

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI M. KIR. „FERENCZ JÓZSEF“ TUD. EGYETEM  
SZÜLÉSZETI ÉS BELGYÓGYÁSZATI KLINIKÁJÁRÓL.

Igazgatók: † SZABÓ DÉNES dr. udv. tanácsos, egyetemi nyilv. rendes tanár és  
JANCÓ MIKLÓS dr. egyetemi nyilv. rendes tanár.

## Terhesség és szívbántalom.

Közli: PURJESZ BÉLA dr.

A béke utolsó éveiben, de különösen a háború alatt a szülések száma lényegesen megkevesbedett. Az amúgy is kevesebb szülések száma még a művi elvetélésekkel is csökkent. Az utóbbi időben ép ezért Németországban, Ausztriában, Franciaországban vezető állásban levő orvosok BUMM, MARX,<sup>1</sup> WINTER,<sup>2</sup> ROTHE, HABERDA,<sup>3</sup> SIEGL,<sup>4</sup> s mások mozgalmat indítottak az abortusok indicióinak megszorítására, illetőleg pontos cautélákat igyekeznek felállítani a terhesség megszakítását művileg végző orvosokra, s pontosan körülírni igyekeznek az egyes esetben követendő irányelvet.

A terhesség esetleges megszakításának feltételei közül jelen alkalommal csak a szívbántalommal kapcsolatban fogunk foglalkozni. Tudjuk jól, hogy a szívbántalom a terhesség kiviselésében az anyára és a magzatra oly káros következményekkel járhat, mely a természetes elvetélést, vagy halott koraszülést vonhat maga után, vagy pedig művi elvetelés, a szülés időelőtti megindítása, vagy a már megindult szülés mesterséges gyors befejezése válhatnak szükségessé. A következmények mindenkor a szívizom állapotától és az esetleges decompensatiótól függenek.

<sup>1</sup> MARX: Berl. Kl. Wochenschrift 1917 No. 1.

<sup>2</sup> WINTER: Med. Klin. 1917 No. 4.

<sup>3</sup> HABERDA: Wien. Kl. Wochenschrift 1917 No. 20.

<sup>4</sup> SIEGL: Zentralblatt f. Gyn. 1917 No. 10.

PETERS: Wien. Kl. Wochenschrift 1917 No. 31. 32.

MACKENZIE,<sup>1</sup> KREHL,<sup>2</sup> ROMBERG,<sup>3</sup> GERHARDT,<sup>4</sup> BUMM,<sup>5</sup> JASCHKE,<sup>6</sup> KAUTSKY,<sup>7</sup> EISENBACH,<sup>8</sup> RENAUD,<sup>9</sup> BENTHIN<sup>10</sup> és mások azt a nézetet vallják, hogy compensált vitiumok állandó, pontos ellenőrzés mellett a terhesség kiviselésében nem képeznek akadályt. Ha a szívizomzat elég jó állapotban van, ha a munkatöbbletchez alkalmazkodni tud, decompensációs tünetek nem jelentkeznek, akkor sem az anya, sem a magzat nincsen nagyobb veszélynek kitéve, mindamellett, hogy a terhesség különböző ideje, a szülés maga, s a gyermekágy első ideje a szívet nagyobb feladatok elé állítják.

A jelentkező decompensációs tünetekkel szemben különböző álláspontot foglalnak el. Némelyek, különösen a francia szerzők a decompensatio legesekélyebb jelei esetében a terhesség megszakításának a feltételét látják. A németek conservatívabb álláspontot foglalnak el. SCHLEIM,<sup>11</sup> NEU,<sup>12</sup> FROMME,<sup>13</sup> JASCHKE<sup>14</sup> szerint, előbb a gyógyszeres beavatkozást kell megkísérelni. Gyors javulás esetén a terhesség nem akadályozandó meg, illetve a már meglévő terhesség nem szakítandó meg. Nehezebben javuló eseteknél a graviditás elkerülendő. A decompensációs tünetek az esetek többségében a terhesség spontán megszakításához vezetnek. Ha ez sem következik be, belső gyógykezeléssel kell a compensációs állapot visszaállítását megkísérelni. Természetesen a decompensációs tünetek visszafejlődésére hosszú időn át az anya és a magzat élete érdekében várni nem lehet. Pillanatnyi életveszély, vagy az internalis kezelés eredménytelensége esetén a terhesség, illetve a szülés gyors, művi befejezése válik szükségessé.

