

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI M. KIR. F. J. TUDOMÁNYEGYETEM
SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI KLINIKÁJÁBÓL.

Igazgató: SZABÓ DÉNES dr. egyet. ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.

A méhkaparásról méhbéléslobnál.*

GÓTH LAJOS dr. I. tanársegédttől.

A párisi orvosi akadémia 1843. márczius 14.-én tartott ülésén RÉCAMIER¹ „les phlégmasies diffuses de la muqueuse de l'utérus“ czímmel értekezvén, először fejezte ki ama gyanúját, hogy a méhnyálkahártyáján abnormis vegetatio jelentkezhetik s hogy ő ennek orvoslására szolgáló új gyógymód bevezetésére készül.

1850-ben már nemesak erről az új eljárásról, hanem a vele elért eredményekről is beszámolt, s mindenesetre tökéletesebbet nyújtott, mint SIMPSON, ki ugyanezen évben tett jelentést arról, hogy chronicus vérzéseknél kedvező hatást tudott elérni a méhüreg granulatióinak körömmel való lekaparása mellett. Szinte esodálatos, hogy RÉCAMIER egyszerű technikája, könnyen kivihető eljárása mily lassan szerezte meg polgárjogát a gynaekológiában. ARAN² „pratique hasardeuse“-nek nevezi, HILDEBRANDT³ úgy nyilatkozik, hogy „sie erfüllt bei aller Rohheit ihrer Wirksamkeit nicht einmal ihren eigentlichen Zweck“. EMMET a 80-as években sokat emlegetett tankönyvében a eurette-ről általában s különösen a SIMS-féle módosításáról szólván, arra a kijelentésre ragadtatja magát, hogy emberi találékonytság nem gondolt

* Előadatott az E. M. E. orvos-természettud. szakosztályának 1904. évi december hó 17-én tartott orvosi szakülésén.

¹ Arch. f. Gynaecologie XXVIII. P. 163.

² L. c. (HEINRICIUS) P. 169.

³ Saml. klin. Vorträge No 32. P. 296.

ki még eszközt, amely több kár okozására volna képes és hogy senkinek sines joga arra, hogy egy betegének életét ennek az eszköznek a használásával kockára tegye.¹ OLSHAUSEN érdeme, hogy a RÉCAMIER már-már erősen elhanyagolt instrumentumának újból való felkarolásáért és terjesztéséért sorompóba lépett,² melynek mai kedveltségét DOEDERLEIN ama szavai³ jellemzik, hogy az endometritisből származó méhvérzések souverän ellenszere az abrasio mucosae. Csak legújabbban igyekeznek a curette szerepét szűkebb körre szorítani az atmo- és zestokausis hívei, kiknek álláspontját a curette és vaporisatio egymáshoz való viszonyának megállapításánál legáttekinthetőbben PINKUS-nál találjuk meg.⁴ Szerinte a curettenek meg kell előznie az atmokausist, mivel utóbbi nem ad szövettani felvilágosítást, követnie kell utóbbit olyankor, midőn a méh puhasága contraindicálja az abrasiót, de az atmokausissal elérhető megfelelő involutio és megkeményedés. Egyébként PINKUS e viszonylagos helyzetet HYPPOKRATES ismert mondásával akarja illusztrálni: „Quae medicina non sanat, ferrum sanat, quae ferrum non sanat, ignis sanat, quae ignis non sanat, ea incurabilia existimare oportet“. A hasonlatban: medicina = pharmakopoea, ferrum = curette, ignis = atmokausis. Az „incurabilia“ adja az indicatiót a hysterectomiára.

Nem képezheti ezúttal feladatomat ama indicatiók elősorolása, melyek alapján a gynaekologusok manapság a curette-hez nyúlnak, sőt még mindama javaslatoknak felsorolására sem vállalkozhatom, melyek mellett az intézetünkben statuált szabályok értelmében az abrasiót alkalmazzuk, mivel ezúttal *kizárólag az endometritis haemorrhagicánál* végzett curettage-zsal szerzett egynémely tapasztalatunkról óhajtok röviden referálni.

Kétségtelen azonban, hogy be kell ama indokokkal számolnom, melyek alapján a szakközönség türelmét egy olyan elterjedt, régi eljárás méltatásával teszem próbára, minő a méhkaparás.

