

A Röntgen-kezelést a bemutatás után kétszer hetenként ambulanter tovább folytattuk, minden egyes alkalommal 10 perczig a czombok distális epiphysisét, 10 perczig a lépet tettük ki e sugarak hatásának. Természetes, hogy e mellett a vérvizsgálatokat is rövid időközökben rendszeresen folytattuk. A beteg subjectív érzése állandóan igen jó volt, kielégítő volt az arcszín és a léptumor is lassan visszafelődött. A vörösvérsejtek száma állandóan öt millió fölül volt, a fehéreké fokozatosan tíz ezerre szállt alá, a haemaglobin tartalom 95% körül ingadozott. További változások jelentkeztek lassanként a szövettani képen is: neutrophil polyn. sejtek 63–67% közt voltak találhatók, míg a *neutrophil myelocyták teljesen eltűntek*; feltűnően emelkedett mindinkább az eosinophil polynucleárisok száma 13%-ra; basophil szemcsészettségű sejtet 2–6%-ban találtunk, lymphocytát pedig 25–18%-ban. A vörösvérsejteken semminemű eltérés a normálistól nem volt észlelhető.

Ilyen volt a klinikai és haematologiai kép egész július elejéig, midőn az utolsó rendszeres vérvizsgálatot eszközöltük s a most leirt leletet ismételtén megállapíthattuk. Július eleje óta feltűnt a léptumor rohamos növekedése, július 17. én súlyos collapsus támadt, a gyermeket beszállították hozzánk, hol néhány percz alatt beállott az exitus. Nem volt időnk már vérsejtszámláláshoz, csupán tárgylemez-készítményeket vettünk, melyek vizsgálata teljesen meglepő eredményt szolgáltatott. Ezen készítmények egy részét hő mellett (triacid-festéshez), más részét alkohol-aether aa keverékében (*Romanowsky-festéshez*) fixáltuk, míg a *Jenner-féle* folyadékkal e'özetesen nem fixált készítményeket festettünk meg. Festő folyadékunk e szerint az *Ehrlich-féle* triacid, a *Romanowsky-s* a *Jenner-féle* volt.

Látható e készítményeken, hogy a fehérvérsejtek száma enormisan megnövekedett, arányuk a vörösvérsejtek számához körülbelül 1:2, 1:1.5. A vörösvérsejtek igen nagyfokú poikilocytosist, polychromatophiliát mutatnak, elvértve látható egy-egy mikroblast. Legfeltűnőbb azonban a fehérvérsejtek képe: a *vérvérsejtek* az eddigi vizsgálatoknál megszokott nagyszámú neutrophil sejtelek helyett majdnem kizárólag olyan sejteket látunk, melyeket minden kétségen felül nagy lymphocytáknak, helyesebben mondva lymphoid sejteknek kell tekintenünk. Ezen sejthalakok legszébben a *Jenner* szerint festett készítményeken tanulmányozhatók, miután a triaciddal festetteken általában nagyon halványan, homogenen néznek ki, de granulatiokat ezen sejtekben a triacid-festés után sem találtunk. A *Jenner* szerint festett készítményeken megállapítható, hogy e sejtek nagysága a vörösvérsejtekét felülmulja, és pedig egy részük másfélszer, kétszer, más részük négyszer, sőt hatszor is akkora. Úgy a nagyobb, mint a kisebb sejtekben, különösen az utóbbiakban chromatszegény, kerek, finom hálózatot mutató, a sejt legnagyobb részét kitöltő mag foglal helyet. Proto plasmájuk sötétebb kékre festődött s a halványabb mag körül vékony szegélyt képez. Granulatiokat bennük nem találtam. Helyenként e sejteknek csupán roncsai láthatók. Egyes sejtek magvai oszlást mutatnak. Az ezen sajátosságokat feltüntető sejthalakokon kívül más elemeket alig látunk, úgy hogy igen nagyszámú fehérvérsejt összeszámlálása után a lymphocyták számaránya 95%-ban állapítható meg, ezek között van nagy alak (a vörösvérsejtnél négyszeresét túlhaladó) 38%-ban, kis és közepnagy alak 57%-ban. Ezenkívül találunk neutrophil polynuel.-t 0.5%-ban, neutr. myelocytát 1%-ban, eosinophil polyn.-t 0.5%-ban, eosinophil myelocytát 3%-ban s rendkívül elvértve egy basophil-sejtet.

