

KÖZEGÉSZSÉGÜGYI FELADATAINK

AZ 1926 OKTÓBER 24—30-IG TARTOTT
KÖZEGÉSZSÉGI ÉS TÁRSADALOMPOLITIKAI ORSZÁGOS ÉRTEKEZLET
MUNKÁLATAI

D^R VASS JÓZSEF

M. KIR. NÉPJÓLÉTI ÉS MUNKAÜGYI MINISZTER MEGBÍZÁSÁBÓL
SZERKESZTETTÉK

DR. PARASSIN JÓZSEF DR. GORTVAY GYÖRGY

M. KIR. EGÉSZSÉGÜGYI FŐTANÁOSOS,
AZ ÉRTEKEZLET FŐTITKÁRA

MINISZTERI OSZTÁLYTANÁCSOS,
AZ ÉRTEKEZLET TITKÁRA



BUDAPEST FRANKLIN TÁRSULAT

ELŐSZÓ.

A közegészségügy hazánkban a legújabb időkig a szociálpolitika mostoha gyermekeként kezeltetett. Költségei a nem hasznos beruházások sorába számítottak, a szakemberek kis csoportjának törekvései sokszor az idealisták okvetetlenkedésének vétettek, a külön közegészségi minisztérium követelését az utópiák birodalmába tartozónak ítélték. A múlt század három utolsó évtizedében az orvosi rend vezetői belátták, hogy e siralmas helyzetben csak a közfelfogás nevelése útján lehet segíteni, és céltudatos, kitartó munkával törekedtek e cél felé. Igaz, mindig volt egynehány vezető államférfiú (*Eötvös József, Trefort Ágoston, Széll Kálmán*), ki megértette törekvéseinket, az eredmény azonban igen lassan látszott érní, mert a nemzet szellemi energiáját a közjogi és politikai küzdelmek foglalták le, az értelmiség másfelé volt elfoglalva, az államfinanciák gyenge eszközei a mindennapi élet reális követelményei által voltak igénybevéve és az adminisztráció is idegenkedett az újításoktól; szóval, a viszonyok nem voltak kedvezőek a közegészségügy fontosságának megítélésére.

Szerencsére, e mostoha körülmények dacára, a lelkes férfiak egy kis csoportjának érdeméből, legalább egy téren, az orvosbúvárlat és az orvosoktatás terén olyan haladást tettünk, mely hazánk kultúrájának közép mértékéhez mérten a század végén (1897) és a huszadiknak első évtizedében (1909), amikor a főváros falai között két internacionális orvosi kongresszus zajlott le, országvilág előtt demonstrálva lett, hogy tudományos szintünk orvosi téren a világparitás nivóján áll, és ezzel felnyílt a nemzet szeme és elérkezett ideje a közegészségügy megbecsültetésének is, különösen akkor, amikor az egész művelt világ orvosai hódoltak a Magyar Tudományos Akadémiában és az Erzsébet-téren a magyar tudós: *Semmelweis* emlékének, mint az összemberiség egyik legnagyobb jóltevőjének, ki olyant adott a világnak, mint rajta kívül egyetlen magyar sem, olyant, aminek áldása a földkerekség minden élő emberének javára válik és osztja áldásait a világ végezetéig: a *gyermekági láz megelőzését* és a *sebfertőzés megakadályozását*, mely két nagy vívmány alapját képezi az egész modern sebészet és nőgyógyászatnak, mely az emberélet millióit menti meg évente, a *praeventio* útján. A közfelfogás az egészségiek értéke iránt ekkor vett fordulót minálunk is és reményünk lehetett, hogy sok évi küzdelmünk végre megtermi gyümölcseit.

