

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI M. KIR. F. J. TUDOMÁNYEGYETEM
SZEMÉSZETI KLINIKÁJÁRÓL.

Igazgató: IMRE JÓZSEF dr. ny. r. tanár.

Pseudotumor orbitae.*

Írta: FUGULYÁN KATALIN dr. szemészeti II. tanársegéd.

1913. szept. 11-én 58 éves, jó erőben levő férfibeteg jött ambulatiánkra azzal a panasszal, hogy 1912. év nyarán egy lecsapódó ajtó retesze megcsapta bal szemöldöke táján. Felső szemhéja megdagadt az ütéstől, szeme és szemhéjak nagyon pirosak voltak. A sérüléssel elváltozások hamar elmúltak, de kb. fél év múlva kezdett kidülni bal szeme és azóta fokozatosan rosszabbodik állapota.

Vizsgálatkor azonnal feltűnik a bal szem protrúsiója. A kórtörténet adatai szerint, HERTEL-féle exophthalmometerrel mérve a bal szem $7\frac{1}{2}$ mm-rel áll előbbre, mint a jobb.

Szemrés tágabb, szemhéjak kidomborodtak, különösen az alsó. A bulbus minden irányban jól lehet mozgatni, de hátra nyomni nem.

A szemhéjon át a bulbus mögé tapintva újjunkkal, a bulbus alatt mintegy kis diónyi, rugalmas, könnyen mozgó, lipomára emlékeztető tumort lehet érezni, melynek eltolásakor a szemgolyó helyzete is változik. Különösen feltűnő ez, ha a tumort fel és befele toljuk, amikor is a szemgolyó, még jobban kiugrik és lefelé fordul. Máshol az orbitában tumor nem tapintható.

* Előadatott az „E. M. E.” orvostudományi szakosztálya 1916. decz. 2-án tartott ülésén.

A szem háttére ép, látása jobb szemén $\frac{6}{12}$, balon $\frac{6}{18}$, mely azóta sem változott lényegesen. Opticusa halvány: jobb rendes.

A therapiát két óránként váltott alkoholos borogatás a szemre és a szemhéjak bőrének jodkali-lanolinval való bekenése volt. A beteg rövid idő alatt javulást érzett, amit azonban objective kimutatni nem tudtunk. Kívánságára elbocsájtottuk és otthon tovább folytatta az előirt kezelést egy ideig.

1916. IV. 1-én újból láttuk, akkor exophthalmusa $12-13 \frac{m}{m}$ volt: mivel az exophthalmus elég lassan ugyan, de fokozatosan növekedett, a beteg maga is kívánta a műtétet és kb két hónap előtt, szept. 27-én, újból felvettük a klinikára.

Ekkor exophthalmusa már $15 \frac{m}{m}$ volt. HERTEL exophthalmometerével mérve a jobb szem 20 , a bal szem $35 \frac{m}{m}$ -nyire állott előre.

A sebészetten felvett Röntgen-képen a bal orbitában elég tömör árnyék látható, mely az orbita nagy részét kitölti. Az árnyék széle elmosódott. Az oldalról készült Röntgen-képen az árnyék nem tűnik fel. Az előző alkalommal leírt elváltozásokat részben fokozottabb mértékben találjuk.

A bal bulbus és vele együtt a bal orbita tartalma a szemüregből en masse, félgömbszerűen kidomborodik úgy, hogy az egész a homlok síkja elé kerül, maga előtt tolva a szemöldökív külső felét is. A szemhéjak a nyomás következtében kinyúltak, ránczaik részben elsimúltak. Szemrés tágult. Nyitott szemnél a cornea alatt és felett is a scleralis kötőhártya egy része látható. Behunyt szemnél szemrés zárt, a felső szemhéjon át a bulbus körvonalai kivehetők.

A bulbus minden irányban passive könnyen mozgatható. A szemhéjon át ujjunkat minden irányban eléggé benyomhatjuk a balbus mögé, az orbitába, melynek alsó-külső részében galambtojásnyi, felülről kissé lelapított, körülírt, rugalmas, de meg nem kisebbíthető képlet tapintható. A képlet és az orbita szél közt mélyebben be lehet nyomulni az orbitába, mint a képlet és a bulbus közt.

