

ÉSZREVÉTELEK A SZÍVBAJOKRÓL.*

Irta: JENDRASSIK ERNŐ dr. egyetemi tanár.

A szívbetegségek kóroktanának és mechanikájának ismerete az újabb időben határozottan tisztult és alaposabbá vált, e mellett gyógyítási arzenálunk ezen nagy ellenséggel szemben tetemesen bővült s így időszerűnek vélem, ha gyakorlatunk e mindennapi fejezetével egy órát eltöltünk.

Nem szükséges, hogy külön hangsúlyozzam, hogy a szíven található kórtünetek, főképen a zörejek nem állanak szükségképen arányban azokkal a zavarokkal, a melyeket a beteg is megérez, s s a melyek a vérkeringés hiányos voltát bizonyítják; pedig igen-igen gyakran látom még ma is, hogy egyes orvosok a zörejt egyszerűen digitalis indikációnak veszik. Ez teljesen értelmetlen, sokszor nagyon káros álláspont. Még nehezebben lehet a beteg szubjektív panaszain eligazodni, tudvalévő dolog, hogy a neuraszténias beteg egyik kedvenc panasza a szívére vonatkozik. Végre az is ismeretes, hogy neuraszténiára hajlandó egyén, ha szíven valami rendellenességről értesül; igen súlyos neurózisba eshet. Érdemes, hogy e pontnál kissé megálljak. Nem ritkán találunk egyes emberek szíven határozott zörejt, mint valamely szervi kóros állapotnak kifejezőjét, a kik emellett teljes kompenzálásban vannak s abban tartósan is megmaradnak. Legtöbbszörre az aorta néhány sklerosisos foltján keletkező zörejt tartozik ide, de vannak gyógyult endokarditisz-okozta billentyű hibások is, a kik teljesen és állandóan jól működő szívvel bírnak. Ha ezek a szerencsés betegek olyan szerencsétlenek, hogy olyan orvosra akadnak, a ki első kötelességének véli a talált, jól vagy rosszul diagnostizált rendellenességet tudomásukra hozni, bizony egész életükre elkeseredettek lehetnek. Hány orvos kollegát láttam, a kinek életét egyik kollegájának meggondolatlan kifejezése keserítette el, sőt nem egyszer öngyilkosságba is kergette. Nem orvosnak való az, a ki nem tud hallgatni! Medicus, tace! Az orvosnak a saját lelkiismeretében kell viselnie a betege baját, betege sorsának fele-

* Az orvosi továbbképzés központi bizottsága által 1918. évi február hó 6-án rendezett előadás.

lősségét nem háríthatja vissza egyszerűen a betegre s meg kell gondolnia, hogy az egész embert kell gondoznia, nemcsak egy szervét. Nem gyógyítunk kérlelhetetlen igazságokkal, hisz az igazság sokszor öl testet-lelket, a beteg nem is az igazságért jön hozzánk, hanem állapotának, szenvedésének enyhítését, lelkének megnyugtatót kéri. Még ha az igazságot követeli is tőlünk, még akkor is abban a reményben teszi ezt, hogy az igazság kegyelmes lesz. És mit jelent az, ha valakire kimondjuk, hogy szívbajos? Még a leggyakorlottabb orvos is csak ritkán tud ilyen esetben valóban beteljesülő prognósiszt mondani, ellenben az aggódó beteg a legrosszabb következmények legközelebb beálltát várja. Nem csoda, hiszen még *Corvisart*, Napoleon híres orvosa, a szívbajokról szóló könyvének mottója gyanánt ezt írta: *haeret lateri lethalis arundo*: a halálos nyíl készen áll, hogy oldalába fúródjék. Engedjék meg, hogy elmondjam miként járt el *Trousseau* egy ilyen esetben. Idősebb úr kereste fel klinikai segédét, a ki a különben teljesen munkaképes, elevenen élő beteget megvizsgálván, s aortáján zörejt állapítva meg: azzal a kijelentéssel lepte meg, hogy szívbaja van s hogy Damokles kardja függ feje fölött! Ez a kijelentés a beteget mód nélkül lesújtotta s végső kétségbeesésben ment *Trousseau*hoz, a ki meghallgatva őt, bár vizsgálatában ugyanazt találta mint segéde, kijelentette, hogy szíve teljesen ép. A mikor pedig a beteg kissé hitetlenül megjegyezte, hogy «de hiszen az Ön első segéde mondott engem szívbajosnak» — *Trousseau* kénytelen volt azzal felelni: uram, Caligula is megtette konzulnak lovát. A kemény kritikát a segéd megérdemelte, nekem meg Caligula minduntalan eszembe jut, ahányszor ilyen lelkében feldúlt beteget, legtöbbször kollegát látok, a kit könyörtelen orvosa ítéletével lelki nyomorékká tett.

