

Fall af isolerad tuberkulös mediastinit

Ekman, Carl Fredrik,

46 C e Br.



Med.
Tuberk.
(P. 1)

Från Sabbatsbergs sjukhus.

Fall af isolerad tuberkulös mediastinit.

Af amanuensen Carl Fr. Ekman.

Arb. H. S., 31 år. Vårdad å Sabbatsbergs sjukhus $\frac{2}{12}$ — $\frac{22}{12}$ 1904 under diagnos *nephritis chronica* (ex abusu spirit.) + adipositas. Hade då sedan 3 veckor känt sig trött och matt, hvarför han sökt läkare, som efter konstaterande af albuminuri tillrådde sjukhusvård. Pat. var en fet, undersåsig man med pussigt utseende. Urinen höll obetydlig mängd alb. (0,25 $\frac{0}{100}$), absoluta hjärtdämpningen förstörad, kraftiga, rena toner med obetydligt accentuerad II ao., regelbunden, kraftig puls med frekvens 80—90. För öfrigt föredde han inga gröfre organiska förändringar; diagnosen ställdes som ofvan nämnt och han fick ligga till sängs med mjölk-kolhydratdiet i 14 dagar. Härunder minskades alb. till små spår. Under sjukhusvistelsen observerades, att han sof ovanligt oroligt, snarkade våldsamt och ofta vaknade upp om nätterna med kväfningskänsla på grund af att andningen afstannade. Som han hade ett mycket trångt svalg och en lång tjock uvula, antogos dessa besvär härleda sig därifrån. Tillråddes exstirpera uvulan, men ville ej. Utskrefs p. e. b. $\frac{22}{12}$.

Sedan sågo vi ej till honom förrän i början af mars 1905. Efter utskrifningen hade han skött sitt arbete som förut, men ej känt sig frisk, utan varit matt samt haft tungt att andas. Ungefär en vecka före inkomsten $\frac{5}{3}$ hade andningen blifvit mer besvärad än förut och de sista dygnen i så hög grad, att han ej kunnat sova en blund på grund af kväfningskänsla, så snart han höll på somna in. Vid inkomsten till sjukhuset hade han ett höggradigt andningsdeficit, var betydligt cyanotisk med blodsprängda conjunctivæ och förskrämd blick, stridor laryngis samt stark in- och expiratorisk dyspnoe med våldsamt andningsarbete. Halsvenerna voro utspända, fossæ jugularis sköto upp som kuddar. Pulsen full, regelbunden, 112. I svalget inga beläggningar. Lungperkussionen gaf öfverallt hög och klar ton, andningsljudet utgjordes af ett fortgående hvinande utan paus mellan in- och expiration. Fördes i badet, fick därefter ånginandning samt $\frac{1}{2}$ cgm morfin subkutant. Efter några timmar blef han emellertid sämre med oregelbunden andning och tilltagande cyanos + slöhet,



hvarför han fördes till operationssalen. På vägen dit kollaberade han och var vid trakeotomiens utförande utan puls och respiration, med en högst betydligt cyanotisk hudfärg. Efter c:a 15 minuters konstgjord respiration började han åter andas, dyspnöen kvarstod, ehuru betydligt lindrigare än förut, han fick sofva då och då några timmar i streck. Hans cyanos hade af tagit och var obetydlig, halsvenerna stodo ej längre utspända, andningsljudet var emellertid som före trakeotomien, ett fortgående hvinande. Af och till under de närmaste veckorna hade han olika svåra och långa dyspnoeanfall, vi bytte kanyl upprepade gånger, försökte äfven utan sådan, tillståndet försämrades dock märkbart. På Röntgennegativet syntes en utbredd skugga i thorax' öfre midtparti. Den $\frac{2}{4}$ afled patienten tämligen hastigt asphyctico modo. Diagnosen ställdes: tumor mediastini med kompression af nedre delen af trachea eller hufvudbronkerna; motiveringen af densamma anser jag härstädes öfverflödig.

Sektionen visade att höggradig förträngning af hufvudbronkerna förelåg, men orsaken till denna förträngning var af annat slag än vi förmodat och värd en något utförligare beskrifning.

Lungorna voluminösa, uppblåsta, starkt blodhaltiga, men öfverallt luftförande. Mediastinum anterius kännes hårdt, svåligt, trachea och de större kärlen inbäddade och fixerade i den svåliga väfnaden, som i mäktighet tilltager mot tracheas delningsställe, där den genomskuren mäter c:a 3 cm. i tjocklek. Vid bifurkationen äro de båda hufvudbronkerna starkt förträngda, särskildt den högra, hvars lumen är nästan fullständigt upphäfdt, den vänstras af möjligen en gåspennas vidd. Aortalumen är i det närmaste normalt, däremot är vena cava superior fullständigt uppfylld, i öfre delen af en organiserad tromb, i nedre delen af en fast svålig väfnad. Mellan vena c. s. och högra hufvudbronken finnes i svålen ett spansknödstort ostigt parti med kalkvandlad periferi. Svålbildningen är särskildt mäktig vid lungornas hilus, af fast, om hård kautschuk påminnande konsistens, snittytan retraherar sig perifert, sväller centralt, dess färg är grå-röd med öar och små stråk af gulgrått, späckigt utseende.

Vid mikroskopisk undersökning från olika delar möter nästan öfverallt samma bild. Grundstommen utgöres af fast organiserad bindväf, flerstädes tämligen rikligt vaskulariserad, mestadels dock kärlfattig. Hårdvis finnas öar af cellrik väfnad med stark rundcellsinfiltation och rikligt med mer och mindre typiska tuberkler, dels epiteloida, dels småcelliga; jätteceller förekomma rikligt, dels i samband med tuberkler, dels isolerade. Ostig omvandling, å många ställen i oregelbundna stråk, mest i form af ostigt fibrösa härdar, synas här och hvar i preparaten.

Snitt från vena cava superioris proximala del visa, att den

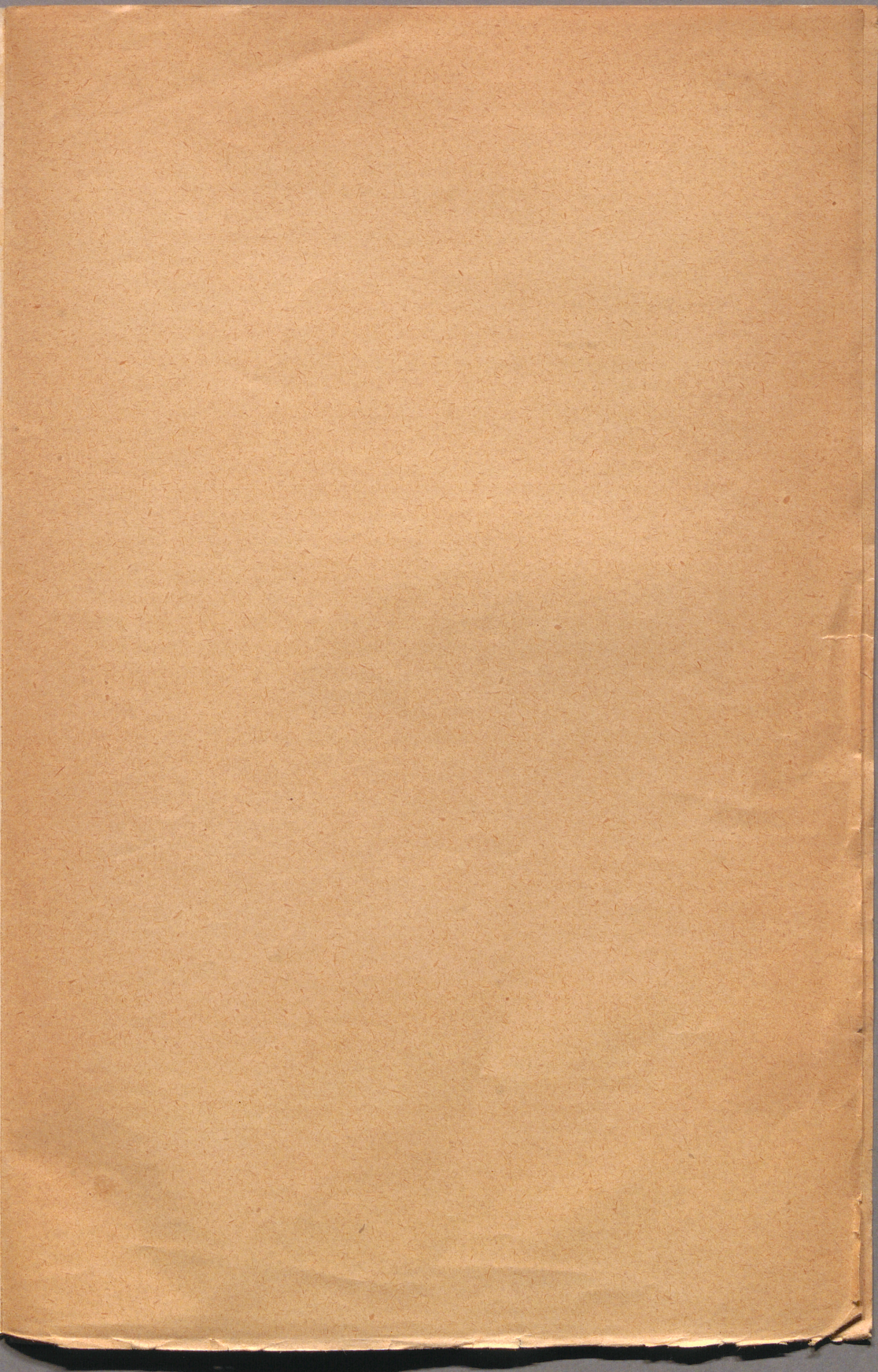


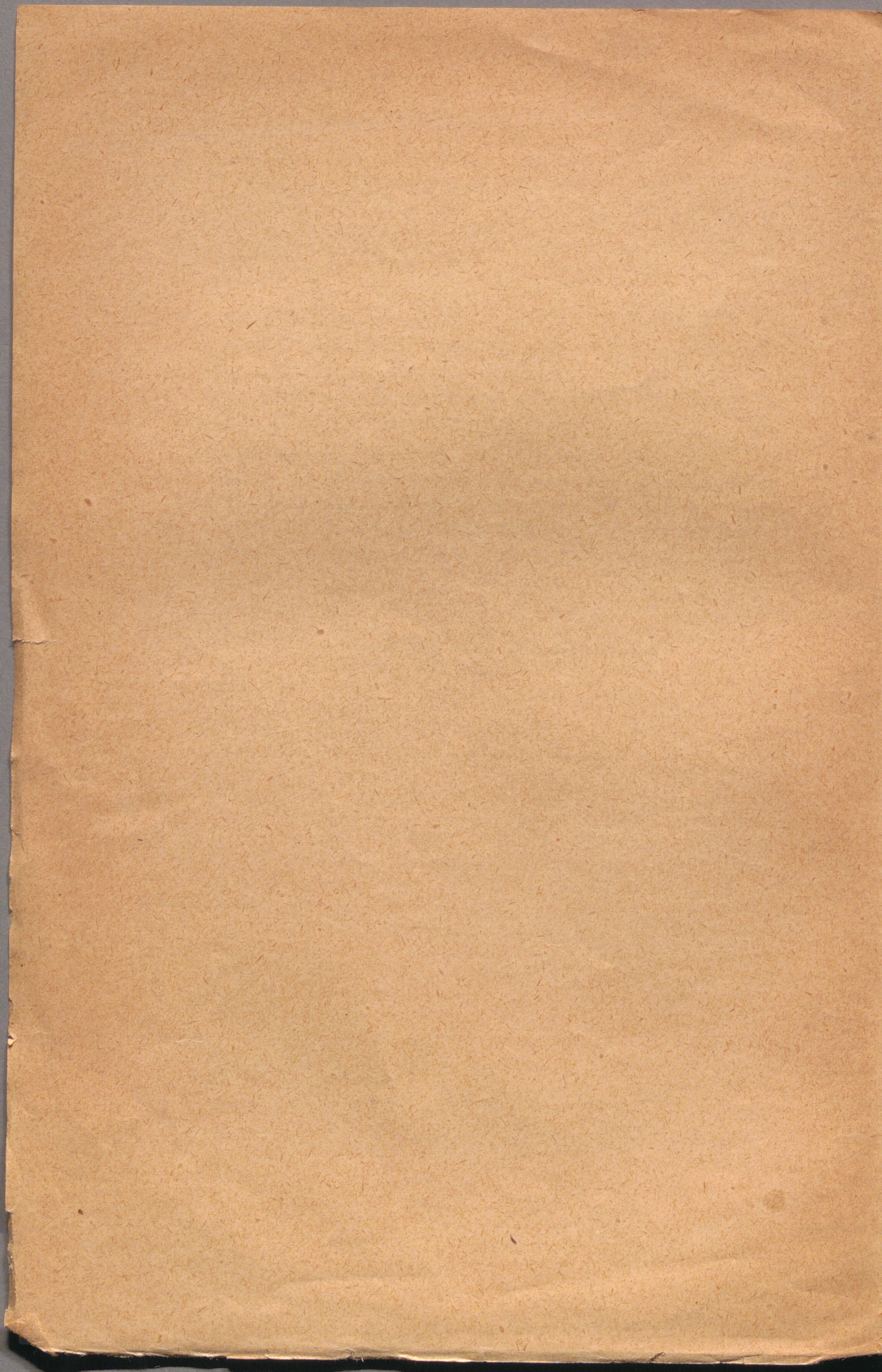
patologiska nybildningen genombryter kärlets muscularis och elastica, intimans innersta lager synes dock ograveradt. Där venen går genom den fasta svålen visar sig, att kärlet är fullständigt komprimeradt med förintadt lumen.

Hvarken i lungor eller öfriga organ fanns spår till tuberkulos eller lues.

Vid tydandet af den patologiska processen lär endast tuberkulos eller lues kunna komma ifråga. Själf trodde jag att en luetisk nybildning var det antagligaste, men på området mer skolade kolleger hyste den bestämda uppfattningen att granulationssvulsten var af tuberkulös natur. Jag har färgat en mängd snitt men ej lyckats finna några tuberkelbaciller, något som ju på grund af den rikliga förekomsten af jätteceller var sannolikt skulle finnas.

Jag har velat publicera fallet, dels med hänsyn till det säkerligen ovanliga af en isolerad mediastinaltuberkulos med kompression af hufvudbronkerna som närmaste dödsorsak, dels också som ett exempel på att tillräckliga kollateralbanor för venblodet kunna komma till stånd, äfven om vena cava superior är fullständigt komprimerad.





EKMAN

SÄRTRYCK UR HYGIEA 1906.