A vitiumok legnagyobb része a terhesség egész ideje alatt nem mutat decompensációs tünetet. Azonban természetesen figyelmen kívül nem hagyhatók még azok a veszélyek, melyek a szívbánta-

<sup>1</sup> MACKENZIE: Lehrbuch d. Herzkrankheiten.

<sup>2</sup> KREHL: Die Erkrankungen der Herzmuskels.

<sup>3</sup> ROMBERG: Krankheiten des Herzens.

<sup>4</sup> GERHARDT: Herzklappenfehler 1913.

<sup>5</sup> BUMM: Lehrbuch d. Geburtshilfe.

<sup>6</sup> JASCHKE: Med. Klin. 1912. No. 8.

<sup>7</sup> KAUTSKY: Arch. f. Gyn. Bd. CVI. H. 2.

<sup>8</sup> EISENBACH: Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. H. 1.

<sup>9</sup> RENAUD: Dissert. Leipzig. Ref. Monatschft. f. Geb. u. Gyn. Bd. XLIII. H. 2.

<sup>10</sup> BENTHIN: Med. Klin. 1917. No. 16.

<sup>11</sup> SCHLEIM: cit. BENTHIN-nél.

<sup>12</sup> NEU: cit. BENTHIN-nél.

<sup>13</sup> FROMME: cit. BENTHIN-nél.

<sup>14</sup> JASCHKE: Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 4. p. 1917.

lommal kapcsolatban a terhesség alatt jelentkezhetnek. Így GERHARDT, FELLNER,<sup>1</sup> stb. az endocarditisek újbóli fellángolásáról tesznek említést. KREHL, BUMM, mások szerint a thrombusok képződése, emboliák fellépése a könnyen előfordulható szövődmények. Úgyszintén a hasúri nyomás fokozódása, a rekesz magas állása, ezzel kapcsolatban a légzési nehézségek mind fontos momentumok. Hasonlóan a szív terhességgel kapcsolatos megnagyobbodása, melyet MÜLLER, DREYSEL,<sup>2</sup> FRITSCH<sup>3</sup>, MÜLLER és JASCHKE,<sup>4</sup> stb. vizsgálatai mutattak ki, szintén nagyjelentőségű. Emellett a szülés alatti nyomásemelkedés, továbbá a nagyfokú nyomássúlyedés a szülést követőleg, valamint a nagyobb vérvesztés nem hagyhatók számításon kívül. A szívbántalom mellett fenálló egyéb kóros elváltozások, mint Kyphoskoliosis, tüdő-, vesemegbetegedések szem elől nem téveszthetők. Úgyszintén a pszichikai, toxicus és nervosus momentumokról sem szabad megfeledkezni.

A terhesség lefolyásában a szívbántalomban szenvedők részéről felsorolt szövődmények, illetve káros behatásokon kívül az még külön megítélés tárgyát képezi, hogy minő szívbántalomban szenvednek az illetők. MACKENZIE és mások az aorta megbetegedését tartják a legveszélyesebbnek. Míg BUMM, KAUTSKY, TRAUGOTT és KAUTSKY,<sup>5</sup> BENTHIN, stb. észlelései alapján a kéthegyű billentyű megbetegedése itélendő súlyosabbnak, különösen a bal gyűjtőeres szájadék szükülete; ez utóbbiakból az esetek mintegy 70%-ában jelentkeznek legelsőbben decompensációs tünetek. Hasonlóképpen gyakrabban mutatkoznak szívgyengeségi jelek, ha extracardialis momentumok, mint vese, stb. bántalom van jelen.

