állít oly vakitó sikerrel előtérbe, midőn azt mondja: Aber *anatomisch* ist die croupöse Pneumonie von jeder anderen Entzündungsform der Lunge durchaus und unbedingt verschieden und das ist ein durchschlagender Grund. So wenig es gelingt mit Hülfe der Entzündungserreger die anatomische Veränderung im Darm zu erzeugen, welche dem Abdominaltyphus eigenthümlich ist, so wenig sind wir im Stande eine mit der durch croupöse Pneumonie hervorgerufenen identische Veränderung in der Lunge herzustellen. Pleuritis und Bronchitis entstehen mit nur quantitativ wechselnder, sonst constanten anatomischen Erscheinungsform nach jedem beliebigen Reiz, sobald derselbe nur die nöthige Intensität erreicht. *Eine croupöse Pneumonie hervorzurufen* sind alle gewöhnlichen Entzündungserreger, *mögen sie stark, oder schwach zur Wirkung kommen, nicht im Stande. Es gehört dazu also ein mit ganz besonderen Eigenschaften ausgerüstete Etwas, gerade wie bei dem Typhus.*

(Folytatása következik.)

Recklinghausen tnr. kórtani intézetéből Strassburgban.

A zsíremboliáról 30 eset alapján.

PERTIK OTTÓ tr. tanszéki segédtől.

(Folytatás.)

II. eset. S. Lőrincz, 50 éves, földmíves, 1880. február 8-án a fagyott talajon megcsuszamlott, s a nélkül, hogy egészen elesett volna, jobb alsó végtagjával annyira kifelé siklott, hogy az majdnem teljesen a víziránt érte el.

A tanácsra kért vidéki ügyfél czombficzamot jelzett, s négy erős ember segélyével bódítás nélkül kisérlette meg a reductiót. Czélt nem érvén, beteg február 12-én igen deprimáltan és halaványan *Boeckel* tnr.[1]) osztályára lett felvéve, ki luxatio pubicát jelez, melyet circumductio által előbb obturatorius ficzammá szándékozik alakítani, s csak azután beigazítani.

Beteg 15 mgm-nyi előleges morphium-injectio után földre terített alzaton chloroformmal bódíttatik; izmai csakhamar elernyednek, mire Boeckel a czombot kifelé mozgatja, míg az a törzszsel derékszöget képez, most meghajlítja, s rajta befelé irányuló rotatiót végez. Az ízfejecs tompa morajjal siklik el a csont felett, s a mindjárt foganatosított vizsgálatnál tényleg a duglikban (fora. obtur.) találtatik. E perczben izom-összehúzódások jelenkeznek. Újra kevés chloroform nyujtatik. A műtő most a térdalba helyezett alkarral a czombot hajlítja, adducálja és egyidejűleg befelé forgatja, mire a fejecs jellemző zajjal az ízvápába szökik. A reductio teljes.

Mindez 6—7 perczig tart, s ezalatt graduált palaczkból 30 egy nehány chloroform-csepp fogyasztatott el. Feltűnik most a beteg szokatlan halaványsága; érverés gyenge; légzés felületes, különben elég rendes. Beteget nagy gonddal ágyába fektetik, s teljes víziránybán helyezik el. Csakhamar tetemszerű külemet ölt és légzése megáll. Boeckel a nyelvet elővonja, segédei a műleges légzést végzik, s aether-adagot fecskendenek a bőr alá; 30—40 m. percz múlva a beteg légzeni kezd, s arcz-szine pirosodik. A tanár mentve hiszi őt, s az is lett volna, ha a baj oka pusztán a chloroform. Pár pillanat múlva azonban a tetemszerű külem visszatér, a légzés és érverés újra megáll és a beteg minden mentési kisérlet daczára öt perczczel a műtét befejezése után meghal.

Az ugyanazon nap délutáni 5 órakor *Recklinghausen tanártól végzett bonczolás* főbb eredményei ezek:

A *lágy agyburkok* erősen belöveltek és vizenyősek. Agy és *agy*állomány igen nedvdús. Az oldalgyomrocsok és a 3. gyomrocs sok tiszta savót tartalmaz.

