

M19659



22101811410

*En Andes Bide
fr. vännen J. J.*

OM

DEN MANUELA BEHANDLINGEN

AF


GYNÄKOLOGISKA LIDANDEN

AF

C. D. JOSEPHSON
MED. DOKTOR.



STOCKHOLM,
ISAAC MARCUS' BOKTR.-AKTIEBOLAG,
1891.



Digitized by the Internet Archive
in 2015

<https://archive.org/details/b20420638>

OM

DEN MANUELA BEHANDLINGEN

AF

GYNÄKOLOGISKA LIDANDEN

AF

C. D. JOSEPHSON

MED. DOKTOR.



4 785 757

M19659



WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Col.	WELM0mec
Col.	
No.	WP100
	1891
	J830

Om den manuela behandlingen af gynäkologiska lidanden.

Af C. D. Josephson.

I. Inledning.

Massagebehandlingen, som under senare tid blifvit antagen som berättigad behandlingsmetod inom nästan alla medicinens grenar, har endast långsamt kunnat vinna burskap inom gynäkologien. Skälen härtill ligga nära till hands. Man har ansett att i detta långvariga manipulerande med genitalorganen, som massagen innebär, skulle ligga en moralisk fara och från flere håll har en drastig dom (eller rättare ett rent fördömande) blifvit fäld öfver hela denna metod. Ovedersägligt är, att en viss försigtighet måste iakttagas för att undvika att sexuelt reta patienten. Men med iakttagande häraf kan jag ej inse, att metoden är mindre berättigad än en bimanuel undersökning, ty hvar och en, som utför en sådan med omsorg, vet, att härtill i svårare fall fordras ganska betydlig tid och att dessa lättare och försigtigare rörelser äro vida mera egnade att sexuelt irritera patienten än en alltid kraftigare och bestämdare loka-

liserad och nästan alltid smärtsam massagebehandling. Ett annat skäl är att metoden skulle vara farlig. Detta är till en viss grad sant. För att utan fara kunna utföra massagebehandlingen fordras en god diagnostik, icke endast en allmän utan en i detalj utarbetad diagnos, innefattande icke allenast en minutiös kännedom om de lokala förändringarne utan äfven uppfattning af pat:s allmänna tillstånd, särskildt aktgifvande äfven på den psykiska verkan af behandlingen och äfven, åtminstone i färskare fall, af temperaturmätningar. »Metoden är svår, vida svårare än den operativa gynäkologien» påstås emfatiskt från en sida. Härpå vill jag svara, behandlingen är icke svår, den erbjuder åtminstone för den, som är van vid gynäkologisk undersökning, i allmänhet inga väsentliga svårigheter. Hvad som är svårt är deremot den detaljerade diagnos, som är nödvändig. Härmed vill jag icke säga, att diagnosen måste vara fullt färdig, då man börjar massagebehandlingen. Detta är icke fallet. I mera komplicerade fall kommer man sällan med en enda undersökning till full klarhet om diagnosen. Man upprepar undersökningen en eller flere gånger och man får en klarare uppfattning. Men det fins intet bättre sätt att fullkomna sina diagnoser än just massagebehandlingen, man bör endast i början vara ytterligt försiktig och gifva behandlingen mera form af en bimanuel undersökning. Och man skall under behandlingens gång finna, att man allt mer och mer kommer in i diagnosens detaljer. För min egen del kan jag säga, att jag sätter mycket säkrare och mera detaljerade diagnoser, sedan jag började med massagebehandlingen. Det kan ju naturligtvis under sådana förhållanden hända, att man efter några séancer finner, att fallet icke lämpar sig för massagebehandling. Om man blott i början iakttagit nödig försigtighet, skall man aldrig göra någon skada genom att gå till väga på detta sätt. Man kan ej heller alltid på förhand säga, att massagen är lämplig för det speciela fallet, äfven då diagnosen är från början tydlig och der massage i allmänhet är indicerad, ty man skall alltid äfven med största erfarenhet träffa på fall, som förhålla sig refraktärt mot behandlingen, och der man med

bästa vilja att se sakerna ljust icke kan få den uppfattningen, att behandlingen verkligen påskyndar tillfrisknandet. Man måste därför här liksom vid hvarje behandling, som icke skall öfvergå till en rå empirisk rutin, individualisera, men detta lär man sig med växande erfarenhet och öfning.

En olägenhet, som vidlåder den gynäkologiska massagebehandlingen i likhet med alla andra nya metoder, är att indikationerna icke ännu äro för densamma stälda. Men hur skall denna olägenhet kunna öfvervinnas utan samvetsgrant och försigtigt — låt mig rent af säga — experimenterande på detta område? Det är väl i första rummet klinikerna som här böra gå i spetsen. Likasom på andra områden af medicinen erbjuder den kliniska behandlingen äfven här större trygghet och bättre tillfälle att observera patienterna.

Men å andra sidan inträder massagebehandlingen i sin rätt först då de alarmerande symptom, som förmå patienterna att söka inträde på klinikerna, äro försvunna, och dessutom äro de pat. högst få, som kunna förmås att under en så långvarig behandlingstid qvarstanna på sjukhus. Lyckligtvis är detta ej heller nödvändigt, utan behandlingen går mycket väl för sig såväl i hemmen som på läkarens mottagning. Ej heller har jag funnit nödvändigt att i allmänhet låta pat. hvila någon tid efter séancen, utan hafva de flesta efter några minuters hvila åter gått hem. Endast en del pat., som jag behandlat i deras hem eller på sjukhus och der behandlingen börjat i ett temligen tidigt stadium af sjukdomen, hafva till en början legat till sängs hela dagen och derefter 1 à 2 timmar efter behandlingen.

Rätt ofta anser jag riktigt att icke börja med massagebehandlingen, förr än pat. är i det tillstånd, som man i allmänhet fordrar för att släppa henne ur sängen, och då tål hon också i regeln vid att behandlas med massage polikliniskt.

Då jag går att meddela min uppfattning af massagebehandlingen, vill jag redan nu uttala, att den synes mig ega mera begränsadt värde, än man skulle tro, om man sätter tilltro till de entusiastiska loford den af Brandts »begeistrede» elever erhåller i de publikationer, som f. n.

öfversvämma den utländska litteraturen. Jag vill framhålla att det leder till absurditeter, om man försöker att göra massagen inom gynekologien till en metod, efter hvilken man behandlar alla möjliga sjukdomsformer. Ty massagen är i sjelfva verket användbar endast vid ett ganska begränsadt antal fall inom ett fåtal sjukdomsformer och är ett medel bredvid de andra, som vi förut inom gynekologien ega.

Men på samma gång jag reserverar mig mot dessa öfverdrifter, kan jag försäkra, att massagen i många fall, ofta i sådana der ingen annan behandling hjälper, ger utmärkta resultat och jag skulle för ingen del vilja vara af med detta medel, det har dertill visat sig alltför nyttigt.

II. Historik.

För att i raska drag kasta en återblick öfver frågans historia behöfver jag icke här närmare gå in på de försök metodens uppfinnare major Brandt har gjort för att få sin metod pröfvad af de svenske läkarne. Protokollen i Hygiea¹⁾ bevara minnet häraf.

I norska Läkaresällskapets förhandlingar²⁾ finner man långa, minst sagdt lifliga diskussioner om samma sak.

Brandts 1868 på franska publicerade arbete³⁾ var icke egnadt att ingifva vidare förtroende för metoden, som för öfrigt då ännu icke var färdigbildad, ej heller bevisa de der intagna sjukhistorierna någon vidare diagnostisk förmåga. åtminstone då man läser dem nu. Det må dock rättvisligen erkännas, att diagnostiken vid denna tid icke stod på långt när samma ståndpunkt som nu och att B. redan då undersökte bimanuelt.

I B:s senare arbete⁴⁾ meddelas i detalj den metod han använder för sin massagebehandling jemte en del mycket ofullständiga sjukhistorier.

¹⁾ Hygiea Förh. 1863 s. 199, 1864 s. 23, 33 och 184, 1875 s. 56.

²⁾ Norsk Mag. f. Lægevid. R. 3 Bd 4 och 5 1874 s. 25 och 243, 1875 s. 4, 35 och 387.

³⁾ Nouvelle methode etc. Fritze & Cherbulicz. Stockholm och Paris 1868.

⁴⁾ Gymnastiken såsom ett botemedel mot qvinliga underlifssjukdomar. Stockholm, Bonnier, 1884.

Det är först i år, 1891, som en fullständig, för läkare begriplig redogörelse för Brandts metod sett dagen. Detta arbete¹⁾ innehåller en hel del af intresse, är försedt med goda illustrationer till både den lokala och allmänna gymnastikbehandlingen och har tack vare hjälp af talrika medicinskt bildade personer fått en form, som gör arbetet smältbart för oss läkare. *Bevisande sjukhistorier saknas dock beklagligtvis.*

Asp²⁾ meddelar 72 fall af diverse gynaekologiska lidanden behandlade med massage, af dessa blefvo 23 friska, 34 förbättrade, 15 oförbättrade. Men om man som friska vill betrakta de pat., som voro befriade från alla obehag d. v. s. subjektivt friska, oaktadt palpationsbefundet icke var fullt normalt, så blir resultatet ännu bättre och detta är så mycket mera berättigadt, som det är tillåtet att hysa olika mening med författaren om betydelsen af qvarstående lägeförändringar af uterus. Det stora antalet »kroniska metriter», 35, hvaraf 20 »okomplicerade», förefaller misstänkt, då som jag tror denna diagnos af mindre öfvade gynaekologer missbrukas och sättes, då *andra* eller *ingu* gynaekologiska lidanden förefinnas. Sjelf har jag aldrig sett ett fall af *okomplicerad metrit*. Att massagebehandlingen åtminstone i ett stort antal fall utförts med endast yttre handgrepp och att resultatet det oaktadt blifvit godt är minst sagdt förvånande, då det för mig ej råder något tvifvel om, att det är omöjligt att utföra en effektiv gynaekologisk massage utan stöd af åtminstone ett finger i vagina eller rectum, utom der det är fråga om större exsudat, som sträcka sig öfver bäckeningången och då naturligtvis endast i början af behandlingen.

Norströms bok³⁾ innehåller föga af intresse.

Ørum⁴⁾ förordar i korthet massagebehandling af qvarstå-

¹⁾ Behandlung weibl. Geschlechtskrankheiten. Berlin, Fischer, 1891.

²⁾ Om lifnodermassage. Nord. med. arkiv 1878. Bd X nr 22.

³⁾ Sur le traitement des maladies des femmes au moyen de la methode du massage. Paris Nilsson 1876.

⁴⁾ Om massagebehandlingen ved nogle parametriske eksudater. Gyn. og Obstetr. medd. 1878. Bd. 1, hft 2, s. 62.

ende infiltrationer efter parametrit. Ett finger i vagina fixerar ansvällningen, yttre handen masserar genom bukväggen, séancen 5 à 10 min. hvarannan dag, nödvändigt är att ha trygghet för att suppuration ej föreligger, därför temperaturmätningar. Pat. bör ligga ett par timmar efter behandlingen.

Bunge¹⁾ redogör för 17 fall af kron. para- och perimetrit, hvaraf en del med fixerad retroversion eller retroflexion, och der massagebehandlingen gaf godt resultat, sedan andra behandlingsmetoder visat sig overksammas. Bunge masserar äfven med inre handens fingerspetsar hållande öfre falangerna stilla och tryckta bakåt mot perineum.

Reeves Jackson²⁾ har i 179 fall af förstoring af uterus beroende på subinvolution eller hyperplasi använt massagebehandling i förening med secale och heta sköljningar och i en del fall sett goda resultat, i andra mindre, i en del ingen förbättring.

Rosenstirn³⁾ behandlade med framgång ett till nafveln gående stort hæmatocele, som ej på annat sätt kunde bringas till resorption, och lyckades på 6 veckor massera bort hela extravasatet.

Busch⁴⁾ omnämner i försigtiga ordalag behandling af exsudatrester medelst tånjning och massage, men uttalar betänkligheter mot direkt massage af uterus. Han tror för öfrigt att gymnastiska rörelser af bäckenet och ryggradens länddel skulle kunna inverka lösande på adhärenser i lilla bäckenet och hoppas på så sätt med mindre fara komma till målet. Denna behandling, så värdefull den kan vara som understödjande, torde väl i och för sig hafva föga inflytande på adhärenserna.

Prochownik⁵⁾, som i först citerade arbete är motståndare till massagen efter att hafva försökt den i två (!) fall, fram-

¹⁾ Beiträge zur Massage d. Unterleibes insbesondere d. Uterus u. s. adnexa. Berl. Kl. Woch. 1882 nr 25, s. 384.

²⁾ Amer. Journ. of Obst. 1880 oct. s. 897.

³⁾ Kolossale Hæmatocele retrouterina etc. Centrallbl. f. Gyn. 1881, nr 13.

⁴⁾ Allgem. Orthopädie, Gymnastik u. Massage i Ziemssens Handb. d. allg. Ther. II, 2, s. 249. Leipzig. Vogel. 1882.

⁵⁾ Zur Behandlung alter Beckenexsudate. Deutsch. Med. Woch. 1882. Nr 32 o. 33.

stälde vid ett naturforskaremöte i Magdeburg¹⁾ sin erfarenhet om massagen, som han sedan 2 år i 112 fall använt, men jag förbigår detta intressanta meddelande för att närmare referera ett senare arbete²⁾ af Prochownick i samma ämne, der han efter ytterligare flera års erfarenhet framlägger resultaten af sin behandling och meddelar sin åsigt om metoden. Jag vill här endast anmärka, att, då han i sitt andra arbete 1884 förklarar sig icke haft någon framgång vid behandling af descensus och prolaps, så har han vid vidgad erfarenhet i sitt senaste arbete ett stort antal fall med jemförelsevis goda resultat af behandlingen.

Chrobak³⁾ anför som indikation för massage kronisk para- och perimetrit, kronisk metrit framför allt fördröjd puerperal involution och redogör i korthet för tekniken.

Bandl⁴⁾ behandlar inflammationsrester, hufvudsakligen smärtande ärrsträngar, medelst tånjning manuellt eller med hjälp af en portio vaginalis fattande klotång.

Hegar och Kaltenbach⁵⁾ omtala massagebehandlingen och förordar den som det bästa medlet att befordra den puerperala involutionen af uterus t. o. m. redan från 5—8 dagen af puerperium. I andra fall: äldre bäckenexsudat och svålar, ärr, skrumpningar af ligamenter och deraf betingande lägeförändringar af uterus må man använda massage, endast då man icke kommer till målet med andra medel.

Estradère⁶⁾ omnämner massage af uterus, blåsan, perineum och mammae.

Utom dessa i korthet anförda arbeten och meddelanden är mig i literaturen före 1886 intet bekant om närmare redogörelse för den gynäkologiska massagen, ehuru antydningar förefinnas i nästan alla handböcker i massage oftast utan att författaren haft någon egen erfarenhet. Men med 1886 förändrades situationen med ett slag och nu hvintlar literaturen af

1) Ref. i Centralbl. f. Gyn. 1884. Nr 42 o. Arch. f. Gyn. Bd. 25, hft 1.

2) Die Massage in der Frauenheilkunde. Hamburg Voss. 1890.

3) Handbuch d. Frauenkrankheiten. Red. v. Billroth, II Aufl., Bd. 1, sid 271. Stuttgart Enke 1885.

4) Handb. d. Frauenkrankh. Bd. II s. 901 o. 942.

5) Die operative Gynækologie. III Aufl. sid 176. Stuttgart Enke 1886.

6) Du massage son histoire etc. II Ed. Paris 1884.

uppsatser om gynäkologisk massage, de flesta temligen värdelösa, utgörande mer eller mindre entusiastiska apologier för Brandt's metod. De flesta af dessa arbeten äro föredrag af läkare, som längre eller kortare tid, vanligast det senare, vistats här i Stockholm för att af Brandt inhemta hans metod, många som det tyckes utan tillräcklig gynäkologisk underbyggnad och nästan alla utan någon egen derpå förvärfvad erfarenhet. Kasuistik saknas därför nästan i alla dessa arbeten och deras värde är högst ringa, jag anser mig därför icke behöfva citera dem alla, för den, som önskar lära känna dem, finnes litteraturofversigt i Reibmayers *Die Unterleibsmassage*. Deuticke, Wien und Leipzig 1889. Endast för ett par af dessa arbeten vill jag något närmare redogöra.

Major Brandt hade länge, ett helt människolif, ouppmärksamman eller misskänd utöfvat sin förtjenstfulla behandling af gynäkologiska lidanden medelst massage och gymnastik, då en tillfällighet gjorde, att en österrikisk läkare dr Profanter kom att lära känna hans behandlingsmetod. Följden häraf blef, att Profanter förmådde Brandt att tillsammans med den norske läkaren dr Nissen begifva sig till Jena för att der under professor Schultzets kontroll behandla en del gynäkologiska lidanden medelst sin metod. Dessa fall, 16 till antalet, behandlade på Schultzets klinik, offentliggjordes af Profanter i ett arbete¹⁾, som vann stor spridning och gjorde ett ofantligt uppseende. För första gången blef det under sakkunnig kontroll ojäfaktigt bevisadt att major Brandts behandlingsmetod var i stånd att på kort tid åstadkomma utomordentligt vackra resultat vid behandlingen af kroniska och subakuta inflammationsprocesser i lilla bäckenet. Peri- och parametriter, perioophoriter gamla fixationer hade blifvit botade eller förbättrade. *Retroflexionerna hade icke rönt någon synnerlig inverkan*, en invetererad prolaps hade blifvit botad.

Ett andra arbete af Profanter²⁾ följde snart, der P. redogör för prolapsbehandlingen och den botade patientens vidare öden. Uterus höll sig ännu ett år efter behandlingen

1) *Die Massage in der Gynäkologie*. Braumüller, Wien 1887.

2) *Die manuelle Behandlung d. Prolapsus uteri*. Braumüller, Wien 1888.

afslutande inne i bäckenet, ehuru i *retroflexion* och pat. var fri från alla besvär.

I ett arbete af Seiffart¹⁾ meddelas 10 fall af para- och perimetrit masserade med godt resultat och två prolapsar, ett med temligen godt, ett utan resultat.

Slutligen vill jag här omnämna ett arbete af Braun och Kreissl²⁾ med en del ganska uppmuntrande fall af kroniska inflammationsprocesser behandlade med massage. Öfriga publikationer i frågan utgöra mest en redogörelse för Brandts teknik, men ingen kasuistik och hafva numera intet intresse, sedan Brandts senaste ofvan citerade arbete utkommit och fyllt bristen på autentiska uppgifter om metodens detaljer.

Endast två större arbeten, utom Brandts, hafva under denna tid utkommit 1889 och 1890. Norström³⁾ och Prochownick⁴⁾, ingendera lärjunge af Brandt, hafva hvardera gjort sitt inlägg i frågan. Prochownick's arbete, fotadt på en sju-årig erfarenhet om massagen, omsorgsfull diagnostik (ofta nar-kosundersökning) och stor gynäkologisk erfarenhet parad med, som det tyckes, en objektiv framställning af fakta (något, som man olyckligtvis hos många författare saknar), ger en särdeles god bild af hvad man kan uppnå med en försigtig massage-behandling och är ett arbete af stort värde, det enda i detta ämne, som motsvarar billiga fordringar. Jag tillåter mig därför att mera utförligt referera detta arbete.

Prochownick's teknik är till en del ungefär den vanliga, detta kallar han aktiv massage. Med det något olämpliga namnet passiv massage betecknar han bruket af varma vaginalsköljningar, pessarier och isynnerhet tänjcyllindrar (eller kulor) temligen lika Bozeman's bekanta cylindrar. Sina åsigter sammanfattar P. i åtskilliga satser, hvaraf de hufvudsakliga äro följande:

I. *Bäckenexsudater och blödningsar*. Exsudatmassagen är den som ännu mest behöfver omsorgsfull klinisk pröfning och därför ännu föga lämpar sig för införandet i allmän praxis. Vid parametriter och blodextravasat är dess nytta säker. botan-

¹⁾ Die Massage in der Gynäkologie. Enke Stuttgart 1888.

²⁾ Klin. Beiträge zur manuellen Behandlung d. Frauenkrankheiten. Breitenstein, Wien 1889.

³⁾ Le massage de l'uterus. Leerosnier & Babé, Paris 1889.

⁴⁾ Die Massage in der Frauenheilkunde. Hamburg, Voss 1890.

det snabbare och fullständigare, förutsatt att tidpunkten för behandlings början är rätt vald. (Exsudat $1\frac{1}{2}$, 2—3 mån. efter feberns slut, säkra hæmatocelen 5 à 6 veckor efter deras uppstående.) Recidiv inträda mera sällan än efter annan behandling. Vid bäckenperitoniter och afkapslade tydliga tubarsvulster afrådes från massage eller åtminstone bör den gifvas försigtigt och endast rent kliniskt.

II a.) *Sjukliga förändringar i den paravaginala bindväfven*
 b) *parametritis chronica* c) *perimetritis chronica*. Vid a och b är massagen ett utmärkt medel, öfverträffande alla andra. Gymnastik är fullkomligt umbärlig, bad och andra understödjande medel tillrådas, men äro ej nödvändiga. Bästa resultaten erhållas vid rester af puerperala processer, andra fall fordra längre tid isynnerhet vid komplikation med lägeförändringar, särskildt retroversion. Tekniken är lätt, hvarför dessa fall lämpa sig mest för allmän praxis.

c. Vid kronisk perimetrit kan med massage uppnås goda och varaktiga resultat; men härför fordras försigtighet och noga observation af den sjuka. Vid åtföljande lägeförändringar får man mera sällan än vid parametriter fullständig återgång till normen, dock mest frihet från alla besvär. Vid större tubarsvulster isynnerhet pyosalpinx och tuberkulos bör endast undantagsvis massage försökas.

III. *Lägeförändringar bakåt*. Massagen är lämplig för ett stort antal fall, beroende på orsaken till lägeförändringen, isynnerhet vid inflammationsrester är verkan god. Äfven om ej fullständigt normalläge uppnås, är resultatet godt, ofta fordras derefter pessarier.

IV. Vid rena former af *kronisk metrit* är intet att vänta af massagen.

V. *Sänkningar och framfall* förbättras (eventuellt med hjälp af faradisation), isynnerhet hos ännu könsverksamma kvinnor, der sänkning är beroende på förslappning af väfnaderna. Verkan är ringa vid närvaro af perinealrupturer, liksom hos senila kvinnor, äfven den sociala ställningen är af betydelse. Massagen ger bättre resultat än den hittills brukliga behandlingen och operationerna erbjuda mera utsigter till varaktiga resultat efter förutgången massage. Behandlingen är

vanligen långvarig. Kontraindikationer mot gynäkologisk massage äro akuta genitalsjukdomar (icke phthisis och gonorrhé, som i P:s förra arbete upptogos som kontraindikationer, men försigtighet vid misstanken om det senare). Ofördelaktiga följder af massage bero sällan på fel i tekniken, utan på felaktig eller ofullständig diagnos.

Norström meddelar några och femtio fall af »metritis», fungös endometrit, subinvolution, prolaps och myom, i hvilka han i metriterna och endometriterna fått mycket goda resultat, vid myomen sett fördelaktig verkan på blödningarne. N:s »metriter» skulle jag dels hafva kallat subinvolutioner, dels endometriter; emellertid gör ju namnet intet till saken.

Då jag nu går att meddela de resultat, hvartill jag sjelf kommit med massagebehandlingen, så vill jag först något redogöra för den metod jag användt. Det låg naturligtvis närmast till hands att söka inhemta metoden, der den fans mest utarbetad i detalj och längst pröfvad, hos denna behandlingsmetods skapare, major Brandt. Jag blef mottagen af honom med en förekommande välvilja och ett af rent intresse för saken framkalladt nit att meddela de erfarenheter han sjelf under långa år af träget arbete samlat och är det mig en kär pligt att här uttala min förbindligaste tacksamhet för allt hvad jag af honom lärt. Jag fann i major Brandt en undersökare som få. Med en aldrig tröttande omsorg och utan att på något sätt spara tid och arbete, undersöker och behandlar han hvarje fall dag efter dag. Åt alla detaljer egnas lika intresse, diagnosen anses, om jag så får uttrycka mig, aldrig definitivt stäld, på alla under behandlingen inträdande förändringar aktges omsorgsfullt. I tekniken af behandlingen är Brandt oöfverträffad, vare sig det gäller att reponera en uterus eller att genom månaders dagligt arbete söka lösgöra en fixerad retroversion eller att behandla en prolaps eller massera en tubaransvällning. Alltid samma omsorg och alltid samma aldrig insöfda försigtighet.

Med några undantag anser jag B:s försigtighet tillfredsställande. Dessa undantag äro att massagen fortsättes under menstruationstiden, hvilket jag anser temligen ofarligt, men i hvarje fall osmakligt, sårande för en kvinnas blygsamhet och onödigt. Ej heller anser jag massagebehandling under grossess berättigad.

Den af B. använda massagen af vätskefyllda tubarsvulster med afsigten att massera ut innehållet åt uterusidan förefaller mig ganska farlig, men alldeles otillåtet anser jag det vara att såsom B. förordar vid vätskeansamling i yttersta delen af tuban massera ut innehållet i bukhålan.

Deremot måste jag i sanningens intresse och som jag hoppas, utan att jag därför behöfver anses glömma den tack jag är major B. skyldig, hafva en i en del saker motsatt uppfattning mot B. med afseende på de olika abnormiteternas betydelse.

III. Retroversio et retroflexio uteri.

Den normala ställningen af uterus är väl icke ännu så säkert afgjord, oaktadt allt hvad derom är skrifvet. I hvarje fall anse väl numera de flesta gynäkologer en anteflexion eller en anteversion som en »normal» ställning, naturligtvis *om uterus är fullt rörlig*. Existensen af en essentiel patologisk anteflexion och en af den skarpa böjningen beroende dysmenorrhé betvivlas ju numera allmänt, allt sedan Schultze visade, att dysmenorrhén icke kunde bero på stenosis i cervikalkanalen och deraf framkalladt hinder för menstrualblodets aflopp. S. fann nämligen att smärtorna inträdde, innan något blod ännu fanns i uterinhålan. Äfven en skarp anteflexion som orsak till sterilitet vinner numera ingen tilltro. Ty lika litet som böjningen kan hindra blodet att komma ut, kan den hindra spermatozoerna att tränga in i uterus. Hvad retroflexioner och versioner beträffa finnas kanske fall, der de framkalla obehag, men som jag knappt sett något sådant, tror jag, att de måste vara ytterst sällsynta och att läget i och för sig i allmänhet är utan ringaste betydelse. Någon olägenhet af en lateral flexion eller version har jag heller aldrig sett. Stundom torde väl dessa olika lägen af uterus vara medfödda, kanske beroende på oregelbundenheter vid nedstigandet af ovarierna. Jag kan icke förstå hvarför man skall ällas att just i fråga om uterus läge stöpa naturen i en enda fast form, då för öfrigt så många vexlingar förekomma, som icke förklaras för patologiska. De »klassiska» symptomen af bakåtlägena, smärtor i korsryggen, tryckning nedåt,

menorrhagi, dysmenorrhé, reflexsymptom saknas oftare, än de finnas. Om åter alla eller en del af symptomen förefinnas, så fattas beviset, att de bero på uteri läge. Hela läran om detta har nämligen tillkommit på ett alldeles origtigt sätt. Då qvinnor besvarade af de mest olikartade symptom blifvit undersökta af gynäkologerna och dessa hade funnit, att bakåtläget var mindre vanligt än framåtläget, så tillskrefvos alla symptomen det förra. I de flesta fall hafva nog undersökningarna icke varit fullständiga, särskildt undersökes i allmänhet icke på förändringar i muskler och bindväf i och omkring bäckenet. Likaledes är det godtyckligt att förklara sådana förändringar som lika väl kunna hafva varit primära, t. ex. endometrit eller perimetrit som följder af läget. Det psykiska — för att använda ett modernt nttryk — suggestionen spelar en stor roll, då det är fråga om genitalorganen. Om en qvinna en gång fått inpräntadt i sig, att hon har en bakåstjelpning af lifmodern och att hon måste bära ring eller behandlas på något annat sätt, så är det lätt förklarligt, att hon derefter icke känner sig normal. Någon exakt uppgift om symptomen får man sällan af dessa pat. och att öfvertyga dem, att deras »onda» ej är något ondt, är nästan lika omöjligt. *Allt detta gäller naturligtvis då lifmodern är rörlig. Är den i större eller mindre grad fixerad kan ett annat förhållande intrüda.* Är t. ex. uterus i retroversion fixerad till främre rektalväggen, så att den icke kan lösgöras från den, eller är ena eller andra parametriet infiltrerad eller endast styft, så att uterus dras åt ena eller andra sidan och hålles mer eller mindre orörlig, då *kan* detta lägeförhållande vara af betydelse. Oftast är det just uteri läge, som *visar*, att något abnormt föreligger, det som ger anledning till närmare undersökning. Uterus tjenstgör som en *visare*, som dras öfver *åt ena eller andra sidan*, den kan vara fixerad mer eller mindre orörligt, men deraf bör man draga den slutsatsen, att *rester af en inflammation* i bäckenbindväf eller peritoneum förefinnas, men *uterus läge* har i dessa fall *ingen särskild betydelse* som orsak till pat:s obehag. Ej heller tror jag, att de blödningar, som kmna förefinnas vid retroflexioner eller versioner, äro framkallade af lägeförändringen. Om jag genomser de temligen många fall, der jag utfört skrapning för

endometritis fungosa, är antalet retroflexioner och versioner försvinnande. Det är sant att detta läge i och för sig är sällsyntare, men jag har bland skrapningar endast ett par fall af retroversion och deraf en fixerad r. v., der abnormal blödnings förefunnos, som tvungo till skrapning. Blödningens orsak är helt enkelt endometriten och denna i sin ordning är orsakad af samma inficerande agens, som derefter kunnat framkalla en uterus fixerande para-perimetrit. Naturligtvis försvåras cirkulationen i så fall af exsudatet, som isynnerhet utöfvar tryck på vener och lymfkärl. Ej heller har jag sett något större antal bakåtlägen vid katarrala endometrit. Den uppfattning, som förklarar blödnings och flytning vid en okomplicerad retroversion, som framkallad af cirkulationshinder i ligamenta lata, tror jag vara helt och hållet uppkonstruerad, ty att kärleken ens venerna i lig. lata, eller rättare i den paracervikala bindväfven, skulle kunna utsättas för cirkulationshinder genom vridning af uterus och ligamenta lata en eller allra högst en och en half rät vinkel kring tvärxeln, synes mig orimligt; i hvarje fall skulle de snart adaptera sig efter de nya förhållandena. Att det visserligen kan finnas fall, der lägeförändringen framkallar symptom, vill jag icke bestrida, men de äro ytterst fåtaliga och det enda legitima symptomet af en retroversion eller framför allt af en retroflexion, som jag funnit, är en känsla af främmande kropp i rektum och dermed följande känsla af stolträngning.

