KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNYEGYETEM SZEMÉSZETI KLINIKÁJÁRÓL.

Igazgató: Dr. Imre József egyetemi tanár.

# A görvélyes szemgyúladás mint népbetegség.

Írta: Dr. Ditrói Gábor szemklinikai I. tanársegéd.

(3 táblázattal.)

A hazánkban általánosan elterjedt görvélykóros szemgyúladás bennünket erdélyieket különösebben kell hogy érdekeljen a betegségnek nálunk általában súlyosabb formáiban való előfordulása miatt. Országrészünknek évszázados szegénysége, az ebből folyó kulturátlanság és rossz közegészségügyi viszonyok, sajátos klimánkkal egyesülve eredményezik azt, hogy ez a betegség, amely különben a jóindulatú, mert könnyen gyógyítható, betegségek csoportjába tartozik, nálunk enyhe kezdet mellett is gyorsan rosszabbodik, gyakorta vezet súlyos komplikációkhoz, látásromláshoz, vaksághoz. Még egy sajátsága van nálunk e betegségnek, az, hogy igen korán, már a csecsemőkorban kezdődik és elég gyakran fordul elő az élemedettebb korban is, sőt, makacs formáiban az öregeknél is előjön.

A betegségnek itteni formái a más vidékről jövő, más szembeteganyaghoz szokott orvos érdeklődését, a scrophulosis itteni alakjai szánalmát ébresztik fel, s a görvélyes szemgyúladás elleni élénkebb küzdelemre sarkalják. Ez az érzés késztette főnökömet, id. Imre Józsefet, hogy kevéssel Kolozsvárra jövetele után a görvélyes szemgyúladásnak a diathesishoz való viszonyával foglalkozzék,[1] s ez késztetett engem is, hogy 10 évi távollét után visszajövé, az előttem idegen és meglepő kórformával foglalkozzam. Imre professor említett művének egyik részében a betegség statisztikai részével is foglalkozik, azonban ez a statisztika még alföldi, hódmezővásárhelyi anyagának feldolgozása alapján készült, s így nem látszott érdektelennek az oly irányú vizsgálódás, mely tisztán csak a kolozsvári egyetemi szemklinika beteganyagára, tehát *erdélyi* viszonyokra vonatkozik.

E célból a klinika 1911—15. évi ambulans beteganyagát dolgoztam fel, s ez öt év adataiból vonom le következtetéseimet.

1 Szemészet, 1910. 3—4 szám.

A görvélyes szemgyúladás összes eseteinknek 11·5%-át, viszont összes *gyúladásos* eseteinknek 24·6%-át teszi. Ilyen gyakori előfordulása mellett nem fogadhatjuk el kritika nélkül a m. kir. központi statisztikai hivatal 1916. évi vakségi statisztikájának a görvélyes szemgyúladásra vonatkozó adatát, mely a keratitis scroph. okozta vakságokat igen alacsonyra, 2·9%-ra taksálja. Ha elemezzük ezt a statisztikát, látjuk, hogy egyes vakségi okok túl vannak értékelve, (így a himlő 5·1%) viszont a határozatlan okok, melyek „egyéb conj. megbetegedések", „egyéb szaruhártyai betegségek", „szaruhártyai gyúladások közelebbi meghatározás nélkül", „ismeretlen okok" címek alatt foglaltatnak, nagy valószínűséggel vonatkoztathatók a görvélyes szemgyúladásra, tekintve annak igazán gyakori előfordulását. Ezen felfogás mellett tört pálcát Imre József is 1899-ben megjelent vakségi statisztikájában,[1] melyben 22 évi anyagot, 1152 vakra vonatkozó adatokat dolgozott fel. Szerinte is az „ismeretlen ok" konjunktivális, illetőleg korneális betegséget, tehát elhárítható vakségi okot jelent, s legnagyobb valószínüséggel a görvélyes szemgyúladásra vonatkoztatható. Ugyanennek a véleménynek adott kifejezést Grósz Emil is egy tíz évvel korábban megjelent vakságügyi munkájában. (Szemészet, 1889.)

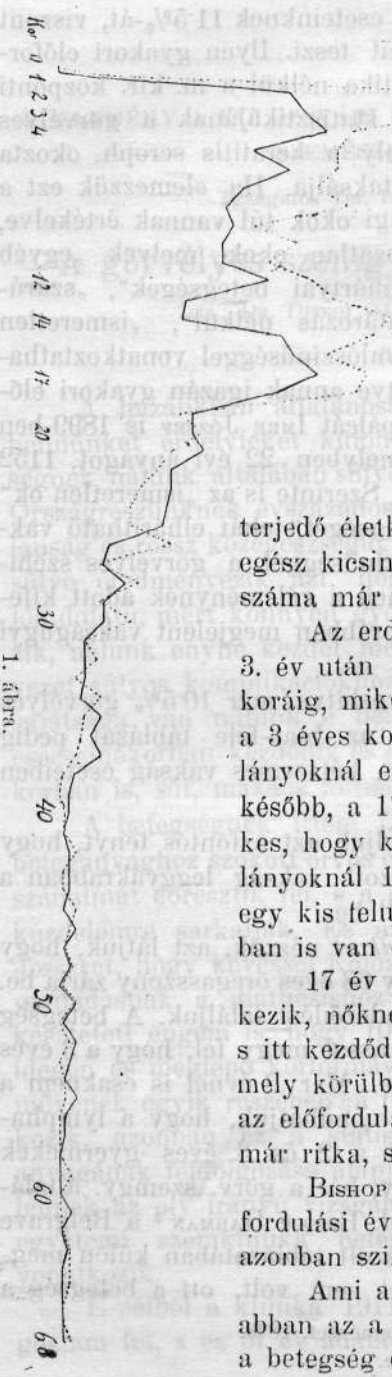
Az országos statisztika így helyesbítve már 10·5% görvélyes szemgyúladás okozta vakságot adna, az Imre-féle táblázat pedig egyszemes vakság eseteiben 8·31%-ot, kétszemes vakság eseteiben pedig 18·87%-ot.

