

**Kasuistika meddelanden från Kirurgiska Kliniken i Upsala ... / af K.G. Lennander.**

**Contributors**

Lennander, Karl Gustav, 1857-1908.  
Royal College of Surgeons of England

**Publication/Creation**

Stockholm : Kungl. Boktr, 1900.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/h7baxnck>

**Provider**

Royal College of Surgeons

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>



KASUISTISKA MEDDELANDEN FRÅN KIRURGISKA KLINIKEN I UPSALA.

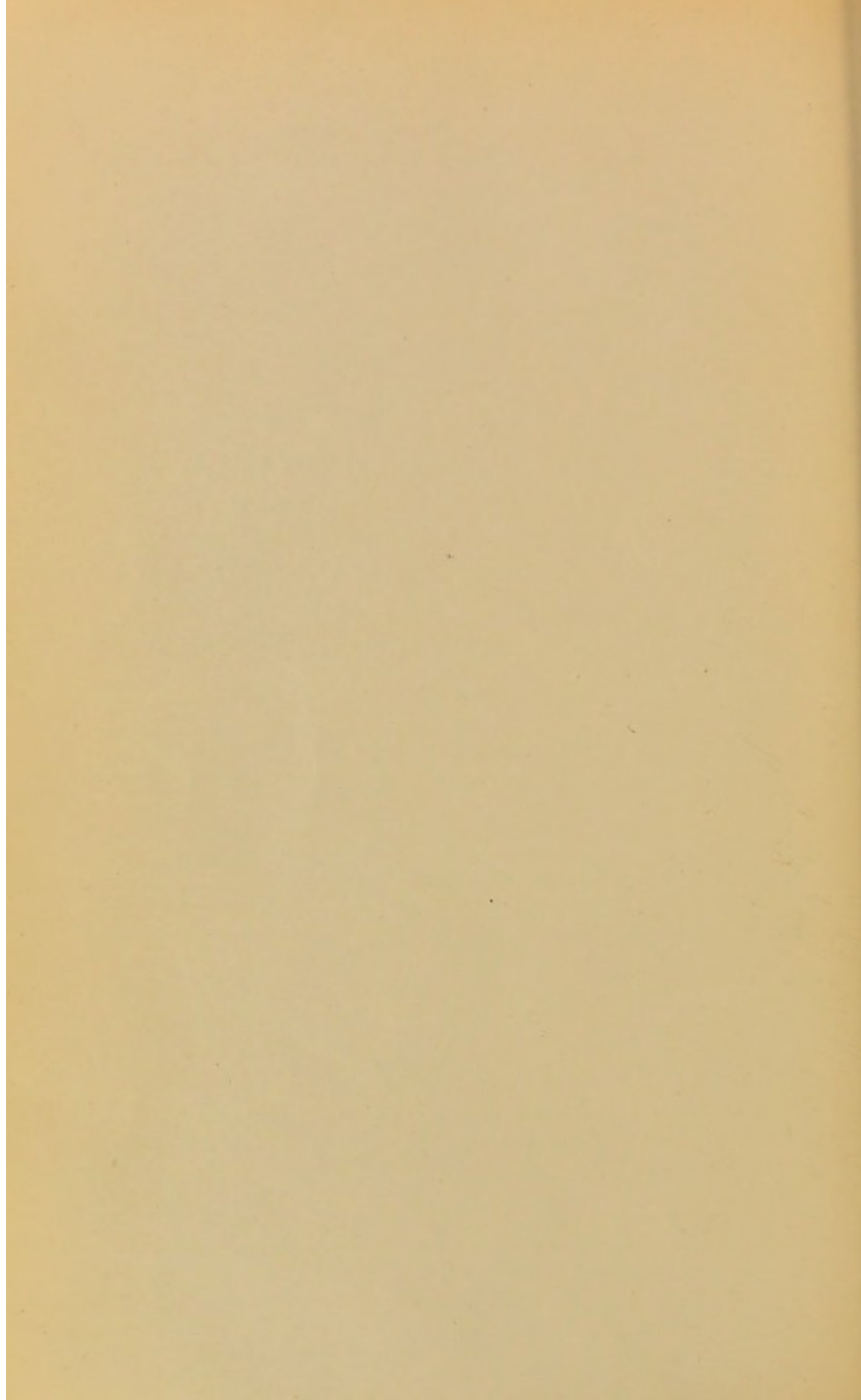
RÖRLIG LEFVER OCH GALLSTENAR I GALLBLÅSAN; CHOLECYST-  
OSTOMI SAMT REPOSITION OCH FIXATION AF LEFVERN.

ETT FALL AF SUBKUTANT KROSSÅR I LEFVERN (OCH I HÖGRA  
LUNGAN?) MED SEKUNDÄR, AFKAPSLAD, VARIG PERITONIT  
SAMT SERÖS PLEVRIIT OCH PNEVMONIER.

AF

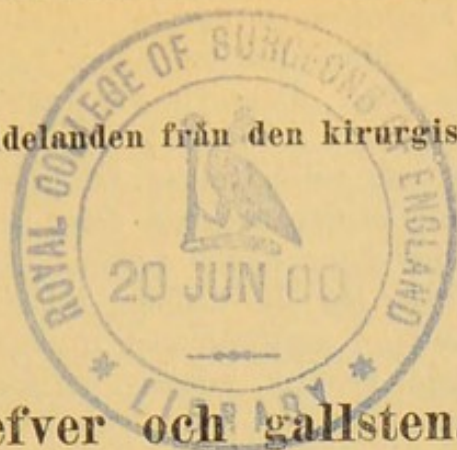
PROFESSOR K. G. LENNANDER.

AFTRYCK UR  
NORDISKT MEDICINSKT ARKIV  
ÅRG. 1899, NR 35, I O. 35, II.