A hadratermettség kérdésének megállapítása körül elég sokszor tapasztaltam, hogy még a dekompenzált szívbajosat is nehéz volt a hadiszolgálat alól felmentetni, de sajátságos módon még sokkal többször tapasztaltam, hogy a vizsgáló orvosok szívbajosnak minősítettek olyanokat, a kiknek szíve teljesen ép volt. Ez a körülmény is tanúsítja azt, hogy a szívbajok megismerése nem mindig könnyű. Elég gyakran észlelem, hogy a megijedt betegnek szívcsúcsán szapora és heves szívlüktetése idején szisztolés zöreje van. Ugyanaz a zöreje ez, a melyet mint anémiás (akcidentális) zörejt a legtöbb szerző lényegtelen s a vér hígabb voltából eredő tünetként említi. De igazat kell adnom *Henschennek*, a ki ezt a zörejt is a kéthegyű billentyű elégtelenségének tulajdonítja,

már azért is, mert az ilyen esetekben a betegnek nehéz a lélegzése, kisebb a munkabírása, arca gyakran kékes, azaz dekompenzációs tünetei vannak. Az ilyen mitrál-elégtelenség oka azonban nem szöveti elváltozás a billentyűn, hanem csak a kevésvérűség vagy gyöngébb alkotás okozta petyhüdség a papillás izomzatban vagy a szájadék rugalmasságában. Ez megjavul, ha a beteg kevésvérűsége, gyöngesége megszűnik, vagy lázas állapotával esetleg izgatottságával összefüggő szívizom túlterhelése elmúlik. A lázas zörejről is ugyanezt kell feltételeznünk, gyakran az ilyen beteg szívének rezervereje nem elégséges az adott helyzetben.

A szívbajokat részben objektív jelekről, részben a beteg szubjektív panaszáról ítéljük meg. Az objektív jelek mindenekelőtt a szív nagyságára vonatkoznak. Ennek megállapítására a szívtompulatot kopogtatjuk ki s megkeressük a szívcsúcslövés helyét. De mert a szívtompulat voltaképpen csak a tüdőhatárnak körvonalozása (és csak annyiból enged következtést, a mennyiben a tüdő a megnagyobbodott szív elől elhúzódik), s mert ez a tompulat csak kis része az egész szívnek: ezért ez a vizsgálati módszer nem adhat egészen megbízható képet a szív nagyságáról. A relatív tompulat elmosódó határaival szintén hiányosan ad felvilágosítást. A szívcsúcslövés helyének megállapítása már jóval biztosabb következtetést enged meg. Sokkal tökéletesebb módszer azonban a Röntgen átvilágítás, a mely az egész szív árnyékát, sőt az aortáét is rávetíti a mellkasfalra át az ernyőre. Ezzel a módszerrel a szív nagyságáról pontos képet kapunk. Szükséges azonban a többi tünetből, főképen a pulsus és szívcsúcs magatartásából megállapítanunk, hogy mennyi jut a megnagyobbodásból a hypertrofia és mennyi a tágulás számlájára. Az előbbi a szív erősödését, kompenzálásra való törekvését jelenti, az utóbbi gyöngülését, a dekompenzálást. A tág szívkamrát nem szabad összetéveszteni a táguittal, a melynek falzata gyöngébb, elégtelen rugalmasságú.

