

A VÉRÁRAM ÚTJÁN LÉTREJÖTT ÁTTÉTELES VESEKÖRÜLI GENYEDÉSEKRŐL.*

Írta : BORSAY JÁNOS dr egyet. tanársegéd.

Háborúk után gyakran észlelték már egyes betegségek számának megszorodását, más betegségek számának csökkenését. Az első világháború után nagy feltűnést keltettek azok a közlések, amelyek rákos betegségek (különösen tüdőrákok), a szív és vérkeringési szervek szervi bajainak és a thrombo-emboliák megszorodását tárgyalták. Viszont érdeklődést keltett az a megfigyelés is, hogy a háború után a tüdőgümőkór halálozás csökkent. Kiderült, hogy a fent említett betegségek megszorodása csak látszólagos volt, mert azok számának megnövekedését a népesség öregedése, a javuló diagnostika és a műtéti anyag háború utáni megváltozása maradék nélkül megmagyarázza. A tüdőgümőkóros halálozás csökkenése pedig annak volt az eredménye, hogy a háború alatt mindazok meghaltak a nehéz viszonyok miatt, akik normális körülmények között tovább éltek volna (*Zalka, Prochnow, Korányi*).

Természetesen más elbírálás alá esik az a megfigyelés, mely a fertőző megbetegedések számának megszorodását közli. Ilyen esetben a háború után megváltozott környezetben kell megtalálnunk azokat a feltételeket, amelyek közvetve, vagy közvetlenül oki kapcsolatba hozhatók a megszorodás tényével. Érthető tehát — mint éppen *Rávnay* tanulmányából értesülünk arról, — hogy a nemi betegségek száma — különösen a vérbaj — hatalmasan megnövekedett. Mi a háború utáné évben megfigyeltük, hogy a sebészeti klinika beteganyagában nagy mértékben megszorodtak a vesekörüli tályogok és phlegmonék esetei. Mielőtt azonban ennek valószínű okaival, illetőleg feltételeivel bővebben foglalkoznánk, röviden összefoglalom ennek a betegségnek, illetőleg szövődménynek kórbonctanát és klinikáját.

A vesekörüli tályog klinikai fogalma alá tartoznak azok az

* A szegedi Orvosszakszervezet tudományos ülésén 1947. április 24-én tartott előadás nyomán.

inkább körülírt, mint elterjedő jellegű gyulladások, amelyeket a kórboncnok, mint a peri-, epi- és parareniumban elhelyezkedő, különféle okokra visszavezethető abscessusokat különít el egymástól. A kórboncnok élesen elhatárolja a vese rostos tokja körüli folyamatokat, a zsíros tokban, illetőleg az izomzat és a fascia renalis körül lejátszódó gyulladásokat, ez azonban a sebész számára — különösen beolvadt folyamatok esetén — másodrendű értékű.

Vesekörüli tályogok ritkán támadnak külső sérülések után (1.), inkább keletkeznek ráterjedés útján a vese megbetegedésekor (2.), gennyes pyelonephritis, pyonephrosis, vesekő, vesecarbunculus stb. Okozhatja a vesekörüli tályog kifejlődését retroperitonealisan fekvő szervek gennyes gyulladása ráterjedés útján (3.). Jelen közleményünkben a primár, haematogen, metastaticus vesekörüli tályogról számolok be (4.) Ezek általában úgy jönnek létre, hogy a test valamely részén, elsősorban a bőrben rejtőző — többnyire staphylococcus fertőzésből a véráram útján jutnak a vesekörüli kötőszövetbe a kórokozók. E góccokat, mint pyodermát, furunculust, carbunculust, panaritiumot stb. ismerjük fel esetleg a kórelőzmény alapján. Ha azonban észrevétlen maradt, a beteg arra visszaemlékezni nem tud, az orvos a leggondosabb vizsgálattal sem tudja felfedezni, ekkor a hirtelen támadó vesekörüli fájdalom, lázasság mellett olyan érzése van, mintha „a derült égből villámcsapásként“ keletkezett volna a súlyos állapot. Leginkább a heveny osteomyelitishez való hasonlatosságára utalnánk nemcsak az aetiológiát, hanem mint látni fogjuk, a keletkezési mechanizmust, sőt a trauma szerepét illetően is. Két esetünkben az előrement trauma biztosan kimutatható volt. Két lehetőséggel számolhatunk. A trauma következtében támadt haematómában telepedhetnek meg és találhatóak jó táptalajra a vér- és nyirok-úton bekerült bacteriumok. Másrészt kimutatható vérömleny nélkül is a locus minoris resistentiae, a localis szövetártalom következtében kedvező feltételek támadhatnak a véráramban keringő gennykeltők megtelepedésére, mint *Koch és Rehn* állatkísérletei és *Nenntwig* adatai bizonyítják. Ha a trauma praedisponitot teremtő szerepétől eltekintünk, mint ahogy eseteink nagyrésztében nem is szerepel, felmerül a kérdés, hogy mi okozza ezen esetekben a bacteriumok affinitását a vesekörüli szövetekhez. Szerepet játszhatik e terület vérerekben való gazdagsága, a vese és vesekörüli szövetek közti vér- és nyirok-erek dús anastomosis hálózata. *Schörcher* a paranephriticus zsírszövet sejtben való szegénységét említi. *Donáth* anatómiai magyarázatot ad, s míg *Gorasch* szerint a paranephri-

