper nu imidlertid for at udføre Exstirpationen af den carcinomatøse uterus alene med det glødende Metal, der bruges hverken Kniv, Sax, eller Ligatur (det sidste i alt Fald kun undtagelsesvis); når Operationen er færdig, ere alle gennemskårne Væv dækkede af en Brandskorpe, alle Kar lukkede ved Glødhede: *Die Igniæstirpation des Uterus bei Carcinom* (Festschr. für Aug. Martin, S. 100—4 og Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 24, S. 646—50). Han hævder, at selv a. uterina kan gennemskæres med glødende Metal, uden at man behøver at befrygte Efterblødning. Til at beskytte de omliggende Dele mod Glødheden har han konstrueret særlige Vingetænger. Angående de tekniske Detaljer må i øvrigt henvises til selve Afhandlingen. Han har efter denne Metode opereret 4 Gange per vaginam, 2 Gange kombineret vagino-abdominelt. 1 af de sidstnævnte Patienter døde, de andre kom sig. Også JOHN BYRNE (Brooklyn), der altid har været en ivrig Forkæmper for Brugen af Galvanokavteriet ved Operationer mod cancer uteri, har fjærnet uterus per vaginam alene ved dette Instrument uden at benytte Kniv eller Sax: *Vaginal hysterectomy by galvanocautery* (Amer. j. of obst. Octb. 1895, S. 556—67). — Bestræbelserne for at få så meget Væv med som muligt, særlig muligvis inficerede Glandler, får sit Udtryk i et Par andre Arbejder. RUMPF (Berlin) har i et Tilfælde, hvor cervix var betydelig forstørret af Nydannelse og uterus ikke kunde trækkes ned på Grund af aragtig Stramning i ligg. recto-uterina, benyttet følgende Fremgangsmåde (Z. f. G. u. G. 33.1, S. 212—14). Efter at vasa spermatica på bægge Sider vare underbundne helt ude ved Bækkenranden, spaltedes herfra bageste Blad af lig. latum på bægge Sider til uterus. Ved at trænge stumpt ind i Ligamentet frigjorde han derpå ureter i stor Udstrækning. Derefter spaltedes forreste Blad i samme Højde ndefra indad; lig. rotund. underbandtes særskilt. Efter at de forreste Snit vare forenede i Midtlinien, blev Peritonæalbeklædningen på Forfladen af uterus nedad afløst stumpt tillige med vesica. Ved at skyde ureteres til Side kunde man nu stumpt udskrælle hele Indholdet af det parametranne Rum og underbinde a. uterina lige ved dens Afgang fra hypogastrica. På bægge Sider kunde man fjærne grårødlige, svulne Glandelmasser, der lå opad a. iliaca. Derefter udskæres de betydelig fortykkede ligg. sacro-uterina fuldstændigt sammen med hele Bunden af

fossa Dougl., så at rectum lå ganske blottet. Ved nu at løfte uterus opad strammedes dens Vaginaltilhæftning, der gennemskæres med Paquelin. Dränage fra vagina med Jodoformgaze, hvorover Bladene af ligg. lata syedes sammen fra Side til Side, medens den forreste Peritonäallap syedes til forreste Væg af rectum. Helbredelse. Af samme Art, men endnu mere vidtgående er den Metode, der foreslås af EMIL RIES (Frankfurt): *Eine neue Operationsmethode des Uteruscarcinoms* (Z. f. G. u. G. 32.2, S. 266—74). Lige så lidt som en Operation for cancer mammæ kan anses for fuldstændig, hvis ikke Kirtlerne i Axillen fjernes, lige så lidt, mener Forf., er en Operation for cancer uteri fuldstændig, hvis ikke gl. iliacæ fjernes. Dette kan ske, ved at man spalter peritonæum over dem på hver Side, i det man vælger Delingsstedet af a. iliaca comm. som Udgangspunkt. Forf. har endnu ikke bragt Metoden til Anvendelse, men vänter sig store Resultater af den m. H. t. Prognosen for Recidiv. Endnu skal i dette Afsnit omtales en patologisk-anatomisk Undersøgelse over Uterinkraftens Udbrædningsmåde af ALFRED SEELIG (v. RECKLINGHAUSENS Instit., Strassburg): *Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ausbreitungswege des Uteruscarcinoms im Bereiche des Genitaltractus* (Virch. Arch. 140.1, S. 80—90). Afhandlingen er et Resumé af Forf. Inaug.-Diss. (Strassburg 1894). Det er lykkedes Forf. at vise, hvorledes Karcinomet i nederste Del af uterus breder sig med Lymfebanerne, særlig de perivaskulære, og, hvad der jo er af stor praktisk Betydning, at Lidelsen hyppig tidlig breder sig til corpus, særlig i de ydre Muskellag, medens Slimhinden i corpus endnu er ganske intakt. Også til vagina udstrækker Lidelsen sig meget tidligt.

Om Behandlingen af cancer vaginae eller måske rettere om Tekniken ved Exstirpation af vagina foreligger der forskellige Arbejder, navnlig af OLSHAUSEN (Berlin): *Ueber Exstirpation der Vagina* (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 1, S. 1—6); A. DÜHRSEN (Berlin): *Ueber Exstirpation der Vagina* (s. St. Nr 9, S. 234—40); W. THORN (Magdeburg): *Zur Operation grosser Carcinome der hinteren Vagina* (s. St., S. 240—43); H. THOMSON (Odessa): *Zur Exstirpation der Vagina* (s. St. Nr 22, S. 603—5). OLSHAUSEN spalter perinaeum på tværs mellem vulva og anus og arbejder sig herfra opad, idet han således løsner vagina i så stor Udstrækning som muligt og fjærner det, man mener bør borttages. Skal også uterus exstirperes, åbner man fra den retrovaginale Hule fossa Dougl. Fordelen ved Metoden er, at man ikke kommer i Berøring med Nydannelsen, altså undgår Implantationsinfektion. Ved snæver vagina vil O., efter at den er løsnet, spalte bageste Vaginalväg fra frenulum op til tæt ved Nydannelsen. DÜHRSEN har i et Tilfælde løsnet vagina efter først at have foretaget et stort Vagino-Perinæalsnit på den sunde Side. THORN har i Hovedsagen benyttet samme Metode som OLSHAUSEN. Han anbefaler den kun ved dybtsiddende Nydannelse; sidder denne højere oppe, vil han lægge et stort Vagino-Perinæalsnit på den syge Side og så begynde Lösningen af vagina bagtil fra dettes øverste Ende. Har Lidelsen grebet over på det omliggende Bindevæv og uterus, vil T. derimod benytte den sakrale Vej. THOMSON har benyttet samme Snit som

DÜHRSEN, men tiltræder i øvrigt de af THORN opstillede Principer. Også disse Meddelelser bekræfte i øvrigt Erfaringerne om Vaginalkancerens store Malignitet; af OLSHAUSENS 3 Tilfælde fik de 2 Recidiv, ligeså bølge THORNS.

I et andet Öjemed, nemlig ved erhvervet Atresi af vagina, foreslås den retrovaginale Vej anvendt af HEYDENREICH (Nancy): *De l'intervention par la voie rétro-vaginale dans certains cas d'atrésie acquise du vagin* (Sem. méd. 1895. Nr 43, S. 378). Ved Hämatomkolpos eller Hämatometra, fremkaldt ved erhvervet Atresi af vagina, kan det ofte være meget vanskeligt at arbejde sig op gennem det atretiske Parti, og kun altfor ofte ere Operatörer ved Forsøg herpå komue til at lædere Nabooorganene. HEYDENREICH tilråder derfor at arbejde sig op mellem rectum og vagina, da det ved denne Vej er langt lettere og ufarligere at nå op til Ansamlingen.

Af andre Operationer på vagina kan nævnes FREUNDS Prolapsoperation (se forr. Literaturovers. S. 48, nederst). De Meddelelser, HERMANN GAERTIG (BAUMMS Klin., Breslau) giver om den, lyde ikke gunstige: *Erfahrungen über die Prolapsoperation mittels Drahtschwürnaht* (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 22, S. 599—603). Forf. har 7 Tilfælde, og det øjeblikkelige Resultat var udmærket i dem alle. Om 1 haves ikke senere Oplysning, hos 2 holdt det gode Resultat sig; men hos 4 skare efter nogen Tids Forløb en eller flere af Trådene igennem (der brugtes Sölvtråd), og Prolapsen reproduceredes. Forf. mener derfor, at man ikke med nogen Sandsynlighed kan love Patienterne et vedvarende godt Resultat; men da hele Indgrebet er så ubetydeligt, kan man nok forsøgsvis anvende det.

Hvad Endometritis angår, da var denne Lidelse i alle dens Enkeltheder til Diskussion på den tyske Gynäkologkongres i Wien i Juni 1895 (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 26, S. 695—703; Nr 27, S. 713—18), særlig indledet af v. WINCKEL (München); men der fremkom ikke her noget af større Betydning. Af stor Interesse ere nogle Undersøgelser af WERTH (Kiel) om Uterinslimhindens Regeneration efter Udskrabning. De fremkom først i et Foredrag i Leipzig: *Zur Regeneration der Uterusschleimhaut nach Ausschabung* (Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr 7, S. 190—93), og i en større af koloerede Billeder ledsaget Afhandling: *Untersuchungen über die Regeneration der Schleimhaut nach Ausschabung der Uteruskörperhöhle* (A. f. G. 49.3, S. 369—470). Han har undersøgt Forholdene på 6 exstirperede uteri, hvor der længere eller kortere Tid forud var foretaget Udskrabning. I 2 Tilfælde, der undersøgtes 5te Dag efter Udskrabningen, fandtes allerede en fuldstændig nydannet Slimhinde med sammenhængende Overfladepitel. Denne unge Slimhinde er rig på fibrillært Bindevæv. Den regenereres hovedsagelig ved Hjælp af Karrene, der skyde frem fra muscularis eller fra de på denne tilbageblevne Slimhinderester. Karrene ere omgivne af et bredt Bälte af fibrillært Bindevæv, der deler sig med Karrene, og som danner et Netværk, der når tæt ud mod Overfladen. Glandlernes Regeneration foregår fra de ved Udskrabningen tilbageblevne Ender af Glandlerne, der hovedsagelig ligge i de Dele af Slimhinden, der sænke sig ind i muscularis.

Overfladeepitelet dannes hovedsagelig fra Glandlerne; men de til Overfladen nåede Epitelceller deltagte også i Nydannelsen. Allerede 3 Dage efter Udskrabningen kan man finde nyt Overfladeepitel. I den nydannede Slimhinde begynder allerede 5te Dag efter Udskrabningen Bindevævsfibrillerne at undergå en hyalin Degeneration, og herved svinde disse lidt efter lidt, medens Slimhindens Celleelementer træde mere frem. Er der ved Udskrabningen fjærnet Dele af muscularis, varer Nydannelsen af Slimhinde et sådant Sted meget længere; endnu 17de Dag efter Udskrabningen kan en sådan Läsion påvises. — I Diskussionen om dette Foredrag fremdrog DÜDERLEIN det ejendommelige Forhold, at Meningen om Efterbehandlingen efter Udskrabning ere så forskellige. Nogle, som WERTH og MARTIN, indsprøjte umiddelbart efter denne sol. chloreti ferrici, hvad nogle (f. Ex. ZWEIFEL, der senere udtrykkelig udtalte dette) betragte som farligt, andre, som SÄNGER, som i alt Fald unyttigt. Atter andre foretoge Ätsninger kort Tid efter Udskrabningen og bruge da snart svagere, snart stærkere Opløsninger af Jod, Klorzink o. s. v. Ved et Foredrag på Naturforskerforsamlingen i Lübeck i September 1895 kom WERTH tilbage til dette Spørgsmål: *Zur Regeneration der Uterusschleimhaut* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 40, S. 1059—60), idet han særlig omtalte Forholdene ved 3 uteri med gonorroisk endometritis, der vare extirperede for Adnexlidelser. Den ene var fjærnet 3dje Dag efter Udskrabningen, og her fandtes allerede Overfladeepitel på største Delen af Slimhinden. Bägge de andre vare extirperede 26 Dage efter Udskrabningen; i bägge fandtes svær Gonorré, og i det ene Tilfælde var der strax efter Udskrabningen indsprøjtet sol. chloreti ferrici, i det andet ikke. I første Tilfælde syntes den nydannede Slimhinde at være fuldstændig normal, medens den patologiske Slimhinde i det Tilfælde, hvor der ikke var gjort Indsprøjtning, var voxet frem på ny. I Diskussionen om dette Foredrag udtalte SCHATZ (Rostock) sig for Indsprøjtning af Jodtiuktur strax efter Udskrabningen, medens GOTTSCHALK (Berlin), LEOPOLD (Dresden) og PROCHOWNIK (Hamburg) stærkt advarede mod disse Indsprøjtninger. G. foretager aldrig nogen Ätsning för 14de Dag, L. ikke för 8de til 10de Dag; L. og P. bruge i det hele ikke Indsprøjtninger, men Pensling med Ätsmidlet på Bomuld.

Ved samme Lejlighed udtalte LEOPOLD, at hos ældre Kvinder (over 40 År) er al Udskrabning og Ätsning ofte uden Virkning på Blödnigerne; og i sådanne Tilfælde har L. da i den senere Tid fundet atermatöse Karforandringer. PROCHOWNIK har også fundet sådanne, medens SCHATZ som Årsag til besværlige Blödniger i de klimakteriske År har fundet Varicer i Slimhinden. GOTTSCHALK har i 2 Tilfælde af ustandselige Blödniger i den klimakteriske Alder opnået öjeblikkelig Menopavse ved Underbinding af vasa uterina fra vagina. Lignende Karforandringer omtales af PICHEVIN og PETIT (Paris): *Lésions vasculaires de l'utérus atteint de métrite* (Ann. de gyn. 1895, Decb., S. 474—75). Hos en Kvinde, der i flere År havde lidt af rigelige Blödniger, der til sidst havde nödvendiggjort vaginal Exstirpation af uterus, fandtes fölgende. Slimhinden var uden Fungositeter. Karrenes Antal var föröget, deres lumen forstörret og deres Vägge fortykkede, ligesom

det perivaskulære Væv var forøget. Også Kapillærkarrene vare forstørrede.

Hvad i øvrigt Udskrabningen angår, må endnu omtales nogle Tilfælde af Obliteration af Uterinkanalen efter Udskrabning, analoge med FRITSCH's i forr. Literaturoversigt (S. 7) omtalte Tilfælde. Der meddeles i 1895 3 Tilfælde af denne Art: OTTO KÜSTNER (Breslau): *Partielle Uterusobliteration nach Ausschabung und Methode operativer Beseitigung des Leidens* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 30, S. 809—13); J. VEIT (Berlin): *Ueber Zerstörung des Endometriums nach Auskratzung* (s. St., Nr 36, S. 968—70); E. WERTHEIM (SCHAUTAS Klinik, Wien): *Ein operatives Verfahren zur Heilung partieller Uterusobliteration* (s. St., Nr 40, S. 1062—64). Hos K's Pat. var der for omtr. 5 År siden gjort Udskrabning 6 Uger p. p. Menses havde siden aldrig vist sig, men der var molimina menstr., i den sidste Tid stadige Underlivssmerter. Ved Explorationen fandtes intet abnormt; men selv en fin Sonde kunde kun indføres 1 Cm. i uterus. Da Pat. ikke vilde berøves Håbet om at kunne få Børn, opgav K. at fjerne uterus eller Ovarierne, men foretog følgende Operation. Han åbnede fossa Dougl. ved et Tværnsnit i lac. post., underbandt på begge Sider lig. latum nedad, løsnede uterus fra det underbundne Parti och vältede derpå corpus ud gennem Åbningen i vagina. Derpå spaltedes Bagvæggen af uterns. Det viste sig da, at der midt i cervix var et omtr. 3 Cm. langt, oblitereret Parti; under og over dette var Kanalen åben. For at hæve Atresien lod K. Indsnittet fra dennes øverste Sted og ned efter blive åbentstående, idet han suturerede hver Såråbe for sig; ovenover Atresien forenedes Incisionen derimod ved Suturer. Herefter reponeredes uterus; Incisionen i fossa Dougl. lodes åbentstående. 14 Dage senere havde denne lukket sig. Åbningen bagtil holdt sig, og en Sonde lod sig indføre i uterus i en Længde af 7 Cm. WERTHEIM åbnede i sit Tilfælde uterus fortil. Der var her gjort Udskrabning 4 Uger p. p., hvorefter Menostasi. Sonden kunde kun indføres 2 Cm. Forreste Væg af Cervikalkanalen spaltedes op til Atresien. I Forlængelse af dette Snit spalttes forreste Vaginalvæg, Blæren løsnes fra uterus, ligeledes plica vesico-uterina, og da således største Delen af forreste Uterinvæg er lagt blot, göres der opadtil en Incision i Midtlinjen af den, hvorved Uterinhulen, der indeholder lidt Blod, åbnes. Ved at forlænge Incisionen nedad gennemskærer man den 2,5 Cm. lange Atresi. Lige over Atresien dannes en Utero-Laquearfistel ved at forne Uterin- og Vaginalslimhinden ved Suturer. En Jodoformgazestrimmel föres fra fundus ned gennem det oblitererede Sted ud gennem orificium, og derpå lukkes Incisionen over og under Fistelen. 4 Uger p. o. havde det obliterede Sted endnu ikke lukket sig, så at cavitas corporis både ad denne Vej og gennem Fistelen kommunicerede med vagina. I VEITs Tilfælde var der gjort Udskrabning 3 Dage efter en Abort, hvorefter Menostasi. Sonden kunde kun indføres omtr. 2 Cm. I denne åbne Del af Kanalen indlagde V. en Laminariastift, og ved dennes Udvidning må Obliterationen være bleven sprængt; ti efter dens Udtagelse kunde en ganske tynd Sonde föres op i uterus. Der fortsattes nu med Dilatation af det forsnævrede, 1 Cm. lange Sted, der til sidst

blev beklædt med Slimhinde. 6 Uger efter det første Indgreb indfandt menses, sig og have senere været regelmæssige. V. mener ikke, at der er stor Fare for, at der skal opstå en Obliteration efter Udskrabning, undtagen når denne foretages på en puerperal uterus. Selv efter Brugen af Klorzinksstifter får man ikke altid Obliteration af cavum uteri, om end dette er Regelen. Ligeledes har V. en Gang set en sådan efter Anvendelse af den galvanokavstiske Porcellänsbränder i uterus.

Vi skulle her endnu omtale et Arbejde om postklimakteriske Blødninger af JULIUS NEUMANN (SCHAUTAS Klinik, Wien): *Ueber postklimakterische Genitalblutungen* (M. f. G. u. G. 1, S. 238—52). Hans Undersøgelser bekræfte den vel kendte Erfaring om disse Blødningers Hyppighed ved maligne Nydannelser. Han har 500 Tilfælde med Menopause over 1 År, og af disse havde 183 atter begyndt at bløde. Af disse 183 havde 100 cancer port. vagin., 18 cancer corporis. Med cancer af Vaginalportionen uden Blødninger fandtes blandt de nævnte 500 kun 3, med cancer corporis ingen. Af sidst nævnte Lidelse havde han i alt 29 sikre Tilfælde, og af disse vare altså 18 eller 62 % allerede gæede over i Klimakteriet og vare derpå begyndt at bløde på ny. Ved cancer var Blødningen næsten altid rigelig; ved den næst hyppigste Årsag til postklimakteriske Blødninger, Prolaps, der fandtes hos 24 af de 183, var der derimod i Regelen kun Tale om Blodpletter på Linnedet, Blodstriber i Udfloddet, nu og da nogle Dråber Blod.

Hvad Blødningernes Behandling med Medikamenter angår, kan anføres et Arbejde om Cornutin fra CHROBAKS Klinik i Wien af RUDOLPH SAVOR: *Zur Wirksamkeit des Cornutins* (Wien. kl. W. 1895, Nr 22, S. 395—97; Nr 23, S. 420—23). Lige så lidt som andre har Forf. ved kliniske Undersøgelser kunnet finde noget Fortrin ved dette kostbare Middel fremfor de sædvanlige Sekale- og Ergotinpræparater.

Angående Dilatation af uterus skal kortelig omtales en lille Artikel af JAMES BRAITHWAITE (Leeds): *A mode of more easily and rapidly dilating the cervix of the unimpregnated uterus* (Brit. med. j. 29/6 95, S. 1438—39). Støttende sig til den gamle Erfaring om Uterinhulens lettere Tilgængelighed på Menstruationsblødningens Tid, anbefaler B. stedse at foretage en nødvendig Dilatation af Cervikalkanalen, netop når menses ere ophørte. Hans Erfaring har vist ham, hvor let man da kan udføre en Dilatation tilstrækkelig vidt til, at en Finger kan indføres i Uterinhulen.

En Lidelse, der ikke ofte finder Omtale, men som har ikke ringe klinisk Betydning, nemlig den af Svampformer forårsagede erythrit, er Genstand for et Foredrag af OTTO V. HERFF (Halle): *Ueber Scheidenmykosen, Colpitis mycotica acuta* (Samml. klin. Vortr. N. F., Nr 137). Han har i Løbet af 6 År blandt 13 283 poliklinisk behandlede Kvinder set 24 Tilfælde, næsten kun i Sommermånederne. Af de 24 vare 15 gravide, hvilket bekræfter Erfaringen om denne Lidelses Forkærlighed for Vaginalslimhinden i denne Tilstand. I sin Privatpraxis har Forf. set 2 Tilfælde. Hos disse 26 var Svampen 16

Gange *Monilia albicans*, 4 Gange vist nok *Monilia candida*, 1 Gang *Leptothrix vaginalis*, 1 Gang en gærlignende Form, og 4 Gange bestemtes Arten ikke. Symptomerne vare Fornemmelse af Hede, Brænden, Kløe, Tyngde. Udflod var sjældent. Foruden de almindelige Tegn på akut *elythritis* fandtes Svampvegetationerne som større eller mindre hvidlige Pletter, hyppigt støvformede, så at de angrebne Dele kunde se ud, som om de vare bestrøede med Mel. I Følge andres Erfaringer kan der indtræde spontan Helbredelse, ja denne indtræder næsten altid i Barselsængen. v. HERFF afvæntede dog ikke denne, men behandlede sine Patienter med Vaginaludskylninger med Sublimatopløsning, 1:1000 til 1:10000 (desto tyndere, jo stærkere Irritationen var), i Regelen kun 1 Gang daglig, og herved hævdedes Lidelsen på højest 4 Dage. Foruden disse Udskylninger anvendtes mod den ved disse ofte forøgede Sviden og Brænden Sædebade, Omslag med Blyvand eller Kamilleté og lign.

En ny og sindrig Operationsmetode for Vesikovaginalfistler, der ikke lade sig lukke ved direkte Operation, er udtænkt og udført af WILH. ALEXANDER FREUND (Strassburg): *Eine neue Operation zur Schliessung gewisser Harnfisteln beim Weibe* (Samml. klin. Vortr. N. F., Nr 118). I bægge de to Tilfælde, der beskrives, drejede det sig om meget betydelige Defekter af Vesikovaginalvæggen, i det ene tillige af Bagvæggen af urethra. Det omgivende Væv var fuldstændig omdannet til Arvæv, der adhærerede til Bækkenknoglerne, så der ikke var Tale om nogen direkte Tillukning af Fistelen, og en Forskydning af Lapper eller lignende var også umulig. I bægge Tilfælde var også Vaginalportionen tabt, og Bunden af vagina dannedes af uregelmæssigt Arvæv. FREUND forsøgte dog i bægge Tilfælde at løsne cervix så meget ud, at uterus kunde trækkes nedad og derved dække over Defekten; men dette viste sig ganske umuligt. Han åbnede da fossa Dougl. gennem lacunar post., vältede corpus uteri ud gennem denne Åbning, så at dens Bagflade kom til at dække Fistelen, og syede den fast her, idet han gjorde Fistelens Rande og de tilsvarende Partier af uteri (nu fortil vendende) Bagflade blodige. Endelig afskar han den nedadvendende fundus uteri og forenede Slimhinden med Peritonæalbeklædningen efter kileformet Udskæring af muscularis, for at Uterinlimen, event. Menstrualblodet, kunde have Udflod gennem dette artificielle orificium uteri. Operationen lykkedes i bægge Tilfælde, bægge Patienter fik fuldkommen Kontinens, om end hyppig Trang til Urinering. Hos den ene Patient dannedes senere ved en lokal Plastik Bagvæggen af urethra. Hos den anden Patient var, samtidig med at Blærefistelen blev lukket, også en Rektovaginalfistel bleven opereret. Det synes, som om uteri Peritonæalbeklædning særdeles godt tåler at fungere som Urinblærevæg, ligesom hele uterus tåler den stærke vedholdende Omdrejning. Det nydannede orificium trak sig opad og bagtil. Hos den ene Patient havde menses, der vare udeblevne inden Fistelens Opståen, indfundet sig igen; hos den anden, senere opererede endnu ikke, da Meddelelsen gaves. — Et andet Forslag til Behandling af vanskelig tilgængelige Vesikovaginal- og -uterinfistler er fremsat af FRANK (Köln): *Ueber artificiellen Prolaps behufs hoher Fisteln* (Festchr. zum 50-jähr.

Jubil. der Berl. Gesellsch. f. G. u. G. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1895 Nr 2, S. 55—56). Den kunstige Prolaps opnår han på følgende Måde: Tværnit over Symfyen; Gennemskæring af mm. recti; man trækker frem til peritonæum og skyder dette opad. Lig. pubo-vesicale gennemskæres, periton. parietale løsnes opad og til Siderne hen til ligg. rotunda, der overskæres. Herefter kan uterus trækkes ned, og Fistelen bliver let tilgængelig. Den i forrige Literaturoversigt (S. 53) omtalte, af MACKENRODT foreslåede Metode, der går ud på at løsne vesica fra vagina og suturere hver af dem for sig, omtales rosende fra flere Sider, således af E. WINTERNITZ (v. SÄXINGERS Klinik, Tübingen): *Zur Behandlung der Blasen fisteln* (Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr 15, S. 377—84), der med Held har anvendt Metoden i et Par vanskelige Tilfælde.

Til Slutning skulle vi omtale et Par Arbejder om Forholdet mellem Lidelser af Genitalorganerne og andre Sygdomme og skulle da begynde med et Par Arbejder om Menstruationen. Det første Arbejde vedrørende Menstruationens Indtræden er af E. HEINR. KISCH (Prag—Marienbad): *Ueber Herzbeschwerden während der Menarche* (Berl. kl. W. 1895, Nr 39, S. 848—50). Ved Menarke betegner Forf. Modsætningen til Menopausen, Menstruationens første Indtræden, og beskriver forskellige Symptomer fra Hjærtets Side, som han sætter i Forbindelse med denne. Han omtaler særlig nervøs Hjærtebanken og Takykardi, dels paroxysmatisk i den præmenstruelle Periode ved den første og nogle af de følgende Menstruationsblødninger, dels mere stadig (men dog anfaldsvis) nogen Tid før og efter første Menstruationsblødning; dernæst Hjertesymptomer hos klorotiske unge Piger, hvis Klorose er fremkaldt ved Menarken; endelig en Hjærtehypertrofi, der betinges af de ved Menarken fremkaldte Kredsløbsforstyrrelser, og som forøges ved hurtig, stærk Væxt og ved at bære Korset.

Forholdet mellem Menstruation og kronisk Psykose er Genstand for en Afhandling af P. NÄCKE (Hubertusberg): *Die Menstruation und ihr Einfluss bei chronischen Psychosen* (Arch. f. Psychiatrie, Bd. 28, Hft. 1, S. 168—87). Forf. har ved Undersøgelser hos 99 kronisk sindssyge bekræftet den tidligere Erfaring, at Menstruationen — i Modsætning til Forholdene hos akut sindssyge — ikke udøver nogen betydelig eller konstant Indflydelse på deres Psykoser, ligesom heller ikke omvendt Menstruationen hos kronisk sindssyge frembyder Forhold, der væsentlig afvige fra dem hos sindssunde.

Endelig skal kort omtales en Diskussion om Forholdet mellem Uterinlidelser og mb. Basedowii. JOUIN (Paris): *Pathologie utérine et maladie de Basedow* (Ann. de gyn. 1895, Juin, S. 509) vil, grundet på 43 egne Iagttagelser, hævde, at Uterinlidelserne ere det primære, struma o. s. v. sekundære. Bl. a. bevises dette ved, at, når man ved Behandling hæver eller bedrer Uterinlidelsen, så svinde Symptomerne på mb. Basedowii. Ofte overses disse imidlertid, da Sygdommen optræder som en forme fruste. Den terapeutiske Konsekvens af

disse Betragtninger er selvfølgelig den, at man ved mb. Basedowii aldrig må forsømme den lokale Behandling af Genitalorganerne. Imod denne Opfattelse udtaler DOLÉRIS sig meget bestemt (s. St., Septb., S. 221). Kun hvor Takykardien og lignende Fænomenet simulere en mb. Basedowii, kan man have Nytte af gynäkologisk Behandling; men en virkelig mb. Basedowii påvirkes ikke af denne.



Om peritonealtuberkulos.¹⁾

Af

D:r G. NAUMANN

i Helsingborg.

Den första gång, man i historien möter ett fall, af hvad man numera kan diagnosticera som kronisk tuberkulös peritonit, och som behandlats med laparotomi, torde vara det af EPHRAIM MAC DOWELL i Kentucky, ovariotomiens upphofsman, i början af detta århundrade opererade, hvilket af SPENCER WELLS omnämnes i hans kända arbete »Diagnosis and treatment of abdominal tumours». Operationen indicerades i MAC DOWELLS fall af en feldiagnos, i det han trodde sig hafva med en ovarialeysta att göra.

År 1862 påträffade SPENCER WELLS en patient, hos hvilken han diagnosticerade fri ascites och synes haft sina tankar riktade på möjligheten af en peritonealtuberkulos. En toniserande behandling inleddes; men då några månader därefter allmänna tillståndet försämrats, och de fysikaliska symptomen tydde på en cysta, gjordes profincision, hvarvid hela peritoneum visade sig öfversålladt med »myriader af tuberkler». Patienten tillfrisknade och lefde ännu 27 år därefter. Detta klassiska fall torde vara allmänt känt.

Visserligen finnas sedan ett ringa fåtal omnämnda i literaturen, men det var först genom KÖNIGS uppsats i Centralblatt für Chirurgie 1884, där han omtalar fyra med laparotomi behandlade fall, af hvad han kallar genom peritonealtuberkulos

¹⁾ Föredraget i förkortning vid Nord. Kirurg. Föreningens möte i Kristiania den 11—13 juli 1895.

framkallade »skensvulster», som kirurgernas uppmärksamhet mera allmänt fästades på möjligheten af att operatift behandla den mer eller mindre själfständiga, diffusa peritonealtuberkulosen.

Redan 1887 kunde KÜMMEL å tyska sällskapet för kirurgi sextonde kongress framlägga en statistik på 30 dylika fall. År 1889 hade MAURANGE samlat 71 och samma år LINDFORS 109. KÖNIG redogjorde å tyska kirurgkongressen 1890 för 131 fall, och PIC hade samma år fått siffran upp till 138.¹⁾ LINDNER hade 1892 205, och i ALDIBERTS samma år utkomna, förtjänstfulla thèse omnämnes 322. Denna summa ökades redan följande år af ROERSCH i en uppsats uti *Revue de Chirurgie* till 358, den största hittills kända siffra. Äfven inom vårt land torde numera utan svårighet en rätt anseelig kasuistik kunna hopsamlas.

För egen del hade jag, då KÖNIG 1884 offentliggjorde sina första fyra fall, gjort laparotomi tre gånger vid peritonealtuberkulos, första gången 1878, och har senare opererat ytterligare tretton patienter.²⁾

De fyra första sjukdomsberättelserna offentliggjordes i *Hygiea* 1885 i samband med ett referat öfver KÖNIGS ofvan nämnda uppsats.

Åkomman är i det hela tämligen sällsynt, och orsaken, hvarför jag jämförelsevis ofta påträffat den samma i Helsingborg, torde med stor sannolikhet ligga i den oerhörda utbredning tuberkulosen har i trakten, hvilket i sin ordning torde stå i samband med denna sjukdoms synnerligen allmänna förekomst bland nötboskapen. En ikke oviktig omständighet torde äfven vara den, att på sjukhuset vårdas såväl in- som utvärtes sjuka, och sålunda fall inkomma, hvilka ej i regel anträffas å en utslutande kirurgisk afdelning. Detta gäller särdeles dem med fritt exsudat i buken, hvilka bland mina fall utgöra flertalet.

Af de från flere håll samlade uppgifterna på vid obduktioner funnen bukhinnetuberkulos finner man, att denna sjukdoms frekvens ej är lika öfveralt. Så har PRIBRAM i Prag kommit till en siffra af 4,7 % och PHILIPPS i Göttingen till 4 %, då däremot MÜNSTERMANN i München endast får 1,6 % af alla obducerade. I stort taget torde 25,6 % af mänskligheten affida i en eller annan form af tuberkulos.

¹⁾ Detta år hade TSCHERNING inom Danmark samlat en statistik af 17 fall.

²⁾ Se den bifogade kasuistiken.

Angående könet visa samtliga obduktionsstatistiker i motsats mot operationsstatistiken ett betydligt öfvervägande antal män, enligt BOLLINGER 3 till 4 gånger så många som kvinnor. PHILIPPS har ända till 83,2 % män mot 16,8 % kvinnor, då där- emot af de opererade endast 7,6 % voro män men 92,3 % kvinnor. Bland mina 18 fall voro dock ej mindre än 4 män.

KÖNIG anser, att orsaken, hvarför så betydligt flere kvinnor opereras skulle vara den, att gynekologerna göra laparotomi under antagande af svulster från genitalia. Detta kan ju delvis förklara skilnaden i antal mellan könen vid operationerna. SCHMALMACK påstår, att det manliga släktets öfvervikt i de obducerade fallen däremot endast är skenbar, beroende därpå, att vida flere män obduceras än kvinnor. Förhållandet af de kvinliga obducerade liken till de manliga skulle vara som 2 : 3. Han anser, att bukhinnetuberkulos förekommer lika ofta hos båda könen, och att altså en större disposition härför hos kvin- nor kan uteslutas.

Beträffande åldern, så kan man i stort taget säga, att un- gefär 30 % äro under och 70 % öfver 20 år. Ingen ålder torde, enligt OSLER, vara förskonad. Han anser sjukdomen vanligast mellan 20 till 40 år. KÖNIG uppgifver visserligen 50 år som högsta åldersgränsen inom den af honom ssnlade kasuistiken, men min patient n:r 7, som opererades 1889 och ännu är fullt frisk, var vid operationstillfället 64 år gammal och n:r 15 53 år. Min yngsta patient var 1½ år. Det var n:r 10, som opererades 1890 och nu är frisk.

Hvad *etiologien* angår, så synes man allmänt anse, att herediteten vid peritonealtuberkulosen har vida mindre bety- delse än vid tuberkulos i allmänhet. Endast HÄNE gör häri- från ett undantag, i det han antager ärfdä anlag i ända till 35 procent.

Bland tillfälliga orsaker har man anført förkylningar och travmer å buken.

Primär peritonealtuberkulos anses finnas men vara mycket sällsynt. CLAVIER påstår, att den endast förekommer hos barn. Vanligen uppträder den tertiärt, om man får använda BOLLIN- GERS ganska betecknande uttryck.

Primär tarmtuberkulos kan särdeles hos yngre individer, som äro mera mottagliga för s. k. fodringstuberkulos, upp- komma genom t. ex. rå mjölk från tuberkulösa kor. Mag- saften skadar möjligen bacillerna men dödar dem ej. De kunna

dessutom ligga skyddade i något motståndskraftigt födoämne. De nedkomma altså i tarmkanalen, där de kunna orsaka tuberkulösa sår särdeles i lymffolliklerna i ileum och groftarmen eller ock kunna filtrerbara tuberkulösa massor genomtränga den friska tarmslemhinnan och inficiera mesenterialkörtlarna och de retroperitoneala lymfkörtlarna, likasom de kunna genom slemhinnan i pharynx eller tvärtigenom den friska lungväfnaden inficiera halskörtlar och bronkialkörtlar.

Utan tvifvel fordras dock härför en viss disposition, det vill antagligen säga, att det kraftigt bacilldödande blodserum ej är normalt, eller att en lesion i tarmslimhinnan finnes med blodimbibition af väfnaderna; ty i ett dylikt blodkoagulum cirkulerar serum ej normalt. Hos en på detta sätt mindre motståndskraftig individ eller på ett sådant locus minoris resistentiae kan man tänka sig, att bacillerna finna gynsamma livsvilkor.

Från dessa tarmsår eller tuberkulösa lymfkörtlar är vägen ej lång till bukhinnan, dit infektionen kan föras per continuitatem. På samma sätt kan den spridas från urogenitalsystemet, särdeles tuberna hos kvinnor, samt genom diaphragma från pleuran eller lungorna.

Metastatiskt genom hematogen eller lymfogen infektion kan tuberkulosen angripa peritoneum vid allmän miliartuberkulos eller från hvilken äldre, tuberkulös, ostig härd som hälst i inre organ såsom bronkialkörtlarna, lungspetsarna m. fl.

Bland 107 obducerade fall af peritonealtuberkulos fann PHILIPPS 80 gånger tuberkulösa tarmsår, hvilka i ett stort antal fall måste anses som utgångspunkten för bukhinnetuberkulosen.

Utaf 18 kvinnor hade 4 genitaltuberkulos, hvaremot bland 89 män endast 3 gånger dylik förekom.

Tuberkulösa lymfkörtlar funnos i bröst eller buk hos 53. Mjälten var 22 gånger tuberkulös, njurarna 32. I ett fall var peritonealtuberkulosen direkt öfverförd från njuren. Sex gånger var lefvern, sex gånger voro binjurarna angripna.

Lungorna voro 99 gånger mer eller mindre angripna, altså endast 8 gånger fullt fria. Någon gång fans tuberkler i pleuran vid friska lungor. Så var ock händelsen i mitt fall n:r 15, där färska tuberkler funnos å pleura diaphragmatica, och lungorna voro normala.

Hvad den primära peritonealtuberkulosen angår, så anser LINDNER, att baciller kunna intränga genom genitalia hos kvinnor

och utan att inficiera dem komma direkt in i peritonealhålan. A priori förefaller det dock svårt att tänka sig, det en bacill, som saknar egen rörelseförmåga, skulle kunna tränga genom den friska uterus och tuban tvärtemot den af flimmerepitelet orsakade strömningen. OSLER m. fl. antaga, att hos kvinnan peritoneum i 30 till 40 % inficieras från de tuberkulösa tuborna och uterus. Att emellertid i hvarje särskildt fall kunna påvisa den inficerande, degenererade körteln o. d. är redan af det skäl omöjligt, att varet eller ostmassorna kunna vid undersökningstillfället vara resorberade. GRAVITZ har bland 8,421 obduktioner funnit 212 tuberkulösa peritoniter. Af dessa anser han 10 primära och 202 sekundära. Han fann ingen enda enkel, kronisk peritonit.

MÜNSTERMANN har i sex fall på 46 funnit lefvercirrhos, och potatorer anses särskildt mottagliga för peritonealtuberkulos, dock finnes stundom fettlefver äfven hos barn med bukhinne-tuberkulos.

HÄNE har i 10 fall på 46 funnit föregående tuberkulösa och skrofulösa sjukdomar.

Beträffande peritonealtuberkulosens *patologiska anatomi* så är den form, hvilken uppträder vid allmän miliartuberkulos och som ett uttryck af denna utan kirurgiskt intresse, likaså de större eller mindre samlingar af tuberkelknottor, som å serosan motsvara ett tuberkulöst sår inuti tarmen. De former af tuberkulös peritonit, som här i fråga komma, hafva i regel ett mer eller mindre kroniskt förlopp, inficiera hela eller en stor del af peritoneum och kunna dels på grund af inflammationens art, dels på grund af de förvandlingar, som själfva tuberkelerna kunna undergå, erbjuda det mest växlande anatomiska utseende.

Hela peritoneum kan vara öfversålladt med knottor af från ett knappålshufvuds till en ärtas eller bönas storlek eller till och med stundom sammanflytande till storleken af en mandel, i hvilket sist nämnda fall dessa stora tuberkelmassor äro mer eller mindre ostvandlade. Sådana stora tuberkler finnas företrädesvis hos barn såsom i mitt fall n:r 16. Ofta kan man få se ett rikligt, flytande exsudat än af citrongul färg, än mera seropurulent eller blodfärgadt. I sist nämnda fall finnes stundom eckymoser kring tuberkelerna.

Under vissa omständigheter är peritoniten mera intensiv, man träffar då ofta omentet uppdraget under colon transversum

som en tvärgående vulst öfversålladt med knottror och förtjockadt. Likaså är mesenteriet förtjockadt och retraheradt, så att tarmarna äro bundna vid ryggraden och dragna mera öfver åt högra sidan, under det exsudatet mera samlar sig i vänstra sidan af buken.

Såväl omentet som mesenteriet och det äfvenledes förtjockade peritoneum parietale äro till hela sin tjocklek genomsprängda med tuberkler. Jag har sett ett dylikt peritoneum, nr 12 i sjukdomsberättelserna, som mätte nära 2 cm. i genomskärning. Detta torde vara mycket ovanligt, då jag eljes ej sett uppgifvas mera än 0,5 cm., högst 1 cm. Förtjockning af peritoneum är funnen hos 45 % af de obducerade.

Vid denna mera häftiga inflammation är exsudatet vanligen fullt af fibrinösa flockor men kan i öfrigt hafva samma karakter som ofvan nämnes.

Till dessa förändringar kunna nu komma större eller mindre svålbildningar och sammanväxningar mellan bukens viscera eller mellan dessa och bukväggen. På detta sätt kunna större eller mindre afkapslade håligheter uppstå, innehållande klart exsudat eller, om tuberkelerna gått i smältning, var till och med blandadt med tarminnehåll vid genombrott af tarmväggen.

Det är särdeles hos barn ej ovanligt att finna tarmarna sammanlödda till en enda kaka, hvilken i förening med svullna mesenterial- och retroperitonealkörtlarna bildar en enda tumörmassa. Under dessa förhållanden finnes vanligen föga eller intet flytande exsudat.

Stundom kan buken genom svålar och adherenser mellan omentet och bukväggen vara delad i två skilda rum, af hvilka det öfre eller det nedre kan hafva ett friskt peritoneum, under det bukhinnan i det andra företer utbildad tuberkulos.

Genom dessa sammanväxningar kunna tvärböjningar å tarmen uppstå och genom hindret i passagen sterkoralsvulster stundom af betydlig storlek. Äfvenså uppkomma större eller mindre »skensvulster» genom exsudatsvålar och inkapsladt, flytande exsudat.

Som bekant kunna tuberkelerna antingen kvarstå som grå knottror, liknande sagogryn, eller ock kunna de smälta och ostvandlas samt slutligen läkas och öfvergå i bindväfsvandling.

Att dessa tuberkelernas olika omvandlingar hafva ett stort inflytande på peritonealtuberkulosens patologiska anatomi, torde redan af det ofvan sagda framgå. Emellertid gifves det en

form af kronisk peritonit, nämligen den s. k. »peritonitis nodosa», som hittils varit mycket svår att förklara. Man finner nämligen peritoneum öfversålladt med knottor likt en tuberkulos; men hvarken genom bakteriologisk undersökning eller genom ympning å djur kunna tuberkelbaciller påvisas. Det torde ej numera vara för djerft att påstå, att denna form är en peritonealtuberkulos, stadd i läkning, där följaktligen tuberkelerna undergått bindväfsvandling. Någon gång kan härvid exsudatet vara alldeles resorberadt. Jag återkommer till denna fråga längre fram.

Bland mera cirkumskripta former af tuberkulös peritonit torde förtjäna nämnas de pericekala, de omentala eller epiploiterna, de perihepatiska och de genitala.

Den pericekala formen är orsakad af tuberkulösa sår i coecum och kan uppträda under form af en tuberkulös perityffit.

Epiploiterna kunna förekomma isolerade.

Den perihepatiska formen är sällsynt och är oftast sekundär vid lefvertuberkulos.

Den genitala formen utgår från en tuberkulös salpingit och är antingen begränsad till bäckenperitoneum eller ock utbredd öfver hela bukhinnan.

Symptomen i en sjukdom med så varierande patologiskt anatomiskt underlag måste naturligtvis erbjuda den största växling. Det är också ingen lätt uppgift att gifva en fullt naturtrogen klinisk bild af en åkomma, såväl hvad förlopp som diagnos, prognos och behandling angår så mångskiftande och så svår att bedöma som den tuberkulösa peritoniten.

I allmänhet kan man säga, att de första sjukdomstecknen äro mycket vaga, bestående i allmän mattighet, hufvudvärk, afmagring, digestionsrubbningsar, med dålig matlust, omväxlande diarré och förstoppning, smärtor i buken vid afföring eller ansträngning. Dessa smärtor kunna dock stundom alldeles felas. Härtill kommer omväxlande småfrysningar och hetta, törst och äckel, dålig sömn, stundom nattsvett. Pulsen är i regel hastig, 120 eller mera vid normal temperatur. Menstruationen blir ofta oregelbunden och upphör slutligen alldeles. Ofta hvit flytning. Förloppet är vanligen långsamt med remissioner på veckor och månader, hvarunder patienterna å nyo få krafter och hull. I allmänhet kunna de länge förrätta sina vanliga sysslor. Efter hand visar sig en svullnad af buken med me-

teorism och andnöd, hvarjämte afmagringen blir mera i ögonen fallande.

Jag har dock iakttagit flere fall, där allmänna tillståndet varit särdeles godt, och där inga andra symptom kunnat påvisas än exsudat i buken och möjligen någon afmagring.

Någon gång är sjukdomen akut med feber, kräkningar, diarré och till och med lätt yrsel. Den kan då i hög grad likna en tyfoidfieber; men dessa fall äro sällsynta.

Vanligen förekommer ett rikligt, seröst exsudat, och ofta finner man omentum majus upprulladt som en tvärgående vulst ofvan nafveln. Det flytande exsudatet är till skilnad från stagnationsascites starkt ägghvitehaltigt 3—5 %. Resorberas detta exsudat, och tarmarna ligga hoplödda genom psevdomembraner, kan man stundom vid tryck å buken känna och höra ett ganska karakteristiskt »snöknarrande», liksom då man hopkramar s. k. kram snö. Detta fenomen uppkommer genom de ojämna ytornas gnidning mot hvarandra. Detta symptom framträdde särdeles tydligt i fallet n:r 15.

Bukbetäckningarna förete vanligen utvidgade hudvener, och bukväggen deltagar ej i respirationsrörelserna. Redan vid inspektionen visar bukväggen stundom framhvälfningar och indragningar, så kallade skentumörer. Frambuktingarna uppkomma genom meteoristiska tarmar eller inflammatoriska svålar. Så väl de mera fasta psevdotumörerna som de inkapslade exsudaten utmärka sig för sin orörlighet vid försök till förskjutning från sida till sida, och de senare gifva känsla af fluktuation och undulation, denna senare beroende på det ringa tryck, hvarunder vätskan står. Vid perkussion får man visserligen dämpning; men den tympanitiska tarntonnen höres dock igenom. Icke sällan ligger tumören i ileocekaltrakten och räcker ned i lilla bäckenet. Buken är mera känslig för tryck än vid ascites. Stundom kan man vid hårdare tryck å buken få en egendomlig känsla, hvilken man beskrifvit som om man tryckte in handen i en degig massa.

Någon gång kan peritoniten förlöpa alldeles latent, så att hvarken flytande exsudat eller förtjockningar kunna påvisas. Buken är knappast uppdrifven, mjuk, nästan oöm. Endast något dilaterade vener å bukbetäckningarna. Stundom mjältansvällning och ödem i benen. Under dessa omständigheter kunna tarmarna vara lätt sammanlödda och bukhinnan något grumlig samt tätt besatt med tuberkler.

I senare stadier af sjukdomen förekommer stundom VALLINS »inflammation periombilicale», som kan leda till genombrott och sterkorlabscess.

Det marantiska tillstånd, som under sjukdomens förlopp utvecklar sig, kan mycket väl bero på själfva det inflammatoriska exsudatet och behöfver ej betingas af tuberkulos i något inre organ. Så utgör t. ex. ett stort flytande exsudat ett betydligt respirations- och cirkulationshinder, och inflammationen i tarmarnas serosa framkallar serös infiltration af tarmmuskulaturen och kan slutligen leda till en betydlig atrofi af tarmväggen särdeles i de fall, där tarmarna ligga mer eller mindre sammanlödda. Denna marasm kan blifva så höggradig, att de sjuka aflida, utan att någon annan dödsorsak än den tuberkulösa peritoniten kan påvisas. Det är dock ej omöjligt, att en avtointoxikation genom tarmarnas ofullständiga peristaltik och det åtminstone tidtals i följd häraf stagnerande tarminnehållet kan uppstå.

Vid längre framskridna fall magra patienterna ytterligt, blifva eländiga och få stundom icterus. Lefverdämpningen är merendels förstörad. Temperaturen är vanligen normal, endast tidtals öfver 38°. Sällan finnes hektisk feber. Till den tuberkulösa peritoniten stöter ofta en lungsäcksinflammation. Från lungorna antingen inga symptom eller sådana af en diffus katar. I mycket svåra fall tillstöter stundom meningealtuberkulos. Urinmängden är betydligt förminskad, och urinen visar spår af ägghvita.

Att med stöd af symptomen och det kliniska förloppet uppställa en fullt logisk och på hvarje enskildt fall tillämplig indelning af de olika formerna, under hvilka en tuberkulös peritonit kan uppträda, torde lika litet vara möjligt som det i allmänhet är att tvinga in alla sjukdomsformer i ett visst system; ty först och främst gäller här som annorstädes inom patologien, att det ej gifves tvänne i alla detaljer fullt lika fall, och för det andra förekomma talrika öfvergångsformer, hvilka lika gärna kunna hänföras under den ena gruppen som den andra. Då man emellertid försökt sig på ett dylikt system, har det varit i rent praktiskt syfte för att lättare kunna fastställa såväl diagnos som i synnerhet prognos och behandling, hvilka senare för de olika formerna ställa sig icke oväsentligt olika.

I Tyskland har en och annan och i Sverge LINDFORS försökt att indela de tuberkulösa peritoniterna i en mängd olika grupper; men då man ej haft någon för de olika formerna gemensam indelningsgrund, så har ej detta systematiserande vunnit någon tillslutning. I allmänhet nöjer man sig i Tyskland med att tala om tvänne former, nämligen en med ascites, som kan vara allmän eller inkapslad, och en fibrinoplastisk. Den ulcerösa formen, som uppkommer genom tuberkulernas smältning, och hvilken fransmännen lifligt framhålla, då den såväl hvad prognos som behandling angår mycket skiljer sig från de öfriga, vill man i Tyskland ej erkänna som en särskild form. Så ause MÜNSTERMANN och SCHMALMACK den samma med alla dess olikartade följder som en komplikation, hvilken kan uppträda vid de andra formerna.

Fransmännen grunda sina indelningar på tuberkulernas olika sätt att uppträda, i det de, som förnt är påpekadt, kunna bibehålla formen af ett grått gryn, ostvandlas eller ulcerera, eller ock öfvergå i läkning genom bindväfsvandling. Detta är ju en rationel och för alla formerna gemensam indelningsgrund, och BOULLAND uppstälde med anledning häraf trenne former, nämligen den miliära, den ulcerösa och den fibrösa.

Den miliära skildrar han som en akut form, utan adherenser och med föga eller inga psevdomembraner, hvilken på 3 till 4 veckor leder till döden, men som dock kan öfvergå i den ulcerösa eller fibrösa.

Under den ulcerösa, som han anser vanligast, hänför han dem med grumligt, flytande exsudat, gulaktiga, uppmjukade tuberkulösa massor, psevdomembraner och adherenser, midt ibland hvilka finnas kaviteter innehållande citrongul vätska eller var. Han anser denna form nästan lika farlig som den förra, ehuru med mindre snabt förlopp.

Den fibrösa formen vore däremot den som utmärkte sig genom sin tendens till läkning. Den är förenad med ett seröst, genomskinligt, sällan seropurulent exsudat, hvilket senare resorberades, hvarpå uppstod adherensbildning, som kväfde tuberkulerna. Sedan det flytande exsudatet försvunnit, lågo tarmarna hoplödda till en kaka, och man kunde iakttaga gnidningsljud och snökrepitation. Småningom förbättrades nu allmänna tillståndet, hull och krafter ökades. Detta vore den spontana läkningen, hvilken dock kunde störas af akut exacerbation, som kunde föranleda en öfvergång till den ulcerösa formen.

Denna indelning var dock ur kirurgisk synpunkt mindre tillfredsställande, och man har därför varierat den på olika sätt.

Så har PIC uppställt samma tre hufvudformer men med underafdelningar och har sålunda delat den fibrösa i den torra och den med ascites, och denna senare åter i fri och inkapslad ascites.

Den ulcerösa har han delat i den torra och den suppurerande. Den förra af dessa med sammanlödning af tarmar och spridda, ostiga hårdar, den senare med varbildning i något eller några af de afskilda rummen.

ALDIBERT framhåller som förämsta felet i denna indelning, att under den fibrösa formen hänföras alla med ascites. Detta är ej riktigt, då ascites kan förekomma såväl vid den miliära, där den är konstant, som ock vid den ulcerösa. Ascites kan sålunda finnas vid alla former, den är endast en sida af deras utveckling och utgör den ascitiska perioden häraf.

ALDIBERT indelar de tuberkulösa peritoniterna i:

1. *Ascitesformer*, som åter sönderfalla i akuta, subakuta och kroniska och dessa sist nämnda i allmän eller inkapslad. — Med den akuta formen menar han en akut, miliär, tuberkulös peritonit, sådan den förut är skildrad, som stundom kan likna en tyfoidfieber.
2. *Fibrösa torra former*, som åter indelas i fibrinoplastiska med sammanlödning af tarmarna och torra i egentlig mening. — I denna sist nämnda form träffas tuberkler å hela peritoneum men inga sammanväxningar, ingen ascites.

ALDIBERT anser ascites som första stadiet, hvarpå i en peritonit, som tenderar till spontan läkning, sedan följer det torra och sist det adhesiva stadiet. Det torra följer altså efter ascites och föregår bildningen af psevdomembraner. Man skulle dock möjligen kunna tänka sig ett så mildt och långsamt förlopp af inflammationen, att något flytande exsudat ej uppstode.

3. *Ulcerösa former*, dem han i likhet med PIC delar i torra och suppurerande. — Denna senare kan åter vara allmän eller inkapslad och denna sista multi-lokulär eller monolokulär.

Denna indelning antages också af ROERSCH, ehuru i något förenklad form. Han talar om:

- 1) ascitesformer, akuta, subakuta och kroniska. Den senare allmän ascites eller inkapslad;
- 2) torra former och fibrinoplastiska, adhesiva;
- 3) ulcerösa former.

Alla dessa, säger ROERSCH, kunna tydligtvis kombinera sig med, efterträda eller öfvergå i hvarandra.

LEGUEU håller åter på den af JALAGUIER uppställda variationen af indelning i akuta, subakuta och kroniska, hvilka senare åter delas i ascites'ska, fibrinoplastiska eller fibrösa samt ulcerösa former.

Denna indelning låter enklare men är i mina ögon en bestämd försämring af den ALDIBERTSka, bland annat därför att ascites endast omnämnes vid den kroniska formen. Hufvudragen af ALDIBERTS indelning bör man i likhet med ROERSCH enligt min mening antaga, äfven om man vill utesluta en eller annan detalj. En befogad anmärkning synes man kunna göra mot dem alla, nämligen att benämningen ascites borde utbytas mot den visserligen något längre men, då det gäller en inflammation, riktigare af flytande exsudat.

Vidare har jag redan från början betonat, att öfvergångsformer finnas, som på lika goda grunder kunna hänföras till den ena formen som till den andra, och det kan ej hållas nekas, såsom LEGUEU påpekar, att flere olika variationer kunna finnas hos samma fall. Det oaktadt tror jag dock, att en indelning, om än bristfällig, kan bidraga att utreda förhållandena i en så invecklad sjukdom som den tuberkulösa peritoniten.

Mot den af ALDIBERT uttalade åsikten, att det adhesiva stadiet skulle vara sista länken i peritonealtuberkulosens läkning må redan här anföras, att visserligen bindväfsnybildningen under form af adherenser kan hafva sin del i denna läkning om ej på annat sätt så i egenskap af en dam mot vidare infektion; men att det å andra sidan flerfaldiga gånger är visadt, att fullt konstaterad peritonealtuberkulos kunnat fullständigt läkas utan adherensbildning.

Den fibrösa formen med sitt milda förlopp, börjande med flytande exsudat, som senare resorberas, och som utmärker sig bland annat genom patienternas subjektiva välbefinnande, torde i sina senare stadier just sammanfalla med den form af kronisk peritonit, som af HEXOCH m. fl. anförts som bevis mot laparotomiens verkan vid peritonealtuberkulos, i det man påstått de

läkta fallen hafva varit en dylik s. k. peritonitis nodosa, där man ej i knotttrorna kan påvisa några baciller. Att här skulle föreligga en genom tuberkulernas omvandling till bindväf i läkning stadd från början tuberkulös peritonit tyckes man ej hafva velat tänka sig. Att så tvifvelsutän är fallet skall senare visas vid tal om laparotomiens verkan.

Mera lokal peritonealtuberkulos kan äfven finnas. Som adhesiva former uppträda sålunda tuberkulösa perityfliter och epiploiter.

Den tuberkulösa perityfliten är, såsom förut är nämnt, utgången från tuberkulösa sår i coecum och fordrar sin speciela behandling. Dess kliniska symptom likna den vanliga perityflitens i dess mera kroniska förlopp; men den kan äfven simulera en malign tumör i coecum o. d.

Epiploiterna äro vanliga vid alla åldrar men mest hos barn, de förekomma oftast tillsammans med en öfver hela peritoneum utbredd tuberkulos; men de kunna också vara isolerade under form af stora massor, som kunna intaga nästan hela abdomen.

Den ulcerösa peritoniten kan äfven uppträda mera lokalt. Sålunda kan den förekomma som ett cystiskt inkapsadt, purulent exsudat i nafvel- eller lefverregionerna eller ock som en mera utbredd periumbilikal eller perihepatisk inflammation. Den periumbilikala inflammationen och dess följder äro redan förut omnämnda såsom WALLINS inflammation. Den leder ofta sitt ursprung från en tuberkulös epiploit. Denna inflammation är dock ingalunda karakteristisk för peritonealtuberkulos och behöfver ej als stå på tuberkulös grund. Emellertid har ZIEHL samlat 30 fall af dylik inflammation med fistelbildning vid tuberkulös peritonit. CZERNY framhåller, att uppkomsten af tarmfistlar bör förklaras genom ostig uppmjukning och sekundär perforation af subserösa tuberkelknölar. Fistlar genom bukbetäckningarna kunna uppstå genom smältning af en parietal tuberkel, som sedan, ibland månader efter genombrottet utåt, äfven öppnar tarmen. På liknande sätt kunna ock förbindelser mellan tarmar uppstå.

Perihepatitens sammanhang med lefvertuberkulos är förut omnämnd.

Beträffande tuberkulosen i mesenterialkörtlarna torde det vara nog att påpeka, att den ibland kan förorsaka ända till knytnäfstora eller än större tumörer, uppkomna genom sam-

mansmältning af tuberkulösa körtlar under det den andra gången kan uppträda i en massa körtlar, hvilka te sig som en mängd små, isolerade knölar.

En komplikation, som lätteligen kan uppträda vid den tuberkulösa peritoniten, är ileus. LEJARS anser den kunna uppstå på fyra olika sätt, nämligen: genom en brid, genom knäböjning af tarmen, genom sammanlödning i en klump af tarmslyngor och slutligen genom tarmparalysi.

En sådan brid kan utgöras än af en tuberkulös psevdomembran, än af omentet, än åter af en verklig peritoneal brid. Genom en dylik kan dels tarmen direkt hoptryckas, dels kan den föranleda en knäböjning af tarmen.

Att vid en torr, fibrinoplastisk peritonit, där tarmarna ligga hoplödda af psevdomembraner, lätt tvärböjningar och torsioner å tarmkanalen kunna uppstå, är tydligt. Dessutom kan dess lumen sammanpressas af ostiga massor, som här kunna utvecklas. Vid tvärböjning, orsakad af sammanväxning, kan perforation uppstå äfven utan tuberkulösa sår i tarmen.

Orsaken till tarmparalysien torde ej vara så lätt att inse. Man finner ingenting vid laparotomien; men ileussymptomen upphöra antingen omedelbart eller efter en till två dagar. Då intet mekaniskt hinder kunnat påvisas, har man antagit en dylik paralysi; ehuru alla tarmar visat sig fria, lika utspända och ballonerade. Denna form är funnen vid de torra peritoniterna utan adherenser eller med ett obetydligt, flytande exsudat.

Liksom annorstädes visar sig tarmocklusionen vid den tuberkulösa peritoniten antingen akut eller kronisk och symptomen äro lika bestämda som vanligt.

Då tarmarna ligga sammanlödda, uppstår vanligen ileus mera kroniskt efter upprepade anfall af förstoppning och har i alla händelser ett mindre hastigt förlopp än vid ett akut hinder i passagen. Fallet n:r 15 är en god illustration af ett dylikt förlopp och till en viss grad äfven n:r 14.

Tarmocklusioner genom brider eller knäböjning, orsakad af dylika, uppstå vanligen akut, lika så tarmparalysien.

Diagnosen af den tuberkulösa peritoniten erbjuder ofta de största svårigheter. Man måste innan man går till den fysikaliska undersökningen på det noggrännaste taga reda på sjukdomens anamnes och förlopp.

I anamnesen har man att fästa sig vid ärftliga anlag, hvilka dock, som förut är nämnt, här ej synes hafva samma inflytande som eljes vid tuberkulos. Vidare kommer i betraktande föregående skrofulösa eller tuberkulösa sjukdomar och dessutom som ett ej oviktigt moment möjliga travmer.

Hvad förloppet angår, äro de temporära förbättringarna och försämringarna synnerligen betecknande.

Patientens allmänna tillstånd lemna ofta ingen ledning. Betydlig afmagering och mattighet tala visserligen i sin mon för, men ett blomstrande utseende och subjektift välbefinnande ingalunda emot sjukdomen. Feber kan finnas eller saknas lika så smärtor i buken.

Då diagnosen oftast ej kan ställas annorlunda än per exclusionem, måste den noggrannaste undersökning af de inre organen göras. Lemna denna undersökning negativt resultat, så stödes diagnosen häraf indirekt vid de former, som hafva flytande exsudat, enär detta i så fall ej kan vara t. ex. en af lung-, hjärt- eller njursjukdom orsakad ascites, som dessutom vid dessa sjukdomar plär vara förenad med anasarca. En differentialdiagnos gent emot levercirrhos och portådertrombos ställer sig redan svårare men torde i regel vara möjlig.

Stöter åter en kronisk eller subakut peritonit till en tuberkulos i lungor, tarm, genitalia eller ben, så lär man sällan missa taga sig, om man anser den som en tuberkulös peritonit.

Vid inspektion af buken befinnes oftast hudvenerna dilaterade, och om någon form med så kallade skentumörer föreligger, synes ofta indragningar och utbuktningar af buken. Dessutom har man att fästa sig vid bukväggens orörlighet vid respirationen.

Finnes flytande exsudat, så iakttages ofta tarmarnas läge åt höger, vätskans företrädesvis åt vänster samt den möjliga befintliga tvärgående omentalvulsten strax ofvan nafveln.

Hvad de tuberkulösa tumörerna angår, så äro deras orörlighet och diffusa begränsning ej oviktiga moment. Ofta är buken här mera öm än i formerna med flytande exsudat.

De för känseln mera solida, af svålar och sammanlödda, ofta förtjockade och styfva tarmar bestående tumörerna hafva icke sällan sin plats i ileocekaltrakten och kunna räcka ned i lilla bäckenet. Om de äro fastvuxna vid bukväggen hafva de förväxlats med fibromer, och diagnosen torde under dessa förhållande vara omöjlig att direkt ställa.

De inkapslade exsudaten förete, enligt KÖNIG, städse fluktuation och undulation på grund af vätskans ringa spänning.

Vid de torra formerna kan man stundom känna och höra peritoneala gnidningsljud, den förut omtalade, så kallade snö-krepitationen.

Dessutom lär, enligt EDEBOHLS, vid dessa former förekomma ett fysikaliskt symptom, hvilket jag för min del aldrig haft tillfälle iakttaga, och om hvars värde jag sålunda ej kan yttra mig, nämligen »circumskripta förtjockningar» i bukväggen, hvilka skulle bero på hyperemi och svullnad af den subperitoneala bindväfven. Om dessa förtjockningar finnas å ställen, där inga viscera ligga, äro de enligt EDEBOHLS nästan patognomoniska, särdeles om de förekomma tillsammans med en tubarsvulst.

Man måste emellertid erkänna, att en differentialdiagnos mellan de tuberkulösa svulsterna och verkliga nybildningar kan vara ytterst svår och stundom endast möjlig, om alla omständigheter noga beaktas.

Ofta kan emellertid diagnosen vid hvarje form af peritonealtuberkulos vara så svår, att ej ens den mest metodiska undersökning och palpation leda till något bestämdt resultat, och VIERORDT är af den åsikt, att, om ingen utgångstuberkulos kan påvisas, så kan man i bästa fall ställa »en sannolikhetsdiagnos».

Ett medel finnes dock att ställa en säker diagnos, och det är att göra profincision, och detta medel bör man ingalunda sky, då det på samma gång är den enda lämpliga och verk samma behandlingen af peritonealtuberkulosen.

Men de finnas, som ej ens äro nöjda med laparotomien såsom diagnostiskt hjälpmedel utan fordra bakteriologisk undersökning för att konstatera, det tuberkulos verkligen föreligger.

Det kan ej nekas, att det för tolkningen af de genom laparotomien vunna resultaten är af största vikt att få en vetenskapligt fullt bevisad diagnos; men praktiskt ställer sig saken något annorlunda. Skulle man i det enskilda fallet hafva fullt praktiskt gagn af en bakteriologisk undersökning, så måste den göras före laparotomien. Detta kan ej ske på annat sätt, än att en del af det flytande exsudatet uttappas och undersökes dels direkt på baciller, dels användes till renkultur och ympning å djur. Härvid är dock att märka, att dessa undersökningar af exsudat mycket ofta utfalla negativt i

efter laparotomien bevisligen tuberkulösa fall. Dessutom kan denna undersökning alldeles ej verkställas, om flytande exsudat saknas.¹⁾

Om man endast genom inspektion af peritoneum gör diagnosen, så kan obestriddligen i sådana fall, där läkning sedan inträddt en förväxling hafva egt rum mellan tuberkulos och godartade tumörer i peritoneum. Här kan, då tillfrisknande eger rum, ej vara vara tal om karcinom eller sarkom. Såsom sådana godartade svulster anför VIERORDT granulationssvulster, adenom och fibrom. Hvad de senare angår, så torde den miliära formen däraf sammanfalla med den s. k. peritonitis nodosa, hvarom ofvan är taladt, och de andra svulsterna, bland hvilka BIESALSKI dessutom nämner enkondrom, myxom, lipom och cystor, äro så sällsynta, att, om de möjligen någon gång skulle föranleda ett misstag, så saknar detta praktisk betydelse. Då genom själfva tillfrisknandet möjligheten af en förväxling med särskildt karcinom uteslutes, så torde denna läkning väl med skäl få anses som ett bevis för, att peritonealtuberkulos verkligen förelegat, och en kasuistik sålunda äfven utan bakteriologisk undersökning af de enskilda fallen ej vara värdelös.

Däremot vill jag gärna medgifva, att äfven vid inspektion af peritoneum förhållandena i undantagsfall kunna vara sådana, att särskildt en differentialdiagnos mellan tuberkulos och disseminerad kancer eller sarkom ej utan vidare kan ställas. Den egentliga, maligna tumören, om en sådan finnes, kan vara alldeles maskerad genom sammanväxningar och pseu-domembraner; men jag vill dock anmärka, att dessa maligna, disseminerade knottor in vivo äfven makroskopiskt visa sig tydligen mera kärllrika än tuberkulerna.²⁾ Här kan ju en bakteriologisk och mikroskopisk undersökning hafva äfven sitt stora praktiska värde för att redan innan det eventuella tillfrisknandet kunna ställa fullt bevisad diagnos och antaglig prognos. Ett större vetenskapligt värde får fallet naturligtvis alltid, om diagnosen sålunda blifvit fastställd, och ur denna synpunkt måste man alltid anse en dylik undersökning önskvärd.

¹⁾ Skall man vid laparotomien uttaga ett stycke af peritoneum till undersökning, så bör man välja ett ställe, där tuberkulerna äro friska; ty ostmassorna äro mycket fattiga på baciller. Ostmassornas infektiönsförmåga anser KOCH bero därpå, att bacillerna här gått i sporbildning. Ännu hafva dock vetterligen ej sporerna kunnat färgas.

²⁾ Ett undantag härifrån utgjorde i viss mon fallet n:r 18, där liflig injektion af såväl peritonon som en del af knottorna förekom.

Att däremot i likhet med SPÆTH och LÖBLEIN på grund af de utan tvifvel mycket sällsynta diagnostiska misstagen sluta till, att alla botade, tuberkulösa peritoniter ej varit bacillära utan endast enkla inflammatoriska exsudat, torde numera vara alldeles obefogadt, särdeles då man känner, huru sällsynt den enkla, kroniska peritoniten är.

Prognosen vid peritonealtuberkulos har af de flesta in-värtes läkare ansetts mala och af ej få till och med absolut letal. Af den statistik, som finnes i en af PIC 1890 i Paris utgifven afhandling framgår emellertid, att vid symptomatisk, expektativ behandling af barn 34 % och af vuxna sammanlagt 18 % kunnat, vanligen efter flere månader ända till 2 år, från sjukhusen utskrifvas friska eller förbättrade. Bäst stälde sig utsikterna vid seröst exsudat. BOURRIGAULT, som 1894 sammanställt 175 fall, får dock endast 16 % tillfrisknade.

Häraf framgår, att prognosen ej är så ogynsam, som man stundom velat antaga, äfven om det ej är osannolikt, att en del diagnoser varit oriktiga. Man anser också numera tämligen allmänt, att en spontan läkning finnes, och enligt OSLER är den vanligast vid måttlig inflammation med ringa, serofibrinöst exsudat. Detta stämmer också tämligen med PICS uppgifter. Vidare finner man, att prognosen ställer sig vida fördelaktigare för barn, d. v. s. personer under 15 år, än för vuxna.

Man måste dock, så snart fråga är om tillfrisknande vid denna sjukdom, iakttaga en viss försiktighet; ty den liknar i så fall syfilis, att långa remissioner kunna finnas, utan att man bestämdt vet, huruvida dessa betyda verklig hälsa.

Sedan genom KÖNIGS uppsats 1884 laparotomien införts såsom mera allmän behandlingsmetod vid tuberkulös peritonit, har också utsikterna till förbättring och till och med stundom hälsa betydligt ökats. Enligt den af ROERSCH uppställda statistiken öfver 358 med laparotomi behandlade fall hafva 70 % utskrifvits friska. Hos 34 % har läkningen konstaterats efter mera än 6 månader, hos 22,5 % efter mera än ett år och hos 15 % efter mera än två år. Bland de sist nämnda är SPENCER WELLS bekanta fall, som var friskt ännu efter 27 år, ett af SCHÜCKING 15 år och CZERNY 14 år. Mitt fall n:r 3 har jag återsett fullt friskt, efter mera än 12 år. N:r 5 är opererad för 9 år sedan, n:r 6 för 8 år, n:r 7 för 7 år, n:r 8 för 7 år,

n:r 10 för 6, n:r 11 för 5 och n:r 13 för 2½ år sedan, dessa äro alla fortfarande friska.

Alla former kunna, enligt KÖNIG, läkas, men utsikterna ställa sig väsendtligen olika dels beroende på sjukdomsformen dels på det lättare eller svårare ingrepp den betingar. Härför skall längre fram närmare redogöras.

Behandlingen kan vara antingen medicinsk eller operativ.

Den medicinska behandlingen är i det hela expektativ och symptomatisk. God allmän hygien, hvila och diet äro härvid af stor vikt, och VIERORDT anser, att läkning kunnat åstadkommas ensamt härigenom. Mitt fall n:r 17, som behandlats på detta sätt, synes tio månader efter sjukdomens utbrott vara fullt friskt.

Vidare har man rekommenderat medelvarma, PRIESSNITZ'ska omslag, kataplasmer, lätta ingnidningar af buken med kvicksilversalfva. lindrig massage och gnidningar med sapo viridis. Denna senare har särskildt PRIBRAM med värma förordat. I undantagsfall inträder på detta sätt en långvarig remission, »som kanske leder till hälsa».

Den operativa behandlingen har hufvudsakligen utgjorts af punktion med eller utan inblåsning af luft eller utspolning af buken samt af laparotomi.

Punktionen anses i allmänhet mindre verksam och förkastas af de flesta. Jag har dock sett god nytta af densamma vid recidiv. Fallet n:r 6 fick ett år och sju månader efter laparotomien recidiv, hvarför punktion gjordes. Han hade ett fritt, seröst exsudat och är sedan 7 år frisk. Detta fall, som första gången opererades den 28 februari 1888, erbjuder dessutom det intresset, att det var den andra manliga individ, som opererats, efter det diagnosen stälts på peritonealtuberkulos. Den första opererades året förut af ROOSENBURG. Vid liknande exsudat gjordes å fallet n:r 5 tvänne gånger punktion vid recidiv, första gången sex veckor efter laparotomien och andra gången en månad efter den första punktionen. Hon utskrefs med exsudat i buken och tillfrisknade småningom, sedan en mängd vätska spontant afgått genom ärret. Hon är sedan 9 år frisk.

