

Néhány ritkább fejlődési rendellenességről.

(3 ábrával.)

DR. BUDAY KÁLMÁN egyetemi tanártól.

A fejlődési rendellenességekkel való foglalkozás nemcsak azért tanulságos, mert lépten-nyomon az ép fejlődés behatóbb megismerésére serkent bennünket, hanem azért is, mert megtanít arra, hogy a fejlődési hibák egyes alakjai nagy szabályossággal ismétlődnek.

A következő sorokban 3 esetet kívánok vázlatosan ismertetni, a melyek mindegyike egy-egy ilyen típus a maga nemében és pedig a ritkábban előforduló alakok közül; daczára ennek, ismeretük a gyakorló orvosra nézve is érdekekkel birhat.

I. Világra hozott elzáródás a duodenumon.*

A világra hozott bélelzáródások keletkezés módjáról még ma is kevés biztosat tudunk, legfőképp azért, mert az elzáródások okai legtöbbször a méhen belüli élet első felében érvényesülnek, de a terhességet nem szakítják meg, úgy, hogy az esetek olyan későn kerülnek vizsgálatra, a mikor már a másodlagos változások a tájékozódást nagyon nehézzé teszik.

Az elzáródás okai gyanánt majd fejlődési visszamaradást, majd mechanikai behatásokat (különösen bélesavarodást), majd az epeelválasztás hiányosságát említik. Ugy látszik, hogy a két első ok némelykor együttesen is szerepel, legalább azt hiszem, hogy a duodenum elzáródás leírandó esetében ez az értelmezés van leginkább helyén.

A gyermekre vonatkozó adatok a szülészeti klinika följegyzései szerint a következők:

Anyja 21 éves, egyszer elvetélt, mostani terhessége, épúgy, mint a

* Bemutatott az E. M. E. orvos-természettudományi szakosztályának 1902. januárius hó 25-én tartott orvosi szakülésén,

szülés és gyermekágy rendes lefolyásúak voltak, mindössze a magzat víz nagyobb mennyisége tünt fel.

Az újszülött súlya 1800 grm., hossza 46 cm; az alatt a 4 nap alatt, a meddig élt, csak az első napokban szopott, az utolsó két nap sokat hányt, magzat-szurok is csak az első napokban ürült.

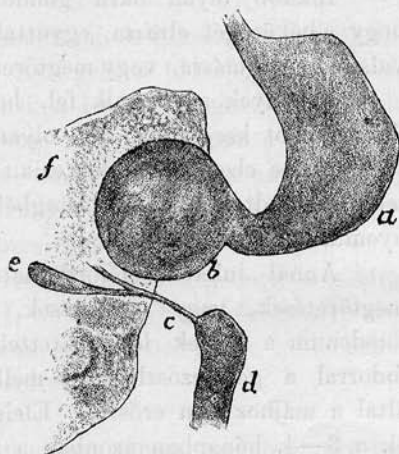
A bonczolásnál úgy a szíven, mint a duodenumon oly nagyfokú fejlődési hibát találtunk, hogy azok mindegyike magában is rövid idő alatt halálhoz vezetett volna.

A szív erősen tágult, a pitvarsövény majdnem teljesen, a gyomor-sövény is legnagyobb részben hiányzik, úgy, hogy a jobb és bal fülése egy közös nagy pitvarba nyílik s a pitvargyomrocsi határon csak egy venás szájadék van, 3 billentyű vitorlával. A gyomrossövényből csupán a szív csucsánál van egy körülbelül $\frac{1}{2}$ cm magas sarlóalakú durvány, a mely mellfelé felkanyarodva az aortát és conusart. pulm.-t elválasztó izmos sövénybe megy át, az aorta tehát nemcsak az art. pulm.-tól, hanem még annak conusától is teljesen elkülönített. A gyomrocis sövénynek e szerint főleg hátsó részén, a pitvarok alatt volt a hiány.

Tüdők hátsó részében néhány kicsiny szürkésárga légtelen gócz. (Aspiratiós pneumonia.)

Bárzsing jóval tágabb a rendesnél, fala vastagabb, izmosabb.