Első helyen arra hivatkozom, hogy bármilyen elterjedt-

¹ Principien u. Praxis d. Gynaekologie (ford. ROTHE) 1881. P. 442—443.

² Arch. f. Gynaekologie Bd. VIII. P. 97.

³ VERT: Hdb. d. Gynaekologie. Bd. II. P. 367.

⁴ Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaekolog. XVI. P. 745.

ségnek örvendjen is a curette, alig néhány klinika¹ számolt be a vele szerzett tapasztalatokról s így még mindig távol állunk attól, hogy ezen eredményeknek és tapasztalatoknak más intézetek anyagával való összehasonlítását és ellenőrzését feleslegesnek tekinthessük. — Másodszor feltűnt az, hogy egyetlen közleményt sem találtam, mely a haemorrhagiás endometritis előzményeit, symptomáit és utólagos tüneteit a szövettani lelet adta kiindulási pontból igyekezett volna szemügyre venni. Legfeljebb VAN DER HOLVEN-nek² — egyébként csak referatumban hozzáférhető — munkáját tekinthetjük ilyen természetű kísérletnek, ki a hypertrophiás forma 4 alaki alfaját különböztetvén meg, ezek változatai és a klimakterium meg szülések között próbál összefüggést feltüntetni, vagy az olyan megjegyzéseket, a minőt RUNGE-nál³ találunk, ki említi, hogy a különböző formák a tüneteken nem változtatnak. HEINRICHS is említi röviden annyit, hogy a beteg kora nem befolyásolja azt, hogy glandularis, vagy interstitialis endom. jöjjön létre, azonban kimutatást, a mire kijelentését basirozná, nem ad.⁴ A szövettani formákkal mutakozó relatiók beható figyelemmel kísérése szolgált tehát másodszorban indokul arra, hogy SZABÓ tanár úr engedelmével a nőgyógyászati klinika 1898. januárius 1. óta gyűjtött anyagát feldolgozzam, felhasználván azt a szerencsés körülményt, hogy azóta kivétel nélkül, minden esetben megtörtént a kikapart részek szövettani vizsgálata. 1903. januárius 1.-ig ezen adatokat az egyetemi kórszövettani intézetnek köszönjük, azóta saját vizsgálataim eredményét képezik, bár kétes esetekben mi is

¹ KEIL: Ueber d. Erfolge d. Uterusausschabung Inaug. Diss. Halle a/S. 1895.

VOGELBACH: Ueber d. Erfolge d. Uterusausschabung etc. Inaug. Diss. Basel, 1894.

BOUILLY: Curage dans l'endomérite du corps de l'uterus. Bull. méd. Paris, 1890. IV.

BOURREAU Curage dans l'endomérite du corps de l'uterus. Thèse d. Paris 1888. Két utóbbi DOEDERLEIN ismertetéséből (VEIT Hdb. II.) idézve.*

² Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde. 1902. No. 13. (Ref. SCHOLTEN) Zbl. f. Gynaekologie 1893. P. 94.

³ RUNGE: Lehrb. d. Gynaekologie. 1902. P. 208.

⁴ L. c. P. 206.

nem egyszer kértük ki BUDAY tanár úrnak véleményét és szíves útbaigazítását.

Ha esetleg feltűnnék az a körülmény, hogy ilyen hosszú idő alatt csak 97 esetet tudtam összegyűjteni,¹ úgy magyarázatul szolgálhat egyfelől igyekeztem, melylyel minden kétesen értékelhető adatot mellőztem, másfelől a klinikánkon következetesen keresztülvitt ama elv, hogy endometritiseknél csak *vérzések* miatt s — igen ritka, jól megokolt esetek kivételével — csak teljesen szabad környezet mellett folyamodunk a méh nyálkahártyájának kikaparásúhoz. Az, hogy az incomplet abortusoknál, a diagnostikai ezélből stb. végzett curettage-okat ezúttal nem tárgyaljuk, az előrebocsátottakból önként következik.