A szív petyüdt; kizárólag folyékony, de chloroform-szagot nem terjesztő, vérrel telt, melyből mindössze egy literné jóval több gyüjthető. A vér jobboldalt sem mutat, hol pedig az a leggazdagabban van jelen, légbuborékokat. A jobb gyomrocs több sorvadt helyet mutat, hol az izomzat jóformán egészen hiányzik. Az

[1]) Sédillot e jeles tanítványának köszönöm a pontos adatokat; ő viszont a boncz-szövettani eredményektől az itteni franczia orvosegyletben referált.

igen áttünő jobb fülcse főleg a savós hártyákból áll, melyek között csak elvétve mutatkozik nehány izompamat.

A tüdők általában, de főleg hátul, igen vérdúsak. Az alsó lebenyeken és a felsők alapján is számos subpleuralis vérömleny.

Mindkét tüdőütérben, kissé száraz, vöröses, egyes helyeken már szürkés thrombusok, melyek középerős ágakból 4—5. rendűekbe hatolnak, de a végelágazásokba be nem terjednek. *Végeiken legömbölyödöttek, mint az embolusok*, s csak jobboldalt tapadnak gyengén az edényfalzathoz.

A lép, máj és vesék vérdúsak.

A jobb czomb-íztok a Bertin-féle szálag beloldalán széles szakadást mutat, de a czombfejecs az ízvápában fekszik. A gömbölyű szálag elszakadt és véresen beszűrődött. Véres beszűrődés még a jobb ileopsoasban és az adductorokban, melyek felső végük felé részben szakadtak; folyékony vér a csíp- és czombviszerekben. Ellenben *a jobb vena popliteában a tüdőbeli tömeszekkel mindenben egyező thrombus*, mely a hátsó tibialis és a lábikrabeli erősen tágúlt viszerekbe folytatódik. Ezen eléggé száraz thrombusok központi rétegzettséget nem mutatnak, s a falzattal össze nem tapadtak.

A górcsői vizsgálat a tüdőkben főleg a kis ütereket elduga-szoló, igen erős, s a tüdők egész állományára kiterjedő zsíremboliát mutat, mely kevésbé intens ugyan mint az első esetben, de a hajszál-edények sokkal jelentéktelenebb teltségének kivételével, egészen az ott leírt viszonyokat ismétli. A többi szervekben ellenben igen beható kereséssel sem voltak zsíremboliák feltalálhatók.

A bódítás alatt vagy közvetlenül utána fellépő váratlan halálesetek egyike forog itt fenn, minőket a chloroformnak felróni nagy a hajlandóság. Pedig a tetemvizsgálás eredményeinek elemzése mutatja, hogy az itten ártatlan (a vér chloroformszagot nem terjeszt stb.) és a halálok kizárólagosan a tüdőkben fekszik. Fekszik specialiter a thrombotikus emboliákban és az igen kiterjedt zsíremboliában, melyek együtt véve a tüdőütérnek majdnem összes elágazásait elzárják; innen a szívben és a nagy edényekben »a tergo« felhalmozódott vérnek óriási mennyisége. A szívnek ez akadályt fokozott erélyességű munkával kellett volna leküzdeni; erősen sorvadt izomzata (főleg épen jobb oldalt l. boncz-jegyzők.) erre azonban képtelen lévén, tágulással felelt, s a halál beálltát gyorsította.

A tüdőbeli vérrögek forrása a térdalj és lábikra viszereinek thrombusaiban lett megtalálva. (L. a boncz-jegyzők. érveit). Ezek ismét, a legnagyobb valószinűséggel, mondhatjuk, bizonyosan az első beigazítási kisérletnél támadtak, mikor a térd felett alkalmazott erős hurkot több ember teljes erővel húzta; oly erőszakos behatás, melyre, hogy a viszerek falzataik közvetítésével alvadással feleltek, természetes. A második reductionál a műtőnek a térdalba alkalmazott alkara a thrombusokat azután leválasztotta, széttörte, mire azok akadálytalanul a tüdőkbe úsztak.