A hallgatódzási jelenségek közül csak a presistolés zöreje felismerésének fontosságát jelzem itt, ezt a zörejt arról ismerjük meg, hogy a szisztolés hanggal végződik. Hangsúlyozom még, hogy a zörejek nem mindig alkalmasak a szívbántalom helyének megítélésére. Igen jelentékeny elváltozások lehetnek zöreje nélkül s nem egyszer találunk a boncoláskor ép billentyűket olyan betegen, kinek szívében zöreje volt.

A további objektív tüneteket a pulsus, a vérnyomás, főként a lélegzésnek megfigyelése, az esetleg kifejlődött vízkórság, májpangás megállapítása adja meg.

Mindezek eléggé ismert dolgok, mint kevésbé ismert tüneteket a szubjektív jelenségeket szeretném bővebben fejtegetni. Mielőtt azonban ebbe fognék, némi patológiai fejtegetésre szorulok.

Az endokardium, főképpen a billentyűk tája kórtani szempontból azonos a savós (izületi) hárttyákkal. A savós hárttyák gyöngéje, hogy sok emberben igen hajlandók a megbetegedésre, ilyenkor szövetük beszűrődik, rajta burjánzások keletkeznek, majd zsugorodás, keményedés támad s a savós hárttyák feladata: bizonyos mozgások sima keresztülvitele, szenved. Ez a hajlandóság öröklött tulajdonság s kétféle alakban jelentkezik, vagy úgy, hogy az ilyen egyén a fiatal korában tonsillitis-szel, sok izületi csúzzal, skarlátinával s egyéb fertőző bajokkal kapcsolatban hevenyész endokarditist kap, azaz a billentyűkön fertőző megbetegedést, vagy pedig, főkép a későbbi korban, anyagcsere zavarok mellett idült sklerosisos folyamatok támadnak a billentyűk táján vagy a szomszédos szövetekben. Alapjukban ezek az utóbbi arteriosklerosisos myokarditiszes folyamatok tehát a szervezetnek a korrall előhaladó egyéni gyöngébb ellentállásból származó hibái s ezek folytán támadó degeneratív elváltozások. Az egyik esetben tehát az egyéni gyöngeség az endokardiumnak a fertőzéssel szemben való hiányos ellenállása az, a mi fertőzés esetén bajt okoz (polyarthritiss, lues), a másik esetben pedig más természetű ez a szöveti gyöngeség; olyan, a mely alkalmat ad arra, hogy a szervezet hibás kémiai produktumai (arthritiss), vagy a szervezetbe vitt mérgek (alkohol, nikotin), a szövetek degenerálását kiváltsák. Ezen utóbbi degenerálás ugyanaz a folyamat, a melyet a bőrön látunk egyszerű metszési sebzés nyomán is: a mikor egyik-másik emberen nem sima forradás támad a metszés helyén, hanem a keloid néven ismert szöveti burjánzás és utóbb zsugorodás. Mindezek a folyamatok bizonyos körülmények között áttérjedhetnek a mélyebb szövetekre is s így támad a szájadékok szűkülete, a szívizomzat degenerálása, vagy, ha a folyamat az ingervezető rendszert éri el: tachykardia paroxysmalis, arithmiák, bradykardia; ha pedig a coronáriák sklerosisa fejlődik ki: az angina pectoris, a meiopragia (dysbasia) cordis.