Az esetek csoportosításánál a legszokásosabb beosztásnak megfelelőleg, a mirigyek és interstitialis kötőszövet szaporulásának egymáshoz való viszonya alapján megkülönböztettem az endometritis gland. hypertrophicát és gland. hyperplasticát, az endom. interstitialist és diffusát, végül az endom. decidualis post abortumot olyan esetekben, melyekben az abortus után el nem távozó, vagy vissza nem fejlődő és így később is felfedezhető decidua hat a nyálkahártya túltengéséhez vezető inger gyanánt.

A közvetlen impulsust a curette körüli kérdésekkel való behatóbb foglalkozásra azonban BONDI-nak LOTT professor osztályáról közzétett észleleteiből merítettem, ki gynackologicus műtéteknek a menstruációra gyakorolt befolyását vizsgálván, kiterjesztette figyelmét a curettage hatására is.² BONDI azt találta, hogy legtöbbször a curettage után az első menstruatio arra az időre jelentkezik, melyre typus szerint, ha beavatkozás nem történik, várható lett volna s hogy ez esetleg már 5—6 nappal a kaparás után is bekövetkezhetik. Ennek lehetőségét BONDI WERTH ismert vizsgálataiból igyekszik megmagyarázni, ki tudvalevőleg 3—16 nappal az abrasio után exstirpált uterusoknál már az 5. naptól mirigyos fedőepithellel ellátott nyálkahártyát talált. A curettage-t követő első menstruatio kérdésének vizsgálatánál nem szabad figyelmen kívül hagynunk ama akadályokat,

¹ A vizsgálatok 1904. július 1-vel zárattak le.

² Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No 4.

melyek a tájékozódást megnehezítik, vagy épen lehetetlenné is teszik. A felvételtkor hány beteg jelentkezik azzal, hogy „5 hét óta“, „3—4 hónap stb.“ óta vérzik és számítását, hogy mikor volna a normalis vérzés ideje, teljesen elvesztette? Viszont hányszor történik meg az, hogy a beteg távozik, mielőtt a menstruatio szerencsésen kiszámított ideje bekövetkezett volna?

Egyébiránt az idevonatkozó adatainkat a következő táblával tüntethetem fel:

A curettage utáni I. menstruatio ideje.

I. tábla.

Sorsz.	Curettage utáni I. M. viszonya a szabályos időhöz	Esetek száma
1	Rendes időre jött	6
2	Korábban jött	3
3	Pontosan kimutatható idővel késett . .	13
4	Curettage előtti M.-tól beteg elbocsátásáig 30 napnál több telt el menstruatio nélkül	37
5	Nem volt megállapítható	38
	Összesen	97

Mintthogy a 4. rovat 37 esete is késést jelent, *késétt az I. menstruatio 50 esetben.*

A rendes időre jött 6 esetből a curettage utáni 12. napon volt 2, a 15. napon 1, a 19. napon 2 és a 25. napon 1 eset.

A korábban jött menstruatiójú 3 eset közül egy jött 14-, egy 17-, egy 18 nappal a kaparás után.

A késettek közül a curettage utáni 10. napon jelentkezett egy, a 11. napon egy, a 15. napon három, a 16. napon egy, a 20. napon egy (1 nappal várt M. előtt kaparva), a 28. napon egy, a 30. napon egy (3 nappal várt M. előtt curettezve), a 31. napon egy, a 39. napon egy, az 53. napon egy és a 65. napon egy betegnél.

Észlelt maximális késésünk (még intézetben menstruált): 60 nap.

Menstruatio jelentkezése nélkül 76 nap múlva távozott egy beteg (39 éves) és 77 nap múlva 1 beteg (40 éves).

A *curettagé utáni I. menstruatio minőségét a kör. táblázat adja.*

(Számítva az előző táblázat 1., 2. és 3. rovataiból.)

II. tábla.

Sorsz.	Havi vérzés mennyisége	Esetek száma
1	Kevés vérzés	8
2	Mérs. mennyiségű vérzés	12
3	Bő vérzés	2

A feltüntetett 22 esetből 5 napnál tovább tartott az I. M. 4 esetben; háromnál 6, egynél 7 $\frac{1}{2}$ napig; előbbieik közül kettőnél, valamint az utóbbinál „mérsékelt“ mennyiséggel, a fennmaradó 1 esetben „kevés“ vérzéssel.

