

KÖZLEMÉNY DR. PURJESZ ZSIGMOND EGYET. NY. R. TANÁR
BELGYÓGYÁSZATI KÓRODÁJÁBÓL.

Háromhegyű billentyű elégtelensége.)*

Betegen bemutatja Dr. Genersich Gusztáv, tanársegéd.

Kórodai beteganyagunkban szívbántalmak meglehetősen nagy perczentet képviselnek. Hogy ennek daczára a jobb szív bántalmi ritkábban fordulnak elő, abban leli magyarázatát, hogy a felnőtteknél észlelt billentyű és szájдавáltozások nagyobbára szerzett endocarditis következményei, ez pedig különös előszeretettel a bal szívet támadja meg, és csak ritkán idéz elő a jobb szívben hasonló változásokat. A magzatkori endocarditis eredményeként veleszületett szívbántalmak viszont inkább a jobb szívet illetik, de ezeknek gyér előfordulása miatt a jobb szív bántalmi még mindig a ritkábban észlelt esetek közé tartoznak.

Ezekből kiindulva, azon háromhegyű billentyű elégtelensége, mely jelenleg kórodánkon észleltetik, ritkább bántalomnak veendő, mi arra bátorít fel, hogy azt a t. szakülésnek bemutassam.

Esetem következő:

Ny. K. 60 éves r. kath. házaló özvegy Bialáról, szüleit korán vesztette el, de betegségüket nem tudja. Aránylag egészséges volt, határozottan tagadja, hogy születése után cyanoticus lett volna, s jelen bajára nézve semmiféle anamnesticus adatot nem szolgáltat, hanem csak annyit említ, hogy 7 hónappal azelőtt nagy szívdobogást kapott, melylyel együtt füladás és nehéz légzés állott be. 5 hónappal azelőtt mája kezdett fájni. E fájdalom, a füladás, lábainak kisebb fokú megdagadása, de főleg ulcus crurisa hozta őt a kórházba. Jelen állapota következő:

*) Előadatott az Erdélyi Múzeum-Egyet. orvostermészettudományi szakosztályának 1891. IX. 18-iki orvosi szakülésén.

A kisebb termetű nőnek csontrendszere elég erős, izomrendszere kissé pettyhüdt. Bőre általában halvány, de ajkai szederjesek, s az alszárok bőre a gyógyult fekélyek környékén barnás-vörösen elszínesedett. A bőr alatti kötszövet zsírszegény, úgy, hogy a bőr ránczos, s a különben kissé tágabb visszerek mindenütt jól látszanak. Az alszárok bőre kis mérvben oedematosus. Szellemi működése rendes, látása kissé gyengült, hallása mindkét fülön nagyon nehéz. Beszéd rendes. Mozgási és érzési körök eltérést nem mutatnak.

Nyak részarányos, légzési segédizmok erősebben kivehetők, azonkívül a carotisok erős lüktetése mellett itt még a tágult és kidudorodásokat mutató vena jugularis externa és bulbus venae jugularis lüktetése látszik. Mellkas sovány, kopogtatásnál eltérést csak annyiban mutat, mennyiben az a szívre vonatkozik. Légzés érdes, sejtés, a mellett a jobb tüdő hátsó alsó része felett néhány közepes nagyságú szörty zörej. Szívcsucs lökése legerősebben a 6 bordaközben érezhető a mellső hónaljvonalban, de minden szívystole alatt a csücslökés tulajdonképen a 7 borda közt éri és ott a középső hónaljvonalban látható és tapintható. A csücslökés rendesnél erősebb és a mellett eléggé körülírt. Az absolut tompulat kezdődik a 3 bordánál, ér a sternum jobb széleig, és nem haladja túl a csücslökést, a 6-ik borda közben úgy, hogy ha ezt vesszük kiindulásul az absolut tompulat 16 cm. széles és 10 cm. magas, a relativ pedig 19 cm. széles és 13 cm. magas, tehát egy úgy hossz, mint harántirányban megnagyobbodott tompulatot képvisel. Hallgatózva a csücslökés felett, hosszú systolicus zörejt hallunk, mely eleinte kissé ráspoló, majd puhábban fuvó, a diastoléig tart és diastolicus hanggal kezdődő gyengébb fuvó zörejbe megy át. Aorta felett gyengén hallható fúvással takart systolicus és tisztábban kivehető diastolicus hang hallszik, utóbbihoz azonban némi karczolásai zörej csatlakozik. Pulmonalis első hangja helyett puha fúvás, melynek más jellege van, mint a csücsön, II. hang erősen ékelt. Sternum jobb szélén jól kivehető, és a pulmonalis hasonló zörejénél erősebb fúvás hallszik systole alatt, diastole alatt pedig a pulmonalisnak ékeltebb hangja. Máj felé haladva utóbbi viszonyok nem változnak. A szív működés szabálytalan. Pulsus középszaporá, inaequalis és irregularis, rendesnél kisebb, puhább és középgyors. Carotisok erősen lüktetnek, felettük két hang, épen úgy a contralisok felett. Nyaki vénák tágabbak, borsónyi tágulatokkal bírnak, lüktetnek

és e lüktetés még akkor is megmarad, ha a vénát periphericus részén lenyomjuk. A lüktetés jobb oldalon erősebb, s ott a *bulbus venae jugularis* is hatalmasan mozog. Egyéb felületesen fekvő vénákon lüktetés nem látható.

