

KÖZLEMÉNY PURJESZ ZSIGMOND EGYETEMI TANÁR BELGYÓ-  
GYÁSZATI KÓRODÁJÁBÓL.

*A tachycardiáról.*<sup>1)</sup>

*Dr. Kohn Fülöptől.*

A mult tanévben fordult elő a belgyógyászati tankórodán — a hol én mint gyakornok valék alkalmazva — egy eset, mely megérdemli a figyelmet annyival is inkább, mert ritkán kerül észlelés alá. Csak mintegy két évtized előtt észleltetett először és a bántalom lényege és kezelése még nincs tisztába hozva.

Az eset következő: Schultz Ferencz 25 éves gör. kath. nőtlen pénzügyőr 1889. május 17-én vétette fel magát kórodánkra azon panaszzsal, hogy a megelőző év márczius havában előtte ismeretlen ok folytán heves szívdobogás lepte meg mellszorongás és fulladástól kísérve, a mely állapot 6 órai tartam után önként és hirtelen szűnt meg. Ezen idő óta 3—4 naponként 5—6 órai tartammal jelentkeztek ilyen rohamok, míg ezelőtt 3 héttel katonai fegyvergyakorlaton vevén részt, ezalatt és ezóta harmadnaponként jelentkeztek hasonló rohamok, különböző időtartammal; egyike ezen rohamoknak állítása szerint félbehagyás nélkül 48 óráig tartott. Anamnaesisében említést érdemel, hogy 5 év előtt két hétig tartó polyarthriti rheumatica acutában szenvedett. Tudomása szerint családjában idegbántalom elő nem fordult.

A középstermetű jól fejlett csont- és izomrendszerrel bíró férfi beteg bőrszine rendes. Szellemi és külérzéki működések rendesek. Közérzete a rohamokban fellépő szívdobogás és fulladás érzete miatt zavart. Légzési szervekben eltérés nem mutatható ki. Légzés a felvé-

<sup>1)</sup> Előadatott az Erd. Muz.-Egylet orvos-természettudományi szakosztályának 1890. szeptember 19-dikén tartott orvosi szakülésén.

tel alkalmával, a mi rohammentes időben történt, percenként 20 volt. A szívcsúcs lökés a 6—7 bordaközben a bimbóvonalról 2 cm.-nyire kifelé — a középvonalról balra 15 cm-nyire — kiterjedten és gyengén érezhető. A szívtempulát úgy hossz-, mint haránt irányban nagyobb, felső határa a bal parasternál vonalban a 3 borda alsó szélé, belső határa a sternum bal szélét 1·5 cm-nyire meghaladja, külső határa a csücsklökés helyének felel meg. A szívcsúcs felett hallgatódzva egy egészen a tiszta diastolikus hangig tartó lágy systolicus zöreje hallható. Az aorta és a jobb szív felett két tiszta hang, úgyszintén az art. pulmonalis felett is, csakhogy ez utóbbinak második hangja feltűnően ékelt. Pulsus száma percenként 80, középnagy, elég telt és feszes. Az ekkor felvett sphygmogramm eltérést legfennebb annyiban mutat, hogy a felszálló ág kissé meredek. (L. 1 ábra.)

Tápcsatorna, valamint a hozzá tartozó nagy mirigyek működése rendes. Vizelet tiszta világos sárga, 1019 f. s. savi hatású, idegen alkatrészek benne ki nem mutathatók. Hőmérséke normális.

Május hó 18, 19-és 20-án semmi változás. 21-én reggel  $H = 36\cdot8$ ,  $E = 80$ ,  $L = 20$ . Délelőtt 11 órakor a beteg heves szívdobogás és mellszorongásról panaszol. Pulsus az art. radialisra nem számlálható, oly kicsiny. A szív felett hallgatódzva a rythmikus szív-működés száma percenként 200. Légzés 20. Bőrszín normális, cyanosisnak semmi nyoma. Szívtempulát nem változott. Szív és nagy edények felett hallgatódzva a lelet teljesen megfelel a felvétel alkalmával talált lelettel. A szívdobogás éjjel után 2 óráig (15 óra) tartott, midőn hirtelen minden művi beavatkozás nélkül szűnt meg.