A nagy vérrögöknél mindenesetre korábban képződtek a zsíremboliák; mert hiszen már a hajszál-üterekben, sőt helyenkint a hajszál-reczékben fekszenek. Forrásuk csak a zsírszövetnek a ficzamodáskor, de valószinűbben az első beigazításkor eszközölt nagyfokú zúzódása, trituratiója lehet, a mi szabad zsír fellépésével és edényszakadásokkal járt; mert a viszér-thrombusok, milyenek elzsírosodása kisebb fokú zsírembolia egyik forrásakint lett odaállítva *(Mulot, Waldeyer, Egli-Sinclair)*, erre nézve sokkal frissebbek; csonttörések, csontvelőbeli bántalmak pedig hiányzanak. Mindamellett magukban véve, csekélyebbek lévén mint az I. számú exquisit esetben, nem mernők azokat halálosaknak tartani, bár hihetőleg ők okozták a beteg felvételekor constatált halaványságot és depressiot; halált csak a második reductionál felszabadult thrombusok hoztak, betetőzvén a már fennálló jelentékeny keringési zavart.

Megjegyezzük még, hogy a myocardium sorvadt voltára kell

visszahárítanunk a kis vérkörön túl fekvő szerveknek teljes, sőt a tüdőbeli hajszál-edényeknek részleges zsírembolia-mentességét is. A szívizomzat t. i. a tüdőbeli zsiremboliákat leválasztani, sőt kiterjedtebben a hajszál-edényekbe sajtolni is képtelen volt.

Boncztani alapon ez esetből végre következő, gyakorlati következtetések vonhatók:

1. Tévedés a »post hoc, ergo propter hoc« mértékével, chloroform-bódítás alatt, vagy kereséssel utána fellépő *minden* halál-esetet e szer rovására jegyezni. Mielőtt ily vád emeltetnék, a megfontolandó esélyek (agy- és tüdőbeli vérzés, érrög stb.) közé ezentúl a zsíremboliát is fel kell venni. E pontban jelen esetünkkel az, melyet *Zwick* törzsorvos *Bardeleben* kórodájából legújabban közöl (v. ö. irod. 1883), egészen összevág. Erőteljes, 24 éves ember sérülést szenved és a jelzés, (valjon czombficzam vagy czombnyaktörés) valamint a gyógybeavatkozás tüzetes megállapíthatása végett chloroformmal bódíttatik; a sértett a bódítás kezdetétől számított hat percz múlva minden gondolható, több órán át folytatott élesztési kisérlett kifogástalan alkalmazása daczára, 25 órával a sérülés után, meghal. Itt is a chloroform lett gyanúsítva, mely azonban vegytisztának találtatott; míg a bonczolás és górcsői vizsgálás, mindkettő *Friedländer* tr. volt elődömtől végezve, a halál kétségtelen okául, friss czombnyaktörés mellett, a tüdőknek vérbőséggel és erős vizenyővel párosúlt, roppant kiterjedt zsíremboliáját mutatta ki.

2. A zsírszövet zúzásának, tehát zsíremboliának elkerülésére, főleg fejlett zsírpárna eseteiben, a ficzambeigazítás műveletei a viszonyok szerint lehetséges legnagyobb kimélettel (párnázás) eszközöltessenek. Hogy durván végzett »massage« zsíremboliát okozhat-e, nem tudjuk; de azt már itten megértük, hogy az végtagbeli thrombusokat felszabadított, s tüdőbeli thrombolikus embolia utján rögtön halált eredményezett.

3. Ugyanez áll ismételt reductionalis kisérletekre nézve, hol az előrement insultusok után a viszér-thrombus jelenlétének lehetősége is számba jön. Ha ilyen biztossággal kitapintható, úgy minden műleges beavatkozás előtt a rög részletes felszívódását, illetve nagyobb kisebb fokú szervülését bevárni tanácsos lesz.

A leírt eset, valószinűleg mert a bonczolók figyelmét sokszor elkerülte, főleg a zsírembolia szempontjából eddigelé a ritkaságok közzé tartozik. Az irodalom tudtommal csak *Fitz* idevágó esetét jegyzi, hol friss czombficzamodásnak a kórházon kívül sikertelenül eszközölt reductionalis kisérleteire 11 órával a sérülés után állott be a halál, a tetemvizsgálás pedig a ficzamon és a czomb subcután és intermuscularis kötszövetének haemorrhagiáin és zúzott voltán kívül elterjedt tüdőbeli zsíremboliát mutatott ki.

