

Till feldiagnosernas psykologi och patogenes.

Josephson, Carl David

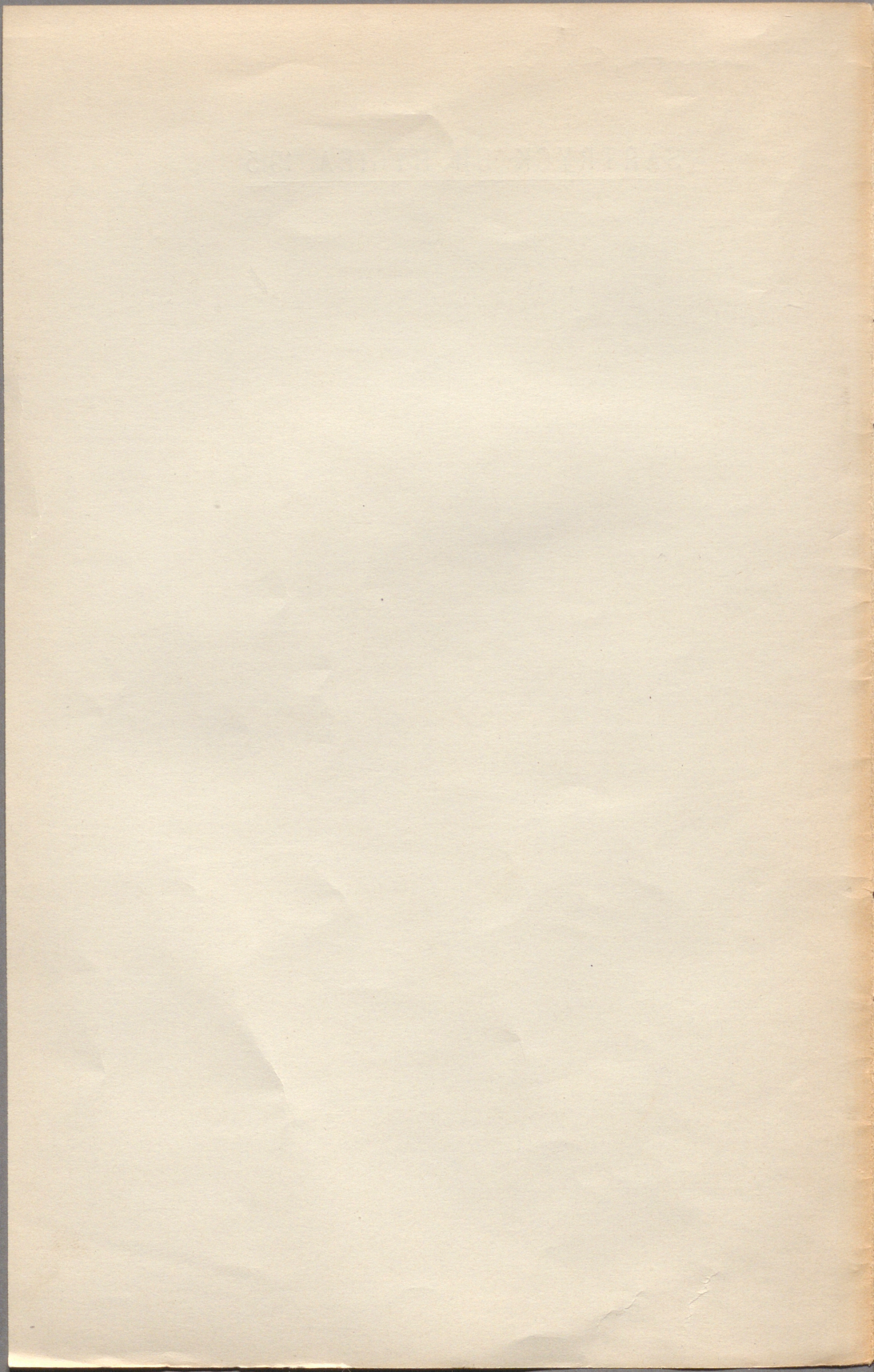
46 C n a Br.



National Library
of Sweden

Josephson, C. D.

SÄRTRYCK UR HYGIEA 1915



Med.
Gyn.
(Pr)
o

Till feldiagnosernas psykologi och patogenes.