Az országos statisztikából megtudjuk azt a fontos tényt, hogy a görvélyes szemgyúladás által okozott vakság leggyakrabban a gyermekkorban, az 5-ik életév előtt áll be.

Ha erdélyi statisztikámban az *életkort* nézzük, azt látjuk, hogy a sort egy 3 hónapos kisfiú kezdi, s egy 68 éves öregasszony zárja be. E hosszú időn belül a következő elrendeződést találjuk. A betegség görbéje a csecsemőkorban hirtelen ugrással megy fel, hogy a 3 éves korban legnagyobb magasságát elérje. Már 2 évnél is csaknem a teljes magasságon van, úgy, hogy elmondhatjuk, hogy a lymphatikus szemgyúladás Erdélyben főként a 2 és 3 éves gyermekek betegsége. Nem mindenütt van ez így, bár a görv. szemgy. általában a gyermekkor betegsége, mert pl. Bishop Harman[2] a Belgrave gyermekkórház *10 évi* anyagából készült táblázatában külön megjegyzi, hogy 1 éves korban egy eset sem volt, ott a betegség a

[1] A vakság okai a magyar Alföldön, Szemészet, 1899.

[2] The Conjunctive in health and disease.




1. ábra.

második életévben csak *kezdődik*, holott nálunk ugyanakkor csaknem elérte tetőfokát, s nála a betegség a gyermekkor 5-ik évében éri el gyakoriságának tetőpontját. Ez feltétlenül az angol csecsemő-védelem jobb volta mellett bizonyít.

Már Imre József az alföldi statisztikában az angolhoz annyiban hasonló adatokat talál, amenyiben a betegség leggyakoribb előfordulását az 5—10 évig terjedő életkorra teszi, de viszont nála is vannak egész kicsiny csecsemők és az 5 év alattiak aránya száma már nagyon megközelíti a maximumot.

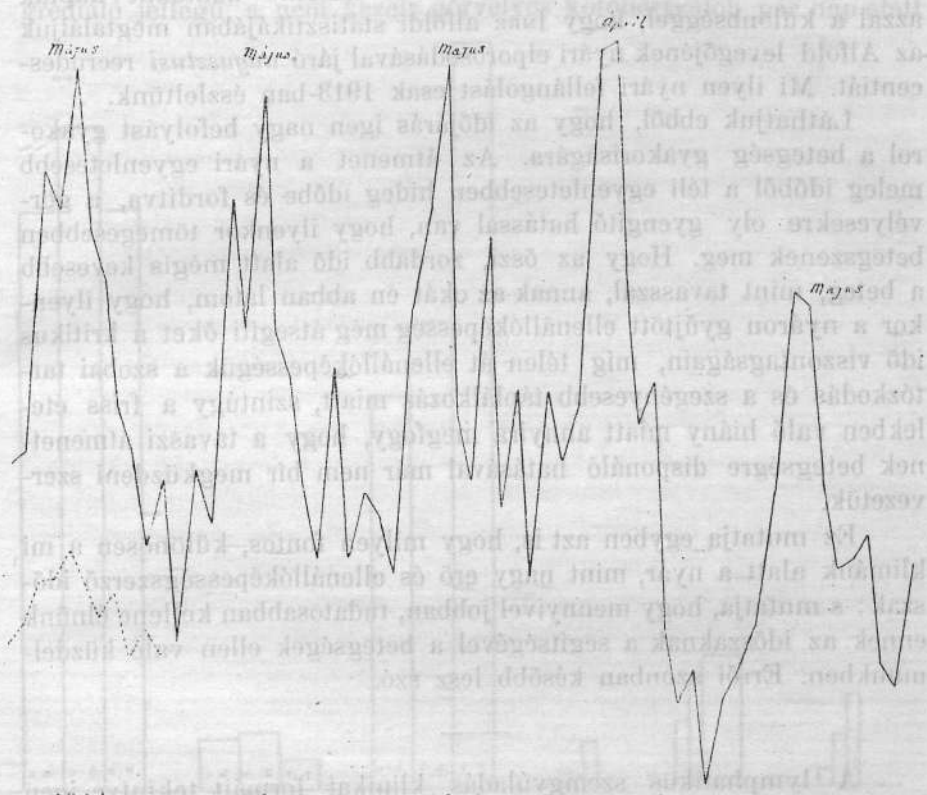
Az erdélyi viszonylatban az életkor-görbe a 3. év után fokozatosan esik egész a fanosodás koráig, mikor is újból felhág, bár kevésbbé, mint a 3 éves korban. Ez a fanosodási recrudescentia a lányoknál előbb, a 14 éves korban, a férfiaknál később, a 17 éves korban éri el tetőpontját. Érdekes, hogy közvetlen a fanosodás előtti időkben, a lányoknál 10, férfiaknál 12 éves korban is van egy kis felugrás, s hogy a nőknél a 17 éves korban is van egy kisebb emelkedés.