III. eset. O. Mária, 32 éves, hajadon, heveny mania miatt, milyenben már ezelőtt másfél évvel is szenvedett, 1883. tavaszán hat hetet töltött *Jolly* tnr. kórodáján. Az utolsó négy hétben ételt magához venni vonakodott, s azért bárzsing-kutaszszal tápláltatott. Nagy izgatottsággal járó, számos, heves rohamon esett át, mikor ismételten a földre, a padozat- vagy falakhoz vágódva, számos sugillatiót szenvedett. Az utolsó napokban igen elgyengült; érverése gyors, s fonálszerű légzése felületes és szapora volt.

A tetemvizsgálás főbb eredményei:

Gracilis csontrendszer. A keresztcsonton tenyérnyi decubitus a szarvak lemeztelenítésével; a szomszédos zsírszövet barnás-vörös, véresen beszűrődött, részben piszkosan elszintelenedett, üszkös. A szemtekék mélyen beesettek. *A köztakaró* főleg a petyüdt hasfalákon több vastag ránczot vet; a zsírpárna-bemetszésnél mindamellett elég fejlettnek bizonyodik; a pectoralis major felett az 12, a felkaron 7-, a hasfalakon 15-, a czombokon 20-, a lábikrákon 10- és a glutealis tájon 5 mm-nyi vastag. A bőrön számos, tallérnyi és még nagyobb kék folt; így az állcsúcson, mindkét alkaron, a bal könyökön, a homlok bal felén, mindkét térden, a sípcsontok

és a lapoczkák táján, a bal bordaíven stb. Mindezen helyeken a zsírszövet zúzott vörös-barna, majd kifejezetten véresen beszüremkedett.

A *dura spinalis* zsákja feszült és elég sok tiszta savót tartalmaz. A cauda equina magasságában a keménykér belszine vörös-barna, részben rozsdás-szinű, elég könyen levonható, vékony kötszövethártyával fedett (pachymeningitis spinalis chronica haemorrhagica). A gerinczagy igen lapos; így pl. a háti szelvény haránt átmérője 21, a sagittalis 6 mm; különben jó összeállású, vérszegény. A szürke állomány kevéssé besüpedt; a fehér állomány mindenütt átlátszatlan.

A felső sarlóöbölben sok folyékony vér. Jobb oldalt a *kemény agykér* egész belszine, baloldalt csak egyik része, a falcsontnak megfelelőleg, mutat könyen levonható, de szakadékony, vékony és rozsdás-szinű hártyát, mely több rétegből van összetéve; friss vérzés azok között nincsen jelen. A lágy agykér nagy mértékben vizenyős. Az agy 1180 gm-ot nyom; oldal-gyomrocsai szűkek, a belhártya síma; az agyállomány nedvszegény, tömött, középvértartalmú.

A tetem egyelőre a boncztani intézetnek engedtetik át.

A tüdők utólagos vizsgálatnál számos subpleuralis, pontszerű, egész lencsényi vérömlenyt, erős festenyzettséget, nagyfokú vérbőségét, középfokú viszenyőt és az alsó lebenyek metszlapján számos elég száraz, tömött, apró (cseresznyemagnyi) májasodott góczot mutatnak, melyek a metszlapon gyengén kiemelkednek és finoman szemcsészettek.

A szív kicsiny; izomzata erőteljes, barnás-vörös; üregei túlnyomólag folyékony vérrel teltek. A többi szerv utólagos vizsgálata semmi különöset sem mutatott.

Heveny maniának halálos kimenetelű esete forog fenn, s azért a macroscopikus lelet szegénysége nem meglepő. Azonban már a régebben előrement rohamok, az agy- és gerinczagybeli idült haemorrhagikus pachymeningitis-szel összhangban, a folyamat idültebb jellemét bizonyítják, s azért a halálos kimenetel indokolásánál számba jöhet a kimerülés, s főleg az utolsó hetek elégtelen táplálkozása, melyet az aránylag még elég gazdag zsírpárna ki nem zár.

