books2ebooks.eu

Söderbergh, Gotthard

Ett fall af hjärntumör : Operation. Hälsa med defekt

Stockholm
1908

e-böcker från ditt bibliotek av
eBooks on Demand

digitaliserad av
Kungliga Biblioteket
National Library of Sweden

EOD – Miljoner böcker bara en knapptryckning bort. I mer än 10 europeiska länder!

Tack för att du väljer EOD!

Europeiska bibliotek har miljontals böcker från 1400- till 1900-talet i sina samlingar. Alla dessa böcker går nu att få som e-böcker – de är bara ett musklick bort. Sök i katalogen från något av biblioteken i eBooks on Demand- nätverket (EOD) och beställ boken som e-bok – tillgängligt från hela världen, 24 timmar per dag och 7 dagar i veckan. Boken digitaliseras och blir tillgänglig för dig som e-bok.

EOD bokens fördelar!

- Få samma utseende och känsla som med originalet!
- Använd ditt standardprogram för att läsa boken på skärmen, zooma och navigera genom boken.
- Skriv ut enstaka sidor eller hela boken.
- *Sök*: Använd fulltextsökning för enskilda fraser.
- *Klipp & klistra*: Kopiera bilder och delar av texten till andra applikationer (t.ex. ordbehandlingsprogram).

Villkor för användning

Genom att använda EOD-tjänsten accepterar du de villkor som ställs av biblioteket som äger den aktuella boken.

- Villkoren på svenska: http://books2ebooks.eu/odm/html/nls/sv/agb.html

Fler e-böcker

Redan nu erbjuder 30 bibliotek från 12 europeiska länder denna service.
Mer information finns tillgängliga via http://books2ebooks.eulla boken.

- http://search.books2ebooks.eu/

SÖDERBERG H, G.

SÄRTRYCK UR HYGIEA 1908.

Kungl. biblioteket
0 0000 000137879

med. Kir (Bf) a

Från Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset.

Ett fall af hjärntumör.

Operation. Hälsa med defekt.

Af Gotthard Söderbergh
Amanuens vid med. afd.

Följande fall, som af öfverläkaren doktor H. Köster välvilligt öfverlämnats mig till publikation, har dels erbjudit intressanta detaljer ur diagnostisk synpunkt, dels visat ett godt terapeutiskt resultat, hvarför en redogörelse därför ansetts lämplig.

Sjukhistoria.

Hustru S. Å., 21 år. Inkom d. $^{16}/_{10}$ 1906. Allm. journ. N:r 1409.

Anamnes. Veterligt inga nervsjukdomar i släkten, tuberkulos på mödernet. Frånsedt barnsjukdomar, frisk förut. Gift sedan $2\frac{1}{2}$ år, inga barn, missfall, eller misstänkt riklig menses. Mannen förnekar lues, pat. vet sig icke veneriskt infekterad. Intet trauma eller sår i hufvudet, intet öronlidande. Sedan länge envisa snufvor på 1—2 mån., med synnerligen riklig sekretion. Inga symtom af empyem i sinus frontalis observerade.

Pat. daterar sin nuvarande sjukdom till för $1\frac{1}{2}$ år sedan. Dock har hennes man redan dessförinnan iakttagit, att hon släpat med vänstra benet och fört det fumligt, så att hon slagit emot stenar med foten. För $1\frac{1}{2}$ år sedan började, första tiden ungefär 1 gång i mån. utan att vara bundna vid menses, anfall af hufvudvärk, af 10—15 min. duration, lokaliserade öfver nervus supraorbitalis dx:s utbredningsområde, såsom en skärande smärta, strålande inifrån utåt, efter ett halfår äfven öfver n. supraorbital. sin. och spridande sig mot nacken. Anfallen började med denna hufvudvärk, som lättade efter kräkning, hvarefter det skymde för pat:s ögon och hon fick yrsel. De påkommo i regel vid 4—5-tiden på morgonen, upprepades 4 à 5 gånger om dagen och voro åtföljda af frysningar, frosskakning och svettning. Under sjukdomens förlopp har deras frekvens ökat, sista 3 mån. till

2 à 3 gånger i veckan, likaså deras intensitet. Pat. har därunder aldrig förlorat medvetandet, men varit lindrigt omtöcknad och ibland sett färgade punkter i dunkelt synfält. Sedan omkring 1 år har det stundtals blifvit skumt för ögonen. Under ett anfall för 1 år sedan en kombinerad hallucination: »det surrade i hufvudet, så att hon trodde en spinnrock vara i rummet, hvarpå hon som i en dimma såg en person sitta och spinna».

Symtomen från vänster ben utvecklade sig småningom till nuvarande ståndpunkt. I början af sommaren 1905 observerade pat:s man, att hon var stel i benet om morgnarna, dock hastigt öfvergående. I midten af sept. samma år blef pat. under en promenad plötsligt stel i vänstra knäleden, därefter äfven i fot- och tåleder, så att hela benet utom höftleden kom i tonisk kramp, hvarefter lindrig sådan uppträdde i vänstra armen, och munnen drogs öfver åt vänster. Först försvann krampen i mun och arm, stod längst kvar i benet, där den räckte $\frac{1}{2}-1$ timme, förenad med stickningar. Samtidigt med krampen ingen hufvudvärk, svindel eller kräkning, men följande dag uppträdde dessa symtom. Efter en vecka ånyo ett liknande, lindrigare krampanfall. Under hösten 1905 kommo de allt oftare på, och pat. började äfven på mellantiderna bli stel i benet.