Av

C. D. Josephson.

Det torde väl hava hänt flera än mig att ha reflekterat något djupare över vilka orsakerna äro till att vi ställa sämre diagnoser än vi egentligen behövde. Då man fått en oriktig diagnos rättad genom fortsatt observation, genom konsultation eller genom autopsi vid operation eller post



mortem, måste man ju ibland rent av förvåna sig över att man icke ställt den riktiga diagnosen. Man måste säga sig, att därtill hade fordrats endast litet mera eftertanke, ännu en enda undersökning, en noggrannare anamnes. Var ligger felet? Jag hade tänkt mig möjligheten att undersöka feldiagnoserna från vissa bestämda synpunkter och därigenom avvinna dem ett visst, kanske icke endast teoretiskt intresse, men jag avser icke med denna undersökning de utsökt svåra fall, där en exakt diagnos fordrar högsta grad av skärpa och teknisk färdighet, utan de talrika fall där diagnosen väl erbjuder svårigheter, vilka dock genom omsorgsfull undersökning, eventuellt först efter en tids observation dock bör kunna övervinnas. Hit höra icke de lätta rent av banala fall, där orsaken till feldiagnosen är ett underskattande av värdet av en noggrann undersökning även i skenbart enkla fall. Ett nära liggande exempel är tvillinggraviditeten. Det finnes väl ingen något så när skolad obstetriker, som icke kan med visshet eller nästan visshet diagnosticera tvillingar. Men det är väl ingen av oss, som icke någon gång blivit överraskad av en andra tvilling. Mer än en av oss har väl diagnosticerat graviditet, där sådan icke funnits eller vice versa. Båda felen mycket oangenäma. Jag minnes från mina första år i praktiken ett fall, där jag trodde och sade att patienten var gravid i 3:dje månaden och icke återsåg henne förrän jag blev tillkallad, emedan den väntade förlossningen uteblev. Jag kunde konstatera, att pat. icke var gravid men hade ställt allt i ordning till förlossningen där fanns barnkläder och barnvagn och en från långväga håll tillkallad mamma. Lyckligtvis har denna patient, såsom jag funnit i svenska släktboken (själv har jag sen icke sett till henne) sen fått tre barn och således fått användning för sin attiralj, men jag glömmer aldrig den ytterst obehagliga situation, i vilken icke minst jag befann mig. Ofta är en diagnos »alldeles riktig» endast därför att den är helt summarisk, t. ex. diagnosen ovarialtumör. Den är ytligt ställd, om man icke söker att på förhand reda ut, om tumören är cystisk eller solid, malign eller godartad, ensidig eller dubbel-



sidig, fri, adherent eller intraligamentär. Visserligen är icke en så detaljerad diagnos av samma vikt numera, som på den tid, då endast okomplicerade fall kunde opereras och då provlaparotomin var livsfarlig (som den för övrigt ännu i dag är vid vissa cancerfall), men en ytlig diagnos medför faran för grova misstag t. ex. förväxling mellan annex-, tarm- och uterustumör, tumör och graviditet o. d., och olägenheten av operativa ingrepp på oriktig diagnos är ännu i denna dag förhanden.

Det är oftast på grund av *förutfattad mening, ofullständig undersökning och felaktig teknik* som man misstager sig på diagnosen och alla dessa tre moment hava även sin psykologiska grund. Vad beträffar brist på kunskaper och erfarenhet, är det ju givet att den erfarnare och kunnigare vid lika noggrannhet och lika intelligens har större utsikter att träffa rätt. Men jag avser med denna undersökning sådana fall, som varje gynekolog och obstetriker med en speciell skolning, blott något större än den en allmän practicus plägar hava, bör kunna behärska.

Jag indelar feldiagnoserna efter orsakerna i sju grupper.

I. Ofullständig undersökning och benägenhet att skriva inkongruens mellan subjektiva symtom och objektiva fynd på pat:s nervsystems räkning, med andra ord den *lättsinnigt ställda diagnosen hysteri och neurasteni*.

II. Förbiseende av förändringar av *urinen* och *urinorganen*.

III. Underlåtenhet att i dunkla fall undersöka från *rectum*.

IV. Underlåtenhet att använda och rätt använda nödiga *instrument*, närmast *uterinsonden*.

V. För kort observationstid.

VI. Bristfällig anamnes.

VII. Brist på tid eller intresse för diagnosen.

Av dessa orsaker anser jag de fyra första för de vanligaste och viktigaste. Om de tre sista har jag blott några ord att säga. Det är lika litet inom gynekologien som inom andra fack möjligt att alltid ställa diagnosen vid första under-

sökningen. Det är icke såsom många av våra kolleger synas tro: att man blott behöver sticka in fingrarna i vagina för att liksom hämta ut en fullfärdig diagnos. I en del lätta fall kunna vi väl lika fort ställa en färdig diagnos, som kirurgen diagnosticerar ett benbrott eller internen en mässling. Men vi som dessa våra yrkesbröder behöva ofta lång tid, flera undersökningar, hjälp av bakteriologi, röntgen och andra metoder att undersöka inre organ för att nå fram till diagnosen. Vem av oss kan alltid genast skilja på en extra uterin och en normal graviditet, på en inflammatorisk annexaffär och en pedunkelvriden ovarialecysta, på en annextuberkulos med ascites och en cancer m. m.? Även vi behöva observera patienten.