Vid tvänne andra fall har jag gjort en operation, som, hvad den tuberkulösa peritoniten angår, kan betraktas som en punktion. Det gälde nämligen rörliga, kongenitala ingvinal-

bräck. Det ena var dubbelsidigt hos en 3 år gammal, det andra enkelt hos en 1½ år gammal gosse, fallen n:r 8 och 10. Hos båda voro bräcksäckarna rikligt besatta med tuberkler och hos n:r 10 äfven det vid bräcksäcken fastvuxna omentet, hvaraf den framfallna delen afskars nedom en ligatur. I det första fallet fans rikligt med flytande exsudat, som uttappades genom bräckportarna under kompression af buken. I det andra fallet utkom endast en ringa mängd flytande exsudat. N:r 8 är frisk sedan nära 7 och n:r 10 sedan 6 år.

Det är egentligen CECCHERELLI, som förordat punktion med utspolning vid fritt exsudat. MOSETIG-MOORHOF och ett par andra hafva under liknande förhållanden i några fall förenat punktionen med inblåsning af steril luft. Båda sätten hafva haft goda resultat. TRUC har försökt insprutning af jodoformeter, MAURANGE af jodoformvaselin. KIRMISSON och PINARD hafva behandlat ett fall, som efter laparotomi fått recidiv, med insprutningar af hundserum. Patienten tillfrisknade. BERGERS och NETTERS försök med insprutning af naftolkamfer efter punktion torde ej mana till efterföljd, ehuru metoden rekommenderats af CATRIN och RENDU. Vidare har man använt permanent drainage, hvarmed WHITTIER i ett fall lyckats efter en månad. Ett annat fall, som behandlades på liknande sätt af LUIGI CARVI, var läkt på tio månader.

Man har emellertid förebrått punktionen, att vid densamma lätt tarmar eller oment kunna skadas, då man ej på förhand kan med säkerhet veta, om ej en tarmslynga eller omentet äro adherenta till främre bukväggen, och dessutom anses med skäl punktionens verkan mindre säker. Utan tvifvel äro dessa anmärkningar befogade, och då laparotomien ej kan anses farligare än punktionen, men däremot har de obestridliga fördelarna, att man opererar med större säkerhet, och att man genom densamma sättes i tillfälle att konstatera diagnosen, så torde buksnittet vara vida att föredraga framför paracentesen.

Laparotomien kan numera anses som den hufvudsakliga behandlingsmetoden. Dess uppgift ställer sig emellertid väsendtligen olika vid de olika formerna af den tuberkulösa peritoniten. Så har man t. ex. vid seröst exsudat endast att tömma vätskan, vid den adhesiva formen däremot kan det blifva tal om att lösa adherenser mellan tarmar o. d. och vid den ulcerösa att dessutom tömma varhårdar och möjligen exstirpera ostiga

härदार. Vid de mera lokala kan det gälla aflägsnande af de angripna delarna, från hvilka peritoniten utgått, såsom coecum, omentet eller tuborna o. s. v. Det är på grund häraf nödvändigt att särskildt afhandla laparotomien vid de olika formerna såväl hvad operationstekniken som indikationer och resultat angår.

Att buksnitt *vid det serösa exsudatet*, de så kallade *ascites-formerna* bör göras, därom äro alla ense. Är exsudatet fritt, bör man göra ett litet snitt i medellinien nedom nafveln, är det däremot inkapsladt, lägges snittet lateralt eller mediant direkt på exsudatet. Snittet lägges med försiktighet, då lätt tarmar eller oment kunna vara fastvuxna vid främre bukväggen, hvilken i regel visar stor blodrikedom. Man bör ej låta förvill sig af det ofta enormt förtjockade peritoneum. Vätskan bör i alla händelser noga uttappas och slutligen ut-sugas med steril gas o. d. Någon sköljning är ej nödig men kan bidraga att på ett för peritoneum så litet som möjligt skadligt sätt aflägsna fibrinösa flockor eller ett seropurulent exsudat, om sådant finnes. Till sköljvätska bör i så fall helst användas fysiologisk koksaltlösning af $+ 38^{\circ}$, då härigenom enligt WALTHARDS undersökningar bildning af adherenser bäst förebygges. Dessa torde nämligen efter senare undersökningar alldeles ej vara nödvändiga för läkningen; men de kunna däremot medföra fara för ileus och utgöra ett hinder för tarmarnas fria rörlighet. Antiseptiska utspolningar tyckas ej gynna läkningen snarare tvärtom.

Dränage är både obehöflig och kan vara farlig. Dessutom inkapslas röret snart af exsudat. Anser man det nödigt, kan vid inkapsladt exsudat med rigida väggar MIKULICZ's påse användas.

I det föregående äro omtalade akut, subakut och kronisk peritonit med seröst exsudat. Resultatet efter operationen ställer sig enligt ALDIBERT och ROERSCH mycket olika i dessa former.

I den akuta formen äro, säger ALDIBERT, endast två operationsfall kända, båda med letal utgång. Den ena patienten lefde dock en månad efter operationen.

Ett akut förlopp med jämförelsevis hög feber hade dock mitt fall nr 18, hvilket öfvergick till hälsa. Trenne dylika fall hafva nyligen publicerats af ISRAEL. På nord. kirurg. förningens sista möte omtalade SÖDERBAUM två fall, som opererats

under det akuta stadiet, och af hvilka det ena tillfrisknade. Hit torde äfven mitt fall n:r 12 få räknas, hvilket dock hade letal utgång.

Då den akuta formen lemnar så dåligt resultat, kan det vara fråga om, huruvida man här bör operera eller ej. Naturligtvis hör ej hit den peritonit, som är ett uttryck för infektionen vid en allmän akut miliartuberkulos, utan det är endast fråga om akut, tuberkulös peritonit. När man emellertid besinnar, att dessa patienter gå en nästan oundviklig död till mötes, så må man anses skyldig att genom en laparotomi skaffa dem den snart sagdt enda utväg till räddning, som finnes, då denna form ytterst sällan öfvergår till den mera kroniska. Ingreppet bör emellertid göras, innan patienten ligger in agone.

Den subakuta formen visar hos barn 83,4 och hos vuxna endast 50 % läkta. Den kroniska med allmänt exsudat hos barn 93,8 och hos vuxna 71 %. Det inkapslade exsudatet ger den bästa prognosen och lemnar hos barn 100 %, hos vuxna 76,7 %. Tillsammantagna gifva de subakuta och kroniska för barn under 15 år 87,5 %, vuxna 75,5 %.

För de subakuta och kroniska formerna har man anfört feber som en kontraindikation, emedan denna skulle visa, att sjukdomen vore i fortskridande. Detta är dock ingalunda alltid fallet, men om den förhöjda temperaturen skulle bero på akut utveckling af tuberkulos i något annat organ, så utgör detta en kontraindikation mot operationen, hvilken i så fall kunde bidraga att påskynda spridningen af allmän tuberkulos.

Som regel gäller, att i alla former af tuberkulös peritonit operera så fort ske kan, innan patientens allmänna tillstånd försämrats altför mycket.

Efter operationen har jag sett tvänne komplikationer kunna inträffa nämligen spontan bristning af ärrret, då vätska ånyo samlas, samt ulceration af ärrret. Det förra var händelsen i fallen n:r 4 och 5. Det senare visade sig i fallen n:r 11 och 18, där en tuberkulös infektion tydligen från buken fortplantats till såret.

Vid recidiv, hvarmed ej menas den återansamling af vätska, som alltid följer omedelbart på operationen, göres ny laparotomi, om det ej visar tendens till spontan läkning.

De fibrösa formerna såväl den torra i egentlig mening, där det flytande exsudatet resorberats, som ock den adhesiva

äro, som förut nämndes, att anse som peritoniter stadda i läkning, enär tuberkelerna här hålla på att bindväfvandlas.

ALDIBERT anser emellertid ej den torra formen utan adherenser vara stadd i läkning och yrkar, att laparotomi vid densamma bör göras, då man ej kan beräkna, huruvida den ej i stället för att blifva fibrinös och adhesiv, hvilket han anser oundgängligt för läkningen, i stället blir ulcerös. Jag tror ej denna uppfattning fullt riktig med undantag däraf, att hvarje form kan blifva ulcerös.

Att däremot den adhesiva formen tenderar till spontan läkning och sålunda ej behöfver opereras, därom synes alla vara ense. Dock kan äfven här under vissa omständigheter en operation blifva af nöden, och det är då vanliga komplikationer, som tvinga härtill. Hos en motståndskraftig, frisk individ, som ej har obehag af åkomman, finnes sålunda i denna form intet skäl att ej respektera den fibrösa transformationen. Annorlunda är förhållandet, om allmänna tillståndet är medelmåttigt med intermittenta feberanfall, minskning af krafterna och afmagring. Likaså vid häftiga smärtor, som hindra sömn och verksamhet, vid akut eller kronisk tarmocklusion och slutligen för att konstatera en svår diagnos. Under dessa omständigheter kan laparotomi vara indicerad.

Vid operationen bör man gå direkt på tumören, om en sådan finnes, och med största försiktighet genomskära peritoneum, då man här oftare har att vänta adherenser mellan tarmar och främre bukväggen. Ibland kunna adherenserna mellan peritoneum parietale och viscerales vara så svåra, att man ej ens kan intränga i den egentliga peritonealhålan utan tvingas dessförutan avsluta operationen, hvilken det oaktadt kan hafva en gynsam verkan. Opererar man för smärtor eller ileus, bör man försöka lossa tarmar och oment; men detta får ske med den största skonsamhet för att undvika omedelbar bristning af en atrofisk tarmvägg, eller ock att en tarmfistel med alla dess vådor senare må uppstå. Sådana sterkoralfistlar hafva bildats ibland ända till tre veckor efter laparotomien. I fallet nr 9 uppkom en dylik efter 16 dygn. De böra ej opereras, då alla försök härtill hafva misslyckats, men kunna stundom snart nog spontant läkas.

Huruvida efter laparotomi vid dessa fall bör användas dränage af bukhålan eller ej får bero på omständigheterna. Lämpligast torde en MIKULICZS påse vara, om drainage anses nödig.

Hos barn har ALDIBERT funnit ända till 100 % läkta efter under dessa omständigheter gjord laparotomi och hos vuxna 68,4 %. Definitiv torde läkningen få anses vid denna form hos barn i 60 %, hos vuxna i 30,7 %.

Hvad de mera *lokala formerna* angår, så torde den *tuberkulösa perityfliten* böra behandlas med resektion af coecum, då en enkel laparotomi här ej lemnar något resultat.

Vid en mera isolerad *epiplot* kan resektion af omentet ifrågakomma.

Vid *genitalt ursprung* för bukhinnetuberkulosen böra om möjligt de tuberkulösa tuborna aflägsnas.

De ulcerösa formerna äro utan tvifvel de farligaste och för behandling minst tillgängliga; men här är å andra sidan laparotomien det enda räddningsmedlet.

I den torra formen med ostiga massor lemnar operationen en mycket dålig prognos. Mortaliteten uppgår ända till 75 %. Endast i sjukdomens början kan man hoppas något godt resultat. Ännu sämre ställer sig prognosen vid de suppurerande, inkapslade, multipla härdarna. Här har man inga utsikter att lyckas tömma alla eller ens de flesta.

I de lokaliserade, särdeles de periumbilikala inflammationerna är prognosen bättre än vid fritt, purulent exsudat. Att uttömma varet är emellertid i dessa fall bestämdt indicerat.

Operationen afser att gå direkt på varsamlingen och dränera den samma utan att förstöra adherenserna. Här är utspolning på sin plats, helst med koksaltlösning. Intestinalfistlar och pyosterkoralfistlar uppstå ofta i denna form. De böra lika litet opereras här som eljes, om ej deras läge altför nära pylorus tvingar därtill.

Beträffande *tuberkulosen i mesenterialkörtlarna*, så kan man, om den ostiga härden ej är altför stor, försöka exstirpera den samma, och vore det möjligt, så borde man alltid borttaga den ursprungliga härden. Först då kunde man tala om en verkligt rationel operation. Härvid har dock utan tvifvel CZERNY gått för långt, då han försökt exstirpera de ostiga svälarna. Hans trenne fall mana ej till efterföljd. På den mera disseminerade mesenterialtuberkulosen synes laparotomien hafva ett välgörande inflytande.

Laparotomien *vid ileus* kan stundom lyckas, men i andra fall kan det vara fullständigt omöjligt att bland de till en

kaka sammanlödda tarmarna bestämma hindrets läge, och ett lossande af alla adherenser ligger ej inom möjlighetens gränser. Att åter under dylika förhållanden anlägga en anus præternaturalis kan stöta på lika stora svårigheter, då man ej vet, på hvilken del af tarmkanalen man befinner sig. Emellertid är ju alltid en explorativ laparotomi vid ileus indicerad.

Vid alla former af tuberkulös peritonit måste man efter operationen väl hafva i minnet den allmänna behandlingen med god hygien, tjänlig diet o. s. v. Efter operationen rekommendera några att gifva vismut såsom desinfektionsmedel för tarmkanalen.

Kontraindikationer mot laparotomien betingas mindre af den tuberkulösa peritoniten själf än af komplikationer från andra organ.

Så är en till flere organ disseminerad tuberkulos ett mycket ogynnsamt moment, som visar, att infektionen är kraftigare än organismens motståndsförmåga. Det kan under sådana omständigheter vara bestämdt kontraindiceradt att göra något som helst kirurgiskt ingrepp af betydighet. Hos en dylik individ löper man fara att genom operationen framkalla allmän miliartuberkulos.

Finnes däremot en eller annan mindre, osteitisk hård eller suppurerande lymfkörtlar, så har detta mindre att betyda; ty i motsatt fall skulle man nödgas altför mycket begränsa operationen.

En föga utbredd lungtuberkulos behöfver ej häller utgöra något hinder, och man har till och med flere gånger sett en sådan förbättras efter operationen.

Akut pleurit är en bestämd kontraindikation, men en kronisk, torr eller med föga exsudat är af mindre vikt.

Utbredd tarmtuberkulos förbjuder operationen och leder lätt till sekundära sterkoralfistlar med dödlig utgång. Har man skäl antaga tarmtuberkulosen vara mera begränsad, så behöfver den däremot ej utgöra ett absolut hinder. En allvarlig komplikation är den dock alltid.

En verklig kontraindikation mot laparotomien utgör äfven njurtuberkulosen.

Laparotomien vid tuberkulös peritonit visar en låg mortalitetssiffra, som af KÖNIG beräknas till endast omkring 3 %. Tager man däremot med i räkningen alla dem, som intill två år efter operationen afida genom själfva sjukdomens fortgång,

uppstår en total mortalitet af 23 %; men af dessa hafva mera än hälften lefvat länge efter ingreppet. Dessa statistiska siffror, hvilka grunda sig på från alla världens kanter sammanförda uppgifter, hafva naturligtvis endast ett mycket relativt värde. Man kan dock hoppas, att mortaliteten i framtiden skall blifva mindre, då man lärt sig välja fallen, och man bör besinna, att äfven de, som slutligen duka under för själva grundlidandet, likväl i regel haft en stor vinst af peritonitens förbättring. Ett skadligt inflytande af operationen har man endast i ytterst få fall iakttagit och då vanligen genom uppkomsten af sterkoralfistlar, vållade af ett oförsiktigt lossande af adherenser.

Att efter laparotomien en verklig läkning af peritonealtuberkulosen äfven i anatomiskt afseende inträder är flerfaldiga gånger visadt genom obduktion längre eller kortare tid efter operationen eller ock genom af en eller annan orsak förnyad laparotomi.

Sådana fall finnas omtalade af AHLFELD, HIRSCHBERG, HOFMOKL, CLARKE, ROERSCH, SCHMITZ-SCHÉDE m. fl. och i Sverige af H. WAHLSTRÖM (*Hygiea* 1894, sid. 333). Så har t. ex. RICHELOT i ett fall, där han ånyo 18 månader efter första laparotomien på grund af eventration företog samma operation, funnit peritoneum fullt normalt utan adherenser eller tuberkler. På mellantiden hade patienten fått recidiv, hvarför buksnitt gjorts af LAEBÉ, som dock ånyo slöt buken, då han trodde sig hafva med karcinom att göra.

JORDAN redogör för tio genom bacillundersökning bevisade fall, där dels genom obduktion dels genom förnyad laparotomi fullständig läkning utan adherensbildning konstaterats.

LEGUEU omnämner sex sjuka, som undergått buksnitt för peritonealtuberkulos och senare affidit i lungtuberkulos, hos hvilka den först nämnda tuberkulosen vid obduktionen visade sig läkt.

Då man besinnar, att peritonealtuberkulosen själf tenderar till läkning under den mest olika behandling, så synes denna yttring af den mångskiftande tuberkulosen höra till de mest botliga. Då man emellertid ej kan räkna på den spontana läkningen, och man betänker, huru lätt denna sjukdom sig själf lemnad tager en ödesdiger vändning, är utan tvifvel ett kirurgiskt ingrepp fullt berättigadt, om man än måste erkänna, att indikationerna för detsamma ännu behöfva närmare fastställas.

Frågan, *huru en läkning vid peritonealtuberkulos uppkommer och hvad inflytande laparotomien har på densamma*, är utan tvifvel af stort intresse. Man har ansett, att dels ett direkt försvinnande af tuberklerna kan förekomma, ett slags läkning per primam, dels en inkapsling i bindväf, som så att säga skulle kväfva dem. Detta senare sätt har LINDNER liknat vid en per secundam läkning. Skulle emellertid tuberklerna utan vidare resorberas, så blefve närmaste följden en allmän infektion af bacillerna och sålunda en miliartuberkulos. Bacillerna måste altså, som PHILIPPS mycket riktigt anmärkt, »på ort och ställe hafva blifvit oskadliggjorda.» Man har härvid tänkt på den lifliga blod- och lymfströmningen i peritoneum efter uttappandet af exsudatet, på luftens retande inverkan eller till och med på solljusets bakteriedödande egenskaper.

Redan 1885 framkastade jag den förmodan, att verkan af laparotomien vore att söka däruti, att väfnaderna genom operationen kommit under vilkor, som gjorde det för dem möjligt att från sig afskilja den tuberkulösa infektionen, då operationen genom tömmande af exsudatet inverkade på cirkulationen i bukhålan.

Nu är emellertid förhållandet det, att laparotomien likaväl visar sig verksam vid de former, där intet flytande exsudat finnes som vid dem, där dylikt kan uttappas. Dess verkan måste altså bero på något för båda dessa former gemensamt, och detta gemensamma är just själfva buksnittet. Den omedelbara verkan af detta snitt, det må nu göras vid den ena eller andra formen, blir obestriddigen ett ökad blodtillflöde till peritoneum. Besinnar man nu, att bukhinnan lemnad åt sig själf ej utan framgång kan upptaga striden mot infektionen eller närmare uttryckt mot tuberkelbacillerna och deras toxiner, hvilket bevisas genom den tuberkulösa peritonitens tendens till spontan läkning, så skulle i många fall det endast fordras ett plus på den rätta sidan, för att den vitala energien hos bukhinnan skulle segra.

Blodet själf innehåller just ett kraftigt bacilldödande ämne, utan hvilket tvifvelsutan hvarje lefvande varelse vore hemfallen åt hvilken infektion som hälst. Detta ämne är blodserum, hvilket vid ett lifligare blodtillflöde i större mängd tillföres väfnaderna, och som i motsats till antiseptica kan intränga öfveralt och således komma i direkt beröring med bacillerna. Denna inpuls till läkning synes mig hittills altför litet beaktad

vid föreliggande åkomma.¹⁾ Det är tydligt, att tillflödet af blod och sålunda serum vid en punktion är mindre än vid ett buk-snitt endast på den grund, att den mekaniska insulten är mindre. Man skulle möjligen härigenom kunna förklara, hvarför punktionen är mindre verksam än laparotomien.

En annan ej oviktig faktor vid bacillernas oskadliggörande torde vara de af WASSERMANN, BRIEGER och KITASATO påvisade antitoxinet, hvilka uppkomma vid de utvandrade, hvita blodkropparnas sönderfallning.

Vill man söka efter analogier, så finner man på sätt och vis en sådan i BIERS behandling af ledgångstuberkulosen med stagnationshyperemi. Denna behandling grundar sig som bekant på det kända faktum, att en blodfattig lunga är mycket mottaglig för tuberkulos, då däremot en mer än vanligt blodrik, såsom vid insufficiens i mitralis, är i viss grad immun.

Men den mera tillfälliga hyperemien efter en laparotomi vore ej nog att ensam förklara läkningen af tuberkulosen. Andra viktiga moment måste också tillkomma, och i detta afseende synas mig djurexperimenten mycket talande. Så har GATTI gjort försök med infektion af peritoneum och längre fram med positift resultat gjort laparotomi. De mest bevisande experimenten tyckas emellertid vara de af NANNOTTI och BACIOCCHI 1895 offentliggjorda. De hafva genom injektion af tuberkulöst materiel åstadkommit peritonealtuberkulos på hundar och kaniner. Utan laparotomi dogo nu dessa inom en viss tid. Därvid ådagalades, att tuberkulosen öfvergått å lymfkörtlar, lever, pleura och lungor. Endast en hund visade tendens till spontan läkning. Efter, eventuelt förnyad, laparotomi tillfrisknade däremot 7 hundar och 2 förbättrades. Hos 2 blef operationen utan verkan.

Vid mikroskopisk undersökning iakttog man, att bacillerna sönderföllu 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 resor-

¹⁾ Hit hör i viss mån en iakttagelse, som hvarje erfaren kirurg torde hafva gjort, nämligen att en större blodförlust minskar motståndskraften mot en septisk infektion. Likaså nedsattes denna vid en dålig cirkulation af blodet, såsom vid gangræna senilis, där säkerligen en sådan före en amputation o. d. befintlig septisk infektion ofta är dödsorsaken.

berades 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, utan hvilken läkningsprocessen kan i en viss grad fortgå, stegrar dock enligt dessa experimentatorer denna process i en oerhörd grad i följd af den inflammatoriska retning, som den mekaniska insulten åstadkommer å det känsliga peritoneum. Retningen visar sig genom infiltration af rundceller kring tuberkelerna, förhöjd blod- och lymfströmning och förökad resorptionsverksamhet. Det är ytterligare visadt, att laparotomien stegrar bukhinnans reaktion med införda främmande kroppar, och att genom densamma resorptionen af jod ökas.

Dessa experiment, med hvilka de resultat, hvartill d'URSO kommit, vid histologisk undersökning af läkningsprocessen hos tre kvinnor, å hvilka han sju gånger gjort laparotomi, stämma väl öfverens, synas mig af särdeles stort intresse för att förklara läkningsprocessen efter laparotomien. Redan OSLER har påpekat något liknande hos en patient, som dog i akut pneumoni 5 månader efter laparotomi för tuberkulös peritonit. Tuberkelerna visade sig här bestå af ett fåtal celler i en fast, fibrös väfnad. Midt i massan funnos jätteceller med fettkorn. Talrika tuberkelbaciller kunde ännu iakttagas. Ett liknande fall har JORDAN nyligen publicerat, och han drager däraf den slutsatsen, att peritonitis nodosa möjligen är en i läkning stadd tuberkulös peritonit.

Det är emellertid sannolikt att äfven adherenserna, som så gärna uppstå vid den tuberkulösa peritoniten, spela en viktig roll vid läkningen. De äro funna i ungefär 45 % af sektionerna och iakttagas ofta äfven vid laparotomi. Fullständig läkning utan adherensbildning är dock, som förut är nämndt, dels genom obduktion, dels genom förnyad laparotomi flerfaldiga gånger konstaterad.

För att i få ord uttrycka den uppfattning, till hvilken de nyaste forskningarna rörande den tuberkulösa peritoniten ger anledning, vill jag uppställa följande tvänne satser:

1. Den kroniska peritoniten med bindväfsknottor, i hvilka inga baciller kunna hvarken direkt eller på bakteriologisk väg

påvisas, är en i läkning stadd peritonealtuberkulos, där dock det flytande exsudatet ännu kan kvarstå.

2. Det i följd af den travmatiska insulten tillströmmande blodserum ger sannolikt i första hand efter laparotomien impulsen till läkning, därigenom att det skadar bacillerna. Sedan kommer den reaktionära inflammationen med utvandring af hvita blodkroppar och nybildning af kärl och bindväf samt resorption af de celler, hvaraf tuberkelerna utgöras. Vid denna inflammation äro tvifvelsutan såväl uppkomsten af antitoxiner som fagocytosen väsentliga moment vid bacillernas oskadliggörande.

Det synes, som om de nyare forskningarna spridde all-
mera ljus öfver den förut så oförklarliga läkningen af peri-
tonealtuberkulosen efter laparotomi, och det vore att önska,
att såväl denna omständighet, hvilken är egnad att hos tän-
kande män ingifva mera förtroende för den utan tvifvel mest
rationela behandlingen af denna mångsidiga sjukdom, som ock
sjukdomens stora betydelse i såväl teoretiskt som praktiskt
afseende måtte bidraga, att mera allmänt fästa uppmärksam-
heten på denna intressanta form af mänsklighetens farligaste
fiende, tuberkulosen.

Kasuistik.

1. En 37-årig hustru inkom d. 2 aug. 1878 till Mariestads lasarett — där jag då vikarierade — för en förmodad ovarialcysta. Någon dylik kunde dock ej upptäckas, men däremot en betydlig fri ascites, som i hög grad besvärade respirationen, och hvars orsak ej kunde utrönas. Efter en liten profincision med uttappning inträdde snabb läkning och fullständig hälsa. Det i peritonealhålan införda fingret hade ej kunnat upptäcka något abnormt; särskildt finnes anmärkt, att ovarierna kändes friska, men jag minnes, att peritoneum hade ett eget utseende, utan att jag, som då för första gången gjorde en diagnostisk laparotomi, ansåg det lämpligt att göra en noggrannare undersökning.

Fallet finnes intaget i Hygiea 1878, s. 411. Det vidare förloppet är mig obekant.

2. Hustru Anna Johansdotter, 23 år, från Vallåkra, hade sedan 2 år varit sjuklig, under hvilken tid buken altmer tilltagit i omfång. Hon inkom till Helsingborgs lasarett d. 20 jan. 1881, hade då en kolossal ascites och var mycket svag, men kunde dock gå uppe.

Då ingen sjukdom från de inre organen kunde upptäckas, och ascites i hög grad försvårade respirationen, beslöts göra profincision för att åtminstone uttömma vätskan i buken och möjligen klargöra diagnosen. D. 25 jan. gjordes altså laparotomi med liten incision. Sedan en stor mängd ascitesvätska utrunnit, befans peritoneum, såväl parietale som viscerale, öfverfullt af tuberkler. Några större tumörer kunde ej upptäckas, men väl mindre svålar. Sedan bukinnehållet blifvit tömdt, hopsyddes såret och Listerförband anlades.

Efter operationen instälde sig svåra kräkningar och diarré. Temperaturen var d. 25 på aftonen normal. Pulsen liten, ej särdeles frekvent. D. 26 var temp. 38° — $39,4^{\circ}$. På förmiddagen svåra kräkningar med diarré.

D. 27. Diarréet fortfar, oaktadt opiater, konjak m. m. Temp. $39,5^{\circ}$ — $38,7^{\circ}$. Ingen ömhet i buken.

D. 28. Samma tillstånd. Kräkningar. Temp. $38,9^{\circ}$ — 39° .

D. 29. Temp. $38,9^{\circ}$ — 39° .

D. 30. Allmänna tillståndet ytterst uselt. Temp. 39° — 39° . Kräkningar och diarré.

D. 31 på f.m. afled pat. Obduktion tilläts ej.

3. Hustru Elna Larsson, 46 år, från Klappe, inkom d. 19 jan. 1884. Hon hade sedan 14 dagar känt sig matt, och märkt att buken tilltagit i omfång. Var förut alldeles frisk.

Vid undersökning fans i buken en rörlig, hufvudstor, fluktnerande tumör, som gjorde intrycket af en ovarialcysta med ytterst tunna väggar och med en fastare resistens upptill.

Då jag emellertid ej med säkerhet kunde ställa diagnosen, konsulterades en kollega, och i hans närvaro gjordes d. 23 jan. profincision af ungefär 3 tum's längd. Sedan bukhinnan öppnats, inkom man i ett väl begränsadt hålrum, fyllt af klar, serös vätska och bildadt af sammanlödda tarmar. Peritoneum öfverfullt af tuberkler. Omentum majus uppdraget, bildade ett med fibrinösa svålar betäckt, tvärgående kylse, öfversålladt af tuberkler. Jag stälde prognosen dålig, men uttömde noga all vätska, slutligen med svampar, samt hopsydde buksåret. Trämasseförband, med borjodoforn, strödd på såret. Läkning per primam utan minsta reaktion. Utskrefs läkt d. 11 febr. Dagarna innan hade just KÖNIGS uppsats kommit mig tillhanda, och det var mig en stor glädje att kunna meddela pat:s man, för hvilken jag förut framställt mina farhågor, att utsikterna dock ej torde vara så ogynsamma, särdeles som kvinnans allmänna tillstånd var mycket tillfredsställande. Jag har sedan allt emellanåt haft underrättelser från henne, och hon befinner sig ännu i febr. 1896, således mera än 12 år efter operationen, fullt frisk.

4. Hustru Botilda Andersson, 56 år, från Mölle, inkom d. 17 juni 1884. Hon hade sedan en månad känt sig matt och klen, samt märkt att buken tilltagit i omfång.

Vid inkomsten hade hon en ganska betydlig ascites. Allmänna tillståndet uselt. Från lungor, hjärta, lefver och njurar kunde inga sjukdomssymptom upptäckas. Sedan diuretica förgäfvades användts, gjordes d. 23 profincision, hvarvid ascitesvätskan uttappades, och peritoneum befans öfverfullt af miliära tuberkler. Någon utspolning af peritoneum gjorde jag ej, enär det förra fallet förlupit så lyckligt utan dylik.

Trämasseförband med borjodoforn. I början gick allt bra efter operationen, endast att temperaturen var nästan väl låg. D. 23 på aftonen 36,4°. D. 24 f.m. 35,9°, e.m. 36,8°. Temperaturen höll sig sedan vid 37° eller högst tre tiondelar däröfver till d. 29 på aftonen, då den åter var abnormt låg, endast 35,8°. D. 2 juli uppgick den på aftonen till 37,9°. D. 3 f.m. 38°, e.m. 37,9°. D. 4 f.m. 38,9°. Sedan mättes den ej. Under tiden hade pat. varit högst orolig, ej kunnat förnås att ligga stilla och klagat öfver smärtor i epigastrium. Såret hade ej läkts fullständigt, utan silformigt, och förbandet hade flere gånger genomdränkts af ascites och måst förnyas. De sista dagarna uppträdde tämligen ofta kräkningar, som förut endast ett par gånger förekommit, samt markerades någon ömhet i buken. Krafterna aftogo alltmer, så att pat. d. 5 på morgonen afled.

Vid obduktionen visade sig peritoneum något glanslöst, utan fibrinöst exsudat, öfversålladt af tuberkler. I lilla bäckenet en ringa mängd purulent exsudat. Ovarierna friska. Alla inre organ fullt friska och fria från tuberkler. I magsäckens slemhinna tvänne mindre, färska, runda sår med naggade ränder.

Utän tvifvel voro de vid obduktionen funna magsåren orsaken till smärtorna i epigastrium med därpå följande oro och beständig läge-

förändringar, som i sin ordning naturligtvis voro högst störande för läkningen och bidrogo att framkalla peritoniten.

5. Flickan Edla Månsson, 11 år, från Spannarp, intogs d. 1 mars 1887. Sedan 4 månader hade hennes mage altmer förstorats, utan att hon för öfrigt varit sjuk.

Vid inkomsten iaktogs en betydlig ascites, men i öfrigt inga sjukliga symptom från de inre organen. Allmänna tillståndet godt. Diagnosen ställdes med sannolikhet på peritonealtuberkulos, och d. 5 mars gjordes profincision, hvarvid hela peritoneum befans öfversålladt af tuberkler. Ascites uttappades, och peritoneum spolades med ljum borsyrelösning, som sedan noga uppsöks med svampar. Ingen reaktion efter operationen. Normal läkning af såret. Däremot samlade sig ascites snart å nyo, så att d. 21 april punktion med trokar gjordes, hvilket d. 15 maj måste förnyas. D. 16 juni utskrefs hon och hade då ännu tämligen mycken vätska i buken. Allmänna tillståndet mycket godt. Efter hemkomsten förbättrades hon småningom, sedan en mängd ascitesvätska spontant afgått genom ärret, och i febr. 1896 var hon ännu fullt frisk.

6. Gossen Tage Voss, 7 år, från Helsingborg, intogs d. 27 febr. 1888. Han hade sedan fjorton dagar en altmer tilltagande ascites, som dock ej besvärade honom på annat sätt, än att kläderna blefvo för små. Hos gossen, som jag sett växa upp, och som förut varit frisk, kunde ingen särskild orsak till vätskesamlingen i buken upptäckas. Alla inre organ syntes normala.

Diagnosen ställdes på peritonealtuberkulos, och d. 28 gjordes laparotomi, hvarvid diagnosen bekräftades. Utspolning af peritoneum med ljum borsyrelösning och uppsugning af vätskan med svampar. Temperaturen i rectum steg på aftonen till 38,5° och var sedan en och annan gång öfver 38°. Förbandet, som utgjordes af borjodoform och dynor af sublimatträmassa, ombyttes första gången efter tio dagar, då såret var per primam läkt. Utskrefs d. 26 mars läkt.

Äfven i detta fall samlade sig efter hemkomsten en del ascites å nyo och utspirade genom ärret, hvilket under förband af jodoform och borsyra å nyo slöt sig. På sommaren vistades gossen på landet och var i augusti, då han förevisades för läkaremötet härstädes, frisk och blomstrande. Så vidt känt är, är detta det andra fallet, där peritonealtuberkulos hos en manlig individ efter stäld diagnos behandlats med laparotomi. Det första opererades 1887 af ROOSENBURG.

Pat. intogs å nyo d. 12 nov. 1889. Sedan en månad hade buken börjat svälla, och då inga symptom från de inre organen kunde påvisas, gjordes d. 13 punktion med trokar. En mängd ascites uttömdes, och d. 22 utskrefs pat. frisk och har fortfarande så förblifvit ännu i febr. 1896.

7. Enkefru Sophie E., 64 år, från Helsingborg, intogs d. 5 juni 1889. Sedan sex månader hade buken tilltagit i omfång, utan att

patientens allmänna tillstånd lidit häraf. Då ingen orsak till ascites kunde påvisas, gjordes d. 11 juni profincision, hvarvid en massa fri ascites utströmmade, och hela peritonealhålan befans öfversållad af miliära knottor. Uterus och ovarierna friska. Efter operationen steg temperaturen till 39,8 på aftonen och var d. 12:te 38,4, 38,1. D. 13:de 38, 38,3. Sedan var temperaturen normal. Under de första dagarna, då patienten intog ständigt ryggläge, hade hon svåra plågor i buken. Dessa lindrades, och temperaturen föll, så snart hon fick intaga sidoläge. Äfven i friskt tillstånd kunde hon aldrig ligga på ryggen. Läkningen gick emellertid ostördt, så att hon d. 3 juli kunde utskrifvas frisk. Frisk i febr. 1896.

8. Gossen Ludvig Hansson, 3 år, från Glumslöf, intogs d. 29 juli 1889. Han hade dubbelsidigt ingvinalbräck, som ej med bräckband kunde hållas inne. D. 30 gjordes herniotomi å båda sidor, hvarvid båda bräcksäckarna befunnos på insidan öfversållade med tuberkler. Därjämte fanns i buken ganska mycken fri ascites, som uttömdes genom bräckportarna under tryck utåpå buken. Förloppet reaktionslöst. D. 29 augusti usskrefs han läkt och frisk samt försedd med dubbel bräckband.

I febr. 1896 var han fortfarande frisk; men å högra sidan hade han ett bräck, mot hvilket bandage användes.

9. Jungfrun Elna Hansson, 20 år, från Kattarp, intogs d. 4 dec. 1889. Hon var sjuk sedan 2 månader. Modern död i »vattsot».

Vid inkomsten kändes i buken fasta massor jämte flytande exsudat. Inre organ friska. Opererades d. 9 dec. Efter buksnittet visade sig ytterst fasta adherenser till främre bukväggen, hvarför snittet förlängdes ofvan naveln, där man utan svårighet inkom i bukhålan. Peritoneum var öfverfullt af tuberkler, och tarmarna voro genom tjocka svålar dels fastlödda sinsemellan, dels till främre bukväggen. För att emellertid få klart, om någon tumör förelåg eller ej, var det nödvändigt lossa adherenserna till bukväggen och äfven delvis mellan tarmarna. Det visade sig nu, att altsammans endast utgjordes af exsudatsvålar, sammanlödande tarmarna, hvars peritonealbeklädnad var öfversållad med tuberkler. Uterus och ovarierna friska men deras peritonealbeklädnad full af knottor. Ascites utsögs med svampar, och hela peritonealhålan utspolades med ljum borsyrelösning. På aftonen var temperaturen 39,5 samt följande dag 37,7, 39,1. Dagarna därefter var den omkring 38° om aftnarna, och läkningen gick normalt till d. 20, då temperaturen på aftonen steg till 40,5. Såret var nu läkt, men i ärret märktes ett fluktuerande ställe, som öppnades, hvarvid en mängd stinkande var uttrann. Temperaturen sjönk nu åter.

D. 25 var temperaturen å nyo 39,6 på aftonen, och fæces började utkomma genom såret. Nästan hela ärret bröt nu småningom å nyo upp. Tarmarna voro dock höljda af en tjock exsudatmassa, så att peritonealhålan strängt taget, fastän ärret gått upp, ej låg öppen. Efter hand utvecklade sig alltmer ett septiskt tillstånd med feber, som

d. 1 jan. uppgick till 39,7 och sedan var lägre, omkring 38 på aftnarna. Emellertid blef pat:s allmänna tillstånd dagligen sämre, under det faeces ständigt afgingo genom fisteln, och d. 9 jan. afled hon på aftonen.

10. Gossen Albin Grönvall, 1½ år, från Allerum, inkom d. 6 okt. 1890 för ett gåsäggt stort ingvinalbräck, som iakttagits sedan 5 månader. Bräcket var svårt att reponera, hvarför under första dagarna en sandpåse pålades. Opererades d. 8 okt.

Vid operationen visade sig omentet fastvuxet vid bräcksäcken och öfversålladt med talrika, tuberkulösa knottror. Bräcksäckens insida var äfven fullsatt med dylika. Den framfallna delen af omentet lossades och afskars nedanför en om det samma lagd ligatur. Å säcken lades Czerny's suturer. Förband utan dränage. Pat. utskrefs läkt d. 17 okt.

Efter nio månader såg jag honom åter frisk och blomstrande. Frisk i febr. 1896.

11. Pigan Bothilda B., 25 år, från B., inkom d. 24 jan. 1891. I hennes släkt tyckes ej finnas tuberkulösa anlag, och själf har hon ej lidit af skrofler. Vid 19 års ålder fick hon bleksot, som var rätt svår under ett par år. Hon var sedan frisk till okt. 1890, då hon fick svår värk i skulder-, hand- och fingerleder, hvilken värk delvis ännu kvarstår. Vid jultiden började hon besväras af värk i magen, särdeles efter måltiderna, hvarjämte afföringen blef trög. Buken började nu svälla och har småningom nått sin nuvarande storlek. Vissa tider har den varit öm, stundom icke, men städse mycket hård och spänd.

Vid inkomsten iaktogs följande: Från lungor och hjärta intet att anmärka. Buken uppdrifven, mäter i nafvelplanet 94 cm. Perkussionstonen är öfver främre och öfre partierna tympanitisk, i sidoregionerna och nedtill däremot dämpad eller matt. Perkussionstonen ändras vid olika lägen, och vid bimanuel palpation märkes tydligt vågslag. Inga förhårdnader eller strängar kunna kännas genom bukbetäckningarna, och för tillfället är ömheten för tryck ganska ringa. Temp. är normal. Urinen fri från albumin.

Då andra sjukdomar syntes kunna uteslutas, ansågs sannolikt, att en peritoneal-tuberkulos förelåg, och beslöts göra profincision. Denna utfördes d. 26 med ett litet snitt i linea alba nedom nafveln. Då man inträngt i peritonealhålan, befans såväl det parietala som det visceralta bladet af bukhinnan öfveralt fullsatta med små, grågula knottror. Äfven ovarierna kändes knotttiga och ojämna med hårdare partier här och hvar. Inga adherenser eller svålar. Ascites uttömdes, hvarefter bukhålan sköljdes med ljum borsyrelösning, som slutligen noga aflägsnades med gasbollar. Etagesuturer å buksåret med katgut och slutligen hudsuturer med silke. Förband af steril gas närmast och dessutom dynor af sublimatträmassevadd.

Temperaturen på aftonen 40,8. Följande morgon 38 och på aftonen 38,9. Den sjönk sedan småningom, så att morgontemperaturen under första veckan varierade mellan 36,5 och 37,5 samt aftontemperaturen mellan 37,5 och 38,5.

Efter tio dygn omlades förbandet, och det visade sig då, att hud- och fasciesuturerna skurit igenom, men att muskel- och peritonealuturerna höllo. Såret såg slapt ut och hade sedan ringa tendens till läkning.

D. 19 febr. börjades med injektioner af tuberkulin. Febern här- efter steg första aftonen till 39,5. Hon fick sedan insprutningar på 1 cgm en gång i veckan; i alt 5 injektioner.

Att börja med antog såret härunder ett friskare utseende, men sedan syntes insprutningarna utan verkan. Hennes allmänna tillstånd var under de närmaste månaderna tämligen skralt. Hon led ömsom af diarré, ömsom och vanligast af förstoppning. Efter någon tid sam- lade sig ascites å nyo och sipprade länge ut genom hudsåret, hvilket först fram i juli läktes, så att hon d. 27 i nämnda månad kunde ut- skrifvas. Hon var då feberfri; men ascites fans ännu, ehuru i mindre mängd. Allmänna tillståndet var godt. — Enligt i mars 1892 in- gångna underrättelser har förbättringen fortgått och patienten ingått äktenskap. Frisk i febr. 1896.

12. Gossen P. B. N., 5 år, från Helsingborg, intogs d. 19 febr. 1892. Inom släkten finnas tuberkulösa anlag. Han fick i okt. 1890 svår kikhosta, måste hela vintern vistas inne och var först på våren 1891 fullt återställd.

I maj månad sjuknade han å nyo med häftig feber, som vanligen var högst på middagen, omkr. 40° och vid ett par tillfällen till och med 41°. Han klagade öfver någon värk i nacken men hade eljes inga subjektiva symptom. Matlusten var ganska god, och han satt vanligen och lekte i sängen. Han svettades mycket under sömnen och afmagnade högst betydligt. Under dessa symptom förflöto fyra veckor.

På femte veckan iaktogs utvidgning af pupillerna och vid ett par tillfällen ryckningar i ena armen. Härjämte förekommo hvassa skrik under sömnen och betydlig oro på nätterna. Isblåsa lades å hufvudet, och efter en vecka gingo dessa symptom tillbaka, hvarjämte febern småningom upphörde.

Konvalescensen var mycket långsam och först i september var han å nyo till utscendet fullt frisk.

D. 17 jan. 1892 märktes, att buken tilltagit i omfång, och han klagade öfver smärtor i den samma. Vid undersökning iaktogs dila- terade hudvener, fri ascites och feber, som på morgnarna höll sig kring 38° och om aftnarna uppgick till 39 eller någon tiondel däröfver eller därunder. För öfrigt intet abnormt. Han svettades mycket under sömnen, afmagnade betydligt och hade särdeles om aftnarna plågor i buken. Matlusten var emellertid god.

Omslag lades om magen, och invärtes gafs guajacol.

På detta sätt fortgick det till medlet af februari, då den ytterliga afmagringen, kraftnedsättningen och den fortfarande febern tydligt vi- sade, att en letal utgång svårigen kunde undvikas, om intet gjordes. Han fördes därför till lasarettet, där d. 20 i nämnda månad laparotomi gjordes.

Vid incisionen af bukväggen visade sig peritoneum så enormt förtjockadt, att man var villrådlig om, hvad som egentligen förelåg. Dissektionen gjordes därför med varsamhet, och sedan buken öppnats, mättes bukhinnans genomskärning och uppgick till nära 2 cm. Den var till hela sin tjocklek alldeles genomsprängd med tuberkler. Fri ascites fans i måttlig mängd, och tarmarna voro sammanlödda till ett kylse. Deras serosa var översållad med tätt sittande tuberkler. Ascites aflägsnades, och buken hopsyddes på vanligt sätt.

På aftonen efter operationen var febern som vanligt, pulsen liten och ytterst hastig, 170 slag. Svåra plågor i buken. Fick morfin. På natten var han särdeles klen men blef bättre efter stimulantia.

D. 21 var allmänna tillståndet bättre med en temperatur af 38° på morgonen och 39° på aftonen.

D. 22 var han på morgonen särdeles kry med nästan normal temperatur. På förmiddagen blef han dåsig och svarade knappast på tilltal. Pupillerna voro då mycket kontraherade. På eftermiddagen instälde sig våldsamma kräkningar åtföljda af konvulsioner, som upprepades ett par gånger. På aftonen var han å nyo bättre och vid full sans. Pupillerna voro då ytterligt sammandragna. På natten återkommo konvulsionerna efter en orolig sömn och voro nu åtföljda af våldsamma, hvassa skrik. Detta upprepades flere gånger till kl. 4 på morgonen, från hvilken timme medvetandet var alldeles försvunnet. Konvulsioner och skrik forto hela följande dagen, d. 23, till kl. 11 på aftonen, då han afled.

Vid obduktionen d. 25 visade sig buksåret läkt per primam. Peritoneum som vid operationen. I högra lungan en gammal, mindre, ostig härd. Från inre organ eljes intet anmärkningsvärdt. Hufvudskålen öppnades ej.

13. Hustru Johanna Persson, 31 år, från Höganäs, inkom d. 29 sept. 1893. Hennes hälsa har i allmänhet varit god, och inga sjukdomsanlag finnas i släkten. För två år sedan födde hon ett ofullgånget foster, som lefde 5 dagar, samt har för öfrigt ej haft några barn. Menstruationen har alltid varit regelbunden. På sista tiden hafva dock blödningarna varit något ymuiga. För sex månader sedan började hon märka svullnad af buken, hvilken då lär varit mera spänd än vid intagningen å lasarettet.

Vid hitkomsten var allmänna tillståndet ganska godt men matlusten dålig. Buken betydligt utspänd, dock ganska mjuk. Tydlig fluktuation med anslag från sida till sida. Perkussionstonen å framsidan matt, i sidoregionerna dämpadt tympanitisk. Å öfre delen af buken fullare tympanitisk. Någon ändring i dessa perkussionsförhållanden uppstår ej vid olika lägen. Omkretsen i navvelplanet 1 meter. Inga fosterljud. Benen obetydligt ödematöst ansvalda. Från inre organ intet att anmärka. Ingen albumin i urinen.

Vid undersökning per vaginam kändes portio vaginalis uteri något uppluckrad. Uterus hade normal storlek och rörlighet samt hade ej ändrat läge. Passiva rörelser af buken uppåt och åt sidorna inverkade ej på uterus.

Diagnosen ställdes efter en tids observation med sannolikhet på peritoncaltuberkulos, och d. 20 okt. gjordes laparotomi med medelstort snitt nedom naveln. Massor af ascitesvätska uttömdes, och peritoneum visade sig öfveralt fullsatt af miliära tuberkler. En fingertjock sträng sammanhängde framtill med bukväggen nära vertex af urinblåsan och baktill med tunntarmen. Den underbands dubbelt, hvarefter ett 3 cm. långt stycke af den samma bortkliptes. Den var solid och tämligen fast, möjligen en återstod af ductus vitello-intestinalis.

Läkningen gick normalt, och d. 20 nov. utskrefs hon mycket förbättrad och utan spår af ascites. Hon har senare under 1894 plågats af en del gastriska, halft hysteriska symptom; men buken var fortfarande lika liten och ärret ännu i februari månad 1896 fullt fast och vackert.

14. Jungfru Augusta Persson, 40 år, från Helsingborg, intogs d. 24 jan. 1894. Hon hade för åtta år sedan haft blodkräkning och tidtals besvärats af hosta. En månad före inkomsten sjuknade hon med spänningar i buken, hvilken sedan började svälla och under de sista fjorton dagarna betydligt tilltagit i omfång. Samtidigt iakttog hon en ausenlig minskning i urinnängden, hvarjämte krafter och hull hastigt aftogo.

Efter inkomsten mätte buken i navelplanet 88 cm. och från processus ensiformis till symfyssen 32 cm. Perkussionstonen öfver främre delen af buken dämpadt tympanitisk. Vid ryggläge var den i sidoregiouerna dämpad men vid sidoläge tympanitisk å den uppåt vettande sidan. Tydlig vägrörelse vid anslag.

Från de inre organen intet att anmärka. Per vaginam kännes en liten polyp å portio vaginalis. Uterus af normal storlek, anteflekterad. Bakom uterus några hårda knölar. Endast ringa temperaturstegring. Högsta aftontemperaturen före operationen 37,8.

D. 30 jan. gjordes laparotomi, hvarvid 10 liter ljusgul, klar vätska uttömdes. Hela peritoneum var tätt besatt med talrika, mindre och större tuberkelknottor. I lilla bäckenet funnos kring båda tuborna och bakom uterus större tuberkelknölar, som här och hvar voro ostvandlade. Tarmarna på flere ställen adherenta till hvarandra. Efter operationen var hon mycket matt med tämligen klen och hastig puls. Temperaturen på aftonen 37,9. Kamferinjektion.

D. 31 var temperaturen 38,7 morgon och afton. Kräkningar en och annan gång. Någon afgång af flatus.

D. 1 febr. steg temperaturen till 39,9 morgon och afton. Allmänna tillståndet oaktadt stimulerande lavemang m. m. tydligt sjunkande. Obetydlig afgång af flatus. Ett par kräkningar.

D. 2. Tillståndet tämligen oförändradt i det hela. Temperaturen 39,7—39,6. Oaktadt lavemang ingen väderafgång. Buken uppdrifven.

D. 3 steg temperaturen till 40,2 på morgonen och kl. 11.5 f.m. kollaberade hon hon och afled.

Vid obduktionen d. 5 iakttofs, utom hvad som vid operationen omnämnts, en ileus, uppkommen genom en tvär böjning af tunntarmen.

Dessutom funnos ett par ulcera ventriculi samt gamla pleuritiska svålar i högra pleuran. Inre organ i öfrigt friska.

15. Sjömannen N. P. Persson, 53 år, från Helsingborg, inkom d. 1 okt. 1894. Sedan $1\frac{1}{2}$ år hade pat. lidit af plågor i buken men aldrig haft kräkningar eller sura uppstötningar, än mindre blodkräkning. Matlusten hade varit dålig med smärtor i buken strax efter måltiderna. Sömmen var dålig, och han hade magrat betydligt.

Han var öm å öfre delen af buken. Magsaften gaf efter prof-måltid fri klorvätesyra, löpe och pepsin. Ingen albumin i urinen.

Hvarjehanda invärtes medel försöktes efter hvarandra utan framgång.

D. 23. Sedan några dagar ascites i buken. Omfång kring nafveln 94 cm.

D. 24. Magsaften håller ej klorvätesyra (Congo-papper) men löpe (pepsin?).

D. 26. Svullnad i benen. Kräkningar. Ej feber.

D. 4 nov. iaktogs nedom vänstra reffbensranden en rätt stor resistens, å hvilken kändes ett krasande som af en snöboll, som kramas. Ingen ömhet.

D. 5 mätte buken 84,5 cm.; ascites således minskad. Ödemet i benen borta. Ingen albumin i urinen.

D. 6 gjordes laparotomi med incision från processus ensiformis i medellinien, sträckande sig till vänster och något nedom nafveln. Peritoneum var förtjockadt. I bukhålan träffades gult, serofibrinöst exsudat i måttlig mängd. Alla bukens organ voro genom fasta adhereuser intint förenade med hvarandra. Öfveralt å tarmen, lever, mjälte och peritoneum parietale talrika, tätt sittande tuberkelknottor.

Vätskan uttömdes, och en del tämligen löst sittande peritonitiska slamsor aflägsnades, hvarefter buksåret hopsyddes.

D. 7. Hicka under natten. Ej feber.

D. 8. Lavemang åtföljdt af väderafgång. Ett par kräkningar.

D. 14. Fortfarande kräkningar. Ingen feber. Närande lavemang.

D. 15. Upphostning af gulaktiga sputa. Fortfarande ingen feber.

D. 16 var såret fullständigt läkt.

D. 21 började fekala kräkningar, som fortforo de följande dagarna ända till slutet. Att å nyo öppna buksåret för att uppsöka hindret i tarmkanalen ansågs lönlöst i anseende till de utbredda sammanväxningarna.

D. 30 nov. afled patienten kl. 9.15 f.m.

Obduktionen d. 1 dec. visade peritoneum viscerale i stor utsträckning fastväxt vid det förtjockade peritoneum parietale. Tarmarna, till färgen gråsvarta, voro så intimt adherenta till hvarandra, att de bildade ett enda kylse, som var alldeles omöjligt att reda ut.

Ur högra lungsäcken upphemtades något mera än en liter klart, halmgult exsudat. Öfveralt å pleura parietale och viscerale färska, grå knottor, som voro talrikast å nedre delarna. Processen å pleuran gjorde intryck af att vara fortledd från peritoneum. Hypostas i nedre lungoberna. Inre organ eljes normala.

16. Flickan Hilda Engholm, 8 år, från Nybo, inkom d. 31 maj 1895. Vid tre års ålder hade hon kikhosta, och från denna tid daterar sig hennes sjukdom. Före inkomsten hade hon under längre tid haft lös afföring och aftynat mer och mer.

Hon företedde nu ett mycket kakektiskt utseende med smutsigt grågul ansigtsfärg. Hull och muskulatur voro mycket reducerade. Matlusten dålig. Tämligen betydlig hosta utan expektoration.

Pulsen var 120, svag och något intermittent. Hjärttonerna öfveralt suddiga. Bruits de diable öfver halskärnen.

Lungorna synas baktill tydligt uppskjutna, särskildt den högra. Perkussionstonen flerstädes något dämpad särdeles öfver högra lungspetsen å baksidan samt öfver den vänstra å framsidan. Öfveralt öfver de nedre partierna torra gnidningsljud. I lungspetsarna ronchi och torra rassel.

Buken är betydligt uppdrifven med utvidgade hudvener. Tydlig vågrörelse vid anslag. Perkussionstonen i sidoregionerna dämpad men vid sidoläge klar å den uppåtvända sidan. Omkretsen i navvelplanet 65,5 cm. Största omkretsen mellan processus ensiformis och naveln 69 cm. Från processus ensiformis till symfyssen 28,5 cm. Ingen albumin i urinen.

Temperaturen d. 1 juni: 36,8—37,3. D. 2: 37—38. D. 3: 37—37,5. D. 4: 36,8—37,8.

D. 5 gjordes laparotomi, hvarvid uttömdes en anseelig mängd klart, färglöst exsudat med en del fibrinflockor. Peritoneum viscerale och mesenteriet tätt besatta med ända till mandelstora, grågula, något upphöjda plattor. Inga miliära knottor. Ingen injektion.

Läkningen förlöpte normalt utan temperaturstegring. D. 23 var temperaturen 36,4—37,9. Sedan normal till d. 2 juli, då den var 36,9—37,6. D. 16 var den 36,5—37,5 och d. 17 37—38. Sedan normal.

D. 18 juli voro de ofvan nämnda måtten 57,5, 67 och 33 cm.

D. 27 juli mätte buken respektive 61,5, 63,5 och 31,5 cm. Då symptomen af ny ansamling af ascites voro alldeles påtagliga och någon spontan återgång ej syntes vilja inträffa, beslöts att förnya buksnittet.

D. 29 gjordes altså för andra gången laparotomi med, som det syntes, tämligen godt resultat. Läkningen utan anmärkning.

D. 15 augusti. Allmänna tillståndet i det hela sedan inkomsten förbättradt, afföringen normal och utseendet vida friskare. Hullet dock fortfarande skralt, fastän matlusten ökats.

Hon kvarlåg till d. 26 aug., då hon på föräldrarnas begäran utskrefs förbättrad. Buken mätte då 58, 64 och 29,5 cm. och var således något mindre än efter första laparotomien. Kroppsvikten var d. 19 juni 16,800 gm, d. 11 juli 17,700, d. 28, altså dagen före den andra laparotomien, 17,600 och d. 26 aug. 16,900.

Genom mikroskopisk undersökning af ett vid den andra laparotomien uttaget stycke af peritoneum är diagnosen konstaterad.

Enligt meddelande i febr. 1896 hade ärrret något buktat ut. Allmänna hälsotillståndet var rätt bra. Matlust och afföring normala.

17. Flickan Lilly Nilsson, 12 år, i Helsingborg, var utan tuberkulösa anlag, hade städse åtnjutit en god hälsa till d. 13 mars 1895, då hon insjuknade i knölros och var sängliggande i tre veckor. Sedan dess var hon ej frisk men gick dock uppe. Efter medlet af maj blef hon mer och mer klen, afmagrade samt måste d. 10 juni å nyo intaga sängen.

Hon företedde i början inga andra symptom än bristande matlust, mattighet och feber. Temperaturen var första dagen på aftonen 39° .

D. 11 var temp. $38,6-39,4$. Följande dag $38,4-38$. Sedan höll den sig kring 38 om morgnarna och $38,5$ till 39 om aftnarna.

D. 20 var temp. på aftonen endast 38° och började sedan småningom, ehuru med afbrott, sjunka, så att den från och med d. 1 juli åter var normal. Upprepade prof på albumin i urinen gäfvo negativt resultat.

Att börja med var det mycket svårt att ställa någon positiv diagnos, och det hela syntes mig mest tala för en tyfoidfieber. Emellertid började buken småningom svälla, och symptomen af ascites blefvo redan innan första veckans slut alldeles tydliga, så att jag på utslutningens väg ansåg mig d. 16 kunna ställa diagnosen på peritonealtuberkulos.

Under användning af våtvärmande omslag om magen och kinalösning invärtes sjönk febern, som ofvan är nämndt, och de första dagarna af juli kunde hon börja vara uppe, ehuru ej obetydlig ascites fortfarande kvarstod.

D. 8 juli började hon intaga diuretin 5:150 i dos af en matsked 3 gånger dagligen. Hon vistades härunder på laudet och förbättrades altmer. D. 9 augusti var hennes allmänna tillstånd betydligt förbättradt. D. 30 aug. kunde ingen ascites vidare påvisas. Hull och krafter voro numera nästan normala.

I febr. 1896 var hon fortfarande fullt frisk.

18. Pigan Johanna Landgren, 31 år, Helsingborg, inkom d. 11 aug. 1895. Hon hade i sin barndom haft skrofler, och hörseln var sedan denna tid betydligt nedsatt. I öfrigt hade hälsan varit god. Menstruationen, alltid regelbunden, hade hon senast tre dagar före inkomsten, då den var något rikligare än vanligt.

Fjorton dagar före inträdet å lasarettet sjuknade hon utan känd orsak med hufvudvärk, små frossbrytningar samt ömhet i buken, hvilken samtidigt började svälla. Hon hade förut ej märkt någon ansvällning af den samma. Sedan dess har den altmer tilltagit i omfång. Tillståndet för öfrigt har hållit sig oförändradt med undantag däraf, att ömheten något minskats. Afföringen har hela tiden varit trög. Hon har under sin sjukdom betydligt afmagrat.

Vid fysikalisk undersökning visade sig lunggränserna något uppskjutna. Respirationsljudet normalt. Pulsen 120. Hjärttonerna rena.

Lefvern synes ej vara förstora. Öfver buken en dämpning som går bågformigt med bågans öppning uppåt. Dess öfversta gräns ligger ett par cm. nedom nafveln. Dämpningen i sidoregionerna tämligen oförändrad vid olika läge. Tydlig vågrörelse vid anslag.

Urinen visar spår af albumin.

Diagnosen ställes på sannolik peritonealtuberkulos.

Kroppstemperaturen d. 11 på aftonen: 38,8, d. 12: 39,5—39, d. 13: 39—39,1 och d. 14: 38,3—39,1.

D. 15 gjordes laparotomi, hvarvid uttömdes en betydlig mängd klart, ljusgult exsudat med stora fibrinflockor. Vätskan tycktes ligga i större och mindre ofullständigt afkapslade rum i buken. Oment och tarmar voro nämligen här och där adberenta till hvarandra och till peritoncum parietale. Såväl detta senare som peritoneum viscerale voro starkt injicerade och tätt besatta med miliära och större knottror, af hvilka somliga voro rodnade, andra i toppen ostigt degenererade. Efter fullständig uttömning af exsudatet, till slut genom uppsugning medelst steril gas, slöts buksåret som vanligt. Temperaturen var denna dag 38,5—39,4.

D. 16 var temperaturen 38,2—38,6 och höll sig sedan på morgnarna kring 38,5 eller till och med några gånger 39 och en gång, d. 24 39,5. Aftontemperaturen var omkring 39,5 med maximum, som inträffade d. 25, 39,7. Från d. 1 sept. började temperaturen visa tydliga morgonremissioner och nedgick under förra hälften af månaden nästan till den normala, så att den från d. 19 sept. aldrig öfversteg 37,5.

Såret läktes att börja med normalt, men visade något senare kring flera af stiekanalerna ansvällning med förhårdnad på djupet. Tvänne af dessa förhårdnader blefvo ömmande. Under tiden uppstod i ärret efter buksnittet en fistel, som under en veckas tid afsöndrade ostigt var. Härunder försvunno ömheten och förhårdnaderna kring stiekanalerna. I början af sept. gafs under en tid invärtes diuretin.

D. 20 sept. uppträdde en tromb i vänstra vena femoralis utan alla inflammationssymptom.

Emellertid förbättrades hennes allmänna tillstånd alltmer. Från d. 1 okt. var hon fullt feberfri, och endast en gång, d. 12 om aftonen, uppnådde temperaturen 37,5. D. 21 okt. utskrefs hon läkt och till utseendet frisk.

I slutet af februari 1896 var hon fortfarande fullt frisk.

Sedan förestående afhandling redan var inlemnad hafva ytterligare tvänne fall af peritonealtuberkulos behandlats med laparotomi, nämligen det förut under nr 16 beskrifna, som fått en ventralhernia af betydlig storlek, samt ett nytt.

19. Flickan Hilda Eugholm, 9 år, från Nybo, inkom d. 25 maj 1896. Efter d. 5 juni och 29 juli 1895 utförda laparotomien har patientens allmänna tillstånd betydligt förbättrats; men i ärret hade uppstått ett bräck, som hotade med total eventration.

D. 29 maj gjordes därför för tredje gången laparotomi med excision af ärret.

På peritoneum ej särdeles talrika, intill knappålshufvudstora knottror men inga stora plaques såsom de förra gångerna. Föga flytande exsudat. Utskrefs läkt och förbättrad d. 7 juli.

Här var peritoniten således tydliggen stadd i läkning, hvilket erbjuder så mycket större intresse som diagnosen vid förra tillfället af fullt kompetent person konstaterats medelst mikroskopisk undersökning.

20. Flickan Fanny Friberg, 24 år, från Rya, inkom d. 2 sept. 1896. Föräldrarna friska. Själf har pat. känt sig klen sedan flere år och haft svårt för att andas. Upprepade gånger har hon haft häftigt håll i vänster sida och har hostat betydligt. Något expektorat har emellertid ej förekommit förrän i våras, då det ett par gånger var obetydligt blodblandadt. Samtidigt började hon svettas om nätterna, och var det henne omöjligt att för smärtor ligga på vänstra sidan. Ungefär vid samma tid, april 1896, började buken att svullna, intensiva kräkningar instälde sig, aflöringen blef mycket trög, och pat., som förut vistats uppe, måste intaga sängen. Efter ungefär 6 veckor upphörde emellertid kräkningarna, och hon började känna sig något bättre. Egentliga smärtor i buken har hon aldrig haft, lika litet som ömhet. Menses hafva ej inställt sig sedan april månad.

Vid inkomsten d. $\frac{2}{9}$ förefaller patienten tämligen nedkommen, ansiktfärgen blek, hullet mycket reduceradt. Hela vänstra sidan af thorax betydligt insjunken, perkussionstonen öfver allt men särskildt öfver basen mattare än å höger sida, dock ingenstädes absolut matt. Respirationsljudet obestämdt, öfver basen nästan ohörbart, pektoral-fremitus och röstresonnans tydligt nedsatta. Vid profpunktion förefaller bröstväggen betydligt förtjockad, och ett ytterst obetydligt, något blodtingeradt exsudat erhålles. Å högra lungspetsen förlängdt expirium. i öfrigt normala fysikaliska fenomen. Hjärtat ej disloceradt, tonerna rena. Buken betydligt uppdrifven, mäter i nafvelplanet 75 cm. I den samma från refbensranden till ett par tum nedom nafveln en tydlig, tumörliknande resitens med skarp begränsning nedåt och åt vänster, i öfrigt mera diffus. Tumören tämligen rörlig, fattlig mellan båda händerna, gör intrycket af en platt kaka, ytan glatt, något ojämn. Perkussionstonen dämpadt tympanitisk, inga strängformiga förtjockningar, intet flytande exsudat. Uterus och adnexer utan anmärkning, ingen ansvällning af palpabla lymfkörtlar.

D. 7 sept. gjordes laparotomi, med snitt ofvan och till vänster om nafveln. Härvid visade sig bukväggen mycket kärlik och peritoneum betydligt förtjockadt. Sedan bukhinnan försiktigt genomskurits, iaktogs en fullständig sammanlöding af tarmar och oment medels fasta adherenser dels sinsemellan, dels till främre bukväggen, detta senare särdele till vänster och nedåt. Man inkom altså i den afkapslade öfre delen af peritonealhålans högra sida. Bukhinnan var öfveralt såväl å det parietala som visceralala bladet fullsatt med mestadels miliära knottor. Nästan intet flytande exsudat, ej mer än ett par dukar kunde uppsuga.

Bukhålan slöts med djupa suturer af fil de Florence och ytliga af silke.

Under första dygnet påkommo fyra gånger symptom af hotande hjärtparalysi, men i öfrigt var läkningens förlopp normalt. Temperaturen öfversteg aldrig 38°.

Småningom tilltogo krafter och matlust, hvarjämte utseendet blef betydligt friskare. Härunder försvunno altmer symptomen från lungsäcken.

D. 24 sept. var såret fullt läkt och patienten synnerligen kry men kvarlåg ännu i sängen med de djupa suturerna kvarsittande. Jag brukar nämligen låta dessa sitta kvar och hålla patienten liggande under tre veckor för att därigenom söka få fastare, mera oeftergifliga ärr.

Tumören i buken var ännu fullt känbar, men gränserna voro mera diffusa, och buken mätte 73 cm. i omkrets mot 75 före operationen.

Literaturförteckning.

1. STEINBRÜCH, HEINRICH: Ueber idiopatische chronische Peritonitis. Inaug. Diss. Tübingen 1876.
2. ZIEHL, FRANZ: Ueber Bildung von Darmfisteln an der vorderen Bauchwand infolge von Peritonitis tuberculosa. Dissert. Heidelberg 1881.
3. KOCH, R.: Die Ätiologie der Tuberculose. Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte. Berlin 1884, s. 1—88.
4. CORNIL et RANVIER: Manuel d'histologie pathologique. Paris 1884.
5. KÖNIG, F.: Ueber diffuse peritoneale Tuberculose und die durch solche hervorgerufenen Scheingeschwülste im Bauch nebst Bemerkungen zur Prognose und Behandlung dieser Krankheit. Centralbl. f. Chir., 1884, s. 81.
6. SPENCER WELLS: Diagnosis and surgical treatment of abdominal tumours. London 1885.
7. NAUMANN, G.: Fall af tuberculosis peritonæi, behandlade med laparotomi. Hygiea 1885, s. 604.
8. GRAWITZ: Statistische und experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Peritonitis. Charité-Annalen 1886.
9. VIERORDT, OSW.: Ueber die Tuberculose der serösen Häute. Zeitschrift für klin. Med., bd XIII, h. 2. Berlin 1887.
10. PRIBRAM, A.: Ueber Therapie der Bauchfelltuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Laparotomie. Prager med. Wochenschrift 1887, n:r 35.
11. HEINTZE, CARL: Ueber die Tuberculose des Bauchfells. Inaug. Diss. Breslau 1888.
12. KÜMMEL, H.: Ueber Laparotomie bei Bauchfelltuberculose. Archiv f. klin. Chir., bd XXXVII, s. 39. Berlin 1888.
13. SCHMALMACK, J.: Die pathologische Anatomie der tuberculösen Peritonitis. Inaug. Diss. Kiel 1889.
14. HÄNE, A.: Ueber Peritonäaltuberculose. Inaug. Diss. Rorschach 1889.
15. LINDFORS, O.: Om tuberculosis peritonæi. Lund 1889.
16. SPÆTH, F.: Zur chirurgischen Behandlung der Bauchfelltuberculose. Deutsche med. Wochenschrift 1889, n:r 20.

17. CECCHERELLI: La cura chirurgica nella tuberculosis del peritoneo. Bericht über die 6 Versammlung des italienischen chirurgischen Gesellschaft. Bologna 1889. Centralblatt f. Chir. 1889, s. 698.
18. STERN, RICH.: Durch welche Mittel kann man das Entstehen von pseudomembranösen Verwachsungen bei intraperitonäalen Wunden verhindern. Beiträge zur klin. Chir., bd IV, s. 653. Tübingen 1889.
19. CARJI, LUIGI: Contributo alla pratica del drenaggio permanente della cavità peritoneale in casi di peritonite cronica idiopatica. Riforma med. 1890. Octobre 30, 31.
20. OSLER: Tuberculos peritonitis. John Hopkins Hospital. Reports 1890. Baltimore.
21. BOLLINGER, O.: Ueber Tuberculose. Verhandlungen des X. Int. med. Congresses, bd II, afd. III, s. 151.
22. PHILIPPS, A.: Die Resultate der operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose. Göttingen 1890.
23. VIERORDT, OSWALD: Ueber die Peritonealtuberculose, besonders über die Frage ihrer Behandlung. Deutsche Archiv f. klin. Med., bd 46, h. 3 o. 4, s. 369.
24. CZERNY, V.: Ueber die chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberculose. Beitr. zur klin. Chir., bd VI, h. 1, s. 73.
25. KÖNIG, F.: Die peritoneale Tuberculose und ihre Heilung durch den Bauchschnitt. Verhandl. des X. Int. med. Congresses, bd III, afd. VII, s. 31.
26. MÜNSTERMANN, L.: Ueber Bauchfelltuberculose. Inaug. Diss. München 1890.
27. PIC, A.: De l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses generalisées et localisées. Paris 1890.
28. UNGER, L.: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Wien 1890.
29. TSCHERNING, E. A.: Betragtninger over Peritonealtuberkulosens Patologi, Prognose og Terapi i de senere Tider. Köbenhavn 1890.
30. TERILLON: Péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, T. XVI, s. 469. Centralbl. f. Chir. 1891, s. 362.
31. SCHMITZ, A.: Zur Kasnistik der durch den Bauchschnitt ausgeheilten Peritonealtuberculose. St. Petersburger med. Wochenschrift 1891, nr 1. Centralbl. f. Chir. 1891, s. 426.
32. EDEBOHLS, G. M.: Tubal and peritoneal tuberculosis. Gynecological transactions 1891, vol. XVI.
33. LEJARS: L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. Gazette des hospitaux le 5 Dec. 1891, s. 1305.
34. HELMRICH VOLKMAR: Die therapeutischen Wandlungen in der Behandlung der Bauchfelltuberculose. Basel 1892.

35. LINDNER, H.: Über operative Behandlung der Bauchfelltuberculose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1892, bd XXXIV, s. 448.
36. BRUNS, P.: Tuberculosis herniosa. Beitr. zur klin. Chir. 1892, bd IX, S. 209.
37. SACHS, H.: Ein Beitrag zur Exstirpation des Blinddarms wegen Tuberculose. Archiv f. klin. Chir. 1892, bd XLIII, h. 2.
38. ALDIBERT, A.: De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris 1892.
39. BORSCHKE, M.: Pathogenese der Peritonitis tuberculosa. Virchows Archiv, bd 127, s. 121. Berlin 1892.
40. HENOCH, E.: Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin 1893.
41. BIER, A.: Behandlung chirurgischer Tuberculose der Gliedmaßen mit Stauungshyperämie. Festschrift für Esmarch 1893, s. 55.
42. CONITZER, L.: Zur operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr. 1893, n:r 29.
43. WALTHARD: Zur Ätiologie peritonealer Adhäsionen nach Laparotomie und deren Verhütung. Korrespondenzblatt f. schweizer Ärzte 1893, n:r 15.
44. ROERSCH, CH.: Du traitement de la péritonite tuberculeuse. Revue de Chirurgie, 10 Juillet 1893, s. 529.
45. BELFRAGE, K.: Tre fall af peritonealtuberkulos, hvaraf ett kombineradt med tuberkulos i bråcksäck. Göteborgs läkaresällsk. förhandl. 1893, häft. 1, s. 1.
46. LEGUEU, F. De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. La semaine médicale 1894, n:r 9, s. 65.
47. GATTI: Sul processo intimo di regressione della peritonite tuberculosa par la laparotomia semplice. Riforma med. 1894, n:r 53, 54. Centralbl. f. Chir. 1894, s. 578.
48. BERGSTRAND, A.: Tuberkulosen hos nötkreatur och dess bekämpande. Stockholm 1894.
49. WAHLSTRÖM, H.: Fall af läkt peritonealtuberkulos. Hygiea 1894, n:r 4, s. 333.
50. NANOTTI, A., BACJOCCHI, O.: Sugli effetti della laparotomia nelle peritoniti tubercolari. Pisa 1895.
51. CATRIN et RENDU: Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphthol camphré. Soc. méd. des hopitaux. Séance du 3 mai 1895. Semaine médicale 1895, s. 212.
52. NETTER: Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphthol camphré. Soc. méd. des hopitaux. Séance du 10 mai 1895. Semaine médicale 1895, s. 225.
53. JORDAN, M.: Ueber den Heilungsvorgang bei der Peritonitis tuberculosa nach Laparotomie. Beitr. zur klin. Chir., bd XIII, h. 3, s. 760. Tübingen 1895.