I jan. 1906 ett anfall af ändrad typ. Sysselsatt med skurning, öfverfölls hon af tonisk kramp i vänster ben och arm, så att hon ej kunde resa sig själf upp, fick hjälp därtill, men kastade sig framstupa och brast ut i häftigt skratt och gråt. Nu märktes första gången tydlig pares i vänstra armen och benet, dock öfvergående efter en stund. Längre fram på våren skakningar i benet. I sommar har pat:s man iakttagit ryckningar i vänstra armen under sömnen hos henne. Från denna början en alltmer uttalad tonisk kramp i vänstra benet och känsla af slapp domning i vänstra armen, förenad med svårighet att utföra finare rörelser med vänstra handens fingrar. Skratt-, gråtanfall då och då, men inga symtom af demens.

För 2 mån. sedan ett hastigt öfvergående dubbelseende, som räckte endast omkring 5 minuter. Sista veckorna lukthallucinationer, som ännu fortfara. Sedan någon tid svaghet i vänstra sidan vid tuggning.

I samband med anfallen af hufvudvärk för $1\frac{1}{2}$ år sedan började pat. bli trött och matt, nervös, sof oroligt etc. Behandlades för endometrit med stark flytning, och hennes nervsymtom tolkades som hysteriska.

Status præsens den $^{16}/_{10}-^{23}/_{10}$ 1906.

Pat. är af ordinär byggnad, af godt hull, något blek. Puls 72–76, utan anmärkning. Ingen kärlrigiditet. Temp. afebril. Ingen ägghvita.

Subjektivt känsla af kraftlöshet i vänstra armen och benet, men inga smärtor eller parästesier.

Pat. verkar nervös, är liflig och redogör exakt för sin sjukdom. Att hennes minne är godt, kontrolleras genom anamnes af hennes man. Ej spår till hufvudvärk eller slöhet. Inga kräkningar.

Hufvudets form utan anmärkning. Å detsamma inga tecken på lues. Trumhinnor normala. Näs别emhinnan rodnad, något hyperplastisk. Öfver högra delen af pannan, från medellinjen utåt till yttre tredjedelen af ögonbrynet, uppåt till något nedom hårfästet måttlig *perkussionssmärta*. Vid genomlysning ingen skugga öfver sinus frontalis. Å skallen intet blåsljud.

Kranialnerver. I. God perception. Hallucinerar »bränd, dålig lukt».

II. Omkring 1 dioptri hyperopi på båda sidor. Läser vanlig tryckstil. Ingen hemianopsi eller koncentrisk synfältsinskränkning. Oftalmoskopisk undersökning visar brytande medier klara. På båda sidor äro papillens gränser starkt diffusa och något strierade. Den vänstra papillen är svullen till en höjd af 4 dioptrier. Vener måttligt dilaterade, inga blödningar..

III, IV, VI. Ögats rörelser normala. Vänster pupill obetydligt större än höger, båda reagera normalt vid ljusinfall, såväl direkt som konsensuellt, samt vid ackomodation.

V. Måttlig nedsättning i vänster ansiktshalfva, med medellinjen som gräns, för beröring, köld, värme och smärta. Subjektiv pares i vänstra tuggmusklerna, ingen objektiv.

VII och VIII utan anmärkning.

(V) IX. Ingen rubbning för sött, surt, salt eller bittert.

X. fri.

XI. Vänstra axeln står lägre än högra och höjes paretiskt.

XII. Tungan devierar ej.

Ingen afasi.

Spinalnerver. Känsel. Å vänstra kroppshalfvan, med medellinjen som skarp gräns, måttlig nedsättning för beröring, köld, värme, något mer för smärta; alla rubbningar starkare nedom underbenets midt. Dessutom under vänstra mamma en mer än 2 kr:s stor fläck med ännu starkare nedsättning för alla kvaliteter, särskildt smärta.

Ingen ataxi.

Rörelse. Minskad tonus och pares i vänster arm, med hvilken alla rörelser kunna utföras. Paresen mindre i armen än i skuldran.

Vänstra benet ligger i sträcktonus, som endast stundtals släpper efter och möjliggör böjning i knäleden; foten i equinus-ställning. Fullständig paralys af rörelser i tålederna och talokruralleden, små exkursioner i knä-, bästa rörelseförmågan i höftleden. Gången

starkt haltande, i det pat. för vänstra benet styft, med utåtroterad fot, släpande stortån i en rak linje.

Reflexer. Kubital-, radius- och ulnareflexer förstärkta på vänster sida. Båda patellarreflexer mycket förstärkta, den vänstra mera och företer patellarklonus. Dubbelsidig dorsalklonus, starkare på vänstra sidan. Vid några tillfällen säker. Babinski iakttagen på vänstra sidan, finnes ej i regel. Bukreflexer svaga, utan säker skillnad på båda sidor. Blåsa och rektum utan anmärkning.

Inga trofiska rubbningar eller atrofier.

Inre organ utan anmärkningsvärda förändringar. Inga tecken på lues från hud- eller bensystemet, svalget eller lymfkörtlarna.

Dagteckningar.

$^{29}/_{10}$. Lindrig hufvudvärk, kväljningar.

$^{30}/_{10}$. Ett anfall, räckande drygt 1 timme, börjande med domningskänsla i vänstra stortån. Därefter inställde sig kloniska ryckningar i vänstra knäleden, hvarpå anfallsvis påkom en fin tremor i hela benet, som under pauserna låg i tonisk kramp. Vänstra armen angreps därnäst af en liknande, anfallsvis uppträdande, fin tremor, så högra benet och högra armen sist. Intet från trigeminus, facialis eller hypoglossus. Då skakningarna i vänstra benet upphört, kändes, under de täta anfallen i högra benet, fibrillära-fascikulära ryckningar i vänstra gastrocnemius och soleus, icke påkommande i anfall. Pupillerna reagerade, reflexer som förut. Pat. var under anfallet vid fullt medvetande, ej exalterad. Ingen hufvudvärk eller kräkningar föregående, samtidigt eller efteråt, endast susningar i hufvudet, då anfallet upphört. Temperatur 37°, puls 120.