Ezek a szöveti változások megfelelő következményekkel járnak; a billentyű és szájadék hibát a szívizom nagyfokú megerősödése (hypertrophia) vagy a szívírök kitágulása (dilatatio) követi. Hasznos, ha a tágabb kamrákkal arányban áll a szívizom erősödése, sőt ez az egyedüli módja annak, hogy valamely billentyű-

elégtelenség teljesen kompenzáltassék. Ezzel ellentétben nagy bajt okoz, ha a tágulást a szív izomzatának gyöngülése, petyhüdt volta idézi elő. Az ilyen tágulást főképen arról ismerjük meg, hogy a szívtompulat jobbra is nagyobb s hogy a beteg érverése gyöngye, szaporá, gyakran rendetlen (*delirium cordis*) és a beteg az inkompenzáció súlyos tüneteit látjuk. Ez utóbbi feltételt hozzá kell adnom a meghatározáshoz, hogy az *arythmia perpetua* továbbá a *tachykardia paroxysmalis* kóralakját kizárjam. Az inkompenzáció tünetei (vizkórság, nehéz lélegzés, kékes arc, stb.) azonban előfordulnak — főképen az aorta-billentyűk elégtelenségének eseteiben — nagy, erős szív mellett is, a mikor az érverés bőhullámú, a vérnyomás nagy. Ezekben az esetekben szó sem lehet a szív gyöngeségéről s ilyenkor a gyógyítás is teljesen más módon történik. A gyöngye szív (*delirium cordis*) az igazi digitalis javallat, a másokban a digitalis nem használ, hanem árt. Vannak esetek, a mikor a két, egyébként nagyon eltérő kóralakot nem tudjuk biztosan elkülöníteni; ez az eset többnyire olyankor fordul elő, a mikor az aorta-billentyűk hibája mellett a szívizomzat is szenved. Az ilyen esetekben próbát kell tennünk a digitalissal, de ennek a szernek hatását mindig pontosan kell ellenőriznünk. Ha a 3—4. napon nem állapíthatunk meg határozott javulást (a *pulsus* szaporaságának csökkenését, az érverés teltebb voltát s a beteg javult érzését), a digitalist ilyen alakban ne folytassuk. Az ilyen esetekben a lélegzés nehézségét morfium bőr alá fecskendezésével kell javítanunk, ez nemcsak enyhítő szer, de az enyhülésrel kapcsolatban gyakran annyira megjavul az ilyen beteg, hogy hónapokon, sőt éveken át működésképpessé válik. Ne vegyük rossz néven, ha itt két körülményt hangoztatok, bár igen természetesen látszanak, de mégis sok kollega nem bírja eléggé átérezni ezeknek helyességét. Az egyik az, hogy a morfiumot is a helyzethez kell szabni. Nem gyógyszeres minimum és maximum dosist rendeljünk, hanem olyant, a mely az adott esetben a legjobban használ. A gyakorlatban az a helyes adat, a mely a legkisebb mértéke a teljes hatásnak. A sebész is helytelenül járna el, ha kimélve betegét, a kést csak «mérésékeltten» használná. Ha valaki fejfájás ellen vesz be kalmopyrint, vegyen be annyit, a mennyitől megszűnik baja, mert a fejfájós ember célja nem az, hogy orvosságot vegyen be, hanem hogy megszabaduljon fájdalomtól. A morfium azonban az első napon jobban hat, mint ismétléskor, a 3—4. napon tehát a 0.02 annyit hat mint az első napon az 0.01 s így tovább. A tapasztalat azonban azt tanúsítja,