54. KOCHER, TH. und TAVEL, E.: Vorlesungen über chirurgische Infektionskrankheiten. Basel und Leipzig 1895.
55. D'URSO: Du processus de guérison de la péritonite tuberculeuse à la suite de la laparotomie. La dixième réunion de la société italienne de chirurgiens. Ref. i la Semaine médicale 1895, s. 478.
56. RENDU: Traitement de la péritonite tuberculeuse. Soc. méd. des hopitaux. Séance du 20 décembre 1895. Semaine méd. 1895, s. 549.
57. PEGURIER, A.: Des lavements de naphthol camphré dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Semaine méd. 1895, s. CCXLII.
58. SÖDERBAUM, P.: Två fall af akut tuberkulös peritonit, behandlade med laparotomi. Forhandlingerne ved Nord. kirurg. Forénings 2det Möde i Kristiania 1895, s. 44.
59. CLAVIER, LUCIEN: Péritonite tuberculeuse, diagnostic, modes de traitement, résultats éloignés. Thèse de Paris 1895.
60. BIESALSKI, KONRAD: Die Entstehungsweise der verschiedenen Formen von Peritonitis. Berlin 1895.
61. ISRAEL, J.: Erfahrungen über operative Heilung der Bauchfell-tuberkulose. Deutsche med. Wochenschrift 1896, n:r 1, s. 5.



Nordisk medicinsk litteratur från 1896.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: OLOF HAMMARSTEN: Om parakaseinets förhållande till löpe. — OLOF HAMMARSTEN: Om de lösliga kalksalternas betydelse för blodets koagulation. — CHR. ULRICH: Om Tyrosin i Menneskets Urin samt et nyt Kendemärke på Tyrosin. — CARL TH. MÖRNER: Finnes anledning att frågå de i Sverige brukliga kvalitativa ägghviteproffen för urinundersökning? — CARL TH. MÖRNER: Meddelande om surströmming. — L. PALJKULL: Om närvaro af pepton i urinen och de slutsatser, som den praktiske läkaren i diagnostiskt hänseende därpå kan draga.

OLOF HAMMARSTEN: **Om parakaseinets förhållande till löpe.** Upsala läkareförenings förh., ny följd, bd 1, s. 181.

Uti en af medic. fakulteten i Rostock prisbelönt afhandling af 1894 ger R. PETERS tillkänna, att han vid egna undersökningar bland annat funnit:

1) i mjölken finnes blott *en enda* ägghvitekropp;

2) en lösning af ost (parakasein) kan fås att *å nyo* löpna genom tillsats af löpensym.

Med stöd af minutiöst utförda, kontrollerande försök uppvisar nu HAMMARSTEN så väl *ohållbarheten* af PETERS' nämnda påståenden, som de närmaste *orsakerna* till deras uppkomst.

Beträffande mom. 2 yttrar förf.: »*En* egenskap är gemensam för parakasein af olika beredningar, nämligen den, att *det ej kan å nyo koagulera med löpe*. Denna egenskap torde ock därför fortfarande, såsom hittills, få anses såsom den väsentligaste olikheten mellan *kasein* och *parakasein*.»

C. Th. M—r.

OLOF HAMMARSTEN: **Om de lösliga kalksalternas betydelse för blodets koagulation.** Upsala läkareförenings förh., ny följd, bd 1, s. 243.

I detta på talrika egna försök grundade arbete vänder sig förf. mot den ganska allmänt utbredda (särskildt af ARTHUS företrädna) åsikten, att lösliga kalksalter skulle vara nödvändiga för fibrinbildningen, likasom att fibrinet vore att uppfatta som en förening mellan kalk och ägghvita. De väsentligaste resultat, till hvilka förf. kommit genom dessa undersökningar, sammanfattar han sålunda:

»Närvaro af lösliga, eller riktigare med oxalat fällbara, kalksalter är ej något nödvändigt villkor för fibrinbildningen — — —. En lösning af fibrinsyra koagulerar med fibrinfermentet lika typiskt vid frånvaro af dylika kalksalter, som vid närvaro af sådana — — —; det finnes ännu ingen känd iakttagelse, som berättigar till det antagandet, att fibrinogenet upptager kalk, då det omsättes i fibrin.

C. Th. M—r.

CHR. ULRICH: **Om Tyrosin i Menneskets Urin samt et nyt Kendemärke på Tyrosin.** Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 11.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 16, S. 1.

CARL TH. MÖRNER: **Finnes anledning att frångå de i Sverige brukliga kvalitativa ägghviteproffen för urinundersökning?** Upsala läkareförenings förh., ny följd, bd 1, s. 297.

Vid jämförelse mellan en del i utlandet på senare tid föreslagna ägghvitereaktioner och de hos oss sedan länge allmänt brukade (Hellerska kokningsproffen) anser sig förf. böra tillerkänna de senare företräde ur praktisk synpunkt, och han varnar särskildt för användande af reagens med så in absurdum drifven känslighet, som fallet är med de Spiegleriska och Jolleiska reagensen. I sammanhang härmed framhåller förf., att redan det Hellerska profvet vid 3 minuters observationstid är opraktiskt känsligt, och förordar $\frac{1}{2}$ minuts observation eller en i *hvarje* fall företagen spädning af urinen med 1 till 2 vol. vatten, hvarigenom reaktionskänsligheten sänkes från omkr. 1 d. ägghvita på 30 tusen d. urin till 1 d. på 20 tusen — en reaktionskänslighet, som fullt ut motsvarar praktikers fordringar.

C. Th. M—r.

CARL TH. MÖRNER: **Meddelande om surströmming.** Upsala läkarefören. förh., ny följd, bd 1, s. 365.

Efter kortfattade uppgifter öfver surströmmingens historik, användning och beredning meddelas resultatet af förf:s undersökning af detta födoämnes kemiska beskaffenhet. Den genomträngande lukten härrör i första rummet från *metylmerkaptan*. Förekomsten af ett stort antal typiska förruttelseprodukter (bl. a. *flyktiga feta syror, ammoniak, ptomainer*) tillåter den slutsatsen, att strömmingen under dess beredning undergått en förruttelseprocess, ehuruväl denna art af förruttelse icke är identisk med den vanliga, vid lufttillträde försiggående förruttelsen (ftol, indol och skatol likasom kadaverin och putrescin saknas nämligen i surströmming).

Intet har vid denna undersökning kommit i dagen, som tyder på, att surströmming skulle vara ett ur hälsosynpunkt skadligt eller olämpligt födoämne.

C. Th. M—r.

L. PAJKULL: **Om närvaro af pepton i urinen och de slutsatser, som den praktiske läkaren i diagnostiskt hänseende däraf kan draga.** Upsala läkareförenings förh., bd 30, s. 389.

Utgör en redig sammanfattning af denna frågas utveckling inom litteraturen.

C. Th. M—r.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

C. WESSEL: Om Levkocyter. — SCHMIEGELOW: Bidrag til Patogenesen af den såkaldte sorte Tunge. — SCHMIEGELOW: Bidrag til Dövstumhedens patologiske Anatomi. — FRANÇOIS HARBITZ: Om Appendicitens patologiske Anatomi og Ætiologi. — C. G. ÅHMAN och I. JUNDELL: Om renodling af gonococcus Neisser. — LYDER NICOLAYSEN: Om Pnevkokokkens Lokalisationer udenfor Lungen.

C. WESSEL: **Om Levkocyter.** Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 257.

Forf. giver en Oversigt over vort nuværende Kendskab til de forskellige Former af Levkocyter og omtaler nærmere Metoden til Farvning af de for Cellerne karakteristiske Korn. Han har konstrueret en særlig Pincet til at fatte Dækglassene med.

S. Borch.

SCHMIEGELOW: **Bidrag til Patogenesen af den såkaldte sorte Tunge.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 351.

SCHMIEGELOW: **Bidrag til Dövstumhedens patologiske Anatomi.** Ugeskrift f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 560.

Refererede tidligere (Nord. med. Arkiv 1896, Nr 20, S. 3).

S. Borch.

FRANÇOIS HARBITZ: **Om Appendicitens patologiske Anatomi og Ætiologi.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896.

Forf. har hentet sit Materiale dels fra de ved Rigshospitalets pat-anat. Institut forefaldne Obduktioner af »perityphlitis» for de sidste 10 År, dels fra opererede Tilfælde af Appendicit, hvoraf han i alt råder over 23 Tilfælde.

Af de 30 obducerede Tilfælde af »perityphlitis» var coecum og colon ascend. efter al Sandsynlighed Udgangspunktet i ét Tilfælde; ellers udgik Processen altid fra appendix vermicularis.

Efter at have berørt en Del pat-anatomiske og histologiske Forhold ved proc. vermif. og specielt omtalt det hyppige Fund af Fækalstene uden andre patologiske Forandringer, begynder Forf. at skildre Fundet ved de *kroniske recidiverende* Appendiciter, hvor proc. vermif. er fjærnet ved Operation. 17 sådanne Tilfælde beskrives nærmere. Altid fandtes en Betændelsesproces — men i de forskellige Grader, fra en svullen og injiceret Slimhinde til dybe ulcerative Processer med

Strikturer og Obliteration af lumen. Indholdet bestod 10 Gange af rent pus, ellers af lidt muco-purulent Vædske. Fækalstene fandtes 49.

Appendiciten opfatter han som en primær Betændelse, udelukkende beroende på en Infektion, idet mekaniske Momenter vistnok kan være prædisponerende Årsager, men ikke i og for sig er tilstrækkelige til at fremkalde en sådan Betændelse. — I Modsætning til disse kroniske, ofte recidiverende Former opstiller han en anden Klasse af *akute suppurative*, ofte med Gangræn og Perforation forbundne Appendiciter; ikke netop fordi der i pat.-anat. Forstand eksisterer en skarp Grænse, men fordi man rent klinisk synes at ville opretholde en sådan Skelnen, og fordi der i ætiologisk Henseende muligens kan være en Forskel.

Til denne Gruppe regner Forf. de fleste obducerede Appendiciter og desuden 6 i det akute Stadium opererede Tilfælde; disse beskrives nærmere. Karakteristisk var altid den hurtig indtrædende Gangræn med Perforation, hyppig betinget af de store Fækalstene, som ved sit Tryk mod den svulne og betændte Slimhinde let fremkaldte en Nekrose. — Specielt drøftes Spørgsmålet om, hvoraf den hyppig forekommende tumor i højre Side af abdomen dannes. Det fremgår af de refererede Kasus, at Exsudatet her spiller en fremragende Rolle, enten en sero-purulent til rent purulent Vædske eller organiserede Pseudomembraner; hertil kommer de talrige Sammenlodninger til andre Organer, specielt Oment, col. transv., Tyndtarmanser o. s. v. Svulsten af Tarmvæggene og de ansamlede Exkrementmasser har også nogen Indflydelse.

Der foretoges i 14 Tilfælde en nøjere bakteriologisk Undersøgelse af netop opererede Appendiciter; der toges Dækglaspræparater og anlagdes aërobe og anaërobe Kulturer; der påvistes hyppigst en Polyinfektion; kun to Gange fandtes i Reinkultur resp. staphyloc. pyog. aur. og bacter. coli com. 3 Gange voxede kun bacter. coli com. i Kulturerne, uagtet der i Dækglaspræparaterne også påvistes talrige tynde Stave, der farvedes efter GRAMS Metode. I alle andre Tilfælde fandtes såvel i Kulturerne som i Dækglaspræparaterne en broget Mængde af Kokker (Mono-, Diplo- og Streptokokker) og Stave (tynde, lange »aktinomykoselignende« Tråde, »Koli«-lignende Stave, der farvedes efter GRAMS o. s. v.). Ved to kroniske Appendiciter kunde Bakterier overhovedet ikke påvises. En Forskel i Bakterieindholdet ved de akute suppurative og de kroniske recidiverende Appendiciter kunde ikke fastslåes.

C. G. ÅHMAN och I. JUNDELL: **Om renodling af gonococcus Neisser.** Hygiea 1896. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 53.

Författarna hafva pröfvat de olika i literaturen angifna metoderna för odling af NEISSERS gonokock. Med KRALs och TURROs metoder lyckades de icke erhålla odling af gonokocker. Vid användning af WERTHEIMs metod (människoblodserum eller ascites i stället därför + 2-%ig agar) erhöles de på 5 försök 2 positiva resultat. Bättre resultat erhöles med den FINGERska utstrykningsmetoden och användande af det KIEFERska näringssubstratet (2 % glycerin, 5 % pepton, 3½ % agar),

till hvilket blandades blodserum från placentor. Det näringssubstrat, som fanns mest praktiskt och säkert, var en blandning af 1 del ascitesvätska (som genom noggran aseptik vid tappningen erhöles steril) och 2 delar KIEFFERS agar. Detta göts i PETRISKA skålar och inokulerades enligt FINGER med gonorroiskt sekret. Af 45 manliga gonorréer, de flesta akuta eller subakuta, lyckades förf. erhålla karakteristiska kulturer af gonokocker i 42 fall, däribland i ett fall af kronisk gonorré, där gonokocker ej kunde med mikroskopet påvisas. I ett af de 3 fallen, där odling af gonokocker ej lyckades, kunde ej heller med mikroskopet gonokocker påvisas. Dessutom pröfvades metoden i 3 fall af vulvovaginit och 1 fall af bartolinit hos barn samt i ett fall af blenorrhoea neonatorum, i alla dessa fall med positift resultat. — Senare gjordes ytterligare 6 odlingar från manliga gonorréer, från 2 vulvovaginitter och 1 bartolinit, alla positiva. 5 fall af prostatit undersöktes. (Utspolning af pars pendula, urinering, prostatamassage och slutligen urinering. De båda urinproffen centrifugerades och undersöktes hvart för sig med mikroskop och kultur.) I ett fall erhöles gonokockkultur från det sista urinprovet, ehuru ej mikroskopiskt däri eller annorstädes gonokocker kunde påvisas. I ett fall påvisades gonokocker såväl vid den mikroskopiska som vid den bakteriologiska undersökningen. De öfriga 3 fallen gäfvö negativt resultat med båda undersökningsmetoderna. — För att påvisa att odlingarna verkligen innehöllo gonokocker, gjordes ett inokulationsförsök med en gonokockkultur, 3:e generationen, i urethra på en man som ej förut haft gonorré. En lindrig gonorré uppstod som efter en månad ännu ej var botad.¹⁾ Från denna gonorré erhöles sedan upprepade gånger karakteristiska kulturer.

Med de så vunna gonokockkulturerna hafva försök gjorts till odling på andra substrat. Intet resultat erhöles på gelatina, i buljong och steril urin. På vanlig agar erhöles en gång en mycket obetydlig kultur. Däremot växte gonokockerna förträffligt i en blandning af buljong och ascites (2 + 1) samt på PFEIFFERS blodagar. På urinagar (1 del steril urin + 2 delar KIEFFERS agar) erhöles 3 gånger af 9 positift resultat, men kolonierna voro mycket små och fåtaliga, under det samtliga dessa fall på ascites-agar gäfvö ymniga gonokockkulturer. — Lika goda resultat som med ascites vans med exsudat från en serös peritonit. Däremot lyckades ej odling på ascites-agar efter äggviteämnenas utfällning genom upphettning till 100° och frånfiltrerande. Författarne anse sålunda troligt, att KRAL ej haft gonokocker i sina odlingar.

Såsom karakteristiskt för gonokockerna anföra förf., att de ligga i grupper i cellerna, äro rörliga i hängande droppe och *mycket hastigt* (10—15 sekunder i tunna preparat) affärgas enligt GRAMS färgningsmetod. De sönderfalla äfven hastigt i kultur (involutionsformer i kulturens midt).

¹⁾ Denna gonorré exacerberade sedan efter 2 månader och var efter 3 månader (i juli) ännu ej fullt botad. (Gonokocker i juli.) Åhman.

Undersökningarna öfver den temperatur, vid hvilken gonokockerna växa, resp. dö, äro ej afslutade men förff. anföra, att i 5 fall som för samtidig enkel chanker behandlats medelst värme enligt BERLIEN-WELANDERS metod, hvarvid temperaturen i urethra var 40° — $40,2^{\circ}$, efter 48, resp. 70 timmar erhållits rikliga kulturer af gonokocker, hvarjämte den purulenta flytningen blifvit mera profus, hvarföre värmebehandling icke synes kunna rekommenderas för gonorrhé.

Sederholm.

LYDER NICOLAYSEN: **Om Pnevkokkens Lokalisationer udenfor Lungen.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 374—396.

To Tilfælde af Pnevkokinfektion hos Börn; det ene, 4 År gl., fremböd Symptomer på en Infiltration af höjre Lungetop og en Plevrit af äldre Dato på samme Side; under Hospitalsoopholdet kom der en venstresidig Plevrit til; Barnet havde uregelmæssig Feber og de sidste Dage tiltagende Somnolens, under hvilke Symptomer Döden indtrådte efter en Måneds Forløb. Istedenfor en Lungetuberkulose med Meningit, som man havde ventet, fandtes ved Sektionen en kronisk Pnevmoni, dobbeltsidigt Empyem, purulent Meningit og Mellemörebetændelse; i alle angrebne Organer påvistes Pnevkokker.

Det andet Barn, en 4 Måneders Gut, indsygnede under Tegn på en Lungeaffektion, uden at nogen sikker sådan kunde påvises; efter en Uges Forløb kom der pyarthrus af höjre Albued og en subkutan Absces i Hypokondriet; nogle Dage för Döden fandtes Exsudat i Plevrahulerne; ved Sektionen dobbeltsidigt Empyem, purulent Perikardit og pyarthrus i Albueddet. Nogle Dage för Döden påvistes Pnevkokker i Blodet og den lille Absces, og efter Döden i Pusset fra de angrebne Steder. — I Tilslutning til disse Tilfælde gives en kort Udsigt over Pnevkokkens Lokalisationer, idet det særlig betones, at dens Overgang i Blodet ved en Pnevmoni vistnok er adskillig hyppigere end i Almindelighed antaget.

L. Nicolaysen.

Speciel patologi och terapi: LAACHE: Kliniske Iagttagelser om tetanus. — KLEE: Tre Diabetikere behandlede med Hydroterapi og Diät ved Silkeborg Vandkuranstalt. — W. M. SCHÖYEN: En Cossus-Larves Forekomst i Maven hos et Menneske. — HALK: Den Fleinerske Oljeindhældning ved kronisk Tyktarmskatarr. — SÖRENSEN: Forsøg med Serumterapi ved diphtheritis. — LYDER NICOLAYSEN: Om Kighoste. — EINAR RANDERS: Kighostens »Initialstadium» og dens Behandling. — INGERSLEV: Kirurgisk scarlatina, indledet med en lymphangitis brachii. — STORM BULL: Lambepunktion. — THURE HELLSTRÖM: Mortaliteten ved Stockholms epidemiskjukhus 1895. — R. NATVIG: Mekanoterapeutisk Kasuistik. I. Massage ved Neuralgi i Amputationsstump. II. Tilfælde af Akroparästesi. III. Kronisk Cefalalgi. — M. SOLBERG: Heftplasterbandage ved »Hold». — ANDERS WIDE: Handbok i medicinsk gymnastik.

LAACHE: **Kliniske Iagttagelser om tetanus.** Tidsskr. f. den norske Lægeforening 1896, Nr 13, S. 303—330.

Forf. meddeler 3 Tilfælde, iagttagne på Rigshospitalets medicinske Afdeling B, alle optrædende i Sommertiden og hos yngre Individuer af Mandkøn.

Et af Tilfældene var forbundet med *Facialparalyse* (ROSES Kopftetanus); det endte med Helbredelse. Forf. gennemgår denne Tilstand fra et historisk og patologisk Tilstand. Han kommer til det Resultat at Paralysen hører til de såkaldte *Infektionsslamheder*, nærmest i Analogi med den difteritiske Lamhed.

I et andet Tilfælde indtrådte også Helbredelse, efter at Pat. havde fåt alt i alt 240 Gm *Kloral*. Virkningen af *Kloral* syntes utvivlsom, idet der optrådte evident Forværrelse, efter at det var seponeret for nogle Dage, men Bedring, efter at det var givet påny. Tilfældet havde imidlertid i og for sig et meget langsomt Forløb, hvilket Forf. lægger stor Vægt på til Forklaring af det gunstige Udfald. *Kloral* er ikke at opfatte som et specifikt Middel, men ved at holde de faretruende Kramper i Schak, hjælpe det Individet til at reagere mod Sygdomsgiften og lader Sygdommens naturlige Tendens til Helbredelse komme til sin Ret.

I Modsætning til dette langsomt forløbende Tilfælde refereres et tredje, der endte dødelig efter et kortvarigt Forløb. De meget akut forløbende såkaldte »foudroyante» Tilfælde anser Forf. utilgængelige for vor nuværende Terapi. Muligt at et Fremtidens Antitoxin her vilde kunne standse den maligne Proces.

Laache.

KLEE: **Tre Diabetikere behandlede med Hydroterapi og Diät ved Silkeborg Vandkuranstalt.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 433.

F. Levison.

W. M. SCHÖYEN: **En Cossus-Larves Forekomst i Maven hos et Menneske.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 591—597.

Forf. modtog fra Dr. KJENNERUD en Insektlarve af *Cossus ligniperda*, der var fulgt med op fra Spiserøret, efter at Sonde var benyttet, hos en 64 År gammel Kone, der led af cancer cardiæ. Pat. daterer Sygdommen fra 1½ År tilbage, da hun i Udmarken en Dag plukkede og spiste Bjørnebær (*Rubus fruticosus*). Hun mærkede da, strax efter at have nedsvälget en håndfuld Bær, en underlig Fornemmelse i Spiserøret, som om hun havde fået noget på tværs. Forf. diskuterer, om nævnte Larve ved sin Irritation kan have været Årsagen til Patientens Sygdom, cancer ventriculi. Obduktion ikke foretaget.

HALK: **Den Fleinerske Oljeindhældning ved kronisk Tyktarmskatarr.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 601.

Ved kronisk Tyktarmskatarr og hårdnakket Obstipation har HALK efter den af FLEINER og KUSSMAUL anbefalede Metode anvendt Indhældning i Tyktarmen af ren Olje af så ringe Syregrad som muligt. Også ved Lidelser i Tyktarmen, der ere forbundne med Sårdannelse, og ved colitis membranacea yde Oljeindhældningerne Nytte. Til Indhældning er Olivenolje den bedste, men meget dyr; HALK anvender rensset Rapsolje. Indhældningen må ske langsomt, og Patienten skal tilbageholde Oljen så længe som muligt; medens FLEINER anbefaler Anvendelse af store Oljemængder nogle Gange om Ugen, foretrækker HALK en daglig Indhældning af 200—250 Gm. Resultatet har været tilfredsstillende, Afføringen bliver let, Smerter og Flatulens svinde, og Ernæringstilstanden bedres.

F. Levison.

SÖRENSEN: **Forsøg med Serumterapi ved diphtheritis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 521, 545, 578, 602, 621. Diskussion. Det københavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 80.

I April til December Måned 1895 behandledes i Epidemihospitalet 58 Tilfælde af diphtheritis, 23 af Krup med Injektion af fransk eller dansk Serum; Serumexantemer iagttoges ved diphtheritis 23 Gange, ved Krup 10 Gange. Med Hensyn till Virkningen kommer Forf. til det Resultat, at Serumbehandlingen ikke er i Stand til at forandre Sygdommens Prognose eller Forløb i nogen væsentlig Grad, men at der måske er noget ringere Tilbøjelighed til et descendinge Forløb af Difterien, ved hvilket også Luftvejene angribes, når Patienterne på et tidligt Stadium ere behandlede ved Seruminjektion. Afhandlingen ledsages af et stort Antal meget udførligt refererede Sygehistorier.

F. Levison.

LYDER NICOLAYSEN: **Om Kighoste.** Tidsskr. f. den norske Lægeforening 1896, Nr 5, S. 101.

Forf. giver en Udsigt over den senere Tids bakteriologiske Arbejder over Kighoste og gennemgår kritisk en Del af de i de senere År foreslåede Midler. Uden specielt at anbefale noget enkelt fore-

trækkes i Almindelighed en Kininbehandling med store Doser, hvilken efter Forf:s Erfaring i de fleste Tilfælde lader sig gennemføre trods den bitre Smag. Først når man kan diagnosticere Sygdommen i dens første Begyndelse vil man kunne gøre sig Håb om at erhverve pålidelige Opgaver over de forskellige Midlers terapeutiske Nytte, og hertil får man håbe, at Bakteriologien vil bringe det.

L. Nicolaysen.

EINAR RANDERS: **Kighostens "Initialstadium" og dens Behandling.** Tidsskr. f. den norske Lægeforening 1896, S. 259—264.

Behandlingen med *Scovlrøgninger*, der oprindeligt er anbefalet af W. MOHN, roses; Forf. sætter denne i Gang, så snart Diagnosen er stillet og gentager den, så fremt det trænges med 8 til 14 Dages Mellemrum.

S. Laache.

INGERSLEV: **Kirurgisk scarlatina, indledet med en lymphanngitis brachii.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 573.

Et 10-årigt Barn, der på Ulnarsiden af venstre pollex havde et skorpedækket panaritium, og som havde været udsat for Scarlatinainfektion, fik en lymphanngitis brachii, der viste sig som en 2 Cm. bred, rød Stribe langs Radialfladen af antibrachium gennem plica cubiti til Axillen; samtidig optrådte et middelstærkt Scarlatinaexantem på Hals, Bryst og Ryg og den karakteristiske Lidelse af fauces og Tunge. Sene-re Afskalning af Huden.

Forf. refererer endnu 2 Tilfælde, iagttagne på Epidemihospitalet, og i hvilke et Brandsår synes at have været Indgangsporten for Infektion.

F. Levison.

STORM BULL: **Lumbalpunktion.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 498—506.

Forf. har på Rigshospitalets medicinske Afd. B udført QUINCKES Lumbalpunktion ved 4 Tilfælde af *tuberkuløs Meningit.* I et Tilfælde udtømtes kun 6—8 Kcm. Cerebrospinalvæske, hvori det ikke lykkedes at påvise Tuberkelbaciller. I de andre 3 Tilfælde, hvor Mængden var større, 43 til 58 Kcm., påvistes Tuberkelbacillerne med Lethed ved den af FÜRBRINGER angivne Metode, idet man opfisker det fine, spindelvævslignende Fibrinnet, som altid udskilles ved Henstand, og laver sine Dækglaspræparat heraf. Det Tryk, hvorunder Væskens strømmede ud, varierede mellem 18 og 57 Cm., den sp. V. mellem 1007 og 1009. Albumingehalten var 1,5 $\frac{0}{100}$ til henimod 6 $\frac{0}{100}$. TROMMERS Sukkerreaktion gav i alle Tilfældene negativt Resultat. To Gange gjordes med resp. 18 Kcm. intraperitoneal Indpodning på Marsvin; en Gang med positivt Resultat, en Gang med negativt. Terapeutisk Virkning har Forf., i Overensstemmelse med den almindelige Erfaring, ikke iagttaget, uagtet han to Gange har set forbigående Bedring, som dog kun har været en Del Timer. Stør Betydning har derimod Lumbalpunktionen som diagnostisk Hjælpemiddel. Udførelsen er let, Narkose overflødig. Da pludselige Kollaptilstande og Dødsfald ikke netop

så själden ses ved de Sygdomme, hvor Lumbalpunktionen bør komme til Udførelse, og Operationen derfor af Publikum let kunde gives Skylden, opfordrer Forf. tilslut til Forsigtighed med Anvendelsen i privat Praxis. Det er heller ikke utænkeligt, at den dødelige Udgang i Virkeligheden påskyndes af Indgrebet, som undertiden kan være ret smertefuldt.

THURE HELLSTRÖM: Mortaliteten vid Stockholms epidemisjukhus 1895.
Hygiea 1896, I, s. 479.

På epidemisjukhuset intogos 1895 1,366 patienter, af hvilke 57 dogo; mortaliteten sålunda 4,17 % (1894 15,57 %). — Af scarlatina inkommo 325 patienter och dogo 16, mortalitet 4,92 % (1894 7,17 %). — Af difteri inkommo 693 patienter; alla fallen bakteriologiskt konstaterade. Af dessa dogo 32; mortaliteten sålunda 4,62 %. — Af okomplicerad svalgdifteri ledo 578 patienter, dogo 13; mortalitet 2,25 %. — Af difterikrup ledo 115, dogo 19; mortalitet 16,52 %.

Från d. 1 febr. 1895 till årets slut användes difteriserum, till att börja med tyskt, sedan franskt, och från maj till årets slut svenskt, beredt af d:r SELANDER. Under tiden 1 febr. till 31 dec. 1895 inkommo 571 difteripatienter, af dessa behandlades 342 (ungef. 60 %) med serum; 229 patienter fingo ej serum, emedan de ansågos vara mycket lindriga fall, alla dessa tillfrisknade. Af de serumbehandlade, de svårare fallen, dogo 11 — mortalitet sålunda på alla difterifallen 1,93 %, men om de 5 dödsfall, som inträffade inom de 2 första dagarna af sjukhusvistelsen, frändragas, blir mortaliteten 1,062 %. Af de intagna voro 340 barn under 10 år, alla 11 dödsfallen inträffade bland dessa = 3,23 %; frändragas 5 dödsfall, såsom ofvan nämnts, blir mortaliteten 1,78 %. Af de serumbehandlade voro 85 komplicerade med krup, af dessa dogo 5 = 5,8 % eller med ofvan nämnda afdrag 2,44 %. Af kruppatienterna måste 51 opereras, af dessa dogo 5; mortalitet 9,8 %, med ofvan nämnda afdrag 4,34 %. — Förf. kunde ej konstatera någon olägenhet af serumbehandlingen. — Resultaten äro glänsande, men förf. är ej säker, att alt bör skrivas på serum, epidemien var måhända också godartad.

Edgren.

R. NATVIG: Mekanoterapeutisk Kasuistik. I. Massage ved Nevralgi i Amputationsstump. II. Tilfælde af Akroparästesi. III. Kronisk Cefalalgi. Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 581—590.

Forf. meddeler et Tilfælde af Nevralgi i en Amputationsstump, helbredet ved Massage, et Tilfælde af Akroparästesi samt et Tilfælde af kronisk Cefalalgi.

M. SOLBERG: Heftplasterbandage ved "Hold". Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 612—613.

Forf. anbefaler denne Bandage ved forskellige Arter Hold, også ved Pnevmoni.

ANDERS WIDE: **Handbok i medicinsk gymnastik.** Senare delen med 11 afbildningar i avtypi och träsnitt i texten. Stockholm, Nordin & Josephson 1896.

Uti denna senare del af sin handbok i medicinsk gymnastik lemna förf. detaljerade föreskrifter rörande den gymnastiska behandlingen af de olika sjukdomarna och sjukdomsgrupperna. Sålunda framställas behandlingsmetoderna för sjukdomarna i cirkulationsorganen, i respirationsorganen, i digestionsorganen, i urogenitalapparaten, i nervsystemet, för de konstitutionella sjukdomarna, för sjukdomar i ben och leder och för ryggradskrökningarna. Som oftast inflickar förf. upplysande sjukdomsberättelser.

Edgren.

Kirurgi och oftalmiatrik: OLE BULL: Et Tilfælde af Amblyopie lunaire. — JOHAN HOLMSTRÖM: Till behandlingen af de suppurativa keratiterna. — H. ALLARD: En metod att behandla obliteration af tårgångens nasala mynning. — GUSTAF AHLSTRÖM: Om empyem i sinus frontalis. — IVAR SVENSSON: Öfver kolostomiens och extirpationens områden vid behandling af rektalkarcinom. — ÅGE KLÆR: Et Tilfælde af en Tarmsten i et Coecalbrok. — A. BORNEMANN: Demonstration af Patienter med konservativt behandlede Patellarfrakturer. — A. ROSENBERG: To Tilfælde af Karbolgangrän. — E. A. TSCHERNING: Bort med Nikkelovertrækket på vore Stålinstrumenter.

OLE BULL: **Et Tilfælde af Amblyopie lunaire.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, s. 598—602.

En tidligere frisk Sömand, hvis Syn altid havde været godt, sov en Nat på Dækket, medens Skibet befandt sig på Honduraskysten.

Da han vågnede kunde han ikke mere skelne Ræerne og såvidt se Dækket. Tilstanden varede uden Afbrudelse 2 Måneder; af Läge forordnedes Levertran, hvorefter nogen Bedring.

Förf. så Vedkommende 7 År efter. Han konstaterede en let Konjunktivit, god Reaktion af Pupillerne. Linsens Forflade oversået med små blåvide Prikker, Linsens centrum radiært stribet, Randene gennemsigtige $V = \frac{4}{18}$, $C = \frac{1}{2}$. Synsfeltet frit. L viste ingen Nedsættelse.

Synsnedsettelsen skyldtes udelukkende Forandringerne i Linsen.

Förf. er overbevist om at Årsagen ligger i Månelysset. Lignende Tilfælde har tidligere været beskrevet, således af STELLWOG, der citerer ROBINSON. DEMOURS (1818) omtaler som en velkendt Sag, at Soldater, der tilbringede Nätterne på Dækket, er udsatte for Hernalopi.

Laahe.

JOHAN HOLMSTRÖM: **Till behandlingen af de suppurativa keratiterna.** Akad. afhandling. Malmö 1896.

Förf. lemna först en historik öfver uppfattningen om de suppurativa keratiternas etiologi. Sedan redogör han för de bakteriologiska

forskningarna, som på senare tider af en mängd forskare blifvit utförda beträffande hypopyonkeratiterna. Därpå skildrar han den moderna terapien vid dessa åkommor samt meddelar en del fall, som han själf behandlat. Slutligen gör han följande sammanfattning:

Vid suppurativa processer i hornhinnan bör i första hand en medikamentös behandling komma i fråga. Visar sig denna ur stånd att förhindra processens vidare utbredning, så ega vi för det närvarande intet säkrare medel däremot än behandlingen med cauterium actuale under särskilda omständigheter kombinerad med paracentes af hornhinnan. Ofta kan den aktuella kauterisationen ersättas af utskrapning med skarp slef, men detta ingrepp erbjuder inga väsentliga fördelar framför kauterisationen och är därtill en mindre tillförlitlig och i vissa fall skadlig behandling. Vid förhandenvaron af en årsäcksblennorré eller af en infektiös bindhinneprocess är utskrapning med skarp slef bestämdt kontraindicerad.

Widmark.

H. ALLARD: En metod att behandla obliteration af tårgångens nasala mynning. Upsala läkareförenings förh., ny följd, bd 1. s. 311.

Förf. har under den tid han tjänstgjort som amanuens vid ögonkliniken i Upsala iakttagit 3 personer, å hvilka den nasala mynningen af ductus nasolacrimalis var stängd. Han diagnosticerar denna anomalï genom att införa en Bowmans sond genom tårkanalen och sedan palpera dess nedre spets genom en i näsborren införd knappsond. Stöter knappsonden ej på metall utan kännes Bowmans sond öfveralt beklädd med slemhinna, föreligger sannolikt ett stängdt orificium. Förf. ingår då med en skärformig knif med boutonnerad spets, trycker den stadigt mot näsans laterala vägg, tils Bowmans sond påträffas, utdrager sist nämnda, hvarefter suittet med knifven fortsättes ett stycke framåt, så att tårgången afskäres på tvären. Den skärformiga knifven har författaren längre fram sökt ersätta genom ett för ändamålet konstrueradt, särskildt instrument, som i uppsatsen finnes beskrifvet och afbildadt.

Widmark.

GUSTAF AILSTRÖM: Om empyem i sinus frontalis. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 12.

Se comptes-rendus. Nord. med. arkiv, 1896, n:r 16, s. 2.

IVAR SVENSSON: Öfver kolostomiens och exstirpationens områden vid behandling af rektalkarcinom. Hygiea 1896, I, s. 456.

Med utgångspunkt från ett fall, behandladt enligt WITZEL medelst colostomia glutealis, redogör förf. för de radikala och palliativa operationernas utveckling och nuvarande ställning. Den ökade möjlighet till fullständigt aflägsnande af alt sjukt, som de s. k. sakrala hjälperationerna medfört, har låtit exstirpationsförsöken utsträckas väl långt. Frekvensen af recidiv är följaktligen stor. Frågan blir då den, om icke exstirpationen åtminstone i längre gångna fall bör ersättas af

en palliativ operation, allrahälst som nyttan af en dylik — tidigt utförd — är oomtvistelig.

Förf:s personliga erfarenhet och literära studier ge en åskådlig och vägledande redogörelse för det afhandlade.

J. Åkerman.

ÅGE KIÆR: Et Tilfælde af en Tarmsten i et Coecalbrok. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 445.

En 64-årig Kvinde, der havde et 4 År gammelt højresidigt Kruralhernie, hvorfor hun bar bracherium, behandlede fra $15\frac{1}{1}$ til $31\frac{1}{1}$ 96 for en Mavekatarr med Vismuthpulver (1 Teskefuld 3 Gange dagl.). Da Herniet voxede, tilrådedes Operation. Ved Indlæggelsen på Kommunehospitalets 5te Afd. d. $27\frac{1}{2}$ fölte i Kruraleggen en hård, pigeontumor, ikke reponibel; der var ingen Inkarcerationstilfælde. Ved Herniotomien fandtes ingen Broksæk, man kom strax ind på coecum, i hvilken der fölte et hårdt Legeme; dette viste sig efter en Incision at være en Tarmsten af 9 Grams Vægt og med følgende Dimensioner: 3,3, 2,8 og 1,8 Cm. Tarmen sutureres, processus vermiformis, der var noget lang, exstirperes, hvorefter coecum efter débridement reponeres. Dränage. Reaktionsløst Forløb. Stenen var af brunlig Farve, indeholdt ikke nogen Kärne, den bestod väsentlig af Fosforsyre og Vismuthilte.

Kr. Poulsen.

A. BORNEMANN: Demonstration af Patienter med konservativt behandlede Patellafrakturer. Det köbenhavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 68.

Anbefaler Massagebehandlingen, hvor der kun er ringe Diastase mellem fragmina, og hvor Kapselriften ikke er stor; som oftest kommer der ikke ossös Heling; men selv ved en Diastase på 4—5 Cm. gå Patienterne godt. Metoden er farefri.

Kr. Poulsen.

A. ROSENBERG: To Tilfælde af Karbolgaugrän. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 583.

Bägge Gange anvendtes 2 % Karbolvand til Omslag; i det ene Tilfælde drejede det sig om et Par overfladiske, urene Ulcerationer på dorsum manus, Omslaget skiftedes 3 Gange daglig; efter en 5 Dages Forløb var der dannet en Nekrose af Huden i omtr. 3 Cm:s Udstrækning, Eskaraen udstødtes lidt efter lidt; Såret var först lagt efter 3 til 4 Ugers Forløb. Det andet Tilfælde handler om en 7-årig Dreng, der havde et kontunderet vulnus på index (2den phalanx); der ordineredes Karbolomslag; Forf. så först Barnet en 14 Dage senere; Såret var da forlängst helet; men Foräldrene havde vedblevet med at bruge Omslaget, da det prikkede og stak i Fingern; der var nu en Eskara overalt, hvor Omslaget havde ligget; den udstødtes langsomt og afficerede cutis i omtrent hele dens Tykkelse.

Kr. Poulsen.

E. A. TSCHERNING: **Bort med Nikkelovertrækket på vore Stålinstrumenter.** Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 7, S. 313.

Selv om Forniklingen er godt gjort, kan det dog ikke undgås, at der under Brugen opstår Sprækker og Ridser; på sådanne Steder rustet Instrumentet, navnlig når det koges. Forf. har fundet, at den herved frembragte Korrosion er større end på ikke forniklede Instrumenter, og han tilskriver det en elektrolytisk Virkning mellem Jærnet og Nikkelovertrækket, en Virkning, der særlig gør sig gældende ved Kogningen. Forsøg, der refereres, have også vist, at Stålet angribes under Kogningen, når det er i Forbindelse med en Nikkelplade. Han råder derfor til for Fremtiden ikke at anvende Fornikling af Instrumenter.

Kr. Poulsen.

Psykiatri: HANS KAARSBERG: Om Satanismen. — JOHAN SCHARFFENBERG: Et norsk Tilfælde af »Satanisme» fra 1664.

HANS KAARSBERG: **Om Satanismen.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 397, 421, 448.

Gengivelse i Udtog af et Par franske Værker om »Djävlebesættelse», hvortil Forf. knytter Skildring af nogle »Hexe» og »Hexeprocesser» fra de nordiske Lande, alt isprængt og omrammet af hans egne Strøbemærkninger om Åmnet, særligt angående den psykologiske Opfattelse af de skildrede Fænomener.

P. D. Koch.

JOHAN SCHARFFENBERG: **Et norsk Tilfælde af "Satanisme" fra 1664.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 641.

Skildring af en Retssag fra Ringebo i søndre Gudbrandsdalen, som omhandler et »typisk Tilfælde af "Satanisme" (Gudsfornektelse, Djävleomgængelse og Hexekunster, alt frivillig og utvungen bekendt)». Tilfældet, som efter Forf:s Anskuelse er at opfatte som beroende på en Melankoli på degenerativ Grund, synes at være endt med Helbredelse.

P. D. Koch.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: C. RASCH: Om Behandlingen af Syfilis med Injektioner af uopløselige Kviksølvpræparater.

C. RASCH: **Om Behandlingen af Syfilis med Injektioner af uopløselige Kviksølvpræparater.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 479.

Referat af tre Diskussioner i Soc. dermat. franç.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: TH. B. HANSEN: Fødsel 3 År efter en Symfyseotomi. — AAGE E. KLÆR: Den modificerede skotske Axetråktang.

TH. B. HANSEN: **Fødsel 3 År efter en Symfyseotomi.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 597.

Patienten blev for 6 År siden med stort Besvær forløst med et dødt Foster i Sædestilling. Bækkenmålene vare følgende: er. il. 27 Cm., sp. il. 25 Cm., conj. diag. knap 10 Cm. Conj. vera måtte anslås til godt 8 Cm. Ved den 2den Fødsel for 3 År siden lå Fosteret i Issestilling; men trods kraftige Veer holdt Hovedet sig bevægeligt i øverste Bækkenåbning, og der opstod efterhånden en faretruende Udspiling af det nederste Uterinsegment; Kontraktionsringen føltes 2 Fingersbred under umbilicus. Der foretoges Symfyseotomi og Fremtrækning med Tangen uden nogen som helst Vanskelighed. Ved Nedpresning af Hovedet i Bækkenets Hulhed fjærnedes Symfyseenderne sig omtr. 6 Cm. fra hinanden. Kun Såret i de bløde Dele forenedes med Sutures. Efter Fødselens Fuldendelse, da Konen var bragt til Sängs, var Afstanden mellem Symfyseenderne omtr. $1\frac{1}{4}$ Cm. Barnet levende, vejede 3500 Gm; Hovedomfang 36 Cm. Barselsängen forløb glat, og efter 5 Ugers Forløb var Konens Gang sikker og god. Efter 3 Års Forløb, i hvilken Mellemtid hun, der måtte arbejde strängt, havde aborteret 1 Gang i 3dje Måned, præsenterede hun sig atter til Fødsel. De ydre Bækkenmål vare som tidligere; i Ryglejet med abducerede Ben kunde den lille Finger lægges ind mellem Symfyseenderne, så vel udvendigt fra som fra vagina. I oprejst Stilling var Adskillelsen ikke så stor; men der var en overordentlig stor Bevægelighed; ved at stå skiftende på et Ben og løfte det andet føltes en meget udtalt »mouvement de chevauchement«. Trods dette var Gangen uden nogen som helst Forstyrrelse. Fosteret i Længdeleje. 3 Uger efter Undersøgelsen indtraf Fødselen. Ved Forf:s Ankomst fandtes Fosteret i Skulderstilling med Hovedet i venstre Side, Ryg fortil og højre Albu dybt i vagina. I

Kloroformnarkose lykkedes det at foretage Vending på en Fod. Navlesnoren dybtliggende, pulsløs. Efter Vendingen ophørtes med Narkosen, og Værne dreve hurtigt og let Fosteret frem. Umiddelbart derefter kunde 2den og 3dje Finger lægges ind mellem Symfyseenderne, og ved Anbringelsen af bægge Händers Fingre udvendigt fra og fra vagina havde Forf. Fornemmelsen af kun at have Hud og Slimbinde imellem dem. Barselsängen forløb godt, og efter $3\frac{1}{2}$ Uges Forløb kunde hun atter stå op og passe sit Hus. Gangen var sikker og let. Adskillelsen i Symfyssen omtr. 1 Cm.

Det, der har Interesse ved det her meddelte Tilfælde, er den kliniske Konstatering af, at den Betingelse, der for 3 År siden måtte skaffes til Veje ved en Operation, nemlig Forstörrelsen af Bækkenringen ved Adskillelsen i Symfyssen, at den ved den følgende Födsel nu igen indfinder sig *spontant, uden at Bækkenets Funktion har lidt ved, at Muligheden herfor har holdt sig i de forløbne År.*

F. Nyrop.

AAGE E. KIÆR: **Den modificerede skotske Axeträktang.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 577.

Forf. henleder ved Hjælp af Tegninger Opmærksomheden på en enkelt Forandring ved Tangen, hvorved den er bleven endnu lettere at håndtere; samtidigt angiver han Målene på Tangen og dens enkelte Afsnit og de Fordringer, man teknisk set må stille til en vel forarbejdet Tang.

F. Nyrop.

Pædiatrik: H. ADSESEN: Om syge Pættebørns Vægt. — HANSEN: Et Tilfælde af Bændelorm hos et spædt Barn. — TH. ROVSING: Om tuberkuløs arthrititis og osteitis i den tidlige Barnealder.

H. ADSESEN: **Om syge Pættebørns Vægt.** Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 13.

Se comptes-rendus. Nord. med. Arkiv, 1896, N:r 16, S. 4.

HANSEN: **Et Tilfælde af Bændelorm hos et spædt Barn.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 440.

F. Levison.

TH. ROVSING: **Om tuberkuløs arthrititis og osteitis i den tidlige Barnealder.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 461, 491. — Diskussion: Det københavnske med. Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 72.

Forf. fremhæver den store Interesse, Tuberkulosen frembyder for det kliniske Studium ved den Rigdom af Former, hvorunder den optræder, ved den overraskende Forskel på Forløb og Prognose, alt eftersom den optræder i den ene eller anden Alder, i dette eller hint Organ og hos de forskellige Individuer. Særligt dvælede han ved den store Forandring, Kirurgernes Syn på Tuberkulosens Prognose og Behandling var undergået, idet man fra at anse en tidlig aggressiv Behandling for nødvendig nu var nået til det modsatte Standpunkt, yderlig Konservatisme, fordi det havde vist sig, at Tuberkulosen under Ro og gode ydre Betingelser havde Tilbøjelighed til at hele.

Forf's Fremstilling angår en Form af tuberkuløs arthrititis, han havde haft Lejlighed til at iagttage på Dronning Louises Børnehospital. Særlig betegnende for den tuberkuløse arthrititis var den snigende Begyndelse, det kroniske Forløb, der kunde ende med Helbredelse uden Suppuration, med eller uden Ankylose; indtrådte Suppuration, betragtedes disse Tilfælde som særlig alvorlige. Forf's Erfaringer fra Børnehospitalet gik nu ud på, at de Former, der vare Regelen i de andre Aldersklasser, tumor albus og osteo-arthriterne, ere meget sjældne i den spæde Barnealder, i hvilken han derimod havde iagttaget en Række Tilfælde af en typisk og ret ejendommelig Form, som nærmest måtte kaldes *pyarthron tuberculosum acutum*, og som udmærkede sig ved en særlig god Prognose, idet de ikke blot opstod, men også forløbe akut og hurtigt synes at hele ved simpel Incision.

Forf. havde iagttaget 10 sådanne Tilfælde. Det nye var ikke i og for sig den hurtige Udvikling af en Mængde tuberkuløst pus, hvad allerede KOENIG havde påvist kunde finde Sted i et *kronisk* betændt Led; i Forf's Tilfælde angrebes derimod et forhen sundt, naturligt Led under akutte Febersymptomer af en tuberkuløs Suppuration, der ved Artrotomi svandt hurtigt igen.

I 3 af Tilfældene påvistes Tuberkelbaciller i Pusset; i de øvrige fandtes hverken Tuberkelbaciller eller andre Mikrober i Pusset; men i

ét af disse foretoges Indpodning af Pusset på et Marsvin, der døde af en fra Indpodningsstedet udgået Tuberkulose.

I de andre Tilfælde anså Forf. Lidelsens tuberkuløse Natur tilstrækkelig bevist ved Udviklingen af tuberkuløse Abscesser i Bløddelene, i hvis Indhold påvistes Tuberkelbaciller. I et Tilfælde fandtes allerede ved Operationen en tuberkuløs Absces i Bløddelene, opstået ved Perforation af Hofteledskapselen, i de andre skyldtes Abscesserne utvivlsomt tuberkuløs Infektion af Artrotomisåret under Operationen.

Forf. mente her at stå ovenfor en ejendommelig Form af Ledtuberkulosen; han anså i disse Tilfælde særlig Suppurationen for at være et godt prognostisk Tegn, et Udtryk for, at Tuberkulosen er svækket, i Færd med at dø hen. Kun under denne Forudsætning kunde man forstå det overordentlig gunstige og hurtige Forløb med fuldstændig Heling og uskadt Funktion efter simpel Artrotomi. At Bacillerne så hurtigt gå til Grunde netop hos ganske små Børn, kan tænkes at bero enten derpå, at virus var svækket, og at måske *medfødte*, latente foci dannede Udgangspunktet for Invasionen i synovialis, eller derpå, at de ganske unge Celler vare særlig egnede til at optage Kampen imod Bacillerne, hvilken sidste Forklaring han anså for den naturligste.

Praktisk anså Forf. det for vigtigt at være bekendt med denne Form af Ledtuberkulosen hos små Børn, for at man ikke skulde lade sig forlede til at være mindre nøjeregnende med Antiseptiken, og fordi man burde foretage Artrotomi snarest muligt, da ellers Brusken usures og Kapselen sprænges, hvoraf periartikulære Abscesser blive Følgen, så at Udsigten til et normalt, frit bevægeligt Led går tabt.

Tuberkuløse Osteiter anså Forf. derimod for sjældne i denne Alder; han omtalte et sådant Tilfælde, med fuldstændig Epifyseløsning, men med heldigt Forløb.

Den påfulgte Diskussion i det medicinske Selskab i København drejede sig i Hovedsagen om, hvor vidt de meddelte Tilfældes tuberkuløse Natur kunde anses for bevist eller ikke, hvad der stilledes i Tvivl af TSCHERNING og BLOCH. KR. POULSEN var uenig med Forf. i hans Opfattelse, at Suppuration skulde være et Bevis på, at den tuberkuløse Lidelse var i Færd med at ndhele, da dette langtfra altid holde Stik. Herimod søgte ROVSING at hævde sin Opfattelse af Forholdene.

G. G. Stage.

Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän terapi: IVAR BANG: Nogle Bemærkninger om Brødet i Diäten ved diabetes mellitus. — CHR. GEILL: Om Kloralexantemet. — G. DJÖRUP: Et heldigt forløbet Tilfælde af Forgiftning med klorurt Kali. — AXEL JOHANNESSEN: Et Tilfælde af dødelig forløbende Petroleumforgiftning hos et 2 År gammelt Pigebarn.

IVAR BANG: **Nogle Bemærkninger om Brødet i Diäten ved diabetes mellitus.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 603—611.

Efter at have nævnt forskellige Brødsurrogater i Sukkersyge, omtaler Forf. et nyt Brød, som efter Angivelse af Prof. TORUP fremstillet på Fritzöhsmøller og bragt i Handelen af Agent Berg i Tönsberg.

Det er fremstillet efter samme Princip som Klidbrød, dog med den Forskel at der kun er benyttet det subkortikale Lag af Kornet, medens Skallen og Kjernen er fjærnet. Brødet er 2 Gange så rigt på Äggehvide som almindeligt Brød, har en behagelig Smag og kan i alt måle sig med det sædvanlige Husholdningsbrød. Det kan derfor med Fordel benyttes i benigne Tilfælde af diabetes.

Forf. har gjort sammenlignende Resorptionsforsög med almindeligt Grovbrød, hvoraf fremgår at det nye Brød resorberes lettere.

Laache.

CHR. GEILL: **Om Kloralexantemet.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 481, 505.

I en Indledning omtales de medikamentelle Huderuptioner i det hele, særlig med Hensyn til deres Opståelsesmåder, og deres Lighed med de infektiöse Exantemer fremhæves. Derefter meddeles en Række Tilfælde af Kloralexantem, iagttagne på Århus Sindssygeasyl. Det fremhæves, at disse ikke ere særlige hyppige, idet der på nævnte Asyl, hvor der årlig bruges omtr. 32 Kilo Kloralhydrat, i 6 År kun er iagttaget 4 Tilfælde. I de fleste Tilfælde synes der at være Idiosynkrasi, således at enkelte Patienter få Exantem, så snart de bruge Kloralhydrat, medens det meget sjældent opstår efter længere Tids Brug af moderate Doser.

Der meddeles 8 (9) Sygehistorier som Exempler på de forskellige Former — Erytem, urticaria og Papler (med purpura). Jævnligt ses stærk Afskalning ligesom efter scarlatina. Fortsætter man med Brugen af Midlet hos sådanne Patienter, kan der komme pustulöse Dermatiter, Ekzem eller Ulcerationer. Ieterus iagttages af og til.

Chr. Gram.

G. DJÖRUP: **Et heldigt forløbet Tilfælde af Forgiftning med klorurt Kali.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 437.

En 19-årig Mand, der havde Difteri, tog d. $\frac{6}{1}$ 96 til Morgen ved en Fejltagelse omtr. 24 Gm klorurt Kali opløst i $1\frac{1}{2}$ Pägl (= 375 Kcm.) varmt Vand. Urinen var klar og uden albumen. 4 Gange rigelig, tynd

Åbning. Pat. klagede over Sløvhedsfornemmelse i Benene og Smerter i cardia. Til Aften Temp. 39,4. P. 100, lille, blygrå Ansigtsfarve, Stemmen svag og klynkende. Jævnlig Opkastninger af en lysegrøn, stærkt skummende Vædske og stærk Uro. Belægninger i Svælget stærkt skrumpede og rynkede. 12 Timer efter Indtagelsen var Urinen mørk og gav Blod- og Albumenreaktion. D. $7\frac{1}{2}$ Tp. $\frac{38}{38}$. P. 80, kraftig, af og til Søvn. Ansigtsfarven blygrå, jævnlig Opkastning. Urinen mørk blodfarvet. D. $8\frac{1}{2}$ Tp. normal. Ingen Opkastning. Diuresen omtr. 2 Potter (= 2000 Ccm.). D. $9\frac{1}{2}$ Diuresen over 2 Potter. Urinen indeholder Spor af albumen, men giver ikke Blodreaktion. D. $10\frac{1}{2}$ Diuresen $2\frac{1}{2}$ Pot. D. $11\frac{1}{2}$ Diuresen $2\frac{3}{4}$ Pot. Urinen indeholder ikke albumen. D. $14\frac{1}{2}$ Ansigtsfarven endnu grålig. D. $19\frac{1}{2}$ Pat. er rask. — Behandlingen bestod i tinct. strophanthi 8 Dråber 4 Gange dagl., Vin, Mælk, Sodavand, Ispiller.

Forf. antager, at det heldige Forløb skyldes, at Stoffet var fuldstændig opløst, samt den gode Virkning af tinct. strophanthi på cor og renes. — Ved mikroskopisk Undersøgelse af Urinen d. $10\frac{1}{2}$ fandtes få røde, en Del hvide Blodlegemer, ingen Cylindre (Centrifuge-Bundfald — Prof. HIRSCHSPRUNG).

I Anledning af dette Tilfælde gör V. ALBRETHSEN (s. St. S. 523) opmærksom på, at det er uheldigt, at Ph. Dan. 1893 vel har en Maximaldosis for klorsurt Kali, men at det dog er tilladt at sælge Midlet i Håndkøb. *Chr. Gram.*

AXEL JOHANNESSEN: Et Tilfælde af dødelig forløbende Petroleumforgiftning hos et 2 År gammelt Pigebarn. Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, s. 565—580.

Pat. havde af en Öflaske drukkert et ukendt Kvantum Petroleum. Ved Indkomsten på Hospitalet var hun bleg med cyanotiske Läber, besværet Åndedræt, somnolent, men ved fuld Bevidsthed. Intet at se ved Läber eller Tunge, Mandlerne let opsvulmede. P. 144, lidt uregelmæssig, rene Hjærtelyd. Resp. 56. Temp. 37,5.

Ved Indførelse af en Finger i Svælget fremkaldtes Brækning af Slim, der var tilblandet en Smule Blod og frembød Lugt af Petroleum. Der anvendtes Maveudskylning, efter Forløbet af en $\frac{1}{2}$ Time fremkaldtes en ny Brækning. Der gaves et Klysma, det udtømte lugtede af Petroleum. Der appliceredes en Kamferinjektion, men under tiltagende Somnolens døde Barnet efter 3 Timers Forløb.

Ved Obduktionen fandtes i begge Pleurahuler 30—40 Ccm. af en klar Vædske, der lugtede af Petroleum. Hyperæmi af Trakealslimhinden. Af Lungerne udpressedes et Fluidum, der lugtede af Petroleum.

Lungerne forøvrigt af normal Størrelse, af blårod Farve, krepiterende i de forreste Partier, de bagerste Dele atelektatiske.

Ventriklen adskillig udspændt, indeholdende lidt Petroleum, Slimhinden bleg, uden Exkorationer. Organerne iøvrigt normale.

Laache.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: FRANÇOIS HARBITZ: Et Tilfælde af tetanus fra retsmedicinsk Standpunkt. — EDM. H. GRUT: Om Konkurrence. — TH. R.: Om Konkurrence. — EDM. H. GRUT: Svar til Hr. Dr. TH. ROVSING i Konkurrencespørgsmålet. — EDM. H. GRUT: De to sidste Professorbesættelser i det medicinske Fakultet. — *Medlem af medicinsk Forening:* Åbent Brev til Fakultetet. — ÖRUM: Lägernes Fordeeling i København. — ERIK HOLST: Meddelelser om Ringköbing Amts Fonds Udgifter til Sygebehandling og Sygehuse i Årene 1885—94. — S., G. BORCH, FALBE HANSEN: Livsforsikring uden Helbredsattest. — C. WALLIS: Läkarekonstens ställning till skolhygien. — E. ALMQUIST: Lärobok i skolhygien för seminarier, skolråd, lärare m. fl. — AXEL ULRIK: Om et hygienisk Tilsyn med Skolerne. — AXEL ULRIK: Skolehygien og Fællesskolen. — Svenska läkaresällskapets fest till hundraårsminnet af vaktionenens upptäckt af JENNER. — JUL. PETERSEN: Koppe og Koppeindpodning. — E. W. DAHLGREN: Förteckning öfver svenska skrifter angående smittkoppor, inokulation och vaktion. — M. SIMON: Förslaget till nytt vaktionsreglemente. — BONDESEN: Meddelelser fra den kgl. Vaktionsanstalt. — H. THEORELL: Förbättringar vid centraluppvärmning med varm luft. — P. L. LANDELIUS: Hälsovårdsanordningar i ett mindre samhälle. — THURE HELLSTRÖM: Epidemisjukhusets betydelse för Stockholms hälsovård. — THURE HELLSTRÖM: Mortaliteten vid Stockholms epidemisjukhus 1895. — S. ENGELSTED: Om Kysthospitalet — en Berigtigelse. — IVAR ANDERSSON: Några ord om formalinet användning såsom desinfektionsmiddel för boningsrum. — NILS ENGLUND: Genmäle till d:r I. ANDERSSONS föredrag om formalin. — *Red. af Hosp.-Tidende:* Gratis Desinfektion mod Tuberkulose. — WITTRUP: D:o d:o. — JACOBY: D:o d:o. — E. W. WRETLIND: Om tuberkulosen i Sveriges städer 1891—93 och om profylaktiska åtgärder mot den samma. — E. ALMQUIST: Huru bör mjölkförsäljningen från hygienisk synpunkt lämpligen ordnas? — IVAR ANDERSSON: Kan skarlakansfebersmitta spridas genom mjölk? — K. LINROTH: Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera. — C. E. WALLER: Några af karantänssystemets fördelar och brister. — EDV. LAURENT: Några iakttagelser om scarlatina. — G. HELLSTRÖM: Aktinomykosens förekomst hos människan i Sverige.

FRANÇOIS HARBITZ: Et Tilfælde af tetanus fra retsmedicinsk Standpunkt. Tidsskr. f. den norske Lægeforening 1896, Nr 14, S. 333—343.

Tilfældet har särskild Interesse på Grund af Spørgsmålet om Inkubationstidens Længde. Pat. var under et Overfald tilföjet et Slag i Panden med en Sten. Först 5 Uger senere optrådte Symptomer på tetanus, under hvilke Pat. döde efter et meget kort Sygeleje. Diagnostik konstateredes også ad bakteriologisk Vej.

Det gäller at afgöre, om Pat. var inficeret i Läsionsöjeblikket. Dette har ikke alene generel videnskabelig Interesse, da intet Tilfælde tidligere er bekendt med en lang Inkubationstid, men også praktisk retsmedicinsk, idet med Hensyn til Dommens Afgörelse. Da der ikke forelå nogen Grund til at antage, at en Infektion i dette Tilfælde senere (efter Läsionen) havde fundet Sted, lod det sig med overvejende Sandsynlighed slutte, at Infektionen af Såret ved tetanus også her var sket i Läsionsöjeblikket. Lagrettens Kendelse gik i Overensstemmelse

hermed ud på at Döden var indtrådt som Følge af den tilføjede Läsion.

Laache.

EDM. H. GRUT: **Om Konkurrence.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 409.

Ved en sammenlignende Oversigt over de Former af Konkurrence ved Besættelse af medicinske Embedsposter, som endnu findes i visse Lande, særlig Frankrig og Sverig. søges påvist, at denne Besættelsesmåde, for så vidt den angår Professorstillinger ved Universitetet, efter de Regler, som følges i Danmark, ikke længere er tidssvarende. Navnlig er Forraen uhensigtsmæssig og Valget af Censurkomitéen ikke tilstrækkelig betryggende for Tilstedeværelsen af Sagkundskab, medens Regler for Bedømmelsen ganske mangle.

Ax. Ulrik.

TH. R.: **Om Konkurrence.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 474.

Under Tilslutning til de af GRUT fremsatte Anker mod den nu anvendte Form for Konkurrence hævdes det som et Fortrin ved denne Besættelsesmåde, at den antages at byde størst Chance for et retfærdigt Resultat. Samtidig udtales en Kritik over den nylig ved Besættelsen af Professoratet i Oftalmologi fulgte Fremgangsmåde, ved hvilken der ikke anvendtes Konkurrence.

Ax. Ulrik.

EDM. H. GRUT: **Svar til Hr. Dr. Th. Rovsing i Konkurrencespørgsmålet.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 502.

EDM. H. GRUT: **De to sidste Professorbesættelser i det medicinske Fakultet.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 504.

Medens al Anvendelse af Konkurrence betegnes som forkastelig og antikveret, gives en Redegørelse for de Grunde, som under de givne Forhold og efter de nu gældende Bestemmelser antages at tale for, at Professoratet i medicinsk Klinik besattes med, Professoratet i Oftalmologi uden Konkurrence.

Ax. Ulrik.

Medlem af medicinsk Forening: **Åbent Brev til Fakultetet.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 443.

Indsigelse mod nogle af Fakultetet truffne Dispositioner med Hensyn til Fristen for Indmeldelser til medicinsk Embedsexamen m. m.

Ax. Ulrik.

ÖRUM: **Lägenernes Fordeling i Köbenhavn.** Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 521.

Af en statistisk Opgørelse udledes, at Lägerne ere nogenlunde ens fordelte over hele Byen, men at de i den indre By have deres Virksomhed blandt en mere velhavende Befolkning end i Forstæderne.

Ax. Ulrik.

ERIK HOLST: Meddelelser om Ringköbing Amts Fonds Udgifter til Sygebehandling og Sygehuse i Årene 1885—94. Ringköbing 1896.

Udgiften til Sygebehandling, Drift af Sygehuse og Desinfektion har i de 10 År været gennemsnitlig 27 114 Kr. årlig eller 30 Öre for hvert Individ af Befolkningen. Amtet har i de ti År anvendt 189 526 Kr. til Bygning eller Udvidelse af Sygehuse, hvorefter Sængetallet kan bringes op til 232 (til en Befolkning af 91 000 Mennesker).

Ax. Ulrik.

—S. G. BORCH, FALBE HANSEN: Livsforsikring uden Helbredsattest. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 565, 612.

Diskussion om, hvor vidt en af Livsforsikringselskabet »Danmark» truffen Foranstaltning, i Følge hvilken Livsforsikring uden Helbredsattest er muliggjort, på den ene Side træder Lægernes økonomiske Interesse for nær, på den anden Side bør opfattes som en for Samfundet gavnlig Institution.

Ax. Ulrik.

C. WALLIS: Läkarekonstens ställning till skolhygien. Svenska läkaremötets förhandl. 1895, s. 125.

På föredragandens begäran uttalade mötet sig för, att undervisning i skolhygien skulle meddelas i seminarierna, och att ritning till nytt folkskolehus skulle granskas af sakkunnig.

E. Almquist.

E. ALMQUIST: Lärobok i skolhygien för seminarier, skolråd, lärare m. fl. Stockholm 1896. P. A. Norstedt & söner. 80 sid., 8v.

Innehåll: Skolhuset med tomt och skolmateriel; kroppens vård under skoltiden; skolarbetet; skolsjukdomarnas förekommande; hygienisk tillsyn öfver skolan.

E. Almquist.

AXEL ULRIK: Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 553.

I Tilknytning til HERTELS Opfordring til Lägerne til at virke for Indførelse af Lægetilsyn med Skolerne fremhæves den hygiejniske Betydning, som må tillægges det af Regeringen i den forløbne Rigsdags-samling forelagte, men ikke gennemførte Skolelovsforslag. Denne Betydning vilde forøges, såfremt det kunde lykkes, når Forslaget atter foreligger til Behandling i Rigsdagen, at indføre Bestemmelser om 1) at Børnetallet i hver af Almueskolens Klasser på Landet ikke må overstige 30, hvilket vil nødvendiggøre Opførelse af en stor Mængde (1 247) nye Skolebygninger eller Tilbygninger til ældre Skoler; 2) at der føres lægekyndig Kontrol med Plan og Indretning af de ved fornævnte Bestemmelse nødvendiggjorte Nybygninger; 3) at der indføres ordnet Lægetilsyn med Almueskolerne på Landet. Medens der menes at være Stemning i Rigsdagen for de to sidstnævnte Bestemmelser, kan

der anføres så vægtige Grunde for den første, at dens Indførelse i Loven ved Lægernes Medvirken anses for opnåelig.

Ax. Ulrik.

AXEL ULRIK: Skolehygiejnen og Fællesskolen. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 580.

Mod de Indvendinger, som af hygiejniske og fysiologiske Grunde gøres gældende mod Bevægelsen til Gunst for Fællesskoler med højere Undervisning for Drengene og Piger, hævdes, at det ikke ved den nyere skolehygiejniske Statistik er godtgjort, at Fællesskolen medfører nogen Fare for Børnenes Sundhed.

Ax. Ulrik.

Svenska läkaresällskapetets fest till hundraårsminnet af vaccinationens upptäckt af Jenner. Hygiea 1896, I, s. 545.

M. SONDEÉN: Inledande ord.

CURT WALLIS: EDWARD JENNERS lif och verksamhet.

O. MEDIN: Smittkopporna och vaccinationen i Sverige.

E. SELANDER: De JENNERSka principernas utveckling i den moderna medicinen.

E. Almquist.

JUL. PETERSEN: Kopper og Koppeindpodning. Et medicinsk-historisk Tilbageblik i Hundreåret efter JENNERS første Vaccination. København 1896.

Skriftet er delt i 3 Hovedafsnit. I det første meddeles Hovedtrækkene i Koppeepidemiernes Historie fra deres første tvivlsomme Fremtræden i Oldtiden. Koppesygdommens ødelæggende Hærgen og indgribende Indvirkning på de evropæiske Rigers Skæbne fremstilles og illustreres ved detaljerede Skildringer af Koppetilfælde i de regerende Fyrstehuse, særlig det engelske, franske og habsburgske. Det andet Hovedafsnit behandler den ældre Koppeinokulations (Variolationens) Historie, der igen er afdelt i 3 Perioder, det tredje Vaccinationens Historie med særlig Dvælen ved den JENNERSke Periode. Skriftet slutter med en Del tilføjede Literaturnoter.

Jul. Petersen.

E. W. DAHLGREN: Förteckning öfver svenska skrifter angående smittkopper, inokulation och vaccination. Hygiea 1896, I, s. 607.

E. Almquist.

M. SIMON: Förslaget till nytt vaccinationsreglemente. Sv. läkaremötets förhandl. 1895, s. 157.

E. Almquist.

BONDESEN: Meddelelser fra den kgl. Vaccinationsanstalt. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 457.

Indholder et Tilbageblik ved Vaccinationens 100 Års Jubilæum og Årsberetning fra den kgl. Vaccinationsanstalt for Året 1895. Af den sidste fremgår, at Forbruget af humaniseret Vaccine nu kun er meget ringe, så at Vaccinationen fra Arm til Arm vilde kunne opgives,

så fremt ikke Hensynet til Vakcineforsendelsen til Vestindien nødsagede Anstalten til foreløbig at holde den vedlige. Til Produktion af animal Vaccine podedes 87 Kalve; 6 af disse viste sig syge, hos 15 intet Anslag; af de øvrige 66 Kalve høstede 477 Gm Råstof, der udbragtes til 123 715 Portioner Vaccine. I Sommerens Løb viste sig Tegn til Degeneration af Vaccine ved mangelfuldt Anslag, så at det blev nødvendigt at søge frisk Indpodningsmateriale fra Anstalten i Hamburg og det kommunale Institut i Stockholm, hvilket lykkedes. Om Resultaterne af 36 158 offentlige Vaccinationer med udsendt animal Vaccine foreligger Meddelelse; positivt Anslag indtraf i 93,88 % af disse.

Ax. Ulrik.

H. THEORELL: Förbättringar vid centraluppvärmning med varm luft. Hälsovårdsför. i Stockholm förhandl. 1895, s. 17.

Förf. beskriver några enskildheter i det i fråga varande systemet och tillbakavisar den kritik, som man ännu får höra, och som härleder sig från erfarenhet om äldre anläggningar.

E. Almqvist.

P. F. LANDELIUS: Hälsovårdsanordningar i ett mindre samhälle. Sv. läkaremötets förhandl. 1895, s. 24.

Förf. skildrar förhållandena i Lysekil.

E. Almqvist.

THURE HELLSTRÖM: Epidemisjukhusets betydelse för Stockholms hälsovård. Hälsovårdsför. i Stockholm förhandl. 1895, s. 29.

THURE HELLSTRÖM: Mortaliteten vid Stockholms epidemisjukhus 1895. Hygiea 1896, s. 479.

E. Almqvist.

S. ENGELSTED: Om Kysthospitalet — en Berigtigelse. Ugeskr. f. Läger, R. 5, Bd 3, S. 419.

På given Foranledning oplyses, at Kysthospitalet på Refsnäs altid har været beregnet på Benyttelse hele Året rundt, da de Børn, som behandles på Hospitalet, trænge ikke blot til Sommer-, men også til Vinterophold.

Ax. Ulrik.

IVAR ANDERSSON: Några ord om formalinets användning såsom desinfektionsmedel för boningsrum. Hygiea 1896, II, s. 222.

NILS ENGLUND: Genmäle till dr I. Anderssons föredrag om formalin. Hygiea 1896, II, s. 391.

E. Almqvist.

Red. af Hosp.-Tid.: Gratis Desinfektion mod Tuberkulose. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 544.

WITTRUP: > > > > S. St. S. 560.

JACOBY: > > > > S. St. S. 560.

I Anledning af en Notits i Hosp.-Tidende om Indførelse af gratis Desinfektion efter Tuberkulose i Nyköping på Falster oplyser WITTRUP,

at denne Forholdsregel i flere År har været indført i Ringköbing Amt og nu delvis er indført i Aalborg og Hjørring Amt. JACOBY meddeler, at samme Foranstaltning i 4 År har været indført i Fredriksberg Kommune.

Ax. Ulrik.

