

É R T E S Í T Ó

A Z E R D É L Y I M Ű Z E U M - E G Y E S Ű L E T
ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXXIX. kötet.

1917.

A vetélésekről huszonöt évi tapasztalat alapján.

Írta: **Ákontz Károly dr.** egyetemi magántanár.

A német nőgyógyászati irodalom mostanában gyakran és sokoldaluan foglalkozik az abortus-kérdéssel. Pár év előtt WINTER kezdeményezésére a lázas vetélések gyógyításának módját kezdték behatóan tanulmányozni. Újabban pedig a vetéléseket mint közegészségi tényezőt vizsgálják és kutatják, hogy milyen mértékben van befolyása az abortusoknak a népesedés apadására? És azt találták neves szakemberek, hogy a rendes szülések feltűnő apadásának egyik lényeges oka az, hogy a vetélések az utóbbi években nagyon megszorodtak. Ennek a ténynek népesítési politika szempontjából kétségtelenül nagy jelentősége van.

Mi is azonlan méltányolni fogjuk ezt a felfogást, ha a vetélésekre vonatkozó egy pár statisztikai adatot megtekintünk. BUMM szerint az előző évekhez mérten az abortusok megközelítően 10%-ról 20%-ra emelkedtek. Vagyis öt terhesség közül egy abortussal végződik, négy szülésre esik egy abortus. Berlinben ez kerek számban évente 10.000, egész Németországban 1913-ban 300.000 abortust jelent. És a dologban még az a szomorubb, hogy ezekből Berlinben 7500, a német birodalomban pedig 200.000 bűnös (kriminalis) abortus volt. Azt hiszem már e számok is az abortus-kérdés nagy jelentőségét eléggé mutatják.

Németországban megértették ennek a horderejét, azért felszínen tartják az abortus-kérdést főleg orvosi körökben, de foglalkozott vele behatóan már a kormányzat is.

E tárgy tanulmányozásához sok szakegyén egyes tapasztalatára és a klinikák adatain kívül a gyakorló szakorvosok statisztikájára van szükség. Ilyen irányú közös munkára szólítják fel nagy nevű német nőgyógyászok kartársaikát. Úgy vélem, hogy a mi szakembereinknek is kötelessége összegyűjteni és feldolgozni a rendelkezésre álló abortus-anyagot, hogy aztán lássuk, miképp áll e kérdés Magyarországon?

Van-e e téren mulasztás? Ha igen, akkor hol? Vézrik-e az ország e sebéből is? Ha igen, akkor hogyan gyógyítsuk azt?

Jelen közleményemben az abortusok tanulmányozására Szabó tanár úr szíves engedelmével egyfelől a kolozsvári egyetem szülészeti klinikájának legutóbbi 25 évi, másfelől hasonló időre terjedő magángyakorlatom anyagát dolgoztam fel.

Igyekeztem ezek alapján eldönteni, hogy: 1. Tényleg sok-e a vetélés? 2. Feltűnően több-e most, mint régebben? 3. Mi lehet ennek az oka? 4. Mit lehet, vagy mit kell ellene tennünk?

Figyelembe vettem ezeken kívül a vetélésre vonatkozó egyéb fontos és nem-kevésbé aktuális kérdést is, nevezetesen a vetélések kezelési módját, a különféle gyógyító eljárások értékét az ú. n. septicus — fertőzött — abortusoknál. Ezzel azonban távolról sínes kimerítve a vetélések tanulmánya. Időről-időre újra kell vele foglalkozni, mert még sok megvitatni való van itt, ilyenek többek közt a művi vetélés jogosultságának mibenléte, annak nálunk divó feltételei, javallatai, továbbá az ú. n. bűnös (kriminális) abortusok szintén napirenden levő kérdése. Nem-kevésbé tanulságos annak kutatása, hogy hazánk különböző ajku lakosainál találunk-e szembeéltő különbségeket a vetélések körül és mik azok?

A tudományosan kívül nagy gyakorlati jelentősége van az abortus kérdéssel való foglalkozásnak. Már az által, hogy egyáltalán foglalkozunk vele, hozzájárulunk ahhoz, hogy az napirenden legyen és ily módon nevelőleg hatunk nemcsak az orvosokra, hanem a nagyközönségre is. Ezt tartják fontosnak Berra, Wixter s a legtöbb német hívár, mert csak ezen az úton vélik elérni azt, hogy az érdekelteknél — orvosnál és közönségnél — erős gyökeret verjen az a tudat, hogy a megfogamzott pete élete épp annyira szent és sérthetetlen, mint a megszületett magzaté. Ha ezt a tudatot hosszas fáradozás után sikerült egyszer köztudattá nevelni, akkor, de csak akkor fognak a vetélések lényegesen megapadni.

Tudomásom szerint ennek a szép és magasztos irányynak következetes és tántoríthatlan híve Szabó tanár is, ezt tapasztaltam mellette, erről tanuskodnak klinikájának évkönyvei.

I. TÁBLÁZAT.

Évek	Szülések összege	Abortus + érettlen szülés	%
1892—1916	7981	1310	16.4%
A 25 év 3 időszakra osztva			
1892—1900	1661	133	8%
1901—1908	2572	386	15%
1909—1916	3748	791	21.1%

Első kimutatásom a klinika összes szülési eseteit tünteti fel 25 évről 1892-től kezdve. Összesen volt ez idő alatt 7981 szülés, ebből vetélés volt 1310, vagyis a szülések 16·4%-a. Megjegyzem, hogy én is, mint a legtöbb szerző, vetélésnek veszek minden oly szülést, hol a magzat méhen kívüli életre képtelen, tehát a 28 hétnél fiatalabb ú. n. éretlen — immaturus — magzatok szülését.

Ha ezt a 25 évet három időszakra osztom fel, akkor az első időszak kilenc évében a szüléseknek csak 8%-a volt vetélés, a következő 8 évből álló szakban a vetélések már 15%-át és az erre következő ugyanennyi évből álló harmadik szakban a szüléseknek már 21·1%-át képezik a vetélések. Tehát míg kezdetben nálunk csak minden 12-ik szülés végződött abortálással, addig az utóbbi években már minden 5-ik szülés volt ilyen. Ugyebár szembetűnő és rohamos szaporodás!

A vetélések gyakoriságára nézve az irodalomban pontosabb statisztikai összeállítások csak az utóbbi évekből valók, a régebbi időkre nézve a HEGAN adatait szokták mértékül venni. Szerinte náluk átlagosan 10% vetélés volt. Az újabb adatok szerint Németországban ez az abortus-coefficientens változó, Berlinben pl. 20%-on felüli, Münchenben 15%, Freiburgban 10%. BISM szerint a kevés használható statisztikai adat közül a budapesti az egyik, amely eléggé megközelíti a valóságot. A magyarországi általános statisztikában ugyanis 9·6%-ról fokozatos emelkedést látunk 12·5%-ra. A mi klinikai anyagunknál ez az emelkedés 8-ról 21·1%-ra sokkal rohamosabb és végeredményben sokkal nagyobb.