hogy az ilyen szívbetegségeken 0.04-nél nagyobb egyszeri adatot rendszerint nem kell adnunk. Ezen befecskendéseket azonban meg kell ismételni valahányszor a beteg állapota azt megkívánja, azaz nehéz lélegzése nagyon gyötri. Bizony a súlyos esetekben 3—4 befecskendés szükséges ilyen módon 24 órában. De nem ritkán hallok orvosoktól, hogy ők inkább lemondanak e szerről, semmint hogy «morfinistát» neveljenek. Erre vonatkozik második megjegyzésem. Láttam már végtelenül szenvedő haldokló kollégát, a ki hiában kérte kezelő orvosától, hogy morrium befecskendésével enyhítse szenvedését. Orvosa hajthatatlan volt, «ő nem nevel morfinistát»... pedig ő is jól tudta, hogy a szegény beteg alig éli túl az éjjelt. Nem győzöm eléggé hangoztatni, hogy a morfinista *non fit sed nascitur*, csak olyan ember lesz morfinistává, a kinek éppen erre a szerre van neuraszténiás egyéni kényszervágya. Ezt nem lehet belenevelni valakibe, éppoly kevésbé, mint a hogy többé-kevésbé mindnyájan iszunk alkoholt, s mégis csak elvéve lesz valaki igazi alkoholistává. A morfinistaság veszedelme igen csekély, sokkal csekélyebb mint az alkoholistaságé; annak a valószínűsége, hogy szívbeteg betegünk morfinistává legyen, a lehető legcsekélyebb. És végre, ha sok kellemetlenséget okoz is a morfinistaság általában, de kevesebbet mint az alkoholistaság s végtelenül kevesebbet mint a szívinkompenzáció. Nem tudom megérteni azokat az orvosokat, a kik ezt a gondolatmenetet nem bírják elfogadni; úgy érzem, hogy ők a saját megnyugtatóukat többre becsülik, mint azt, hogy betegek szenvedését csillapítsák.

A morriumot a digitalis mellett is lehet alkalmazni, ha nagy fájdalom van a betegnek s a körülmények a digitalist indikálják, de aránylag ritkán van e két szerre ugyanazon betegen szükség, legfeljebb a digitalis hatás bekövetkezte előtt.

A jelzett körülményeken kívül legyünk óvatosak a szívgyengeség felvételével. Súlyos fertőző bajokban gyakran halljuk azt említeni, hogy a beteg szívgyöngeségben halt meg, vagy a súlyosodó állapotban az orvos digitalishoz folyamodik, hogy a beteget gyengült szívét erősítse. Az igaz, hogy a bonczoló is látszólag megerősíti ezt a felfogást, a mikor hüvelykujját belefeszítve a szívizomba, azt szakadékonynak találja. Ne feledjük el, hogy soha még így meg nem repedt senkinek sem a szíve! Az ilyen állapot nem szívgyöngeség, hanem sepsis, a szervezetnek általános mérgezése, s hiában való a digitalis rendelése. Ennél többet ér ilyenkor a nagy adatban adott kámfor.

A szív elzsírosodás fogalmával is óhajtók röviden foglalkozni, mert úgy látom, hogy a gyakorlatban sokszor téves módon ítélik meg ezt az állapotot. Nem a szívizom zsíros elfajulását értjük ezen a néven (mondjuk ezt a kórboncolástani fogalmat a szívizomzat zsíros elfajulásának ellentétben a szívelzsírosodással), hanem azt, a mikor általános kövérség mellett a szív rezerveje tetemesen csökkent. A szív rezerveje, eltekintve az inkompensált állapottól, függ attól, hogy a rendszeres életmódban tulajdonosa milyen feladatokat ró reá. Mint minden izmunk, a szívizomzat is alkalmazkodik a lehetőség határai között a megszokott megterheléséhez. Ha valaki tartózkodik minden nagyobb erőlködéstől, nagyobb járástól, szívének s többi izomzatának rezerveje oly nagy mértékben megfogy, hogy ha váratlanul nagyobb megterhelés éri: ennek megfelelni nem képes. Az ilyen egyének legtöbbszörre a jó háziasszonyok, a kik ugyan egész nap dolgoznak, de ez a dolgozásuk izommunkát nem követel, bár az állandóság kifárasztja őket: el is híznak, így azután izomzatuk mind képtelenebb lesz a legkisebb munkatöbbletre. Ilyen egyénekre szokás kimondani a szívelzsírosodást. Nyilvánvaló, hogy az ilyen esetekben általános izomfogyás és általános zsírszaporodás a baj s egészen téved az, a ki az ilyen beteget csupán szívének akarja gyógyítani. Az ilyen beteget küldik Marienbadba, szénsavas fürdőbe. A fürdő egymagában nem használ jóformán semmit, a mit eléggé bizonyít az, hogy szénsavas fürdőt lehet mindenütt használni s mégis ilyen fürdőhelyre megy a beteg, a hol a rendestől eltérő életmódja, főképp nagy sétái segíthetnek állapotán. Az ilyen kórállapot gyógyításának módja világos: arra kell törekedni, hogy a zsírszövet fogyjon, az izomzat ellenben erőben gyarapodjék, s munkaképesebbé legyen. Ha javítjuk a végtagokat, javul a szív is. Ezen célból a diéta kellő kiszabása, továbbá általános izommasszázs és ellenállási vagy egyéb munkavégzéssel járó gyakorlatok a hatásos eszközök. Természetesen gondos mérlegeléssel kell kiszabni a teendőket s óvakodni a túlfárasztástól. Az egyenletes járás enyhén emelkedő talajon talán a legjobb szíverősítő, ennek rendelése alkalmából azonban azt tartjuk fontosnak, hogy a beteg helyzetéhez mérten lassan menjen, tehát a nélkül, hogy lélegzete nehezednék, de ne álljon meg a kiszabott idő vagy tér betöltése előtt. Ez a kúra azonban a pár heti fürdőzéssel nem érhet véget, okvetetlenül szükséges, hogy az ilyen beteg azután is állandóan folytassa napi járás-gyakorlatát s megmaradjon a neki megfelelő diétán. Nem mindegyik ilyen beteg túlkövér. némelyik-