22-én délelőtt szünet, a beteg jól érzi magát. Délután 3 órától roham este  $\frac{1}{2}$ 8 óráig. Roham alatt  $H = 37\cdot5$ ,  $E = 200$ ,  $L = 28$ . Egyéb tünetek mint az előző napi rohamnál.

23-án délután 1 órától éjjelután  $\frac{1}{2}$ 2 óráig tartó roham (13 óra).

24-én szünet.

25-én nappal szünet. A vizelet gyűjtve lett, 24 órai mennyisége 3000  $\times$  cm., physikai és vegyi tulajdonságai, mint a felvételnél. Este 7-től éjjelután 1 óráig tartó rohama volt (6 óra).

26-án délelőtt szünet, délután 2 órától éjjel után 2-ig rohama volt, mialatt a rekeszállás, máj- és szívtempulát változatlan maradt. Vizelet 24 órai mennyisége 1700  $\times$  cm., miből az előző éjjel 6 órát tartó roham alatt 500  $\times$  cm. gyűjtetett. A rendes szív-működés alatt

kiürített vizelet tulajdonságai, mint a felvételkor, míg a roham alatt kiürített vizelet sötétebb színű, 1022 f. s. és kevés fehérnyét tartalmazott. A roham alatt kétszer hányt zöldes híg savanyú folyadékot.

27-én nappal szünet, este  $\frac{1}{2}$ 8 órától éjfélután 2-ig tartó rohama volt:

28-án szünet. Az előző napi rohama alatt gyűjtött vizeletben kevés fehérnye.

29-én nappal szünet, este  $\frac{1}{2}$ 7 órától éjfélután  $\frac{1}{2}$ 2-ig tartó rohama volt.

30-án mellfájásról és a szívtájon levő nyomás érzetéről panaszol; állítólag érzi a roham közeledését, mert ilyenkor, úgy mondja, hogy szív működése már rendetlen, a mennyiben minden 4—5 lökést erősebbnek érzi a többinél. A roham csakugyan bekövetkezett délelőtt 11 órakor és tartott este  $\frac{1}{2}$ 10-ig. A roham alatt  $P = 220$  kicsiny, puha és könnyen elnyomható; monocrot mint a mellékelt sphygmogramm mutatja. Sem a rohamot, sem a pulsus minőségét nem befolyásolta a vagusra gyakorolt nyomás, mint a mellékelt sphygmogramm mutatja. (L. 2 ábra.) A vizelet 24 órai mennyisége 1200  $\boxtimes$  cm., melyből a roham alatt 200  $\boxtimes$  cm. gyűjtetett és ebben kevés fehérnye volt kimutatható.

31-én szünet.

Junius 1-én délelőtt  $\frac{1}{2}$ 9 órától délután  $\frac{1}{2}$ 4-ig tartó rohama volt, mialatt a rekeszállás, máj és szívtompulat változást nem mutattak. A vagusokra gyakorolt nyomás, a szívtájnak faradizálása, só és hideg víz nyeletése sem a roham tartamára sem a pulsus minőségére — mint a mellékelt sphygmogramm mutatja — semmi befolyással sem volt. (L. 3 és 4 ábra.)

2-án délelőtt 9 órától éjfélután 3 óráig (18 óra) tartó rohama volt, ezalatt  $P = 200$ , igen kicsiny, puha és könnyen elnyomható. Eddig a beteg aqua amygdalarum amarumot kapott belsőleg és a rohammentes időben egynehányszor nagy chinin adagokat. Ezen napon a roham alatt 1 grm. fol. digitalisból 150 gmra készített forrázathból végzett belégzéseket, de a rohamra befolyással nem volt.

3-án szünet. Az előbb leirt digitalis forrázathból iszik 2 óránként egy-egy evőkanállal.

4-én délután  $\frac{1}{2}$ 1 órától este  $\frac{1}{2}$ 8-ig tartó rohama volt, ezalatt

P = 200, valamivel feszesebb, mint az előbbi rohamok alkalmával. Digitalist folytatja.

5-én szünet. A vizelet 24 órai mennyisége 1500  $\times$  cm., miből az előző napi roham alatt 200  $\times$  cm. gyűjtetett és ebben a fehérsyve kimutatható. Digitalist folytatja.

6-án szünet.

7-én szünet.

8-án a beteg a kórodát elhagyta.