ticus tályog mindig vesekéreg tályog következménye, addig ő két lehetőséget lát a metastaticus tályogok kifejlődésére. A bacterium-embolus passálhatja a vesét és fennakadhat direkt a zsíros tokban. Ehhez az erek elhelyezkedése anatomiailag kedvező feltételeket teremt. A másik lehetőség, mely a szerzők többsége szerint az esetek nagyobb részére érvényes, hogy a bacteriumok, vagy azokkal fertőzött embolusok megtelepedése a glomerulusokban történik és vesekéreg tályoghoz vezet. Ez áttörve a capsula propriát alakítja ki az epinephriumban, majd esetleg a paranephriumban a tályogot. A vesekéreg tályog műtét alkalmával való kimutatása azonban akkor sem lehetséges mindig, ha fel is tárjuk a vesét, mert *Herczel* szerint addig a primär góc meggyógyulhat.

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül a vesekörülí tályogok kialakulásánál egyrészt a bacteriumok virulentiáját, másrészt a szervezet ellenálló képességét, mely utóbbinak jelentőségét *Baumeister* és *Mc. Cutchun* külön hangsúlyozták.

A kitenyészthető kórokozó főleg staphylo- és streptococcus, mint ahogy a primär góc többnyire pyoderma. Előfordul azonban coli, pneumococcus, gonococcus stb., mint ahogy lehetséges, hogy a primär góc gyomor- vagy bélmegbetegedés, typhus, paratyphus, cholecystitis, appendicitis, gonorrhoea, grippe, angina, periostitis, focaltoxicosis stb.

Eseteinket röviden az alábbiakban ismertetem:

1. B. A. 65 éves napszámos. Felvétele előtt 5 hónappal genyes kiütések mindkét lábszáron, két hónappal felvétele előtt pedig hidegrázás, ágyéktáji kúszó jobb alhasi fájdalmak, puffadság. Azóta lázas, fogy. A jobb rekesz magasabban áll, nem tér ki. A jobb bordaív alatt oldalt kb. két ökölnyi resistentia. A jobb ágyéktáj ütögetésre érzékeny. Fvs.: 11.000. Süllyedés: 40—85—115. Cystoscopia: negatív. Előzetes punctio után feltárás. Kb. két cm. vastag, heges, szívós tályog falon áthatolva ökölnyi, a vese felső pólusa körül elhelyezkedő tályogot találunk. Bact. lelet: staphylococcus. Műtét utáni 25. napon távozik.

2. Cs. F. 19 éves kereskedelmi iskolai tanuló. Hadifogságból tért haza genyes bőrkiütésekkel. Néhány héttel a klinikára szállítás előtt hidegrázás, azóta estéknént lázas, jobb oldalon az ágyéktáján vannak fájdalmai. A jobb lumbalis táj enyhén elődomborodó, fénylő, nyomásérzékeny. Fvs.: 20.000. Süllyedés: 12 mm. Vizelet, urológiai kivizsgálás: negatív. Előzetes punctio után aether narcosisban ferde lumbalis metszésből a vese alsó pólusa körül kb. ökölnyi tályogot tárunk fel. Bact. lelet: streptococcus. A műtét utáni 32. napon távozik.