Mérlegelnünk kell azonban a két adat szembeállításánál azt, hogy azok, t. i. az országos és a mi klinikai adatunk más-más anyagnak az eredménye. Egy tény mégis kétségtelenül mutat és bizonyít mind a két számítás, azt t. i., hogy az abortusok az utóbbi években nálunk Magyarországon is jelentősen megszaporodtak. Kétségtelen, hogy más-más adatot fogunk találni hazánkban is a szerint, hogy egy vidéki város klinikájának, vagy a főváros hasonló intézetének, a vidéken vagy városokban gyakorló orvos, az ipari munkásbiztosító, vagy a földműveléssel foglalkozók betegpénztára anyagát vesszük-e figyelembe.

Ezért szükséges az abortus-kérdés tanulmányozásához a sokfelől, de lehetőleg egységes elvek alapján összegyűjtött adat.

Mit mutatnak az előbb közölt klinikai adatokkal szemben a magánygyakorlatomból körülbelül hasonló időre vonatkozó adatok?

Ez anyag feldolgozásánál más elvek szerint kellett eljárnom, itt t. i. az abszolút számokat tüntetem fel egyfelől, másfelől viszonylatba hozom ezeket a magánygyakorlatomban a gát- és hüvelyműtételek kivételével előfordult összes kóros szülési esetekkel. Ezen az alapon összehasonlítást tehetek újra a klinika anyagával.

Tizennyolc év alatt a felhasználható adatok szerint 794 kóros szülési esetemből abortus 326 volt, vagyis 41%.

A legkevesebb és pedig 31·2% volt az abortus 1911-ben, a legtöbb, 55·5%, 1914-ben. A többi években, pl. 1896-ban 33·7%, 1897-ben

32·7%, 1902-ben 51·1%, 1905-ben 38·0%, 1906-ban 40·0%, 1909-ben 50·0%, 1912-ben 51·5% volt az abortus. Nagy eltérések nincsenek ugyan, de a régebbi évekhez mérten az utóbbiak az abortusoknak mégis elég jelentékeny szaporodását tüntetik fel, mert a régebbi 30%-kal szemben mostanában inkább az 50% körül mozognak.

A klinika anyagánál megfelelő összehasonlítás alapján azt találom, hogy a gát- és hüvelyműtételeket figyelembe nem véve, az összes szülési műtételeknek 42·4–60·1%-át képezik az abortusok. 1902-ben pl. 50%, 1905-ben 48%, 1906-ban 48·8%, 1909-ben 42·4%, 1912-ben 60·1%, 1915-ben 58·9% volt abortus. A régebbi években azonban a klinikán feltűnően kevés abortus volt, u. i. 1892-ben egy sem volt, 1893-ban csak kettő, 1894-ben már 7 abortus volt.

Ezen összeállítás szerint is azt tapasztaljuk, hogy az abortusok 1901-től megszaporodtak. A klinikán a negyedszázad első éveit mérten jelentékeny, a magángyakorlatomban valamivel kevesebb, kb. 20% ez a szaporodás.

Az országos statisztikai hivatal adatai szerint a magyar birodalomban 1891-ben 757.649, 1913-ban pedig 751.517 szülés volt. Ebből az I. táblázat első időszakának abortus-coefficiensével, kereken 8%-kal számítva 60.611-nek kellett vetülésnek lennie, a harmadik időszakunk 21 százaléka szerint pedig 1913-ban 157.821 volna az összabortusok száma.

Talán kevésbé tévedünk számításunkban, ha a táblázatunk 1. és 2., illetőleg 2. és 3. időszakának átlagos százalékát vesszük és ily módon a régebbi anyagra 12%, az újabbira pedig kereken 18%-ot véve, ennek alapján számítjuk ki az évi szülések abortus-vesztését. Ekkor azt találjuk, hogy a 90-es évek elején 90.918, napjainkban pedig évente 135.275 abortus volt Magyarországon.

Sok, nagy életáldozat ez és az benne a legszomorubb, hogy ellene idáig jóformán semmi óvintézkedés nem történt, pedig olyan emberáldozat ez, amelynek egy nagy része semmivel sem indokolható, sőt büntetendő eselekmény következménye, ezek az úgynevezett önkézüleg, vagy idegen, bűnös kéz által okozott — kriminális — vetélések.

Német szerzők szerint 1·2% és 89% közt ingadozik a bűnös veszteség gyakorisága (SIGGEL, BUMM). BUMM oda jutott vizsgálódásai alapján, hogy mind kriminális abortusnak tekinti azt, ahol a vetülésre a nemző- vagy egyéb szervekben az okot nem találja meg.

Berlinben BUMMnál kriminális abortus volt 66–89%. Münchenben DÖDERLEIN-nél 33%, Königsbergben WINTER-nél 6·4%, ugyancsak nála, de Kelet-Poroszországban 1·2–2·0%. KRÖNIG-nél Freiburgban illetőleg Felső-Badenben SIEGEL közlése szerint 7·0%.

Első tekintetre a nagy eltérések miatt hajlandó lenne az ember

a kriminális vetélésekre vonatkozó e számok egyikét és másikat hibásnak tekinteni annál is inkább, mert tényleg nagyon nehéz biztosan megtudni a betegektől, hogy vajjon bűnös beavatkozás szerepel-e a vetélésüknél vagy sem? Azonban a legtöbbször mégis eldönthető a körülményekből, az esetek feltűnő halmozódásából, a betegek bemondásából stb., hogy tényleg ilyenekkel van-e dolgunk. A fenti számadatokból az tűnik ki, hogy nagyobb városokban sokkal több a bűnös vetélés, mint vidéken. Ez érthető is, mert itt több az ok és több az alkalom is arra.

Nálunk is valószínűleg nagyon különböző lehet a kriminális abortusok gyakorisága a hely- és körülmények szerint. Az én anyagom arra nem volt elég alkalmas, hogy ezt a kérdést behatóan tanulmányozhassam. Talán SIEGELNEK Freiburgra és Felső-Bádenre vonatkozó 7%-os coefficiente lenne véleményem szerint legmegfelelőbb ránk nézve; értem ez alatt az erdélyi részeket, mert pl. Budapestre vagy Kolozsvárra már sokkal nagyobb %, veendő a német tapasztalat alapján.

Tehát csak 7%-ot véve összes abortusaink közül kriminálisnak, akkor is ami 1310 klinikai esetünkből 92 volt ilyen. Ha ugyan e százalékkal vesszük az országos adatokat, akkor a magyar birodalomban 135.275 vesztésből az utóbbi időben évente 9469 bűnös kéz okozta vetélés volt.

Ez a sok élet megmenthető, mert oka nem a beteg szervezetben rejlik, míg a többi vetélés által elpusztultnak csak egy része ilyen, t. i. ahol a vetélés okát el tudjuk hárítani.

Kétségtelen, hogy a városokban 7%-nál sokkal több a bűnös vetélés nálunk is, így aztán az országos adat is sokkal nagyobb.

Hogy mi lehet a vetélések és különösen a bűnösök megszaprodásának az oka, az előttem meglehetősen tiszta. Azt látom a klinikai anyagnál, hogy úgyszólván évről-évre nagyobbodik főleg a vetélő *asszonyok* hányada. Látszik az is, hogy ezeknek a vesztéseknek nagy része mesterséges. Viszont ha kutatjuk, fürkésszük az okát, többnyire szociális jellegűnek találjuk azt. Sok gyermek, nehéz megélhetés, szegénység!