$^{15}/_{11}$. Röntgenfotograferad. Plåten visar intet abnormt.

$^{1}/_{12}$. Pat. råkade falla omkull och slå sig i nacken.

$^{6}/_{12}$. Ryckningar i vänstra tårna, som pat. ej spontant kan röra, därefter i vänstra knäet, domningskänsla i vänstra armen, börjande i handen, spridande sig uppåt. Anfallet varade 10 minuter. Efteråt hufvudvärk och sura uppstötningar.

$^{9}/_{12}$. Sedan traumat den $^{1}/_{12}$ mer hufvudvärk än förut, lokaliserad till högra delen af pannan.

$^{15}/_{12}$. Oftalmoskopiskt: på högra sidan liksom afbrott på venerna i papillens omgifning, diffus grumling af retina, inga blödningar.

$^{20}/_{1}$. Ökad hufvudvärk. Ryckningar i vänstra benet, öfvergående paralys af vänstra armen och benet.

$^{18}/_{2}$. Svår hufvudvärk och kräkningar. Pat. är somnolent. *Dämpning* och rätt stark *resistenskänsla vid perkussion* öfver *högra* delen af pannan. Symtomet är fullt tydligt, särskildt vid jämförelse med andra sidan. Strabismus divergens?

$^{20}/_{2}$. Pat. bättre, psyke klart.

$^{28}/_{2}$. Ny Röntgenplåt, utan fullt säkert fynd.

$^{16}/_{3}$. Pat. är fortfarande redig och klar, men hufvudvärk, kräkningar och ryckningar i vänstra benet och armen hafva uppträdt oftare, tidtals nästan dagligen. Långsam puls har aldrig observerats, vanligen omkring 72.

Perkussionsömhet starkast å samma område som d. $^{16}/_{10}$ —$^{23}/_{10}$ 1906, men finnes nu diffus öfver hela högra halfvan af kalotten. Pat. har svårare att läsa vanlig tryckstil.

Oftalmoskopiskt. Högra papillen mer hyperemisk än förut, vänstra papillen är 5 dioptrier hög, visar tydlig knick på kärlen, arterer äro smala, vener måttligt dilaterade, gränser mycket diffusa. Strabism tvifvelaktig, inga dubbelbilder. Sensibilitetsrubbningar som förut. *Motilitet.* Rörelseförmåga och kraftkänsla i vänstra armen växla något, men pat. säger sig känna den »konstig, som den ej vore hennes, ej lydde hennes vilja». Inga spontana rörelser i tår, fot- eller knäled, passiva rörelser inskränkta i höftleden, på vänstra sidan. Pat. känner nu svaghet äfven i högra benet, går sämre och kan endast med svårighet reda sig ensam. Fascikulära ryckningar i vänstra vadmuskulaturen. Vänstra benet tyckes ha atrofierat något. Reflexer som förut, Babinski dock konstant negativ. Muskelsinne och stereognostiskt sinne bibehållna i vänstra armen.

$^{23}/_{3}$. Pat. öfverfördes till kirurg. afd.

Pat. sökte poliklinisk hjälp och föreföll vara ett vackert fall af hysteri. Vänstra armen hängde slapp, men alla rörelser kunde utföras. Vid gång släpade hon vänstra benet, så att stortån fördes i en rak linje. Hon upplyste, att denna hemipares uppkommit under ett skratt- gråtanfall samt varierat mycket under sjukdomens förlopp. Hon intogs på sjukhuset för närmare undersökning.

Därvid befanns vänstra benet i en tonisk kramp, som till sitt utseende var förvillande lik en hysterisk kontraktur, särskildt af vadmusklerna och extensor quadriceps cruris. En vänstersidig hemihypästesi med medellinjen som skarp gräns jämte en 2 kr.-stor fläck under vänstra mamma med ännu starkare sensibilitets-nedsättning tycktes ytterligare stödja diagnosen. Lukthallucinationer samt allmänt nervösa symtom fullständigade bilden. Först undersökningen af ögonbotten ledde diagnosen in på nya vägar. Papillit förefanns på båda sidor. Frågan gällde alltså: hysteri med papillit

af obekant etiologi eller organiskt hjärnlidande, kompliceradt af sekundär hysteri. Emellertid funnos några symtom, som redan vid första status gjorde hysteri som hufvuddiagnos mindre tillfredsställande. Senreflexerna voro konstant stegrade på den förlamade sidan och dorsalklonus typisk. Men framför allt gaf Babinskis reflex, som några gånger erhållits säker, en bestämd upplysning om, att icke enbart en neuros förelåg. Vidare saknades hemihypästesiens utbredning till lukt och smak, och synfälten visade ingen inskränkning. En mer detaljerad anamnes och fortsatt observation gjorde slutligen diagnosen hysteri + papillit omöjlig.

Anamnesen visade nämligen, liksom observationen under sjukhusvistelsen, en *ständig progrediens* af dels *allmänna* dels *lokala* symtom af ett hjärnlidande. De förra började ungefär $1\frac{1}{2}$ år före inkomsten, yttrande sig i en anfallsvis påkommande hufvudvärk med kräkningar och yrsel, först endast en gång i månaden och af kort duration, mot slutet af vistelsen på med. afd. tidtals dagligen och af ökad intensitet och längd. Under ett par dagar ($^{18}/_{2}$—$^{20}/_{2}$ 1906) blef pat. somnolent. Staspapillen föreföll också att bli mer utpräglad och var d. $^{16}/_{3}$ en dioptri starkare än vid inkomsten.

Än mer pekade utvecklingen af *härdsymtomen* hän på, att ett organiskt lidande måste finnas. Det tidigast iakttagna symtomet var, att pat. släpat med vänster ben och fört det fumligt, så att hon slagit emot stenar med foten, detta redan innan allmänsymtomen hade börjat. Så som pat. och hennes man skildrade gångrubbningen, liknade den mer en form af ataxi än pares.