Bonczjegyzőkönyvi kivonat. (Preisich Kornél dr.) Leukámia. Myodegeneratio cordis. Balanoposthitis catarrh.

Lép súlya 2200 gm., tokja helyenként kissé vastagodott, részint a fali peritoneummal, részint a gyomorfallal kötőszövetesen összenőtt. Hossza 28 cm., szélessége 17 cm., vastagsága 13 cm. Metszlapja málnageléeszerű, könnyen kikapartható.

Máj súlya 2000 gm., harántátmérője 26 cm., szélessége 20 cm., vastagsága 9 cm. Metszlapja barnásszürke, állománya törékeny. Az egész béltractusban a nyiroktüszők nagy gombostüfejniyek, szürke göbésék alakjában tűnnek elő. A Peyer-plaqueok helyenként ily göbésék egymás mellé sorakozása által pajzsszerű képletekké alakultak. A mesenterialis mirigyek babnyiak, kis mogyorónyiak, részint lágyak, szürkés-málnavörösek, részint pedig

elmeszesedtek. Inguinalis hajlatban mandolányi, málnavörös, lágy mirigyek. Csontvelő szürkés málnavörös.

Szövettani vizsgálatunk hiányos. Külső okokból csupán a lépet és májat vizsgálhattam meg, alkoholban való fixálás, celloidinba ágyazás után. *Van Gieson* festéssel így is jól lehetett látni, hogy úgy a máj, mint a lép a zsúfolásig meg van töltve fehérvérsejtekkel, melyek szövettani képe általában a lymphocytáknak felelt meg.

(Folytatása következik.)

A hallucinálás és a téves képzet keletkezéséről.

Irta: *Jendrassik Ernő* dr., egyet. ny. r. tanár.

(Folytatás.)

Ilyen körülmények között mégis fel kell vetnünk a kérdést, hogy miért is erőltetik a buvárok oly nagyon a szervi érzés kóros izgalmanak szükséges voltát a hallucinálás támadására és hogy voltaképen mi is az a szervi érzés?

Az első kérdésre nem nehéz felelni. Azt állították ugyanis, hogy mert egy emlékképnek akaratlagos ingerületbe hozása öntudatunkban nem adja meg a valóságos érzéki észrevezés karakterét, hiányzik még belőle valami, a mi azt abban az irányban kiegészítené. Azt vették fel, hogy ez a kiegészítő tényező az illető érzékszervben volna keresendő s így jutottak a szervi érzés felvételére, ez a szervi érzés adná meg a felvétel érzelmében azt az érzést, a melyet a psycho-physiologiában érzés-színezetnek (*Gefühlston*) neveznek. *Wundt* szerint érzés-színezet (azt hiszem ez a név felel meg a *Gefühlston* értelmének) alatt az érzési benyomásokat kísérő kellemes vagy kellemetlen érzést (*Lust und Unlustgefühl*) értjük, *Wernicke* inkább az ingerületet felvevő szervnek helybeli megérzését mondja ezen kifejezéssel. *Sergi*² minden benyomást két tényezőre bont fel: a perceptiora (a mely alatt a *Wundt*-iskola apperceptioja értendő) és az érzésre (sentiment, ez *Wernicke* perceptioja).