Már a hasúr felnyitásakor feltűnt, hogy a flexura Sigmoidea sötét zöldes magzatszurokkal erősen telve van, a vastagbelek többi része s az alsó vékonybélkacsok ugyancsak zöld magzatszurok tartalmaznak. A másik szembetűnő elváltozás a duodenum igen erős tágulása, a mennyiben annak felső része egy kb 4 cm átmérőjű, szabályosan gömbölyű, feszes tömlőt képez, a mely az ugyancsak tágult gyomorral a pyloruson át szélesen közlekedik. A tömlő tetejét mellül a haránt vastagbél keresztezi, bővebb megvizsgálásánál kiderül, hogy itt a duodenum felső része teljesen vakon végződik s a bél folytonossága teljesen megszakadt. A duodenum alsó, ugyancsak vakon kezdődő összeesett részébe nyílik a choledochus olyformán, hogy annak mintegy közvetlen folytatását képezi.¹ A bélhuzam többi része ép; máj hasonlóképen rendesen fejlett.



(1. ábra.)

¹ Az ábrán a máj jobbra és fölfelé van visszahajtvá; a) a gyomor, b) a tágult felső duodenum, c) choledochus, d) a duodenum alsó része, e) epehólyag, f) máj.

A duodenum ilyen világra hozott teljes elzáródása magában véve elég nagy ritkaság ugyan, de a vékony belek egyéb részeinek elzáródásához arányítva nem mondható annak, mert az összes vékonybéllezáródásoknak kb $\frac{1}{3}$ -ada a duodenumra esik.

Mi idézhette itt elő ezt az elzáródást?

Hogy a duodenum ez a része egyáltalán nem fejlődött volna ki, az ellen szól az, hogy a közvetlen alatta eredő choledochus s a máj is teljesen épek.

Billentés elzáródás, a minőt dr. PREISICH KORNÉL, az Orvosi Hetilap folyó 1902. évfolyamában ír le, szintén kizárható, mert annál a bélfal teljes megszakadása nem fordul elő.

Inkább olyan okra gondolhatunk tehát, a mely a mellett, hogy a bél üregét elzárta, egyúttal a bél falát is elsorvasztotta, tehát valamely nyomásra, vagy megtörtetésre, vongálásra.

Némelyek azt veszik fel, hogy a haránt vastagbél, a mint a duodenumot keresztezi, arra olyan erős nyomást gyakorolhat, hogy végül teljes elzáródás keletkezik. A mi esetünkben a duodenumzsák tetején haladt a haránt vastagbél, nem valószínű tehát, hogy az nyomta volna a duodenumot.

Annál inkább előfordulhatnak a duodenumon más eredetű megtörtetések, vagy vongalások. A fejlődéstanból tudjuk, hogy a duodenum a bélnek legrögzítettebb része, a mely hátul rövid bélfodorral a gerincoszlophoz, mellül pedig a lig. hepatoduodenale által a májhoz van erősítve. Eleinte a sagittalis síkban helyezkedik el, a 3—4. hónapban azonban a frontalis síkba fordul át. Ha már most feltesszük, hogy a függesztő szálakok rendellenesen fejlődtek, pl. a kellesénél rövidebbek, akkor könnyen megtörténhetik, hogy a frontalis síkba fordulásakor a duodenum épen a legkötöttebb helyén, a choledochus benyílásánál olyan megtörtétést szenved, a mely a bél elzáródásához, s végül az átjárhatatlan, elvékonyodott rész teljes átszakadásához vezet.

Minő viszonyt képzelhetünk már most a szív és a duodenum fejlődési rendellenessége közt?

Szívsövény hiányokkal együttesen már a legkülönbözőbb fejlődési rendellenességeket észlelték; sajtószzerű mégis, hogy a bélfodor fejlődési hibái milyen gyakran fordulnak elő világrahozott szívhibáknál. ROKITANSKY monographiájában 24 gyomrocsövény hiány közt

3-nál talált rendellenességet a bélfödorképződésben és pedig az u. n. mesenterium commune-t, a melynél a vastag és vékony bél közös bélfödorrrel bir. Magam is láttam nem rég egy esetben nagyfokú szívsvövény hiány mellett mesenterium commune-t és léphiányt.

Ezek az esetek azt a gondolatot keltik, hogy a szívsvövény hiányok és a bélfödor rendellenességeinek együttes előfordulása talán nem pusztán véletlenség, hanem közös oka lehet és pedig a mesenchym hiányos, vagy rendellenes fejlődési energiája. Ez persze csak feltevés, a melynek értékét jövő kutatások fogják eldönteni; részemről azt hiszem, hogy a világra hozott bélezáródások okainak kutatásánál nagyobb figyelmet kellene a bélfödor fejlődési viszonyaira fordítani, mint az eddig történt.