Kronologiskt sedt, torde nästa härdsymtom ha varit den till högra delen af pannan lokaliserade hufvudvärken. Stöd för denna uppfattning gåfvo dels status d. $^{16}/_{10}$—$^{23}/_{10}$ 1906, som utvisade en här bestämdt lokaliserad perkussionsömhet, dels den öfver samma område d. $^{18}/_{2}$ 1907 iakttagna dämpningen och starka resistenskänslan, slutligen operationsfyndet.

Öfriga härdsymtom tillhörde i öfvervägande grad det *motoriska* området och utvecklade sig på följande sätt. I början af sommaren 1905 iakttogs *en viss stelhet i vänstra*

benet om morgnarna, *hastigt öfvergående* hvarje gång. I midten af sept. samma år inträffade första *anfallet af tonisk kramp*. Initialsymtomet var en *stelhet i knäleden*, därefter kom turen till fot- och tåleder, så tonisk kramp i arm- och facialisområdet. Symtomen gingo tillbaka i omvänd ordning, kvarstodo längst i benet. Liknande anfall upprepades under hösten 1905, och äfven på mellantiderna började benet blifva stelt. I jan. 1906 tillkom efter ett anfall för första gången en *öfvergående pares* i vänstra armen och benet. Efter någon tid kloniska ryckningar i benet och under sömnen ryckningar i vänstra armen. Därefter voro stationära en ringa pares i armen och en stark tonisk kramp i benet. Status den $^{16}/_{10}$—$^{23}/_{10}$ visade fullständig paralys af rörelser i vänstra fot- och tålederna, nedsatt rörelseförmåga i knäleden, ökad muskeltonus med patellar- och dorsalklonus samt öfvergående positiv Babinski på vänstra sidan. Paresen i vänstra armen och skulderhöjare befanns förenad med förstärkta kubital-, radius- och ulnareflexer. Redan nu förstärkning äfven af högra patellarreflexen och högersidig fotklonus, ehuru svagare än på vänstra sidan. Från motoriska kranialnerver var objektivt endast att anmärka en obetydlig skillnad på pupillerna. En rekapitulation af de motoriska symtomens utveckling erhölls på sätt och vis vid det anfall, som iakttogs d. $^{30}/_{10}$. Detta började med *kloniska ryckningar i vänstra knäleden*, därefter fina anfallsvis påkommande skakningar i hela vänstra benet, liknande ryckningar i vänstra armen, högra benet och sist högra armen. Efter anfallen kändes *fascikulära muskelkontraktioner i vänstra vadmuskulaturen*. Anmärkningsvärdt var, att detta anfall inleddes af en domningskänsla i vänstra stortån, ty nästa observerade anfall började med ryckningar i vänstra tårna. Den $^{20}/_{1}$ 1907 *öfvergående paralys* af vänstra armen och ben. Den $^{16}/_{3}$ *paralys af rörelser i vänstra knäleden*, inskränkt rörlighet i vänstra höftleden, *pares äfven i högra benet.*

Sammanfattas denna bild af *motoriska* härdsymtom, visade sig alltså *retningssymtom* alltid *först*, *därpå* följde *paretiska* tillstånd med öfvergående paralyser. Konstanta sådana, tydande på en förstöring af fokus, kunde däremot

ej med visshet diagnosticeras, då paralysen af rörelser i fot- och tåleder kunde förklaras genom den toniska krampen af dithörande muskler. Initialt och alltjämt trädande i förgrunden föreföll centrum för knäets rörelser att vara, särskildt anmärkningsvärdt vid det observerade krampanfallet d. $^{30}/_{10}$, som började och slutade med symtom härifrån. Förloppet, med afseende på de motoriska symtomen, tydde sålunda på en lokalisation, börjande vid knäets centrum och därifrån med lagbundenhet spridande sig till fotens, skuldrans och armens, träffade olika gravt i denna ordning. Däremot var ansiktets centrum fritt. Till sist var äfven andra sidans bencentrum intresseradt.

De *sensibla härdsymtomen* gåfvo i detta fall ej mycken ledning, då de mycket grumlades af den åtföljande hysterien. Ty såsom hysterisk uppfattas kanske naturligast den strängt till medellinjen och äfven i ansiktet utbredda hypästesien, så mycket mer som den var förenad med stigma under vänstra mamma.

Att kortex i den motoriska regionen på högra sidan var intresserad, var alltså tydligt, men hvar låg hufvudhärden? Var det möjligt att af förhandenvarande symtom komma längre i lokalisering?

För ett läge i parietalloben talade ej många skäl. Visserligen fanns tidigast en gång rubbning, som liknade ataxi i vänstra benet. Men dels kan en sådan framkallas äfven från centralvindlarna, [1]), dels saknades objektivt ataxi och rubbning af muskel- eller stereognostiska sinnet. Ej heller kunde de sensibla rubbningarna användas för denna lokalisering. Under sådana omständigheter blef en förläggning af härden till parietalloben rent hypotetisk, så mycket mer som andra tecken pekade åt annat håll.

Hufvudvärken började och höll sig alltjämt mest öfver högra delen af pannan. Vidare fanns en konstant perkussionsömhet på samma ställe, där också sedermera en fullt tydlig dämpning och resistenskänsla uppträdde. Dessa symtom angåfvo sålunda en lokalisering till frontalloben.

[1]) se Oppenheim: Die Geschwülste des Gehirns 1902, sid. 94.

