

Den 16 juni 1904

Den 16 juni 1904 ägde en av de mest omtalade händelserna i Finlands historia rum. Det var den dagen den unge studenten Eugen Schaubman sköt den 65-årige ryske generalguvernören Nikolai Bobrikoff i Senaten i Helsingfors, för att därefter ta sitt eget liv. Generalguvernören fördes svårt skadad till Kirurgiska sjukhuset, där han opererades av den berömda traumakirurgen, professor Richard Faltin. Som professor Faltin själv

konstaterade var fallet "hopplöst från början och den dödliga utgången kunde icke afvärjas, trots användandet af läkekonstens alla resurser". Finska Läkaresällskapets Handlingar hade förmånen att få publicera professor Faltins beskrivning av sitt försök att rädda den politiskt betydelsefulla patienten. Den ur både historisk och kirurgisk synvinkel synnerligen intressanta uppsatsen "Redogörelse öfver Hans Excellens Gene-

ralguvernör Bobrikoffs skottsår och deras behandling" publicerades i Handlingarna Band XLVI N:o 9 år 1904. Då 100 år förflutit sen denna historiska händelse har Handlingarnas redaktion beslutat att i detta nummer publicera en kopia av den ursprungliga artikeln.

CAJ HAGLUND
Huvudredaktör

Redogörelse öfver Hans Excellens Generalguvernör Bobrikoffs skottsår och deras behandling.

AF

R. Faltin.

Följande redogörelse torde ega ett visst intresse, om ock mindre i medicinskt än i historiskt hänseende, och därför försvara sin plats i Finska Läkaresällskapets Handlingar.

Generalguvernören Nikolai Bobrikoff, 65 år gammal, intogs den 16 juni ungefär $\frac{1}{2}$ 2 tiden e. m. på kirurgiska sjukhuset i Helsingfors.

Enligt uppgift skulle pat. i Senaten kl. 11 tiden f. m. på c. 8 meters håll hafva blifvit påskjuten med 3 skott ur en Browningrevolver, kaliber 7,65 mm., försedd med nickelmantlade kulor. Pat. kunde gå genom några rum, innan han kände sina krafter nedsatta. Efter det ett förband anlagts af läkare, transporterades pat. på bår till sitt hem. Här konstaterade en annan läkare utom skottsår i bägge regiones submaxillares ett skottsår nära nafveln och en dämpning i nedre delen af buken. Uppkastningar, blodspottning, tal-, respirations- eller sväljningsstörningar hade icke förekommit. Pat. tillrättades att omedelbart underkasta sig operation. Enligt egen önskan hemtades han då med bår till kirurgiska sjukhuset.

Status praesens vid intagningen. Kraftig kroppsbyggnad. Godt nutritionstillstånd. Pat. ligger med slutna ögon, starkt medtagen, betäckt med kallsvett. Ansiktsfärgen betydligt anämisk. Pulsen mjuk, mycket lätt undertryckbar, regelbunden, freqv. c. 130. Sensoriet klart. Svarar på tilltal med ganska kraftig röst.

Redog. öfv. H. Exc. Generalg. Bobrikoffs skottsår o. deras behandl. 215

Buken rätt fet. Något till höger om medellinien, ett par cm ofvanom nafveln, ett rundt c. 1 cm. i diameter mätande sår med slitna, sugillerade och något svärtade ränder. I sin öfre del är buken mjuk, från nafveln nedåt resistent, dock utan egentlig muskelspänning. En tydlig dämpning sträcker sig öfver nedre delen af buken. Dämpningens öfre gräns når till höger reffensbågen i mamillarlinien samt går sedan i en nedåt konvex båge i nafvelhöjden öfver till venstra lumbal regionen. Pat. angifver icke någon ömhet vid palpationen. På ryggen synes ingen utgångsöppning för kulan.

I regio submaxillaris dextra, i höjd med tungbenet och vid v. sternocleidomastoidei främre rand, finnes ett rundt skottsår, hvarur för tillfället ingen blödning. Sårrets omgifning icke på något sätt märkbart altererad. På högra sidan, på ett det just beskrifna sårrets läge fullkomligt symmetriskt ställe, finnes ett c. 1 cm stort något oregelbundet, ovalärt, såsom det tyckes ytligt, skrubbsår. Inga sväljnings- eller respirationsstörningar.