Anamnesen få icke heller vi försumma. Den är icke alltid, men ofta mycket viktig. Jag har gjort den erfarenheten, att då man konsulterats av en invärtes läkare, så brukar kollegan gärna meddela anamnesen, och man mottager ju alla upplysningar med tacksamhet, men man blir lätt missledd. Personligen tar jag hellre upp anamnesen själv, man gör det nog mera metodiskt, om man gör det utan förutfattad mening och bättre än om man endast söker komplettera de uppgifter man fått av kollegan.

Det ges otvivelaktigt många läkare, även duktiga praktici, som hava föga tid och intresse för en minutiös diagnos. Därom har jag intet vidare att säga än att det är att hoppas, att den stora erfarenhet, som en strängt anlita läkare förvärvar sig, sätter honom i stånd att hastigare och säkrare ställa diagnosen eller att på summarisk diagnos grunda en riktig terapi. Här kommer också innehavaren tillgodo den s. k. läkareblicken, som icke är annat än god observationsförmåga, gott minne av förut samlade erfarenheter, människokännedom och praktisk läggning. Jag återgår till mina fyra första punkter.

I. Hysterin, neurastenin, nervositeten som ensam orsak till alla möjliga symtom är en diagnos mycket vanskelig att ställa och alldeles för ofta ställd av särskilt svenska läkare. För min del ställer jag allt mer och mer ogärna denna diagnos och endast undantagsvis utan en tids observation

och efter uttömmande av alla diagnostiska möjligheter. Det har i allt för stor utsträckning blivit sed hos oss, att läkaren efter en ofta rätt ytlig undersökning, så snart han icke får en antaglig förklaring på pat:s subjektiva besvär, oftast smärtor av obestämd art, förklarar att det är hysteri. Utbyter man ordet hysteri mot neurasteni eller nervositet så göres misstaget så mycket lättare, emedan det är lättare att säga åt en patient att hon är nervös än att hon är hysterisk. Jag anser heller icke dessa två begrepp liktydiga och jag säger också rent ut till en patient, att hon lider av hysteri, om jag verkligen vågat ställa denna diagnos, men jag förklarar också för henne, att hysteri är en verklig och svår nervsjukdom och hur den skall behandlas. Jag förbiser således ingalunda hysterins betydelse även inom vårt trängre område, det gynekologiska, men jag opponerar mig mot missbruket av denna diagnos.

De flesta av oss torde känna till Salins uppsats i *Hygiea* 1898: De nervösa sjukdomarnas inflytande på den operativa gynekologien. Den var ett behöfligt, fullt befogat inlägg gentemot en riktning inom gynekologien, som i, ofta helt små, anatomiska abnormiteter såg allvarliga sjukdomsorsaker, vilka ansågos indicera även ingripande operationer. Men om det då för tiden var nödvändigt att påvisa det nervösa, hysterins och neurastenins betydelse som den egentliga eller uteslutande orsaken till symtomen, så är det nu tid att göra front mot en kritiklöst och på ytterst lösa grunder fotad diagnos av hysteri. Om en pat. är litet nervös så är det därför icke tillåtligt att förklara alla symtom med trolldomsordet hysteri, likasom om inte en sjuk, som aldrig fått den rätta diagnosen och håller aldrig den rätta behandlingen, kan ha rättighet att bli nervös eller t. o. m. hysterisk, om hon har anlag därför.

Inom området för min observation har jag sett fall såsom följande:

En omkring 40 års ogift pat. hade sen 20 år lidit av då och då påkommande smärtor i vänstra sidan. Som hon också var av ett häftigt lynne var det ju klart att hon av diverse läkare ansågs lida av hysteri. Jag kom att behandla henne för en

abort, misstänkte att hennes mångåriga smärtor berodde på njursten. Diagnosen bekräftades med röntgen. Operativt ingrepp uppsköts av flera skäl. Under tiden tångförlossning efter 3 dagars svårt förlossningsarbete, senare nephrolitotomi, sekundär nephrektomi, operation av bukbräck, salpingoophorektomi, med samtidig appendektomi, allt detta gick denna patient igenom. Jag observerade henne i årat. Hennes s. k. hysteriska smärtor voro borta alltifrån nephrolitotomin. Aldrig såg jag hos henne några tecken till hysteri.

Jag anför summariskt några med orätt som hysteri resp. nervositet länge betraktade fall.

En pat. med en infiltrerande blåstumör, efter vars avlägsnande genom blåsresektion (prof. Berg) alla de s. k. nervösa blåsbesvären voro borta.

I ett annat fall samma resultat efter exstirpationen av en tuberkulös njure.

Två gånger har jag sett peritonealkancer med betydlig ascites, som betraktats och behandlats som hysteri.