nek csak életmódja volt rossz, talán mert valamely betegség akadályozta az illetőt a kellő izomgyakorlásban s aztán lépésről-lépésre romlott az állapot, a míg nyugalomban is előállanak a szív-elégtelenség tünetei. Természetes, hogy nem is minden ember van kitéve ennek a bajnak, inkább csak azok, a kiknek izomrendszerük petyhüdt, szalagjaik tágultak, azaz az asthénias testalkotásúak. A klinikán nem ritkán igen súlyos állapotban veszünk fel ilyen beteget, némelyik ezek közül egészen elveszettnek látszik, hetekig teljesen tehetetlen, némelyik napokig eszméletlen s mégis lassan-lassan összeszedi magát s aztán évekig él teljesen munkaképes állapotban. Az egyik ilyen gyógyult betegünk két ízben menekült az orosz betörés idején, nagy lelki izgalmat s testi fáradtságot állott ki, egy másik már azelőtt nyugalmazott vezetője előkelő állásának, a háború alatt ismét betöltötte munkakörét, pedig mindkettő teljesen elveszettnek látszott betegsége idején. Ennek a kedvező eredménynek elérésére főképp két segítő eszköz áll rendelkezésünkre. Az egyik a *Karell*-kúra. Ennek lényege az, hogy az ilyen súlyos beteget egy ideig elégtelenül tápláljuk. Eleinte 6—8 deczi tejen kívül mitsem kap. Ezt a kúrát leggyakrabban a túlkövér szívbajos betegnek rendeljük, de sokszor használ a nem határozottan obezitásos betegnek is; ilyenkor azonban rendszerint a beteg teljes étvágytalansága kényszeríti őt a hiányos táplálkozásra. Ez az állapot nemcsak kevesbíti a táplálható szövetek tömegét, hanem egyszersmind megengedi, hogy minden szerv lehetőleg redukálja tevékenységét s ez alatt a szív ismét visszanyerje erejét. Hozzájárul ehhez a javításhoz még az is, hogy az ilyen betegnek tartós digitalis-kúrát rendelünk, azaz ezt a szert kis adatban soká adjuk. Napi 0.05×3 digitalis levélport vagy megfelelő adat adigant, esetleg 0.1 kininnel vagy $0.01-2$ nux vomica-val. Az ilyen gyógyítás legfőbb feltétele, hogy az orvos állandóan gondosan ellenőrizze az orvosság hatását s ha valamely változtatást szükségessé tevő ok nem támad, ezen a kúrán hosszasan tartsa betegét.