Mint látható, eredményeink erősen különböznek Bondi fennebb ismertetett adataitól. Az idézett szerző azt hiszi, hogy olyan esetekben, melyekben késés mutatkozik, ez arra vezetendő vissza, hogy az izomzatból is kapartak le részeket, minek lehetőségét először Schroeder ismerte fel és a mi Werth szerint késleltetné a regeneratiót.

Evvél szemben hangsúlyozni szeretném azt, hogy összes eseteink közül csak 1-nél van említés arról, hogy a méhizomzatból is jutottak részletek a kikapart szövetbe s a praeparatummok rendelkezésemre álló részének direct átnézése sem adott ez irányban más eredményt.

Valószínűbbnek tartom azt, hogy utókezelésünk eltérő módja adja — legalább részben — a talált különbség magyarázatát, de másrésről Bondi-nak a Werth-féle kísérletekre való hivatkozásai sem látszanak szerencséseeknek, mivel regenerált nyálkahártya még nem jelent menstruáló mucosát, hiszen a gyermekágyasoknál is a 10. nap körül nyálkássá váló folyás jelzi a regeneratio bekövetkeztét s az első tisztulás mégis csak 6—8 hét múlva szokott jelentkezni. Azt viszont, hogy a menstruálásra képes állapot elérésére nem szükséges még decidualis endometritis esetén végzett *curettagé* után sem a *puerperalis involutio* szokásos ideje, mutatja egy idevágó esetünk, melyben endometr. decidualis miatt végzett méhkaparás után 24 nappal jelentkezett a 3 napig tartó tisztulás.

Lényeges eltérést mutatnak tapasztalataink (I. II. táblázat) BONDY-val szemben az I. tisztulás mennyiségében is. Szerinte az legtöbbször profus, mi meg 22 esetből csak kettőnél láttunk bő vérzést. Ez érthetővé válik, ha tekintetbe vesszük azt, a miben bizonyára jelentékeny szerepe van eltérő utókezelésünknek is, t. i. hogy az első menstruatio késleltetvén, olyan időben mutatkozik, melyben a méh visszafejlődése előrehaladottabb.

A teljesség kedvéért a következőkben összeállítottam azt a 7 esetet is, melyben klinikai tartózkodásuk alatt a második menstruatiót is észleltük:

III. tábla.

Sorsz.	Curettagé utáni II. M. viszonya a szabályos időhöz	Esetek száma
1	Rendes időre jött	1
2	Korábban jött	5
3	Késlett	1

A korábban mutatkozó esetekben 1 nappal korábban jött a II. M. egy, 2 nappal két, 4 nappal 2 esetben.

A 3. rovatban jelzett késés 12 nap (34 éves).

A mi a *curettagé utáni második tisztulás minőségét* illeti:

IV. tábla.

Sorsz.	II. havi vérzés mennyisége	Esetek száma
1	Kevés vérzés	—
2	Mérs. mennyiségű vérzés	6
3	Bő vérzés	1

Az előbbieket közül 1 esetben 6 napig tartott a mérsékelt vérzés, a többinél 5 napnál rövidebb idő alatt végződött.

Az észlelés alá került betegeink *korát* vizsgálván, azt látjuk, hogy:

V. tábla.

Sorsz.	Betegek kora	Esetek száma
1	10—20 évig	5
2	20—30 „	19
3	30—40 „	41
4	40—50 „	28
5	50—60 „	4
	Összesen	97

Vagyis föltűnik az, hogy 20 éven alól, éppen úgy 50 éven fölül csak ritkán észleltünk vérzések endometritist s így eseteink alapján is beigazolvva látjuk azt az ismert tényt, hogy a szóbanforgó bántalom legtöbbször a fertilitás éveinek képezi a megbetegedését.

Az észlelt betegek *kora* és a *szövettani formák* között mutatkozott szabályszerűséget a következő táblázatban igyekeztem föltüntetni:

VI. tábla.

Sorsz.	Endometritis szövettani alakja	Betegek kora					
		10—20	20—30	30—40	40—50	50—60	Össz.
1	Endom. gland. hypertrophica	4	7	7	8	2	28
2	„ „ hyperplastica	—	4	11	9	—	24
3	„ interstitialis . . .	1	4	10	5	1	21
4	„ diffusa	—	—	4	5	1	10
5	„ decidualis post abortum	—	4	9	1	—	14
	Összesen . . .	5	19	41	28	4	97

A táblázat utolsó függőleges sora egyúttal mutatja a 97 eset szövettani formáinak egymás között való megoszlását is.