Ilyen dicsőséges és reményteljes napok után szakadt reánk az Isten-ítélet, a világháború, amikor az orvosi rendnek évtizedes, nemzetnevelő munkája és törekvéseire, egy évtizedig halálos csend nehezedett. Igaz, hogy a világháborúban a harctéren kifejtett orvosi munka és az a tény, hogy az orvosi tudomány praeventív vívmányai megmentették Európát a nagy háborúkat előbb mindig kísért pusztító népjárványoktól, hatalmasan felemelte az orvosi tudományok megbecsülését hazánkban is. De le veretesünk, a forradalmak, a kommün, irtózatossá szegényedésünk, a fergeteg elmúltával is minden energiánkat úgy elszibbasztotta, hogy az újraébredés reménye hosszú időn át végleg eltemetettnek látszott, és mi idősebbek már csaknem letettünk a reményről, hogy a megújulás hajnalát megláthassuk.

A nemzet életereje, élni akarása szerencsére erősebb volt, mint a csüggedők kishitősége azt gondolta. A Gondviselés e nagy szerencsétlenség idején is adott a nemzetnek vezetőket, olyanokat, kik meglátták és megtalálták a romok közül kivezető utat, kik lelket tudtak önteni az elalélt nemzet fiaiba és új munkára ébresztették a még megmaradt energiákat.

E nemzetmentő munka egyik fontos részlete *Vass József* népjóléti és munkügyi miniszter úr kezdeményezése, ki kezébe vette a vezetést és összefogva tanácsosaival: *dr. Scholtz Kornél* államtitkár és *báró Müller Kálmán*nal, az Országos Közegészségi Tanács elnökével, számonvette a háború és következményei által derékbatört törekvéseket, megkereste és közös munkára hívta a még itt levő régi munkásokat, hogy ezek segítségével keze közé fogja az elszakadt vezetőfonalakat és összegobozza ismét az ország közegészségügye érdekében szolgáló hálózat szétzúllott és összekuszált szálait, hogy harmonikus új munkára egyesítse a szétforgácsolt és tétlenségre kárhoztatott, de tettrevágó szak tudást és munkakészségeket. Ezek tanácsával és közreműködésével kereste meg egyenkint a lehetőséget, ahol az állam eszközeivel, vagy ezeknek támogatásával a megújulás munkáját ébreszteni, kezdeményezni, támogatni lehet.

Keresve az ébresztésnek módját, első lépésként egy szaktanácskozás megtartását gondolta helyesnek, hogy kivilágosodjanak az aktuális kérdések és a követendő utak és, hogy hol jelentkeznek a hozzáértő és munkát vállalni hajlamos szakemberek.

E feladathoz a helyes utat megtalálni nem volt könnyű feladat, mert sokan, még a legjobbak is csak meddő és eredménytelen jóakarást láttak e törekvésekben. A szakértekezlet helyes formájának megtalálása sem volt másodrendű kérdés, mit különösen *báró Müller Kálmán*, számos hazai és internacionális kongresszus sikerdús szervezője és vezetője, hangoztatott különösen. Az ő tanácsai alapján fogadtatott el az a mód, 1. hogy a tanácskozás anyaga kebelbelileg állapíttassák meg, 2. hogy két részre: közegészségügyi és szociálpolitikai szakosztályra osztassák fel az értekezlet anyaga, 3. hogy szakreferensekre bízassák a tárgyak körülírása, 4. hogy a résztvevők meghívása útján biztosíttassék a tanácskozás tárgyilagossága és végül 5. hogy felkérés útján biztosíttassék a hozzászólások szakszerűsége.

Az értekezlet eszméje egyelőre még a legjobbak között is kevés kilátásúnak ítéltetett meg. Különösen olyanok, kik előbb sokkal jobb időkben tartott

kongresszusoknak voltak buzgó munkásai, elkedvetlenedve a sikertelenség felett és hivatkozva az 1918-ban megtartott Országos Egészségügyi Nagygyűlés két kötetben megjelent munkájának teljes eredménytelenségére, meddő kísérletnek nézték ez újabb erőfeszítést is, és nem egy közülök csak hazafias kötelességére való hivatkozással volt reábirható a reszignáló álláspont felhagyására.