E. W. WRETLIND: **Om tuberkulosen i Sveriges städer 1891—93 och om profylaktiska åtgärder mot den samma.** Sv. läkaresällsk. förhandl. 1895, s. 189.

E. Almquist.

E. ALMQUIST: **Huru bör mjölkförsäljningen från hygienisk synpunkt lämpligen ordnas?** Landtbruksakad. handl. och tidskrift 1896, s. 209.

E. Almquist.

IVAR ANDERSSON: **Kan skarlakansfebersmitta spridas genom mjölk?** Hälsovårdsför. i Stockholm förhandl. 1895, s. 56.

Förf. belyser utförligt en lokal epidemi i huvudstaden och framhåller det påtagliga uti, att smittan förts omkring med mjölk.

E. Almquist.

K. LINROTH: **Om våra offentliga skyddsåtgärder mot kolera.** Svenska läkaremötets förhandl. 1895, s. 43.

E. Almquist.

C. E. WALLER: **Några af karantänssystemets fördelar och brister.** Sv. läkaresällsk. förhandl. 1895, s. 33.

E. Almquist.

EDV. LAURENT: **Några iakttagelser om scarlatina.** Hygiea 1896, II, s. 135.

Förf. har hösten 1894 vid Djarsholm gjort några etiologiska iakttagelser öfver scarlatina.

E. Almquist.

G. HELLSTRÖM: **Aktinomykosens förekomst hos människan i Sverige.** Sv. läkaremötets förhandl. 1895, s. 153.

E. Almquist.

Berættelser från sjukvårdsanstalter: Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1895.

Beretning om St. Hans Hospital og Statens Sindssygeanstalter i 1895.
Köbenhavn 1896.

St. Hans Hospital for sindssyge (Overlæge, Prof. ROHMELL).

Antallet af Patienter ved Årets Begyndelse var 1006 (432 Mænd og 574 Kvinder), ved dets Slutning 1012 (432 Mænd og 580 Kv.). Der indkom 239, afgik 233, behandledes i alt 1245. Sygdomsformen ved Indlæggelsen opføres som Melankoli hos 57, Mani hos 34, Forrykthed hos 53, Sløvsind hos 88, Idioti hos 7. Samtidig led 33 (20 Mænd og 13 Kvinder) af fremskreden Parese, 6 af Epilepsi. Det bemærkes, at denne Inddelingsmåde, som ikke svarer til den moderne Nomenklatur, medfører, at Forvirringstilfældene må opføres dels under Mani, dels under Forrykthed. Interessant er Forandringen i Forholdet mellem mandlige og kvindelige Paretikere, som fra tidligere at have været som 4 å 5 til 1, nu er som 1,6 til 1. Blandt Årsager opføres Alderdom hos 12, Drik hos 29, Syfilis hos 24, Fattigdom og andre Sorger hos 23, arveligt Anlæg hos 82. Sundhedstilstanden god. Som Behandlingsresultater angives, at 56 ere helbredede, 65 bedrede, 18 uhelbredede, 94 døde. Blandt Dødsårsagerne opføres dement. paral. med 33 Tilfælde, Pnevmoni med 12 Tilfælde.

Sindssygeanstalten ved Vordingborg (Overlæge HELWEG).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 484, ved dets Slutning 474; der indkom 127, afgik 137, behandledes i alt 611 (301 Mænd og 310 Kvinder). Af gamle, uhelbredelige Tilfælde, som søgte Optagelse, afvistes 31 %. Pladserne for sængeliggende Patienter ere forøgede til 50 for Mandsafdelingens Vedkommende (for Kvinderne haves 70 sådanne). To Kvinder og to Mænd ere anbragte i Familiepleje. Hospitalet har fået et Understøttelsesfond, hvorigennem velstående Patienter yde Hjælp til bedre Forplejning af mindre velstillede. Sygdomsformen ved Indlæggelsen var Mani hos 40, Melankoli hos 66, Vanvid hos 13, Sløvsind hos 6, ikke sindssyg var 1, til Observation 1; samtidig led 7 af progr. Parese (6 Mænd og 1 Kvinde), 1 af Epilepsi. Blandt Årsager opføres arvet Disposition i 85 Tilfælde, Masturbation i 10, Misbrug af Alkohol i 9 Tilfælde. Som Behandlingens Resultater angives, at 67 ere helbredede, 27 bedrede, 9 uhelbredede, 34 døde. Dødsårsagen var i 8 Tilfælde tuberculosis pulmonum.

Sindssygeanstalten ved Middelfart (Overlæge LANGE).

Antallet af Patienter var ved Årets Begyndelse 412, ved dets Udgang 415; der indkom 111, afgik 108 og behandledes i alt 523 (266

Mänd og 257 Kvinder). 77 uheldbedelige have måttet afvises. De projekterede Nybygninger ere nu færdige, hvorved der for lang Tid vil rådes Bod på den tilstedeværende Pladsmangel. Sygdomsformen ved Indlæggelsen var Mani hos 34, Melankoli hos 43, Forrykthed hos 5, Sløvsind hos 27. Desuden led 3 Mänd af progressiv Parese og 1 af Epilepsi. 1 var ikke sindssyg, 1 under Observation ved Årets Udgang. Af de opførte Tilfælde betegnes dog 32 rettest som »Forvirring», hvorved der på Mani kun falder 13, på Melankoli 32. Blandt Årsager opføres Arvelighed i 79, Pubertetsudvikling i 11, Senilitet i 10, Drik i 19, Kontusion af Hovedet i 10, Influenza i 9 Tilfælde. Behandlingens Resultater angives med 46 helbredede, 26 bedrede, 13 uheldbedede, 22 døde, 1 ikke sindssyg.

Sindssygeanstalten ved Århus (Overlæge HOLM).

Antallet af Patienter ved Årets Begyndelse var 547, ved Udgangen 551; der indkom 132, afgik 128 og behandledes i alt 679 (332 Mänd og 347 Kvinder). Sygdomsformen ved Indlæggelsen var Mani hos 60, Melankoli hos 45, Forrykthed hos 18, Sløvsind hos 7; 2 vare ikke sindssyge. Samtidig led 6 Mänd af progr. Parese. Blandt Årsagerne nævnes Arvelighed med 83, Disposition efter tidligere Anfald med 25 Tilfælde, de øvrige Årsager med kun enkelte Tilfælde hver. Som Behandlingsresultater angives 51 helbredede, 9 bedrede, 16 uheldbedede, 13 døde, 1 ikke sindssyg.

Sindssygeanstalten i Viborg (Overlæge HALLAGER).

Indeholder Nekrolog over Overlæge GAD, som døde d. 7 Januar 1895 af erysipelas capitis efter at have været Overlæge i 18 År, fra Juli 1876.

Antallet af Patienter ved Årets Begyndelse var 340, ved Udgangen 338; der indkom 45, afgik 47, behandledes i alt 385 (176 Mänd og 209 Kvinder). Sygdomsformen ved Indlæggelsen var Forrykthed hos 16, Sløvsind hos 28, periodisk Mani hos 1. Af de afgåede ere 3 udskrevne, 44 døde. Af Dödsfaldene skyldtes de 20 Influenza, som i Marts—April rasede med stor Hæftighed både blandt Patienter og Personale.

P. D. Koch.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXVIII.

N° 22.

S.-E. HENSCHEN: Sclérose disséminée aiguë, avec névrite, de la moelle épinière, consécutive à la diphthérie chez un enfant.

Après un aperçu de nos connaissances actuelles quant aux altérations pathologiques qui se produisent dans la diphthérie, et après avoir rappelé qu'il a communiqué antérieurement (*Neurol. Centralblatt* 1886, p. 424, N° 4) un cas d'hémiplégie diphthérique produite par une embolie cérébrale (hémiplégie droite et aphasie), l'auteur, Mr le professeur HENSCHEN, de l'Université d'Upsal, décrit un nouveau cas ayant revêtu pendant la vie la forme de la myélite, mais s'étant trouvé, à l'autopsie, être une sclérose en plaques combinée avec la névrite, principalement dans les nerfs des jambes.

Une jeune fille de 14 ans, auparavant saine, tomba, le 17 mai 1893, simultanément avec plusieurs autres personnes de son entourage, malade d'une affection aiguë du pharynx relativement assez bénigne. Pendant 2 jours elle dut garder le lit. Le cinquième jour, élancements et fourmillements aux jambes, qui souffraient de tremblements et de faiblesse. Pas de douleurs ni de sensibilité. Le 6^{me} jour, elle ne pouvait plus marcher, et il se produisit une rétention d'urine. A son admission à l'hôpital, le 7^{me} jour, elle pouvait néanmoins s'appuyer encore un peu sur ses jambes, mais celles-ci tremblaient quand elle était couchée ou assise.

Le 25 mai, la paralysie des jambes était presque totale, et le tronc anesthétique jusqu'au thorax. Le 26, le bras droit fut aussi atteint de faiblesse et l'anesthésie passa au côté droit jusqu'au 5^{me} interstice costal. Fourmillements au bras droit, mais sans anesthésie. Les réflexes rotuliens légèrement renforcés, circonstance déjà observée antérieurement.

Le 28 mai. Rien à signaler dans les nerfs crâniens, sauf que la vision est gravement diminuée à l'œil gauche, et que les paupières

sont assez difficiles à relever; les pupilles grandes avec une réaction lente. Anesthésie des deux jambes et du tronc jusqu'au thorax, à droite jusqu'au 5^{me} interstice costal. Toutes les qualités de la sensibilité considérablement diminuées, le sens de la chaleur le moins de tous, dans la région anesthétique. Parésie du bras droit et des muscles abdominaux, paralysie des jambes, rétention d'urine. *Actuellement pas de réflexes rotuliens*. La musculature lâche, atrophique. Le bras gauche s'affaiblit aussi pendant les jours suivants; ptosis aux deux yeux. Hyperesthésie à la partie inférieure du visage et du bras droit. La voix nasale, *la corde vocale de droite manque de mobilité*; les muscles du cou paralysés. Diminution de l'irritabilité faradique, avec contractions lentes. Anesthésie du rectum.

11 Juin. Trombose à la jambe droite. La dernière partie du mois, amélioration de la mobilité des bras et des jambes. La sensibilité des jambes commence à revenir. Décubitus. Marasme.

Juillet. État stationnaire; à la fin du mois, bronchopneumonie. Le 4 août, la mort survient. Tout le temps, la température varie entre 37 et 40° C.

Autopsie.

Outre une dégénération avancée et totale des nerfs des jambes et une dégénération moins développée des bras, on constate de nombreux foyers sclérotiques épars sur toute la longueur de la moelle épinière, moins toutefois dans la *moelle cervicale*, où l'on ne découvre que quelques petits foyers sclérotiques de la grosseur d'une tête d'épingle, mais en même temps une *dégénération secondaire évidente des cordes de Goll*. *Les altérations de la moelle lombaire* sont moins prononcées que celles de la *moelle dorsale*. Dans la partie inférieure, elles ont surtout détruit irrégulièrement les cordes de GOLL, mais on les rencontre au surplus éparses sur toute la surface de la section transversale, le moins cependant dans les cordes pyramidales. Elles se sont aussi étendues à la substance grise. Dans ces foyers, les filets nerveux offrent une dégénération plus ou moins totale, les cylindres-axes sont souvent conservés, et la limite entre le tissu sain et le tissu malade est loin d'être tranchée. Quand il y a sclérose, les grandes cellules ganglionnaires de la substance grise sont plus ou moins totalement détruites, et le tissu contient de nombreuses cellules de névroglie, ainsi que du tissu de névroglie fibrillaire. Les cellules ganglionnaires de la moelle lombaire sont normales. On rencontre des foyers pareils dans les racines des nerfs à leur sortie de la moelle. Émigration cellulaire abondante autour des vaisseaux; la paroi de ces derniers n'a le plus souvent pas subi d'altérations. Le processus paraît s'être étendu depuis la moelle dorsale tant en haut qu'en bas.

Après avoir démontré qu'il s'agissait ici d'un côté d'une diphthérie légère bénigne, et de l'autre, anatomiquement, d'une sclérose en plaques combinée avec une névrite, Mr HENSCHEN signale cet écart des formes ordinaires, consistant en ce que la paralysie se produit d'abord dans les jambes et les bras, qu'elle ne se présente que plus tard au palais et au larynx, que les réflexes rotuliens, d'abord ren-

forcés, disparurent ensuite, et que la vessie était parétique. La nature de la paralysie et surtout le renforcement des réflexes n'autorisaient pas l'établissement du diagnostic sur une polynévrite, mais sur une myélite. Il n'existait pas en général de signes caractéristiques de sclérose en plaques, à l'exception des tremblements qui se présentèrent au début de la maladie, et du renforcement des réflexes.

L'auteur signale ensuite que l'on a rencontré, il est vrai, des cas cliniques paraissant avoir été la sclérose en plaques, 3 fois après la diphthérie, 1 après l'angine tonsillaire (?), et 1 après l'angine phlegmoneuse, mais qu'il n'a été fait d'autopsie dans aucun de ces cas, circonstance importante par la raison que fréquemment le diagnostic clinique de la sclérose n'est pas confirmé par l'autopsie.

Dans le cas actuel, la sclérose se présenta déjà dans le cours de la diphthérie, d'où il suit que sa relation avec cette maladie est particulièrement évidente. Ce cas reçoit un redoublement d'intérêt des expériences auxquelles se sont livrés ENRIQUEZ et HALLION, ainsi que récemment S. CROcq fils. Ce cas relie les cas cliniques qui viennent d'être mentionnés avec les résultats de l'expérience.

Le cas actuel est ensuite un cas de *sclérose chez un enfant*. Quoiqu'il ait été communiqué de nombreux cas de sclérose en plaques, il n'a pas été constaté jusqu'ici par l'autopsie de cas pareils chez les enfants.

Le cas paraît être le premier cas *aigu de sclérose*, et en considération des expériences qui viennent d'être mentionnées, de même que de la présence de la névrite, *la production de la sclérose par des toxines est probable*.

L'image de la myélite est intéressante au point de vue clinique. La cause ne s'en trouve probablement pas dans la circonstance que les altérations offraient une extension telle, mais bien dans celle qu'elles étaient aiguës, les toxines agissant sur la totalité de la section de la moelle, et enfin dans la présence de la névrite. Un commencement de retour des symptômes se produisit de bonne heure.

Au point de vue anatomique, le cas offre l'image typique de la sclérose en plaques. Les cylindres-axes font néanmoins défaut sur certaines taches, ce qui montre que les formes pareilles, *dans lesquelles les cylindres-axes manquent (forme sclérose multiloculaire diffuse)*, ne doivent pas être différenciées d'avec les formes typiques. Trois théories sont en présence vis à vis de la pathogénésie de la sclérose en plaques: la théorie interstitielle, la théorie parenchymateuse et la théorie vasculaire.

Dans le cas présent, les parois des vaisseaux n'étaient pas altérées (épaissies), et la moelle épinière offrait l'image d'une inflammation avec émigration de leucocytes dans les gaines des vaisseaux. Or, comme l'on sait que les toxines, et spécialement celle de la diphthérie, qui doit être sans nul doute amenée à la moelle épinière par les vaisseaux, provoquent l'émigration des leucocytes, la nécrose des gaines nerveuses, et en dernier lieu la prolifération de la neuroglie, Mr HENSCHEN pense que toute cette discussion sur l'origine primaire de la sclérose manque d'importance, et que *les trois théories doivent être*

remplacées par une théorie des toxines. L'intensité du toxique (respectivement de l'inflammation) et la chronicité du processus déterminent quels éléments anatomiques subiront les plus grandes altérations, le tissu conjonctif, les nerfs ou les vaisseaux.

Les cas aigus pareils au cas présent et l'expérience peuvent seuls résoudre la question de la pathogénésie de la sclérose, et non d'anciens cas dont jusqu'ici l'autopsie n'a eu lieu que lorsque les altérations aiguës et les altérations chroniques se trouvaient confondues les unes avec les autres.

La moelle cervicale des cordes de GOLL était atteinte de *dégénération secondaire*.

Résumé.

Le cas qui vient d'être communiqué, présente les particularités, et donne lieu aux conclusions suivantes:

1. C'est un cas rare de sclérose en plaques consécutive à la diphthérie.
2. C'est un cas aigu, qui est unique.
3. Une sclérose pareille a encore à peine été observée chez les *enfants*.
4. Le cas montre l'image clinique de la myélite, explicable par sa marche aiguë.
5. Il fait voir plus clairement que d'autres cas l'intime relation existant entre les maladies infectieuses et la sclérose.
6. L'interprétation la plus facile à donner de ce cas, combiné cliniquement avec d'autres faits, est l'admission de l'action de toxines.
7. Au point de vue *anatomique*, le cas présente l'image d'une inflammation, et appuie anatomiquement l'admission que l'origine primaire des formes aiguës de la sclérose doit être cherchée dans l'action des toxines sur les tissus.
8. La sclérose était combinée avec la névrite, maladie qui fournit l'explication la plus facile de l'extension de la paralysie.

N^o 24.

G. NAUMANN: Sur la tuberculose péritonéale.

L'auteur, Mr le Dr G. NAUMANN, d'Helsingborg (Suède), a observé 20 cas de cette affection, dont 19 ont été opérés. C'est grâce à la fréquence inouïe de la tuberculose dans les environs d'Helsingborg, qu'il a eu l'occasion relativement si fréquente d'observations pareilles.

Il mentionne la fréquence de même que les rapports de la maladie avec le sexe et l'âge. Parmi les 20 cas de l'auteur, 4 se réfèrent à des hommes. Son plus jeune sujet avait 18 mois, le plus âgé 64 ans.

Mr NAUMANN expose ensuite rapidement l'étiologie de la tuberculose mentionnée, avec les variations qui se présentent dans son ana-

tomie pathologique, parmi lesquelles il signale un épaissement du péritoine pariétal d'environ 2 cm.

On peut désormais être en droit de considérer la «péritonite noueuse» comme une forme spéciale, mais guérie, de la péritonite tuberculeuse.

Décrivant ensuite en traits généraux les symptômes de la maladie, l'auteur mentionne les différentes divisions cliniques que l'on a essayé d'établir en Allemagne et en France, et il se prononce pour celle proposée par ALDIBERT en 1892.

Mr NAUMANN signale les difficultés souvent inouïes qu'offre le diagnostic, ainsi que les circonstances les plus importantes qui peuvent servir de guide.

L'auteur mentionne entre autres qu'il a vu plusieurs cas où la seule manifestation pathologique clinique consistait dans l'exsudation de la cavité abdominale.

Il est souvent impossible d'établir le diagnostic autrement que par exclusion, et s'il ne se présente aucun centre initial de tuberculose dans les poumons, les intestins, les organes sexuels ou les os, on est fréquemment forcé de se contenter d'un diagnostic de probabilité.

Mr NAUMANN passe ensuite aux symptômes physiques caractéristiques de la péritonite tuberculeuse, conseillant l'incision d'essai si tous les autres indices manquent, et cela d'autant plus que d'ordinaire elle constitue à la même fois la meilleure méthode de traitement.

L'auteur estime qu'il est irrationnel d'exiger toujours l'examen bactériologique, cet examen ne pouvant pas être pratiqué dans la règle avant la laparotomie.

Le pronostic ne paraît pas, même dans le traitement expectatif, être aussi défavorable que beaucoup l'ont admis, en ce que, selon PIC, 34 % des enfants et 18 % des adultes ont été améliorés ou guéris par ce traitement.

La laparotomie fournit cependant jusqu'à 70 % de guérisons.

Mr NAUMANN mentionne deux cas récidivants, dans lesquels il a pratiqué la ponction avec avantage. L'un de ces cas était celui d'un jeune garçon, qui a été le second individu mâle opéré après diagnostic.

Dans deux cas d'opérations d'hernies congénitales, l'auteur a vidé l'exsudat par la porte de l'hernie.

Mr NAUMANN expose ensuite les divers procédés de laparotomie applicables aux formes différentes de l'affection et aux variations du pronostic.

Dans le traitement consécutif, l'auteur signale l'importance d'une bonne hygiène, d'un régime convenable etc.

Les contre-indications contre la laparotomie sont principalement fournies par une tuberculose plus avancée dans d'autres organes.

Il a été plusieurs fois constaté, à l'autopsie ou à une laparotomie renouvelée, une guérison même anatomique après la laparotomie.

Comme il est impossible de compter sur une guérison spontanée, l'auteur estime que l'opération est parfaitement autorisée si elle peut agir comme impulsion à la guérison. Les recherches récentes semblent indiquer que c'est le cas.

La laparotomie conduit à des résultats aussi bien dans les formes sèches que dans les formes avec exsudations liquides, et l'effet en doit par conséquent être attribué à une cause commune.

L'auteur estime que cette cause consiste précisément dans l'attaque traumatique produite par la section du ventre, amenant une augmentation considérable de l'afflux du sang dans le péritoine, dont le tissu est si sensible. Par suite, le sérum bactéricide du sang qui pénètre partout, à l'opposé des antiseptiques, arrive en grande quantité en contact avec les bacilles. Mr NAUMANN estime que l'on a eu trop peu égard jusqu'ici à cette impulsion donnée à la guérison.

Cela est toutefois encore loin d'expliquer la guérison après laparotomie. La présence d'autres facteurs importants est encore nécessaire, et les expériences sur des animaux publiées à ce sujet par NANOTTI et BACIOCCHI jettent une vive lumière sur la question.

Ces savants ont produit, par l'injection de matière tuberculeuse, la péritonite chez des chiens et des lapins. Dans les cas où la laparotomie ne fut pas pratiquée, ces animaux moururent au bout d'un certain temps, et il fut constaté que les tubercules avaient gagné les glandes lymphatiques, le foie, les plèvres et les poumons. Grâce à la laparotomie, 7 chiens furent guéris et deux améliorés, tandis que chez deux autres il ne put pas être tracé d'amélioration.

Il fut constaté, à l'examen microscopique, que les bacilles s'émiettaient en grains, et l'on découvrit en outre une phagocytose due à des cellules épithélioïdes de formation récente. Les bacilles tuberculeux avaient perdu leur virulence. Il fut constaté en outre une dégénération des cellules formant les tubercules, et la pénétration dans ces derniers de vaisseaux et de tissu lamineux, par lesquels ils avaient été résorbés et remplacés par du tissu cicatriciel. Cela donnait au péritoine une apparence presque normale, tandis qu'il restait dans d'autres cas des adhésions et des nœuds cicatriciels.

Cette circonstance démontre évidemment, comme on le voit, la transition de la tuberculose à ce que l'on a nommé la «péritonite noueuse», qui doit par conséquent être considérée comme une péritonite tuberculeuse avec guérison démontrée par la voie expérimentale.

OSLER a déjà observé une transformation pareille des tubercules en tisseux lamineux 5 mois après la laparotomie, et JORDAN a fait récemment la même observation. Dans ces deux cas, la tuberculose pouvait encore être pleinement constatée.

L'auteur considère néanmoins comme probable que la formation d'adhérences exerce aussi un certain rôle dans la guérison. On rencontre fréquemment des adhésions dans les opérations, et il en a été observé dans 45 % des autopsies.

Les résultats des recherches les plus récentes peuvent se résumer dans les deux points suivants :

1. La péritonite chronique avec noeuds de tissu lamineux, dans lesquels il ne peut pas être tracé de bacilles ni directement ni par la voie bactériologique, est une tuberculose péritonéale guérie où il peut cependant encore exister une exsudation liquide.

2. L'afflux de sérum sanguin dû à la lésion traumatique, donne probablement le premier, après la laparotomie, l'impulsion de la guérison, en ce qu'il nuit aux bacilles. Vient ensuite l'inflammation réactionnelle avec migration de corpuscules blancs, et une nouvelle formation de vaisseaux et de tissu lamineux, avec résorption des cellules dont les tubercules se composent. Dans cette inflammation, la naissance d'antitoxines aussi bien que la phagocytose constituent, selon toute probabilité, des facteurs importants pour la destruction des bacilles.

Mr NAUMANN exprime en dernier lieu l'avis que la lumière apportée par les recherches les plus récentes sur la marche de la guérison après la laparotomie contre la tuberculose péritonéale, doit fortement contribuer à augmenter la confiance dans ce traitement, le plus rationnel de tous, de la péritonite tuberculeuse.



Bidrag til Læren om tuberkuløs meningitis spinalis og akut leucomyelitis.

(Meddelelse fra Kommunehospitalets 3dje Afdeling:
Overlæge, Dr. med. JOH. MYGGE.)

Af

Dr. med. H. JACOBÅUS.

Med 1 Tavle.

Det er en Erfaring, som göres af enhver, der arbejder med et større klinisk Materiale, at de typiske, skolerette Tilfælde vel forefalde med en vis relativ Hyppighed, men at man dog meget ofte træffer Tilfælde, som i en eller anden Retning afvige fra Typen, og dette gælder også for de Sygdomme, der henregnes til de dagligdags forekommende. Årsagen hertil må vel til Dels søges deri, at Opstillingen af et Sygdomsbillede altid til en vis Grad betyder en Abstraktion; men det er også en klinisk Erfaring, at Sygdommene i Tidernes Løb forandre Karakter indenfor visse Grænser, og da det såkaldte klassiske Billede i Følge Sagens Natur domineres af ældre Forfatteres Anskuelse og Opfattelse, fremkommer herved en mere eller mindre betydelig Inkongruens, mellem hvad der opstilles som Type for en given Sygdom og dens kliniske Former. Det er vel og vil vel altid være nødvendigt, væsentligt af didaktiske Hensyn, at fastholde såkaldte klassiske Sygdomsbilleder; men samtidigt må man fremhæve så vel deres abstrakte Karakter som de mere eller mindre afvigende Former, der jo næsten udgøre Hovedmassen af de klinisk iagttagne Tilfælde og derfor fortjәне al mulig Opmærksomhed. Hermed er også givet Beret-

tigelsen til at offentliggøre særligt ejendommelige og afvigende Tilfælde; ti det kan være Undersøgerens Kundskab om Forekomsten af slige meget atypiske Former, der i vanskelige Tilfælde leder Diagnosen i den rigtige Retning; i efterfølgende Sygehistorie have vi et Exempel på en anomal Form af en almindeligt forekommende Sygdom.

J. G. A., 36 År, Enke. Indl. $17/_{10}$ 95, död $3/_{11}$ 95.

Patientens Moder og en Broder ere døde af Lungetuberkulose; som Barn har hun lidt af Skrofulose; i mange År har der været gastriske Forstyrrelser med sviende Smerter i cardia, strålende op mellem Skulderbladene; Opkastninger efter Måltiderne og træg Afføring. Fra $13/_{11}$ til $17/_{12}$ 91 behandledes hun på Kommunehospitalets 3dje Afdeling for en venstresidig exsudativ pleuritis med Punktur og påfølgende Aspiration; der fandtes da en ganske let Infiltration af højre Lungespids (lidt kortere Tone). Pat. udskreves helbredet. Menses indfandt sig i 16 Års Alderen, have været regelmæssige, ledsagede af molimina; hun har født fem Gange; de fire Fødsler ere forløbne normalt; af Börnene lever kun ét. Sidste Fødsel $24/_{8}$ 95. Barnet kom en Måned for tidligt og døde kort Tid efter Fødslen under Kramper. Hun lå i tre Uger efter partus med Feber, Blødninger og purulent Udflod fra vagina; ingen Smerter i Underlivet. Tre til fire Dage efter at hun var kommen op, blev hun atter syg, fik Kulderystelser, Smerter i Ryggen, begyndte at hoste og blev kortåndet; der var jævnlig Opkastninger, som sædvanlig indfandt sig efter Hosteanfald; en enkelt Gang vil hun have haft en mindre Hæmatemese; ikke melæna. Appetiten var dårlig, Afføringen stadig træg. Hun var meget mat og afkræftet, men gik dog oppe og passede sit Arbejde indtil 8 Dage før Indlæggelsen, da hun pludselig fik håftige Smerter over Lænderne og måtte gå til Sängs. Smerterne indfandt sig navnlig om Natten; ingen Vanskeligheder ved Vandladningen, ingen Smerter i Extremiteterne; under hele Sygdommen stærke subjektive febrilia.

$18/_{10}$ $\frac{38,6}{37,7}$. P. 96. Ingen Søvn i Nat; har klaget over jagende

Smerter over Lænder og Hofter. Urinen indeholder ingen albumen, Blod eller Sukker. Der har ikke været Hoste eller Smerter i Brystet; hun har tørstet en Del, men ikke nydt fast Føde; 2 Gange naturlig Afføring. Udseendet febrilt og nervöst. Ingen Stivhed af Nakken. Tungen hvidlig belagt på Midten. Der er stærk Ömhed for Tryk på bægge symphyses sacro-iliacæ og bagved bægge trochanteres majores; under højre Kurvatur er der Dæmpning i en Håndflades Udstrækning, og der føles her en Udfyldning, der når ned til Umbilikaltransversalen; den kan ikke palperes bimanuelt og synes at være højre Leverlap (Snørelever). Miltspidsen ikke følelig; men Dæmpningen går fra 8de costa til Kostoklavikulärinjen; ingen roseola. Undersøgelsen af Hjertet viser intet abnormt; P. ontr. 108, lille, blød, ikke dikrot. Der er let tympanitisk Dæmpning fra apex til 3dje costa på højre, til 2det

på venstre Side, hvor der høres en Mængde middelfine, fugtige og subkrepiterende Rallelyd; på Brystets Bagflade findes lette Dæmpninger omkring spinæ scapulæ; kun ringe avskultatorisk påviselige Forandringer. Pat. rejser sig uden Vanskelighed over Ende; i siddende Stilling er der stærk Æmhed på os sacrum; men der føles intet abnormt. Ved exploratio vaginalis føles portio vaginalis højststående, bagtil rettet, noget kort; orificium præsenterer sig som en lukket Tværspalte; der er ingen Æmhed eller Udfyldning i Parametrierne, og corpus uteri synes ikke forstørret, ligesom det er frit bevægeligt; på Forfladen af os sacrum føles intet abnormt ved Rektalexplorationen. — Rp. Pulv. antipyrini. $\frac{1}{2}$ Gm Morgen og Aften. Halvfeberkost + $\frac{1}{2}$ Pot Mælk.

$\frac{19}{10}$ $\frac{38}{38,3}$. Har sovet lidt og afbrudt; klager stadig over Smerter i regio sacralis; disse beskrives nærmest som nevralgiforme. Vandladningen fri; ingen Hoste eller Expektorat.

Hun er ved Stuegangen stærkt klagende, Huden dækket af Sved; Tungen tør. Der holder sig Æmhed ved Tryk på symphyses sacroiliacæ; ligeledes føler hun stærkere Smerter, når hun sidder over Ende, og når Bækkenet sammentrykkes fra Side til Side; aktive og passive Bevægelser af Underextremiteterne volde ikke Smerter.

$\frac{20}{10}$ $\frac{39}{38,5}$. Fik i Går efter Stuegang Tincturæ Thebaicæ guttas 10. Var rolig til i Går Eftermiddags Kl. 5 $\frac{1}{2}$, da Smerterne atter begyndte; fik i Aftes injectio morphica Centigram $\frac{3}{4}$, har derefter kun sovet lidt; i Morges Klokken 5 atter hæftige Smerteanfald; der holder sig stærk Æmhed i Sakrolumbalpartiet. Bevægelserne i Hofteleddet fri. Afføring efter Olje.

$\frac{21}{10}$ $\frac{39,1}{39}$. Har fået flere Morfinindsprøjtninger, men kun kortvarig Ro derefter; i øvrigt klaget meget stærkt; ved Stuegangen jamrer hun sig højt, er dækket af kold Sved. Æmheden af Sakrolumbalpartiet stadig meget betydelig.

$\frac{22}{10}$ $\frac{39,4}{38,7}$. Morfinindsprøjtninger (på 1,5 Gm) fremkalde stadigt kun forbigående Lindring; i øvrigt klager hun næsten uafbrudt over Smerter dels i Sakrolumbalpartiet, dels også over Smerter på Dorsalsiden af bægge Fødder, hvor der i øvrigt ikke opdages noget abnormt. Der har tillige udviklet sig noget Besvær ved Vandladningen, idet hun trods tenesmi må vente længe, inden Vandet kommer. Der foretages Kateterisation, og der udtømmes omtr. 350 Ccm. ravgul Urin.

$\frac{23}{10}$ $\frac{38,3}{38,3}$. Stadigt hæftige Smerter og kun ringe Virkning af Indsprøjtningerne. Stærk Sved; flere Småopkastninger. Patienten er fuldstændigt klar. Der holder sig Smerter og Æmhed på Fodryggene; men hun formår at bevæge Underextremiteterne frit.

$\frac{24}{10}$ $\frac{37,7}{37,2}$. Smerterne uforandrede. Urinen må tages med Kateter, indeholder ikke albumen. Der er ingen Nakkestivhed; men der er stærk lordotisk Krumning af columna lumbalis.

$25/10$ $\frac{36,8}{37,7}$. Har klaget stærkt i Nat trods injectio morphica Centigram 2,5.

Afföringen meget træg trods forskelligartede laxantia.

$26/10$ $\frac{37,8}{38}$. Har klaget noget mindre, været en Del urolig, er til Morgen let desorienteret; der er tydelig opistotonisk Krumning af columna, Nakkestivhed og Ömhed for Tryk så vel af de lumbale som af de dorsale og cervikale processus spinosi. Pupillerne reagere trægt, Patellarreflexerne ere ophævede. — Rp. Chapmans Ispose.

$27/10$ $\frac{39,4}{38}$. Ringe Ro i Nat; nyder meget lidt. Ingen Tänder-skären eller Kramper. Nakkestivhed og opistotonisk Krumning af Ryggen holde sig. Patienten formår i Dag ikke at løfte Underextremiteterne, og disse ere stærkt hyperæstetiske.

$28/10$ $\frac{36,5}{37,7}$. Har kastet op et Par Gange; klager over Hovedpine. Pupillerne reagere ikke for Lysindfald.

$29/10$ $\frac{37,9}{37,5}$. Mere Ro i sidste Dögn; en enkelt Gang er iagttaget Skelen. Urinen må stadigt tages med Kateter; indeholder ikke albumen. Öjeaxerne deviere noget; men der er ikke udtalt strabismus. Patienten er uklar, Udtrykket slövt, Blikket stirrende; tydelig Cyanose. Pulsen lille og frekvent. Hun kan ikke bevæge Underextremiteterne.

$30/10$ $\frac{38,2}{38,2}$. Klager til Morgen særligt over Smerter i crura; der er betydelig Hyperæstesi; på os sacrum er fremkommet en omtr. Örestor dekoloreret Plet.

$31/10$ $\frac{38,2}{37,4}$. Til Morgen stærke Smerter i Underextremiteterne og Ryggen; er stadigt uklar.

$1/11$ $\frac{38,6}{38,7}$. Er mindre klagende; har i sidste Dögn kun fået én Morfinindspröjtning.

$2/11$ $\frac{39,1}{37,4}$. Stärk Nakkestivhed; betydelig Cyanose. Hjärteaktionen meget frekvent, Puls utålelig. Decubitus breder sig. Underextremiteternes Muskler ere stive og ömme; hun kan slet ikke bevæge Benene. Hudhyperæstesien holder sig.

$3/11$. Pat. faldt mere og mere sammen og døde Kl. $1\frac{1}{2}$ Nat.

Sektion $4/11$ 96.

Liget afmagret; rigor tilstede, rigelig Hypostase.

Dura mater noget spændt, gyri applanerede, sulci lineære; på basis cerebri findes i de blöde Hinder navnlig om chiasma og i fossæ Sylvii et gulgråt, gelatinöst Exsudat, hvori talrige miliære Gryn. Sideventriklernerne noget udvidede af klar serös Vädske; Hjärnemassen fugtig, med talrige Blodpunkter. I Rygmarvens blöde Hinder findes, navnlig på

Bagfladen, strækkende sig fra den øverste Del til cauda equina, et ligende Exsudat som på basis cerebri, der sammenlodder Membranerne og når sin største Tykkelse svarende til Rygmarvens nedre Parti, hvor det danner et flere Millimeter tykt Lag om Marven; denne selv viser makroskopisk intet abnormt.

Hjertet er lille, slapt og mørt; Myokardiet gråliggult. I bægge apices pulmonum ældre ftisiske Processer, i venstre en lille glatvægget Kaverne; bægge Lunger gennemsaede af spredte miliære Gryn.

Milten forstørret, Vävet mørkerødt, henflydende, uden miliære Aflejringer.

Leveren viser en tungeformet forlænget højre Lap; på den konvexe Flade ses en svagt udtalt Snörefure, der fortsætter sig over på Ventriklen; i Vävet selv spredte miliære Gryn.

I Ventriklen stjerneformede Cikatricer, svarende til Snörefuren. Nyrernes Væv slapt og gråligt, nigennemsigtigt; på Overfladen flere miliære Gryn.

Venstre tuba stærkt forlænget og udvidet, navnlig den perifere Halvdel, der er opfyldt af kaseöse Masser. Uterus lille og slap. Endometriet viser udbredte ulcera, for største Delen med faste kaseöse Belægninger, strækkende sig fra fundus til orificium internum, hvor Affektionen ender med en skarp Raud.

I nederste Del af ileum, i cœcum og colon adscendens indtil årtstore tuberkulöse Sår.

Sektionsdiagnose: Tuberculosis pulmonum cavernosa sin.; tuberculosis miliaris pulmonum, hepatis, renum; salpingitis et endometritis tuberculosæ; cicatrices ventriculi; prolongatio lobi dextri hepatis; degeneratio myocardii; leptomeningitis cerebro-spinalis tuberculosa.

Det drejer sig i dette Tilfælde om et tuberkulöst disponeret Individ, som i mange År havde lidt af Ventrikeltilfælde og omtr. 4 År før Indlæggelsen gennemgaaet en muligtvis tuberkuløs exsudativ pleuritis; i Tilslutning til en Fødsel blev hun febril, fik uregelmæssige Blødninger og purulent Vaginalflod. Denne endometritis puerperalis, som man vel har Ret til at diagnosticere, forløb i det væsentlige på tre Uger; få Dage senere begyndte Patienten atter at febricitere, fik Smerter i Ryggen, Hoste og blev kortåndet, ligesom Almentilstanden forværredes og hun følte sig meget mat og afkræftet; disse Symptomer skyldes vel utvivlsomt den ante og post mortem vel konstaterede Lungetuberkulose. Som så mange Ftisikere af den ubemidlede Klasse holdt hun sig oven Sænge og forsøgte at passe sit Arbejde indtil otte Dage før Indlæggelsen (¹⁷/₁₀), da der indtrådte et nyt Symptom, nemlig hæftige Smerter i regio lumbo-sacralis. Ved Undersøgelsen på Hospitalet fandtes utvivlsomme Tegn på en dobbeltsidig Ftise og Patienten led

af overordentlig håftige Smerter i regio sacralis, som dels vare spontane, dels fremkaldtes ved Forsøg på at sidde over Ende og ved Sammentrykken af Bækkenet fra Side til Side, ligesom hun var meget øm ved Tryk på os sacrum og symphyses sacroiliacæ. I de følgende Dage vare Smerterne meget intense, dulmedes kun forbigående af indtil 2,5 Cgm Morfin subkutan; $^{22}/_{10}$ begyndte hun at klage over Smerter på bægge Fødders Dorsalside, hvor der var fremtrædende Hyperæstesi, medens Underextremiteterne holdt sig frit bevægelige; $^{24}/_{10}$ optrådte Urinretention, ligesom der udviklede sig en betydelig Lordose i Lumbalpartiet; $^{26}/_{10}$ viste Patienten sig for første Gang desorienteret; Æmheden indtog nu også columnas Dorsal- og Cervikalparti, ligesom der var begyndende Nakkestivhed; $^{27}/_{10}$ Paralyse af Underextremiteterne; stærk opisthotonus; $^{28}/_{10}$ Opkastninger, Hovedpine, Pupilstivhed; $^{30}/_{10}$ begyndende decubitus; $^{3}/_{11}$ Død Kl. $1\frac{1}{2}$ Nat.

Sammenholdes det kliniske Billede med Sektionsfundet, kan der vel ikke være Tvivl om, at de meget håftige lumbosakrale Smerter skyldtes en Tuberkulose i Hinderne om cauda eqvina og nederste Del af medulla spinalis, samt at Meningiten herfra er ascenderet og efter først at have angrebet Rygmarvens dorsale og cervikale Del er gået over på basis cerebri. Man kunde måske gå videre i Tydningen af Tilfældet og opstille som en ret rimelig og sandsynlig Hypotese, at medulla spinalis var bleven inficeret fra Genitaltuberkulosen. Man kender jo i Virkeligheden Tilfælde, hvor en ikke tuberkuløs Betændelsesproces i og om genitalia interna, vist nok gennem Nervernes Lymfespalter, forplanter sig til Spinalkanalen og Rygmarshinderne. Hos vor Patient fandtes der vel en udbredt Miliærtuberkulose og altså, om man vil, en Infektion af Blodvæsken, og en Efterforskning af de særlige Veje, den tuberkuløse Infektion har fulgt, synes derfor at være en temmelig umulig Opgave. Ser man imidlertid nærmere på Sygehistorien, viser det sig, at Smerterne i over fjorten Dage holdt sig udelukkende til Lumbodorsalpartiet; derefter angrebes i hurtig Rækkefølge Hinderne om den højere liggende Del af medulla spinalis og basis cerebri. Når således Meningealaffektionen ikke blot begynder om cauda eqvina, men endog gennem flere Uger holder sig isoleret her, bliver det naturligt at sætte den i Forbindelse med den vel langt hyppigere, men dog ingenlunde almindelige endometritis og salpingitis tuberculosa. Til-

fäldets *Patogenese* bliver da sandsynligvis følgende: Fra Respirationsorganerne, der jo i næsten alle Tilfælde danne Indgangsporten for Tuberkelinvasionen, er Infektionen, gennem en bacillär Emboli, bleven forplantet til genitalia interna, der på Grund af den forudgåede Fødsel med påfølgende Puerperalinfektion have været i en for Smitten modtagelig Tilstand; herefter er den nedre Del af meninges spinales bleven inficeret, og per continuitatem er Tuberkulosen skreden videre gennem Spinalkanalen op til Hjärnens Underflade; disse udbredte, men lokale, tuberkulöse Affektioner have så på et ikke nøjere bestemt Tidspunkt kompliceret sig med en universel Tuberkeleruption.

Diagnosen af Tilfældet frembød ikke ringe Vanskelighed; den stetoskopiske Undersøgelse viste vel en utvivlsom phthisis pulmonum, og efter nogle Dages Observation var Diagnosen: meningitis spinalis, ligeledes sikker; om denne sidste Lidelses Natur kunde der imidlertid være Tvivl; ti, som Sygehistorien viser, havde Patienten nogen Tid forud gennemgaaet en puerperal Infektion, og det var da muligt, at Meningiten var forplantet fra et Betændelsefocus om genitalia. Denne Supposition støttedes til Dels indirekte derved, at en tuberkulös meningitis, der begynder ved den *nederste* Ende af Rygmarven, hører til de overordentlig sjældne Affektioner.

Som bekendt, særligt efter Afhandlinger af CHANTEMESSE ¹⁾ og BOIX, ²⁾ viser den tuberkulöse meningitis hos voxne sig ofte under Former, der ere vidt forskellige fra det hos Börn så hyppigt iagttagne Symptomkomplex. JACCOUD ³⁾ har endog kunnet sige, at kun den dødelige Udgang var fälles for voxnes og Börns tuberkulöse meningitis, alt andet forskelligt. Heri ligger dog vist nok en Overdrivelse, idet mange Tilfælde hos voxne i alt væsentligt forløbe som det store Flertal af Meningiter hos Börn, hvad der er ret iøjnefaldende, når man gennemgår Materialet fra en større Afdeling; de i Literaturen beskrevne Tilfælde ere unægtelig meget afvigende, hvad der jo forklares fuldt ud derved, at det hovedsagelig ere de atypiske og ejendommelige Tilfælde, der offentliggøres.

¹⁾ CHANTEMESSE: Étude sur la méningite tuberculeuse, les formes anormales en particulier. Thèse de Paris 1884.

²⁾ BOIX: Contribution à l'étude de la tuberculose méningée de l'adulte. Revue de médecine 1893.

³⁾ JACCOUD: Leçons de clinique médicale de la Pitié 1883—1884.

De forskellige Former af tuberkuløs meningitis, man har beskrevet, ere meget talrige; men mange repræsenteres kun af et enkelt Tilfælde; stundom begynder Sygdommen som en akut morbus mentalis, og da ofte under Billedet af delirium tremens (JACCOUD);¹⁾ i andre Tilfælde er det væsentlige Symptom epileptiforme og tetaniforme Kramper eller apoplektiforme Insulter; i atter andre, særligt hos gamle Mennesker, er Sygdommens Udvikling næsten latent: lidt Hovedpine, enkelte Opkastninger og dødelig Kollaps udgøre Sygdomsbilledet; man har endog iagttaget Tilfælde, hvor Patienterne have passet deres Arbejde indtil tredive Timer før Døden og pludseligt ere blevne angrebne af Konvulsioner og Delirier med påfølgende letal coma; post mortem er der da fundet udtalte tuberkuløse Forandringer i meninges (HEUBNER).²⁾

En af de sjældneste blandt disse anomale Former er den såkaldte *spinale*, karakteriseret ved, at der, før der optræder sværere cerebrale Forstyrrelser, findes et Stadium med Symptomer på en Lidelse i meninges medullæ spinalis. Formen omtales af CHANTEMESSE³⁾ og BOIX.⁴⁾ LEUBE⁵⁾ refererer en ejendommelig Sygehistorie, hvor der hos en ung phthisica optrådte Smerter i Nakken ved Bevægelser, derefter Svaghed i venstre Arm med Nedsættelse af Føleävnens; i hurtig Udvikling angrebtes på samme Måde højre Ben, samtidigt med at columna blev meget stiv og smertefuld. Senere Svaghed i højre Hånd, uvilkårlige Strækkebevægelser i Extremiteterne, Dysuri og Obstipation. Efter et flere Måneder varende Forløb svandt Symptomerne næsten fuldstændigt, og Patienten udskreves; hun var så rask i godt et År, da Ftisen blussede op og kompliceredes med en hurtigt forløbende meningitis tuberculosa cerebri; i Rygmarvens Hinder fandtes mikroskopisk Tegn på overstået Betændelse. REINHOLD⁶⁾ omtaler ganske korteligt et Tilfælde, hvor der først var rent spinale, senere cerebrale Symptomer.

Et særdeles prægnant Exempel på denne ejendommelige Sygdomsform have vi i foranstående Sygehistorie, der næsten

¹⁾ JACCOUD: Leçons de clinique médicale de la Pitié 1886—87.

²⁾ HEUBNER: Eulenburgs Encyclopædie. Artikel: Gehirnhäute.

³⁾ CHANTEMESSE: S. St.

⁴⁾ BOIX: S. St.

⁵⁾ LEUBE: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten II, 1895.

⁶⁾ REINHOLD: Klinische Beiträge zur Kenntniss der akuten Milärtuberkulose und tuberkulösen Meningitis. Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1891.

fuldstændigt dækker den af BOIX ¹⁾ givne Skildring af Symptomkomplekset ved den tuberkuløse Meningits spinale Form: Smerter over Lænderne, spontane og ved Tryk, irradierende ud i Extremiteterne eller fortil i Form af Bälteførmelse, kutan Hyperæstesi, først Paraparese, senere mere eller mindre komplet paraplegia inferior, Spasme eller Slappelse af Sfinktererne. Alle disse Symptomer følge mere eller mindre regelmæssigt efter hverandre; derefter kommer Stivhed af truncus, Parese af Armene, cerebrale Forstyrrelser.

Mindre sjældent end den spinale, ascenderende Form af den tuberkuløse meningitis finde vi en *samtidig Lidelse af meninges cerebri et medullæ spinalis*, ja stiller man sig på et patologisk-anatomisk Standpunkt, er denne Form utvivlsomt den hyppigste. Medens LEYDEN ²⁾ angiver, at den tuberkuløse meningitis spinalis og cerebrospinalis hører til de sjældnest forekommende Sygdomstilfælde, ere de moderne Forfattere af en ganske anden Mening. Allerede 1870 havde LIONVILLE ³⁾ påvist den hyppige Forekomst af tuberkuløse Forandringer i Rygmarvens Hinder, og andre Undersøgere, særligt SCHULTZE, ⁴⁾ have stadfæstet Rigtigheden heraf. End videre har i den nyeste Tid den så meget omtalte explorative Punktur af Duralsækken efter QUINCKE vist Rygmarvshindernes overordentlig hyppige Medliden ved den såkaldte basilärmeningitis, idet LICHTHEIM ⁵⁾ konstant finder Baciller i Punkturvædsken, FÜRBRINGER ⁶⁾ i 27 af 37 Tilfælde, og fra Tilstedeværelsen af Baciller tør man vel også slutte til bacillære Forandringer. Overensstemmende med disse Erfaringer angive moderne Forfattere (OPPENHEIM, ⁷⁾ HEUBNER, ⁸⁾ GUINON, ⁹⁾ at den tuberkuløse meningitis spinalis

¹⁾ BOIX: Anf. St.

²⁾ LEYDEN: Klinik der Rückenmarkskrankheiten 1874—76.

³⁾ LIONVILLE: Contribution à l'étude de la méningite cérébrospinale tuberculeuse. Archives de physiologie normale et pathologique 1870.

⁴⁾ SCHULTZE: Ueber das Verhalten des Rückenmarks und der Rückenmarksnerven bei akuter Bacillärmeningitis. Berliner klinische Wochenschrift 1876.

Samme: Zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der tuberkulösen und entzündlichen Erkrankungen und der Tuberkel des cerebrospinalen Nervensystems. Deutsche Archiv f. klinische Medicin 1880.

⁵⁾ LICHTHEIM: Zur Diagnose der Meningitis. Berliner klinische Wochenschrift 1895.

⁶⁾ FÜRBRINGER: Zur klinischen Bedeutung der spinalen Punction. Berliner klinische Wochenschrift 1895.

⁷⁾ OPPENHEIM: Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1894.

⁸⁾ HEUBNER: Anf. St.

⁹⁾ GUINON: Traité de médecine, Tome VI. Article: Méningite tuberculeuse.

särdeles ofte eller næsten altid ledsager den cerebrale; medens Forandringerne i Hovedmassen af Tilfældene ere mest udtalte på Hjærnsens ventrale Flade, ere de for Rygmarvens Vedkommende som Regel stærkest langs sulcus post.

Det er jo noksom bekendt, at de *sekundære Forandringer i Hjærnen* i mange Tilfælde af tuberkuløs meningitis ere særdeles iøjnefaldende, endog i den Grad, at man i tidligere Tid ganske overså de primære Forandringer i Hinderne; her skal blot nævnes den ofte meget betydelige hydrocephalus internus og Sammenvoxningen af pia med Hjærnsens Overflade, Injektionen og Emollitionen så vel af Kortikalsubstansen som af Ventriklernes Vægge. Nøjere Undersøgelser have lært os, at der også i Dybden af Hjærnemassen findes fremtrædende Forandringer, dels Proliferation af Nevrogliet (HAYEM), dels, særligt i corpora striata, større og mindre Emollitioner, oftest sammen med Hæmorrhagier, hvilke sidste også kunne bestå isolerede; disse Læsioner af Hjærnestammen har man udledt af en endarteritis tuberculosa i de lidt større Endegrene af art. fossæ Sylvii (RENDU,¹⁾ REINHOLD.²⁾

* De i øvrigt ret fåtallige Undersøgelser af medulla spinalis ved basilärmeningitis have nu vist, at *også Rygmarven undergår sekundære Forandringer*, som imidlertid kun ere synlige ved Mikroskopets Hjælp; i Følge SCHULTZE,³⁾ der særligt har beskæftiget sig med dette Spørgsmål, finder man i Randgebeterne Karudvidning med Celleinfiltration, ofte gruppevis optrædende foci, hvor Axecylindren er svullen og Marvkappen henfalden, derimod Centralkanalens og dens Omgivelser uden sygelige Forandringer.

Undersøgelser af Rygmarvens Forhold ved den tuberkuløse meningitis cerebrospinalis ere imidlertid, som nævnt, lidet talrige og ere desuden foretagne efter Metoder, der nu ikke menes at give fuldt pålidelige Oplysninger om Forandringerne i de nervøse Dele; derfor turde den mikroskopiske Undersøgelse af Rygmarven i vort Tilfælde, foretaget efter WEIGERTS Metode, have Krav på nogen Interesse. Uden at der gås nær-

¹⁾ RENDU: Recherches cliniques et anatomiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse. Paris 1873.

²⁾ REINHOLD: Anf. St.

³⁾ SCHULTZE: Anf. St.

*) *Anm.* Dette Afsnit er benyttet, om end i forandret Form, til en Meddelelse i medic. Selskab med Demonstration af Präparater (9de Møde ^{18/2} 96).

mere ind på Metodens Teknik, som her hjemme er udførligt omtalt af KOCH,¹⁾ skal der blot bemærkes, at det, man opnår, er at få en intensiv sort til mørkeblå Farvning af alle Nerve-tråde med normal Marv, og Metoden giver derfor et meget pålideligt Skøn over sygelige Forandringer i disse; tillige vi man også kunne se lidt mere fremtrædende Forandringer af Kar og Nerveceller; med Anvendelse af kun ringe Forsigtighed lykkes Präparaterne altid (EDINGER).²⁾

Som sædvanligt ved akute Forandringer i Rygmarven lod Hærdningen noget tilbage at ønske, så at Marven ikke lod sig skære i meget tynde Snit, ligesom disse viste nogen Tilbøjelighed til Spalเต็ดannelse. Efter at vare farvede og differentierede viste Snittene ret iøjnefaldende Forandringer. Navnlig ved Sammenligning med Normalpräparater var det let at se, at der i Sakrolumbal- og Dorsalpartiet fandtes fremtrædende Svund af marvholdige Nerve-tråde. De sværeste Forandringer sås imidlertid i *intumescencia cervicalis* (se vedføjede Tavle: øverste Billede); her viste hele Marvens Cirkumferens sig allerede makroskopisk fuldstændigt degenereret, præsenterede sig som en lysegul Bræmme uden om det mørkfarvede Centralparti; under Mikroskopet så man perifert et Bälte, hvor der så at sige ikke fandtes en eneste normal marvholdig Nerve-tråd, men vel nogle, til Dels svulne Axecylindre, omgivne af Rester af Marv; derefter kom en Zone, hvor der optrådte spredte mørkfarvede Nerve-tråde og endelig den næsten normale centrale Del. Cellerne i Forhornene vare talrige og af normal Form, de fine Trådnæt mellem dem tegnede sig ualmindelig fint og skarpt. På alle Snit fandtes en tydelig *hydromyelus*, om end Udvidningen var meget moderat; i Cervikalpartiet sås således en Tværspalte med bevaret Epitel, i de lavere liggende Partier var Centralkanalen forstørret, men havde bevaret sin Form og var fyldt med Detritusmasser.

Der er visse Ejendommeligheder ved dette mikroskopiske Fund. De meningeale Forandringer vare sværest i Lumbo-sakralregionen, og i Følge Sygehistorien kan der heller ikke være Tvivl om, at de dér havde bestået længst; man skulde da a priori vænte de betydeligste Läsioner i medullas nedre Del; men det viste sig tværtimod, at Randmyeliten var langt mere fremtrædende i Cervikalpartiet. Det er vel ligeledes utvivlsomt, at de marginale Läsioner sidstnævnte Sted direkte skyldes Forandringerne i de omkringliggende meninges, ere betingede af Kompressionen eller snarere hydröre fra en di-

¹⁾ KOCH: Undersögelser om nervus hypoglossus' Udspring og Forbindelser i medulla oblongata. 1887.

²⁾ EDINGER: Vorlesungen ueber den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. 1893.

rekte Overgriben af Betændelsen på Marven; man kunde jo nemlig vare fristet til at søge Forklaringen til de påfaldende stærke Forandringer i intumescencia cervicalis i den ejendommelige Egenskab hos visse Trådsystemer, at de degenerere i opadstigende Retning. C. LANGE¹⁾ har allerede i 1872 påvist, at Läsioner af Bagrødderne i Lumbalregionen, som også i vort Tilfælde være ret fremtrædende, medføre Degeneration af de GOLLSke Stränge i Halspartiet; et Blik på Bill. I viser imidlertid, at hele den perifere Del af Marven er degenereret, højre Side relativ mindst, således at Degenerationen i lige Grad har angrebet nedad- og opadstigende Trådsystemer; fremdeles er det kun den perifert liggende Del af Trådmasserne omkring sulcus posterior, som ere degenererede, den centrale er fuldstændig uskadt.

Det skal end videre fremhæves, at der ikke er fundet Tegn på en Lidelse af de relativt større Arteriegrene i Form af endarteritis med Trombedannelse, hvilke man som omtalt har tilskrevet en stor Rolle i de sekundære Hjerneforandringer Patogenese; ti i så Fald vilde Degenerationen sikkert være optrådt på en mere uregelmæssig Måde, og der måtte også være Forandringer i den grå Substans; denne får jo som bekendt sit arterielle Blod fra Grene fra art. spinalis anterior, med Undtagelse af Baghornene, der forsynes af art. spinalis posterior.

Må vi således sige, at der ved den Sygdom, som tyske Forfattere med Forkærlighed benævne »basilärmeningitis», som Regel findes en Lidelse i meninges medullæ spinalis og Marven selv, bliver Spørgsmålet, om disse meningo-myelitiske Forandringer også give sig Udslag i kliniske Symptomer. Det er jo sikkert nok, at man ved visse Former af Sygdommen har udtalte spinale Symptomer: Den her refererede Iagttagelse afgiver jo et fyldestgørende Exempel i så Henseende; på den anden Side er det Regelen, at utvivlsoomt spinalt betingede Funktionsforstyrrelser ere langt mere fremtrædende ved den ikke tuberkuløse cerebro-spinale meningitis. Vi møde her store Vanskeligheder, idet de spinale Symptomer kunne dækkes af de cerebrale; den svære Forstyrrelse af Bevidstheden spiller således en stor Rolle, idet den umuliggør nøjere Undersøgelse, og for mange nervøse Symptomer gælder det, at de kunne have

¹⁾ C. LANGE: Om Ledningsforholdene i Rygmarvens Bagstränge samt nogle Bemærkninger om Patologien af tabes dorsalis. Nord. med. Arkiv, 1872.

så vel en cerebral som en spinal Oprindelse; i et givet Tilfælde vil man altid være tilbøjelig til at henføre dem til den svære Hjernelidelse.

Der vil jo ikke være megen Fare for at tage Fejl, når man i et givet Tilfælde antager, at der foruden den cerebrale også findes en spinal tuberkuløs meningitis; moderne Undersøgelser have vist sidstnævnte Komplikations meget store Hyp-pighed; i Følge ovenstående vil det imidlertid sædvanligt ikke være muligt at påvise bestemte Symptomer på Lidelsen i medulla og dens Hinder. Den næsten konstante Nakkestivhed kan skyldes en Lidelse i bagre Hjernegrube (WERNICKE);¹⁾ men — selv om Nakkestivheden anses for betinget af en Irritation af de fra bulbus og øverste Del af medulla spinalis udgående Nerver, vil man vel ikke derfor tale om en meningitis spinalis; sikrere stå vi med Hensyn til Diagnosen af en sådan, når vi finde Stivhed af Rygraden med eller uden opistotonisk Krumning og Ömhed af processus spinosi. Gode Kendetegn ere også de irradierende Smerter og Hudhyperæstesier, hvorimod Muskelömhed og Paræstesier i Extremiteterne også kunne findes ved intrakranielle Affektioner (REINHOLD,²⁾ WERNICKE),³⁾ Med Hensyn til de sidstnævnte Symptomer ses det jo let, at de meget vanskeligt ville kunne påvises hos svært omtågede, soporöse Individuer. Hvad endelig de forskellige motoriske Forstyrrelser angår, som Paralyser, Spasmer, Kontrakturer, Sfinkterforstyrrelser, vil man næsten aldrig med absolut Sikkerhed kunne henføre dem til Forandringer i meningens spinales, når der er sikre Tegn på en udviklet tuberkuløs basalmeningitis.

Det er vel utvivlsomt, at den beskrevne Iagttagelse hører til de relativt meget sjældne; efterfølgende Sygehistorie viser os imidlertid et Tilfælde, hvor Afgangen fra velkendte, typiske Sygdomsbilleder er endnu mere fremtrædende.

C. F. G., 25 År, ugift, Politibetjant. Indl. ¹¹/₁₂ 95. Død ¹⁵/₁₂ 95.

Patientens Fader er død af Brystsygdom, fem Sökende ere døde som små, Moderen og fire Sökende leve og ere raske.

¹⁾ WERNICKE: Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1881—83.

²⁾ REINHOLD: Anf. St.

³⁾ WERNICKE: Anf. St.

Han har altid haft et godt Helbred, har aftjant sin Værnepligt og tålt Tjænsten godt; vil ikke være spirituosis deditus og har aldrig haft Genitalaffektioner. Hans Stilling som Betjant medfører, at han er meget udsat for Vejr og Vind; han er passioneret Tobaksryger.

Patientens nuværende Sygdom begyndte for fire Dage siden. Han fik snurrende Fornemmelser i bægge Fødder, følte sig samtidigt træt og mat, blev øm i Benene og kunde kun dårligt gå på Grund af Smerter i Lægge og Lår; hertil sluttede sig nogle Dage senere Tindingehovedpine og Smerter over Lånderne, så at han måtte gå til Sängs. Der var også Æmhed af Musklerne på bægge Overarme med Smerter ved Bevægelser. Han har ikke haft subjektive febrilia; ingen Hoste. Ubetydelig Hjärtebanken ved Bevægelser, let Oppressionsfornemmelse med Trang til at trække Vejret dybt. Appetiten har været dårlig, i de sidste Dage nogen Kvalme, ingen Opkastning. Vandladningen har været fuldstændig naturlig, Afføring mangler på tredje Dag; i Dag har der indfundet sig lette Smerter i Halsen og noget Synkebesvær.

Temp. 36,5. P. 72, regelmæssig, ret kraftig. R. 18. Patienten er kraftig bygget, i god Ernæringstilstand, let kongestioneret til Ansigtet, svarer livligt på Spørgsmål. Conjunctivæ noget injicerede; Stemmen let anginøs; ingen Glandelsvulster på Halsen. Tungen hvidligt belagt, nogen føtor ex ore; i fauces Svulst og Rødme af Tonsillerne. Ved Bevægelser af Overextremiteterne kommer der Smerter i mm. deltoidei et tricipites, som også ere noget ømme for Tryk. Leddene fri. Der er snurrende Fornemmelser i Tærne, særligt på disses Plantarside; ingen Æmhed af Læggene. Reflexerne normale. Ved Flexion i Knæleddene klager han over Smerter i Lårnernes indad og fortil liggende Muskelgrupper, ligesom mm. adductores, vasti interni, recti ere noget ømme for Tryk; ingen særligt ømme Punkter. Han kan dårligt rejse sig over Ende eller dreje sig i Sängen på Grund af Smerter over Lånderne; der er nogen Æmhed af m. sacro-lumbalis i dens nederste Parti. Undersøgelsen viser normale Forhold for Bryst- og Underlivsorganernes Vedkommende. Lever og Milt ikke forstørrede. — Rp. Feberkost. Epithema tepidum regioni lumb. Antipyrini Centigram 50.

$\frac{12}{12}$ $\frac{37,1}{37}$. P. 72. Urinen sur, uden albumen, Blod eller Sukker.

Har næsten ikke sovet i Nat, dels fordi han ikke kunde finde Hvile, dels på Grund af Oppressionsfornemmelse; ingen Hoste eller Hjärtebanken. Madlyst ringe, Afføring mangler. Der er Smerter bag Æjnene ved Opadrotation af bulbi, men ingen Æmhed af disse eller på incisuræ supraorbitales. Tungen belagt, stærk føtor ex ore; Tonsillerne store, men Slimhinden i fauces i Dag naturlig. Siden Barndommen hører han dårligt med venstre Ære, hvor der tidligere har været Udflod, og hvor Hørevidden viser sig nedsat. Ubetydelig Æmhed af Overarmens Muskler på bægge Sider; der er ingen Æmhed ved Tryk på Muskulaturen på Underextremiteterne; men ved Flexion i Knæleddene får han Smerter i Musklerne på Lår og crura. Hjärtetonerne ere kraftige og rene. Stetoskopien af Lungerne viser intet abnormt. Han rejses kun med stor Vanskelighed over Ende på Grund af stærke Smerter,

der lokaliseres til mm. glutæi; ingen Ömhed af nn. ischiadici eller på symphyses sacro-iliacæ. — Rp. Halvfeberkost + 1 Pot Mälk. Ol. ricini. Pil. chlreti chinici 2 × 3 Piller dagl. Cont. epithema tepid. lumb.

$13/12$ Tp. $\frac{37,4}{37}$. P. $\frac{80}{64}$. Fik i Aftes Pil. Codeinæ à 2,5 Cgm,

men har så godt som ikke sovet; kun ringe Sved. Klager stærkt over Hovedpine så vel i Panden som i Nakken. Oljen virkede ikke, hvorfor i Aftes clysma aqvosum, også uden Virkning; enkelte Småopkastninger. Vandladningen fri og Urinen sur, uden albumen. Der er ingen Hoste, men subjektiv Følelse af Dyspnö; ingen Hjärtebanken. I roligt Leje føler han Smerter i venstre Side af Brystet, over Länderne og i Skuldrene. Patienten er fuldstændigt klar, svarer kvikt og fornuftigt, gör et let forpint Indtryk. Respirationen er noget påskyndet og pustende, forbunden med Spil af alæ nasi. Til Morgen forbigående Diplopi; der er ingen strabismus; men mere udstrakte Bevægelser af højre bulbus ere smertefulde. Tungen holder sig belagt. Stemmen er dygtig ru, hxad der også er ham selv påfaldende. Nogen Ömhed ved Tryk på larynx; der er Ömhed af Nakkemuskulaturen, særlig på højre Side. Undersögelsen af Brystets Forflade viser intet sygeligt ved Lunger og Hjärte; det er umuligt for Patienten at sidde over Ende på Grund af Smerter over Länderne og i Underextremiteterne. Ved dybt Ändedrät angiver han Smerter langs diaphragmas Insertion. Der er betydelig Ömhed af Muskulaturen på nates. Han kan uden Vanskelighed löfte venstre Ben i Vejret, højre derimod kun lidt og med stort Besvär. Musklerne ere noget ömme og stive. Patellarreflexen kan ikke fremkaldes på højre Side. Der holder sig nogen Snurren i Tærne; men så vel den taktile Ävne som Smerte og Temperatursans ere uskadte. — Rp. Clysma glycerinatum.

$14/12$ Tp. $\frac{37,7}{37,6}$. P. $\frac{80}{72}$. Har döset stærkt; sovet meget afbrudt efter Sol. brometi kalici Gm 10 til Gm 150 2 Spiseskefulde.

Er fremdeles fuldständig klar, men ligger ganske hjælpelös, idet Armene nägte deres Tjäneste til finere Bevægelser; de kunne dog bevæges noget, særligt i Albuiddene; men derimod formår han kun i meget ringe Grad at bevæge Benene; angiver at få Smerter ved Forsög på Bevægelser. Der er en ret betydelig Ömhed af alle större palpable Muskelgrupper så vel på Over- som på Underextremiteterne samt på Hals og truncus; ingen Svulst, og Smerterne föles ikke særligt fremträdende på Partiet, der danner Övergang mellem Sene- og Muskelmasse; ingen Ömhed af Leddene; af og til Smerter ved Öjenbevægelser, og der er Diplopi. Stemmen er stadig ru, og der er lidt Smerter ved Synkningen. Ved Examination findes ingen Holdepunkter for Antagelsen af en Trikininfektion eller en Forgiftning med fordärvede Födemedler. — Rp. Infusum sennæ m. V.

$15/12$ Tp. 37,7. Patienten var i Går Eftermiddags noget urolig, svedende, klagede over Lufthunger; der ordineredes Tincturæ Valerianæ 20 Dråber. Ved Aftenstuegang injectio morphia Centigram 1.

En Undersøgelse af Brystets Forflade viste ingen stetoskopiske Forandringer; der var ikke udtalt Ömhed af Brystets eller Armenes Muskulatur. Underextremiteterne vare temmelig stive, moderat ömme ved Tryk på de ikke svulne Muskler; i roligt Leje havde han en Del Smerter over Länderne; aktive Bevægelser kunde så godt som ikke foretages. Han var fuldstændig klar, lidt ängstelig. Udseendet noget dösigt. Der var et ganske let cyanotisk Skär af Läber og Kinder, men objektivt ingen fremträdende Dyspnö og ikke udtalte Tegn på Diafragmalamhed. Han faldt hurtigt til Ro efter Indspröjningen og sov til henad Kl. 12, vågnede da op og var meget klagende, havde Smerter i hele Kroppen, kunde ikke finde Hvile; der var betydelig Lufthunger; men Bevidstheden holdt sig uskadt; begyndte at falde sammen, var urolig og vilde ud af Sängen, fik *injectio olei camphorati* 1 Spröjtefuld, ætheris 10 Dråber.

Döde Kl. 2 $\frac{1}{4}$, uden at der havde været nogen stærkere fremträdende krampagtig Respiration, og uden at Cyanosen var bleven synderlig stærk.

Sektion 17/₁₂ 95.

Liget velnäret, rigor tilstede; udbredte livores. Nogen venös Hyperämi i bägge Lunger, navnlig nedad og bagtil; i övrigt ere alle Organer i Bryst- og Bughule fuldstændigt normale. Musklerne på truncus og Extremiteter ere af fast Konsistens og mørkeröd Farve; *exciderede Stykker vise under Mikroskopet intet abnormt* (Prosektor BORCH). Makroskopisk ses intet sygeligt ved Rygmarven eller Hjernen; den opbevares sammen med udskårne Stykker af nn. peronei til nærmere Undersøgelse.

Sygdomsbilledet var både in vivo og efter Sektionen meget vanskeligt at tyde. Det Symptom, som trådte stærkest frem klinisk, var en *ejendommelig Tilstand af Musklerne*, og det ikke blot Extremiteternes og Kroppens, men også de *ydre Öjemuskler* og, som det synes, *Larynxmusklerne og diaphragma*: Musklerne vare stive og ömme for Tryk, smertefulde ved aktive og passive Bevægelser, men ikke svulne. Deres Kontraktionsälvne var meget nedsat, til Dels ophävet; men denne mangelfulde Funktion syntes i hvert Fald til Dels at kunne forklares ved Musklernes Stivhed og Smerterne ved Bevægelser; ved Forsög på at sidde over Ende klagede han således over häftige Smerter i Ländemuskulaturen, forholdt sig i så Henseende ganske som en Patient med stærk lumbago. Når således universelle muskuläre Symptomer vare det klinisk mest fremträdende, var det naturlig först at tænke på de Sygdomstilstande, hvor sådanne erfaringsmässigt findes.¹⁾

¹⁾ På Grund af den stærke Muskelömhed ansås det ikke for rigtigt at underkaste Patienten en indgående elektrisk Undersøgelse.

Den nyere Tids Forskning har under Fällesbetegnelsen *polymyositis* beskrevet en Række Tilfælde, efter al Sandsynlighed beroende på en Infektion, hvor Lidelsen af det vilkårlige Muskelsystem ganske har domineret Sygdomsbilledet, og det skal villigt indrømmes, at der er en vis ydre Lighed mellem vort Tilfælde og flere af de Iagttagelser, der ere offentliggjorte som Exempler på denne nye Sygdomsform. Her skal blot fremhæves, at den strax foretagne mikroskopiske Undersøgelse afgør Sagen, idet der i de obducerede Tilfælde af *polymyositis* fandtes interstitielle Forandringer i Musklerne, med sandsynligvis sekundär Degeneration af Primitivtrådene; men desuden mangler der hos vor Patient en Mængde Symptomer, der som Regel optræde ved *polymyositis*, således Feber, Sved, Svulst af Muskulaturen.

Hvad der gælder om *Polymyositen* i Almindelighed, gælder selvfølgelig også om den særlige Form af universel Muskelidelse, som skyldes en Masseindvandring af *Trikiner*. Manglen på ätiologiske Holdepunkter og på et Prodromalstadium med Tarmsymptomer, Førløbet, der ikke viste den karakteristiske successive Angriben af forskellige Muskelgrupper, den afebrile Tilstand med mere, ere jo fuldt afgørende i så Henseende.

Blandt Sygdomme, hvor muskulære Symptomer ere meget fremtrædende, have vi end videre *tetanus*; også ved denne have vi stive og til Dels ømme Muskler; men Ligheden mellem denne Sygdom og vort Tilfælde er dog ganske overfladisk. Karakteristisk for *tetanus* er Kontrakturen med Tvangsstillinger, særligt trismus og opisthotonus, samt ikke mindre de konvulsiviske Ryk; fremdeles findes som Regel Sved og ofte, særligt i letale Tilfælde, endog hyperpyretiske Temperaturer. Lidelsen har fremdeles en egen Udvikling, begynder, når et Travme danner Udgangspunktet, jævnlig med Spasmer i Musklerne om dette; dernæst angribes Tyggemusklerne og langsommere eller hurtigere de andre Muskelgæbetter.