Magán betegeim legtöbbszörénél, aki művi vetélés végzéséért kérészt fel, ilyen szociális ok szerepel. Ez után következnek gyakoriság szempontjából az etikus-, morális-, hiúsági-, kényelmi-okok. Aránylag legritkábban találtam olyant, aki igazi betegség miatt kérte a magzatelhajtást. És még kevesebb, talán kettő-három volt olyan, aki-nél ezt, mindig más kartársammal tartott tanácskozás után, indokolt-nak is tartottam,

Szomorú tapasztalatok — egyik betegem öngyilkossága, másiknak pedig súlyos ideges zavara, kiváltva a kezdődő terhesség által — arról győztek meg, hogy ezek az etnikus, morális defectusoknak látszó okok, melyek az illető terheseket a kriminális vetélésre kényszerítik, nagyobb figyelemben részesítendőek.

Hisz ezek is betegségek, az idegrendszer bajai, így a szociális okok is végeredményben az idegekre hatnak. Épp ezért talán nem is helyes, hogy csupán szociális természetű tényezőkről, hanem az ezek által kiváltott idegrendszeri okokról és javallatokról kellene szólnunk.

Mi lenne a teendőnk e nagy veszedelemmel szemben? Ez a kérdés minket is kell, hogy foglalkoztasson.

Most ezzel a részével tárgyannak nem szándékom behatóbban foglalkozni. Ez a kérdés különben egyebütt is most van forrásban. A legtöbbben törvényes intézkedések útján vélik megapaszthatni az indokolatlan vetélések nagy számát. Sokan azt kívánják, hogy művi vetélés csak kijelölt hatósági orvos engedélye alapján legyen végezhető, mások a szigorúan ellenőrzött bejelentésektől, ismét mások (SCHAUTA) a megfelelőbb alapokra fektetett állami gyermekmenhelyek- és lelenházaktól remélnék eredményt. Általánosan azonban azt hangsúlyozzák, hogy az orvosok és az érdekelt közönség etikai és morális nevelésére több súly fektetendő, mert ettől lehet a legtöbb eredményt várni.

Magam is ilyen és hasonló intézkedéseket tartok kívánatosnak az elszaporodott vetélések ellen, azonban nem várok azoktól sok eredményt mindaddig, míg a vetélések szociális oka kellően szanálva nem lesz.

A következő adatok összeállításánál a rendelkezésemre álló anyagból csak 1000 vetélési esetet vettem tanulmányom alapjául, azokat amelyeknél pontos adatot találtam, az olyanokat, amelyeknél biztos, határozott elbírálás nem volt lehetséges, nem vettem figyelembe, egyébként azonban sem nem válogattam, sem nem csoportosítottam össze az eseteket önkényesen.

Megjegyzem, hogy vizsgálódásaim csupán klinikai adatok alapján valók, mert bakteriológiai vagy serológiai vizsgálatot rendszeresen nem végeztünk. De mivel ma kórodákban, valamint a magán gyakorlatban az ilyen anyag a legtöbb és jövőben is az olyan kevés lesz, hol bakteriológiai vizsgálat fogja a kezelést irányítani, — ezt az anyagot tanulmányozni kell, hogy ennek alapján a hasonló helyzetben levőknek kellő útbaigazítást adhassunk.

Fontosnak tartom pontosan elbíralni tudni azt, hogy a vetélési eset milyen állapotban kerül megfigyelésünk, illetőleg kezelésünk alá? Mert hiszen épen a körül folynak WINTER kezdeményezése óta,

még most is a tanulmányozások és vitatkozások, hogy a különböző fajta abortusnál mit kell, mit helyes tennünk?

Meglehetősen ismert dolog, hogy I. fenyegető (imminens), 2. kezdődő (incipiens), 3. tökéletlen (imperfectus), 4. befejezett (perfektus), ezenkívül még *egyszerű*, vagy a méh függelékeiben és környezetében levő lobokkal *komplikált* vetéléseket különböztethetünk meg.

Másik osztályozása a vetéléseknek az, hogy tiszta-e láztalan, vagy fertőzött lázas-e a beteg a kezelés bevezetésekor?

Én a budapesti közlemények nyomán haladtam és e szempontból három csoportba soroztam betegeinket. Az I. csoportba az úgynevezett „tiszta” esetek kerültek. Ezek azok, ahol az anamnesisben nem hallunk lázról, hidegrázásról, akiknél vizsgálat, beavatkozás nem volt és jelentkezőkor a hőmérsék legfeljebb 37,2 C° volt. A II. csoportba a „gyamus” eseteket vettem. Ezek azok, amelyeknél kifejezett fertőzés ugyan nincs, de mégis az előbb említett valamelyik anamnesticus adat, azonkívül esetleges bőzös folyás, a felvételkor vagy azt megelőzőleg 37,2 és 38° C. közt levő hőmérsék a fertőzés gyanúját keltik. És végre a III. csoportba a „lázasok” közé sorozom azokat, amelyeknél az eddigi lefolyás alatt, vagy a mi észlelésünk alatt rázó hideg, vagy 38° C-on felüli láz súlyosabb fertőzésre vall.

Én is ezt a csoportosítást fogadtam el azért, mert osztom azt a nézetet, hogy lehetőleg egyforma alapokra fektessük a vizsgálódásainkat; ekkor aztán legalább ebből a szempontból kiküszöböljük a különböző észlelő, különböző anyag stb. következtében előállható hibákat.

Egyforma elvek alapján gyűjtött anyag könnyebben is hasonlítható össze. De a másik fontos ok, a miért ezt a csoportosítást választottam az, hogy a lázra, annak minőségére és egyéb klinikai tünetre van alapítva.

A láznak fontos, nagy horderejű jelentőségét az esetek elbírálásánál épen a legújabb bakteriologiai vizsgálatok derítették ki.

„A láz — mint a csirák pathogenitásának kifejezője — kell, hogy therapiás eljárásunkat vezesse” . . . nem a bakteriologiai lelet vezetett therapiánk megválasztásában, hanem a láz jelenléte vagy hiánya . . . ezt mondja pl. MANSFELD. Több külföldi szerzőn kívül nálunk MIHALKOVICS és ROSENTHAL nagyszabású bakteriologikus és klinikai vizsgálataik alapján szintén arra az eredményre jutottak, hogy ismereteink jelen állása mellett az abortusok therapiája csak bakteriologikus alapokra való fektetésének nincs jogosultsága, „hanem annak csak a klinikai képhez alkalmazkodónak kell lennie.” Ezzel azonban távolról sem akarom a hüvely, nyakcsatorna vagy méhüreg váladéka bakteriologikus vizsgálatának nagy horderejét egyes vetelési eseteknél kétségbe vonni. De sőt az a meggyőződés, hogy a fertőzött abortusoknak is, mint egyáltalán a fertőző betegségeknek, csakis bakteriologus, serologus, biochemiai alapra fektetett gyógy-módja az egyedül helyes.

Ha a fertőzés biztosan meg van fékezve, akkor a méh kiürülése, a vérzés szüntetése az „expectálás“ vagy „activ“ eljárás, ami felett ma annyit vitatkozunk, csak másodrendű kérdés lesz.

Idáig azonban még hosszú út van, először is a puerperalis bakteriológiát kell oda művelnünk, hogy adott esetben az infectio minőségét, pathogenitásának fokát biztosan és gyorsan megtudjuk állapítani, azután jön a másik lépés, a serologiai gyógyítás.