I höjd med 3:dje högra reffbenet finnes på thorax' framsida ungefär i mamillarlinien en c. 2 cm lång, vertikal exkoration.

Nästan omedelbart efter intagningen skreds till operation. Pat. önskade först urinera, men då han icke efter enstunds försök kunde göra det, katetriserades han i början af narkosen. Därvid tömdes c. 250 ccm mörkfärgad, klar urin, som icke blef närmare undersökt.

En spruta kamferolja gafs och eternarkosen inleddes kl. 17 min. före 2, efter det prepareringen af operationsbitet påbegynts. Sjelfva operationen vidtog c. 10 min. senare.

Laparotomia. Resectio intestini. Enterographia. (Murphy). Snitt i medellinien, på högra sidan kringgående nafveln, hufvudsakligen ofvanom densamma. Vid öppnandet af buken störta stora mängder, delvis koaguleradt, mörkt blod ut. En nästan fullständigt afliten tunntarm presenterar sig omedelbart i såret och framdrages.

I den närbelägna tarmen ytterligare 4 fullständiga perforationer samt i det tillhörande mesenteriet dels två-, dels långsgående rupturer. En af de tvärgående oregelbundna aflitningarna, som låg i närmaste närhet till den först anträffade perforationen, var c. 10 cm lång. Hela detta c. 75 cm långa, på 5 ställen perforerade tarmparti, enligt uppskattning utgörande nedre delen af jejunum, drogs utanför buken och inslogs i stora kompresser.

Stora mängder koagler uthemtades från buken, särskildt från dess nedre del inklusive lilla bäckenet, vidare från högra ländtrakten och hypokondriet. Därvid anträffades den i tvänne stycken sprängda nickelmanteln, liggande bland koaglerna i främre delen af buken.

Tarmen granskades systematiskt ända upp till duodenum och ned till coecum. Anmärkningsvärd var tarmarnas tomma, kontraherade tillstånd. Därför var äfven mängden tarminnehåll i bukhålan ganska liten, trots de stora öppningarna i tarmen. Tvänne tarmväggen icke perforerande, endast till mucosan näende. Smärre sår anträffas i nedre ileum och sutureras med silke. Smärre rupturer och sugillerade ställen här och hvar i mesenteriet. Tjocktarmen, ventrikeln och levern företedde intet abnormt.

Med flere liter varm, fysiologisk koksaltlösning rengjordes och irrigerades tarmarna under granskningen. Likaså utskjölde bukhålan med stora mängder koksaltlösning.

Bakre bukväggen granskades noggrant. I radix mesenterii anträffades något till höger om medellinien ett litet hål, som kunnat vara ingångsöppningen för en projektil. Ett stort blodande kärl därstädes omstacks med silke. Då trots rengöringen af bukhålan ännu stora mängder blodig vätska under manipulationerna syntes framqvälla än härifrån och än därifrån, granskades buken ännu en gång systematiskt från högra ländtrakten tvärs öfver till venster, utan att något blodande ställe kunde anträffas.

Under sökandet efter den eventuella blödningskälla, blef patientens puls allt sämre, tidtals nästan icke kännbar, och höjde sig endast momentant efter injektioner med kamfer och eter. Därför påbegyntes en intravenös koksaltinfusion och etermasken aflyftes för en stund.

Pulsen blef åter något bättre. Det lederade tarmpartiet, inalles c. 75 cm, resecerades efter underbindning af mesenteriet med katgut och under provisorisk afklämning af tarmlumen med klämtänger. För vinnande af tid hopfogades tarmen med Murphys knapp. På grund af tarmens ovanligt starka kontraktionstillstånd beredde införandet af knappdelarna i tarmlumen vissa svårigheter, och det ehuru knappen var af den för tunntarmsresektioner brukliga storleken. Vid sammanfogandet af knappens hälfter prolaberade på ett ställe något slemhinna. Några förstärkningsuturer med fint silke bragte tarmstumparna i bred och seroserös kontakt med hvarandra. Öppningen i mesenteriet hopdrogs med katgut.