Den refererede Iagttagelse viser end videre nogen Lighed med de Tilfælde, der ere beskrevne under Navnet LANDRY'S Sygdom eller den *akute opadstigende Paralyse*. Vi træffe her den Vanskelighed, at nævnte Sygdom ikke danner en ätiologisk eller patologisk-anatomisk Enhed, men kun er et tilmed ret varierende Symptomkomplex. Efter nyere Undersøgelser betinges visse Tilfælde af LANDRY'S Paralyse af akute diffust optrædende perifere Nevritter, andre af organiske centrale Affek-

tioner, medens atter andre unddrage sig al nøjagtigere Tydning. Karakteristisk for Sygdommen er en Lamhed, der først angriber Musklerne på Underextremiteterne, dernæst på Stammen og Overextremiteterne, medens Døden i de letalt forløbende Tilfælde betinges af Respirationslamhed og Hjärteparalyse; andre Symptomer ere meget vexlende: stundom ses Smerter og objektivt påviselige Sensibilitetsforstyrrelser, af og til Diplopi; elektriske Forandringer kunne findes, men mangle ofte, Reflexerne ere ophævede eller til Stede, og så fremdeles. Forstår man ved Lamhed Ophævelse af den vilkårlige Innervation i Muskler, som ikke af andre Grunde, som organiske Forandringer, stärk Smertefuldhed ved Bevægelser eller lignende, have mistet deres karakteristiske Funktion, så var dette Symptom, klinisk set, kun lidet fremtrædende i vor Iagttagelse, hvorimod det altid er det dominerende i LANDRY'S Sygdom; fremdeles mangler jo ganske den for sidstnævnte Lidelse karakteristiske Udvikling og ejendommelige Forløb, bestående i en suksessiv Angriben af de forskellige Muskelgebeter, således at Lamheden skrider frem nedenfra opad, kun i meget sjældne Tilfælde i modsat Retning. Selv om man vil benytte Betegnelsen LANDRY'S Paralyse i den videst mulige Udstrækning, lader vort Tilfælde sig dog ikke indordne under denne Rubrik.

Lige så lidt have vi at gøre med en *polyneuritis*; i *nn. peronei* fandtes *ingen mikroskopiske Forandringer*, og Musklerne viste sig som omtalt intakte; skulde her have foreligget et Tilfælde af den overordentligt polymorfe Sygdom, som man i den nyere Tid har beskrevet som *neuritis multiplex*, måtte det være den specielle Form, hvor Musklerne + de perifere Nerver ere angrebne, og som særligt er fremhævet af SENATOR.¹⁾

Man kunde også være tilbøjelig til at tænke på en Forgiftning; navnlig det negative Sektionsfund, sammenholdt med, at Symptomkomplekset ikke passer til noget kendt Sygdomsbillede, gør a priori Antagelsen af *veneficium* ret plausibel. Imidlertid findes i Anamnesen intet Holdepunkt for Antagelsen af en Forgiftning, og end videre svarer Symptomkomplekset ikke til noget af de kendte Giftstoffers Virkninger. Hvad først

¹⁾ SENATOR: Ueber acute und subacute multiple neuritis und myositis. Zeitschrift f. klin. Medicin 1888.

²⁾ Samme: Ueber acute multiple myositis bei neuritis. Deutsche medie. Wochenschrift 1888.

Forløbet angår, må det vel kaldes akut, då Döden indtrådte efter godt en Uges Forløb; men ved akute Intoxikationer er Symptomernes Udvikling alligevel mere stormende, og vi finde ikke som her en fra Dag til Dag fremadskridende gradvis Forværrelse. Muskulære Symptomer, der vare så overordentligt fremtrædende hos vor Patient, findes vel meget almindeligt ved Intoxikationer, i Almindelighed betingede af Giftstoffernes Indvirkning på Nervesystemet (KOBERT);¹⁾ men de forholde sig på en anden Måde. *Stryknin* og de nærstående Stoffer *Thebain* og *Gelsemin* give voldsomme Reflexkræmper, *Pikrotoxin* giver ligeledes udelukkende Spasmer. *Veratrin* fremkalder i Dyrerexperimentet ejendommelige Forandringer af Muskelvævet's fysiologiske Forhold; men hos Mennesket beherskes Symptomkomplekset af hæftige Digestionsforstyrrelser og en på Lamhed af Hjærtet og det centrale Nervesystem beroende Kollaps.

Vende vi os fra disse nøjere karakteriserede og mere usammensatte Gifte til de ejendommelige Toxiner, som nu og da udvikle sig i Næringsmidler, som Kød, Fisk og Ost, så mangle vi ethvert anamnestisk Holdepunkt, og end videre vare Symptomerne i vort Tilfælde forskellige fra dem, der findes ved disse ejendommelige Intoxikationstilstande. Sygdomsbilledet i disse sammensattes næsten konstant på den ene Side af Digestionsforstyrrelser, som Kvalme, Brækning, Smerter i Underlivet, ofte voldsom Diarré, på den anden Side af nervøse Fænomen, som Hovedpine, Delirier, Pupilstivhed, Öjenmuskellamheder, Kræmper — alt Symptomer, som vor Patient knap viste Andtydning til. Forlade vi endelig disse såkaldte *exogene Intoxikationer* for muligvis at finde en Plads til vort Sygdomsbillede blandt de Forgiftningstilstande, som KOBERT²⁾ sammenfatter under Benævnelsen de *endogene Toxikoser*, hvad der i alt væsentligt falder sammen med hvad BOUCHARD³⁾ kalder *Artointoxikationer*, så møde vi her meget udviklede og dunkle patologiske Processer. Som henhørende under Avtointoxikationerne i videste Forstand have vi dels Tilstande, hvor der på Grund af svære Forstyrrelser af Exkretionsorganernes Funktion findes en Ophobning i Organismen af toksiske Stoffer (Uræmi, ileus, Kulsyreasyfyxi med mere), dels sådanne, hvor der under Stofskiftet

¹⁾ KOBERT: Lehrbuch der Intoxikationen. 1893.

²⁾ KOBERT: Anf. St.

³⁾ BOUCHARD: Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies. Paris 1887.

dannes abnorme giftige Produkter, enten på Grund af i deres Væsen fuldstændigt ubekendte Omsætningsanomalier eller på Grund af Parasiters Indtrængen og Leven i Organismen. Som Forf. ¹⁾ tidligere har gjort opmærksom på, bør Begrebet Avto-intoxikation vist nok rettest forbeholdes de Tilfælde, hvor både Sygdomsbilledet viser Analogier med de Tilstande, som betinges af i Legemet indførte Giftstoffer, og hvor Symptomerne kun kunne forklares ved Antagelsen af, at der i Organismen selv er opstået en intensivt virkende Gift. Taget i denne Forstand, bliver Avtointoxikationen altså en sekundær Lidelse, optræder, om man vil, som en Komplikation ved forskellige patologiske Tilstande, som Forandringer i Exkretionsorganerne eller i Maven og Tarmkanalen; hos vor Patient skulde Avto-intoxikationen derimod have udviklet sig primært i en i øvrigt fuldstændig sund Organisme.

Vi have i det foregående i alt væsentligt gennemgået de Sygdomsformer, som det altid meget påfaldende og ejendommelige Symptomkomplex nærmest mindede om; man kunde måske have tænkt på en *akut myelitis*; men der synes dog at kunne rejses vægtige og tilsyneladende afgørende Indvendinger mod en slig Antagelse. At Forløbet var afebrilt, kan der vel ikke lægges nogen synderlig Vægt på; derimod mangle de almindeligst forekommende myelitiske Symptomer, særlig Forstyrrelse af Sfinkterernes Funktion, der angives at findes i alle Tilfælde, undtagen de meget lette (GOWERS), ²⁾ objektivt påviselige Sensibilitetsforstyrrelser, trofiske Forandringer; men end videre hører den hos vor Patient så fremtrædende Ömhed af Musklerne, forbunden med stærke Smerter ved aktive og passive Bevægelser, ingenlunde med til den akute myelitis' Symptomkomplex, findes som Regel langt mere udtalt ved Lidelser i de perifere Nerver og Musklerne selv. Ikke desto mindre fandtes der hos vor Patient en akut myelitis, ganske vist i en meget ejendommelig Form og Udbredning. Den mikroskopiske Undersøgelse er i så Henseende afgørende (se Bill. II og III på medfølgende Tavle).

¹⁾ JACOBÄUS: Et Tilfælde af cancer duodeni med Död under Symptomer på Avto-intoxikation. Hospitals-Tidende 1895.

²⁾ GOWERS: A manual of diseases of the nervous system. 1892.

Medens den lumbosakrale Del af Marven på Tvärsnit viste sig ganske ensartet farvet efter Hårdningen i Müllers Vädske, var der i den dorsale og cervikale Del en meget påfaldende Forskel mellem det perifere og centrale Parti; det første var i det hele langt lysere og mørkere, og mere lyse Partier viste sig her i uregelmæssig Fordeling. Ved Skæringen på Mikrotom viste den nederste Del sig særdeles godt hårdet, så at man med Lethed fik ganske tynde Snit, medens der for de øvre Partiers Vedkommende var Tilbøjelighed til Spaltdannelse, ligesom Stykker, stammende fra denne Del, vare vanskelige at skære. På de efter WEIGERTS Metode farvede Snit var det meget let, selv uden Mikroskop, at konstatere overordentlig svære Forandringer. Disse bestod i den hvide Substans i Forandringer i Nervetrådenes Marv, der ikke farvedes af den alkaliske Hæmatoxylinopløsning eller, hvor den optog Farvestoffet, præsenterede sig med en brunlig Farve, ikke som i de nederste Partier med en sort til mørkeblå. Axecylindrene vare på de angrebne Steder i stor Udstrækning gæede til Grunde, på andre kunde de endnu skelnes, ligesom der også på Snit, farvede efter V. GIESON, sås spredte Axecylindre i de degenererede Masser; tillige fandtes i den hvide Substans udvidede Karslynger, hist og her små Blødninger. I Rygmarvens dorsale og øvre cervikale Del kunde der ligeledes påvises Forandringer i den grå Substans; disse bestod dels i, at Cellerne vare noget mere afrundede end normalt, præsenterede sig med mindre skarpe Konturer, ligesom deres Antal måtte jugeres til noget under Normen, dels i en på sine Steder endog betydelig Karudvidning med Blødninger i og udenfor Karskeden; endelig vare de fine Nervetråde indenfor Forhornene dels ganske forsvundne, dels tydeligt degenererede. idet der navnlig i den øvre Cervikalmarv kunde påvises varikøse Udvidninger på dem. Overalt, også hvor hele Marvens Tvärsnit var angrebet, vare *Forandringerne langt stærkere i de perifere Lag end i Centrum*; men særligt smukt sås dette Forhold i *intumescentia cervicalis*, hvor der i den ret brede marginale Bræmme næppe kunde påvises en normal marvholdig Nervetråd, medens den grå Substans og den nærmest omgivende Del af den hvide i alt væsentligt var normal. Den lumbosakrale Del af medulla viste endelig et fuldt normalt Billede, højst fandtes der her en let Udvidning af Karrene; i de bløde Hinder sås nogen Hyperæmi, i øvrigt intet abnormt. (Des værre blev medulla oblongata ikke undersøgt; da stærke Forandringer kunde påvises i den øverste Del af medulla cervicalis, er der vel, når man sammenholder dette factum med de kliniske Symptomer, ingen Tvivl om, at også bulbus var angreben.)

Tilfældet frembyder jo stor Interesse, idet på den ene Side Symptomerne vare ganske afvigende fra dem, der almindeligt forekomme ved myelitis, og på den anden Side Affektionen af Rygmarven viste en ejendommelig Form ved de overalt langt stærkere Forandringer i medullas perifert liggende Dele. Der kan vel ikke være Tvivl om, at disse kliniske og patologisk-anatomiske Ejendommeligheder stå i nøjeste Sammenhæng, og

det ligger da nær at undersøge, om det ante- og postmortelle Fund stemmer overens med, hvad vi vide om Rygmarvens og dens forskellige Cellegrupper og Trådsystemers normale og patologiske Fysiologi, eller om vi muligvis kunne lære noget nyt herom; i hvor vel det må indrømmes, at akute Betændelsesprocesser tillade mindre sikre Slutninger i så Henseende end de kroniske degenerative Forandringer.

Ved myelitis er Paralysen næsten altid meget udtalt; ofte, særligt i akute Tilfælde, er den ganske slap; jævnlgt er der også Kontrakturer, beroende på en Forøgelse af Reflexerne; sjældnere findes direkte irritative muskulære Symptomer, medens Æmhed af Musklerne og Smerter ved Bevægelser ikke kunne siges at høre med til det myelitiske Symptomkomplex; derimod ere disse Fænomenet gennemgående meget udtalte ved patologiske Processer i de perifere Nerver og Muskler og ses også ved akute Betændelsesprocesser i meninges medullæ spinalis. Da der ved disse, som blandt andet den først refererede Sygehistorie viser, vel altid findes en Lidelse af medullas perifere Lag, i hvert Fald til en vis Grad analog med Forandringerne i det her nøje refererede Tilfælde, er det muligt, at disse Symptomer hidrøre ikke blot fra en Irritation af Nerverødderne, som man sædvanligvis antager, men også fra den *marginal myelitis*.

Det, som særligt gør lagttagelsen interessant, er imidlertid ikke så meget de Symptomer, som fandtes, som de, der manglede, således *Sfinkterforstyrrelserne*. Vandladningen var under hele Sygdommen ganske naturlig, Afföringen meget træg; men dette afhang rimeligvis af Bugmusklernes mangelfulde Funktion, i hvert Fald var sphincter ani's Ävne som Lukkemuskel fuldstændig intakt. Som tidligere omtalt angiver GOWERS,¹⁾ at Forstyrrelser i Sfinkterernes Funktion findes i alle Tilfælde af myelitis undtagen i de meget lette, og LAMY²⁾ hävder, at Paralysen af vesica og rectum er konstant ved de akute syfilitiske Myeliter. Manglen af dette ofte så fremträdende Symptom betinges jo sikkert af, at den lumbosakrale Del af Rygmarven, der indeholder Centrene for Sfinktererne, var intakt. Imidlertid finder man som bekendt særligt Dysuri også ved höjtsiddende Rygmarvslidelser, dels således, at Blären efter at

¹⁾ GOWERS: Anf. St.

²⁾ LAMY: Traité de médecine, Tome VI. Article: Syphilis des centres nerveux.

have nået en vis Fyldningsgrad udtømmer sig spontant, dels i Form af den såkaldte ischuria paradoxa. Disse Fænomen skyldes en Afbrydelse i de Baner, der lede Viljesimpulsen fra Bevidsthedssfæren til Sfinktercentrene; deres Forløb kendes ikke, om de end i Almindelighed hypotetisk henlægges til de antero-laterale Partier af den hvide Substans (OPPENHEIM).¹⁾ Vort Tilfælde taler imidlertid mod denne Hypotese, idet de nævnte Dele af Rygmarven vare intensivt angrebne, medens Ledningen fra Hjärnen til Sfinktercentret var intakt.

Manglen på Forandringer i den nederste Del af Rygmarven var naturligvis også Årsagen til, at der ikke optrådte *trofiske Forstyrrelser*, specielt ikke Eskaradannelse i regio sacralis; om end hyppige, ere disse dog ingenlunde konstante ved de akute Myeliter.

Patienten klagede en Del over snurrende Fornemmelser i Underextremiteterne, hvad jo er et banalt Symptom ved myelitis; men — i Modsætning til, hvad man træffer i de fleste andre Tilfælde af denne Sygdom — kunde der *endnu to Dage før Döden ikke påvises Spor af Anæstesi, Analgesi eller Term-anæstesi på Underextremiteterne.*

Forsøge vi nu at forklare dette mærkelige Forhold, stöde vi strax på den Vanskelighed, at man ikke nöjagtigt kender Forløbet af de sensitivt ledende Tråde i Rygmarven. Det er dog sikkert, at de nå denne gennem Bagrödderne, og det er ligeledes bevist gennem Studiet af den BROWN-SÉQUARDSke Lamhed, at Banerne forløbe krydset (dog måske med Undtagelse af dem, der lede den såkaldte Muskelsans).

De moderne histologiske Undersøgelser med GOLGIS og RAMON Y CAJALS Metoder have vist, at Nervesystemet er opbygget af såkaldte »Nevroner«, hvorved jo forstås en Nervecelle med en Axecylinderudløber, der efter kortere eller længere Forløb spalter sig ud i en Mængde fine Tråde, der danne Fletværk om en Nervecelle, der atter udsender en Axecylinder og danner et nyt Nevron. Ved Hjælp af de samme Metoder har man nu fundet, at Trådene fra de bagre Nerverödder dels gå over i de på samme Side liggende BURDACHSke Stränge, der for største Delen sammensættes af disse, dels for en stor Del gå ind til Baghornene, så vel på samme som på modsatte Side, og her forgrene sig om Cellerne; end videre nå en Del

¹⁾ OPPENHEIM: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1894.

ind til CLARKES Søjler, hvorfra Cerebellarsidestrængene formentlig udspringe, og endelig nå enkelte Trådbundter hen til Forhornscellerne (EDINGER,¹⁾ OBERSTEINER).²⁾

Man kan på Basis af disse Erfaringer og Fund selvfølgelig kun ganske hypotetisk opstille et Skema for Føleledningen i Rygmarven i Lighed med det, der synes fastslået for den motoriske Bane. Mest Bifald har GOWERS's³⁾ Anskuelse fundet, i Følge hvilken taktile Fornemmelser ledes gennem Bagstrængene, ligesom disse også skulle indeholde Trådene for Muskelsansen, medens Temperatur- og Smerteindtryk ledes gennem Sidestrængene.

Vanskeligheden ved at bestemme Føleledningen i Rygmarven ligger dels i, at Forholdene utvivlsomt ere meget komplicerede, dels deri, at man kun dårligt kan benytte så vel Dyreforsøg som kliniske Iagttagelser til at udrede dem. Hvad Vivisektionsforsøg angår, skulle vi kun minde om SCHIFFS bekendte Forsøg: Gennemskærer man den hvide Rygmarvssubstans, men lader den grå eller blot en Del af denne intakt, formår Dyret at percipere smertefulde Indtryk, som ramme Legemet nedenfor Läsionsstedet. Med Hensyn til Tydningen af kliniske Iagttagelser viser der sig også store Vanskeligheder. GOWERS⁴⁾ gör således opmærksom på, at man ved en Läsion, der synes at interessere Rygmarven i dens Helhed, jævnlige finder uskadt Sensibilitet og komplet motorisk Paralyse. De sensitive Tråde synes således at kunne bevare deres Funktion trods Forandringer, der for de motoriske Baners Vedkommende ophæve Ledningsåvnen. Man kan derfor ikke udelukke Muligheden af, at en vis bestemt Del af Rygmarven leder Føleindtryk, selv om man i et givet Tilfælde finder uskadt Sensibilitet sammen med mere eller mindre svære Forandringer i bemældte Region; til denne Slutning vilde man først være berettiget, når man kunde udelukke Tilstedeværelsen af flere eller færre uskadte Axecylindre i det degenererede Parti, noget, som man som Regel vel næppe vil kunne.

Trods det utvivlsomt rigtige i den bekendte Nevropatologs Bemærkninger, synes det dog, som om en Oversigt over de for-

¹⁾ EDINGER: Anf. St.

²⁾ OBERSTEINER: Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. 1895.

³⁾ GOWERS: Anf. St.

⁴⁾ GOWERS: Anf. St.

skellige Former af Medullärlidelers kliniske Symptomer og patologiske Anatomi i hvert Fald kan give os et Fingerpeg om, hvilke Dele af Rygmarven der have særlig Betydning for Ledningen af de sensitive Indtryk. Vi kunne således på Basis af vor Kundskab om den *amyotrofiske Lateralsklerose* og den *spinale Börnelamhed* hævde, at de såkaldte Pyramidebaner og Forhornene intet have at gøre med den sensible Ledning. Blandt de Rygmarvssygdomme, som særligt udmærke sig ved sensitive Forstyrrelser, er *tabes dorsalis* den mest bekendte; den mest iøjnefaldende postmortelle Forandring er jo Bagsträngenes Degeneration, og det er sikkert Årsagen til, at man har henlagt den sensitive Ledning til funiculi posteriores medullæ spinalis. Imidlertid findes konstant ved den nævnte Sygdom ikke blot Atrofi af Bagsträngene, men også Forandringer i cornua posteriora, og man er derfor ikke berettiget til at henføre de sensitive Forstyrrelser alene til Bagsträngsdegenerationen, så meget mere som Erfaringerne fra den såkaldte hereditære Ataxi eller FRIEDREICH'S *tabes* tale derimod. Ved denne sjældne Sygdom finder man nemlig Degeneration så vel af Bagsträngene som Cerebellarsidesträngene med GOWERS'S antero-laterale tractus, men derimod ikke Atrofi af Bagrödder eller bageste Horn; kun i CLARKES Søjler skal der være Forandringer. Der findes derimod ikke sensitive Forstyrrelser, i hvert Fald kun i Slutningsperioden, og da kun lette; når man erindrer, at der ved langt fremskredne kroniske Rygmarvslidelser som Regel findes lettere Forandringer også i de Dele af Marven, der ikke angribes primært af Sygdommen, så synes den FRIEDREICH'SKE *tabes* at vise, at der kan findes udbredte Degenerationer af den hvide Del af Rygmarven uden objektivt påviselige Sensibilitetsforstyrrelser.

Ganske anderledes er Forholdet ved de Lidelser i Rygmarven, hvor den grå Substans særligt er angreben, selvfølgelig med Undtagelse af den til Forhornene begrænsede myelitis. Ved *Syringomyelien* er der således Analgesi og Termanæstesi, sjældnere taktil Følelamhed, og ved Blødninger i den grå Substans ere sensitive Forstyrrelser meget fremtrædende.

Et almindeligt Overblik over Rygmarvssygdommene tyder således på, at Forandringer i den grå Substans ere af den største Betydning for de sensitive Forstyrrelsens Patogenese, og i samme Retning peger det her analyserede Tilfælde; ti vel kunde der makroskopisk påvises Forandringer i den grå Del

af Marven; men de vare dog langt intensere i den hvide; klinisk fandtes der i hvert Fald otte og fyrretyve Timer før Døden ikke Anæstesier.

Sammenholde vi de kliniske og patologisk-anatomiske Undersøgelsers Resultat med, hvad den moderne Histologi og til Dels Experimenter have lært os, så synes det naturligt at antage følgende: De sensitivt ledende Tråde nå Rygmarven gennem de bagre Rødder og træde i Forbindelse med Baghornenes Celler, måske med Undtagelse af dem, der lede Muskel-sensibiliteten. Fra Baghornscellerne udspringe de sekundære sensitive Baner, som måske forholde sig overensstemmende med GOWERS's Hypotese; men som sikkert kan man i Følge patologiske Erfaringer antage, at den sensitive Ledning har sit sårbare Punkt i Baghornene, idet den kan være intakt trods udbredt Degeneration af den hvide Marv, medens mere eller mindre absolut og universel Følelamhed resulterer af Forandringer i den bagre Del af den grå Substans. Baghornscellerne ville da være at betragte ikke blot som indskudte Led i den sensitive Ledning, men som Centrere, der i hvert Fald foreløbig opsummere de sensible Indtryk, og ligesom MEYNERT i sin Tid hævdede, hvad vi jo også nu i alt væsentligt anse for Sandhed, at den forreste Del af Hjærnen er motorisk, den bageste sensitiv, så komme vi for Rygmarvens Vedkommende til det Resultat, at Forhornscellerne repræsentere, om end underordnede, Centrere i Bevægelsens, Baghornenes i Sensibilitetens Tjäneste.

Forklaring til Tavlen.

Alle tre Billeder ere fremstillede ved Mikrofotografering¹⁾ af Snit, farvede efter WEIGERTS Metode til Marvskedefarvning (alkalisk Hämatoxylinopløsning, Differentiering med en Opløsning af Ferrocyankalium).

Bill. I. Meningitis tuberculosa ascendens; intumescencia cervicalis. Den stærkt, men noget uregelmæssigt degenererede Randzone er lys, den næsten normale centrale Del er mørk; langs bageste Del af Marven findes Rester af de tuberkuløst infiltrerede bløde Hinder; den let spalteformet udvidede Centralkanal ses i Kommissuren mellem de tydeligt fremtrædende columnæ griseæ; nogen Spalเต็ดannelse ved Skæringen.

Bill. II og III. Myelitis acuta; intumescencia cervicalis og pars sacralis; sidstnævnte er normal, derimod viser Bill. II en næsten regelmæssig Degeneration af hele Randpartiet; stærk Tilbøjelighed til Spalเต็ดannelse. Rester af den hyperämiske pia ses på flere Punkter af Periferien.

¹⁾ Det er mig en kær Pligt på dette Sted at takke Hr. Læge C. U. MAALÖE, der har udført den teknisk vanskelige og meget omstændelige Fotografering.

Då den för taflan till Doktor JACOBÄI afhandling, nr 27, graverade kopparplåten efter tryckning af några få exemplar blifvit oduglig för vidare begagnande, kan denna tafla först lemnas med 1:sta häftet i årgången 1897.

Redaktionen.



Om de i anslutning till en graviditet uppkomna maligna s. k. serotinala uterustumörerna.

Af

INGOLF LÖNNBERG och CARL H. MANNHEIMER.

Med 1 tafla och 1 zinkotypi.

I de sista årens gynekologiska litteratur har en egendomlig elakartad svulst varit föremål för lifligt meningsutbyte, och mycken uppmärksamhet har egnats särskildt dess patogenes och patologiska anatomi, i hvilka flere svårlösta och intressanta frågor måste beröras. Det är de i anslutning till en graviditet uppkomna maligna svulsterna, hvilka uppbyggas af celler, härstammande från ägghyllena.

Under förra året vårdades å Serafimerlasarettets gynekologiska afdelning en patient med dylik tumör. Då detta torde vara det första inom Skandinavien observerade fall, som kliniskt och anatomiskt diagnosticerats, bör det ej vara utan intresse att offentliggöra det.

Till professor NETZEL, som till oss öfverlätit fallet till bearbetning, få vi härmed uttrycka vår djupa tacksamhet.

Historik.

Som vi af kasuistiken längre fram skola finna, påträffas i den äldre literaturen ett och annat fall, hvilket med belysning af, hvad man nu känner, med skäl räknas till i fråga varande svulstgrupp. Dessa fall ha vanligen inordnats bland andra maligna uterustumörer och då oftast bland sarkomen. Som uterussarkom beskrifva JACUBASCH, GUTTENPLAN, KALTENBACH, PESTA-

LOZZA (I & II) sina fall, under det att CHIARI, LEBENSBAUM och MEYER kalla sina karcinom eller epiteliom. v. KAHLDEN har däremot i sitt fall gifvit nybildningen namnet: destruerande placentarpolyp.

Den som först väckte uppmärksamheten på det typiska och egendomliga för dessa tumörer var SÄNGER, hvilken beskref ett dylikt fall under namnet »deciduoma malignum», härvid upptagande det förut af MAIER och KÜSTNER för godartade nybildningar använda namnet »deciduom». Senare ändrade han delvis af språkliga skäl denna »vox barbara» till »sarcoma deciduocellulare». Han ansåg tumören bildad af deciduaceller och således tillhörande sarkomgruppen.

Kort efter SÄNGER och oberoende af honom offentliggör PFEIFER ett fall, som af honom studerats på CHIARIS patologiska institution. Han kommer till samma resultat, d. v. s. han anser svulsten bestå af decidual väfnad och kallar den äfven »deciduoma malignum». Samtidigt omtalar PFEIFER äfven, att CHIARI funnit detta fall öfverensstämma med de 3 af honom såsom kancer förut beskrifna.

I ett fall, som kliniskt visade en omisskänlig likhet med de förut omnämnda, fick GOTTSCHALK ett annat resultat af den anatomiska undersökningen. Han fann nämligen koriala element och kallade därför sin tumör: »sarcoma-chorion-deciduocellulare» eller »Sarcom der Chorionzotten», och ansåg den uppbyggd i hufvudsak af fetala celler.

Redan förut hade PESTALOZZA fått ungefär liknande bilder i ett fall (III), där mola föregått.

Med anledning af de anförda fallen har en hel rad uppsatser med delvis utförliga undersökningar sett dagen. En del af författarne komma till ungefär samma åsikter som SÄNGER, så MENGE, KLIEN, NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX, LÖHLEIN, BACON m. fl. och antaga deciduacellerna som upphovet till den maligna nybildningen i sina fall. Andra återigen, SCHMORL-KÜTTNITZ, HARTMANN & TOUPET finna GOTTSCHALKS tolkning antagligare, att chorionvilli »sarkomatöst degenerera».

Alla fall öfverensstämma kliniskt fullständigt med hvarandra, så att man från den synpunkten ej har minsta skäl att uppgifva deras enhet. Men tack vare de något varierande anatomiska fynden eller den olika uppfattningen af dessa ha författarne täflat i att uppfinna nya namn, mer eller mindre skiljande sig från de förut anförda, och detta såväl för att lämpligen

benämna sina egna fall som ock för att hjälpa andra ifrån ett i deras ögon mindre väl funnet eller ej träffande namn. Detta gäller särskildt tyska författare; de franska och amerikanska bibehålla som regel namnet »deciduoma malignum».

Vi anförde, att några af de första fallen beskrefvos som epiteliom och karcinom. FRÄNKEL fann i ett till sitt kliniska förlopp typiskt fall af »sarcoma deciduo-cellulare», som äfven under detta namn af PERSKE offentliggjorts, att tumörens karakteristiska beståndsdel var epitelialbildningar, härstammande från chorionepitelet. Han anser tumören därför vara en art kancer: »carcinoma chorii uteri» eller »carcinoma choriogene uteri».

Frågan om »deciduomen» hade sålunda, hvad det anatomiska beträffar, blifvit, som FRITSCH betecknande säger, så »modern-komplicirt-genial-vervirrt», att en grundlig anatomisk utredning och kritisk belysning var mer än välkommen. MARCHAND har äfven lemnat en sådan, stödd på två af honom själf noga undersökta och beskrifna fall. Äfven han finner tumören epitelial; närmare redogörelse härom torde dock lämpligare uppskjutas till den anatomiska afdelningen.

Denna MARCHANDS uppfattning har sedan i hufvudsak förfäktats af RUGE, KOSSMANN och PESTALOZZA. I den diskussion, som höls med anledning af RUGES föredrag, röntes MARCHANDS åsikter något motstånd, men dock ej af den art, att de kunna anses rubbade. KOSSMANN kallar nybildningen: »carcinoma syncytiale» och anser den bildas uteslutande af maternella celler, i det han från allmän-biologisk synpunkt ifrigt bestrider möjligheten, att en malign tumör skulle kunna uppstå af parasitens celler i autositen.

Helt nyligen har KOSSMANNS aprioristiska slutsatser bevisats oriktiga genom ett fall, beskrifvet af APFELSTEDT & ASCHOFF, där obestriddigen verkliga chorion(-mola-)villi funnos i en metastatisk härd, och ej endast bildningar från chorion-epitelet. Fetala celler ha således metastaserat, och APFELSTEDT-ASCHOFF äro benägna med stöd af detta, att anse tumören uteslutande af fetalt ursprung, som PESTALOZZA (III) och GOTTSCHALK förut gjort.

Denna fråga om tumörcellernas maternella eller fetala härkomst är egentligen endast en länk i den tilltrasslade härfran om tolkningen af de karakteristiska svulstelementen och om chorionepitelets ursprung, så att den fått sin tydning alt efter de olika författarnes åsikter i den ena eller andra riktningen.

Kasuistik.

MARCHANDS kritik af hit hörande fall har lagts till grund för de i kasuistiken af oss upptagna. Han har 28 fall, men sedan dess ha flere nya offentliggjots, så att vår tabell omfattar ej mindre än 53. Af dessa äro de flesta alldeles nya; andra åter ha först efter vunnit kunskap om i fråga varande svulster kunnat igenkännas på grund af sitt kliniska förlopp och därefter publiceras.

Vi vilja endast anföra egna fall något utförligare, under det att de öfriga lämpligen refereras i tabellform; för åskådlighetens skull upptagas emellertid äfven våra egna fall i tabellen. I öfverensstämmelse med MARCHAND indelas fallen i två grupper: efter graviditet med ej degenererad ägg och efter mola.

Utom det fall, som nu senast observerats å Serafimerlasarettet, meddelas ett annat, hvilket professor NETZEL förut iakttagit, och hvilket han välvilligt gifvit oss anvisning på; det är nämligen förut offentliggjordt och återgifves här nästan ordagrant.

I. Fru Å., 38 år. 7 föregående förlossningar, däraf en duplex. Nov. 1868 *mola hydatidosa*; efter denna blodblandad flytning och tät blodning till följande sommar, då ett par månaders fullständigt uppehåll med blödning inträffade, därefter en häftig blödning med afgång af stora lefrar. Sedan normala menses till mars 1871; då konception. Den 13 nov. 1871 *förlossning*, avslutad med tång på grund af värksvaghct. Sedan efterbörden efter några minuter utförts, började envisa blödningar, hvilka först efter insprutningar af kallt vatten och järnklorid, manuel utskaffning af blodlefrar och hinnrester samt energiska knådningar bragtes till stillestånd. *Uterus' inre* föredde *intet abnormt* — Pat. nedsatt, anemisk, men *puerperium normalt*. 4 veckor efter *partus* började först obetydlig sedan ymnig blödning. — Den 12 dec. 1871: vagina fylld af blodkoagler; *cervix öppen*, så att två finger kunna föras upp till inre modermunnen, genom hvilken en rundad, glatt, lös *sulst* utträngde. Dess fäste på uterinväggen kunde ej nås. Så mycket som möjligt utskaffades med fingrarna; det befans vara svart, tämligen fast blodkoagel. Järnklorid insprutades. — Blödningen stod nu till den 21 dec. Cervix då trängre, så att blott ett finger kunde införas, hvilket med hjälp af yttre handen nådde ända till fundus. En rundad, glatt, ganska hård tumör af en valnöts storlek utfylde uterinhålan; den kunde utan svårighet med fingret aflössas från sitt rätt breda fäste till bakre väggen nära högra hörnet, men kunde ej utskaffas — antogs vara ett blodkoagel eller en fibrinös polyp.

Blödningen upphörde, men i stället en obetydlig, svagt *blodfärgad flytning*, efter 4 veckor rikligare blodblandad. Den 21 jan. 1872: uterus något stor, anteverterad, och lindrigt ömmande.

Efter dilatation med pressvamp anträffades i vagina utom färskas blodlefrar en dylik med fast kärne, bestående af ett valnötstort, hårdt, på ytan dekoloreradt blodkoagel. Denna bildning antogs vara den för 1 mån. sedan lossade, men ej utskaffade tumörlika kroppen på bakre uterinväggen. — På *uterinhålans främre vägg* kändes en *platt, mandelstor ansvallning*, som aflägsnades med fingret och kyrett, hvarjämte uterus' hela insida tuscherades med järnklorid.

Änjo stod blödningen för en tid, men redan efter ett par veckor uppträdde den åter. — Förnyad dilatation med pressvamp, utskaffning af blodlefrar och tuschering med järnklorid. — Under en tid gjordes dagliga injektioner af järnklorid, utan att blödningarna kunde bringas att fullständigt upphöra. I den vidgade *cervikalkanalen* påträffades *ständigt lösa blodkoagler, adhererande vid främre väggen*. Den *underliggande ytan* kändes, sedan lefrarna aflägsnats, *skroflig och ojämn*.

Små, hvitgrå, lösa slamsor medföljde koaglerna, och vid *mikroskopisk undersökning* visade sig dessa bestå af *tättliggande, mångformiga, stora epitelialceller, liknande dem*, man finner i en *decidua* under hafvandeskapet.

Den 21 febr. efter pressvampdilatation, tuschering af uterinhålan med koncentrerad kromsyrelösning. Därefter ingen egentlig blödning, men mer eller mindre blodblandad *flytning*, som efter en tid blef *stinkande* oaktadt sköljningar med antiseptiska lösningar. I midten af mars började en *lös tumörmassa utväxa* från den öfre främre cervikalväggen, utfyllande kanalens lumen, på *ytan ulcererad och sönderfallande*. Det allmänna tillståndet försämrades hastigt, häftiga *frossbrytningar* påkommo gång på gång, ett *kakektiskt tillstånd* inträdde, och *pat. afled* slutligen den 13 maj 1872, 6 månader efter förlossningen.

Vid obduktionen anträffades »kancerösa tumörer» i lungorna levern, mjälten, njurarna och körtlarna i bukhålan. — *Lifmodern* förstörad, har en längd af 13 cm, dess bredd mellan vidfästningen af tuberna 7 cm, tjockleken vid fundus 5,5 cm. Väggarna, som äro fasta och tjocka, mäta 2 cm vid fundus, nedmot collum 1,5 cm. Yttre modernmunnen öppenstående, slemhinnan öfver vaginalportionen och i nedre delen af cervikalkanalen slät, jämn och af friskt utseende; 2 cm ofvanför orificium externum finnes ett nästan rundt, 4 cm i diameter hållande *sår*, som intager hela öfre delen af cervikalkanalen och med sin öfre periferi sträcker sig ett stycke upp i lifmodernhålan. Sårets botten är *ojämn* och bildad af *gråsvarta sönderfallande väfnadsrester*, och äro dess *ränder något upphöjda* och knöliga; det intresserar hufvudsakligen slemhinnan, men

griper äfven, fastän i ringa utsträckning, *öfver på muskelsubstansen*. — *Ett andra* liknande sår sitter vid vänstra hörnet af lifmoderhålan, är helt och hållet rundt, med en diameter af 3 cm. Det är *trattformigt med starkt upphöjda, knöliga ränder*, och intresserar ej blott slemhinnan utan har *gripit nära 2 cm på djupet*. Å yttre sidan af lifmodern, som för öfrigt ej visar något abnormt, synes motsvarande detta sår en ringa upphöjning. — Vid öppnandet af lifmoderhålan befanns denna innehålla en tunnflytande, något blodblandad, missfärgad, stinkande vätska. — I högra *fornix vaginæ en ärtstor*, tämligen fast *knöl*, liggande utslutande i slemhinnan. Ligamenta lata, tuberna och äggstockarna af friskt utseende.

Den mikroskopiska undersökningen af såväl de knöliga partierna i särränderna, som knölen i fornix vaginæ visade öfverallt den vanliga byggnaden af — »cancer epithelialis».

Det kan knappast väcka någon tvekan att räkna det ofvan anförda fallet till tumörgruppen i fråga. Det öfverensstämmer i allt med typiska fall. Egendomligt är, att en mola få år förut framföds, och att efter denna rätt svåra blödningar uppträdt, hvilka dock upphört spontant, och först efter det därpå följande normala hafvandeskapet kommer den maligna nybildningen till stånd. I ungefär hälften af kända hithörande fall är det direkt efter en mola, tumörerna utvecklats. — Äfven den mikroskopiska undersökningen af de utskaffade slamsorna visar, att undersökaren kommit till samma resultat, som så många gjort långt efteråt. NETZEL säger äfven, att han »på grund af cellernas utseende och brist på för cancer karakteristisk anordning» höll för troligt, att det gällde »en abnorm återbildning af uterinslemhinnan eller ett kvarstannande på uterinväggen af delar af decidua», — en uppfattning, som hyllats af många författare inom detta ämne. — Äfven de efter molan uppträdande och flera månader ihållande blödningarna gjorde, att diagnosen på malign nybildning, som väl diskuterats, undansköts så länge.

II. Fru M., 42 år. — Pat. har födt två fullgångna, lefvande barn. Den 19 nov. 1893 framfödde pat. efter ungefär 4 månaders graviditet en mycket *stor mola*. Under 14 dagar före drufbörden led hon af upprepade svåra blödningar. Puerperiet normalt. 7 *veckor efter* molans framfödande fick pat. *blödning*, reglering som hon själf antar. Menses lära alltid ha markerats af starkare blödningar, men äfven på mellantiderna har *blödningar alltsomoftast* uppträdt, och då

ej verklig blödning förekommit, har hon lidit af *blodig flytning*. Blödningsarna ha stundom varit rätt våldsamma, men ha alltid, om pat. intagit sängen, blifvit mindre och snart upphört, så att någon åtgärd mot dem aldrig vidtagits.

Från nov. 1894 till april 1895 låg pat. sjuk i hemmet och skall då enligt egen uppgift lidit af »maginflammation, magsår, blindtarmsinflammation, lunginflammation först i ena sedan i andra lungan, vatten i lungsäcken, slempropp i lungan», alt efter konsulterade läkares ut-sago! — Under hela denna tid voro blödningsarna tämligen lindriga, men »blodvatten»-flytning förefans ständigt.

Pat. har aldrig själf märkt någon svulstbildning. Hon har blifvit *klen och kraftlös* samt *magrat* betydligt.

Den 2 okt. 1895 inträffade en häftig blödning, som sedan fortfor en tid och tvang henne att söka läkarehjälp därför. Hon besökte professor NETZEL den 7 okt., som uppmanade henne att genast söka inträde å Serafimerlasarettets gynekologiska klinik, där hon intogs den 9 okt.

Status præsens den 9 okt. Pat. är blek och kraftlös. Hullet måttligt, slapt. Aptit och sömn rätt bra. Hjärta och lungor friska. Pulsen jämu, frekvens 90—100. Temperatur afebril. Urin fysiologisk.

Vid *yttre undersökning* kännes en ur bäckenet uppskjutande, rundad, rörlig, fast, öom *tumör*, som når 2 tvärfinger öfver symfysen.

Vid *introitus vaginae* påträffas några mandel- till spansknötstora, rundade, till konsistensen fasta *tumörer*, öfver hvilka slemhinnan går fram oskadd och förskjutbar. *Dylika* större och mindre *tumörer* kännas, då fingret införes i vagina, hufvudsakligen utefter vänstra *vaginalväggen* nästan ända upp till fornix. De största ligga i bulbus och vid bakre kommissuren. — Slemhinnan är öfver alla hel och förskjutbar, men på ett par ställen förtunnad, så att tumörerna skimra igenom *blåa, ej olika varices*.

Portio är fast, riktad bakåt nedåt. — Modermunnen fissurerad, öppen för fingerblomman, cervikalkanalen slutet. Cervix tämligen lång. *Corpus uteri anteflekterad, förstorad*, befines vara den vid yttre undersökning iakttagna tumören. Uterus kan förskjutas från sida till sida, så långt utrymmet medger, och höjas rätt mycket, däremot kan den endast obetydligt dragas nedåt.

Per rectum iakttages det samma som vid vaginalundersökning. Till höger bakåt ett par små, fasta resistenser, hvilka blott obetydligt kunna förskjutas och antagas ligga i den parametrana bindväfven.

Den 15 okt. undersökning i kloroformnarkos, hvilken ledde till ungefär samma resultat, som ofvan anförts. — De därpå följande dagarna var pat. illamående, dåsig och matt. Aftontemperatur öfver 38°. Urinen höll spår ägghvita, enstaka cylindrar.

Den 18 okt. *operation*. Total uterusexcirpation genom laparotomi. Först desinficerades vagina, cervikalkanalen utbrändes med termokauter, och en ekrasör-trådslinga åtdrogs kring portio för att afstånga uterinkaviteten. — Bäckenhögläge, 14 cm:s buksnitt i medellinien. — Uterus var fullt fri, och inga svulstmetastaser kunde påvisas i bäckenet eller

bukhålan. — Därefter exstirperades uterus efter ligering af dess ligament — vagina genomskars vid fornix, och uterus med vidhängande ektrasör utskaffades genom buksåret. — Peritoneum förenades öfver såret i bäckenets botten, hvarvid ligamentstumparna kommo retroperitonealt. — Buksåret syddes med fortlöpande katgutsöm i 3 etager, samt djupa suturer af silkvormgut. — Vagina tamponerades med jodoformgas.

Temperaturen steg efter operationen, så att den d. 19 och 20 var öfver 39° i rektum, högst 39,4°, sjönk sedan, och efter den 23 öfverskred den ej 38°, utan höll sig altjämt afebril. Pulsen var första dagarna mjuk, hastig, 136—160; höjde sig sedan. Dagen efter operationen svåra väderspänningar — efter lavemaug riklig afgång af gaser. — Pat. kunde redan första dagen förtära litet vin, äggmjölk — men som hon däraf fick äckel och svåra smärtor i ventrikeltrakten, gafs drufsocker-vin-lavemang hvar 3:dje timme de första dagarna; från den 22 åt hon med god aptit. — Urinen innehöll liksom före operationen spår af ägghvita och cylindrar.

Den 25 okt. uttogos suturerna. De två nedersta djupa suturerna ha skurit in något, och i deras stickkanaler något var, för öfrigt god läkning.

Den 30 okt. Pat. har hemtat krafter rätt bra; har god aptit och sömn; känner sig fullt kry.

Exstirpation af vaginalmetastaserna. Snitt lades genom vaginalväggen vid introitus, börjande något till höger om bakre kommissuren, sedan öfver åt vänster och framåt ända till förbi urinrörsmynningen. För utrymmes vinnande lades ett snitt snedt bakåt åt vänster genom hud och underhudsfett. — Nu fripreparerades, inestadels trubbigt, och exstirperades vaginalväggen med däri inneslutna svulster från hela vänstra sidan, största delen af bulbus vaginæ, samt ett stycke baktill och till höger. — Såret förenades, så godt sig göra lät, med suturer af katgut, hvilket lyckades så väl, att blott en ungefär 5-örestor fläck kvarstod obetäckt af slemhinna. — Hudsåret syddes med djupa och ytliga suturer.

Efter operationen var pat. kry. Temperaturen aldrig högre än 37,8°. — Såret i vagina läktes, den hopsydda delen fullständigt per primam, den öfriga delen granulerade vackert och drog ihop sig bra, sekretionen obetydlig. — En cystit visade sig den 31 okt., men gick hastigt tillbaka efter behandling med borsyresköljningar och lapisinstillationer.

Konvalescensen ostörd; pat. tilltog dag för dag i krafter. — En linsärtstor knottra, som antogs vara en kvarlemnad tumör, upptäcktes kort efter operationen i främre vaginalväggen, och exstirpation föreslogs, men pat. ville då på inga villkor ingå på detta, utan önskade återkomma på nyåret för att få den aflägsnad.

Hon utskrefs den 17 nov. med ett kvarstående vackert granulerande sår i vagina.

Pat. visade sig på polikliniken strax på nyåret 1896, men då kunde ingenting misstänkt upptäckas oaktadt flere undersökningar. — Knottran var aldeles försvunnen. Hon hade tilltagit mycket i hull

och krafter — kände sig fullkomligt frisk. — Den 8 maj visade sig pat. åter på polikliniken. Hon var då fullt frisk, men klagade öfver flytning. Denna befans orsakad af ett par grofva ligaturer, hvilka banat sig väg ut. Ligaturtrådarna och slappa granulationer utskrapades ur fistelgångarne. — Pat. hade sedan ej någon flytning och var fullt frisk, då hon senast, den 30 sept. 1896 lät höra af sig. Någon undersökning gjordes då ej.

Den kliniska historien om detta fall är typisk. Endast däri, att dess förlopp varit något långsammare, visar sig en skiljaktighet. Men jämför man med PESTALOZZAS (III), LÖHLEINS, och PERSKE-FRÄNKELS fall, får man, äfven hvad förloppet beträffar, öfverensstämmelse.

A. Maligna tumörer efter abort

Nr.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
1.	NETZEL. 1872.	38 år.	8 förlossningar, 1 mola.	Förlossning i rätt tid.	4 veckor efter partus började blödnig, hvilken sedan upprepade gånger återkom och trotsade all behandling — 2½ mån. efter partus en platt, mandelstor tumör, som upprepade gånger utskaffades men ständigt återkom som en lös, ulcererande tumörmassa. Blodig flytning, till slut stinkande. Anemi, kakexi, upprepade frossbrytningar.	Cancer. Upprepade gånger dilatation, utskaffning af svulstbildningar med finger och kyrett. — Tuscheringar och injektioner af järnklorid och kromsyra.
2.	CHIARI I. 1877.	24 år.	?	Fullgånget foster.	Efter partus illaluktande flytning och upprepade blödnningar. — Uterus förstorad, öm. Anemi. Sista dagarna tecken af vänstersidig pleurit och lobulär pnevmoni. — Peritonit.	Endometritis + Metritis. —
3.	CHIARI II 1877.	23 år.	3 förlossningar.	Fullgånget foster.	4 veckor efter partus börja häftiga, ihållande blödnningar; anemi. — Sista tiden peritonit, blodiga sputa.	Placentarpolyp. Polypösa massor utskaffas (hur?)
4.	CHIARI III. 1877.	42 år.	?	Abort i 6 mån.	Efter en vecka ihållande blödnningar; illaluktande, blodig flytning. Uterus stor, öm. — Anemi; blodiga sputa.	—
5.	JACUBASCH. ¹ 1882.	26 år.	2 förlossningar, 1 abort.	Abort i 4 mån.	Efter aborten ständiga blödnningar; afmagring, kraftuttömning, kollaps. — Uterus apelsinstor, ojämn, oregeibunden.	Multipla myom. —
6.	TIBALDI. 1882.	31 år.	5 förlossningar.	Förlossning i rätt tid.	Efter partus och under digifningen ihållande blödnningar. Uterus förstorad, cervix permeabel, kaviteten upptages af en mjuk, dufiggstor tumör. — Kakexi. Dämpning med sträf respiration och rassel i fossæ suprascapate. — Feber.	—

eller normal förlossning.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† 6 mån. efter partus.	I uterus ett sår med ojämn botten och upphöjda ränder i hela öfre cervikalkanalen och nedre delen af corpus. Ett annat i vänstra hörnet af uterinhålan, trattformigt, går djupt in i muskulaturen.	I vagina, lungorna, lefvern, mjälten, njurarna, lymfkörtlarna i buken.	—	Utskaffade slamsor bestå af tätliggande, mångformiga, stora epiteliaceller, liknande deciduaceller. Säränderna i uterus samt metastasen i vagina visa »den vanliga byggnaden af cancer epithelialis.»
6 mån. efter partus.	Uterus knytanföstor; kaviteten vidgad, fylld af en knottig, fransad, rödgrå, lös svulstmassa, som utgår från hela corpushålan och öfre delen af cervix. I muskulaturen insprängda småtumörer.	I båda alæveperitonion och i lungorna.	Purulent peritonit och purulent, vänstersidig pleurit.	Grupper af stora epitheliala celler i ett rikt vaskulariseradt stroma; mycket blod- och fibrincoagler.
6 mån. efter partus.	Uterus knytanföstor; från fundus samt öfre hälften af främre och bakre väggarna utgår en svulst, lika den i fall I.	I lungorna.	Purulent pelveoperitonit.	
6 mån. efter aborten.	Uterus stor, från öfre hälften af främre väggen utgår en tumör, lik den i förra fallen. Små svulster insprängda i muskulaturen.	I högra ovariet, vaginalväggen, bäckenets lymfdrömlar och lungorna.	—	
4 mån. efter aborten.	I fundus en äpplestor svulst, buktande in i kaviteten; 7 smärre omkring den större; gränsen mot muskulaturen otydlig; snittytan rödgul, dels blå-röd, lös.	En valnötstor vid blåshalsen.	Intraperitoneal blödning från en liten uterus-tumör, öfver hvilken peritoneum Brustit (dödsorsak).	Noggrann undersökning ej gjord. (Patologisk anatomisk diagnos: Sarcoma teleangiectodes).
(tid efter partus ej uppgifven).	—	I hjärnen talrika, i lungorna, njurarna, ovarierna, på coloudecendens.	—	»Cancero ematode». I arteria pulmonalis och vv. ovariceelement, lika dem i uterus-cancern.

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
7.	SÄNGER. 1889.	23 år.	1 abort.	Abort i 2 mån.	Omedelbart efter aborten ihållande blödningar, illaluktande flytning, feber — parametritiskt exsudat. En mjuk elastisk tumör vid högra os ilei. — Uterns tilltar ständigt i storlek. — Dyspné.	— Utrymning af uterusincision i tumören vid höftbenet.
8.	v. KAHLDEN. 1891.	30 år.	3 förlossningar.	Normal förlossning.	3 veckor efter partus börja ihållande blödningar; feber; dyspné, dämpning öfver högra nedre lungloben.	Destruerande placentalpolyp. Utrymning af blodkoagel och väfnads-slamsor.
9.	PESTALOZZA I. 1891.	25 år.	2 förlossningar, 2 aborter i 7 och 4 mån.	Abort i 4 mån.	Omedelbart efter aborten började blödningar, hvilka med olika intensitet fortforo. Blödning från vaginaltumör. — På främre vaginalväggen en ulcererande tumör; uterns stor som i 2:a graviditetsmånaden. Anemi; oregelbunden feber; dyspné; hosta.	Malign vaginaltumör och någon abnorm graviditet (?) eller malign uterustumör. Blödningen från vaginaltumören stilla med omstiekning och tamponad.
10.	PESTALOZZA II. 1891.	33 år.	5 normala förlossningar.	Normal förlossning.	Kort efter sista förlossningen (huru långt ej uppgifvet) häftig underlivsblödning, hvilken sedan fortfor. — En sönderfallande tumör på högra vaginalväggen. — Uterus förstorad, ur den framhänger en polypös, blödande svulstmassa. — Kakexi; feber. De sista dagarna dyspné, hosta, blodigt serösa sputa.	Sarcoma uteri et vaginae.
11.	GOTSCHALK. 1892.	42 år.	2 normala förlossningar, 4 aborter.	Abort i 3 mån.	Ihållande blödningar efter aborten. Anemi; hosta. — Svulstmassor i uterus, som är förstorad, retroflektad, mjuk. — Efter operationen frisk 4 mån.; sedan blodhosta; symptom af hjärntumör: förlamning, staspapill etc. Hastigt växande tumör i den högra njuren.	Deciduoma mal. Upprepade skrapningar och tampona vaginal exstirpat af uterus — 7 mån efter aborten. Fösök att exstirper njurtumören.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
7 mån. efter aborten.	Uterus stor som i 4-5 graviditetsmån. — 4 tumörer tätt vid hvarandra i uterusväggen, till vänster och framåt buktande in denna i kaviteten. — Snittytan rubinröd, indelad i fack, lös.	I fossa iliaca dextra 1, i högra lungan 3, i vänstra 2, i diafragma 1, på 10:de högra refbenet 2.	Hæmothorax sin.	Talrika blödningar i tumören. Stora, epiteloïda deciduaceller af växlande form och jätteceller i oregelbundna grupper och stråk. — Kärlväggarna genomväxas af tumörcellerna.
3½ mån. efter förlossningen.	Uterus förstorad, på bakre väggen å en barnhandstor yta polypös vegetation.	Inga.	Septisk myokardit, »fast ödem i båda lungorna».	Muskulaturen förstörd af den framträngande tumören, som bildas af epiteltappar med ett kärlförande centralt bindväfsstråk; spridda öar af epitelceller i muskulaturen.
6 mån. efter aborten.	Inuti uterus på främre väggen och i fundus en ulcererande, svampig tumör, som tränger på djupet af muskulaturen i stråk. Två små intramurala tumörer i främre väggen.	En stor ulcererande och en liten i vagina. Talrika små i lungorna.	Anemi.	Mycket blodextravasat. Alveolär anordning af runda sarkomeceller. Jätteceller med en eller flere kärnar. — Muskulaturen spränges i sär af framträngande stråk af nybildning, hvilka följa längs muskelbunten eller kärlen. Jättecellerna på sina ställen hopade, så att de nästan uteslutande uppbygga tumören; eljes spridda. De påträffas långt inne i muskulaturen, i kärlväggarna, i vernerans inre.
något mer än 1 mån. efter blödningarnas början.	En tumör lik den i förra fallet på insidan af främre uteriväggen.	En stor ulcererande i vagina. Talrika i lungorna.	Anemi.	
13 mån. efter orten; 6 mån. efter operation.	Ifrån fundus och högra väggen af corpus utgår en lös, grå eller mörkröd tumörmassa, trängande in i och förstörande muskulaturen.	I lungorna, i högra njuren, i njälten.	(Hjärnmetastas ej påvisad då hjärnen ej fick uttagas.)	Svulsten bildas af förändrade villi, hvilkas stroma bildas af protoplasmrika celler med rund, blåsformig kärne; epitelet synettalt med stora, kromatinrika, månggestaltade kärnar. — Dessa »maligna villi» sakna kärn; de växa in i muskulaturen, i blodkärlen. Epitelet är mest energiskt i framträngandet och först efteråt följer »stromat». — Metastaserne äro uteslutande bildade af epitel. — Blödningar finnas i riklig mängd såväl i primärsvulst som metastaser.

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
12.	SCHMORL-KÖTTNITZ. 1893.	25 år.	3 normala förlossningar.	Normal förlossning.	Blödning, ihållande, direkt efter partus; efter 1 mån. tumör på bakväggen i uterum, aflägsnas; — blödningar ånyo, dels från uterus dels från brustna vaginaltumörer; svulsten i uterus återbildas hastigt; många tumörer i vagina. Hosta; inga fysikaliska förändringar af lungorna. — feber, delirier, fortgående kraftutömming.	»Destruerande placenterpolyp». Upprepade utrymningar af uterus utskrapning och omstickning af blödande vaginaltumörer.
13.	SCHMORL. 1893.	?	?	»Förlossning».	12 veckor efter partus blödningar — ofta återkommande, ledande till döden.	—
14.	LEBENSBAUM. 1893.	27 år.	6 normala förlossningar.	Normal förlossning.	5 veckor efter partus blödning — ofta återkommande, dels från uterus, dels från vaginalmetastas. — Katarral pnevmoni, pleurit, båda öfvergående. — Feber.	Cancer corporis uteri Utskrapning af uterus Exstirpation af vaginalmetastasen; total exstirpation af uterus 6 mån. efter partus
15.	JEANNEL. 1894.	26 år.	1 abort.	Abort 6 veckor efter sista menses.	Efter 2 mån. uppträda blödningar, hvilka med olika intensitet fortsätta i 13 mån. — Corpus uteri barnhufvudstor, retroflektad; en trelobad tumör, nående öfver symfyssen. — Portio fast, sluten.	Myom. Vaginal uterusextirpation.
16.	MARCHAND-AHLFELD. 1895.	17 år.	—	Graviditet i vänstra tuban.	Smärtor i underlivet, profusa uterinblödningar och från en sönderfallande vaginalmetastas. En dylik ej ulcererande. — Pyemi; peritonit.	Sarcoma deciduocellulare. Utskrapning och bränning af vaginalmetastaser.
17.	MARCHAND-EVERKE. 1895.	34 år.	9 normala förlossningar.	Normal förlossning.	Efter 3 veckor upprepade blödningar; illaluktande flytning. — Uterns stor, retroverterad; i fundus en äppelstor, skör tumör, som lätt smulas sönder, hvarvid en stor perforation uppkom på bakre vägen.	— Utrymning af uterus Vaginal uterusextirpation 5 mån. efter förlossningen.

Utgång. Tid från förlösning till döden.	Primärsvulsteu.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
2½ mån. efter förlösningen.	Dufäggsstor, svampig vulst å bakre väggen och fundus uteri, som skjuter in i kaviteten, och som genomvuxit nästan hela uterinväggen. — Några ärlstora, små tumörer i uterinväggen.	Talrika i vagina: i lig. latum sinistrum; i lungorna.	Anemi.	Bådemodersvulst och metastaser ha en komplicerad byggnad, i hvilken såväl »deciduala som placentara beståndsdelar deltaga».
inom 6 mån.»	Likasom i förra fallet.	?	—	Lika förra fallet.
6 dagar efter operation i kollaps.	Uterus fylld af ulcererande vulstslamsor, utgående från fundus samt bakre och en del af främre uterussväggen.	I vagina.	(Obduktion omtalas ej.)	Tumören bildas af »kräftecellnästen», åtskilda af sparsam bindväf.
Pat. frisk.	En pulpös, hemorragisk vulstmassa genomskädd i form af knölar uterusprenkymet — mycket blödnigar.	Inga.	—	Lika dem i Nové-Josserand & Lacroix' fall. Tab. B, nr 10.
6 mån. från början. — Asfyxi genom aspiration af ppkräpta massor vid narkos.	En knytnäfsstor tumör till vänster och öfver uterus, fastlödd vid närliggande organ; den innesluter en håla, fylld med sköra, trådiga massor, lika blodkoagel och placentarrestor.	I vagina.	Varig peritonit, sepsis, anemi.	Svulstens karakteristiska beståndsdelar utgöras af ett balkverk af syncytium med stora, olika formade, färggiriga kärnor, mellan balkarna hopar af polyedriska glykogenhaltiga celler med runda, regelbundna kärnor (chorion-syncytium och Langhans' celler, ingenstädes decidualceller).
Pat. frisk 13 ån. efter operationen.	Uterus betydligt förstörd; i fundus söndertrasad och med en rätt stor defekt. Mellan taggar af bibehållen mnskulatursvulstslamsor.	Svulstromber i vener, i ligamentum latum.	—	Lika som i förra fallet i allt hufvudsakligt.

Nr.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
18.	WHITRIDGE WILLIAMS. 1894.	35 år. (nec- gress.)	5 normala förlossningar, 1 abort.	Normal för- lossning.	1 vecka efter partus en ärt- stor tumör i högra labium majus, som växer hastigt, blir ulcererande, gangrenös; perforerar till rektum. — — Blödning, stinkande flyt- ning, feber.	Sönderfallande hema- tom. Septikemi.
19.	HARTMANN & TOUPET BEACH. 1895.	25 år.	1 normal förlossning, 1 abort.	Abort i 3 mån.	Genast efter aborten recidi- verande blödningar; blodig flytning. — Feber. — Uterus stor, kämnes ofvanför sym- fysen. — Förblödning.	Déciđuome malin. Utrymning af uterus
20.	SPENCER. 1895.	27 år.	2 partus.	Normal för- lossning.	28 dagar efter partus af- gång af blodiga, stinkande massor.	»Deciduoma malignum».
21.	KUPPENHEIM. 1895.	33 år.	5 förloss- ningar.	Förlossning 2 mån. för tidigt.	3 veckor efter förlossningen blödningar, ofta återkom- mande, profusa. — I uterus lösa tumörmassor, hastigt återbildade efter aflägsnan- de. — Defekt i slemhinnan efter tumören. — Anemi, feber.	— 3 gånger utskrapning af tumörmassor. — Vaginal uterus-ex- stirpation 2 mån efter förlossningen.
22.	PESTALOZZA IV. 1895.	32 år.	7 förloss- ningar.	Förlossning i rätt tid.	Förlossning långvarig, efter den någon blödning, åter- kom efter 7—8 dagar, sedan upprepades ständigt med olika mellantider, då san- gvinolent flytning i stället förefans. Efter 1 månad häftig blödning med afgång af klumpar (möjl. abort). — Försämring, anemi. En ärtstor tumör i vagina. Uterus förstorad, cervix öppen för fingret. Kavitetens väg- gar ojämna, från flere ställen växa sköra upphöjningar. Uterinväggen skör, fingret kan intränga djupt i dess substans. Skarp slef hotar att perforera. Hosta, rassel, blodiga sputa. Vaginalmeta- stasen växte hastigt. Blöd- ningarna fortforo, hostan blef värre. Feber.	»Sarcoma deeiđuo- cellulare». Utskrapning (afbrute af fruktan för per- foration). — Exstir- pation af vaginalme- tastasen för att före- komma ulceration.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
i sepsis 3 mån. efter partus.	Uterus af dubbla normala storleken; en $2\frac{1}{2}$ × $\frac{1}{2}$ cm tumör på bakre väggen, höjande sig öfver ytan, en mindre i fundus. Rödbruna i snittet, svampig struktur.	I labium majus, i vagina. Vid högra ovariet. Talrika i lungorna. I lever, mjälte, njurar.	—	Tumören och metastaserna bestå af ett balkverk af stora oregelbundna celler med starkt färgbara kärnar—i maskorna blod.
7½ mån. efter aborten.	På bakre väggen en lös, mörkröd klump, från hvilken nybildningen i två stråk genomsätter hela uterusväggen, så att två subserösa tumörknutar uppstå.	Ofullständig	obduktion.	Tumören bildas af trädlikt grenade vegetationer, bildade af ett cellrikt, kärlförande iure parti, omgivet af syncytium. Tumörerna växa i uteri »sinus».
10½ vecka efter partus.	På placentalstället en gangrenös tumör, som vuxit genom nästan hela uterinväggen.	I cervix och talrika i lungorna.	---	»Decidnoma malignum» »till utseendet ett storcellssarkom med typiskt syncytium.»
Frisk 10 mån. efter operationen.	I fundus en gråröd, körsbärsstor, i cavum framskjutande tumör.	---	---	(Skrap vid sista utrymningen. Stora epiteloïda deciduaceller utan ordning bland väfnadsspillror, på ett ställe decidua-proliferation i slemhinne-stycke. (Endometritis interstitialis med decidua-proliferation.)
6 mån. efter partus.	---	I vagina (lungorna). Obduktion	---	tilläts ej. Uterusskräpet består af slamsor af stora, mångformiga celler med stora kärnar: talrika karyokinesbilder. Vaginaltumören bar ett balkverk af celler, lika dem i uterintumören, dessutom syncytium, olika mäktigt på olika ställen af tumören, än bildande hufvudmassan, än blott som smal strimma. skjutande in i protoplasmautlöpare mellan de andra cellerna. — Maskrummen tomma eller fyllda med blod eller detritus.

Nr.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
23.	FREUND. 1895.	40 år.	3 normala förlossningar.	>Förlossning i rätt tid, men litet foster.>	Under 3 mån. efter partus dagliga blödningar, sedan en häftig. Uterns stor, anteverterad. Cervix permeabel. En plommonstor placentarpolyp, utgående från främre högra väggen, utskaffas. — 7 veckor där- efter en svulst i vagina. Blödningar uteblefvo i 8 veckor, sedan ihållande. På bakre vaginalväggen en nötstor, ulcererad, blödande tumör. Uterus förstörad. — En mån. senare — uterus stor som i 4:e månadens graviditet. I vagina några små svulster.	Placentarpolyp, sedan Sarcoma deciduo cellulare. Utskaffning af polyp. Exstirpation af ulcererande vaginaltumör. Vaginal exstirpation af uterus och metastaser i vagina 6 mån. efter partus.
24.	APFELSTEDT- ASCHOFF. 1896.	33 år.	2 normala förlossningar, 1 abort.	Abort i 4 mån.	5 veckor efter aborten upprepade blödningar, på mellantiderna serös flytning — 4 mån. efter aborten uterus stor, mjuk, tät innanför modermunnen en duf- äggstor tumör, som utslefvas. — 3 mån. senare — uterus knytnästor, mjuk, lösa massor utskrapas. — Efter operationen föll pat. af altmera. Dämpning öfver vänstra lungan, resp. ljud ej hörbart.	>Sarcoma deciduo cellulare.> 3 gånger utskrapning. — Totalexstirpation af uterus per vaginam 7½ mån. efter aborten.
25.	RESINELLI. 1895.	28 år.	3 förlossningar, 1 abort?	Abort i 3:e mån.?	Menses 2 ggr borta, därefter under svåra buk- och länd- smärtor häftiga blödningar, hvilka sedan fortfarit med mellantider, då pat. led af flytning, i början gulhvit, till sist svartaktig, stinkande. — Tumör i främre vaginalväggen. Cervix öppen för fingret, inuti uterus en hönsäggstor tumör, i midten sönderfallande. Anemi. — Kakexi.	—
26.	GÖTZE. 1895.	21 år.	1 normal förlossning.	Normal förlossning.	½ år efter partus blödning, som fortfor med korta afbrott i 5 mån. Mot slutet uppkom en barnhufvudstor tumör vid högra ljumsken. — Anemi. Ascites. Uterus stor, mjuk, rörlig. Högra ovariet förstörad. I uterinkaviteten en hönsäggstor svulst af svampig konsistens. Senare: Parametrit. exsudat. Halfhönsäggstor tumör i vagina. Blödningar; feber.	>Deciduo-sarkom.> Utskrapning af tumören i uterns. Incision af vaginalsvulsten. Profskrapning. Proflaparotomi.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
Frisk 1½ år efter operationen.	Uterus stor, med förtjockade väggar. Dess kavitet fylld af en äggstor tumör, utgående bredt från bakre väggen. Den är till största delen beklädd af slemhinna, tränger på djupet nästan till serosan. — Snittytan brokig af blödnigar.	I vagina.	—	Den först utskaffade bildningen en vanlig »placentarpolyp.» Uterusskrap, tumören i uterus och vaginalmetastaser — typiskt »sarcoma deciduocellulare». Enligt senare undersökning finnes blott ett karakteristiskt svulstelement — syncytium, hvilket dels uppträder i form af jätteceller, dels som sammanhängande massor. Inga LANGHANS'ska celler. Detta såväl i hufvudtumör som metastaser.
† 1 mån. efter operationen, 8½ mån. efter aborten.	Från bakre väggen och fundus utgår bredbasigt en knottig, mjuk tumör, stor som ett litet äpple. Den tränger på djupet nästan fram till serosan. Snittytan tecknad »bladig» af blödnigar.	Talrika i lungorna, i magen ulcererande tumörer, likaså i tunntarmen. I pankreas, kring leverporten, mesenteriet, benmärgen af femur.	Allmän anemi, fettdegeneration af myokardiet, brun leveratrofi, fibrinös pleurit på båda sidor, lungödem.	Stora spolförmiga och greniga jätteceller i stråk tränga in och förstöra muskulaturen, djupare in enstaka celler. På ytliga ställen »protoplasma-massor med flere kärnor, liknande syncytium», typiskt syncytium saknas dock. Metastaserne ge samma bilder.
† 4 mån. efter aborten.	Hönsäggestor tumör på framväggen af uterus.	I vagina, ena tuban, lungorna, levern.	—	Tumörens element, dels enkärnade celler med klar protoplasma, dels jätteceller lika MARCHANDS syncytiala massor.
† 13 mån. efter förlossningen.	I vänstra tubarhörnet en framskjutande tumör, därifrån en perforation till ventrala ytan.	Små tumörer i uterus; ena ovariet, vagina, vänstra njuren, levern.	—	Den utskrapade uterustumören består af en »massa nekrotiska villi och betydliga deciduum-massor». (Närmare beskrifning skulle framdeles meddelas.)

N:r.	Antor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
27.	ACZÉL. 1896.	22 år.	2 aborter, 1 normal förlossning.	Normal förlossning.	Ostillbara blödningar från underlifvet. Septiska feberanfall. (Sjnhistorien mycket ofullständig.)	Uterusfibrom och lungot.
28.	v. FRANQUÉ. 1896.	32 år.	6 förlossningar.	Normal förlossning.	4 veckor efter partus börja blödningar, hvilka sedan fortifara flere månader. Uterus stor, mjuk, i uterus svulstmassor lika placentarväfnad, efter deras utskaffande till vänster bakåt ett nästan papperstunt ställe i uterinväggen. — Feber. Blodiga sputa, intet abnormt från lungorna.	Sänger-Marchands' tumör. Två gånger profskrapning. Vaginal uterusexstirpation 5 mån. efter partus.
29.	LEOPOLD. 1896.	26 år.	?	Normal förlossning.	Strax efter barnsängen 6 veckors blödning. Sedan flere månader långvariga blödningar. — Efter häftig smärta i underlifvet — akut anemi, som kräfde omedelbart ingrepp. Uterus stor, bakom den en degig massa.	Inre förblödning. Exstirpation af uterus genom laparotomi.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† 9 mån. efter förlossningen.	Bakåt, till vänster i fundus ett ulceröst, sönderfallande ställe med perforation åt peritoneum.	Talrika i lungorna, en submukös på ileum, i cervix, i vagina.	Varig peritonit.	Hufvudmassan hyalin med talrika blödningar. Cellerna dels strödda, dels i stråk. På några ställen tydlig villarstruktur. Cellerna stora, polyforma; kärnarna än blåsformiga, än oregelbundna.
Frisk 7 mån. efter operationen.	På vänstra bakre väggen en hönsäggstor, svampig, blodröd svulstmassa.	—	—	<i>Skräpet</i> med stora homogena protoplasmamassor med stora, oregelbundna, hyperkromatiska kärnor och enstaka ljusare celler. <i>Tumören</i> bildas dels af stora blåsformiga celler med en kärne och tydliga gränser, dels mångformade, mörkare protoplasmamassor med oregelbundet inlagrade kärnor. Syncytiet dels i kolflika strängar, dels omgifvaude grupper och strängar af de ljusa cellerna. Syncytiala massor anträffas ofta djupt in i muskulaturen, dylika genomtränga kärlväggarna och ligga till slut fritt i lumen.
—	På framsidan af uterus 6—8 blåröda svulstknutar. En af dessa brusten, blödande. Tumören har från insidan vuxit genom nästan hela muskelväggen.	—	—	—

B. Maligna uterus

N:r.	Antor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
1.	MECKEL-GREGORINI. 1795.	?	?	Mola i 10 mån.	»Kloros; anasarka; lungftisis».	—
2.	GUTTENPLAN. 1888.	28 år.	7 normala förlossningar, 1 mola.	Mola i 2—3 mån.	Omedelbart efter molan upprepade blödningar, afgång af väfnadsslamsor; serös flytning; anemi; feber. — Uterus förstorad, fylld af mjuka slamsor (»af deciduaväfnad»); på främre uterinväggen en djup substansförlust. Blödning från en knöl i vagina. — Blodiga sputa; dämpning öfver högra lungan. — Små tumörer i vulva och vagina.	— Manuel utskaffning af molarerster. Utrymning af uterus.
3.	MEYER. 1888.	55 år.	3 normala förlossningar, 1 mola.	Mola i 5 mån.	Efter molan blodig flytning och starka menorrhagier. — 6 mån. efteråt profus blödning. — Uterus når 3 finger öfver symfyssen, fylld af en gäsäggsstor, svampig massa. — Ständigt återkommande blödningar, feber, kraftuttömmning.	— Molarerster utskaffa manuelt, de sitta mycket fast vid väggen — Tumören i utero uteslvas.
4.	PFEIFER. 1890.	36 år.	4 normala förlossningar, 1 mola.	Mola.	9 mån. efter molan ihållande blödningar. — Uterus står en handbredd öfver symfyssen. — Tilltagande kraftnedsättning. Dyspné, hosta.	(Molarhafvandeskap eller maligna uterus tumör och lungtuberkulos.)
5.	KALTENBACH-RUMMEL. 1890.	46 år.	11 förlossningar, 1 mola.	Mola i 4 mån.	Efter 5 mån. serös, sedan illaluktande flytning; blödningar. — Kakexi. — Uterus förstorad, når en tvårhånd öfver symfyssen, orörligt fixerad. På högra väggen inuti uterus en bredbasig, ojämn, fast tumör. — Mjuka, flikiga slamsor kunna uteslvas. — Peritonit.	— (Extirpation omöjlig.)
6.	MÜLLER. 1891.	30 år.	6 normala förlossningar, 1 mola.	Mola i 5 mån. (abortus provocatus för anemi och albuminuri).	Upprepade blödningar; stinkande flytning — anemi. — Uterus stor; i den mjuka tumörmassor; på sidorna knöliga massor — »cystösa» knottor i vagina, en stor tumör i glutealtrakten.	— Skrapuingar och utrymning af uterus.

tumörer efter mola.