A bulbus fölött a belső felső sarokban a m. trochlearis helyén, a szemhéjszalag felett ellenálló tömeg tapintható.

A felső szemhéjban a belső szemzúg fölött mogorónyi kidomborodás, mely azonban jól összenyomható. Surranás vagy lüktetés a bulbus fölött nem érezhető, nem is hallható. A kötőhártya halvány, azonban mindenütt tágultak a kötőhártya vénái, különösen az alsó hajlásban a külső szemzúg közelében, ahol a venák kanyargósak is. A pupilla temporalis fele halványabb, mint a jobb szemén, crei normalisak, szem feszsége rendes.

A szem functionainak vizsgálatakor igen feltűnő volt, hogy kettős képeket, emellett a nagyfokú exophthalmus mellett, nem tudtunk kimutatni. MADDOX cylinderekkel távolba nézéskor teljes izom egyensúly van, HESS táblán egy kis elhajlás észlelhető a trochlearis részéről. BIELSCHOWSKY heterophorometrével 2° latens exophoriát lehet kimutatni. A szem megtekintésekor sem látható más deviatio, csak egyszerűen a szem tengelyében való előrenyomulás.

Éppen ezért az exophthalmust előidéző tumor főrészt az izomtöleséren belül, az orbita tengelyében s általában a szemgolyó mögött levőnek tettük fel.

Ilyenek a nervus opticus elsődleges daganatai; de abban az esetben, ha ez idézte volna elő az exophthalmust, a szemfenéken is találtunk volna az opticus részéről valamilyen elváltozást a megfigyelés alatt. Más solid tumorra sem gondolhattunk, mert nem tartottuk valószínűnek, hogy olyan szabályos növekedése legyen, a mely a szemet csak előrefelé tolja. A szem alatt levő lipoma tapintatú képlet összefüggésben látszott lenni az izomtöleséren feltételezett tumorra, de a lipoma diagnosisát rendkívüli ritkasága miatt szintén elejtettük. Nem jöhetett szóba rosszindulatú daganat sem ilyen lassú fejlődés mellett.

A lueses gyuladást a negatív Wassermann és az anamnesis zárta ki; az orr melléküregeiben GYERGYAI tanár úr vizsgálata szerint nem volt kóros elváltozás. Ezeknek alapján teljesen kizártnak tartottuk, hogy gyuladás idézte volna elő az exophthalmust, valamilyen más tumorra kellett tehát gondolnunk.

Tekintettel arra, hogy az exophthalmus rövid idővel a sérülés után lépett fel, exophthalmus pulsansra gondoltunk,

azonban pulsatiot, vagy surranást sehol sem észleltünk s a beteg panaszai sem vallottak erre.

Legvalószínűbb az, hogy a sérülés után az orbita alján diffus tumor cavernosus fejlődött ki, mely az izomtölcserben plasticus eloszolva a szemet egyenesen előre tolta. A bulbus alatt tapintható képletet vele összefüggésben levőnek goldoltuk. Támogatta a tumor cavernosus felvételét az exophthalmus lassú növekedése, a kötőhártyában levő tágult és kanyargós vénák jelenléte és ezeken kívül a felsorolt lehetőségek kizárása.

Az exophthalmus tekintélyes foka és a Röntgen kép eléggé kifejezett árnyéka arra mutattak, hogy a mélyben meglehetősen kiterjedt az álképlet, melyet elülről az orbitából nem egykönnyen lehet eltávolítani úgy, hogy a bulbust nagyobb traumáktól megkíméljük.

Kíméletesebb és célravezetőbb eljárásnak látszott KRÖNLEIN szerint behatolni az orbitába és így írtani ki a daganatot.

E végett megkértük a sebészeti klinika vezetőjét, VIDA KOVICS m.-tanár urat, a ki szíves volt a műtétet elvégezni.

Mikor a szemüreg oldalról meg volt nyitva, egy mogyorónyi daganatrészletet távolítottak el, de a daganat nagy része ott volt az orbita csúcsában, körülfogva a nervus opticust úgy, hogy a daganatot az opticus átmetszése nélkül nem lehetett kiírtani.