Betegünknel tehát a szív részéről voltak jelentékeny eltérések és pedig állandóan megvolt a szívnek úgy hossz-, mint harántirányban való megnagyobbodása mellett a szívcsúcson hallható systolicus zörej és art. pulmonalis 2-ik hangjának ékeltsége; időnként pedig fellépett a szív működés szaporasága, mellszorongás és szaporább légvételek által kísérve.

Az állandóan jelenvolt eltérések határozott tünetei a kétcsucsú billentyű elégtelenségének, de az időnként kifejezett rohamokban fellépő eltérések nem szoktak a jelzett bántalommal jární. Billentyű elégtelenség idézhet ugyan elő légzési nehézségeket és szaporább szív működést, de ez többnyire azon időszakban történik, midőn a szív már nem compensál és ekkor egyéb tüneteket is okoz, mint visszeres pangást a májban és alsó végtagokon, a mely tünetek esetünkben hiányoztak és ezért az időnként fellépő eltéréseket más okból származottaknak kellett felvennünk.

A szív működés szaporaságát általában tachycardianak nevezik, ellentétben a gyér szív működéssel — bradycardia. Tachycardiát megkülönböztetünk állandót — habitualis — és rohamokban fellépőt — paroxysmalis. — Habitualis tachycardiánál — melynek oka rendszeren valamely dagnak a vagus nyaki részére gyakorolt nyomás folytán létrejött hűdés — a szív működés nem oly szapora, mint a paroxysmalisnál, így az eddig észlelt habitualis tachycardia egy esetében sem haladta meg perczenként a 150-et. Minthogy pedig esetünkben, a mellett, hogy a tachycardia rohamokban jelentkezett, minden roham alatt meghaladta a pulsus száma perczenként a 150-et, szünet alatt azonban csak 70—80 között ingadozott, symptomatikus diagnosis-képen tachycardia paroxysmalist kellett felvennünk.

Kifejezett paroxysmalis tachycardia eseteket irtak le többek között eddigelé a következők:

1. Traube: Deutsches Archiv. XXII. kötet.
2. Bensele: Centralblatt f. klin. Med. 1875.
3. Preisendörfer: Deutsches Archiv. XXVII. kötet.
4. Dehio: Petersburger med. Wochenschrift 1880.
5. Knecht: Berliner med. Wochenschrift 1874.
6. Zunker: " " " 1877.
7. Spengler: Deutsche med. " 1887.
8. Huppert: Berliner klin. " 1874.
9. Nothnagel: Wiener medic. Blätter 1887.
10. Theilhaber: Aertzl. Intelligenzblatt 1884.
11. Proebsting: Deutsches Archiv. XXXI. kötet.
12. Roth: Prager med. Wochenschrift 1884.
13. Honigmann: Deutsche med. Wochenschrift 1888.
14. Bristowe: Centralblatt f. klin. Medicin 1888.
15. Merhlen: " " " 1888.
16. Tonini: " " " 1888.
17. Fraentzel: Charitè Annal. XIV. évfolyam.
18. Bouveret: Centralblatt f. klin. Med. 1890.
19. Eichhorst: Spec. Pathologie u. Therapie. IV. kiadás.

A felsorolt észlelők által közölt esetekből levonva a következőket, van szerencsém a tisztelt szaküléssel röviden közölni.

Az irodalomban többféle név alatt találkozunk e bántalommal, így: Tachycardia paroxysmalis, Cardiopalmus, Cardiognus, Hyperkinesiscordis.

Tachycardia paroxysmalisnak nevezzük tehát a szív működésnek rohamokban jelentkező feltűnő szaporaságát, a midőn rohammentes időben a szív működés normalis. Nem szabad összetévesztenünk e bántalmat azon állapottal, midőn a véráram útjában hirtelen vagy lassanként előállott nagy akadályokat a szív legyőzni nem képes és ezért szaporán, de egészen rendetlenül működik — igen gyakran fordul elő az incompensatio időszakában — a mit delirium cordisnak neveznek. Tachycardianak egy esetét Kapff még ezen név alatt irt le.