Kasuistiska meddelanden från den kirurgiska kliniken i Upsala.



# I. Rörlig lefver och gallstenar i gallblåsan; cholecystostomi samt reposition och fixation af lefvern.

Af

Professor K. G. LENNANDER.

Upsala.

Med 1 zinkotypi.

Eva A., 65 år, hustru. Intogs <sup>5</sup>/<sub>9</sub>, utskrefs <sup>6</sup>/<sub>11</sub> 1897.

Modern död i »förstoppning». Pat. har genomgått tre normala förlossningar. Har varit alldeles frisk tils för sex år sedan, då hon utan bestämbar anledning fick kolik, häftiga väderspänningar samt förstoppning. Dessa lidanden och svårigheter hafva sedan fortfarit. På annat sjukhus hade på grund af symptom, som man hänfört till en tumör i högra njuren, <sup>13</sup>/<sub>5</sub> 1897 gjorts »en profincision med lumbal-snitt. Då man fann njuren af normal storlek och läge, så afstod man från vidare ingrepp på njuren. Under operationen kom man in i peritonealhålan, hvarvid man kände en tumör, som sammanhängde med colon ascendens». <sup>30</sup>/<sub>5</sub> utskrefs pat. läkt. Under sommaren har hon dagligen haft ilande smärtor i högra sidan och plågats af en förstoppning, som blifvit alt värre och värre. Hon sökte <sup>5</sup>/<sub>9</sub> inträde på kirurgiska kliniken för att få den nyss nämnda tumören exstirperad, om detta skulle visa sig möjligt.

*Status presens* sept. 1897.

Från hjärta, lungor och njurar icke något särskildt patologiskt att anteckna. Vid ingjutning af vatten genom rectum gå 2 liter in, och pat. anger en punkt ungefär motsvarande gallblåsan, där hon känner smärta vid vattnets passage. Sedan pat. blifvit ordentligt laxerad, har det ej varit möjligt att med säkerhet känna någon tumör. Dock tycker man, att en viss utfyllnad förefinnes rätt bakom colon ascendens i och ofvanför nafvelplanet. (Detta visade sig sedermera vara njuren.)



Operation 15/9. Kloroformeternarkos. Tvärsnitt strax ofvanför horisontela nafvelplanet. Man fick se högra lefverloben, som räckte ned till spina il. ant. sup. Dess yta var egendomligt marmorerad. Vidare iaktogs gallblåsan, som icke nådde fullt fram till lefverkanten, och vid hvilken omentet och colon transv. voro fastväxta. I gallblåsan kändes sten. Nu genomletades nedersta delen af ileum, coecum och colon, utan att man kunde finna någon tumör. Njuren var något rörlig, och dess nedre ände låg för tillfället i horisontela nafvelplanet. Här förelåg altså en sänkt, i sagittalplanet roterad lefver, sten i gallblåsan och en omgifvande, kronisk, adhesiv peritonit. Ductus cysticus och choledochus kändes fria från sten. Gallblåsan öppnades. Den innehöll helt obetydligt med galla och 33 stenar i storlek från en lillfingertopps till ett större hagels. (De voro facetterade, till färgen bruna, glänsande med gula, matta fläckar; i fuktigt tillstånd nästan svarta. Genomskuros lätt med knif.) Lefvern sköts uppåt, så att dess fria rand kom i jämnhöjd med bröstkorgranden, och två flathandstora kompresser af steril gas, doppade i sublimat 1:1000, fördes in, en på hvardera sidan om det ställe, där gallblåsan sedan fastsyddes vid peritoneum parietale och breddes sedan ut mellan lefvern och diafragma. I gallblåsan inlades ett dränrör. Lefverns fria rand fastsyddes vid peritoneum parietale längs buksåret med tre dubbla, grofva katgutsuturer. (Afsikten med de inlagda sublimatkompresserna var naturligtvis att få lefvern i stor utsträckning fastväxt vid diafragmas serosa.) Därefter slöts buksåret på båda sidor om den insydda gallblåsan och de nyss beskrifna tampongerna med försänkta katgutsuturer i 3 rader en i peritoneum och två i muskulaturen. Hela hudsåret lemnades öppet. Fotänden af sängen höjdes på ett par træklossar.

Gallblåsan sköljdes dagligen med koksaltlösning. — 21/9. Pat. har de senare dagarna haft bronkit och hostat rätt mycket. Är dock nu bättre. — 1/10 d. v. s. efter 16 dygn uttogos sublimatkompresserna, som voro utbredda emellan lefvern och diafragma. De lossnade ganska lätt. Ny tamponad med jodoformglyceringas. — 11/10. Dränröret uttages ur gallblåsan, som fortfarande kommer att dagligen sköljas med koksaltlösning, så länge man kan införa en NÉLATONS kateter. — 25/10. I går fick pat. börja att gå uppe. I och med detsamma återfick hon också förmågan af spontan urinering. Tills i går har all urin aftappats ända sedan operationen. — 2/11. Såret är fullständigt slutet. — 6/11. Utskrifves i dag. Hon har försetts med en elastisk bukördel för sin hängbuk.

Temperaturen har *hela* tiden varit afebril. Pulsfrekvensen har växlat mellan 60—80. Genom fisteln utflöt d. 16/9 och 18/9 250 cm<sup>3</sup> galla, d. 17/9, 23/9, 24/9 och 26/9 200 cm<sup>3</sup> galla och öfriga dagar 100—150 cm<sup>3</sup>, tills det d. 8/10 endast uppsamlades 50 cm<sup>3</sup>. Detta jämförelsevis obetydliga gallflöde visar, att passagen till duodenum varit fullständigt fri. Afföring fortfarande ej utan lavemang. Urinen är klar, sur, sp. v. 1,022, innehåller icke några patologiska beståndsdelar, hvilket anmärkes, emedan urinen måst aftappas i icke mindre än 39 dygn.