Táblázatos kimutatásaimban a kezelés eredményét a lefolyásból bírálom meg.

Itt is a budapesti közleményekben használt beosztást követtem. Három, illetőleg négy csoportot különböztettek meg: könnyű lefolyás (kl), enyhe zavar (ez), súlyos zavar (sz) és halál (†).

Könnyű lefolyásnak az olyan eseteket vettem, melyeknél a gyermekágyban legfeljebb a befejezés napján volt láz vagy hidegrázás, azután csak itt-ott volt 37,5-ig terjedő hő emelkedés. Enyhe zavarnak azokat tekintettem, amelyeknél 4–6 napig volt 37,5, vagy ennél nem sokkal magasabb láz és utóbaj nélkül gyógyultak. A súlyos zavarnál hosszabb ideig tartó alacsonyabb, vagy 3–4 napig tartó magas, 39,5^o C-on felüli, láz volt jelen. A méh-függelékekben, a medence kötőszövetében stb. fellépő lobokat szintén súlyos zavaroknak minősítettem.

II. TÁBLÁZAT.

1000 abortusunknál a lefolyás volt			
könnyű lefolyás	enyhe zavar	súlyos zavar	halál †
875	84	17	24
87,5%	8,4%	1,7%	2,4%

Ezeket az eredményeket mutatják a mi eseteink minden szépítés vagy correctio nélkül. Ha azonban mások eredményeivel összehasonlítást akarunk tenni, akkor nekünk, mint ezt rendszeren teszik, bizonyos változtatásokat kell tenni a kimutatásokban.

Elsősorban feltétlenül selejteznünk kell abból azokat a haláleseteket, melyek nyilvánvalóan nem a mi ténykedésünk következményei. Ilyen szempontból vizsgálva eseteinket, törölnünk kell *ííz* halálesetet. Ezek olyanok, amelyek nem minket terhelnek, mert ezek egyrésze nem gyermekágyi bántalom, hanem genuin tüdőlob, torokdiphtheria, tetanus, veselőb, haslövés folytán pusztultak el. Kettő nagyon súlyos, reménytelen állapotban vététt fél. A többiek közül egyik beavatkozás előtt halt meg, a másik mint gyermekágyas jött be kriminalis abortus után, a harmadik mint gyermekágyas súlyos betegen jött vissza, miután a kezdetben láztalanul lefolyó gyermekágyat tanácsunk ellenére idő előtt ott hagyta. Részrehajlás nélkül mondhatjuk, hogy legalább ez a 10 haláleset nem a klinikát terheli. Ha engedékenyebbek akarnánk lenni, még több hasonló esetet selejtezhetnénk ki.

Ilyenformán az összes esetekből $14=1.4\%$ halálozásunk volt. Mondhatjuk, hogy ez az általánosan ismert jobb eredmények közé tartozik. Tény, hogy vannak ennél sokkal jobb gyógyulási $\%$ -ok, pl. a budapesti. A Rókus-kórházban (MIRÁLKOVICS—ROSENTHAL) az 1910—1912. évi anyagnak 0.5% a halt meg; a II. sz. szülészeti klinikán pedig, MANSFELD adata szerint 0.8% , ez az eredmény is az 1911. és 1912. évi anyagból van.

Hogy a budapesti eredmények jobbak, mint a legtöbb német és a miénk, annak részben rajtunk kívül álló és általunk alig befolyásolható oka van. Elsősorban valószínű, hogy ami anyagunk sokkal rosszabb. Nálunk aránytalanul több specialista folytat magángyakorlatot, mint Budapesten és ezek a kedvező eseteket rendszeren elvégzik és inkább a súlyosakat küldik a klinikára. De másrészt a mi klinikánkon aránylag kevés anyagon didaktikai elvek kell, hogy érvényesüljenek, emiatt sokszor kezdő emberek végzik azokat a beavatkozásokat, amelyeket a két budapesti intézetben csak kiforrott elsőrangú szakorvosok és mondhatom kiforrott, kipróbált módszerekkel végeznek. Továbbá, míg nálunk régi, $2-2\frac{1}{2}$ évtizedes anyag és régebbi módszer az újabb anyaggal és módszerrel együtt adja ezt az eredményt, ott csak a legújabb elvek és eljárások szerint kezelt anyag szerepel. Ezek lényeges különbségek.

Próbáljuk csak ilyen alapon bírálni ami anyagunkat. Vegyük pl. az 1915. és 1916. években kezelt 188 abortus-esetet, ebből meghalt összesen 3. Azonban ezek egyike spontán lefolyású abortus volt, tüdőlobbal jött be és emiatt halt el; a másiknál szintén nem avatkoztunk be, mert kriminális abortus után mint puerpera vétetett fel. Maradna a mi terhünkre egy eset, amelyiknél active jártunk el, ennek is igen rossz volt a kórjólata, mert már súlyos fertőzése volt a beavatkozáskor.

Ezek szerint a halálozás az említett két évben vagy 0% , vagy szigorúan elbírálva 0.5% . Tehát abszolút jó, vagy éppen olyan jó, mint általában a legjobb eredmény.

De különben nem egészen helyes a therapia eredményét csak a mortalitásból megítélni, neves szakemberek véleménye szerint sokkal érzékenyebb fokmérője ennek a morbiditás, a betegülési $\%$.

Ha ezt nézzük nálunk, akkor szintén jó az eredményünk, mert amidőn TóTH tanár Rókus-kórházi anyagán enyhe zavar a gyermekágyban 11.9% , súlyos zavar a halálesetek levonásával 2.1% . TAUFFER tanár anyagán MANSFELDNél enyhe zavar 5.3% , súlyos zavar az összes esetekre vonatkozólag 4% volt, akkor nálunk ezzel szemben az

összes anyagon enyhén zavart gyermekágy 84%-nál, súlyosan zavart 17%-nál volt. Eredményünk tehát itt is jó volt.

A következő táblázatban a tiszta eseteket állítottam össze. Ezeknél a bejövételkor 37^o-nál magasabb hő nem volt és a körülözményben sem említenek fertőzésre gyanús körülményt.

III. TÁBLÁZAT.

I. csoport, tiszta esetek 486 = 486 ^o %, ebből							
a spontán lefolyásuaknál				az active kezeltéknél			
kl.	oz.	sz.	$\frac{1}{4}$	kl.	oz.	sz.	$\frac{1}{4}$
152	6	—	—	319	9	—	—
96·2%	3·8%	—	—	97·3%	2·7%	—	—

Ezeknél a „tiszta” eseteknél előre láthatólag kedvezők voltak eredményeink. Összes eseteinknek majdnem fele lázmentesen jött kezelés alá; ezeknek $\frac{1}{3}$ -nál önként, beavatkozás nélkül folyt le a vetélés, a másik $\frac{2}{3}$ -nál művileg fejezték azt be.