A Tachycardia paroxysmalis aetiologiája igen homályos még; fellép a bántalom oly egyéneknél, a kiknek szívén addig eltérés kimutatható nem volt, vagy már előzőleg szervi szív bántalomban szenvedőknél. A szervi szív bántalmak közül, melyekhez tachycardia társult, fel van említve az art. coronariák megszőkülése, a kéthegyű és félholdképzű billentyűk elégtelensége. Addig normalis szívvel bíró egyéneknél fellépett, ha azok hosszas kimerítő betegség folytán igen elgyengültek. Fellépett addig egészséges egyéneknél az agy, gerincz-agy vagy a nervus vagusra behatott trauma után. Psychicus inge-

rekre ijedtség, öröm, kétségbeesés, és félelem, sőt kávé és thea nagymérvű élvezete után is láttak tachycardiát fellépni. Egy esetben észlelték nagyfokú ascites pnugálásánál. De leggyakrabban észlelték a reflectorikus uton előidézett rohamokat, így fogcariesnél, vándorvesénél, vese- és epeköveknél, bélférgeknél. Hysterianál is észlelték rohamokat, a hol állítólag elő lehetett azokat idézni az ovariumtájra gyakorolt nyomás által; míg a másik oldali ovariumtájra gyakorolt nyomás által képesek voltak megszüntetni akár a műlegesen előidézett vagy önként beállott rohamokat.

A bántalommal járó kórboncztoni eltérések még teljesen ismeretlenek. Különböző észlelőknek tachycardiában szenvedő 4 betegük halt el, a kikenél megejthető volt a bonczolás, de egyik esetben sem találtak boncztoni elváltozást, hanem egybehangzólag mind a 4 esetben kisfokú agy- és gerinczagi vérbőség mellett kissé tágult és atrophicus szívet találtak. A bántalom kórboncztoni alapja tehát kimutatható nem lévén, ez is a neurosisok közé sorolható, mint sok más oly kifejezett és egyöntetű tünetekkel járó betegségek, melyeknek kell, hogy boncztoni elváltozás képezze alapját, csak hogy mi azokat még nem ismerjük.

Igyekeztek azért a bántalmat kísérő legszembeötlőbb tünetekből kiindulva annak létrejöttét magyarázni. Így a szapora szív működést előidézheti a nervus vagus gátló hatásának megszűnése, illetőleg alábbhagyása, vagy a nervi accelerantések szív működést gyorsító hatásának fokozódottsága, azaz röviden vagus hűdés, vagy sympathicus izgalom. Ez utóbbi feltevés azonban kevésbé állja meg a helyét, mert állatokon tett kísérletek mutatták, hogy ép vagusok mellett a sympathicus izgatására a szív működés, vagy semmit sem szaporodott, vagy legfennebb a normalisnak kétszeresét érte el. Ez átlag számítva embereknél percenként 140 volna; már pedig az eddig észlelt paroxysmalis tachycardiák majdnem minden esetében meghaladta a pulsus száma percenként a 200-at, tehát a normalisnak háromszorosát. Már ezért is az észlelők legnagyobb része mellőzve ezen magyarázatot, inkább a másik okból igyekezett magyarázni a bántalom létrejöttét. Vagus hűdésnél ugyanis — mint állatokon végzett kísérletek is igazolták — tetemesen megszaporodhatik a szív működés, a normalisnak akár 4—5 szörösére, a mi embernél átlag számítva percenként 300 volna. De nemcsak ezen egy tünetet, ha-