Schultze har i sitt bekanta arbete¹⁾ på grund af omsorgsfulla undersökningar och kritisk behandling af materialet gifvit många värdefulla lärdomar och hans arbete innehåller många tänkvärda saker. Doek förfaller han snart i en doktrinär uppfattning. Han skiljer på två stora grupper af lägeförändringar. Den ena betingas af *abnorm fixation af uterus*, hvarvid peri- och parametritiska processer spela hufvudrollen. Det gäller här i första rummet att bekämpa dessa processer. Ställes härvid uterus åter rätt, så är detta ej hufvudsyftet, ty normala funktioner och fullständig helse kan ernås, äfven om uteri läge anatomiskt taladt förblir abnormt.

¹⁾ Pathologie u. Therapie d. Lageveränderungen d. Gebärmutter. Berlin. Hirschwald 1881.

Till denna första grupp räknar S. den »patologiska anteversionen och anteflexionen». Den senare, beroende på inflammatoriska förändringar i lig. sacrouterina, anser han för ett af de vanligaste gynäkologiska lidanden, som han fann hos öfver en fjerdedel af pat. Huru härmed kan hänga ihop, kan jag icke afgöra. Säkert är att jag sjelf ytterst sällan sett fall, som skulle kunna hänföras hit.

Den andra gruppen utgöres af sådana lägeförändringar, som betingas af *förlappning* af uteri normala fästemedel och då denna förlorade tonus endast i ett fåtal färska fall kan återställas, måste den ersättas med mekaniska stödjemedel — pessarier. De ofta befintliga inflammationerna äro här icke orsak utan följder; och återställandet af det normala läget upphäfver icke blott de direkta obehagen af lägeförändringen utan äfven den fortverkande orsaken till inflammatoriska komplikationer.

Till denna andra grupp räknar S. retroversionen, retroflexionen, inversionen och prolapsen.

Man kan säga att S. utträttat mycket godt genom att skarpt framhålla, att uteri normala ställning (jag skulle vilja säga anatomiskt taget normala ställning) är den med anteflexion förbundna anteversionen och detta på en tid, då man talade om normalställningen i motsats till de abnorma ställningarne: anteflexion, anteversion, retroversion, retroflexion och då uppfattningen var så förvirrad, att knappt någon visste hvad som skulle kallas normalt. Förirringarne på detta område hade gått så långt som till ett temligen utbredt bruk af intrauterin pessarier. Dessutom framhåller S. att »en icke obetydlig rörlighet och det spontana dagliga inträdandet af bestämda rätt betydliga lägeförändringar väsentligt tillhör definitionen af uteri normala läge» och att »som deviationer i klinisk mening gälla lägeförändringarne först då de blifva mer eller mindre stabila» och att »inskränkning af eller hinder för uteri normala rörelser är en hufvudkaraktär af dess deviation». Då S. slutligen undandrager den af inflammationer framkallade anteversionen och anteflexionen från pessariebehandling, har han deri utan tvifvel inlagt stora förtjenster. Men då fråga blir om bakåtlägena har han icke kunnat motstå frestelsen att sätta dem som kontrast mot framåtlägena.

De förra bero i regeln af förkortning af uteri bakre fixationsmedel (lig. sacro-uterina), de senare deremot af förslappning af desamma. Det synes mig vida sannolikare att bakåtlägena *kunde* framkallas af framåt belägna retraherade delar och således äfven de i främsta rummet framkallas af en inflammationsprocess, som således äfven här blir hufvudsak. S. stöder sig uteslutande på *kliniska* undersökningar. De patologisk-anatomiska undersökningar, hvars önskvärdhet S. sjelf kände och som han äfven sjelf föranledt, utfördes af Ziegenspeck¹⁾, som dervid kom till ett alldeles oväntadt resultat.

Dessa högst viktiga undersökningar utfördes på 56 lik. Z. hade i 35 af dessa fall upptagit genitalbefundet under lifvet efter Schultzes metod. Han fann i 24 af dessa 56 fall anteflexion. Han anser att bäckenbotten nästan ensam uppbär den normalt fixerade anteflekterade uterus, att den elastiska dragningen af kärnen och peritoneum håller uterus anteflekterad. *Uteri fixation* var alltid *starkare* vid fall af *retroflexion* än vid patologisk anteflexion. Peritonitiska förändringar äro af föga betydelse för uteri läge, deremot äro *parametritiska* af *stor vikt*, enär de finnas i *alla fall* af främre eller *bakre deviationer*, i de förra afficerande lig. sacro-uterina, i de senare bindväfven kring vasa spermatica och invid blåsan och främre fornix.

Således skulle vid *alla lägeförändringar retraktionen* vara det väsentliga och Schultzes ofvan omtalade förslappnings-deviationer vara ett misstag.

Man måste tillmäta Z:s undersökningar stor betydelse, dock återstår ännu att afgöra, om icke retrodeviationerna förekomma lika ofta utan spår af inflammationsrester. Alltid faller dock, om Z:s uppfattning är riktig, tron på den essentiella betydelsen af bakåtläget som sådant och de parametritiska processerna framträda äfven här i förgrunden. Z:s undersökningar äro förtjenta af att upprepas af andra, ty först sedan en sådan kontroll egt rum, kan man våga tro på riktigheten af hans iakttagelser. Skulle de också icke befinnas rigtiga i hela sin utsträckning, så har man likaväl svårt att återgå till Schultzes

¹⁾ Ueber normale u. pathol. Anheftungen d. Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 31 hft 1 sid. 1.

uppfattning. Huru skall man kunna sätta tro till att *bakåtlägena* skulle vara *orsak till inflammationsprocesserna* och att *»rättställningen»* af uterus skulle häfva de senare? Till slut utnynnär dessa Schultzes läror i konsekvenser lika oförenliga med vårt moderna anatomiskt patologiska tänkande som med kliniska erfarenhetens lärdomar.

I ett nyligen utkommet arbete af Sängner¹⁾ uppges att bakåtlägen, retroposition, retroversion, retroflexion utgjort 16 % af hans gynäkologiska fall och anföres Löhlein med 18 %, Winckel med 19 % och han fortsätter:

»Schon daraus erhellt die Grösse der Aufgabe, welche hier der mechanischen Behandlung gestellt ist, denn die von Vedeler vertretene Ansicht, dass die Rückwärtslagerung als solche weder pathologisch sei, noch Beschwerden verursache, sondern das letztere von begleitenden anderen Erkrankungen des Uterus und seiner Anhänge bedingt werden, steht gänzlich isolirt da». Detta påstående, att Vedelers på goda skäl grundade åsigt skulle stå isolerad, vågar jag bestrida. Professor Salin har i alla de år han utöfvat lärareverksamhet för sina lärjungar framhallit sina åsikter om »lägeförändringarne». Han har alltid uttalat som sin mening, att de äro utan någon särskild betydelse, att de icke framkalla några symptom och att pessariebehandlingen är onyttig eller skadlig. Han har ofta fäst uppmärksamheten på huruledes de symptom, som oftast tillskrifvas uteri läge, om de berodde af detta, borde ökas af pessariet. Ty om corpus uteri kämnes som en främmande kropp i rectum och cervix uteri genom tryck på blasan framkallar dysuri, hvarför skulle då ej bakre bygeln af Hodge pessariet göra det förra och främre det senare? Dessutom har han visat huru ofta uterus af sig sjelf utan någon åtgärd ändrar läge, och huru kvinnornas uppgifter om sitt befinnande äro beroende af hvad de tro om uteri läge och om verksamheten af det inlagda pessariet. Da jag haft förmånen att åtnjuta prof. Salins undervisning, har jag också fått del af dessa åsikter. Ehuru jag till en början upptagit dem med en viss tveksamhet, da jag naturligtvis hade svart att frigöra mig från de af alla läroböcker och nästan alla författare framställda

¹⁾ Ueber Pessarien. Wigand, Leipzig 1890.

åsigterna, så har jag nu, ju mera min egen gynäkologiska erfarenhet ökats, allt mera öfvertygats om deras rättighet. Skulle icke ökad erfarenhet lära mig annat, så kommer jag fortfarande att anse läran om »lägeförändringarne» som det största missgreppet i nutidens gynäkologi. Om också inom litteraturen intet framkommit, som så radikalt som Vedeler och prof. Salin bryter med den allmänna uppfattningen, så går dock tendensen numera derhän att anse en stor del af de rörliga bakåtlägena som icke patologiska. Icke heller ens den starkaste retroflexion hindrar konceptionen. En retroflektad gravid uterus bör dock helst reponeras och hållas i läge med pessarium. Jag kan här icke uppehålla mig med någon mera ingripande kritik af Sängers brochyr. Definitionen på de »falska» lägena är särdeles olyckligt affattad. Man får veta att äfven retropositionen är ett falskt läge, att uteri bakre upphängningsband (Plicae Douglasii) äro utdragna, förslappade, förtunnade, de främre banden (lig. rotunda) likaledes tånjda och förlängda. På det förra af Schultze *antagna* förhållandet med Plicae Douglasii tviflar man väl numera starkt, hvad antagandet om lig. rotunda beträffar, så saknar det alldeles stöd i kliniska och postmortem undersökningar.

Hvem har visat att lig. rotunda äro tånjda och förlängda företrädesvis vid retroflexion? Ofvan omtalade undersökningar af Ziegenspeck tyda ju på, att bakåtlägen af uterus icke bero på någon slapphet i Plicae Douglasii utan snarare på dragning af cervix framåt till följd af inflammationsprocesser i den kärnen åtföljande bindväfven med bildning af retraherande ärrsträngar, och att uteri *rörlighet bakåt i dessa fall icke var förökad utan förminskad*, hvilket icke kunde bero på slapphet i Plicae Douglasii.

Samma process i form af en parametritis posterior har Freund visat vara orsaken till den s. k. patologiska anteflexionen. Vidare patologisk-anatomiska undersökningar i detta afseende äro af nöden och skola säkerligen ytterligare klargöra förhållandet med uteri lägeförändringar. Säkerligen skall man då finna, att symptomen under lifvet ej berott på lägeförändringen utan på inflammationsrester i bäckenbindväfven och slutligen skall man nog påträffa talrika fall af bakåtlägen.

observerade under lifvet, der inga inflammationsrester förefinnas och der uteri läge ej framkallat några symptom alls. De symptom. som skrivas på uteri räkning, äro lika talrika som olikartade. och det lider åtminstone för mig intet tvifvel, att sådana fall, som ibland omtalas. der hufvudvärk, asthma eller krampanfall skulle orsakats af en retroflektad uterus och ögonblickligen upphört, sedan uterus genom pessarinm hållits i anteflexion. äro fall af nervösa åkommor botade på suggestiv väg.

Ej heller torde Sängers påstående, att 90 % af bakåtlägena äro postpuerperala, kunna bevisas. Küstner¹⁾ har sökt visa, att en stor del retroflexioner, som synas uppstå i puerperium, redan funnits der före graviditeten. Retroversioner äro icke ovanliga hos nulliparæ och retropositionen tror jag nästan är det vanligaste hos virgines.

Af allt det föregående framgår huru sväfvande hela frågan om bakåtlägena är och hur obevisad hela den allmännast gällande åsigten är. Den enda metod, som kan åstadkomma en lösning af frågan, är massundersökningar på qvinnor, som icke lidit och icke lida af några symptom, som kunna hänföras till genitalsferen. Finner man bland sådana ett stort antal med bakåtlägen, har man bevis för detta läges betydelselöshet.

Det lider å andra sidan intet tvifvel, att det gifves talrika fall, der patienten klagar öfver smärtor i ryggen och der man träffar en retroversion l. retroflexion. Om man då gör sig det besväret att omsorgsfullt undersöka det parti, dit pat. förlägger sina smärtor, så skall man oftast finna en bestämd anledning till smärtorna i mer eller mindre utbredda myiter oftast i glutäernas och sacrolumbalis vid bäckenbenen vidfästade partier eller celluliter i regio glntaea. Stundom träffar man ömma ställen inne i bäckenet, som icke torde vara annat än celluliter eller myiter i den bindväf och de muskler, som bekläda bäckenets insida och som. om samtidigt en retroversion eller retroflexion förefinnes, lätt kunde förbises, om man nöjde sig med »lägeförändringen» som orsak till smärtorna. Slutligen

¹⁾ Küstner, Normale u. pathol. Lagen u. Bewegungen d. Uterus. Enke. Stuttgart 1885.

finnes en hos kvinnorna ytterst vanlig åkomma, af läkarne föga uppmärksamrad, kanske oftast misskänd. Jag menar *celluliten i bukväggen*. Symptomen af denna ytterst vanliga åkomma äro sådana, att man först tänker på ett genitallidande och så göra också kvinnorna sjelfva. Men om man finner den karakteristiska svullnaden och ömhet i underhudbindväfven, skall man efter någon tids massage snart finna, att de förnämsta »symptomen af retroversion» försvunnit. Man kan således lätt bli missledd, om man nöjer sig med retroversionen som förklaringsgrund för alla möjliga symptom och utan vidare undersökning tror sig i genitalebefundet finna förklaring för smärtor, som hafva helt annan anledning.

För att återkomma till Vedeler¹⁾, så har han framlagt en statistik af 1,000 fall, der han synes mig fullkomligt bevisa, att lägeförändringarne äro af ingen betydelse i och för sig. Vedeler saulade 1.000 fall af kvinnliga patienter, bestämde läget på uterus och gjorde upp sin statistik så, att han räknade ut talförhållandet mellan uteri olika lägen hos friska och genitalt sjuka kvinnor.

Vedeler ville visa att den då för tiden (1878) s. k. normala ställningen af uterus icke var att anse som mera normal än andra ställningar, att dessa andra ställningar, anteflexion, anteversion, retroflexion och retroversion icke äro att anse som patologiska och icke framkalla några symptom. Denna framställning har *numera*, då anteflexion och -- version äro erkända som normala ställningar, hvad dem beträffar intet aktuellt intresse, men då V. icke heller tillmäter bakåtlägena, och han upptar i sin statistik endast sådana som icke synas böra tillskrifvas fibroider eller para- och perimetritiska exsudat, någon patologisk betydelse, så står han äfven derutinnan som en banbrytare för en sundare uppfattning, som utan tvifvel sent ousider håller på att bryta sig igenom. Om man med afseende på bakåtlägena sammanställer V:s siffror, så finner man att af 521 kvinnor som födt barn, 309 föredde uterinlidande och V. räknar dit den lindrigaste cervikalkatarr. Häraf hade 13 % retroversion, 14 % retroflexion, af 212 friska kvinnor hade 12 % retroversion, 10 % retroflexion. Och af de nämnda kvinnorna med

¹⁾ Norsk Magazin for Lægevid. R. 3. Bd 8 sid. 97.

bakåtlägen af uterus till ett antalet 131 voro 63 % sjuka, af 390 med framåtlägen voro 58 % sjuka, således en skillnad alltför obetydlig för att man deraf skulle ha rättighet att draga den slutsats, att bakåtläget i och för sig är uttryck för eller anledning till en genitalsjukdom.

Af det föregående torde framgå, att lika litet som jag anser den vanliga pessariebehandlingen mot lägeförändringar nyttig, lika litet anser jag i allmänhet Brandts behandling i dessa fall af något värde. Och då jag tror, att med pessarier göres vida mera skada än nytta, så tror jag också, att det vore af stor skada att införa de Brandtska lyftningarne som behandlingsmetod vid bakåtlägen. Da jag det oaktadt användt dem, så har jag naturligtvis gjort det försöksvis för att se, om man på detta sätt kunde ändra uteri läge och endast på sådana patienter, som utom lägeförändringar erbjudit former af verkliga genitallidanden. Resultatet har, ehuru jag ganska länge fortsatt försöken, varit fullkomligt negativt och äfven på denna grund har jag icke utsträckt försöken vidare, då jag naturligtvis icke anser det tillständigt att i månader dagligen behandla patienter för en enligt min åsigt betydelselös abnormitet med en äfven enligt min åsigt overksam behandlingsmetod. Det har väl lyckats att några dagar hålla uterus i anteflexion, men aldrig definitivt. Om man således skulle nöja sig med att under några dagar efter afslutad behandling iakttaga patienten, så skall man tvifvelsutan kunna framlägga skenbart mycket vackra resultat. Dertför måste man fordra att hvarje sådant fall observeras längre tid.

En annan omständighet är också värd att tagas i betraktande. Det är utan tvifvel ganska vanligt, att uterus hos samman qvinna *ibland ligger i anteflexion ibland i retroversion eller flexion utan att någon åtyänd företagits af undersökaren för att ändra läget*. Om man nu vid första undersökningen finner en retroflexion, reponerar och behandlar, så ligger nog uterus kvar i anteflexion, så länge den dagligen befästes i detta läge. Men en vacker dag kanske långt efter afslutad behandling ligger den åter i retroflexion för att snart åter intaga anteflexionsläge. Sådana fall gifva nog skenbart vackra resultat för den, som schablommässigt underkastar hvarje retroflexion manuel

behandling. Det föregående hänför sig, som jag från början framhållit, till den *värkliga* retroversioflexionen. Finnas *fixationer* da är det fråga om en helt annan sak. Da har man för sig inflammationsrester, som i och för sig kunna framkalla smärtor. Då har man att aflägsna exsudat eller tänja sammenväxningar och ärrsträngar och lyckas man häri, så erhåller naturligtvis derigenom äfven uterus ett annat läge. Men detta senare är i och för sig likgiltigt, ty pat. har lidit af en kronisk *perimetrit* eller *parametrit*, men icke af lägeförändringen. Naturligtvis kan i sådana fall icke komma i fråga att företaga några lyftningar, förr än exsudatet så vidt möjligt är bortmasseradt. Men sen detta är gjordt och här och der ärrsträngar återstå, så *kan* man försigtigt öfvergå till lyftningen, men detta icke för att dermed i första hand inverka på uteri läge, utan därför att man på detta sätt kan utöfva en allsidig tänjning på retraherad väfnad och på så sätt med sin behandling träffa möjligen befintliga strängar, som man ej vid undersökningen kan känna eller ej på annat sätt sträcka.

Det förefaller mig dock mycket konstladt att tränga ned med händerna genom bukväggen och använda assistent för att åstadkomma hvad man mycket lättare ensam kan utföra från vagina eller bimanuelt. Jag återkommer härtill vid frågan om prolapsens behandling.

Då jag nu går att i korthet beskrifva tekniken, så får jag hänvisa den, som önskar närmare detaljer, till Brandts nyligen utkomna arbete¹⁾.

Man måste för denna behandling — uteruslyftningen hafva assistent. Denna assistent kan man lätt skaffa sig, ett icke allt för ointelligent biträde, som ej behöfver hafva någon särskild fackutbildning, inläres lätt att utföra lyftningen, medan läkaren med ett finger i vagina kontrollerar det hela. Uterus reponeras fullständigt, venstra pekfingeret hålles kvar mot cervix, så nära isthmus som möjligt och trycker cervix bakåt och uppåt mot sacrum, under det att högra handens fingerspetsar nedtryckas mellan fundus uteri och symfyssen för att visa assistenten, hvar hon bör föra ned sina händer. Assistenten, som står lutad öfver patienten, för sina båda

¹⁾ Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Fischer. Berlin 1891.

supinerade händer med uluarkanterna intill hvarandra och raka fingrar nedåt tätt intill och nedanför läkarens anvisande hand (som nu tages bort), skjuter bukväggen framför sig bakåt och nedåt och kan så, om ställningen är riktigt tagen, luta sig öfver patienten, så att hennes ansigte nästan vidrör dennas. Hon kan nu föra sina fingerspetsar så långt ner i bäckenet, att de fullkomligt tydligt kännas af det i vagina liggande fingret. Assistentens fingrar kunna och böra föras nedanför isthmus, ja t. o. m. nedanför modermun ned i bäckenet och detta kan göras utan att i allmänhet förorsaka pat. allt för svåra smärtor. Detta är första tempot. Assistenten kan nu lyfta upp lifmodern. Det är i sjelfva verket en upplyftning eller rättare uppskjutning och icke någon uppdragning, enär fingrarna äro ansatta åtminstone nedanför corpus, ofta nedanför cervix. Fingrarna böjas nu lätt och under det att assistenten långsamt reser sig upp, drar hon öfverlifvet tillbaka, böjer armarne lätt i armbågslederna och skjuter, med de lätt böjda fingrarnes spetsar, bemödande sig att följa sakralutholkingen så nära som möjligt, uterus framför sig upp ur bäckenet. Men då kraften hela tiden verkar på cervix, drifves denna och särskildt isthmus hela tiden bakåt och på detta sätt hålles uterus i anteversion under hela tiden rörelsen ges. Huru långt uterus bör lyftas, afgör läkaren sjelf. Med fingret på cervix kontrollerar han lyftningen hela tiden. Vid ett bakåtläge lyftes ej uterus högre, än att han känner, att fornices spännas och cervix har benägenhet att deviera framåt. När så är fallet, kommenderar han »stopp», då assistenten upphör med lyftningen, men håller fingrarna kvar och efter några ögonblick »bort», då assistenten tar bort sina händer och han känner hur corpus uteri faller öfver i främre fornix. Denna rörelse upprepas med 1 minuts hvilotid 3 eller flere gånger.

Härvid är åtskilligt att iakttaga. För assistenten 1) att hon står med foten i golfvet och knät i soffan eller med båda knäna i soffan, så långt framskjutna att hon kan luta sig tillräckligt fram öfver patienten utan att förlora jennvigten: endast i så fall kan hon föra sina fingrar tillräckligt långt ner i bäckenet. 2) att hon vid lyftningen för fingerspetsarna så tätt intill sacrum som möjligt, annars glider uterus ned förbi

hennes fingrar och så snart fingerspetsarne äro uppe på corpus, slås denna bakåt och glider alldeles ur taget. 3) att hon håller ulnaränderna af båda lillfingrarne tätt infyll hvarandra, så att uterus ej glider förbi mellan dessa och 4) att hon lystrar på läkaren och genast lyder kommandot.

Läkaren har att iakttaga, att han hela tiden följer lyftningen med sitt finger så nära isthmus som möjligt och trycker cervix kraftigt bakåt och uppåt, att han ej later assistenten lyfta högre, da cervix visar benägenhet att drifvas framåt. Eljes trycker assistenten gifvet uterus bakåt. Da han med yttre handen anvisar platsen för assistentens fingrar, bör han skjuta ned så mycket af bukväggen uppifrån, att assistenten ej hindras af bukväggens spänning. Ty har han och följaktligen också assistenten satt sin hand tätt öfver symfyssen utan att först nedskjuta bukväggen uppifrån, så händer att fingrarne ej kunna nedföras tillräckligt långt och i hvarje fall lyftningen ej kan utföras på grund af stramningen i bukväggen. Dessutom misshandlas på detta sätt pat:s hud och lyftningarne blifva smärtsamma.

Pat. får under lyftningens utföraude ej hålla andan och spämma buken, bör hafva tömt blåsan strax före och helst ej ätit på ett par timmar.

Utförd med omsorg är denna behandling ej alltför smärtsam. Att den är verksam vid bakåtlägen betviflar jag. Jag har försökt den i åtskilliga fall, men utan framgång. Jag har hållit på temligen länge och är säker på, att rörelsen blifvit rätt gifven. Men möjligt är att fallen icke voro lämpliga. Brandt säger sig hafva nytta af denna behandling, sjelf har jag ej haft tillfälle att undersöka af B. behandlade patienter någon tid efter behandlingens afslutande.

Jag öfvergar nu till sjukhistorierna.

Fall I. Fru J. H., 40 år, i behandling d. $31/10$ 1889, har haft 5 barn för 20—6 år sedan, för 9 år sedan »missad abort» i 13:de månaden. Regleringen något oregelbunden, utblef 2 månader i somras, i sept. stark blödning i 3 dagar, i okt. vanlig reglering. Pat. klagar öfver värk i buk och rygg, styfhet, svårighet att böja sig och isynnerhet att resa sig upp ur böjd ställning. Dessa symptom har pat. haft 9. ar allt sedan sin abort och sätter dem i samband med den. Hon befans hafva

mycket svåra och gamla myiter i m. sacrolumbales och i glutäerna, och utbredda celluliter i bukväggen. Hon hade dessutom en lindrig retroflexion af den normalstora och oömma, lätt reponerade uterus. Adnexen normala, men en obetydlig knappt känbar ansvällning i högra parametriet. Hon hade af annan läkare behandlats någon tid manuelt för denna retroflexion. Då jag ansåg att pat:s smärtor härledde sig från celluliten och myiten och ej från retroflexionen, underkastade jag henne en grundlig massagebehandling för dessa och den $1\frac{4}{2}$ antecknades. att värken i buken och ryggen var borta, pat. kunde böja och sträcka ryggen obehindradt, celluliten var borta, men den venstra sacrolumbalis kunde ej fås fullt normal, utan några hårdnader kvarstodo envist. Men knappt någon ömhet förefans. Jag försökte nu att genom lyftningar få uterus att ligga anteflekterad, men endast två gånger låg den kvar så från ena dagen till den andra och då pat. ej hade något ondt af retroflexionen. uppgaf jag efter tre veckor dessa fullkomligt lönlösa försök.

Fall II. M. A., 47 år, ogift, tjenstflicka, i behandling $1\frac{3}{1}$ 1890. Födde barn för 14 år sedan, låg 2 veckor i puerperiet, som var normalt. Har svår värk sedan flera år i buken och korsryggen. svårare vid reglering. Pat. kan ej sköta sina sysslor. ej utföra något gröfre arbete. orkar knappt gå. Har ibland (hysteriska) anfall med värk i buken och medvetslöshet. Uterus liten, retroverterad med fundus något till venster. Högra parametriet förtjockadt och stramande, högra lig. sacrouterinum ömmande.

Tänjning af högra parametriet med det i rectum införda fingret. Massage af parametriet och lig. sacrouterinum, dragning af uterus mot venstra sidan först 2 gånger i veckan, från d. $3\frac{0}{1}$ dagligen.

D. $1\frac{7}{2}$, uterus ligger nu i medellinien. Ömheten och spänningen i högra parametriet och lig. sacrouterinum försvunna. V. parametriet något ömt, fortsatt behandling äfven af detta.

D. $2\frac{4}{2}$. Pat. har inga smärtor, kan sköta sina sysslor. Börjar lyftningar af uterus. Endast den $4\frac{1}{3}$ låg uterus anteverterad, *eljest alltid retroverterad* och behandlingen avslutades d. $5\frac{1}{4}$. sedan pat. de två senaste veckorna kommit blott hvarannan dag. Hon var då arbetsduglig och tyktes ej hafva något ondt af sin kvarstående retroversion. I öfver ett år ingen försämring. Hysteriska anfall fortfarande någon gång.

Dessa två fall må stå som exempel på teuligen rena bakåtlägen. I det första fans ingen annan abnormitet än en obetydlig. knappt märkbar förtjockning af högra parametriet. i det andra aflägsnades öfriga abnormiteter, men bakåtläget

motstod behandlingen i båda fallen. I intet af dem hade pat. någon olägenhet af lägeförändringen.

I en del andra fall af retroversioner och retroflexioner har jag jemte behandling af patologiska förändringar äfven försökt behandla lägeförändringen, i alla fruktlöst.

Fall III. K. T., 28 år, ogift, tjenstflicka, i behandling $2\frac{3}{5}$ 1890. Pat. födde för 5 år sen barn, förlossningen och puerperium normala. Sedan ungefär två år har hon känt, som om något ville falla fram i vulva, senaste året värk och stark gul flytning jemte svåra smärtor 1 till 3 dagar före hvarje reglering, som inställt sig regelbundet och varat två dagar. Pat. har ett halft år blifvit behandlad för sin endometrit, som blifvit häfd, men värken har fortfarit. Ut. ligger retroverterad, kan lätt reponeras men faller tillbaka. Det högra ovariet är något förstoradt, ömt och fixeradt bakom ut. på botten af fossa Douglasii, det venstra är knöligt, utdraget på längden, ömt och hårdt, förbundet med bäckenväggen medelst en långdragen resistens, som till en början gjorde intryck af att utgöra yttre hälften af det förstorade ovariet. Det högra ovariet kan reponeras, men drages ögonblickligen tillbaka, då man släpper det, det venstra kan föga rubbas från sin plats. Tuberna äro tydligt palpabla. Den högra normal, den venstra något förtjockad. Främre vaginalväggen skjutes vid krystning fram i vulva och uterus sänker sig, men portio stannar fullständigt inom vulva. Ingen afsöndring från uterus, ingen erosion.

Behandlingen, som afsåg att aflägsna perioophoriterna och tänja ut adhärenserna, pågick dagligen och den $2^0/6$ kunde jag anteckna, att det högra ovariet kändes normalstort, ehuru rätt ömt, lätt reponerades, men ej kunde hållas kvar, utan åter sjönk ned, att det venstra aftagit betydligt i storlek och kändes mera normalt och att den ovariet utåt fortsättande ansvallningen var nästan borta samt att *smärtorna nästan alldeles försvunnit*.

Jag fortsatte behandlingen och började derjemte att företaga lyftningar af uterus den $3^0/6$. D. $1^4/7$ låg uterus för första gången anteverterad, men pat. *hade denna dag och föregående e. m. svårare värk än hon haft på länge*. Det venstra ovariet låg på sin plats, det högra som förut i fossa Douglasii.

Följande dagar låg uterus åter retroverterad. Men den 19 åter anteverterad och värken hade åter varit svår. Följande dagar låg uterus retroverterad och värken var borta.