Ajkak, száj, nyelv, torok nyákhártyája cyanoticus, nyelés szabad, bővebb étkezés után nehézségi érzet a gyomorban. Szomj rendes.

Has teriméjében kissé megnagyobbodott, a jobb hypochondrium és az epigastrium a köldökig elődomborodnak és egyuttal minden systole alatt kiemelkednek; ezen a szív összehúzódással összeeső elődomborodást láthatóbbá tehetjük, ha egyfelől a szív-csúcsra, másfelől a májtájon jelző zászlócskákat helyezünk el. Az elődomborodó helyre tett kéz egy a spína ossis ilei-ig, a közép vonalban a köldökig terjedő, keményebb ellentállású, síma felületű és vékonyodó karélyos behúzódat mutató képletet tapint, mely a légzési mozgásokat követi, melynek széleit a has lazasága miatt nagyon jól körül foghatjuk és constatálhatjuk, hogy a mindenben a nagyobb májnak megfelelő képlet minden szív systole alatt nem csak elődomborodik, de egyuttal minden irányban tágul, tehát lüktet. A májtompulat, ha a mérést alsó kitapintható határáig eszközöljük a j. hónaljvonásban 23, a jobb bimbóvonásban 17, a középvonalban 11, a bal-parasternalis vonalban 13 cm-rel haladja túl az ívet és metszi azt a bal-bimbóvonásban. A dermographicus jelölés különben lehetőségessé teszi távolról is fogalmat nyerni a máj nagyságáról. A has egyébként puha dunna-tapintatú és váltakozó mélységű dobos hangot ad, a lép alig nagyobb, ki nem tapintható. A vizelet sötét-sárga színű, általában kevesebb, fajsúlya 1026, vegyhatása savi, 3 m/m. fehérnye gyűrűt ad.

A felvételtől kivehető, hogy az eltérések a szívre vonatkoznak, vagy vele correspondeálnak. Nem célozom az összes eltérések részletes tárgyalása alapján a bal szív kóros viszonyait közelebbről megvilágítani, s azért engedje meg a t. szakülés, hogy okadatolás nélkül mondhattam ki a diagnosis azon részét, mely a bal szívre vonatkozik és constatálhattam, hogy esetünkben *insufficiencia valvulae bicuspidalis cum stenosi ostii venosi sinistri* van, s hogy az aorta billentyűi sem teljesítik egészen feladatukat, bár *insufficienseknek* nem mondhatók. De eme kórisme nem magyarázza meg a jobb szív felett hallható *systolicus* zörejt, a vena- és máj-pulsust, e tünetekben mi a háromhegyű

billentyű elégtelenségét ismerjük fel. A visszaáramló vér örvényei egyfelől zörejt szolgáltatnak, mely a sternum jobb szélén a 3—5 bordák felett hallható. A visszaáramló vér hulláma a pitvaron túl eső vénákba terjed és ezeknek a systolával összeeső telődését, illetve lüktetését idézi elő, feltéve, hogy a bulbus venae jugularis és egyéb vénák billentyűi is elégtelenek, legyen ez elégtelenség akár a billentyű ablakos volta, akár azoknak leszakadása, vagy a táguló vénához mért relativ rövidegsége által feltételezve. Ha pedig a hullám elég erős, leterjed a vena cava inferioron keresztül a máj-visszerekig, és az u. n. máj-pulsust idézi elő.

Csak egy tünet van másként kifejlődve, mint a hogy azt várnök, t. i. a pulmonalis II. hangja ékeltebb, pedig azt kellene várnunk, hogy a visszaáramló vér miatt a rendesnél is gyengébb legyen. Hogy ezen egy ellenmondó tünet itt nem elég a kórisme megdöntésére, a többi tünetek pregnáns voltából is kitűnik, másfelől a pulmonalis II. hangjának ékeltségére elég ok van, mennyiben a 2 hegyű billentyüt elégtelennek tartottuk.

Ezennel volt szerencsém tehát egy oly 3 hegyű billentyű-elégtelenséget bemutatni, mely mellett a bal szívnek egyéb eltérései is találhatóak. De ha a 3 hegyű billentyű elégtelenségének kóroktanát vesszük számba, úgy azt találjuk, hogy az 3 féle képen jöhet létre és azért szükséges kórismémet még kipótolnom.

Első lehetőség az, midőn az endocarditis nem csak a bal, de egyúttal a jobb szív billentyűire is vetődik, és így megtámadja a 3 hegyű billentyüt is. A második esetben a bal szív következménye gyanánt fejlődő tágulati túltengés a jobb szívben oly nagy fokúvá lesz, hogy a különben ép billentyű nem zárhat, ezt nevezzük relativ insufficienciának. A 3-ik magyarázat szerint veleszületett állapottal lenne dolgunk.

Ezeket esetünkre alkalmazva, egészen biztosan kizárhatjuk az elégtelenségnek veleszületett voltát. Már nehezebb az elkülönítés a másik két eshetőségnél. Nagyon valószínű azonban, hogy relativ insufficiencia még sincs jelen, mert a pangási tünetek nagyon csekélyek, s így daczára az előbbi lehetőség mellett szóló óriás szívnek mégis csak azon nézetnek adok kifejezést, miszerint itt az elégtelenség a bal szívben már előrehaladott endocardialis folyamatnak a 3 hegyű billentyűre való átterjedése által keletkezett, indokolva felvételemet különösen a pangási tünetek csekély kiterjedésével.