nem a többit is inkább magyarázhatjuk a vagus hűdésből, kevésbé pedig a sympathicus izgalomból. Így a vérnyomás alacsonyosságát, a mi vagus hűdésnél önként következik, sympathicus izgalom elő nem idézi, mert a sympathicus izgatásnál, ha a vagus működése rendes, a vérnyomás ép oly nagy, mintha a sympathicus különösen izgatva nem is lenne. Már pedig hogy a vérnyomás a rohamok alatt alacsony, mutatja a minden észlelő által leirt kis mennyisége a roham alatt kiürített vizeletnek. Továbbá pusztán a sympathicus izgalom elő nem idézheti, azon csakis vagus hűdéssel járó gyenge szív összehúzódásokat, a melylyel ilyenkor a vért az ütérrendszerbe löki, úgy hogy néha az art. radialison nem is érezhető minden lökés, mert a gyenge lökő erő folytán Eichhorst szerint nem is jut el minden hullám odáig. A gyenge szívösszehúzódásokat mutatja még a pulsus görbe is, mert az ezeken látható és minden észlelő által felemlített monocrot pulstust is csak ez idézheti elő. A sympathicus izgalmat azért is nehezebb felvenni magyarázatként, mert 1—2 eset kivételével mindenütt hiányoztak a sympathicus fokozott izgatottságának egyéb tünetei, mint a látakülönbőség és vasomotoricus zavar. Azon észlelők tehát, a kik a sympathicus izgalmat, mint a tachycardia előidézőjét mindezek daczára fenn akarták tartani; ezek között mint első, Nothnagel azon tételt állították fel, hogy a tachycardiát egyszer vagus hűdés, máskor sympathicus izgalom idézi elő és pedig ha a pulsus kicsiny, puha — mint minden leirt esetben — és vasomotoricus zavarok hiányoznak, úgy vagus hűdés, míg ha a pulsus nagy és feszes, ezenkívül vasomotoricus zavarok is jelentkeznek, úgy sympathicus izgalom szolgálna a bántalom alapjául. Fraentzel a legutóbbi időben még tovább ment a differenciozásban és azt mondja, ha a roham digitalis adagolására szűnik meg, úgy vagus hűdés, ha pedig digitalisra nem, azonban morphinra megszűnik, úgy sympathicus izgalom okozta volna. Úgy ám, de akárhány esetben — a hol legnagyobb valószínűséggel felvehető a vagus hűdés — a digitalis hatástalan, míg morphin vagy narcoticumra, akár pedig anélkül, ha a beteg elalszik, igen gyakran megszűnik a roham és csupán ebből mindjárt sympathicus izgalomra következtetni, véleményem szerint nem volna elég alapos. Hát azokban az esetekben, a hol sem a digitalis, sem a morphin meg nem szünteti a rohamot — a mi szintén le van írva több esetben — mire következtessünk?

Mig a sympathicus izgalomnak mi módon történő időnkénti fokozódását senki sem magyarázza, addig a vagus hűdés vagy legalább a vagus tonus alább hagyásának létrejövésére elég elfogadható magyarázattal rendelkezünk. Traube ugyanis kiindulva egy esetéből, a hol egy hosszas betegség folytán elgyengült egyénnek a felültetésénél tachycardia lépett fel, akként magyarázta a dolgot, hogy a hirtelen történt felülésnél agy anaemai állott be és ennek folytán a vagus centrum rosszabb táplálkozása miatt vagus hűdés okozta a szív működés szaporodását. A roham azon esetben, jöllehet a beteget rögtön lefektették, csak 2 órai fennállás után szűnt meg, a mit úgy magyarázott, hogy az agy anaemiája okozta táplálkozási zavar folytán beállott hűdés csak hosszabb ideig vérrel való rendes tápláltatás után szűnik meg. Ezen Traube-féle elmélet a legtöbb esetre alkalmazható, többek között azon esetben, hol ascites pungálásánál a folyadék hirtelen bocsájtatván ki, a has véredényei kitágultak és az agyból a vért elvonták, agy anaemia és ennek folytán vagus hűdés lépett fel. Így Guiter esetében a nyak bal oldalán egy megnagyobbodott nyirkmirigy nyomva a carotist, tachycardiát idézett elő.

Jöllehet, Bristowe tagadja, hogy a tachycardia összefüggene a szív valamely előrement anatomicus bántalmával, szerintem a mi esetünkben, a hol előzőleg a kétsúcsú billentyű elégtelensége volt jelen, ennek folytán kevesebb vér jutott a nagy vérkörbe és így előidézhető agy anaemia folytán vagus hűdést; mivel pedig esetünkben más ok kimutatható nem lévén, ezen magyarázatot kellett lehetőnek tartanunk. Ezen felvételemben megerősített még Bouveret, ki az utóbbi időben észlelt három esetnél, a hol az aorta félholdképű billentyűinek elégtelenségénél fellépett tachycardiát szintén ez úton létrejöttek magyarázta. Azon ellenvetésre pedig, hogy miért nem lép fel minden kétsúcsú vagy félholdképű billentyű elégtelenségénél tachycardia, azt lehetne válaszolni, hogy a mint nem jönnek létre minden elgyengült egyén felültetésénél és minden ascites pungálásánál az agy anaemiájának kifejezett tünetei, épen úgy nem kell, hogy minden billentyű bántalomban szenvedő egyénnél kifejlődjék tachycardia; hanem szükséges, hogy a vagus centrum — bizonyos általunk még ki nem mutatható körülmények folytán — mintegy praedisponálva legyen arra, hogy adandó alkalommal a hűdés létrejőjön.