Az eredmény mind a két eljárásnál teljesen kielégítő. Halálos eset, de súlyos zavar sincs egy se, sőt csak 3·8, illetőleg 2·7%-nál volt a gyermekágyi lefolyás enyhén zavarva. Eredményünk itt 1—1%-kal az active kezelték javára üt ki és ez mondhatom, igen szép eredmény, mert 100 abortusos közül még háromnál sem volt és csak kis mértékben zavarva a gyermekágy lefolyása. A spontán lefolyás is jó, ezek közül 100-ból négynél kevesebb betegedett meg enyhén a vetélés után. A tiszta eseteknél adataink szerint körülbelül mindegy eredmény tekintetében, hogy a vetélés önként folyik-e le, vagy azt művileg fejezzük-e be, mert csak 1% a kettő közt és pedig a művi befejezés javára az eltérés. A miénkkel szemben a mások eredményei sem jobbak.

Szükségesnek tartom röviden körvonalozni azokat az elveket és eljárásokat, melyeket a klinika követ a vetélések orvoslása körül. Az exspektálásnál az eljárás ágy nyugalom, az idegekre és az egész szervezetre megnyugtató orvosságos gyógyítás (opium, pantopon, morphiium, brom stb.) tápláló, de könnyű étkezés.

A fertőzés ellen külső tisztálkodás, fürdő, lemosás steril vagy fertőtlenítő vízzel. Hüvely, vagy méhüri desinficiálást csak a fertőzött eseteknél végzünk; erre a célra főleg 1%_o sublimátot, 2—3%_o-os lysoformot, lysolt és pár év óta leggyakrabban enyhe 3%_o-os hydrogenium superoxydatumot használunk.

A klinikán 6–8–10 liter fertőtlenítő oldattal és ezenkívül, főleg a mérgezőbb természetű oldat után, még több liter steril vízzel is öblítik a méhet. Én ritkán, csak súlyosabban fertőzött méhürmél, élek méhüri öblítéssel és ekkor sem használok többet 1–2 liternél. Inkább bizom a méhből kifolyó vérnek a tisztító és gyógyító hatásában, mint a tisztaságára kellően, teljes biztossággal alig ellenőrizhető fertőtlenítő folyadék vagy steril vízében. Ez főleg a magán gyakorlatra szól.

A mi klinikánkon is az activ eljárásnál higgadt mérséklet uralkodik. Csak szigorú javallatra avatkoznak be. Ha a vizsgálat szerint újjal könnyen befejezhetőnek látszik a vetélés, ez megtörténik. A beavatkozásra legsürgősebb indició a vérzés és a bennlevő bűzös, bomló mellékreszek. Legenyhébbnek és legbiztosabbnak az újjal való eltávolítást tartjuk. Ha ennek nincsen meg a kellő előfeltétele az eléggé tág méhszáj, akkor ezt készítjük elő hüvely vagy nyakesatorna támponálással, sürgős esetben a gyors tágitáshoz (HEGAR, SIMS, BOSSI, vagy véres tágitás) folyamodunk.

Csak kivételesen használjuk a curettet és a különféle makk- vagy abortus-fogókat is. Curettet használunk akkor, ha a beteg részeket egyébként nem távolíthatjuk el. Leginkább fordul ez elő az abortus folytán létrejött nyálkahártya betegségeknél. A makkfogót tulajdonkép nem szabadna használni, mert könnyen sérthetünk vele, abortus befejezésre csak abortus-fogók alkalmasak. Fogóval általában akkor fejezzük be a vetélést, ha újjal az nehezen volna eszközölhető. Különösen ilyenek a méh szomszédságában székelő lobosodásokkal komplikált esetek, ahol ezek dacára mégis be kell fejezni a vetélést (vérzés, bomló mellékreszek).

Higgadt, türelmes műtő gyakorlott kezében a fogó nem veszélyes. Mondhatom, hogy sokszor enyhébb és a betegre fájdalomtalanabb módja ez a műtétnak, mint az újjal való. Én az utóbbi években gyakran vettem igénybe. Ha a legkevésbé nehéznek látszott a digitális befejezés, vettem a tűkröt és a fogót és kellemesen egyszerűvé vált a műtét. Ahol a narcosis nagy előnyei nem állottak rendelkezésemre, ott elég gyakran kíségett az abortus-fogó. Könnyen befejeztem oly vetéléseket, amelyeket újjal csak a méh és környezetének erős vongálásával, nyomogatásával lehetett volna megtenni.

Azt hiszem, hogy az activ abortus kezelés kedvező eredményeinek lényeges tényezője az, hogy a méhet, környezetét és főleg függelékeit minél kevésbé bántalmazzuk és hogy a beavatkozásunk

gyors legyen. Ezek elérésére viszont kiváló két segédeszköznek tapasztaltam, az abortus-fogót és az enyhén és megfelelő anyaggal végzett támponálást.

A klinika anyaga és a magán beteganyagom is arról tanuskozik, hogy a jodoform vagy utóbbi években a vioformgaze-el támponált esetek többnyire jól gyógyultak. És ez el is képzelhető, mert az órákig, sőt napokig benn levő tamponból felszabaduló erősen fertőtlenítő hatású jód, hosszasan, de amellet enyhén és eredményesebben fejti ki gyógyító hatását. Mert ez nem csak a közeli szövetekben, hanem a szövet nedveibe felszívódva, az egész szervezetre biochemiai úton teszi azt. A méhüri mosásoktól ilyen erőlyes és húzamos fertőtlenítést nem várhatunk.

A támponálás módját az eredmény tekintetében igen fontosnak tartom. Jó támponálásnak azt tartom, ha minimális nyálkahártya sérülések árán végezhetem és ha semmi, vagy minimális fertőző anyagot juttatok általa az alsóbb részekből a felsőbbekbe.

Sok éves tapasztalásom után ezt úgy tudtam megközelíteni, hogy főleg a nyakesatorná és méhür támponálásához az ú. n. rapid-támponálót használom (lásd: Dr. Block és T. árjegyzékében.) Ezzel az eszközzel leginkább megtudok felelni az említett követelményeknek és ezenkívül még sok egyéb előnye is van, nevezetesen az, hogy a támponáló anyag nem szennyeződhetik be és hogy vele kevés gyakorlattal bármely orvos gyorsan biztos és tiszta támponálást végezhet. Hogy mit jelent ez a szülészetben előforduló nagy vérzéseknél, azt nem kell bővebben hangsúlyoznom. Nem kis előnye az eszköznek az is, hogy kevesebb fájdalmat okoz a betegeknek ezzel a támponálás, mint egyébként végzett támponálás.

A forgalomban levő ilyen gyorstámponálóknak itt-ott, pl. szűkebb méhszájnál azt a hátrányát észleltem, hogy az eszköz bevezetése nehézkes volt. A méhürbe előre haladó, vezető nyílásának széle vagy a cervix egyes duzzadtabb haránt redőjében, vagy a szűkebb belső méhszájban megakadhat.

Ezen valamiképp segíteni kell. Véleményem szerint az eszköznek ezt a hátrányát kiküszöbölhetjük vagy oly módon, hogy conicus végűt is készítettünk, vagy pedig úgy, hogy conicus *czáró kupakot* teszünk az eszköz végére.

A kupakot valamiképp rögzíteni kell. Lehet ezt az eszközön, de lehet úgy is, hogy azt a gaze végéhez kötjük. A töméskor a támponáló anyag a kupakot letolja az eszköz végéről és azzal együtt bennmaradhat. Hiszem, hogy ilyen gömbölyű, sima végű támponáló

szűk méhszájon át is könnyen vezethető be, sőt tágitókat is helyettesíthet és az abortus-kezelést még egyszerűbbé teszi.