Den ena pat. hade blivit tillrädd att framförallt behärska sig. En av våra kirurger ställde diagnosen på ascites, jag var assistent vid operationen och 10—12 liter ascites uttömdes och en allmän peritonealcarcinom med oavgjord utgångspunkt fastställdes.

Det andra fallet var ändå mera drastiskt. Det gällde en fru från landsorten som låg intagen på ett privat sjukhem i Stockholm. Den behandlande läkaren ansåg, att hon led av hysteri, »hon låg och svalde luft och fick därav meteorism». En tillkallad kollega ställde diagnosen ascites och jag blev tillkallad för att tappa henne och fick åtminstone 10 liter blodig ascites. Hon dog några veckor senare i kachexi.

Om en del av dessa fall kunna synas rätt märkliga så torde följande fall vara av ett särskilt intresse.

En fru, som för en vecka sen normalt framfött sitt fjärde barn och hela tiden mått bra, blev en e. m. av obekant orsak på obestämt sätt illamående. Tillkallad fann jag att pat. var trög i tal och svar, pupillerna reagerade trögt, temp. var normal, pulsen 100. Blåsan innehöll 3—400 kcm. urin med spår av alb. Enligt uppgift av barnmorskan hade hon även före förlossningen icke haft mera än spår av albumin. Då jag icke kunde ställa diagnos begärde jag att en erfaren intern skulle tillkallas. Kollegan kom, såg och ställde diagnosen hysteri.

Själv hade jag heller just ingenting emot denna diagnos, i varje fall ingen annan att bjuda på. Jag återsåg sedan icke denna patient, men på natten blev hon medvetlös, fick konvulsioner, blodig och sparsam urin och dog efter ett par dagar.

Tydligen ett av de ytterst sällsynta fallen av sen postpartum eklampsi, något som man naturligtvis icke i ett fall som detta kan förutse. Jag anför detta fall likasom alla andra uteslutande som motivering av min varning mot den gängse lösa uppfattningen och det obefogade diagnosticerandet av hysteri.

Det framgår av de tre första fallen, att det finns ett visst samband mellan grupp I och II. Den ofullständiga undersökningen av urin och urinorgan gör feldiagnosen förklarlig i dessa tre fall. Då härtill kommer att det ena fallets början ligger långt före röntgentiden och det andra något före den tid, då vi började kystoskopera här hemma, så är ju misstaget mera ursäktligt. Vad särskilt blåstumören angår, blev jag tillkallad på grund av livsfarlig blåsblödning och diagnosen gav sig själv, sedermera styrkt med kystoskopering.

Mindre ursäktliga äro naturligtvis numera de fall där urinundersökningen eller urinorganens undersökning försumrats. Vi äga ju i den vanliga urinundersökningen, bakteriefärgning, centrifugen, kystoskopet och Röntgen varandra kompletterande undersökningsmetoder, som tillåta en fullständig diagnos även i de komplicerade fallen. Det oaktat är det icke ovanligt, att redan undersökningen av urinen blivit så bristfälligt utförd att en missuppfattning av fallet blivit följden.

II. Denna grupp omfattar således fall av bristfällig undersökning av urin och urinorganen. Undersökning på albumin försummar man mindre lätt och huvudsakligen på i hemmet besökta patienter, knappt på mottagningen och ej alls på sjukhuset. Däremot kan undersökningen på *socker* och av *sedimentet* lättare bliva avglömd och oaktat jag själv kanske i större utsträckning än de flesta undersöker på socker, kan, som följande fall visar, en glömska härav leda till just diagnosen hysteri.

En 23 års, sen ett par år gift, 0-p. klagade över ständig värk i högra sidan och nedåt läret. Dessutom led hon av oregel-

bundna, ibland långvariga, men i allmänhet sällan inträdande blödningsar. Hon hade året förut blivit skrapad troligen för abortrester. Senaste tid hade tillkommit en lindrig mastodyni.

Jag trodde mig vid förnyade undersökningar finna en obetydlig ansvällning av vänstra annexen. Men pat. förlade bestämt sina smärtor endast till högra sidan. Sedan jag förgäves försökt diverse behandling och även gjort provskrapning med negativt resultat, stannade jag vid diagnosen hysteri och meddelade såväl hustrun som mannen denna min mening jämte de vanliga föreskrifterna, och vi skildes åt. Det var icke särdeles angenämt för mig då patientens man en tid därefter per telefon meddelade mig, att de sänt urin till apoteket och fått veta att den innehöll 6 % socker. Det var en ringa tröst för mig att jag nyligen fått veta att även en annan läkare, en intern, rådfrågats och att icke heller han sökt efter socker i urinen. Pat. hade nämligen inga av de vanliga subjektiva symtomen endast neuriten.

I gynekologisk praxis kan man nästan med visshet vänta diabetes hos korpulenta äldre kvinnor med eczema vulvæ, men att även hos helt unga patienter orsaken till en gynekologisk åkomma kan vara diabetes visar följande:

En 23 års tjänstflicka sökte mig för utslag och klåda å födseln. Hon befanns ha en vulvit med epitelavfjällning. Hymen var intakt och bildade en skarp gräns för det retade området. Vagina var normal och utan sekret, urethra likaså och inga gönokocker funnos i det i vulva uppsamlade sekretet. Fallet var något egendomligt, någon etiologi hade jag icke funnit. Det uppgivs visserligen i böckerna att orenlighet skulle vara en orsak till vulvit, men i så fall borde större delen av Sveriges kvinnliga befolkning ha vulvit, vilket är orimligt. Jag fann som orsak diabetes och en rätt svårartad sådan.

Emellertid förefinnes en mycket vanligare form av underlättnhetssynd vid urindiagnosen, jag menar bristfällig undersökning av sedimentet. Jag tror att det vanligen går till så här vid urinundersökningen i praxis. Pat. skickar hem urinen till läkaren, som undersöker med Heller, möjligen med filtrerad urin, får negativt resultat och är nöjd. Patienten kan det oaktat mycket väl ha en kronisk cystit eller möjligen en pyelit. I osäkra fall bör man för det första alltid undersöka tappad urin. Man får kanske även dessförutan

urinen lika ren från en kvinna som från en man, men man misstänker gärna att helt små mängder av abnormt sediment i kvinnourinen äro föroreningar från vulva och man vill i varje fall icke av spår alb. draga några slutsatser på icke tappad kvinnourin. Detta är den psykologiska grunden, varför man lägger mindre vikt vid sedimentundersökningen. En annan sida av saken är att många läkare, väl ännu de flesta, icke använda centrifugen och mången ej heller mikroskopet, allra minst färgning av sedimentet. För min del undersöker jag alla i minsta mån för cystit misstänkta fall sålunda. Tappad urin centrifugeras genast. Den klara vätskan provas med Heller och Almén, sedimentet undersökes dels på vanligt sätt under täckglas, och finnas leukocyter, undersökes sedimentet torkat på objektglas och färgat med metylenblått. Jag anser icke den senare metoden ensam tillfredsställande, emedan de rörliga leukocyterna och cylindrar bättre framträda i det fuktiga sedimentet bäst utan täckglas, bakterierna naturligtvis endast i det färgade objektglaspreparatet. Denna undersökning tar få minuter i anspråk, den är vida lättare och säkrare, än om man låter urinen stå och sedimentera i glaset: undersökningen blir verkligen gjord genast och ej uppskjuten till aftonen och sen kanske inställd.

Det är rent av otroligt huru ofta man som orsak till smärtor i underlivet anträffar invetererade kroniska cystiter. Någon gång ehuru relativt sällan föreligger pyelit. I andra fall har kanske en cystopyelit förefunnits men kvarstår endast cystiten.

Varför dessa fall icke rätt diagnosticeras, är tydligen endast beroende på försummandet av den noggrannare urinanalysen, framför allt på att icke centrifugen är i allmänt bruk.

Fullföljer man undersökningen av dessa fall med kystoskopet, finner man oftast en förtjockning av slemhinnan på trigonum. Den ter sig som ett fjällande eksem, varemot också svarar ett betydligt övervägande av epitelceller över de relativt fåtaliga leukocyterna i sedimentet. Medels ureterkatetrisering kan man påvisa att pyelit icke förefinnes, men det är försiktigare att först behandla cystiten med lapis-

instillationer. Försvinner sedimentet är ureterkatetriseringen onödig. Den är vid även kronisk cystit icke alldeles ofarlig.

Må det tillåtes mig att i korthet referera mitt senaste fall av denna art, ett av många.

39-års V-p. Senaste förlossning för 5 $\frac{1}{2}$ år sedan, alla förlossningar normala. Förra året behandlad för blåskatarr med endast invärtes medel. Sjuknade strax efter en reglering med feber, blödning och värk, enligt pat:s väl grundade förmodan som följd av förkylning av underlivet. Låg c:a 14 dagar med värk i buken mest i vänstra sidan. Vid undersökning kändes genitalia normala. En intern kollega hade funnit urinen normal. Efter någon tid fick pat. också värk i maggropen, som möjligen kunde tolkats som gallstenskolik, men urinen företedde inga gallbeståndsdelar. Jag fann till en början ingen förklaring till pat:s symtom, men vid noggrann undersökning av med katetern tagen urin fann jag de ovan angivna tecknen till kronisk exacerberande cystit: epitel, leukocyter, diplococker och den kystoskopiskt iakttagbara förändringen på blåsbotten: epitelavfjällningen. Efter några instillationer, gjordes, då diplocockerna ej försvunnit ur urinen, katetrisering av vänstra ureteren (den sida till vilken smärtorna förlades). Katetern gick in endast 15 cm., men urinen som rann genom densamma var normal, innehöll inga leukocyter eller bakterier. (Av ett sådant hinder för ureterens införande har man icke rätt att draga annan slutsats än att ett slemhinneveck hindrar införandet. Hindret brukar dock ligga längre ned där uretern överskrider bäckeningången.) Röntgenogram av båda njurarna, uretererna och blåsan gav normal bild. Efter en tids fortsatt behandling av blåsan försvunno de hit hänförliga symtomen. Smärtor i maggropen syntes bero på HClbrist (totalaciditet 38, fri HCl 10) och förbättrades efter lämplig behandling.

Detta fall anser jag typiskt. Hit hör också att i anamnesen finnes en akut cystit ett år förut, behandlad med invärtes medel. Det är nämligen vanligt, att vid dessa kroniska lätt exacerberande cystiter första anfallet blivit otillfredsställande behandlat. Några få lapis- eller kollargolinstillationer skulle hava botat cystiten, invärtes medel göra den ofta endast symtomfri tillsvidare. Huruvida man efter flera exacerbationer och då den kystoskopiskt påvisbara deskvamationen utvecklats sig, kan beräkna att fullständigt kunna häva denna process, är jag icke fullt säker på.

Utan att närmare ingå på dessa speciella undersökningsmetoder vill jag påpeka nödvändigheten för gynekologen att behärska kystoskoperingen. Jag påminner om fall av blåstumörer länge behandlade som hæmorrhagisk nephritis, förbisedda blåsstenar. Ureterstenar oändligt länge behandlade med blåssköljningar. Här erbjuder sig själmant ett tillfälle att peka på nödvändigheten av Röntgendiagnosen.

III. Jag övergår nu till grupp III: försummande av rektalundersökningen.

Psychologiskt är motviljan mot rektalundersökning ju lätt att förklara. Dels det motbjudande i denna undersökning, dels vår kirurgiska fruktan att infektera våra händer med colibaciller ställer sig i vägen. Emellertid är gummihandsken eller en gummituta med krage mot båda obehagen ett skydd, som vi gynekologer och kirurger ju nog ständigt använda men som våra interna kolleger ännu icke tänka tillräckligt på. För min del har jag alltid en gummituta i plånboken för oföretsett behov vid sjukbesök i staden. Det finnes för övrigt bland våra interna kolleger en utbredd och överdriven motvilja mot icke allenast rektal utan även mot vaginal undersökning.

Vad nu särskilt rektalundersökningen beträffar, så är den visserligen icke nödvändig, där den bimanuella vaginala undersökningen ger säkert utslag, men i andra fall kan den icke endast vara av stor vikt utan rent av nödvändig för diagnosens ställande. Det gäller här dels konstaterandet av cancer recti, dels så egendomligt detta kan förefalla diagnosen av graviditet eller rättare uteslutandet av graviditet i vissa fall, dels konstaterandet av vissa inflammationsprodukter.

Som belysning av diagnosen av cancer recti vill jag anföra fyra fall.

En c:a 40 års änka II-para och hittills frisk hade förmärkt några oregelbundna blödningar. Hon hade under en resa besökt en kirurg i en landsortstad. Han hade funnit en svulst på livmodern och erbjudit sig att göra en skrapning. Som hon var bosatt i Stockholm föredrog hon att resa hem och vända sig till mig. Jag fann visserligen en tätt intill baksidan av uterus

liggande, fossa Douglasii utfyllande, nära knytnävstor tumör men av så egendomlig beskaffenhet att jag tvivlade på diagnosen myom. Likaså fanns inga data som talade för en inflammatorisk produkt. Per rectum nådde jag med någon svårighet ett kraterformat sår i främre väggen övergående i den nämnda tumören. Diagnosen blev inoperabel cancer recti.

Ett annat fall. Tillkallades av en intern kollega till en 60 års pat. på vilken han genom vaginalundersökning konstaterat en mindre tumör i bäckenet. Jag fann tumören intressera recto-vaginalväggen och per rectum att den var en tydlig mycket utbredd rectalcancer. Pat. opererades av en tillkallad kirurg.

En medelålders fru besökte mig utan andra klagomål än allmän kraftnedsättning. Jag fann utom en viss grad av anämi vid, som det syntes mig, noggrann även vaginal undersökning intet objektivt. Om några symtom från tarmen talade icke pat. och jag försummade att direkt fråga därom. Någon rektalundersökning gjorde jag icke. Någon kort tid, jag tror någon vecka därefter, konstaterade en kirurgisk kollega en rectalcancer och opererade pat.

Detta sista fall illustrerar också faran av en ofullständig anamnes.

Vad nu angår cancer recti hos kvinnor så är det säkert, att tumören kan simulera en inflammatorisk annex- eller en uterustumör. Ännu svårare är differentialdiagnosen mellan en perisigmoidit och en bindväven infiltrerande tarmcancer. Jag har i obstetrisk-gynekologiska sektionens förhandlingar för år 1913 meddelat ett fall där diagnosen var osäker även sedan bukhålan öppnats. Den ursprungliga diagnosen var inflammatorisk annex-tumör, rektalundersökning var gjord utan något resultat. Weber var negativ. T. o. m. vid laparotomien måste jag lämna oavgjort om en parasigmoidit eller en inoperabel cancer förelåg. Observationen av fallet efteråt och operationen av ett efter första operationen uppkommet bukbräck har övertygat mig om att tumören nästan fullständigt försvunnit och att således ingen cancer förelåg.

För *uteslutande* av *graviditet* kan rektalpalpationen vara avgörande. Det gäller här huvudsakligen två olika grupper av fall, dels fall av ovarialtumör hos 0-para dels mycket korpulenta eller eljes svårundersökta patienter med eller utan retroflexion.

Först vid rektalundersökningen känner man tydligt den icke gravida retroflekerade uterus.

Under vissa omständigheter kan en rektalundersökning vara nödvändig för att ställa differentialdiagnosen mellan ovarialkystom och graviditet. De mest typiska fallen av detta slag äro av följande art:

En ung 0-p. befinnes ha några symtom från underlivet; undersökes och genom den strama bukväggen känner man en elastisk tumör strax över symfyssen. Hymen är sprängd eller töjbar så att fingret kan föras in i vagina, man finner då tumören så intimt liggande på och fortsättande sig i cervix, att man är benägen att antaga en graviditet i 3:dje —4:de månaden. Är pat. ogift kan det vara obetänksamt att uttala någon misstanke om graviditet och jag har just till dylika fall två gånger tillkallats av kolleger, som väl misstänkt graviditet, men på grund av flickans familjeförhållanden lyckligtvis icke uttalat sin misstanke. Palpationsfyndet kan vara så missledande att även den mest övade gynekolog kan misstaga sig. Men cervix står riktad mera framåt än som vore att vänta och är icke uppmjukad, lividitet och pigmenteringar felas och undersöker man per rectum, isynnerhet om man samtidigt drar ned uterus med en klotång, finner man en retroverterad, normalstor uterus tätt under tumören men nu, och först nu, urskiljbar från densamma. Jag har i min uppsats i *Hygiea* 1912 om steriliteten meddelat ett dylikt fall rörande en ung fru (Fall XII sid. 1238).

I andra fall mer eller mindre dunkla, kan rektalundersökningen vara utslagsgivande. Detta gäller begränsade parametriter, den vanliga laterala eller den mera sällsynta bakre parametriten. Den förra liggande tätt till sidan av cervix uppfattas, då exsudatet är ringa, mycket tydligare från rectum. Den bakre parametriten, som B. Schultze fann i 25 % av sina gynekologiska fall och som senast Frankl i *Liepmanns Handbuch der Frauenheilkunde* funnit rätt vanlig, är ingen fantasiprodukt som man velat påstå. Den finnes som en ensidig eller dubbelsidig förtjockning i bindväven i plica Douglasii och framträder som en smärtande

ansvällning, om man drager ned uterus med klotång. Den kännes då redan från vagina men tydligare från rectum. Jag har funnit att en resistens, som under dessa förhållanden kännes som en ansväld plica Douglasii kan vara en del av levator ani som spännes och framträder, då man drager ned uterus. Kanske man kan därmed förklara att den eljes så pålitliga Schultze kände parametritis posterior så ofta. Åkomman är icke särdeles vanlig, men den som söker per rectum, han finner den ibland.

IV. Slutligen vill jag som en särskild grupp framhålla fall, där diagnosen blivit felaktig på grund av att icke lämpliga instrument blivit använda. Jag tänker här mest på uterinsonden. Det är alldeles märkvärdigt, vad uterinsonden har blivit för ett farligt och av många gynekologer avskytt instrument. Då den först uppfanns var den ett évenemang, användes att bestämma uteri läge, mäta uteri längd »hysterometer» — den är ju fortfarande försedd med cm.-indelning. Ja t. o. m. för att reponera en retroflekterad uterus användes den. Jag har under mina studentår sett den så användas. Numera anses den farlig, i bästa fall onödig. Jag delar ej denna mening. Den har ännu i dag en viktig funktion, att pröva om cervikalkanalen är permeabel. Man kan med densamma diagnosticera submukösa myom och ställa diagnos på en särskild eljes mycket svårt diagnosticerad form av cervixcancer: den submukösa cancerknutan. Skälet varför sonden numera så litet användes, är dels att dess funktioner delvis övertagits av slevan, som i själva verket vid diagnos av submukösa myom och av cervixknutan ersätter den. Det psykologiska skälet är, att man dels drar sig tillminnes att sondering vid icke bekant graviditet mången gång framkallat abort, likaså att man ofta har perforerat uterus med sonden och tillslut befarar man att med densamma införa infektionsämnen t. ex. vid myom, som man inom närmaste dagar skall operera.

Jag vill ej överdriva värdet av uterinsonden och vill naturligtvis icke ha den använd annat än undantagsvis, då palpation icke ger utslag, för att bestämma uteri läge och

på intet vis för att reponera uterus. Men oersättlig är den för att bestämma cervikalkanalens permeabilitet t. ex. vid amenorré. Likaså kan det vara av vikt att avgöra uteri längd vid amenorré för att avgöra om hypoplasi av uterus t. ex. vid infantilism föreligger, likaså vid förvärvad atrofi av uterus.

Jag skall nöja mig med att anföra ett karakteristiskt fall.

34 års I-p. förlöst för 9 månader sedan med forcerad tång på grund av eklampsi. Barnet dött. Låg sedan 5—6 veckor med feber, cystit och trombos. Hon återfick därefter icke sin reglering. Hade däremot varje månad i flera dagar smärtor i buken och senaste månaden en ständig tryckning nedåt rectum. Pat. hade då hon besökte mig behandlats med oophorin, järn och även sänts till brunnsort för att dricka järnvatten allt utan resultat. Jag fann vid undersökningen c:a 9 månader efter förlossningen Hgl. 0.80—0.90. Uterus svår att känna, pat. rätt korpulent, men per rectum en möjligen något förstorad och något ömmande uterus. Annex ej palperade.

Då de månatliga molimina syntes ha varit mycket svåra, tänkte jag mig möjligheten av en atresi i cervix, förvärvad genom ulcerationsprocesser efter den tydligen mycket forcerade tångförlossningen.

Sondering av uterus lyckades till en början icke alls, men efter någon svårighet fick jag in sonden och utefter densamma uttrann ett par matskedar gammal menstrualblod.

Pat. var sedan fri från alla sina besvär. Den rätt trånga cervix pinnades upp några gånger med Hegars stift. Normala regleringar inställde sig och pat. blev snart gravid, är nu i 7:de månaden. Återstår att se om den rigida cervix kommer att göra några större svårigheter vid förlossningen.

Ingen torde bestrida sondens nytta i ett dylikt fall. Kanske det kan råda olika meningar om dess värde för de andra två grupperna av fall.

Men jag vill blott påminna om de alldeles icke ovanliga fall, där patienter med blödningar skrapas den ena gången efter den andra utan effekt och där man med sonden, ännu lättare med sleven, om man blott tänker därpå, kan känna en submukös tumör, efter vars enukleation blödningarna äro borta. Man kan säkert mången gång utan

den ju alltid något besvärliga och icke alldeles ofarliga dilatationen av cervix till sådan vidd att fingret kan införas i uterinhålan, ställa diagnosen endast med sonden. Likartat är förhållandet med den rätt sällsynta form av cervixcancer som börjar som en inne i cervix under intakt slemhinna sig utvecklande kancerknuta. Denna kancer växer tidigt mot parametriet, symtomen: små blödningar och obestämd värk äro intetsägande, palpationen ger negativt resultat eller möjligen en uppdrivning av cervix. Slemhinnan känns normal. Provskrapning av corpus och även av cervix ger intet positivt utslag. Endast om man *sonderar cervix* på så sätt att man med sondknappen trycker mot ett flertal olika ställen i cervix och träffar på skör vävnad, varvid sonden åker in i en skör mörjig massa kan diagnosen ställas, ännu lättare med slevan på samma sätt använd.

Jag har ett par gånger på detta, det enda möjliga sätt, ställt tidig diagnos på kancerknuta i cervix tyvärr också i ett fall alldeles förbisett denna möjlighet och detta diagnostiska tric, så att pat., då diagnosen från annat håll ställdes egentligen var inoperabel.

Jag tror att man även på andra områden än det gynekologiska skulle med fördel kunna betrakta feldiagnoserna ur enhetliga synpunkter. Särskilt har jag själv haft tillfälle att observera missbruk med diagnosen hysteri även i invärtes fall t. ex. hjärtåkommor. Jag har för övrigt på förfrågan hos mer än en erfaren kirurg eller invärtes läkare fått min uppfattning styrkt, att även på deras områden samma missbruk gör sig gällande. Vad urinundersökningarna angår, löper naturligtvis den invärtes läkaren som besöker patienten i hans hem fara att försumma denna undersökning. Även de övriga grupperna i min indelning beröra ju delvis andra grenar av medicinen och torde kanske därför ha något intresse även för icke gynekologer. Jag har av lätt begripliga skäl velat strängt begränsa min framställning till min egen specialitet. Det skulle vara glädjande om någon kollega skulle vilja på sitt område taga upp mitt försök till systematisering av feldiagnoserna.

