

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI M. KIR. TUDOMÁNYEGYETEM SZEMÉSZETI  
KLINIKÁJÁRÓL.

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

## Pseudotumor orbitae.

FUGULJÁN KATALIN dr. szemészeti II. tanársegéd.

E címen 1916 dec.-ben az E. M. E. szakosztályi ülésén egy 58 éves férfibeteget mutattam be, akinek félordali nagyfokú exophthalmusa volt és akinél, mint a szövettani vizsgálatnál kiderült, az exophthalmust nem tumor, hanem a szemizmok megbetegedésének eddig még alig ismert alakja okozta. A bemutatás alkalmával az eset lényegének magyarázatával — elegendő bizonyíték hiányában — nem foglalkoztam; a beteget azonban további megfigyelés alatt tartva, az eset azóta eléggé tisztázódott arra, hogy a kórképnek lehetőleg teljes leírását adjam.

Az itt következő eset nemcsak szemészeti, hanem általános orvosi szempontból is figyelemre méltó.

A betegen az 1913 IX. 30-án felvett kórtörténet adatai szerint vizsgálatkor azonnal feltűnt a bal szem protrusioja. HERTEL féle exophthalmometerrel mérve a bal szem  $7\frac{1}{2}$  mm.-rel állt 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 újunkkal, 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 tumor fel és befelé toljuk, amikor is a szemgolyó még jobban kiugrik és lefelé fordul. Máshol az orbitában tumor nem tapintható. A szem háttere ép, jobb szem  $\frac{6}{12}$ -et, bal  $\frac{6}{18}$ -at lát, látása azóta sem változott lényegesen.

Az exophthalmus és az orbitában tapintható képlet tumor gyanúját keltették, azonban előbb megkíséreltük a lobellenes kezelést. A beteg erre rövid idő alatt javulást érzett, de objective nem lehetett változást kimutatni. Kivánságára a klinikáról elbocsájtottuk s otthon tovább folytatta egy ideig az előbbi kezelést.

1916 IV. 1-én újból jelentkezett a beteg; ekkor a két szem előreállása közt 12—13 mm. volt a különbség. Mivel az exophthal-

mus elég lassan ugyan, de fokozatosan növekedett s a szemgolyó alatt levő tumor is szemmel láthatóan megnagyobbodott, műtétet ajánlottunk a betegnek. Evégből 1916 IX. 27-én újból felvettük a klinikára a beteget.

Újabb vizsgálatnál az előző alkalommal leírt elváltozásokat fokozottabb mértékben találjuk. HERTEL exophthalmometerével mérve a jobb szem 20, a bal szem 35 mm.-nyire áll előre, a különbség tehát már 15 mm. 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, ráncok részben elsímultak. Szemrés tágult. Nyitott szemmel a cornea alatt és felett is a scleralis kötőhártya egy része látható. Behunyt szemmel a szemrés zárt, a felső szemhéjon át a bulbus körvonalai kivehetők.

A bulbus minden irányban jól mozgatható, hátrafelé azonban nem nyomható. A szemhéjon át újjunkkal minden irányban mélyen benyomulhatunk a bulbus mögé, az orbitába, melynek alsó-külső részében galambtojásnyi, felülről kissé lelapított, körülírt, rugalmas, de meg nem kisebbíthető képlet tapintható. A képlet és az orbitaszél közt mélyebben be lehet nyomulni az orbitába, mint a képlet és a bulbus közt. A képlet a megfelelő helyen az alsó szemhéj bőrét kissé kidomborítja.

A bulbus fölött a m. trochlearis helyének megfelelően ellenálló tömeg tapintható, ennek megfelelően a felső szemhéj bőrén kis kidomborodás van.

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 vénák kanyargósak is. A papilla temporalis fele halványabb, mint a jobb szemén, erei normalisak. Szem feszessége rendes.

A szem functionainak vizsgálatakor igen feltűnő volt, hogy jól lehet az exophthalmus nagyfokú, kettős képeket nem tudtunk kimutatni. Maddox cylinderekkel távolba nézéskor teljes izomegyensúly van; HESS táblájával egy igen kis elhajlás észlelhető a trochlearis részéről. BIELSCHOWSKY heterophorometerével 2° latens exophoriát lehet kimutatni. A szem megtekintésekor sem látható más deviatio, mint egyszerűen a szem tengelyében való előrenyomulás.

A sebészetten fölvevett Röntgen képen a bal orbitában elég tömör

árnyék látható, mely az orbita nagy részét kitölti. Az árnyék határa elmosódott. Az oldalról készült Röntgen képen az árnyék nem tűnik fel.