Då pat. led af envis förstoppning och fick öppning endast efter lavemang och derjemte plågor efter maten, fick hon från och med den $1^6/7$ och ungefär en månad Sal. Carlsbad. factit. och massage på colon med den påföljd, att hon från och med

den $1^9/7$ hade nästan daglig öppning utan lavemang och derjemte bättre aptit. Värken var nu så godt som fullständigt borta och pat. var arbetsför.

Ehuru någon vidare förbättring ej syntes sannolik, fortsattes dock med behandlingen, för att om möjligt få uterus anteflekterad, men ännu den $2^0/8$ efter två månaders nästan daglig lyftbehandling låg uterus fortfarande retroverterad. Pat. hade för öfrigt ingen olägenhet häraf, men deremot klagar hon ibland öfver värk i venstra sidan af buken, beroende på den ännu ej fullt häfda perioophoriten. Denna behandlades fortfarande med massage, förbättrades ytterligare, ehuru under behandlingens gång förnyad men snart bortmasserad ansvällning inträdde.

Då Brandts behandlingsmetod icke kunde häfva denna retroversion, försökte jag Döderleins metod, af honom beskrifven och berömd vid senaste kongress i Berlin. Intet kan vara enklare. Man försätter uterus bimanuelt i så skarp anteflexion som möjligt och håller den så under massage ungefär fem minuter. Denna behandling visade sig till en början verksam och uterus låg med undantag af ett par dagar anteflekterad i nära 3 veckor, men om man hoppade öfver behandlingen en dag, låg den åter retroverterad och slutligen tröttnade jag på vidare försök.

Pat:s vaginalprolaps behandlades enligt Brandts metod (se under prolaps) och förminskades ej obetydligt.

D. $2^9/11$ avslutade jag pat:s behandling. Hon var fullt arbetsför, hade ingen värk, afföring nästan dagligen. Högra ovariet normalstort, öomt, men fortfarande fixerad. Det venstra något stort, men öomt. Uterus fortfarande retroverterad och vaginalprolapsen minskad. Senaste fyra regleringar smärtfria.

Således ett icke särdeles lysande resultat af ett halfårs daglig behandling, om man ser på genitalbefundet. Men pat., tjänstflicka, var, från oduglig till arbete, blifven fullt duglig för ej allt för tungt arbete och var mycket nöjd och tacksam för resultatet.

Fall IV. H. M., 34 år, arbetarehustru, i behandling d. $22/4$ 1890. Barn för 2 år sedan. Såväl före som efter förlösningen dysmenorrhé. Obetydlig endometrit och lätt reponibel retroversion.

Efter endometritens botande med jodtoucheringar var dysmenorrhén borta. Försök att få uterus i annat läge med Brandts metod jemte Döderleins förfaringssätt under en manad utan resultat.

Fall V. Fru P., 30 år, i behandling den $6/5$ 1890. 3 barn, senast för 3 år sedan. Har ett par år lidit af flytning

och senaste tid af smärtor i bäckenet, som försvarats vid gåendet, hvarjente tyngdkänsla tillkommit. Perineum var slitet så att endast bakre tredjedelen fans kvar. Vaginalväggarna sänkta. Uterns något sänkt, retroflekerad, lätt reponibel, något stor, öm på baksidan. Ovarierna normalstora, ömmande. Högra tuban normal, venstra ojemt förtjockad, högst blyertspennjtjock. Endometrit med varig tjock sekretion.

D. $\frac{6}{5}$. Massage på ovarier och v. tuban. Jodtouchering af uteruslemlinnan.

Den $\frac{19}{6}$. Ömheten till största delen borta. Tuban nästan normal. Smärtor och tyngdkänslor kvarstå. Utförde några dagar uteruslyftning jemte förutvarande behandling. *Efter första lyftningarne blefo såväl smärtor som tyngdkänsla betydligt lindrigare*, men sjelfva behandlingen var så *ytterligt smärtsam*, att den tillsvidare måste uppskjutas.

D. $\frac{27}{8}$. Endometriten betydligt förbättrad, smärtor och ömhet nästan borta, åter *lyftningar* dagligen med god effekt mot de subjektiva besvären, tyngdkänslan, men ingen objektiv förändring iaktogs. Lyftningarne voro mycket smärtsamma.

D. $\frac{23}{9}$. Endometriten nästan häfd. Ut. fortfarande retroflekerad. V. tuban något förtjockad.

Pat. uteblef derpå på grund af annan sjukdom till d. $\frac{20}{10}$. från denna dag till d. $\frac{3}{11}$ försöktes Döderleins metod jemte lyftningar utan resultat.

Pat. hade icke haft reglering sedan slttet af sept. och uteri konsistens tydde på graviditet, hvarföre all behandling inställdes. Hon befans också sedermera vara gravid, hvarföre ut. reponerades och kvarhölls i antelexion med pessarium, som togs bort i febr. 1891.

Fall VI. Fru H. V., 29 år. I behandling d. $\frac{14}{4}$ 1890.

Pat. har haft 2 barn, senast för 5 år sedan. Hon har senaste två år haft känsla af att något är »löst i underlifvet». I nov. förra året fick hon häftiga smärtor i underlifvet, har sedan dess af annan läkare behandlats 3 mån. med underlifs-massage och blifvit mycket förbättrad, men auser sig ej återställd.

D. $\frac{14}{4}$. Ut. är temligen stor, skarpt retroflekerad, reponeras därför med någon svårighet, utan att något egentligt hinder för repositionen förefinnes. En blyertspennjtjock ansvällning löper i öfra delen af högra lig. lat. utat och bakåt. Båda lig. sacro-uterinæ kännas slappa och *ytterligt ömma*. Högra ovariet något förstöradt, mycket ömt, rörligt. Venstra normalt. Ingendera tuban kan med säkerhet palperas.

D. $\frac{14}{4}$. Dagligen massage på högra lig. lat., på lig. sacro uterinæ och högra ovariet jemte *lyftningar*.

D. $2^8/4$. Massagen, till en början smärtande, är nu nästan smärtfri. Lyftningarne utan verkan. Uppehåll med behandlingen, d. $1^6/5$ till $9/6$ fortsatt behandling. Ömhet borta, parametriten och oophoriten något förbättrade. Uterus retroflekterad som förnt. Subjektivt ingen synnerlig förbättring. Slutar $9/6$.

Det kan med fog invändas mot några af dessa sjukhistorier, att de icke representera »rena» fall enär utom bakåtläget äfven inflammationsrester förefunnos. Dock synas mig fall 1, 4 och 5 vara så rena man kan begära. Ytterligare bevis för lyftningens överksamhet mot retroflexionen utgöra de i följande afdelning anförda fallen af prolaps och sänkning. I intet af dessa fall blef ett sådant läge häfdt genom lyftningarne, äfven der prolapsen förbättrades. Emellertid visa dessa fall, att symptomen försvunnit eller förbättrats, då sjukliga förändringar blifvit häfda eller förbättrade, medan det fullkomligt betydelselösa uterusläget var oförändradt. Dessa här anförda fall äro de enda, der jag någon längre tid försökt lyftningarne mot bakåtlägen. Jag har derefter alldeles upphört med denna slags behandling, fullt öfvertygad om dess onödighet och onyttighet.

IV. Prolapsus uteri et vaginæ.

Sänkning och framfall af slidan och lifmodern äro symptom, hvars betydelse vexla ofantligt med afseende på de olägenheter de medföra och den behandling de betinga. En viss grad af slapphet är vanlig hos mångföderskor och om man låter en kvinna, som födt ett större antal barn, krysta kraftigt, så skall man oftast se främre vaginalväggen sänka sig betydligt och äfven framträda i den under dessa förhållanden ej fullt slutande vulva.

Samtidigt härmed nedtränger äfven uterus i vagina, ofta så långt att portio vaginalis ej är långt aflägsen från perineum, men då trycket upphör, draga sig uterus och vagina åter tillbaka. Kvinnan har af detta förhållande ingen olägenhet och oftast ingen vetskap och det hela har ingen patologisk betydelse.

Äfven hos en- och tvåföderskor kan någon gang samma

förhållande iakttagas, isynnerhet om perineum är i lägre eller högre grad defekt.

Om deremot de genom krystningen nedträngda delarne icke återtaga sitt normala läge, kan behandling vara nödig och om de rent af trängas till större eller mindre del ut ur vulva, så fordras någon åtgärd häremot, då patienten för det mesta har betydlig olägenhet häraf. Men det är icke lätt att afgöra, hvar det patologiska börjar, isynnerhet som de subjektiva besvären ingalunda stå i någon proportion till det objektiva tillståndet. Vid obetydlig sänkning kan man ofta få höra pat. klaga öfver svåra subjektiva symptom, vid betydlig öfveringa.

Det vore tydligen ganska olämpligt att anse hvarje qvinna, som företer en sänkning af vaginalväggen som föremål för gynäkologisk behandling, så mycket mera som en sådan sänkning af vaginalväggen alls icke behöfver med tiden tilltaga och framför allt endast i ett försvinnande fåtal fall verkligen öfvergår till prolaps.

Om jag till en början frånser den manuela behandlingen af prolapsen och sänkningen, så är den gängse behandlingen inläggande af ett pessarium eller operation.

Jag vill då genast framhålla, att jag icke anser det vara någon olycka för en qvinna att behöfva bära en Leiters hartgummiring eller en Mayers mjuka gummiring i vagina. Om ringen är lämpligt vald och håller prolapsen inne, så är ett ganska allvarsamt ondt afhjelpat, låt vara blott palliativt, med ett ganska lindrigt medel.

Då hvarje patient lätt kan lära sig att sjelf taga ut och lägga in dessa enkla ringar, så kan den största renlighet iakttagas, utan att pat. är beroende af läkaren.

Under sådana förhållanden framkallar ringen nästan aldrig någon vaginit. Om ringen icke kan bäras på grund af smärta, oftast beroende på inflammationsrester i bäckenet, eller om prolapsen icke kan hållas inne med ring, så kommer operation i fråga.

De författare, som plädera för operation i alla fall af prolaps, synas mig knappt vara i sin fulla rätt. ty om äfven det ögonblickliga resultatet af operationen är utmärkt, så fins

ingen säkerhet för att det definitiva är likaså och patienten blir i många fall tvungen att äfven efter operationen bära pessarium. Kunde prolapsen redan förut hållas inne med ring, har hon ingenting vunnit på operationen.

Enligt statistik af Asch¹⁾ blefvo endast 59 % af de af Fritsch opererade patienterna definitivt botade, medan 94 % utskrefvos som läkta efter operationen. Cohn²⁾ fann endast 57 % af Schröders opererade definitivt botade.

I sådana fall, der prolapsen ej kan hållas inne med ring, inträder operationen i sin fulla rätt, ty om man också icke vinner mera, än att efter operationen en vanlig ring gör tillfyllest, så är dermed ej litet vunnet. Huru man än ställer sig till dessa frågor, står dock alltid en sak fast: att de typiska prolapsoperationerna³⁾, cervix-excision, colpo- och perineoraphi kunna betraktas som ofarliga ingrepp, så att man kan garantera pat. att icke genom en sådan operation förlora lifvet eller försämras till helsan.

Jag har velat förutskicka dessa anmärkningar, innan jag gick närmare in på den manuela behandlingen af prolapsen.

Det var länge en för läkarne okänd sak, att en sådan behandling var möjlig och då Brandts metod först blef mera bekant genom hans besök hos professor Schultze i Jena och Profanters publikation⁴⁾, så var det behandlingen af prolapsen, som väckte största uppseendet. Dels på grund af det ovanliga i metoden, dels af det alldeles oväntade och hittills oförklarade i metodens uppgifna verkningar.

Likväl är behandlingen af prolapsen icke den viktigaste delen af Brandts metod eller den största vinsten läkarekonsten af densamma dragit, ty den kan mycket förr ersättas af pessariebehandlingen eller operationen än andra delar af metoden, särskildt massage af exsudat och tänjning af ärrsträngar, kan ersättas med någon annan behandling.

Härtill kommer ännu en omständighet. Skall prolapsen

1) Centralbl. f. Gyn. 1886 n:r 49 sid. 807.

2) Centralbl. f. Gyn. 1887 n:r 41 sid. 651.

3) Öfriga föreslagna operationer, ventrofixation, förkortning af lig. rotunda, Sebückings vaginala ligatur och totallexstirpationen, synas mig delvis för farliga, delvis irrationela och osäkra till sina verkningar.

4) Die Massage in der Gynækologie. Wien 1887. Braumüller.

med fördel behandlas manuellt, måste man låta behandlingen fortgå i månader. Under sådana förhållanden är det lätt begripligt, att många patienter föredraga att på en gång genom ett pessarium få palliativ hjälp, eller genom en ofarlig operation, åtföljd af ett par veckors stillaliggande, ha förhoppning om att blifva definitivt botade eller åtminstone förbättrade. Jag har också gjort den erfarenheten, att patienterna icke gerna fortsätta behandlingen, om icke, som i ett och annat fall inträffar, förbättring redan i början af densamma inträder.

Det kan dock icke bestridas, att det vore en fördel för pat. att undgå såväl operation som pessarium och genom några månaders daglig behandling återvinna helsan. Äfven om recidiv efter längre eller kortare tid inträder, kan kanske äfven detta häfvas. Emellertid vet man ännu icke hur ofta recidiv inträder, ej heller hvilka fall som förnämligast lämpa sig för behandling.

Jag måste här tillåta mig en utflykt på anatomiens område.

Hvad är det som under vanliga förhållanden qvarhåller uterus och vagina inom bäckenet?

Denna fråga besvaras olika af olika författare och särskildt bland äldre författare var framställningen växlande. Inom den nyare litteraturen finner man i allmänhet den mening uttalad, att en stor mängd omständigheter och en mängd olika anordningar qvarhålla uterus och vagina i deras normala läge. I ett mycket förtjenstfullt arbete af Walcher¹⁾ framställas dessa förhållanden synnerligen väl. Walcher skiljer på delar som uppifrån fixera uterus och vagina i läge och delar som nedifrån stödja och uppbära dem. De förra vill jag för korthetens skull kalla upphängningsapparaten, de senare stödjeparaten. Till de förra (upphängningsapparaten) räknas ligg. sacro-uterina, pubo-vesico-uterina, lata och rotunda, (dessa sistnämnda enligt min åsigt med orätt), öfverhufvud taget hela den del af peritoneum och dess förstärkningar, som öfverdraga de i lilla bäckenet belägna organen och till en viss del *levator ani*. Derjemte bidrager något härtill stramheten i vaginas förbindelser med omgifvande delar (blåsan, främre rektalväggen

¹⁾ Senkung u. Vorfäll von Scheide u. Gebärmutter. Laupp Tübingen 1887.

och den fettrika bäckenbindväfven) och i betydlig grad vaginas kraftiga fixation vid baksidan af rami horizontales ossium pubis.

De nedifrån stödjande momenten äro levator ani, vaginas slutapparat och bäckenbotten, på hvilken vagina hvilar i nästan horisontalt läge, jemte de med labia majora parallela fettvulster, som framhvälfva öfversta delen af lårens insida.

Dessa bilda likasom ett postament för vulva och vestibulum. Man bör äfven komma i håg att, då ingången till vagina på sa sätt bildas af en sagittalställd springa, ligga derinnanför vaginalväggarne utan lumen mot hvarandra i form af en främre och bakre eller rättare en öfre och nedre vägg, så att om de särskiljas, en tvärställd mot vulva vinkelrät springa uppkommer. Detta förhållande bidrager i hög grad att hålla vagina slutet.

Då således en hel mängd moment samverka, kan man lätt tänka sig flere eller färre af dessa moment bortfallna och de kvarstående likafullt i stånd att ensamma fullgöra de funktioner, som egentligen tillkomma dem alla. Om så icke vore, skulle sänkningen och framfallet vara ännu mera allmänna akompor, än de nu äro.

Om man således anser den nyss framställda frågan om uteri och vaginas fästedelar fullständigt besvarad, framställer sig en annan fraga.

Hvad är det som skadar dessa fästedelar i deras funktioner och huru uppkommer sänkningen och framfallet?

Om man fortfarande håller fast vid Walchers framställning, så kommer man osökt till två olika former af sänkning och framfall:

I. sådana som uppkomma genom bristfällighet i upphängningsapparaten.

II. sådana som framkallas af bristfällighet i stödjeapparaten.

I förra fallet skulle man få ett primärt framfall (eller sänkning) af öfre delen af genitalapparaten, i första rummet uterus och vaginas öfre del, i andra fallet, då stödjeapparaten först ger efter, nedsjunker först nedre delen af vaginas främre vägg. I första fallet är cervix den ledande delen, som drifves nedåt, dragande med sig allt större och större delar af vagi-

nalväggarne *uppiifrån räknadt* och allt mer och mer invertande dem, i andra fallet sjunker först nedre delen af främre vaginalväggen ned, visar sig i vulva, drager mer och mer af främre vaginalväggen *nedifrån räknadt* med sig, så cervix till större eller mindre utsträckning och sist bakre vaginalväggen i allt större utsträckning men räknadt *uppiifrån och nedåt*.

Man får på detta sätt två olika former, i första fallet den primära uterussänkningen, i andra fallet den primära vaginalsänkningen, hvardera med sina olika grader och småningom öfvergående till framfall. Slutresultatet blir vid fullständigt framfall i båda fallen det samma och man kan i allmänhet då icke mera afgöra, hvilken mekanism i det speciella fallet gjort sig gällande.

Ehuru man således, synes det mig, är berättigad att teoretiskt uppställa dessa båda former, så måste man medgifva, att rena former äro mycket sällsynta. Förklaringen häraf synes mig ligga ganska nära tillhands, så nära att det förvånar mig, att jag icke någonstädes sett den tydligt formulerad. Förklaringen ligger i den ställning, som levator ani intager som tillhörande på samma gång upphängnings- och stödjeapparten. Denna muskel, som från hvardera af bäckenets sidor i ett inåt, nedåt och delvis bakåt sluttande plan symmetriskt nedtränger mot midtlinien, bildar genom föreningen af sina båda hälften ett *stödjande* plan för alla de delar, som i större eller mindre utsträckning hvila i den sålunda uppkomna grunda rännan, under det att den genom sin intima förbindelse med vaginal- och rektalväggarne bildar en *upphängningsapparat* för dessa delar. Om nu levator ani förslappas eller sönderslites, förlorar den vid och nedanför dess insertion belägna delen af vagina och rectum en upphängningsapparat, de ofvanför denna insertion belägna organdelarne sin stödjeapparat. På så sätt uppkommer lätt blandformer af prolaps och detta så mycket lättare, ju viktigare levatorns integritet är och ju oftare den utsättes för fara att skadas. Om levatorns vigt kan man hafva olika meningar, men det synes mig icke otroligt, att den spelar en mycket viktig roll och jemförd med andra här ifragakommande delar synes den, såsom bildad af icke allenast elastisk utan i första rummet kontraktil väfnad, hafva större bety-

delse än dem alla. Peritoneum och dess s. k. ligamenter hafva med undantag af lig. sacrouterina och rotunda försvinnande liten mängd muskelsubstans och äro i första rummet elastiska, föga eller intetkontraktila. Levator ani pålitlighet som stödjeapparat är beroende på storleken af de gluggar som finnas mellan dess båda hälfter. Men då genom dessa gluggar vaginal- och rektalrören med varierande lumen måste släppas igenom så är levatorns konstruktion ej särdeles lämplig som stödjeapparat, så snart dessa gluggar blifva för mycket utvidgade. Å andra sidan minskas levatorns tillförlitlighet som upphängningsapparat af den omständighet, att dess muskeltrådar ingenstädes direkt öfvergå i vaginas och rektums muskellager utan äro förbundna med dessa medelst en visserligen stram och mycket kraftig bindväf.

Jag behöfver ej här närmare ingå på de orsaker, som oftast framkalla prolaps, talrika och täta förlossningar, våldsamme operativa ingrepp, brist på hvila och skonande af organen i puerperium, öfverfyllnad af blåsa och rektum och bukpressens inverkan under dessa förhållanden, äfven betydlig afmagring med förlust af fettet i lilla bäckenet och utanför vulva, alla dessa orsaker äro nogsamnt bekanta. De förändringar de närmast framkalla äro af mångfaldig natur. Sönderslitingar af perineum, vaginal- och rektalväggen, *levator ani*¹⁾ tänjningar af hela upphängningsapparaten, vidgande af öppningarne i levator ani, tänjning och försvagande af bäckenbotten och det stödjande fettet, subinvolution (således ökad tyngd af uppburna samtidigt med ökad slapphet i uppbärande delar) äro de närmaste följderna. Jag önskar icke närmare ingå på dessa detaljer, utan återgår till mitt ämne.

Låtom oss antaga ett svårt fall: en nästan fullständig uterus- och vaginalprolaps föreligger. Hvad är att göra?

Om man först kunde besvara frågan om prolapsens art och uppkomstsätt, om den är en primär uterusprolaps eller primär vaginalprolaps, om den uppkommit genom insufficiens i upphängningsapparaten eller i stödjeapparaten, så skulle man hafva en norm för sitt handlingsätt. I ena fallet skulle man

¹⁾ De af Dürssen föreslagna djupa cervix- och vaginalincisionerna synas utsätta särskildt levatorn för svåra läsioner. Se Arch. f. Gyn. XXXVII hft 1.

söka stärka eller ersätta upphängningsapparaten, i andra stödjeapparaten. Det förra är mycket svårt, så mycket mera, som de olika moment, som komma i fråga, äro så många och komplicerade, att det icke är lätt att få några bestämda synpunkter för behandlingen. De försök att operativt ersätta denna apparat, som senaste år blifvit införda i gynäkologien, hafva ej lyckats viuna burskap. Af operationerna torde väl i så fall ventrofixationen vara den säkraste.

Stödjeapparaten är deremot lättare att återställa genom kolpoperineoraphi eller ersätta med ett pessarium.

Brandt har i sin behandlingsmetod för prolapsen på ett synnerligen sinnrikt sätt sökt att stärka upphängningsapparaten genom de s. k. lyftningarne, korsbensbultningen och massage af plexus hypogastrici, stödjeapparaten genom knädelning och knäsammanföring och aktiva öfningar af levator ani och perinealmusklerne.

Vid behandling af en prolaps eller sänkning går Brandt tillväga enligt följande program.

1. Stödmotstående länd- och korsbensbultning.
2. Lifmoderlyftning med hypogastricusträckning och eventuelt nervus pudendus tryckning.
3. Knädelning och knäslutning.
4. Sittande vaxelvidning.

Hemma använda pat. morgon och afton sköljning med ungefär $\frac{1}{4}$ liter friskt vatten och utföra de s. k. »knipningarne».

Dessa olika rörelser utföras på följande sätt.

1. Pat. står obetydligt framåtlutad stödjande sig med de rakt framåt sträckta armarne mot väggen. Rörelsegifvaren utför bultningen med löst knuten hand på hvardera sidan om ryggraden, börjande invid första ländkotan så nedåt och utåt till crista ilium och derifrån följande yttre kanten af sacrum ned till coccyx. Vanligen ges 5 slag på länddelen och 7 på sakraldelen, på hvardera sidan 3—4 gånger.

2. Lyftningarne utföras ungefär på samma sätt som beskrifvet för bakåtlägena. Dock är en skillnad att iakttaga. Vid framfallet ges vid behandlingens början höga lyftningar, d. v. s. uterus lyftes så högt dess fästedelar medgifva. Sedan behandlingen fortgått en tid, göras lyftningarne lägre såsom

vid bakåtläget. Dessa lyftningar utföras 3—4 gånger efter hvarandra.

3. Adduktoröfningen försiggår på följande sätt. Pat. ligger på soffan, lyfter upp korset och länderna så att lår och bål bilda en rät linie och pat. hvilar på öfre delen af ryggen jemte skuldrorna och fötterna. Rörelsegifvaren fattar pat:s slutna knän och drager dem ifrån hvarandra under pat:s motstånd och derefter sluter pat. åter ihop knäna, medan rörelsegifvaren gör motstånd. Detta upprepas 3—4 gånger.

4. Vexelvridningen sker så att pat. sitter på en stol något framåtlutad med höfterfäst. Rörelsegifvaren sitter framför och vrider pat. vid skuldrorna under motstånd först åt ena sidan, så åt den andra 3—4 gånger.

Några andra handgrepp, som ges i sammanhang med lyftningarne, äro massage på bakre delen af lig. sacronterina. Denna gifves genom bukväggen och är det meningen att dermed träffa plexus hypogastrici, hvilket väl svårligen lyckas. Derjemte ntöfvas en tryckning på nervus pudendus, der den löper utanför bäckenet.

Ett annat handgrepp, som B. alltid utför vid behandling af prolapsen, är den *vaginala skjuttryckningen*. Det höjda pek-fingret införes innanför symfyssen och skjuter med spetsen upp främre vaginalväggen tryckande den kraftigt mot baksidan af blygdbenet. Uppskjutningen utföres 3—4 gånger på vardera sidan om urethra. De s. k. »knipningarne» utföras så att pat. liggande eller stående slår det ena benet öfver det andra (båda sträckta), håller dem fast tillsammans och utför en aktiv kontraktion af sätesmusklerna, hvarvid perinealmusklerna och levator ani kraftigt kontraheras, så att bäckenbotten drages in. (Samma rörelse som då man vill hålla tillbaka en öppning.) Denna rörelse utföres många (20—30) gånger under dagens lopp.

För närmare detaljer se Brandts arbete.

Det är ovedersägligt, att åtskilliga fall af prolaps på detta sätt blifvit botade för längre eller kortare tid eller för alltid, men hvilka fall, som egentligen egna sig för denna behandling, är ännu ej afgjort. Tydligt är att med dekrepida pat. ej så mycket står att vinna. Ehurn t. o. m. 70-åringar

blifvit botade¹⁾, så får man väl anse som regel, att qvinnor långt öfver könsåldern, isynnerhet om de äro mycket nedsatta och åldersmarasmen i högre eller lägre grad redan börjat visa sig, hafva dålig prognos. Om således pat:s allmänna tillstånd är af vigt, så spelar prolapsens grad en viss roll. En sänkning är lättare behandlad än en fullständig prolaps, men något bestämdt förhållande mellan prolapsens grad och prognosen finnes icke. En betydlig prolaps kan stundom stanna inne efter första behandlingen, under det att en enkel vaginalprolaps alltid fordrar mycket långvarig behandling, som jag vågar påstå dock ofta blir af ofullständig verkan.

Huru verka nu alla dessa olika handgrepp?

Det är mycket svårt att besvara denna fråga, och hur skulle det kunna vara annorlunda?

Prolapsens patologiska anatomi är icke fullt utredd, huru skall man då kunna förklara behandlingens verkningssätt och huru skall man kunna förklara, att vid en del fall uterus stannar i bäckenet efter första seancen, i andra fall icke ens efter månaders daglig behandling? Om jag likväl gör ett försök att med hjälp af egna iakttagelser och andras åstadkomma en förklaring, så vet jag på förhand, att denna dock ej kan blifva annat än sväfvande och i vissa fall obevislig.

Den viktigaste delen af behandlingen är ovedersägligen lyftningen. Det händer, att uterus efter första lyftningen håller sig inne i bäckenet. Så vidt jag förstår, kunna dessa fall förklaras på två sätt.

Antingen tänjas vid lyftningen stramande strängar, som draga uterus nedåt och specielt cervix framåt eller ock framkallas genom tänjningen kontraktioner i de mer eller mindre muskelhaltiga delar, som hålla uterus uppe. Man kunde äfven antaga, att båda momenten verka tillsammans.

Den första förklaringen tillhör Ziegenspeck, den andra Brandt.

Den förre²⁾ vill förklara såväl bakåtlägena som äfven

¹⁾ v. Preuschen, Centralbl. f. Gyn. 1888 n:r 13, 1888, n:r 30.

²⁾ Ziegenspeck, Ueber normale u. pathol. Anheftungen d. Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd 31 hft 1, och Ueber Thure Brandts Verfahren d. Bhdl. d. Frauenleiden. Volkm. Kl. Vorträge N:r ³⁵³/₅₄.

prolapsen såsom beroende på inflammationsrester hufvudsakligen kvarstående i bindväfven kring kärnen och ofta fixerande cervix framåt. Dessa ärrsträngar må spela en viss roll för en del retroversioner, att i så fall en tänjning, verkställd i form af en uteruslyftning, bör hafva en särdeles kraftig verkan, är gifvet, men att denna förklaring icke är tillfyllestgörande för prolapsen framgår deraf, att en stramning på cervix väl kan draga denna något nedåt mot den stramande delens nedre fästpunkt. Men hur skall den kunna draga cervix nedanför denna punkt, hvilket måste inträffa vid prolaps? Man kan tänka sig descensus uteri på grund af stramning men knappt descensus vaginæ och alls icke prolaps. Deremot är en slapphet i upphängningsapparaten tänkbar. Och man får då taga i betraktande möjligheten af att en kraftig tänjning af särskildt ligg. sacrouterina kan framkalla en kontraktion i dessa ligamenter. Att dessa icke innehålla så obetydlig mängd muskelväfnad, är alldeles säkert och lika säkert är att de deltaga i den allmänna hypertrofi af uterin muskelväfnad, som eger rum under graviditeten.

Ett faktum, hvarvid jag lägger mycken vikt, är, att jag i åtskilliga fall kunnat konstatera att, medan vid första seancen uterus kunde lyftas ganska högt, uppkom snart ett bestämdt motstånd mot lyftningen och detta motstånd har jag funnit just i *lig. sacrouterina*.

Äfven Schultze ville så förklara botandet af den prolaps som Brandt behandlade i Jena, i det han påstod att v. lig. sacrouterinum hade kontraherat sig.

Deremot kan absolut ingen verkan tillskrifvas lig. rotunda, hvilkas bågformiga förlopp och betydliga längd sätta dem ur stånd att utöfva någon verkan på den icke gravida uterus. Muskelväfven i lig. lata är för sparsam för att tillskrifvas någon verkan. Snarare bör man för lig. lata antaga tänjning af ärrsträngar.

En del fall blifva otillgängliga för förklaringar och framför allt blir det svårt att förklara, hvarför somliga prolapsar totalt motstå behandlingen. Säkerligen spelar perinei tillstånd här en obetydlig roll. Prolapsen är ingalunda någon vanlig komplikation till den totala perinealrupturen. Lika väl som

levator ani här kan åstadkomma en relativ kontinens, kan den utan stöd af perineum hålla uterus och allra största delen af vagina uppe.

Det är också enligt min åsigt levator ani, som spelar hufvendrollen såväl vid uppkomsten som vid botandet af prolapsen.

Man har mycket talat om den roll levator ani spelar, men så vidt jag vet intel ont den verkan lyftningen utöfvar på denna muskel. Men det är ju otvifvelaktigt att händernas nedförande mellan uterus och symfyssen ända mot bäckenbotten icke kan ske utan att utöfva en retning af levatorns främre del och att den derefter utförda uppskjutningen med bakåt och uppåt riktade, sakralutholningen följande fingerspetsar nödvändigt måste reta samma delar. Således tror jag lyftningen äfven kunna framkalla kontraktioner af levator ani, i första rummet dess främre del. Men kontraktioner af en stor del af en muskel framkalla med säkerhet medrörelse af den öfriga delen af samma muskel. Således kan man antaga att levator ani öfvas af denna behandling och häri ligger efter min mening hufvudbetydelsen af lyftningen.

Lyftningen utöfvar på ett sätt en ofördelaktig verkan på vaginalprolapsen, i det att händernas nedförande måste verka ofördelaktigt på vaginas vidfästning till baksidan af os pubis, likasom sträfva att skilja vagina och blåsan från vidfästningen vid benet. Denna, som till stor del består af bindväf, kan icke annat än lida af denna tånjning. Vaginalprolapsen kvarstår äfven länge och väl vid de Brandtska lyftningarne och måste genom särskilda handgrepp motarbetas.

Den förklaring, som vill påstå, att lyftningen genom att förändra retroflexionen till anteflexion skulle åstadkomma uteri kvarstannande i bäckenet, är oriktig. Ty dels vet man, att i alla de fall, der behandlingen ger gynnsamt resultat, prolapsen bättras vida förr än retroflexionen, som oftast är oföränderlig. dels är det lika litet bevisadt, att retroflexionen eller retroversionen är af betydelse för uppkomsten af prolapsen som att den i allmänhet ejes är af patologisk betydelse. Den är oftast af sekundär natur. En sig sänkande uterus, måste följa vaginas riktning och måste på grund häraf antaga ett bakålläge, det ligger

i öppen dag. I det ofta nämnda af Brandt i Jena botade fallet kvarstod äfven retroflexionen utan att därför prolapsen åter inträdde. Jag är öfvertygad om, att Brandts behandlingsmetod icke är sista ordet i frågan om prolapsens behandling och skall här nedan redogöra för några modifikationer i lyftningens utförande.

På betydelsen af korsbensbultningen och massagen af plexus hypogastrici tviflar jag i allra högsta grad. Den förra afser att utöfva en retning på sakralnerverna, den senare skall verka stärkande på lig. sacro-uterina och väl hela muskulaturen i uterus och ligamenter. Jag har icke ansett lämpligt att upptaga dessa rörelser i behandlingen.

En annan rörelse, som Brandt utför, är öfningen af adduktorerna, den s. k. knädelningen och knäslutningen. Denna rörelse, som naturligtvis i första rummet stärker adduktorerna, tillskrifves också en betydlig verkan på perinealmuskulerna och på levator ani. Om man inför ett finger i vagina eller rektum, känner man — icke alltid, — men ofta att fingret likasom något fastare omslutes under rörelsens utförande, men denna omslutning framkallas, för så vidt jag kunde känna, deraf, att rektum och bakre vaginalväggen dragas framåt mot symfyssen. Detta är således en verkan af levator ani, som med sin främre del slyngformigt omfattar rektum och vagina. Men denna sammandragning i levator ani synes mig icke bero på adduktorernas sammandragning utan vara en medrörelse uppkommen på grund af den allmänna kontraktionen af ryggens och bäckenets muskler, som eger rum, om pat. *ordentligt* intager det föreföreskrifna läget, hvilande på skuldror och fotsulor och med rygg och bäcken högt upplyftade i rät linie med lären. Om denna ställning slarfvigt eller icke alls intages, uppträder ingen kontraktion i levatorn, om adduktorerna öfvas aldrig så mycket. Denna samma rörelse af levatorn framkallas dock ojemförligt mycket kraftigare af de s. k. »knipningarne», hvarom man lätt öfvertygar sig, om man inför fingret i vagina och låter pat. utföra dessa sammandragningar.

Perinealmuskulerna sammandragas jemväl härvid i betydlig grad, hvarom man kan öfvertyga sig genom att lägga finger-spetsarne på perineum, medan rörelsen utföres af patienten.

Äfven för perinealmuskulaturen synes mig öfningen af adduktorerna vara af mindre betydelse än »knipningarne».

Dessa rörelser, som äro afsedda att stärka perinealmuskulaturen, förlora naturligtvis större delen af sin betydelse, om perineum är i hög grad defekt. Att de icke hafva den betydelse, som v. Preuschen velat tillägga dem, då han tror dem utgöra det väsentliga i behandlingen, derom är jag lifligt öfvertygad och tror jag särskildt adduktoröfningen vara af nästan ingen betydelse, knipningarne af större.

Brandt uppger också, att han botat många fall af prolaps, innan han införde dessa rörelser i behandlingen.

Hvad slutligen nervus pudendustryckningen angår, tillägger jag den ingen betydelse.

Vaginalprolapsen behandlas särskildt med den vaginala skjuttryckningen. Denna rörelse är, om den ges som den skall, mycket smärtsam och torde då icke kunna sexuellt reta pat. Likväl har jag motvilja mot densamma, så mycket mera som jag funnit den verka mycket långsamt och ofullständigt. Det är vida bättre att utföra colporaphia anterior än att i månader fortsätta denna manipulation.

Jag öfvergår nu till meddelande af några sjukhistorier, för att framlägga de resultat, jag haft vid den manuela behandlingen af prolapsen. De äro rätt blygsamma. Då jag bestämdt vågar påstå, att jag tillräckligt länge fortsatt behandlingen och fullkomligt beherskar den, så måste antingen metoden öfver hufvud vara otillförlitlig, eller passa endast för ett mindre antal fall. Det senare anser jag vara fallet, en åsigt i hvilken jag tror, att de flesta opartiska iakttagare skola stämma öfverens. Så hade Braun och Kreissl¹⁾ af 14 fall af prolaps och descensus blott 4 botade. Men då dessa författare tro sig hafva funnit, att det utom pat:s allmänna tillstånd är beroende på perineum, om behandlingen har framgång med sig, så tror jag, att de begå ett misstag. Perineum kan vara bristfälligt i hög grad, ja fullkomligt fela och resultatet kan det oaktadt blifva godt, i det att *uterus* efter någon tids behandling håller sig inne i bäckenet.

¹⁾ Klin. Beiträge z. manuell. Behandlung d. Frauenkrankheiten. Wien 1889. Breitenstein.

Det är icke perineum, som är det viktigaste momentet, det är levator ani. Är den söndersliten eller öppningarne i densamma mycket vida, hjälper ingen manuel behandling, men då oftast samma orsaker som skada perineum äfven skada levator ani, så får man det origtiga intrycket af perinealrupturens stora betydelse. Ej heller är det afgjordt, att vaginalprolapsen alltid är det vigtiga och inledande momentet för uterusprolapsen och äfven från den synpunkten är det skäl att taga i betraktande, att ett bristfälligt perineum väl kan vara af betydelse för den förra, men ej för den senare.

Nu till sjukhistorierna.

Fall VII. M. C., 34 år, arbetarhustru från Sandviken.

Pat. har fått 3 barn, för resp. 12, 8 och 2 år sedan, har haft naturlig förlossning, aldrig varit sjuk i puerperiet. Vid första förlossningen fans ingen barnmorska till hands, utan pat. hjälptes af en annan hustru, som befriade henne från efterbörden genom dragning i nafvelsträngen. Då pat. 5 dagar derefter första gången steg ur sängen, föll ett framfall stort som en mindre knytnäfve utanför vulva. Pat. låg derefter 14 dagar, framfallet framträdde efter uppstigandet mer och mer. Ett år efter inlades en ring, som låg i två år och som höll prolapsen inne, derefter borttogs ringen och framfallet visade sig endast någon gång vid starkare ansträngningar. Sedan senaste förlossning för två år sedan har framfall alltid uppträdt, då ej ringen legat inne. Sedan ett år ständigt ring, som dock ej hållit framfallet fullständigt inne.

D. $\frac{4}{3}$ 1890. Pat. är en stor och kraftig, ehuru något mager kvinna. Perineum finnes nästan oskadadt kvar, utan subkutan bristning, är tjockt och kraftigt. Uterns retrovert. stor och tung med fundus något åt venster, lätt reponibel. Sond ingår 9 cm. Vid krystning i liggande ställning framtränger större delen af främre vaginalväggen och om man då drager perineum tillbaka en stor del af cervix uteri, intet af bakre vaginalväggen. Inpå baksidan af högra ramus horizontalis ossis pubis en femörestor kanske $\frac{1}{3}$ cm. tjock broskhård ansvällning mellan benet och vaginalväggen (paracolpitis).

Behandling. Lyftning enligt Braudt, uppskjutning af främre vaginalväggen, knädelning och knäslutning under korslyftning, massage på paracolpiten. Oaktadt uterns följde med vid lyftningen och behandlingen fortsattes 6 veckor dagligen intet resultat. Paracolpitresten minskades obetydligt.

Fall VIII. J. J., 47 år, enka, af arbetsklassen. Har ej

haft barn eller missfall, har sedan några år, hvarunder hon födt sig med tvättning, haft ett mindre framfall, som gått in af sig sjelf vid ryggsläge. Sedan hösten 1888 framfallet betydligt och har hon sedan dess måst föra in det sjelf. Under våren 1889 behandlades hon två månader manuellt enligt Brandts metod af en härvarande gynäkolog, men utan framgång.

D. $\frac{9}{6}$ 1890. För öfrigt frisk qvinna. Strutsäggstor prolaps bestående af hela främre vaginalväggen, cystocele, hela den retrovert. uterus och större delen af bakre vaginalväggen, så att endast nedre 3—4 cm. af densamma ligger innanför perineum, som är oskadadt. Reposition sker lätt, hvarvid uterus lägger sig i anteflexion. *I den reponerade uterus ingår sond 8 cm., i den framfallna 11.*

Behandling under sex veckor dagligen med lyftningar utan ringaste verkan.

En inlagd ring utkrystades genast följd af prolapsen.

D. $\frac{30}{7}$ cervixexcision, främre colporaphi. Lawson Tait's perineoraphi med förträngning af vulva, så att endast ett finger utan tånjning kunde införas. Läkning per primam. Pat. har sedan ej haft prolaps och bär ej ring.

Fall IX. Charl. B., 46 år, arbetarehustru. Har haft 6 barn för 14—1 år sedan. Smärtor och tyngdkänsla under senaste grossess. Har nu ett småningom ökad framfall.

D. $\frac{13}{6}$ 1890. Pat. kan ej gå eller sköta sina sysslor utan att använda T-binda, som håller prolapsen något så när inne, emedan eljes framfallet inträder och framkallar svåra smärtor. Hon har täta urinträngningar. Pat. har af perineum intet kvar, i det att en gaffelformig perinealruptur, som räckt till anus och fortsatt sig på båda sidor om bakre columna rugarum upp i vagina, på så sätt blifvit läkt att columna dragits ned och med sin spets läkt sig in i rupturen strax framför anus, der bildande ett utskjutande näbb. Främre vaginalväggen ligger också framme i vulva och portio strax innanför. Vid krystning framtränger en stor del af båda vaginalväggarna utanför och portio visar sig i vulva. Cystocele och ett mindre rectocele. En djup cervixbristning till höger. Efter repositionen ligger uterus i retroversion. Ehuru det fans föga utsigt att vinna något utan operation, försökte jag dock på pat's önskan med lyftningar utan förhoppning att kunna uträtta något. Andra rörelser som adduktorgymnastiken och vaginal uppskjutning ansåg jag lönlöst försöka, då perineum var borta, deremot ålades pat. att flitigt 20—30 gånger dagligen utföra »knipningarne» för att så öfva levator ani.

D. $1^3/6$ och $1^4/6$ gjordes lyftningar på vanligt sätt och pat. förklarade, att hon efter första séancen redan kände sig bättre och efter andra att hon endast kände en obetydlig tryckning nedåt och nu kunde sköta sina husliga göromål utan att behöfva någon T-binda och att *hon ej behöfde kasta urin så ofta som förr.*

D. $1^5/6$ — $1^9/6$ hade hon reglering, behandlades ej och förklarade d. $2^0/6$ att hon fortfarande var bättre. Uterus stod d. $2^1/6$ anteflekt. med portio något nedanför spinallinien. d. $2^6/6$ hade pat. varit ute på Djurgården och promenerat utan obehag.

Pat. behandlades med lyftningar hvarannan dag. Uterus stod alltid vid pat:s ankomst retrovert. och följde *efter första seancen högst obetydligt med vid lyftningarne*, står med portio nästan normalt högt. Vid krystning, så stark pat. förmar, skjuter främre vaginalväggen ned i vulva och uterus sänker sig betydligt, men stannar ett par cm. innanför vulva.

Reglering $1^0/7$ — $1^4/7$. Första dagarne af regleringen kändes stor tyngd och tryckning nedåt.

Från och med $1^5/7$ lyftningar 2 gånger i veckan.

D. $2^1/8$. Uterus står i dag med portio strax innanför vulva. *utan att pat. vet af det.* derpå dagligen lyftningar, hvar efter uterus håller sig uppe. Efter ytterligare ett par veckor afbrytes behandlingen, då sannolikt intet mer står att vinna och då för öfrigt lyftningarne ej torde hafva någon effektiv verkan, enär uterus följer med knappt märkbart.

Behandlingen synes nog här haft verkan på sänkningen och pat. kände sig mycket lättad. Anmärkningsvärdt är att pat. *redan efter första undersökningen, innan jag ännu behandlat henne på något sätt, förklarade sig förbättrad* och att hon d. $2^1/8$ *icke visste*, att uterus åter *sjunkit ned i vulva.*

Fall X. Fru E. K., 23 år. I behandling d. $2^5/2$ 1890. Har haft 2 barn, senast för 4 månader sedan, haft normala förlossningar och puerperia, ger bröstet.

Pat., som hade besökt en läkare med begäran att få inlagdt ett pessarium oclusivum och fick först då veta att hon hade en vaginalprolaps, sändes till min poliklinik för behandling.

Uterus retroflekterad, ovanligt liten, en obetydlig prolaps af främre vaginalväggen, som vid krystning tränges fram ur vulva i form af en citronstor vulst, hvarvid uterus tryckes ned med os uteri strax innanför vulva. Dagliga lyftningar och uppskjutning af vaginalväggen. D. $5/4$. Uterus fortfarande retroflekterad. Vagina stannar äfven vid starkaste krystning innanför vulva. Pat. hade icke förut haft några subjektiva symptom och kände sig nu alldeles som före be-

handlingen. Slutar. D. $\frac{6}{5}$ 1891. Pat. befinner sig äfven nu ett år efter behandlingens slut fullt väl. Uterus *retroflekterad*, normalstor. Sänkning af främre vaginalväggen som vid behandlingens slut obetydlig.

Då jag i allmänhet funnit verkan af de Brandtska lyftningarne otillfredsställande, då behandlingen är omständlig, fordrar assistens och är till en viss grad smärtsam för pat., har jag återgått till den behandling jag förut med vida bättre resultat användt.

Denna behandling består äfven af lyftningar, men dessa företagas från vagina. Sielsky¹⁾ föreslår att använda en i uterus införd uterussond, på lämpligt afstånd från spetsen försedd med platta, på hvilken portio kan hvila och som sålunda skall hindra ett för långt inträngande af sonden. Man lyfter med sonden upp den reponerade uterus så högt det låter sig göra. Sielsky omtalar (utan vidare uppgifter), att han på så sätt på kort tid botat fem fall. Mot detta sätt att gå till väga, måste jag på det ifrigaste varna. Det är tydligt att ett sådant manipulerande med sond i uterus icke är ofarligt. Portio vaginalis, som hvilar på plattan, blir sammantryckt vid lyftningen, så att man icke har något begrepp om hur nära fundus sondspetsen når och man kunde lätt åstadkomma en uterusperforation. Men om äfven detta med försigtighet kan undvikas malträterar man dock lätt uteruslemlinnan.

Efter ett försigtigt försök med denna slags lyftning, hvarvid någon blödning uppstod, har jag alldeles afstått från denna metod.

Pawlik²⁾ föreslår att med ett trumpinnlikt instrument (helt enkelt en träpinne med en kula på ändan och denna kula omlindad med gas), lyfta upp uterus, så långt det utan våld låter sig göra. I flera fall har jag försökt denna metod som gifvit mig temligen goda resultat.

Något särskildt instrument har jag ej behöft, utan har jag användt en depressor, hvars ögla jag tjockt lindat med bomull, så att jag fått en nästan rund klump, hvarmed jag företagit lyftningarne. Man lyckas lätt efter någon öfning pla-

¹⁾ Centralblatt f. Gyn. 1889 n:r 4.

²⁾ Centralblatt f. Gyn. 1889 n:r 13.

cera denna kula midt för isthmus och på så sätt skjuta upp den anteverterade uterus högt upp i bukhålan. Att placera den i bakre fornix synes mig icke så lämpligt emedan tänjningen mera ensidigt träffar fornix, lig. sacrouterina och bakre vaginalväggen och drifver uterus i stark anteflexion och icke lyfter den så högt och ej heller tänjer främre vaginalväggen tillräckligt.

Om man deremot starkt anteverterar uterus, sätter kulan emot framsidan af cervix och utför lyftningen först uppåt och bakåt och derefter i en båge uppåt och framåt, så lyfter man uterus lika högt eller högre än med Brandts lyftningar och utöfvar en likformig tänjning af alla delar, lig. lata, sacrouterina, levator ani och vaginalväggarne. Man kan för öfrigt kontrollera rörelsen med andra handens pekfinger i vagina eller äfven genom bukbetäckningarne.

Detta sätt att lyfta kunde väl ibland ersättas af bimanuel lyftning. D. v. s. händerna, satta som vid bimanuel undersökning, lyfta tillsammans uterus (det är denna metod Prochowick använt). Då man måste hafva två fingrar i vagina, spänner man ut vagina på bredden, hvilket måste motverka tänjningen på längden, därför lyftes icke uterus så högt på detta vis som med instrumentet.

Jag har tills vidare öfvergifvit Brandts metod för lyftningarne och utför nu mera denna instrumentala lyftning, som jag här ofvan beskrifvit den. Jag vill här meddela några sjukhistorier visande de temligen goda resultat, man med denna metod kan uppnå.

Fall XI. Fru M. O., från Vermland. Har fått 10 barn, det första 1850, det sista 1872. Har ständigt förut varit frisk och ej förr haft något genitallidande. Sedan två år har hon märkt ett framfall, som småningom ökats och f. n. är mera än hönsäggstort. Det uppträder då pat. går och än mera vid arbete. Några smärtor har det ej förorsakat, deremot lider pat. af en viss tröghet vid minering, så att urinen icke går förr än efter en à två minuters försök. Prolapsen går in af sig sjelf, då pat. lägger sig.

Pat. intogs å Sabbatsbergs sjukhus' gyn. afdelning för operation men öfverlemnades af prof. Salin godhetsfullt till mig för manuel behandling, som hela tiden utfördes på sjukhuset. Pat. fick ligga till sängs första tiden.

D. $\frac{6}{9}$ 1889. Pat., en i öfrigt frisk qvinna, företer en hönsäggstor prolaps bestående af främre och en liten del af bakre vaginalväggen. Uterus ligger anteflektad med portio vaginalis strax innanför vulva. Den faller ej fram äfven vid starkaste krystning. Fattas portio med klotång drages den ytterst lätt fram utanför vulva. Perineum är till det yttre helt, men på grund af en ofullständigt läkt bristning af dess djupare delar ytterst slappt och ger icke något stöd åt bakre vaginalväggen.

Samma dag börjades behandlingen. Rygg- och ländbultning, knädelning och knäslutning enligt Brandts metod. Lyftningar af uterus utfördes med en med bomull tjockt omlindad depressor, som fördes upp i bakre fornix och sköts så högt upp man kunde utan att förorsaka allt för svåra smärtor. Man kunde dervid med yttre handen känna fundus uteri tre fingrars bredd nedanför naveln. Lyftningen blef vida mera energisk än man efter Brandts metod kan utföra den. Den upprepades långsamt och med uppehåll mellan hvarje gång 5 à 6 gånger. Adduktoröfningarne företogos också mera energiskt än Brandt brukar utföra dem, under goda fem minuter utan uppehåll.

D. $\frac{7}{9}$. Pat. omtalar otillfrågad, att hon efter gårdagens behandling kastat vatten alla gånger alldeles obehindradt, »alldeles som förr i världen».

Behandlingen fortsattes dagligen.

D. $\frac{13}{9}$. Prolapsen kan icke vid starkaste krystning framdrifvas. Endast en liten del af bakre vaginalväggen skjuter dervid utanför vulva. Vid defäkation kommer den icke fram som förut.

D. $\frac{24}{9}$. Endast om labia hålles isär, framträder en ungefär valnötstor del af bakre vaginalväggen utanför vulva. Främre vaginalväggen dervid till, men ej utanför vulva. Perineum lika slappt. Pat. får från och med i dag vara uppe.

D. $\frac{10}{10}$. Icke ens då pat. krystar så mycket hon kan i stående ställning, visar sig någon prolaps, ej heller om man drar labia isär. Främre vaginalväggen sänker sig dervid, bakre något mera, men icke utanför vulva. Uterus står i anteversion. Afståndet från symfysens nedre kant till yttre moderummen är 6 cm.

D. $\frac{17}{10}$. Pat. befinner sig fortfarande subjektivt väl. Hon har inga subjektiva obehag. Utskrifves. Enligt bref af d. $\frac{17}{4}$ 1890 hade pat. icke känt af sitt onda, chunn hon hela vintern skött sitt stora hushåll på landet och dessutom varit besvärad af en envis hosta. Urineringen hade alltsedan första seancen varit normal.

Enligt bref af den 6/5 1891 är pat. fortfarande fri från alla besvär.

Ett bättre resultat af behandlingen kan man ju icke begära. Härtill bidrog icke obetydligt, att pat., intagen på en klinik, kunde första veckorna hållas i sängen och derefter vara uppe utan att hafva tillfälle att anstränga sig med gående. Utan sådana yttre vilkor kan icke ett sådant resultat uppnås på 6 veckor. Anmärkningsvärdt är att blåsbesvären försvunno efter första seancen, detta kan jag icke förklara på annat sätt, än att lyftningen måste hafva verkat tånjande på några inflammationsrester mellan blåsan och cervix, ty, ehuru icke några sådana kunde upptäckas, kunde de dock hafva funnits der¹⁾).

Ziegenspecks likundersökningar hafva visat tillvaron af dylika icke palpabla ärrsträngar.

Fall XII. Fru J. J., 47 år, har haft »många missfall» och 3 barn. Senaste förlossning för 7 år sedan. Hon iakttog under pnerperiet högst ofullständig stillhet och då hon kom upp, hade hon ett framfall, som så småningom ökades, så att inom en månad båda vaginalväggarne och större delen af uterus låg framme. Framfallet hölls i fem år inne med en Mayers ring, men då denna i början af 1889 visade sig otillväcklig, gick hon utan pessarium, till dess prolapsen åter inträdde i sin gamla storlek. Jag såg pat. första gången i febr. 1889. Hon låg då till sängs, emedan prolapsen hindrade henne från att gå. Nästan hela vagina såväl främre som större delen af bakre väggen låg utanför jemte hela den retroverterade uterus. Större delen af perineum fattas. Prolapsen är lätt införd, men endast med hjälp af den största af Leiters ringar kan den hållas inne.

Jag återsåg pat. först d. 20/10. Ringen gjorde tjänst efter önskan men hade framkallat stark flytning, hon hade icke oaktadt tillsägelse använt sköljningar; dessutom tryckte den på rectum och framkallade stolträngning. Det beslöts att försöka instrumental lyftning.

D. 21/10 1889. Ringen uttogs, hvarefter vid krystning en apelsinstor prolaps af främre vaginalväggen med cystocele, intet af den bakre inträdde. Uterus anteverterad. Portio stod strax innanför vulva, kunde lätt dragas fram med klång. Hon behandlades dagligen med öfningar af adduktorena, korsbensbultning och lyftning med en bomulls lindad depressor som föregående pat. Men instrumentet sattes för det mesta icke i bakre fornix, utan jag försökte att lyfta den anteverterade uterus genom att sätta det ungefär vid isthmus. Detta lyckades också efter någon öfning.

¹⁾ Se också fall IX.

Pat. infann sig oregelbundet på min mottagning och utblef från d. $\frac{4}{11}$ till d. $\frac{15}{11}$, då hon infann sig med hela främre vaginalväggen och cervix framfallna och bakre vaginalväggen i vulvas nivå, intet rectocele. Hon behandlades därefter dagligen. D. $\frac{2}{12}$. Prolapsen äggstor bestod endast af främre vaginalväggen och cystocele. Portio och bakre vaginalväggen innanför. Läger in en Mayers ring n:r 7 för att hålla prolapsen inne mellan séancerna, hvilket lyckades nästan fullkomligt. Före behandlingens början var n:r 8,5 otillräcklig. Hon kunde numera utan att känna några smärtor göra temligen långa promenader, som hon ej kunnat på flera år. D. $\frac{10}{1}$ 1890 aflägsnades ringen.

Behandlingen fortsattes dagligen till d. $\frac{3}{2}$. Uterus stod temligen högt oppe i bäckenet i anteversion. Prolapsen, som vexlade i storlek från ett ägg till en citron, bestod som förut af främre vaginalväggen. Då jag icke lyckades få någon vidare förbättring, sände jag pat. till major Brandt, som behandlade henne 3 månader med sina lyftningar, skjuttryckning af främre vaginalväggen etc. Vid derefter företagen undersökning befans hon ytterligare något förbättrad, så till vida som vaginalprolapsen var något minskad, kanske som ett mindre hönsägg. Under följande sommar höll sig såväl uterus som vagina temligen inne. Under vintern försämrades tillståndet och då jag återsåg pat. d. $\frac{20}{6}$ 1891 var såväl vagina som uterus framfallna, ehuru uteras icke fullständigt.

Fall XIII. Fru P., 38 år, från Linköping, har haft två barn. Ett för 5 år sedan, då hon efter 20 timmars förlösningsarbete tångförlöstes. Härefter uppstod en mindre vaginalprolaps. 2:dra barnet för $2\frac{1}{2}$ år sedan. Därefter ökades prolapsen alltmera, men har hållits inne med ringar af allt större dimensioner. Emellertid fick pat. en svår endometrit hvarför hon behandlades sedan ringen tagits ut. Hon hade en sänkning af främre vaginalväggen, som vid krystning framträdde i vulva som en svulst af ett halft gåsäggs storlek. Uterus anteflektad nedträngde dervid, så att portio står strax öfver bakre kommissuren. Perineum är helt.

Sedan endometriten blifvit väsentligt förbättrad, börjar på grund af pat:s klagomål öfver tryck och trängningar nedåt d. $\frac{19}{10}$ 1889 behandling med öfning af adduktorerna och instrumental lyftning som i föregående fall.

D. $\frac{18}{10}$. Endometriten läkt. Tyngdkänslan betydligt minskad, uteras står högre än förut, äfven främre vaginalväggen mindre sänkt. Vid krystning tränger endast minörsvulsten och nedre delen af främre vaginalväggen ned i vulva. Pat. vill resa hem och sluta behandlingen.

Ett par månader efter pat:s hemkomst erhöj jag meddelande, att någon försämring åter inträdt.

Äfven i detta fall inträdde förbättring. Sannolikt torde en ytterligare och mera hållbar förbättring erhållits, om pat. velat längre fortsätta behandlingen.

Alla dessa tre fall hafva gifvit mig bättre resultat än de Brandtska lyftningarne, hvilka jag derföre är benägen att alldeles öfvergifva för att i ett större antal fall pröfva den instrumentala lyftningen.

Jag har föröfrigt kortare tid behandlat åtskilliga pat. dels med de Brandtska lyftningarne dels med intravaginallyftning, men pat. hafva dels uteblifvit, dels afstått från vidare behandling och nöjt sig med pessarium, dels hellre undergått operation. Men då behandlingstiden varit för kort eller nyligen afslutats, vill jag icke draga några slutsatser af dessa fall, jag har dock i allmänhet funnit den intravaginala instrumentala lyftningen verka hastigare och säkrare än Brandts metod. Då denna senare är osäker, mycket omständlig, tidsödande och för patienten plågsam och dessutom fordrar assistens, torde det vara skäl att utbyta den mot den metod jag här ofvan beskrifvit, för såvidt denna vid mera utsträckta försök skulle visa sig tillförlitlig. Jag vågar icke ännu bestämdt yttra mig härom. Framtiden får afgöra denna fråga.

Förklaringen af dessa lyftningars verksamhet torde vara ungefär densamma som för Brandts lyftningar. Tjänning af möjligen befintliga stramaude ärrsträngar spelar en oväsentlig roll. Genom sträckningen framkallade kontraktioner af muskulaturen i lig. sacro-uterina spela möjligen en viss roll. Det öfvervägande betydelsefulla momentet är den verkan på levator ani, som lyftningen utöfvar, framkallande kontraktioner och ökad tonus i denna muskel. Då emellertid pessariebehandlingen och operationerna äfven de gifva goda resultat vid prolapserna, så anser jag icke, att den manuela behandlingen är egnad att uttränga dessa gängse metoder, utan anser jag att följande plan kan följas vid prolapsens och sänkningens behandling:

En sänkning, hvaraf pat. icke har obehag (ja, som ofta händer, icke ens vetskap), behandlas icke alls.

En descensus, som framkallar obehag eller en prolaps, behandlas, om pat. icke direkt nekar att underkasta sig sådan behandling, med lyftningar från vagina enligt den metod jag angifvit. Visar sig dervid ingen förbättring inom åtminstone sex veckor, afstår jag från behandlingen och lägger in en Leiters ring. Håller icke denna prolapsen inne eller vill pat. hellre opereras än bära ring, utföres operation, amputation af portio vaginalis, främre och bakre colporaphi och perineoraphi (Lawson-Tait).

V. Parametrit och Pelvi-peritonit.

Då jag nu öfvergår till den manuela behandlingen af dessa sjukdomar, är jag inne på ett område mycket bättre genomforskad och känt än de s. k. lägeförändringarne. Såväl etiologien, symptomatologien som prognosen är här tillräckligt väl känd för att tillåta att med någon säkerhet ställa indikationer för behandlingen. Det är en bevisad sak, att en inflammationsprocess i parametriet eller bäckenperitoneum i allmänhet icke går tillbaka utan att lemna spår efter sig. En restitutio ad integrum i anatomisk mening förekommer sällan. Parametriten kvarlemnar en förtjockning i bindväfven, ett ärr, peritoniten vanligen förtjockningar af serosan eller sammanväxningar mellan eljes mot hvarandra fria delar af serosan. Detta ärr kan vara obetydligt, dessa adhärenser ytterst fina, så att de icke under lifvet kunna palperas, men vid obduktion af qvinliga lik träffas så ofta spår af aflupna dylika processer, att de fall, som spårlöst gå till läkning, måste vara försvinnande få. I den förantiseptiska tiden försiggingo endast ett fåtal förlossningar fullt afebrilt, man ansåg ju till och med att *någon* feber tillhörde bilden af det normala puerperiet och under namnet »mjölkfeber» gömde sig de lättare puerperala inflammationerna. Ännu i dag förlöpa en del af förlossningarne icke afebrilt¹⁾. På förlossningsanstalterna har morbiditetsprocenten²⁾ i allmänhet uppgått till 10—20 %, om man

¹⁾ Centralbl. f. Gyn. 1889 n:r 13, 24, 46, 47, 51.

²⁾ Centralbl. f. Gyn. 1890 n:r 9, 11, 39.

medräknar hvarje fall, der temperaturen en eller ett par dagar gått upp till 38,5°. I privatpraxis är säkerligen förhållandet sämre. Först en på senare tid urgerad öfvergång från *antisepsis* till *asepsis* synes hafva tryckt ned morbiditeten inom rimliga gränser. Utanför förlossningen spelar gonorrhéen en stor roll. Noeggeraths på sin tid som fantastiska bestridda och ofta hånade åsigter om gonorrhéus betydelse som orsak till de qvinliga bäckeninflammationerna hafva visat sig i det stora hela rigtiga och i hufvudsak accepterats af de flesta mera erfarne gynäkologer.

Under dylika förhållanden väcker det ingen förvåning, att Bandl (l. c.) vid autopsier fann inflammationsrester i bäckenet hos $\frac{1}{3}$ af barnlösa icke virgines och hos $\frac{2}{3}$ af alla undersökta lik. D. v. s. att $\frac{2}{3}$ af antalet kvinnor någon gång under sitt lif genomgått en underlifsinflammation.

Den af Virchow införda nomenklaturen skiljer på parametrit och perimetrit, liktydiga med inflammation i resp. bäckenbindväfven och bäckenserosan. Emellertid skulle noga räknadt dessa uttryck hafva en vida mera inskränkt betydelse och endast syfta på processer i den *uterus* omgifvande bindväfven eller serosan. Man har därför äfven rigtigare använt uttrycken pelvi-cellulitis och pelvi-peritonitis. Jag bibehåller likväl uttrycket parametritis af det skäl, att processen i fråga nästan alltid utgår från cervix uteri och fortsätter sig i den cervix omgifvande bindväfven. Man kan då tala om parametritis anterior, posterior och lateralis allt efter som processen försiggår i bindväfven mellan cervix och blåsan, i lig. sacro-uterina eller i basen af lig. lata. De bäckencelluliter, som upptaga sidorna af bäckenet invid benet, äro nästan alltid kvarstående rester efter en från det egentliga parametriet fortskriden process. Jag har äfven af ett annat skäl icke velat använda uttrycket pelvi-cellulit. Jag vill nämligen i detta arbete tala om det ödem i bindväfven, som vi här heuma af massörerna lärt oss kalla cellulit och det kunde lätt förvirra, om jag äfven talade om cellulit i en helt annan betydelse.

Deremot använder jag uttrycket pelvi-peritonit mera allmänt. Perimetrit i allmän betydelse är alldeles origtigt. Just uteri serosa är sällan ensam eller ens öfvervägande angripen.

Det blir därför mera logiskt att använda uttrycken perimetrit, perioophorit, perisalpingit om de särskilda lokalisationerna af peritoniten omkring bäckenets särskilda organ. Att afgöra om peritoneum eller bindväfven i det speciela fallet är företrädesvis angripen är icke alltid lätt. En kombinerad sjukdomsform är regel. En parametrit af någon utsträckning är alltid förenad med en peritonit. En pelvi-peritonit kan snarare förekomma utan parametrit. Emellertid ger palpationen, åtminstone så länge större delen af exsudatet kvarstår, intet bestämdt utslag. De flesta författare tala därför numera om puerperal para-perimetrit. Den sjukdomsbild, som Schultze kallade parametritis posterior, ansåg Schröder för en peritonitisk process. Svårigheten att skilja på dessa olika processer gör, att jag här sammanför mina fall af parametriter och pelvi-peritoniter under en rubrik *bäckensexudat*. Likväl försöker jag alltid att så vidt möjligt utröna, hvilken af de två processerna som spelar hufvudrolen. Etiologien ger här någon hjälp. Parametriten framkallas oftast af infektion vid partus, operationer på cervix och äfven delvis på corpus. Gonorrhén framkallar ofta pelviperitoniter, i allmänhet icke parametriter: orsaken är tydlig, i ena fallet utgår infektionen direkt från läsioner i cervix på omgifvande bindväf, i andra fallet från endometriet på tuber och ovarier och derifrån på peritoneum.

De *exsudat*, i allmänhet inflammatoriska ödem, som utbilda sig i *parametriet*, resorberas vid lämplig behandling i allmänhet ganska hastigt. Men de kvarlemnade förtjockningar i *parametriet*, dels bestående af nybildad bindväf som undergår de för sådan väfnad vanliga förändringarne, hårdnar och skmpnar och bildar ett ärr, som kan ge anledning till stramning mellau eljes rörligare delar, dels kvarstår någon del af exsudatet i form af ödem i omgifningen af detta ärr. Om sjelfva det färdighildade ärrret i *allmänhet* är utan betydelse, så är deremot den kvarstående exsudatresten förenad med obehag i form af smärtor, vare sig spontana eller framkallade af alla rörelser, som på något sätt förskjuta bäckenorganen. Efter abscederingar blir ärrbildningen än starkare, isymerhet som varbildningen i *parametriet* i allmänhet icke sammanflyter till en större abscess, utan uppträder i form af mindre i

bindväfven insprängda varhärddar, som öfvergå i ostiga massor, hvilka mer eller mindre fullständigt resorberas under stark bindväfsbildning i omgifningen.

Pelviperitoniten framkallar adhärensor mellan normalt från hvarandra skilda delar af serösan. Den exsuderade vätskan, serös eller serofibrinös i de flesta fall, sällan purulent, bildar beläggningar som klibba tillsamman peritonealytorna. Ny bindväf bildas och om exsudatet också fullständigt resorberas, kvarstå mera eller mindre utbredda sammanväxningar. Men den beständiga förskjutning, som buk- och bäckenorganen undergå dels på grund af respirationen och tarmperistaltiken, dels på grund af urinblåsans och rectums olika fyllnadsgrader sträfvar ständigt att lossa dessa adhärensor. På så sätt uttänjas de ursprungligen korta och strama adhärensorna så småningom, så att brider kunna uppkomma, hvilka kunna förena olika delar af serösan utan att märkbart hindra organens rörlighet. Dessa brider kunna icke hafva nppkommit utan direkt kontakt eller ett förbindande exsdat mellan serosaytorna.

Ofullständigt resorberade exsdat, parameterna ärr och peritoneala adhärensor, kunna förefinnas utan att framkalla några symptom, men å andra sidan kunna de ibland förorsaka smärtor, ibland utgöra hinder för organens normala funktion. Smärtorna äro spontana eller framkallas af de sjuka delarnes rörelser. Således är fixation mellan uterus och rectum stundom orsak till smärtsam defäkation. Tjänjning på blåsväggen kan framkalla tenesmer. Tarmadhärensor kunna utgöra hinder för peristaltiken ända till ileussyptom. Omentaladhärensor framkalla ofta svåra smärtor och kunna vara anledning till inre incarceration. Smärtor vid coitus, dysmenorrhé och sterilitet förekomma ofta som resultat af dessa abnormala förhållanden och blödningar på grund af cirkulationshinder i parametrierna eller en efter den ursprungliga infektionen kvarstående endometrit förefinnas ofta. Slutligen kan tryck på nerverna framkalla svåra neuralgier, på nretererna farliga förändringar i njurbäcken och njurar. Till denna korta framställning af inflammationsresternas betydelse, som hufvudsakligen är hemtat från Bandl (l. c.), vill jag tillägga, att det synes, att likasom det parameterna ärrer i och för sig ofta är

utan vidare betydelse, så torde peritonealadhärensena. såvida icke exsudatresten kvarstå, i allmänhet förorsaka mycket ringa olägenhet. Lika obemärkt som en kronisk parametrit eller peritonit kan utbilda sig, lika obemärkta kunna resterna deraf kvarstå. Intet är vanligare än att vid en ovariotomi finna utbredda adhärensor, utan att pat:s historia anger någon föregående peritonitisk retrning och adhärensor och brider i lilla bäckenet upptäckas ofta alldeles oväntadt vid obduktioner eller vid operativa ingrepp. Det synes mig, som om det parametritära ärret i allmänhet oftare ger symptom än peritonealadhärensan.

Behandlingen af här ofvan omtalade sjukdomsprocesser ger växlande resultat. Den puerperala parametriten går vid lämplig behandling i allmänhet till rätt god resorption, den gonorrhöiska pelvipertoniten går troligen aldrig till fullständig helse. Den brukliga behandlingen är och hör under det akuta stadiet vara indifferent. Stillaliggande, is, våtvarma omslag, morfin utgöra hufvudmedlen.

Sedan febern upphört, ett tecken att sjukdomsprocessen afstannat i sitt framåtskridande, inträder det stadium i sjukdomen, då man söker påskynda resorptionen af sjukdomsprodukterna. Bad, omslag, sköljningar, jodpreparat in- och utvärtes äro de vanligaste, ofta otillräckliga resorbentia. Det kraftigaste medel vi här hittills haft att tillgå äro de varma vaginalsköljningarne från 38 till 45° temperatur. Verkan af dessa sköljningar är beroende på deras temperatur, vattenmängd och strålens tryckstyrka. Den utspänning af vagina, som en större vattenmängd framkallar, innan den afgår genom vulva, den stöt vattenstrålen utöfvar på uterus och fornices kan möjligen jämföras med massageverkan. Den kan tänja på sammanväxningar och framkalla påskyndad cirkulation i lymfkärlen. Värmet framkallar hyperämi och kan på så sätt öka ämnesomsättningen och i allmänhet livsverksamheten i påverkade väfnader. Men allt detta sker så att säga på måfå. En allmän inverkan på bäckenorganen, icke en bestämdt lokaliserad verkan på bestämda punkter är hvad man har att vänta.

Det är denna brist i vattenbehandlingen, som massagen är egnad att fylla, den utesluter på intet sätt den förut gånge

behandlingen, den kompletterar den. *Massagebehandlingen* kommer ifråga först sedan processen afstannat och den har till ändamål att så fullständigt som möjligt aflägsna de kvarstående produkterna, *bringa exsudat till resorption* eller aflägsna hinder för organens normala funktionerande, *tänja ärrsträngar och peritoneala adhärensor*. Det är således hufvudsakligen kvarstående exsudat och exsudatrester som äro föremål för massage. Utom exsudaten kan äfven hæmatocele retrouterina med fördel behandlas med massage. Hvarken till indikationer eller teknik skiljer sig dettas behandling från den vanliga exsudatmassagen. Det är nämligen i de allra flesta fall omöjligt att sätta differentialdiagnos mellan ett hæmatocele och ett peritonitiskt exsudat. Man kan förmoda det ena eller det andra. Absolut säkerhet ger endast profpunktion. Man behöfver dock ingen absolut visshet, behandlingen blir densamma, resultaten sannolikt snabbare och fullständigare. Jag öfvergår nu till behandlingen af

Bäckenexsudaten.

Tekniken är synnerligen enkel. Pat. ligger på rygg med något höjd öfverkropp och uppdragna knän på en låg och kort soffa. Kläderna lossas kring midjan och dragas ned, så att buken blir fullt tillgänglig. Massören sitter på en stol något högre än soffan vid fotändan på pat:s venstra sida, så att han har sjelfva hörnet af soffan mellan sina knän, venstra handen föres under pat:s venstra knä och ett eller två finger införas i vagina eller ett finger i rektum. Denna anordning, alltid använd af Brandt är vida beqvämare än att behandla pat. på undersökningsbordet. Ställningen blir för massören mindre ansträngande, han tröttnar icke så fort, han kan stödja sin venstra armbåge mot sitt venstra lår, hvarigenom han utan att behöfva anstränga armen kan hålla inre handen kvar högt uppe i bäckenet. Den högra handen arbetar lättare och med mindre ansträngning utanpå pat:s bukbetäckningar. Rörelsen bör förläggas till öfverarmens och skuldrans muskler, så att man hufvudsakligen arbetar med dessa, icke med handens och fingrarnes muskler, eljes tröttnar man snart. Pat. finna det angenämare att behandlas på soffan

än på bordet. Man finner snart, att ovana pat. äro lugnare och släppa bättre efter sin bukvägg. Ställningen blir naturligare och framför allt decentare och såväl undersökning som behandling går på detta sätt lättare. Det är icke alltid fördelaktigt att använda två fingrar i vagina, är denna tillräckligt rymlig som hos qvinnor som födt barn, när man nog högre och känner bättre med två fingrar, är deremot vagina trång, så utspännes den på bredden af två fingrar och den tvära stramningen hindrar tänjningen på längden, så att fornices icke gifva efter tillräckligt. För öfrigt är det bättre att söka i allmänhet hjälpa sig med ett finger för att icke hafva svårigheter med de fall, der man blir tvungen dertill. I rektum införes endast ett finger. Undantagsvis är dock sphinktern nog eftergiftig för att utan smärta tillåta införandet af två fingrar. Sedan man nu medelst binanuel undersökning vunnit så fullständig uppfattning af fallet som är möjligt, öfvergår man, om så är lämpligt, till massagen. Denna utföres naturligtvis *uteslutande med yttre handen*, de första gångerna mycket lätt och försigtigt i form af friktioner med fingerspetsarne. Inre handen hålles stilla, dess fingerspetsar sträfvä att liksom skjuta upp exsudatet ur bäckenet upp mot bukväggen och utgöra det stöd, mot hvilket yttre handen masserar det sjuka partiet, som således fattas mellan båda händerna. Man utför cirkelformiga gnidningar med två eller tre af yttre handens fingerspetsar först öfver de perifera delarna af exsudatet alltid masserande från exsudatet mot dess omgifning. Ju lättare man till en början utför massagen, desto bättre släpper pat. efter bukväggen, som småningom ger efter. så att fingrarne kunna nedföras långt ned i bäckenet. Är exsudatet mycket stort, kan man till en början använda endast yttre massage. Man kan då massera mot höftbenet eller utan annat stöd än sjelfva exsudatet. Men det är nästan i hvarje fall bättre att hafva stöd af inre handen. Exsudatet i sin helhet hålles i så fall mera stilla och man kan bättre bedöma den kraft man använder. Efter de perifera delarne af exsudatet angriper man i följande seancer allt mera de centrum närmare partierna. Allt efter som exsudatet minskas, komma de båda händerna hvarandra närmare. Seancerna, i början korta, 3<5 minuter, blifva allt längre, massagen utföres

kraftigare, då man öfvertygat sig om hvad pat. tål. 10 minuter är vanligen tillräckligt, 20 minuter den längsta tid jag har använt. Det blir rätt tröttsamt att hålla på längre. Pat. lära sig i allmänhet, om man blott börjar försigtigt, rätt snart att släppa efter bukväggen. Somliga äro dock mycket oläraktiga häruti och kunna behöfva veckor för att lära sig detta. Hos dem som födt barn är bukväggen naturligtvis mera eftergiftig. Meteorism är icke särdeles hinderlig, om den icke är mycket höggradig, deremot är vid mycket feta bukväggar såväl den bimanuela palpationen som än mera massagen mycket försvårad. Finnes cellulit i bukväggen, är bättre att först massera bort denna, innan man börjar exsudatmassagen. Celluliterna äro nämligen enormt smärtsamma och pat. spänner därför bukväggen, så att man icke kommer åt annat än denna. Blåsa och rektum böra vara tömda före massagen.

Seancerna böra helst vara dagliga. Pat. bör hvila sig en stund efter behandlingen, innan hon går hem. Flertalet af pat. har jag behandlat hemma hos mig, endast ett fåtal till en början i deras hem eller på sjukhus. Dessa senare hafva samtliga under första tiden legat till sängs och dagliga temperaturmätningar hafva företagits. På de ambulanta pat. hafva inga regelbundna temperaturmätningar företagits. Har jag haft anledning till misstanke, har jag en och annan gång tagit temperaturen, men endast alldeles undantagsvis på grund af temperaturstegring behöft uppskjuta behandlingen några dagar.

Hur snart under sjukdomens förlopp kan man börja massagebehandlingen?

Denna fråga är svår att besvara. Det beror på sjukdomens natur. En parametrit är mindre farlig att behandla än en pelviperitonit. Vanligtvis får man pat. till behandling långt efter, månader, ja år efter den akuta processens afslutande. Ofta har det onda kommit subakut eller kroniskt från början och man vet icke när eller om pat. haft feber.

Man måste alltid kunna utesluta varbildning då man börjar massagen. Har man pat. till sängs och kan utföra dagliga temperaturmätningar, kan man börja temligen snart efter feberns slut. Jag skulle icke draga i betänkande att *på sjukhus försöka* massera en pat. med puerperal parametrit två

veckor efter feberns fullständiga upplörande. Temperaturen i rektum (för temperaturer tagna i axillen har jag intet förtroende) bör så länge ej ha öfverstigit 38°. Vid lindrigare processer kan man möjligen försöksvis börja tidigare, dock då ytterst försigtigt, ambulanta pat. böra hafva varit feberfria i sex veckor å två månader, innan man börjar massagen. Det är visserligen sant, att färskare inflammationsprodukter resorberas lättare än äldre, men faran för att väcka upp den slumrande sjukdomsprocessen bör tagas i betraktande. Den erfarne, i diagnosen säkra och i tekniken öfvade gynäkologen kan tillåta sig afsteg från den allmänna regeln. För den ovane är det bättre att börja massagen något sent än för tidigt. Efter *mycket långvariga och svåra* former af dessa sjukdomar är det klokast att uppskjuta massagebehandlingen flera månader. Om feber åter inträder efter massagebehandlings början är nödvändigt att afbryta behandlingen. Man blir ofta gladt öfverraskad öfver de hastiga framstegen i behandlingens början, men man finner snart, att de inre delarne af exsudatet icke gifva med sig lika hastigt som de yttre, man kommer till en fastare kärna, som helt långsamt minskas och till slut icke vidare ger med sig. Pat:s subjektiva besvär minskas eller försvinna ofta mycket fort, och man uppnår ofta, att pat. blir så godt som fullständigt frisk oaktadt en ringa rest af exsudatet i de flesta fall kvarstår.

Icke heller massagen är i stånd att i alla fall aflägsna de sista spåren af sjukdomen.

Nu några fall af dels öfvervägande parametritisk dels mera peritonitisk natur men här sammanförda af ofvan anförda skäl. Jag vill först anförda ett par fall, som jag behandlade sommaren 1887 på Serafimerlasarettets gynäkologiska afdelning. Dessa två fall äro ganska lärorika. De voro mina första massagefall och visa tydligt, hvilka vedermödor en nybörjare i gynäkologisk massage och framför allt hans pat. hafva att öfvervinna. Resultatet blef likväl till slut i båda fallen temligen godt, att det icke blef bättre, tillskrifver jag endast min oerfarenhet.

Fall XIV. Hustru K. C. J., 32 år, har haft 6 barn och ett missfall. Senaste förlossning, hvarvid hon hade betydlig blödning, åtföljdes af puerperalfeber, hvori hon låg 9 veckor.

Efter att hafva varit uppe 2 veckor, sjuknade hon om och låg åter 3 veckor. Sedan ömsom uppe, ömsom till sängs i 3 månader. Inkom till Serafimerlasarettet d. $30/6$ 1887.

D. $4/7$. Pat. mager och blek, klagar öfver värk i venstra sidan af buken och korsryggen, har svårt att gå, enär värken då blir värre.

Cervix står i vaginas längdaxel och öfvergår uppåt i en gåsäggstor, rund, hård existens, som till venster om medellinien öfvergår i en diffus ansvällning i venstra parametriet, som når bäckenväggen och uppåt så småningom försvinner. Bakre ytan af den runda resistensen är genom en något diffus ansvällning förbunden med främre rektalväggen och på sidorna derom med sacrum. Lig. sacrouterina kännas ansvälda och ömmande. Hela resistensen betydligt öm.

Massage dagligen.

Den $16/7$ var resistensen betydligt minskad i venstra parametriet, bakom uterus oförändrad.

Vid allt för kraftig massage och tänjning på denna markeras smärtor.

Följande dagar hade pat. svårare värk och resistensen till venster ökades något, hvarför gjordes uppehåll med massagen. Stillaliggande, omslag och varma sköljningar.

D. $21/7$, ömhet minskad, resistensen något minskad.

D. $4/8$. Börjar åter massagen.

D. $12/8$ — $15/8$. Reglering med svår värk.

D. $16/8$. Massage dagligen.

D. $5/9$. Resistenserna till stor del borta till venster och bakom uterus. Uterus anteflekterad, retroponerad, framför den drager i höjd med isthmus en horisontel, fingertjock, vallformig, ömmande resistens, som fortsättande sig åt båda sidor uppåt och utåt småningom försvinner. Nedanför den högra utlöparen vid uteri högra sida en hasselnötstor resistens, som uppåt öfvergår i en ansvällning till höger, ofvanför och bakom corpus uteri. Ömhetsen obetydlig och nästan inga spontana smärtor.

D. $13/9$. Den tvärgående resistensen något större i sitt midtparti, mer än fingertjock och ganska öm, resistenserna bakom och till höger om uterus deremot förminskade. Upphör med massagen. Till sängs. Omslag. Sköljningar.

D. $23/9$. Resistensen framför uterus icke minskad. Massage.

D. $30/9$. Just inga vidare framsteg. Patienten kan gå uppe, är smärtfri, vill icke längre stanna på lasarettet, avslutar behandlingen.

Fall XV. Hustru, L. J., 34 år, haft 6 barn, senast $26/4$ 1887, fick puerperalfeber och intogs på lasarettet, öfvertogs af mig till behandling d. $18/8$. Pat. har en stor resistens, som

till venster nästan når till crista Ilium, derifrån sänker sig mot medellinien, der dess öfre gräns står 3 finger öfver symfyssen, hvarifrån den parallelt med högra lig. Poupartii går till bäckenväggen. Per vaginam kännes den utfylla venstra sidan af lilla bäckenet. Cervix öfvergår uppåt i resistensen, corpus kan ej urskiljas och till höger löper en hård vallformig resistens till bäckenväggen. Rektallumen något förträngdt. Ömhet rätt betydlig. Värk.

Massage.

Följande dagar var pat. så ytterligt öm, att behandlingen måste inställas. Ligger stilla. V. V. O.

D. $\frac{22}{8}$. Ömhet obetydlig, ytterst lätt massage dagligen.

D. $\frac{1}{9}$. Pat. har nästan ingen värk. Resistensen till höger nästan borta. Öfre delen af den venstra försvunnen, öfre gränsen står nu ett par finger öfver lig. Poupartii.

D. $\frac{9}{9}$. Ständig förbättring. Resistensen bildar nu en stor fast något rörlig klump i venstra bäckenhalfvan, men når icke fullt till bäckenväggen; den gränsar till och förskjuter åt höger den nu urskiljbara corpus uteri, som antedextroflekerad kännes öfvergå i cervix.

D. $\frac{20}{9}$. Af exsudatet återstår nu en halftumstjock kaka, som drager ungefär i bäckeningångens nivå till venstra bäckenväggen. Vid massagen kännes den något mjuk, nästan plastisk, så att den ger vika för fingertrycket. *Massagen smärtfri.* Ingen värk.

$\frac{27}{9}$. Exsudatet något minskadt. Pat. längtar hem. Behandlingen avslutas.

Äfven detta fall kunde gifvit mycket bättre resultat, om jag förmått patienten att fortsätta behandlingen. Som af sjukhistorien framgår, förlöpte fallet utmärkt. Exsudatet minskades hastigt och utan tvivel hade jag kunnat få det att nästan fullständigt försvinna.

Om båda dessa patienters vidare öden känner jag intet. Båda voro från landsorten och reste hem omedelbart efter behandlingsens afslutande. Oerfaren i tekniken och osäker om huru mycket med massage i dylika fall kan vinnas, behandlade jag den första patienten till en början för kraftigt och gjorde alldeles för långa uppehåll med massagen, då ömhet instälde sig. På slutet borde behandlingen varit kraftigare. Den andra patienten borde hafva kvarhållits för vidare behandling.

Fall XVI. Fröken S. K. S., 37 år. Fick barn för 3 år sedan, normalt puerperium. Sjuknade i medio af maj 1889 under reglering med diarrhé, kräkningar, värk i buken och feber, låg

till sängs endast 14 dagar, men hade i 2 månader derefter ständigt värk i buken. Regleringen, som förr alltid var normal, uppträdde sedan juni i form af häftiga blödningar af c:a 12 dagars duration. Intogs på kirurg. afdelningen å Sabbatsberg d. $2^0/9$ 1889.

D. $2^4/9$ 1889 antecknades. Pat. är mycket mager och anämisk. Uterus retroverterad. något stor, mjuk, cervix öppen för fingret till inre modermunnen. Till venster om uterus och skild från denna genom en lätt fåra en stor resistens, som når ända till bäckenets sidovägg, bakåt till sacrum, ligger i samma plan och har ungefär samma tjocklek och höjd som corpus uteri. Den är af mjuk, degig konsistens isynnerhet vid dess nedre gräns. Uterus är af densamma fixerad till sacrum. Vid högra uterinhörnet en mindre ansvällning (dufäggstor) som förenar uterinhörnet med sacrum. I fossa Douglasii kännes genom rektum en del spända ytterst ömmande strängar. Hela exsudatet är mycket ömt. Pat. har värk vid rörelser och ytterst svårt vid defäkation. Normal temperatur. Ligger till sängs.

Massage dagligen, mycket smärtsam.

D. $3^0/9$. Nästan inga smärtor vid defäkation, ingen värk efter behandlingen (föret värk ett par timmar efter densamma).

Yttre och främre delen af resistensen förminskad, närmast uterus och sacrum kvarstår den oförändrad. Ingen temperaturstegring sedan behandlingens början.

D. $3/10$ — $8/10$. Reglering, föregången af ett par dagars värk, måttlig och nästan smärtfri.

D. $9/10$. Regleringen slut. Massage, d. $1^0/10$ — $1^4/10$ åter blödning.

D. $1^5/10$. Massagen återtages. Får vara uppe.

D. $2^2/10$. Smärtfri äfven vid defäkation. Af resistensen kvarstår ett äggstort knottigt parti vid venstra uterinsidan och -hörnet och venstra sidan af 2:dra och 3:dje sakralkottorna. Den är något förskjutbar uppåt jemte uterus.

D. $1/11$. Ytterligare förminskning af resistensen som nu utgöres af ett knottigt, hårdt, mindre än hönsäggstort rundt parti, som förbinder venstra uterinhörnet med sacrum.

Dessutom en del fortfarande ömma strängar i fossa Douglasii och en kort, stark ärrsträng mellan högra uterinhörnet och sacrum. Alla försök att lossa uterus från sacrum och rektum ytterligt smärtsamma och utan resultat. Eljes smärtfri, d. $1^2/11$ utskrifves.

Massagen fortsattes dagligen på min mottagning, d. $1/12$ — $1^2/12$ profus blödning. Måste ligga och taga heta sköljningar.

Vid derefter företagen profskrapning erhållas tjocka slemhinneslamsor.

Då resistenserna kvarstå oförändrade sedan en månad *afslutas massagebehandlingen.*

D. $2^0/_{1,2}$ — $3^0/_{1,2}$. Ytterst svår blödning. Pat. ytterst anämisk, skrefs åter till Sabbatsberg d. $8/1$ 1890.

D. $1^5/1$ 1890. Abrasio mucosæ uteri, utskrefs d. $2^5/1$.

D. $2^5/1$ — $2^8/1$, reglering rätt måttlig. Jodtouchering af endometriet hvarannan gag.

D. $2^3/2$ — $2/3$ och d. $2^1/3$ — $2^9/3$ reglering, rätt ymnig, men pat. kunde båda gångerna gå uppe alla dagarne. I slutet af april reglering som senaste gångerna. Afslutar behandlingen. Uterus fortfarande retroverterad, fixerad vid båda hörnen och baktill som förut. Helt obetydlig förtjockning af venstra parametriet. Inga smärtor. Nästan ingen ömhet, utom vid tänjning på adhärensorna. Inga smärtor vid rörelse eller defäkation.

Detta fall visar tydligt, hurusom massagebehandlingen är fullkomligt vanmäktig mot den fungösa endometriten.

Fall XVII. E. N. B., 19 år, tjenstflicka. Sjuknade d. $2/1,2$ och inkom d. $1^0/1,2$ 1889 till Sabbatsberg under diagnos perityfrit. Hon hade då en resistens, som fylde hela lilla bäckenet och som sträckte sig upp i högra fossa iliaca, simulerande perityfrit. Hon behandlades med omslag och sköljningar, var feberfri från d. $1^8/1$ 1890. Exsudatet gick raskt tillbaka.

D. $5/2$. Hymen i behåll, men tänjbar, uterus antefl., nästan normalt rörlig. Bakom cervix och nedträngande ett par cm. mellan vagina och rektum en degig resistens, som fortsätter sig i bindväfven till venster om uterus ända till bäckenväggen som en tunn ansvällning af hela parametriet, fortsätter sig derpå ntefter venstra bäckenväggen bakåt och inåt till sacralkanten som en tunn ömmande beläggning. Högra parametriet fritt. *Daglig massage.*

Parametriet masseras genom bukväggen med stöd af fingret i rektum, exsudatet i rektovaginalväggen mellan tummen i vagina och pekfingret i rektum. Beläggningen på bäckenväggen masseras med pekfingret i rektum ungefär på det sätt som Brandt kallar »målning».

Fingret föres i en båge framifrån och bakåt utefter bäckenets sidovägg och inåt ända till sacrum, hela vägen tryckande exsudatet mellan fingret och benet. Rörelsen upprepas många gånger, alltid i samma riktning framifrån bakåt och inåt och uppåt. Detta är det enda sätt, hvarpå man fullständigt kan komma åt ett exsudat af denna utbredning.

Pat. får vistas uppe, och utskrifves d. $1^5/2$ från sjukhuset.

Behandlingen fortsättes ambulans till d. $2^5/2$, af exsudatet kvarstår helt obetydligt i bakre fornix och en viss styfhet och fyllighet i venstra parametriet. Uterus är normalt rörlig. Pat. befinner sig subjektivt fullkomligt väl, hvarför hon börjat att infinna sig oregelbundet. Slutar.

Fall XVIII. E. G. 49 år, ogift, hushållerska. Denna pat. hade en alldeles liknande sjukhistoria som föregående. Äfven hon nullipara och sannolikt virgo insjuknade med symptom simulerande en perityfilit. Hon sjuknade d. $1^2/1$ 1890, kom till Sabbatsberg d. $1^8/1$ och befans då hafva paraperimetritiskt exsudat på båda sidor och till höger gående upp till coecum, feberfri, d. $2^8/1$.

D. $5/2$. Hymen tänjbar. Portio rigtad något framåt, corpus uteri kan ej urskiljas utan uppgår i ett exsudat, som bäst kännes från rektum utfyllande högra bäckenhalfvan gående ända intill os ilium och omfattande rektum på höger sida med en massa, som kan följas till sacrum men ej bakom rektum. Till venster ett tunnare exsudat ända till bäckenväggen men icke upp i fossa iliaca. Noggrann undersökning är omöjlig, emedan pat. spänner bukväggen, oaktadt ömheten icke är så särdeles betydlig.

Börjar med massage, som dock till en början troligen är temligen ineffektiv, då pat. behöfver två veckors daglig massage, innan hon lärt sig att släppa efter bukväggen tillräckligt.

D. $2^5/2$. Ännu betydlig infiltration på båda sidor omfattande rektum.

Inga spontana smärtor, obetydlig ömhet. Får lemna sängen.

D. $3/3$. Exsudatet minskadt. Corpus uteri kan nu urskiljas, retrosinistroverterad.

D. $4/5$. Ut. retroverterad, ej reponibel. I venstra fornix kännes ovariet, någon förtjockning af venstra parametriet. Högra parametriet ansvaldt, närmast bäckenväggen bildande en fingertjock beläggning på os ilium, utskrifves från sjukhuset d. $1^9/4$. Behandlingen fortsättes ambulans.

D. $3^1/5$. Exsudatet nästan borta, endast högra parametriet tydligt förtjockadt och styft, venstra obetydligt, uterus retroverterad, irreponibel, corpus atrofisk.

Pat. har inga smärtor och ingen ömhet för massagen. Slutar.

Denna pat. var mycket svår att behandla, det var henne nästan omöjligt att alldeles släppa bukbetäckningarna, äfven sedan behandlingen pågått i flera månader och ömheten var försvunnen. Sådana pat. äro mycket besvärliga och tröttande,

man måste på allt sätt söka afleda deras uppmärksamhet med »fagert snack». En direkt uppmaning att släppa efter buken besvaras vanligen med att de spänna den ännu mera. Massagen börjades mycket snart, en vecka efter feberns slut. Huruvida derigenom resultatet blef bättre är osäkert. I alla fall hade pat. ingen skada deraf, då ingen försämring och ingen temperaturhöjning inträdde under behandlingens gång. Men det var sannolikt till fördel för pat., att hon genom spänningen af bukväggen skyddade sig för alltför kraftig behandling. Jag vill här en gång för alla påpeka, att jag i denna uppsats icke framställer mina sjukhistorier som mönster att efterfölja. Jag har försökt att pröfva mig fram till det rigtiga, något annat sätt att gå till väga fans icke, då behandlingsmetodens indikationer icke äro ställda och literaturen i ämnet icke erbjuder tillräcklig kasuistik, som kan tjena till ledning.

Jag vill här anföra några fall af företrädesvis peritoneala exsudat.

Fall XIX. A. S. P., 38 år, ogift, sömnerska. Insjuknade första gången för 6 år sedan under reglering med de vanliga symptomen af inflammation i bäckenet. Efter 3 mån. vistelse på Sabbatsbergs sjukhus, hvarunder hon behandlades med omslag och sköljningar, utskrefs hon och har sedan dess känt sig fullt frisk. Reglering hela tiden normal. Hon insjuknade i medio af jan. 1890 på samma sätt med värk, feber och urinträngningar och intogs på Sabbatsberg d. $2^s/1$. Febern gick genast från första dagen ned och den $3/2$ var pat. fullkomligt feberfri.

D. $5/2$. Uterus anteverterad med fundus öfver symfyssen. tätt intill uteri bakre yta en resistens utfyllande fossa Douglasii nående uppåt ända till fundus uteri och åt sidorna nära till bäckenväggen, tjockare på högra sidan tunnare åt venstra. Öfre gränsen når till höger i jemnhöjd med spina ilium ant. sup. till venster ej öfver linea innominata. Resistensen kännes mjuk, degig, ger efter för fingertryck. Inga smärtor, ömhet ej betydlig, massagebehandlingen dagligen med yttersta försigtighet, icke vidare smärtsam.

D. $3/3$. Under behandlingen har ingen temperaturstegring eller ökade smärtor uppträdt. Resistensen är fullständigt försvunnen. Uterus anteverterad, nästan normalt rörlig. Nedanför högra uterinhörnet, bakom och något utanför detsamma, en rundad plommonstor ansvällning utgörande tuban och ovariet adhärenata till bäckenperitoneum nära högra lig. sacrouterinum.

De venstra adnexen bilda ett liknande kylse längre ned

på venstra sidan och stöta i medellinien bakom uterus intill de högra. Då adhärensena, under senaste dagar gjorda försök att lossa dem, syntes alldeles orubbliga och pat. känner sig fullkomligt frisk och icke har några smärtor i bäckenet, avslutas behandlingen.

Det kan synas något djerft att börja massagebehandlingen redan ett par dagar efter feberns fullkomliga försvinnande. Så var det uog också, man kan våga detta endast på ett sjukhus, der pat. kan fullkomligt öfvervakas, med yttersta försigtighet och med uppmärksamhet på temperatur och smärtor, så att man genast afbryter massagen, om något tecken till försämring inträder. Jag är tveksam, om det icke här var fråga om ett hæmatocele retro-uterina. Derför talar det hastiga temperaturfallet, smärtornas hastiga försvinnande, den obetydliga ömheten, exsudatets konsistens och dess hastiga resorption. Att bestämdt afgöra det, är i ett sådant fall, som dock i början var förbundet med någon feber, omöjligt. Adhärensena daterade sig säkerligen från accésen sex år förut och voro nog olösliga.

Ett annat fall der det säkerligen icke var fråga om blödning, utan om en verklig peritonit.

Fall XX. Fröken H., 21 år, var första gången sjuk hösten 1889, hade då feber och värk i underlivet, låg endast en vecka, hade sedan under vintern stundom värk och *mycket smärtsam reglering*.

Hon sjuknade åter i medio af febr. 1890 med liknande symptom, låg då endast två veckor, och slutligen i medio af juni 1890, då jag första gången undersökte henne. Hon hade då ett ganska betydligt peritonitiskt exsudat på båda sidor och omkring uterus. Under vanlig behandling gick exsudatet tillbaka. Efter ungefär två månader kunde hon vara uppe.

D. $\frac{4}{9}$. Uterus anteflekterad, retroponerad och dragen bakåt af en resistens, som förbinder den med främre rektalväggen. Till höger om uterus kvarstår en diffus ansvällning, i hvilken kännes en fastare kropp, sannolikt ovariet. Till venster kännes en hönsäggstor resistens, som förbinder uterus med bäckenväggen.

Pat. är virgo och undersökning och behandling ske recto-abdominalt.

Börjar massagen i pat:s hem, hvarunder ömheten, som var betydlig från början, ökades efter hvarje seance.

D. $\frac{9}{9}$ masserade jag pat. på min mottagning, aftontemp. $38,1^{\circ}$, dagen derpå $37,8^{\circ}$, ökad ömhet och värk, *upphåll med*

massagen. Exsudatet var d. $11/9$ något större, men minskades åter under stillhet och varma sköljningar, med hvilka senare pat. sedan fortsatt hela tiden jemte massagebehandlingen.

D. $30/9$. Åter massage hvarannan dag.

D. $3/10$. Resistenserna något minskade. På grund af envis förstoppning derjemte massage på colon.

D. $12/10$. I exsudatet till venster kan nu ett förstoradt ovarium urskiljas. Inga spontana smärtor. Ömheten mindre. Daglig afföring.

Reglering d. $17/10$ — $24/10$ *smärtfri*.

d:o d. $9/11$ — $14/11$ d:o.

D. $18/11$. Pat. känner sig subjektivt frisk. Har inga spontana smärtor, men massagen är ännu smärtsam. Uterus fortfarande retroponerad, resistensen till höger utgöres hufvudsakligen af ovariet, till venster drages corpus uteri af en diffus infiltration något öfver midtlinien.

D. $3/12$ —d. $8/12$. Smärtfri reglering. Behandlingen fortsattes till d. $31/3$ 1891 tre gånger i veckan, då pat:s sysselsättning icke tillåter henne att komma oftare.

Uterus var fortfarande förenad med rektalväggen, kunde förskjutas uppåt och nedåt rätt betydligt men icke dragas framåt. Från högra uterinsidan löper en obetydlig ansvällning bestående af det något förstorade ovariet jemte exsudatrester till bäckenväggen. Till venster en liknande hård infiltration sannolikt inneslutande ovariet. Pat. har *smärtfri reglering*, senaste månaden *inga smärtor*, obetydlig ömhet vid massagen, känner sig alldeles frisk. Slutar.

Efter $5\frac{1}{2}$ månaders, visserligen icke daglig massage lyckades jag icke nå en restitutio ad integrum. Uterus var af mycket inskränkt rörlighet och en rest af exsudatet kvarstod. Men då patienten var och fortfarande är subjektivt fullt frisk, reglerar normalt, icke har smärtor, går och rör sig obehindradt (hon fick till och med besöka en bal och dansade utan olägenhet hela natten), så är både hon och jag det oaktadt mycket nöjda med resultatet. Det enda, som skulle kunna tänja ut dessa adhärensor, är sannolikt en graviditet. Men med anledning af ovariernas förhållande skulle ett eventuellt äkten-skap med all sannolikhet blifva sterilt.

Fall XXI. Fru W., 42 år, har haft 3 barn, senast för $7\frac{1}{2}$ år, icke haft något underlifslidande förrän sensomnaren 1890, då hon led af en gul, frätande flytning. Insjuknade i medio

af nov. efter regleringens slut med de vanliga symptomen af inflammation i bäckenet.

D. $2^5/11$ feberfri. Ett exsudat till venster och bakom uterus, som deraf förskjutes åt höger. Ord.: våtvarma omslag och sköljningar 40—45°.

D. $5/1$ 1891. Uterus retroflekerad och fixerad af en något mjuk resistens, som förbinder corpus med främre rektalväggen. Dessutom stramande ansvällningar i båda parametrierna. Högra ovariet dufäggstort något ömt, det venstra normalt. Båda rörliga. Mucopurulent flytning. Tyngdkänsla och ömhet. Ingen smärta vid defäkation. Uresen normal. Massage af exsudatet och tänjning af de parametrana strängarne.

D. $1^1/3$ kan uterus nästan fullständigt reponeras, men cervix kvarhålls bakåt af strängarne i parametriet och corpus faller genast öfver bakåt, så snart den släppes.

Pat. är subjektivt frisk, har haft normala regleringar, flytningen nästan borta. Ingen tyngdkänsla.

D. $2^3/3$. Uterus kan lätt reponeras, men drages genast tillbaka. Något exsudat kan icke palperas, men isynnerhet venstra parametriet stramande. Tjänjning hvarannan dag.

D. $2^0/4$. Ytterligare någon förbättring, men stramningen i parametriet kvarstår. Slutar.

Jag vill icke trötta med flera sjukhistorier. De redan anförda äro hvarandra temligen lika. De visa alla att exsudaten, de må vara af öfvervägande peritoneal eller parametranatur kunna med fördel behandlas med massage. Jag är öfvertygad om att resorptionen vid båda sker fullständigare och fortare än vid den vanliga behandlingen. Likväl äro dessa akuta fall icke så bevisande som önskvärdt vore. Äfven med den eljes brukliga behandlingen resorberas isynnerhet puerperala exsudat ganska fort och fullständigt. Dock synas mig säkert patienterna förr komma ur sängen och hastigare återvinna krafter och rörlighet under massagebehandlingen. Mera bevisande äro de fall, der exsudatet till större delen blifvit resorberadt, men der kvarstående ansvällningar, adhärenser och ärrsträngar i parametriet göra pat. till invalid. Smärtorna inträda vid minsta ansträngning och arbetsförmågan har gått förlorad. Detta tillstånd, som kan göras temligen drägligt för den i socialt hänseende bättre ställda qvinnan, är för arbetsqvinnan, isynnerhet om hon är ogift, liktydigt med svält och nöd. Den behandling, som kan åtminstone lindra besvären och

sätta pat. i stånd att utan allt för svåra smärtor föda sig med sitt arbete, är väl värd att blifva mera använd än den för närvarande är. Då det i de flesta dylika fall, då det egentliga exsudatet är till största delen resorberadt, är möjligt att afgöra, huruvida de återstående resterna äro af hufvudsakligen parametran eller peritoneal natur och tekniken i dessa båda fall blir något olika. så särskiljer jag här dessa två grupper.

Parametranas exsudatrestes.

Tekniken i dessa fall är olika. Finnes exsudat kvar, masseras det som ofvan är beskrifvet. Strängar tänjas på så sätt, att fingret föres bakom dem i vagina eller helst i rectum, yttre handen möter genom bukbetäckningarne och strängen tänjes af båda gemensamt framåt och bakåt, uppåt och nedåt. äfven kan uterus användas som angreppspunkt. Den fattas då bimanuelt och förskjutes kraftigt, så att man på detta sätt tänjer den med uterus förenade parametritiska strängen. Brandts lyftningar torde delvis verka genom den indirekta tänjningen af dylika strängar. Man kan äfven fatta portio med klotång och genom tänjning åt olika håll söka nå samma mål. Dock är detta sätt ehuru beqvämast det osäk-raste och smärtsammaste.

Fall XXII. J. C., 27 år. Arbetarehustru. fick barn för 5 år sedan, sjuknade i puerperalsjukdom, var efter en månad så återstald, att hon kunde stiga upp, men har sedan dess aldrig känt sig frisk utan genom värk i buken och korsryggen varit hindrad i sitt arbete. Flytning.

D. $20/9$, 1889. Uterus anteverterad med fundus mot symfy-sen och cervix dragen bakåt och qvarhållen af stramande strängar, som förlöpa bakåt och utåt i parametrierna. Ovarier normala, tuber ej säkert palpabla. Lindrig endometrit. Behandlades med jodtoucheringar till medio af februari och förbättrades något, men värken qvarstod oförändrad. I nov. bildade sig ett litet mjukt exsudat bakom uterns, men försvann på 14 dagar. I dec. åter ett exsudat på samma ställe, som försvann på tre veckor. Då pat. icke förbättrades, börjades d. $22/2$, 1890 massage på parametrierna och tänjning af strängarne, i det att uterus bimanuelt drogs framåt mot symfy-sen. Jodbehandlingen afslutas.

D. $1\frac{1}{4}$ var patienten fri från all värk, fullkomligt arbetsför. Flytningen var minskad.

Uterus var anteflekterad, retroponerad, men fullkomligt rörlig och kunde med lätthet dragas fram mot symfyssen. Slutar.

Fall XXIII. A. E., 32 år, uppapperska. Fick barn för $3\frac{1}{2}$ år sedan, långvarig förlossning (3 dagar), 3:dje dygnet frysningsar. feber och hufvudvärk. Steg upp efter 14 dagar. Sedan dess aldrig frisk utan har haft värk i buken och korsryggen: svårare vid rörelser, har sedan dess icke kunnat arbeta. Reglering räcker en dag, är smärtsam och föregången af flera dagars värk. Uterus anteflekterad, retroponerad och qvarhållen af en obetydlig diffus ansvällning i högra parametriet och h. lig. sacro-uterinum. Högra ovariet normalstort, rörligt, det venstra något förstoradt, ömt, rörligt.

Från d. $1\frac{3}{4}$ 1891. Massage af parametriten, mycket smärtsam. *endast två gånger i veckan*, det oaktadt hastig förbättring, så att pat. går nästan obehindradt men får värk vid ansträngningar. Den diffusa ansvällningen i parametriet nästan borta d. $\frac{2}{5}$. derefter daglig massage och tänjning af de strängar, som nu kännas i högra parametriet och h. lig. sacro-uterinum.

D. $1\frac{6}{5}$. Massagen numera icke alls smärtsam. Inga smärtor senaste dagar, ens vid häftigare rörelser.

D. $2\frac{2}{5}$. Utom stramning i högra parametriet och lig. sacro-uterinum intet abnormt. Pat. känner sig arbetsför och skall tillträda plats. Slutar.

Fall XXIV. Fru E. H., 38 år. 3 barn, missfall i 3:dje mån. jan. 1889. Låg derefter 8 veckor med blödning, barn i jan. 1890. Låg 14 dagar med blödning. Derefter oregelbundna blödningar två à tre gånger i månaden förenad med svår värk, ständig lindrigare värk i buken, vid häftigare rörelser inträder blödning.

D. $1\frac{4}{6}$ 1890. Uterus stor, retroverterad, på båda sidor diffus ansvällning af parametrierna, betydlig ömhet. Pat. är anämisk. Hæmatometern ger 70 0/0. *Massage, varma sköljningar, jern.*

D. $\frac{9}{7}$. Af resistensen t. v. återstår nu blott det ansvällda önmmande ovariet.

D. $\frac{30}{6}$ inträder reglering smärtfri, d. $\frac{26}{7}$ —d. $\frac{29}{7}$ likaså.

D. $\frac{5}{8}$. Resistenserna borta, uterus retroverterad, lätt reponibel, ovarier normala, det venstra något ömt. Ingen blödning. Hæmatometern 90 0/0. Ingen värk. Slutar.

Fall XXV. Fru A. J., 42 år. Barn för 14 år sedan. Behandlad för 18 år sedan för flytning. Klagar nu öfver flytning, smärtor i högra sidan af underlifvet. Smärtor före

regleringen, som inträder normalt och varar 2—3 dagar. Derjemte värk öfver blåstrakten med trängningar.

D. $4\frac{1}{3}$ 1890. Pat. mycket fet, har cellulit i bukväggens nedre del. Uterus anteflekterad, rörlig, men om man skjuter cervix åt venster eller drager den nedåt med klotång uppstå starka smärtor i högra sidan.

Massage af celluliten, men först efter upprepade undersökningar upptäcktes i högra parametriet en strängformig för-tjockning löpande från cervix ut mot bäckenväggen, denna masserades och tånjdes, hvilket var rätt svårt på grund af de tjocka bukbetäckningarne.

D. $1\frac{1}{5}$ var celluliten häfd.

D. $1\frac{5}{5}$. Smärtor och ömhet i parametriet försvunna.

Regleringen var i mars, april och maj smärtfri, äfven öfriga symptom borta och pat. är fortfarande, ett år efter behandlings afslutande fullt frisk.

Jag kunde anföra flera fall af parametritrester behandlade med massage, men de här anförda äro ganska typiska och af mycket stort intresse. I alla dessa fyra fall har pat. i årtal haft svåra olägenheter af sin sjukdom. I det första fallet hade pat. sedan fem år icke känt sig frisk, en och en half månads behandling var tillräcklig för att åter göra henne arbetsför och smärtfri. Den andra pat. hade sedan $3\frac{1}{2}$ år lidit af resterna af en puerperal parametrit, som totalt hindrat henne att arbeta. Efter cirka 20 massage-séancer kunde hon återtaga sin förra sysselsättning. Den tredje pat. led utom af smärta äfven af blödningar, dessa uteblefvo, sedan massagen bragt återstoden af exsudatet till resorption. I det fjerde fallet tror jag att olägenheterna af parametritresten voro obetydliga, deremot af celluliten mera betydande. Dessa parametritiska rester äro de för massage-behandlingen tacksammaste af alla gynäkologiska sjukdomar. På ganska kort tid kommer man till målet. Behandlingen är icke särdeles smärtsam, icke heller förenad med några tekniska svårigheter. Resorptionen sker hastigt och smärtorna försvinna inom kort. De sjuka blifva snart åter arbetsföra och enligt min mening kan i dessa fall ingen annan behandling ersätta den mammela.

Peritoneala exsudatrestor.

Om den manuela behandlingen af det parametritiska exsudatet och ärrsträngarne är jemförelsevis lätt och ofarlig, gäller icke detsamma om motsvarande pelviperitonitiska processer.

Inflammationsprodukterna befinna sig vid parametriten inneslutna i bindväfven utan uärmare beröring med peritonealhållans serosa. En alltför våldsam eller för tidig behandling af parametriten kunde hafva till följd dels en exacerbation af inflammationen i bindväfven och dels ett utkastande i den allmänna cirkulationen af farliga sjukdomsprodukter (toxiner) eller virulenta mikrober. En lokal exacerbation inträder dervid och ger sig tillkänna medelst ökade lokala symptom, på samma gång en allmän infektion kan bevisas af den höjda temperaturen. Men förhållandena i parametriet äro icke gynsamma för en hastig resorption. Ett återuppträdande af febern är en anvisning att afbryta behandlingen och detta torde vara tillräckligt för att afvända faran. Vid de peritonitiska exsudaten ligger en stor risk i granskapet till normalt peritoneum, hvars infekterande och hastiga upptagande af toxiska ämnen innebär en öfverhängande fara. Hvilka toxiska ämnen här föreligga är ännu icke fullkomligt afgjordt. Bakteriologiska undersökningar af specielt parametriterna saknas nästan fullständigt. Boisleux's¹⁾ undersökningar visa, att bäckenabscesserna innehålla virulenta streptokocker. Men huruvida de streptokocker, som äro anledning till puerperalfebern²⁾, någon längre tid bibehålla sin virulens i den puerperala parametriten, är osäkert. Om de varbildande kockerna funno en lämplig mark i parametriet, borde väl parametrana abscesser vara vanligare, då tvärtom de vanliga parametriterna snarare äro af serös natur. Hvad de peritoneala processerna angå, synas streptokocker och gonokocker spela hufvudrollen. Då Bum förnekar en

¹⁾ Centralblatt f. Gyn. 1891, hft. 10, sid. 166.

²⁾ Undersökningar af Bum m, E. Fränkel, Menge, Boisleux. Se archiv f. Gyn. XXXIV hft. 3, Baumgartens Jahresbericht der Bacteriologie ür 1886—1888—1889 och Bericht, über d. X internat. Kongr. Berlin. Beilage z. Centralbl. f. Gyn. 1891.

gonococcusperitonit, så anser Koch frågan oafgjord och förnekar icke möjligheten af en sådan, ehuru han antager en blandad infektion som sannolik. I äldre varsäcker synas mikroberna förlora sin virulens och varets utträde i peritonealhålan synes under dessa förhållanden icke alltid vara så farligt. Likväl känner man icke dessa förhållanden närmare och tills vidare måste man anse hvarje ingrepp, som kan leda till lossande af afkapslingar och adhärenser inom peritonealhålan, vara förenadt med en viss fara, der man icke absolut kan utesluta närvaron af var. Detta kan man nästan aldrig vid färskare peritoneala exsudat och om man det oaktadt vågar massera dem, är det under iakttagande af vissa försigtighetsmått, hufvudsakligen att icke börja för snart efter afslutad feber, att första tiden låta patienten ligga, icke behandla polikliniskt och att utföra regelbundna temperaturmätningar. Är längre tid förlupen, är faran mindre och man kan utelemna dessa försigtighetsmått.

Hvad de egentliga inflammationsresterna i peritoneum, adhärenserna, angår, så är deras behandling farligare och mycket svårare än de parametrana ärrens.

Tekniken för de peritoneala exsudatens massage är densamma som för de parametrana, men lättare massage och i allmänhet större försigtighet är nödvändig.

De peritoneala adhärenserna behandlas enligt något olika teknik. Det är en egendomlig omständighet, att just de peritoneala adhärenserna redan för mera än ett tiotal år sedan började behandlas manuellt af tongifvande gynekologer: Schultze¹⁾ föreslog att utföra en »forcerad korrektion» vid fall af genom peritoneala adhärenser fixerad retroflexion. Det är närmast adhäsioner mellan uterus och rectum, som han sträfvar att, icke så mycket tänja, som snarare afslita. Men äfven lösa vidhäftningar (»Verlöthungen») af tuber och ovarier till bakre bäckenväggen vill han på samma sätt frigöra, ehuru de fordra den yttersta försigtighet. Hans metod består i att under kloroformnarkos bimanuellt med ett par finger i rectum eller vagina eller ett finger i den förut dilaterade uterinålan söka reponera uterus, under det att

¹⁾ Lageveränderungen sid. 150 och följ.

yttre handens fingrar under kontroll och hjälp af den inre afslita adhärensena. Om första försöket icke ger något resultat, upprepas det efter 8—10 dagar. (Äro parametritiska strängar anledning till fixationen, användes deremot vanliga resorberande medel och pessarier.)

Att just de peritoneala adhärensor, som framkalla en fixerad retroflexion, ensamma skulle blifva föremål för denna forcerade behandling, berodde väl på den allmänna föreställningen om sjelfva uterinlägets patologiska betydelse. Man måste ju på allt sätt söka reponera uterus och qvarhålla den i det enda rigtiga, jag hade så när sagt, enda saliggörande läget. Det är samma tankegång som frambragt den operation, man kallar ventrofixatio uteri, fransmännens hysteropexie. Man gör laparotomi för att *fixera* den *rörliga* retroflektade uterus vid främre bukväggen eller lösgöra den *bakåt* fixerade uterus för att fixera den *framåt*.(!) Schultze utsträckte icke sitt förfaringssätt till andra fixationer än uteri. Denna farliga och våldsamma behandlingsmetod synes hafva blifvit föga använd. Den torde också vara vida farligare än en laparotomi i samma syfte. På samma gång som våldsamheten i denna metod gör den ytterligt farlig i andra händer än en *mycket* erfaren gynäkologs, är den också principiellt otillfredsställande.

De fixationer af uterus, som orsakas endast af adhärensor mellan corpus uteri och rectum (eller angränsande partier af bakre bäckenväggen) jemte en lös *vidhäftning* af ovarier och tuber, torde vara ytterligt få, om också möjligheten, att de finnas, icke kan uteslutas. I alla de fall jag undersökt, har det dessutom funnits rätt betydliga parametritiska rester, (dessa vill S. icke angripa med »forcerad korrektur») och framför allt fasta fixationer bakåt af adnexerna. Särskildt äro ovarierna på grund af sitt läge på baksidan af lig. latum lätt utsatta för bakre fixationer, vanligen i trakten af synchondrosis sacro-iliaca. Dessa kunna icke på detta forcerade sätt lösgöras. Och om således de uterina fixationerna afslitas, fortfara de ovariela att draga uterus tillbaka i dess förra läge och då måste nödvändigt de gamla fixationerna återinträda.

Det är då vida fördelaktigare att använda den långsammare metodiska dagligen upprepade *tänjningen* af peritoneala adhärensers ntan att på något vis söka *afslita* dem. Man måste dervid använda stor försigtighet. Adhärensens måste fattas mellan båda händernas fingerspetsar. Den inre handens fingerspetsar föras upp, så att de komma bakom det adhärenta organet, likaså yttre handens. De söka gemensamt tränga in emellan de adhärenta peritonealytorna och skilja dem från hvarandra och såväl genom dragnings som genom förskjutning åt alla sidor lossa dem från hvarandra. På samma gång måste man ntöfva en tryckning åt motsatta håll med båda händerna. Man får icke använda de adhärenta organen som angreppspunkt. Dels äro de för ömtåliga att tillåta detta, såsom ovarier, tuber, tarmslyngor, dels får man ingen verkan på detta sätt. Om man t. ex. direkt drager den vid rectum adhärenta uterus framåt ntan att söka tränga in mellan organen, drager man endast med främre rektalväggen. Äfven peritoneum parietale är tillräckligt elastiskt och förskjutbar för att följa med en dylik dragnings och ännu mera naturligtvis tarmslyngor. Då de vid bakre bäckenväggen adhärenta ovarierna skola lösgöras, måste fingret föras upp i rectum så långt upp, att man kan intränga mellan ovariet och peritoneum parietale och uppifrån möta med yttre handen. Vid peritonealt fixerad uterus uträttar man också mest på samma väg. Då tuber och ovarier tillsammans bilda ett adhärent konvolut, masserar man först bort hvad man kan af exsudatet och söker så reda upp det hela genom massage och tänjningar. Det är dock endast de fall, der organen sjelfva äro mindre angripna än deras peritoneala beklädnad, som egna sig för denna behandling. Äro tuberna ntspända af vätska, är bäst att icke använda manuel behandling. Kan man med någon säkerhet antaga, att endast tubarväggen är infiltrerad, interstitiel salpingit, kan man tryggt massera. Dessa peritonealadhärensers tänjning är det svåraste af den manuela behandlingen och icke utan fara och till slut blifva resultatet rätt måttliga. Förbättring af symptomen når man ofta, ända till symptomfrihet. Men adhärensers finnas kvar om

äfvén tånjda och det är troligt, att de i många fall åter retrahera sig. Jag saknar erfarenhet att afgöra huru ofta man kan hoppas få bestående resultat.

Det synes äfvén som om det finnes fall, som *vid första undersökningen gifva intrycket af fixationer utan att i verkligheten vara sådana*. Man finner t. ex. ett ovarium liggande tätt till bäckenväggen likasom fixerad, men en stunds massage är tillräckligt för att få det fullt rörligt åt alla håll. Nästa dag är förhållandet detsamma och det behöfves någon tids behandling för att återställa normala förhållanden. Pat. har af detta tillstånd smärtor, som likna kramp och förhållandet torde vara någon slags *kontraktion* af väfnaderna, men *ingen fixation*. Det är sannolikt, att dylika fall icke äro så ovanliga, men ofta gå misskända för fixationer. Sådana fall, der till en början skenbart orubb- ligen »fixationer» af den retroflektade uterus frigjorts i en enda séance, enligt Schultzes metod, torde också vara att hänföra hit.

Verkligen peritoneala adhärensér bör man behandla endast då de kunna anses som orsak till verkliga obehag. I annat fall är klokast att lemna dem i fred. Man kan ju äfvén med massagen icke vinna något vidare än att tänja dem och derigenom lindra eller i bästa fall häfva de symptom de framkalla. Adhärensén kvarstår om äfvén något mindre stram. Icke heller är det sannolikt att adhärensén som sådan kan innebära fara för ett nytt upplammande af processen. Då dertill kommer att behandlingen är svår, besvärlig och smärtsam, torde det vara riktigt att inskränka den manuela behandlingen af peritoneala adhärensér så mycket som möjligt. Om uterus är fixerad till främre rektalväggen, utan att pat. har någon olägenhet deraf, om ett ovarium icke har sin normala rörlighet, men qvinnan icke har några smärtor, är det intet skäl att ingripa. Ty andra följder än smärtor, spontana, vid coitus, vid rörelser eller vid menstruationen torde icke kunna häfvas. Sterilitet åstadkommes knapt af en enkel adhärens och torde icke kunna häfvas genom dess tänjning.

Fins deremot en rest af exsudatet kvar jemte adhä-

rens, bör man mindre betänka sig, enär den förra lätt ger anledning till exacerbationer och nästan alltid till mer eller mindre svåra smärtor. Prochownick påstod också, att recidiv mera sällan inträffa efter massagebehandling än efter annan behandling. Det är ju också rätt antagligt, att ju mera man kan aflägsna af inflammationsresterna, desto mindre lätt flammnar processen upp, men adhärensens är liktydig med ett ärr, en aflupen process, och gör endast obehag på rent mekanisk väg.

Jag öfvergår till sjukhistorierna.

Fall XXVI. Hustru S. A. M., 29 år. Insjuknade för 7 år sedan 8 dagar efter en af blödning föregången naturlig förlösning i puerperalfeber, låg 3 månader och har sedan aldrig varit frisk. Våren derpå 1884 låg hon åter 7 veckor i »maginflammation», dec. 1884 4 veckor, sommaren 1885 7 veckor. från jultiden 1888 3 månader, och åter våren 1889 någon tid. Värken var först svårast på venster sida, men har sedan öfvergått på höger. Under alla dessa år har nästan hvarje defäkation, oberoende af afföringens konsistens, framkallat svåra plågor, ofta så att hon svimmat. Nästan ständigt värk, som hindrat henne från hvarje mera ansträngande arbete.

D. $\frac{6}{2}$ 1890. Pat:s allmänna utseende är friskt. Ut. retrovert. med fundus adhärent till främre rektalväggen. Vid hvardera uterinhörnet kännes en valnötstor knölig temligen öm ansvällning adhärent till bäckenväggen vid sidorna af rectum. Daglig massage och tänjning för att söka lösgöra organen.

D. $\frac{2^2}{2}$. Adhärensorna vid uterinhörnen hafva börjat gifva med sig något; vid i dag kraftigare tänjning, svårare smärtor än vanligt.

D. $\frac{2^3}{2}$. Ingen behandling.

D. $\frac{2^4}{2}$. Frysningar, har känt sig dålig i dag men inga ökade smärtor. Har normal temperatur. Vid högra uterinhörnet en knappt dufäggstor, fluktuerande, öm ansvällning (sannolikt blödning). Försigtig massage, men då extravasatet ännu d. $\frac{3}{3}$ icke hade minskats, en veckas uppehåll med behandlingen. Stillhet och varma sköljningar.

D. $\frac{1^0}{3}$. Återtager behandlingen. Ansvällningen borta.

D. $\frac{2^1}{3}$. Ingen väsentlig objektivt uppfattbar förändring i genitalbefundet, utom att uterus är något mera förskjutbar. Men pat. har *inga smärtor vid defäkation* och mindre smärtor vid rörelser. Slutar.

Pat. behandlades derefter någon tid af major Brandt

med ytterligare förbättring, men uterus och ovarier blefvo aldrig fria från sina adhäsioner.

Fall XXVII. Fru H., 25 år.

För fem mån. sedan normal förlossning och normalt puerperium, har icke ammat. Har sedan 3 veckor lindrig blödning och sedan 2 dagar svår värk i buken, har haft frysning, men *ingen feber*.

D. $2^9/_{12}$ 1889. Bakom och till höger om den normalstora anteflekterade uterus en obetydlig resistens. Denna ökades derefter småningom *utan feber*, till dess den fylde fossa Douglasii, nående upp till fundus och frambugtande bakre fornix bildande en elastisk äggstor tumör. Undersökning mycket smärtsam. Efter $1\frac{1}{2}$ månad började tumören aftaga under vanlig resorberande behandling och stillaliggande, pat. fick derpå stiga upp och 3 mån. efter sjukdomens inträdande börjades massagebehandlingen.

D. $2^7/3$ 1890. Uterus står i vaginas längdaxel, icke fullt rörlig, dragen bakåt af en elastisk resistens i nedre delen af fossa Douglasii. Nedre delen bugtar ned bakre fornix och öfre gränsen står något obestämd ett stycke upp öfver isthmus. Ömhet är betydlig vid nedre polen och i högra parametriet. Ständiga smärtor, har svårt att gå och sitta.

Massage.

D. $2/4$. *Efter endast 5 séancer* högst betydlig förbättring. Pat. kan gå och sitta utan någon svårighet och har nästan inga smärtor.

D. $2^6/4$. Exsudatet nu borta. Man kan nu känna högra tuban gäspenntjock löpa från högra uterinhörnet i en bugt utåt och nedåt, så att den kan följas till botten af fossa Douglasii, der den slutar med en adhärent knappt valnötstor ausvällning. Pat. har inga smärtor. Slutar.

Detta fall tolkar jag som en hämatocele retrouterina. Hvad som föranledt blödningen är osäkert. Möjligen kan en tubargraviditet hafva förefunnits och i så fall i yttersta ändan af högra tuban. Massagebehandlingen hade en eklaktant verkan på pat:s befinnaude och åstadkom en hastig resorption af det qvarstående exsudatet. Adhärensou gjorde jag intet försök att lossa. Det fins ingen svårare plats att komma åt med yttre handen än just botten af fossa Douglasii, att massera ett exsdat mellan yttre handen och ett finger i rectum går temligen för sig men att lossa adhärensou på denna plats, anser jag alldeles omöjligt. Det var icke heller i detta fall nödvändigt. Det var den återstående

delen af exsudatet, som åstadkom besvären och icke adhärensena. Detta fall visar en viss likhet med fall XIX, men togs icke så tidigt under massagebehandling, ej förr än processen hade varit afstannad c:a sex veckor. Denna tidpunkt är den lämpligaste, då man icke har pat. på sjukhus.

Fall XXVIII. Hustru M. L., 25 år.

Har haft barn för $1\frac{1}{2}$ år sedan och missfall i 3:dje mån. för 4 mån. sedan.

D. $2^0/_{12}$ 1889 missfall i slutet af andra månaden. Afgick spontant, uppe hela dagen, fick en vecka derefter blödning, som varade två veckor. Hela tiden efter aborten värk i korsryggen. buken och ljumskarne, svårare vid gående.

D. $1/2$ 1890. Uterus normalstor, retroverterad. Högra ovariet och tuban normalstora och rörliga. Venstra tuban normal, men venstra ovariet förstoradt, i form och storlek som en oskalad mandel *draget tillbaka mot synchondrosis s. i.* och der kvarhållet. Mycket ömt.

Massage af ovariet och dragning framåt så att adhärensena tänjes. Adhärensena gör intet särdeles motstånd, men drager genast tillbaka ovariet och uterus då man släpper.

D. $3^0/3$. Efter 28 séancer är ovariet något minskadt, ligger nu längre framåt. Pat. har ingen värk, kan gå temligen obehindradt utom längre sträckor. Slutar.

D. $1^4/6$. Pat. känner sig fortfarande frisk, går alldeles obehindradt och har inga smärtor.

Detta fall synes mig närmast vara att ause som ett prof på de pseudofixationer, som jag ofvan omtalat och antagit snarare vara beroende på någon retraktion af väfnaderua än egentliga adhärensor.

Fall XXIX. Hustru A. K., 30 år.

Reglering vid 14 års ålder, första åren smärtfri, derefter smärta och kräkningar vid regleringens början hela första dagen. Duration 4—5 dagar. Sjuknade för 7 år sedan i symptom af peritonit. Låg en månad, följande två månader dålig och sedan aldrig riktigt frisk. Har nästan ständigt lindriga smärtor i bäckenet, försvårade vid ansträngningar och isynnerhet vid defäkation.

D. $7/4$ 1891. Uterns retroflektad, kan icke reponeras. Hindret synes finnas i högra ligamentum latum och vid högra uterinhörnet. Högra ovariet är fixerad framför och utanför öfre delen af synchondrosis s. i. Dessutom är nedre delen af corpus uteri adhärent till främre rektalväggen och öfre delen af högra lig. latum retraherad. Venstra adnexen normala. Endometrit.

Massage och tånjningar.

D. $1^8/4$ — $2^2/4$. Reglering mindre smärtsam, inga kräkningar.

D. $2^8/4$. Uterus kan numera reponeras temligen fullständigt, ehuru den drages tillbaka igen. Smärtor nästan försvunna. Inga vid defäkation. Ovariet något rörligt, ehuru fortfarande adhärent.

D. $1^1/5$. Högra ovariet har svält an och ömmar mycket, någon värk i buken. Uppehåll med behandlingen till den $1^6/5$. Värk och ansvällning borta. Daglig behandling. Reglering d. $2^3/5$ — $2^8/5$, mindre smärtsam.

D. $6/6$. Ut. lätt reponibel men drages tillbaka af retraktionen i högra lig. lat. Högra ovariet något rörligt från bäckenväggen. Inga smärtor vid gåendet, arbete eller defäkation.

D. $2^5/6$. Ut. reponeras lätt, men faller genast tillbaka. Ovariet något stort och ömt, men nästan normalt rörligt. *Endometriten oförbättrad*. Inga smärtor. Slutar med den manuela behandlingen och börjar touchering af endometriet.

Jag öfvergår nu till ett par fall, der processen öfvergått till en fixerande perioophorit och perisalpingit förenad med någon förtjockning af tuban, som möjligen kan tolkas som en verklig interstitiel salpingit. Något ökadtt innehåll i tuberna förefans, såvidt man af palpationen kunde döma, icke i dessa fall.

Fall XXX. Fru A. D., 31 år från Oskarshamn.

Förlossning för $5\frac{1}{2}$ år sedan, låg i någon puerperal sjukdom 6 veckor och har sedan dess icke varit frisk, icke födt barn. Reglering af 5—6 dagars duration med 2—4 veckors mellantider, har föregåtts af värk i en hel vecka. Ständigt värk i buken. Dyspeptiska och anämiska symptom. För 3 år sedan abrasio mucosæ uteri, hvaraf ingen förbättring inträdt.

D. $2^1/5$ 1890. Ut. liten, antefl., retroponerad och kvarhålles af vid båda uterinhörnen belägna något diffusa resistenser. Den högra hönsäggstor, den venstra något mindre, båda fixerade bakåt i närheten af synchondrosis s. i., olika partier i resistenserna kunna icke differentieras.

Daglig massage.

D. $2^8/5$. Resistenserna redan minskade och man kan urskilja i den högra det valnötstora ovariet med den deröfver löpande något förtjockade, hårda tuban, i den venstra det något större ovariet och tuban tjock som en gåspenna löpande öfver ovariet och känbar till dettas yttre ända, der den försvinner. Båda resistenserna fixerade till yttre bakre bäckenväggen.

Massage och tånjningar.

D. $\frac{8}{6}$ — $\frac{11}{6}$. Reglering med någon värk.

D. $\frac{19}{6}$. Ytterligare förbättrad. Resistenserna något mindre och rörligare. Pat. får resa till landet för att fortsätta i höst och instälde sig åter d. $\frac{16}{9}$. Hade i juli haft långvarig blödning (3 veckor) och värk, sedan blifvit bättre. Hade behandlats med bad och sköljningar. D. $\frac{16}{9}$. Högra ovariet något minskadt, öomt och temligen mjukt, adhärent bakåt. tuban något förtjockad. Venstra ovariet obetydligt förstoradt. ömt och hårdt, tuban företer på de uterinhörnet närmaste 2—3 em. en gäspenntjock ansvällning, som plötsligt upphör. Adnexen äfven här fixerade bakåt.

I slutet af sept. smärtfri reglering.

D. 24—30 okt. nästan smärtfri reglering.

D. $\frac{8}{11}$. Pat. kan icke stanna i Stockholm längre. Hon är betydligt förbättrad. Har nästan ingen värk, går obehindradt. Ansvällningen och ömheten af ovarierna och tuberna nästan häfda. Rörligheten ökad, men adhärenserna bakåt kvarstå. Den retroponerade uterus kan med lätthet dragas fram till symfyssen. Slutar.

Fall XXXI. Fröken B., 38 år.

Behandlades för 3 år sedan för smärtor i högra sidan af bäckenet af major Brandt. Skall då hafva haft en fixation af högra ovariet. Sedan frisk. Senaste halfår flytning. Har en svår vaginit, som jag började behandla d. $\frac{9}{4}$ 1890. Har smärtor i bäckenet.

D. $\frac{31}{5}$. Vaginiten nästan häfd.

Behandlades derefter 14 dagar af major Brandt.

D. $\frac{17}{7}$. Uterus antefl. rörlig. Högra ovariet något stort, ömt och adhärent till högra bäckenväggen, från hvilket det dock något kan rubbas. Högra tuban något förtjockad och sannolikt med sin yttre ända adhärent vid bäckenväggen. Venstra ovariet temligen normalt, synes icke vara fullt rörligt. tuban normal.

Massage och tånjningar.

D. $\frac{26}{8}$. Venstra ovariet och tuban normala, högra ovariet normalstort, öomt, fritt från bäckenväggen, förbundet med uterus med ett kort bredt ligamentum ovarii. Tuban af normal tjocklek, men yttre ändan fortfarande sannolikt fixerad. Ingen värk, nästan ingen flytning. Slutar.

I båda dessa fall blef resultatet ganska godt. båda patienternas subjektiva symptom och palpationsbefunden visade en verklig och betydlig förbättring.

Fall XXXII. Hustru A. A., 27 år.

Efter 1:sta förlossningen 1881 i 3 mån. symptom af puerperalsjukdom, 2:dra förlossningen normal, efter 3:dje d. ¹⁰/₁₀ 1886 sjuk 3 veckor med feber, frysningar, värk i buken etc. Sedan icke fullt frisk, värk i buk och rygg mest i venstra sidan af bäckenet, isynnerhet vid rörelser. Ingen reglering sedan senaste partus.

D. ²/₈ 1887. Uterus retroflektad, reponibel, högra adnexen normala. Venstra ovariet dels genom förkortning och ansvällning af ligamentum ovarii dels genom, som det är troligast, peritoneala adhärensor draget intill och bredt förenadt med bakre sidoytan af corpus uteri. Ovariet ömt och något ansväldt.

Massage och tånjning.

D. ¹³/₉. Ovariet normalstort, fritt från uterus, lig. ovarii tunnare och något längre. Ingen värk, obetydlig ömhet. Ut. fortfarande retroflektad. Slutar.

Fall XXXIII. Ogifta A. A., 29 år.

Inga barn eller missfall. Reglering förut normal, 3—4 dagar. Sjuknade för 3 år sedan under reglering med peritonitiska symptom och låg 8 veckor. Sedan dess reglering mycket smärtsam af 8 dagars duration. Värk i venstra sidan och nedåt venstra benet.

Senaste tid försämrad, svårare värk äfven i högra sidan och mellan regleringarna.

D. ⁶/₇ 1887. Ut. normalstor, rörlig. I högra parametriet markeras ömhet, men kännes ingen resistens. Från venstra uterinhörnet kan den något förtjockade tuban följas mot bäckenväggen. I sin yttre ända visar den en klubblik ansvällning. Den ömmar betydligt för tryck. Nedanför kännes det dadelstora ömmade ovariet. Äfven högra tuban något förtjockad, högra ovariet obetydligt förstoradt och ömt. Inga peritoneala adhärensor. Daglig massage.

D. ²/₉. Det högra ovariet och tuban kännas normala, venstra tuban oförändrad, venstra ovariet mandelstort. Ömhetsen nästan borta såväl i ovarierna som i deras omgifning. Pat. säger sig vara betydligt förbättrad. Känner värk i venstra sidan endast vid oförsigtiga rörelser och tungt arbete. Slutar.

Här ofvan anförda fall af perioophoriter¹⁾ och perisalpingiter synas således vid massagebehandling gifvit rätt goda resultat. Pat:s subjektiva besvär hafva ganska fort lindrats. Om ett återförande af genitalbefundet till det normala kan

¹⁾ Jemför också fall 3.

det likväl nästan aldrig blifva fråga, men då såväl värk som smärtor vid rörelser och dysmenorrhéu betydligt minskats, och de sjuka blifvit arbetsdugliga, kan man med fog icke begära mera, så mycket mera som i en del fall sjukdomen varit af gammalt datum och sedan länge icke vidare förbättrats. Emellertid vill jag för att göra bilden fullständig meddela ett fall, der icke ringaste subjektiv förbättring inträdde, oaktadt palpationen gaf vid handen en rätt betydlig förbättring af organen.

Fall XXXIV. Fru E. N., 27 år, har icke haft barn eller missfall. Regleringen har inställt sig regelbundet, men föregåtts af värk 3—4 dagar och varat en vecka, under första 4—5 dagarne förenad med värk. Fick för fem år sedan värk i venstra sidan äfven mellan regleringarne, har derefter varit intagen på sjukhus för underlifslidande två gånger, varit bättre senaste $2\frac{1}{2}$ år, men sedan uyåret 1890 haft ständig värk.

D. $\frac{2^2}{7}$ 1890. Uterus mycket liten, anteflekterad, rörlig, högra ovariet och tuban normala, venstra tuban kan något förtjockad följas till bäckenväggen och ovariet är något förstorradt, rörligt. Båda äro ytterligt ömma.

Daglig massage på venstra tuban och ovariet.

D. $\frac{4}{10}$. Ehuru såväl tuban som ovariet återgingo till normala proportioner och ömheten minskades något, qvarstodo likväl ständigt smärtor i venstra sidan och smärtor vid coitus. Regleringen var kanske något mindre smärtsam. Elektricitet försöktes utan verkan. En bakre discission, abrasio mucosæ och jodtoucheringar äfven utan resultat.

I april 1891 voro vid undersökning genitalia normala, om man undantager yttre ändan af venstra tuban, som var betydligt öm och på något sätt adhärent vid bäckenperitoneum. Ingen cellulit eller myit i bukväggen kunde förklara smärtorna. Pat. ansåg sig i det hela oförbättrad.

Ett annat fall, som jag numera icke skulle hafva behandlat med massage, vill jag här meddela.

Fall XXXV. Fru H., 29 år, fick för 3 mån. sedan barn och låg derefter i puerperalsjukdom 7 veckor, har kunnat vara uppe senaste 5 veckor, men har haft värk i buken och blödnings hela tiden.

D. $\frac{4}{9}$. Uterus antefl. rörlig, till höger en något långsträckt fingertjock ansvällning, till venster en dufäggstor rund; blodigt slemmig flytning.

Försök med massage d. $\frac{5}{9}$ och $\frac{6}{9}$.

D. $\frac{8}{9}$ frysningar och feber.

D. $\frac{9}{9}$ 39° temp.

D. $\frac{10}{9}$ — $\frac{15}{9}$ lindrig massage, ingen feber.

D. $\frac{17}{9}$. Värk, d. 18 värk, ömhet, *krampaktiga smärtor*. Ingen feber. Får ligga med isblåsa.

D. $\frac{22}{9}$. Plötslig uttömning af illaluktande var, genom vagina, hvarefter värken slutade.

D. $\frac{25}{9}$. I dag kännes en fingertjock, tarmliknande, half-cirkelböjd ansvällning till höger om uterus, till venster som förut en dufäggstor rund resistens.

Pat. får resa hem för att behandlas med vanliga resorberande medel.

Om också utgången i detta fall icke blef dålig, voro symptomen i alla fall hotande. Pat. hade tydligen en varfyld tuba till höger och en perioophorit till venster, att varet tömde sig åt uterus, kan icke tillskrifvas massagen, då tömningen inträdde en vecka efter behandlingens afslutande. Snarare tror jag att massagebehandlingen retat upp processen i tuban, att derefter ökad varsekretion och slutligen utdrifning af tubarinnehållet inträdt. Att detta tömde sig åt uterus och icke åt peritonealhålan, var en ren lyckträff och att denna uttömning icke hade kurativ betydelse visas af att tuban två dagar derefter åter var lika fylld.

Jag har sedan dess aldrig frångått den regeln att aldrig behandla vätskefyllda tuber med massage.

Till slut vill jag meddela ett fall af perioophorit med perimetrit i den inskränkta betydelse jag tilldelar detta uttryck.

Fall XXXVI. Fru L., 32 år, har fått 3 barn, senast i dec. 1889. Ammat. Reglering i sept., okt., nov. 1890 mycket ymnig, i dec. regl. d. 9—16 ännu ymnigare. Dessutom sedan hösten värk i venstra sidan, som hindrat pat. från arbete och försvårats vid gåendet.

D. $\frac{17}{12}$ 1890. Ut. antefl. rörlig. Högra ovariet normalt, det venstra något förstordt och ömmande, men rörligt. Ord. 45° sköljningar.

D. $\frac{29}{12}$. Abrasio mucosæ, med ringa utbyte af slemhinna, derpå i febr. och mars jodtouchering. Regleringarne voro normala, men värken kvarstod och pat. undvek så mycket som möjligt att gå. Någon annan orsak till värken än det ömmande ovariet och ömhet på bakve ytan af uterus i närheten af isthmus och vid utgångsstället på venstra sidan af lig. sacro-uterinum kunde icke upptäckas.

D. 6₄. Massage af dessa delar endast till en början smärt-sam, derefter smärtfri.

Värken aftog snart och var alldeles borta d. 2₃. Pat. kunde derefter röra sig alldeles obehindradt och var fri från smärtor.

Dessa här ofvan anförda fall af perioophoro-salpingiter torde bevisa den manuela behandlingens värde. I flera af fallen hafva pat. sedan åratals tid af svåra smärtor, som förbittrat deras lif och nedsatt deras arbetsförmåga. Efter längre eller kortare tids behandling hafva de alla blifvit betydligt förbättrade eller fria från subjektiva symptom. Men dessa fall visa också gränserna för metodens verkningsförmåga. Icke i ett enda fall af verklig fixation har det lyckats att åstadkomma en restitutio ad integrum i anatomisk mening. Men det har visat sig, att detta heller icke är nödvändigt, då pat:na likaväl kunna blifva symptomfria. Med afseende på resultatens bestånd vet jag intet bestämdt, då delvis behandlingen är för nyligen avslutad, för att jag skulle kunna döma härom, delvis pat:na förlorats ur sigte.

Behandlingen af exsudaten och deras rester är, som framgår af ofvanstående, det viktigaste af den manuela behandlingen. Andra till de inflammatoriska vanligen räknade gynäkologiska sjukdomar, hvilka Brandt upptagit i sin behandlingsmetod, anser jag i allmänhet icke med fördel kunna behandlas med massage. Särskildt anser jag de *salpingiter*, som icke uteslutande äro inskränkta till sjelfva väggen af tuban, för icke föremål för massagebehandling. Att som Brandt söka genom massage tömma ut tubarinnehåll åt uterinsidan eller om detta icke går för sig åt peritonealhålan, anser jag hvad det första angår ofta ändamålslost, det senare farligt. Är passagen till uterinhålan öppen, tömmer tuban sig genom kontraktion sjelf, men den fyller sig åter snart. En hydrops tubæ profluens försvinner icke derföre, att sekretet tid efter annan tömmer sig. Att tömma ut innehåll till peritonealhålan faller ingen gynäkolog in. Vi se alltför ofta följderna af det spontana utträddandet på peritoneum af different tubarinnehåll för att på något sätt vilja understödja en dylik process. Tvärtom kontraindicerar ett dylikt innehåll massagebehandlingen äfven af samtidigt för handen varande perisalpingit.

Tubarsjukdomarnes behandling är en mycket svag punkt

i gynäkologien, eljes hade icke salpingotomien med de öfverdrifter, som Lawson-Tait och hans skola tillåtit sig, vunnit ett sådant om också lyckligtvis öfvergående insteg.

Den inhumana sport, som drifvits på grund af diagnosen(!) »tube-case» har sett sina bästa dagar och den kastration, som under namnet salpingotomi så många qvinnor utan nytta underkastats, torde väl numera snart inskränkas till de icke så få fall, som verkligen indicera ett så heroiskt ingrepp. De bestående resultatet af salpingotomien hafva icke visat sig så pålitliga, som man hoppades. I många fall har den qvarstående bäckenperitoniten gjort nyttan af operationen illusorisk. Men jag tror att i verkligt svåra fall, der tubernas tillstånd indicera en operation, goda resultat kunde vinnas genom en sådan efterföljd af massagebehandling. I flertalet fall kan man nöja sig med palliativ behandling. Den konservativa gynäkologien torde icke hvad salpingiterna angår draga någon synnerlig fördel af massagebehandlingen. Endast der man med bestämdhet kan påvisa seröst innehåll i en tubarsäck, således en hydrosalpinx, kunde man försöka att genom massage drifva ut innehållet åt uterinhålan. Det är möjligt att någon gång ett definivt botande eller åtminstone en tillfällig förbättring skulle på denna väg kunna uppnås. Mindre vätskesamlingar i tuban lära på så sätt kunna tömmas åt uterinhålan och skulle något af innehållet af en hydrosalpinx komma ut i bukhålan, är det väl icke så farligt. Emellertid saknar jag personlig kännedom om behandlingen af dylika fall, men anser försöket ofarligt, *om man med bestämdhet kan utsluta ett different innehåll i tuban.* Deri ligger dock en stor svårighet.

Endometriten, som Brandt påstår sig bota med massage, behandlas säkerligen bättre enligt våra vanliga metoder. Jag bestrider icke, att en hypersekretion från endometriet, t. ex. vid en subinvolution, vid paraperimetriter, kan förminskas och upphöra, då de föranledande momenten aflägsnas. Äfven en verklig endometrit kan kanske på samma väg i någon mån förbättras, om infektionsämnets virulens blifvit minskad eller häfd. Men en verklig purulent eller mucopurulent endometrit kan icke häfvas med massage, derom kan hvar och en, som behandlat en sådan, icke ett ögonblick tvifla. Än mindre bör

den hyperplastiska endometriten, som står på gränsen till den benigna nybildningen, kunna med fördel massagebehandlas. Den katarrala endometriten bör behandlas som andra katarrer, den hyperplastiska operativt. De resultat man ernår med den vanliga moderna endometritbehandlingen äro fullkomligt tillfredsställande. Der en endometrit förefunnits jemte andra massage indicerande förändringar, har jag väl sett sekretionen minskad, men aldrig sett endometriten häfd af endast massagebehandling. Brandt undersöker endast undantagsvis med hjälp af speculum. Jag tviflar icke på, att han med sin högt uppdrifna färdighet i palpationen i de flesta fall »känner» erosionen, men utan speculum kan man ofta icke bedöma sekretionens natur. Man ser ofta fall af en fullkomligt glasklar hypersekretion från uterus. Detta fullkomligt klara sekret antar, blandadt med vaginalepitel, en gul färgning och ger styfva något gulaktiga fläckar på kläderna. En sådan sekretion är ingalunda uttryck för en endometrit. Den beror antingen på allmänna eller på lokala indirekta orsaker. Att behandla den direkt är onödigt och nästan gifvet resultatlöst. Man ser ofta, då en verklig mucopurulent endometrit går till läkning, att en klar hypersekretion kvarstår. Då har man vunnit hvad man vill och kan, och då är det tid att sluta med behandlingen. Det är sannolikt sådan sekretion, som kan förminsкас med massagebehandling. Men vill man tala om botade endometriter, måste man först ha sett sekretets utseende i modermunnen. Helst bör man, som jag brukar, hemta ett prof ur uterinhålan med en bomullslindad portör. Denna trycker man mot ett objektglas och på den uppkomna fläcken kan man lätt bedöma sekretets natur, och, om man så vill, undersöka det mikroskopiskt. Att lita på pat:s uppgifter om sekretets natur och mängd leder in absurdum. Jag har något vidlyftigt uppehållit mig härvid, då från en af Brandts tyska lärjungar Arendt¹⁾, för öfrigt icke gynäkolog, framstälts påståenden om endometritens botande med massage.

Men äfven *om* massagen skulle ge lika goda resultat som den gängse behandlingen af endometriten, bör den obetingadt förkastas såsom onödigtvis obehaglig, tidsödande och besvärlig för så väl pat. som läkare.

¹⁾ Berlin Kl. Woch. 1890, n:o 1—3.

Subinvolutionen kan sannolikt med fördel behandlas med massage. Massagen af uterus är utan tvifvel ett kraftigt medel att framkalla kontraktioner af uteri muskulatur. Man kan lätt öfvertyga sig om, att corpus uteri under massagen hårdnar och närmar sig kulformen, i det att såväl bakre som främre ytan af uterus blir kupigare. Denna formförändring är tydligen beroende på *kontraktioner* af muskulaturen och så vidt jag kan finna *minskas* härunder uteri *volym*. Jag har aldrig säkert kunnat konstatera den af Lindblom¹⁾ påstådda *förstoringen* af uterus under massagen och hvilken han vill förklara som ett *erektionsfenomen* beroende på genom massagen framkalladt blodtillflöde. Denna förstoring, som Lindblom uppskattar till en fördubbling, ja tredubbling af volymen, behöfver konstateras af andra undersökare. Emellertid har jag icke haft tillfälle att behandla subinvolutioner med massage, då jag kommit till målet med de vanliga medlen. Heta sköljningar framkalla tillräckligt kraftiga kontraktioner och likaså jodtouchering af uterinhålan. Äfven elektriciteten kan här ersätta massagen.

Innan jag lemnar frågan om den gynäkologiska massagen, vill jag göra några anmärkningar angående understödjande medel, som kunna komma i fråga. Den allmänna gymnastiken är af stort värde och borde användas mera än i allmänhet sker. Men jag anser den icke utgöra en integrerande del af behandlingen. Brandt anser ju deremot, att man genom vissa bestämda rörelser kan fördelaktigt eller ofördelaktigt inverka på underlifssjukdomar. Detta förklarar han med rörelsernas afledande eller tilledande verkan. Vid inflammationsprocesser använder man den förra för att »leda blodet från bäckenet». Ehuru en momentan sådan verkan under behandlingen kan vara möjlig, synes på detta sätt icke några bestående resultat kunna ernås. Deremot anser jag den allmänna gymnastiken af stort värde, såsom höjande den allmänna nutritionen, underhjälpande afföringen och af god psykisk verkan. Jag tror heller icke på, att man kan stanna en genitalblödning med att såsom »afledande» medel gifva pat. armrörelser. I allmänhet stanna blödningar så ofta af sig sjelfva, att man bör vara försigtig

¹⁾ Eira n:o 9, 1890.

med terapeutiska slutsatser. Af öfriga allmänna medel anser jag varma, eventuelt heta sköljningar och våtvarma omslag jemte massagen kunna vara af nytta. Jernmedel och stomachika hafva äfven sin användning. Pat. äro ofta förstoppade, och ehuru den gynäkologiska massagen i och för sig ofta underlättar afföringen, är det ofta behöfligt att genom massage af colon underhjelpa tarmperistaltiken. Icke för stora (300—500 cc.) vattenlavemang ett par veckor *dagligen* tagna på *bestämd tid* helst efter frukosten äro ofta egnade att reglera afföringarne. Laxantia ordinerar jag icke annat än alldeles undantagsvis.

VI. Celluliten i bukväggen.

Innan jag avslutar detta arbete, vill jag fästa uppmärksamheten på en åkomma, som hos qvinnan är ytterst vanlig, ganska smärtsam och som endast medelst massagebehandling kan häfvas — jag menar *celluliten i bukväggen*. Namnet »cellulit» fordrar någon förklaring. I det vanliga medicinska språket betyder cellulit en inflammation i cellväfven = i bindväfven, en phlegmone. Särskildt engelsmännen begagna med förkärlek detta uttryck och i engelsk nomenklatur blir t. ex. bäckencelluliten liktydig med parametriten — inflammationen i bäckenbindväfven. Den som första gången hör uttrycket »cellulit i bukväggen» tänker först på en phlegmone i cavum prævesicale Retzii. Det är dock här fråga om något helt annat.

Det är för alla massörer en bekant sak, att på alla ställen af kroppen kan uppträda en ansvällning sannolikt ett lindrigt ödem i den subkutana bindväfven.¹⁾ Denna åkomma förekommer, åtminstone hos oss i Sverige, mycket ofta hos både män och qvinnor. De vanligaste platserna för dessa förändringar äro hufvudsvålen, öfverarmarne, främre och sidoytorna af bröstkorgen, *bukväggen*, glutæalregionen och insidan af låren. Den ger olika symptom, allt efter den plats den intager. Hufvudsvålscelluliten ger anledning till svår tryckning öfver hjessan och hufvudvärk, på extremiteterna ger den samma symptom

¹⁾ I litteraturen finnes intet om celluliten, utom dr Viderströms uppsats (se nedan!) och ett anförande af dr Vide vid läkaremötet i Norrköping 1887. Förh. sid. 108. Dr Vide omämnerder helt kort eelluliternas natur och behandling och påpekar, att de ofta förvexlas med myiter.

som den reumatiska myiten och kan, om den är lokaliserad i glutæalregionen förvexlas med ischias. På bröstkorgen kan den simulera en torr pleurit eller framför allt hjertsjukdom. Det är ganska vanligt, att patienterna tro sig hafva ett hjertlidande. De lida af en egendomlig ängslan och oro, hjertklappning och ofta en viss grad af andnöd och de förlägga smärtorna öfver hjertrakten till sjelfva hjertat. Den känsla, som celluliten i hjertrakten framkallar, ger ofta anledning till psykisk förstämning. Celluliten i maggropen går ofta under den gamla hederliga diagnosen kronisk magkatarr och celluliten öfver *nedre delen af buken under diagnosen oophoritis.*

Denna åkommas patologiska anatomi är ännu mindre utredd än den reumatiska myitens. Inga post-mortem-undersökningar äro, af lätt förklarliga skäl, gjorda. Af de kliniska symptomen kan man förmoda, att sjukdomen utgöres af ett ödem i bindväfven, antingen samladt i mera utbredda partier eller fördeladt i små från hvarandra skilda ansvallningar i storlek vexlande från miliära gryn till stora hasselnötter och begränsadt till ett större antal eller enstaka fettlober. Detta ödem är sannolikt beroende på vasomotorisk orsak.

Jag vill här alldeles lemna åsido celluliterna på andra ställen af kroppen för att uteslutande sysselsätta mig med

Celluliten i bukväggen.

Gynäkologen träffar på sina mottagningar ofta dylika fall. Pat:s subjektiva besvär äro följande. Värk i buken vanligen i nedre delen och särskildt åt ljumskarna. Vid gåendet och i allmänhet vid ansträngningar blir värken svårare. Men man hör ibland att värken är lindrigare, så länge pat. är i rörelse och svårast om natten, då hon ligger. Denna värk uppträder ibland i form af krampsmärtor simulerande en tarm- eller genitalkolik. Ömheten är ofta mycket betydlig, ibland så att klädernas tryck förorsakar smärtor, ofta är buken så öm, att pat. skriker till vid minsta vidröring. Sjukdomen kan naturligtvis uppträda i olika gradationer från en obetydlig åkomma till ett verkligt plågsamt lidande. Då en pat. klagar öfver dylika symptom, tänker man, som också pat. sjelf oftast gör, på något underlifslidande och gör en bimanuel undersökning.

Man finner då, att hon dervid ömmar högst betydligt. Palpationen af uterns går vanligen ganska obehindradt, ehuru hon markerar ömhet, men då man skall undersöka adnexen, skriker hon till af smärta och spänner bukväggen, så att palpationen är nästan omöjlig. Man skulle då, om man icke kände denna åkommas natur, antaga någon sjukdom i adnexen. Oftast sättes diagnosen helt lättvindigt på oophorit och pat. behandlas, naturligtvis utan resultat, derefter.

För att komma på det klara med diagnosen måste man undersöka på ett särskildt sätt. Man fattar bukbetäckningarne med ena handen med ett tag mellan tummen å ena sidan och de öfriga fingrarne å den andra, så att man i greppet får de lager af bukväggen, som ligger utanför muskellagret d. v. s. *huden och subkutana fettlagret*. Fins en cellulit, så kännes hela hudvecket mjukt, degigt, oelastiskt, likasom om det gaf efter för fingertrycket, men också ibland mycket hårdt, i hvarje fall i saknad af den elasticitet, som tillkommer den normala huden och subkutana fettlagret. I andra fall träffar man inga större sammanhängande partier, utan små hårda mycket ömma gryn eller större och mindre klumpar i sin ordning sammansatta af mindre gryn. Pat. markerar häftig smärta och om man jämför med ett ställe af huden, der hon icke ömmar, finner man, att man der får ett mycket tunnare veck af mera elastisk. alls icke degig konsistens. Diagnosen är nu klar, det är fråga om en cellulit och denna kan icke gerna vara något annat än ett ödem i den subkutana bindväfven (och möjligen i de djupare lagren af huden). Pat. förklarar ofta genast, att det är derifrån smärtorna komma, men ibland är det mycket svårt att öfvertyga henne, att hon icke har något underlifslidande och det är då endast en framgångsrik behandling, som kan öfvertyga henne. Någon gång vid lindrigare fall kan konsistensen vara så obetydligt förändrad, att man endast på grund af ömheten och verkan af behandlingen kan vara säker på diagnosen.

Som ofvan anmärkts kan celluliten finnas hvar som helst på kroppen, ehuru den har vissa predilektionsställen. Bukväggscelluliten förekommer företrädesvis nedanför och utanför naveln på ena eller båda sidor och derifrån sträckande sig snedt nedåt och

utåt mot ljumskarne ibland ända till spin. il. ant. sup. Ofta kan den derifrån följas öfver crista ilium och öfver gluteerna. Äfven i regio pubica finnes ibland celluliten utbredd, de subjektiva symptomen kunna då simulera sjukdom i blåsan, men undersökningen visar naturligtvis lätt hvad som föreligger.

I dessa fall är ett äfven lindrigt tryck af mjukdelarne mot underliggande ben, crista ilium eller blygdbenen enormt smärtsamt. Äfven i ett inskränkt område rundt om nafveln finnes ibland celluliten, smärtorna kunna då af pat. förläggas till magsäcken och äfven vid massagen stråla smärtorna ut uppåt maggropen. I sjelfva epigastrium förekommer ofta celluliten. Den vanligaste platsen är dock den förut nämnda i regio gastrica, iliaca och inguinalis.

Detta hvad symptomatologien beträffar.

De etiologiska momenten äro dunkla. Jag har tänkt mig flera, allmänna och lokala. Man måste antaga en allmän orsak i de fall, der sjukdomen är utbredd öfver hela kroppen. Jag har sett fall, der endast händer och fötter voro fria från celluliter och för öfrigt den karakteristiska degigheten och ömheten förefans på hela kroppen. Det är ju lätt att hjälpa sig ur förlägenheten med att taga sin tillflykt till »förkylning», men detta moment torde snarare hafva underordnad betydelse. För dessa fall af allmän cellulit torde man få antaga någon abnormitet i det vasomotoriska kärlsystemet.

För de lokala celluliterna kanske afkylningen dock spelar en viss roll. Hvad särskildt bukväggcelluliten angår synes dess uppkomst gynnas af vissa moment.

1. Snörning vare sig af korsett eller genom hård tilldragning af kjolbanden kring lifvet. Då de mjuka betäckningarne dervid tryckas mot skelettsdelarne, hindras hudeirkulationen och ett ödem uppkonuer lättare än vid ohämmad cirkulation.

2. Olämplig benbeklädnad.

De allmänt brukliga öppna kalsongerna af bomull äro den för vårt klimat olämpligaste ben- och underlifsbeklädnad man gerna kan tänka sig, då den släpper in den kalla luften under kjolarne och genom de öppna benkläderna ända upp på buken.

3. Graviditeten. Utspänningen af buken, ansträngningen

under förlossningen synes göra bukväggen mera mottaglig för celluliten än vanligt. Jag har sett cellulit uppstå någon tid efter förlossningen, t. o. m. i puerperium, der den icke förut funnits eller åtminstone förefunnits latent.

Alla dessa tre moment förklara hvarför här omhandlade åkomma är ofantligt mycket vanligare hos kvinnor än hos män, men äfven celluliten i allmänhet, den må förekomma hvar som helst, är vida vanligare hos kvinnor. Utom nämnda tre etiologiska moment måste likväl äfven andra förefinnas på grund af följande invändningar, som kunna göras mot dem alla.

Ad. 1. Jag har funnit cellulit i bukväggen hos kvinnor, som aldrig burit korsett och som haft kjolarne hängande på knappar och således på intet sätt varit snörda.

Ad. 2. Äfven hos kvinnor, som ständigt burit slutna kalsonger t. o. m. af ylle, uppträder celluliten.

Ad. 3. Bukcelluliten förefinnes, ehuru icke så ofta äfven hos kvinnor som icke hafva födt barn.

Slutligen måste det finnas någon orsak, hvarför hos kvinnor, der ett eller (som kanske likväl hos de flesta kvinnor) alla dessa tre moment föreligga, celluliter icke uppstå. Den egentliga orsaken måste således vara någon annan. Men hvilken? Det återstår att utforska. Det är obestridligt, att en viss fettrikedom i underhudsväfvén underlättar uppkomsten af celluliten. Jag har ytterst sällan om någonsin sett åtminstone bukväggs-celluliten hos verkligt magra kvinnor. Detta förklaras af den under sådana omständigheter något försvagade cirkulationen i underhudsväfvéns kärl. Jag talar icke alls om de fall af obesitas, der äfven på grund af fetthjerta cirkulationen är svagare, utan hufvudsakligast om den normala fylligheten och om lindrigare grader af korpulens.

Höggradigaste korpulens kan förefinnas utan spår af cellulit och man kan icke gerna förvexla den känsla man får, då man fattar ett veck af excessivt hudfettlager med det intryck man får af celluliten, om man har någon vana vid dessa undersökningar.

Slutligen vill jag anmärka att, ehuru celluliten kan uppträda i form af granula, får man icke förvexla den med den granulering af underhudfettet i bukväggen, som isynnerhet före-

finnes vid atrofi efter talrika förlossningar. Just i bukväggen uppträder dock celluliten mera utbredd. Det är ofta först efter någon tids massage, som granuleringen framträder och ofta kvarstå ömma granula, som icke genom någon massage kunna fås att försvinna eller ens bli oömma.

Diagnosen är lätt, om man en gång fått känsel på den karakteristiska degigheten. Med någon uppmärksamhet kan sjukdomen icke undgå undersökaren. Pat:s smärtyttring i samma ögonblick man får det rigtiga taget är karakteristisk.

Med ett ödem af annan orsak, en anasarca kan celluliten icke gerna förväxlas. Derifrån hindrar dels frånvaron af något påvisbart cirkulationsfel eller hydrämiskt tillstånd, dels den oregelbundna fördelningen, den karakteristiska konsistensen och ömheten.

Den reumatiska myiten kunde väl vid ytlig undersökning förväxlas med celluliten. Men derifrån skyddar undersökningsmetoden. Man får nämligen icke sätta diagnosen genom tryck mot underlaget eller genom att fatta muskellagret i greppet utan genom att lyfta upp ett hudveck.

Det är otvifvelaktigt att en stor del s. k. myiter i sjelfva verket äro celluliter. För öfrigt förekomma myiter och celluliter mycket ofta tillsammans och torde väl i etiologiskt och patologiskt hänseende stå hvandra mycket nära. För gynäkologen är det viktigt att icke förväxla celluliten med alla möjliga andra sjukdomar i buk- och bäckenorganen. Den har särskildt för honom ett mycket stort intresse, ty utan kännedom om denna sjukdomsform, löper han fara att tillskrifva andra händelsevis palperade tillstånd i genitalorganen de smärtor och obehag, som äro beroende på celluliten i bukväggen. En händelsevis påträffad retroversion får bära ansvaret och pat. får helt omotiveradt ett pessarium, ömheten vid undersökningen tolkas som »metritis», oophoritis, i bästa fall ovaralgi. En utbredd cellulit kan uppfattas som en kronisk peritonit. Dessutom försvårar eller rent af hindrar en svår bukväggecellulit den bimanuela undersökningen. Smärtan gör, att pat. omöjligt kan släppa efter bukväggen och hvarje tryckning med yttre handen framkallar nya smärtor och ny kontraktion. Isynnerhet för den gynäkologiska massagen utgör celluliten ofta ett hinder, som först måste undanrödjas.

Prognosen för denna sjukdom är så tillvida god, som den är ofarlig och temligen snart nästan häfves vid lämplig behandling. Men dels är det svårt, ofta omöjligt att fullständigt aflägsna celluliten, dels inträder inom ett fåtal år ofta ett recidiv, som, om det får tid att utveckla sig, kan blifva lika svårt som den första gången häfda sjukdomen. Likväl går recidivet i tid behandladt mycket fort tillbaka.

Behandlingen är enkel men besvärlig och smärtsam. *Massage* är den enda behandlingsmetod, som är af något värde. Jag talar här om bukväggcelluliten som sådan. (Den allmänna celluliten torde lämpligen kunna derjemte behandlas med bad.)

Massagen ges lämpligast i form af petrissage. Man lyfter med båda händerna upp veck af huden och underhudbindväfven och knådar och gnuggar så de sjuka partien mellan båda händerna. Hufvudsaken är en genomknådning af de sjuka partien.

Man måste börja mycket sakta, då ömheten ofta är mycket betydlig och för öfrigt, huru försigtig man än är, ökas under första dagarne. Derefter ökar man småningom kraften, som likväl aldrig behöfver vara särdeles stor. Blir ömheten mycket stor, kan man gerna, isynnerhet i början, göra en dags uppehåll. Man finner ofta, att det vanliga uppehållet öfver söndagen är nyttigt, enär ömheten på måndagen är mycket mindre än på lördagen och ofta icke åter ökas.

Lätta celluliter häfvas ofta på några veckor, svårare invetererade fall behöfva månaders daglig behandling. Ofta kvarstår ömheten så länge man fortsätter massagen. Man bör därför, då värken försvunnit och bukväggens konsistens blifvit normal, äfven om ömhet för massagen kvarstår, göra ett uppehåll med massagen på några dagar. Det händer då att ömheten försvinner och man bör avsluta behandlingen.

Denna sjukdomsform, celluliten i bukväggen, som är af stor betydelse i differentialdiagnostiskt hänseende, synes ännu vara föga känd äfven af gynaekologerna. Utom Sverige är den, så vidt jag kunnat utröna, alldeles okänd. Den, som hos oss först framhållit dess betydelse för gynaekologen, är prof. Salin, som redan för mer än tio år sedan, så vidt jag vet först af

alla, upptäckte sjukdomens rätta natur och behandling och som sedan för sina lärjungar demonstrerat dylika fall. Jag meddelar här korta berättelser öfver de två första af prof. Salins fall, som han haft godheten ställa till mitt förfogande.

Fall XXXVII. Pat., 36 år, omföderska, gift, besökte mig första gången d. ²⁶/₁₀ 1880. Hon hade då redan 4 år lidit af svåra smärtor i buken ofta påkommande och varande från 1—14 dagar. Anfällen uppfattades af hennes läkare som retningar till peritoneum och behandlades med stillaliggande och morfin. Smärtorna påkommo isynnerhet vid rörelse, så att pat. fruktade att gå, i följd häraf var fullständigt invalid med nedsatt nutrition och betydligt nervös. Vid undersökning kunde intet abnormt upptäckas, utom en styfhet och betydlig ömhet i bukväggen. Efter två månaders massage å bukväggen, hvilken massage i början var ytterligt smärtsam, blef pat. fullt återsteld och har sedan dess endast haft obetydligt recidiv, hvilket lätt ånyo genom massage häfts.

Fall XXXVIII. Pat., 30 år, omföderska, gift, besökte mig d. ¹⁷/₁₁ 1880. Efter första barnsängen, som förlöpte normalt, uppstodo smärtor isynnerhet i venstra sidan af buken, mest framträdande vid rörelser. Lidandet uppfattades som oophoriter, men ingen behandling, ej en gång gynaekologisk massage framkallade förbättring. Vid undersökning upptäcktes med undantag af en lindrig förstoring af uterus och en lindrig uterinkatarr intet abnormt från genitalapparaten, men deremot företedde pat. en betydlig förtjockning af fettväfven öfver nedre delen af venstra bukhalvvan, hvilken förtjockning var säte för intensiv ömhet. Efter någon tids massage voro smärtorna försvunna och hafva sedermera endast undantagsvis återkommit men då lätt häfts genom massage.

Dessa prof. Salins två första fall hafva ett stort intresse såsom utgångspunkter för en rationel behandling af denna sjukdomsform. De äro i alla afseenden typiska, den föregående origtiga diagnosen och behandlingen icke minst.

Äfven jag har sett dylika fall. Jag erinrar mig ett fall, simulerande en gallstenskolik.

Fall XXXIX. Pat., några och tjugo år, gift, fick barn för 20 mån. sedan. Hon insjuknade för 6 veckor sedan med kräkningar och värk i buken. Den behandlande läkaren stälde diagnosen på gallstenskolik. Pat. hade ingen icterus och inga gallstenar hafva någonsin upptäckts. Derefter hade hon ett par gånger liknande lindriga anfall och har ständigt värk och ömhet för minsta tryck, jemte en ständig känsla af trötthet i buken.

D. $4/_{12}$ 1890 fann jag en cellulit i bukväggen t. v. och nedanför naveln öfver en handsbredds yta och en något mindre på högra sidan. Från genitalia anmärktes, att uterus var retroverterad och var för öfrigt undersökningen mycket svår på grund af bukfett och ömheten.

Efter 3 veckors massage voro smärtor, ömhet och trötthetskänsla borta och pat. har sedan varit frisk.

I detta fall har säkerligen celluliten inträdt akut. Detta händer någon gång, ehuru den vanligen utvecklar sig kroniskt. Jag erinrar mig ännu ett sådant fall.

Fall XL. Pat., en 26-årig, gift omföderska hade jag sedan början af 1890 behandlat för endometrit och d. $13/5$ var hon frisk. Hon hade då ingen cellulit. Den $8/9$ instälde hon sig med klagan öfver värk i högra sidan af buken. Denna värk påstod hon säkert, att hon hade fått midsommarafton, då hon hade dansat sig varm och derefter gått ute och frusit. Allt sedan dess hade hon känt värken. Jag fann en obetydlig, men otvifvelaktig cellulit i högra sidan af buken. Jag masserade henne litet och stälde henne till min poliklinik några dagar derefter i afsigt att visa henne för en tysk gynekolog, som var här på besök. Hon instälde sig också, men till min förvåning och misräkning fans celluliten ej kvar. Vid närmare efterforskning talade hon då om, att då hon funnit sig bättre efter massagen, hade hon fortsatt och masserat sig sjelf ett par gånger om dagen med den verkan att såväl värk som ömhet försvunnit.

Sådana fall af färskt datum, der celluliten efter några dagars massage, försvunnit har jag flera gånger sett.

Invetererade fall fordra lång tids behandling. Jag vill här meddela ett rätt intressant sådant fall.

Fall XLI. Pat., 28 år, ogift, butikbiträde, har sedan 5—6 år ständigt haft värk i buken. Regleringen smärtsam, oregelbunden. Pat. tror sig hafva något underlifslidande, senaste regleringen i slutet af juni 1890.

D. $11/8$. Genitalundersökning gaf osäkert resultat på grund af ömhet och spänning i buken, men jag tänkte ej på cellulit.

D. $18/8$. Förnyad undersökning. Jag fann nu en utbredd cellulit på båda sidor och nedanför och rundtom naveln sträckande sig nedåt ljumskarne. Uterus kändes stor och jag misstänkte graviditet. Massage af celluliten dagligen.

D. $6/9$ kunde jag säkert konstatera graviditet.

Celluliten masserades fortfarande till d. $20/11$, då den

var häfd utom på ett enda ställe, der ett ömmande granulum envist kvarstod. Pat. har sedan blifvit förlöst och är frisk.

Jag vill här påpeka, att det naturligtvis icke finnes något hinder för att behandla celluliten äfven under graviditet, som i och för sig disponerar för celluliten och således också för en försvåring af den redan befintliga. Det är också af fördel att icke låta åkomman blifva för gammal och någon retning af uterus kan ju icke framkallas af massage af det upplyftade hudvecket.

Efter partus uppkommer ofta eller exacerberas åtminstone lätt en cellulit, den kan gifva anledning till feldiagnos, jag har sjelf varit ute för detta.

Fall XLII. En 24-årig pat., som jag i mars 1889 behandlade vid en abort, hade då ingen cellulit. Hon förlöstes spontant från fullgånget foster d. $1\frac{2}{4}$ 1891, men placenta måste utskaffas manuelt. Pat. var under puerperiet fullkomligt feberfri, men då jag två veckor efter partus undersökte henne, markerade hon ömhet i högra sidan vid bimanuel undersökning, utan att jag kunde känna något exsudat. Jag lät henne ligga en vecka till, men upptäckte då vid förnyad undersökning, att den förmenta parametriten var en obetydlig cellulit i högra hälften af bukväggen.

Jag kunde meddela flera fall, der diagnosen till en början varit origtigt satt, men fallen äro hvarandra temligen lika. Sens moralen är, att man vid sin undersökning icke får glömma att undersöka på cellulit. *För gynäkologen särskildt gäller att inleda hvarje bimanuel undersökning med att undersöka bukväggen. Utan detta är undersökningen ofullständig och kan lätt blifva missledande.*

Äfven i bäckenbotten förekomma celluliter i förening med myiter. Doktor Widerström¹⁾ har meddelat sin erfarenhet om tillvaron och massagebehandlingen af dylika fall. Jag har endast sett och behandlat ett dylikt fall.

Fall XLIII. Pat., 37 år, har fått två barn för resp. 13 och 9 år sedan. Vid den senare förlossningen, som afslutades med tång, skadades perineum och troligen anus. Hon har alltsedan haft smärtor vid afföring. För två år sedan abort, åtföljd af en långvarig underlivsinflammation, hvarunder pat., ännu icke återställd, gjorde resan öfver oceanen. Sedan dess temligen frisk,

¹⁾ Om myiter och celluliter i bäckenbotten. Hygiea 1891, sid. 166.

till dess hon på sensommaren 1890 led af en svår cystit och urethrit, fissura et contractura ani, dessutom hade hon en tjock strängformig exsudatrest, som kvarhöll uterus orubbligt i retroflexion (kloroformundersökning). Hon hade då inga smärtor i bäckenbotten, då hon satt. Efter två månaders sängliggande kom pat. upp, återställd från sitt blås- och tarmlidande. Exsudatresten hade jag icke behandlat. Hon började nu känna smärtor, då hon satt någon längre stund. Dessa smärtor voro rätt svåra och hon sökte min hjälp d. $3\frac{1}{1}$ 1891. Jag fann då myiter i muskelfästena vid sacrum och masserade någon tid utan vidare resultat, till dess pat., praktisk som hela hennes nation (engelska), förklarade, att sjukdomen måste ha sitt säte »in the bottom of the back». Jag hade just läst dr Widerströms uppsats och undersökte nu bimanuelt med två fingrar i vagina och yttre handen på undre ytan af bäckenbotten och mycket riktigt markerade pat. betydlig ömhet vid detta tryck, och efter några veckors massage kunde hon sitta utan smärtor och är fortfarande fri från dessa.

Jag tviflar icke på att detta var ett fall af cellulit i bäckenbotten. Muskelfästena vid coccyx och detta ben voro icke ömma. Någon olikhet i konsistens mot den vanliga kunde jag icke känna, men då jag icke förut speciellt öfvat mig i bäckenbottens palpation, vågar jag icke påstå, att den icke fans. Ömheten och behandlingens resultat äro dock tillräckligt bevisande. Dylika fall behandlas på det sätt att två fingrar i vagina eller ett i rectum tjena som stöd och massagen utföres på undre ytan af bäckenbotten med yttre handen mot den stödjande inre. Beqvämast är att hafva pat. i Sims läge.

Före afslutandet af detta arbete har jag att framföra min tacksamhet till alla dem, som direkt eller indirekt varit mig till hjälp. Till professor Salin står jag i stor tacksamhetsskuld, dels för öfverlåtaude af patienter, intagna på hans afdelningar på lasarettet och Sabbatsberg, men framförallt för de många värdefulla råd och anvisningar han gifvit mig under affattandet af detta arbete. Jag kan icke nog lyckönska mig till att ständigt hafva haft att tillgå hans stora erfarenhet, då min egen, som ofta, visat sig otill-

räcklig. Professor Netzel har jag att tacka för ett par af de intressantaste fallen, hvarför jag här uttalar mitt förbindliga tack. Dr Ivar Svensson och dr E. G. Johnson är jag stor tack skyldig för välvilligt öfverlåtande till behandling af patienter, intagna på deras resp. sjukafdelningar å Sabbatsbergs sjukhus.

Major Brandt ber jag här att få särskildt tacka för alla de lärdomar i behandlingens teknik jag under mina besök hos honom inhämtat. Djupt tacksam för den välvilja jag derunder fick åtnjuta, kan jag icke annat än lyckönska mig att af denna omsorgsfulla undersökare och öfverträfflige massagetekniker hafva fått del af metodens tillämpning. Den teknik jag använt och beskrifvit är, der icke annat påpekas, den af major Brandt använda. Jag har dock ansett en del af hans handgrepp onödiga eller onyttiga och om jag äfven med afseende på metodens räckvidd icke i allt delar major Brandts uppfattning, så hoppas jag, att denna differens måtte uppfattas som rent saklig och att man icke häri måtte se någon antagonism mellan läkaren och gymnasten. Jag vet mer än väl att månget ingrepp, som skulle vara farligt i de flestas händer, af major Brandt kan utföras utan fara för patienten. Men jag har icke trott mig böra göra undantaget till allmän regel. Med oförsigtig gynäkologisk massage kan så oändligt mycken skada uträttas, att man här bör inskränka massagen till det nödvändigaste. Der vi läkare ega raskare till målet förande, ofarligare eller om äfven farligare dock säkrare metoder, böra vi använda dem. Skilnaden i åsichter hoppas jag icke skall uppfattas som ett underkännande af major Brandts anspråk på erkännande. *Till slut är det dock major Brandt, som är skapare af den värdefulla manuela behandlingen af gynäkologiska lidanden.*



✓



Riley Dunn & Wilson Ltd
EXPERT CONSERVATORS & BOOKBINDERS