A duodenum elzáródások bonczani és klinikai képét illetőleg csak két dolgot akarok kiemelni. Az egyik a bárzsing, gyomor és az elzáródás feletti duodenum résznek a lenyelt magzatvíz által okozott erős kitágítása. A másik az, hogy a duodenumnak a choledochus benyílása fölött való elzáródásánál magzatszurok per anum önkényt, vagy beöntésekre bőven ürülhet, míg lejjebb székelő bélezáródásoknál természetesen ez a tünet hiányzik.

Megemlítem még, hogy WYSS, KRÖNLEIN segédorvosa e tárgyról a BRUNS-féle Beiträge XXVI. kötetében egy közleményt írt, a melyben a világra hozott duodenum elzáródásoknál a gastroenterostomiát ajánlja, mint életmentő műtétet.

II. A hólyagnyakba nyiló számfelletti ureter, súlyos veseelváltozásokkal.¹

A bonczolásokon elégszer találunk egy vesénél két uretert, a nélkül, hogy az élónél akár a vesének, akár a húgyhólyagnak a működésében a legesekélyebb zavar lett volna jelen; ilyenkor az egy veséből származó mindkét ureter rendesen közel egymáshoz nyílik a húgyhólyagba, vagy beszájadzás előtt közös vezetékké egyesül.

Egészen más viszonyok állanak elő akkor, ha az egy veséből eredő két ureter közül az egyik rendellenesen szájadzik, így pl. a húgy hólyagnyakba, a húgyesóbe, vagy az ivarszervek valamely vezetékébe, (férfiaknál a vesicula seminalisba, nőknél a hüvelybe, hüvelybemenetbe stb.) Ilyenkor a vesében képződött vizelet lefelé haladása és

¹ Bemutatása u. a. szakülésen történt, mint az I. eseté.

kiürülése nagy fokban megnehezítették. Az eredmény egyrésztől kisebb-nagyobb fokú hydronephrosis lesz és pedig kivétel nélkül a vese felső részében, mert az ilyen esetekben a vesének mindig két külön vesemedenezéje is van, egy felső és egy alsó s a rendellenesen szájadzó ureter mindig a felső vesemedencének a folytatása. Egy másik, kevésbé gyakori következmény lesz az, hogy a számfeletti ureter alsó vége a húgyhólyagba szájadzása előtt tömlőszerűen kitágul s a hólyag hátsó falát elődomborítja, úgy, hogy a hólyag kiürülését a hólyagnyak eldugaszolása által épúgy megnehezítheti, a mint ezt például az u. n. uvula prostaticanál láthatjuk. (Hasonló tömlőszerű kitágulások az ureter legalsó részén különben akkor is találhatóak, ha az vakon végződik.)

Bővebbet a rendellenesen nyíló ureterekre nézve SCHWARZ-nak közleménye nyújt (Ueber abnorme Ausmündung der Ureteren und deren chirurgische Behandlung, BRUNS, Beiträge zur klin. Chirurgie XV.)

Az általunk észlelt eset szépen mutatja a fentebb jelzett következményeket, sőt ezek itt még fokozódtak az által, hogy a rendes helyen nyíló ureter is igen erősen kitágult s a hydronephrosis-hoz másodlagosan genyes fertőzés is csatlakozott.

A klinikai adatok ez esetben a húgyszervek bántalmát illetőleg meglehetősen gyérek, mert a beteg tetanus traumaticus tüneteivel vétetett fel a belgyógyászati klinikára s ott 3 nap mulva meghalt. Az illető egy 52 éves napszámos, a kinek állítólag már 24 év óta hólyaghurutja volt s 20 év óta vizelete folyton csepegett. 8 nappal fölvétele előtt bal keze hüvelykujját megvágta s a sebre pókhálót tett; 2 nap óta trismus, majd általános merev görcsök vannak jelen. A sebváladékban tetanus bacillusok mutathatók ki. A tetanus lefolyásának ismertetését itt mellőzhetjük s elég lesz, ha a vizeletre vonatkozó klinikai följegyzéseket adjuk: A vizelet szennyes, zavaros, szinte káposztalé szíű, az üveg alján tömött szennyes fehér üledék, vegyhatása lугos. A beteg naponta 50—60-szor, vizelet, egyszerre csak 10—15 kcm-t ürít s ez fájdalmat okoz és erős tetanusos görcsöket vált ki. Az üledékben sok trippelphosphát jegecz, tömértelen bakterium, számos genysejt, vörös vértést.

A boncolás a húgyszervekre nézve a következőket derítette ki:

A kis medenceze bal feléből a bal hashártyamögötti (ágyéki) tájra egy gyermekkar vastagságú képlet húzódik, a melyet alakja, nagysága szerint a végbélnek lehetett volna tartani, csakhogy mögötte és jobbra tőle, a rendes helyén a végbél is ott volt.