A lelet alapján kerestük az exophthalmus előidéző okát.

A lueses gyuladást a negatív WASSERMANN miatt zártuk ki. Az ort melléküregeiben GYERGYAI tanár úr vizsgálata szerint nem volt kóros elváltozás és így a *tbc.*-os gyuladás felvételére sem volt támaszpontunk.

Az orbitaszél alsó-külső része mellett határozottan tapintható, tumorszerű tömeg tehát valamely új képlet mellett bizonyított.

Mivel az exophthalmus iránya pontosan a szem tengelyét követte, az exophthalmust előidéző tumor fő részét a szemgolyó mögött, az izomtöleséren belül, az orbita tengelyében levőnek tételeztük fel. Ilyenek a nervus opticus elsőd, leges 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, amely a szemet csak előrefelé tolja. A szem alatt levő lipoma tapintatú képlet összefüggésben látszott lenni az izomtöleséren feltételezett tumorról, de a lipoma diagnózisát rendkívüli ritkasága miatt szintén elejtettük. Nem jöhetett szóba rosszindulatú daganat sem ilyen lassú fejlődés mellett.

Tekintettel arra, hogy az exophthalmus rövid idővel a sérülés után lépett fel, exophthalmus pulsansra is gondoltunk, azonban pulsatíot, vagy surranást nem észleltünk s a beteg panaszai sem vallottak erre. Legvalószínűbbnek látszott az a föltevés, hogy a sérülés után az orbita alján diffus tumor cavernosus fejlődött ki, mely az izomtöleséren plasticusan eloszolva a szemet egyenesen előre toltá. A bulbust alatt tapintható képletet vele összefüggésben levőnek gondoltuk. Támogatta a tumor cavernosus felvételét az anamnesis, 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 a képlet, melyet elülről nem egykönnyen lehet eltávolítani úgy, hogy a bulbust nagyobb sérelemtől megkíméljük. Kíméletesebb és célravezetőbb eljárásnak látszott KRÖNLEIN szerint hatolni be az orbitába és így irtani ki a daganatot. A betegnek érthetően megmagyaráztuk a helyzetet; kifejeztük, hogy az általa ismételtlen kívánt beavatkozás igen súlyos dolog s hogy nem kezeshetünk arról, hogy a folyvást növekvő és őt nagyon nyugtalanító daganat eltávolítása sikerül-e úgy, hogy szeme megmaradjon és ha megmarad, lásson és a másikkal együtt jól mozogjon. Az értelmes beteg megértette s elvállalta a kockázatot.

A műtét elvégzésére fölkértük VIDAKOVICS m.-tanár urat, a sebészeti klinika vezetőjét, aki volt szives ezt elvállalni.

Mikor a szemüreg oldalról meg volt nyitva, az orbita elülső-alsó részeiben a zsírszövetből egy mogyorónyi különálló daganat-részletet távolítottak el, mely nem bizonyult angiomásnak, hanem valamely tömöttebb képletnek látszott. A daganat nagy része a bulbos mögött volt, kitöltve az orbita hátsó felét és az izmokból látszott kiindulni, körülfogva a nervus opticust és az orbita csücsében összefüggve a környezettel, úgy, hogy a daganatot az opticus átmetszése nélkül nem lehetett kiirtani. Miután bizonyosnak látszott az, hogy a szemnek előbb-utóbb tönkre kell jutnia — vagy amiatt, hogy a fokozódó exophthalmus következtében a szemrés egy idő múlva nem záródhatik, vagy amiatt, hogy a növekvő daganat előbb-utóbb összenyomja az opticut, — az orbita teljes kiürítése határozottatott el.

A kiírtott tömeget a bulbussal együtt a kórbonetani intézetnek adtuk át megvizsgálás végett, ahonnan VESZPRÉMI tanár úr volt szives a következő leletet és véleményt adni:

Beküldetett az enudeált bulbos izmaival, zsírszövetével együttesen mindelestől. Magán a szemén szabad szemmel felismerhető elváltozás nincsen. Az izmok némelyikében már így, a zsírszöveten keresztül is és pedig azok distalis részében sajátos megvastagodás észlelhető. Közlebbi tájékozódás céljából mindegyik izmot egyenként kipraeparáltuk s ekkor kiderült, hogy mind a négy reetusnak (melyek közül egy a szemgolyóról le van vágva) a distalis vége átlagosan a középtől kezdve fokozatosan megvastagszik, lapos alakja hengerded alakot ölt és vastos bunkószerű képletté alakul át. Az obliquusok egyike hasonlóan eltávozott. Az izmok szerkezete a bulbushoz való tapadás közelében elég rendes, halvány húsvörös nyáláboeszkákból áll; amint fokozatosan átmegy a bunkos megvastagodásba az izom vörös színe mindinkább szürkés színt ölt, úgy, hogy a distalis része egészen szürkés-fehérré alakult át. A szemgolyó a kipraeparált izmokkal úgy néz ki, mintha vastos végű szürkés fehéres bojtok esüngenének le róla. Ezen izmok metszés lapja tömöttebb, elég szívós és hegszövetre emlékeztető kinézéssel bír, amelyben a proximalis részük felé még ép izomrostok lassanként és fokozatosan eltűnnek és elvesznek. Az elváltozás tehát nem körülrít, nem daganatszerű, hanem diffus, az izomzat ép részébe éles határ nélkül terjed be. Az izmok a környező zsírszövettel szorosabban összekapaszkodva, hegesen összenöve nincsenek, mindamelllett nem élesen elhatároltan szintén heges szövetre emlékeztető tömörülés található a zsírszövetben is.

Az egyik izomban levő bunkószerű megvastagodás az ép felé eső átmeneti résszel együtt képezte szövettani vizsgálat tárgyát, továbbá a külön beküldött tömött esomó. Az előbbiben a szabad szemmel is szürkésnek tetsző részben erősen felszaparodott sejtdús kötőszövetet lehetett találni, amelynek rostjai hol vastos nyálábokat alkotnak, mintegy összefüggő tömegekben, hol betérjednek egyes izomrostok közé is. Igen feltűnő továbbá, hogy nagyobbára körülírtan változó kiterjedésű, rendkívül sejtdús göcek is vannak, amelyek a metszetekben már szabad szemmel is felismerhetők. Ézcu göcek — lehet mondani — kizárólagosan lympho-

eytákból állanak és oly sűrűn tartalmazzák ezen sejteket, aminőhöz fogható csak nyirokmirigyekben vagy lépfolliculusokban lehet találni. Több magvú fehérvérsejtet, plasmasejtet csak nagyon gyér számmal látni, ellenben sok nagyobb, változó alakú, halványan festődő maggal bíró sejtet lehet találni, amelyek polyblastáknak felelnek meg. Vannak egyes helyek és pedig ott, ahol a lobos infiltratio diffuse terjed az izomrostok közé, ahol plasmasejtek valamivel tömegesebben is mutatkoznak. Ezen gömbsejtes göcszerű beszűrődések helyenként előszeretettel követik az idegnyalábokat, azokat sejtűs udvar gyanánt körveve. Az izomrostok általában természetesen meg vannak kevesbedve, a meglévők között sok vékony, mintegy sorvadttal izomrosttal, de nagyobbbrészt aránylag elég épek, harántcsíkoltak megartott. Kiemelendő, hogy elajtosodásnak, elhalásnak sehol semmi jele, sem pedig valamely chronicus infectiosus sarjadzásszövetnek sem. Hasonlóképen a vizsgált anyagnak semmi része daganatszövetnek egyáltalán nem felelt meg.

A külön küldött darabka erősen heges zsírszövetnek bizonyult, amely nagyobbbrészt meglehetősen régi sejtsegény rostos kötőszövet jellegével bír, helyenként kicsiny lymphocytás infiltrációs göcökkel, szétszórtan nem sok plasmasejtet, több durván szemeses hízlalt sejtet, azonkívül egy-egy nagy phagocytával, mely sárgás haematogen festékszemecskével telt.

Az izomból LEVADTI szerint kezelt metszetekben spirochaetákat hosszas keresés mellett sem lehetett találni.

A góresői kép alapján daganat kizárható, ez ellen szól különben is az elváltozásnak kórhonctani jellege is, amennyiben külön az összes izmokra szorítkozik. A szöveti kép alapján valamely idült lobos elváltozás volna felvehető, amelynek közelebbi természete alig állapítható meg. Az elváltozás nem hasonlít valamely idült fertőzőes sarjadzáshoz (Gümőképződésnek nyoma sincs. Bujakórnak azért nem felelt meg, mert a syphilomára jellegzetes elváltozások hiányoznak.) Nem lehetetlen, hogy valamely éppen nem specíficus ok, hanem a kórelőzményben is említett trauma okozta idültlen lefolyó gyuladás következménye az izmokban és az orbita zsírszövetében talált eltérés. Nem zárható ki azonban az sem, hogy valamely olyan folyamattal kapcsolatos, amelynek természete az izmokban talált elváltozásokból — mert nem ezek képezik a karakteristikumot — nem is határozható meg úgy, hogy a kórszövettani kép alapján biztos kórismét sem tudunk mondani s csupán az előre ment trauma alapján és ha más valamely betegség kizárható, lehetne a kórismét *myositis interstitialis chronica*-ra tenni.