KREHL nem tesz különbséget a vitiumok között. Szerinte csak az fontos, hogy milyen a megbetegedés foka, a szív ereje, teljesítőképessége. Mindig az döntendő el, hogy a szívteljesítő képessége csak relative csökkent-e, a szívgyengeség állandó-e, s mily követelményeknek képes még a szív megfelelni. Szóval azon feltételek, melyek a terhesség megakadályozását, vagy a már meglevő terhesség megszakítását vonhatják maguk után, az általános tünetekből és a szív functionalis vizsgálata alapján állíthatók fel.

Elsősorban a szív, vérkeringési szervek, tüdők, máj, vizelet pontos vizsgálata hajtandó végre. Csak ezután nézhetjük, hogy a

<sup>1</sup> FELLNER: cit. GERHARDT-nál.

<sup>2</sup> DREYSEL: cit. TANDLER: Anatomie des Herzens.

<sup>3</sup> FRITSCH: cit. TANDLER: Anatomie des Herzens.

<sup>4</sup> MÜLLER és JASCHKE: cit. TANDLER: Anatomie des Herzens.

<sup>5</sup> TRAUGOTT és KAUTSKY: Zentrbl. f. Gyn. 1916. No. 37.

végzett munkára miként reagál a szív, a légzés stb. A munkát különböző módon végeztethetjük el. KREHL a lépcsőjárással kapcsolatban figyeli meg a szív viselkedését. A tüdővizenyőre való hajlamosságot MACKENZIE szerint könnyen megállapíthatjuk, ha a beteget reggel felkelés előtt, előzetes, lehetőleg egyoldalon való fekvés után megvizsgáljuk. Ha tüdővizenyőre való hajlamosság van jelen, akkor azon az oldalon, amelyen feküdt, az első légvételeknél finom crepitatio lesz hallható.

A szívre háruló munka után jelentkező subiectiv panaszok legtöbbször a légzésre vonatkoznak. A legkisebb testi munka után légzési nehézségek lépnek fel. Szaporábban kell lélegezniök, fulladnak. Nagyon hamar fáradnak. Sok esetben erősen verejtékeznek. Szívdobogás jelentkezik, némelykor kellemetlen szívtáji szorongó érzéssel.

Az obiectiv tünetek közül legjobban szembetűnik a beteg dyspnoeja, mely szaporább, mélyebb légvételekben nyilvánul. Ilyen tünet a kísérő cyanosis kisebb-nagyobb foka az ajkokon, arcon, felső és alsó végtagok legperipheriásabb részein. Ide tartozik a könnyű verejtékezés, a hideg, hűvös, nedves végtagok. A végtagokon, tüdőben vizenyő jelentkezhetik. A máj megnagyobbodhat. A szív működés szaporábbá válik, de változást szenvedhet a rythmusa is. A verőérlökés is szabálytalanná lehet.

A megejtett vizsgálat eredményétől függ a már fentebb vázolt módon a beavatkozás feltétele.

Nézzük ezek után a kolozsvári szülészeti klinikán észlelteket. Az 1907—1916-ig terjedő tíz év alatt 5152 terhes fordult meg a klinikán. Ezek közül 15 esetben volt valamilyen szívbántalom kimutatható. Az esetekre vonatkozó adatokat a következő táblázatban foglaltam össze: (Táblázatot lásd az 508—509. old.)

A táblázat adataiból kiténik, hogy a 15 eset közül 13 a szervi szívbántalomban szenvedő, s kettő valószínűleg beidegzési alapon fennálló bántalom. A szervi szívbetegségei közül egy esetben a balgyűjtőeres szájadék szűkülete szerepelt, háromnál a kéthegyű billentyű elégtelenségével kapcsolatban a bal gyűjtőeres szájadék szűkülete is jelen volt, nyolcánál a kéthegyű billentyű elégtelensége volt kimutatható, egy esetben myodegeneratio cordis. A nem szervi szívbetegségei között az egyiknek BASEDOW-kórja volt, a másiknak pedig rohamokban jelentkező szívdobogása. Az észlelt esetek legtöbbszörét a szülésszel belklinikai orvos is megvizsgálta.