Az érzés kellemes vagy kellemetlen színezete azonban minden gondolkozási műveletünket kíséri, a nélkül, hogy annak bármiképen is az érzéki észrevezés jellegét kölesönözné, ezért egészítette ki *Wernicke* az ő szervi érzésfogalmát a localizálás képességével (*Bewusstseinsgebiet der Körperlichkeit*) és a célirányos védelmi működések keletkezésével. Ezen utóbbi reflexműködésektől teljesen eltekintek, hiszen ezek az ingerületnek egyszerűen tovább terjedését jeleltik mozgó területre. A testfelületünkön nyert tapintási benyomásoknak localizálását ugyanolyanféle módon kell létrejötnének tekintenünk, mint a végtagok mozgási berendezésének localizálását: az agyvelőkéreg területileg különvált centrumai eléggé érthetővé teszik úgy a mozgás, mint a tapintási érzés helybeliségének felismerését, s alig gondolhatná valaki, hogy a mozgás kiváltásakor csak utólag a megmozdult izomtól nyert szervi érzés világosítana fel arról hogy melyik izmunk mozdult meg az intendált impulsusra. Sokkal nehezebb ennek a principiumnak átvitele a látóérzékre s egyáltalában nem sikerül egyik fülünk hallására. Az, a ki egyik fülén süket, hallása révén nem ismeri fel azt az irányt, a melyből a hang megszólal és mégis az illetőnek a legesekélyebb mértékben sem csorbul az érzéki észrevező benyomása a másik fülén. Ez a theoria azonban véglegesen kudarcot vall, ha a hallucinálás tanára akarjuk átvinni. Igen gyakran látunk ugyanis olyan eseteket, a melyekben a beteg a hallási vagy látási hallucinálást a külvilág bizonyos helyére köti, így a szoba egyik sarkába, a kályhaajtóra, a felső emeletre. Ha ezekben az esetekben felveszszük, hogy a localizáló szervi érzés a *Wernicke-féle* perceptiosejtek bizonyos csoportjában támad s onnan vetítődik kifelé: akkor a betegnek a hallucinálást kifelé más és más irányba kellene éreznie a szerint, a mint helyzetét változtatja. A testfelületnek localizáló érzését az érzésvezető pályáknak a kéregben különvált, izolált végződése eléggé megmagyarázza; a testünkön kívül eredő ingereknek helybeliségét tehát a fülünk vagy szemünk útján nyert benyomásokat különböző tényezők (mozgási beidegzés [szemek összetérítése,

¹ *W. Wundt*: Grundzüge der physiologischen Psychologie. 3. Aufl. 1887. I. 290.

² *Sergi*: La psychologie physiologique, 1889. 36. 1.

accomodálás], a látás kétszemmel volt, a perspectiva, a hallásra a két füllel hallás, a hang ereje, változó színezete) teszik lehetővé, tehát több centrumnak asszociáló működése és nem egy erre külön rendelt centrum. De ha még ettől a localizáló theoriától el is tekintünk s a szervi érzés kifejezése alatt olyan valamit akarnánk jelezni, hogy az érzéki benyomások kíséretében a látási és hallási képek mellett az ingert felvevő szervet (szem, fül) is megérezzük: még akkor sem jutnánk elfogadható álláspontra, mert ilyenféle érzésünk nincsen. Olyan embereknek, a kik egyik szemükön megvakultak, figyelmüknek külön felhívása nélkül nincs fogalmuk erről a bajukról, míg valami véletlen nem világosítja őket fel állapotukról. Ismerek olyan egyéneket, a kik egyik szemükön nagyon erősen közellátók, másik szemükön ellenben jól látnak, az ilyen egyének nem tudják, hogy melyik szemükkel néznek, nem érzik, hogy melyik szemük lát.

Talán célszerűbb volna ezek helyett a szervi érzések helyett az elementáris érzést venni számításba. Kétségtelenül látási észrehevésünkben külön veszünk tudomást a fényről, a színről, sőt némi tekintetben az alakról is, hiszen emlékképeinket felismerjük azonnal, ha azok változott világításban, színben, sőt sokszor alakban is kerülnek elénk, és hasonlóképpen a legesekebbébb nehézséget sem érezzük abban, hogy ismert dallamot más hangnemből, más hangszereken azonnal újra felismerjük. Főleg az optikai benyomások csaknem általánosságban némileg elvont fogalmak, hiszen az ismert tárgyak is megvilágításuk szerint s testünkhez viszonyított helyzetük szerint csaknem mindig más és más képet adnak, s mégis azonnal felismerjük azokat, még olyan oldalukról is, a melyről sohasem láttuk.