Az irodalomban kerestem hasonló szemizom megbetegedés leírását. Leggyakoribb chronicus megbetegedése 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 (Über chronisch-entzündliche Geschwulstbildungen der Orbita) kilenc esetből álló sorozatot, amelyek mindenkében — rossz indulatú tumor diagnosisa alapján — exenteratiót végeztek és a szövettani vizsgálat majdnem minden esetben luest derített ki.

Hogy a lues a szemüregben csak a szemizmokat támadta meg, csak egy esetben találtam leírva, melyet BUSSE és HOCHHEIM közöl,

ugyanesak a Graefe archivumában, 1903-ban. Ebben az esetben a szív izomzatában is hasonló elváltozást találtak és ez idézte elő a beteg halálát. 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 egy eseteére CHEVALLEREAU et OFFRET 1913. évi kivonatos közlésében találtam hivatkozást. (Annal d'Oculist. T. CXLIX. p. 398.) 54 éves embernél bal oldali kiskokú exophthalmus lépett fel a szemhéjak vizenyössége és több orbitalis izom paresisével kapcsolatban, amelyek miatt ők is orbitalis tumorra gondoltak. Az exophthalmus fokozódása miatt Krönlein műtétet végeztek, amikor is a belső és felső egyenes izomban megvastagodást találtak, melyet kimetszettek és a vizsgálatnál izomgyuladásnak találtak. Később a szem fájdalmas lett, az exophthalmus fokozódott, azután keratitis neuroparalytica lépett fel és 9 hónappal az első beavatkozás után exenteratio orbitae-t végeztek. Ekkor is az orbitalis izmok hypertrophiáját találták, melyben szövettanilag jellemző volt a sok gyúladásos gócs és a kiterjedt hegeképződés, melyek inkább syphilise emlékeztettek, mint más idült fertőzésre. A beteg anamnesisében köszvény és gyakori fejfájás volt.

Csupán az izmokra szorítókozó megbetegedést írt le ASKANAZY négy sectiora került Basedow-esetben. (Deutsches Archiv für klinische Medicin 1898.) A haránt csíkolts izomzat parenchymájának megbetegedését és interstitialis lipomatosis állapotot meg és egyik esetében különösen kiemeli a szemizmokat, mint amelyekben az elváltozás igen kifejezett volt. Munkájában hivatkozik v. RECKLINGHAUSEN-re, aki 1863-ban „Fettmetamorphose“-t talált a törzs-, de főként a szemizmokban, ezenkívül megemlékezik BUSCHEN, FARNER és HAEMIG hasonló leleteiről.

A szemészeti irodalomban a felsorolt esetek alapján kétféle izom-megbetegedésről van említés téve, 1. lueses, 2. Basedow-korral kapcsolatban fellépő elváltozásokról, eltekintve CHEVALLEREAU és OFFRET esetétől, ahol az ok ismeretlen maradt.

A szövettani lelet szerint a mi esetünkben nem lehet szó lueses gyuladásról, de nem hasonlít a kép az ASKANAZY által leírt izomelváltozásokhoz sem; ASKANAZY sem talált kifejezett gyuladást, hanem interstitialis lipomatosis mellett az izomrostok degeneratioját. Szóvá teszi azt is, hogy a kétféle elváltozás közül melyiket tartsa elsődlegesnek és hivatkozik arra, hogy csak majd a további kutatások alapján az egyes esetek összevetéséből lehet majd a végső követ-

keztetést levonni. ASKANAZY azt emeli ki legfőképen, hogy a Basedow-kór lefolyása alatt súlyos és kiterjedt megbetegedés van jelen az akaratlagos, harántesíktolt izmokban. Éppen ezért a szövettani lelet alapján nekünk is arra kellett gondolni, hogy itt a Basedow-kórnak szokatlan esetével állunk szemben. Ebben az irányban tovább kutatva, ezt a föltevést a megfigyelés is igazolta. Egy idő múlva a jobb szem fokozatosan mind jobban kezdett kidüledni s más tüneteket is találtunk, melyek a Basedow-kórt kísérni szokták. Legelső volt a kezek tremorja, mely bal oldalt erősebb volt, mint jobb oldalt. Ezt a tünetet CHARCOT a Basedow-kór IV. fő tünetének nevezi és statisztikailag kimutatták, hogy ez a legállandóbb tünet s emellett nem ritkán az első symptoma is (H. SATTLER, Graefe-Saemisch IX. B. 2. Abt.) A beteg bevallása szerint keze az exophthalmus fellépése előtt is reszketett.