Az észlelt esetek a klinikán megfordult terhesek 0.29%-ának

felel meg. Hogy ez a szülészeti klinikán megfordult terheseknél jelen volt szívbántalomban szenvedőt mind magában foglalja, kérdéses. Ugyanis a JASCHKE,<sup>1</sup> NEU,<sup>2</sup> BENTHIN statisztikai adatainak átlaga körülbelül 2%-ot mutat. A SCHAUTA<sup>3</sup>, FELLNER nézete az, hogy a szív pontos vizsgálatára a gynaekologusok nagy figyelmet nem fordítanak, s így csak  $\frac{1}{7}$ -ede a ténylegesen megfordult eseteknek válik ismertté.

Az észlelt esetek közül 4 először gravid, 2 másodszor, 2 harmadszor, 3 ötször, 2 hetedszer, s egy kilencedszer. Ezen adatok azt mutatják, hogy a terhesség, szülés, gyermekágy a szervi szívbántalomban szenvedőknél, úgyszintén a beidegzési alapon fennálló szívzavaroknál simán lefolyhat, ha decompensatiós tünetek nincsenek jelen.

Az előbb mondottak támogatására az egyik észlelt eset rövid ismertetését közlöm.

B. I.-né 30 éves. Anyja Basedow-kórban szenved. Egy nőtestvére él, ki már többször állott az ideggyógyászati klinikán gyógykezelés alatt. Harmadik terhességének 7—8 hónapjában került a belgyógyászati klinikára észlelés alá. Nagyfokú szívdobogásról panaszol. Időnként, különösen az éjjeli órákban hirtelen szívdobogásos rohamok lepik meg nyugtalansággal, szívtáji szorongó érzéssel, a megsemmisülés érzésével egybekötve. A klinikán eleinte naponta, később kétszer, sőt több alkalommal is jelentkeztek. A rohamokkal kapcsolatban az ajkak, arc cyanosisa, hűvös, nedves végtagok, nagyfokú dyspnore voltak észlelhetők. Valamivel nagyobb szívtempulata, a szívcsúcsban időnként a roham alatt systoles zöreje volt hallható. A roham idején szapora szív működés, szapora, kiesiny verőérlökés volt észlelhető; a verőérlökés percnkénti száma 160—180, sőt néha megszámlálhatatlan volt. Vizenyő nem jelentkezett. A rohamok olykor  $\frac{1}{2}$ —1 órai fennállás után spontán, vagy vagus nyomásra, felülésre, hányásra megszűntek.

Miután különösebb szívgyengeségi tünetek nem voltak kimutathatók, tekintet nélkül a nagyon kellemetlen szívdobogásos rohamokra, a megfigyelésre szorítottunk. A szülés megindulásáig, illetve a burok megrepedéseig a belklinikán volt, honnan a szülészeti klinikára áttettük, s ott művi beavatkozás nélkül gyorsan lefolyt a szülés.

Hat vitiumosnál teljesen compensált volt a bántalom, négy esetben kezdődő incompensatiós tünetek, ötnél pedig kifejezett decompensatio volt kimutatható. Az egy másodszor gravidnál jelentkező decompensatiós tünetektől eltekintve, decompensatio csak a 3-tól—9-szer terhesnél fordult elő. Ez egészen természetes is. Minden újabb graviditás újabb nagy megterhelésnek teszi ki a szívet,

<sup>1</sup> JASCHKE: cit. BENTHIN-nél.

<sup>2</sup> NEU: cit. BENTHIN-nél.

<sup>3</sup> SCHAUTA: cit. BENTHIN-nél.