3. B. Gy. 31 éves háztartásbeli. Állítólag 3 hónappal behozatala előtt tüdőgyulladása volt. Azóta gyenge, étvágytalan, lázas. Jobb rekesz alig tér ki, jobb lumbalis táj ütögetésre érzékeny. Fvs.: 16.300. Vizelet: negatív. Urológiai kivizsgálás: negatív. Előzetes punctio után aether narcosisban ferde lumbalis metszésből kb. gyermek-ökölnyi tályogot tárunk fel. Bact. lelet: staphylococcus. Műtét utáni 24. napon távozik.

4. F. J. 21 éves malomtisztviselő. Felvétele előtt négy héttel furunculus a bal könyök hajlatban. Egy héttel később hidegrázás, láz, jobb oldali vesetáji fájdalom. A jobb lumbalis táj nyomásra, ütögetésre igen érzékeny. Előzetes punctio után aether narcosisban ferde lumbalis metszésből kb. tojásnyi jól körülírt tályogot tárunk fel. Fvs.: 14.000. Vizelet, urológiai vizsgálat: negatív. Bact. lelet: staphylococcus. A műtét utáni 14. napon távozik.

5. U. J. 26 éves, földműves neje. Felvétele előtt két hónappal cystitis, 2 héttel pedig görcsös bal vesetáji fájdalmak, hányinger, hányás. A bal rekesz magasabban áll, renyhébben mozog. A bal bordaív alatt mérsékelt érzékenység. A bal lumbalis tájon spontán és ütögetésre fájdalom. Fvs.: 17.000. Vizelet: geny egy kereszt, üledékben 20—24 fvs., egy-két kilúgozott vvt. Urológiai lelet: negatív. Előzetes punctio után aether narcosisban bal ferde lumbalis metszésből kb. gyermek-ökölnyi tályogot tárunk fel. Bact. lelet: staphylococcus. A műtét utáni 24. napon távozik.

6. P. F. 16 éves, földműves fia. Behozatala előtt 10 nappal hidegrázás, láz, bal ágyéktáji fájdalomról panaszkodott. A bal costo-vertebralis szögletben enyhe elődomborodást, nagyfokú nyomásérzékenységet találunk. Fvs.: 15.200. Vizelet, urológiai kivizsgálás: negatív. Mellkas rtg. átvilágítás: bal rekesz kissé renyhébben mozog. Előzetes punctio után aether narcosisban, bal ferde lumbalis metszésből, a vese alsó pólusa körül elhelyezkedő kb. férfi-ökölnyi tályogot tárunk fel. Bact. lelet: staphylococcus. A műtét utáni 25. napon távozik.

7. K. M. 22 éves, háztartásbeli. Felvétele előtt négy héttel epehólyag-gyulladásal kezelték. Azóta lázas, jobb bordaív alatt érez fájdalmat, mely a hátába sugárzik. Súlyos beteg benyomását kelti. A jobb lumbalis táj elődomborodó, felette a bőr fénylő, oedémás. Fvs.: 15.300. Süllyedés: 140 mm. Vizeletben: geny két kereszt, urológiai kivizsgálás: negatív. Punctiora nem kapunk genyét. Aether narcosisban behatolás ferde lumbalis metszésből. A vesekörüli szövetek gyulladtak, oedémásak, véresen beivódottak. Bact. lelet: staphylococcus. Utókezelésében 800.000 O. E. penicillint adagoltunk i. m. inj. formájában 3 óránként 20.000 egy-seget. Műtét utáni 30. napon távozik.

8. K. J. 25 éves, pékmester. Négy héttel felvétele előtt hidegrázás, majd lázas állapot, hányinger, hányás, később bal vesetáji fájdalmak. Kezelő orvosa typhusra gondolt. Bal vese tapintásakor bizonytalan fájdalmas resistentia érezhető. A bal lumbalis táj nyomásra, ütögetésre érzékeny. Temperatura: 40.5° C. Fvs.: 14.500. Süllyedés: 145 mm./h. Vizeletben két kereszt fehérje és geny. Urológiai lelet: negatív. Előzetes punctio után Narconumal anaesthesiában ferde lumbalis metszésből a vese alsó pólusa körül elhelyezkedő kb. ökölnyi tályogot tárunk fel. Bact. lelet: staphylococcus. A műtét utáni 29. napon távozik.