Vass miniszter úrnak vas energiáját nem törték meg az akadályok (optimizmusát talán az is magyarázza, hogy ő e téren még nem élt át csalódásokat), denique, legyőzve a személyi nehézségeket, megállapított a programma, számonvéve mindazon kérdéseket, amelyek sorrendbe állítva, mint a fogaskerék fogai kapcsolódnak egymásba és végeredményben felölelik mindazt, aminek megvalósítása hazánk közegészségügyének kiépítésében elsőrendű jelentőséggel bír és a mai nehéz viszonyok dacára lehetségesnek látszik.

A közegészségügy államfenntartó, politikai és szociális nagy jelentőségét és a teendők vezérfonalát *Vass* miniszter úrnak 1926. évi október 24-én a Magyar Tudományos Akadémia dísztermében elmondott és a munkálat vezetőhelyén olvasható programjában ismerhetni meg.

Az értekezlet programjának, mely 1926 október 24-ikétől 30-ikáig zajlott le, tengelyét az a gondolat képezte, hogy az állam közegészségi élete, intézkedései és intézményei mind az 1876. XIV. tc. keretében lettek szabályozva. Abban a törvényben, mely 50 év előtt az államélet egészen más viszonyai között, az Országos Közegészségi Tanács kezdeményezésére alkottatott, már régen idejét múlta és alapos revízióra szorul. A higiéné tudományának hatalmas előhaladása, az államélet szociális fejlődése, ma már az élet minden vonatkozásában megváltozott igényével lép fel az állammal szemben, és a «praeventív szociális higiéné» nevéen foglalható össze az a gondolat, mely az egész művelt világon jogaiába lépett és nemcsak az államok törvényes intézkedéseiben, hanem a társadalom minden karitatív alakulásában is vezető eszme kell, hogy legyen.

Az így előkészített közegészségügyi tárgyalásokat találja az olvasó e munkálat első részében, amelynek áttekintését e kötetben *zárszóként Scholtz Kornél* államtitkár úr foglalta össze. Az értekezletben felhangzott tényeknek átgondolásával és esetleg a szakemberek újabb meghallgatásával építette fel *Vass József* miniszter úr a népjóléti és munkaügyi minisztérium feladatainak programját, a közel jövőben. A miniszter úr percig sem vesztegette az időt, hanem felhasználva az értekezlet kialakult tanulságait, már is fontos reformterveket készített elő, nevezetesen: benyújtotta a Munkásbiztosítás törvénytervezetét, melyet az országgyűlés hivatott bizottsága már tárgyalás alá is vett; élénk megvitatás tárgyát képezi úgy a minisztérium kebelében, mint az irodalomban, az egészségügy állami közigazgatásának törvényjavaslata; az Országos Közegészségi Tanács közreműködésével elkészült és benyújtásra vár, «Az Anya- és Gyermekevédelmi törvény»; tárgyalás alatt van a «Szülészeti rendtartás» szervezésének kérdése és végül, már is épül a Mátra oldalán a nagyszabású állami Tuberkulózis-Szanatórium.

Mind oly alapvető intézkedések, amelyek egyrészt hazánk közegészség-

VI

ügye és népesedési kérdésében, másrészt az «Egyke» ellen való küzdelemben is alapvető jelentőséggel bírnak.

Mind e kezdeményezések magától a népjóléti és munkaügyi miniszter úrtól indulnak ki, tehát alapos a reménység és alkalmas megnyugvást kelteni a kételkedőkben is, hogy végre, most már nem kergetünk utópiákat, hanem régi törekvéseink és reményeink az ország közegészségügyének felvirágzásában valóra válnak és kultúránk e téren is elfoglalandja méltó helyét a művelt államok sorában.

Tauffer Vilmos dr.

ny. egyet, tanár,

az Országos Közegészségügyi Tanács elnöke,

az Értekezlet elnöke.

KÖZEGÉSZSÉGI ÉRTEKEZLET.