Ezenkívül élénk szív működés és erős carotis pulsatio volt észlelhető, a beteg fáradékonyságról panaszkodott, kisérték ingerlékenységről.

A jobb szem állását is figyelemmel kísértük és időnként lemértük. A bal szem műtété előtt 1916 IX. 20 mm.-re állt előre.

1917 III. 17. 21.5 mm.-re

V. 23. 25.0 „

VII. 21. 26.0 „

1917 márciustól május 23-ig tehát elég tetemesen nőtt a jobb szem exophthalmusa. Kár, hogy az első észlelés alkalmával csak a két szem állása közötti különbség volt följegyezve s így nem tudjuk, hogy észlelésünk első ideje alatt nem változott-e a jobb szem állása is. Ez év VII. 21. óta az exophthalmus nem fokozódott, aminek oka talán a kezelésben rejlik. Arsotonia injectiókat kapott és a jobb oldali sympathieust villanyoztuk.

A jobb szem protrusiojával kapcsolatban a szemhéjak is kidomborodtak, a szemöldökív külső fele is előre van nyomva. A szemhéj bőre igen kis fokban festenyzett; alul, az orbitaszél mellett és felül az inc. supraorb. alatt táskás. Orbita elég tágas, alsó-külső szélénél betapintva a mélyben elmosódott határú képlet érezhető. Szemrés jól záródik; nyitott szemmel a szemrés tág, a felső szemhéj a szárhártya felső szélét kissé födi, azonban ha a beteget fölszólítjuk, hogy nézzen ránk, a cornea fölött megjelenik a scleranak egy keskeny csíkja (az eltávolított bal szemén a belső szemhéj vissza volt húzódva a corneáról). Fölfele nézéskor a szemhéjszél lépcsőzetesen emelkedik, de a bulbus kísérő mozgása egy idő múlva elmarad és

a sclera a cornea fölött 1–2 mm. szélességben szabad lesz. Lefele nézéskor a felső szemhéj a bulbust jól követi. A szem forgási íve V. 23-án: kifele 50°, befele 40°, föllefe 35°, lefele 40°. X. 16-án: kifele 50°, befele 30°, föllefe 15°, lefele 45°. Erős oldalra nézéskor kiefokú nystagmus rotatorius. Időnként a szemén gyöngye pulsatio érezhető, stetoskoppal állandó surrogás hallszik. A bulbus passive jól mozgatható, de hátra alig nyomható.

A kötőhártya kívül-alul kissé vizenyős, vérmes, érzékenysége itt csökkent. Az áthajlások mélyén az orbitalis szövet a kötőhártyán halvány kékes-vörös színben tűnik át. Szarűhártya tiszta, érzékenysége normalis, pupilla ferdén tojásalakú, közepesnél szűkebb, fényre, alkalmazkodásra jól reagál. Papillán physiologiás excavatio, temporalis fele halványabb, mellette keskeny scleralis sarló. Látás  $\frac{6}{10}$ ? + 0.75 D + 0.75 D cyl I  $\frac{6}{7}$ ? Látótér rendes. A beteg könnyezésről panaszkodik, szempilláját nehéznek érzi, szemgolyója fáj, időnként pókhálót lát szeme előtt.

A belgyógyászati vizsgálat megejtése végett JANCsó tanár úr volt szives a beteget a belgyógyászati klinikára fölvenni. Állapotáról a következő adatokat (DR. JAKOBI) kaptuk:

„Szülei előtte ismeretlen betegségben, egy testvére fekete himlőben, két gyermeke diphtheriában halt el. Abortus nem volt.