Därmed förföll sannolikheten, att endast motoriska zonen var intresserad. Nästa fråga blef, om härden med detta läge var ytlig eller djup. En öfverblick af skildrade symtom gaf ett bestämdt intryck, att kortex borde mest vara intresserad. Ty retningssymtom af ett centrum föregingo förlamningssymtom, utbredningen följde kortikala centra, Jacksons epilepsi fanns, vidare psykiska retningssymtom i form af kombinerade hallucinationer (i anamnesen), tidig hufvudvärk med bestämd lokalisation, förenad med perkussionsömhet och dämpning. Hvart för sig af dessa symtom är ju långt ifrån afgörande, men ett hopande af dem som i detta fall måste vara betydelsefullt, så mycket mer som ingenting talade för ett djupt läge, framför allt var optikusbanan fri. Dubbelseendet i anamnesen och den under somnolensen osäkra divergenta strabismen tolkades otvunget som sekundära trycksymtom. Om man alltså väntade sig ett ytligt läge, kunde dock icke här, lika litet som i de flesta andra fall, afgöras, om utgångspunkten låg subkortikalt, kortikalt eller extrakortikalt.

Diagnosen sattes sålunda på ett *organiskt progredient hjärnlidande, lokaliseradt till högra frontalloben med utbredning öfver vänstra benets*, särskildt knäets, *och armens centra*, af sannolikt *ytligt* läge. Komplikation: *hysteri*.

Frågan gällde nu att afgöra, af hvilken natur åkomman var. Utan vidare kunde emboli och hjärnblödning uteslutas. Likaså fanns icke mycken sannolikhet för multipel skleros, ej heller för fortskridande trombos: däremot talade framförallt staspapillen. Encefalit behöfde icke heller vidare öfvervägas, då man tog i betraktande sjukdomens smygande förlopp. För pachymeningitis interna hæmorrhagica saknades etiologi. Kronisk hydrocephalus var osannolik på grund af de direkta härdsymtomen. Visserligen saknades etiologi och tecken på lues oeh pat. var refraktär mot antiluetisk behandling, men gummös tumor var omöjlig att utesluta och indrogs i differentialdiagnosen mellan abscess och tumör.

Här mötte de största svårigheterna. Man ställde mot hvarandra skälen för:

Abscess.	*Tumör.*
1. Pat. hade ej tumörtyp, utan var liflig och vaken, särskildt under första observationstiden.	1. Tumör kan förhålla sig så i början af sin utveckling.
2. En viss grad af växling i symtomen, särskildt af paresen i armen.	2. Förekommer särskildt vid blodrika eller lösa tumörer.
3. Anamnesen visade frysningar, frosskakning, svettning under anfallen.	3. Ingen feber under sjukhusvistelsen.
4. Anamnestiskt intensiva snufvor.	4. Intet empyem i sinus frontalis, anmärkningsvärdt vid lokalisation till frontalloben. Icke heller fanns någon annan påvisbar etiologi för abscess: intet öronlidande, intet hufvudtrauma, ingen primärhärd i annat organ.
	5. Staspapill vanligare vid tumör.
	6. Långsamt förlopp.
	7. De motoriska symtomens utveckling: korta anfall af tonisk kramp — Jacksons epilepsi — pareser sent, vanligare vid tumör.

Skälen 4, 5 och 6 vägde mest. Så sätter t. ex. Leube (Diagnose der inneren Krankheiten) aldrig diagnosen hjärnabscess utan påvisbar primärhärd. Om också staspapillens förekomst vid abscess förr underskattats, kan dock icke förnekas, att den är vanligare vid tumör.

Facit blef Tumor cerebri.

Pat. behandlades å med. afd. med K.J. fick den $^{17}/_{1}$—$^{17}/_{2}$ Hg-smörjning, 4 gr. i paketet, blef icke förbättrad.

På grund häraf öfvervägdes och beslöts kirurgisk behandling. Man ansåg sig härtill så mycket mer berättigad, som alla skäl talade för: 1) att lidandet var en tumör, 2) att denna var möjlig att lokalisera, 3) att den låg på för operation tillgänglig lokal.

Pat. öfverfördes sålunda på den kirurgiska afdelningen med diagnosen: *hjärntumör, lokaliserad till högra frontalloben med utbredning bakåt åt främre centralvindelns ungefär öfre* $^2/_3$. Som *utgångspunkt* för dess uppsökande borde *centrum för knäet* tjäna.

Precis här anträffades svulsten vid den operation, som $^{28}/_3$ 07 företogs af dr G. Naumann. För det i kirurgiskt afseende intressanta har Dr. Naumann dels redogjort å kirurgkongressen i Kristiania i år dels å annat ställe lämnat beskrifning. Här framdragas endast de detaljer, som ur medicinsk synpunkt äro beaktansvärda.

Man var vid operationen i tillfälle att öfvertyga sig om, att tumören bakåt icke öfverskred sulcus centralis, att den nedåt icke inkräktade på ansiktets centrum, att den uppåt sträckte sig ungefär 1 cm. från meddellinjen. Hur långt framåt den utbredde sig, kunde ej exakt afgöras, emedan den försvann under operationssårets främre benkant. Dock förefanns tumörmassan vid utslefning ungefär 4 à 5 cm. framåt-nedåt-medialt om denna. Man hade därför vid operationen den uppfattningen, att dels genom tumören själf, dels genom dess kompression af hjärnsubstansen framåt de perkussoriska förhållandena öfver högra delen af pannan mycket väl förklarades. Den djupa defekten, som blödde ganska mycket, uttamponerades med jodoformgas. Med hänsyn till de topografiska förhållandena, var det mer än troligt, att vid denna tamponad särskildt området mellan ben- och armcentrum utsattes för tryck.

Tumören var väl afkapslad och vägde uttagen 60 gm. Mikroskopiskt visade den sig vara ett cellrikt sarkom och föreföll vid operationen utgången från pian.