1926 október 25—27-ig a Budapesti királyi Orvosegyesület Semmelweis-termében
(VIII., Szentkirályi-u. 21.)

Elnök: dr. Müller Kálmán báró, az Orsz. Közegészségi Tanács elnöke f.

Dr. Tauffer Vilmos ny. egyetemi tanár, az örsz. Közegészségi Tanács elnöke.

Főtitkár: dr. Parass in József, Budapest székesfőváros tüdőbeteg-gondozó-intézeteinek igazgató-főorvosa.

Titkár: dr. Gortvay György, orvos, miniszteri oszt. tanácsos.

Végrehajtó bizottság:

Dr. Belák Sándor	Dr. báró Korányi Sándor
Dr. Bálint Rezső	Dr. Nékám Lajos
Dr. Bókay János	Dr. Pettko-Szandtner Aladár
Dr. Csiky József	Dr. Preisz Hugó
Dr. Dollinger Gyula	Dr. Rigler Gusztáv
Édes Endre	Dr. Scholtz Kornél
Dr. Fáy Aladár	Dr. Scipiades Elemér
Dr. Fenyvessy Béla	Dr. Szabó Sándor
Dr. Friedrich Vilmos	Dr. Szarvasy Imre
Dr. Gerlóczy Zsigmond	Dr. Tauffer Vilmos
Dr. Grósz Emil	Dr. Tóth István
Dr. Győry Tibor	Dr. Tóth Lajos
Dr. Heim Pál	Dr. Vámosy Zoltán
Dr. Hutyra Ferenc	Dr. Verebély Tibor
Dr. Imre József	Dr. Verzár Frigyes
Dr. Jancsó Miklós	Dr. Végh János
Dr. Johan Béla	Dr. Weiss István
	Dr. Wenhardt János

AZ ORSZÁGOS KÖZEGÉSZSÉGÜGYI ÉS TÁRSADALOMPOLITIKAI ÉRTEKEZLET MEGNYITÓ ÜLÉSE.

1926. évi október hó 24-én délelőtt 11 órakor a Magyar Tudományos
Akadémia nagytermében.

FÖLDES BÉLA

V. B. T. T., NY. MINISZTER, ELNÖK.

Mélyen tisztelt Országos Értekezlet! A Közegészségügyi és Társadalompolitikai Országos Értekezlet ma tartja megnyitó ülését. Ez ülés vezetésével megbízatván, üdvözlöm a megjelenteket.

Üdvözlöm a miniszterelnök úr Öngyméltóságát, mint a távollevő Kormányzó Öfömméltóságának képviselőjét, üdvözlöm *József Ferencz* királyi Fenséget, aki megjelenésével megtisztelt minket, üdvözlöm Horthy Miklósné Öfömméltóságát, üdvözlöm a kormány jelenlevő tagjait, üdvözlöm a hatóságoknak, az egyházaknak, az egyetemeknek és az egyesületeknek megjelent képviselőit, üdvözlöm a megjelent szakfőfiakat és az érdeklődő közönséget.

A népjóléti és munkaügyi miniszter Öngyméltóságának kezdeményezéséből gyülekezik ma ebben a teremben a Közegészségügyi és Társadalompolitikai Országos Értekezlet. A véres világháború és a kegyetlen békeszerződés okozta súlyos gazdasági bajok legsúlyosabbika: az államháztartás rendezetlensége és a pénzérték ingadozása elháríttatván, a magyar társadalom közegészségügyi és társadalompolitikai reformokra vágyódik. A magyar nemzet életerejét fokozni, a társadalom létét biztosítani kell. Csak a maga egészében egészséges és megerősített nemzet teheti meg sikeresen a haladásnak azt az útját, amelyet a Gondviselés eléje szab és csak ilyen nemzet képes a nemzetek társaságában elfoglalni az őt megillető méltó helyet.