Bár messzebbmenő következtetésekre följogosítást nem adhat, nem lesz érdektelen kiemelni azt, hogy 5 húsz éven alóli beteg közül 4-nél találtunk *endom. gland. hypertrophicát*, viszont *endom. diffusát* 30 éven alóli betegnél nem észleltünk.

Az, hogy endometritis decidualis 50 éven túl miért nem szokott előfordúlni, nem szorúl magyarázatra, e mutatkozó relatio tárgyalására egyébként az *előrement szülések szerepének* méltatásánál térünk vissza. Utóbbi kérdésre vonatkozólag HEINRICIUS idézi RICHOT és BECQUEREL ama kijelentését, hogy O. P.-nál sohasem láttak túltengéssel járó endometritist.¹ HEINRICIUS ezt túl-

¹ L. c. P. 207.

zásnak tartja, de maga is nagy fontosságot tulajdonít az előrement terhességeknek (eseteiből O.P volt 11; olyan, ki már szült, 52).

OLSHAUSEN szerint az előrement szülések csak valamennyiben rendelkeznek („etwas disponieren“).¹ OLSHAUSEN következtetéseit abból a táblázatából vonja le, a melyben a eürettage alá jutott endometritisek között O.P volt: 6, I. P: 16, VII.—XI. P: 6. Már pedig elvárható volna, hogy ha az előrement szülések nagyobb jelentőséggel bírnának az endometritis létrejövetelére, a szülések száma szaporodásának megfelelőleg is szaporodjék a szóban forgó megbetegedés, más szóval, hogy több legyen a VII—XI-szer szültek között az endometritis, mint az I. ízben szülteknél.

Első pillanatban valóban ez olvasható ki a fenti táblázatból, azonban fontolóvá kell vennünk azt, hogy OLSHAUSEN adatai az észlelésre került „absolut“ értékeket jelzik. Ha meggondoljuk, hogy mennyivel több olyan nő létezik, a ki egyszer szült, mint olyan, a kinek hét-tizenegyszer volt gyermeke, akkor könnyen elképzelhető, hogy a sok egyszer szült nő-adta „16“-os szám jóval kisebb megbetegedési *perzentet* representál, mint a kevesebb VII—XI P. között talált „6“ eset. Azt, hogy nagyobb szerepet kell az előrement szüléseknek (terhességnek, gyermekágnak) tulajdonítanunk, mutatja 97 esetünk megoszlása is, a mennyiben:

VII. tábla.

O. P	13
Már szült	84
Összesen	97

Talán e helyen is utalhatunk arra, hogy (I. V. tábla, 3. tétel) a megbetegedések túlnyomó száma talán azért esik épen a 30—40 évek közé, mivel ebben a korban még igen élénk működésben levő *sexualis sphaera* mellett már aránylag sok az olyan nő, ki több terhességen és gyermekágyon ment át.

Az előrement szülések és a szövettani alakok viszonylagos feltüntetését a következő táblázattal kíséreltem meg:

¹ L. c. P. 121.

VIII. tábla.

Sorsz.	Endometritis formája	Még nem szült	Már szült	Összesen
1	Endom. gland. hypertrophica	7	21	28
2	" " hyperplastica	1	23	24
3	" interstitialis	4	17	21
4	" diffusa	1	9	10
5	" decidualis p. abortum	—	14	14
	Összesen	13	84	97

Ha ezen adatokat könnyebb áttekinthetés céljából átszámítjuk 100 O.P-ra és száz olyanra, ki már szült:

IX. tábla.

Sorsz.	Endometritis formája	Még nem szült	Már szült
1	Endom. gland. hypertrophica	53·80 %	25·00%
2	" " hyperplastica	7·69%	27·38%
3	" interstitialis	30·77%	20·23%
4	" diffusa	7·69%	10·71%
5	" decid. post abortum	—	16·60%

azt látjuk, hogy az *endom. gland. hypertroph.* többször, mint kétszer olyan gyakran találtatott O.P-nál, viszont az *endom. glandularisnak hyperplastica* alakja közel négyszerre gyakrabban volt olyan nőknél észlelhető, kik már szültek.