IV. TÁBLÁZAT.

II. csoport, gyamuss esetek 343 = 34·3%, ebből							
a spontán lefolyásuaknál				az active kezelteknél			
kl.	ez.	sz.	†	kl.	ez.	sz.	†
54	3	2	—	239	36	6	3
91·5%	5·1%	3·4%	—	84·2%	12·7%	2·1%	1·0%

„Gyanus“ vetélésünk, azaz olyan, amelyiknél valamely körülmény, pl. láz, többszörös ellenőrizhetetlen vizsgálás vagy beavatkozás stb. a fertőzés lehetőségét valószínűvé tette, 343 volt az 1000 esetből. Ezekből 59 önként folyt le, 284-nél beavatkoztunk; többnyire ujjal fejeztük be a vetélést.

Számaink azt mutatják, hogy a könnyű lefolyást (=kl.) figyelembe véve, az active kezelteknél az eredmény 7%-kal rosszabb az önként lefolytakénál. Ha azonban a könnyű és enyhe lefolyásu eseteket együtt vesszük figyelembe, akkor kiegyenlítődnek a százalékok. Ezt az összevonást megengedhetőnek tartom, mert hiszen a végeredmény mind a két csoportban ugyanaz volt, t. i. utóbaj nélkül való gyógyulás.

Súlyos zavar 1·2%-kal több van a spontán lefolyásu esetek közt, ellenben haláleset az active kezelteknél több; itt u. i. 1·0%, amott semmi sem volt. Meg kell azonban jegyezni, hogy az e csoportban szereplő 3 haláleset olyan volt, amely nem eshetik a kezelés rovására. Az egyik torok-diphtheria, a másik pedig súlyos nephritis volt, ezen még a gyógyceלבől végzett művi abortus sem segített, a harmadik pedig kriminális abortusnál tetanus fertőzés. Ha tehát ezt a 3 halálesetet leszámítjuk, akkor halálesetünk épp úgy, mint az I. csoportba sorozott betegekénél, itt a II. csoportban a gyamuss esetek közt sincs.

Azt eldönteni ez adatok alapján, hogy itt az „expectáló“, vagy az „activ“ eljárás a helyesebb, nem lehet. A correctiók után a végeredmény mind a két csoportnál körülbelül egyforma, azonban nem szabad mérlegeléseinknél figyelmen kívül hagyni azt a fontos körülményt, hogy a spontán lefolyásu esetek rendszeren előhaladottabb terhességek voltak, ezeknél a lefolyás tehát inkább hasonlít a rendszeres

szüléshez, t. i. könnyebb és egyáltalán ritkábban kell beavatkozni. Ha ezt figyelembe vesszük, akkor adataink mégis csak az actív eljárás jogosultságát igazolják, illetőleg azt bizonyítják, hogy gyógyító eljárásunk helyes volt, azaz helyesen választottuk meg, hogy mikor és miképp kell active közbelépni.

Összehasonlításképen a sok idegen adat közül a legjobbak egyikét, a Törn--MIDÁLKÖVICS—RÖSENTAL-félet veszem figyelembe. Náluk az 1910. januártól 1912. június 30 áig kezelt II. csoportba sorozott abortusoknál a spontán lefolyások közül: 86·9% kl., 10·7% ez. és 2·3% sz., az active kezelték közül: 82·8% kl., 13% ez., 2·8% súlyos zavar és 0·6% halál volt.

Ezek az adatok, főleg az active kezeltéké, feltűnően hasonlók a miénkhez. A nő anyagunk egy része azonban abból az időből való, amidőn az abortusokat nem részesítettük annyi figyelemben, mint WIXTER óta és a didaktikai okokból sokszor gyakorlatlanabb kezek végzik a műtétet és az eredményeink mégis versenyeznek a legjobbakkal.

Ez kétségtelen bizonyítéka annak, hogy abortus-gyógyító módszerünk jó volt.

V. TÁBLÁZAT.

III. csoport, fertőzött esetek 171 = 17·1%, ebből							
a spontán lefolyásnaknál				az active kezeltéknél			
kl.	ez.	sz.	$\frac{1}{1}$	kl.	ez.	sz.	$\frac{1}{1}$
21	4	2	1	88	26	9	20
75%	14·3%	7·1%	3·6%	61·5%	18·2%	6·3%	14%

A kezelésbe vételkor kifejezetten „fertőzött” betegünk volt az 1000 közül 171. Ezek voltak amí ú. n. septicus abortusaink. Bakteriologikus rendszeres vizsgálat ugyan, mint már említém, nem történt, de a klinikai kép ezeknél annyira tiszta volt, hogy a körisménkhez nem fért kétség. Ezeket a betegeket többé-kevésbé virulens pathogen mikroorganizmusok már fertőzték, mikor orvosolni kezdtük.

Kimutatásom eredményei az active kezelést tüntetik fel kedvezőtlenebbnek. A spontán lefolyt veszteséknél 89% (kl. + ez.) és 11%-al (sz. + halállal) szemben az active kezeltéknél 80%, illetőleg 20% halálható. További következtetéseinknél azonban először is figyelembe kell vennünk azt, hogy fertőzött veszteségeink közt 4-szer annyi active kezelt beteg van, mint spontán lefolyású, ez kétségtelenül az összehasonlításnál correctiót igényel. Figyelembe veendők és correctiót igényelnek a halálesetek is. Viszont nem szabad ama körülménynek sem figyelmünket elkerülnie, hogy az enyhe zavar és súlyos zavar %-a mind a két fajta kezelésnél közel áll egymáshoz.

Wixnernek a lázas abortusai közül actív kezelésnél 13% halt meg, a spontán lefolyású ilyen esetek közül egy sem, illetőleg egy másik összeállítás szerint a műtöttekből 15-80% és az önként lefolytakból 5-80%. Koblassek spontán eseteinél 17-50%, az actív eseteinél 22-100% volt a halálozás.

Sokkal jobbák a külföldiek eredményénél a budapestiek. A Tauffer klinikán 1911-1912-ben az actív esetek halálozása 2-80%, az expectálva lefolytaké 0% volt; a Rökus-kórház 1910-1912. évi anyagánál a végeredmény kedvező, azonban ellenkezik a fentiekkel, mert itt több halt el az önként lefolyt lázas vetélték közül. Ezeknél u. i. 3-70% a műtéttel kezeltéknek csak 1-6% volt a halálozás. Azonban feltűnő, hogy ez az arány évenként változik, 1910-ben éppen ellenkező az eredmény, mint 1911-ben. Ott az expectálás a rosszabb (9% $\frac{1}{2}$), itt meg az a jobb (0% $\frac{1}{2}$), 1912-ben is az expectálás (0% $\frac{1}{2}$) van jobbnak feltüntetve. (X—XIII. táblázatok.)

Az eredmények eme feltűnő eltérésének az igazi okát megtalálni nagyon nehéz. Azonban úgy gondolom nem tévedek, ha ezt főleg a fertőzések súlyosságában keresem. A fertőzés milyenségét ma már megtudjuk állapítani, azonban a fokát, a mikrobák pathogenitásának nagyságát nem. Sacus szerint még a vérvizsgálat sem ad erre kellő felvilágosítást. Erre tehát mai vizsgálati módszereink még nem elegendők. De ahhoz semmi kétség sem fér, hogy feltűnően eltérők lévén a lázas abortusok lefolyásai, hasonló kezelési módok és egyéb körülmények mellett annak oka csak a fertőző anyag természetében és a beteg ellenálló képességében keresendő.