A társadalmi problémák egész tömege tűnik elénk. E társadalmi és közegészségügyi problémák tanulmányozására és a lehetőségig megoldására felkértük az ország közegészségügyi és társadalompolitikai szakértőit. E szakértők holnap kezdik meg áldásos működésüket. Felkérem öngyméltóságát, a Kormányzó Öfömméltósága képviselőjét, hogy a Társadalompolitikai és Közegészségügyi Országos Értekezletet megnyitni méltóztassék.

GRÓF BETHLEN ISTVÁN

MINISZTERELNÖK.

A *Kormányzó úr Őfőméltósága* akadályozva lévén, nevében én nyitom meg az Országos Közegészségügyi és Társadalompolitikai Értekezletet. Üdvözlöm az értekezletet, amely olyan nagyfontosságú problémák megoldására hivatott.

A világháború megtámadta nemzetünk fizikai és erkölcsi erejét, megtámadta nemzetünk népesedésének erejét, aláásta egyes társadalmi osztályok létfenntartásának erejét és lehetőségét és ezzel kóros elváltozásokat idézett elő társadalmunk összetételében. A társadalmi és politikai konszolidáció, az államháztartás egyensúlyának, a pénz értékének helyreállítása ma már lehetővé teszi, hogy ezekkel a súlyos problémákkal komolyan foglalkozzunk és hogy kísérletet tegyünk, — az elért eredmények kockázatása nélkül — hozzáfogjunk ezeknek a bajoknak gyógyításához.

A közegészségügy[^] van hivatva a fizikai, a társadalompolitika a társadalmi bajok leküzdésére. Csökkentenünk kell mindenekelőtt a gyermekhalandóság ijesztő számait. Meg kell küzdenünk az egykével és nemzetrontó következményeivel. Fel kell vértézünk magunkat a népbetegségek ellen, a tüdő vész, a járványok, a nemi betegségek, az alkoholizmus és következményei ellen. Javítanunk kell a lakás- és élelmezési viszonyokat. Meg kell állítanunk a középosztály ijesztő pusztulását és romlását. Ki kell egészítenünk munkásvédelmi és munkásbiztosítási törvényhozásunkat. Emelnünk kell a közkerölcsiséget és vallásosságot.

Mindezeket a feladatokat csak a társadalom és az állam együttes munkája oldhatja meg. A tudománynak feladata megállapítani a módszereket, az eszközöket, a feladatok egymásutánját, azt az ütemet, amelyben a feladatok megvalósítandók. A végrehajtás nagy, nehéz feladata a társadalom és az állam vállaira hárul és csak akkor, ha mindenki ebben az országban — tekintet nélkül társadalmi állására — erejéhez képest és igazi emberszeretettől vezetve fogja teljesíteni kötelességét, lehet reményünk arra, hogy a háború következményeképpen jelentkezett súlyos bajokat leküzdési képességűek leszünk és arra, hogy ezt a nemzetet újra a nemzeti létnek magasabb, boldogabb fokára emelhessek.

Én, bízva abban, hogy ez az értekezlet ebben a tekintetben sikeres és alapvető munkát fog végezni, Isten áldását kérem az értekezletre és azt ezenel megnyitottnak nyilvánítom.

DR VASS JÓZSEF

NÉPJÓLÉTI ÉS MUNKAÜGYI MINISZTER.

Nagyméltóságú Miniszterelnök Úr! Királyi Fenség! Főméltóságú Aszszonyom! Igen tisztelt Országos Értekezlet!

A szakfőriaknak e díszes értekezletében bizonyos elfogódottság lesz úrrá rajtam, amikor szólnom kell mintegy megnyitó előadásként azokról a problémákról, amelyekkel az értekezlet célja szerint foglalkoznunk kell. Legyen szabad éppen azért a saját, most következő előadásomra két megjegyzést tennem.