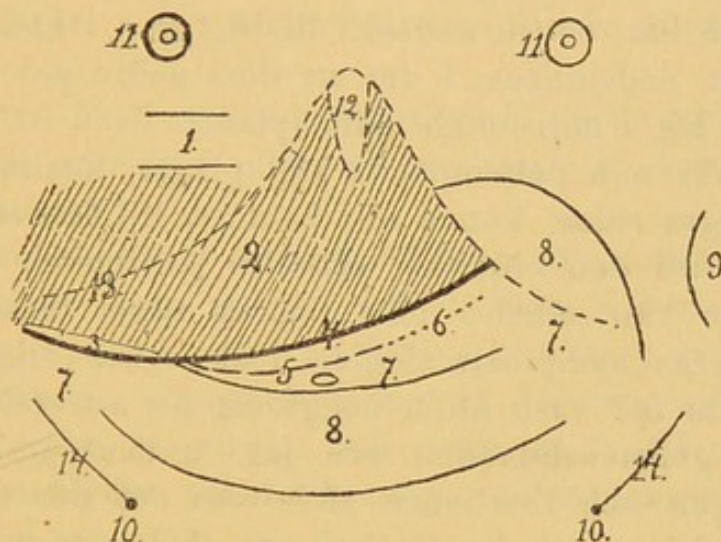


Status vid efterundersökning d. 13/12 98.

Öfre perkussionsgränserna för lefvern i mamillarlinien (15 månader efter operationen): relat. vid 6 refbenet, absolut vid 7 refb.; nedre perkussionsgränsen ungefär 2 tvärfinger ofvanför transvers. nafvelplanet. Vid samma gräns kan äfven nedre lefverranden palperas. Vid dragning af bukbetäckningarna nedåt kännes från operationsärrret en adherenssträng till gallblåsetrakten. Öppningar får pat. ej utan aloë, hvaraf hon dagligen förtär en liten bit. Känner sig för öfrigt frisk, har god aptit samt god arbetslust och arbetsförmåga.

Vid en ny efterundersökning, som gjordes den 23/4 99, fans tillståndet oförändradt. Undersökningsresultatet är på vanligt sätt genom dermatograf, teckning på kalkerpapper och fotografering framställt på den åtföljande figuren. Lefverns läge var i stående ställning detsamma som i liggande.

I december 1899 är pat:s befinnande fortfarande lika godt som förut.



#### Bildförklaring.

Status 23/4 1899.

1. Relativ lefverdämpning. — 2. Absolut lefverdämpning. — 3. Operationsärr, 13 cm. långt. — 4. Perkussionsgräns för lefvern. — 5. Palpationsgräns för lefvern. — 6. Mindre tydlig palpationsgräns för lefvern. — 7. Tympanitisk ton. — 8. Colon transversum. — 9. Mjältdämpning. — 10. Spinæ il. ant. sup. — 11. Mamillæ. — 12. Proc. ensiformis. — 13. Bröstkorgsranden. — 14. Cristæ os. il.

Om rörlig (vandrande) lefver (Wanderleber, foie mobile) hänvisas till C. LANGENBUCH, Chirurgie der Leber und Gallenblase, II s. 119—139 (Stuttgart 1897) och till TERRIER och AUVRAY i Revue de Chir. 1897 N:r 8 och 9.

LANGENBUCH förklarar, »dass zum Wesen der Wanderleber ein in der Leibeshöhle, besonders rechterseits aufzufindender, in Form und Grösse der Leber entsprechender, mehr oder weniger beweglicher und gedämpften Percussionsschall gebender



Tumor gehört, sowie das Vorhandensein von unmittelbar in einander übergehendem Lungenschall und Darmton in der Lebergegend». Patienten säger L. måste undersökas i liggande, sittande och stående ställning, emedan en själfreposition lätt kan inträda i liggande ställning, och då får man naturligtvis den uppfattningen, att lefvern ligger på sin plats.

Min patient blef aldrig undersökt annat än i liggande ställning. Därvid tyckte jag mig ofta känna en egendomlig utfyllnad i lumbalregionen. Detta förhållande klargjorde jag emellertid icke för mig, emedan jag altjämt hade mina tankar fästade på möjligheten af att finna den »tumor», som man på annat sjukhus vid operation 4 månader tidigare känt »sammanhängande med colon ascendens».

Då lefvern är rörlig, brukar också njuren vara det. Så var det också här, ehuru endast i lindrig grad. Den var emellertid tydligt nedsjunken, i det att dess nedre pol vid operationstillfället låg i horisontela nafvelplanet.

De besvär min patient haft: kolikplågor, förstoppning och smärtor i högra sidan, kunna alla hänföras till hennes gallstenslidande och till den kroniska, adhesiva peritoniten kring gallblåsan. Här kan således icke lemnas något bidrag till den rörliga lefverns symptomatologie: dock synes mig förstoppningen i detta fall varit altför höggradig för att endast ha varit orsakad af gallstenslidandet, och jag är benägen att tro, att nedsjunkningen och rotationen af lefvern och den däraf framkallade vikningen och hoptryckningen af flexura coli hepatica kunnat vara ett härtill väsentligen bidragande moment.

Enligt de nämnda författarna har det visat sig, att ett enbart fastsyende af nedre lefverranden till bukväggen icke åstadkommit en tillräckligt hållbar fixation af lefvern, utan har recidiv inträddt ganska snart. Däremot har LANGENBUCH och senare BOBROW lyckats vinna en varaktig fixation genom att fastsy lefvern med många (i L's fall 8) grofva silkessuturer, af hvilka hvar och en fattat ett stort stycke af lefvern och sedan förts tvärt igenom närmast motliggande refbensbrosk. Detta förfarande har, som sagdt, bestått sitt prof men synes mig vara något heroiskt.