Közelebbi megtekintésnél kiderült, hogy ez a képlet a kettőzött

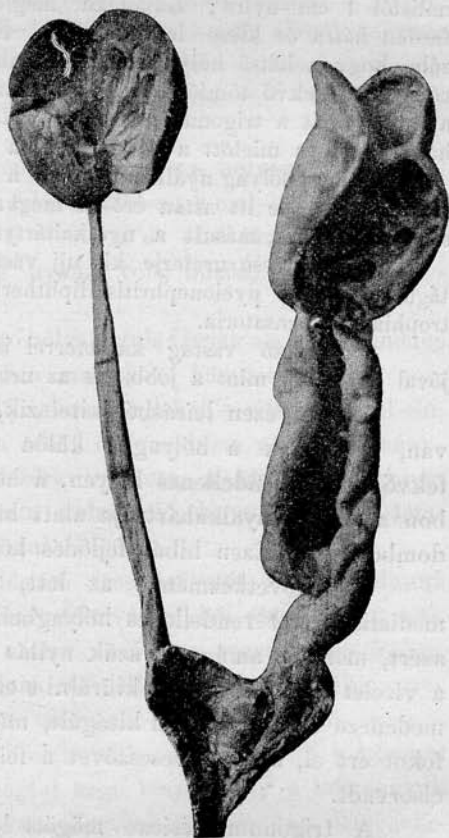
baloldali ureternek felel meg s egy mediális és egy oldalsó vezetékből áll, a melyek egymással rostosan összenőtték s úgyyszólván egy tömegbe olvadtak össze. Mindkét vezeték igen erősen, jó hüvelykújjnyira tágult, vastagfalú, kanyargós lefutású.

Felfelé haladva ezek a bal vesébe mennek át, a mely tetemesen megnagyobbodott s egészben tömlőszerű, hullámzó tapintatú. Felmetszés után láthatni, hogy ez a vese két egymástól teljesen elkülönített vesemedenczével bir, a melyek közül a felső a mediális ureternek, az alsó pedig az oldalsó ureternek a folytatását képezi. A vese felső része voltaképen nem is áll másból, mint az igen erősen kitágult felső vesemedenczéből, a mely ökölnyi, gömbölyded, belfelületén sima, falában sem vesekelyhek, sem veseszövet nyoma fel nem ismerhető, tartalma épúgy, mint a tágult uretereké, sűrű, sárgászöld geny.

A vese alsó $\frac{2}{3}$ részében, a mely az oldalsó ureter folytatása, a vesemedencze szintén igen erősen tágult ugyan, de azért itt a kitágult vesekelyhek is még megvannak, sőt a tömlő falában sorvadt veseszövet is van, a melyben az összenyomott kéreg és pyramysok még jól megkülönböztethetők. Ezen vesemedenczében bűzös, szennyes-barna vizelet van, a vesekelyhek nyálkahártyája is szennyes, szürkésfekete.

A vesétől lefelé haladva a kis medenczébe, a két ureter lassankint helyzetét megváltoztatja, a mennyiben a mediális ureter az oldalsó mögé kerül.

A húgyhólyag feltűnően kicsiny, erősen összehúzódott, benne csak kevés zavaros, bűzös vizelet, a mely genyes rostonya-czafatokkal van keverve. A hólyag hátsó fala egy tyuktojásnyi területen erősen előredomborodik, mint valami feszes, gömbölyded tömlő; az előreboltosuló



(2. ábra.)

rész körülbelül a trigonum vesicae-nek felel meg s itt a hólyagfal igen vékony, átlátszó, alig 1—2 mm.-nyi, míg egyebütt 1 cm.-nél is vastagabb, egyrészt az erős összehuzódás, másrészt az izomzat túltengése folytán. Közvetlenül az elődomborodott hely fölött nyílik a hólyagba a jobb vese ureterje s a bal vese oldalsó ureterje, míg a bal vese medialis ureterje a hólyagnyakba szájadzik, az előbbiektől 4, a colliculus seminalistól 1 cm.-nyire; szájadéka meglehetősen szűk s a hólyagfalon át ferdén hátra és kissé lefelé halad. Kutatóval könnyű meggyőződni róla, hogy a hátsó hólyagfalat elődomborító s a nyálkahártya és izomréteg közt fekvő tömlő nem más, mint a medialis ureternek alsó vége, a mely tehát a trigonum vesicae területében a hólyagfal rétegei közt halad lefelé s mielőtt a hólyagnyakba nyílnék, zsákszerűen kitágul.

A húghólyag nyálkahártyáján a hám csak egyes kis területeken maradt meg, de itt aztán erősen megvastagodott s fehér epidermisszerű szigeteket képez, másutt a nyálkahártyát diphtheriás pörkök borítják.¹

A jobb vese ureterje kis ujj vastag, vesemedenczéje mérsékelten tágult, kezdődő pyelonephritis diphtheriticaval, a vesén magán hypertrophia compensatoria.

A húgyeső vastag katheterrel is átjárható. A bal ondóhólyag jóval hosszabb, mint a jobb, de az ureter tömlővel nem közlekedik.

A mint ezen leírásból kitetszik, a bal vesének itt két ureterje van, a melyek a hólyagba külön nyílnak és pedig a medialisan fekvő ureter rendellenes helyen, a hólyagnyakba, miután egy darabon a hólyag nyálkahártyája alatt haladt s a hátsó hólyagfalat elődomborította. Ezen hibás fejlődés következményei kézzelfoghatók.

Első következménye az lett, hogy a vese felső részéből a medialis ureter rendellenes hólyagbeli szájadzása miatt, nevezetesen azért, mert az amúgy is szűk nyílás ferdén hátra és lefelé irányúl, a vizelet nem tudott jól kiürülni s ennek folytán az ureter és vesemedenceze mindig jobban kitágúlt, míg végül a hydronephrosis olyan fokot ért el, hogy a veseszövet a felső vesemedenceze körül teljesen elsovadt.

A trigonum vesicae mögött levő ureterzsák azonban idővel a másik ureterre is olyan nyomást gyakorolt, hogy az is kitágúlt s a vizelet pangás a vese alsó részében is hydronephrosist idézett elő, csakhogy ez, épen mert később keletkezett, nem ért el még olyan

¹ A fényképen jól látszik a bal vese felső és alsó vesemedenceze tömlője, az utóbbi tág vesekelyhekbe megy át; lejjebb a 2 kanyargós b. o. ureter, melyek a hólyag fölött külsőleg egyesülnek. A kicsiny hólyag közepét az uretertömlő jól elődomborítja, a 3 ureternyílásából 1—1 kis halsout áll ki. A hólyag nyálkahártyán fehér epidermis szigetek látszanak.

fokot, mint a vese felső részében. Még újabb keletű s még kisebb fokú a jobb vese ureterjének és vesemedenczájének a kitágulása.

Az uretertömlő mindezek mellett még a hólyag kiürítésében is zavarokat okozott, mert a húgyeső nyílását különösen vizelésre való erőlködésnél elfedte. Valószínűleg ezen vizelési nehézségek miatt fordult orvoshoz a beteg, s lehet, hogy az akkor megejtett kateterezés (a melyről a beteg említést tett) okozott nála először hólyaggyuladást, majd incontinentiát, bár az utóbbihoz az is hozzájárulhatott, hogy az uretertömlő alsó részével a sphincter vesicae rostjait szétfeszítette.

A vesemedenczetömlők genyes fertőzése a hólyag felől történt másodlagosan; érdekes, hogy a felső tömlőben, a melyben már vizelet nem képződött, szagtalan genyrt, ellenben az alsó tömlőben, a melynek falában veseszövetnek még nyoma volt, bűzös, szennyes vizeletet találtunk.

Nyilván az évtizedekig tartó hólyaggyuladásnak a következménye a nyálkahártyának egyes helyeken mutatkozó hámvastagodása, epidermisatió-ja, a mely a húgyhólyagban meglehetősen ritkán fordul elő.

Az ureter fejlődési hibája tehát itt majdnem az összes húgyszerveknek súlyos megbetegedésére vezetett, a mely kétségkívül nemsokára az illető halálát idézte volna elő, ha a közbejött tetanus-ban hamarabb el nem pusztul.

A mi ezen esetek fejlődéstani magyarázatát illeti, utalnunk kell arra, hogy az ureter a WOLFF-féle vezetékből származik, annak kiágazását képezi, úgy, hogy ureter és WOLFF-vezeték egy időben szorosán egymás mellett nyilnak az allantois-ba. Később egymástól eltávolodnak, az ureter magasabbra jut az által, hogy a sövény, mely őket elválasztja, kiszélesedik. Ez a sövény a későbbi trigonum vesicae, tehát a hólyagfal azon része, mely a hólyagnyak és az ureterek szájadéka közt van. Esetünket tehát úgy magyarázhatjuk, hogy a rendes bal ureter mellett a baloldali WOLFF-féle vezetékből még egy számféletti ureter is képződött, a mely azonban a WOLFF vezetéktől nem távolodott el úgy, mint a másik rendes ureter, hanem annak közelében maradt s ezért a ductus ejaculatorius-tól (a WOLFF-vezetékből származó vas deferens nyílásától) csak kis távolságban nyilik a húgyhólyagba.

Rendellenesen szájadzó uretereket már többen kezeltek műté-

tileg, így nálunk TAUFFER tanár is. A mi esetünkben is valószínűleg használt volna egy idején végrehajtott műtét, a mennyiben feltehető, hogy a mélyen szájadzó ureter nyílásának tágítása, megnagyobbítása a vizelet kiürülését megkönnyítette volna; esakhogy férfiaknál a rendellenesen nyíló ureter diagnosisa még eddig mindig csak a boncolásnál történt, bár nincs kizárva, hogy húgyhólyagtükrözés útján a hólyagba beemelkedő uretertömlőt a sebész is felismerje. SCHWARZ idézett munkája a sebészeti kezelésre vonatkozólag is bő tájékozást nyújt.

III. A lábnak zsirszövetburjánzással járó óriás növése (*macropodia lipomatosa*)*

Ezt az esetet Dr. DADAY VILMOS sepsiszentgyörgyi kórházi igazgató-főorvos úrnak köszönhetjük, a ki amputatio után a végtagot intézetünknek megküldötte. Ugyanesak az ő szives felvilágosításai nyomán az előzményi adatokból annyit említhetünk, hogy a lábeltorzulás egy 16 éves leánynál fordult elő, a ki különben egészen rendesen fejlett, bal lába azonban már születésekor nagyobb volt, mint a jobb, s a hogy a leány nőtt, úgy nőtt fokozatosan a láb is.

Egyrészt az a körülmény, hogy a lábeltorzulás már a születéskor megvolt, másrészt az ujjakon található összenövés (*syndactylia*) indokoltá teszik, ha itt is nem csupán növesi, hanem egyúttal fejlődési rendellenességről szólnunk.

A beküldött végtag megvizsgálásánál a következőket találtuk:

A csonkítás az alszár középső harmada felett történt; innen lefelé az alszár csak keveset vékonyodik, úgy hogy a kerület a csonkítási helyen 29 cm, a bokák felett 28·5 cm.

Az alszár alakja még annyiban is megváltozott, hogy a sipesont mellső éle nem emelkedik ki a szokott módon, hanem letompított a bõraltati zsirszövet erős felszaporodása következtében, a mely egyes helyeken elhatároltabb tömegeket képez, szinte lipoma benyomását teszi.

Még sokkal jelentékenyebbek a láb elváltozásai. Ez nemcsak hogy igen erősen megnagyobbodott, hanem a mellett nagyon idomtalan is, annyira, hogy egyes részeit első pillanatra alig lehet felismerni.

* Bemutatott az E. M. E. orvos-természettudományi szakosztályának 1901. évi márczius 30-án tartott orvosi szakülésén.

Úgy a lábhat, mint a talp félgömbszerűen felpuffadt a zsírpárna szertelen felszaporodása miatt. A talpi felszín ennek következtében nem vájt, hanem domború. A felpuffadt részek lágyak, rugalmas tapintatúak, az ujjbenyomatot nem tartják meg, a bőr síma, vékony, csupán a talp bőre van a járástól kissé megkeményedve.

A láb ezen megvastagodása azonban a medialis részre szorítkozik, az 1., 2. és 3. lábközépcsontokra, s a lábtőnek medialis részeire, míg a láb oldalsó részei, a 4. és 5. lábközépcsontnak megfelelőleg egyáltalán nem vastagok. A láb oldalsó széle is teljesen ép, rendes magasságú, míg a medialis szél több mint 12 cm magas, úgy hogy voltaképpen nem is annyira medialis szélről, mint inkább egy igen kiterjedt, függélyes medialis felszínről lehet szólni.

Distális irányban a láb harántúl erősen kiszélesedik. A lábujjak lefutása, iránya egészen szabálytalan s főleg ez okozza a láb alakjának nagy fokú eltorzulását. A lábujjak közül ugyanis csupán az öregujj fekszik a láb hossz tengelyében, a többi ujjak ellenben majdnem harántúl oldalra haladnak, sőt körömperczük kissé hátra, a sarok-felé tekint. Különösen áll ez az egymással összenőtt 2. és 3. ujjra, a melyek első perce a láb hossz tengelyére derékszög alatt oldal irányban (kifelé), második és harmadik perczük pedig oldalra és hátrafelé halad. Ennek következtében az első és második ujj egymástól igen erősen széttér, annyira, hogy azok körömperczei mintegy 20 cmnyi távolságra vannak egymástól!

Az öregujj minden átmérőjében sokkal nagyobb; a felszaporodott zsírszövet a lábhaton párnaszerűen kipúposodik, az egyes kidomborodások közt mély barázdákkal, a melyek az ízületek helyét jelzik. Maga a köröm is az ujjhegy talpi és lábhatú zsírpárnái közt fekszik, egy mély barázdában, mintegy eltemetve.

A 2. és 3. ujj szintén igen vastak, s az összenövés daczára 2 különálló körömmel bír; zsírpárnájuk főleg a háti felszínen vastag.

Az öregujj és a 2. ujj alapja nem fekszik közvetlenül egymás mellett, hanem köztük mintegy 3 cm széles köz van, a lábközépcsontok széttérése következtében. (L. a Röntgen-képet.)

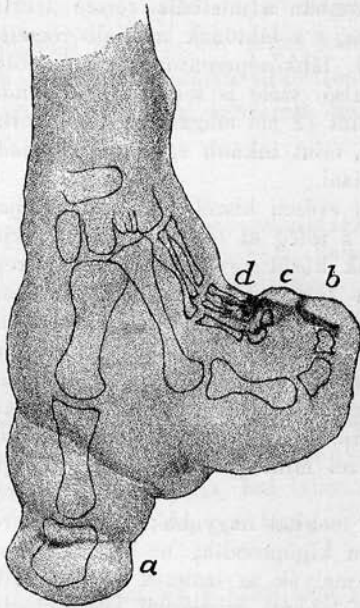
A 4. és 5. ujj egyáltalán nem vastagok, sőt a rendesnél tán valamivel vékonyabbak, s a többi ujjak jelentéktelen függelékei gyanánt tűnnek fel.

A láb- és lábujjak vastagságához képest azok meghosszabbodása első pillanatra nem nagyon szembeötlő; közelebbi megtekintésnél azonban kiderül, hogy a megvastagodott részek egyuttal jelentékenyen hosszabbak is. A meghosszabbodás ezek szerint szintén csak a láb és lábujjak medialis részeire szorítkozik, míg a láb oldalsó részei hosszirányban sem nagyobbak a rendesnél.

A felszaporodott bőr alatti zsírszövet nem különbözik a normástól, különösen rostos kötőszövetben nem gazdagabb, tömegéről fogal-

mat nyujthat, ha megemlítjük, hogy a lábháti zsirpárna vastagsága a 6 cm-t meghaladja!

A mi a lábat alkotó csontok alakját, nagyságát illeti, ezekre nézve egy Röntgen-kép tájékoztatott, a melyet KENYERES tanár úr volt szíves készíteni. A mint az ábrán is látható, az 1. és 2. lábközépcsont és ujjpercek tetemesen hosszabbak és vastagabbak a rendesnél, a 3. ujj már kevésbé hosszabbodott s még kisebb mértékben vastagodott. A 4. és 5. lábközépcsont egyáltalán nincs megnagyobbodva. A 2. és 3. lábujj csontos részei teljesen elkülönítettek. Az 1. és 2. ujj szétterése már a lábközépcsontokon megkezdődött; a 2. ujj lábközépcsontjának fejecse egyenetlenül van megvastagodva, oly módon, mint genu valgum-nál a csombcsont alsó vége.



(3. ábra.)

Egészben tehát a csontok megnagyobbodása összeesik a lágy részekével, de jóval kisebb fokú annál, különösen szélességi és vastagsági átmérőkben.¹

A láb nagysági viszonyainak a feltüntetésére álljanak még itt a következő méretek:

A láb hossza a saroktól az öregujj hegyéig	31 cm.
„ „ „ „ a digitoplantaris barázdáig	22 „
Az öregujj hossza a dig plant. barázdától az ujj hegyéig	9.5 „
„ „ szélessége	8 „
„ „ magassága	9 „
A láb szélessége az ujjak eredésénél	13 „
„ „ magassága a talp közepén	13 „
„ „ kerülete „ „ „ „	42 „
Az öregujj körömperczének kerülete	23 „
A 2. lábujj „ „	13 „
„ 3. „ „ „	9.5 „
„ 4. „ „ „	4 „
„ 5. „ „ „	4 „

¹ A rajz fénykép után készült, a csontok körvonalai Röntgen-kép nyomán vannak feltüntetve a) az öregujj, b) és c) az összenőtt 2. és 3. ujj hegye, d) a 4. és 5. ujj. A körmöket sötétebb foltok jelzik.