9. S. Sz. 58 éves, napszámos neje. Három héttel felvétele előtt kezdődtek bal vesetáji, a kismedencébe kisugárzó fájdalmi, lázas volt, időnként a hideg rázta. A bal rekesz magasabban áll, renyhén mozog. A bal lumbalis táj nyomásra, ütögetésre érzékeny. Temperatura: 38.7° C. Fvs.: 15.200. Vizelet, urológiai lelet: negatív. Előzetes punctio után ferde lumbalis metszésből a vese felső pólusa körül elhelyezkedő kb. tojásnyi tályogot tárunk fel. Bact. lelet: staphylococcus. A műtét utáni 18. napon távozik.

10. V. F. 50 éves, férfi-szabó. Tíz héttel behozatala előtt lépcsőről esett le és eltörte a jobb X.—XI. bordáját. Két hete lázas, hányingere és jobb alhasi fájdalmi voltak, melyek az ágyéktáj felé sugároztak ki. A jobb alhasban a Poupart szalag fölött elődomborodás, felette a bőr fénylő, oedémás, fluctuatio mutatható ki. Temperatura: 39.7° C. Fvs.: 26.900. Süllyedés: 94 mm./h. Vizelet, urológiai lelet: negatív. Előzetes punctio után — Narconumal anaesthesiában —

behatolás a Poupart szalaggal párhuzamosan. Kb. két ökölnyi retroperitonealisán fekvő tályog-üreget tárunk fel, mely a jobb vese alsó pólusáig követhető. Bact. lelet: coli. A műtét utáni 17. napon távozik.

11. R. I. 36 éves földműves. Felvétele előtt két hónap óta beteg, lázas, gyengének érzi magát, fogy, hátában, hasában érez fájdalmakat. Renyhébben mozgó jobb rekesz. A jobb lumbalis táj észrevehetően elődomborodó, ütögetésre érzékeny. A jobb combon fillérnyi pörkkel fedett seb, a pörk alól genny ürül. Fvs.: 13.200. Süllyedés: 99 mm./h. Vizelet, urológiai lelet: negatív. Narconumal anaesthesiában előzetes punctio után behatolás a XII. borda alsó szélével párhuzamosan. Kb. ökölnyi tályogot tárunk fel a vese felső pólusa körül. Bact. lelet: staphylococcus. A műtét utáni 14. napon távozik.

12. L. I. 44 éves földműves. Hadifogságból tért haza, azóta genyes sebek mindkét lábszárán. Kb. öt hete fáj a bal ágyéktája, hidegrázása, magas lázai voltak. A bal lumbalis tájék kitöltöttebbnek tűnik, nyomásra, ütögetésre érzékeny. Temperatura: 40,4° C. Fvs.: 17.000. Vizelet, urológiai lelet: negatív. Punctio eredménytelen. Narconumai anaesthesiában behatolás ferde lumbalis metszésből. Genyet nem kapunk. A vesekörüli szövetek oedémásak, gyulladtak, véresen beivódottak. Bact. lelet: streptococcus. Utókezelésében 500.000 O. E. penicillint adagoltunk i. m. inj. formájában, 3 óránként 20.000 egységet. A műtét utáni 23. napon távozott.

13. V. Gy. 7 éves, földműves fia. Három héttel felvétele előtt kocsiról esett le. Négy napra reá kezdett fájni a bal ágyék tája, lázas volt. A bal lumbalis tájék jelentősen elődomborodik, igen érzékeny. A bal combját a csípő ízületben behajlítva, adducálva tartja. Temperatura: 38,5° C. Fvs.: 22.000. Vizelet vizsgálat: negatív. Előzetes punctio után aether narcosisban ferde lumbalis metszésből jókora ökölnyi tályogot tárunk fel. Bact. lelet: staphylococcus aureus. A műtét utáni 15. napon távozott.