17 év után mindkét nemnél gyors esés következik, nőknél a 20, férfiaknál a 21 éves korban, s itt kezdődik az átmenet a betegség ritkulásához, mely körülbelül a 40 évvel áll be. Ez időtől kezdve az előfordulás már csak szórványos, 60 éven túl már ritka, s a 70-es évek felé végleg megszünik.

Bishop Harman statisztikájában az utolsó előfordulási év az 55, Imre József statisztikájában azonban szintén a 60 év után szünik meg teljesen

Ami a két *nem* közötti különbséget illeti, abban az a feltünő, hogy a nők nagyobb számban a betegség előfordulása.

betegednek meg görvélykóros szemgyúladásban, mint a férfiak. Legfeltünőbb ez a különbség a 2 éves korban, majd későbba fanosodás korában s általában megmarad így az átmeneti (20—21) korig. Az előfordulás ritkulásával azután természetesen körülbelül egyformává válik a két nem között az arány (31—70).




2. ábra.

Második táblázatom az évszakok szerint mutatja az előfordulás arányait. Az öt évi anyag egymásmellé állított görbéit nézve rögtön látjuk, hogy, ami különben általánosan ismert dolog, a görvélyes szemgyúladás leggyakrabban tavasszal fordul elő. A praedilectiós hónap nálunk a május, mikor ambulantiánk tömve van a gyógyítást váró új és régi lymphatikus betegeinkkel. Csak az 1914. évben helyeződött a maximum egy hónappal előre, s az 1915-ik normálisnak már nem mondható háborus évben volt az áprilisi és májusi arányszám körülbelül egyforma.

A tavasz elmultával a betegség előfordulása fokozatosan megritkul, s télen eléri minimumát. Mielőtt azonban a téli minimum bekövetkeznék, van még egy őszi fellángolás is, mely az időjárás nedvességéhez, zordonságához képest, októberben vagy novemberben következik be, s csak azután jön a téli nyugalom.

Bishop Harman is, Imre József is hasonló adatokat kaptak azzal a különbséggel, hogy Imre alföldi statisztikájában megtaláljuk az Alföld levegőjének nyári elporosodásával járó *augusztusi* recrudescentiát. Mi ilyen nyári fellángolást csak 1913-ban észleltünk.

Láthatjuk ebből, hogy az időjárás igen nagy befolyást gyakorol a betegség gyakoriságára. Az átmenet a nyári egyenletesebb meleg időből a téli egyenletesebben hideg időbe és fordítva, a görvélyesekre oly gyengítő hatással van, hogy ilyenkor tömegesebben betegszenek meg. Hogy az őszi, zordabb idő alatt mégis kevesebb a beteg, mint tavasszal, annak az okát én abban látom, hogy ilyenkor a nyáron gyűjtött ellenállóképesség még átsegíti őket a kritikus idő viszontagságain, míg télen át ellenállóképességük a szobai tartózkodás és a szegényesebb táplálkozás miatt, szintúgy a friss ételekben való hiány miatt annyira megfogy, hogy a tavaszi átmenetnek betegségre disponáló hatásával már nem bír megküzdeni szervezetük.