Efter operationen tillstötte en del ur neurologisk synpunkt intressanta komplikationer. Ur daganteckningarna på kirurg. afd. må anföras.

$^{29}/_{3}$. Fullständig urinretention.

$^{30}/_{3}$. Pat. klagar öfver stark värk i nacken. Svåra smärtor i nacken vid minsta försök till rörelse, nackstel. Tydlig svullnad kring vänstra ögat, med starkt ödem af ögonlocken. Pupiller vida, likstora, reagera knappast för ljus. Synförmågan betydligt sämre än föregående dag, pat. har svårt att skilja mellan ljus och mörker. Paralys, nästan fullständig i vänstra armen, fullständig i vänstra benet.

$^{31}/_{3}$. Tydliga sugillationer kring vänstra ögat.

$^{1}/_{4}$. En mindre subkonjunktival blödning på vänstra sidan.

$^{2}/_{4}$. Sedan operationen har urinretentionen fortsatt, pat. har måst tappas hela tiden. I dag fullständig urininkontinens, oaktadt pat. är psykiskt fullt klar. Svullnaden kring vänstra ögat något minskad.

$^{5}/_{4}$. Allmäntillstånd bättre, hufvudvärken ej så svår, sedan tamponaden lättats.

$^{9}/_{4}$. Ödemet och blödningarna kring vänstra ögat försvunna. Nackvärken betydligt minskad. Fortfarande stark synnedsättning, rörelse i armen och benet oförändrad.

$^{15}/_{4}$. Pat. kan hålla urinen. Allmäntillståndet godt. Ingen hufvudvärk. Pupillreaktion trög, pupiller ej så vida som förut. Synen alltjämt dålig. Rörelseförmågan i vänstra handen tydligen ökad. Svaga medrörelser i vänstra tårna.

$^{17}/_{4}$. Pat. tycker sig se bättre, kan om ock med svårighet räkna finger på 1 meter (binokulärt).

$^{9}/_{7}$. Pat. öfverfördes till med. afd., där ny journal upptogs (Allm. journ. N:o 985).

Anamnes: Pat. har sedan den $^{15}/_{4}$ aldrig haft några allmänsymtom af sitt hjärnlidande; ingen hufvudvärk, yrsel eller kräkningar. Ej heller Jacksons epilepsi eller andra ofrivilliga ryckningar. Synförmågan har varierat mycket, i bästa fall har pat. haft så god ledsyn, att hon vågat släppa stöd. Lukthallucinationer och tuggningssvaghet borta. Pat. har sista tiden orkat vara uppe nästan hela dagarna.

Status den $^{9}/_{7}$. Allmäntillståndet godt. Subjektivt ingen domningskänsla i vänstra armen eller benet. Tankeförmåga och sinnesstämning höjda.

Perkussionsömhet och *dämpning* öfver pannan *borta*. Pat. räknar på högrå ögat finger på $\frac{1}{2}$ meter, på vänstra på 1 dcm. (felobserveradt?). *Oftalmoskopiskt.* På båda sidor synnervsatrofi med glänsande hvit, stående oval af papillen, hvars yttre gräns är skarp, inre suddig. Vener och särskildt arterer smala. På vänstra sidan synes ännu knick på kärlen vid papillgränsen.

Vänstra pupillen obetydligt större än högra, båda reagera trögt. Ögonrörelser icke alltid fullt koordinerade.

Mindre pares vid *höjning af vänstra skuldran.*

Paresen i vänstra armen afgjordt *mindre* än före operationen. Pat. säger sig nu kunna hålla ett vattenglas längre än förut och släpper ej föremål ofrivilligt.

Pat. har *återfått* sin *normala styrka* i *högra benet.* Vänstra benet har ännu ökad tonus, ehuru ej såsom före operationen. Pat. kan *röra vänstra tårna för sig, utan medrörelser,* kan likaledes *böja och sträcka i fot- och knäleder* isolerade, ehuru något svagt. Gången förändrad, mer spastisk än paretisk i vänstra benet, pat. släpar dock icke vänstra foten, utan lyfter den.

Fortfarande förstärkta kubital-, radius- och ulnareflexer på vänstra sidan, likaså patellarreflexer, som också på högra äro starka. *Fotklonus borta på högra,* finnes kvar på vänstra. Babinski negativ på båda sidor.

Atrofien af vänstra benet ej ökad.

Från inre organ intet att anmärka.

$^{26}/_{7}$. Pat. räknar finger på 1 meter (binokulärt). Dorsalklonus på vänstra sidan mindre.

$^{23}/_{8}$. Räknar finger på $1\frac{1}{3}$ meter (binokulärt).

$^{23}/_{9}$. *Fortfarande saknas alla allmänna hjärnsymtom af tumör, likaså ömhet eller dämpning öfver pannan.*

Fortfarande ingen domningskänsla i vänstra armen eller benet. Pat. tycker sig ha bättre herravälde öfver armen än benet. Hon känner sig i fortskridande förbättring.

Kranialnerver II. Då pat. fixerar, uppkommer en divergent strabism, i det vänstra ögat afviker uppåt-utåt. Pat. kan binokulärt iakttaga den undersökande läkaren (hvit rock) på 11 meter, skiljer på 2 meter mellan 1 och 2 fingrar. Hon uppger sig se färger, men icke konturer, kan ej urskilja anletsdrag.

Högra ögat. Pat. inställer vid fixering nasal del af retina, räknar därvid till 4 fingrar blott på $\frac{1}{2}$ meter.

Vänstra ögat. Pat. inställer vid fixering retinas öfre temporala kvadrant, skiljer därvid på 2 meter mellan 1 och 2 fingrar, på $1\frac{1}{2}$ meter mellan 1 och 3, på $\frac{1}{2}$ meter mellan 1 och 5.