Az első az, hogy én nem akarok magukkal a problémákkal foglalkozni, mert azok a legavatottabb kezekbe vannak letéve. Másik megjegyzésem az, méltóztassék megengedni, hogy az én beszédem legyen a hatnapos tanácskozás során az egyetlen elméleti beszéd, mert hiszen a többi előadások mind a legmélyebben, leggyökerében megfogott gyakorlattal kívánnak foglalkozni. Előadásom célja az, hogy okát adjam az értekezlet összehívása gondolatának. Hogy ezt megtehessem, rövid helyzetrajzot kell adnom azokról az állapotokról, amelyek közegészségügyi és szociálpolitikai szempontból adva vannak és amelyeknek megértése adja okát az értekezlet megtartásának.

Mindenekelőtt meg kell állapítanom, több mint négy évi erős munka után, hogy tulajdonképpen nem tudunk nagyobb eredményt elérni mint azt, hogy a romokat eltakarítottuk és visszaadtuk rendeltetésüknek azokat az egészségügyi eszközöket, valamint szociálpolitikai intézményeket, amelyek a forradalom és a román invázió következtében igen súlyosan szenvedtek és amelyek a nagy gazdasági leromlás következtében egyébként is elvesztették az anyagi lehetőségeket, amelyekkel feladataiknak meg tudtak volna felelni. Megállapíthatom, hogy ez a munka, a romok eltakarítása és a megvolt intézményeknek alkalmaztatása saját munkájuk végzésére, elvégeztetett.

Úgy érzem azonban, hogy nem elég visszaadni rendeltetésüknek azokat az eszközöket, amelyekkel közegészségügyi és szociálpolitikai téren azelőtt is rendelkezünk, hanem gondoskodnunk kell a problémák mélyebb megfogásáról, új eszközökről és új intézményekről, mert hiszen nem normális időket élünk, hanem abnormis idők következményei között vergődünk és a normális időkre való átmenetet kell megteremtelnünk. Nem elégségesek a normális időkre szabott eszközök. Nem elégségesek azért, mert amint az őfőméltósága képviselőjében megjelent miniszterelnök úr jelezte, erősen érezzük még mindkét téren a háború utóhatásait.

Tisztelt Országos Értekezlet! Nem szabad szem elől téveszteni azt, hogy a nemzet derék erejéből felbecsülhetetlen mennyiségű életerő veszett el.

A magyar nemzet élete fáját a történelem keze, a háború kegyetlen keze csapraverte és mértéktelen módon eresztette a legnemesebb nedűt, a vért a nemzet testéből.

Ez az erőmennyiség hiányzik. Csonka lett a magyar nemzet fiziológiai, biológiai harmóniája. De egy másik utókövetkezménye is van ezen a téren a háborúnak. Akik nem veszítették el életüket mint azok, akiknek csontjai szanaszét hevernek a világ harcterein, hanem hazajöttek a háborúból megrokkant testtel, megrokkant idegzzettel, megfogyott ellenálló erővel. Nekünk tehát egészségügyi szempontból számolnunk kell a társadalmi rétegződésben igen nagyszámú embertömegekkel, akikben nincs meg az egészségnek száz percentje, akiknek idegereje, ellenállóképessége nincs meg száz percentben. Ami természetesen azt vonja maga után, hogy az ilyen embertömegek sokkal inkább martalékai bárminő betegségnek. De figyelembe kell vennünk azt is, hogy az egészségében megcsorbult vagy megrokkant nemzedéktől teljesen egészséges új nemzedék nem tud származni. Látjuk ezt a háborúba elvitt generációktól származó nemzedék fiziológiai és biológiai viszonyaiból. De látjuk — különösen az idegerő megcsappanását — abban is, hogy soha még az elmeegógyintézetek olyan nagy mértékben zsúfolva nem voltak, mint a háborút követő esztendőkből. Méltóztatnak tehát látni, hogy a baj mennyire beleette magát a magyar nemzet élete fájába, mennyire szükséges tehát, hogy ne a régi módszerek szerint nézzünk szemébe a gyógyítás problémájának, hanem új ösvényeket és új eszközöket próbáljunk találni.