Továbbá figyelemre érdemes az is, hogy 14 *endom. decid. post abortum* között, nem fordult elő olyan eset, melyben a megbetegedéshez vezető abortust az illető nő *első* terhessége adta volna. Ha ezt a tényt ennél nagyobb számú esetben is beigazolván látnánk s így kizárhatnánk a véletlen játékát, azt kellene a mondott adatból következtetni, hogy olyan nőknél, kiknek első terhessége végződik abortussal, az abortusnál vagy nem marad vissza *decidua*, vagy ha igen, úgy az nem fog egy *decidualis endometritis* fejlődéséhez vezetni. Minthogy pedig 20 éven alól mégis ritkábban fordul elő, hogy valaki már a II. abortusához jusson, érthető volna, hogy miért nem észleltük

ezt a formáját a megbetegedésnek 20 éven alóli betegeinknél. Sőt talán felhasználható volna RUNGE¹ által felvetett kérdésnek megvilágítására is, hogy vajjon tényleg a decidua retentio okozza-e az endometritist, s nem-e fordítva a már előzőleg fennállott méhbéléslob okozta az abortust? Utóbbi esetben — úgy hiszem — olyanoknál is elő kell a decidualis endometritisnek fordúlnia, kiknek első terhességét szakította meg az előzőleg fennállott lobos folyamat.

Annak a kérdésnek kutatásánál, hogy miképen oszlanak meg 97 betegünkönél a *tiszta endometritisek a más bántalmakkal szövődő* esetekkel, és hogy a szövődmények gyakorolnak-e kimutatható befolyást a nyálkahártya túltengés alakjára, azt láttuk, hogy

tiszta endometritis volt	73
más bántalmakkal szövődő	24.

Utóbbiak a következőképen oszlanak meg:

X. tábla.

Retroversio-flexióhoz csatlakozó endometritis	6
Adnexák <i>chronikus</i> lobos folyamatai	8
Retroflexio és adnextumor	1
Fibroma uteri	3
Prolapsus uteri	2
Exsudatum para-perimetriticum	1
Ruptura perinei completa inveterata	1
Cysta ovarii	1
Cystitis chronica	1

A retroversio-flexióval complicált esetek közül:

Endometritis glandularis hypertrophica	3
„ „ hyperplastica	1
„ interstitialis	2

Az adnexák megbetegedésével szövődött esetek közül:

Endom. gland. hypertroph.	3
„ „ hyperplast.	3
„ diffusa	2

¹ L. c. P. 209.

Szóval azt látjuk, hogy a *szöcödmények nem befolyásolják a létrejövő méhbélés-lob szövetetani alakját.*¹

Fejtegetéseim során ismételten hivatkozom az *utókezelésünk* befolyására s így kötelességemnek tartom, arról is rövid áttekintést nyújtani.

Nem tartom e sorokat amaz eltérő felfogások szembeállítására, egyik vagy másik nézet helyes, vagy helytelen voltának vitatására alkalmasoknak, melyek követői vagy megelégednek a beteg nyálkahártya eltávolításával, a természetre bízva a regeneratiót, vagy ellenkezőleg utólagos edzésekkel igyekeznek az újonnan kiképződő mucosa fejlődését megfelelő határok közé szorítani. Csak annyit kívánok kiemelni, hogy a klinikánkon statuált szabályok inkább az utóbbi nézetnek felelnek meg, azonban szorgos individualisálás mellett. Közvetlenül az abrasio után jódtincturával edzük a méhüreget (rendszerint PLAYFAIR sondával, ritkán, igen tág méhüregnél BRAUN-fecskendővel), azután kb. 5—6 naponként mindaddig, míg a váladék véres, vagy az öblítő folyadék véresen ürül, tovább is edzünk jódtincturával. Ha a vérürülés megszüntével esetleg bővebb, nyákos váladék mutatkoznék, még folytatjuk a méhüregnek valamely adstringens szerrel (többnyire 10%-os chlorzink) való kezelését. Az edzéseket szükség esetén az első menstruatio lezajlása után is megismételjük.