Perimeterundersökning kan ej verkställas, då pat. ej spontant kan inställa sin macula lutea. I stället jämföres hennes synfält med undersökarens normala på så sätt, att pat. efter tillsägelse inställer sitt öga, så att hon förefaller fixera den undersökandes. Samtidigt får hon uppgifva, när hon iakttager undersökarens hand. Därvid befinnes, att på högra ögat återstår endast ett inskränkt temporalt synfält, som dock förefaller passera det sagittala planet genom siktlinjen nasalt, alltså måhända innefattande makulan. Synskärpan afgjordt bättre temporalt än nasalt. På vänstra ögat

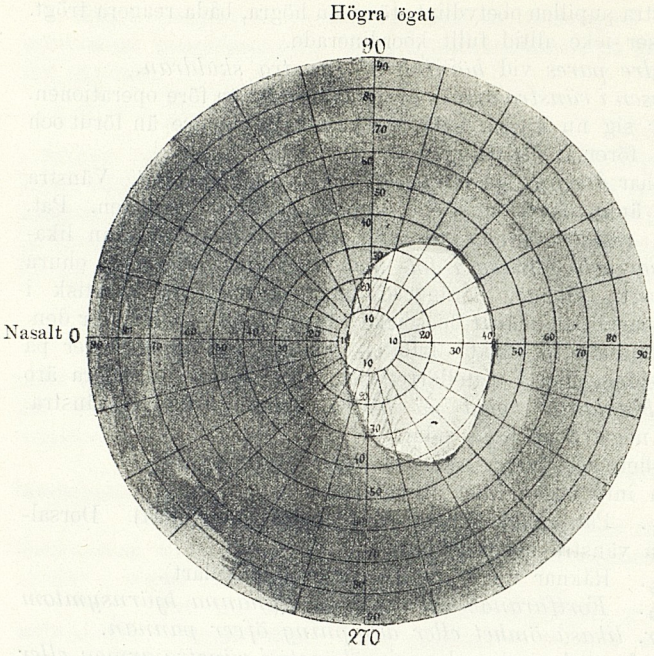

Fig. 1.
Synfält, bortfallna delar mörka.

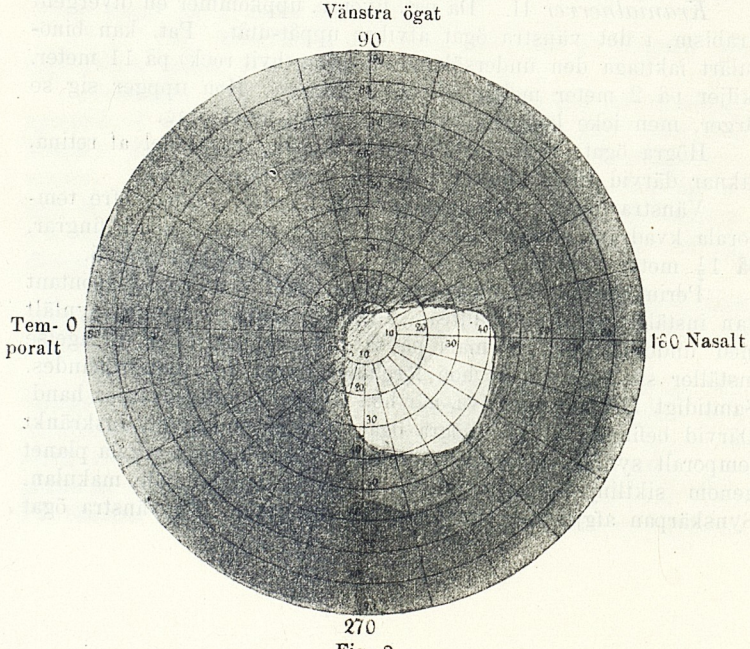

Fig. 2.
Synfält, bortfallna delar mörka.

finnes af synfältet kvar endast en inskränkt nedre nasal kvadrant, uppåt öfverskridande horizontella planet genom siktlinjen, måhända likaledes inbegripande makulan. Sämsta seendet motsvarar makularegionen. En ungefärlig föreställning om dessa förhållanden erhålles genom bifogade perimeterkartor. Området för sämre seende är streckadt.

Vid pröfning af färgsinnet, iakttager pat. rödt bäst, har svagt färgsinne, lika på båda sidor.

Oftalmoskopiskt som den $^{9}/_{7}$, men knicken på de vänstra kärlen nästan borta.

III, IV, VI. Vänstra pupillen fortfarande något vidare, båda reagera, men vänstersidig homonym, *hemiopisk pupillstelhet finnes. Ingen ögonmuskelförlamning.*

V. För penselberöring ingen rubbning, smärtsinne nedsatt på vänstra ansiktshalfvan, köld- och värmesinne öfver vänstra delen af pannan.

VII, VIII, XII fortfarande fria.

XI. Pat. *höjer vänstra axeln bättre än förut*, men känner ännu någon skillnad mot på högra sidan.

Spinalnerver. Känsel för alla kvaliteter normal å bålen, stigmat under vänstra mamma borta. Å vänstra armen penselberöring normal, likaså smärtsinne, däremot nedsättning för köld och värme. Å vänstra benet nedsättning för penselberöring nedom ungefär underbenets öfre $\frac{1}{3}$, för öfrigt normalt. Däremot för smärta mest, köld och värme mindre, någon nedsättning å hela vänstra benet, starkast nedom underbenets öfre $\frac{1}{3}$.

Rörelse. Ganska god styrka i vänstra armen, pat. *utför ledigt finare fingerrörelser.* Kraften i armen ej så god som före pat:s sjukdom, men *förbättrad sedan den* $^{9}/_{7}$. Relativt god kraft i *vänstra benet*, som *röres ledigare* än den $^{9}/_{7}$. *Gången bättre* än den $^{9}/_{7}$, men denna, liksom synförmågan, varierar mycket af psykiska orsaker. Icke observerad, går pat. visserligen haltande och spastiskt, men rör sig ganska ledigt och lifligt.