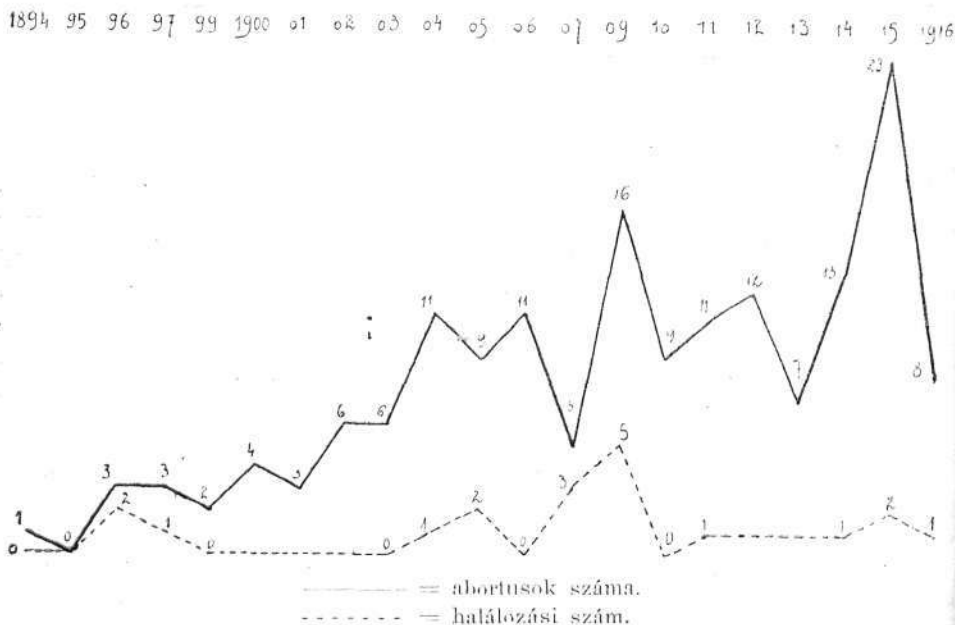
A következő graphikon mutatja egyfelől ami lázas abortusaink ingadozásait évenként, másfelől e betegeknek a halálozások számát. Ha ezt figyelemmel nézzük, akkor azt látjuk, hogy a lázas esetek szaporodásával többé-kevésbé emelkedik, illetőleg lépést tart a halálozási arány is, de aztán van feltűnő eltérés is. Így pl. 1909-ben a lázas vetéltésekből 31-20%, ellenben 1910-ben 0% halt meg; 1913-ban már 14-30%, 1914-ben ismét csak 7-7% halt meg.

Az 1909-iki anyagunk nagy része kriminális eredetre gyanusnak van jelezve. Itt kell véleményem szerint keresnünk az okát a nagy halálozásnak.

Ezek valószínűleg súlyosabban fertőzöttebbek voltak, mint a következő év lázas, de jól gyógyuló betegei. Ez az összeállítás egyébként is tanulságos, mutatja u. i. azt is, hogy a mi sok éves anyagunknál 9 év van, ahol 0 a halálozás, tehát abszolút jó a gyógyulás, 7 olyan évünk van, ahol csak egy-egy lázas abortusunk pusztult el és csak 5 olyan év van, ahol 2, vagy ennél több halálunk volt. Ha már most véletlenül csak a jó évekről vettem volna tanulmányomhoz az anyagot, akkor abból téves eredményre jutottam volna, így azonban, hogy a jó évek mellett ott vannak a kevésbé jók is, megkapjuk működésünknek valódi eredményét és kénytelenek vagyunk emez eltérő eredmények okai további kutatására.

Hogy gyógyítási eredményünket megközelítőleg helyesen állapíthassuk meg, feltétlenül corrigálnunk kell a halálozási százalékot. És itt csak arra hivatkozom, amit már elmondottam II. számú összeállításom bírálatánál. Ott 10 halálozásról mutattam ki, hogy nem minket terhelnek, ebből a tíz esetből a lázas abortusok csoportjába 7 tartozik.

Ezeket korrekciókép itt is le kell vonnunk a táblázatban szereplő 20 halálozásból és akkor marad a műtéttel befejezett abortusoknál $13=9\%$ halálozás.



Ha most ezt összehasonlítjuk a már említetteken kívül még más szerzők eredményével, akkor azt tapasztaljuk, hogy a mi eredményeink jók, mert az idegen szerzők közül csak kevésnek van annál kedvezőbb halálozási aránya, ellenben nagyobb halálozást már többen találunk. Így pl. WEBERNÉL (München) 6% , BOSNYÁNÁL (Boroszló) 10.8% , TRAUOGTNÁL (Frankfurt) 16.4% , sőt STOERNÁL (Berlin) 23.0% volt a lázas abortusoknak a halálozása.

Ezek után dolgozatom eredményét összegezve azt találok, hogy az abortusok száma nálunk 25 év alatt jelentékenyen megsaporodott. 0, illetőleg 80% -ról 21.1% -ra emelkedett és ezeknek nagyrésze minden valószínűség szerint büntetendő beavatkozás következménye, kriminalis abortus volt.

A vetélések e szaporodásának oka, véleményem szerint, részint szociális természetű — nehezebb életviszonyok, szegénység stb. — részint az egész vonalon az ethikai, erkölesi érzés gyengülésének folyománya. Tehát társadalmi betegség! Minden betegségnek így a társadalmi is az a helyes gyógyítása, ha az okát elhárítjuk, tehát társadalmi bajaink javultával várhatjuk az abortusok csökkenését is.

A vetélések okozta pusztítás ellen a küzdelmet szociális téren már most meg kell kezdeni a terhesek, gyermekágyasok és újszülöttek megfelelő védelmével. Elsősorban olyan lelencház — vagy menhely — rendszer kell, ahol nem kutatjuk azt, hogy ki az apja vagy anyja a gyermeknek, meg hogy kinek kell érte fizetnie? A socialis intézkedésekkel kapcsolatban úgy a közönséget, mint a vezetésre, nevelésre, gyógyításra hivatott egyéneket kell kioktatni az abortus kérdés fontosságáról. Ezeknek már ifjú, fogékony lelkébe kell oltani nemesak a megszületett, hanem a fejlődő magzat védelmének jelentőségét.

Az élet szeretete különben a legerősebb ösztönünk, de ha ezt kellően nem ápoljuk, elfajul. Nézzük csak egyfelől a gyermek után elementáris erővel sóvárgó esodálatos, végtelen nagy anyai szeretetet és ugyanott máskor a méhben levő élet elpusztítására irányuló erős, nagy szenvedélyt!

Vizsgálódásaim mutatják továbbá gyógyítási módszereink eredményeit és ebből azt látom, hogy az abortusokat jól orvosoltuk, helyes volt a mi irányzatunk, melyet mérsékeltén aktív-nak nevezhetek. Individuálisálni, esetenként kell mérlegelni azt, hogy mit tegyünk!? Ha van okunk beavatkozni, akkor beavatkozunk, de azt is pontosan meg kell állapítanunk, hogy miképen!