Utgång. Tid från förlösning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† ungefär 1 år efter molans afgang.	Från fundus skjuter upp en mjuk, blodrik tumör öfver bäckenets gränser, växande äfven inåt.	?	I lungorna förtätningar och kaverner.	—
† 4 mån. efter molans afgang.	På bakre, högra uterinväggen en mjuk, sönderklyftad tumör med insprängda blödningar — en mindre tumör på vänstra väggen.	I vulva och vagina: talrika i lungorna.	—	»Hamorragiskt spolecellsarkom».
† 8 mån. efter molans afgang.	Gåsäggsstor afgjntning af uterinhålan. Vid obduktionen blott lösa, sönderfallande slamsor och smärre tumörknottor af trädig struktur.	Inga (?).	(Ofullständig obduktion.)	In i mnskulaturen skjuta epitelskrängar, ofta greniga, samlade i större och mindre härdar, i strängarnas inre finnas bindväfsceller och — trådar. Strängarna antas växa i lymfkärlen. (Epithelioma papillare.)
† 13 mån. efter molans afgang.	Uterus förstorad; dess håla utfyld af en knytnefäst tumör, utgående från fundus och bakre, högra väggen. — Tumören genomsatt af blödningar och nekrotiska partier.	I lungorna, vagina.	I ena lungspetsen en gammal tuberkulös härd.	Ovanligt stora, ovala eller spolförmiga celler i grupper, omgifna af kärriket bindväfsbalverk.
† 9 mån. efter molans afgang.	Uterus stor, fylld af bruna, sönderfallande väfnads-slamsor; tre perforationsöppningar till peritoneum — en stor intramuskulär tumör.	—	—	»Sarkom».
† 5 mån. efter molans afgang.	—	I vagina flere, en stor i glutealtrakten.	Obduktion fick ej göras.	Insnitt i en vaginaltumör gaf blod och decidualeller (Deciduoma malignum)

N:r.	Astor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
7.	PESTALOZZA. III. 1891.	45 år.	9 förlossningar, 1 mola.	Mola i 4 mån., mycket stor.	Drufbörden, som var förenad med häftiga blödningar, framkallade svår anemi, ur hvilken pat. ej fullt tillfrisknade. — Efter en tid försämring, dyspné, hosta. — Obetydliga, oregelbundna månatliga, blödningar. Tumör i hypogastriet upptäcktes 1 år efter molan. Uterus stor, mjuk i nedre delen, som vid graviditet. Sond kan införas 15 cm. — Hosta, diffusa rassel — ingen dämpning. — Kakexi. — Död hastigt i syncope.	Ny molargraviditet eller uterustumör.
8.	SUPERNO. 1892.	32 år.	5 normala förlossningar, (1 mola).	(Mola i 3 mån., ej utstött.)	10 mån. efter sista partus uteblefvo menses 3 mån., sedan häftiga blödningar, åtföljda af smärtor och nervösa symptom. — Uterus stor, fast. Graviditets-tecken saknas. — Höggradig anemi. — (3 mån. efter operationen) blodkräkning med hönsäggstor tumör i pylorustrakten; försvunnen efter 1 år; antogs ha varit ulcus ventriculi.	Submuköst myom. Vaginal uterus exstirpation (när ej angifvet).
9.	LOEHLEIN. 1893.	47 år.	6 normala förlossningar, 1 mola.	Mola i 7 mån.	1½ år efteråt oregelbundna blödningar; serös flytning. — 2 år efter molan en tumör i uterus, polypös, lös konsistens. — Efter dess utskaffande hastigt reediv. Uterus barnhufvudstor; blödningar, stinkande flytning, feber. — Sedan: blodhosta, andnöd.	— Två gånger utrymning af uterus. — Exstirpation af uterus — 2 år 2 mån. efter molan
10.	NOVÉ-JOSSE- RAND & LA- CROIX. 1894.	24 år.	2 normala förlossningar, 1 mola.	Mola i 4 mån.	1 mån. efter molan blödningar och blodig flytning. — Uterus stor, på främre väggen ett löst ställe, där fingret (intrauterint) kan intränga djupt.	Déciduome malin. Utskrapning. Vaginal uterus exstirpation 4 mån. efter molan.

Utgång. Tid från förlösning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† 15 mån. efter molans afgång.	Uterus barnhufvudstor, I främre väggen en mjuk, spongiös tumör, som spränger i sär muskulaturen och förstör den. Tumören bildas af några större knölar, i omgifningen smärre isolerade. — I bakre väggen en subserös, hasselnötstor svulst. Uteruslembhinnan slät, ser normal ut.	I lungorna talrika till ärtstora småtumörer af brunröd färg.	Arterioskleros, gråaktig hjärtmuskulatur, akut nefrit.	Uteruslembhinnan har deciduaraktig karakter. Öfver tumören i främre väggen bilda »deciduacellerna» ett kompakt lager. Kärlen i tumörens omgifning vidgade; i deras lumen på talrika ställen massor af hoppyttrade epiteloidea, polygonala celler, omgifna af en protoplasmaring med däri inströdda stora kärnar. Metastaser i lungorna bildas af dylika epitelialmassor. Tumörbildningen spränger i sär muskelbuntarna, hvilka bilda balkar mellan tumörens typiska beståndsdelar.
Frisk 1 år efter operationen.	I uterus kavitetten och dess väggar »blåsor typiska för mola».	—	—	Öfverensstämmer med PESTALOZZAS fall VI: Degenerade chorionvilli, från hvilka epitelet prolifererar, framträngande mellan muskelbuntarna och längs kärlen — utöfvande ett destruerande inflytande på omgifningen.
3 år 3 mån. efter molans afgång. 1 år 1 mån. efter operationen.	På främre, högra väggen och fundus (efter utrymningen) ett ulcus med sönderklyftad botten; spridda små knölar.	(I lungorna.)	—	»Tydlig sarkomatös struktur med hårdvisa insprängningar af deciduaceller». — Sarcoma deciduocellulare (LÖHLEIN). Svulstens yngsta delar bestå af tydligt syncytium, som skjuter in mellan uterimuskulaturen; här och där, särskildt i närheten af blödnigar, uppdelar sig syncytiet i polyedriska celler. — Carcinoma syncytiale. KOSSMANN.
Frisk 3 mån. efter operationen. Enligt JEANNEL tisk ännu omkr. 14 mån. efter operationen.)	Uterus förstörd, på främre väggen en grop; på den bakre en nöstör pedunkulerad tumör; ett par intramuskulära, små. — Snittyta blodrik, med svampig teckning, lös.	—	—	Tumören bildas af celler, samlade i nästen eller stråk, skjutande in i muskulaturen; mycket blodsamlingar. Cellerna af två slag; polygonala med ensam, blåsformig kärne — stora, månggestaltade celler med en eller flere kärnar, oregelbundna, starkt färgbara.

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
11.	PERSKE-FRÆNKEL. 1894.	26 år.	1 mola.	Mola i 4 mån.	Efter molan dubbelsidig parametrit. — 1 år 8 mån. efter molan smärtor i underlivet, hvarest en stor fluktnerande högtersidig tumör kan palperas, nående upp till naveln. Plötsligen blödning genom blåsan, hvarvid tumören minskas. — På båda sidor gåsuggstora tumörer; i medellinien en resistens, nående till midt emellan naveln och symfyssen. Vid laparotomi öppnas uterus; den är fylld af lösa massor, som likna placentarvilli. — Profusa blödningar från vagina, blåsan — hektisk feber — långsamt fortskridande kraftuttömming.	Deciduoma malignum. Molarester utskaffa manuelt — en del sitter hårdt fast i uternsväggen. — Laparotomi; dubbelsidig exstirpation af multilobulära, cystösa ovarialtumörer. — Uterus fixeras vid bukväggen, öppnas; svulstmassorna utrymmas, uterus tamponeras.
12.	KLIEN. 1894.	27 år.	2 normala förlossningar, 1 abort, 1 mola.	Mola i 4—5 mån.	Upprepade blödningar kort efter molans afgång. Illaluktande flytning. Uterus stor som i 2:a graviditetsmån., mjuk. I högra vaginalforix en äpplestor tumör. — Anemi; feber.	Deciduoma malignum.
13.	MENGE. I. 1894.	36 år.	8 normala förlossningar, 1 abort, 1 mola.	Mola i 6 mån.	4 mån. efter molan en häftig uterinblödning, som efter skrapning upphörde; efter ytterligare 2 mån. upprepade blödningar. Uterus förstorad, å främre och högra väggen lösa tumörmassor af placentalik struktur — efter deras aflägsnande en kraterlik defekt i väggen. Feber. — Efter operationen tumör i vaginalväggen, ulcererar, stinkande flytning.	Deciduo-sarcoma uteri. Manuelt utskaffning af molarester. 3 gånger erosion af uterus. — Vaginal uterusextirpation. Exstirpation af en vaginalmetastas.
14.	MENGE. II. 1894.	18 år.	1 mola.	Mola i 2 mån.	Blodig, illaluktande flytning; auemi, feber, 6 veckor efter molan. — Uterus stor som i 2:a graviditetsmån. På insidan af främre väggen hasselnötstora knölar, hvilka utskrapas med skarp slef. — Efter 8 dagar återbildade, större än förut — ny utskrapning — därefter upphörde blödingarna, och pat. förbättrades mycket.	Deciduo-sarcoma. Molan utskaffas manuelt. 2 gånger utskrapning af tumörer i uterus

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† 1 år 11 mån. efter molans afgang.	Uterus fastvuxen vid coecum och en tunnarmsslynga; i fundus en valnötstor tumör, på högra väggen ett hål, ledande till en bakom uterus liggande citronstor svulst — nedre delen af kaviteten utklädd af en ulcererande fungös tumörmassa — i cervix en hasselnötstor svulst.	I båda parametrierna talrika till körsbärsstora knölar. — Vid blåshalsen ett konglomerat, åt blåsan ulcererade tumörer. — Flere små svulster i vagina. — I mjälten flere ärtstora. (Lungorna fingo ej uttagas.)	(Obduktion ofullständig.)	Nybildningens karakteristiska beståndsdel är protoplasmamassa utan spår till cellgränser med talrika kärnar. Detta syncytium tränger fram i stråk utan stroma, sprängande i sär muskelbuntarna och förstörande dem. Någon typisk struktur finnes ej, då tumören öfveralt är genomsatt af blodningar.
† 8 mån. efter molans afgang.	På högra väggen i uterinkaviteten en 5,5 cm. lång, 1,5 cm. tjock tumörmassa, med kavernös suittytta.	I högra och bakre fornix vid sidan om cervix en stor tumör, 1 ärtstor i vänstra vaginalväggen. Den större ulcererande åt vagina. — Talrika i lungorna.	Anæmia generalis.	Tumören utgöres af ett balkverk med oregelbundna maskor; blodningar i olika stadier af organisation. Balkarna bildas af »deciduala» celler och jätteceller med polymorfa kärnar. Tumörcellerna växa in i kärlen, så att dessa till sist ombildas till gångar, helt och hållet omgifna af nybildningen.
† 6 mån. efter operationen, 13 mån. efter molans afgang.	På inre, främre och högra väggen en valnötstor tumör af lös, placentalik beskaffenhet. — Ett par små tumörer i uterinväggen.	I vagina; flere i lilla bäckenet subseröst sittande; i mjälten, på ventrikeln, på tarmen — talrika i lungorna, en i en bronkialkörtel, en i femurs benmärg.	—	»Deciduaceller» i stråk, inneslutna i endotelklädda gångar, eller grupper af »deciduaceller». Muskulaturen genomsattes af dylika stråk eller enstaka »decidualceller».
?	Hasselnötstora tumörer på insidan af främre väggen.	—	—	Spolförmiga och runda »decidualceller» och jätteceller, inströdda bland muskulaturen, mest enstaka men äfven i strängar. (Skrapundersökning.)

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
15.	ZWEIFEL. (1894).	»Junge Frau».	1 förlossning, 1 mola.	Mola.	Upprepade blödningar efter molan, hvilka ej kunna hejdas af utskrapningar, injektion af järnklorid eller tamponad. I ena tubarhörnet en hasselnötstor »placentarpolyp». — Häftig blodhosta, ihållande — dämpning, och bronkialandning på ett ställe. Sputa hålla ej tuberkelbaciller.	— 2 gånger utskrapning. Injektion.
16.	BACON. 1895.	48 år.	8 normala förlossningar, 2 aborter, 1 mola,	Mola i 9 mån.	5 veckor efter molan upprepade häftiga blödningar från underlivet. — Uterus förstorad, mjuk; på insidan och bakre väggen placentar slampor. — Anemi. Håll i bröstet, blodhosta, dämpning å ett par ställen, rassel, gnidningsljud.	Residua placentæ. Skrapning.
17.	SCHAUTA. 1895.	29 år.	3 förlossningar, 1 abort, 1 mola.	Mola i 8 mån.	1 mån. efter molan börja ihållande blödningar — anemi. — Framför och bakom uterns mjuka, apelsinstora tumörer (ovarierna). På insidan skjuta mjuka tumörmassor fram från främre (?) väggen. — En hasselnötstor svulst å bakre vaginalväggen.	Sarcoma deciduo-cellulare. (Manuel utskaffning af molan.) Totalexstirpation af uterus och annex samt vaginalsvulsten 1½ mån. efter molan.
18.	TANNEN. 1895.	23 år.	1 normal förlossning, 1 abort, 1 mola.	Mola i 3 mån.	Blödning i 3 veckor efter molan, upphörde; 7 mån. efteråt börja svåra blödningar; anemi. — Uterus stor som i 3:e graviditetsmån., massor af abortrester utskrapns. — Öfvergående förbättring. — Blodig, stinkaude flytning — hastig afmagring — feber. Tumören återbildad.	Deciduoma malignum. 2 gånger utskrapning Vaginal uternsexstirpation — ungefär 8 mån. efter molans afgång.

Utgång. Tid från förlösnings till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
† kort tid efter molans afgang.			Obduktion tilläts ej.	Deciduaceller påvisade; närmare undersökning ej gjord.
† 6 mån. efter molans afgang.	Uterusförstorad. En mjuk, röd massa på bakre väggen och i fundus med polypösa exkrescenser på ytan.	I högra ligamentum latum — talrika i lungorna.	Endometritis et salpingitis suppurativa; peritonitis purulenta diffusa; pleuritis purulenta bilateralis; marasmus universalis.	Stora »deciduaceller» af oregelbunden form och färggirig kärne tränga enstaka eller i rader in i muskulaturen och kärlväggarna. Dylrika celler äro här och där samlade till små nästen eller tumörmassor. Syncytium, jätteceller förekomma.
Risk nära 1½ år efter operationen. (NEUMANN.)	En gråröd, något upphöjd tumör på bakre väggen, skjuter djupt in i muskulaturen. — En ärtstor, subserös svulst å främre väggen.	En i vaginalväggen.	—	Svulsten består af »decidualiknande» celler; mellan dem chorionvilli, obetydligt förändrade. Epitetet tyckes på några ställen prolifereradt, men vid noggrannare betraktande visar sig detta vara »deciduacellerna», hvilka ligga i kontakt med epitetet. (SCHAUTA.) Tumören bildas af syncytium och LANGHANS'ska celler, hvilka i strängar tränga in i muskulaturen. De LANGHANS'ska cellerna i grupper, hvilka förstöra väfnaden som vid karcinom. Syncytiet, dels som hölje omkring cellmassorna, dels som isolerade bildningar. De senare ligga i muskelspringorna; intränga äfven genom kärlväggarna och in i kärllumina. I uterintumörerna bibehållna myxomatösa chorionvilli. I vaginalmetastasen blott syncytiala bildningar. (NEUMANN.)
Risk 1 år 7 mån. efter operationen.	—	—	—	Stora deciduaceller utan bestämd ordning, blödnings. Stråk af deciduaceller skjuta in på djupet i muskulaturen. Sarcoma uteri deciduo-cellulare (TANNEN). Tumören bildas dels af ett balkverk af syncytium med kromatinrika kärnar, dels af celler med kromatinfattiga kärnar — dels af olikformade celler med protoplasma och kärnar af samma karakter som syncytiet. Neoplasma malignum chorio-villosum placentale post myxoma chorii (GOTTSCHALK).

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
19.	PESTALOZZA. V. 1895.	22 år.	1 normal förlossning, 1 mola.	Mola i 2 mån.	Efter molan upprepade blödningsar, anemi, hosta. — Efter operationen försvann hostan; anemien gick tillbaka undan för undan.	»Sarcoma deciduo-cel-lulare». Explorativ erasion. Vaginal uterusextirpation 3 mån. efter molan.
20.	PESTALOZZA. VI.	44 år.	11 normala förlossningar, 1 abort, 1 mola.	(Mola, ej utstött.)	I 5 mån. före inkomsten till sjukhuset oregelbundna, profusa blödningsar. Uterus stor som i 3:e graviditetsmån. mjuk. Cervix öppen. Vid utskrapning utskaffas en massa typiska molablåsor. Till vänster intränger slevven djupt i uterinväggen; fara för perforation.	»Sarcoma deciduo-cel-lulare». Utskrapning af mola. Vaginal uterusextirpation — 9 dagar därefter.
21.	APPELSTEDT- ASCHOFF. 1896.	42 år.	2 normala förlossningar, 1 mola.	Mola.	Redan under molargraviditeten vänstra labium majus svullet, ömt. 8 dagar efter drufbörden fluktuerande tumör därstädes, hvilken växte hastigt. Från denna tumör en fortsättning längs vagina, buktande in denna. Vid incision utskaffas en klase <i>molarablasor</i> . — Uterus stor retroflektad, mjuk, afgränsad från tumören längs vagina. Ur uterus utskrapas degenererade chorionvilli. — Efter incisionen upprepade blödningsar från hålan. — Pyemi.	— Incision 3 mån. efter molans utstötande. Utskrapning af uterus.
22.	RUNGE. 1896.	44 år.	Flere förlossningar.	Mola.	Sista förlossning för 3 år sen, menses aldrig borta sedan dess. Sedan 5 mån. oregelbundna, täml. starka blödningsar. Anämi. Uterus når upp en tvärhand öfver symfyssen, mjuk, förstord. Bakåt åt vänster en glatt, hård, apelsinstor tumör, omedelbart öfvergående i uterus. — Cervix slutet.	Myoma uteri. Supra-vaginal uterusextirpation.
23.	CAZIN. 1896.	30 år.	2 normala förlossningar, 1 mola.	Mola.	Blödningsar fortforo oafbrutet i 3 mån., då utskrapning gjordes. — Blödningsarna fortsatte ändock. Kraftnedsättning. Uterus stor, rörlig, till höger en tumör i annexen.	Först: placentarrester, sedan: Sarcoma uteri. Utskrapning. Vaginal uterusextirpation 9 mån. efter molan.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
Frisk mer än 1 år efter operationen.	I högra tubarhörnet en oregelbunden fläck med upphöjda kanter, under hvilken muskulaturen är skör och sönderfallande.	—	—	Stora celler med talrika kärndelningsfigurer och jätteceller tränga in mellan muskelbuntarna, sprängande dessa i sär. Degeneration af muskelcellerna på grund af kärltrombos. — Jättecellerna ha en kärne, färgas dåligt = degenerativa former.
Frisk 1 år efter operationen.	Till vänster en djup substansförlust efter utskrapningen.	—	—	Stråk af epiteliala celler och enstaka dylika tränga djupt in i muskulaturen, mellan muskelbuntarna och längs kärnen. — Stark anhopning af epitelceller å de utskrapade mola-villi.
4 mån. efter drufboräden.	På vänstra uterinväggen en hasselnötstor, mjuk tumör med strimmig, rödaktig snittyta. — Hålan längs vagina ej i någon som hälst förbindelse med uterus. Dess inre är täckt af 5 mm. tjockt lager af mörkröd, sönderfallande tumörmassa.	Paravaginal metastas af mola — och tumör. — Tumörmetastas i lungan och mjälten.	(Pyemi, allmän aemi.)	Blåsorna i den paravaginala hålan typiska mola-villi. (Obduktionsmaterialets beskaffenhet tillät ej någon noggrannare undersökning.
Frisk 3 mån. efter operationen.	Baktill skjuter en tumör in i uterinkaviteten, bestående af blodmassor och rödaktig väfnad. — Kavitetens väggar besatta med små svulster. I svulstmassan tydliga molablåsor.	—	—	Djupt in i muskulaturen intränga stråk af mångformiga celler — än spridda. Kring kärnen större mängd framträngande celler. Svulstcellerna starkt glykogenhaltiga. — Chorion-karcinom.
Frisk 1 år 11 mån. efter operationen.	Uteruskaviteten intages af en fungös, mjuk, sönderfallande tumör, utgående från bakre väggen. Snittytan af spongiös blodinsprängd väfnad.	I högra ovariet.	—	Tumörens karakteristiska beståndsdelar äro celler, likuande vanliga sarkomceller, dels jätteceller lika decidualceller, hvilka i rader tränga in mellan muskelbuntarna. — Nekrotiska partier och blödnings i massa.

N:r.	Autor.	Ålder.	Föregående förlossningar.	Sista förlossningen.	Symptom. Klinisk undersökning.	Klinisk diagnos. Behandling.
24.	<i>Eget fall.</i>	42 år.	2 normala förlossningar, 1 mola.	Mola.	7 veckor efter molan instälde sig blödning, som sedan allt jämt återkommit; dess emellan blodig flytning. — Anemi. — Uterus knytnäfstor; i vagina talrika metastaser, ärt- till nötstora. — Efter operationerna tilltagande krafter.	>Deciduo-sarcoma.< Exstirpation af uterus genom laparotomi — 1 år 11 mån. efter molans afgang. Exstirpation af de vaginala metastaserna.

Utgång. Tid från förlossning till döden.	Primärsvulsten.	Metastaser.	Öfriga obduktionsfynd.	Mikroskopisk undersökning.
Frisk 11 mån. efter operationen.	Päronformig, skör svulst med brokigt tecknad snittyta, utgående bredbasigt från bakre väggen af corpuskaviteten.	I vagina talrika.	—	Svulsten uppbygges dels af syncytiala massor, dels af polygonala celler, mellan hvilka senare här och där syncytiala utlöpare framgå. Uterustumören med papillärt växtsätt; metastaserna sakna typisk anordning af de karakteristiska elementen. — Talrika blödningar och nekrotiska partier så väl i primär tumör som metastaser.

Utom dessa 53 fall finnas några helt summariskt omnämnda.

I diskussionen efter SÄNGERS och MÜLLERS föredrag vid tyska gynekologkongressen i Bonn 1891 förklarar VEIT, att han haft 1 (möjligen 2) hit hörande fall och omtalar detta i största korthet. Efter en abort fick kvinnan upprepade blödningar; utskrapning gjordes 2 gånger; sista gången diagnosticerades cancer på skrapet. Pat. afled efter några månader af metastaser.

FREEBORN har iakttagit och opererat ett fall af »deciduo-sarcoma». Hans berättelse är mycket knapphändig. Patienten »gave a history of pregnancy» — det är alt. — I den exstirperade uterus fans en liten knölig massa, som mikroskopiskt visade sig vara »deciduosarcoma».

Enligt uppgift af WHITRIDGE WILLIAMS har BOLDT publicerat ett annat fall, om hvilket det omdömet gifves, »att alla anatomiska detaljer saknas i den korta berättelsen», så att man ej kan säga hvad som föreligger. —

ZIEGENSPECK upptar i ett föredrag om intrauterin palpation ett fall af »deciduo-carcinoma» i sin tabell, där all upplysning som lemnas är, att radikaloperation afslogs.

Vid aprilsammanträdet af Obstetrical Society of London¹⁾ omtalades fall af »deciduoma malignum» af RUTHERFORD MORISON och HEBB, men dessa torde ännu ej hunnit meddelas, åtminstone ha vi ej kunnat finna dem hvarken i referat eller original.

(Lönnberg).

Anatomi.

Makroskopisk beskrifning af den exstirperade uterus.

Den exstirperade uterus är drygt knytnäfsstor, 15 cm. lång från fundus uteri till os externum; afståndet mellan de båda tubornas fäste 10 cm. Uterus af vanlig form. Annexen förete intet abnormt. Peritonealbeklädnaden öfveralt jämn och glatt, något förtjockad. Uterus uppkliptes genom ett mediant längdsnitt å framsidan. Härvid befans corpushålan vidgad och utfylld af en regelbundet päronformad tumör. Den utgår bredbasigt, ostjälkad från nästan hela bakre väggen och tillstötande del af fundus.

Tumörens yta är vågig, ojämn och betäckt af ett smutsigt rödgrått, mörjigt öfverdrag. Dess längd är 8,5 cm., och dess

¹⁾ Lancet. 1886, l. s. 1067 å 1357.

största bredd 5,7 cm., ligger 2 cm. från öfre kanten. Tumören genomskars af ett sagittalt halfverande snitt. Snittytan företer ett större centralt parti (ungefär 4½ cm. långt och 3 cm. bredt) af kittgrå färg med insprängda gula partier. Konsistensen är här mjöjig, ostigt sönderfallande. Någon bestämd teckning kan ej spåras.

Öfriga delar af svulsten har ett rödbrunt, spräckligt utseende. Vid närmare granskning befinnes, att spräckligheten betingas af ett, tumören genomdragande balkverk, bildadt af smala, ljusare röda gelatinösa stråk, hvilka omsluta större och mindre oregelbundna fläckar, dels grågula, liknande det nyss beskrifna centrala partiet, dels brunröda, äfven dessa lösa, mjöjigt sönderfallande, afstickande mot de kådiga, sega balkarna. De lösa partien till mängden betydligt öfvervägande. Tumörens gräns mot muskulaturen i det stora hela skarp; gränslinien dock med tämligen starkt inskjutande taggar

Slemhinnan i corpuskaviteten jämn och glatt, fast och tydligt förtjockad.

Muskulaturen blekröd, fast. Tjockleken å främre väggen 1,8 cm.—3 cm.

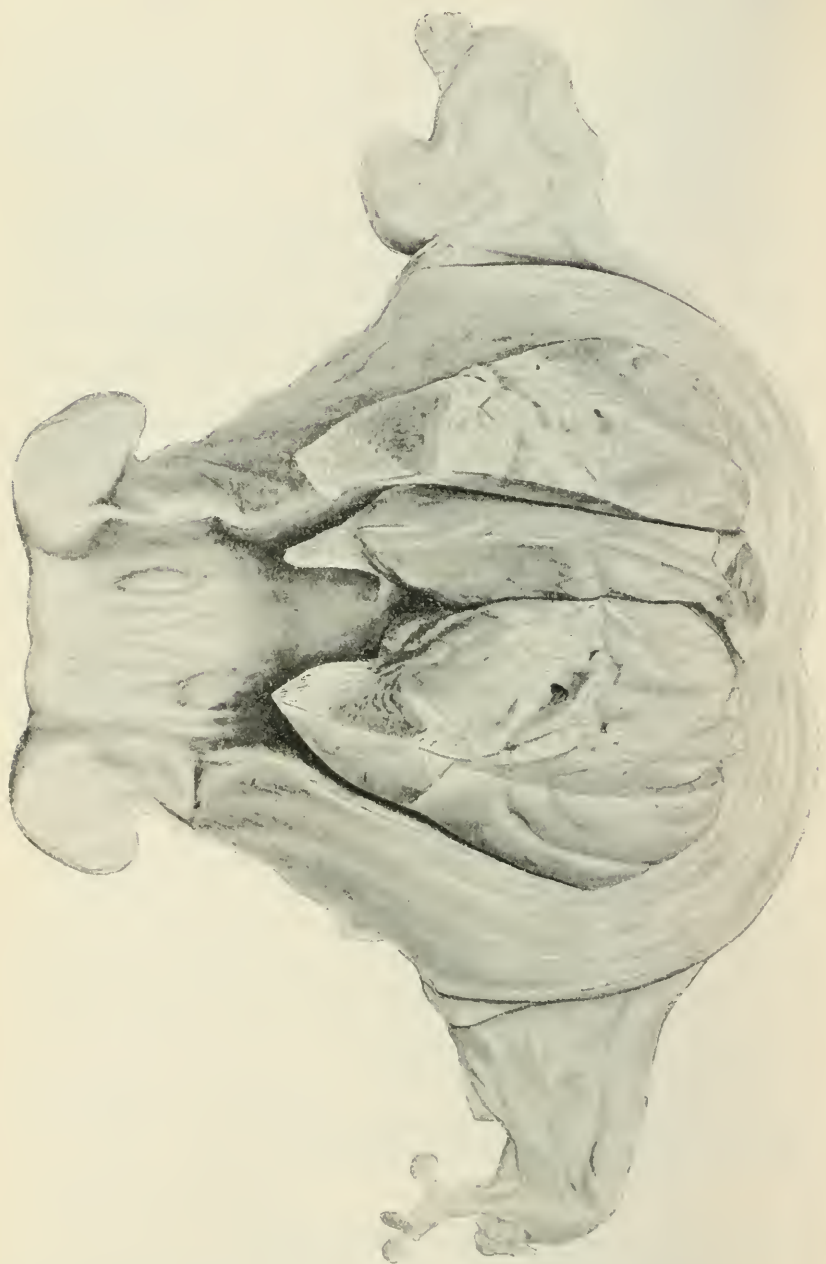
På bakre väggen af corpushålans nedre del en kortstjälad, ärtstor polyp, hvilken på genomsnitt visar sig vara blodrik af lös konsistens. I cervikaldelen flere, mestadels hampfröstore tumörknottor, belägna under slemhinnan, som oskadd passerar öfver dem. I den pericervikala bindväfven några smärre, till ärtstora svulstknottor.

Det exstirperade triangulära vaginalpartiet (efter formalinhärdning) 8 cm. långt, 6½ cm. bredt, utgöres af en massa (omkring 20 st.) från hvarandra isolerade, från ärt- till hasselnötsstora tumörer, öfver hvilka slemhinnan går oskadd. Några af tumörerna ligga omedelbart under ytan, buktande fram denna, och skimra igenom blåroda, alldeles liknande varices, flertalet ligga dock i djupare bindväfslager.

Snittytan visar (likaledes efter härdning), att hvarje liten svulstknöl är sammansatt af smärre svulstpartier, omgifna af de djupare lagren af väggens vaginalbindväf.

Mikroskopisk undersökning.

I och för den mikroskopiska undersökningen lades vid operationen mindre stycken af såväl hufvudtumör som vaginal-



Den extirperade uterus, öppnad genom ett snitt å främre väggen.

metastaser i mättad sublimatlösning, och Flemmings lösning. Dessutom lades en del bitar direkt i alkohol och Müllers lösning. De exstirperade tumörerna ha bevarats i svag (0,2—0,5 %) formalinlösning. Inbäddning med celloidin har uteslutande användts. Snitten ha färgats med hematoxylin-eosin och saffranin; äfven färgning med Biondis vätska har provfats, men då denna metod ej syntes ge fördelaktigare bilder än dem, man erhöll med hematoxylin-eosin, och färgningen därmed tar så betydligt längre tid, uppgafs denna metod. Snittens tjocklek ha växlat mellan 8 och 30 μ .

Då man granskar snitten, tagna från olika delar af hufvudtumören och från vaginalmetastaserna, finner man, att de specifika svulstelementen äro af tvänne olika slag. Dels utbredda protoplasmatiske massor med inlagrade kärnar och dels stora polygonala med tydliga cellgränser och stora kärnar försedda celler.

De förra eller, såsom vi redan nu kunna kalla dem, *desyncytiala massorna*, uppträda under mycket växlande bilder, speciellt hvad dess yttre konturer angår. Än bilda de utbredda plaques, än aflånga, bredare och smalare balkar, hvilka kunna förgrena sig så starkt, att ett sammanhängande syncytium med mycket oregelbundna konturer kommer att utbreda sig genom mer än ett synfält. (Bild 1.). Därigenom, att dessa plaques och balkar blifvit skurna på en mängd olika sätt, får man en högst sammansatt och omväxlande bild af dem. En vanlig typ, och hvars uppkomst är lätt förklarlig, är *jättecellystypen*. Kunde man ej på kärnar och protoplasma se, att de ej äro annat än delar af de utbredda, mångformade syncytiala bildningarna, som finnas hopade i tumören, vore man frestad antaga, att man på många ställen hade vanliga jätteceller, sådana de förekomma i en del sarkomer och vanlig granulationsväfnad. Öfvergångsbilder finnas dock i sådan mängd, att något tvifvel ej kan råda om dessa bildningars identitet.

Deras begränsning bildas oftast och å de väl bibehållna ställena af en rand, som skarpt afsätter bildningen från omgivande delar af tumören. Protoplasman är något gläusande, likformigt rödfärgadt af eosinet. Detta gäller dock blott sådana element, som i öfrigt ej ge vid handen, att någon vidare degeneration börjat. Ofta ses nämligen protoplasman ha förlorat sin homogenitet, och man ser med starkare förstoring, hur den är vakuoliserad genom små vakuoler; å dessa ställen upp-

löses den skarpa randen, i det vakuolerna liksom flyta ut i omgifningen. Utom dessa små vakuoler finnas i syncytiet stora sådana, intagande ganska stora delar af protoplasmamassan (Bild 2). Dessa sist omtalade vakuoler ser man ej sällan fyllda af röda blodkroppar.

I protoplasman ligga inströdda talrika kärnar, utan någon bestämd ordning. Storleken växlar mellan 12,25 och 24,5 μ i längd och 9,26 och 19,6 μ i bredd. De upptaga kärnfärgämnet mycket starkt, så att de se vanligen ut som homogena, svarta klumpar utan någon kärnstruktur. Här och där äro de mindre kromatinhaltiga, och då kan man få se dem något klarare; detta är dock undantagsfall. Deras mängd växlar, så att de ibland ligga i massor tätt intill hvarandra; under det att på andra ställen man ser stora stycken syncytium såsom en enda proloplasmamassa utan kärnar.

Det andra slaget af sculstelement utgöres af stora celler, hvilkas cellgränser äro särdeles tydliga. Cellerna ligga tätt intill hvarandra utan spår af intercellularsubstans (Bild 3, 1 och 4). Formen är polygonal; i allmänhet äro de hvarandra fullt lika. Storleken af själfva cellen är ungefär 22 μ ; kärnarnas storlek 12,2—18,3 μ .

Största delen af cellen intages af en rund eller oval kärne. Den färgar sig blå af hematoxolinet men tager dock färgen i betydligt mindre grad än kärnarna i syncytiet. Man kan i kärnen upptäcka en eller flere kärnkroppar; den dem omgifvande kärnsubstansen ger ofta en nätformig strukturbild (Bild 3). I det Flemming-härdade materialet framträda i dessa celler mitoser. De förefinnas ej i särdeles riklig mängd. Flere synfält kunna genomletas, utan att man anträffar dem. Protoplasman blir genom kärnens storlek inskränkt till en jämförelsevis smal strimma. Den är i allmänhet blott svagt eosinfärgad; understundom har protoplasman ej tagit någon eosinfärg utan är klar med en lindrigt blå anstrykning.

Genom att syncytiet är starkt eosinfärgadt, skiljas bildningarna i allmänhet tämligen lätt från hvarandra redan vid liten förstoring. Å mindre väl fixerad material äro ej cellgränserna öfveralt så tydliga, men kärnens och proloplasmans olika utseende, jämte här och där framträdande antydan till cellgränser gör, att man i allmänhet ej behöfver tveka om, hvilken bildning, man har framför sig. Å andra sidan framträder i de syncytiala massorna understundom spår af cell-

gränser, hvilka dock ej med säkerhet kunna fastställas såsom sådana. Den starka degeneration, som förefinnes, gör, att man ej med full säkerhet kan utesluta möjligheten, af att dessa bilder blott äro remnor i syncytiet, och således ett degenerationsfenomen. Häraf följer dock, dels att, när bildningar, med de typiska egenskaperna ej fullt utpräglade, ligga i närheten och blandade med hvarandra, man kan tycka sig ha öfvergångar från det ena till det andra slaget, dels att man ibland får lemna oafgjordt, om den ena eller den andra sorten föreligger.

Hvad cellernas inbördes läge beträffar, torde ett förhållande redan här böra påpekas, då det är vår bestämda öfvertygelse att förbiseende häraf, föranledt en del af de uppgifter, skilda författare haft, om att mellan de polygonala cellerna skulle förefinnas en intercellularsubstans. Mellan dessa celler ses nämligen här och där smala, starkt eosinfärgade stråk af olika tjocklek. Här och där i dem ser man svarta punkter, hvilka ge oss hänvisning, hvarifrån de ha sitt ursprung. Punkterna äro nämligen kärnar, och följer man stråken, upptäckes snart, att de ej äro annat än syncytiala utlöpare (Bild 1). En annan källa till antagandet af en intercellularsubstans torde vara fibrinnät, som smyga sig in mellan cellerna; nätet har sitt ursprung från de i tumören tämligen rikligt förekommande blödningsarna.

Sedan vi sålunda sökt redogöra för tumörens specifika element, torde vara lämpligt tillse, huruvida vid tumörens uppbyggande dessa ligga anordnade på något regelbundet eller typiskt sätt i förhållande till hvarandra och till den ej specifika väfnad, som jämte dem ingå i tumören.

Å snitt, tagna från tumörens centrala delar, ser man endast nekrotiska massor och blödningsar, de förra dock öfvervägande. Längre mot periferien börja färgbara svulstelement framträda, så att man har strödda syncytiala bildningar bland de döda väfnadsmassorna. Redan här kan man spåra en typisk anordning, som blir mera utpräglad, då man kommer närmare uteri muskelvägg. Midt bland de nekrotiska delarna ligga nämligen här och hvar typiskt *papillära bildningar* med stroma och en epitelial beklädnad. Stromat utgöres af en fibrillär ofta med kapillarer försedd, cellrik bindväf. I epitelet igenkänner man de specifika svulstelement, om hvilka just i dessa intermediära delar det är svårt att bestämma, huruvida de höra till det ena

eller andra slaget. Understundom äro de fullt lika syncyotiet, under det att man ibland ser cellgränser i dem, utan att de dock någon gång öfvergå till fullt typiska bilder af de beskrifna polygonala cellerna. Konturerna af epitelcellerna kvarstå i de närmast papillerna belägna delarna af de nekrotiska massorna, så att dessas ursprung blir lätt tydligt.

Närmare uterusväggen får man något andra bilder: nekrotiska massor, begränsade af ett flerlagrigt epitel, i hvilket man med lätthet igenkänner våra polygonala svulstelement. Massorna skiljas åt af långa stråk af en cellrik bindväf, som skjuter in i form af tappar, större och mindre, i svulstmassorna, så att man äfven här får en tydlig bild af en ursprungligt papillär anordning. I bindväfven ses strödda svulstelement, oftast af den syncytiala typen.

Vi ha sålunda sett, att tumören i de delar, där redan nekros och andra degenerationsfenomen inträdt, låter oss förmoda, att den har ett *papillomatöst växtsätt*. Granskar man tumören å de delar, som blott obetydligt hemfallit åt nekros, och som således får antagas vara yngst, styrkes denna vår förmodan väsentligt. Snitt, tagna från vinkeln, bildad af tumören och uterusväggen, visa nämligen, att på själfva muskulaturen, som är lindrigt rundcellsinfilerad, finnes ett ganska tjockt lager af en cellrik bindväf. Denna bindväf skjuter ut, bildande stommen i de papiller, som stå på uterusväggen (Bild 4). Papillens begränsning utgöres af fullt typiska polygonala celler, blandade sparsamt med syncytium. Bredvid längsskurna papiller ser man tvärskurna dylika, bildande cirkelrunda figurer med ett bindväfscentrum och en epitelmantel. Epitelet, som är flerlagrigt, ses ibland växa ner i stromat, som just å dessa papiller är starkt rundcellsinfileradt. Att cellerna i papillens epitelbeklädnad äro identiska med de polygonala svulstcellerna, är utom allt tvifvel.

Uterusväggen, som gränsar intill svulstbädden, utgöres ytterst af oförändrad muskulatur. Slemlinnan är något förtjockad, fullkomligt i saknad af körtlar. Bindväfven är cellrik och af samma utseende som den, hvilken ingår som stroma i papillerna, d. v. s. de yngsta. Epitelet är enlagradt; cellerna äro vanligen tärningformade, saknande cilier. Ibland anta cellerna cylinderform. Detta enlagrade epitel löper ej jämnt och glatt; det skjuter ibland ned, bildande vikar, så att man får bilden af en papill med ett enlagradt epitel. I den

vik, som bildas af svulst och uterusvägg, äro dessa tappar talrikare än längre från tumören, och i en snittserie har man i en dylik vik en papill af samma utseende som de förut omtalade svulstpapillerna. Det har ej lyckats oss att påvisa någon *säker* öfvergång af det enlagrade epitelet å uteri vägg på denna svulstpapill.

Som redan i början af beskrifningen omnämnts, sammanställas *vaginalmetastaserna* af samma formelement som hufvudtumören. Någon papillär anordning framträder ej här. Under vaginalepitelet, som är fullt normalt, ligger likaledes en strimma, fullt normal vaginal bindväf, tämligen kärlik och cellfattig. Under denna zon ligga större svulsthärdar, skilda åt af bindväf, af nyss beskrifna utseende. Svulsthärdarna ha vanligtvis ett nekrotiskt centrum, och utanför ligga polygonala celler och syncytium jämte en cellrik bindväf af samma utseende som den, hvilken fans i hufvudtumören. De polygonala cellerna äro i vaginalmetastaserna särskildt prydliga och låta den epiteliala celltypen särdeles vackert framträda.

Till slut bör anmärkas, att några ställen af uteri vägg, aflägsna från tumören, undersökts och visa bilden af en utpräglad interstitiel endometrit. Körnlarnas antal är reduceradt till ett minimum, i det man kan få genomleta mer än ett synfält utan att finna någon enda.

Det kan vara af intresse att, innan vi förklara, huru vi uppfattat tumörens patogenes, taga en kort öfversikt, huru de olika författarne i patologiskt-anatomiskt hänseende tolkat sina fall.

SÄNGER, som utförligt beskref det första fallet med klar uppfattning, att en tumör uppstått i samband med graviditeten, ansåg, att svulsten var uppbyggd af prolifererande deciduaceller, och att svulsten följaktligen var ett *sarkom*. De flesta af de följande författarne ha tolkat sina fall i öfverensstämmelse härmed. Hvilka ha då varit de grunder, på hvilka de bygt denna uppfattning? De flesta anföra som hufvudmoment det förhållande, att svulstcellerna likna deciduacellerna. Likheten förefinnes ej blott till storlek och form, utan äfven fins mellan svulstcellerna ett reticulum af samma natur, som det man ser i det kompakta lagret af vanlig deciduaväfnad (SÄNGER, PFEIFER, NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX). PFEIFER har dessutom en tydlig öfvergång mellan svulstelementen och bindväfsceller, hvilket styrker honom i hans förmodan, att det rör sig om ett

sarkom. PFEIFER säger äfven, att han i uterusväggen fann normal deciduaväfnad, ett fynd, som ju onekligen är af väsentlig betydelse, då det gäller att bevisa, att själfva tumören är sammansatt af patologiskt förändrad decidua. MAIER anför äfven, att svulstens säte i uterus får anses tala för dess deciduala ursprung. BACON framhåller, att en egenskap hos tumörcellen, som gör dess ursprung från den normala deciduacellen i hög grad sannolik, är båda cellslagens »migratory properties». Han anför, att flere embryologer, bl. a. MINOT tala om, att deciduacellen vandrar från sin normala plats, dels ut i chorion och dels ut i muscularis. Vidare anser BACON, att de mikroskopiska bilderna i de väl studerade fallen äfven ådagalägga, att tumörcellerna äro »migratory» eller, på svenska, »vandringsceller». Vi kunna ej lägga någon synnerligen stor vikt vid detta argument. Vid undersökningen af en tumör, som så kraftigt angripit uterusväggen och för öfrigt visat så utprägladt maligna egenskaper som den i fråga varande, bör det vara ganska naturligt att finna svulstelement in i muskulaturen; man behöfver därför ej särskildt tillskrifva denna svulstcell någon egenskap af »vandringscell». De flesta svulsteletter i maligna tumörer skulle kunna göra anspråk på samma benämning.

Såsom ett bidragande skäl att anse svulsten för ett sarkom anför MENGE, KLIEN m. fl., att de sett, hur muskeltrådarna öfvergått och blifvit svulstelement. KLIEN har dessutom ännu en källa, hvarifrån svulstcellerna taga sitt ursprung, nämligen kärlets endotelbeklädnad; äfven detta binder ju svulsten till bindesubstansernas grupp.

GOTTSCHALK kallar sin tumör för sarcoma chorioncellulare. Han anser sig nämligen ha funnit chorionvilli, hvars egendomliga utseende han förklarar därigenom, att 1) villarpitelet prolifererar, och 2) villarstromat undergår en sarkomatös degeneration. Hufvudvikten lägger han på stroma-förändringen, och då han anser, att tumörens spridning genom blodkärnen mera öfverensstämmer med sarkomens än med karcinomens växtsätt, räknar han den till den förra gruppen. GOTTSCHALKS tolkning har redan från flere håll skarpt angripits. Ej håller vi ha kunnat blifva öfvertygade af de bilder, som bifogats beskrifningen öfver fallet. Framför alt ha vi ej kunnat anse som säkert, att hvad GOTTSCHALK kallar »Zotten», äro sådana. Som ett exempel på den komplicerade tydning, GOTTSCHALK ger åt de bilder han fått, torde tjäna hans utläggning

af vakuolbildningen. Han har nämligen tvifvelsutan fullt riktigt och i öfverensstämmelse med många andra sett en riklig bildning af vakuoler i de epiteliåla cellerna. I en del vakuoler, i dem nämligen, som han kallar de intranukleåra, anser han, att det sarkomatöst degenererade stromat växer in. Stromat bör ju vid en sådan invåxning ha förstört en del af protoplasman, innan det kan nå vakuolen; dårför blir det ej lätt att förstå, hur GOTTSCHALK menar, att de typiska bilder skola kunna uppstå, till hvilkas bildning denna invåxning just i vakuolerna skulle bidraga. Antagligt är väl för öfrigt, att när stromat först förstört en del af protoplasman och dårefter växt in i kårnen, cellens motståndskraft skall vara i det närmaste slut, speciellt när GOTTSCHALK själf anser, att i och med vakuolbildningen en degenerationsprocess redan tagit sin början inom cellen.

Jåmte de decidualiknande cellerna ha i de flesta fallen beskrifvits andra cellformer, som skulle ingå såsom element i tumörerna. De flesta författarne ha nämligen påträffat stora cellbildningar, som i allmänhet betraktas som jåtteceller. De gå ej så noga in på dessa bildningars ursprung, men deras förekomst anses i allmänhet styrka uppfattningen om en svulstbildning af deciduålt ursprung. I normal deciduå påträffas nämligen dylika jåtteceller. PESTALOZZA och KLIEN anse jåttecellerna som ombildade muskelement.

Bland dem, som råkna sina fall till *epiteliåla nybildningar*, åro MEYER, LEBENSBAUM, FRÅNCKEL och MARCHAND. LEBENSBAUM ger ej någon detaljerad beskrifning af sin tumör, säger blott, att det handlar om en cancer; han uttalar en förmodan, att hans fall möjliggen bör råknas till dem, som man under senare åren beskrifvit såsom placentara svulster. MEYER anser sitt vara ett epithelioma papillare, som är uppbyggt af föråndrade villi. FRÅNCKEL år den förste, som beståmdt ståller sig på den ståndpunkten, att vi ha att göra med en cancer, utgående från epitelet å chorionvilli; likheten mellan detta och svulstcellerna, som utan cellgrånser ligga invid hvarandra, anser han vara bevis hårför.

MARCHANDS afhandling har, kan man säga, varit epokgörande i striden om dessa tumörers patogones. Han kommer visserligen till ungefår samma resultat som FRÅNCKEL, men han genomgåår i en kritisk del af sin afhandling alla förut publicerade fall och förklarar dem *alla* vara epiteliåla nybildningar. Då de mikroskopiska fynden i MARCHANDS och vårt eget fall

äro särdeles öfverensstämmande, skola vi något närmare redogöra för hans uppfattning, till hvilken vi i hufvudsak ansluta oss.

De tvänne cellslag, hvilka han finner sammansätta tumören, nämligen de syncytiala och de polygonala med tydliga cellgränser försedda cellerna, anser han vara prolifereradt chori-
onepitel.

Epitelet å chorionvilli anses numera af de flesta embryologer vara tvålagrigt: närmast villarstromat ett lager kubiska celler, d. s. k. LANGHANS'ska cellagret och där utanför ett syncytium, bestående af protoplasmamassor med inlagrade kärnar. Hvad det senare angår, anser flertalet, att det är förändradt uterus-epitel, d. v. s. af maternelt ursprung. Det LANGHANS'ska cellagret anser en del embryologer vara af fetalt (ektodermalt) ursprung en del, att det är blott ett annat stadium men af samma ursprung som syncytiet, och en del slutligen, att båda cellslagen äro af fetal härkomst. MARCHAND sluter sig till den först nämnda uppfattningen.

De två former af celler, han finner i tumören, anser han vara afkomlingar af dessa tvänne cellslag: de syncytiala massorna från syncytium å villi, och de afgränsade cellerna från LANGHANS'ska cellagret. Likheten i byggnad af respektiv. cellslagen anser han vara bevis härför. Hvad syncytiet angår, framhålles brist på cellgränser, protoplasmans utseende och utbredningssätt, den utbredda vakuolbildningen, kärnens kromatinrikedom, dess oregelbundna form, frånvaron af mitoser samt förekomsten af ett tydligt »Borstenbesatz» å syncytiets yta. Rörande de polygonala cellerna framhålles deras likhet med de LANGHANS'ska cellerna med hänsyn till förhållandet mellan den klara, smala protoplasmazonen och den voluminösa kärnen, deras ovanligt tydliga cellgränser, kärnens struktur, den rikliga förekomsten af mitoser samt därjämte den stora glykogenhalt, som finnes såväl i tumörerna, som i de LANGHANS'ska cellerna. MARCHAND anser sig således ha för sig en epitelial nybildning, hvars ursprung, med den uppfattning, han har om epitelet å chorionvilli, är dels fetalt och dels maternelt.

Denna uppfattning om svulstcellernas härkomst styrker MARCHAND på ett bevisande sätt genom de särdeles intressanta fynd, han gjort vid undersökningen dels af normal placentas byggnad, dels och framför alt af en mola, som han var i tillfälle undersöka, under det den samma var i samband med uteri

vägg. Korteligen kunna dessa hans fynd så sammanfattas: såsom beståndsdel af normal decidua serotina ingår en ganska stor mängd epiteliala element, härstammande från villarepitelet. Å en del af dessa försiggår nämligen en stark proliferation af de båda cellslag, som bilda dess epitelbeklädnad. De prolifererande epitelcellerna bilda dels ett ytligt lager å serotina, dels vandra de i betydlig mängd in i serotina och sprida sig där ända in till muskulaturen. Dessa proliferationer antaga betydligt större dimensioner vid en mola; här blifva epitelmassorna så mäktiga, att de delvis förstöra serotina; äfven i muskulaturens ytligare (inre) lager tränga epitelceller in. Cellerna anser han dels vara afkomlingar efter det LANGHANS'SKA cellagret och dels härstammande från det uterina epitelet. De senare kunna uppträda under 3 olika former, dels såsom stora, enkärniga celler, lika till utseendet de af fetalt ursprung, dels såsom jätteceller och dels i form af syncytiala massor. Epitelproliferationer har, samtidigt med MARCHAND, FRÄNKEL funnit. Denne hade undersökt 10 fall af mola och funnit proliferationer af syncytium i alla fall, af LANGHANS'SKA cellerna i 6 af de 10.

I denna epitelproliferation och speciellt i och med cellernas inträngande i serotina, anser sig MARCHAND, såväl som FRÄNKEL, ha funnit nyckeln till de svulsters uppkomstsätt, hvarmed vi här sysselsätta oss: *från villarepitelet härstammande cellmassor tränga in i serotina, och dessa proliferera malignt*. Att dessa, enligt MARCHANDS benämning, *serotinala svulster*, relativt ofta föregåtts af en mola hydatidosa, bör ju, i enlighet med de ofvan omtalade fynden, ej förvåna.

MARCHANDS klara framställning af förhållandena är förenad med upplysande och bevisande teckningar. BIRCH-HIRSCHFELD genomgår utförligt i den nya upplagan af sin lärobok i patologisk anatomi dessa MARCHANDSKA arbeten och uttalar intet tvifvel angående deras riktighet. Han påpekar blott, att man naturligen ej har rättighet att utan vidare på alla fall tillämpa, hvad man konstaterat vid undersökningen af ett enda. Sedan har dock FRÄNKEL genom sina undersökningar och fullkomligt oberoende af MARCHAND konstaterat ungefär det samma, och detta i 10 fall.

Hvad vårt eget fall beträffar torde af beskrifningen öfver tumörens histologiska byggnad jämte de bifogade teckningarna framgå, att äfven vi fastställt, att de tumören sammansättande elementen äro af *epitelial* natur. De syncytiala massorna

ha alla de egenskaper, man sett hos det i normal placenta förekommande syncytium. De bilder, vi fått däraf, stämma äfven fullkomligt öfverens med dem, FRÄNKEL MARCHAND m. fl. andra beskrifvit. MARCHAND är den ende, som talar om en ciliebeklädnad på dess yta. Vi ha underkastat våra preparat en genomgående granskning för att möjligen kunna konstatera en dylik. Å en mängd ställen ha vi äfven fått bilder, hvilka göra oss mycket benägna anta, att protoplasmamassornas yta är cilieförande. De ha dock ej varit så tydliga, att vi med säkerhet kunnat bestämma dem såsom sådana.

De polygonala cellernas utseende och lagring intill hvarandra (Bild 3) utan mellansubstans talar ju i och för sig för, att de äro epiteceller. Någon öfvergång ha vi ej håller kunnat iakttaga från celler, hörande till bindväfsgruppen (bindväfsceller, endotelceller, muskelceller), till svulstceller. På samma sätt som öfveralt annorstädes, där papillära bildningar förekomma, ha vi äfven i de papiller, som beskrifvits, en bindväfstomme jämte en epitelial beklädnad; elementen i denna senare utgöras ju af de enkärniga svulstelementen. Dessa skäl äro för oss fullt tillräckliga att öfvertyga oss om cellernas epiteliala natur.

Vid frågan om dessa cellers härkomst möta oss stora svårigheter, och detta är utan vidare klart. Ty då svulsterna visat sig stå i samband med föregående graviditet, är det i första hand antagligt, att svulsten har sitt ursprung från någon för graviditeten karakteristisk bildning. Men vi veta äfven, att dessa bildningar försvinna raskt, sedan graviditeten på ena eller andra sättet afslutats (RATHCKE). Svulsterna ha i allmänhet kommit till undersökning 6 mån. — 2 år efter partus. I vårt fall har ju förloppet varit betydligt långsamt. Det är således särdeles osannolikt, att vi vid dessa svulster kunna använda det bevis, som är det mest rationela, då det gäller visa en nybildnings ursprung, nämligen fyndet af öfvergångsbilder från den normala typen till tumörväfnad. Sannolikheten att finna dylika öfvergångsbilder vore däremot större, om svulsterna skulle stå i samband med regenerationen af uterusepitelet.

Därför se vi äfven, att MARCHAND ej kunnat på detta sätt bevisa sina tumörceller såsom härstammande från LANGHANS'ska cellagret. Och finner han genom sin ofvan omtalade undersökning af mola och jämförelse mellan de fynd, han då gjorde, med dem, han gjort i sitt tumörfall, att så är förhållandet. De

enkärniga tumörcellerna i vårt fall äro så lika dem, MARCHAND funnit, att man i första hand ej tviflar på, att de äro af samma ursprung. Dock finnas hållpunkter för att anse dem, liksom syncytiet, vara af *maternelt* ursprung.

I den färskaste delen af tumören ha vi nämligen sett, huru de unga papillerna, betäckta af de polygonala cellerna, stå på uterusväggen liksom papiller, hvilka skulle varit resultatet af en papillär proliferation af uteri slemhinna. Å uterusväggen, som gränsar intill men ej är indragen i tumörmassan, ha vi en mycket tydlig veckbildning af slemhinnan, där vecken äro betäckta af ett enlagrigt epitel, där cellerna å flere ställen betydligt påminna om svulstcellerna. Vi anmärkte redan vid den mikroskopiska beskrifningen, att vi ej med säkerhet kunnat påvisa öfvergång mellan epitelet och svulstceller; af bilder, som starkt tala för en dylik öfvergång, ha vi dock haft många. Bindväfsstommen i papillerna är ju äfven lika uterinslemhinnan. Å andra sidan har man svårt tänka sig uppkomsten af dessa papillära bildningar, om man tolkar det dem betäckande epitelet såsom kommande från LANGHANS'ska cellagret. Man skulle då få antaga dem vara ombildade chorionvilli, ett antagande, som är mycket osannolikt, då man tager i betraktande deras, och därtill de yngstes af dem, förhållande till uterusväggen.

En fråga, som ligger nära till hands, är, huruvida denna vår uppfattning står i strid med de allmänna grundsatser, som MARCHAND på så goda skäl uttalat angående dessa tumörers uppkomstsätt. Ingalunda. Vid redogörelsen för MARCHANDS uppfattning af epitelproliferationerna, som försiggå i normal decidua och mola, och hvilket är det väsentliga momentet vid svulstbildningen, ha vi sett, att det uterina epitelet prolifererar delvis i form af celler, betydligt liknande dem, som komma från LANGHANS'ska cellerna, och ofta mycket svåra att skilja från dessa. MARCHAND säger, att de senare utom af glykogenhalten, (som vi på grund af, att vi behandlat materialet med vattenhaltiga vätskor, ej kunnat pröfva), skiljas från de förra genom de *i mycket riklig mängd* förekommande mitoserna. Sådana ha vi visserligen sett, men särdeles sparsamt, hvilket är påfallande, då vår tumör kom till undersökning under jämförelsevis mycket gynsamma förhållanden. Detta moment bidrager i viss mon att styrka oss i vår uppfattning om våra enkärniga svulstelements maternella härkomst.

MARCHAND har i sin sammanfattning äfven klart och tydligt uttalat sig för sannolikheten af, att en svulst, så sammansatt, kan uppstå.

MARCHANDS och vårt fall blifva därför varieteter af samma svulstgrupp, *de seritonala*. Att något hinder skulle förefinnas, att kalla dem karcinomer, kunna vi egentligen ej finna. Skulle vi vilja benämna svulsten, och välja bland de många föreslagna namnen, vore vi benägna antaga det af KOSSMAN föreslagna, »Carcinoma syncytiale uteri.» De syncytiala bildningarna äro karakteristiska just för detta slag af svulster utan att vara dess enda element. Namnet skulle då ha sin motsvarighet i t. ex. »Sarcoma giganto-cellulare.»

Till slut vilja vi blott tillägga ett par ord angående svulstens sätt att växa. Dels förefaller den att direkt förstöra muskulaturen, dels metastaserar den genom kärlsystemet. Någon bestämd mening ha vi ej kunnat bilda oss, om metastaserna hufvudsakligast gå genom blodbanorna eller genom lymfbanorna. Att ej det senare sättet bör uteslutas, torde framgå af Bild 5, där ett syncytium ligger i den oberörda muskulaturen in i ett stort med endotelceller beklädt lymfrum.

(Mannheimer).

Etiologi.

Angående etiologien torde man här, som vid alla andra maligna nybildningar, ej kunna säga mycket med visshet.

En *conditio sine qua non* vid dessa tumörer är dock graviditet. Svulsten uppbygges ju af bildningar från ägghyllena, och då nu kan anses afgjort, att chorionepitelet är utgångspunkten, kan någon eftergift ej tillåtas.

Annorlunda stälde sig frågan, då nybildningens uppkomst tillskrefs deciduacellproliferation. SÄNGER diskuterar den förnt flitigt dryftade frågan, om deciduacellen är något för graviditeten karakteristiskt, eller om de stora cellformer, man finner vid en del endometriter och särskildt vid dysmenorrhoea membranacea, äro verkliga deciduaceller. Han förklarar, att en stor likhet råder mellan verkliga deciduaceller och de nämnda cellerna, liksom ock mellan deciduaceller och sarkomceller, hvilket senare gifvit RUGE anledning att framkomma med den i detta sammanhang ofta anförda aforismen: »deciduacellen är den fysiologiska typen för sarkomcellen.» SÄNGER håller därför

också som möjligt, att sarcoma *deciduo-cellulare* kan uppstå i uterus äfven utan graviditet — ja till och med i andra organ än uterus.

Med stöd af denna åsikt har PAVIOT beskrifvit ett fall som »*déciduome malin*» från en nullipara. — Här visar både sjukhistorien och undersökningsresultatet så väsentliga afvikelser, att man gör rättast i att utan vidare utmönstra fallet.

Af de meddelade tabellerna synes, att graviditeterna varit ganska olika. I 19 af de anförda fallen har hafvandeskapet slutat på normal eller nästan normal tid och 9 gånger som abort, utan att ägget företedde några patologiska förändringar. I 24 fall åter, således ungefär hälften, var det fråga om mola.

Denna molans stora etiologiska betydelse framhålles af alla senare författare. Redan innan i fråga varande svulster afskildes som en särskild klass, hade det påvisats, att mola stundom föregick maligna nybildningar i uterus, och man hade uppstått åtskilliga teorier därom.

GUTTENPLAN ansåg, att sarkomet föregick och disponerade till molabildningen, men att denna å sin sida gynnade tumörens tillväxt. LEOPOLD talar om ett »ömsesidigt etiologiskt sammanhang», som han dock ej närmare inlåter sig på. VEIT håller före, att den maligna nybildningen finnes före graviditeten, att ägget skulle inbäddas i redan sjuk slemhinna och därför abnormt utvecklas eller i förtid utstötas. KALTENBACH tror, att utgångspunkten för »sarkomet» är kvarlemnade »myxomatösa chorionvilli», hvilka skulle »infektera» uterus, så att därstädes en elakartad tumör uppkomme. Ja, han vill andraga detta som bevis för att molan är en verklig svulstbildning.

MENGE kom på grund af det förhållandet, att molan föregår i ungefär hälften af de kända fallen »*deciduosarkomet*», men att detta åter igen är en sällsynt följd enligt den sammanställning af drufbördsfall, han gjort, till den slutsatsen, att »*myxoma chorii*» ofta hade sin orsak i en sarkomatös förändring af decidua graviditatis. Denna skulle inträffa i första graviditetstiden och äfven kunna föranleda abort med oförändradt ägg.

GOTTSCHALK låter »partiellt myxomatösa chorionvilli» genom inväxande i venerna, där de föra ett parasitärt lif, bli maligna på grund af det venösa blodets halt af kolsyra och giftiga affallsprodukter, hvilket alt skulle disponera till, att cellerna förlorade sin oskyldiga natur och gånge upphof till den för moderorganismen så skadliga nybildningen.

BACON antar, att molan underlättar tumörbildningen genom att nedsätta uterusväfnadernas motståndskraft.

Hvad nu dessa teorier beträffar, kan väl ingen af dem anses gifva tillfredsställande lösning af frågan, då de grunda sig på lösa, teoretiska funderingar. En på noggranna undersökningar grundad framställning af molans förhållande till den maligna nybildningen har, som visades i den anatomiska afdelningen, lemnats af MARCHAND och FRÄNCKEL, och vi vilja ej här å nyo upprepa den samma.

Tidpunkten för den maligna nybildningens början har antagits olika. Om man skall förlägga den till en period under själfva hafvandeskapet eller först därefter, har varit omtvistadt. Dock har ingenting med säkerhet kunnat fastställas,

I några fall omtalas intrauterina undersökningar omedelbart efter förlossningen, och härvid har konstaterats, att intet abnormt på uterinväggens insida kunnat kännas. I andra fall, vid drufbörd, anmärkes, att molablåsor setat ovanligt hårdt fast och insänkta i uterinväggen. Intet af dessa förhållanden kan väl säkert bevisa från- eller tillvaron af en börjande elakartad nybildning. Det torde vara rent af omöjligt att draga skarp gräns mellan, hvad som är malign process eller icke. Den mikroskopiska undersökningen lär väl äfven den ha svårt att fälla utlåtande, om en normal eller blott excessiv invandring af epitel- eller en malign proliferation i sin allra första början föreligger, särskildt vid mola, där normalt så höggradig epitelproliferation och — invandring förekommer.

PESTALOZZAS sista fall, äfvensom det af honom anförda SUPERNOS fall, visa, hur svårt ett sådant afgörande kan vara. Möjligt är, att det i dessa fall kan vara frågan om en vanlig molabildning med retention af blåsor och ingen malign process. Beskrifningen och sjukhistorien gifva ej tillfälle till bestämdt omdöme.

Det samma gäller äfven om ett fall, undersökt af NEUMANN ILLICH, där uterus exstirperades omedelbart efter utrymning af mola på grund af ostillbar blödning.

I allmänhet antages med stöd af sjukhistorierna, att tumörbildningen uppkommer efter äggets utstötande och ur kvarlemnade ägghyllerester. Detta torde äfven i de flesta fall vara förhållandet, men i fall sådana som AHLFELD-MARCHANDS, WHITRIDGE WILLIAMS' och APFELSTEDT & ASCHOFFS (II) lär väl ej tvifvel råda, att den maligna nybildningen utvecklades, medan

ägget ännu fans kvar i uterus: resp. tuban. APFELSTEDT vill, att uterustumören ej skall anses som den primära svulsten utan blott som »den första regionära metastasen» från chorionvilli.

Af stort intresse skulle vara en ungefärlig uppskattning af frekvensen af dessa maligna nybildningar. Härvid kan endast de sista årens litteratur medtagas. Då emellertid i denna ganska många fall offentliggjorts, har med skäl framkastats, att dessa tumörer i själfva verket ej äro så ytterligt sällsynta, som man först antagit. I den förantiseptiska tiden försvunno de bland den stora mängden puerperala sjukdomar, och äfven senare ha väl åtskilliga fall fått gå under namn af »subinvolution», »placentarpolyper» o. s. v. På grund af detta kan och bör något slags beräkning öfver frekvensen ej göras mer än öfver dem, hvilka föregåtts af mola.

MENGE gör ett försök härtill. Han anför en sammanställning af 23 fall drufbörd från kliniken i Leipzig och finner bland dem 3 fall (MENGE I och II, ZWEIFEL) af »deciduosarkom». De öfriga 20 lefde alla och kunde ej misstänkas lida af någon malign svulst. Detta är således en hög siffra för frekvensen, omkring 13 %.

I en annan statistik af KEHRER öfver 50 fall mola, där särskildt eftervärkningarna uppmärksammas, finnes *intet* fall, i hvilket man kan antaga en malign nybildning i uterus, som följd efter drufbörden. Af de 50 patienterna lefde 41; 9 voro döda 1—9 år efter molan. Dödsorsakerna voro i 3 fall ftisis, 1 dog af en »buktumör» 3 år efter, 1 af puerperalfeber, 1 af peritonit, 1 af hjärttumör, alla 9 år efter drufbörden; 1 af »Krämpfen» 1 år efter, och 1 med psykos 4 år efter. Af dessa skulle möjligen de med diagnosen ftisis misstänkas, då, som kasuistiken visar, flere fall på grund af lungmetastaser haft pftisisliknande symptom. I alla dessa 3 fall hade dock patienterna genomgått normala barnsängar efteråt, dels hade så lång tid åtgått, 4—5 år, att man väl kan utesluta i fråga varande elakartade nybildning. Den, som afled med »buktumör», torde likaledes ej kunna räknas hit. Pat., som var 52 år gammal, hade menses en gång efteråt och inga abnorma genitalblöddningar.

Öfriga sammanställningar af mola kunna, så vidt jag funnit, ej tillgodogöras i detta fall, då endast de omedelbara följderna beaktas. Detta gäller äfven CRAIGINS arbete, som MENGE dock åberopar i sin statistik.

Som hafvandeskap är nödvändigt för tumörens uppkomst, bestämmes åldern däraf. I de anförda fallen variera ålderssiffrorna snart sagdt mellan maximi- och minimiåldern för graviditet, eller mellan 17 och 55 år, hvilket senare tal ju är exceptionellt högt.

Åldrarna fördela sig på följande sätt:

Antal fall af:	Under				öfver
	20 år	21—30 år	31—40 år	41—50 år	
Graviditet med ej degenereradt ägg .	1	15	10	2	—
Mola	1	9	3	8	1

Medelåldern för den förra kategorien är ungefär 30 år, för den andra 35,4 år, för alla 32,6 år. Som synes af siffrorna, af-tager i den första gruppen frekvensen med åldern efter 20:e året, under det att i den andra vi ha lika många fall mellan 21 och 30 år som öfver 40.

Antalet graviditeter visar för de fall, där tumören kommit i anslutning till en mola, en något större siffra än för de öfriga, hvilket väl i viss mon kan tillskrifvas den högre medelåldern.

Graviditeter	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.
Ej mola	4.	2.	7.	2.	3.	3.	—	—	2.	—	—	—	—
Mola	2.	2.	5.	2.	2.	1.	2.	1.	—	2.	1.	1.	1.

Detta gör i medeltal för första kategorien mellan 3 och 4 graviditeter, för den senare mellan 5 och 6. Sammanslås siffrorna, visa de, att om ock i dessa fall $\frac{1}{3}$ äro primæ gravidæ, de öfriga visa en rätt hög fertilitet, ungefär 5.

Vid denna beräkning ha alla graviditeter likstälts, såväl de, som slutat med normal förlossning, som ock aborter och mola; äfven för tubargraviditeten i AHLFELD-MARCHANDS fall göres ej undantag.

Detta om de predisponerande momenten, de närmast framkallande orsakerna äro okända.

KALTENBACH tror på »infektion» från »myxoma chorii». Äfven SÄNGER framkastar möjligheten af tumörens parasitära ursprung, men lyckas ej finna hvarken »Microorganismen oder Psorospermien».

PESTALOZZA är likaledes benägen att antaga en infektiös process. Han finner streptokokker i sina preparat, hvilka han dock, som naturligt är, ej anser vara annat än tecken till sekundär infektion i den ulcererande tumören.

Symptomatologi.

De kliniska berättelserna om hit hörande fall äro så godt som samstämmiga. Efter en graviditet, som slutat på ett eller annat sätt, börjar antingen genast eller efter någon tid blödningsar, hvilka sedan ständigt återkomma med större eller mindre ymnighet och med oregelbundna, oftast korta uppehåll. Vanligen förefinnes på mellantiderna riklig flytning, som till en början är serös, köttlakeliknande, sedermera varig, stinkande. Sedan detta fortgått en tid bortåt, och ofta åtskilliga terapeutiska ingrepp företagits, blir patienten altmera nedsatt, anemisk, till slut kakektisk. Ofta tillstöta symptom från metastaser, särskildt i vagina och i lungorna, samt septiska symptom, hvilka påskynda döden, som inom ganska kort tid inträffar.

Tidpunkten för blödningsarnas början är, som antyddes, något växlande. Genast efter äggets afgang uppgifves det i 16 fall. Bland dessa i ej mindre än 7 af de 9, där vanlig abort föregått; 3—5 veckor dröjde det i 12 fall; 2 mån. i 3 fall; 3, 4, 5 och 6 mån. i hvardera 1 fall. Dessutom finnas fall, där ännu längre tid uppgifves hafva förflutit mellan graviditetens avslutning och den första abnormala genitalblödningsen. PERSKEFRÄNKEL angifva 1 år 8 mån., LÖHLEIN öfver 1 år. Detta förhållande är så afvikande, att möjligheten af någon abort, som pat. själf ej uppmärksammat, ifrågasatts, för att ej tala om GOTTSCHALK, som utan vidare utdömer LÖHLEINS fall ur i fråga varande grupp af detta skäl.

Blödningsarna äro vanligen häftiga; direkt förblödning omtalas i ett par fall, och många ha iakttagit vanmakt på grund af blodförlusten. Särskildt i början äro de ymniga, och blodlefrar afgå då ej sällan. De äro oftast ej så långvariga men ofta återkommande, med pauser af ända till en vecka, ja, stundom längre. Efter utskrapningar vinner man ett stundom rätt långt uppehåll, ända till en månad.

Å andra sidan ser man uppgifter om ihållande men ej särdeles ymniga blödningsar. Möjligen kan det vara förväxling mellan egentlig blödning och den blodfärgade flytningen, som i nästan alla fall iakttagits. Denna är i regel ymnig och plägar efter längre eller kortare tid antaga varig, till slut stinkande karakter genom varig och putrid infektion.