Reflexer: Fortfarande ingen dorsalklonus på högra, svag Babiński på vänstra sidan, för öfrigt som den $^{9}/_{7}$.

$^{22}/_{10}$. Pat. utskrifves, känner sig fortfarande bättre, alltså nära 7 månader efter operationen.

Pat. har efter operationen behandlats med rörelser, massage, elektricitet och bad, hela tiden fått KJ, 1 gm×4 först, sedan 1,5 gm×3.

Fallet visade sig tillgängligt för den vedertagna analysen vid diagnosticerande af ett organiskt hjärnlidande, utan att

därvid bjuda på några större öfverraskningar. Men det gaf å andra sidan en hel del detaljer, värda ett påpekande.

Dess egenskap af frontaltumör förtjänar ett framhållande af, att psykiska symtom *icke* trädde i förgrunden. Pat. var vaken och liflig i allmänhet, hennes minne var förträffligt, hon öfvervägde själf sitt beslut om operation sansadt. Dock fanns i anamnesen en hallucinatorisk episod och vid undersökningen komplikationen hysteri, hvilken gaf hennes sjukhistoria ett visst särdrag. Svårt är att afgöra, om man därvid bör fästa sig vid tumörens lokalisation. Ty redan hjärntumör som sådan, oafsedt läge, framkallar ju ofta hos därtill disponerade individer en neuros. I detta samband må anmärkas, hur Babinskis reflex gaf en värdefull hjälp vid diagnosen.

Af öfriga symtom af frontaltumör saknades cerebellar ataxi och déviation conjuguée, däremot uppträdde nackstelhet strax efter operationen.

Utom denna komplikation må utförligare omnämnas ögonaffektionen och blåsrubbningen.

Pat. blef i omedelbar anslutning till operationen (den $^{28}/_{3}$) i det närmaste blind. Efter 2 dagar uppträdde ett lokalt ödem kring vänstra ögat, en dag senare sugillationer på samma ställe, följande dag en subkonjunktival blödning. Den $^{9}/_{4}$ voro ödem och blödning borta. Synförmågan höjde sig ytterst långsamt, men på kirurg. afd. hade pat. lyckats (binokulärt) räkna finger på 1 meter den $^{17}/_{4}$. Undersökningen den $^{9}/_{7}$ på med. afd. visade emellertid, att hon på högra ögat blott kunde räkna finger på $^{1}/_{2}$ meter och på vänstra på 1 dcm., hvarför man i förstone tänkte sig en försämring. Oftalmoskopiskt fanns en starkt uttalad synnervsatrofi på båda sidor, och hennes öde skulle alltså ha varit besegladt. Den $^{26}/_{7}$ räknade pat. i alla fall binokulärt finger på 1 meter, den $^{23}/_{8}$ på $1\,^{1}/_{3}$ meter.

Småningom utvecklade sig en egendomlig inkoordination af ögonrörelserna, vanligen som divergent strabism. Men den var hvarken paralytisk eller konkomiterande, och dessutom afvek vänstra ögat konstant uppåt utåt vid fixering. Detta inbjöd till närmare undersökning. Därvid ut-

röntes, att hon på högra ögat endast såg $^1/_2$ meter, på vänstra däremot 2 meter framför sig, och att hon fixerade med perifer retina, nämligen med ett nasalt parti på högra och med en temporal öfre del på vänstra. Hon hade således en homonym vänstersidig hemianopsi och en öfre nasal kvadrant af det vänstra synfältet förlorad. Dessutom konstaterades homonym hemiopisk frånvaro af pupillreaktion. Färgsinnet var relativt bibehållet.

Därmed var saken klar. Synrubbningen kunde icke enbart förklaras genom en atrofi efter staspapillen, utan något nytt hade tillstött. På grund af den vänstersidiga homonyma hemianopsien med homonym hemiopisk frånvaro af pupillreaktion måste en skada föreligga mellan chiasma och corpus geniculatum externum på höger sida. Dessutom fanns en defekt af vänstra synfältets öfre nasala kvadrant. Sammanställdes härmed ödemet och blödningen kring vänstra ögat, fick man den naturligaste förklaringen till synrubbningen på så sätt, att tractus opticus på högra sidan hade blifvit skadad, och en blödning hade dissekerat sig ned utefter vänstra nervus opticus. Då blödningen resorberades förbättades synförmågan.

Härigenom fick man också förklaringen till de inkoordinerade ögonrörelserna och växlingarna i synskärpan. Endast småningom uppöfvade pat. de delar af retina, som ännu funktionerade. Synskärpan var så olika på båda sidor och dessutom så nedsatt, att pat. icke besvärades af dubbelbilder. Hon inöfvade nya kombinationer för sina ögonrörelser, anpassade efter de förändrade synresurserna. Sannolikt var också den bristande fixeringsförmågan orsaken till det egendomliga resultatat af synskärpebestämningen den $^9/_7$.

I anslutning till operationen inträffade en blåsrubbning. Pat. fick först under 5 dagar urinrention, därefter fullständig inkontinens under 13 dagar. Anmärkningsvärdt var, att denna ej kunde förklaras genom någon omtöckning eller dylikt. Tvärtom var pat. därunder fullt klar.

Ännu vet man ju icke mycket om kortikala blåscentra hos människan. Djurexperiment hafva fört till antagande af ett läge i närheten af den motoriska zonen, v. Czyhlarz

Stockholm, Isaac Marcus' Boktryckeri-Aktiebolag, 1908.

books2ebooks.eu

www.books2ebooks.eu

e-böcker från ditt bibliotek av

eBooks on Demand

digitaliserad av

Kungliga Biblioteket

National Library of Sweden