Efter ytterligare utsköljning af bukhålan med koksaltlösning, slöts denna med grofva, genom alla lager gående silkesuturer. En mindre öppning lemnades för en steril gastampon, placerad mot resektionstället.

Halssåren inspekterades ännu en gång hastigt, men då de icke för tillfället gäfvö anledning till något ingrepp och det gälde att snabbt få pat. till sängs, anlades ett förband.

Narkosen afslutades kl. 2.27. Eteråtgången var 110 kem. Under operationen, medan pulsen var som sämst, lyftes (den

Julliardska) masken tvänne gånger bort för en stund och anlades åter när pat. begynte spädda. Koksaltinfusionen slutade en stund efter operationen. Inalles hade 900 kem hunnit ingå.

Efter operationen var pat. mycket orolig samt lugnade sig först efter tvänne morfindoser à 3 resp. 4 streck.

Kl. $\frac{1}{2}$ 6 tiden blef pulsen trots flere injektioner af omvexlande kamfer, eter och koffein åter mycket dålig, hvarför en intravenös koksaltinfusion af 1,400 kem gafs. Pulsen blef visserligen öfvergående något bättre och pat. återfick medvetandet samt gjorde några korta frågor. Respirationen begynte vid 6 tiden antaga en Cheyne-Stokes karaktär med synnerligen långa apnoeperioder. Detta tillstånd fortfor ända till 8 tiden, då respirationen efter några injektioner af koffein och kamfer blef regelbunden och snarkande.

Mellan kl. 8—9 var pat. åter mycket orolig. Efter 5 streck morfin + koffein något lugnare. Äfven pulsen blef för en kort stund något bättre för att snart åter bli okännbar och trots upprepade injektioner omvexlande af kamfer, eter och koffein icke vidare blifva kännbar. Pat. låg helt lugnt med snarkande respiration tills han kl. 1,10 f. m. den 17 juni afled. Kramper förekommo icke.

Beskrifning af den resecerade tarmen. Det aflägsnade tarmstycket hade en längd af c. 75 cm. Det i 5% formalinlösning härdade preparatet har endast en längd af c. 50 cm. De följande måtten hänföra sig till det härdade preparatet. Omkring 3 cm från ena ändan är tarmen perforerad vinkelrätt mot längdriktningen. Den ena öppningen intager hela ena sidan af tarmens bredd från mesenterialfästet ända till tarmens konvexitet. Den andra öppningen är äfvenledes mycket stor, men ligger närmare det fettrika, tjocka mesenteriets fäste, hvilket i en utsträckning af några cm på ena ytan sönderrifvits, så att en djup fära uppstått. Tarmen är sålunda nära på afskjuten. Kontinuiteten bevaras endast genom tvänne smala tarmbryggor, den ena några mm. bred vid mesenterial fästet nära den förstbeskrifna öppningen och den andra c. $\frac{1}{2}$ cm bred nära tarmkonvexiteten. Perforationens ränder äro rifna och everterade.

9 cm längre bort finnes en andra perforation. Projektilen har här endast åstadkommit ett till mesenterialfästet näende hål, utgörande något mera än en $\frac{1}{3}$ af tarmens circumferens, och dessutom rifvit upp mesenteriets ena yta så att ett bågformigt, c. 5 cm långt, oregelbundet sår därstädes uppstått.

C. 20 cm längre fram är tarmen nästan afsliten. Tarmstumparna hänga vid hvarandra endast genom en c. 1 cm bred af serosa och något muscularis bestående brygga, som med ena randen når mesenterialfästet. Kontinuiteten af slemhin-

nan är fullständigt upphäfd, så att hvardera tarmlumina vid öppna ligga ett stycke från hvarandra. Det tillhörande mesenteriet betydligt söndertrasadt. På det härdade preparatet finnas åtminstone 2 ställen, där mesenteriet i hela sin tjocklek är sönderrifvet. Hufvudsakligen är dock den ena ytan skadad. Där finnes ett oregelbundet T-formigt, dels ungefär parallellt med kärnen, dels parallellt med tarmen förlöpande sår med, såvidt det af det härdade preparatet tyckes framgå, åtminstone 7 resp. 6 cm långa skänklar. Under operationen tedde det sig, som om tarmen på detta stället varit i flere cm:s utsträckning nästan lösrifven.