De számba jön e tekintetben még

1-ször az, hogy a tüdőkben vérbőség és vizenyő van, s hogy *a górcsői vizsgálat* főleg e hajszál-edényekben, ritkábban a hajszálüterekben középfokú zsíremboliát mutat ki; az intravascularis zsír bármely láttér 8—10 pontján mutatkozik, de kiterjedtebb zárt reczézeteket nem képez; gyéren találkozik még a vesegomolyok hajszálaiban és a lép hajszál-ütereiben, míg a lágy agykérben viszonylagosan gyakoribb.

Hogy az alsó tüdőlebenyek emboliákban gazdagabbak volnának (*E. Wagner*), azt különösen ráirányuló figyelem és összehasonlítás sem volt képes ez esetben megállapítani; ellenkezőleg összhangban a legtöbb szerzővel ezen és más alkalmakkor azt belátták, hogy a zsír eloszlása a tüdők különböző helyein igen egyenletes, vagyis hogy az eldugaszolt edények mennyisége a tüdők különböző tájairól vett metszeteken érzékelhetőleg egyenlő. Oly tapasztalás, mely egyrészt a zsír quantitiv megitéléséről fenntebb mondott általános észrevételekhez az egyedüli alapot adja és másrészt lehetővé teszi, hogy a zsírembolia fokát megközelítő pontossággal aránylag már kisebb számú metszeten is megitélhessük.

S figyelembe jön 2-szor az, hogy a zsírembolia mellett apró friss májasodások is mutatkoznak. Felmerül azért a kérdés: okbeli összefüggésben áll-e a két jelenség. A zsírembolia tanában súlylyal bir e pont, mert annak kórtani jelentősége részben azon kérdés megoldásától függ: okoz-e a zsírembolia májasodást, vagy nem? Ezt, mint a vele összefüggő másodikat — létesíthet-e zsírembolia infarctust vagy áttéti genygóczot — más helyütt (csonttörések) tárgyalván, elég legyen itt megjegyezni, hogy esetünk májasodott góczait a

zsírembolia nem okozta. A górcső t. i. arra tanít, hogy azok szomszédságában vagy állományában az emboliák nem gazdagabbak mint egyebütt, s hogy szerkezetük a bolyg-ideg átmetszésére beálló tüdőelváltozásokkal lényegben párhuzamos: az alveolusokban több magvú, majd már zsírosan elfajúlt gömbsejtek és duzzadt, levált hámsejtek, helyenkint sovány rostonya-reczézettel keverve; genysejtek magában a kötszövetben főleg a hörgöcsök körül; azonkívül az utóbbiakban, itt-ott az infundibulusokban még sajátságos, finom szemcsékkel és nagy zsírcseppekkel kevert, vacuolákban sem szegény, szürkés, néhol könyen barnás anyag, melyben a légutakba került (tejjel kevert) tápszert kellett felismernünk.

Ezen, lényegben hurutos, részben interstitialis jellemű lobgóczok a régebben felállított »pneumonia oleosa« (*Gluge és Thiernesse*) keretébe volnának foglalhatók, már t. i. ha alatta csupán a folyékony zsír, olajos zsíros anyagok vagy fejetek okozta nyelési tüdőlobot (Schluckpneumonie) van jogunk érteni (*Virchow*[1]).

A műleges táplálás közben a légutakba került tápszerek (tej) okozta ezen lobgóczoknak, az inanitióval és kimerüléssel együtt, kell tehát főleg a halált betudnunk. Ehhez a zsírembolia hozzájárulhatott, bár mérsékelt mennyisége miatt a középfokú tüdővérbőséggel és vizenyővel sem merjük azt biztosan okbeli összefüggésbe hozni. De nem tiszta ez eset az embolikus zsír forrása szempontjából sem; valószinű u. i. hogy az emboliák létesítéséhez a zsírszövet sokszoros zúzódásain kívül, melyeknek első rangú szerep tulajdonítandó, a decubitus-szal szomszédos roncsolt zsírszövet is járult; csont- és csontvelő-bántalmak ellenben kizárhatók voltak.