... Gyermekek korában és 1917 I. 9-én himlő ellen sikerrel oltották be. Jelen bajáig aranyéren kívül komolyabb betegsége nem volt. Jól érzi magát, jól alszik, hasmenései nincsenek, inkább szorulása van. Az utóbbi 3–4 év alatt mintegy 5 kgr.-ot fogyott. Alacsonyabb termetű, jól fejlett csont és izomrendszerrel és panniculis adiposussal bíró férfibeteg. Bőr és látható nyálkahártyák színe halvány vörös. A nyak jobb oldalán a supraclavicularis árokban kb. meggyorónyi, gömbölyded, tömött, a bőrben székelő képlet tapintható, mely az alzattal nincsen összekapaszkodva. A nyak bal felén a fejbiceentő izom belső szélének alsó felén lefelé húzódó műteti heg látható. A bal állszöglettől lefelé 2 harántújjnyira a mélyben kb. bab szemnyi. középtömött, mirigyszerű képlet tapintható.

... Mellkas domború. Fejbiceentő izom kötegei kissé vastagabbak. Az egy bordával lennebb terjedő tüdőhatárokon belül érdes sejtés légzés; nem köhög, köpetet nem ürít.

Szívtempulát úgy föl, mint kifele megkisebbedett. Szívesúcs fölött a systoles hang nem egészen tiszta. Szív és negyedényi hangok kissé tompán hallhatók, de ékeltek. Pulsus közép szapora, ritmicus, regularis. Scrobiculus cordisban pulsatio látható, mely a szív-működéssel egyidejű.

Máj a jobb bordaívét 2–3 harántújjal túlhaladja, tapintáskor nem érzékeny.

Vizelet fajsúlya 1020, fehérje, cukor nincs benne. Napi mennyisége átlag = 1700 cm.<sup>3</sup> Alimentaris glycosuriára vonatkozó vizsgálat (100 gr. dextroséval) negatív eredményt adott.

VII. 15. Röntgen átvilágításnál: tüdők rajzolata elmosódott, levegő tartalmuk bőséges; rekesz mozgásai kissé csökkentek. Aorta

felhágó része árnyékának átmérője 3—4 harántújjnyi, szív a rendnél nagyobb, tomputatának projectioját minden irányban legalább 3—4 cm.-rel túlhaladja.

Vérvizsgálat eredménye :

	1917. VII. 10.	1917. IX. 27.
Fehérvérsejt szám . . . . .	4 200	7 066
Vörös vértest szám . . . . .	3 270 000	4 980 000
Haemoglobin . . . . .	13·16%	13·76%
Festődési index . . . . .	1·43	0·988
Polynuclearis leucocyta neutrophyl . .	51·90%	60·51%
"    "    eosinophyl . .	2·73%	1·91%
"    "    basophyl . . . .	0·50%	1·2%
Lymphocyta . . . . .	39·34%	33·12%
Átmeneti fehér vérsejt . . . . .	2·73%	3·18%
Myelocyta . . . . .	0·50%	—
Nagy egymagvu fehér vérsejt . . . . .	2·10%	—

A Basedow-kór tünetei közül esetünkben megtaláltuk a következőket: 1. Exophthalmus, vele együtt mozgásbeli eltérések a szemizmok részéről. 2. Tremor a kezeken. 3. Lymphocytosis, mely elég tekintélyes 39—33%. 4. Megnagyobbodott szív kissé szaporább szív-működéssel. 5. A szemizmok megbetegedése.

Igen érdekes és jellemző tünet, hogy a tremor azon az oldalon erősebb, ahol az exophthalmus is nagyobb fokú volt. A szemizmok megbetegedése esetünkben oly nagyfokú volt, hogy egymagában teljesen elegendő magyarázatát adja az exophthalmusnak. Az izmok megbetegedése alapján könnyen érthető az is, hogy Basedow-kórnál olyan gyakoriak a szemén a mozgási zavarok. A szem izmai végzik a szervezetben a legfinomabb és legkönnyebben ellenőrizhető izommunkát, természetes, hogy már kis zavar is fölkelte az orvos figyelmét. Úgy látszik nem is azt kell fontosnak tartanunk, hogy milyen mozgásbeli zavarok vannak, hanem hogy vannak a szemizmok részéről mozgásbeli zavarok, amelyeket akkor is tudomásul kell vennünk, ha nem felelnek is meg valamely typicusnak felvett tünetnek (Graefe, Moebius, Stellwag, felső szemhéj retractiója.)

A szemizmoknak eddig nem anatómiai elváltozásait, csak működési zavarait kötöttük össze a Basedow-kórral s a szemek kitolódását sem gondoltuk az izmok állományának elváltozásából származónak. Esetünk e tekintetben új tanulságot szolgáltat, mert alképletszerű, a Basedow betegséggel eddig össze nem kötött, változás-ként hatott és okozott kidülledést.