8 cm från denna perforation finnes en fjerdre perforation af ungefär samma utseende, som den andra i ordningen af de ofvan beskrifna. Perforationen omfattar c. $\frac{1}{3}$ af tarmens circumferens och ligger vid mesenterialfästet, i hvilket en några cm lång, rifven fära fortsätter sig ungefär i mesenterialkärnlens riktning.

C. 10 cm längre fram och c. 3 cm från preparatets andra ända finnes den femte perforationen, äfven den af ungefär samma beskaffenhet, som den ofvanbeskrifna. Öppningen i tarmen är endast större, omfattar ungefär halfva tarmomkretsen. Rupturen i mesenteriet är äfven något längre och djupare, men inskränker sig dock till ena sidan af detsamma.

Den ovanligt svåra skadan i bukhålan, förorsakad af en enda projektil, kan icke gerna förklarar annorlunda än genom att projektilen inträngt i bukhålan deformerad och splittrad. En hel mantelkula hade svårligen kunnat rifva så stora sår i tarmen och mesenteriet, utan sannolikt åstadkommit ett antal mindre perforationer, där den gått fram. Mängden smärre rupturer i tarmväggen och mesenteriet tyder äfven på att en splittring af projektilen i flere stycken egt rum. Mantelstyckena gjorde väl också sitt till att öka skadorna. Vid betraktande af nickelmantelstyckena framgår det otvivelaktigt, att något hårdt föremål med en rak kant träffat projektilen ett stycke från toppens midt. I följd häraf afslets ett stycke, utgörande ungefär $\frac{1}{4}$ af hela manteln. Sannolikt slets äfven från själfva kulan lös ett eller flere stycken. Säkerligen deformerades kulans hufvudmassa betydligt genom det plötsliga motståndet, som träffade densamma. Enligt upplysningar, hvilka lemnats mig från välunderrättadt håll, hade kulan innan den trängde in i buken råkat på randen af ett bredt, c. 2 mm tjockt

messingsspänne i ett militärbälte. Spännet var på det träffade stället alldeles inböjdt.

Halssåret på högra sidan hade sannolikt uppkommit genom att kulan först träffat något metallföremål, en orden eller en knapp, beläget öfver det ställe på högra sidan af bröstet där en exkoration förefanns, samt därifrån rikochetterat till submaxillarregionen och stannat i halsen. Kanske blef nervus vagus därvid skadad. Sårets läge och den egendomliga respirationen en tid efter operationen, synes mig tala för detta antagande.

Den tredje projektilen hade endast åstadkommit ett skrubbsår i venstra submaxillarregionen. På grund af att enligt uppgift såväl en orden som en metallknapp skulle blifvit träffade af kulor samt dessutom en kula hittats på platsen för attentatet, förefaller det mig sannolikt att äfven detta tredje sår uppstått genom rikochett och icke genom att kulan direkt tangerat halsen.

Tyvärr var det icke möjligt att få en obduktion till stånd. Läget för den i halsen och den i buken inträngda projektilen blef därför outredt. Af stort intresse hade det äfven varit att i lugn och ro få granska buken. Att hemostasen var uppnådd förefaller mig säkert, då ju döden icke inträdde under symptom af förblödning utan i rena choecksymptom. Hjärtats och öfriga organs beskaffenhet hade det därför varit af stort intresse att få fastställa.

Såsnart engång buken blifvit öppnad och man öfvertygat sig om de stora förstöringarna och den våldsamma blodförlusten, syntes fallet hopplöst. En 65 års man, hvilken enligt uppgift lidit af hjertattacker, har knappast några utsikter att öfverleva chocken af en så våldsam läsion. Och skulle äfven i ett fall med ovanligt motståndskraftigt hjerta chocken öfvervunnits, hade en diffus peritonit varit nästan oundviklig. Fallet var hopplöst från början och den dödliga utgången kunde icke avväjas, trots användandet af läkekonstens alla resurser.