14. Z. J. 31 éves szobafestő-segéd. Felvétele előtt két héttel kirázta a hideg, lázas lett, heves fájdalmak keletkeztek a jobb vese-tájon. Azóta állandóan lázas. A jobb patella felett kb. fillérnyi, genyedő, crustával fedett seb van. A jobb lumbalis táj ütögetésre igen érzékeny. A jobb rekesz alig tér ki. Temperatura: 38,3° C, Fvs.: 7200. Vizelet, urológiai lelet: negatív. Előzetes punctio után Narconumal anaesthesiában, ferde lumbalis metszésből a vese felső pólusán elhelyezkedő ökölnyi tályogot tárunk fel. Bact. lelet: staphylococcus. Műtét utáni 24. napon távozott.

Felsorolt eseteink tanulságát röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

Eseteink száma:	14.		
Férfi — — — —	9.		
Nő — — — —	5.		
— — — — —			
Jobb oldali — —	8.		
Bal oldali — — —	6.		
— — — — —			
Foglalkozás — — — —		Napszámos — —	2.
		Földműves — —	5.
		Háztartásbeli — —	2.
		Tanuló — — —	1.

	Malomtisztviselő	—	1.
	Férfiszabó	—	1.
	Szobafestő	—	1.
	Pékmester	—	1.
	Ezek közül hadifogságból tért haza:		2.
Évszakok szerinti megoszlás:	Ősz	—	6.
	Nyár	—	5.
	Tavaszi	—	2.
	Tél	—	1.
Megelőző betegség:	Pyoderma	—	6.
	Trauma	—	2.
	Gócfertőzés	—	2.
	Cystitis	—	1.
	Cholecystitis	—	1.
	Ismeretlen	—	2.
Átlagos fehérvérsejtszám:			15.300.
Bacteriologiai lelet:	Staphylococcus	—	11.
	Streptococcus	—	2.
	Coli	—	1.

Átlagos gyógytartam: 22 nap.

A betegség gyakran kezdődött hidegrázással és állandó tünet volt a láz, mely ritkábban volt continua, gyakrabban mutatott reggeli remissiókat. Állandó tünet volt a fájdalom, mely legtöbbször az ágyéktájra localisálódott, s vagy a hasba vagy a kismedencébe sugárzott ki. A vesetáj bimanuális tapintásakor bizonytalan, igen fájdalmas resistentia észlelhető, felültetéskor a beteg oldal enyhe, vagy kifejezettebb elődomborodása és ütögetésre való érzékenysége volt jellemző. Egy esetünkben az alsó végtagnak a csípő ízületben behajlított állapotban való fájdalmas rögzítettsége a musculus ileo-psoas részvételére utalt. Egy esetünkben a kismedencébe süllyedt tályog a lágyéktájon okozott nagy, fluctuáló elődomborodást, míg egyik fentebb leírt esetünkben a kifejezetten chronicus lefolyást mutató paranephriticus abscessus a jobb hypochondriumban okozott majd gyermekfejnyi resistentiát.

A vizeletvizsgálat általában pozitív adattal nem szolgált. Az urológiai kivizsgálás a primär vese megbetegedés kizárására szorított.

Mellkas átvilágításkor többször volt észlelhető a betegoldali rekesz mozgás-korlátozottsága. Röntgen felvételen a psoas-szél elmosódottságát, enyhe scoliosist, ritkábban direct tályog árnyékot láthattunk. „Veratmungspyelogrammot“ egy esetünkben sem volt alkalmunk készíteni.

A vérkép vizsgálata leucocytosist, balra tolódást és fokozott sülyedést eredményszert.

Diagnosisunkat minden esetben próbapunctioval, támasztottuk alá s ezen eljárásnak semmi hátrányát, vagy veszélyes voltát nem tapasztaltuk. Hogy a paranephriticus abscessusok korai kórismézése mely nehézségekkel jár, bizonyítja, hogy betegekünk átlag négy heti észlelés után kerültek klinikánkra műtét céljából.

Kezdeti diagnózisaként legtöbbször pneumonia, ritkábban typhus szerepeit.

Therápiás beavatkozásunk a tályog üreg feltárásából és drainezéséből állott. A vese feltárásától mindenik esetünkben eltekintettünk. Két legsúlyosabb esetünkben alkalmunk volt penicillint adagolni a műtét után 500.000, illetve 800.000 0. egységet, 3 óránként 20.000 E.-t i. m. Eredményeként kell elkönyvelni, hogy ezen legsúlyosabb eseteink is a könnyebb esetekkel azonos idő alatt gyógyultak. Egy esetben korai incisiót végeztünk, mikor a vesekörül szövetek infiltrációját, véres beivódását találtuk. Ezen esetünkben dacára a penicillin kezelésnek a beteg csak a műtét utáni 14. napon láztalanodott le, szemben a többiekkel, kiknél ugyanez a negyedik és tizedik nap között következett be. Utókezelésünkben nagy szerepet játszottak az ismételt vértransfúsiók.

Leromlott erőbeli állapotban lévő beteganyagunkból egyet sem veszítettünk. Míg a szerzők (*Pleschner, Kukula, Boeminghaus, Milier*) átlag 15%-os mortalitásról számolnak be, mi jó eredményeinket a penicillin javára írjuk, melyet két igen súlyos, kritikus esetünkben adagoltunk.

Betegekünk átlag a műtét utáni 22. napon hagyták el a klinikát, felületes, sarjadzó, illetve hámosodó sebbel.

Természetes kérdésként merül fel, hogy vajon miért fordult elő az elmúlt évben több haematogen vesekörül genyedés, mint pl. a két világháború közötti békeévekben. Egyik oldalról világítja meg a kérdést a szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati klinikájának statisztikája, mely szerint a pyogen bőrmegbetegedések száma a háború után lényegesen megnövekedett:

1935. I. 1.—XII. 31-ig — 3689 esetből — 298. pyoderma.

1936. I. 1.—XII. 31-ig — 3449 esetből — 269. pyoderma.

Ezzel szemben:

1945. III. 5.—XII. 31-ig — 3453 esetből — 470. pyoderma.

1946. I. 1.—XI. 15-ig — 3315 esetből — 790. pyoderma.

Második s talán jelentősebb tényezőként a háború alatti és utáni idők nyomorúságában lecsökkent ellenálló erejű szervezetet

kell kiemeljük. *Baumeister és Mc. Cutchan* 1940-ben megjelent közleményükben hangsúlyozzák, hogy a valami ok folytán ellenálló erejükben csökkent betegeknél gyakoribbak a vesekörüli genyedések. E két komponens elégséges magyarázatot nyújt, hogy ne tulajdoníthassuk véletlennek a vesekörüli genyedések ilymértű megsaporodását. Beteg-anyagunk egy háború sújtotta ország megviselt lakosságából tevődött össze; tehát a hasonló körülmények közé került társadalmakban mindig számolnunk kell a haematogen vesekörüli genyedések megsaporodásával.

ÖSSZEFOGLALÁS.

A háború utáni másfél évben megfigyeltük a sebészeti klinikán, hogy a haematogén vesekörüli genyedések a békeévekhez viszonyítva jelentékenyen megsaporodtak. 14 eset vizsgálata azt mutatta, hogy ennek oka a pyogen bőrmegbetegedések megsaporodása, illetve a szervezet védekezőképességének csökkenése a háborúval kapcsolatos rendkívüli körülmények folytán.

ZUSAMMENFASSUNG.

Im Laufe der 18 Nachkriegsmonaten wurde eine wesentliche Zunahme der Fälle von hämatogenen paranephritischen Eiterungen im Verhältnis zu den Friedenszeiten festgestellt. An Hand von 14 solcher Erkrankungen dürfte diese Tatsache zum Teil durch die Vermehrung der pyogenen Hauterkrankungen, andererseits durch die herabgesetzte Widerstandsfähigkeit in Folge der schlechteren allgemeinen Verhältnissen ihre Erklärung finden.

SUMMARY.

During the period of 18 months immediately after the war a higher occurrence of haematogenous paranephritic infections has been recognised. Examination of the 14 such cases has shown that this higher incidence was probably due to increase of pyogenic infections of the skin and to impairment of general resistance because of hard circumstances connected with the wartime.

Irodalom :

- Fritz Schörcher*: Septische Chirurgie.
J. u. W. Israel: Chirurgie der Niere und des Harnleiters.
H. G. Pleschner: Nierenabscess, Nierencaruncel, Peri- und Paranephritis. (Handb. d. Urol.)
Semple, J. E.: Brit. J. Urol. 11. 1939.
Mucharinskij M. A.: Z. O. 92. 1939.
Baumeister, Carl and Guy R. Mc. Cutchan: West. J. Surg. 48. 1940.
H. Flörcken: Med. Klin. 4. 1939.