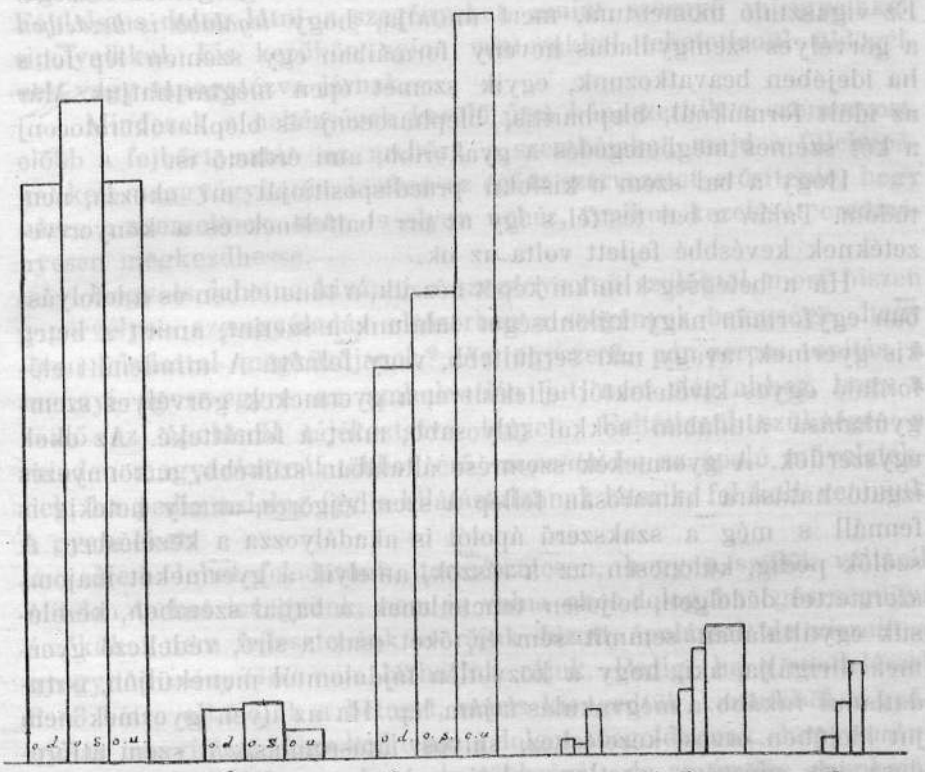
Ez mutatja egyben azt is, hogy milyen fontos, különösen a mi klimánk alatt a nyár, mint nagy erő és ellenállóképességszerző időszak; s mutatja, hogy mennyivel jobban, tudatosabban kellene élnünk ennek az időszaknak a segítségével a betegségek ellen való küzdelmünkben. Erről azonban később lesz szó.

---

A lymphatikus szemgyúladás klinikai formáit tekintve igen sokféle. Legenyhébb alakjában tulajdonképen csak kis dispositió, amely már igen parányi ingerekre gyúladással reagál. Az ilyen szem például egész halaványan kerül elénk, s ha vizsgálás közben a szemhéjakat kissé széttartjuk, már megjelenik a könnyed belövelltség a szemtekei kötőhártyán. Ez a legenyhébb alak, amely ha kezelést nem is, de prophylaxist már igényel. A legsúlyosabb alakok viszont azok, amelyeknél úgy a szemhéj, mint a kötőhártyák és a szarú is megvannak betegedve. Ezekhez természetesen gyorsan társulnak súlyos komplikációk, amelyek az állapotot még jobban rontják.

Ezeket a betegségformákat mutatja harmadik táblázatom gra-

fikus ábrázolásban, melyből kitünik, hogy legnagyobb az aránya az egyszerű conjunctivitis lymphaticának (47·8%), de viszont majdnem ugyanolyan gyakori a keretitissel való szövődmény is (43·1%). A megjelenés klinikai formái miatt külön vettem a conjunctivitis, keratitis, keratoconj, blepharitis, blepharoconj és blepharokeratoconjunctivitiseket. A betegség, mint előbb is mondottam, nagyon progrediáló jellegű, a nem kezelt görvélyes kötőhártyalob pár nap alatt




3. ábra.

már szaruhártyalobba megy át s ez magyarázza meg e második forma nagy percentszámát. Viszont a kötőhártyai tünetek nélkül, elsődlegesen fellépő keratitis már nagyon ritka, mindössze 3·6%. Legritkább az egyszerű görvélyes szemhéjgyúladás (0·6%), már valamivel gyakoribb olyan formájában, amelyben már kötőhártyagyuladás is társult hozzá — blepharoconjunctivitis — (4·8%). A szintén ritka blepharokeratoconjunctivitist, amelynél szemhéjak, kötőhártyák és a szarú együttesen betegek, többször ismétlődött makacs idült bajnak kell felfognunk; azokat az eseteket, ahol a szemhéjszél

csak a könnyezéstől kimaródott és gyuladt, helyesen nem sorozhatjuk ide.

A táblázatban kiterjeszkedtem a jobb és bal szem, illetőleg mindkét szem egyidejű megbetegedésének gyakoriságára. Statisztikám azt mutatja, hogy a bal szem általában gyakrabban betegszik meg, mint a jobb s hogy mindkét szem egyszerre való megbetegedésének száma kisebb, mint az egyes szemek betegségeinek összege. Ez vigasztaló momentum, mert mutatja, hogy *legalább is kezdetben* a görvélyes szemgyúladás heveny formáiban egy szemen lép fel s ha idejében beavatkozunk, egyik szemet épen megtarthatjuk. Már az idült formáknál, blepharitis, blepharoconj és blepharokeratoconj a két szemes megbetegedés a gyakoribb, ami érthető is.

Hogy a bal szem e kisfokú praedispositioját mi okozza, nem tudom. Talán a bal testfél s így az orr balfelének és a könyorrvezetéknek kevésbbé fejlett volta az ok.