För att få en i längden hållbar fixation af lefvern behöfves en sero-fibrös eller helst en fibro-fibrös förening emellan lefvern och diafragmahvalfvvet, d. v. s. man måste lindrigt särgöra antingen endera eller bägge de serösa ytor, som man önskar



förenade med hvarandra. Säkert är den af mig använda behandlingen: tamponad med först sublimatgas under 16 dygn och sedan jodoformgas och en härunder inträdd läkning under granulationsbildning, tillräckligt kraftig för att förstöra serosan och åstadkomma en s. k. fibro-fibrös förening. Vill man undvika tamponad, så torde det vara lämpligt att med t. ex. skaf-slef eller curette lindrigt skrapa diafragma men i fråga om den motsvarande serösa ytan af lefvern nöja sig med en grundlig öfverpensling med t. ex. 4 % lapislösning, 5 % karbol. Har man förut antingen tamponerat eller sårgjort de serösa ytorna, så afser anläggningen af suturer emellan lefvern och bukväggen endast att fasthålla lefvern på sin plats, tils de väntade adherenserna hunnit utbilda sig. Man kan därför sy med ett resorberbart material (catgut, kängurusenor, rensenor), hvilket jag anser alltid vara en fördel. För öfrigt hänvisas till de ofvan nämnda arbetena.

Lefverns fixation sättes naturligtvis på de hårdaste profven vid inträdd graviditet eller vid uppkomst af stora buktumörer eller af ascites.

Hos min patient torde gallblåsans fixation till bukväggen äfven i någon mån bidraga till att fästa lefvern. Hos henne synes icke under de två år, som nu förflutit, sedan hon lemnade sjukhuset, någon sänkning af lefvern hafva egt rum, fastän hon fört ett rörligt och sträfsamt lif. Hon har skurat golf, tvättat kläder och burit tunga vattenspannar m. m. tungt arbete.

Våren 1899 opererade jag en ungefär 56 år gammal, mycket fet hustru M—m. Hon var mycket sjuk på grund af en akut diffus, sero-purulent peritonit i högra sidan af buken, som utgått från en gangrenös kolecystit i sammanhang med gallsten. Narkosen var orolig (kräkningar, hosta, cyanos) och meteorismen inom tarmarna högst betydlig. Nästan hela lefvern trängdes ut genom buksåret, hvilket jag lagt på tvären, för att kunna bättre dränera ut högra sidan af buken. Innan jag reponerade lefvern torkade jag serosan på en del af diafraghvalfvet omsorgsfullt med i sublimatlösning (1 : 1000) doppade kompresser. Därefter förde jag en hvitglödande termokauter fram och tillbaka öfver ett handstort område af den konvexa lefverytan helt nära serosan, dock utan att denna berördes af



det glödande instrumentet. Reposition af lefvern. Gallblåsan fastsyddes till peritoneum perietale. I gallblåsan var slemhinnan gangrenös, så långt man kunde se. På ett ställe fanns äfven på serosan en gangrenös fläck. Dränering af gallblåsan med rör. Tamponad och dränering af bukhålan med steril gas och med rör. Förloppet efter operationen godt. I november samma år var pat. frisk, och lefvern låg på sin plats, äfven då pat. undersöktes i stående ställning.

---



## II. Ett fall af subkutant krossår i lefvern (och i högra lungan?) med sekundär, afkapslad, varig peritonit samt serös plevrit och pnevmonier.

Af

Professor K. G. LENNANDER.

Upsala.

---

Med 1 zinkotypi.

---

Erik H., 32 år, bondson från Tierp; intogs <sup>26</sup>/<sub>11</sub> 1897, utskrefs <sup>24</sup>/<sub>1</sub> 1898.

Pat. säger sig hafva åtnjutit synnerligen god helsa ända tils i våras, då han började hosta något.

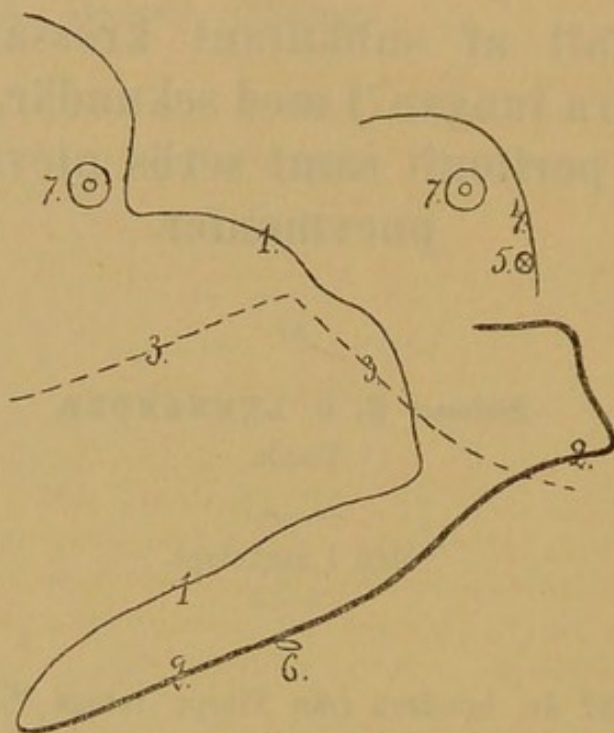
<sup>11</sup>/<sub>11</sub> 1897 fick pat., som stod stilla, af en förbifarande vagns ena skakel en häftig stöt å högra bröstkorgranden och omedelbart nedanför den samma. Stötens riktning var ungefär framifrån bakåt. Pat. erfor häftig smärta och måste vid hemkomsten intaga sängen. Utom den ständiga lokala smärtan kände han särskilda smärtor både vid rörelser och andning. Tillkallad läkare föreskref medicin och en salva. Tre dagar efter olyckshändelsen hostade pat. upp ett par mindre, bruna blodlefrar. Pat. har hvarken förr eller senare hostat blod. Vid hostan kände pat. en svår hållsmärta i närheten af det ställe, där han erhållit stöten. Han har ej kunnat förtära annat än flytande föda. Endast ett par gånger hafva kräkningar inställt sig och detta efter förtärande af mat. Flatus hafva afgått, och pat. har haft afföringar nästan dagligen. I dessa har aldrig märkts blod. Han har haft tämligen täta trängningar till urinering, äfven om nätterna. Han har ej funnit, att urinen varit grumlig eller blodig. Han har haft feber och en gång en frosskakning. Då bättring ej tycktes inträda utan tvärtom en småningom tillväxande, alt smärtsammare frambuktning af lefvertrakten visade sig, tillkallades d:r AHLQVIST i Dannemora, som genast lät forsla pat. till Akademiska sjukhuset.



*Status præsens* <sup>26/11</sup> 1897 kl. 7 e.m. omedelbart efter patientens hitkomst.

Pat:s krafter äro ytterligt nedsatta. Ansiktsfärgen är tämligen gulaktig. Puls regelbunden, 120; temp. 39,2. Respirationsfrekv. 28.

Buken och nedre delen af thorax äro alldeles sneda till följd af en utbuktning af epigastrium och hypochondrium dextrum (se teckningen). Refbensinterstitierna på högra sidan äro fullständigt utfyllda.



#### Bildförklaring.

1. Gränslinien för den matta perkussionstonen. — 2. Gränslinien för den dämpade tympanitiska perkussionstonen. — 3. Margo costalis. — 4. Hjärtddämpningens vänstra gräns. — 5. Hjärtspetsstöten. — 6. Umbilicus. — 7. Mamillæ.

Öfver nedre delen af högra lungan baktill absolut matt ton till spetsen af scapula; starkt dämpad ton därifrån upp till spina scapulæ; därofvan lungton. Venerna öfver epigastrium och högra hypokondriet äro starkt fyllda.

Hjärtats toner rena. Impulsen i 5:te interstitiet 2—3 cm. utanför mammillarlinien.

*Operation* samma dag kl. 8 e.m. Nedanför bröstkorgsranden gjordes profpunktion strax bakom mammillarlinien, hvarvid erhöles en tunnflytande vätska, till färgen påminnande om kakao, utrördt i vatten, men något rödare. Därefter incision längs bröstkorgsranden från nyss nämnda linie bort emot m. erector dorsi. En oerhörd mängd liknande vätska uttömdes. Man kom in i en håla, som låg emellan bröstkorgsväggen och levern, hvilken skjutits inåt mot medellinien och nedåt, d. v. s. den hade vridits kring en sagittal axel. Serosan var öfveralt förtjockad och gråaktig men utan beläggning. Hålan, som sträckte sig ned till lin. inter spinas ilei eller längre, var afkapslad. Hvarken



något blodkoagel eller afskildt fibrin iaktogs. På högra lefverlobens laterala yta märktes en ungefär hönsäggstor insänkning i lefvern med trasiga väggar. Af fruktan för blödning vågade man ej göra någon närmare undersökning af denna håla. Den låg 12 cm. från lefverns nedre rand. Å motsvarande yta af bröstkorgen kändes inga ojämnheter, som tydde på refbensbrott. Afståndet från bröstkorgsranden till den afkapslade subfreniska exsudathålans högsta punkt var i mammillarlinien 20 cm., i mellersta axillarinien 18 cm. Dränage med steril gas och två grofva dränrör, som fördes upp öfver lefvern. Hela såret lemnades öppet.

Efter operationen hördes i mellersta axillarinien längst ned bronkiel andning utan rassel. Därofvänför mot foss. axill. små hårda rassel (gnidningsljud?).

Pulsen var före operationen 110—120, oregelbunden, steg under operationen till 135 och var efter operationen 120, regelbunden.

Pat. har fått kamfer och konjakslavemang.

### *Daganteckningar.*

27/11. Pat. har i dag ett betydligt kryare utseende. Temp. 39—38,5. P. 104—100. I kväll uttappades med POTAINS aspirationsapparat ur högra plevrahålan 1 liter tydligt gallfärgad vätska. Efter tappningen erhöles klar perkussionston på framsidan af högra lungan till i axillarinien. På baksidan däremot dämpad ton till scapulas spets. Hjärtimpulsens närmare medianlinien, dock fortfarande utanför mammillarlinien. Den uttappade vätskan var steril i aëroba kulturer.

30/11. Frysning emellan kl. 2.30 och 4.30 e.m. Aftontemp. 40,5, puls 130. Pat. tappas i kväll på 400 gm exsudat i högra plevran. Vätskan röd, skummande, betydligt ägghvitehaltig. Vid mikroskopisk undersökning påträffades massor af röda blodkroppar men inga levkocyter. Hjärtimpulsens läge förblef oförändradt. Från såret i buken stark sekretion, hvarför förbandet omlägges flere gånger om dygnet. Efter tappningen tämligen aflägsen bronkiel respiration öfver högra lungans baksida (pneumothorax?).

2/12. Pat. känner sig täppt i bröstet, hostar ofta.

4/12. Öfver högra lungans baksida bronkiel respiration, som hörs tätt under örat. Rikliga, sega sputa, af hvilka en del visa en mycket svag brunfärgning.

Det blef ett långt sängläge, för hvilket det icke har intresse att i detalj här redogöra. Ännu i ungefär 6 veckor hade han feber, en och annan gång med frosskakningar. Altjämt fans en mer eller mindre utbredd pnevmonisk infiltration i h. lungan. Äfven öfver v. lungan uppträdde tecken till pleurit och pnevmoni. Från buken fans knappast något att anmärka. Tamponaden minskades så småningom, så att den var helt och hållet uttagen d. 12/12.

D. 15/1 ersattes det sist använda dränröret med en remsa i glycerin doppad sterilgas. För att höja blodtrycket och öka diuresen gafs altifrån d. 27/11 ofta 0,9 % till 1 % koksaltlösning subkutant i dos af



400 till 700 cm<sup>3</sup> per dygn alt efter pulsens och urinens förhållande. Under de tider, han knappast förmådde att äta något, fick han hvar tredje till fjärde timme drufsockerlavemanger med litet alkohol och en gång dagligen olivolja subkutant i dos af högst 100 cm<sup>3</sup>. Då han skrefs ut d. 24/1 hade han varit feberfri i ungefär 3 dagar. Perkussionstonen öfver högra lungan var dämpad upp till spina scapulæ och fram till bakre axillarlinien. Öfver det dämpade området hördes ett betydligt försvagadt men ej bronkielt respirationsljud. Buksåret var granulerande.

Han hade nog kommit att stanna längre på sjukhuset, om han ej under de sista dygnen varit alldeles sömnlös och till sin sinnesbeskaffenhet ytterst förvirrad. Han plågades natt och dag af fixa idéer, som han under några lugna ögonblick kunde anförtro åt mig, och om hvilka han visste, att de voro falska, men som han dock ej kunde komma ifrån.

Under dessa förhållanden blef han återförd till sitt hem, där han sedan vårdades af t. f. provinsialläkaren d:r PLANCK, som efter ungefär 3 månader kunde meddela mig, att han var fullständigt frisk.

10/9 1899 var han fortfarande frisk.

Den vätska som d. 26/11 före operationens början vunnits genom punktion, undersöktes på patologiska institutionen. Man fann att den utgjordes af »blodblandadt var», och att den »innehöll staphylococcus pyogenes albus i renkultur».

Genom operationen hade man fått veta, att den i anamnesen omtalta stöten hade orsakat en kontusion och krossning af ett begränsadt område i lefvern, utan att på något sätt skada bröstkorgsväggen. Detta ställe låg rätt högt upp, nämligen 12 cm. från lefverns undre rand; d. v. s. stöten har tagit ungefär 12 cm. ofvanför bröstkorgsranden, då man väl kan antaga, att nedre lefverranden och bröstkorgsranden i allmänhet följas åt hos friska personer. Det torde genast hafva uppstått en blödning, som emellertid knappast varit mera betydlig, att döma däraf att den uttappade vätskan var mycket tunn. A priori är ej håller att vänta en ymnig blödning, dels emedan, så vidt jag vet, krossår äfven i lefvern ej bruka blöda mycket — det är isärsprängningar, rupturer, som orsaka de stora blödningarna — dels emedan den konvexa sidoytan af högra lefverloben har jämförelsevis små kärl. Blodet har, såsom ofta är fallet i bukålan, icke koagulerat. Det har med all säkerhet snart utspäddts med galla. En afkapsling har inträdt och förut eller senare har den utträdda vätskan (blod och galla) infekterats med staphyl. pyog. alb., som antingen kan hafva ditförts med blodet — vena portas blod anser LANGENBUCH alltid medföra



bakterier från tarmen — eller med *gallan*<sup>1)</sup>. Längst ned i ductus choledochus lär gallan alltid innehålla bakterier. Inträder af någon anledning gallstas,<sup>2)</sup> så få dessa tillfälle att sprida sig inåt gallgångarna, och på det sättet kan äfven i perifera delar af lefvern gallan komma att innehålla bakterier. (Då patientens tarmkanal hela tiden funktionerade väl, är det icke något skäl att antaga, att bakterierna utvandrat direkt genom tarmväggen, t. ex. genom colon.) Småningom hafva bakterierna framkallat en mycket riklig, serös-varig exsudation, som medfört en rotation af lefvern kring dess sagittala axel jämte en sänkning af hela organet. Det är troligt, att detta rent mekaniska moment, som i förening med trycket från exsudatet i högra lungsäcken, åstadkommit en förskjutning af hjärtat åt vänster och väl med säkerhet också en knickning af v. cava inf., var den viktigaste orsaken till att patientens allmäntillstånd var så ytterst uselt, när han kom in till sjukhuset.

Toxiner, som vandrat genom diaphragma, kunde gifvit anledningen till den serösa utgjutningen, som fans i högra plevrahålan redan vid patientens inkomst till sjukhuset. Det är emellertid troligt, att äfven i högra lungan funnits ett kontunderadt parti, från hvilket de blodlefrar kommit, som patienten hostade upp 3 dagar efter traumat, och som vid den andra aspirationen af plevrahålan — 4 dagar efter operationen — blef utgångspunkten för blödning och för luftutträde (?) inåt plevran.

Patientens ikteriska hudfärg och närvaron af gallfärgämnen i plevraexsudatet hafva sannolikt berott på resorption af i bukhålan utgjuten galla. Dock kan det icke uteslutas, att en knickning af ductus choledochus och hepatici kunnat inträffa i sammanhang med lefverns förskjutning inåt och nedåt.

Fallets största intresse ligger väl däri, att 1) efter en *subkutan krossning af ett relativt litet område på den laterala ytan af högra lefverloben uppstod infektion*; 2) att *peritoniten blef afkapslad, ehuru exsudatet var mycket stort*; 3) att *plevraexsudatet var sterilt*, och 4) att *lifvet syntes vara i yttersta fara väl mest genom en partiel afknickning af v. cava, emedan*

<sup>1)</sup> Se C. LANGENBUCH: Chirurgie der Leber und Gallenblase, II, s. 357—376 (Verletzungen der Leber und Gallenorgane).

<sup>2)</sup> Se andra stycket nedifrån.



*lefvern var på samma gång vriden kring sin sagittala axel och förskjuten mot medellinien.*

*För att tömma och fullständigt utdränara en sådan subfrenisk håla lemnar ett tvärsnitt eller ett snitt utefter bröst-korgsranden ända bort till m. erector dorsi de bästa betingelser.*

Provinsiälläkaren i H:s hemtrakt, d:r ULANDER, tog på min begäran reda på H. och skref därom 1/1 99: H. mår förträffligt.



## N° 35: I.

K.-G. LENNANDER: Foie mobile et calculs dans la vésicule biliaire; cholécystostomie, avec réduction et fixation du foie.

Eva A. 65 ans, femme mariée, admise  $5/9$ , sortie  $6/11$  1897.

Malade ayant eu trois accouchements normaux. A joui d'une parfaite santé jusqu'il y a six ans, où, sans cause déterminable, elle commença à souffrir de coliques, de flatuosités violentes et de constipation. Ces souffrances et ces difficultés ont continué depuis lors. Partant de symptômes attribués à une tumeur du rein droit, on avait, le  $12/5$  1897, pratiqué dans un autre hôpital «une incision exploratrice dans la région lombaire droite». Ayant trouvé le rein de grandeur et dans une position normales, on abandonna toute attaque ultérieure sur cet organe. On arriva, pendant l'opération, dans la cavité péritonéale, «où l'on sentit une tumeur adhérent au colon ascendant». Le  $30/5$ , la malade sortit guérie. Depuis lors, elle a ressenti quotidiennement des douleurs lancinantes au flanc droit, aggravées d'une constipation toujours plus forte.

État présent, septembre 1897. Rien de pathologiquement remarquable au cœur, aux poumons et aux reins. Injection de deux litres d'eau par le rectum. La malade indique un point correspondant à peu près à la vésicule biliaire, où elle ressent des douleurs au passage de l'eau. Après qu'elle eut reçu une forte purgation, il fut impossible de constater avec certitude la présence d'une tumeur.

Opération  $13/9$ . Narcose chloroformoéthérique. Section transverse immédiatement au-dessus du plan ombilical horizontal. On met à nu le lobe droit du foie, qui descend jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Sa surface offre un aspect marbré particulier. On arrive ensuite à la vésicule biliaire, qui n'atteint pas entièrement le bord du foie, et à laquelle adhèrent l'omentum (épiploon) et le colon transverse. On sent des calculs dans la vésicule biliaire. On explore alors la partie inférieure de l'iléon, le cœcum et le colon sans découvrir de tumeur. Le rein légèrement mobile, sa partie inférieure se trouve à ce moment dans le plan ombilical horizontal. On est par conséquent en présence d'un foie abaissé et en rotation dans le plan sagittal; calculs dans la vésicule biliaire, et péritonite entourante adhésive. Les conduits cystique et cholédoque sans calculs. La vésicule biliaire fut ouverte. Elle contenait une quantité insignifiante de bile et 33 calculs de la grosseur du bout du petit doigt à celle d'un fort plomb de chasse. Le foie fut refoulé en haut de manière que son bord libre se trouva à la hauteur du bord du thorax, et deux compresses, de gaze stérile, de la



largeur de la paume de la main, imbibées dans du sublimat de 1:1000, furent introduites, une de chaque côté de l'endroit où la vésicule biliaire fut ensuite cousue au péritoine pariétal, puis appliquées entre le foie et le diaphragme. Drain dans la vésicule biliaire. Le bord libre du foie fut cousu au péritoine péritonéal le long de la plaie abdominale, au moyen de trois grosses sutures doubles de catgut. L'incision abdominale fut ensuite fermée des deux côtés de la vésicule biliaire suturée et des tampons, qui viennent d'être décrits, par trois rangées de sutures de catgut, une dans le péritoine et deux dans la musculature. Toute la plaie de la peau fut laissée ouverte. Le pied du lit fut élevé de 15 cm. sur deux cubes de bois.

<sup>1</sup>/<sub>10</sub>. Les compresses de sublimé qui avaient été appliquées entre le foie et le diaphragme se détachèrent très facilement. Nouveaux tampons de gaze avec glycérine iodoformée.

<sup>6</sup>/<sub>11</sub>. Sort guérie.

1899 <sup>23</sup>/<sub>4</sub>. L'état était comme le montre la figure, où 3 désigne la plaie opératoire, 13 le bord du thorax, 4 la limite inférieure du foie déterminée par la percussion, 5 et 6 par la palpation, et 10 l'épine iliaque antéro-supérieure.

Décembre 1899. Pas de modification. La malade a pris part tout le temps à des travaux pénibles.

L'auteur donne le résumé succinct des ouvrages de LANGENBUCH et de TERRIER et AUVRAY sur cette matière. Il croit avoir réussi, dans le cas présent, à provoquer une réunion fibro-fibreuse entre le foie et le diaphragme. La méthode opératoire a été la suivante: Tamponnement étendu, entre le foie et le diaphragme, de gaze sublimée pendant 16 fois vingt-quatre heures, puis de gaze iodoformée jusqu'à guérison complète. Le foie fut immédiatement fixé à sa place par les trois grosses sutures de catgut mentionnées entre cet organe et la paroi abdominale. A ce succès contribua aussi la suture, par la cholécystostomie, de la vésicule biliaire dans la plaie péritonéale. Il ne fut pas établi, avant l'opération, de diagnostic de foie mobile, vu que l'on continuait à chercher la tumeur mentionnée par le chirurgien d'un autre hôpital, et que par cette raison l'on n'explora la malade qu'à l'état couché.



## N° 35: II.

K.-G. LENNANDER: Cas de blessure contondante sous-cutanée dans le foie (et le poumon droit?), avec péritonite circonscrite, purulente, plévrise séreuse et pneumonies.

<sup>11</sup>/<sub>11</sub> 1897, un agriculteur de 32 ans, en bonne santé, reçut, sur la grand'route, du limon d'une voiture qui passait, un choc violent au bord droit du thorax et immédiatement en dessous. La direction du choc était approximativement d'avant en arrière. Il ressentit immédiatement une douleur violente, et dut prendre le lit à son arrivée chez lui. Trois jours après l'accident, il cracha deux petits caillots de sang brun. Des vomissements ne se présentèrent que deux fois, et seulement après la prise de nourriture. Des flatuosités sortaient, et le malade avait des selles presque quotidiennes. Il a souffert de fièvre et une fois de frisson. Un bombement s'étant produit dans la région du foie, croissant en avant et devenant toujours plus douloureux, le malade fut conduit <sup>26</sup>/<sub>11</sub> à la clinique chirurgicale de l'université d'Upsal.

Le ventre et la partie inférieure du thorax sont totalement obliques par suite de la projection en dehors de l'épigastre et de l'hypocondre droit (voir le dessin). Les interstices costaux de droite sont entièrement comblés.

A la partie inférieure du poumon droit, vers l'arrière, son entièrement mat jusqu'à la pointe de la scapule, très sourd de là jusqu'à l'épine, plus haut son pulmonaire. Les veines au-dessus de l'épigastre et de l'hypocondre droit sont fortement remplies.

Les bruits du cœur purs, l'impulsion est sentie dans le 5<sup>me</sup> interstice, à 2—3 centimètres en dehors de la ligne mammillaire.

*Opération.* Une ponction exploratrice pratiquée en dessous du bord du thorax, immédiatement derrière la ligne mammillaire, donna un liquide mince dont la couleur rappelait celle de cacao dilué dans l'eau, tout en étant un peu plus rouge. Suivit une incision le long du bord du thorax depuis la ligne mentionnée jusqu'au muscle érecteur dorsal. Il en sortit une quantité inouïe de liquide semblable. On arriva à une caverne située entre la paroi du thorax et le foie, qui avait été refoulé en dedans vers la ligne médiane, et en bas, c.-à-d. tordu dans l'axe sagittal de l'organe. La séreuse était partout épaissie et grisâtre, mais non chargée. La caverne, qui s'étendait jusqu'à la ligne sus-iliaque et même plus loin, était encapsulée. On n'observa ni sang coagulé ni fibrine. A la surface latérale du lobe droit du foie, on constata une dépression à peu près de la grosseur d'un œuf de poule, avec parois déchirées. La crainte d'une hémorrhagie



fit que l'on n'osa pas poursuivre plus loin l'exploration de cette caverne du foie. Elle était située à 12 cm. du bord inférieur du foie. On ne constata pas, à la surface correspondante du thorax, de rugosités indiquant une fracture des côtes. Drainage avec gaze stérilisée et deux gros drains conduits par dessus le foie. Toute la plaie fut laissée ouverte.

Après l'opération, on entendit une respiration bronchiale sans bruit à la ligne axillaire.

1897 <sup>26</sup>/<sub>11</sub>. Pouls 120, temp. 39,2, fréquence de la respiration 28.

<sup>27</sup>/<sub>11</sub>. Il est vidé de la plèvre droite, avec l'aspirateur de Potaïn, 1 litre de liquide de couleur bilieuse évidente, stérile dans des cultures azymiques.

<sup>30</sup>/<sub>11</sub>. Frisson entre 2 h 30 et 4,30 soir. Tempér. de la soirée 40,5, pouls 130. Aspiration de 400 grammes d'exsudation dans la plèvre droite. Le liquide rouge, écumeux, riche en albumine. Après l'aspiration, respiration bronchiale assez éloignée au côté postérieur du poumon droit (pneumothorax?).

<sup>4</sup>/<sub>12</sub>. Signes évidents de pneumonie.

Suivent 6 semaines de fièvre. Pneumonie bilatérale. <sup>15</sup>/<sub>1</sub> 1898, la grande caverne abdominale à peu près comblée. Le même mois, troubles psychiques, insomnie et perturbation mentale fréquemment complète. On dut par conséquent renvoyer le malade chez lui avant que la guérison fût achevée. Au bout de trois mois, guérison complète. 1899 <sup>10</sup>/<sub>1</sub>, continue à se bien porter.

Le liquide obtenu le <sup>26</sup>/<sub>11</sub> par la ponction antérieure à l'opération même, fut analysé à l'institution pathologique. On le trouva consister en pus sanguinolent, et contenir le staphylococcus pyogenes albus en culture pure.

Le principal intérêt qu'offre ce cas, consiste dans les circonstances suivantes:

1. *Infection consécutive au contusionnement sous-cutané d'une région relativement très petite de la surface latérale du lobe droit du foie.*

2. *Encapsulation de la péritonite malgré l'abondance de l'exsudation.*

3. *Stérilité de l'exsudation plévrable.*

4. *La vie du malade paraît avoir couru les plus grands dangers, dûs probablement en premier lieu à une torsion de la veine cave à ce que le foie était simultanément torsionné autour de son axe sagittal, avec refoulement contre la ligne médiane.*