A tachycardia létrejöttét magyarázó másik feltevésnek — ugyanis

a sympathicus izgalomnak — ellene szól végre még az is, hogy észleltek 8—10 óráig, sőt napokig tartó rohamokat. Már pedig a physiologusok kísérletei által be van bizonyítva, hogy ily hosszú időn át fokozottan és állandóan izgatni egy ideget vagy az izmot lehetetlen, mert az ideg és izom sokkal gyorsabban kifárad és elveszti ingerlékenységét; míg hűdése egy idegnek hosszabb időn át fennállhat, de azután teljesen gyógyulhat is, ha azt nem okozta valamely mélyebb reható bonczati elváltozás.

A mi a bántalom tüneteit illeti, a betegünknel észlelt és már előbb leirtakon kívül a rohamot mellszorongás és szívdobogás előzi meg. A betegek állítása szerint, a szívük egyszer szaporábban, máskor gyérebbe lüktetne, a míg észreveszik a roham beálltakor, hogy szívük fokozott gyorsasággal működik, sőt némelyek hallani vélik a szapora szívdobogást. Ilyenkor aztán a pulsus szapora, az art. radialis alig érezhető, kicsiny és puha. A szívhangok rendesen tiszták, csak néha hallható a szívcsúcson több észlelő által leirt lágy systolicus zörej, a mi létrejöhet — hogy ha a szív első hangjának előidézésében csakugyan a szív izomzatának jut a főszerep — mert ilyenkor a fokozott működés folytán a szívnek ezen szaporább és fárasztó összehúzódásainál az izomrostok valószínűleg nem képezhetnek szabályos hullámokat és így nem hangot, hanem zörejt adnak. Néha a szív működés annyira rendetlen, hogy a szívhangoknak egészen perpendicularis rythmusa lesz. A légvételek felületesek és szaporábbak, orthopnoë és cyanosis is észleltetett; néhány esetben leiratott roham alatt a rekesznek lejobb szállása, máskor a szív- és májtompulatnak megnagyobbodása, esetünkben mindezek hiányoztak. Megvolt azonban esetünknel is a vizeletnek roham alatt kisebb mennyiségben való kiürítése, sötétebb színe, nagyobb fajsúlya és a roham alatt ürített vizeletben mindig kimutatható volt kis mennyiségű fehérnye. A leirt tünetekkel járó roham hosszabb vagy rövidebb ideig tartó fennállása után, hirtelen vagy lassanként, önként vagy különböző műfogásokra megszűnik, hogy különböző hosszú szünet után újra ismétlődjék. A rohammentes időben a betegek — ha bántalom nincs jelen, teljesen jól érzik-magukat, csupán félnek ezen kínzó rohamok ismétlődésétől.

A bántalom diagnostizálása elég könnyű, mert rohamokban jelentkezik; már ezért sem lehet összetéveszteni a myocarditis és delirium cordissal, különösen ha tekintetbe vesszük a beteg anamnaesist.

A betegség prognosisa attól függ, hogy ismerjük-e az alpbántalmat és tehetünk-e valamit az ellen, ha igen, akkor kedvező, mert az által a rohamok ismétlődésének elejét vehetjük. Kedvezőtlenebb a prognosisa, ha az alpbántalmat nem ismerjük vagy nem vagyunk képesek az ellen hatni; különösen öreg egyéneknel, a kikenél gyakori az ütereknek elfajulása, mert ilyen esetben, mint Parry is észlelte, roham alatt haemorrhagia cerebri léphet fel. Eltekintve azonban ettől, a be-

tegek elkedvetlenednek és életunottá lesznek. A bántalom következményeket nem idéz elő, legfennebb, mint újabban állítják, a szívnek kisfoku tágulása követi.

A gyógykezelés célja kétféle lehet: ugyanis az épen fennálló rohamnak megszüntetésére vagy a rohamok ismétlődésének meggátolására irányulhat.