Utom blodlefrar omtalas en och annan gång »placentarliknande», »svampiga» slamsor såsom spontant afgångna.

Genom dessa upprepade blodförluster blir patientens allmäntillstånd altmera nedsatt. Till en början mera som vid ren anemi, med hjärtklappning, sus i öronen, yrsel, aptitlöshet o. s. v. Blodundersökningar, hvilka gjorts i 4 fall, ha lemnat mycket olika värden, hvilket naturligtvis är beroende på det stadium af sjukdomen, i hvilket de gjordes. Hemoglobinet mängd växlade mellan 8—50 % (FLEISCHL), de röda blodkropparnas antal mellan 3,2 och 1.2 millioner.

Snart nog framträder emellertid afmagringen, den ständigt tilltagande kraftuttömningen altmera, och man får den vanliga bilden af en kakexi vid en elakartad nybildning.

Döden påskyndas af febrila symptom, hvilka man med skäl antagit härröra från putrid eller septisk intoxication genom bakterieinvasion i de sönderfallande tumörmassorna. Äfven rent pyemiska affärer, abscesser, ledaffektioner omtalas i några fall. Variga peritoniter ha likaledes observerats.

Den objektiva undersökningen visar till en början inga vidare förändringar af lifmodern, sedermera en tydlig förstoring af den samma. Det vanliga, som uppgifves, är »stor som en apelsin», »knytnäfstor», »barnhufvudstor». Den är ofta likformigt förstord, så att dess form bibehålles, i några fall ha knöligheter på uterus tydligt palperats.

Cervix är ofta ej sluten utan permeabel för fingret. Inuti uterus påträffas, altemper fallets ålder och genomgången behandling, tumörer, lösa svulstslamsor eller defekter i uterussväggen. I de fall, där tidig utskrapning ej företagits, kan vid intrauterin undersökning tumörer kännas, t. ex. i MEYERS en gåsäggsstor. I vårt fall var cervix sluten, och någon vidgning af denna gjordes ej, i hvilket fall man skulle ha funnit liknande förhållande som MEYER.

Vanligare är, att »lösa slamsor», »mörjiga abortrester», »placentarliknande massor» anträffas. Detta är särskildt förhållandet någon tid efter en skrapning, då nybildningen hunnit växa upp igen.

Strax efter en skrapning finner man en ofta rätt djup grop i uterinväggen. Detta senare framhålles af GOTTSCHALK, KÖTTNITZ, NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX såsom diagnostiskt viktigt och karakteristiskt. Uterussväggen kännes på platsen för tumören skör, och man kan med fingret krafsa sig djupt in i den samma, man tycker sig utan svårighet smula sönder muskulaturen ända till peritonealbeklädnaden.

Alla dessa förhållanden äro, som sagdt, beroende af behandlingen, och ofta kan man iakttaga de olika skedena undan för undan. Ett i detta afseende typiskt fall är NETZELS första. Till en början upphöjd tumörbildning, efter dess utskrapning återbildas gång på gång lösa svulstmassor, och på stället, där dessa växa, iakttages en ständigt djupare gående substansförlust i uterinväggen.

Förstörelsen af uterus kan äfven leda till fullständig perforation såsom i PERSKE-FRÄNKELS fall, där tvänne öppningar påträffades, ledande in till parametrana tumörbildningar — eller som KALTENBACH-RUMMEL omtala, där ej mindre än tre perforationer inåt peritoneum iakttogos vid obduktionen, förande till afkapslade abscesser i bäckenet. Faran af perforation vid undersökningar är också öfverhängande. — EVERKE (MARCHAND II) fick uterus söndersliten vid undersökning omedelbart före exstirpationen.

Utom lokalsymptom från själfva den ursprungliga nybildningen tillstöta ej sällan dylika från metastaser. Bland dessa är det egentligen de i vagina och vulva samt i lungorna, hvilka gifva sig till känna. De i öfriga organ undandraga sig i regel uppmärksamheten.

Vid obduktion har man funnit metastaser mest spridda i lungor och vagina men äfven i ovarierna, i parametrierna, blåsan, bäckenets och bukens lymfkörtlar, njurarna, njälten, lefvern, å tarmarna, ventrikeln, i hjärnen, musklerna, benmärgen.

Under lifvet diagnosticerade GOTTSCHALK på goda grunder en metastatisk hjärntumör, hvilken han doek ej fick konstatera vid obduktionen, i det skallen ej fick öppnas. I enstaka fall hafva dessa metastaser, de i vagina ej inräknade, varit föremål för terapeutiska åtgärder. SÄNGER gjorde incision på en i högra fossa iliaca liggande stor metastas i tanke, att det var en abscess. GOTTSCHALK gjorde ett försök att exstirpera en metastas i högra njuren.

Dessa förhållanden äro mera tillfälliga, hvaremot de sekundära svulsterna i vagina förekomma oftare. Af de 53 anförda fallen omtalas i 21 vaginalmetastaser, således i ungefär $\frac{2}{5}$; dock saknas uppgifter i flere fall.

Dessa metastasers uppkomstsätt har äfven diskuterats, och den gamla frågan om maligna tumörers kontagiositet har härvid åter varit på tal. Några författare anse nämligen dessa metastaser vara ympmetastaser, uppkomna genom inokulation

af svulstgroddar i vaginalväggen med instrument vid undersökning eller operativa åtgärder, under det att andra afvisa detta försök till förklaring och antaga tumörerna vara »regionära metastaser». Som ympmetastaser uppfatta LEBENSBAUM och SCHAUTA de vaginala tumörerna i sina fall. Den förre betecknar en retrograd metastasbildning utan vidare för omöjlig. I båda fallen var det blott *en* tumör i vagina, och flere ingrepp och undersökningar hade gjorts, innan den upptäcktes, så att man ej utan vidare kan förkasta antagandet af en dylik inympningsmetastas, då möjligheten af dylikas uppkomst vid andra maligna tumörer väl kan anses som satt utom allt tvifvel på grund af kliniska fakta och äfven experiment.

Detta sätt för metastasbildning är dock ej antagligt för de flesta fall. Slemhinnan har varit normalt förskjutbar och i öfrigt oförändrad till en början, innan den sekundärt blifvit förstörd. Särskildt i vårt fall, där ett stort antal vaginalmetastaser finnas, täckta af oskadd slemhinna, och inga ingrepp — ej ens undersökning gjorts, innan de upptäcktes, finnes ej skäl att misstänka inympning. I AHLFELD-MARCHAND's (I) fall är det alldeles omöjligt att få dem till ympmetastaser, då den primära svulsten utgick från en tubargraviditet. Här faller det sig naturligare att förklara dem som »regionära, på retrograd väg uppkomna metastaser», som GUTTENPLAN, MENGE, SCHMORL, PESTALOZZA och GOTTSCHALK göra det. Denne senare antar äfven en stor metastas i högra njuren som uppkommen på samma sätt.

PESTALOZZA egnar metastasbildningen i vagina rätt stor uppmärksamhet och anför ur den rika literaturen skälen för och emot den »retrograda transporten» i venerna, hvilken han måste anse som bevisad särskildt genom experiment.

Dessa vaginala metastaser omtalas ofta som iakttagna vid undersökningarna. De ligga, som nämnt är, i allmänhet i de djupare lagren af vaginalväggen eller åtminstone submuköst. Slemhinnan går öfver dem hel och oskadd. De ytligaste skimra igenom blåaktigt, och man har med skäl jämfört utseendet med varices (GUTTENPLAN, MENGE, KÖTTNITZ). Det berättigade i denna liknelse kunde äfven bekräftas i vårt fall.

Tumörerna kännas i regel solida, ej särdeles hårda; MÜLLER fann dem så mjuka, att han kallar dem »cystösa kroppar» — han gjorde äfven därför incision på en dylik, hvarvid naturligtvis blott blod och svulstslamsor utkommo.

Spontan bristning har äfven iakttagits, och de här af uppkomna svåra blödningarna ha tvungit till aktift ingripande. PESTALOZZA (I) såg så häftig blödning, att fara för förblödningsdöd var hotande. KÖTTNITZ omtalar »blödning i stråle». LEBENSBAUMS »brustna varix» är väl ej annat än en brusten vaginalmetastas. Dessa författare, äfvensom GUTTENPLAN, sågo sig nödda att göra omstickningar för att få bukt på blödningen.

Liksom andra ytligt liggande maligna nybildningar bli äfven dessa metastaser ulcererande och till slut gangrenösa. Utom den rikliga stinkande afsöndringen kunna de äfven på detta stadium framkalla svåra blödningar.

Exstirpation af dessa vaginaltumörer har gjorts i åtskilliga fall. PESTALOZZA (IV) aflägsnade en dylik som palliativ åtgärd för att förebygga bristning och ulceration. Samtidigt med uterusexstirpation ha MENGE och SCHAUTA aflägsnat vaginalmetastaser. FREUND borttog en ulcererad vaginaltumör en månad före hysterektomien, men hade vid denna flere nya metastaser att exstirpera. NETZEL gjorde i vårt fall först uterus-exstirpation, och 12 dagar därefter aflägsnade han de talrika vaginalmetastaserna.

I ett par fall ha de regionära metastaserna varit det, som först uppmärksammats — i andra åter ha de antagit sådana dimensioner, att man förmodat dem vara den primära tumören, eller åtminstone en själfständig svulstbildning. Detta senare var förhållandet med KLIENS och PESTALOZZAS första fall. Blödning från den vaginala metastasen i AHLFELD-MARCHANDS fall var det, som först framträdde, det var också på skrap från densamma som diagnosen sattes. Äfven i ett annat fall, WHITRIDGE WILLIAMS', var det en regionär metastas, här i labium majus, som först uppmärksammades och äfven senare behärskade hela sjukdomsbilden, så att ej förr än vid obduktionen den primära uterussvulsten blef iakttagen. I APFELSTEDTS & ASCHOFFS andra fall tillkännagaf likaledes en tumör i labium majus först närvaron af nybildningen.

Dessa metastaser i vagina uppträda ganska tidigt i en del fall, om ock så snart, som WHITRIDGE WILLIAMS och APFELSTEDT & ASCHOFF (II) angifva, hör till undantagen.

Under ett senare skede, i allmänhet kort före döden, tillstöta symptom af metastaser i lungorna. Af de 38 fall, som följts till döden, ha ej mindre än 24 haft metastaser i lungorna. Dock är att märka, att af de 14 återstående 12 ej obducerats

eller blott ofullständigt, så att lungorna ej uttogos, eller också omtalas ej obduktionsresultaten. Af dessa 11 visade 3 (LÖHLEIN, ZWEIFEL, PESTALOZZA IV) under lifvet tydliga symptom af lungmetastaser och ytterligare 2 (LEBENSBAUM, PERSKE-FRÄNKEL) lungsymptom, hvilka möjligen kunna tolkas därhän. Således torde af de beskrifna fallen omkring $\frac{3}{4}$ haft metastatisk spridning af svulsten till lungorna.

De symptom, hvilka väl säkrast kunna tolkas som tecken till närvaro af dylika lungtumörer, äro blödningar eller blodigtserösa sputa. Dylika omtalas i många fall och ha föranlett misstanke på lungtuberkulos. I flere fall har man därför förgäfvets sökt tuberkelbaciller. Vidare omtalas i alla fall hosta, dyspné, stundom hållkänsla.

De fysikaliska förändringarna äro, som helt naturligt är, växlande efter sjukdomens utbredning. I många fall inga objektiva tecken als, i andra någon dämpning, i andra åter fuktiga rassel, i ett och annat omtalas gnidningsljud.

Diagnos.

Bland de i vår tabell upptagna fallen är rätt diagnos satt i ett fåtal. Processer, hvilka kommit i fråga till förväxling, äro abort, molargraviditet, placentarpolyp eller rester af abort eller mola, myom och de vanliga maligna uterustumörerna. Sedan uppmärksamheten blifvit vänd åt dessa intressanta tumörer, ha allt flere blifvit under lifvet diagnosticerade, och dessas hela antal uppgår nu till 19, vårt eget inberäknadt. Af dessa fall komma 12 på åren 1895—96.

Misstanken på en börjande abort förfaller snart af sig själf på grund af förloppet. Molarhafvandeskap har i ett fall (PFEIFERS) diagnosticerats, och bougier inlades för att framkalla förlossningsarbete. Denna diagnos var stödd på uteri storlek, mjukheten hos portio vaginalis och de upprepade, ymniga blödningarna. — Till en början och med stöd af blott en vanlig gynekologisk undersökning torde det vara svårt att utsluta denna åkomma. Dock bör anamnesen gifva viktig ledning äfvenså förloppet vid expektatift förfarande. Försök att framkalla utstötning af den misstänkta molan eller en intrauterin undersökning, hvilka bådadera kunna anses indicerade på grund af de upprepade och för patienten nedsättande blödningarna, torde säkert upplysa om misstaget.

På grund af anamnesen och det kliniska förloppet i början har tanken oftast riktats på rester efter det kort förut utstötta ägget. De första symptomen, såväl blödningen som den objektiva undersökningen, äfven den intrauterina, visa under svulstens tidigaste period intet, som kan afgöra diagnosen. Senare har man utom det progressiva förloppet ett godt hjälpmedel i den intrauterina undersökningen, som vi ofvan anförde.

Myom, som i fem fall diagnosticerats (af JACUBASCH, SUPPERNO, JEANNEL, RUNGE, ACZÉL), bör oftast kunna uteslutas med ledning af sjukhistorien eller åtminstone med tillhjälp af den intrauterina explorationen. Men en sådan feldiagnos kan ofta vara mycket lätt förklarlig, särskildt där anamnesen ej gifver någon fingervisning åt det rätta hållet, som i RUNGES fall.

Från andra maligna uterustumörer kan man med någon säkerhet afskilja de i fråga varande på grund af patientens ålder och den nyss föregående graviditeten.

Alla dessa hållpunkter kunna endast berättiga till en sannolikhetsdiagnos. Visshet öfver åkommans verkliga natur erhålles först vid mikroskopisk undersökning. Särskildt kan ej nog betonas vikten af att noggrant undersöka skrapet, om utskrapning företagits för recidiva blödningar efter någon slags förlossning. MENGE beklagar djupt, att så ej skedde i hans första fall. Hade undersökning gjorts genast, hade uterusexstirpationen kunnat företagas ungefär en månad förr, innan ännu några metastaser konstaterats, hvilket väl kunnat möjliggöra bättre resultat af operationen. NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX voro lyckligare. Deras patient blef utskrifven kort efter skrapningen, innan undersökningsresultatet ännu var känt, men genast man fått veta den mikroskopiska diagnosen, blef hon eftersänd. Uterusexstirpation verkställdes omedelbart och som det synes med godt resultat.

Som sammanfattning för diagnosen kan sägas, att — om kort efter ett missfall, en drufbörd eller normal förlossning upprepade och ymniga blödningar inträffa, hvilka ej kunna bringas till tystnad med vanliga palliativmedel, — om under dessa förhållanden en svulst växer upp i uterus och hastigt återbildas efter utskrapning, — om man vid intrauterin undersökning finner fästestället för dessa tumörer insänkt i uterinväggen och denna därstädes så skör, att man med fingret kan smula sönder den och tränga alt mera på djupet — då har man skäl att sätta den kliniska diagnosen: *carcinoma syncytiale*.

I vårt fall ställes diagnosen med stöd af den typiska sjukhistorien och genom närvaron af de talrika metastaserna i vagina, hvilka senare kunna anses som mycket typiska och i diagnostiskt afseende synnerligen viktiga.

Under senare stadier grumljas sjukdomsbilden genom de tillstötande septiska symptomen, så att diagnosen fått sin lydelse därefter.

Utgång.

Prognosen är utan radikalt operatift ingrepp absolut dålig. Den maligna processen fortskrider utan uppehåll till döden.

De vanligaste dödsorsakerna äro kakexi och sepsis, understödda af de nedsättande blödningarna. Direkt förblödning från tumören förekom i ett af CHIARIS samt i KLIENS och HARTMANN & TOUPETS fall. JACUBASCH konstaterade förblödning inåt peritonealkaviteten från en brusten, subserös tumör.

Den tid, som förflutit mellan graviditetens slut och döden, har i allmänhet varit ganska kort. Medeltalet för alla fall, där inga exstirpationsförsök gjorts, är 7 månader, med gränsvärdena 2 och 23 månader. En tydlig skilnad visar sig däri, att fallen efter mola tagit längre tid i anspråk, mellan 4 och 23 månader, i medeltal 10 månader, under det att de öfriga betinga en medeltid om 5 månader af tider, varierande mellan 2 och 7½ månader.

Behandling.

GOTTSCHALKS förslag om »profylaktisk behandling», genom att i hvarje fall af mola med fingret och kyrett aflägsna alla kvarblifvande villi »till djupt in i muskulaturen», torde vara väl radikalt och ej tillfredsställande hvarken i terapeutiskt eller diagnostiskt syfte, emedan den mikroskopiska undersökningen då har svårt att fälla posittift utslag.

Emellertid har PESTALOZZA förfarit så i ett fall (VI) och exstirperat uterus 9 dagar efter molans utskaffande.

Det enda botemedlet, som kan komma i fråga, är ett i rätt tid företaget och radikalt operatift ingripande — exstirpation af uterus och misstänkta ställen i dess omgifning.

I 20 fall har denna operation utförts. LEBENSBAUMS patient afled 6 dagar efter operationen af »kollaps»; i APFELSTEDT & ASCHOFFS första fall afled hon 1 månad efter exstirpationen

under symptom af fortskridande kraftuttömning och lungmetastaser. Undantagas dessa båda, har det närmaste operationsresultatet varit tillfredsställande. Ytterligare 3 patienter hafva dock affidit på grund af metastaser hufvudsakligen i lungorna, 2 af dessa efter 6 månader (GOTTSCHALK, MENGE I) och 1 (LÖHLEINS fall) 13 månader. — I alla dessa fall hade operationen verkstälts sent, 7 mån. till 2 år 2 mån. efter graviditetens slut, således vid tider, då i de flesta fall, där ingen operation gjorts, dödlig utgång redan inträffat.

För de återstående är det ej möjligt att säga något bestämdt, då alt för kort tid förflutit efter operationen till fallens offentliggörande. Dock tyckes det vara goda utsikter för flere om ett afgjordt godt resultat. PESTALOZZAS opererade fall (V, VI) lefde mer än ett år efter operationen, likaså SUPERNOS patient. EVERKES (MARCHAND II) var frisk 13 månader efteråt. TANNEN och KUPPENHEIM omtala, att deras patienter lefde utan tecken till recidiv resp. 9 och 10 månader, sedan de opererats.¹⁾

Med skäl påpekar APFELSTEDT, att man ej kan sätta några bestämda gränser, när »rätta tiden» för operationen är förbi. Ja han vill rent af förneka, att någon »rätt tid» finnes, då i många fall tumören redan tidigt sprider sig, och metastaser kanske bildats, innan några symptom tillkännagifvit uterus-tumörens närvaro. Denna åsikt torde dock vara något öfverdrifvet pessimistisk, åtminstone för de flesta fall.

Operationsmetoden har i alla fall, utom RUNGES, LEOPOLDS och vårt eget, varit vaginal uterusextirpation med ligatur eller klämmare. RUNGE gjorde supravaginal uterusextirpation på grund af feldiagnosen: myom.

Skälet hvarför NETZEL valde buksnitt var det, att han på grund af de talrika vaginalmetastaserna misstänkte en vidare spridning åt bäcken- och bukorganen. Fördens skull börjades operationen som vid total uterusextirpation, men med buksnittet var äfven den afsikten förenad, att skaffa visshet, om någon dylik metastasering förelåge och då för att om möjligt äfven extirpera de sekundära tumörbildningarna. Då detta lyckligtvis ej var förhållandet, fullbordades operationen på vanligt sätt

¹⁾ Enligt senare uppgift af GOTTSCHALK (21) var TANNENS patient vid god helsa 1 år 7 mån. efter operationen. FREUNDS fall utan recidiv 1½ år efteråt. SCHAUTAS patient, enligt meddelande af NEUMANN, frisk nära 1½ år efter uterusextirpationen.

genom det en gång lagda snittet. En vaginal uterusexcirpation hade väl varit möjlig, då uterus var fullt rörlig, men hade försvårats af uteri storlek och de talrika vaginalsvulsterna. —

Uterusexcirpationen tog lång tid i anspråk, så att ej ansågs rådligt att omedelbart företaga ett så pass stort ingrepp, som kräfdes för att aflägsna vaginalmetastaserna. Fördens skull uppsköts detta, mot den först antagna operationsplanen, tills patienten hemtat sig från operationen, och verkställdes, som ofvan omtalats, 12 dagar därefter.

KÖTTNITZ håller före, att inga utsikter för en framgångsrik operation finnes så snart vaginala metastaser bildats. MENGE opererade under dylika förhållanden; hans patient afled, som nämndt är, 6 månader därefter. Dessutom har FREUND och SCHAUTA excirperat uterus med redan bildade regionära metastaser. I båda dessa fall är ej resultatet känt för längre tid än $4\frac{1}{2}$ månader resp. 7 veckor.¹⁾

I vårt eget fall förefunnos talrika vaginaltumörer, så att utsikterna till ett radikalt botande ej antogos som särdeles stora. Emellertid äro de närmaste följderna synnerligen tillfredsställande. Patienten har sluppit de upprepade, kraftnedsättande blödingarna, och hennes allmäntillstånd har höjts betydligt, så att hon känner sig fullt frisk. Huruvida hon kan anses som definitivt botad, torde väl ännu ej kunna afgöras, men då processen här visat sig långt mindre hastigt progredieraude än i de flesta andra fall, kan man ha skäl att ej sätta prognosen altför dålig. Skulle tumören redan satt aflägsna metastaser, hvilka ännu ej gifvit sig tillkänna, har operationen alltid haft den nyttan, att den skänkt patienten en frist med fullkomligt välbefinnande.

¹⁾ Se anm. å föregående sida.

(Lönnberg).

Literaturförteckning.

1. ACZÉL: Ueber einen Fall von »decidualer Geschwulst«. Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 3, s. 413. 1896.
2. AHLFELD: Ein Fall von Sarcoma uteri deciduo-cellulare bei Tubenschwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 1, s. 209. 1895.
3. APFELSTEDT & ASCHOFF: Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. Archiv f. Gynäkologie, bd 50, s. 511. 1896.
4. BACON: A case of deciduoma malignum. American. journ. of obstetrics, bd 31, s. 679. 1895.
5. BEACH: The deciduoma malignum. Annals of surgery, bd 21, s. 525. 1895.
6. BIRCH-HIRSCHFELD: Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Vierte Auflage, s. 968. 1895.
7. BOLDT: Citerad efter WHITRIDGE WILLIAMS, o. c. 75.
8. CAZIN: Des déciduomes malins. La Gynécologie, bd 1, s. 15. 1896,
9. CHIARI: Ueber drei Fälle von primärem Carcinom in Fundus und Corpus des Uterus. Wiener. medicin. Jahrbücher 1877, s. 364.
10. CRAIGIN: Analysis of twenty-five cases of hydatidiform mole. Boston med. and surg. journ., bd 128, s. 231. 1892.
11. FRÄNKEL: Das von dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Carcinom des Uterus (nach Blasenmole). Archiv f. Gynäkologie, bd 48, s. 80. 1894.
12. *Idem*: Die Histologie der Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren. Archiv f. Gynäkologie, bd 49, s. 481. 1895.
13. v. FRANQUÉ: Ueber eine bösartige Geschwulst des Chorion etc. Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 34, s. 199. 1896.
14. FREEBORN: Deciduo-sarcoma of the uterus. New York journ. of gynaecology and obstetrics, bd 4, s. 299. 1894.
15. FREUND: Ueber Sarcoma deciduo-cellulare. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. Sechster Kongress zu Wien, s. 635. 1895.
16. *Idem*: Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 34, s. 161. 1896.
17. FRITSCH: Anmälau af MARCHAND o. c. 44. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 19, s. 755. 1895.

18. GOTTSCHALK: Ueber das Sarcoma Chorion. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. Fünfter Kongress zu Breslau, s. 400. 1893.
19. *Idem*: Das Sarcom der Chorionzotten. Archiv f. Gynäkologie, bd 46, s. 1. 1894.
20. *Idem*: Diskussionen efter RUGES föredrag, o. c. 61. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 33, s. 349. 1895.
21. *Idem*: Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den malignen placentarvillösen Geschwülsten. Archiv f. Gynäkologie, bd 51, s. 56. 1896.
22. GÖTZE: Ueber die Tumoren der Eihäute. Inaug. Diss. Halle a/S. 1895.
23. GREGORINI: Citerad efter MARCHAND, o. c. 44.
24. GUTTENPLAN: Ein Fall von hämorrhagischem Sarcom des Uterus und der Vagina mit Metastasen in den Lungen. Inaug. Diss. Strassburg. 1883.
25. HARTMANN & TOUPET: Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta — — Annales de gynécologie et d'obstétrique. bd 43, s. 285. 1895.
26. JACUBASCH: Vier Fälle von Uterussarcom. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 7, s. 53. 1882.
27. JEANNEL: Du décidome malin. Annales de gynécologie, bd 42, s. 372. 1894.
28. V. KAHLDEN: Ueber destruirende Placentarpolypen. Centralbl. f. allg. Pathologie und patholog. Anatomie, bd 2, s. 1, 54. 1891.
29. KALTENBACH: Erfahrungen über Uterussarkom. Verhandl. des X. internat. medicin. Congresses. Berlin 1890, bd 3, Abth. 8, s. 71.
30. *Idem*: Diskussionen efter MÜLLERS föredrag, o. c. 48.
31. KEHRER: Ueber Traubenmole. Archiv f. Gynäkologie, bd 45, s. 478. 1894.
32. KLIEN: Ein Fall von Deciduo-Sarcoma uteri gigante-cellulare. Archiv f. Gynäkologie, bd 47, s. 243. 1894.
33. KOSSMANN: Das Carcinoma syncytiale uteri. Monatsschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 2, s. 100. 1895.
34. *Idem*: Diskussionen efter RUGES föredrag, o. c. 61.
35. KÖTTNITZ: Ueber chorio-deciduale Tumoren malignen Charakters. Deutsche medicin. Wochenschr., s. 497. 1893.
36. KUPPENHEIM: Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 19, s. 916. 1895.
37. KÜSTNER: Deciduaretention — Deciduom — Adenoma uteri. Archiv f. Gynäkologie, bd 18, s. 252. 1881.
38. LEBENSBAUM: Krebs der Vagina als Impfnactastase bei Corpuscarcinom. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 17, s. 112. 1893.
39. LEOPOLD: Ueber Sarcoma uteri. Archiv f. Gynäkologie, bd 6, s. 493. 1874.
40. *Idem*: Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden. Sitzung vom 8 Juni 1896. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 20, s. 842. 1896.

41. LÖHLEIN: Sarcoma deciduo-cellulare nach vorausgegangenem Myxoma chorii. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 17, s. 297. 1893.
42. *Idem*: Nachtrag. — Anf. st., bd 18, s. 484. 1894.
43. MAIER: Ueber Geschwulstbildungen mit dem Bau des Decidua-gewebes. Virchows Archiv, bd 67, s. 55. 1876.
44. MARCHAND: Ueber die sogenannten »decidualen» Geschwülste im Anschluss an normale Geburt, Abort, Blasenmole und Extrauterinschwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 1, s. 419 och 513. 1895.
45. *Idem*: Ueber den Bau der Blasenmole. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 32, s. 405. 1895.
46. MENGE: Ueber Deciduosarcoma uteri. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 30, s. 323. 1894.
47. MEYER: Ein Fall von zerstörender Wucherung zurückgebliebener myxomatöser Chorionzotten (Epithelioma papillare corporis uteri?). Archiv f. Gynäkologie, bd 33, s. 53. 1888.
48. MÜLLER: Ueber das Deciduoma malignum. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. Vierter Kongress zu Bonn, s. 341. 1891.
49. NETZEL: Fall af lifmoderkräfta. Svenska läkaresällsk. förhandl., s. 173. Hygia, bd 34. 1872.
50. NEUMANN: Beitrag zur Lehre vom »malignen Deciduum». Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie, bd 3, s. 387. 1896.
51. NOVÉ-JOSSERAND & LACROIX: Sur le déciduome malin. Annales de gynécologie et d'obstétrique, bd 41, s. 100, 216 och 317. 1894.
52. PAVIOT: Un cas de déciduome malin avec noyaux metastasiques multiples. Anf. st., bd 41, s. 306. 1894.
53. PERSKE: Ein Fall von Sarcoma deciduo-cellulare. Inaug. Diss. Greifswald 1894.
54. PESTALOZZA: Contributo allo studio dei sarcomi dell'utero. Il Morgagni, bd 33, s. 517. September 1891.
55. *Idem*: Di un raro esito remoto della mola vescicolare. Estratto dal Morgagni, bd 33. Oktober 1891.
56. *Idem*: Sul sarcoma deciduo-cellulare. Estratto dagli atti della Società Italiana di Ostetr. e Ginecol., bd 1. 1895.
57. *Idem*: Sul significato patologico dagli elementi coriali e sul cosi detto sarcoma deciduo-cellulare. Estratto dagli Annali di Ostetricia e Ginecologia. November 1895.
58. PFEIFER: Ueber eine eigenartige Geschwulstform des Uterusfundus (Deciduoma malignum). Prager medicin. Wochenschr., bd 15, s. 327. 1890.
59. RATHCKE: Zur Regeneration der Uterusschleimhaut ins besondere der Uterusdrüsen nach der Geburt. Virchows Archiv, bd 142, s. 474. 1895.
60. RESINELLI: Del sarcoma deciduo-cellulare. Annali di ostetricia et ginecologia Novembre 1895, ref. i Annales de gynécologie et d'obstétrique, bd 45, s. 246. 1896.

61. RUGE: Ueber das Deciduoma malignum in der Gynäkologie. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkol., bd 33, s. 162.
 62. RUMMEL: Ueber Myxoma chorii. Inaug. Diss. Halle 1891.
 63. RUNGE: Ein neuer Fall von bösartigen Tumor den Chorion-Zotten. Archiv f. Gynäkologie, bd 51, s. 185. 1896.
 64. SÄNGER: Zwei aussergewöhnliche Fälle von Abortus. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 13, s. 132. 1889.
 65. *Idem*: Ueber »Deciduome«. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. Vierter Kongress zu Bonn, s. 333. 1891.
 66. *Idem*: Ueber Sarcoma uteri deciduo-cellulare und andere deciduale Geschwülste. Archiv f. Gynäkologie, bd 44, s. 89. 1893.
 67. *Idem*: Diskussionen öfver RUGES föredrag, o. c. 61.
 68. SCHAUTA: Ein Fall von Sarcoma deciduocellulare. Centralbl. f. Gynäkologie, bd 19, s. 248. 1895.
 69. SCHMORL: Ueber malignes Deciduom. Anf. st., bd 17, s. 169. 1893.
 70. SPENCER: Obstetrical Society of London. Lancet I, 1896, s. 1065.
 71. SUPERNO: Citerad efter PESTALOZZA, o. c. 57.
 72. TANNEN: Ein Fall von Sarcoma uteri deciduocellulare. Archiv f. Gynäkologie, bd 49, s. 94. 1894.
 73. TIBALDI: Citerad efter PESTALOZZA, o. c. 57.
 74. VEIT: Diskussionen efter MÜLLERS föredrag, o. c. 48.
 75. WHITRIDGE WILLIAMS: Deciduoma malignum. American. journ. of obstetrics, bd 32, s. 319. 1895.
 76. *Idem*: Deciduoma malignum. Johns Hopkins Hospital Reports, bd IV, s. 461. 1895.
 77. ZIEGENSPECK: Abtastung oder blinde Ausschabung? Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. Sechster Kongress zu Wien, s. 794. 1895.
 78. ZWEIFEL: Lehrbuch der Geburtshülfe. VI Auflage, s. 310. 1895.
-

Förklaring af afbildningarna.

- Bild 1. Snitt från en vaginalmetastas (härdad i abs. alkohol), visande de tvänne svulstelementen: a) syncytium. b) polygonala svulstelement. Vid c) ser man syncytiala utlöpare gå in mellan de polygonala cellerna.
Leitz: Pantakromat., 15 mm., ok. 3.
- Bild 2. Snitt från uterustumören (härdad i abs. alkohol). Ett mångkärnigt syncytium med riklig vakuolbildning.
Leitz: Pantakromat., 7 mm., ok. 3.
- Bild 3. Snitt från vaginalmetastas (sublimathärdad). De polygonala cellerna vid stark förstoring med väl fixerade cellgränser.
Leitz: Pantakromat., 3,5 mm., ok. 5.
- Bild 4. Snitt från uterustumören (härdadt i abs. alkohol), taget vid vinkeln, bildad af tumören och uterusväggen, m) uterusväggens muskulatur, a) rundcellsinfiltreerad bindväfslager, p) en längdskuren och t) en tvärskuren papill, begränsade af flerlagrigt anordnade polygonala svulstceller.
Hartnack: Obj. 4, ok. 3.
- Bild 5. Snitt från uterusväggen (härdning i abs. alkohol), m) muskulatur l) ett endotelklädt lymfrum, innehållande ett syncytium.
Leitz: Pantakromat., 3,5 mm., ok. 3.



Bild 1.



Bild 2



Bild 3.

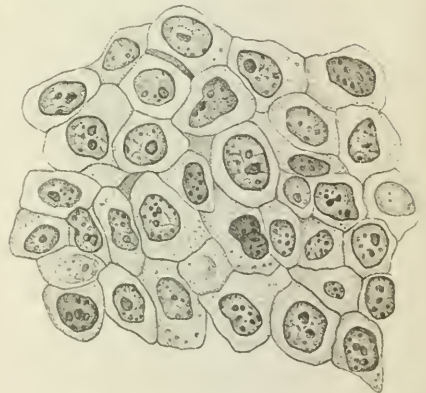


Bild 5.

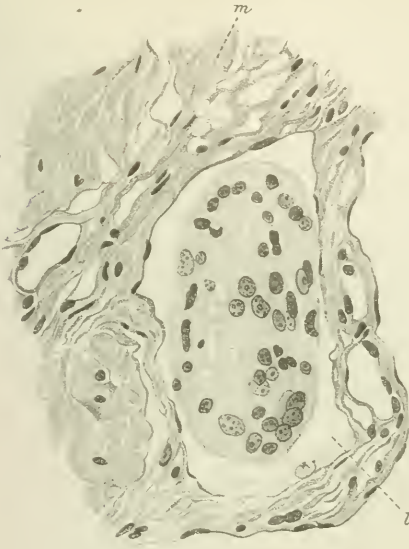
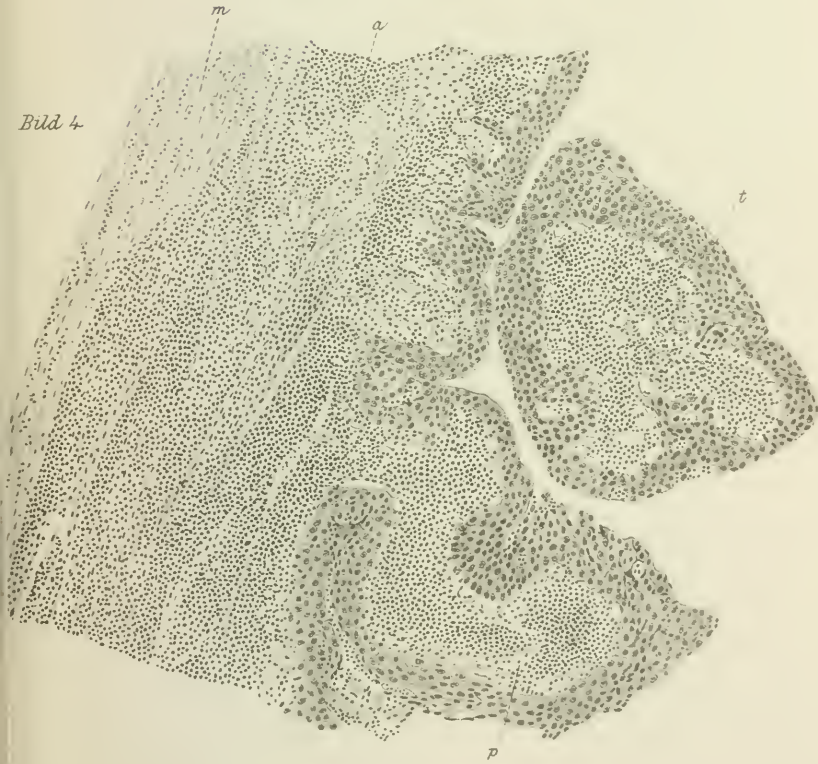


Bild 4.



Ein Fall von Sclerodermia diffusa.

Von

EMIL WADSTEIN,

Assistent an der med. Klinik zu Lund.

(Hierzu 1 Tafel.)

Während der letzten Jahre ist auf die Erforschung der Aetiologie und der pathologischen Anatomie der Sclerodermie viel Arbeit verwendet worden. So kam 1885 SPIELERS Abhandlung heraus, 1889 eine andere von MÉRY; 1891 erschien die bislang vielleicht gründlichste Beschreibung der pathologischen Anatomie der Sc. von DINKLER, 1894 eine Arbeit über denselben Gegenstand von GRÜNFELD, sowie ORTH's grosses Lehrbuch, schliesslich 1895 LEWIN und HELLERS Zusammenstellung von 508 Fällen von Sclerodermie und Sclerodactyl. Ueber die letztgenannte Krankheit brachte im selben Jahre das Archiv für Dermatologie und Syphilis eine Darstellung von WOLTERS.

Die pathologische Anatomie der Sclerodermie ist jedoch noch bei weitem nicht genügend behandelt, und ich wage es darum im Hinblick darauf, das im folgenden beschriebene Phänomen zu veröffentlichen, in der Hoffnung, dass auch dies vielleicht etwas zur Lösung dieser Fragen beitragen möchte.

H. P., 46 Jahre alt, ins hiesige Krankenhaus aufgenommen den 5. Sept., gestorben den 23. October 1894.

Anamnese: Die Patientin ist unter relativ guten hygienischen und diätetischen Verhältnissen aufgewachsen. Menstruirt mit 19 Jahren. Seit dieser Zeit verheiratet. Vor 26 Jahren hat sie einmal geboren. In der Kindheit Cholera asiatica, Masern und Nervenfieber gehabt, hat

schon seit mehreren Jahren an Ulcera antiernr. gelitten. Vor ca. 4 Jahren stellte sich Menorrhagie, begleitet von auf Herzleiden hindeutenden Symptomen, sowie Oedem über den ganzen Körper ein; letzteres trat jedoch später wieder zum grössten Theile zurück. Patientin hat immer über dicken Leib geklagt. Anfang Juni 1894 fingen die Beine und der untere Theil des Körpers ganz bedeutend zu schwellen an.

Tagesbericht vom 9/9. Patientin bekam heute heftiges Nasenbluten, welches nur mit Schwierigkeit nach Anwendung von Tamponade zu stillen war.

Status praesens 1/10: Die Patientin ist während ihres ganzen Aufenthaltes im Krankenhause ans Bett gefesselt gewesen und nimmt in demselben eine halb sitzende, halb liegende Stellung ein, wobei sie etwas nach der linken Seite zu neigt. Ihre Kräfte sind bedeutend reducirt. Schon ein Gespräch von nur wenigen Minuten erschöpft sie in hohem Grade, so dass die anamnestischen Angaben schwer zu gewinnen sind. Patientin ist von mittlerer Grösse und ziemlich starkem Körperbau. Sinneszustand ganz befriedigend. Die Haut ist am ganzen Körper — Kopf und linker Arm ausgenommen — stark verdickt und fühlt sich derb und zähe an. An der äusseren Seite des linken Beines befindet sich eine in der Heilung begriffene Wunde. Von geschwollenen Lymphdrüsen nirgends etwas zu bemerken. Temperatur normal, an den Lungen nichts auszusetzen.

Die Herzdämpfung ist vergrössert nach links und unten. Sie erstreckt sich von dem oberen Rande der dritten Rippe als relative 3,5 Cm. nach unten zu und setzt sich als absolute 9,5 Cm. fort. Der Breite nach erstreckt sie sich von der Mitte des Sternums 13,5 Cm. nach aussen zu. Ictus cordis nicht sichtbar aber fühlbar. Die Herztöne dumpf entfernt, der erste Ton mitunter von einem kratzenden Nebentöne ersetzt. Puls rhythmisch, schwach, 100 in der Minute. Harnmenge im allgemeinen 700 Ccm. pro 24 Stunden.

Diagnose: Vitium organicum cordis et Oedema scleroticum cutis universale.

Therapie: Infus. digital. 1 Esslöffel m. 3. Mixt. Lebert. 25 Tr. 3. Baln. tep. II. Sol. sulphat. chin. 1 Esslöffel m. 3.

Obduction 24/10: Mittelgrosser, wohlgebildeter und kräftig gebauter Körper. Unterschenkel und Oberschenkel besonders umfangreich; fühlen sich fest und hart an. Um auch nur eine unbedeutende Vertiefung in der Haut hervorzurufen, ist schon ein sehr kräftiger Druck erforderlich; aber auch dann wird eine solche nur ganz flach und füllt sich langsam wieder. Die Haut in Falten aufzuheben, ist ganz unmöglich. Auf der Vorderseite des Unterschenkels sind verschiedene niedrige (1 Mm. hohe) weisse narbenartige Gebilde — einige von der Grösse eines Zweimarkstückes, die meisten jedoch so gross wie eine 1 Pfennigmünze oder kleiner — zu sehen. Diese Bildungen sind im allgemeinen fast cirkelrund mit scharf abgeschnittenem Rande, ähnlich Pastillen oder Stearintropfen. Ihre obere Fläche ist in der Regel platt und glatt, ohne Schrumpfung. Auf den veränderten Hautpartien bilden die Haarsackmündungen überall stark hervortretende Wärzchen mit einem Haare im

Centrum. Diese Wärzchen sitzen so dicht an einander, dass die Hautoberfläche eine grob chagrinirte Beschaffenheit — ähnlich einer hyperplastischen Cutis anserina — erhält. Die beschriebene Veränderung der Haut erstreckt sich mit nach oben abnehmender Intensivität über die ganze rechte Körperhälfte, während sie von der linken Körperhälfte den Hals, den Arm und den Thorax bis zum Rande der Rippen frei lässt; ebenso ist der ganze Kopf davon unberührt. An allen diesen Stellen hat die Haut eine satte graue, ein wenig ins Röthliche überspielende Farbe. Nur an den Schienbeinen hat sie ein blaurothes Aussehen. Sie schneidet sich auch sehr schwer und die Schnittfläche zeigt das Corium ansehnlich verdickt, während das subcutane Bindegewebe stark reducirt ist. Die Leichenstarre in allen Gelenken noch vorhanden. Auf der Rückseite des Körpers ausgedehnte Todtenflecke. In den Lungensäcken eine bedeutende Menge klarer seröser Flüssigkeit. Die Lungen grösstentheils ohne Adhärenzen, knisternd, ein wenig emphysematös, die unteren Partien zudem etwas ödem. Im Pericard 100 Gm klarer seröser Flüssigkeit. Das Herz bedeutend vergrössert, 14 Cm. breit, 12,5 Cm. lang. Seine Musculatur schlaff, blassgelblich; die Schnittfläche opak und graugelblich. An der Spitze der linken Kammer vielfach fibröse Verdickung des interstitiellen Bindegewebes. Rechter Ventrikel dilatirt, die Dicke der Wand normal. Valv. triuspidalis lässt vier Finger durch, die Zipfel normal. Die valv. mitralis lässt drei Finger durch, an beiden Zipfeln verrucöse Excreescenzen. An der Aorta, der Pulmonalis, der Milz und der Pankreas nichts Auffallendes. Die Nieren etwas ödematös, sonst ohne bemerkbare Veränderung. Die Leber ist gross und hart, mit abgerundeten Rändern, sehr hyperämisch; das Bindegewebe erscheint etwas vergrössert, die Läppchen sind sehr deutlich, mit grossen rothen Centren und geblichen Peripherien. Die retroperitonealen Lymphdrüsen, welche bedeutend angeschwollen, fast wallnussgross und an der Schnittfläche grau-roth sind, bilden zu beiden Seiten der Aorta und Vena cava zwei rosenkranzförmige Bänder. Larynx, Pharynx und Digestionstractus normal. Im Uterus ein grösseres intramurales Myom von der Grösse eines Kinderkopfes.

Mikroskopische Untersuchung der Haut.

Die Oberhaut zeigt in diesem Falle reicht eigenthümliche Veränderungen und erscheint im allgemeinen sehr verdünnt. Die Zellen des *Stratum corneum* sind zu einigen wenigen Lamellen vereinigt, die leicht von einander abgehoben werden können; dieselben sind ganz structurlos und nehmen den Farbstoff diffuse auf. *Stratum lucidum* besteht fast überall aus einer einzigen Lage von Zellen, welche wie gewöhnlich stark granulirt sind und die üblichen Färbungen sehr begierig annehmen. *Stratum Malpighi* ist auch bedeutend mehr verdünnt, als es sonst unter physiologischen Umständen der Fall zu sein pflegt; es besteht hier im allgemeinen aus 6—7, seltener 10

Zellenlagen, natürlich mit Ausnahme der interpapillären Zapfen. Die Zellen erscheinen ein wenig verkleinert, und ihre Stachelfortsätze sind bisweilen recht niedrig, und zwar um so niedriger, je näher sie sich dem Corium befinden, so dass die Zellen der tiefsten Schichten ihrer ganz zu entbehren scheinen. In dieser untersten Schicht sind die Zellen mehr oder weniger spindelförmig und stehen vertical; ihre Länge variirt zwischen 15 und 25 μ , die Breite zwischen 5 und 8 μ . Sie weisen ausserdem die Eigenthümlichkeit auf, dass sie sehr häufig lange, feine, zapfenförmige Ausläufer bilden, welche sich bis auf 60 μ und darüber in das Cutisgewebe hineinverfolgen lassen (s. Fig. A). Diese Ausläufer sind oft wellenförmig oder korkzieherartig gedreht und verlieren sich als äusserst feine Fäden in den Bindegewebe-Fibrillen des Stratum papillare. An verschiedenen Stellen treten diese Ausläufer in solcher Menge auf, dass das Stratum papillare corii zum grössten Theile aus solchen zu bestehen scheint. Dergleichen Ausläufer kommen übrigens nur an den spindelförmigen Zellen vor, welche über den Coriumpapillen liegen, dagegen scheinen sie bei den nicht ebenso deutlich spindelförmigen Zellen der interpapillären Epidermiszapfen gewöhnlich zu fehlen.

Die Coriumpapillen sind bedeutend abgeflacht und verbreitert. Ihre Höhe beträgt im allgemeinen $\frac{1}{10}$ Mm., während die Breite zwischen $\frac{1}{10}$, $\frac{3}{10}$, 1 Mm. wechselt. Die Papillen sind nicht, wie gewöhnlich, kegelförmig, sondern stellen sich als grosse warzenähnliche Bildungen mit gerade in die Höhe aufsteigenden Rändern und schwach abgerundeter Spitze dar. Zwischen diese ragen die Epidermiszapfen wie relativ schmale Kolben hinab, welche oft nur aus 2 bis 3 Zellen in der Breite bestehen.

Pars papillaris corii wird in seiner Hauptmasse von äusserst feinen Fibrillen gebildet, welche einander nach allen Richtungen hin durchkreuzen. Oft treten zu diesen in recht ansehnlicher Menge verticale Fäden, nämlich die oben erwähnten Ausläufer der untersten Zellen der Epidermis. In diesem Netzwerk liegen, ziemlich gleichmässig vertheilt, die spärlichen Bindegewebezellen. Deren Kern scheint von gewöhnlicher Grösse zu sein; dagegen erscheint das Protoplasma spärlich; es tritt nur an den Stellen, in grösserer Menge auf, wo die Ausläufer enden, welche dann in feine Fibrillen übergehen. Im Centrum eines jeden Papills findet man in der

Regel ein Capillargefäss, welches, einfach oder verzweigt, dicht unter der Oberhaut hinläuft und dort eine Schlinge bildet. Diese Capillare erreichen oft eine Breite von 20 μ . Die Papillen scheinen alle Gefässpapillen zu sein; wenigstens waren nirgends Nervenendkörperchen anzutreffen. Ihre Gefässe sind sehr dünnwandig und scheinen aus einer einfachen Schicht von Zellen zu bestehen. Etwas weiter unten geht dann die Pars papillaris in die Pars reticularis über. Das feine Fibrillennetz verschwindet und wird durch breite mächtige Züge von Bindegewebe ersetzt, welches wohl ein fibrilläres Gefüge hat, im übrigen aber ganz structurlos ist und diffuse gefärbt wird, d. h. in sclerotisches Bindegewebe umgewandelt worden ist. Diese mächtigen Züge laufen im allgemeinen parallel mit der Hautoberfläche, an verschiedenen Stellen trennen sie sich jedoch von einander, um ovale Klüfte zu bilden, in welchen sie bald Bindegewebe von gewöhnlichem Aussehen, bald die Windungen einer Schweissdrüse oder irgend einen hypertrophischen Haarmuskel einschliessen. Weiter unten fügen sich das Bindegewebe zu immer mächtigeren Zügen zusammen, welche das Fettlager stark beeinträchtigen und an vielen Stellen einer hochgradigen Atrophie unterwerfen. Gleichzeitig verbinden sie das Corium beinahe unverschiebbar mit den darunter liegenden Fascien. An den meisten Stellen nimmt man an dem so veränderten Corium eine bedeutende kleinzellige Infiltration wahr, welche sich um die Gefässe herum oft bis in die Papillen hinauf ganz nahe der Epidermis verfolgen lässt. Sogar die mächtigen *Musc. arrect. pilorum* sind oft der Sitz einer beträchtlichen derartigen Infiltration. Auch die Schweissdrüsen sind oft von Rundzellen umgeben, besonders in ihren unteren Partien, aber auch längs des Ausführungschanals und scheinen nicht selten etwas dilatirt zu sein; im übrigen weisen sie jedoch nichts Bemerkenswerthes auf. Die Gefässe des Coriums zeigen keine anderen Veränderungen, als die eben erwähnte Erweiterung der Papillen. In dem subcutanen Bindegewebe trifft man dagegen recht oft Gefässe mit mächtig verdickten Wänden, deren enge Lichtung nur als eine schmale Sichel oder ein unregelmässiger Stern mit dünnen Strahlen erscheint (Fig. B). Die Veränderung beruht offenbar vor allen Dingen auf einer starken Proliferation der Intima, deren Zellen fast immer radiär geordnet sind. Die Grenze nach der Media zu zeichnet sich im allgemeinen durch eine schmale, stark in Falten gelegte,

hyaline Lamelle aus. Sowohl in der Adventitia als auch in der Media lässt sich häufig Infiltration mit Rundzellen beobachten. Das elastische Gewebe scheint überall sowohl an Zahl als auch an Volumen verringert zu sein.

Epikrise.

Wir haben es hier mit der Krankengeschichte einer Patientin zu thun, die von Kindheit an nicht recht gesund gewesen ist, während der letzten fünf Jahre ein Herzleiden mit hier und da auftretenden Symptomen von Incompensation gehabt, und auch an *Ulcera anticur.*, möglicherweise auch an Erysipelas gelitten hat. Ob das Hautleiden in einem früheren Stadium von Fieber begleitet gewesen ist, hat nicht festgestellt werden können; unwahrscheinlich ist es jedoch nicht.

Wenn es gilt, die Art der hier vorliegenden Hautveränderungen zu bestimmen, so liegt uns zunächst der Gedanke an die *Elephantiasis arabum* und *Sclerodermia* nahe. Was die Auffassung der Krankheit als *Elephantiasis* anlangt, so scheinen allerdings die in der Anamnese erwähnten Beinwunden im Vereine mit dem Herzfehler und dem von dem vergrößerten Uterus ausgehenden Drucke Umstände zu sein, welche die Entstehung einer solchen Veränderung an den Beinen, keineswegs aber an dem Rumpfe und dem Arme erklären könnten. Auch dürfte die kurze Zeit von nur 5 Monaten, welche die Veränderung zu ihrer Entwicklung bedurft hat, kaum für *Elephantiasis* genügend sein. Die Beine haben hier auch trotz ihrer Verdickung ihre Form beibehalten und zeigen nicht, wie bei *Elephantiasis*, eine gleichmässig dicke cylindrische Gestalt, mit ausgeglichenen Knöcheln und Waden. Die Beobachtungen, welche wir beim Einschneiden machen können, liefern auch keine Stütze für die Annahme der letztgenannten Krankheit. Wo man auch einen solchen Einschnitt vornimmt, findet man überall denselben Reichthum an Bindegewebe mit einer nahezu trockenen Fläche, aus welcher sogar beim Drücken kaum eine seröse Flüssigkeit hervordringt. Im Mikroskop lässt sich auch kein Zeichen von Lymphstase oder irgend welche Spur von Erweiterung der Lymphgefässe wahrnehmen, und ebensowenig zeigt sich etwas von Hypertrophie an deren Wänden. Allerdings ist die Vermehrung der Bindegewebe eine für

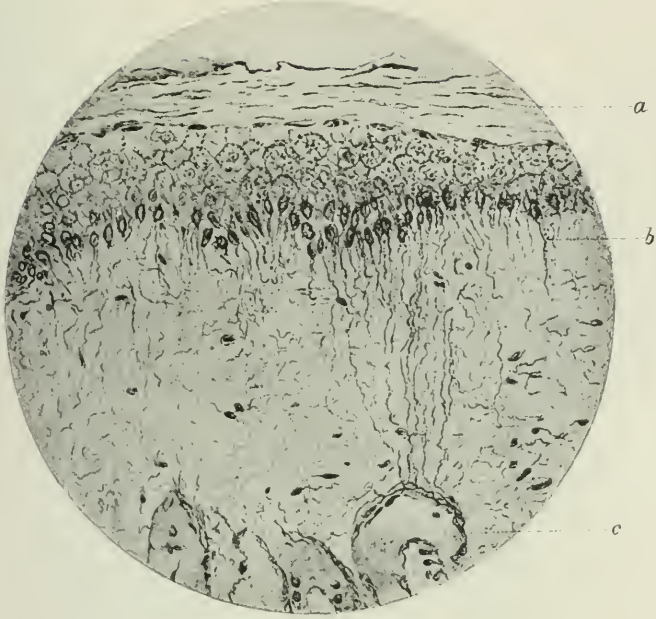
beide oben erwähnten Krankheiten gemeinsame Veränderung; im vorliegenden Falle haben wir es aber ausserdem auch noch mit Atrophie der Epidermis, sowie Atrophie und Dilatation der Gefässschlingen im Stratum papillare, im Vereine mit Hypertrophie der Papillen und Musc. arr. pilorum zu thun. Aus diesen Gründen scheint die oben beschriebene Veränderung am besten dem zu entsprechen, was ORTH *Sclerodermia diffusa* nennt. Die Ausläufer der Epidermiszellen sind auch von NEUMANN beobachtet worden. SPIELER bemerkt hierüber: In dem Falle, welchen NEUMANN untersuchte, waren die Zellen des R. Malpighii hypertrophisch; dieselben bildeten zapfenförmige Fortsätze, welche in das Cutisgewebe hineinragten. Auf einen Versuch, die Ursachen und Bedeutung der Erscheinung ausfindig zu machen, lässt er sich nicht ein.

Erklärung der Abbildungen.

- A. Querschnitt von Haut des Unterschenkels. *a* Stratum corneum.
b Zapfenförmige (fadenförmige) Fortsätze. *c* Capillaren.
- B. *a* Endothel. *b* Gewucherte Intima. *c* Elast. Membran.



A



B



Nordisk medicinsk litteratur från 1896.

Normal anatomi, fysiologi och biologisk kemi: JOHAN ULRICH: Undersögelser over Kåveleddet hos Mennesket med særligt Hensyn til de mekaniske Forhold.

JOHAN ULRICH: **Undersögelser over Kåveleddet hos Mennesket med særligt Hensyn til de mekaniske Forhold.** Med 12 Tavler. København 1896. Afhandl. for Doktorgraden.

Efter en kort almindelig Indledning giver Forf. en Oversigt over Kåveleddets Anatomi, og derpå en Skildring af de mekaniske Forhold ved Leddene i Almindelighed og af Kåveleddet særskilt. På dette mere forberedende og orienterende Afsnit af Arbejdet følger så Meddelelsen af Forf:s egne Forsøg, indledet ved en Oversigt over Fremgængsmåden og Tekniken ved dem. Forf:s egne Undersögelser meddeles i en Række Afsnit om Underkåvens forskellige Bevægelser, Åbne- og Lukkebevægelser, Fremadforskydning, Sidebevægelser og Tyggebevægelser, samt om Musklerne, der bevæge Underkåven. På S. 51—54 og S. 60—62 er der tilføjet rent matematiske Udviklinger af Professor THIELE om nogle herhen hørende Spørgsmål. Afhandlingen afsluttes med et Resumé over Hovedresultaterne af Forf:s Undersögelser; heraf skal her fremhæves: Forf. opfatter den nær Ledlinjen liggende Insertion af m. pterygoid. ext. som Grunden til, at den væsentlig benyttede Del af Ledfladen på os temporis bliver konvex, medens de fjærner liggende Insertioner af mm. digastrici o. s. v. samt Lukkemusklerne på den anden skulde være Årsagen til Forholdene i nederste Ledkammer, hvor Mennesken er Ledskål, condylus Ledhoved. — Forf. hævder, at det ikke, som ved de fleste andre Led, er Ledfladernes Form, der overvejende regulerer Bevægelserne, men Underkåven må betragtes som ophængt ved Ledkapslen og Ligamenterne, medens Musklerne virke på den som på en toarmet Vægtstang og derved væsentlig bestemme Bevægelsens Art og den momentane Axes Beliggenhed. Foruden disse almindelige Resultater fremhæver Forf. en stor Række mere specielle Resultater, for hvis Vedkommende der her må henvises til Arbejdet selv, og endelig giver han en kort Oversigt over, hvad der kan udledes af hans Muskelforsøg, hvorom ligeledes må henvises til Originalen.

Ditlevsen.

Patologisk anatomi, allmän patologi och bakteriologi:

O. TIRÉN: Två fall af perforerande aorta-aneurysma. — H. KÖSTER: Multipla sarkom med egendomlig fördelning och symptom af pseudobulbärparalysi. — A. LINDH: En mera sällsynt form af tuberkulös peritonit.

O. TIRÉN: **Två fall af perforerande aorta-aneurysma.** Göteborgs läkarsällsk. förh. 1895, s. 72.

1. En 65-årig man, som vårdats för svåra smärtor i ryggen, afled plötsligen kort efter inkomsten. Sektionen visade vänstra pleurahålan fylld af blod från en perforerad aorta. Denna är ofvan diaphragma vidare än vanligt, strax därofvan finnes en gåsäggsstor utvidgning med skroflig, ulcererad, fibrinbelagd inneryta å ett $3 \times 3,5$ cm. högt område rundt om och med usur af 11—12 kotkropparna. 2-örestor perforation till ett aneurysma dissecans, som sträcker sig 13 cm. uppåt och i sin ordning perforerat in i pleurahålan. Från diaphragma till promontorium baktill och på sidorna om aorta en delvis nära tumstjock fibrös svål förenad med kotkropparna. Hjärtat ej förstoradt.

2. Hos en kraftig supare med våldsamma delirier inträdde döden plötsligt. Hela pericardium utspändt af blod, en trasig öppning bakom art. pulmonalis å höger sida af de uppgående kärlen, mynnande in i en större blodfylld håla, som befinner vara ett aneurysma dissecans, nående uppåt till och något förbi afgangen af de stora halskärlen. I aorta 1,5 cm. ofvan den bakre högra aorta-valveln en 1-örestor perforation och rätt uppåt från denna en längsgående ruptur med flere tvärrefvor, omkr. 9 cm. lång, nående upp mot arcus. Aortas insida skroflig, kalkafslagring i semilunarvalvlerna, betydlig hypertrofi af vänstra kammaren.

I epikrisen framhållas i första fallet aortautvidgningens ovanliga läge och den egendomliga svålbildningen, som förf. på grund af anamnestiska data ej är obenägen sätta i samband med en föregående pyemisk process, och som möjligen varit en bidragande orsak till anevrysmets utveckling i fallet.

Köster.

H. KÖSTER: **Multipla sarkom med egendomlig fördelning och symptom af pseudobulbärparalysi.** Göteb. läkarsällsk. förh. 1895, s. 37.

Ett fall, som erbjuder intresse i både kliniskt och patolog.-anat. hänseende. Hos en 54-årig, mycket nedsatt och afnagrad kvinna utbildades en pares af facialis, tungan, läpparna och gombågarna efter två apoplektiska anfall; ingen pares af extremiteterna, ingen atrofi utbildades, inga fibrillära ryckningar. Paresen tilltog allt mer, och buken svälde, utan att objektift där något kunde konstateras; sedan en tumörbildning uppträdt i nuamma, ställdes diagnosen på en pseudobulbärparalys, beroende på en tumör i närheten af medulla oblongata. Sek-

tionen visade en tumörbildning i högra lillhjärushemisferen, som torde kunna anses hafva genom tryck framkallat symptomen, dessutom liknande nybildningar å båda hemisfererna, i högra å 2:dra frontalvindeln, gyrus calloso-marginalis' bakre del, å vänstra i bakre hälften af gyrus temporalis secundus och tertius och i gyrus parietalis superior. Dessutom anträffades utom i mammæ nybildningar i mesenterialkörtlarna, omentet, gallblåsan, här utgående från fundus, men för öfrigt fyllande gallblåsan utan sammanhang med väggen, i tunntarmens slemhinna i talrik mängd samt enstaka å dess serosa. Tumören visade sig vara ett sarcoma globo-fuso-giganto cellulare. — Förf. framhåller den ovanliga fördelningen af tumörerna äfvensom omöjligheten att fastställa den primära härden med säkerhet, ehuru väl han anser det sannolikt vara att söka i bröstkörtlarna.

Köster.

A. LINDH: **En mera sällsynt form af tuberkulös peritonit.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1895, s. 59.

Skildring af en sådan, som förf. anträffat i 4 fall, jämte kort redogörelse för de 2 af dessa. Symptomen äro de vanliga af en tuberkulös peritonit, men exsudat saknas, ofta finnes tympanitisk ton öfver hela buken; då man gör insnitt i buken anträffas emellertid ingen peritonealhåla, tarmarna äro sammanvuxna sinsemellan och med bukväggen; vid försök att arbeta sig in, visar sig detta vara svårt på grund af adherensernas fasthet och hållbarhet. Dolda exsudat kunna dock finnas här och där i buken mellan tarmslyngor. Alla 4 patienterna blefvo efter operationen utskrifna förbättrade, hvilket enligt förf. är egendomligt, då i dessa fall man ej varit i tillfälle att med luft eller annat inverka på någon peritonealhåla.

Köster.

Speciel patologi och terapi: H. KÖSTER: Ett fall af diplegia spastica cereбрalis. — H. KÖSTER och K. SCHILLER: Hjärntumör; trepanation; förbättring för en tid. — VERMEHREN: Glandula thyreoidea's Betydning för Stofskiftet. — H. KÖSTER: Ett bidrag till behandlingen af pseudoleuchæmia lienalis. — E. BÄCKLIN: Om betydelsen af enteroptos. — CHR. ULRICH: Sequelæ ulceris ventriculi perforat. — P. SILFVERSKTÖLD: Om thiosinamin. — MYGGE: Et suicidium under ejendommelige Forhold.

H. KÖSTER: **Ett fall af diplegia spastica cereбрalis.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1895, s. 58.

Ett typiskt fall af ofvan nämnda lidande med utpräglade dubbelsidiga atetotiska rörelser i extremiteterna och i ansiktet jämte höggångigt spastisk gång. Pat. framföddes asfyktisk, ehuru utan instrumental hjälp, och omöjligt är ej, att en då uppkommen lesion ligger till grund för lidandet, fastän denna sannolikt varit begränsad till de motoriska banorna, då hjärnsymptom för öfrigt saknas och hennes intelligens ej visar minsta rubbning.

Köster.

H. KÖSTER och K. SCHILLER: **Hjärntumör; trepanation; förbättring för en tid.** Göteborgs läkaresällsk. förh. 1895, s. 62.

En 46-årig man fick plötsligen utan föregående illamående ett anfall med ryckningar i höger arm och ben, börjande i handen, som snart gick öfver; 10 dagar senare ett nytt liknande anfall utan förlust af medvetandet. Därefter frisk utan hufvudvärk, ryckningar, yrsel eller svaghet af någon sida under ett par månader, då han å nyo fick 2 liknande anfall, sista gången medvetslös under ett par timmar.

Vid inkomsten konstaterades orubbad intelligens, frånvaro af hufvudvärk, kväljningar och yrsel, men lindrig pares af h. arm och ehuru mindre af h. ben, pares af nedre h. facialisgrenen samt deviation af tungan åt höger. Ingen ataxi, sensibilitet normal, patellarreflexerna starka, i synnerhet å h. ben. Småningom ökades paresen, rigiditet tillstötte i benet med dorsalklonus, upprepade anfall med ryckningar i h. arm och ben samt h. ansiktshalfvan, börjande med krypningar och ryckningar i h. hand, tillstötte och slutligen utbildades fullständig paralyt af de h. extremiteterna och pares af h. facialisgebitets nedre gren samt hypoglossus. Staspapill konstaterades utbildad först $\frac{1}{2}$ år efter de första symptomens uppträdande.

Slutligen blef patienten allt slöare och fick våldsamma kräkningar och yrsel. Han öfversändes till kirurg. afd. (d:r SCHILLER), där trepanation utfördes öfver midten af centralgyri, utan att en tumörbildning anträffades. En stor hjärnprolaps uppstod emellertid, och under första tiden efter operationen minskades staspapillen samt var en kortare tid nästan försvunnen, men småningom försämrades tillståndet, och patienten afled.

Sektionen visade en tumörbildning, som delvis låg i det prolaberade hjärnpartiet, skild från ytan af en $\frac{1}{2}$ cm. bred förändrad hjärnmassa. Den sträckte sig ända bort till fissura occipitalis på inre ytan och intog en stor del af centrum semiovale. Mikroskopiskt visade sig tumören vara ett sarkom.

I epikrisen redogöres för lokaldiagnosen samt framhålles den apoplektiforma början under full hälsa samt förekomsten af en kortikal epilepsi vid lesion af centrum semiovale, där tumören måste hafva haft sitt säte, då trots ett djupt insnitt å det ställe, där sedan tumörbildningen visade sig sitta, vid operationen ingen sådan kunde anträffas.

Köster.

VERMEHREN: Glandula thyreoides's Betydning for Stofskiftet. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 761.

En orienterende Oversigt over nyere Stofskifteundersøgelser for at oplyse ovennævnte Spørgsmål.

F. Levison.

H. KÖSTER: Ett bidrag till behandlingen af pseudoleuchæmia lienalis. Göteborg. läkaresällsk. förh. 1895, s. 16.

Ett fall, i hvilket syregasinandningar medförde en oväntad och hastig förbättring och detta vid användning af endast ringa mängd. Pat., en 44-årig man, som såsom maskinist fått arbeta i höga temperaturer och alltid varit blek men för öfrigt frisk, blef sedan en tid allt matare, andtäpt och fick hjärtklappning. Vid inkomsten ytterligt blek. 800,000 röda blodkroppar i kmm., talrika poikilo- och mikrocyter samt enstaka, kärnhaltiga, röda blodkroppar, hvita blodkroppar ej förökade, ett ringa antal eosinofila celler. Mjälten nådde till mammillarlinien, lefverna ej förstora, lymfkörtlar normala. Dessutom en mitralisstenos och insufficiens. Trots behandling med kina och arsenik försämrades tillståndet, pat. blef oredig, ödem uppträdde kring fötterna, en höggradig dyspné utbildades, de röda blodkropparnas antal sjönk ytterligare, hemoglobinhalten gick ned till 20—25 %. Patienten formligen gapade efter luft. Inandning af 4 liter syrgas per dag ändrade hela bilden. Genast lindrades andtäppan, och en stadig förbättring vidtog, så att 6 dagar efter inandningens början antalet blodkroppar var 1,090,000, hemoglobinhalten 40—45 %, 8 dagar senare 1,900,000, poikilo- och mikrocyterna färre till antalet. Samtidigt minskades hastigt mjältens storlek, så att den 14 dagar efter inandningarnas början endast nådde till främre axillarlinien och 2 veckor senare var af normal storlek. Syregasinandningarna fortsattes endast under 16 dagar; de härvid af förf. konstruerade enkla apparaterna utfördes å apoteket och hänvisas i fråga om dem till uppsatsen.

Vid i oktober anställd undersökning konstaterades, att patienten var fullt frisk, antalet röda blodkroppar 4,500,000, hemoglobinhalten 90 %, mjälten var normal.

I epikrisen framhålles den oväntade förändring, som inträffade efter inandning af endast 4 liter syrgas per dag, medan den vanligen vid levkemiska pareser använda mängden går upp till 30—50 liter per

dag. Verkan var så frappant, att man har svårt att undgå antaga en kurativ verkan hos medlet i fallet. Under de förut använda arsenik- och kinamedlen hade försämringen kontinuerligt fortgått.

Köster.

E. BÄCKLIN: **Om betydelsen af enteroptos.** Hygiea 1896, II, s. 246.

Förf. lemnar först en utförlig öfversikt af den i ämnet offentliggjorda literaturen. Särskildt redogör han för GLÉNARDS uppfattning. Därefter meddelas 12 sjukhistorier, på grund af hvilka han framställer sina egna åsikter. I etiologiskt hänseende spela hängbuk, användning af snörlif, hastig afmagring samt en genomgången grossess en viss rol. För behandlingen påpekas BARDENHEUERS bandage, massage af buken, lämplig diet och toniserande medikamentösa medel såsom arsenik, järn och nux vomica.

Såsom symptom tillhörande enteroptosen påpekas lokala obehag, atoni och dilatation af magsäcken, ektasi af colon, felaktig blodsammansättning, nevrasteniska tillstånd.

Edgren.

CHR. ULRICH: **Sequelæ ulceris ventriculi perforate.** Klinisk Meddelelse fra Kommunehospitalets 2den Afdeling. Bibl. f. Läger, R. 7, Bd 7, S. 367.

En 35-årig ugift Kvinde indlagdes på Hospitalet, fordi hun i omtrent 3 Uger havde haft Smerter i venstre Brysthalvdel, særlig opad; Smerterne forværedes ved Bevægelse af venstre Arm og dybt Åndedræt; samtidig föltes ubestemte Smerter i Underlivet og Patienten svedte en Del. Der havde aldrig været Symptomer på ulcus ventriculi, aldrig Hoste eller Brysttilfælde. Temp. 38,4, Puls 90, Respiration 36. Hele venstre Brysthalvdel viste mat Perkussionstone, der var nogen Forskydning af Hjertet, og Respirationslyden var på denne Side for største Delen uohørlig. Der var en dextro-konvex kyphoscoliosis dorsalis. Da en Prøvepunktur viste, at venstre Plevrahule indeholdt pus, reseceredes 7de costa tæt udenfor Angulärlinjen, og en stor Mængde pus udtömtes. Derefter rettede Befindendet sig i Löbet af en Måned, Patienten var oppe, da der pludselig optrådte 3 epileptiforme Anfald på omtr. 15 Minuters Varighed med kort Mellemlid; disse efterlod Pandehovedpine og Slövhed, og efter 4 Dages Forløb døde Patienten.

Ved Sektionen fandtes i Ventriklen på Bagfladen en stråleformet Cikatrice, på Forfladen omtrent midt mellem cardia og pylorus en 2-kronestor Cikatrice med 3 karakteristiske ärtestore ulcera, af hvilke et var perforerende; Ventriklen var i stor Udstrækning fastvoxen til diaphragma, mellem dette og Milten en afkapslet Absces. Lobus Spigelii omdannet til en Absces, hvorfra pusinfiltrerede Strög gik ind i det övrige Levervæv. Under diaphragma en til Dels sammenfalden Absceshule, hvorfra Perforation var sket til venstre pleura; i dennes Hulhed fandtes ikke pus, men nederste Lap af venstre Lunge var beklædt med Pusmembraner. I Hjärnens venstre Frontallap og höjre Okcipitallap en henholdsvis hönsæg- og hasselnödstor Absces afkapslet

ved en Membran; i Pusset Streptokokker; Hjernens Væv og Hinder i øvrigt normale.

F. Levison.

P. SILFVERSKIÖLD: **Om thiosinamin.** Göteborg. läkaresällsk. förh. 1895, s. 28.

Kort redogörelse för resultatet i 10 fall vid insprutningar af ofvan nämnda medel i skrofulösa lymfkörtlar. Alla hade mer eller mindre påverkats af medlet, 4 blefvo fullt återställda, 1 nästan alldeles botad, 1 blott något förbättrad, 1 behandlas fortfarande. De tre öfriga vistades å Styrso hafskuranstalt, hvarför medlets verkan ej kunde med säkerhet bedömas. Dosen var till en början ett delstreck af en PRAVAZ' spruta af en 5%-lösning, småningom ökad ända till en hel spruta. Förf. uppmanar till fortsatta försök med medlet.

Köster.

MYGGE: **Et suicidium under ejendommelige Forhold.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 673.

En Alkoholist begik Selvmord ved at kaste sig ud af Vinduet. Forf. diskuterer Oprindelsen til denne Handling og mener at kunne antage et epileptisk Åkvivalent, da Pat. tidligere efter en Kontusion af Hovedet har haft Krampetilfælde.