De szociális téren is megbomlott a társadalomnak egyébként többé-kevésbé finoman kiegyensúlyozott szerkezete. Mindig volt tökéletlenség, egyenetlenség a társadalmi berendezkedés nyomán. De olyan erővel mint most, ilyen új problémák még sohasem vetődtek fel. Mint ahogy hallottuk a megnyitó beszédben, a középosztály problémája, amely eminens szociálpolitikai probléma. Vagy a munkásság problémája, amely mindig probléma volt többé-kevésbé, de olyan nagy mértékben talán sohasem a modern kor fejlődése folyamán, mint éppen most, amikor a produkció és a konzumpció nincsenek harmóniában egymással és minden ilyen harmóniameg bomlás hátrányos hatását, következményeit természetesen legelső sorban maga a munkából közvetlenül élő réteg érzi. De itt van például a szellemileg képzett emberek problémája. Bizonyos túlprodukció látszik szellemi erőkből. Nem azt akarom ezzel mondani, hogy ez a produkció tényleg túlprodukció, hanem azt, hogy a gazdasági értelemben vett produktív társadalmi életben nincs meg az a felvevőképesség a szellemileg kiképzett erőkre vonatkozóan, mint amint meg szokott lenni normális gazdasági viszonyok között és így új probléma mered elénk, a szellemi munkátlanok problémája.

Ezeken a megfontolásokon túl azonban szükségesnek látszott még egy ok miatt az értekezletet összekérni és rávilágítani próbálni egész közegészségügyi és társadalompolitikai helyzetünkre. Ez az ok pedig a következő.

A szociális *prevenció* gondolata olyan diadalmos erővel tör előre az összes modern államok szociális és egészségügyi gondoskodásában, hogy nem zárkozható el mi sem eme előretörés konzekvenciáinak levonása elől. Most már tel-

jesen elavultnak kell ítélnünk azt a megállapítást a magyar egészségügyre nézve, hogy az egészségügy tulajdonképpen kórházügy. Huszonöt-harminc esztendővel ezelőtt egyik legelsőrangú orvosprofesszorunk állapította meg, ezt a tételt és abban az időben tökéletesen igaza is volt. A magyar egészségügy akkor kórházügy volt, mert még nem voltak meg a gyógyításra szükséges eszközök. Ez a csatakiáltás azonban megindította nagyobb arányokban az államnál, a közületeknél, társadalomnál, az egyeseknél azt a folyamatot, amelynek eredménye néhány évtized munkája után az, hogy most már egészségügyi intézményekkel, kórházintézményekkel nagyjában el vagyunk látva, a gyógyítás munkája teljes mértékben megindult és folyamatban van. A modern fejlődés azonban a közegészségügy terén e mellé a gondolat mellé és ezen túl, ezt meghaladva, beállította a másik alapgondolatot, a *profilaxist*, a bajok ellen való védekezés gondolatát. Bátran megállapíthatom hogy ez a második gondolat fontosabb, mint az első. A második gondolat átfogóbb, mint az első, a második gondolat új ösvényeket törni alkalmasabb, mint az első.

Az első, a gyógyítás, szintén folyton halad előre. Hiszen tudós professzoraink klinikáikon, laboratóriumaikban felvették az elkeseredett harcot azokkal a nyavalyákkal, amelyek a nemzet egészségügyi koefficiensét támadják. Folyton új és új metódusokat találnak, új és új eszközökkel próbálnak megverekedni a gyilkos kórokkal az egyének gyógyításánál. Nem tagadom, hogy az egyén gyógyítása a társadalomnak is érdeke. Minél több beteg embert tud visszaadni a tudomány és a karitás megint munkájának, annál nagyobb a társadalomnak tett szolgálat. Állítom azonban, hogy a védekezés rendszere sokkal nagyobb mértékben érinti magát a társadalmat és bátran merem mondani, hogy amint a gyógyítás elsősorban nem a társadalomnak, hanem magának a betegnek ügye, épúgy a betegség, mint társadalmi jelenség, nem elsősorban a betegeknek az ügye, hanem az egészségesek társadalmának dolga. A betegségek között nagyon sok van olyan, amely létezésével, infekció útján fenyegeti az egészségesek társadalmát is. Méltóztatik tehát látni, hogy meg kellett fordítani vagy meg kell fordítanunk a védekezés módját. Ki kell tágitanunk a társadalom egészségügyi szolgálatának kereteit és be kell vonnunk mindenekelőtt az egészségeseket a társadalmi egészségügyi *profilaxis* kereteibe, mert mélyen meg vagyunk győződve arról, hogy ez, a például Amerikában diadalmasan előretörő gondolat éppen az, amely a gyógyítás tudományos és praktikus kifejlesztésén kívül elvezet bennünket oda, hogy társadalmunk egészségügyét tökéletesen rendbe tudjuk hozni.