Ha a betegség klinikai képét nézzük, a tünetekben és a lefolyásban egyformán nagy különbséget találunk a szerint, amint a beteg kis gyermek, avagy már serdültebb, vagy felnőtt. A mindenütt előforduló egyes kivételektől eltekintve, a gyermekek görvélyes szemgyúladása általában sokkal súlyosabb, mint a felnőtteké. Az okok egyszerűek. A gyermekek szemrése általában szűkebb, a könnyezés izgató hatására hamarosan fellép a szemhéjgörcs, amely hetekig is fennáll s még a szakszerű ápolót is akadályozza a kezelésben. A szülők pedig, különösen az a részök, amelyik a gyermekét majomszeretettel dédelgeti, teljesen tehetetlenek a bajjal szemben, kezelésük egyáltalában semmit sem ér, őket csak a síró, védekező gyermek dirigálja, aki, hogy a közvetlen fájdalomtól meneküljön, öntudatlanul inkább a megvakulás útjára lép. Ha az ilyen gyermek nem jut idejében orvosi kezeléshez, súlyos látásromlása, a szem átfúródása, iris előesése, esetleg vaksága bizonyos. Blepharospasmusos gyermekeknél, a könyretentio miatt a szaru hámjának fellazulása, s a folyamatnak a szarúra való ráterjedése csaknem egészen bizonyos. A súlyosság mégsem a baj fokában, hanem a kezelhetőség nehéz voltában rejlik a gyermekeknél. A szűk szemrés mégis a komolyabb nehézség, a viselkedés ferdeségét elég hamar le lehet győzni. Ha aztán a kezelést jól beállítottuk, s a váladékpangást gyakori öblítéssel megakadályoztuk, a szemhéjgörcs is megszünik és a gyermek szemgyúladása is ép oly jóindulatúan gyógyul, mint a felnőtté.

Még egy *nagy* nehézség van a gyermekeknél, s ez a fejbőr ótvarossága, a szemhéjak, arcbőr, fülek, orrnyilások eczemája. A legelhanyagoltabb eseteket látjuk nap-nap mellett, s a sebes bőrű gyer-

mekek a kezelésnél tényleg nagy fájdalmakat szenvednek, viszont bajuk addig, amig a köztakaró rendbe nem jött, javulást nem mutat. Fokról-fokra kell ilyenkor haladnunk, nagy kitartással és következetességgel ápolnunk a kis beteget, hogy lassanként emberformája legyen, s végül meggyógyuljon. A kisebesedett bőrű, ótvaros fejű gyermekek gyógyulnak legrosszabbul, rosszabbul, mint a szintén *igen gyakori* mirigy és csonttuberkulozisban szenvedő kis patienseink. Fájdalmas dolog látni a szegényeket, amint szörnyű mirigyeikkel, sipolyaikkal, kis kezükön spina ventosákkal tehetetlenül üldögélnek vagy tapogatózva járnak.

Mindezek a nehézségek kerülő útra kényszerítik a szemorvost, előbb a fejbőrt, aztán az arcbőrt, a szemhéjakat, majd a fülcimpákat kell meggyógyítania, közben az egész szervezetet erősítenie, hogy végre a szemeknek nem is olyan nehéz, typikus kezelését eredményesen megkezdhesse.

Hogy is lehetne kívánni a szegénysorsú szülőktől, mert hiszen a görvélyes szemgyúladás elsősorban a szegények betegsége, hogy ilyen feladattal megküzdjenek? Az egyszerű, pár perces tanítás, a mennyi egyre-egyre az ambulantián jut, nem elég ahhoz, hogy a szülő az ápolásról tájékoztatva legyen. Feltétlenül szükséges a minden magyarázatnál többet érő *megmutatása* az ápoló műveleteknek, ha pedig a dolog így is kilátástalannak látszik, fel kell vennünk a gyermeket.

Nem lehet feladatunk, természetesen, hogy a szülők válláról minden terhet levegyünk, nem is volna okos dolog, ha egészségügyi érzéküket nem fejlesztenénk a rájuk bizott ápolással, de viszont a gyógyítás *irányítását* nem bízhatjuk rájuk. Pedig, ha a rendeléssel 2—3 hétre elküldjük a beteget, máris kiengedtük kezünkből a gyógyítás irányítását. Úgy kell tehát a dolgot megoldanunk, hogy *ambulanter* kezeljük ugyan a betegek többségét, de az ápolás munkáját adjuk át a szülőknek. Ha a szülő egyszer végig assistálta gyermekének meggyógyulási folyamatát s ha abban épen az ő ápolása volt a legfőbb segítő, soha el nem felejti a szemápolás módjait s ha más gyermeknél lép fel a baj, vagy emennél recidivál, mindjárt tudja mit kell tennie. És épen ez a mi célunk, hogy a gyógyítás mellett tanítsunk is. Kórházba viszont azokat a súlyos eseteket vegyük fel, amelyeknél a szülők műveletlensége, szegénysége vagy rosszasága az ápolás sikerességét előre kizárja.

Annak azonban, hogy az ambulantián kezeljük a betegek többségét, óriási akadályai vannak. Betegeink legtöbbje vidéki, aki csak egy alkalomra jön be, csak orvosságot akar, nem kezelést. Amelyik

pedig pár napig mégis hajlandó volna maradni, annak nincsen hol meghúzódnia, ha ismerőse nincs a városban, szállást, ellátást sehol sem kap s kénytelen mégis hazamenni, miután mi fel nem vehetjük.