A tünetek során legnehezebb eligazodni akkor, a mikor a beteg szubjektív panaszán kívül egyéb jelt nem találunk. És mégis néha az ilyen betegek nem egyszerűen neuraszténiasok. Emlékezem itt egy vidéki ügyvédre, a ki egyszer vállfájás panaszával jött hozzám. Vállán nem találtam semmi kórjelet, de panasza nem látszott idegességből magyarázhatónak, főképp mert egyes testtartások enyhítették, mások fokozták fájását és fájdalma teljesen objektívnek tátszott. Én már akkor aneurysmára gondoltam,

bár ennek tüneteit nem tudtam kimutatni (ez még a Röntgen-átvilágítás és Wassermann-kémlés előtti időszakban volt). A beteg félév múlva újra jelentkezett, fájdalma csökkent volt ugyan, de az egyik szemén oculomotorius bénulása támadt. A további lefolyás teljesen felderítette az esetet: szifilis, tabes és aneurysma az anonymán kétségtelenül megállapíthatók lettek. A lefolyás igen lassú volt, a beteg évek multán értágulásába belehalt. Még nehezebben ismerhető fel egyes esetekben a stenosis ostii ven. sin. Ez a kórkép sokszor a fizikai vizsgálattal sokáig épnek látszó szív mellett fejlődik ki s hónapokig, néha évekig tart, a míg a szíven zörejt hallunk. Más esetekben persze a praesystolés zörejt és dobbanó systolés hang azonnal felvilágosít a baj felől. De az ilyen esetekben is rendszerint a beteg panasza már régi keletű s bizonyára olyan időből való, a mikor még zörejmentes volt a szív. Ezekben az esetekben a fájdalom nem a vérkeringés rosszabbodásából származik, hanem a szűkülés folyamán támadó vongálásból, a mely vagy csak hevesebb szívműködés idején, vagy bizonyos testi elhelyeződés mellett jelentkezik. Az ilyen beteg heves fájást érez a mikor sietni akar, vagy a mikor ágyában lefekszik s bele telik néha 5—10 percbe, a míg lassankint, fokozatosan ledőlhet párnájára. Ilyen fájások némely betegen jellemzetesen csak este jelentkeznek, másokon evés után, főképp ha evés után jár az illető. Láttam már ilyen esetet, a melyet orvosa gyomor-fájásnak nézett. Mintegy tükörképe az ilyen fájásnak az, a mely csak bizonyos testtartás mellett szűnik. Ismeretes, hogy az angina pectoris beteg legtöbbször kénytelen felállni, gyakran még karját is felemelni, hogy fájdalmát enyhítse, a hisztériás szívgörcsös ellenben belefekszik ágyába. Van kivételesen olyan anginás beteg is, a kinek fájdalma enyhítése végett le kell feküdnie, de minden esetben a választott helyzetnek az a motivuma, hogy a beteg csak abban a helyzetben talál enyhülést, míg a hisztériás választott helyzetét meg is változtathatja a nélkül, hogy e miatt fájdalmának hevessége változnék.

Ezeket a nagyon jellemző heves fájásokat az arteria conoraria cordis arteriosklerosisa (stenokardia), továbbá a stenosis ostii venosi sinistri egyik alakja és néha aneurysma okozza. A stenosis mitralisnak kétféle alakja van, az egyik a lefolyt akut endokarditis maradványa, ez többnyire klinikailag könnyen diagnosztizálható, de a betegnek nem sok kellemetlenséget okozó, végleges állapot, a melyen a bal pitvar némi erősödése elégségesen segít. A másik alak a kórok szempontjából nem eléggé ismert idült folyamat, a