Egészen analog, de sokkal tisztább az intézetünkben észlelt következő eset, mely ugyan már közzé lett téve (l. irod. 1878. és 1880. Flournoy, Golly tnr.), de a melyet tanulságos voltánál fogva terjedelmesebben bátorkodom ide iktatni.

(Folytatása következik.)

A fogbél- és gyökhártya-bántalmak diagnosticája.

Árkövy József tr. egyetemi magántanártól.

Heveny részleges fogbél-lob. Pulpitis acuta partialis.

Kórisme. A részleges heveny fogbél-lob kórismézhető mindazon esetekben, midőn a fogbél-üreg boltozatának nem egész területe, hanem csak egy pontja, mely épen valamely fogbél-csücsöknek felel meg, van egyáltalán, vagy legalább is különösebben bántalmazva, s ily esetekben a kórismézéshez szükséges az, hogy vagy felületesen teljesen ellágyúlt, tehát detritussá vált dentinréteget találjunk, mely alatt még kevéssé ellenálló és szintén még fellágyúlt dentin-réteg foglal helyet, mely elterjed egészen a pulpacsücsökig; vagy pedig a felületes réteg még ellenállóbb, de mégis harmadik stadiumbeli fogszu-réteget képez, mely után egy valamivel talán ellenállóbb, de már áthatható, noha bizonyos ellenállást még kifejtő kóros dentin-réteg található a fogbél-csücske felett. Múlhatlanul azonban szükség van arra, hogy a pulpa csücske felett közvetlenül fekvő kóros dentin-réteg áthathatóan fellágyúlt legyen, de semmi esetre sem exponált. Egy harmadik esete a partialis pulpitiseknek esetleg, noha valószinűséggel nem, vagy legalább az esetek ritkább részében constatálható volna akkor is, midőn teljesen fellágyúlt, felületes kóros dentin-réteget találunk, mely után nagyon vékony, áthathatlan dentin-rétegre bukkan a

[1]) Kevés actualitással biró ez észrevételt a következő megjegyzés világíthatja meg: A két belga buvár 1844-ben (Haeser: Arch. f. d. ges. Med. Bd. VI. 494. l.) az olaj és főleg a halmáj olaj hatására irányuló kisérleteikben, azt majd a szájürön át adagolták, majd egyenesen a viszerekbe lövelték. Szerintük a zsír mindkét úton változatlanúl jut a vérbe, s mindkét esetben a szervekben rakódik le, az ú. n zsíros szerveket (zsíros tüdőt a mai zsírembolia, zsíros májat stb.) és a zsíros tüdőlobot (pneumonia oleosa) okozván. Feltünő volt, hogy a zsíros szerveket főleg injectiók, míg a tüdőlobot főleg a szájürbeli adagolás után látták. *Virchow* azért e gyanús eredményeket kisérletileg birálván, kimutatta (Ges. Abh. 1856. 726. l.), hogy az ú. n. pneumonia oleosa a légútakba került olaj okozta lobnál nem egyéb.

kutasz. Azonban ezen rétegnek alig szabad a legfőlebb fél millimeternyi vastagságot túlhaladni, vagy talán még annyit sem elérni. A műszer behatolására az előbbi esetekben természetesen magát a fogbél-csücskét érjük, s ennélfogva élénk fájdalom nyilvánúl a beteg részéről, még pedig hangsúlyozva említem, hogy azonnal, mihelyt legközelebb szomszédságához ér és magát csupán a dentinréteget nyomja kissé a műszer, nem szólva arról, ha behatolunk és directe érintjük a fogbél-csücskét. Az utóbbi esetekben a fájdalom kevésbé intens ugyan, de mégis élénkebb, mint összehasonlításképen talán felvenni lehetne, hogy volna sensitiv dentin esetében. Valamennyi említett esetben, midőn tehát ilyen kúp-, vagy tölcsérszerűen terjed valamely pulpa-csücsök felé a szuvasodás folyamata, a fogbél-csücsök hosszabb időn át kóros befolyásnak levén kitéve, a pulpitis septicánál említett microorganismusinvasiónak múlhatlanul kell, hogy kitéve legyen. S így a pulpitis acuta partialis mellett a fogbél-csücskét egész terjedelmében, esetleg még egy csekélyebb részét a korona-pulpa zömének is inficiálva találhatjuk a microorganismusok által és múlhatlanul kell, hogy akár beöveltséget mutasson, akár pedig intumescentiát, noha csak kis mértékben is. A fogbélnek, úgy a korona-pulpában annak zöme, az ellentétes, illetőleg a többi csücskök, valamint a gyökpulpa e mellett egészen normalis külemet tüntetnek fel. Azon esetekben, midőn egynél több pulpa-csücsök felett találunk hasonló szuvasodást, s ennélfogva hasonló fogbél-csücski megbetegedésre következtetnünk szabad, gyanú lehet reá, hogy a fogbélnek nemcsak peripherikus csücski része van bántalmazva, hanem esetleg több is, s így ezen fejezet alá már nem tartozik.