Az esetek száma	Hányadik terhesség	Életkor	A szívbántalom faja	A szívbántalom szövődménye
1	I.	21	Insufficiencia bicuspidalis	Compensált
2	I.	22	" "	"
3	I.	24	" "	"
4	I.	24	Morbus Basedowi	Verőérlökés percnkénti száma 120—140
5	II.	28	Insufficiencia bicuspidalis	Kezdő dőincompensációs tünetek
6	II.	22	" "	Compensált
7	III.	30	Tachycardia	Rohamok alatt a verőérlökés percnkénti száma 160—180
8	III.	25	Myodegeneratio cordis	Incompensációs tünetek
9	IV.	34	Insufficiencia bicuspidalis cum stenosi ostii venosi sinistri	" "
10	V.	36	Henosis ostii venosi sinistri	" "
11	V.	39	Insufficiencia bicuspidalis	" "
12	V.	37	" "	Kezdődő incompensációs tünetek
13	VII.	39	" "	" "
14	VII.	35	Insufficiencia bicuspidalis cum stenosi ostii venosi sinistri	" "
15	IX.	36	" "	Incompensációs tünetek

Z A T.

Terhesség	Szülés	Gyermekágy	M e g j e g y z é s
Kiviselt, rendes lefolyású	—	Zavartalan lefolyású	Gyermekágyasként került a klinikára
"	Rendes lefolyású	"	—
"	" "	"	—
"	" "	"	A kolozsvári sebészeti klinikán strumectomiát végeztek nála
Nem kiviselt	" "	"	Koraszülés
Kiviselt, rendes lefolyású	Fogó-műtét	"	Fartartás
Nem kiviselt	Rendes lefolyású	"	Koraszülés
" "	—	—	Exitus. Sectionál mürdeg cordis és nephritis chronica. Halott koraszülött magzat
Kiviselt, rendes lefolyású	Fogó-műtét	Zavartalan lefolyású	Pillanatnyi veszély miatt azonnali beavatkozás
"	" "	—	Exitus. Sectionál stenosis ost. ven. sin.
Nem kiviselt	Rendes lefolyású	Zavartalan lefolyású	Koraszülés
Kiviselt, rendes lefolyású	" "	"	—
"	" "	"	—
"	—	"	Halott magzat. Gyermekágyasként került a klinikára
Kiviselt, rendes lefolyású	Szülés	Alatt	Exitus

mely mind kevésbé tudva a reá háramló követelményeknek megfelelni, decompensál.

Hasonló viszonyok állanak fenn az életkort illetőleg is. Az észlelt esetek kora 21 és 39 év között mozog. 30 éven alól, mely az esetek nagyobb felét teszi ki, csak két esetben jelentkezett kezdődő szívgyengeség, szinte lépést tartva a graviditások számával.

A decompensatiós tünetek jelentkezésekor minden egyes esetben internális beavatkozással igyekeztek a szívműködést befolyásolni, s csak az esetben fejezték be művileg a szülést, melyben rövid időn belől a gyógyszeres beavatkozással a megfelelő eredmény elérhető nem volt.

A szülészeti klinikán észlelt esetek közül kettő a belklinikára helyeztetett át belső gyógykezelés végett. Az egyik M. Gy.-né 36 éves. 4 kiviselt rendes efolyású terhesség. Ötödik terhességének 6-7 hónapjában kerül a szülészeti klinikára. Utóbbi időben nehezen légzik, fulad; alsó végtagjai megdagadtak. A felvételkor az alsó végtagokon oedema. Nagyobb szívtompulat. A szívésúcsra praesystol és zörej. Késsé arhythmicus, szapora szívműködés. Arhythmiás, kicsiny verőériőkés. Máj megnagyobbodott, jól tapintható, érzékeny, Tüdők felett diffuse hurutos jelenségek. További észlelés és belső kezelés végett a belklinikára tétetik át. A megkísérelt gyógyeljárás rövid időn belől a kívánt eredményhez nem vezetett, a terhesség művi megszakítása és a szülés gyors befejezése végett a szülészeti klinikára visszahelyeztük, hol művileg, gyorsan befejezték a szülést. Nem sokkal a szülés befejezése után meghalt. A megejtett boncolatnál a bal gyűjtőeres szájadék szűkületét constatálták.