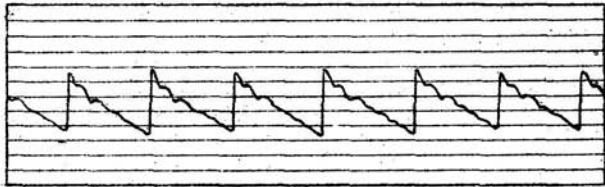
A rohamok megszüntetésére különböző műfogások lettek ajánlva, így Brieger által nőknél az ovarium tájára gyakorolt nyomás. Czermak és utána többek szerint a nyaki vagusra gyakorolt nyomás megszüntetné a rohamot, esetünkben hatástalan volt, sőt a pulzust sem befolyásolta. Ép oly kevésbé hatott a Nothnagel által ajánlott hidegvíz vagy só nyeletése és a Honigmann által ajánlott faradizálása a szívtájnak. Jégzacskónak a szívtájra való alkalmazása vagy a betegek friss levegőre való vitele jó haszonnal alkalmazható, ha nem is a roham megszüntetésére, de legalább a betegek megkönnyebbítésére. Ilyen hatást érhetünk el a morphin vagy más narcoticák által. Ajánlottak a roham alatt digitalis forrázatból belégzéseket, de betegünknel ez sem szüntette meg a rohamot.

A rohammentes időben igyekeznünk kell az alapbántalmat vagy legalább annak tüneteit kezelni, különösen áll ez a reflectorikus úton előidézett tachycardiáknál. Minthogy a bántalom tipikus rohamokban jelentkezik, eleinte malaricus természetűnek vélték és adagoltak a rohammentes időben chinint, mit mi is megkísérlettünk, de eredmény nélkül. A legjobb sikerrel adtak eddig digitalist por vagy forrázatban, a miből 2—3 grammot elhasználva állítják, hogy igen sok esetben elmaradtak a rohamok. Mi is adtunk 3 gramm digitalist, mire a beteg 3 napig rohammentes levén a 4-ik napon elhagyta a kórodát; hogy ezután mi történt a beteggel, nem tudhattuk meg, mert daczára kutatásainknak azóta nem jelentkezett nálunk. Azért nem vagyunk azon helyzetben, hogy eldönthetnénk, miszerint csakugyan megvolt-e a digitalisnak jó hatása, vagy csak véletlenül a digitalis vételekor szünetelt a baj 3 napig.

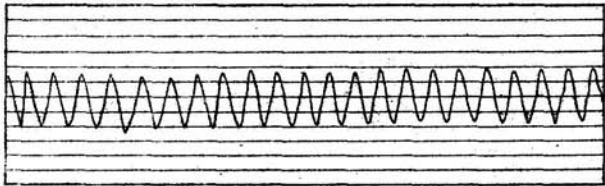
Ajánlottak és ajánlanak folyton más és más szereket, különösen a nervinákat, de ezek is rendszeren cserben hagynak. Legutóbb a nyaki vagusra a leszálló állandó villamáramot alkalmazták sikerrel.

A tachycardia paroxysmalisnál alkalmazandó therapia tehát nem állapítható meg chablonszerűleg, hanem különböző esetekben más és más módon fogunk célt érni mindaddig, míg az orvosi tudomány annyira haladt, hogy ezen bántalom lényegét is és ezutáni gyógy módját biztosan megállapíthatjuk; a mi pedig csak úgy érhető el, ha minél több észlelt eset áll a bűvárok rendelkezésére. Ezen célt ha kis mérvben is előmozdítandó, voltam bátor esetünket a tisztelt szaklésszel közölni.

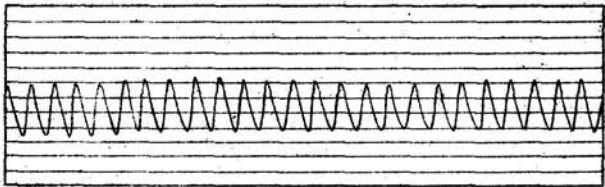
1 ábra



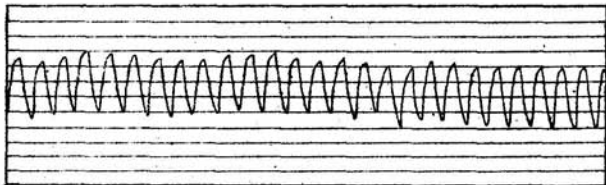
2 ábra



3 dik ábra



4 dik ábra



Pulsusgörcbék a tachycardiához.

A szöveget l. ig<sup>1</sup>b lap.