Betegfelvevési indicationkban ezek játszák sokszor a legnagyobb szerepet és sokszor nincs más kiútunk, mint hogy az amúgy is zsúfolt osztályra, hol kettősével fekszenek a betegek az ágyakban, még nehány gyereket felvegyünk.

A görvélyes szemgyúladás ugyan jóindulatú betegség, mert kezelés alatt jól gyógyul, de azért mégis a vakságnak igen gyakori oka hazánkban, mert rövid pár nap alatt képes menthetetlenül elromlani. Ezt tudva, végtelenül nehezünkre esik a betegeket a kezelés irányítása nélkül egyszerűen valamilyen orvossággal hazabocsátani, szóval az ambulans kezelésről lemondani. Nagyon fontos volna ennek valamilyen módon való lehetővé tétele s én erre a várost tartom kötelezettnek. A város adhatna helyet pár napig a kis betegeknek addig, amig a hozzátartozók a kezelést megtanulják. Valamilyen igen egyszerű népszállodára gondolok, vagy több hatóságilag ellenőrzött olcsó lakásadó helyre. A lymph. szemgyúladásnak nagy előnye, hogy nem *ragályos* s így az ilyetén elhelyezésnek akadálya nem volna. Hátrányai volnának persze, de a jelenlegi állapotnál mégis csak jobban volnánk.

A klinika úgyis befogadóképessége határain túl vesz fel betegeket, különösen nőket és gyermekeket, kiknek a klinikán csak nagyon szűk helyök van. A nő- és gyermekbetegek párosával fekszenek az ágyakban, sokszor az operáltak is! Klinikánk kisebb is a hasonló beosztású bőrgyógyászatnál, mert egyik szárnyát nem építették ki. — A betegek ebédlő hiján egy szűk folyósón, összezsúfolva esznek, etc. úgy, hogy a klinika kibővítése már feltétlenül szükséges volna. Miután a görvélyes szembetegek legnagyobb contingense gyermek, gyermekosztályra volna égetően szükségünk a klinikán, természetesen *elkülönítő szobával* fertőző betegségek esetére, mert anélkül gyermekeket ápolni istenkisértés.

Itt újból a városra kell gondolnunk, amelynek immár legfőbb érdeke volna egy városi kórház felállítása, hogy a klinikák a nem odavaló, egyszerűbb ápolást igénylő esetektől tehermentesíttessenek.

---

Még gyógyítási módszereinkről akarok röviden megemlékezni. Ez irányban még nem jutottunk nyugvó pontra, állandóan keressük a jobb gyógyító eljárásokat, gyógyszereket. Az a szembetünő össze-

függés, amely az egész szervezet izzadmányos diathesisével fennáll, már régóta arra serkent bennünket, hogy a diathesis befolyásolásával igyekezzünk elősegíteni a szemek gyógyulási hajlamát. Imre professzor 1909—10-ben 70 betegen próbálta ki a diétás eljárást oly módon, hogy a szemkezelést egyszerű tisztító öblítésekre szorította s a betegeket szigorú növényi koszton tartotta, azoknak sem húst, sem tejet, sem cukrot nem adott. Az eredmény azonban nem volt kielégítő: a könnyű esetek közül gyógyult 21·5%, javult ugyanannyi, míg a többiek változatlanul maradtak, viszont a szokásos gyógyszeres kezelésre rapide meggyógyultak.

A diétás eljárás ily módon a gyakorlatban nem válván be, a helyi kezelés mellett a szervezetre más módon iparkodunk hatni, amint arról mindjárt szólani fogok.

A helybeli kezelést, a tudott módon, az határozza meg, vajjon a szarú még érintetlen-e, avagy már résztvesz a folyamatban. Mindaddig, amíg a szarú hámja ép, illetőleg kis hámfoszlás esetén is, ha beszűremkedés nincs, a *calomel* a souverain szer, melyet felülmulni eleddig egy szer sem tudott. A mi eseteink azonban legtöbbször már keratitissel komplikáltak s ha az első rendelésnél még nem is volna úgy, pár nap alatt bizonyosan társul az egyszerű conjunctivitishez a keratitis is (ambulans betegeinket értem), ha csak a szülőkre bízzuk a gyógyítást. Ezért a calomelt még egyszerű görvélyes kötőhártya hurutnál sem adjuk a beteg kezébe, mert számítunk az esetleges rosszabbodásra, mikor is calomelt az incrustatio veszélye miatt már nem adhatunk.

Az ambulans, egyszeri rendelésre jövő, s azután rögtön távozó betegeink érdekében állandóan keresünk oly gyógyszert, amely egymagában elegendő lenne úgy a kötőhártyagyúladás, mint a szarúhártyagyúladás gyógyítására. Imre professor e célra a *bórsav* concentrált oldatát tartja a legalkalmasabbnak, s a nem nagyon súlyos esetekben ezt szoktuk rendelni 15%-os bórsavas glycerin alakjában, melyből a beteg naponta kétszer becseppent. A gyógyulás elég gyorsan be szokott következni, nekem azonban úgy tünik fel, hogy a hegképződés a kenőccsel kezelt esetekhez viszonyítva gyakoribb.