Egy másik eset G. V.-né 25 éves. Két első terhessége simán folyt le. Harmadik terhesség. Ezen terhességének kezdetén lábvizenyő, légzési nehézségek miatt a belklinikán mintegy 6 héten gyógykezelés alatt állott. Nagyobb szív, tompa szívhangok. Szabálytalan szívműködés. Vizeletben elég bőven fehérje, melyben góreső alatt sok vesealakelem volt látható. Javultan való távozása után egész a szülés megindultáig orvosi tanácsot nem vett igénybe. Súlyos decompensatiós tünetekkel került a szülészeti klinikára, hol alig 24 órai tartózkodás után röviddel a szülést követőleg meghalt. A boncolatnál myodegeneratio cordist és nephritis chronicát találtak.

Az első esetben bár kifejezett volt a decompensatio, előbb a gyógyszeres beavatkozást kíséreltük meg, miután pillanatnyi életveszély nem látszott fennforogni. S csak annak rövid időn belől való eredménytelensége után fejeztetett be művileg a terhessé, illetve a szülés, mely nagyobb feladattal a már decompensált szív megküzdni nem tudott. A másik esetben a terhesség kezdetén fennállott incompensatiós tünetek internalis kezelésre visszafejlődtek. A terhesség nem szakított meg. A szívbántalommal egyidejűleg fennálló idült veselő a terhesség második felében súlyos decompensatióhoz vezetett, melynek következtében halott koraszülés, s a szülés után közvetlenül a halál következett be.

A compensált és decompensált szívbántalmaknál tizenegyszer kiviselt, rendes lefolyású volt a terhesség, csak négy esetben fejeződött be a terhesség idő előtt. Három ízben koraszüléssel, élő

magzattal, egy esetben koraszüléssel, halott magzattal fejeződött be a graviditás. A kiviselt terhességgel kapcsolatban egy ízben volt halott magzat. Háromszor kellett a szülés befejezését fogoműtéttel siettetni. Egyszer compensált, kétszer decompensált szívbántalomnál.

A gyermekágy mindegyik esetben simán folyt le. A megfigyelt 15 esetből 3 a szülés alatt, vagy közvetlenül a sülést követőleg halt meg, melyek közül egynél a bal gyűjtőeres szájadék szűkülete, a másodiknál a bal gyűjtőeres szájadék szűkülete a két-hegyű billentyű elégtelenségével, s a harmadiknál pedig myodegeneratio cordis volt kimutatható. A halálozási arány az újabb adatokkal körülbelül egyezik.

Igy GERHARDT-nál	272	terhes	közül	15	szívbántalom,	4	exitus.
EISENBACH-nál	3200	"	"	45	"	5	"
RENAUD-nál	—	"	"	61	"	13	"
KAUTSKY-nál	8000	"	"	56	"	7	"

A KAUTSKY adatai egyúttal a bal gyűjtőeres szájadék szűkületéhez való halálozási arányt is mutatja, amennyiben 56 észlelt esete közül mind a 7 esetben a bal gyűjtőeres szájadék szűkületében szenvedőknél következett be a halál. BENTHIN-nek legújabbban a königsbergi szülészeti klinikáról közölt adataiban is a halálozás legnagyobb részét a bal gyűjtőeres szájadék szűkületében szenvedőkre vonatkozik.

Ha már most a szülészeti klinika kevés számú eseteinek adatait összegezzük, azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a szívbántalom az anya és gyermek élete szempontjából a terhesség alatti pontos ellenőrzés mellett különösebb veszéllyel nem jár. Csak különösen a többször szültekre hívja fel a figyelmet. Ezeknél a szív állandó, pontos megfigyelése, funkcionális vizsgálata dönti el, vajjon kiviselhető-e, vagy megszakítandó, illetve megakadályozandó-e a terhesség. Ha dekompenzációra hajlamosak, nem engedhető meg a terhesség. A már meglevő terhesség pedig részben a decompensációs szövődmények következtében spontán befejeződik. Ha nem, előbb belső gyógykezeléssel kell megkísérelni a compensációs állapot visszaállítását, feltéve, hogy pillanatnyi életveszély fenn nem forog, s csak a gyógyszeres beavatkozás rövid időn belől való eredménytelensége esetén kell művíleg gyorsan befejezni a terhességet.