Ezek a változó tulajdonságok, a melyek így más és más megvilágításból és változó relativ helyzetből származnak, minden valószínűség szerint nem is részei az emlékképnek, mert ezeket nem is veszszük úgy tudomásul, mint egyébként a legesekebbébb változást, a mi az emlékképünk s az illető tárgy között esetleg előáll. Ezen külső kellékek nélkül nem tudunk tárgyat elgondolni. Ugy látszik tehát, hogy minden érzéki benyomás két részből áll: egy többé-kevésbé elvont emlékképből és az azt kísérő elemi érzési benyomásból. Ha pl. egy dalt hallunk és megállapítjuk, hogy azt zongorán játszzák, vagy énekelik, úgy kétféle érzési benyomás ér bennünket: a dalé egyrészről és a zenei hangszere másrészről; mindkettő teljesen különbözik és független egymástól, de mégsem volna lehető a dalt valamely elemi érzési járulék nélkül meghallani. Hasonlóképpen felismerünk egy Rubens-képet ép oly biztosan akár az eredetijében látjuk, akár egyszerű másolatban. Az elvont emlékkép tehát valóban nagyon független az elemi járulékoktól és mégis asszociatív módon nagyon össze van kötve egymással: szerfelett elégedetlenek volnánk, ha pl. a színházban az énekesnő helyett a dalt zongorán adnák elő, vagy ha a kép kópiáján a színeket nem jól választanák meg.

Ezek a példák eléggé bizonyítják, hogy az elemi érzésbenyomások elkerülhetetlenül szükségesek a valódi érzéki észrehevéshez, bár minőség dolgában mellékesek. Így megérthetjük az álmokképek valóságos érzéki észrehevés karakterét, noha benne az érzésnek ez a két tényezője gyakran nagyon erős disharmoniában van.

A jelzett két tényezőnek egymástól való függetlensége kényserít minket az abstractionra, voltaképpen ez a természetes, szerkes alapja a mi abstraháló tehetségünknek; s csak egy lépéssel mentünk tovább, a mikor a tárgyakat névvel, szavakkal symbolizáltuk. A szavak nemcsak érzési téren, hanem a mozgási centrumokban is localizálva vannak, ilyen módon gondolkozási képességünk nagy területen válik lehetségessé, mert a külső benyomások csak érzési emlékképeket támasztanak, a melyek szintén, de csak szűk körben, asszociálódhatnak, nagyobb téren, az asszociálásnak hosszú lánczokba fűzését ellenben csakis mozgató centrumainkban teljesíthetjük. E két centrum működésének különböző volta legelőkelőbb akkor tűnik szemünkbe, ha pl. egy igen ismert képet (festményt vagy rajzot) akarunk emlékünkből felidézni, vagy pedig egy ismert dalt. A képről csak érzési emlékképeink vannak, ezért csak igen keveset tudunk határozottan elgondolni a kép vonalaiból, színezéséből árnyékolásából, csak annyit, a mennyit mintegy utánrajzolásból, tehát mozgási téren, fogtunk fel belőle vagy tanultunk meg róla; míg a melódiát, a melyre a mozgási

reprodukálási képesség általánosabban megvan bennünk, egészen pontosan tudjuk reprodukálni.

Egy szóval, csak az a képességünk van, hogy mozgató emlékképeket támaszszunk fel igazán emlékeztünkben, azokat asszociáljuk; e mellett azonban nem szükséges, hogy ezeket a mozgási impulsusokat a környéki mozgási pályákra, azaz ezeknek az előző központi tekervénynek megfelelő kiindulási sejtjeire bocsássuk át. *De minden érzési ingerület, bárhonnan eredett is, a valóságos érzéki észrehevés jellegével bír, hiszen ezek az érzési emlékképek valójában a mi külvilágunk. Tamburini*¹ helyesen okoskodik, a mikor a mozgató és érző kéregközpontokat egymással szembe állítja és arra a következtetésre jut, hogy a mozgató központok ingerlése az illető izomcsoportokban mozgást, rángásokat vált ki, az érző központok ingerlete ellenben érzési benyomásokat, azaz hallucinálást. Az olyan ingerek, a melyek ezen utóbbi központokra hatnak, többé-kevésbé teljes érzéki csalódást okoznak, a szerint a mint szűkebb vagy tágabb térre terjeszkednek s több-kevesebb elemi érzési jelleget nyerne. Mivel-hogy azonban az álomban és a deliriumban az elvont emlékkép és az elemi érzési pótlék nincsenek helyesen coordinálva, érthető, hogy az álmokképek zavarosak, össze nem illők (álomszerűek); a magam részéről úgy is vélem észlelhetni, hogy az álmokképek igen nagy számmal támadnak, de csak azok maradnak némileg meg emlékeztünkben, a melyek véletlenül már előzetesen asszociált (kijárt) sejtterületeken támadtak.

Az álmokképek keletkezése eléggé érthető, ha felveszszük, hogy az alvás alatt azok az érzési emlékképet tartalmazó sejt-csoportok, a melyek az egész ébrenlét ideje alatt kívülről behatott ingerek folytán ingerelve voltak, s ezeket az ingereket éppen mint emlékképeket magukban megtartották, hogy ezek az alvási nyugalomban kezdenek visszatérni eredeti állapotukra (felejtés). Ez a változás, az inger, inkább passzív természetű, mint activ.

A tébolyodottság hallucinálásának eredete azonban egészen más mint a deliriumoké és az álmoké. A neurastheniáról nem régen közölt értekezésemben megkíséreltem már bizonyítani, hogy a neurasthenia és a paranoia között nincsenek éles határok, sőt ellenkezőleg, alapjában véve mind a két kórforma ugyanabból a pathologiái forrásból ered. Abban már igazán nem lehet kételkedni, hogy a paranoiában nem a téves képzet vagy a hallucinálás a betegség; ezek csak tünetek, a melyek már az ezen tünetek kifejlődése előtt nem normális idegrendszerben támadtak; igaz, hogy annyira előtérbe kerülnek, hogy a figyelmet a bántalom alapjától is elvonják, úgy mint pl. a vízkórság a billentyűbajtól. Sajnosan nélkülözzük a mai elmekörtanok többségében a paranoia alapállapotának tárgyalását. Nem téves képzet-e az (*Wahn*) a szó szoros értelmében, ha a neurastheniás úgy gondolja, hogy szívbaja, rákja stb. van? és ettől a gondolatától, legalább tartósan, nem téríthető el semmi módon. Talán kevésbé változtatja meg a betegnek egész gondolkozását, mint a paranoiás téves képzet? Hát nem látjuk napról-napra, hogy mint kínlódik az ilyen ember éveken át, miképpen lesz teljesen munkaképtelen képzett betegségének hatása alatt s nem ritkán suicidiumot követ el? Az ilyen nem jogosult félelem kényszerképzet, a ki ebben szenved, az monomaniás. Nincs is lényeges különbség azok között a kényszer-gondolatok között, a melyek a saját testre vonatkoznak és azok között, a melyek külső dolgokkal hozatnak összefüggésbe. Sajnos, hogy az elmekörtan az eseteket a téves képzet tartalma szerint osztályozza és nem a betegség alapoka szerint. A régi s elavultnak hirdetett monomania, vallási téboly, üldöztetési, perlekedési, szerelmi mánia stb. helyében most a paranoiás *állapotok* (többes számban, *Wernicke*), autopsychosis, allopsychosis, somatopsychosis, sőt auto-somatopsychosis és így tovább, kényszerállapotok, dühöngő téboly (impulsives Irresein), degeneráló psychosis, hypochondriás elmezavar stb. különálló fejezetekben tárgyalatnak, noha voltaképpen egy és ugyanazon kórtani csoportba tartoznak. Naponta látunk átmeneti eseteket a legenyhébb neurastheniás állapotoktól a legsúlyosabb paranoiásokhoz. A fixa ideának tartalmát többnyire a véletlen szabja ki, igaz, hogy ennek azután nagy befolyása van a beteg további sorsára. Pathogenesis tekin-

¹ *Tamburini*: Sulla genesi delle allucinazioni. Riv. sper. di freniatria, 1880.

tetében azonban ugyanazzal a tünettel van dolgunk, akár attól fél a beteg, hogy tabese van, vagy hogy ninesen czipő a lábán, vagy hogy valakit meggyilkolt, vagy hogy ő a király. Természetesen viselkedése más és más a kényszerképzet tartalma szerint. De bármelyik esetben egyforma erővel és határozottsággal van meggyőződve felvétele helyességéről és változhatatlanságáról.

(Vége következik.)

T Á R C Z A.

Egészségügyi szolgálat az óceánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

Hat hosszú hónapra keresztül jártam az óceánt mint hajóorvos a Cunard-társaság *Slavonia* magyar kivándorlási hajóján. Azt hiszem, távol állok a kérkedéstől, ha azt állítom, hogy mint orvost első sorban érdekelték az egészségügyi szolgálat és az ezzel összefüggő kérdések. A hat hónap alatt közel 8000 ember hajózott az Új-világ boldogító partjai felé, a mi elég tekintélyes szám arra, hogy egy orvos tapasztalatainak támasztópontjául szolgáljon egyrészt; de magát a kivándorlók tömegét, mint individuumot véve, megközelítőleg tiszta és zavartalan képet lehet alkotni másrészt arról a véleményről, a mely magukban a kivándorlóknak formálódott azokról a kérdésekről, melyek kétségtelenül őket érdeklik legközelebről.

A magyar kivándorlási kérdéssel, különösen, ha annak élelmezési részéről van szó, a közönség körében nem lehet egyebet hallani, mint panaszt, még pedig keserű panaszt. Valahányszor ezeket a panaszokat hallottam, mindig eszembe jutottak a múlt idők, a mikor még a kivándorlást legnagyobb részben az északnémet Lloyd hajói bonyolították le. Vajjon ki törődött akkor a kivándorlók bajaival és panaszaival? Ha csak magánember nem szerzett róluk tudomást, hírek ugyan azokról az állapotokról ide nem kerültek. Pedig ott volt panaszra ok, több mint elég. Nem hiszem, hogy a Cunard társaságot fennállásának egész ideje alatt annyit szidták volna, mint az alatt a két év alatt, a mióta a magyar kivándorlást ő bonyolítja le. Az intéző köröknek volt ugyan némi tudomásuk azokról az állapotokról, a melyekben a magyar kivándorlóknak részük volt, de nem volt módjukban a helyzeten változtatni. Ezelőtt 8 esztendővel a német hajók kivándorlói még árúk voltak, a hol csak a mennyiség szerepelt, de az ember számot nem tett. Ha pléhsajkjával idejekorán megjelent a konyhában, kapott enni, ha nem, nem. És csodálatos módon többnyire későn jött. És az az étel, nos arról jobb nem beszélni. Vihar alkalmával pedig, ha az utasok nem tisztították fel a fedélközt, akkor ugyan nem volt feltisztítva; eltekintve attól, hogy az evőeszközöket az utasoknak maguknak kellett tisztántartani.

A legújabb viszonyokról személyes tapasztalataim ninesenek és így azokról nem szólhatok. Csak annyit említek még meg, hogy New-Yorkban volt alkalmam betekinteni azokba a jegyzőkönyvekbe és panaszlevelekbe, a melyek a német hajóstársaságok ellen érkeztek be a szabadkőműves páholyokba. Engem természetesen leginkább a magyar levelek érdekelték és azokból azt láttam, hogy a viszonyok ma sem nagyon változtak.

Hogy mindezen dolgok mellett a közegészségügyre vonatkozó intézkedések terén milyen anomáliák voltak, arról jobb nem beszélni. Legyen elég annyi, hogy úgy az egészségügyi szolgálat, mint az élelmezés ellen felmerült panaszok voltak az indító okai annak, hogy a magyar kormány végre valahára maga vette kezébe a kivándorlás ügyét és annak lebonyolítását a Cunard-társaságra bízta.

Hogy ez a lebonyolítás hogyan és mikép történik, jő-e vagy nem jó, kiderül e tanulmány folyamán. Mindazokat a kérdéseket, a melyeket itt tárgyalok, animositás nélkül, személyes tapasztalataim alapján irtam meg és minden igyekezetem arra irányult, hogy tárgyilagos maradjak, még a hibáknak és tévedéseknek ostromozásában is.

A kérdés meglehetősen bonyolult és nálunk új.

A tengeri egészségügyi szolgálat ugyanis, a megvont kerek ellenére, meglehetősen tág területen mozog, a mennyiben nagyjából mégis felöleli az egészségügy minden ágazatát. Hogy

ne említsek többet, Anglia egészségügyi irodalmának tekintélyes részét alkotják azok a munkák, a melyek az óceáni egészségügyi szolgálatot és a hajók hygienikus viszonyait tárgyalják. Csak a hajók szellőzéséről egész könyvtárt irtak össze.

Nálunk és Ausztriában ezek a dolgok a nemzetközi törvényekre zsugorodnak össze, a melyeket itt-ott kegyetlenül rossz ministeri rendeletekkel toldottak meg, a melyeket alkalmazni nem lehet és a melyek paragrafusról paragrafusra magukon viselik a járatlanságnak és a rossz fordításnak minden tulajdonságát. Pedig ez a kérdés most Magyarországon is aktuálissá lett, a mennyiben a kivándorlás túlnyomó részét egyetlen kikötőnkben, Fiumében bonyolítják le.