Alanyi tünetek. A heveny részleges fogbél-lob nagyon hasonló tüneteket mutat ahhoz, mit általában a heveny pulpitiseknél észlelni szoktunk. A különbség legfőlebb a fájdalom intensitásában lelhető és a rohamoknak hosszabb időközökkel való váltakozásában; a mivel azonban épen nincsen kizárva az, hogy a beteg az egyes rohamokat elég súlyosan ne szenvedje meg. A kisugárzási fájdalmak, melyek a heveny fogbél-lobokat jellemzik, kevésbé, vagy épenséggel nem találhatók ily esetekben, s innen meríthetjük azon sajátságos tapasztalatok magyarázatát, hogy heveny fogbél-lobban szenvedő betegek az egyik esetben élénken panaszkodnak és constatálható, hogy irradiáló fájdalomban szenvednek; a másik esetben pedig egész határozottan megjelölhetik fogaikat, melyek szenvednek. Bizonyára ezen partialis heveny fogbél-lobok azon esetek közzé tartoznak, midőn a betegek határozottan meg tudják jelölni a fogat, mely őket bántja.

Különbözeti kórisme. Első sorban tekintetbe jut a pulpitis acuta totalis, mint a melylyel a szóbanforgó kóralak összetéveszthető. Azonban megkülönböztethető ettől egyrészt azáltal, hogy csakis egy magános pulpa-csücsök felett találjuk a fennt említett bántalmazottságot, a subjectiv tünetek pedig csekélyebb intensitásúak, mint a pulpitis totalisnál; továbbá a rohamoknak tartama, míg a partialis alaknál rövidebb, totalis alaknál jelentékenyen hosszabbak, sőt majdnem szűnni nem akarók. Második sorban összetéveszthető ezen kóralak pulpitis acuta partialis purulentával. Azonban ezen egy körülmény, hogy a fenntemlített lágyúlt dentin-rétegeknek áthatolása után, az utóbbi kóralak mellett genynek kell a pulpa-csücsök felületéről az így készített nyiláson felszivárogni, már magában elegendő különbözeti kórismészeti adatot képez. Hozzájárul még ehhez az is, hogy az alanyi tünetek tekintetében az eltérés lényeges, mennyiben a genyes alaknál néha hosszabb időközök után rendkívül fájdalmas rohamok lépnek fel és viszont mondhatni, teljesen nyugodt intermissiók fekszenek közben. Legtöbb figyelmet igényel még a pulpitis chronica partialis gangraenosa, mely subjectiv tünetek tekintetében meglehetősen közel áll a szóbanforgó kóralakhoz, s csupán a fájdalmi rohamok intensitása által különbözik attól; a physicalis vizsgálat pedig azáltal különbözik, hogy a szóbanlevő kórnál septikus szag, miután a pulpa-csücskét érintettük, nem vehető észre.

Kórjóslat. Ezen tekintetben a pulpitis acuta partialist a kedvező jövőjű fogbél-lobok közé sorolhatjuk, feltéve, hogy kezelésnek tárgyát képezik; mennyiben a fogbélnek csak egy csücske lévén bántalmazva, ennek műszabályok szerint történő akár resectiója, akár pedig gondos aseptikus kezelése után már csak egészséges fogbél marad vissza a pulpaüregben, mely többé zavarokra és fájdalomra okot egy könyen nem adhat. S ezen esetek lehetnek