Egyszerű vizsgálat és várakozás; hüvely-, nyakesatorna-, vagy méh-támponálás; újjal vagy eszközzel való gyors befejezés; vagy pedig a méhen végzendő, kifejezetten aktív, sebészi ténykedés lehet a teendők. Általában arról győződtem meg, hogy súlyos fertőzésnél akár várakozó, akár beavatkozó jellegű a therapiánk, a kórjóslat mégis rossz. Ilyenkor a beavatkozás épen úgy, mint a várakozás, két élű fegyver, mert ha használunk azzal, hogy a szervezetből a fertőzés fészket eltávolítjuk, viszont nagyobb beavatkozással nagyobb mennyisége e káros anyagnak juthat a vérkeringésbe, ami esetleg nagyobb veszedelem a betegre és megfordítva.

Arra kell törekednünk, hogy megtaláljuk a gyermekágyi fertőzéseknek egyedül helyes gyógyszerét, a biochemiait! Ekkor aztán

az abortusok gyógyításánál ma homloktérben levő, főleg mechanikai therapiája másodrendű jellegűvé fog válni.

Addig pedig küzdjünk a fertőzés ellen a most is már szép számmal rendelkezésünkre álló, a fertőzésnek lehetőleg megfelelő ellenanyagokkal (serumok stb.).

Nem egy esetben tudtam ily módon veszendőnek indult életet megmenteni. Az abortusok különböző gyógyítási módszereinek bírálatánál még egy olyan körülményre akarok rámutatni, amely eddig figyelemben nem részesült, arra, amiről több évtizedes orvosi működésem alatt már sokszor, legutóbb a mostani vizsgálataim folyamán volt alkalmam meggyőződni. És ez az, hogy végeredményében a gyógyító módszerek sikerét az orvos szellemi és testi tulajdonságai — egyénisége — döntik el. Az egyik orvos művész, a másik kontár! Igen, mert az igazi orvosra is áll, hogy: non fit, sed nascitur!

Az idő eltelt, munkámat be kell fejeznem! Pedig szívesen folytatnám azt, mert amíg dolgoztam, képzeletemben folyton kedves környezetemben voltam. Ragaszkodó betegek, szerető kartársak, kedves tanítóm és volt főnökeim, köztük legtöbbször a mi derék jó jubilánsunk, SZABÓ tanár környeztek. És ezalatt oly kellemes esend, oly édes nyugalom volt bensőmben! Nem hallottam ágyudörgést, nem a nyomorékok és árvák sírását!

Köszönöm a mi kedves jubilánsunknak ezt a néhány nyugodt órát.

Irodalom.

1. Magyar Statisztikai évkönyv. 1893., 1913.
2. F. AHFELD: Lehrbuch d. Geburtshülfe. 1898.
3. Dr. KÉZMÁRSZKY T.: A szülészet könyve. 1904.
4. F. von WINKEL: Handbuch der Geburtshülfe. 1904.
5. E. BUMM: Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. 1909.
6. G. WINTER in Königsberg i. Pr. Zur Prognose u. Behandlung des septischen Abortes. Zentralblatt für Gynäkologie. 1911. No. 15.
7. BÄRSONY F.: Orvosképzés. 1911. 5. szám.
8. MIHÁLKOVICS E. dr.: Négyesszáz abortus tanulságai. Gynaekologia, 1911. 4 sz.
9. BONDY. Diskussion zum Vortrag BONDY: Bakteriologie und Klinik des Abortes. Zentrbl. f. Gynäkologie 1912. No. 16.
10. Privatdozent Dr. E. SACHS: (Königsberg) I., Vorschläge f. weitere Forschungen über den fieberhaften Abort és Über die prognostische Bedeutung des Keimnachweises im Blute (II. Mitteil.) Neue Ergebnisse der bakteriologischen Blutuntersuchung bei fieberhaften Aborten. Zentralbl. f. Gyn. 1912. No. 7. és 26.
11. FROMME: Die Therapie des fiebernden Abortes. Vortrag u. Diskussion. Zentralbl. f. Gyn. 1912 No. 18.

12. P. KROEMER (GREIFSWALD): Therapie der Gegenwart 1911. No. 11, ref. Zentrbl. f. Gynökologie. 1912. No. 4.
13. MIHÁLKOVICS E. és ROSENTHAL I. dr.: Klinikai és bakteriologiai adatok a lázas abortus terapiájához. Gynækologia 1913. I. szám.
14. V. HOLST: Zur Behandlung der fiebernden Aborte. Zentralbl. f. Gyn. 1914. No. 32.
15. G. WINTER (Königsberg): Über Bedeutung u. Behandlung retinierter Placentarstücke. Monatschr. f. Geb. u. Gynökol. Bd. XXXIX. Heft. 5.
16. Th. WIDER (Zürich): Der Geburtenrückgang. Festschrift der Dozenten der Universität Zürich, Zürich, Schulthess et Co., 1914.
17. Dr. MANSFELD O. kórházi főorvos: A lázas vetélések kezeléséről. Orvostköpzs. 1916. 5., 6. és 7. szám.
18. E. BUMM: Zur Frage des Künstlichen Abortus. Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynökologie 1916. Heft 5.
19. Dr. P. RUGÉ: Ueber die Zunahme der Aborte. Monatschr. für Geburtshilfe u. Gynökologie 1916. Heft 5.
20. Prof. G. WINTER: Unsere Aufgaben i. d. Bevölkerungspolitik. Zentralbl. f. Gyn. 1916. No. 5.
21. A. DÖDERLEIN (München): Handbuch der Geburtshilfe in drei Bänden II. B. d. 1916.
22. Priv. Doz. Dr. P. v. SIEGEL: Abort und Geburtenrückgang. Zentralblatt für Gynökologie. 1917. 11. sz.
23. Dr. L. NÜRNBERGER (München.) Assistent d. klinik: Die Stellung des Abortus in der Bevölkerungsfrage. Monatschrift für Geburtshilfe u. Gynökologie 1917. Heft 1.
24. Dr. KROHNE (Berlin): Die Frage d. Zulässigkeit d. Unterbrechung d. Schwangerschaft von Standpunkte d. ärztlichen Wissenschaft u. Berufsehre. Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynökologie 1917. Heft 1.
25. G. WINTER Königsbergi: Pr. Die Einschränkung des künstlichen Abortus. Zentralbl. f. Gyn. 1917. No. 1.
26. E. BUMM: Über das deutsche Bevölkerungsproblem. ref. Zentralbl. f. Gyn. 1917. No. 1.
27. A. HABERDA: Scheinindikationen bei ärztlicher Fruchtabtreibung. Wiener klin. Wochenschr. 1917. 17. Máj.
28. Aussprache über den Vortrag A. HABERDA's: Scheinindikationen b. ärzt. Frucht-abtreibung Zentralbl. f. Gyn. 1917. No. 27.
29. Prof. C. H. STRATZ: Arzt und Volksvermehrung. Zentralbl. f. Gyn. 1917. No. 15.
30. Vortrag des H. E. BUMM: Berechtigte- und unberechtigte Indicationen zur Schwangerschaft Unterbrechung. Zentralbl. f. Gyn. 1917. No. 4.