A daganat tehát a műtétnél nem bizonyult angiomásnak, hanem valamely solidabb, tömöttebb képletnek, a mely a környezettel csak az orbita csúcsában függött össze és az izmokból látszott kiindulni.

A kiírtott tömeget a bulbussal együtt a kórboneztani intézetnek adtuk át megvizsgálás végett. Kipraeperálás után jól láthatóvá lett, hogy a négy egyenes és az egyik ferde izom hátulso fele bunkószerűen megvastagodott.

Szövettani vizsgálattal *myositis interstitialis chronicát* állapítottak meg a kórboneztani és kórszövettani intézetben, azonban nem találtak semmi olyan szövettani elváltozást, a mi akár tuberculosis, akár lues mellett bizonyítana.

A rendelkezésre álló irodalomban hiába kerestem hasonló

szemizom megbetegedés leírását. A legtöbb, nagyobbára csak a műtétnél diagnosztisált, chronicus gyuladása a szemizmoknak az orbita falból kiinduló, lueses elváltozás következtében lépett fel, de ezekben az esetekben nem csupán az izmok, hanem az orbita többi szövetei is infiltrálva voltak. MELLER közöl a Graefe-Archiv 1913. évfolyamában egy kilencz esetből álló ilyen sorozatot.

Hogy a lues a szemüregben csak a szemizmokat támadta meg, csak egy esetben találtam leírva, melyet BUSSE és HOCHHEIM közöl ugyancsak a Graefe-archivumában, 1903-ban. Ebben az esetben a szív izomzatában is hasonló elváltozást találtak és ez a betegnek halálát idézte elő.

Élőben itt sem diagnosztisálták a szemizmok megbetegedését, mint az exophthalmus előidéző okát. Előttük nem is írta le senki a szemizmok önálló syphilises gyuladását.

Myositis interstitialis által okozott exophthalmusnak csak egy esetére találtam hivatkozást CHEVALLEREAU és OFFRET 1913. évi kivonatos közlésében, ahol 54 éves embernél lépett fel baloldali kistokú exophthalmus a szemhéjak vízenyőssége és több orbitalis izom paresisével kapcsolatban, a melyek miatt ők is orbitalis tumorra gondoltak.

Az exophthalmus fokozódása miatt KRÖNLEIN műtétet végeztek és a belső és felső egyenes izomban megvastagodást találtak, melyet kimetszettek és a vizsgálatnál izomgyuladásnak találták.

Később a szem fájdalmas lett, az exophthalmus fokozódott, azután keratitis neuroparalytica lépett fel és 9 hónappal az első beavatkozás után exenteratio orbitae végeztek.

Ekkor is az orbitalis izmok hypertrophiáját találták, melyben szövettanilag jellemző volt a sok gyuladással gócz és a kiterjedt hegeképződés, melyek inkább syphilisekre emlékeztetőek voltak, mint más idült fertőzésre. A beteg anamnesisében köszvény és gyakori fejfájás a megemléltendő.

Csupán az izmokra szorító megbetegedést írt le ASKANAZY 4 Basedow-esetben, ahol az izom parenchymájának degeneratio atrophiciáját találta. Az eredeti közlést tartalmazó folyóirat nincs kéznél és a kivonatban nincs említés téve az élőben levő állapotról.

A klinikánkon észlelt eset annyiban is különbözik az irodalomban találtaktól, hogy azoknál az exophthalmus mellett az orbitalis szemizmoknak bénulásai és egyéb gyulladásos jelenségek is voltak, ellenben itt az izmok kifogástalanul működtek és semmi gyulladásos jelenség nem volt észlelhető.

Esetünk nagyban hozzájárul a szemizmok idült gyulladására által okozott exophthalmusnak a jövőben való diagnosztizálásához, amennyiben, utólag összefoglalva a tüneteket, typicus eset. Jellemző tünet volt a lassú fejlődés, a szemnek egyenesen előre való tolása, a látás-élesség kismértékű romlása, azonkívül a trochlearis megnagyobbodott izmának tapinthatósága.

Az előidéző okot azonban jelenleg nem ismerjük.