Annak szemléltetésére, hogy ilyen eljárás mellett hány kezelés és így mennyi idő válik szükségessé, szolgáljon a következő kimutatás.

XI. tábla.

Edzés történt	Esetben
1-szer	8
2-szer	15
3-szor	20
4-szer	16
5-ször	14
6-szor	8
7-szer	3
8-szor	3
9-szer	4
10-szer	2
11-szer	3
14-szer	1
Összesen . . .	97

¹ Ugyanezt bizonyítja a többi complicatióval társult eseteknél kikapart részletek szövettani vizsgálata is. A retroflexio-adnextumorról complicált esetben: Endom. gland. hypertrophica, a prolapsusok egyikénél: endom. gland. hypertroph., a másikonál endom. diffusa. Az exsudatumnál: endom.

Egy betegre jut ebből átlag 4—5 kezelés (pontosan 4:1). A vázolt eljárás mellett is megtörtént 6 esetben, hogy megismétlődő panaszok miatt *másodszor is a curetthez kellett folyamodnunk.* (Minimum 10 hónap — maximum 8 év után.)

Közülök tiszta endometritis volt 4, retroversio-flexióval szövődött 2, utóbbiak egyikénél előrehozatal- és pessariummal való rögzítés mellett lépett föl már néhány héttel kibocsáttatása után a recidiva. Hetediknek ehez a csoporthoz sorolható egy fibromához csatlakozó endom. diffusában szenvedő beteg, kinél a vérzések nem javulván, 1½ év múlva vaginalis totalis-exstirpációt kellett végezni. A kiirtott méh falának pontos szövettani átvizsgálása sem tudott a nyálkahártya túltengésnél egyéb (nevezetesen rosindulatú) elváltozást kimutatni.

A mi a másodszor is abrasióra került esetek szövettani alakjait illeti:

XII. tábla.

Endom. gland. hypertroph.	2
„ „ hyperplast.	1
„ interstitialis	2
„ diffusa	1

Ez a körülbelől egyenletes megoszlás — az esetek szerény száma daczára is — valószínűvé teszi, hogy *egyik alaknak sem lehet makaesabb, vagy éppen rosszabb indulatú jelleget tulajdonítani.* Annak vitatása, hogy a 8 évvel későbbben másodizben jelentkező megbetegedés mennyiben tekinthető recidivának és mennyiben fogható úgy föl, mint az elsőtől független új bántalom, azt hiszem, csak academicus értékű lehetne.

Gyakorlati szempontból mindenestre a méhkaparással elért eredmények tarthatnak a legnagyobb érdeklődésre igényt, azonban klinikai beteganyagunknak ismerői előtt nem szorulnak ama nehézségek részletes felsorolásra, melyekbe éppen ennek a kérdésnek megvilágítása ütközik. Hány köztük az állandó lakóhely nélküli nő, ki tudná róluk évek múltán kideríteni, hogy az ország mely részében s esetleg minő név alatt tartóz-

interst., hasonlóképen a gátrepedésnél is. A fibromások között: Endom. gland. hypertroph.: 1, hyperplastica: 1, diffusa: 1. A cysta ovariinál endom. gland. hyperplastica, a cystitis chronicánál: endom. gland. hyperplast. volt.

kodnak, hányszor lehettek azóta újabb kórtokozó bántalmaknak kitéve s hányszor fordúlhattak meg azóta más kórházakban, esetleg alávetve más bántalmak miatt a méhüreg más természetű kezelésének. Ennek tudandó be, hogy 97 esetünkben csak 32 beteg felől tudtunk megbízható adatokat szerezni. Közülük 9 részint ambulantiánkon, részint privatim jelentkezett ellenőrző vizsgálatra, 23 pedig szétküldött kérdőlapjainkra adott válaszával értesített jelenlegi állapotáról.

A kérdőlapok a következő pontokat tartalmazták:

1. Milyen időközökben jelentkezik a mióta klinikánkról eltávozott havi tisztulása (havi vérzése)? (Pl. minden 28 napban, vagy minden 30 napban, teljesen kimaradt stb.)

2. Hány napig tart egy-egy havi tisztulása? (Pl. 3 napig, 5 napig stb.)

3. Mennyi a vérzés egy-egy tisztulásnál? (Mekkora foltot okoz a lepedőn, hány lepedő vagy kendő vérzik át, nem-e darabos a vérzés? stb.)