Sem azelőtt, sem most nem foglalkozván senki ezzel a kérdéssel, megkísérlem dióhéjban összeállítani a tengeri egészségügyi szolgálat irányadó elveit, természetesen szem előtt tartva a magyar kivándorló hajókat, a magyar kivándorlók érdekeit és főleg azokat a ministeri rendeleteket, a melyek a kivándorlásra vonatkoznak.

Ha ezzel a tanulmánnyal csak annyit érek is el, hogy felkeltem az illetékes körök érdeklődését, akkor céloznak egy részét már elértém.

I.

A dolog természetében rejlik, hogy a nagyobb embertömeget szállító hajókon a közegészségügyi szolgálat egészen más-képen alakult, mint a szárazföldön. Az óceánt napokon, sőt heteken keresztül járó hajók sajátos, egyrészt önmagukban, másrészt a környezetben gyökerező viszonyai olyan intézkedéseket tettek szükségessé, a melyeknek feltétlenül fenn kell állni a hajó és a közegészségügy között. Természetes, hogy a vezérelve a tengeren is azokból az általános követelményekből fejlődnek ki, a melyek a szárazföldi egészségügyi szolgálatot jellemzik, de finomabb részleteiben, a kivitel módjaiban és a szabályok alkalmazásában a különbségek feltűnők.

A hygiene, mint tudomány, diadalmas előrehaladásában már a tengert is úgyszólván teljesen hatalmába ejtette. Az óceánt járó nagy gőzösök, némi csekély, a lényegbe nem vágó eltéréseket figyelembe nem véve, a nemzetközileg megállapított egészségügyi szabályoknak hódolnak, a mi lehetővé tette azt, hogy ezen a téren teljesen egyöntetű felfogások alakultak ki, a melyeket a kivitel módozataiban bátran lehet biztos és szilárd támasztópontnak elfogadni.

Ez a magyarázata annak, hogy a tengeren uralkodó egészségügyi szolgálat aránytalanul jobb és megbízhatóbb, mint a szárazföldi. Nem azért, mintha könnyebb volna akár a kezelést, akár az ellenőrzést tekintve, mert ez adott körülmények között sokszor bonyolultabb, mint a szárazföldön; hanem azért, mert a hajó hajó marad, bármilyen nemzet zászlóját is lengeti a tatján a szél.

A tengeren járó hajókra mindezek az egységes szabályok az irányadók, de az alkalmazásban különbség van a szerint, a mint a hajó gőzös, vagy vitorlás, a mint csak személyszállítást, vagy kivándorlási szolgálatot is teljesít. E különbségek szerint az általános egészségügyi szolgálat egyes fejezetei szűkebb vagy tágabb keretben mozognak, esetleg egyes pontjai teljesen elesnek.

Egy érdekes tapasztalatom bizonyára jobban megvilágítja ezt a kérdést, melynek bővebb tárgyalása semmi esetre sem fér e tanulmány keretébe, mely csak a kivándorlást teljesítő hajók egészségügyi szolgálatát tárgyalja.

Tengerészek ugyanis különös előszeretettel járnak a hajókon mezítláb. Én magam is mint orvos tapasztaltam, de kérdezősködéseim is megerősítették azt a tényt, hogy a míg vitorláshajókon a mezítláb járás semminemű egészségkárosítással nem jár, addig a nagy személyszállító gőzösökön ez a passio azonnal náthát eredményez. De az angol tengerészek betegedési statistikája is megerősíteni látszik nézetemet. E statisztika szerint ugyanis azok a betegségek, a melyeknél a meghűlés mint praedisponáló ok szerepel, majdnem kizárólagosan a személyforgalmat lebonyolító nagy gőzösökre esnek, míg a vitorlások és tisztán teheráruforgalmat teljesítő gőzösök ezen betegségeknek alig egy tízed százalékát szolgáltatják. Ugyanilyen statistikát nyújt a halálozási százalék is, nem véve tekintetbe egyik hajónál sem a baleseteket. Az első pillanatra ez csodálatosnak látszik, különösen ha tekintetbe