F. Levison.

Kirurgi och oftalmiatrik: O. HEIDENREICH: En »fortinnet cornea». — WILLE: Iritis. — S. G. L. RIBBING: Profstall (glasögonstall) vid refraktions- och synskärpebestämningarna. — A. LINDH: Polydipsi och polyuri. Depression af hjärnskälsben. Trepanation. — K. SCHILLER: Kirurgisk kasuistik. — A. LINDH: Ileusfall. — K. SCHILLER: Inkarceration af tunntarmen i fossa duodeno-jejunalis. — A. LINDH: Inklämdt brandigt kruralbräck. Tarmresektion. MURPHYs knapp. — F. KALJSER: Kasuistik öfver å kongl. Serafimerlasarettet vårdade fall af malign njurtumör jämte några ord om dessa tumörers diagnostik. — O. BLOCH: Et Tilfælde af Amputation af Nyren med Bemärkninger om Konservativisme ved forskellige Operationer på Nyren i kurativt Öjemed. — H. GRÆVE: Om några fall af subfrenisk abscess. — G. EKEHORN: Bidrag till statistiken öfver kastration vid prostatahypertrofi. — TH. ROVSING: To Tilfælde af Testikelsarkom på traumatisk basis. — J. BORELIUS: Om aktinomykos i Blekinge. — P. LORENTZEN: Muskellidelse som Årsag til den juvenile Holdningskyfose. — ANTON VOGT: Panaritier hos vor Fiskeralmue. — TH. ROVSING: Om Formaldehydets Auendelighed i Kirurgien. — CAM. NYROPS Etablissement: Instrumentvæsen.

O. HEIDENREICH: **En "fortinnet cornea"**. Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896. S. 55—56.

Forf. meddeler et Tilfælde hvor en 10 årsgammel Gut, som holdt på at lodde en »Bösssepibe» ved at hælde en Del smeltet Tin ned i Löbet, fik en Del af Tinnet op i sit Ansigt på Grund af en Explo-

sion under Lodningen; det viste sig, at cornea i sin Helhed var bedækket med en blank Plade af Tin, et fuldstændig Aftryk af cornea. Pladen afløsnedes under Kokainanæstesi, hvorefter fuldstændig Helbredelse i Løbet og 10 Døgn — cornea blank og jævn; ingen Injektion.

H. Hopstock.

WILLE: **Iritis.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 697.

Indpranter Vigtigheden af ikke at overse en iritis og anbefaler energisk Atropinisering »indtil det første lette Forgiftningssymptom — Tørhed i Svalget» — for at få synech. post. løste ved frisk iritis.

J. Bjerrum.

S. G. L. RIBBING: **Profställ (glasögonställ) vid refraktions- och synskärpebestämningarna.** Hygiea 1896, II, s. 125.

Efter att hafva framhållit betydelsen af rörliga profställ vid glasögonbestämningar, beskriver förf. tvänne af honom konstruerade sådana, af hvilka det ena kan hastigt omändras, så att det passar för profglas af alla storlekar mellan 35 och 39 mm. Därjämte anger han en metod att uppmäta pupillardistansen vid fixation på nära håll samt lemnar en tabell för beräkning af pupillafståndets förändring vid olika fixationsafstånd.

Widmark.

A. LINDH: **Polydipsi och polyuri. Depression af hjärnskålsben. Trepanation.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 34.

Hos en 5 års gosse, som efter ett fall för 2 år sedan fått en mjuk, växande svulst öfver vänstra delen af hjässan, sträckande sig öfver en del af pann- och hjässbenet, tömdes denna 1 år senare genom punktion, utan att den återbildades. För 2 till 3 månader sedan började han besväras af stark törst och betydligt ökad urinafsöndring, men mätte för öfrigt väl. Vid undersökning konstaterades en depression af hufvudskålsbenen å nämnda område, och, då ett samband mellan denna och polyurien kunde tänkas, gjordes operation i 2 seancer, i det först en cysta öppnades och sedan, när hudlambåen hunnit läkas fast vid underliggande ben, detta för att undvika infektion, trepanation gjordes. Duran var förtjockad och hård, så att den efter operationen bibehöll sin nedtryckta ställning, men genomskars ej, då intet tydde på en skada af själfva hjärnsubstansen och den nämnda nedtryckningen af duran med tiden borde utjämnas. Resultatet var negativt. Vid en ifrågasatt kommande operation anser förf. sig därför berättigad att närmare undersöka hjärnans beskaffenhet å nämnda ställe.

Köster.

K. SCHILLER: **Kirurgisk kasuistik.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 1.

Fall 1. Hos en 40 års man iaktogs $\frac{1}{2}$ år före intagandet en knöl i magen, och buken tilltog småningom i volum utan smärtor, men under afmagring. Vid inkomsten bukomkrets 110 cm., en tumör till jämnhöjd med naveln och där ofvanför en annan, nående upp under bröstkorgranden, af halffast konsistens, fastsittande; ingen ascites.

Diagnos: lipom. Tumören visade sig vid laparotomi bestå af en hel del större och mindre lipom, hvilka till största delen exstirperades. Operationen räckte 3 timmar, suturerna borttogos på 10:de dagen, men en slutlig varig afsöndring från dränröret uppkom. Anfall af hjärt pares på 11:te och 15:de dagen; det sista ledde till dödlig utgång. Förf. betonar sällsyntheten af lipom i bukhålan; döden följde sannolikt på grund af narkosens försvagande inverkan på hjärtat.

Fall 2. Hos en 40-årig kvinna, som under 4 månader besvärats af värk i vänster sida af buken och incontinentia urinæ och magrat, anträffades vid inkomsten i denna trakt en djupt liggande resistens från fossa iliaca upp till bröstkorgranden. Urinen var grunlig, illaluktande, innehöll varkroppar. Vid operationen befans njuren vara betydligt förstord, men för öfrigt dess substans frisk, njurbäckenet var betydligt dilateradt med blödnigar i slemhinnan, en i ureteren införd knappond kunde nedtränga blott ett par cm. Njurbäckenet fixerades i lumbalsåret. Genom såret afgick sedermera urin, men ingen sådan läts per vesicam; endast några matskedar tjock, varliknande vätska erhöles vid den dagliga kateteriseringen. Värken försvann, men fisteln i ryggen kvarstod vid utskrifningen. Förf. framhåller möjligheten af en kongenital frånvaro af den andra sidans njure eller af patologiska förändringar i den samma, till följd af hvilka den blifvit otjänstbar. Diagnosen ställes före operationen på en pyelonefros på tuberkulös basis, fastän baciller ej kunde påvisas.

Fall 3. En 21-årig man hade begått själfmordsförsök medels ett revolverskott mot högra tinningen. Kulan kunde ej anträffas; symptomten voro sanslöshet de 2 första dagarna och kvarstående pares af höger ben. På 7:de dagen uppstod en ansvällning af vänstra pannhalfvan vid hårfästet, och anträffades här vid incision en komminut fraktur och därunder kulan. Pat. utskrefs nästan fullt frisk. Förf. framhåller den lyckliga utgången, oaktadt kulan passerat genom hela hjärnans bredd.

Fall 4. Hos en 66-årig man, som var afatisk, endast »ja, nej» och »det är» kunde uttalas, men ej orddöf, anträffades en impression ofvanför vänstra örat af kraniet af mer än en specieriksdalers storlek, en följd af en spark af en häst. Efter depressionens upplyftande och aflägsnande af ett blodkoagulum utanpå duran blef pat. fullt återsteld.

Fall 5. Cancer uteri Exstirpatio uteri per viam sacral. Hälsa.

Köster.

A. LINDH: Ileusfall. Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 49.

1) 19-årig yngling, som en tid haft gallfärgade kräkningar och häftiga smärtor i buken, slutligen ileussyptom med uppdrifning af buken, opererades i mycket nedsatt tillstånd. Härvid anträffades en sträng, gående från främre bukväggen snedt bakåt och nedåt till nedre delen af ileum (divertic. Meckelii), som inklämt en 25 cm. lång tarmslynga från öfre delen af ileum; denna afklipptes. Symptomen fortforo dock oförändrade till döden, och sektionen visade, att vid tar-

marnas reposition ett nytt hinder uppstått, nämligen en inflexion af den frigjorda slyngan.

2) 52 års man opererades för en diagnosticerad volvulus flexuræ sigmoideæ, som inträdde för 3 dagar sedan. Vid operationen var flexuren mörkblå, men med glänsande serosa och utan gangrenösa fläckar, icke ens i torkveringsstället. Till en början var tillståndet godt, men efter några dagar inträdde försämring och dödlig utgång. Vid sektionen befans colon descendens vid flexurens början ligga i en skarp knick; den hopfallna flexuren var gråsvart till färgen, börjande brandig, colon descendens utspänd af en tjock, hård fekalklump, som tryckte mot inflexionen. I epikrisen framhåller förf., att resultatet möjligen blifvit bättre, om flexuren resecerats och en anus artificialis anlagts; någon anledning till ett sådant ingrepp fans dock icke vid operationstillfället, då inga tecken till börjande brand funnos.

Köster.

K. SCHILLER: Inkarceration af tunntarmen i fossa duodeno-jejunalis. Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, protok. s. 15.

Ett sällsynt fall. En 29-årig man sjuknade plötsligen med olidliga plågor i buken jämte kräkningar. 7 timmar efter insjuknandet inkom han å sjukhuset i högsta grad kollaberad, ömmande öfver hela den spända, men ej uppdrifna buken. Operation genast utan narkos, hvarvid en blårod tarmslunga anträffades, som blifvit fastklämd i den ovanligt starkt utvecklade fossa duodeno-jejunalis; den kunde lossas först efter uppklippning af fossan. Pat. afled 6 timmar efter operationen.

Köster.

A. LINDH: Inklämdt brandigt kruralbräck. Tarmresektion. Murphys knapp. Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, protok. s. 8.

Kort redogörelse för ett fall, i hvilket knappen endast med svårighet kunde anläggas, emedan det ena tarmstyckets kanter voro tjocka och svullna. Förf. anser ej osannolikt, att vauliga tarmsuturer förhindrat uppkomsten af en tarmfistel. Knappen afstöttes ej förr än på 32:dra dagen.

Köster.

F. KALJSER: Kasuistik öfver å kongl. Serafimerlasarettet vårdade fall af malign njurtumör jämte några ord om dessa tumörers diagnostik. Hygiea 1896, II, s. 1.

I sammanhang med 11 fall af malign njursvulst afhandlas den symptomatologi, genom hvilken det blir möjligt ställa en riktig diagnos. Tre kardinalsymptom iakttagas: smärtor i lumbalregionen, förändring af urinen, palpabel ansvällning i njurtrakten. Men dessutom uppträder en del subjektiva och objektiva symptom af mera underordnad och obestämmd art, hvilka likväl äro af betydelse för en riktig uppfattning af åkommans natur.

Förf. framhåller vikten af, att urinämnenmängden bestämmes upprepade gånger, då detta är nästan enda medlet för att få en uppfattning om funktionsduglig njurväfnad förefins i tillräcklig mängd, för att

efter svulstens eventuella aflägsnande hindra uppkomsten af en uremi. Af de 7 opererade afledo 2 tämligen kort tid efter operationen.

De meddelade sjukhistorierna åtföljas icke af några patologisk-anatomiska upplysningar.

J. Åkerman.

O. BLOCH: Et Tilfælde af Amputation af Nyren med Bemærkninger om Konservatisme ved forskellige Operationer på Nyren i kurativt Ojemed. Hosp.-Tidende, R. 4. Bd 4, S. 797, 829.

Sygehistorien er tidligere gengiven efter et Foredrag i Medicinsk Selskab. I foreliggende Afhandling refereres den udførligt. Operationen foretoges d. 11/9 95. Enduu d. 22/6 96 befandt Pat. sig vel. Den nederste Halvdel af Nyren amputeredes for en herværende Svulst, der af nogle ansås for at være et Adenosarkom, medens andre diagnosticerede et cystadenoma papilliferum, på sine Steder gående over til Kareinom. Der refereres yderligere 10 Sygehistorier (fra Litteraturen), hvor der er reseceret større eller mindre Afsnit af Nyren, 3 Gange for Kyster, 3 Gange for pyonephrosis calculosa, 1 Gang ved en puerperal Pyonefrose, 1 Gang ved Fistel i Nyresubstansen, 1 Gang ved interstitiel nephritis (antagen for malign tumor), endelig 1 Gang ved et Angiosarkom.

Forf. skildrer derefter Indikationerne for Resektion eller Amputation af Nyren. Operationen har sin Berettigelse ved benigne Svulster; af og til kan det dog være vanskeligt at erkende, om Svulsten er benign; påviser Mikroskopet tydelige maligne Elementer, må man være belavet på at gøre sekundär Nefrektomi; Forf. undlod det i sit Tilfælde, navnlig da Pat. vedblev at befinde sig vel. Uenigheden angående den mikroskopiske Diagnose bidrog også til, at han var reserveret. Også betændelsesagtige Processer kunne af og til indicere Resektion, ligeså Nyrefistler og kontunderede Nyrer. Endelig omtales Tekniken nøjere.

I *Hosp.-Tidende R. 4 Bd 4, S. 892* hävder TH. ROVSING (»Er Nyreresektion et berettiget Indgreb ved maligne Nyresvulster?«), at lige over for maligne tumores er Nefrektomien udelukkende på sin Plads. Et af O. BLOCH refereret Tilfælde, hvor CZERNY havde gjort Resektion for et Angiosarkom, viste sig senere at have fået Recidiv, hvorfor der gjordes Nefrektomi; Pat. døde noget efter af Metastaser. ROVSING mener, at sådanne Tilfælde, der muligvis egne sig til Resektion, det vil sige de, der er nogenlunde begränsade, vel er dem, der vil giva det bedste Resultat efter en Nefrektomi; först at göra Resektion, så Nefrektomi er at forhale Sagen; en sekundär Nyreexstirpation er altid farlig på Grund af nydannede Adhärencer. Man kan ikke være sikker på, at der ikke vil komme Recidiv i BLOCHS Tilfælde, fordi der alt er gået 9 Måneder efter Operationen; i CZERNYS Tilfælde kom det först efter 1½ Års Forlöp. ROVSING råder derfor til primär Nefrektomi, när den anden Nyre kan erkendes for at være sund; svigte de sädvanlige Midler til at komma til Diagnosen, kan den antagne sunde Nyre först lägges fri til Inspektion.

I sin Replik (»Er Nyreresektion et berettiget Indgreb ved maligne Nyresvulster?» sammesteds S. 923) hävder O. BLOCH, at han i sin Afhandling kun har talt om tvivlsomme Tilfælde; er man sikker på, at det drejer sig om en malign tumor, skal man strax gøre Nefrektomi. Han gjorde Resektion hos sin Patient, da han var usikker i Diagnosen; han undlod en sekundär Nefrektomi af tidligere angivne Grunde.

TH. ROVSING (»Om Nyreresektion ved tvivlsomt maligne Svulster» sammesteds S. 924) mener, at Spørgsmålet ved BLOCHS Replik må lyde på, om Resektionen da er berettiget ved tvivlsomt maligne tumores. Også ved sådanne Svulster mener ROVSING, at Nefrektomien bör udføres; er man ikke aldeles sikker på tumors Benignitet, må Nyren ofres. Muligheden for en radikal Helbredelse afhænger af, om det lykkes at få Nyren fuldstændig glat og uskadt bort.

Kr. Poulsen.

H. GRÆVE: **Om några fall af subfreuisk abscess.** Hygiea 1896, II, s. 29.

Pörst omtalas den historiska utvecklingen af vår kunskap om den subfreniska abscessen och omnämnas de fall af åkomman, hvilka förut offentliggjorts här i landet. Därpå följa sjukhistorierna, 6 till antalet. Med anslutning till MAYDLs monografi och under hänvisande till sina egna fall redogör förf. för de viktigare spörsmål, som angå i fråga varande sjukdomsbilds uppkomst, utveckling, förlopp och afslutning. Efter ett eller flere kirurgiska ingrepp af växlande art gingo samtliga fall till hälsa utom ett (n:r 3).

J. Åkerman.

G. EKEHORN: **Bidrag till statistiken öfver kastration vid prostatahypertrofi.** Hygiea 1896, II, s. 125.

Fyra operationsfall meddelas. I första fallet förbättrades de svåra och långvariga symptomen omedelbart efter kastrationen. Ännu efter 2 månader kunde man konstatera, att det vunna resultatet blifvit bestående eller snarare utvecklat sig till ett ännu bättre. Andra fallet lemnade en mindre hastig och utpräglad förbättring efter operationen, men de svåraste symptomen gingo så småningom tillbaka under de följande veckorna för att vid utskrifningen hålla sig inom ganska måttliga och drägliga skrankor. Om de bägge återstående fallen kan endast sägas, att en del af obehagen förminskats efter ingreppet. Någon olägenhet af kastrationen har icke visat sig i någondera fallet. Om den sist opererade anges, att prostatas storlek något förminskats. Ingreppet har i samtliga fall bestått i en dubbelsidig ablatio testis. Läkningen god och ostörd.

J. Åkerman.

TH. ROVSING: **To Tilfælde af Testikelsarkom på travmatisk basis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 681.

I bägge Tilfælde drejede det sig om 30-årige Mænd, der fik en Kontusion af höjre testis ved bagfra at springe op på Cyklen; testis stödde da mod Sadlens Rand. Hurtigt udviklede der sig en betydelig

Svulst, 16—18 Cm. lang; ved Kastrationen viste Svulsten sig at være et Rundcellesarkom. Bägge Patienter have holdt sig recidivfri efter 1½ Års Forløb; der ordineredes i bägge Tilfælde en længere Arsenikkur efter Operationen. — Der refereres yderligere 10 Tilfælde fra Literaturen, hvor Testikelsarkomet også har sluttet sig til et trauma og er opstået umiddelbart efter dette. Forf. er tilbøjelig til at anse Travmet for et væsentligt ätiologisk Moment; hvis det ved Sarkomet drejer sig om en Infektion, må man da tænke sig, at i Blodstrømmen cirkulerende Kim have sat sig fast og have udviklet sig i det kontunderede Væv.

Kr. Poulsen.

J. BORELIUS: **Om aktinomykos i Blekinge.** Hygiea 1896, II, s. 156.

Uppsatsen återger ett föredrag, som hållits inför sydöstra Sveriges läkare- och apotekareförening. Beträffande aktinomykosen hos djur synes de olika länen vara ganska olika representerade. Sjukdomen är relativt vanlig i Mälartrakterna, men långt ifrån sällsynt i Östergötland och Skåne. I Norrland och på Gotland synes den tills vidare icke vara iakttagen. Inom Blekinge ha de antecknade fallen vuxit från 2 (år 1882) till 22 (år 1893); de flesta fallen ha förekommit längs kusten. Af actinomycosis hominis har förf. behandlat 6 fall å Karlskrona lasarett och d:r LINDSTRÖM 2 fall i Karlshamn. Af förf:s fall voro 4 från Blekinge, af d:r L:s ett. Patienterna kommo från skilda trakter; de voro icke kustbor. Då ingnidning med arseniksulva (1 : 10 vaselin) i en del fall af djuraktinomykos haft godt resultat, hemställer förf. om icke nämnda lokalbehandling äfven förtjänte prövas i vissa fall af actinomycosis hominis.

J. Åkerman.

P. LORENTZEN: **Muskellidelse som Årsag til den juvenile Holdningskyfose.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 817.

Forf. har i flere Tilfælde hos yngre Individer fundet en Cervikodorsalkyfose, beroende på ömme Infiltrater i Nakkemuskulaturen, ofte forbunden med en Hängning og Udadrejning af Skuldrene; af og til fandtes tillige en Torsion af Nakkepartiet, ikke sjælden var Stillingen alternerende, når snart den ene, snart den anden Side af Muskulaturen var angreben. Stillingen, hvor navnlig den fremskudte og opadvendte Hage og den sænkede Nakke vare karakteristiske, opfattes som fremkommen ved Skåning af det angrebne Muskelparti. Lidelsen findes hos Individer med slap Muskulatur, navnlig hos sådanne, som ere voxede stærkt. Behandlingen har bestået i Massage og Gymnastik, hvorved der i alt Fald i nogle Tilfælde er kommet ganske godt Resultat; den må fortsættes i lang Tid.

Kr. Poulsen.

ANTON VOGT: **Panaritier hos vor Fiskeralmue.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 51—54.

Som Læge under Fiskerierne nordpå har Forf. havt god Anledning til at se en hel Del af furunkulöse og flegmonöse Processer på Over-

extremiteterne hos den fiskende Almue; det er især Stik af Anglene i Fiskernes Hænder, der fremkalder disse ofte meget smertefulde og langvarige Panaritier og Flegmoner. Forf. omtaler en fransk Læges mikroskopiske Undersøgelse af lignende Tilfælde hos franske Fiskere under Island, og denne Læge mener, at denne «maladie professionnelle» hos Fiskerne er en Følge af Tilstedeværelsen af de talrige hos Fisken forekommende Forrådnelsesbakterier, der formerer sig i Fiskernes Omgivelser, samt Bakteriernes Toxiner. Forf. kuperede omtrent altid Panaritiet i sin Udvikling, når Anglestikkene strax ådsedes energisk med ren flydende Karbolsyre.

H. Hopstock.

TH. ROVSING: **Om Formaldehydets Anvendelighed i Kirurgien.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 646.

Kort Redegørelse for Formalinets Anvendelse, navnlig til Katetersterilisation. Forf. har konstrueret et Apparat, i hvilket en Massesterilisation kan foregaa; før Kateterne bruges, må Formalinet være bortdampet, da der ellers kommer en Del Svie i urethra; de opbevares derfor i steriliserede Paphylstre, der lukkes med Vatprop.

Kr. Poulsen.

CAM. NYROPs Etablissement: **Instrumentvæsen.** Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 655.

Afbildning og Beskrivelse af DAHLGRÉN-STILLES Tang til Resektion af Kraniet samt af forskellige Ringknive til adenoide Vegetationer i Næse-Svälgrummet.

Kr. Poulsen.

Psykiatri: H. A. DEDICHEN: Hvad er Psykofysik? — C. G. ELLEFSEN: Et Tilfælde af Hjernekontusion med sekundær, akut amentia og Død. — GEILL: Om nogle nyere Hypnotikas Anvendelighed i Sindssygebehandlingen.

H. A. DEDICHEN: **Hvad er Psykofysik?** Psykiatriske Meddelelser. Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 11—50.

Forf. leverer en kort oversigtlig Fremstilling af Grundtrækkene i den moderne experimentelle Psykologi, væsentlig efter WUNDTs og KROEPELINS Arbejder.

C. G. ELLEFSEN: **Et Tilfælde af Hjernekontusion med sekundær, akut amentia og Død.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 397—400.

Hos en 54 År gammel Mand optrådte 3 Måneder efter et Stød på Hovedet en stærk Hovedpine, som kom i Anfald og lindredes ved Ryggleje. Den blev stadig værre, fulgtes af Afmagring, dårlig Søvn, deprimeret Stemning, Hørselshallucinationer, kontraherede Pupiller og

langsom Puls; ingen Feber. Senere Agitation med vage Storhedsidéer; tilsidst coma og Död. — Ved Sektionen fandtes et Blodextravasat, som havde afløst den fortykkede dura fra Kraniet og trykket Hjærnen flad i det tilsvarende Parti.

GELL: Om nogle nyere Hypnotikas Anvendelighed i Sindssygebehandlingen. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 701, 721.

Forf. meddeler Forsög med Hypnal, Kloralose, Trional og Tetronal på Århus Sindssyge-Asyl. *Hypnal* (Monokloralantipyridin) er prøvet hos 22 Patienter (7 Mænd og 15 Kvinder). Dosis var 1—3 Grammer i vandig Opløsning. I omtrent Halvdelen af Tilfældene iagttoges god Virkning; men det svigtede ved alle sværere Opstemnings-tilstande. Det virker svagere end Kloralhydrat og kan fremkalde Kloralexantem og er dyrt, hvorfor Forf. mener, at det næppe vil have nogen Fremtid i Sindssygebehandlingen. *Kloralose* (Anhydroglykokloral) er prøvet hos 25 Patienter (7 Mænd og 18 Kvinder). Dosis var 10—60 Centigrammer som Pulver. God Virkning iagttoges i 75 % af Tilfældene; Tilvænnning iagttoges ikke, snarere en akkumulativ Virkning. Efter en Dosis på 10 Centigrammer i 2 Dage iagttoges hos en Patient Kloralexantem. 40 Centigrammer Kloralose svare omtrent i Virkning til 2 Grammer Kloralhydrat. Prisen er moderat, og det er uden Smag. Motilitetsforstyrrelser iagttoges ikke.

Tetronal og *Trional*. *Tetronal*, der omtrent er 4 Gange så dyrt som *Trional*, anvendtes kun hos 12 Patienter (4 Mænd og 8 Kvinder) i Doser på 1—2 Grammer. God Virkning hos 67 %; men i alt anvendtes kun 50 Grammer, hvorfor Forf. ikke nærmere udtaler sig om mulige Bivirkninger. *Trional* er anvendt hos 77 Patienter (24 Mænd og 53 Kvinder); i alt gaves 4039 Grammer i Doser på 1—2 Grammer opløste i rigelig Vædske (Mælk eller Vand). God Virkning hos 91 %. Hos flere Patienter gaves større Mængder (103 og 124 Grammer i Træk og indtil 256 Grammer i alt). Foruden den hypnotiske Virkning iagttoges også beroligende Virkning den følgende Dag. I et Tilfælde (Kvinde) opstod efter 37 Grammer en dødelig Forgiftning med de samme Symptomer som ved Sulfonal; endnu 2 Dage efter Midlets Seponerung var Urinen naturlig farvet. Tilfældet refereres udførligt (med Sektion).

Chr. Gram.

Veneriska sjukdomar och hudsjukdomar: A. HASLUND:
Malign Syfilis. — C. RASCH: Om den såkaldte difteroidte Form af den simple Chanker på collum uteri.

A. HASLUND: **Malign Syfilis.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 745, 769, 811.

Forf. mener, at der under Benævnelserne *malign Syfilis* er sammenblandet højst forskellige Former af Syfilis, men at dette Navn kun bør anvendes på de Tilfælde, i hvilke der kort efter Infektionen viser sig ulcerative Processer på Huden uden Tendens til Heling, tværtimod tilbøjelige til Udbredning og oftest med samtidig (febrilsk) Liden af Almenbefindendet. Denne Form har intet at gøre hverken med tertiær eller med galopperende Syfilis; den burde kaldes syphilis maligna præcox eller s. ulcerativa præcox. Det er BAZIN, som først og med dette Navn har beskrevet denne Form. Forf. leverer så en Beskrivelse af Lidelsens Udvikling fra Papler, omtaler Febertilfældene og Inkubationen; Slimhinderne angribes sjældnere: kun i 11 af Forf:s fra 14 År indsamlede 39 Tilfælde; iritis sås kun i to Tilfælde; i intet af dem kunde Forf. påvise viscerale Affektioner. Recidiv af Lidelsen, atter i malign Form, er set hos 3 Mandfolk og hos 3 Fruentimmer. Behandlingsvarigheden var hos Fruentimmerne 42—220, hos Mandfolkene 29—134 Dage. — Hvad Åtiologien af den maligne Syfilis angår, da vides derom i Virkeligheden intet; Årsagen må vist nok søges i en såregen Disposition hos Individet, måske afhængende deraf, at Syfilis aldrig er forekommen i det pågældende Individts Slægt; imidlertid spille Alkoholisme og miseries også en væsentlig Rolle herved. — Med Hensyn til Hyppigheden af Forekomsten af den maligne Syfilis angiver Forf. i de forløbne 14 År imellem 8691 Tilfælde af Syfilis kun at have set den hos 39 (23+16) Individder eller i 0,47 % af Tilfældene og i Procenttal lige hyppigt hos bægge Køn; men han mener, at det virkelige Procenttal er ikke lidt mindre, da disse maligne Former særligt hyppigt ville forekomme indlagte i Hospitaler. — Prognosen anser Forf. i det hele for meget bedre end sædvanligt angiven. Hvad Behandlingen angår, lægger Forf. en Hovedvægt på gode hygiejniske og diätetiske Forhold ved Siden af antiluetisk Behandling af forskellig Art samt en varieret lokal Behandling. Derefter følger en Række Lister over de (39) forekomne Tilfælde.

R. Bergh.

C. RASCH: **Om den såkaldte difteroidte Form af den simple Chanker på collum uteri.** Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 661.

Forf. omtaler, at denne Form af det veneriske Sår på dette Sted allerede findes omtalt hos BERNUTZ (1853), A. GUÉRIN (1864), A. FOURNIER (1872) og CH. SCHWARZ (1873), ligesom MOLÈNES senere (1881) har beskrevet et Par Tilfælde og DI BELLA og INGRIA yderligere omtalt samme (1890). Forf. beskriver derefter korteligt to på

Kommunehospitalet i Köbenhavn forekomne Tilfælde hos henholdsvis et 36-årigt og 30-årigt Individ. Sårets veneriske Karakter bestemmes ved Tilstedeværelsen af lignende Sår hos det inficerende Individ, Avtoinokulationen på det pågældende Individ og Helbredelsen ved Jodoform.

R. Bergh.

Obstetrik och gynekologi: C. M. ULLMAN: Intraabdominell blödning efter bristning af uteri peritonealbeklädnad under förlossning; död. — P. NEUMAN: Ett fall af inversio uteri incompleta med letal utgång. — K. A. WALTER: Några fall af mindre vanlig bäckenförträngning. KR. BRANDT og E. RODE: Vaginal Hysterektomi med speciel Hensyn på Foreipressur-Metoden (PÉANS Operation). Et Bidrag til Lären derom.

C. M. ULLMAN: **Intraabdominell blödning efter bristning af uteri peritonealbeklädnad under förlossning; död.** Göteb. läkaresällsk. förhandl. 1895, s. 12.

En 39 års kvinna, III-para — första barnet eclampsia, forceps, andra fysiologisk partus — kollaberade plötsligt under en dittills normalt försiggående förlossning under symptom af en uterusruptur. Forceps. manuelt utskaffande af efterbörden, hvarvid dock ej någon lesion af uterus kunde upptäckas. Pat. afled $\frac{1}{2}$ timme efter kollapsens inträde. Sektionen visade bukhålan fylld af blod och koagler. På bakre ytan af uterus en mängd bindväfsmembraner, spända mellan lig. latum och tuba. På detta ställe, motsvarande öfversta delen af cervix och nående långt ned på den utspända vagina, finnes en omkring 17 cm. lång ruptur i peritonealbeklädnaden med blodinfiltrerade kanter och botten; vaginalväggen ej perforerad, inga större rumperade kärl upptäckbara. På insidan af vagina och uterus inga tecken till bristning.

I epikrisen redogör förf. för de få kända liknande fallen; åkommandets etiologi är mycket dunkel; att en bäckenperitonit, kvinnan förr haft, egt någon betydelse, anser förf. ej för osannolikt.

Köster.

P. NEUMAN: **Ett fall af inversio uteri incompleta med letal utgång.** Göteb. läkaresällsk. förh. 1895, s. 42.

Ett fall, som erbjuder intresse, emedan, medan ännu fostret fans kvar i uterus, den blifvande inversionen markerade sig genom en impression i uterus. Inversionen har sannolikt uppkommit genom navelsträngens korthet, den mätte ej mer än 35 cm., och däraf vid utdrifningen uppkommen traktion å en fastsittande placenta, då dragning af förlossningsbiträdena med säkerhet kan uteslutas. I sammanhang härmed meddelar förf. en kort öfversikt af nämnda lidande.

Köster.

K. A. WALTER: **Några fall af mindre vanlig bäckenförträngning.** Göteborg. läkaresällsk. förh. 1895, s. 21.

Redogörelse för flere egendomliga förlossningsfall. I första fallet ett snedt förträngdt, koxalgiskt bäcken med den sjuka sidan tillplattad; fostret låg i framstupad ansiktsbjudning, som manuellt rättades till kronbjudning, hvarefter fång anlades. I andra fallet fanns ett bäcken med fraktur af ramus horizontalis ossis pubis sin., och i fallet framkallades en partus præmaturus. Det tredje utgjordes af ett trattformigt bäcken, och fostret förlöstes medels fång. Det fjärde af ett allmänt förträngdt, platt, icke rakitiskt bäcken; äfven i detta fall användes fång.

Köster.

KR. BRANDT og E. RODE: **Vaginal Hysterektomi med speciel Hensyn på Forcypressur-Metoden (Péans Operation). Et Bidrag til Læren derom.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 225—274.

I Forbindelse med en kort Beskrivelse af og epikritiske Bemærkninger til 17 egne opererede Tilfælde beskriver Forf. den i den senere Tid blandt Operatörerne så populære Metode for den vaginale Hysterektomi, benämnt efter PÉAN, til hvis Navn den alene bör knyttes da andre Operatörer, f. Ex. DOYEN, blot har modificeret den. Forf. hävder Operationen som en absolut Berigelse af det terapeutiske Materiel og fremhäver deres Fordele for den abdominale Laparotomi i dertil skikkede Tilfælde. Rekonvalescensen er mere reaktionslös, Bugsnittet og dermed Faren for Hernie undgäes, ligeledes det vanzierende Ar. Som Indikationer nævnes uterine Svulster, som ikke når ovenfra Navlen samt dobbeltsidige, kroniske Adnexlidelser, purulente og ikke purulente, som det ikke på anden Måde lykkes at kurere. — Patienten präpareres som til almindelig Laparotomi med Laxeren o. s. v. 4 Gange måtte Forf. ved trange Forholde göre et Snit i vagina skråt udad og bagtil mod tuber ischii, 3 Gange hos virgines og 1 Gang hos en multipara med Myom. Dette skaffer Plads og Såret gensesyls tilslut. Når portio er fattet med Museux og trukket opad og fortil, göres et 3 til 4 Cm. langt Tvärsnit lige bag collum gennem vagina. Stumt arbejdes der frem til peritonæum, der incideres. Her må man holde sig tæt ind til uterus for ikke at bore sig ind mellem peritonæum og rectum, hvorved Tids-spilde og Blödning. Peritonæum og vagina forenes af Forf. med Suture, der standser Blödning. Med vel desinficeret Finger orienterer man sig i Douglas, hvor en Svamp armeret med Snor föres ind. Speculum fjärnes og Hagetangen sänkes; forreste Skedeväg spändes herved og ved et indfört mindre speculum. Derpå Snit nedenfor Omlagsfolden. En Kateter i Blären letter her Orienteringen. Snittet forenes med det bagre Snit. Uterus löses oöver stumt fra Blären og peritonæum föles snart; cul de sac'en udvides til Siderne så *Uretererne skydes ud af Operationsfeltet*, hvilket er Operationens punctum saliens (MACKENRODT). Faren for at fatte Uretererne er minimal, Pladsen bliver större, lig. lata kan recesseres i större Udsträkning, hvilket ved cancer er af stor Betydning. Nu lägges Tänger langs Sidepartierne af uterus på lig. lata, bagerste branche i bagerste Åbning, forreste på Forsiden af lig. latum idet en Langefinger bagtil og Pegefinger fortil kontrollerer,

at Tarme ikke fattes, imod hvilket den bagtil indlagte Svamp skal beskytte. Er begge art. uterinæ fattede vil Småblødning stå og der klippes løs langs uteri Sidekant på Midten af Tångerne. Om nødvendigt kan man begynde at klippe det nederste Stykke af — morcellement. Er fossa vesico-uterina endnu for højt til at kunne åbnes lægges et nyt Par Tånger på Indsiden ovenfor det første og atter morcellement til man når op. Uteri forreste og bagerste Væg kan spaltes (P. MÜLLER, DOYEN). Er uterus vrængt frem gennem Åbningen i fossa vesico-uterina ser man lig. rotund, tube og lig. ovarii; disse fattes med Tang ovenfra eller helst nedenfra. Ikke drage for stærkt, da herved let Bristning med Blødning fra a. spermatica. Ovarie og Tubens ampulle fattes enten samtidig eller særskilt hvis nødvendigt. Tångerne tages hver til sin Side, Svampen tages ud, Pincetter eller Omstikning ved Blødning. Mellem Tångerne løs Tamponade af steril Gaze, ikke for dybt ind mellem Tarmene. Ved Brækning hæves Bækkenet (Operationsbordet). Bind om hver Sides Tånger. I Sängen Knäpude og Pude under Tångerne, så de ikke bänder. Kateterisation eller permanent Kateter. Ved Smerte efterpå helst ikke Morfin, der ofte kvalmer og lammer Tarmene samt hindrer flatus, der er et godt prognostisk Tegn. Er Kvalmen forbi, gives Havre- eller Bygsuppe slurkvis hver hele eller halve Time, efter 2det Dögn ad libitum samt Kaffe, Selters o. s. v. Melk först efter 1ste Afföring. Ved Törst og Kvalme varmt Vand til at skylle Munden med. Tångerne fjärnes efter 48 Timer. Stiger Temp. meget, bör Tamponen fjärnes; den lades ellers i Ro selv ved rigeligt ildelugtende Sekret. 4de Dag Olje eller clysma, senere Åbning hver 2den Dag. Udskylling af vagina för 1ste Uge er forbi, men forsigtig. Puls og Temp. för dette sädvanlig lidt höjere, men uden Betydning. En ren fugtig Tunge er et godt prognostiskt Tegn. Kan stå op efter 14 Dage. — En Kombination af Tånger og Underbinding frarådes på Grund af Suppurationen ved Afstödning af nekrotiske Dele.

Af Forf:s 17 Tilfælde opererades 5 Tilf. af fibroma uteri; metritis og endometritis 1 Tilf.; cancer uteri 2 Tilf.; carcinoma et myoma uteri 1 Tilf.; cancer uteri c. graviditate 1 Tilf.; hydrosalpinx duplex 1 Tilf.; ooforitis chronica duplex 2 Tilf.; cystoma multiloculare ovar. sin. suppurat. 1 Tilf.; sactosalpinx purul. & pyovar. dupl. 2 Tilf. — På et Tilf. opgives ikke Diagnosen.

Ved cancer uteri indledes Operation ved Termokavterisation med Paquelin.

Af de opererede döde 2; en den 3dje Dag af ileus, den anden 10de Dag af kronisk ileus og kronisk Anämi på Grund af forudgående stærke Blödninger (fibroma uteri).

Justus Barth.

Pediatrik: P. SÖRENSEN: Om tænia cucumerina hos Börn. —
 FRIIS: Tænia cucumerina hos Börn.

P. SÖRENSEN: **Om tænia cucumerina hos Börn.** Ugeskr. f. Læger, R. 5,
 Bd 3, S. 705.

FRIIS: **Tænia cucumerina hos Börn.** Sammededs S. 777.

Forff. omtale Tilfælde af tænia cucumerina hos Börn og gøre op-
 mærksom på, at denne af Lægfolk ofte forvexles med oxyuris vermi-
 cularis. *F. Levison.*

**Farmakologi, toxikologi, farmakodynamik och allmän
 terapi:** W. LAURÉN: Om särskiljande af äkta och falsk stjärnanis. —
 CHR. GRAM: Kreosotkarbonat (Guajakolkarbonat) og dets Anvendelse ved
 Lungetuberkulos (med Diskussion). — J. C. HOLM: Vestfossens alkalisk-
 muriatiske Svovlkilde.

W. LAURÉN: **Om särskiljande af äkta och falsk stjärnanis.** Nordisk
 farmaceutisk tidskrift, 1896, s. 273.

Sedan den giftiga, japanska stjärnanisen »sikimi» (från *Illicium reli-
 giosum* SIEB.) 1880 kom i handeln och orsakade förgiftningar, har man
 sökt fastställa säkra skiljekarakterer mellan denna och den äkta drogen.
 Särskiljandet är svårt, och de uppgifna karaktererna hålla ej alltid streck.
 Endast den histologiska undersökningen, särskildt af fröhvitans aleuron-
 korn med däri förekommande globoider m. m., samt kemiska reaktioner
 erbjuda säkra skiljetecken.

I fråga om korkcellernas utseende vid fruktens fästeyta samt öfver-
 gången mellan dessa korkceller och karpellernas pallisadceller, hvilken
 öfvergång hos den giftiga drogen är skarpare än hos den äkta, har
 författaren konstaterat andras föregående iakttagelser. Den äkta stjärn-
 anisens pallisadceller äro i genomsnitt högre än de hos den giftiga
 (0,5 : 0,37 mm.). De från aleuronkornens olika utseende hemtade, vida
 lättare påvisade skiljetecknen kunna blott sällan användas, emedan hos
 den giftiga drogen frön ofta antingen saknas eller äro outvecklade,
 skrumpnade el. d. I afseende på olikheterna mellan dessa korns form,
 storlek, innehåll m. m. hos de båda drogformerna har förf. i hufvudsak
 kommit till samma resultat som PFISTER.

Slutligen anger förf. ett kemiskt prof, som lätt och säkert leder
 till målet. Det grundar sig därpå, att äkta stjärnanis innehåller *anetol*,
 giftig däremot ej. Om några karpeller sönderstötas, fröen aflägsnas,
 karpellstyckena kokas med sprit i ett proför, tils vätskan svagt gul-

färgas, spriten afgjuts från drogresterna och utspädes med vatten, grumlas vätskan mjölkigt af utfallande anetol, i fall drogen var äkta, förblir däremot klar, om den var giftig. Vid afdunstning af spriten i lindrig värme på ett urglas framträda kristaller (af *sikininsyra*), om drogen var af den giftiga sorten.

C. G. Santesson.

CHR. GRAM: **Kreosotkarbonat (Guajakolkarbonat) og dets Anvendelse ved Lungetuberkulos (med Diskussion).** Det köbenhavnske medicinske Selskabs Forhandl. 1895—96, S. 66. Hosp.-Tidende, R. 4, Bd 4, S. 341.

Chr. Gram.

J. C. HOLM: **Vestfossens alkalisk-muriatiske Svovlkilde.** Norsk Magaz. f. Lägevid. 1896, S. 298—302.

På Sörby i Prästegjældet Eker i det sydlige Norge findes en Svovlkilde, som ved nærmere Undersøgelse har vist sig at være værdifuld i medicinsk Henseende. Den righoldige Kilde har en Temperatur af 6,5° C. og indeholder per Liter omtrent 3,5 Gm faste Bestanddele, væsentlig chlornatrium og surt kulsurt Natron samt 24,2 Kem. Svovlvandstof. Den hörer således til de sjældne alkalisk-muriatiske Svovlvande. Vandet, der er klart og holdbart (kan erholdes fra Mineralvandfabriken »Union» i Kristiania), anbefales af H. til Brug ved kroniske Katarrer i de övre Luftveje, revmatiske og giftiske Affektioner, Hudsygdomme, Syfilis samt Leversygdomme og Hämorrhoider. Dagsdosen sættes af H. til $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter, fordelt på 2—3 Gange. Vandet bör helst nydes om Morgenen på fastende Hjärte og opvarmet til 39—35° C.

E. Poulsson.

Rättsmedicin, undervisningsfrågor, medicinalväsendet, hygien, statistik och epidemiologi: G. RASCH: Om Kappadokeren ARETOIOS's Levetid og Forfatterskab. — JUL. J. WIBERG: WILLIAM HARVEY og Opdagelsen af Blodets Cirkulation. — Kgl. Resolution af 25 Marts 1896 om Examensprøve i anatomisk Dissektion. — K. KABELL: Er en over hele Landes ensartet Taxt for almindeligt Lægearbejde uopnåelig? — H. HANSEN: Findes der noget Egn i Danmark, der kan byde særlige meteorologiske Betingelser for Anlæg af et Sanatorium for Lungesygge? — P. D. KOCH: Et Redningshjem for Alkoholister ved København. — CARLSEN: Om vore sydlige Oer og Sydkysten af Fyen, nogle medicinsk-topografiske Oplysninger. — H. P. ØRUM: Staden Københavns medicinale Budget for 1896. — BERGWALL: Sjuksköterskor för landsbygden. — K. LINROTH: Stockholms hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1895. — H. BENCKERT: Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1895. — Förste provinsialläkarnes årsberättelser för 1895: AUG. BERLIN för Stockholms län; E. BJÖRKMAN för Vestmanlands län; H. SÖRMAN för Malmöhus län; P. SÖDERBERG för Hallands län; A. E. GOLDKUHL för Kronobergs län; F. NYLANDER för Gefleborgs län; AUG. SJÖBLOM för Vesternorrlands län. — NILS ENGLUND: Hälso- och sjukvårdens ställning inom Fjällsjö provinsialläkaredistrikt. — J. ALMKVIST och K. SONDÉN: Om handelspris och näringsvärde hos några allmänna födoämnen. — H. P. ØRUM: Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne. — JENS SCHOU: D:o d:o. — AXEL HERTEL: D:o d:o. — G. SUNDBÄRG: Dödligheten inom åldern 5—10 år i Sverige. — J. KJELLBERG: Nativitet, mortalitet och dödsorsaker i Karlskrona samt i Sveriges samtliga städer 1875—1892. — P. SILFVERSKJÖLD: Motarbetandet af smittosamma sjukdomars spridande genom skolorna. — AUG. HÆFFNER: Om smittkopporna inom Göteborgs provinsialläkaredistrikt år 1893.

G. RASCH: **Om Kappadokeren Aretoios's Levetid og Forfatterskab.** Norsk Magaz. f. Lægevid. 1896, S. 275—284.

Den bekendte medicinsk-historiske Forfatter omhandler i denne Afhandling en af den antike Oldtids berømteste Lægers, ARETÆUS fra Kappadokien, Liv og Virksomhed, idet han særlig søger at afgøre det omtvistede Spørgsmål om ARETÆUS's Levetid og hans Originalitet som Forfatter. Medens en tysk Lærd, WELLMANN, nylig har hævdet, at A. først levede en Tid ud i det 1ste Årh. e. Kr. og beskylder ham for i alt væsentligt ligefrem kun at have skrevet ud at en anden højt anset Læges Skrifter, nemlig fra den phlektiske Pnevmatiker ARCHIGENES fra Apamea (Syrien), kommer RASCH ved sin kritisk-literære Undersøgelse til at bekræfte den ældre Opfatning. I Følge denne, således som den er fremstillet hos HÄSER o. a., levede ARETÆUS for ARCHIGENES, rimeligvis på Kejser Nero's Tid, og dermed er da også hans Selvstændighed ligeoverfor denne godtgjort.

L. F.

JUL. J. WIBERG: **William Harvey og Opdagelsen af Blodets Cirkulation.** Bibl. f. Læger, R. 7, Bd 7, S. 345.

Forf. giver en Skildring af HARVEYS Liv og Virksomhed og af den tidligere herskende Opfattelse. Ret udførlig refereres HARVEYS

grundläggande Skrift. I Slutningen omtales den Modstand, hans Lære havde at bekæmpe.
Jul. Petersen.

Kgl. Resolution af 25 Marts 1896 om Examensprøve i anatomisk Dissektion. Medd. fra alm. d. Lægeforenings Bureau 1896, Nr 27.

Ax. Ulrik.

K. KABELL: Er en over hele Landet ensartet Taxt for almindeligt Lægearbejde uopnæielig? Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 721, 745.

Motiveret Forslag til en ensartet Taxt for almindelig Lægegerning.

Ax. Ulrik.

H. HANSEN: Findes der nogen Egn i Danmark, der kan byde særlige meteorologiske Betingelser for Anlæg af et Sanatorium for Lunge-syge? Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 732.

Forf. er tilbøjelig til at besvare Spørgsmålet benægtende, hvorimod gunstige Jordbundsforhold, som findes i mange Egne, anses for vigtigere end klimatiske Fordele.

Ax. Ulrik.

P. D. KOCH: Et Redningshjem for Alkoholister ved København. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 769.

Under Navnet »Enkrateia» er i Emdrup ved København oprettet et Asyl for mandlige Alkoholister. Betingelse for Optagelse er en skriftlig Begæring fra Patientens nærmeste Pårørende og en Lægeerklæring med udførlig Sygehistorie. Betalingen for Opholdet er 800 Kr. for Eneværelse og 600 Kr. for Fællesværelse årlig. Den Indtrædende må forpligte sig til et Ophold på mindst 6 Måneder.

Ax. Ulrik.

CARLSEN: Om vore sydlige Öer og Sydkysten af Fyen, nogle medicinsk-topografiske Oplysninger. Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 625.

I Anledning af det påtænkte Anlæg af et Sanatorium for Lunge-syge henvises til de meteorologiske Erfaringer, som vise, at de sydlige danske Öer udmærke sig ved et forholdsvis mildt Klima. Overensstemmende hermed fremgår af Sygelighedsstatistiken, at Diffterien her viser mindre Tilbøjelighed til at søge larynx og optræde som Krup end i det øvrige Danmark, og af Dødelighedsstatistiken, at Lungesvindsothen medfører færre Dødsfald i Byerne end i de fleste andre Byer i Landet.

Ax. Ulrik.

H. P. ÖRUM: Staden Københavns medicinale Budget for 1896. Ugeskrift f. Læger, R. 5, Bd 3, S. 649.

Redegørelse for Københavns Udgifter til Sundhedsvæsenet, som for 1896 beløbe sig til 1858051 Kroner.

Ax. Ulrik.

BERGWALL: **Sjuksköterskor för landsbygden.** Eira 1896, s. 51.

Förf. föreslår, att landstinget anställer en skolad sjuksköterska inom hvarje provinsial- och extra provinsialläkaredistrikt.

E. Almquist.

K. LINROTH: **Stockholms hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1895.** 85 s. + 69 + 60 4:t.

H. BENCKERT: **Göteborgs hälsovårdsnämnds årsberättelse för 1895.** 60 s. 4:t + 30 tab.

E. Almquist.

Förste provinsialläkarnes årsberättelser för 1895:

AUG. BERLIN för Stockholms län, 57 s. 4:t.

E. BJÖRKMAN för Vestmanlands län, 55 s. 4:t.

H. SÖRMAN för Malmöhus län, 68 s. 4:t.

P. SÖDERBERG för Hallands län, 61 s. 4:t.

A. E. GOLDKUHL för Kronobergs län, 50 s. 8:v.

E. NYLANDER för Gefleborgs län, 112 s. + XXXVI 4:t.

AUG. SJÖBLOM för Vesternorrlands län, 63 s. 4:t.

E. Almquist.

NILS ENGLUND: **Hälso- och sjukvårdens ställning inom Fjällsjö provinsialläkaredistrikt.** Eira 1896, s. 401.

E. Almquist.

J. ALMKVIST och K. SONDÉN: **Om handelspris och näringsvärde hos några allmänna födoämnen.** Bihang till Stockholms hälsovårdsnämnds årsberättelse 1895. 60 s. 8:v.

Förf. uppköpte med hjälp af Stockholms hälsopolis prof å mjölk och grädd, smör, ost samt bröd. Profven analyserades och beräkningar gjordes öfver handelspris och näringsvärde.

E. Almquist.

H. P. ÖRUM: **Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne.** Ugeskr. f. Läger. R. 5, Bd 3, S. 653.

JENS SCHOU: **Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne.** Sammesteds, S. 775.

AXEL HERTEL: **Om et hygiejnisk Tilsyn med Skolerne.** Sammesteds, S. 793.

ÖRUM foreslår Ansættelse af Skolelæger ved Københavns Kommuneskoler og Udsendelse af inspicerende Læger i Landet for at rette de værste hygiejniske Ulæmper ved Skolerne.

SCHOU henleder Opmærksomheden på, at Skolemateriellet i mange Skoler benyttes på u hensigtsmæssig Måde, fordi Lærerne mangle Sagkundskab.

HERTEL omtaler nærmere de Opgaver, som et Lægetilsyn med Skolerne vil have at løse, og slutter sig til Ønsket om, at Lægestanden vil benytte Skolelovsforlagets Forelæggelse i Rigsdagen til at gøre

de hygiejniske Fordringer gældende, i hvilken Anledning han retter en Opfordring til den almindelige danske Lægeforening til at tage Sagen i sin Hånd.

Ax. Ulrik.

G. SUNDBÄRG: **Dödligheten inom åldern 5—10 år i Sverige.** Hygiea 1896, II, s. 153.

Åldersgruppen 5—10 år synes utgöra ett undantag från den annars så skarpt markerade förbättringen i våra sanitära förhållanden. Under det att dödligheten eljes aftagit starkt under detta århundrade, visar den för nämnda grupp ingen nämnvärd förändring. Norrbottens län och Stockholms stad visar högsta siffrorna.

E. Almquist.

J. KJELLBERG: **Nativitet, mortalitet och dödsorsaker i Karlskrona samt i Sveriges samtliga städer 1875—1892.** Eira 1896, s. 103.

E. Almquist.

P. SILVERSKJÖLD: **Motarbetandet af smittosamma sjukdomars spridande genom skolorna.** Eira 1896, s. 209.

Förf. har utarbetat regler för öfvervakandet af kikhosta, messling, skarlakansfeber och difteri.

E. Almquist.

AUG. HÆFFNER: **Om smittkopporna inom Göteborgs provinsialläkaredistrikt år 1893.** Eira 1896, s. 2.

E. Almquist.

Berättelser från sjukvårdsanstalter: Beretning om Kong Frederik d. VII:s Stiftelse for hjælpeløse og forladte Pigebørn, især af Almuen, for Året 1895. — Foreningen »Det røde Kors». Tyvende Årberetning. — SCHEPELERN: Kysthospitalet på Refsnæs. 20de Årsberetning for 1895.

Beretning om Kong Frederik d. VII:s Stiftelse for hjælpeløse og forladte Pigebørn, især af Almuen, for Året 1895. København 1896.

Antallet af de under Stiftelsens Forsorg værende Børn var ved Årets Slutning 366, nemlig 345 på Opdragelsesanstalten på Jägerspris og 21 udenfor denne, men for Stiftelsens Regning og under dens Forsorg. — I Årets Løb udgik 30, døde 1, optoges 37. — I de 5 År fra 1 Maj 1889 til 1 Maj 1894 udgik 140 Piger fra Stiftelsen. Af disse ere 2 senere døde, 3 som åndssvage anbragte på forskellige Anstalter; om de øvrige 135 Piger er det ved Efterforskning oplyst, at det er gået 23 særdeles godt, 9 tilfredsstillende, 9 mindre godt, 13 dårligt eller slet.

Ax. Ulrik.

Foreningen "Det røde Kors". Tyvende Årsberetning. København 1896.

I 1895 har Foreningen oprettet en Klinik på 20 Sænge for kirurgisk og gynækologisk Behandling i en dertil købt Villa på Frederiksberg; her skulle Foreningens Sygeplejersker for Fremtiden have deres første Uddannelse. Ved Årets Udgang havde Foreningen 53 Sygeplejersker til Tjäneste, deraf 47 til Disposition for privat Sygepleje. Der er besørget 339 private Plejer, hvoraf 267 i København, 72 i Provinserne og i Udlandet. Ved Filialforeningen i Århus haves 18 uddannede Sygeplejersker, hvoraf 11 ved privat Sygepleje.

Ax. Ulrik.

SCHPELERN: Kysthospitalet på Refsnäs. 20de Årsberetning for 1895.
Følgeblad til Ugeskr. f. Læger, R. 5, Bd 3, Nr 27.

Beretningen indeholder, foruden en Oversigt over Hospitalets økonomiske status, den sædvanlige Meddelelse fra Overlägen angående Antallet af behandlede Börn, Sygdommens Natur, Resultatet af Behandlingen samt Oversigt over Patienternes Vægtforhold ved Indlæggelsen og Udskrivelsen af Hospitalet.

G. G. Stage.

Militär hälsovård: BONDESEN: Sundhedsvisitationerne i Hären. — AXEL PAULSEN: Om Sundhedsvisitationernes Formål, Form og Aevendelse. — CHARLOTTE NORRIE: Det røde Kors. — J. BONDESEN: Hvilke Regler have de militäre Läger at följe ved Kassationsvedtegning om, hvor vidt en under Tjänesten pådragen Läsion eller Sygdom bör betegnes som fremkaldt ved den militäre Tjäneste? — Diskussion om samme Amne.

BONDESEN: Sundhedsvisitationerne i Hären. Tidsskrift, Årg. 25, S. 1.

AXEL PAULSEN: Om Sundhedsvisitationernes Formål, Form og Aevendelse. Militärlägen, Årg. 4, S. 152.

Ved at gennemgå de statistiske data, der foreligge angående Udbredelsen af de veneriske Sygdomme i de forskellige Landes Häre, påviser BONDESEN, at den danske Här er meget gunstig stillet, idet den tillige med den tyske Här har et mindre Antal af de nævnte Tilfælde end nogen anden Här, og at særlig Syfilis er ikke lidet sjældnere endog i Sammenligning med den tyske Här. Da end videre Militäret i Danmark möder med et mindre Antal af veneriske Sygdomme end den mandlige civile Befolkning i de tilsvarende Aldersklasser, drager B. den Slutning, at det ikke, som det ofte påstås, er Militäret, der tilfører den civile Befolkning de nævnte Sygdomme, men væsentlig omvendt; B. finder derfor ikke, at der er nogen særlig Anledning til Foranstaltninger, sigtende til at hindre Spredningen af de veneriske Sygdomme fra Soldaterne ud over den övrige Befolkning. De såkaldte Sundhedsvisitationer, for så vidt de gå ud på at opdage veneriske Sygdomme hos Soldaterne, finder han derfor unyttige, så meget mere som de veneriske Tilfælde kun for en ringe Del opdages ved Sundhedsvisitationerne, men derimod hovedsagelig ved frivillig Mälding; tilmed er

denne Undersøgelse af en meget stødende Natur. — B. vil dog ikke have Sundhedsvisitationerne afskaffede, men ønsker dem kun i en forandret Form, hvorved de kunne tjene til Kontrol med Mandskabets Sundheds- og Helbredstilstand i det hele.

A. PAULSEN er enig med BONDESEN i, at Sundhedsvisitationerne få deres væsentligste Betydning ved at være et Middel til at føre Tilsyn med Mandskabets Sundhedstilstand i det hele; men B:s Forslag herom indeholder ingenlunde noget nyt; om end i en tidligere Tid Sundhedsvisitationerne væsentlig gik ud på Opdagelsen af veneriske Sygdomme, er det i den senere Tid efterhånden blevet meget almindeligt, at Undersøgelsen ved disse Visitationer rettes også mod andre Sygdomme. Dernæst bestrider P., at Undersøgelsen med Hensyn til veneriske Sygdomme skulde være uden Betydning; ikke alene opdages der ved den altid adskillige Tilfælde; men end mere tilskyndes herved de af venerisk Sygdom lidende Soldater til Selvanmeldelse for ikke at blive grebne ved Visitationerne. Særlig ere disse af største Vigtighed med Hensyn til Opdagelse af smitsomme Sygdomme. — P. fremhæver desuden, at de i de senere Årtier givne Bestemmelser om Sundhedsvisitationerne ikke indeholde nogen Indskrænkning for deres Anvendelse og således fuldt ud tilstede deres Benyttelse til Undersøgelse med Hensyn til hvilke som helst Sygdomme, hvad også almindelig sker. — For at undgå det anstødelige i Sundhedsvisitationernes nuværende Form og for at give Undersøgelsen en større Fuldstændighed foreslår P. dem foretagne med Mandskabet i fuldt afklædt Tilstand. Navnlig fremhæver P. stærkt Betydningen af en sådan Undersøgelse for Opdagelsen af ambulante Tilfælde af smitsomme Sygdomme (f. Ex. Skarlagensfeber), hvorpå han anfører flere Exempler.

Joh. Möller.

CHARLOTTE NORRIE: **Det røde Kors.** Militärlägen, Årg. 4, S. 99.

Forf. fremhæver Önskeligheden af, at den danske Røde Kors-Forening stiller sig i et nærmere Forhold til Befolkningen, dels derved at den ligesom den amerikanske Forening træder i Virksomhed også under Fredsforhold ved indtræffende store offentlige Ulykker, såsom Ildebrande, Oversvømmelser, Epidemier o. s. v., dels ved at indrette en kortvarig Uddannelse af Mænd og Kvinder i Plejen af syge, helst ved en særlig Skole i Köbenhavn, hvor der også gives udenbys Elever Lejlighed til Deltagelse i Undervisningen; der vilde herved i hver Egn af Landet kunne tilvejebringes Personer, der kunde optræde som Hjælpere under eventuelle Ulykker og vilde være rede til at træde til under Krig.

Joh. Möller.

J. BONDESEN: **Hvilke Regler have de militære Læger at følge ved Kassationsvedtegning om, hvor vidt en under Tjänesten pådragen Läsion eller Sygdom bör betegnes som fremkaldt ved den militære Tjäneste?** Militärlägen, Årg. 4, S. 114.

Diskussion om samme Ämne. Sammesteds S. 182.

På de Attester, der udstedes for kasserede värnepligtige angående deres Kassation, er det, navnlig til Oplysning ved senere fremkom-

mende Spørgsmål om Invaliditet og Forsørgelse, pålagt Kassationskommissionerne i alle Tilfælde, hvor en Svaghed er erhvervet under Tjänesten, at tilføje, hvor vidt den militære Tjäneste kan antages at have bevirket den Tilstand, der begrundes under Kassationen. I Forbindelse hermed er det pålagt Lägerne ved de militære Sygehuse i sådanne Tilfælde i Sygejournalen at gøre udførligt Rede for de særlige Omstændigheder, der stå i Forbindelse med Sygdommens Pådragelse. Forf. fremhæver Nødvendigheden af, at Lägerne på dette Område samvirke med de militære Myndigheder for gennem dem at få de nødvendige Oplysninger om, hvorledes Sygdomstilfældet er opstået, og han gennemgår dernæst mere i det enkelte, under hvilke Forhold et sådant Sygdomstilfælde må siges at være opstået »ved Tjänesten». Hvad *Legemsbeskadigelser* angår, mener Forf., at de kun da kunne få Vedtegningen »erhvervede ved Tjänesten», når Läsionen er erhvervet under den umiddelbare Opfyldelse af en given Ordre, under den specifik militære Uddannelse eller under Udøvelsen af et bestemt tjenstligt Hverv, medens Läsioner, der pådrages under Tjänestetiden, men udenfor disse Forhold — selv om de gå ind under de Nødvendighedsforretninger, som en Soldat ligesom et hvert andet Individ er nødt til at underkaste sig — ikke kunne få denne Vedtegning. Med Hensyn til *Sygdomme* mener Forf., at den ommeldte Vedtegning bør gives 1) sådanne Sygdomme, der efter gammel Hävd må opfattes som egentlige Strabadssygdomme (for Exempel Solstik og Forfrysning, Anstrængelsesperiostitis, muligvis Hjertesygdomme); 2) direkte smitsomme Sygdomme, for så vidt vedkommende Sygdom hersker epidemisk eller endemisk på det Sted, der er anvist Soldaten til Opholdssted, og for så vidt Sygdommens Erhvervelse med nogen Sandsynlighed kan føres tilbage til denne Endemi; 3) andre Infektionssygdomme, for så vidt deres Opståen med Sandsynlighed kan antages at hidrøre fra særlig ugunstige Forhold på det Sted, der er anvist Soldaten til Opholdssted (Kaserneinfektion; — Ex. Lungebetændelse i visse Afdelinger og på visse Kaserne). I mange Tilfælde er det umuligt at svare bestemt med ja eller nej, men Lägen kan kun komme til Udtalelsen »mulig» eller »sandsynlig»; i sådanne Tilfælde er det Lägens Pligt at tilvejebringe alle de Oplysninger, som kunne blive af Betydning for den afgørende Myndighed (Invalidebestyrelsen).

Under Diskussionen viste der sig en Del Meningsforskell, navnlig angående Begrænsningen af Udtrykket »ved Tjänesten», især med Hensyn til *Legemsbeskadigelser*, idet Grænserne for denne Vedtegning fra enkelte Sider udvidedes betydelig mere end efter BONDESENS Opfattelse, således at endog alle i en Kaserne indtrufne Läsioner, der ikke vare selvforskyldte, droges med ind under denne Vedtegning.

Joh. Möller.

Comptes-rendus des traités

publiées au

Tome XXVIII.

N° 27.

H. JACOBÄUS: Sur la méningite tuberculeuse spinale et la leucomyélite aiguë.

Il s'agit, dans le premier des cas relatés, d'une malade qui, après un accouchement suivi d'endométrite, fut saisie d'une fièvre assez ardente. Elle commença simultanément à tousser et à maigrir. Ces symptômes ayant persisté pendant quelques semaines, des douleurs violentes siégeant dans la région sacro-lombaire la contraignirent à se mettre au lit. Les crises douloureuses continuèrent avec une violence extraordinaire; peu à peu, paralysie des extrémités inférieures et rétention d'urine. En même temps, les apophyses épineuses étaient tout particulièrement douloureuses à la pression, et il y avait accompagnement d'opisthotonos. Enfin, développement des signes classiques d'une méningite basilaire, suivie de mort dans le coma. Entre l'apparition des douleurs sacro-lombaires et la mort, il y eut un intervalle de quatre semaines.

Autopsie: Phtisie pulmonaire, endométrite et salpingite tuberculeuses, méningite basilaire, qui n'offrait rien de particulier. L'arachnoïde et la pie-mère rachidiennes étaient envahies par une infiltration tuberculeuse très volumineuse, s'étendant depuis la base de l'encéphale jusqu'à la partie la plus inférieure du sac de la dure-mère, et ayant son maximum dans la partie lombaire de la moelle épinière. Microscopiquement on trouva des altérations de la zone périphérique de la moelle entière; dans l'intumescence cervicale (voir fig. I) les lésions étaient d'une gravité remarquable, toute la partie marginale étant complètement dégénérée; quant au centre de la moelle, il était presque intact.

Ce cas fournit un excellent exemple de la forme très rare de méningite tuberculeuse dans laquelle les enveloppes de la moelle sont attaquées les premières (forme spinale, forme ascendante). Vraisemblablement l'infection tirait son origine de l'utérus et des trompes de Fallope.

Dans le second cas, un jeune homme ayant joui jusqu'alors d'une santé parfaite, commença à ressentir des douleurs vagues aux muscles du tronc et des extrémités. Ces symptômes s'aggravant, il est forcé d'entrer à l'hôpital quatre jours après le commencement de la maladie. C'est un sujet robuste, se plaignant de douleurs au tronc et aux extrémités; les muscles sont légèrement raides et douloureux à la pression, la respiration un peu difficile; les organes végétatifs parfaitement sains. De temps à autre, diplopie, mais pas de strabisme manifeste. Les jours suivants, la situation s'aggrave; il n'y a pas de paralysie vraie, mais la douleur et la raideur des muscles empêchent le malade de faire de mouvements; la sensibilité est intacte. Mort par une attaque d'asphyxie quatre semaines après le commencement de la maladie.

À l'autopsie on ne trouve d'abord rien. Après le durcissement de la moelle épinière, le microscope décèle des lésions myélitiques assez graves et d'une forme très singulière. Dans la partie sacrolombaire de la moelle, celle-ci est saine (voir fig. III); elle est au contraire gravement atteinte dans sa partie cervico-dorsale, où toute la zone marginale est dégénérée, tandis que la partie centrale est presque intacte (voir fig. II); il n'y a pas de méningite spinale.

Ce dernier cas paraît démontrer que la perception des irritations sensitives (tactiles, douloureuses, thermiques) peut être réalisée à la condition de l'intégrité de la substance grise centrale. Cette conclusion se trouve en bonne concordance avec l'expérience générale, savoir que les lésions de la substance grise ont pour conséquence constante des altérations de la sensibilité cutanée (syringomyélie, hématomyélie) pourvu que la lésion n'est pas limitée aux cornes antérieures, et que par contre la plus grande partie de la substance blanche peut être dégénérée sans que la sensibilité soit altérée (maladie de Friedreich).

N° 28.

INGOLF LÖNNBERG et CARL MANNHEIMER: **Sur les tumeurs malignes de l'utérus dites sérotinales, consécutives à une grossesse.**

Les auteurs communiquent deux cas de tumeurs pareilles. L'un a été décrit antérieurement par NETZEL comme un cas tout particulier de cancer de l'utérus, l'autre a été observé dans la division gynécologique de l'Hôpital des Séraphins (*Seraphimerlasarettet*) à Stockholm.

1. Femme de 38 ans qui a eu 8 enfants nés viables et 1 môle. Le dernier accouchement à terme. 4 semaines plus tard, commença une hémorragie, qui récidiva ensuite plusieurs fois, et se montra rebelle à tout traitement. 2½ mois après l'accouchement, il fut découvert dans l'utérus une petite tumeur qui, quoique enlevée à plusieurs reprises, revenait incessamment sous la forme de tumeur ulcérate molle.

Écoulement sanguinolent, qui finit par devenir putride. Cachexie. La malade mourut 6 mois après l'accouchement. On découvrit dans

l'utérus une plaie à fond inégal et à bords saillants, occupant la totalité du canal cervical et la partie inférieure du corps de l'utérus, ainsi qu'une petite tumeur similaire dans la corne gauche de cet organe. Métastases dans le vagin, les poumons, le foie, la rate, les reins et les glandes lymphatiques de la cavité abdominale.

Les débris de tumeur enlevés pendant la vie se composaient de cellules ressemblant à des cellules de la caduque. Le diagnostic, après l'examen des tumeurs obtenues par l'autopsie, fut à cette occasion celui de cancer épithélial.

2. Femme de 42 ans. Deux accouchements antérieurs. Grande môle hydatique le $19/11$ 1893. 7 semaines après la môle, il se produisit une hémorrhagie qui revint ensuite continuellement, avec écoulements sanguinolents dans les intervalles. Anémie, abaissement des forces. — $9/10$ 95. L'utérus, de la grosseur du poing, mobile; dans le vagin, de nombreuses métastases de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. — $18/10$. Exstirpation de l'utérus par laparotomie. — $30/10$. Exstirpation des tumeurs vaginales. — Fièvre les premiers jours après l'opération. Ensuite, convalescence non interrompue. Le $30/9$ 1896, la malade est guérie, sans indice de récédive.

L'utérus exstirpé est de la grosseur d'un bon poing; la tumeur, à pédoncule large, part de la paroi postérieure et de la partie inférieure du fond. (Voir la Planche.) La surface de section bigarrée, avec alternance de parties brun rouges et de parties grises; çà et là des îlots jaunes. La consistance cassante. La limite du côté de la musculature assez nette. Des pointes du tissu de la tumeur pénètrent cependant dans la paroi. La muqueuse tuméfiée, à part cela normale. La musculature épaissie. Dans la partie cervicale, quelques petits noyaux d'une couleur rosée. Dans la partie enlevée de la paroi vaginale, une quantité (environ 20) de petits noyaux de tumeur, sur lesquels la muqueuse passe presque sans modifications.

L'examen microscopique montre que la tumeur se compose de deux éléments, savoir, d'un côté, d'un syncytium vacuolisé en forme de plaques, de cellules gigantesques et de colonnes (fig. 1, 2 et 5), et de l'autre, de grandes cellules polygones à limites très nettes (fig. 3 et 4). Il n'a pas été constaté de transition entre elles. Les éléments disposés papillairement. Les papilles les plus récentes se voient à la transition entre la paroi de l'utérus et la tumeur (fig. 4). Cette disposition papillaire se retrouve sur toute l'étendue de la tumeur. Les auteurs se rattachent *en principe* à la manière de voir de MARCHAND sur la pathogénie de la tumeur: les cellules épithéliales trouvées dans la sérotine normale ont développé des proliférations malignes. Ils estiment toutefois que les cellules polygones sont, de même que le syncytium, d'origine *maternelle*. Les papilles de la date la plus récente, et qui sont recouvertes des cellules polygones, se comportent en effet vis-à-vis de la paroi de l'utérus comme des papilles provenant de la muqueuse utérine. Les auteurs ne peuvent pas y voir des villosités du chorion. Ils considèrent comme

caractéristique la dénomination de KOSSMANN: »carcinoma syncytiale uteri».

Ces deux cas compris, il a été réuni 53 cas appartenant à ce groupe d'affections, dont 29 après une grossesse normale (avortement ou accouchement à terme) et 24 après une môle hydatique. Il n'existe, au point de vue de l'étiologie, qu'une grossesse antécédente qui en constitue la condition absolue. Il est impossible de décider quand le néoplasme même a commencé à se former, savoir si c'est pendant la grossesse ou après son interruption. L'âge des malades varie fortement, soit en moyenne de 32,6 ans. Le nombre des accouchements antérieurs à la maladie est en général assez considérable, 5 en moyenne. Les symptômes sont les hémorrhagies, les écoulements sanguinolents commençant à des époques variables après l'accouchement, en général cependant à une période assez rapprochée. L'utérus grand; à l'exploration intra-utérine, on rencontre au bout de quelque temps une tumeur cassante et facile à enlever, opération qui permet de pénétrer profondément dans la paroi utérine. Altération de l'état général: d'abord anémie, puis cachexie. Métastases fréquentes dans le vagin, plus tard dans les poumons. Ces dernières souvent prises pour une tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic clinique doit être établi par voie d'exclusion; la certitude est obtenue après l'examen microscopique des raclures. Dans le cas 2, le diagnostic fut essentiellement appuyé par les métastases vaginales. L'issue est absolument léthale si l'on ne procède pas à temps à une opération radicale. L'exstirpation de l'utérus a eu lieu dans 20 cas, dont 1 mortel par suite de l'opération, et 4, à des époques plus ou moins éloignées, du fait des métastases qui s'étaient formées avant l'opération. Malgré les nombreuses métastases exstirpées, notre malade (cas 2) paraît avoir de bonnes chances de guérison définitive, du moment où elle jouit de la santé près d'un an après l'opération.





R
81
N76
bd. 28

Nordiskt medicinskt arkiv

Biological
& Medical
Serials

PLEASE DO NOT REMOVE
CARDS OR SLIPS FROM THIS POCKET

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY
