

Fyra fall af kronisk, serös (ej tuberkulös) peritonit / af K.G. Lennander och Victor Scheel.

Contributors

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

Publication/Creation

Stockholm : Kungl. Boktr, 1900.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/m85gjzqx>

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).

FYRA FALL AF KRONISK, SERÖS (EJ TUBERKULÖS)
PERITONIT,

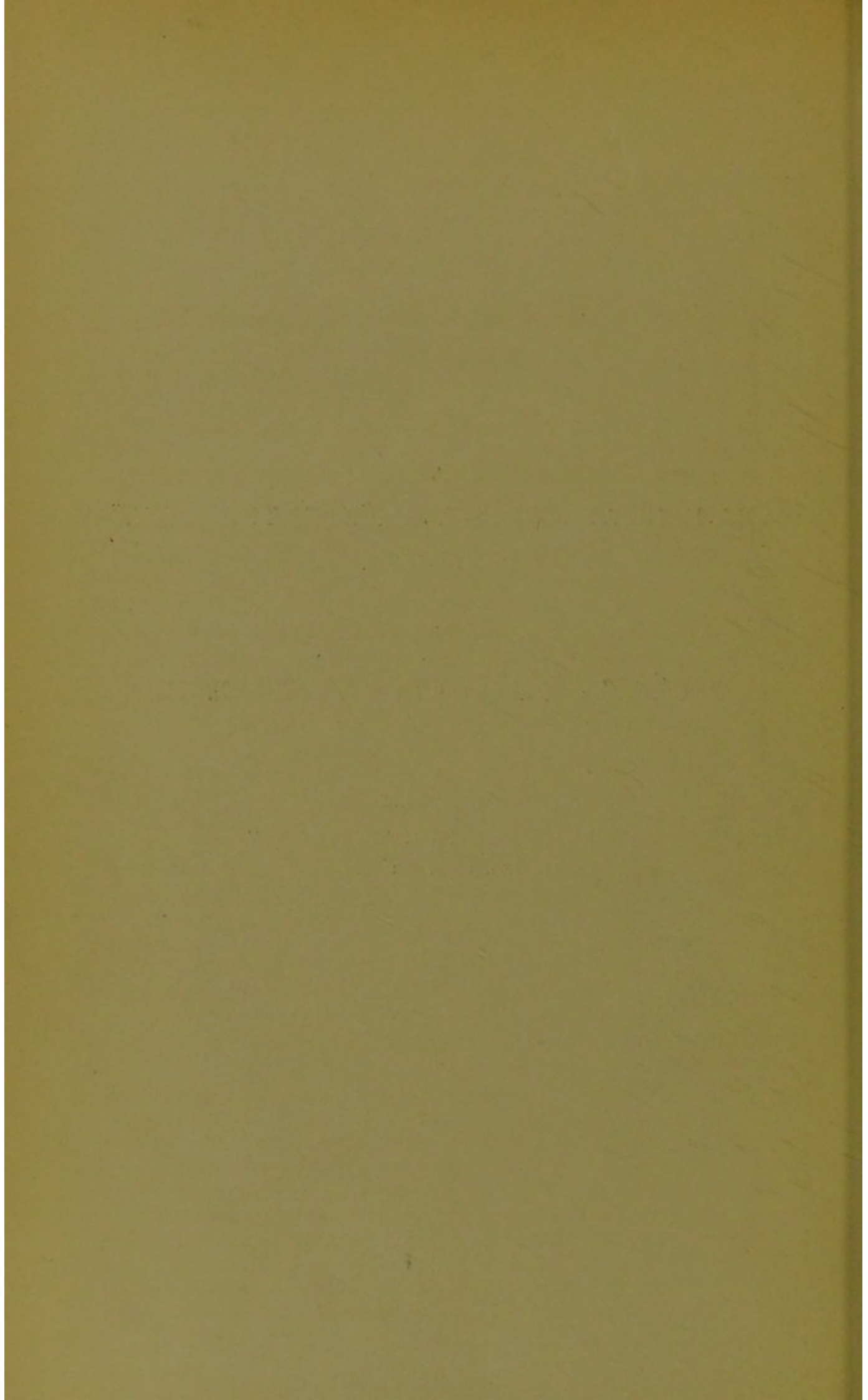
AF

Prof. K. G. LENNANDER och Dr med. VICTOR SCHEEL.

UPSALA.

KÖBENHAVN.

AFTRYCK UR
NORDISKT MEDICINSKT ARKIV
ÅRG. 1900, N:R 28.



Fyra fall af kronisk, serös (ej tuberkulös) peritonit.

Af

Professor K. G. LENNANDER och D:r med. VICTOR SCHEEL.

Upsala.

Köbenhavn.

Sjukhistorierna äro meddelade af LENNANDER, som på den kirurgiska kliniken i Upsala själf utfört operationerna. Litteraturöfversikten och epikrisen äro författade af SCHEEL.

Fall I. Augusta S., tjänsteflicka, 20 år, n:r 357 A 1892, intogs ^{27/9} 92, utskrefs ^{27/10} 92.

En syster till patienten har opererats för sänkningsabscess i sammanhang med spondylit. En annan syster har »klent bröst». Under uppväxtåren hade pat. ofta skrofulösa lidanden. Julen 1889 kände hon lindrig värk i lumbalregionerna. Vid midsommar 1890 började benen svullna under värk; några andra samtidigt uppträdande sjukdomstecken kan hon icke omtala. På hösten samma år svullnade buken, och samtidigt instälde sig andfåddhet och hjärtklappning. Bukens ansvällning var icke förenad med värk. Pat. hade lefvat under mycket torftiga förhållanden och ofta varit utsatt för förkylningar.

Mellan ^{16/4}—^{10/8} 91 vårdades hon å med. kliniken i Upsala under diagnos: nephritis subacuta + ascites. När hon intogs å sjukhuset, voro benen svullna. Hon utskrefs förbättrad; men då de gamla symptomen efter någon tid återkommo, intogs hon på nytt å med. klin. den ^{9/11} 91 och vårdades där till ^{27/9} 92, då hon på professor HENSCHENS förslag emottogs å kir. klin. Ur den å med. klin. förda journalen må, beträffande hennes tillstånd i november 91, här anföras: benen starkt svullna; buken svullen, håller ascites; våldsamt, anfallsvis påkommande dyspné. Urinen läts i ringa mängd, höll 0,3 % albumin; rikliga mängder korniga, hyalina och epitelcyllindrar. Hon ömmade vid palpation öfver njurtrakterna; hade hufvudvärk, kräkningar och molande värk i epigastrium. Lefverns nedre gräns nådde i mam.-lin. $1\frac{1}{2}$ cm nedom thoraxranden. Hydrothorax, bronikt; 2:dra aortatonen akcentuerad. ^{11/5} 92 finnes anteckadt, att perkussionstonen då var dämpad

öfver högra lungans öfre del; på samma ställe förlängdt exspirium och knattrade rassel. Under vistelsen å med. klin. växlade urinnmängden mellan 275 och 675 kbcm. pr dygn; spec. vikt mellan 1,021 och 1,024; ägghvitemängden mellan 0,15 och 0,4 %. Buken tappades 37 (trettio-sju) gånger å i medeltal 10 liter ascitesvätska. Denna undersöktes efter tre tappningar af LINCOLN PAJKULL.¹ Värdena från analyserna efter första och andra tappningen har jag satt efter hvarandra inom parentes. Där endast ett värde finnes angifvet inom (), hör det till 2:a tappningen.

Vatten 97,482 (97,217, 97,647).

Fasta ämnen 2,518 (2,783, 2,353).

Totalmängd:

Proteinämnen 1,482 (1,244, 1,302).

Serumalbumin 0,722.

Nukleoalbumin 0,029 (0,028).

Mukoids substanser 0,043.

Olösliga salter 0,0127 (0,0213).

Lösliga salter 0,8814 (0,8959).

Klorider 0,6816 (0,6853).

Extraktämnen 0,142 (0,132).

Alkalescens i soda 0,1338 (0,1).

Status praesens ²⁸/₉ 92.

Pat., som går uppe, har ett blekt och lidande utseende. Huden är cyanotisk å kinder, händer och fötter, som kännas kalla. Synliga slemhinnor äro bleka. Ödem finnes i nedre extremiteterna; dock skall detta enligt pat. uppgift försvinna redan efter ett par dagars sängliggande. Aptit och sömn äro goda med undantag af tiden närmast före tappningarna. Afföringen är sedan ett par månader lös. Pulsen är liten och mjuk; dess frekvens 98. Urinen afsätter ett rikligt sediment, som innehåller talrika epitelceller samt grof- och finkorniga, hyalina och fettdroppar innehållande cylindrar.

Hudvenerna å framsidan af thorax samt rundt hela abdomen äro starkt utvidgade. Thorax är fatformig; angulus subcostalis 135°. Respirationens typ är kostal; dess frekvens 49. Inspirationen sker med tillhjälp af de auxiliära inspiratorerna. *Lungor.* Öfver högra lungspetsen svag bronkial andning samt kort ton. Å baksidan af båda lungorna fås dämpning nedanför ett horisontalplan genom 8 bröstkotans proc. spin. Mjuka rassel öfver nedre delarna af båda lungorna. Hjärtat är i sin helhet något förskjutet uppåt. Det är lindrigt förstoradt. Andra aortatonen är akcentuerad. *Buken* är likformigt sväld. Dess betäckningar äro spända, ödematösa; nafvelgropen är utplånad. Kroppsomfång vid basen af proc. ensif. 90,5 cm., midtemellan denna punkt och nafveln 107 cm., vid nafveln 108 cm. Tydligt vågslag erhålles. Pat. ömmar starkt vid palpation i båda lumbalregionerna. Vid ryggläge fås matt ton i medellinien från symfyssen upp till en punkt ofvanför nafveln. Gränserna för det dämpade området förändras efter

¹ Bidrag till kännedomen af de serösa exsudatens kemi. Ups. läk. förh. bd 27, s. 461.

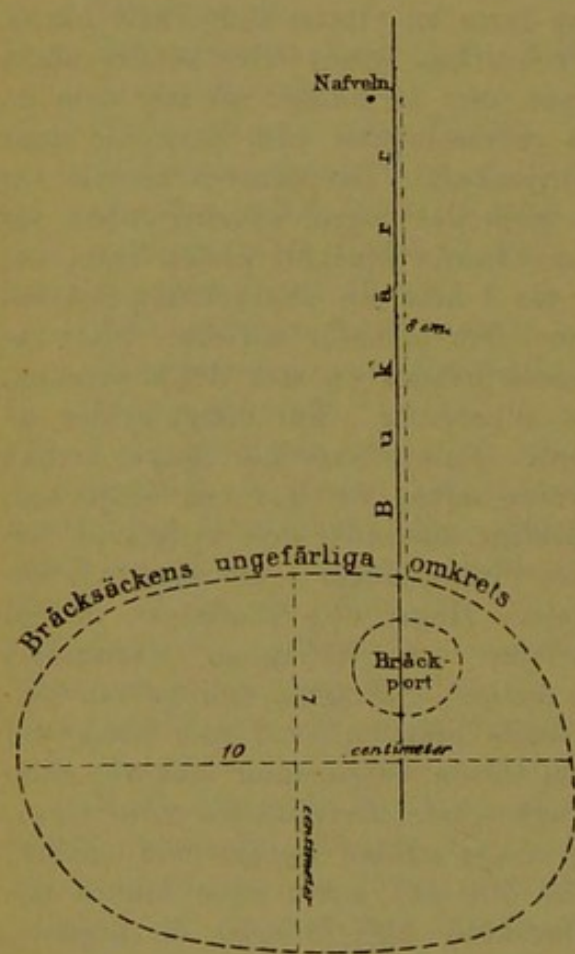
det läge, pat. för tillfället intager. *Mjälten* når främre axillarlinien. *Lefvern* når uppåt till 3:dje interkostalrummet, nedåt i axillarlinjen till nedre bröstkorgranden, i mamillarlinien till 2 cm. nedom densamma.

Operation 28/9. Buken öppnades i medellinjen nedanför nafveln; under operationens gång förlängdes buksåret uppåt, så att det slutligen nådde till midt emellan nafveln och proc. ens. En stor mängd *vätska* rann ut ur buken. *Peritoneum parietale* var injicieradt och förtjockadt och visade på stora sträckor större och mindre fördjupningar, hvilka alla hade en regelbunden form och ett utseende, som om ett väfnadsstycke blifvit uttaget med ett håljärn. *Tarmarnas* serosa såg normal ut, dock syntes på en och annan tarm en ytterst tunn, hvit hinna, som lätt lossnade. *I lilla bäckenet* hvarken syntes eller kändes några sammanväxningar. *Uterus* var knapt mer än hälften så stor som en normal uterus. *Högra tuban och ovariet* syntes vara normala; dock föreföll epitelet å ovariet något förtjockadt. Det *vänstra ovariet* var mycket litet, med likadant epitel som det högra; *vänstra tuban* var smalare än den högra. Det *stora omentet* innehöll nästan intet fett men förde *mycket stora kärl*. Det var i hela sin utsträckning fastväxt vid främre bukväggen i jämnhöjd med och ofvanför nafveln. Efter anläggande af dubbla katgutligaturer extirperades en stor del af omentet, så att detta öfveralt blef fritt från adherenser. För öfrigt syntes de största förändringarna vara på *leffvern*. Dels funnos här djupa, ärrlika indragningar, i hvilkas botten leffverns serosa var ljus och förtjockad, och mellan hvilka den hade ett blåaktigt utseende; dels syntes på leffverns främre öfre yta likadana, runda fördjupningar i serosan, som förut beskrifvits för peritoneum parietale. Högre upp kändes en mängd korta, tjocka adherenser mellan leffvern och diafragma. Särskildt i medellinjen var sammanväxningen mellan diafragma och leffvern särdeles intim, så att man knapt kunde urskilja, hvad som hörde till leffvern och hvad till diafragma. *Gallblåsan* kunde man icke se, emedan den var alldeles kringväxt med adherenser, särskildt till colon transversum. Denna tarm var äfven å andra ställen fastväxt vid leffvern. *Mjälten* kändes förstörad; kring dess öfre och nedre ände funnos talrika adherenser, så att en väl afgränsad loge bildades för organet. *Mjältens* diafragmayta var nästan fri från adherenser. *Ventrikeln*s serosa hade ett normalt utseende.

Alla delar af buken spolades med inemot 40 liter fysiologisk koksaltlösning af 40°—42° C. temperatur i behållaren. En hel del koksaltlösning kvarlemnades i buken. Buksåret hopsyddes med alla lager fattande silkwormgutsuturer. Det läktes p. pr. 29/9 väderafgång, 4/10 spontan afföring. Temp., som aftonen före operationen var 37,7 (i rectum), steg dagen efter operationen till 38,4 på morgonen och 37,9 på aftonen. Sedan höll sig aftontemperaturen omkring 38° till d. 8/10 på kvällen, då den var 38,4, samt följande morgon 39°, hvarefter den sjönk och var 10/10 på aftonen 37,8°. Den 9 och 10 hade pat. håll mellan skulderbladen. Öfver hela högra lungan var andningsljudet bronkialt. I båda lungsäckarna fans vätska. 10/10 iaktogs äfven vätska i peritonealhålan. 11/10 var pat. allmäntillstånd bättre; öfver högra

lungan hördes talrika, finblåsiga rassel. $^{23}/_{10}$ stod ascitesvätskan 7 cm. nedom naveln, $^{27}/_{10}$ 2 cm. längre ned. $^1/_{11}$ fans endast dämpning å vänstra sidan af buken från 15 cm. utaför medellinjen. $^6/_{11}$ fans ingenstades någon dämpning, och efter denna dag har ascites ej funnits under den tid hon vårdades på sjukhuset, inom hvilket hon $^{27}/_{10}$ åter hade öfverförts till med. klin. Angående urinens förhållande vid denna sista vistelse å med. klin. må här anföras, att urinmängden i medeltal var 1,200—1,300 kbcm. pr dygn (högst 2,500 — lägst 600), samt att ägghvitemängden i allmänhet hållit sig under 0,5 %. Pat. har under vistandet å med. klin. den $^7/_{11}$ haft sin första menstruation.

I jan. 1893 uppträdde ung. 15 cm. nedanför naveln vid nedre änden af bukväggsärret ett bråck af ett medelstort äpples storlek. Det var lätt att reponera och besvärade pat. endast, då hon befann sig i upprätt ställning. Den 16 febr. började hon bära maggördel för sitt bråck. I daganteckningen af den 9 mars heter det: »Bråcket har oaktadt gördeln tillväxt till ungefär en knytnäfves storlek. Bråckinnehållet sjunker in i buken, så fort pat. lägger sig.» Den 10 mars utskrefs pat. förbättrad i afseende på nefriten och frisk, hvad beträffar peritoniten. Hon intogs åter på *kirurgiska kliniken* efter nära 3 år; $^{30}/_1$ 96. Ur den då förda journalen göres här ett utdrag. »Sedan denna tid, $^{10}/_3$ 93, har pat., som ständigt burit maggördel, ej känt någon vidare olägenhet af sitt bråck förr än i dec. 1895. Vid mera ansträngande arbeten, ss. lyftande af tyngre bördor, skurning m. m., vållade det henne då ganska svåra smärtor. Altjämt har bråcket emellertid varit lätt reponibelt. Hufvudvärk och kräkningar skola alt sedan sjukhusvistelsen, särskildt gäller detta sista tiden, då och då hafva besvärat henne. För öfrigt har hennes allmänbefinnande varit godt.» Hon hade kommit in för att få sitt reponibla bukbråck opererad. De närmare förhållandena vid detta bråck ses bäst af teckningen.



Operation den 4 febr. Kloroform — eternarkos. Ur den tunna huden gjordes en ovulär utskärning. Derefter fridissekerades bråcksäcken, som var ganska tjock. Dess insida hade öfveralt ett ärrigt utseende med fördjupningar och upphöjningar. På somliga ställen fans ett uttaladt trabekelverk. Den exstirperades fullständigt. Sedan fripreparerades bukväggens olika lager och hopsyddes hvart och ett för sig.

Peritoneum och bindväfven bakom mm. recti med en fortlöpande söm katgut nr 3; mm. recti, som voro väl utvecklade, med 5 st. knutsuturer af samma katgut och aponevrosen därframför med en fortlöpande söm katgut nr 4. Ett dränrör inlades genom en särskild öppning åt höger mellan aponevrosen och huden, hvilken sist nämnda förenades med silkwormgut-suturer. Så långt man kunde se och känna öfver peritoneum parietale inåt buken, föreföll det att vara normalt. Särskildt iakttogos inga fördjupningar i serosan. Efter operationen subkutan injektion af 800 kbcm. koksaltlösning. $11\frac{1}{2}$ såret läkt p. pr. Under sjukhusvistelsen iaktogs icke (ej ens efter narkosen) albumin i urinen. Utskrefs frisk $24\frac{1}{2}$ 96.

$16/10$ 96 besökte hon förf. efter kallelse. »Har varit frisk och arbetsför alt sedan hon skrefs ut. Hon har blifvit ganska korpulent. Bukärret är öfveralt fast och oeftergifligt. Har icke ägghvita i urin.»

Då hon i mars 1893 utskrefs från sjukhuset, kom hon till fröken Boströms sjukhem, där hon snart kunde börja att arbeta. Efter någon tid fick hon en lindrig tjänst, och efter det hon blifvit fri från sitt bukbråck, har hon varit i alla hänseenden arbetsför och numera antagits som vaktkvinna vid ett läns cellfångelse. På af mig därom framställd önskan har d:r WEIBULL haft godheten att undersöka henne. D:r W. skrifver därom $4/1$ 99: Vaktkvinnan Augusta Sjögren har idag varit här hos mig och blifvit undersökt till *lungor, njurar, lefver, bukärr, bukhåla*. Jag kan därom gifva det besked, att jag som abnormt härvidlag fann ett *försvagadt respirationsljud* (ingen dämpning, inga rassel) i fossæ supraclav. et supraspin. dextr., samt i bukärret invid nafveln en brunbönstor *frambuktning* (hernia ventralis). Allmäntillståndet särdeles godt. Af stark kroppskonstitution och fet. Ingen hosta, ingen uppdrifning af buken. Det som något besvärar henne är litet andfåddhet vid gående i trappor samt en kortvarig hufvudvärk, som dock sällan påkommer. Urinen var ägghvitfri.

Jag har senare skrifvit till pat. för att få reda på, huru hennes menstruation nu förhåller sig och fick det svaret, att hon haft »regleringen regelbundet och ordentligt för hvar månad altsedan sjukhusvistelsen 1892».

Den $13/9$ 1900 undersöktes pat. åter på min begäran af doktor GÖSTA FINEMAN, som fann, att hon var frisk. Från buken var ingenting att anmärka utom det lilla bukbråcket vid nafveln, hvilket var oförändradt sedan förra undersökningen. Urinen »var klar och albumiufri». »Hjärtat företedde normala förhållanden.»

Jag uppfattade sjukdomen både före och under operationen som en kronisk, serös peritonit. Då jag såg, huru omentet i hela sin bredd var hopväxt med främre bukväggen, och då jag iakttog i omentet en mängd stora arterer, hvilka syntes mig hafva ungefär samma omfång som en a. radialis, så ansåg jag, att man skulle i väsentlig mån förändra nutritionen för serosan på främre bukväggen, om man, genom att amputera omentet, fullständigt afklippte hela denna rika blodtillförsel.

Förändringarna i serosan voro störst på främre bukväggen och på lefvern och kunna karakteriseras som injektion och förtjockning i förening med trabekelbildning (jfr fallet IV Elvira J.) och närvaron af en stor mängd runda fördjupningar (se operationsberättelsen!) Ett sådant utseende af serosan är ganska vanligt i gamla hydrocelesäckar. Jag har där sett det många gånger, men skall här endast omnämna ett fall. Den $7/9$ 1899 opererade jag en 34 år gammal plankbärare J. O. Han hade 13—14 år förut försträckt sig i högra ljumsken. I sammanhang härmed hade ett inemot gåsäggstort hydrocele uppkommit i högra skrotalnafven. 7—8 år senare hade nämnda hydrocele hastigt tillväxt efter ett nytt trauma och hade sedan bibehållit samma storlek. Vid operationen uttömdes en ljusgul, klar vätska. Den uppsamlades sterilt och visade sig vid bakteriologisk undersökning på patologiska institutet innehålla bacterium coli commune i renkultur. Serosan hade det nämnda mikroskopiska utseendet. Det är isynnerhet på det viskerala bladet, som man först brukar se tätställda, i allmänhet mindre än ärtstora, runda fördjupningar. Det parietala bladet förefaller till en början endast att vara »skrynkligt» på grund af den starka sammandragningen af säcken efter uttömningen af vätskan, men när man spänner ut det, ser man de nämnda runda fördjupningarna, som ofta äro till omfånget större än på det viskerala bladet. Dåvarande assistenten på »pathologicum» med. lic. P. HAGLUND har lemnat följande beskrifning på det mikroskopiska utseendet af väggen af J. O's hydrocele.

»Väggen består af i allmänhet cellfattig, dels fibrillär, dels sklerotiserad bindväf, på djupet tämligen kärlik, samt öfveralt genomdragen af i alla riktningar löpande stråk af glatt muskulatur.

Fria ytan synes öfveralt fullständigt jämn och har sålunda sannolikt varit klädd af endotel, hvaraf dock blott enstaka celler finnas kvar. I de makroskopiskt synliga åsarna, hvilka i härdadt tillstånd framträda vida mindre än i färskt tillstånd, förefinnes småcellsinfiltation jämte nybildade kärl samt granulationsceller, tydande på subakut inflammation därstädes. Äfven träffas här och hvar i ytliga lager pigment som rester af blödningar, hvarjämte kärnen ofta äro starkt blodfyllda. I de tunna flisor af viskerala bladet, som medföljde, är bindväfven sklerotiserad och cellfattig; blott här och där finnas cellrikare par-

tier med plasmatiska celler; väfnaden är i det viskerala bladet vida kärlfattigare än i det parietala.»

Således:

Periorchitis chronica, partim subacuta.»

Vid den andra laparotomien på fall IV (Elvira J.) tog jag ut två bitar (1., 2.) af peritoneum parietale, där det såg ut att vara mest inflammatoriskt förändradt och en bit (3.) af omentet. Öfver dessa preparats mikroskopiska utseende har assistenten HAGLUND lemnat följande beskrifning.

1. Snitten visa på djupet ett lager af fettväf; däröfver ett lager af till största delen sklerotiserad, här och hvar fibrillär, i djupare lager tämligen cellrik, mot ytan alt cellfattigare bindväf. Fria ytan på somliga ställen glatt, med här och hvar kvarsittande endotelceller; på andra ställen, motsvarande mikroskopiska åsar och upphöjningar, är fria ytan ruggig och utan endotel; här och hvar vidhäfta i organisation stadda blod- och exsudatmassor; i bindväfven finnes här och hvar pigment.

2. Företer ungefär samma utseende som 1.; men ingenstädes finner man ställen, så glatta, att förekomsten af endotel där kan förmodas hafva förefunnits; ytlagren särdeles å upphöjda ställen infiltrerade med blod och småceller; i djupare lager finnas i olika riktningar förlöpande stråk af glatt muskulatur, i allmänhet stående i samband med de större kärlens muskulatur.

3. I omentet finnes en stor mängd små, kärlförande granulaknottor; de synas vara produkten af en proliferation från så väl de inre bindväfscellerna som från ytendotelet.

Således: Peritonitis chronica, partim subacuta.

Från intet af de tre bitarna växte något i de vanliga aërobkulturerna (buljong, agar, glycerinagar, gelatina).»

I likheten i det makroskopiska utseendet på bukserosan hos fall I och fall IV och på serosan i gamla hydrocelen finnes tydligen *ett* skäl för att antaga, att förändringarna äfven hos fall I voro framkallade genom en kronisk serös peritonit. För öfrigt hänvisas till d:r SCHEELS epikris. Jag har icke velat publicera detta fall förr, emedan jag önskat öfvertyga mig om, att pat. verkligen komme att förblifva frisk, fri från sin nefrit och fri från ascites.

Fall II. Lovisa A., hustru, 43 år, från Skuttunge, n:r 97 A 1894, intogs ⁵/₃ 94, utskrefs ⁵/₄ 94.

Modern är död i lungdot, likaså en morbror och en moster. Sedan sitt giftermål har pat. fått arbeta hårdt och icke sällan frysa. Regleringarna, som började vid 17:de året, voro regelbundna till slutet af 1891, hvarefter de uteblifvit. Hon har genomgått 8 normala partus. De tre första barnen voro små och klena och dogo vid ungefär 5 månaders ålder. De följande 5 barnen voro alla såsom späda »feta och blomstrande». Af dessa är endast n:r 3 död i, som det synes, följd-sjukdom efter morbilli, de öfriga 4 äro »krya och starka». Efter dessa 8 partus har pat. haft ett missfall; som barn hade hon skarlakansfeber, mässling och kikhosta; 1879 nervfeber.

1885 började benen och efter någon tid äfven buken att svullna. Så småningom blef hon emellertid åter frisk. I slutet af 1891 sjuknade hon med värk i maggropen, kräkningar, stark törst, *svullnad i benen och sedan äfven i buken*. Efter 1 månads sängliggande kunde hon vistas uppe. I febr. 1892 svullnade åter först benen och sedan buken. Hon intogs å med. klin., där hon vårdades $22/2$ — $12/4$ 92 under diagnos: *insufficiëntia valvulæ mitralis + albuminuria + ascites*; behandling: bad, digitalis, acetas kalicus. Hon utskrefs förbättrad, fri från svullnad. Från $9/5$ 93— $6/6$ 93 förnyad sjukhusvistelse, under hvilken buken tappades en gång. $16/9$ — $24/11$ 93 var pat. åter på sjukhuset, hon tappades då 2 gånger. Båda gångerna var hon vid utskrifningen fri från svullnad. Sedan $3/1$ 94 å nyo intagen på med. klin. hade hon tappats 6 gånger, då hon $5/3$ 94 öfverfördes till kir. klin. Sammanräknadt hade altså 9 *tappningar* blifvit utförda. I allmänhet hafva 10—12 liter vätska uttagits för hvarje gång. Den aftappade vätskan har — såvidt i journalerna finnes antecknadt — alla gångerna varit klar eller svagt grumlig, grågul till gulgrön; specifika vikten har endast en gång ($25/1$ 94) varit så hög som 1,019, öfriga gånger 1,013—1,014; ägghvitehalten har växlat mellan 16—21 p. m. Mikroskopisk undersökning af vätskans sediment finnes ej angifven. Urinmängden per dygn har växlat mellan 500—2300 ccm. Ägghvitehalten från »spår» till 0,5 %.

Status præsens $6/3$ 94.

Pat. är sängliggande. Hull och muskulatur äro betydligt reducerade. Allmänna hudfärgen är blek. Intet ödem i huden. *Insufficiëntia valvulæ mitralis*. Puls jämn, frekvens 80. Temp. i går afton 37,2, i dag på morgonen 37. Urinen blekgul, grumlig, svagt sur; sp. v. 1,010; håller ägghvita 0,25 pro mille, men ej reducerande substans och inga cylindrar.

Buken är starkt utspänd, i det närmaste symmetriskt. Nafveln är utplånad. I nafvelplanet är kroppens omfång 1 meter. Tydligt vågslag! Vid ryggläge utgöres gränsen för det dämpade området af en uppåt konkav båglinie, som skär medellinien 3 cm. nedanför nafveln. I *högra ljumsken* är ett lätt reponibelt, gåsaggstort *tarmbräck*, som sträcker sig ner till midten af labium majus. Till *vänster* finnes ett likaledes fritt, rörligt, valnötstort *ljumskbräck*. Genom *vulva* är hela vagina och cervixdelen af uterus framfallen.

Operation $7/3$ 94. Buksnitt genom högra m. rectus, till en början 3—4 cm. långt, till slut 17 cm. Först uttömdes en stor mängd ljus-

gul, klar vätska. *Peritoneum parietale* var särdeles förtjockadt och mera injicieradt än vanligt. Högra delen af *omentum majus* var uppslagen och fastväxt vid peritoneum parietale och vid lefvern. Omentet var fastare än vanligt och hade särdeles stora kärl. Det delades ungefär på sin midt mellan dubbla katgutligaturer. Sedan kunde hela den perifera delen lossas från peritoneum parietale och från lefvern, utan att någon blödning uppstod. I detta fall funnos således icke några nämnvärda kärlförbindelser emellan omentet och peritoneum parietale eller lefvern. *Lefvern* var genom flere ganska breda och tunna adherensbildningar fästad vid diafragma och främre bukväggen. Dessa delades dels trubbigt, dels med sax efter anläggning af dubbla ligaturer. *Gallblåsan*, som var fastväxt vid duodenum, lösdissekerades åtminstone delvis från denna tarm. *Mjälten* var förstörad. Äfven *peritoneum viscerale* föreföll att i allmänhet vara något förtjockadt. Alla delar af bukhålan utspolades ytterst noggrant med ungefär 20 liter fysiologisk koksaltlösning.

Operation för bråcken. Med 3 snörsuturer af katgut n:r 3 tillslöts från bukhålan ingången till det högra ljumskbråcket, sedan dess bråcksäck uttamponerats med jodoformgas, som införts i säcken genom en yttre incision. Sedan hela bråcksäcken till det vänstra ljumskbråcket blifvit införd i bukhålan, lades 3 snörsuturer af katgut n:r 3 i peritoneum motsvarande annulus inguinalis peritonei. Härigenom blef ligamentum rotundum hopviket i S-form. Serosan hade förut blifvit repad med en nål rundt kring båda ann. ing. peritonei. Därefter gjordes *ventrofixation* af uterus. 3 silkwormgutsuturer fördes genom främre rectusskidan, m. rectus, peritoneum parietale och sedan med 2 eller 3 in- och utstick för hvarje tråd genom hela bredden af uteri främre vägg och därefter genom peritoneum parietale, m. rectus och främre rectusskidan å andra sidan af buksåret. Dessa 3 silkwormgutsuturer knötos och försänktes. *Ovarierna* föreföllo att vara atrofiska. *Tuberna* visade intet anmärkningsvärdt. *Buksåret* slöts för öfrigt med en rad fortlöpande suturer katgut n:r 3 i serosan och en rad i främre rectusskidan. I den senare inlades dessutom en mängd försänkta silk-wormgut-suturer. Huden hopsyddes med silkwormgut. Sterilt förband.

Buksåret läktes p. pr.; bråcksäcken till det högra ingvinalbråcket granulerade raskt ihop, så att denna stora håla var nära utläkt redan den $20/3$. Patientens tillstånd var aldrig oroande, och redan efter en vecka kunde hon glädja sig åt en särdeles god sömn och god matlust. Temp., som på morgonen före operationen var $36,6^{\circ}$ (i rectum), steg samma kväll till 38° och följande kväll till $38,3^{\circ}$, men var sedan hela tiden afebril. Pulsfrekvensen var under första veckan något växlande — högst 108 (operationsdagen), lägst 80 (på 7:de dagen); sedan sjönk den snart ner till 64—72. Urinens mängd var efter 14 dagar i allmänhet omkring 1100 ccm. per dygn; förut hade den varit mindre; den höll ständigt ägghvita, men cylindrar påträffades lika litet nu som före operationen.

$5/4$. Ingen abnorm dämpning öfver buken; icke något vågslag; ingen ömhet. Buken, som före operationen mätte 1 meter i omkrets

i transversela nafvelplanet, mäter i dag endast 74 cm. En mycket obetydlig prolaps af vagina förefinnes; ingen svårighet vid urinkastningen, något som pat. led af före operationen. (Pat. har vistats uppe från och med den $\frac{1}{4}$.) Allmänna tillståndet är godt. Hon utskrifves i dag.

Det resecerade omentet visade vid mikroskopisk undersökning inga anmärkningsvärda förändringar. Ascitesvätskan var steril. (Professor C. SUNDBERG.)

I början af juni gjorde jag en förfrågan hos henne, om hon icke skulle vilja komma in till sjukhuset för förnyad undersökning. Härtill hade hon icke tillfälle. Hon kände sig emellertid frisk och »var för öfrigt likadan, som när hon skrefs ut». Under återstoden af 1894 var hennes allmäntillstånd så godt, att hon kunde sköta åtminstone »innesysslor» i sitt hem och under sommaren äfven deltaga i lättare utarbete. På nyåret 1895 uppträdde åter de gamla, välkända symptomen: hon blef matt; betydlig svullnad instälde sig först i benen, sedan i buken och denna gång äfven i högra armen; urinvätskan minskades väsentligt, och andfåddheten tilltog, så att pat. ej kunde ligga utan måste sitta nästan upprätt i sängen. Hon intogs åter på med. klin. den $\frac{4}{2}$ 1895. Här afled hon den $\frac{8}{3}$ närmast i följd af en gangrenös erysipelas, som uppträdde i sammanhang med en laparocentes den $\frac{17}{3}$.

Sektion $\frac{9}{3}$ af laborator A. VESTBERG.

Patologisk anatomisk diagnos:

- Ödem i nedre extremiteterna.
- Pigmentering och ärrbildning vid halsroten (syfilitisk?).
- Cyanos' hudeckmoser.
- Flegmonös-brandig erysipelas; ulcerösa huddefekter.
- Dekubitalnekros.
- Anemisk nekros i hjärnvindel.
- Endarterit i hjärnkärl.
- Ascites.
- Kronisk adhesiv peritonit.
- Nästan fullständig obliteration af lungsäckarna.
- Högersidig bråcksäck (ingvinalbråck).
- Hypertrofi af hjärtat, i synnerhet vänstra halfvan, med dilatation.
- Trombos i högra förmaket.
- Parenkymatös degeneration af hjärtköttet.
- Kron. prod. myokardit.
- Produktiv endarterit i hjärtats kransarterer.
- Brun induration i lungorna. Kronisk bronkit. Dekolorerad hemorragisk infarkt.
- Förstorad stasmjälte med härdar af akut splenit.
- Kronisk interstitiell nefrit med cystor.
- Kronisk stasleffer. Perihepatit. Hematom i den nybildade bindväfven (efter punktion?).
- Kronisk och akut gastrit.
- Kronisk produktiv endaortit.
- Metrorragi.

Ur obduktionsprotokollet:

Njurarna.

Njurarna äro tämligen små, med förtjockad egen kapsel, hvilken ej kan aflossas utan bristningar i njurparenkymet. Den afskalade parenkymytan har dels ett finkornigt, dels ett gröfre knottrigt utseende. Talrika cystor, de största af en mindre ärtas omfång, synas såväl på ytan, som i det inre af organet. Deras innehåll är en klar, tjockare slemmig, halmgul massa. I snittytan är barklagret likformigt förtunnadt, mätande ungefär 3 mm. i tjocklek. Färgen i barken är dels blekare och mörkare gråröd, dels blekt grågul, med diffusa öfvergångar. Pyramiderna lifligt köttröda. Barkfasciklar och kärlstrimmor endast delvis tydligt framträdande. Ingen amyloid-reaktion. Konsistensen ej påfallande fast, väfnaden segt sammanhängande.

Buk- och brösthålan.

I bukhålan finnes ungefär 1000 cem. tunnflytande vätska af en klar, gulaktig färg. Bukhinnan öfveralt glatt, dels blek, dels rödflammig. Mellan den främre bukväggen och enstaka tarmslyngor strängformiga adherenser. Mera sammanhängande, fasta bindväfsförbindelser finnas mellan lefverns högra lob och peritoneum parietale, genom hvilka högra hypokondriet med en vätskekvantitet afstänges från den öfriga bukhålan. Mellan inre genitalia och den omgifvande väggen sega bindväfsförbindelser. En tämligen rymlig, numera tom bråcksäck leder från annulus inguin. lateral. dexter genom ingvinalkanalen till högra labium majus.

Diafragmas högsta hvälfning i jämnhöjd med 5:te interstitiet i vertikala mammillarplanen på båda sidor.

Båda lungorna till största delen adherenta. I återstående plevrarum en ringa mängd blodimbiberad serös vätska.

Äfven i detta fall uppfattade jag ascites såsom beroende på en kronisk, serös peritonit. I ett liknande fall skulle jag numera icke amputera omentet utan nöja mig med att spola ut bukhålan med fysiologisk koksaltlösning och därefter med sterila kompresser *helt försiktigt* suga upp denna vätska ur buken. På vänstra sidan, där hela bråcksäcken kunde stjälpas in i bukhålan blef bråckoperationen radikal, på den högra åter skildes de hopläkta serosabladen på nytt, när 9—10 månader efter operationen ascites hade återbildats.

Fall III. Thure K., 8 år, arbetareson från Elfkarleö, inkom ¹⁰/₁₀ 1898, utskrefs ²⁴/₁₂ 98, inkom åter ¹⁵/₂ 1899, utskrefs ¹⁹/₇ 99.

Någon hereditet för tuberkulos synes ej förefinnas. Föräldrar och en 6-årig broder friska.

Till slutet af april detta år har pat. alltid varit frisk. Särskildt bör anmärkas, att han aldrig hostat eller haft ansvälda körtlar på halsen.

I slutet af april började han efter förkylning hosta ganska starkt och den 9 maj söktes läkare, som diagnosticerade vatten i vänstra lung-

säcken. Det upphostade var aldrig blodigt, endast obetydligt slem. Han låg 14 dagar till sängs och har sedan hela sommaren och till inkomsten hit vistats uppe. Dock har han ej under denna tid varit riktigt frisk. Han har medicinerat hela tiden. Han tyckes ha hostat hela sommaren, ehuru obetydligt.

I midten af augusti märktes, att magen började svullna, i början ringa men under september allt mera. Han har aldrig haft någon svårighet att kasta vatten, ej håller har någonsin någon förändring iakttagits med afseende på urinens mängd, utseende och beskaffenhet. Urinering har *kanske* förekommit på sista tiden något oftare än vanligt. Någon värk i korsryggen har ej förefunnits. Endast en gång i fjol har han besvärats af hjärtklappning. Hufvudvärk särdeles på senare tiden har ibland uppträdt.

Några kräkningar ha ej förekommit utom vid starka hostanfall. Kväljningar ha emellertid uppträdt ibland, när han gått eller sprungit något mera än vanligt. Hans mage tyckes för öfrigt ha varit »god». Ingen svullnad i ben eller ansikte. Då svullnaden i buken altmera tilltog söktes läkare i Gefle, som tillrådde sjukhusvård.

Pat. inkom hit ¹⁰/₁₀ 98.

Status præsens ¹²/₁₀.

Pat., som är sänsliggande, är af normal kroppskonstitution med reducerad muskulatur, särdeles å armarna. Krafter nedsatta. Allmänna hudfärgen normal. Sensorium fritt. Öfver nedre delen af baksidan af högra lungan är perkussionstonen kort, respirationsljudet svagt och pectoralfremitus försvagad. Rassel öfver båda lungspetsarna. Respirationsfrekvens 28.

Hjärtat ej förstoradt. Hjärtinpuls ej känbar. 1:sta ton vid spets och bas något suddig. Pulsfrekvens 128. Urin låtes utan svårighet. Urinmängd i går 300 och i dag 200 ccm. Urinen är klar, gulröd, sur, spec. vikt 1,027, håller spår af albumin, ej red. substans. Temp. på ungef. 37, på aftonen 37,8. Sömn god, aptit något nedsatt, allmänbefinnandet godt. Inga smärtor. Obetydlig hosta. Inga kräkningar.

Buken är betydligt uppdrifven. Högsta punkten ligger 7 cm. ofvan nafvelplanet och i omkrets mäter buken där 75 cm. Från proc. xifoideus till symphysis pubis 32 cm. Från nafveln till symfyssen 14 cm. Huden ej rodnad. Kutana vener afteckna sig tydligt å sidosdelarna af buken. Vid palpation af buken, öfver njurtrakten och blåstrakten ingen ömhet. Endast obetydlig sådan öfver nedre delen af vänstra bröstkorgranden vid främre axillarinien. Ingen resistens kan palperas. Tydlig fluktuation och vågslag.

Vid perkussion fås tympanitisk ton öfver ett ungef. 25 cm. bredt och 16 cm. långt område (det vill säga det dämpade området börjar ungefär 16 cm. ofvanför symfyssen) öfver bukens högsta hvälfning, när pat. ligger i ryggläge. Utanför och nedanför detta område dämpad ton. Gränserna för de olika perkussionstonerna växla vid förändring af läge.

Lefverdämpningen går uppåt till 2,5 cm. nedanför transv. mam.-planet, nedåt 3,5 cm. nedanför bröstkorgranden i mam.-linien. Ingen svullnad i ansikte, ben eller fötter.

Palpabla lymfkörtlar gryn- till ärtstora i vänstra axillen och båda inguerna.

Afföring i går, och i dag efter lavemang.

^{13/10}. Operation.

Diagnosen *peritonitis tuberculosa* med fri vätska i buken sattes på grund af högersidig plevrit och rassel i båda lungpetsarna.

Buksnitt vid ena sidan af lin. alba. Den subserösa bindväfven och peritoneum föreföllo ej vara förändrade; endast på ett ställe nära medelinien på peritoneum ett linsstort, hvitt ärr. En stor del serös och i gulgrönt skiftande vätska uttappades. Därefter undersöktes, så vidt möjligt, alla delar af peritoneum, men inga förändringar syntes; ej heller kändes på lefvern, mjälten, njurar eller ventrikelytor sådana. Coecum låg högt upp, och det af peritoneum rundtom beklädda »caput coli» var ovanligt långt. Appendix var från sin utgångspunkt uppslagen mot coecums baksida med spetsen rätt uppåt. Den låg fästad vid coecum utom med sin mest perifer ände, som var fri till en utsträckning af ungef. 1 cm. I mesenteriet närmast dess radix kändes några måttligt förstörade lymfkörtlar. I flex. sigmoidea funnos en mängd scybala. — Ett par stycken af peritoneum parietale och ett stycke af omentet exstirperades och sändes till pathologicum för kulturer och för ympning å marsvin. — Bukhålan spolades med minst 10 liter koksaltlösning af 43° C. Det allra mesta af koksaltlösningen uttorkades. Buksåret hopsyddes med en rad fortlöpande suturer katgut n:r 2 i peritoneum och bakre rectusskidan; med knutsuturer katgut n:r 3 mellan m. rectus och linea alba, samt med en fortlöpande rensenesutur i främre rectusskidan. I huden silkwormgut, af hvilka de djupa trådarna äfven fattade aponevrosen.

Förband med vismutpasta och kollodium. Fotänden af sängen skulle höjas ungefär 45 cm. Till narkosen användes endast kloroform, som pat. endast mycket dåligt fördrog.

Vinlavemang och 300 kcm. koksaltlösning subkutant. Aftontemperatur 37,5. Puls 140.

^{14/10}. Allmäntillståndet godt. Ingen hufvudvärk. Urinering och fiatusafgång försiggå normalt. Inga kräkningar i dag, men en obetydlig under gångna natten. Inga kväljningar. Lavemang i dag och afföring.

^{16/10}. Afföring efter lavemang. Allmäntillstånd godt. Temp. afebril. Såret utan anmärkning. Sedan operationsdagen vinlavemang (100 kcm.) 2 gånger dagligen. I dag mjölk och skorpor.

^{21/10}. Suturerna uttagas. Såret läkt. Afföring i går och i dag utan lavemang. Aftontemp. 38. Puls 130. Ingen hufvudvärk. Sömn och aptit goda. Ascites tyckes öka.

^{23/10}. Såret utan anmärkning. Buken mäter i omfång, 7 cm. ofvan transversela nafvelplanet 66 cm. Från basen af proc. xifoideus till symfysen 26 cm., från nafveln till symfysen 11 cm. Ingen hufvudvärk. Allmäntillståndet godt. Aftontemp. 37. Puls 124.

^{25/10}. Allmänbefinnande godt. Ingen hufvudvärk. Aftontemp. 38,6.

^{31/10}. Buken mäter i omfång, 7 cm. ofvanför transversela nafvelplanet, 69 cm.; från basen af proc. xifodeus till symfysen 33 cm. och från nafveln till symfysen 15 cm. Ingen ömhet vid palpation. Öfver

baksidan af högra lungans nedre del är perkussionstonen kort och respirationsljudet försvagadt. Öfver båda lungspetsarna särdeles den högra, höres enstaka rassel. Ingen hosta. Afföring efter lavemang. Aftontemp. 38,4. Puls 128.

¹/₁₁ operation. Kloroformnarkos. *2:dra laparotomien.* Snittet lades 2 cm. till höger om det gamla ärrer, och en betydlig mängd vätska af samma beskaffenhet som förra gången uttappades. Därefter sköljdes med ungefär 10 liter koksaltlösning af 41° C. Det mesta af koksaltlösningen uttorkades. En liten bit af mesenteriet sändes till Pathologicum i och för ympning å marsvin. Såret hopsyddes med etagesuturer på vanligt sätt.

⁸/₁₁. Suturen uttagas. Såret läkt. Ascites tyckes ånyo öka. Allmänbefinnande godt. Spontan afföring i dag. Aft.-temp. 39,2. Puls 124. Ingen hufvudvärk.

¹²/₁₁. Ascites betydligt ökad; allmänbefinnande för öfrigt godt.

¹⁸/₁₁. Då ascites alltjämt ökades gjordes i dag operation. *3:dje laparotomien.* Kloroformnarkos.

Ett 4 cm. långt snitt genom ärrer i medellinien. Rensenesuturerna var alldeles reaktionslöst inläkt, och trådarna voro icke ännu resorberade. I buken vätska af samma utseende som förra gången. Omentet var fastväxt vid öfversta delen af det första buksnittet. För öfrigt inga adherenser och inga tecken till förstörade lymfkörtlar eller till sjukdom på serosan. En betydlig mängd vätska uttömdes; därefter spolades med koksaltlösning. Buksåret hopsyddes med katgut n:r 3 i peritoneum och bakre rectusskidan. I aponevrosan rensenesutur och i huden silkwormgut. Temp. på morg. 38 på aft. 38,7.

¹⁹/₁₁. Pat. sofvit godt under natten. Allmänbefinnandet godt. Temp. på morgonen 37,5.

²⁸/₁₁. Under de gångna dagarna allmäntillståndet godt. Öppningar hvarannan dag efter en tesked Cascara.

Ascites ökas å nyo. Spår af alb. i urin i går, inga cylindrar. Suturen uttogos. Såret läkt pr primam.

Temp. på aftonen 38.

²⁹/₁₁. Allmäntillståndet oförändradt. Buken mäter i omfång: 7 cm. ofvan navvelplanet 70 cm., från proc. xifoid. till symfyssen 31 cm. och från navveln till symfyssen 14 cm.

⁵/₁₂. Urinmängd pr dygn 300 kem. Urin af mättad färg, med starkt sed. laterit., spår af nukleoalbumin (inga cylindrar); ej reduc. subst., sp. v. 1,029, ur 36,2 p. m. — i gm. 10,86 d. d. I båda fossæ supr. claviculares något strävt vesikulärt andningsljud med knäppande (ej talrika) rassel; så ock i höger fossa infraclavicularis. Å dessa ställen är ock tonen något kort. Lungor för öfrigt utan anmärkning. Ingen hosta. Hjärta utan anmärkning. Ascitesvätskan ökas. Mått af buken tagna på samma ställen som den ²⁹/₁₁ äro: omkrets 73 cm., symfyssen — proc. xifoideus (spets) 29 cm., proc. xifoidens—navveln 16 cm. Aptit, sömn och afföring äro utan anmärkning.

¹⁶/₁₂. Pat. hostar sedan en vecka tillbaka, dock något mindre på de 2 sista dagarna. Rassel kvarstå å samma ställen som ⁵/₁₂, men äro där talrikare samt förekomma nu äfven i vänstra fossa infracla-

vicul. Tonen å höger lungas framsida kortare än å motsvarande ställen å vänster sida. Å lungornas baksida inga rassel. Hjärta utan anmärkning. Ascites-vätskan ökas fortfarande. Buken är betydligt spänd, men ej öm. Mått tagna som den $5/12$ äro: omkrets 77 cm.; symf.—proc. xif. 32 cm., proc. xifoid—nafveln 17,5 cm. Aptit, sömn och afföring rätt goda. Urin med starkt sed. lateritium, utan albumin och red. subst.

$17/12$. I dag aftappades med Potins apparat 4 liter vätska af samma beskaffenhet som förut.

$24/12$. Pat. i dag gått ut oförbättrad. Buken har sedan den 17 svällt något. Pat. har haft feber omkring $38^{\circ},5$, stundom mer, stundom mindre under hela sjukhusvistelsen.

$16/2$ 99. Pat. inkom åter i går. Buken åter betydligt ansväld. Mått tagna på samma sätt som förut äro: proc. ensiformis—symfysen 38,5 cm., proc. ensif.—nafveln 20 cm., bukens omfång, 7 cm. ofvan nafveln, 84 cm. Buken är så godt som alldeles fylld med vätska, i det vågslag vid den lättaste perkussion kännes öfver alt å den samma. Tympanitisk ton erhålles vid horisontalt ryggläge öfver en zon, hvars nedre gräns når 6 cm. nedom nafveln, och hvars sidobegränsningar skära thoraxkanten ung. 3 cm. lateralt om mamillarlinierna. Lefverdämpning ung. normal. I suturstygnen å operationsärren finnas små anasarkablåsor. Pat. har svårt att intaga ryggläge, emedan då andnöd inträder. Öfver hela höger lungas så väl fram- som baksida förekomma talrika, små, fuktiga rassel. Perkussionstonen är öfver hela höger lunga kortare än å vänster och andningsljudet svagare. Vänster lunga utan anmärkning. Hosta obetydlig; intet expektorat.

Urinen (250 kem. pr dygn) är klar, då den låtes, men grumlas snart af ett starkt sedim. laterit. Färgen är mättad, brunröd; reaktion sur; sp. v. $1,029$, ur 29 $0/00$; spår af albumin och nukleoalbumin; inga cylindrar; ej reducerande subst. Pat. får 75 cgm KJ dagl.

$24/2$. Bukens mått: proc. ensiform.—symfys. 36 cm.; proc. ensif.—nafveln 19,5 cm., omfång 81 cm. Rasslen öfver höger lunga ha betydligt aftagit i antal samt blifvit större och fuktigare. Respirationsljudet bättre och perkussionstonen mindre kort. — Urin (325 kcm. pr dygn) af samma allmänna beskaffenhet som förut; sp. v. $1,027$ ur 28 $0/00$. Ej cylindrar.

$3/3$. Bukens mått desamma som $24/2$. Rassel kvarstå något å höger lungas baksida nedom 7 kotans proc. spin., öfver detta parti är tonen äfven kortare än öfver motsvarande parti af vänster lunga. Äfven finnas rassel (knäppande), kort ton och svagt andningsljud å höger lungas fossæ supra—et infra-claviculares. Lungor för öfrigt utan anmärkning. Urinen (270 kem. pr dygn) af samma allmänna beskaffenhet som förut; den är nu fri från albumin liksom cylindrar. Sp. v. $1,029$; ur $35,8$ $0/00$.

$10/3$. 4:de laparotomien. Som buken börjat växa mera, företogs i dag operation. Ett 5 cm. långt snitt i medellinien. Ett par strängar oment voro fastväxta bakom bukärret, och från samma ställe utgick äfven en 6—7 cm. lång, gåspännetjock sträng till flexura sigmoidea, hvilken åstadkom en trattlik uttänjning af denna tarm. Denna sträng liksom

det adherenta omentet exstirperades. I buken fanns en alldeles likadana vätska som den, som förut aftappats. Inga knottor eller andra förändringar i serosan kunde upptäckas, men körtlarna i tunntarmsmesenteriet voro betydligt ansvalda. *Lefvern kändes hårdare än normalt.* Buken spolades med några liter koksaltlösning, som uttömdes så fullständigt som möjligt. Peritoneum och bakre rektusskidan hopsyddes med en rad fortlöpande katgut-suturer n:r 3. På samma sätt hopsyddes främre rektusskidan. I huden silkwormgut, som ofvan fattade aponevrosen.

^{11/3}. Pat. befinner sig efter operationen väl. Har i natt fått 3 vinlavemang och 3½ sprutor kamfer. Fick i går Vichyvatten och mjölk. I dag fått mjölkmat — får sedan öfvergå till vanlig kost.

Urin (325 kem. pr dygn) fortfarande med starkt sed. laterit; reaktion sur; sp. v. 1,025; ur ⁺ 19,5 0/00; sp. af albumin och särskildt nukleoalbumin (dock ej i mätbar mängd). Enstaka hyalina cylindrar, belagda med uratkorn. Ej red. subst.

^{23/12} 99. Fortsättningen af journalen innehåller endast, att pat. blef så småningom bättre och fri från ascites. Han fick länge små doser jodkalium. I juli 1899 kunde han skickas hem. ^{1/9} började han gå i skolan och har enligt uppgift af ^{17/12} 99 icke försummat skolan en enda dag och är, så vidt föräldrarna förstå, frisk. Enligt bref från modern af den ^{28/3} 1900 var han då fortfarande frisk och enligt bref af ^{80/7} 1900 var han »alltjämt riktigt kry och rask».

Thure K's urinförhållanden:

Dag	Urinmängd	Spec. vikt	Alb.	+ ur 0/00	+ ur i gm pr dygn		Cylindrar
Okt. 11	300	—	—	—	—		—
12	200	—	—	—	—		—
13	350	1,027	spår	28,2	9,8	Röd gul, klar	0
14	325	1,025	»	32,6	10,5	» »	—
15	325	1,018	»	27	8,7	» »	—
16	350	1,016	»	20,8	7,2	» »	0
17	275	—	—	—	—	» »	—
18	250	1,026	spår	39,6	9,9	» något grumlig	0
19	300	—	—	—	—	» klar	—
20	450	—	—	—	—	gulröd, »	—
21	600	1,016	spår	32,6	19,5	gul, »	0
22	325	—	—	—	—	gulröd, »	—
23	450	—	—	—	—	gul, »	—
24	200	1,029	spår	36,6	7,3	» »	0
25	325	—	—	—	—		—
26	350	—	—	—	—		—

Dag	Urin- mängd	Spec. vigt	Alb.	+ ur ‰	+ ur i gm pr dygn		Cylin- drar
Okt. 27	375	—	—	—	—		—
28	200	—	—	—	—		—
29	350	1,031	0	33,4	11,6	gul, något grumlig	0
30	290	—	—	—	—		—
31	340	—	—	—	—		—
Nov. 1	250	—	—	—	—		—
2	350	1,030	spår	37,8	13,1	urin grumlig af urater	0
3	210	—	—	—	—		—
4	270	—	—	—	—		—
5	425	—	—	—	—		—
6	240	—	—	—	—		—
7	300	1,031	spår	40	12	urin tjock, gulröd, (urater)	0
8	310	—	—	—	—		—
9	350	—	—	—	—		—
10	500	—	—	—	—		—
11	350	—	—	—	—		—
12	425	—	—	—	—		—
13	400	1,027	spår	38,4	15,3	urin grumlig (urater)	0
14	300	—	—	—	—		—
15	250	—	—	—	—		—
16	310	—	—	—	—		—
17	400	—	—	—	—		—
18	325	—	—	—	—		—
19	350	—	—	—	—		—
20	425	—	—	—	—		—
21	325	—	—	—	—		—
22	300	—	—	—	—		—
23	280	—	—	—	—		—
24	280	1,030	spår	45,2	12,6	Grumlig (urater)	0
25	—	—	—	—	—		—
26	—	—	—	—	—		—
27	—	—	—	—	—		—
28	—	—	—	—	—		—
29	—	—	—	—	—		—
30	—	—	—	—	—		—
Dec. 5	300	1,029	spår	36,2	10,8	Starkt sed. laterit.	0
16	325	1,028	0	36,2	11,7	» » »	0

1899.

Dag	Urin- mängd	Spec. vigt	Alb.	+ ur ‰	+ ur i gm pr dygn		Cylin- drar
Febr. 16	250	1,029	spår	29	7,25	> > >	0
24	325	1,027	>	28	9,1	> > >	0
Mars 3	270	1,029	0	35,8	9,6	> > >	0
11	325	1,025	spår	19,5	6,3	> > >	{ enst. hyal:a

Undersökningar från Patologiska institutionen.

(Bit af mesenterium och af oment för ympning å marsvin och för mikroskopisk undersökning.)

Ett marsvin, ympadt subkutant å buken den $13/10$ med bitar af oment och mesenterium, dog d. $20/2$ (altså omkr. 4 mån. efter inok.) På inokulationsstället i subcutis en nötstor, ostlik härd. Ingen ansvällning af motsvarande lymfkörtlar. Ingenstädes i öfrigt någonting talande för tuberkulos. I täckglasprep. af ostmassan hvarken med metylenblått, gramfärgning eller karbolfuksin (tuberkelbacillfärgning) några bakterier. Buljongkulturer anlades från hjärtblod och ostmassan. I ingendera någon växt.

Den mikroskopiska undersökningen af peritoneum visar rundcellsinfiltation i de ytliga lagren, särskildt perivaskulärt. Ingenting talande för tuberkulos har påträffats. $27/2$ 99.

Ympning å marsvin den $1/11$ subkutant å buken. Marsvinet dött den $5/1$ 99, (2 mån. efter ympn.). Å inokulationsstället en hasselnötstor frambuktning, ur hvilken under rakningen vid huddesinfektionen före obduktionen framkom en mindre mängd grötlik, gulvit massa. Huruvida under lifvet kommunikation utåt där funnits eller ej, kan ej säkert uppgifvas. Den hasselnötstora, subkutant liggande hålan åt alla sidor skarpt begränsad, fylld af gulvit, grötig massa, som mikroskopiskt visar rikligt med gramfärgbara kokker (i kultur staphylococcus pyogen. aureus). Tuberkelbaciller eller rester däraf lyckades det däremot ej att påvisa. Ingen ansvällning eller ostvandling af lymfkörtlarna i inguines eller annorstädes. Ingenting i öfrigt tydande på tuberkulos. Båda undersökningarna utfördes af assistenten IVAR SEGELBERG.

Sällan har en diagnos synts mig vara mera välgrundad än då jag antog, att Thure K. hade tuberkulös peritonit. Peritonei utseende vid 4 laparotomier, den mikroskopiska undersökningen och de för tuberkulos fullkomligt negativa resultaten af ympningar på marsvin, jämte det förhållandet, att gossen sedan mer än ett år är fullt frisk, tala för, att här endast förelåg en enkel, serös peritonit, och att äfven förändringarna i lungorna och h. plevrasäcken icke voro ef tuberkulös natur.

Fall IV. Elvira J., 40 år och 9 månader. Ogift, från Upsala, intogs ^{17/10} 1899, utskrefs ^{26/10} 1899, n:r 639 A.

Anamnes: *Ascitez + hernia umbilicalis.*

Några ärftliga anlag för nafvelbråck finnas ej.

Patienten har tillförene vistats dels i hemmet och där utträttat de lättare inomhus förekommande sysslorna, dels i främmande hus som sällskapsdam.

Hjärtfel konstaterades redan 1876 af prof. MESTERTON. Läkarehjälp och sjukhusvård har härför sökts flere gånger, men utan någon varaktig förbättring.

Från 1897 daterar pat. den vätskeutgjutning i buken, hon ännu är besvärad af, och som sannolikt gifvit anledning till uppkomsten af nafvelbråcket, för hvilket hon nu blifvit intagen på kir. kliniken. Sommaren 1897 vårdades hon å Diakonissanstaltens i Helsingfors sjukhus för sitt hjärtfel samt för utgjutningar i buken och fötterna; hon erhöll där medicinsk behandling och utskrefs därifrån förbättrad. Hösten förra året var hon intagen å härvarande sjukhus' medicinska afdelning för samma åkommor och utskrefs också då något förbättrad. Ascitesvätska började emellertid snart igen att åter fylla buken, och hon iakttog, att midt i nafveln en liten utstjälpning så småningom utvecklade sig; denna hade nått en nöts storlek, då hon den 3:dje augusti detta år intogs å Akad. sjukhusets medicinska afdelning, då följande diagnos ställdes: *insufficiëntia et stenosis valv. mitralis + ascites + hernia umb.* Den 7 i samma månad blef hon tappad af d:r HEDENIUS, och erhöles ej mindre än 7,000 gr. klar, serös vätska. Bukens omfång 113 cm. Utskrifven den 17 aug. förbättrad, använde hon i hemmet i två veckors tid enbärsdekot; urinmängden, som vid intagandet var 175—200 gram dagligen, steg nu till 700 gr.; men har sedan så småningom sjunkit till 200 gr. under den sista tiden.

Orsak till bråcket. Hvad själfva bråcket beträffar, har det uppkommit så småningom under sista året. Som orsak till dess uppkomst anger pat. följande: den familj, hos hvilken hon var, då hon först märkte antydan till en utstjälpning i nafveln, bodde fyra trappor upp. Ansträngningen att flere gånger dagligen gå uppför dessa trappor samt den rikliga ascitesvätskans tryck mot bukväggen anser hon vara orsaken till bråcket. Pat. lider på senare tid för det mesta af förstoppning och måste för att få afföring oftast använda medicin. Förstoppningen anser hon som orsak till bråcksäckens hastiga förstoring sen i aug. månad, men ej som orsak till dess uppkomst, ehuru hon ej vill förneka möjligheten häraf.

Under första tiden var bråcket fullständigt reponibelt; men alt efter som detsamma tillväxte, gick repositionen mindre lätt; nu är den absolut omöjlig. Sen bråckets uppkomst har pat. för det mesta varit sängliggande, så att detsamma ej mycket besvärat henne. När hon någon gång varit uppe, har det tryck, kläderna utöfvat å detsamma, förorsakat plåga.

Status præsens den 17 okt. 1899. Patientens allmänna tillstånd kroppskonstitution, krafter och näringstillstånd äro efter förhållandena

goda. Lungorna normala. Urin innehåller ägghvita. Urinmängden har sista tiden i medeltal varit 200 gr.

Huden är blek; i pannan och delvis på kinderna samt, ehuru svagare, flerstädes på kroppen är den brunpigmenterad. Conjunktivae äro gulare än normalt. Lefvern kan på grund af den rikliga ascitesvätskan hvarken palperas eller dess undre gräns perkuterats.

Puls: 64 slag i minuten. Hjärtat förstoradt; rel. dämpningens bredd i mamillarplanet 22 cm. Blåsljud vid spetsen; båda aortatornerna med blåsljud.

Bukens omkrets 112 cm. I midten af nafveln en utstjälpning af huden, innehållande vätska, till storleken ungefär som pat. knutna hand, (närmare bestämdt: 8 cm. i transversala planet, 8 cm. i vertikala planet). Den är rundad, kulformig, så när som på en insänkning i dess undre, vänstra del. Den är halft genomskinlig, till konsistensen spänd; den är alldeles oöm, så när som vid sitt fäste vid bukväggen. Huden öfver densamma är blåaktig, ytterst förtunnad. På den främsta delen af bråcksäcken är epiteldeskvamation och lindrig varutgjutning. Reposition har blott under den sista veckan varit omöjlig. Pat. vill erinra sig, sedan den tid bråcket var reponibelt, att bräckporten ledigt genomsläpte ett finger.

Operation den 18 okt. Genom nafvelbråcket gjordes en punktion af bukhålan. Mer än 10 liter af en starkt gulfärgad, i tjocka lager grumlig vätska uttappades. Därefter borttogs hela nafvelbråcket, och ytterligare en mängd vätska uttrann ur buken. Vid *undersökning af bukhålan* fann man nästan inga adherenser. *Omentet* var nästan fettfritt och var hopdraget hela vägen utefter colon, så att det ingenstädes hade en större längd än fem centimeter. *Serosan å tunntarmarna* och colon transversum var normal; *uterus* liten. I *ovarierna* några små retentions-cystor. På *ventrikelns* serosa syntes några små, hvita, bindväfsartade trådar, och hela ventrikel-serosan såg något tjock ut. *Lefvern* var med all säkerhet icke så litet förminskad. Detta var dock svårt att säkert bedöma, emedan den nedre delen af bröstkorgen är så betydligt utvidgad på grund af den höggradiga ascites. Lefverns diafragma-yta kändes ovanligt fast, nästan hård, och gropigt ojäm; däremot var den undre ytan för känseln nästan glatt. *Mjälten* var större än normalt; dess serosa kändes likaledes gropigt ojäm och mycket fast. Lefver och mjälte berörde hvarandra. *Vänstra njuren* var knapt en tredjedel så stor som normalt; den var förskjutbar 3—4 cm. Den *högra njuren* hade åtminstone normal storlek och var ungefär lika mycket förskjutbar som den vänstra. Vid inspektion af lefvern fann man, att dess undre yta och främre rand hade en mörkröd, i brunt stötande färg. Däremot var diafragma-ytan, så långt man kunde se, täckt af en 1—2 mm. tjock, hvit, mycket hård serosa (senig förändring), och i denna seniga svål syntes en mängd gropar från knappnålsstora till ärtstora; i botten af groparna framträdde den mörkbruna färgen hos lefvern. På somliga ställen sammanflyta groparna, på andra ställen kan det vara en □-centimeter eller mer hvit, senig serosa mellan dem.

Peritoneum parietale föreföll öfveralt att vara förtjockadt. Mellan nafveln och symfyssen syntes en utbredd pigmentering, som uppfattades som beroende på äldre blödningar. På andra ställen i nedre delen af buken syntes små färska blödningar. Ofvanför transversela nafvelplanet var peritoneum, så långt man kunde se, dels mera förtjockadt än på andra ställen, dels framlyftadt till åsar, som bildade ett grofmaskigt nätverk, och som syntes väsentligen bero på blödningar i och under serosan.

Serosan i den exstirperade bråcksäcken var i sin helhet förtjockad och försedd med talrika, dels äldre, dels nyare blödningar; dessutom flere fint brun-pigmenterade områden; hela ytan utan märkbara ojämnheter.

Peritoneum och den förtunnade linea alba hopsyddes genom en af knutar flere gånger afbruten katgutsöm. Därefter gjordes incision i mediala randen af hvardera rectusskidan. De mediala ränderna af dessa snitt hopsyddes med hvarandra genom knutsuturer af katgut. Framför denna söm hopsyddes sedermera, likaledes med knutsuturer af grof katgut, de laterala ränderna af samma incisioner. Huden hopsyddes med några silkwormgut-suturer, som äfven fattade främre rectusskidan samt med en fortlöpande söm af fin linnetråd. Förband med vismuth-sublimat pasta och collodium.

Daganteckningar:

Den 20 okt. Omläggning, hudsåret utan anmärkning. I båda lumbalregionerna dämpad ton. Dämpningsgränserna olika vid olika lägen.

Den 21 okt. erhållit 300 gr. koksaltlösning subkutant på morgonen; samma mängd på kvällen. Erhåller dagligen 3 ggr pulver af $\frac{1}{2}$ gr. diuretin + 7,5 cgm fol. digit. Den fria vätskan i buken betydligt ökad. Vid ryggläge når dämpningen på bägge sidor ungefär till främre axillarlinien.

Den 26 okt. Mängden ascitesvätska tyckes ungefär vara densamma som den $\frac{21}{10}$. Utskrifves: »läkt; ascites delvis återbildad».

$\frac{18}{12}$ 99. Ascites har fortf. ökats, så att den nu når upp till transversela nafvelplanet eller högre. Hennes allmäntillstånd är dock bättre än före op. Hon har *icke* ägghvita i urin. Hon har behandlats omväxlande med små doser digitalis + diuretin och med jodkalium (0,50 gm 2—3 ggr dagligen.)

Ett prof af ascitesvätskan hade sändts till prof. Carl Th. Mörner, och erhöles följ. upplysningar:

»Med stöd däraf, att:

1) *sp. v.* är så hög som 1,021,

2) halten af *fasta ämnen* uppgår till 6,12 %, hvaraf 5,20 % utgöras af proteinämnen,

3) *nukleoalbumin* finnes i påtaglig mängd närv.

utgör denna vätska ett typiskt specimen på en s. k. *inflammatorisk ascites*.

I öfrigt innehöll vätskan såväl mukoids substans, som direkt reducerande ämne.»

Mikroskopisk och bakteriologisk undersökning² vid patologiska institutet af utskurna stycken af peritoneum parietale hafva hvarken visat tuberkulos eller någon annan form af kronisk eller akut infektion.

Pat. intogs åter på kir. klin. den ³⁰/₁ 1900, emedan hon icke längre tyckte sig kunna hålla ut med den ökade vätskemängden i buken, ehuru den icke är så som före operationen. Det var min mening att vid ett nytt buksnitt söka få istånd anastomoser mellan v. portasystemet och främre bukväggens vener.

»Hull och muskulatur reducerade. Puls 66.»

Af *urinen* erhöles ett prof omedelbart före operationen. Den var nästan alldeles klar, halmgul, af sur reaktion, sp. v. 1,018, innehåller icke ägghvita eller socker och i sedimentet fans — såvidt man hann undersöka — inga cylindrar eller något patologiskt i öfrigt.

Buk huden är fjällande. I området för vasa epigastr. superfic. inf. afteckna sig å båda sidor lindrigt utspända vener. Ofvanför transversela nafvelplanet inga utspända vener.

Operation ³⁰/₁. »Buksnitt 2 cm. till höger om medellinien med förskjutning af mediala randen af musc. rectus abdominis. Några tunnarmar voro fastvuxna vid främre bukväggen, så att det var rätt svårt att komma in i bukhålan; likaledes var det tunna atrofiska omentet fastväxt vid bukväggen liksom också en del af colon transversum och delvis äfven mjälten.

Sedan vätskan, som hade samma utseende som vid föregående operation, uttappats och uttorkats med kompresser, så undersöktes peritoneum parietale och lefvern. Det visade ungefär samma utseende som vid förra operationen.

Därefter gneds lefverns serosa och serosan å främre bukväggen lindrigt med kompresser, fuktade med 4-%ig lapislösning. Det var en riklig vaskularisering af bukväggen, så att det blödde mer än vanligt vid buksnittet och äfven inne i bukhålan tycktes det blöda lättare än vanligt.

Under operationen 525 cem. koksaltlösning subkutant.

5,30 e. m. Puls liten, 50 i min. Kamfer, stryknin, vinlavemang.

7,45 e. m. 700 gr. koksaltlösning under huden.

8 e. m. Puls 52—64 i min. Temp. + 36,9° C.

Under natten puls omkring 80, något ojämn, men täml. stark.

¹/₂ 1900. 6 f. m. kände sig patienten mycket trött, ej fått sofva under natten. Pulsen oförändrad. 600 cem. sprit-koksaltlösning subkutant.

8 f. m. Puls mycket svag. Patienten mycket matt. Temp. + 37,9° C.

9,20—9,45 f. m. erhöles patienten 1500 cem. koksaltlösning intravenöst, då pulsen gick ned från 96 till 85 slag i min. Kamfer, morfin.

Urin: Gul, grumlig, sur. Sp. v. 1,022. Ej socker. Alb. ¹/₂ 0/100.

I sedimentet hvita blodkroppar, rätt talrika, korniga och åtskilliga epitelcylindrar.

För öfrigt erhöill patienten under dagens lopp vid lämpliga tillfällen kamfer, eter, koffein, digitalis.

7,20 e. m. Död.

Vid andra laparotomien uttogos 2 bitar af peritoneum parietale och en af omentet och undersöktes mikroskopiskt och bakteriologiskt af assistenten P. HAGLUHD. Endast aëroba kulturer anlades. De blefvo alla sterila. Mikroskopiskt iaktogs en kronisk, på sina ställen en subakut peritonit (se sid. 7.)

Professor C. TH. MÖRNER'S utlåtande om ascitesvätskan:

Att densamma — såsom egande en *sp. v.* af 1,021, en halt af fasta ämnen på 5,95 %, en halt af proteinämnen på 4,88 % samt innehållande nukleoalbumin — i intet väsentligt skiljer sig från den, som den 18:de sistlidne okt. lemnades mig till undersökning. Typen är oförändrad.

Sektion d. $\frac{2}{2}$ 1900 (å liket efter *Elvira J.*) af professor SUNDBERG.

Kroppen något undersätlig. Allmänna hudfärgen blek, i ansiktet med en anstrykning af blekt gulbrunt. Hull något slapt. Öfver pektoralerna och i armbågsveckan märken efter insprutningar, så ock å benen. Bukbetäckningarna något slappa, skrynkliga. Ingen anasarka.

Ett laparatomisnitt i kroppens medellinie af 15 cm. längd — nedre spetsen 10 cm. ofvan symfyssen — är hopsydt med ytliga och djupa suturer och rent. De genomskurna väfnaderna lindrigt blodigt infiltrerade, fuktiga. De genomskurna bröstbetäckningarna likaledes ödematösa. Vid borttagandet af nämnda suturer upphämtades mellan de särskilda etagen af suturerna ungefär ett par matskedar tjockflytande, mörk, ren blod, hvarefter ur själfva buk-kaviteten tömdes ungefär 3 l. mörkt rödfärgad, tunnflytande, äfven i tunnare lager något ogenomskinlig, altså starkt blodhaltig vätska, som i djupare delar var något uppslammad af fibrin.

Omentet är starkt hemorragiskt infiltrerad af färska, mörkt blodröda blödningar och här och där mellan sammanlödningarna mellan omentet och en del tunntarmslyngor upphämtas blodlefrar. Omentet dessutom sammanvuxet med bukväggsperitoneum, från hvilket det med någon möda lossas.

Tunntarmarna befinnas sammanbakade till ett sammanhängande kylse, som i form af ett konvolut ligger draget inåt radix mesenterii. Utan större svårighet särskiljas dock de enskilda slyngorna, hvilka därvid befinnas öfveralt, där de med sina fria ytor vetta mot peritoneum, belagda med fibrinösa, tunna membran af rostbrun färg, medan sidodelarna och de djupare bakre delarna liksom mesenteriet äro glatta och glänsande, utan dylika beläggningar. Däremot fortsätta sig enahanda beläggningar såväl öfver peritoneum parietale som öfver coecum, colon ascendens och transversum, för såvidt dessa tarmdelars ytor vetta fritt inåt peritoneum. Förutom nu nämnda, akuta, fibrinösa beläggning å peritoneum befinnes å *peritoneum* själfva hinnan diffust förtjockad öfver hela bukkaviteten och efter aflossandet af de fibrinösa beläggningarna grumlig, liksom luddig, fläckvis skifferfärgad, fläckvis rostfärgad. Särskildt till vänster om kroppens medellinie ofvan nafveln är peritoneum

synnerligen tjockt, vid insnitt t. o. m. svåligt, hvarjämte hinnans insida företer talrika, olika stora ulcerationer af oregelbunden beskaffenhet, mellan hvilka hinnan för öfrigt framskjuter i valkar af olika tjocklek, så att hinnan fläckvis ser ut som vore i den inslagna en mängd små sår med skarpa kanter, liksom uthuggna, i storlek växlande från 1—6 mm. i diameter, i allmänhet runda.

Lefvern, som likaledes är betäckt af liknande fibrinösa beläggningar, är starkt uppskjuten mot kotpelaren och således lemnande ett vidt mellanrum mellan främre bukväggen och lefverytan, som äfvenledes liksom diafragma är betäckt af fibrinösa beläggningar. Äfven ventrikelns främre yta, omedelbart intill colon transversum sålunda belagd liksom vänstra diafragmahalvvet.

Diafragmats högsta hvälfning till höger vid 4:de, till vänster vid 5:te refbensinterstitiet.

Lungorna fria i sina hålror liksom hjärtat. Ur hjärtsäcken uppsamlas ungefär 200 ccm. klar, något grönaktig vätska. Hjärtats högra hälft, särskildt förmaket, äfven kammaren, höggradigt utspända af blod, vänstra kammaren starkt kontraherad.

Lungsäckarna innehålla en ej ökad vätskemängd.

Vid uttagandet af hjärtat framvälla betydliga mängder — 150—200 ccm. — mörk blod ur högra halfvan.

Hjärtat något större än likets knutna hand, måttligt fettbelagdt, *pericardium* glatt; kamrarna dilaterade, särskildt den högra; *ostium venas. dextr.* öppet endast för ett finger; resp. valvler skrupna, sammanlödda, ej väsentligt förtjockade. *Ost. venos. sin.* likaledes öppet endast för ett finger; valvlerna trattlikt sammanlödda, fasta, förtjockade, med uppdrifna slutningsränder, öfvergående äfven på chordæ tend.

Pulmonalart. och *aorta* öppna, valvlerna utan anmärkning.

Myokardiet i vänstra kammaren tunnare än vanligt, i högra lindrigt hypertrofiskt. Snittytan grå, grumlig, torr. Koronarkärlen förete spridda, sklerotiska fläckar.

Lungorna måttligt blodrika, lindrigt hypostatiska i de nedre delarna, som förete minskad lufthalt.

Mjälten. Vikt 220 gm, konsistens något sladdrig, ej seg, ehuru ej lös; kapseln starkt, oregelbundet förtjockad, med talrika sammanflytande öar och åsar, som mäta i tjocklek 4 mm., där de äro tjockast; kapseln härstädes fast, nästan som intervertebralt brosk. Snittytan mörkt rödbrun; parenkymet å snittet tämligen löst. I båda polerna anträffas ungefär valnötstora, hemorragiska, infiltrerade, infarktliknande, torra härdar; till sitt läge motsvaras dessa af abnormt inträdande kärl, som ligga inbäddade i peritonitiska adherenser.

Mesenteriet i genomsnitt ödematöst.

Lefverns vikt 1 kgm. Organet tämligen starkt förminskadt, för känseln ovanligt segt. Kapseln höggradigt förtjockad på samma sätt som nyss nämnts om mjälten. Parenkymet är i snittytan gulbrunt, starkt granuleradt, med granula olika stora, men i allmänhet små, högst ärtstora, upphöjda öfver ytan, gulgrå, på de nedsänkta omgifvande ringarne mera gråröda. Parenkymet för öfrigt grumligt och löst. Den förtjockade kapseln är öfveralt tämligen väl begränsad mot underlig-

gande parenkym och nedskjuter ej i detta med några utsprång eller strängar. Därjämte anmärkes, att man kan uppdelas kapseln liksom i 2 blad, af hvilka det tunnare, djupare motsvarar i tjocklek den ursprungliga lefverkapseln, medan det ytliga, ända till 4—5 mm. tjocka, förefaller såsom mera fristående nybildad väfnad.

Pankreas utan anmärkning.

Vänstra njuren hälften så stor som vanligt, inbäddad i rik fettväf. Kapseln lossnar med någon svårighet, hvarvid parenkym medföljer. Ytan därunder fint jämt granulerad. Njurens konsistens seg, fast. Barken tunn, 3—4 mm., otydligt tecknad, brungrå. Bäcknen, pyramider utan anmärkning. Arteren något förträngd, dock i jämförelse med den högra ej i nämnvärd grad.

Högra njuren af normal storlek; lös, grumlig bark med otydlig teckning; konsistensen lös, men på samma gång för fingertryck något seg (börjande kroniskt interstitiella förändringar?)

Ovarierna skrumpna, cystdegenererade.

Tarmkanal utan anmärkning.

Författaren tillkallades till pat, och den första operationen företogs, emedan det hotade att blifva gangren i säcken till nafvelbråcket. Jag ansåg det redan före operationen såsom sannolikt, att den väsentliga orsaken till pat.'s ascites vore en kronisk inflammation i serosan och ej hennes hjärtfel. Efter operationen kände pat. stor lättnad, albuminurien upphörde, och ascites återbildades jämförelsevis långsamt. Då hon efter ungefär 3¹/₂ månad önskade en ny laparotomi, så ansåg jag det berättigadt och riktigt att företaga en sådan operation, emedan jag hoppades kunna framkalla en utbredd, kemisk,¹⁾ adhesiv peritonit och därigenom åstadkomma talrika anastomoser emellan grenar af v. portasystemet och venerna i bukväggen. Då tillkom en omständighet, som jag icke beräknat, nämligen blödnigen under och efter operationen. Denna kan dels hafva varit en följd af en ökad hyperemi i subserosan i sammanhang därmed, att en utbredd adhesiv peritonit utvecklats sedan sista operationen. (Jämför äfven den mikroskopiska undersökningen af de utskurna bitarna sid. 7!) Dels torde blödnigen kunna anses som ett stasisfenomen, beroende på hjärtats svaghet. Det torde väl hafva varit blödnigen (se obduktionsprotokollet!) och den akuta fibrinösa peritoniten efter lapisbehandlingen, som, möjligen jämte efterverkningarna af eternarkosen, bragte det flämtande hjärtat att stanna. Det var en typisk »Zuckergussleber». För beskrifningen af de kroniska förändringarna i peritoneum hänvisas också till obduktionsprotokollet.

¹⁾ Serosan behandlades med lapislösning.

Epikrise.

De fire Sygehistorier, som Prof. LENNANDER har meddelt, belyse nogle Forhold ved Ascitens Genese og en Sygdoms-proces, den simple seröse peritonitis, der i Almindelighed ikke ere meget påagtede. Årsagen hertil ligger dels i, at Sygdommen næppe tages tilstrækkelig i Betragtning, hvor den optræder som Komplikation til andre Lidelser, dels i, at den, hvor den optræder »idiopatisk«, i det overvejende Antal Tilfælde har et så godartet Forløb, at der sjældnere bliver Lejlighed til Avtopsi, enten post mortem eller ved Operation. De fleste Tilfælde, der ere meddelte under Navn af simpel exsudativ peritonitis, idiopatisk ascites, peritonitis rheumatica, ere grundede udelukkende på klinisk Iagttagelse, der, hvor værdifuld den er, dog ikke kan undvære at fuldstændigøres ved Avtopsi, når det drejer sig om at fastslå en tvivlsom Sygdomsproces' Natur. Den Interesse, der knytter sig til de LENNANDERSKE Tilfælde, beror da i ikke ringe Grad på, at der i dem har været Lejlighed til at få et Indblik i peritonæums og Underlivsorganernes Tilstand og desuden på den anvendte Behandling og dennes Resultater. Inden vi gå ind på en Analyse af de enkelte Tilfælde, vil det være hensigtsmæssigt at præcisere de Forhold, hvorunder ascites overhovedet optræder.

Ansamling af serøs Vædske i peritonæum forekommer dels ved Betændelse af den seröse Hinde og da navnlig tuberkuløs og kankrøs Betændelse, dels ved universel Stase som Følge af Hjärtesygdomme eller lokal Stase ved mekanisk Hindring for Portåreblodets Afløb (især Levercirrose), dels endelig ved Hydræmi som den forekommer ved kronisk nephritis og kakektiske Tilstande af forskellig Oprindelse. Selvfølgelig kan Forholdene være komplicerede, idet to eller flere af disse Sygdomme kan findes sammen.

Hvad først Betændelsen angår, så er det sikkert nok, at den i det overvejende Antal Tilfælde er tuberkuløs eller kankrøs. De simple, såkaldte reumatiske Peritoniters Område er bleven mere og mere begrænset, såvidt, at man endda har betvivlet deres Existens. Udviklingen er her gået i samme Retning som for de analoge Pleurabetændelsers Vedkommende.

Scepticismen støttedes yderligere, da man gjorde den Erfaring, at en tuberkuløs peritonitis kan hele både spontant og som Følge af Operation.

Der kom dog stadig fra Tid til anden Meddelelser om Tilfælde, hvis hele Forløb syntes at retfærdiggøre Antagelsen af en ikke specifik Betændelse.

I Tidens Løb er der også samlet nogle få Avtopsier, der i Forbindelse med de LENNANDERSKE Tilfælde ikke lade nogen Tvivl om, at der foruden den tuberkuløse og kankrøse Betændelse i peritonæum også forekommer en simpel Betændelse, der kan være Årsag til ascites. Til Støtte for yderligere Betragtninger skal jeg i Korthed anføre de Tilfælde, jeg har kunnet samle.

- 1) BAUER: Ziemmsens Handbuch VIII. 2en Del. 1875, Side 391.

33-årig Kvinde. Hun har i 3 Måneder haft svullent Underliv, men kun ringe Smertefornemmelse. Ingen Feber. Afvexlende Obstipation og Diarré. Menstruationen er udeblevet under Sygdommen. Efter kort Tids Ophold i Hospitalet fik hun Kopper og døde.

Sektion: I Underlivet en stor Mængde temmelig klart Serum. Der er perihepatitis fibrosa adhæsiva. På Overfladen af Tarmen små Bindevævstotter. Stærk Katarr i Ventriklen. Galdeblæren indeholder Sten og er indlejret i Bindevæv. I rectum et noget stenoserende Ar.

- 2) BENGEL: Über chronische Peritonitis. Inaug. Diss. Berlin 1877.

4-årig Pige. Hun har i flere Uger haft ascites, opstået i Tilslutning til et Slag i Leveregnen. Indlægges d. ¹⁴/₁₁ 73.

Status: Middeldgod Ernæring. Normal Tp. Ingen Albuminuri. Stærk ascites.

¹⁶/₁₁. Punktur med Udtømmelse af c. 4 Liter klar Vædske, albuminrig; asciten reproduceredes. I Begyndelsen af December blev hun svagere, fik Bronkialkatarr, medens ascites svandt. Død d. ²¹/₁₂.

Sektion: Meget mager. Der er $\frac{1}{2}$ Liter Vædske i Underlivet. Tyndtarmsslyngerne fast sammenvoxede indbyrdes. Peritonæum er ualmindelig tyk, glansløs; flere Steder er serosa og det subserøse Væv tilsammen $\frac{1}{2}$ —1 Cm. tyk. Mesenteriet og Omentet stærkt skrumpede. Der er perihepatitis hæmorrhagica; det må antages, at denne skyldes det omtalte Slag og at den øvrige peritonitis er udgået derfra. Leveren er ellers normal. Tarmslimhinden bleg. Der er pleuritis serofibrinosa d.

3) HENOCH: Über einen durch Laparotomi geheilten Fall von chronische Peritonitis. Berlin. klin. Wochenschr. 1891, S. 689.

5-årig Pige. Stirps sana. Ved Juletid begyndte der under forövrig fuldständig Velbefindende at udvikle sig ascites i Tilslutning til et Fald på Underlivet.

Status ³/₂: Blomstrende Udseende. Stärk ascites; ingen Smerte eller Ömhed af Underlivet. Ingen Albuminuri. Symptomer på pleuritis exsudativa d.

⁵/₂. Punktur (1150 Kcm. serös albuminrig Vädske). Pat. reagerer ikke på Tuberkulinindspröjtning. Plevriten svandt og d. ¹⁵/₂ konstateredes normale Forhold over v. Lunge. Asciten reproducerer sig og punkteres 2 Gange, sidst d. ¹⁶/₃. Da den atter reproduceres göres Laparotomi.

Peritonæum parietale injiceret, fortykket og besat med en Del små Knuder der ligner Tuberkelgranulationer, Periton. på Tarmen glat. Der fandtes ved mikroskopisk Undersögelse intet der lignede Tuberkler eller Tuberkelbaciller i Vävet. Efter Operationen recidiverede ascites ikke.

4) RIEDEL: Münchener medicinische Wochenschrift, 1892.

19-årig Mand. Stirps sana. I 4 og 7 Års Alderen havde han Kighoste. Samtidig med det förste Kighosteanfald begyndte Underlivet at svulme. For 8, for 6 År og for 4 Uger siden er der ved Punktur udtömt en stor Mængde Vädske. Han har passet sit Arbejde indtil nuvärende Sygdom begyndte med Feber og Kulderystelse.

Status: Forholdsvis lidt udviklet, mager. Stärk Ascit. Tegn på dobbeltsidig pleuritis. Urinen indeholder lidet Albumin. Tp. 41,2. Död efter et Par Dages Forlöb.

Sektion: 15 Liter lys opaliserende serös Ascitesvädske. Alle Underlivsorganer sammenloddede i et Paket og omgivne af aragtig og stråleformet fortykket peritonæum. Leverkapslen fortykket (»Zuckergussleber«). Leveren förövrig normal. Nyrrer og Milt normale. Symphysis pericardii. Pleuræ fortykket, og det er Vädske i bägge Kaviteter.

5) PASQUIER: Cirrhose hypertrophique du péritoine. Arch. gén. de méd. 1897, II, S. 651.

48-årig Mand, indlagt ²⁰/₇ 1897. 5 Måneder för Indläggelsen begyndte ascites; 14 Dage efter at denne var optrådt kom der også Ödem af Benene; Intensiteten af Hydroperne har väret noget varierende. Han er punkteret 4 Gange, sidste ⁵/₇ (7, 8,9 og 9 Liter). Han har aldrig haft Syfilis og er ikke Alkoholist.

Status: Mager. Stärk Ascit. Ödem af Underextremiteterne. Ingen Albuminuri.

Kräfterne tog af og han døde efter nogle få Dages Forløb pludselig under et Anfald af Dyspnoe.

Sektion: Rigelig klar Ascitesvædske. Peritonæum både visceral og parietal, er meget fortykket (3—4 Mm.), hvid skinnende, meget hård. Tarmene indbyrdes sammenvoxne. Leveren noget formindsket (1200 Gr.), omgivet af en skinnende, fibrøs, tyk Kapsel. Hiluskarrene ikke komprimerede. Ingen Strukturforandring. Ventriklen stærkt formindsket, pansret af fortykket peritonæum. *Nyrerne* lidt formindskede, blodrige. *Milten* lille, hård. Lymfekirtlerne i Underlivet er ikke svulne. Brystorganer frembyder intet abnormt. Der er intetsteds Spor af Tuberkler.

Mikroskopisk findes i Tarmen en enorm Fortykkelse af serosa og subserosa; nogle Steder ses Rundcelleophobninger; intetsteds Tuberkler eller Tuberkelbaciller.

I en Del Tilfælde har den kroniske peritonitis ikke været universel, men begrænset til den øverste Del af Peritonealhulen, især til Leveren. Det er den Lidelse der er beskrevet som perihepatitis hyperplastica chr., »Zuckergussleber» (CURSCHMANN, RUMPF, HÜBLER, SCHMALTZ & WEBER). Leverens Kapsel er stærkt fortykket, senet, hvid, skinnende; Leveren ser ud som den var kandiseret. I PASQUIER's ovenfor anførte Tilfælde fandtes hele peritonæum i denne Tilstand, men i Reglen er den begrænset til Leveren og de omliggende Dele af peritonæum. Sygdommens vigtigste eller oftest eneste Symptom er en rigelig og efter Udtømmelsen idelig recidiverende ascites; i RUMPF's Tilfælde punkteredes således 301 Gange og der udtømtes 10—20 Liter hver Gang. Asciten skyldes ikke nogen Hindring for Portåreblodets Afløb, idet Portåren ikke sammentrykkes og Leverens Struktur holder sig normal.

Hvorvidt man vil kalde de her anførte Tilfælde for idiopatisk peritonitis afhænger af, hvorledes man vil opfatte dette Ord. Det er mulig at Peritoniten i BAUERS Tilfælde er udgået fra en Lidelse i Galdeblæren; i BENGENS er det primære formentlig en traumatisk perihepatitis; i HENOCHS og RIEDELS fandtes pleuritis, i RIEDELS tillige kronisk pericarditis; det er muligt at disse Betændelser ere de primære. I PASQUIERS og i nogle af Tilfældene af hyperplastisk perihepatitis (således i HÜBLERS) fandtes ingen anden Forandring, der kunde tænkes at være Udgangspunktet. Det har forsåvidt også mindre at sige om Tilfældene er idiopatiske i den strengeste Betydning af Ordet; det er den kroniske peritonitis, der ganske har behersket Sygdomsbilledet og det er udenfor al Tvivl, at det er den, der

har været Årsag til Asciten. Står det således fast, at kronisk Peritonit kan foranledige ascites, må man spørge sig, om den ikke hyppigere spiller en Rolle ved ascites' Genese — Betændelse i peritonæum er jo en hyppig Komplikation ved de Sygdomme, under hvilke der optræder ascites. Det er nødvendigt, før vi gå nærmere ind på dette Spørgsmål, at undersøge, hvorledes selve Ascitesvædsken fysikalsk og kemisk forholder sig i de forskellige Sygdomme og, om der kan påvises noget bestemt Forhold mellem de anatomiske Forandringer i peritonæum og Vædskernes Sammensætning, eller om denne afhænger af andre, ikke lokale Indflydelser.

Det fremgår af en Række Undersøgelser, foretagne af forskellige Forskere (REUSS, RONEBERG, MÉHU, PAJKULL, HALLIBURTON), at Ascitesvædsken i de Tilfælde, hvor der foreligger utvivlsom Betændelse af peritonæum, i Reglen har en høj Vf. og er albuminrig, medens den har en lav Vf. og er albuminfattig under hydrämiske Tilstande. Midt imellem står Stase-transsudaterne.

RONEBERG, der vel er den der har størst Fortjeneste af disse Analyser, finder som Regel

	Maximum	Minimum
ved nephritis	1010	1007
Levercirrose	1014	1008
alm. venös Stase	1013	1007
kankrös peritonitis	1023	1014,5

Med Hensyn til Albuminholdigheden finder han som Middeltal:

ved Hydrämi	0,21 %
» Portårestase	0,97 %
alm. venös Stase	1,69 %
tuberkulös Peritonit	3,71 %

Hvor der er Betændelse i peritonæum, indeholdt Vædsken i Følge PAJKULL og RONEBERG Nucleoalbumin, der efter PAJKULLS Anskuelse skriver sig fra de hvide Blodlegemer og afstødte Peritonealceller eller Svulstceller.

Det er dog, hvad RONEBERG også udtrykkelig fremhæver, kun med megen Omsigt, at man tør drage Slutninger om den til Grund liggende Sygdom af Vædskeundersøgelsen. I de enkelte Tilfælde er Forholdene ikke sjælden så komplicerede,

at det er vanskelig klinisk at værdsætte den Indflydelse, man må tillægge de enkelte Faktorer. Betændelse hos hydrämiske og kakektiske Personer giver ikke den samme Vædske som hos ikke kakektiske; Stase og Betændelse, Stase og Kakeksi kan betinge Afvigelser fra Reglen; det må tages i Betragtning, at Vædske, der har stået lang Tid i peritonæum, er albuminrigere end friskt Exsudat. Under den almindelige venöse Stase ved Hjærtesygdomme har Asciten en højere Vf. og er albuminrigere end ved udelukkende Portårestase. RUNEBERG forklarer dette dels ved den dårlige Blodbeskaffenhed, der i Reglen findes hos Cirrotikere, dels ved, at Sidetrykket i Bughulens Kar under Hindring for Portåreblodets Afløb må antages at være større end under universel venøs Stase, så at forholdsvis mere Vand transsuderer. Der er dog indenfor de enkelte Grupper en ikke ringe Variation i Vædskens Sammensætning. RUNEBERG fandt Albuminholdigheden i Asciten fra en Cirrotiker ved første Punktur at være 2,68 %, den sank ved de følgende Punkturer og blev tilsidst 0,59 %; han forklarer det ved en tiltagende Hydræmi. Under universel Stase kunde Albuminmængden falde til 0,84 %; MÉHU's Tal variere endnu mere. Man ser også af de opstillede Tabeller, at maximum af de såkaldte Stasetranssudaters Vf. og Albuminholdighed ligger over minimum af de Tal, der kan findes ved Betændelser. Kort sagt, Forholdene ere så indviklede, at man må give OTT og CITRON, der fremføre nogle oplysende Tilfælde til Støtte for deres Anskuelse, Ret i, at man af Vædskens Sammensætning ikke i Praxis kan drage nogen ganske sikker Slutning om den til Grund liggende Lidelse.

Om de Forandringer, der i sidste Instans betinge ascites, vide vi intet sikkert. Man har lige til den nyeste Tid diskuteret, hvorvidt det drejer sig om vitale Processer eller om rent fysikalske. Som Sagen står nu, synes det rimeligst, at Hovedvægten må lægges på de vitale Processer. Hvor megen Andel der i det enkelte Tilfælde eller i de enkelte Former af ascites tilkommer forøget Afsondring af Vædske, og hvor meget der beror på formindsket Resorption, lader sig heller ikke for Tiden afgøre. Den experimentelle Basis for Spørgsmålene er endnu meget usikker. Det gælder da om så nøje som mulig ad anatomisk og klinisk Vej at præcisere de Forhold hvorunder ascites forekommer.

Vi må her i første Række undersøge, hvilken Rolle Forandringer i peritonæum selv spiller. At hele Vægten ved Betændelserne, både de akute og kroniske, må lægges på dem, er klart nok. Men peritonæum er sikkert heller ikke indifferent i Stasetranssudaternes Genese. Det er ikke rimeligt, at Transsudationer foregå udelukkende af mekaniske Grunde som en simpel Filtration. Man finder ved Cirrose undertiden Asciten på et Tidspunkt, hvor der endnu ikke kan antages at være nogen væsentlig Hindring for Portåreblodets Afløb. En klinisk Kendsgärning, der heller ikke let forstås ud fra Antagelse af, at Asciten skyldes rent mekaniske Årsager, er dens Helbredelighed. Man kender adskillige ved Sektion verificerede Tilfælde, hvor en Behandling med Mälkediät og Kalomel eller Midler, der virke på Karrene som Jodkalium og Sekale, har bragt en ascites hos en Cirrotiker til at svinde; som Følge af Diätfejl har den så atter kunnet recidivere, for så atter at helbredes og således har det kunnet gå flere Gange. Undertiden opstår den ganske pludselig efter et Trauma eller en Kuldeindvirkning (POTAIN, MERKLEN). Spørgsmålet belyses af et Par Forsøg over Hydropers Opståen andetsteds. RANVIER underbandt vena femoral. på en Hund, uden at der kom Ödem af Benet; overskar han derimod samtidig n. ischiadicus, kom der Ödem. ROGER & JOSUÉ underbandt Venerne fra Öret på en Kanin; der kom først Ödem når de samtidig indspröjtede steriliserede Kulturer af proteus vulgar. subkutant på Öret; de forklare deraf, at man ikke får Ödem efter aseptiske Vene-ligaturer, men vel efter septiske Flebiter og Tromboser, selv når Obliterationen er ufuldständig.

Der er da Grund til at antage, at Ernäringsforstyrrelse i peritonæum og Portårerödderne spille en væsentlig Rolle ved Transsudationen. Man miskender derved ingenlunde den Betydning Stasen har. Der indtræder så meget lettere Forandringer i peritonæum og Karrene, når Blodet stagnerer, og isär da når det som ved Cirrose sikkert indeholder en Del toxiske Stoffer. Man forstår derved, at en antitoxisk Behandling kan have en gunstig Indflydelse på Asciten, ligesom også Udvikling af Kollateralbaner kan have det. Det er heller ikke sjældent at finde anatomiske Forandringer af peritonæum hos Cirrotikere eller ved Hjärtesygdomme. Først og fremmest perihepatitis, dernäst også Fortykkelse af den övrige peritonæum og Degeneration af dens Epitel, så den får et glanslöst

Udseende. RENDU har foretaget en omhyggelig klinisk og anatomisk Undersøgelse af en Række Tilfælde af Hjärtesygdomme med ascites og kommer til det Resultat, at Årsagen til Asciten meget ofte er en kronisk peritonitis.

I de Tilfælde, som BAHRS og STEINBRÜCK har meddelt som simpel kronisk peritonitis, var denne en Komplikation ved en Hjärtesygdom. I Tilfælde af ascites ved Levercirrose har DIEU-LAFOY og TROISIER påvist Betændelse i og om Portårens Rødder i Tarmen. Jeg har selv haft min Opmærksomhed henvendt derpå og fra flere Tilfælde af Cirrose og Hjärtesygdomme, der er komne til Sektion, har jeg undersøgt Stykker af Tarmen. Som Regel er serosa og subserosa fortykkede og tættere i Strukturen end normalt; det er meget almindeligt at finde perivaskulær Rundcelleinfiltration ikke alene her, men også i submucosa og ikke sjældent er Epitelet i de fine Kar svullent og kubisk. Man må imidlertid ikke overse Muligheden af, at det er den ophobede Ascitesvædske, der har virket irriterende og fremkaldt disse Forandringer; i nogle Tilfælde af Cirrose uden ascites, som jeg undersøgte, fandtes de ikke. Men set i Sammenhæng med alle de øvrige Tegn på Betændelse af peritonæum, som man kan finde, er det ikke urimeligt at antage disse Karforandringer for primære i Forhold til Asciten. Der tilkommer da sikkert disse Betændelsestilstande, hvor de optræder som Komplikation til andre Lidelser, en ikke ringe Andel i Ascitens Genese. Det er berettiget at tillægge dem denne Betydning, dels i Betragtning af Vanskeligheden ved ad mekanisk Vej alene at få en tilstrækkelig Forklaring på Asciten, dels fordi man kender et vist Antal Tilfælde, hvor en idiopatisk peritonitis har forårsaget ascites. At man foruden disse egentlige Betændelser også må tage rene Degenerationstilstande og nervøse Indflydelser med i Betragtning ved Bedømmelsen af Ascitens Genese viser forskellige Tilfælde. Ét i sin Art enestående Tilfælde har KLEBS meddelt: Magert 10 Års Barn med stærk ascites, der idelig var recidiveret trods gentagen Paracentese. Vædsken var mælket, albuminrig og indeholdt Fedt. Der fandtes ved Sektionen ingen Cirkulationshindringer. Peritonæum frembød intet andet abnormt end Fedtdegeneration af Epitelet.

Nervøse Forstyrrelser spiller måske en Rolle i de ikke få Tilfælde, der er meddelt, hvor ascites optrådte i Tilslutning til Menstruationsanomalier, navnlig hos unge Piger i Puberteten

för eller ved den förste Menstruationstid (CRUVEILHIER: Ascite des jeunes filles, VIERORDT, QUINCKE, WINGE, HAGELSTAM).

Prof. LENNANDERS 4 Sygehistorier belyse klart de peritoneale Forandrings Betydning for Asciten. Vi gå nu over til en nærmere Analyse af Sygdomstilfældene.

Hvad *Augusta S.* angår drejer det sig om en Patient, hvis Sygdom begyndte med noget ubestemte Symptomer: Smerter i Lændegnen og Smerter i Underextremiteterne; der kom Ödem af disse og derpå ascites uden Smerter i Underlivet; samtidig led hun af Dyspnoe og Hjärtebanken. På den medicinske Klinik (Prof. HENSCHEN) konstateredes det, at hun led af nephritis, der var ret rigelig Albumin og talrige Cylindre i Urinen. Asciten måtte under Hospitalsopholdet tappes 37 Gange, 10 Liter ad Gangen. Der foreligger en udførlig Analyse af Vädsken ved PAJKULL; dens Vf. var 1012 og den indeholdt Nucleoalbumin. Da Asciten trods alt stadig reproduceredes, oveflyttedes hun til den kirurgiske Klinik, hvor Prof. LENNANDER gjorde Laparotomi på hende. Der fandtes en Fortykkelse af peritonæum parietale af det ejendommelige Udseende, som Prof. LENNANDER ovenfor har beskrevet. Omentet indeholdt store Kar og var fastvoxet til Bugvæggen. Da man gik ud fra, at det drejede sig om en simpel kronisk peritonitis og derfor fandt det rationelt at mindske Blodtilførslen til peritonæum afklippedes Omentet. På Leveren fandtes tillige fibrös perihepatitis dels som Adhärenser, dels som aragtige Fortykkelser. Nogle Uger efter Operationen indfandt menses, der aldrig för havde været tilstede, sig for förste Gang. Asciten reproduceredes ikke. Nefriten bedredes.

Da Pat. 3 År derefter måtte underkaste sig Operation for et Bugvægsbrok var peritonæum, såvidt man kunde se og föle, ganske normal. Albuminurien var svunden. Den sidste Meddelelse om Patienten er fra ¹³/₉ 1900 d. e. 8 år efter operationen; hun er stadig rask og uden Ascites.

At der hos en Pat. med nephritis og dårlig Hjärtevirksomhed optræder Hydroper, også ascites, vil i Almindelighed forklares som Udslag af en universel Stase eller af en Hydræmi. Når Hydropet imidlertid så overvejende og i lange Tider udelukkende som i dette Tilfælde er lokaliseret til peritonæum, slår Forklaringen ikke længere til. Man måtte da tænke på en lokal Hindring for Blodlöbet i Underlivet. Vädskens lave Vf. kunde også lede Tanken i den Retning.

For en sådan foreligger imidlertid slet ingen Holdepunkter og hele det senere Forløb af Sygdommen taler imod en Levercirrose. Asciten svandt efter Operationen skönt det til Bugvæggen tilvoxede Oment afklippedes; havde der været nogen Hindring for Portåreblodets Afløb, havde denne Bortfjernelse af Kar, der kunde tjene som Kollateralbaner, sikkert ikke virket gunstig. Der sås ved Operationen stråleformede Ar på Leveren, der kunde tyde på en syfilitisk hepatitis. Slige stråleformede Ar forekommer imidlertid ikke alene ved syphilis, men også ved perihepatitis af andre Årsager, og i Mangel af alle andre Holdepunkter for syphilis kan der ikke tillægges dem nogensomhelst patognomonisk Betydning.

Det bliver da i peritonæum selv, i en peritonitis, at man må søge Årsagen til Asciten. Operationen godtgjorde også, at en sådan var tilstede, og at den var en simpel fibrøs og ikke nogen tuberkuløs peritonitis. Vil man slutte noget af Vædskenes Forhold må man tage i Betragtning Patientens hele dårlige Almentilstand og den af Nefriten formentlig forårsagede Hydræmi. Vf. 1012 er i og for sig for høj for et simpelt hydræmisk Transsudat, men kan derimod vel fremkomme, når Hydræmien kompliceres med Betændelse. Tilstedeværelsen af Nucleoalbumin skulde også tale for Betændelse.

Sygehistorien gør det sandsynligt, at Nefriten er det primære og Peritoniten det sekundære. Nephritis disponerer jo til Betændelse af de serøse Hinder; man vil endog i nogle Tilfælde have set idiopatisk purulent peritonitis hos Nefritikere (SALAGHI). Hvad den nærmere Årsag angår, om nogen særlig toxisk eller infektiøs Indflydelse har gjort sig gældende, må stå hen. Sygdommens Begyndelse med Smerter i Underextremiteterne kunde lede Tanken hen på en reumatisk Lidelse.

Elvira J's ascites er udviklet på Grundlag af en kronisk Hjärtesygdom. Hydropets så overvejende Lokalisation til Peritonealhulen forklares også her ved den tilstedeværende Betændelse. Man fandt ved den første Operation peritonæum parietale fortykket, ligeledes peritonæum på Ventriklens og især på Leveren, der var en »Zuckerguss-lever»; også Omentet var fortykket og retraheret. Det har forsåvidt mindre at sige, at der ikke mikroskopisk har kunnet konstateres nogle Forandringer i exciderede Stykker af peritonæum parietale. De anatomiske Tegn på en Betændelse, selv på en ret intensiv Betændelse behøver ikke at være store eller tilstede

i alle Dele af peritonæum. I dette Tilfælde har sikkert den perihepatitis hyperplastica chron., der fandtes, haft stor Betydning som Årsag til Asciten. Vf. af Vådsken og Tilstedeværelsen af Nukleoalbumin talte også for en inflammatorisk Oprindelse. Da Asciten reproduceredes åbnedes Underlivet atter for om mulig at skabe kollateralt Afløb for Blodet. Den kroniske Betændelse havde da gjort yderligere Fremskridt og i de exciderede Stykker af Peritonæum fandtes utvivlsomme betændelseagtige Forandringer. Ved sektionen konstateredes en over den største Del af Peritonæum udbredt kronisk Betændelse. Endvidere kronisk Betændelse i Lever och Nyrene. Den Disposition som Hjärtesygdommen skaber for Hydropers Opståen forøgedes da ved den af Levercirrosen fremkaldte Portårestase. På denna Basis har den kroniske peritonitis udvikket sig, og af de tidligere udviklede Grunde anse vi ligesom RENDU i de ganske analoge Tilfælde han har meddelt, denne for Ascitens nærmeste Årsag.

Når beslægtet med dette Tilfælde er *Louise A's*. Det var en 43-årig Patient, hos hvem der var Grund til nogen Mistanke om syfilitisk Infektion — af hendes Børn var de 3 første døde som ganske små. Hun havde tillige været en Del udsat for Kulde og Fugtighed. I 1885 havde hun forbigående Ödem af Underextremiteterne og ascites. I Slutningen af 1891 optrådte de samme Tilfælde sammen med Symptomer på Mitralinsufficiens og med lidt Albuminuri. Hovedsymptomet blev snart ascites, der i de følgende to År måtte tappes gentagne Gange. Dens Vf. varierede fra 1013—1019; Albuminmængden fra 1,6—2,1 %. Da den medicinske Behandling ikke vilde føre til noget Resultat foretoges d. $\frac{2}{3}$ 94 Laparotomi. Man fandt peritonæum parietale fortykket og injiceret, Omentet adhærent til Bugvæggen, fibrøs adhæsiv perihepatitis. Efter Operationen reproduceredes Asciten ikke og hun var rask til Nytår 95, da de gamle Symptomer optrådte. Efter en Paracentese af Underlivet fik hun gangränös erysipelas, hvoraf hun døde. Ved Sektionen fandtes Forandringer, der gör det sandsynlig, at hun har været Syfilitiker: Pigmenteringer og Ar på Halsen, produktiv endarteritis, fibrøs myocarditis; anämiske Hjärnenekroser. Hos en 44-årig Patient må disse Karlidelser med en vis Sandsynlighed antages at skyldes syphilis. Der fandtes desuden kronisk nephritis, Hypertrofi af v. Ventrikel, kronisk Stase i Lunger og Lever. Der var nogle Adhærencer og Fortykkelser på forskellige Steder i peritonæum.

At denne Patient i høj Grad var disponeret til Hydropdannelselse, det fremgår klart nok af Sektionen: kronisk nephritis og myocarditis; den cyanotiske Induration af Lungerne og Staseleveren var også Vidnesbyrd om en langvarig og universel Stase. At Hydropet imidlertid så overvejende og i lange Tider udelukkende lokaliserede sig til peritonæum skyldtes uden Tvivl Tilstedeværelsen af en kronisk peritonitis. De anatomiske Tegn på denne var Fortykkelse og Injektion af peritonæum, Omentadhærener og perihepatitis. Ascitesvædskenes Vf. og Albuminholdighed peger også på en Betændelse, idet den er noget højere end sædvanlig under venøs Stase. Dispositionen til denne peritonitis må søges i Hjärte- og Nyresygdommene. Om den nærmere Årsag lader sig intet bestemt sige; reumatiske Indvirkninger kan måske have gjort sig gældende; syphilis kan vel næppe antages at have haft nogen direkte Virkning på peritonæum.

Thure K's Sygdom synes at have været en simpel serøs peritonitis, måske udviklet på Basis af en nephritis; ganske vist var Albuminmængden i Urinen kun ringe og endda ikke altid tilstede; men man har iagttaget Exempler på, at Børn er døde af nephritis i Tilslutning til scarlatina uden nogensinde at have frembudt Albuminuri. Muligheden for at der har ligget en Nefrit til Grund for Peritoniten lader sig da ikke udelukke. Man kunde have Grund til at formode, at hans ascites skyldtes en tuberkuløs peritonitis; men der fandtes ved Operationen ingen Tuberkler på peritonæum og en gentagen bakteriologisk og histologisk Undersøgelse gav et absolut negativt Resultat med Hensyn til Tuberkulose; der fandtes kun Tegn på en simpel Betændelse: perivaskulær Rundcelleinfiltration. Om Sygdommen skyldtes en fra pleura til peritonæum forplantet Betændelse eller om både Plevriten og Peritoniten er Virkning af samme Årsag, lader sig ikke afgøre; det sidste er vel det rimeligste i Betragtning af den Sjældenhed, hvormed Betændelse i pleuræ forplantes til peritonæum. Ved sidste Operation fölte Leveren hårdere end normalt. Selv om man heri vilde se et Holdepunkt for Antagelsen af en Levercirrose, så viste i al Fald Behandlingens Resultat, at Asciten ikke var direkte afhængig af någon Leverlidelse, men må skyldes en Lidelse af Peritonæum. Andre Tegn på Cirrose — dyspeptiske Tilfæld, Icterus, Granulering af Leveren, Miltsvulst manglede også.

Det står tilbage at omtale *Behandlingen*. Vi har allerede nævnt, at man i Levercirrose ikke sjælden har set Asciten svinde ved Behandling med Målkediæt, Jodkalium, Kalomel, Sekale, og fandt Forklaringen deri, at det i Virkligheden er Peritoniten, man behandler. Hvor den kroniske peritonitis optræder idiopatisk, har man ment at se nogen Nytte af Indgnidning af Underlivet med Kvægsølvsalve (VIERORDT) og Omslag. Nogen specifik medicinsk Behandling gives forøvrig ikke.

Hvilket Syn man end har på Ascitens Genese i Levercirrose er det klart, at Blodstagnationen spiller en betydelig Rolle, ligesom også i Hjärtesygdomme. Bedres Hjärtevirksomheden, kan Asciten svinde; ved Levercirrose har man set den svinde efter Udvikling af de kollaterale Baner; den kan helt mangle, når vena umbilicalis er persistent og udvidet indtil Fingertykkelse. I den nyere Tid har da Kirurger, efter TALMAS Forslag, forsøgt ved Hindring for Portåreblodets Afløb at tilvejebringe nye Kollateralbaner ved at sy Oment, Lever og Milt fast til Bugvæggen og i flere Tilfælde har man her efter set Asciten svinde (WEIR, NEUMANN, MORRISON).

Den Behandling, der er anvendt i de LENNANDERSKE Tilfælde, har imidlertid ikke taget Sigte herpå undtagen i den anden Operation på Elvira J. Den er gået ud på det samme som i tuberkuløs peritonitis, nemlig at søge at helbrede Peritoniten ved simpel Laparotomi. Man har også tidligere set gunstig Virkning af denne Behandling ved simpel kronisk peritonitis, således i HENOCHS ovenfor anførte Tilfælde. Endvidere har TALMA og FILATOFF meddelt Tilfælde af ascites, som Forff. mene bero på en Betændelse i peritonæum, og som påvirkedes gunstig af simpel Laparotomi. Vi har ikke anført disse Tilfælde i Kasuistikken ovenfor, da der ikke i noget af dem fandtes udtalte anatomiske Forandringer i peritonæum. Nogen indgående mikroskopisk Undersøgelse er dog ikke foretaget, så det lader sig ikke udelukke, at der alligevel har foreligget en Betændelse og Behandlingens Resultat gør end yderligere dette sandsynligt. I FILATOFFS Tilfælde talte Vådskens høje Vf. i samme Retning. Vi skal i Korthed anføre Tilfældene her.

TALMA: Über Hydrops inflammatorius. Zeitschrift f. klin. Medicin, Bd 27, 1895.

(Tilf. IV) ung Kvinde. For 9 Måneder siden begyndte Opkastning og Diarré og Svulst af Benene; lidt senere ascites. Nu findes

hydrops pleurarum, peritonæi, crurum, pedium, brachiorum, manum, faciei, telæ subcutan. trunci — alt i høj Grad. Paracentesis abdominis, hvorved der kun udflyder lidet Vædske. I Løbet af få Dage forsvinder anasarca fuldstændig og Almentilstanden bedres. Vædsken i pleuræ resorberes. Hjærtets og Lungernes Forhold normale. Asciten tiltager.

Laparotomi: Peritonæum er mat, men ellers normal. Asciten reproduceres ikke. Pat. kommer sig, der holder sig blot nogen Diarré. Der kan ikke påvises Tuberkelbaciller i Afføringen. Efter nogle Ugers Velbefindende recidiverer Hydroperne og Pat. dør.

FILATOFF: Archiv f. Kinderheilk., 1898.

4 $\frac{3}{4}$ -årig Dreng. Stirps sana. Tidligere Lungebetændelse, ellers været rask indtil han d. $15/4$ blev syg med Feber og Hoste. Blev atter rask. To Måneder derefter optrådte œdema faciei og ascites. Han blev mager og bleg.

Status: Stärk ascites. Underlivet noget ømt. Lever fra C_{VI} til 3 Fingersbredder under Kurvaturen.

Rp. Omslag og Ictyolsalve på Underlivet. Ved Punktur udtømmes 790 Kcm. (Vf. 1030). Da Asciten snart reproduceres göres Laparotomi.

Hverken makroskopisk eller mikroskopisk findes Tuberkler i peritonæum. Ascitesvædsken indpodes på Marsvin, der holder sig raske.

Tilstanden var derefter god en Månedstid; han fik da influenza, hvorunder Asciten recidiverede.

Betragte vi de LENNANDERSKE Tilfælde, så ser vi, at Asciten svandt hos Augusta S. for ikke mere at vende tilbage; man erindre hvor mange Gange den var reproduceret efter simpel Udtømmelse ved Paracentese! At Afklipningen af det tilvoxede Oment og den derigennem formindskede Fluxion til peritonæum kan have sin Andel i Resultatet, er ikke usandsynligt.

Hos Louise A. svandt ligeledes Asciten efter Operationen. At den under et nyt Sygdomsanfald adskillige Måneder derefter vendte tilbage, berøver ikke Behandlingen noget af dens Værd.

I Thure K's Tilfælde opnåedes først gunstigt Resultat efter 4 Laparotomier. Ved den tuberkulöse peritonitis er det heller ikke sjældent, at først gentagen Laparotomi fører til Helbredelse. GALVANI meddeler Tilfælde, hvor det har været nødvendigt at gøre 4 Laparotomier.

Hos Elvira J. derimod førte Behandlingsmetoden ikke til noget Resultat. Forholdene var imidlertid også der særlig ugunstige — det var en Patient med kronisk Hjærtesygdom og med Levercirrose.

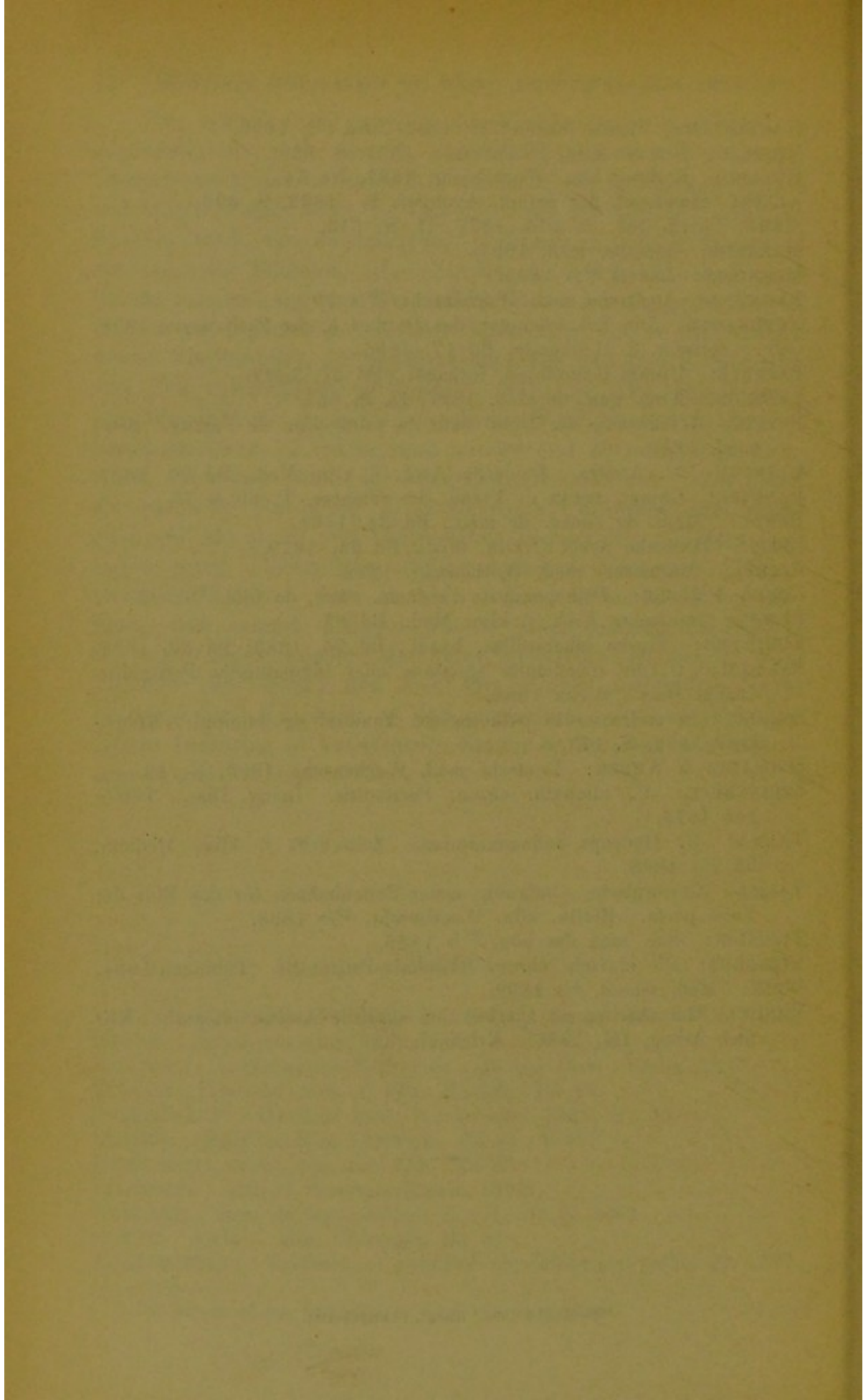
Det synes altså, som om den simple serøse peritonitis er tilgængelig for den samme Behandling som den tuberkuløse. CZERNY meddeler, at også den kankrøse peritonitis kan bedres ved simpel Laparotomi.¹⁾ Det går med den simple peritonitis ligesom med den tuberkuløse; peritonæum vender tilbage til sin normale Tilstand. Hos Louise A. havde man Lejlighed til at forvise sig om det ved Sektion; hos Augusta S. ved en senere Operation. Hvilke Momenter det er der betinge denne Helbredelse, er ligesåvel en Gåde ved den simple som ved den tuberkuløse peritonitis. Vi skal ikke her komme nærmere ind på de herom opstillede Teorier; det er efter en Sammenstilling af GATTI ikke mindre end 20 forskellige Faktorer, man har tænkt sig kunde være virksomme. Man kan i alt væsentlig slutte sig til NOTHNAGELS Udtalelse: »det sandsynligste er, at en ved Operationen fremkaldt og indført Irritation giver Tilskyndelse til de regressive Processer. Denne Irritation behøver ikke at være dannet af en enkelt og hver Gang den samme Faktor; det er langt snarere en Sum af fysikalske og biologiske Momenter, der virke irriterende. Som sådanne kan anses: den med Operationen forbundne Vævsbeskadigelse, Indtræden af den atmosfæriske Luft, måske også Lyset, Indføring af antiseptiske Stoffer og Indtrængen af Mikroorganismer ved Operationen.»

Literatur.

- BAHRS: Ü. einfache Exsudativ-Peritonitis. Inaug. Diss. Kiel 1886.
 BAUER: Ziemmsens Handbuch VIII. 2 Del, 1875.
 BENGEN: Ü. chronische Peritonitis. Inaug. Diss. Berlin 1877.
 CITRON: Deutsche Arch. f. klin. Medicin, Bd 46.
 CURSCHMANN: Deutsche med. Wochenschr. 1884, Nr 35.
 CZERNY: Beitr. z. klin. Chirurgie, Bd 25, 1899.
 DIEULAFOY: Soc. méd. des hôp. ^{23/7} 86.
 FILATOFF: Arch. f. Kinderheilkunde 1898.
 GALVANI: Rev. de Gynécologie, T. III, Nr 6, 1899.
 GATTI: Arch. f. klin. Chirurgie, Bd 53.
 HALLIBURTON: Textbook of chemical physiology and pathology, 1891.

¹⁾ Det har en af oss, LENNANDER, också sett några gånger.

- HAGELSTAM: Finska läkaresällsk. handl., Bd 38, 1896.
 HENOCH: Berliner klin. Wochenschr. 1891, S. 689.
 HÜBLER: Berliner klin. Wochenschr. 1897, Nr 51.
 KLEBS: Handbuch der pathol. Anatomie I. 1869, S. 322.
 MÉHU: Arch. gén. de méd. 1877, II, S. 513.
 MERKLEN: Semaine méd. 1897.
 MORRISON: Lancet ^{27/5} 1899.
 NEUMANN: Deutsche med. Wochenschr. ^{29/6} 99.
 NOTHNAGEL: Die Erkrankungen des Darmes u. des Peritonæum 1898.
 OTT: Zeitschr. f. Heilkunde, Bd 17, 1896.
 PAJKULL: Upsala läkarefören. förhandl., Bd 27, 1892.
 PASQUIER: Arch. gén. de méd. 1897, II, S. 651.
 POTAIN: L'influence du froid dans la production de l'ascite. Sem. méd. 1888.
 QUINCKE: Ü. Ascites. Deutsche Arch. f. klin. Med., Bd 30, 1882.
 RANVIER: Compt. rendu de l'acad. des sciences, T. 69 & 73.
 RENDU: Mém. de l'acad. de méd., Bd 34, 1884.
 REUSS: Deutsche Arch. f. klin. Med., Bd 24, 1879.
 RIEDEL: Münchener med. Wochenschr. 1892.
 ROGER & JOSUÉ: Pathogénie de l'œdème. Soc. de biol. ^{27/7} 95.
 RUMPF: Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd 55.
 RUNEBERG: Finska läkaresällsk. handl., Bd 25, 1883; Bd 38, 1896.
 SALAGHI: Ü. die sogenannte spontane oder idiopathische Peritonitis. Inaug. Diss. Berlin 1886.
 SCHEEL: Levercirrosernes pathologiske Anatomi og Ätiologi. Köbenhavn 1899, S. 179 ff.
 SCHMALTZ & WEBER: Deutsche med. Wochenschr. 1899, Nr 12.
 STEINBRÜCK: Ü. idiopath. chron. Peritonitis. Inaug. Diss. Tübingen 1876.
 TALMA: Ü. Hydrops inflammatorius. Zeitschrift f. klin. Medicin, bd 27, 1895.
 TALMA: Chirurgische Oeffnung neuer Seitenbahnen für das Blut der Vena porta. Berlin. klin. Wochenschr. ^{19/9} 1898.
 TROISIÉ: Soc. méd des hôp. ^{27/7} 1886.
 VIERORDT: Die einfache chron. Exsudativ-Peritonitis. Tübingen 1884.
 WEIR: Med. record. ^{4/2} 1899.
 WINGE: Om Ascites og specielt den såkaldte Ascites idiopath. Klinisk Årbog, III, 1886. Kristiania.



K. G. LENNANDER (Upsala) et VICTOR SCHEEL (Copenhague): **Quatre cas de péritonite exsudative chronique non tuberculeuse.**

I. Femme âgée de 20 ans. Elle souffre depuis deux ans de néphrite et d'ascite à intensité variable. Entre à l'hôpital le $8/11$ 1891. On institue un traitement médical, et pendant les dix mois suivants, on pratique 37 fois la ponction abdominale, chaque fois avec évacuation de dix litres. Le poids spécifique du liquide est de 1012, et il contient de la nucléo-albumine. L'ascite se reproduisant toujours, M^r le prof. LENNANDER, le $28/9$ 1892, pratique la laparotomie et le lavage du péritoine avec 40 litres d'une solution chaude (40° C.) de chlorure de soude (0,7 %). On découvre une inflammation chronique du péritoine pariétal et du péritoine du foie. L'épiploon adhère à la paroi abdominale, les vaisseaux en sont larges et gorgés de sang. On le coupe afin de diminuer l'afflux du sang au péritoine. L'ascite ne se reproduit plus, et l'albuminurie diminue. — Une hernie abdominale se forma après l'opération. A l'opération de la hernie, le $4/2$ 1896, M^r LENNANDER constata que le péritoine pariétal était tout à fait sain. Une exploration effectuée en 1900 ne fit découvrir ni ascite, ni albuminurie.

II. Femme de 43 ans. En 1885, elle souffrait d'œdème aux pieds et d'ascite passagère. En 1891 et 1892, les symptômes se reproduisirent, et à cette époque on constata l'insuffisance mitrale et l'albuminurie. Pendant plusieurs séjours à l'hôpital, on évacua neuf fois l'ascite, chaque fois à raison de 10—12 litres; poids spécifique 1013—1019. L'ascite persistant, M^r LENNANDER pratiqua la laparotomie et le lavage du péritoine le $7/3$ 1894. On trouva une péritonite chronique fibreuse. L'ascite ne se reproduisit qu'en janvier 1895. Après une ponction, survint un érysipèle gangréneux qui amena la mort (le $8/3$ 1895). *Autopsie.* Hypertrophia et dilatatio cordis. Myocarditis chr. Endarteriitis aortae et arteriae coronariae cordis. Nephritis interstitialis. Peritonitis chr. fibrosa.

III. Garçon de 8 ans. Pas de disposition héréditaire à la tuberculose. En avril 1898, il eut une pleurésie (de gauche). L'ascite commença en août, et le $12/10$ il entra à l'hôpital. On constata une ascite considérable et une albuminurie insignifiante. Le diagnostic fut: péritonite tuberculeuse; le $13/10$, on pratiqua (LENNANDER) la laparotomie et le lavage du péritoine; cet organe sain en apparence; de petits fragments en furent excisés pour examen microscopique et bactériologique. L'ascite se reproduisant, on pratiqua la laparotomie pour la deuxième fois le $1/11$, pour la troisième le $18/11$, et pour la quatrième le $10/3$ 1899. Depuis lors il s'est porté parfaitement bien, et jusqu'à ce moment l'ascite ne s'est pas reproduite. Ni l'inoculation à des animaux des morceaux du péritoine excisés aux diverses opérations, ni l'examen microscopique ne firent découvrir d'indices de tuberculose, mais seulement des signes d'une inflammation simple chronique.

IV. Femme de 40 ans. Elle souffre d'une maladie du cœur depuis 1876, et d'ascite depuis 1897. Peu à peu il s'est développé

une hernie abdominale. Le ¹⁸/₁₀ 1899, M^r LENNANDER pratique la laparatomie avec évacuation de dix litres de liquide; poids sp. 1021; contenant en abondance d'albumine et de nucléo-albumine. On trouve une péritonite chronique fibreuse et une périhépatite hyperplastique chronique («Zuckerguss»). — L'ascite s'étant reproduite, on pratiqua, le ³⁰/₁ 1900, une nouvelle laparotomie afin d'établir des communications collatérales entre les viscères et la paroi abdominale. La malade succomba à une paralysie du cœur le ¹/₂. *Autopsie*: Péritonite chron. fibreuse. Cirrhose cardiaque du foie. Sténose et insuffisance mitrale. Néphrite interstitielle.

On découvrit chez ces quatre malades des signes macroscopiques et microscopiques d'une inflammation simple chronique du péritoine. Il fut de plus constaté la présence d'une affection du cœur chez deux des malades (n:os II et IV), une néphrite chez les deux autres (n:os I et III), très insignifiante chez le n:o III. — L'ascite est-elle une transsudation consécutive aux affections susdites, ou faut-il y voir un produit d'inflammation dû à la péritonite? telle est la question. On connaît différents cas, démontrés par l'autopsie et publiés dans la littérature, d'ascite causée par une inflammation simple chronique du péritoine; dans ces cas, cette inflammation est la seule affection. Mais on trouve aussi une inflammation chronique du péritoine dans un grand nombre de cas d'affections organiques diverses avec ascite (cirrhose du foie, maladie du cœur, néphrite), souvent quand le péritoine est sain en apparence on peut par l'examen microscopique constater des signes d'une inflammation. Souvent l'ascite se présente à une époque si peu avancée de l'affection organique, qu'un obstacle mécanique de l'afflux du sang ne s'est pas encore établi, et elle peut se présenter et disparaître indépendamment des proportions de l'affection organique. L'ascite résultant d'une inflammation a un poids sp. élevé, et contient de la nucléo-albumine; une hydrémie coexistante par suite d'un néphrite ou d'une cirrhose du foie peut néanmoins modifier cette règle. Dans les 4 cas relatés, les relations physiques et chimiques du liquide parlent en faveur de la dépendance de l'ascite d'une inflammation du péritoine.

Le traitement a été la laparotomie avec lavage du péritoine; dans le cas n:o III, il fallut 4 laparotomies pour obtenir la guérison; dans le cas n:o IV, le traitement n'eut aucun succès; les conditions étaient très difficiles dans ce cas, la malade souffrant d'une maladie avancée du cœur et de néphrite.

Conclusions des auteurs:

1) dans les 4 cas relatés, la péritonite chronique simple a été la cause immédiate de l'ascite;

2) la péritonite chronique simple est une complication fréquente dans les diverses maladies qui entraînent avec elles l'ascite, dont elle est la cause;

3) la laparotomie est susceptible de guérir la péritonite chronique, même quand celle-ci est compliquée d'autres maladies.