mely mindenek szerint a szájadékon túl is az izomszövetben és talán a szív ideges apparatusában is okoz elváltozást s a mely éppen ezért gyakran még mielőtt erősebb stenosis keletkeznék, máris kiváltja a már említett, jellemző fájásokat. Ebben a szakban az ilyen beteg baját sokszor félreértik, ehhez a félreértéshez hozzájárul, hogy fiatal nőkn, sajátságos módon szép fiatal nőkn (mint a myasthenia, a sclerosis polyinsularis!) a leggyakoribb ez a baj s a negatív szívlelet mellett a hisztéria gondolata lép előtérbe. A vázolt tünetek alapján a legtöbb esetben könnyen eligazodhatunk. A stenokardiás betegen a rohamok többnyire a mozgástól függetlenül kezdődnek, a stenosis mitralisban és a dysbasia angio-neurotica (meiopragia) cordisban a mozgás váltja ki a fájdalmat. Az utóbbiban tipusosan csak akkor, ha a beteg nem nagyon lassan megy s bizonyos távolságra eljutott, persze ez a távolság lassanként mind rövidebb lesz, s végül lehetetlenné teszi a járását.

A szívbajok prognózisa függ a hiba nagysága mellett főképp attól, hogy a bántalom előhaladó-e vagy végleges hiba? A sokizületi csúsz okozta billentyűhiba, ha az endokarditis nem ujul ki és ha a hiba eléggé kompenzálódott: aránylag a legjobb prognoszt engedi meg, a többi kórok többnyire előhaladó természetű s ezért a kompenzálás csak ideig-óráig elégséges. De még az ilyen esetekben is sok függ attól, hogy hogyan kezeljük a beteget? A helyes orvosság megállapítása nem elégséges, szükséges, hogy hatását ellenőrizzük s a kellő időben szüntessük be. A digitaliszerelés időhöz kötött voltát általában mindenki ismeri, a diuretikumokra nézve van egy-két megjegyzésem. Különös dolog, hogy a diuretikumok nem egyformán alkalmasak minden betegre, mégis legmegbízhatóbbnak találtuk a theobrominum purumot (santhéose, ezidőszertint theobromina Egger 3×2 szemet naponta, az uropherint és az intravenásan alkalmazott theocint. Ez utóbbi szert per rectum is igen célszerű használni (2×0.75).

Ezeknek hatása csak akkor érvényesül, ha megfelelő vízkór-sága van a betegnek; ha hatnak, ne adjuk tovább e szereket csak a míg a diurézis megindul. A mikor e szerek jól hatnak: a hatás jól érvényesül, ha nem is folytatjuk a szerelést. Csak nehezen reagáló esetekben adjuk még néhány napig, de ez már a gyomor emésztés rovására megy, mert sajnos, a diuretikumokat a gyomor nehezen tűri, még akkor is, ha azokat a végbélen vagy intravenásan adjuk.

Arteriosklerosisos, stenokardiás, aritmiás beteget tiltsunk el

a dohányzástól, a bő táplálkozástól. Az első két baj ellen állandóan szoktam vétetni a beteggel éveken keresztül naponta egy szem sajodint. Stenokardiásnak pár napos ciklusokban theobromint, diuretint adok, sokszor a dispnon- vagy diujodin-tabletták alakjában. Sok stenokardiásnak használ az amylnitrit belélegzés; erre a célra az Egger-féle vászonba varrott ampullák igen használhatók; ha ezzel nem tudjuk megszüntetni a rohamot: morfium befecskendést alkalmazzunk.

Nem volt céлом ezen előadás keretében, nem is lehetett, a szívbajokról mindent elmondani. Csak néhány a gyakorlati életre fontosabb megjegyzést adtam tapasztalataim alapján. Az orvosi működésnek gyakori, és gyakran hálás tere a szívbajok gyógyítása, de ez sikeres csak úgy lehet, ha magunkat és orvosságainkat folyton ellenőrizzük és gondosan a beteg állapotára szabjuk; ez pedig csak úgy lehetséges, ha a beteget pontosan megfigyeljük.