Ha súlyos keratitis is van jelen, akkor a kezelés úgyszólván naponta változhatik, s ilyenkor lehetetlen a paraszti beteget két belső szemkenőcsre, egy külső szemhéjkenőcsre, öblögető folyadékra, belső orvosságra vonatkozó utasításokkal elbocsátani, mert az egészet összezavarja s nem marad más választásunk, mint hogy felvegyük a beteget.

Legfőbb szerünk a görvélyes *szarúhártya*gyúladásnál a 10% Jodol-kenőcs (Tetrajodpyrrol, $C_4J_4NH$), amely igazán kitünő szolgálatokat tesz nekünk. Csak ritkán kell a kezelést 2% Collargol kenőccsel kezdenünk, amikor a conjunctiva duzzadtsága és érzékenysége oly nagyfokú, hogy a Jodol csípő hatását nem bírja ki. Mindkettőt naponta kétszer szoktuk alkalmazni egy-egy órai időre, mely idő alatt a szem kötve marad. Hatása alatt hamar tisztulnak fel a szarú infiltratumai, megindul a hámosodás, melyet ilyenkor már calomellel is siettethetünk, megbékél a szem. Ha a hámosodás már teljes és a kötőhártya annyira nyugodt, hogy kisebb izgatást is visszaesés nélkül eltür, következik a gyógyulás folyamán képződött szarúfoltok feltisztítása, amelyre mi legtöbbször 3% Dionin-kenőcsöt használunk, mely ismert lymphagog hatásával a friss szarúfoltokat a szarú táplálkozásának javításával el is mulasztja. Csak igen ritkán szoktuk e célra az 1% sárgakenőcsöt használni.

Kötőhártya és szarúhártya mellett sok dolgot ad még a szemhéjak kezelése is. Ezek sokszor annyira duzzadtak, megvastagodottak, bőrük eccemás, szélök kimaródott, pörkökkel fedett, hogy a bulbus kezelését nagy mértékben akadályozzák. A szemrés feltárásánál a szemzúg bőre könnyen beszakad, ami a kezelést szintén nehezíti. Ilyenkor az ápolószemélyzeté a főérdem a beteg meggyógyításában. A pörkök leáztatását borvízzel végezzük, az eccemák és rhagadok ellen 10% Noviform-kenőcsöt, — rhagadok ellen gyakrabban 10% formidin-kenőcsöt vagy port használunk. Hosszú, hetekig tartó következetes és gyöngéd kezelésre van szükségünk, hogy a gyógyulást elérhessük.

A helybeli kezelés mellett állandóan foglalkozunk az egész szervezet erősítésének kérdésével. A diétás kezelés kiesése nekünk tulajdonképen előnyös, mert a külön kezelés nehézségei elesnek, s a szokványos koszt mellett ép oly jól birunk gyógyítani. Az általános kezelés klinikánkon tulajdonképen már az első tisztító fürdővel kezdődik. Utána jön a pediculosis kezelése sublimattal, vagy kevés szürke kenőccsel. Ezután a hajas fejbőr nagy ótvaros területeinek tisztogatása következik, a leáztatás salicylolajjal, a gyógyítás Zinc vagy Noviform kenőccsel. Szóval az első a köztakaró gyógyítása, a rendkivül fontos *bőrápolás*. Egészen meggyógyult betegeinknél is sokszor észlelünk hirtelen visszaesést az arc vagy az orr eccemájának kiújulása kapcsán.

Állandó szükségét érezzük a dugult, túltengett nyálkahártyájú orrok kezelésének is. Ecseteléseket szoktunk alkalmazni gyenge

lapis oldattal, vagy glycerines lugol oldattal. Az orr bajának gyökeres speciális kezelése a szembaj gyógyulása után az első teendők közé tartozik.

A lymphatikus diathesis ellen régebben a csukamájolajjal, majd a parádi arzénes vízzel küzdöttünk, újabban minden scrophulás betegünk egész benntléte alatt Syrupus kalii sulfoguajacolicit szed. Betegeinket amint az időjárás megengedi, a szabadba vezetjük, beárnyékolt szemekkel a napsütésre visszük, s ez a nem tökéletes napkúra is sokat segít állapotukon.

Egy igen makacs, állandóan recidiváló, nyaki lymphomákkal, eccemával, dugult orral kezelt nőbetegünknél *egy éri* kórházi kezelés után csak úgy birtunk gyógyulást elérni, hogy kitartóan alkalmaztuk az *arsent* subcután Arsotonin injectiók alakjában. A beteg rövid megszakításokkal 70 injectiót kapott, az injectiókat nagyszerűen türte, eccemái elmultak, nagy, széles, szalonnás kötőhártyai persenései eltüntek, s szeme, mely egy egész évi kezelés alatt egyszer sem volt nyugodt, annyira meggyógyult, hogy a mesterséges pupillaképzés műtétét könnyen kiállotta. Ez a kedvező tapasztalat vezetett bennünket az arsen *subkután* alkalmazásának gyakoribb használatára. Próbaképen már gyermekeknek is adtunk kis dosisban és a hatás meglepően jó volt, úgy, hogy a gyógyszernek a gyerekeknél való alkalmazási módjait meg fogjuk állapítani.[1]

Helyes általános kezelésről azonban még a klinikán sem beszélhetünk mindaddig, amig betegeinket párosával kell egy ágyba fektetnünk, mig azoknak elegendő levegő, elegendő fürdő, ágynemű, fehérnemű nem áll rendelkezésükre. Jelenleg a munkaerőkben való nagy hiány mellett még a rendelkezésünkre álló módszerekről is le kell mondanunk, igaz, hogy helyünk sem igen volna nap- és légfürdőkhöz.

E hiányokon volna hivatva segíteni a hanaui quarzlámpa társaság „Künstliche Höhensonne"-je, mellyel a napfényhez hasonló hatásokat érhetünk el, s melynek alkalmazását általános, rövid besugároztatások formájában már régóta tervezzük. Sajnos, anyagi okokból eleddig ezt a kis tervünket sem valósíthattuk meg.

A görvélyes szemgyúladás elleni küzdelmünkbe a jövőre vonatkozó programmunkba a betegség aetiologiájának tanulmányozásán

[1] A cikk írása óta az adagolás módját már megállapítottuk: már 3 éves gyermekeknek is nyugodtan adhatjuk a felnőttekre vonatkozó adagnak a felét, tehát napi 0·5 $cm^3$-t. (Arsotoninból.)

kívül főként az említett két ügyet vettük fel: 1. a megbizható gyógyszert az ambulans, ellenőrzésre nem jövő betegek részére és 2. az általános kezelés kérdését. Az általános kezelésnél még az *élesztők* szerepét is tisztázni szándékozunk, a háború miatt azonban még nem birtunk anyaghoz jutni. Szándékunk még a különböző tuberculinokkal való gyógyítást is kipróbálni.

Küzdelmünkben nem szabad szem elől tévesztenünk, hogy a görvélyes szemgyúladás *népbetegség,* mely ellen csak a klinikán küzdenünk nem elegendő. Úgy a nép felvilágosítása, mint a kezelésre való begyakorlás fontos kötelességünk, ennek lehetővététele azonban, sajnos, hatáskörünkön kivül esik. Küzdenünk kell azonban szóval és irásban azért, hogy ez a népbetegség elterjedettségéhez és súlyos voltához mérten kiterjedtebb gyógyításban részesüljön, mint eddig. Épüljenek népszanatoriumok a görvélykóros gyermekek és ifjak számára, vagy ha más célra épülnének, legyen hely bennök ezeknek is. Napos, jól insolált helyekre van szükségük e szanatoriumoknak, vagy Kórházaknak, subalpin, vagy tengerparti fekvéssel, esetleg a mi erdélyi viszonyaink között valamely sósfürdővel kapcsolatosan. Itt azután alkalmazható volna a physikalis therapia sok áldásos módja; napfürdő, télen „Küntsliche Höhensonne", légfürdő, utókúra gyanánt sós- vagy jódfürdő. Igy lehetővé volna téve a szegény betegeknek a kritikus idők könyebb kiállása. Mint tudjuk, ez a kritikus idő kétféle, először az életkor, másodszor az évszak kritikus ideje.

Figyelnénk és gyógyítanánk tehát a két-három éves gyerekek és 14—17 éves fiatalok görvélykóros szemgyúladását és figyelnénk és kivédenénk az őszi és tavaszi fellángolásokat.

Összefoglalva mégegyszer az eddig mondottakat, *conclusioképen* a következőket kell levonnunk:

1. A görvélyes szemgyúladás fontos *népbetegség* (endemia).

2. Gyógyítása társadalmi és állami intézkedéseket követel.

3. Gyógyításában a sebész, a gyermekorvos és a szemész együttesen kell hogy résztvegyen.

4. A benne szenvedők ártalmas környezetükből hosszabb időre eltávolítandók (népszanatoriumok).

5. A szemosztályok és szemklinikákkal kapcsolatosan külön osztály szervezendő a görvélyes szemgyúladásban szenvedő gyermekek számára.

Addig, amig a hatalmas közegészségügyi faktorok, a népsza-

natoriumok fel nem épülnek, a kis gyermekek részére nem marad más, mint a fokozott csecsemő és gyermekvédelem, a 14 és 17 évesek számára pedig városonként, községenként az általánosan jobb (olcsóbb) táplálkozás, a jobb lakás és a jó levegő kérdésének megoldása, a közszükségleti cikkek olcsóbbá, tehát általánosabbá tétele.

Nekünk orvosoknak pedig a gyógyításon és irányításon kivül a szegénység és tudatlanság, az egészség e két legnagyobb ellensége, ellen való küzdelem továbbra is magasztos kötelességünk marad.