A részleges óriásnövés ilyen alakja, a mely egyes végtagokra, különösen a kezekre, vagy lábakra szorítkozik, nem tartozik a gyakoribb elváltozások közé, mégis már olyan irodalma van, hogy abból bizonyos közös jellegek megállapíthatók.

Igy mindenekelőtt az, hogy az illető egyének a végtag növesi túlzásától eltekintve, egyébkint teljesen jól fejlettek. A kezeken inkább egyszerű óriásnövés szokott előfordulni, a mely egyenletesen terjedt ki az összes szövetekre, míg a lábakon gyakrabban észleltek olyan óriás növést, a melynél a zsirpárna aránytalanul erősebben fejlődött, mint a többi szövetek. Azon esetekben, a melyekben az egész végtag pontos mérések tárgyát képezte, rendszeren azt találták, hogy a meghosszabbodás a lábon legerősebb, a czombon legjelentéktelenebb, tehát a növesi túlzás az egész alsó végtagot illette ugyan, de a distális részek felé fokozódó mérvben. Az illető végtag erősebb fejlettsége minden esetben már a születéskor feltűnt a hozzátartozóknak, azonban a lipomás alakoknál a születés után is a kóros végtag rendszeren gyorsabban növekedett, mint a test egyéb részei. Ezen alakoknál különben a végtag azon részein, a hol zsirfelhalmozódás ninesen, rendszeren a hossznövés sem fokozott. A syndactylia a 2. és 3. ujj közt aránylag gyakori ilyen zsirtúltengéses esetekben, de mindig csak a lágy részeket illeti. A valódi elephantiasistól ezen eseteket megkülönbözteti az, hogy a lágy részek megvastagodását nem rostos kötőszövet, hanem a zsirpárna felszaporodása okozza. A szerzett elephantiasistól pedig még az által is különböznek, hogy itt a csontok hossznövése is fokozott.

A mint ezen közös jellegekből látszik, a mi esetünk eléggé beilleszkedik a macropodia lipomatosa rendes kórképébe. Szokatlanságot leginkább a lábujjak nagy széttérése kölesönöz neki, a minőt az összes ismertetett esetek közt csak egyet találtam, Buschnál, (Arch. f. klin. Chirurgie. VII.). Az eset 20 éves férfira vonatkozik, míg az összes többiek jóval fiatalabbakra. Valószínű ebből, hogy az ujjak ezen nagy deviatió ját a végtag hosszabb használatára elősegíti, bár főindító okát mégis a burjánzó zsirszövetnek a lábközépesontok közé nyomulásában kell keresni.

A mi a kezelést illeti, csak egy eljárás mutatkozott eredményesnek, a megnagyobbodott, zsirszövegtől felpuffadt végtagrész mielőbbi sebészi eltávolítása. Miután rendszeren a lábujjakon legnagyobb az

elváltozás, a korán felismert esetekben elégnék mutatkozott egyes megnagyobbodott lábujjak eltávolítása. Későbbi esetekben a láb ízületekben kiizelésre, még későbbiekben az alszár, vagy ezomb esonkítására volt szükség. Idején történt lábujjkiizeléseknél tartós gyógyulást értek el, úgy, hogy a zsirtültengés a lábon nem fejlődött tovább.

A részleges óriásnövések ezen alakjaira semmiféle magyarázatot nem adhatunk. Sem azt nem tudjuk, hogy mi okozhatja általában a fokozott növést, sem pedig azt, hogy miért szaporodik a zsirszövet erősebben, mint a többi szövetek. A végtagok rendes fejlődési viszonyai azonban egy tekintetben mégis érdekes világot vetnek az ilyen esetekre. Egy-egy végtag ugyanis fejlődéstanilag valószínűleg több testszelvényhez tartozik, olyanformán, hogy pl. az alsó végtag medialis részei más szelvényekből fejlődnek, mint az oldalsó részek. Ebből lehetne talán magyarázni azt, hogy a láb óriásnövéseknél némelykor csak a medialis részek (1. 2. és 3. lábközép és lábujjak) megnagyobbodnak meg, ellenben az oldalsó részek (a 4. és 5. ujj), a melyek más szelvényből fejlődtek, a növési túlzásban nem vesznek részt.