4. Kevesebb-e a vérzés, mint volt a kezelés előtt?

5. Volt-e, a mióta a kórházból kiment, más állapotban? Ha igen, hányszor volt?

6. Hogyan végződtek a kórházból való távozása óta beállott terhességek? (Most is tart? Vetéléssel [veszítéssel]? Rendes időre való szüléssel?)

7. Egészséges-e most, vagy ha nem, mi a panasz?

Az ismert 32 betegnél *elért eredményeket* a következő táblázat tünteti föl:

XIII. tábla.

	Endometritis gland.		Endom. interstitialis	Endom. diffusa	Endom. decid. p. abort.	Összesen
	hypertroph.	hyperplast.				
Gyógyult..	7	8	4	3	1	23
Javult	1	2	1	—	1	5
Nem javult	1	2	—	1	—	4
					Összesen	32

A miből szintén megerősítését látjuk ama fönnebb hangoztatott (l. X. tábla) tapasztalatnak, hogy *a különböző szöveti formák a prognózis szempontjából nem adnak kimutatható különbséget.*

Említésre érdemesnek tartom azt, hogy a *gyógyultak* közül csak 2 betegnek maradt el klimakteriuma miatt végképpen a menstruációja, a többinél azóta rendes típus-sal ismétlődik.

A *javúltak* között van 2 tiszta endometritis, 1 klimakterium, 1 cysta ovarii.

A *nem javúltak* között 2 tiszta endometritis-, 1 salpingitisben, 1 intraligamentosus fibromában szenvedő beteg.

Az elért eredmények kiegészítéseképen főlemlítem azon eseteket is, melyekben az abrasio után bekövetkezett fogamzásról szereztünk tudomást.

XIV. tábla.

	Endometritis gland.		Endom. interstitialis	Endom. diffusa	Endom. decid. p. abort.	Összesen
	hypertroph.	hyperplast.				
Értesüléskor fennálló terhesség . .	1	1	1	1	—	4
Abortus . .	1	1*	—	—	—	2
Szülés . . .	—	2*	—	—	1	3
					Összesen	9

A szövettani formákkal főnforgó relatio, mint látható, ki nem mutatható. 32 esetből 9 terhességről tudunk 8 betegnél.

A méhkaparás utáni conceptio kérdésének tárgyalásánál nem lesz fölösleges egy körülményre utalnom, melyet általában figyelembe kell vennünk akkor, midőn valamely beavatkozás vagy kezelés után a fogamzások számát kutatják, azt t. i., hogy sohasem szabad a tényleg *bekövetkezett* terhességek mennyiségét annak a számnak tekinteni, a melyben az *bekövetkezhetett*. Egyfelől hivatkozom arra, hogy a szétküldött kérdőlapjaink válaszai között van olyan, mely tartózkodás nélkül bevallja, hogy a fogamzást illető kérdésre nem válaszolhat, mivel „óvakodtak“; más, mivel férje az ő hazamenetele óta más városban tartózkodik, másfelől arra, hogy amúgy sem tudhatjuk, hogy ott, hol semmi külső akadály nem volna oka a fogamzás meggátlásának, hányszor keresendő a valódi magyarázat a férjnek impotentia generandijában.

Ezekben kívántam az abrasio kérdésében végzett kutatásaimról beszámolni, s dolgozatom végén még egyszer hivatkozom

* Egy szülés 1½ év előtt és 1 abort. ½ év előtt ugyanazon nőnél.

arra, hogy szükséges olykor igen elterjedt, régi therapeuticus eljárásokkal is újra foglalkozni, azok felett az eszmecserét ismét felfrissíteni épen azért, nehogy régiségök elterjedtségök rovására fokozódjék. Így talán menthető, hogy a régi, elterjedt eurette számára kértem ki újra az érdeklődést s hogy egy némely új nézőpont keresése mellett nem tartottam feleslegesnek olyan adatok gyűjtésére is törekedni, melyek ismét azélezeszközünkkel elérhető kedvező eredményeinkre utalnak, melyek alapján — ha mi is a hippokratesi szavakból akarunk idézni, mondhatjuk: „sunt, quae ferrum sanant!“