A *prevenció* azonban nemcsak egészségügyi téren kell, hogy érvényesüljön. Nem tudom, vájjon itt egyik-másik ponton nem találkozom-e majd a szociálpolitikusok más véleményével szemben, amikor t. i. bátran kimondom azt is, hogy amint a prevenció elméletileg és gyakorlatilag a fontosabbik része az egészségügyi védekezésnek, mert az egész társadalmat vonja bele a munkába és a társadalom nagyobbik részét van hivatva megvédeni az egészségügyi bajok ellen, úgy a szociálpolitikának sem célja az egyszerű szociálpolitikai gyógyítás, hanem nagyobbik feladata a szociálpolitikai prevenció.

Tisztelt Országos Értekezlet! A szociálpolitikai elgondolásoknak alapja

tulajdonképpen az *ember-mivoltunk* azonossága. Ez a nagy fiziológiai vagy biológiai tétel az alapja az összes ilyen irányú fejlődésnek. Ugyanazok az emberek vagyunk: kicsiny vagy nagy, a társadalom élén marsirozó vagy a társadalom elesettje. Ebből a megfontolásból a fejlődés századain keresztül jött létre a polgárok jogegyenlősége. A jogi egyenlőség és az ember-mivoltunkban való azonosság olyan alaptétel, amelyből számos korollárium vonható még le, amelyeket le is kell még a fejlődésnek vonnia és azt hiszem, hogy szociálpolitikai téren minden dübörgés, amely azokból a rétegekből hangzik, amelyek ösztönösen vagy öntudatlanul úgy érzik, hogy elnyomottjai, elesettjei, mellőzöttjei a társadalom nagy egészének, tulajdonképpen erre az alapelvre vezethető vissza. Ösztönösen érzik mindazok, akik az élet árnyékos oldaláról nem tudnak átférközni az élet naposabb oldalára, hogy nekik valami módon, valamilyen mértékben ehhez is joguk volna. Ha egyenlők vagyunk mint emberek, ha egyenlően van jogunk az élethez, ha jogi szempontból egyenlők vagyunk a modern állam elgondolásában, akkor a társadalom nagy differenciáltsága mellett is el kell ismerni, hogy ebből az alaptételből bizonyos korolláriumok folynak. Így például az élethez való jog mellé társul rögtön a következő tétel: az élet fenntartásához szükséges eszközökhöz való jog.

Mik ezek az eszközök? Nem kaviárra és pezsgőre gondolok, hiszen az élet alsó színvonalát majdnem csak fiziológiai értelemben veszem és a huszadik század modern igényeit alig adom hozzá, tudván azt, hogy az emberiség átlaghaladását történelmi korszakokban legfeljebb milliméterekkel lehet mérni. Mik tehát azok az eszközök, amelyekhez feltétlen joga van minden embernek?

Joga van az élethez való jog okán *a kenyérhez*, joga van *az egészséghez* és joga van *a kultúrájának bizonyos mértékéhez*. Ezek azok a korolláriumok, amelyek elöl elzárkózni a huszadik században sem kormánynak, sem társadalomnak nem lehet. Már most, ha e mellé még oda veszem *a munka társadalmának fogalmát*, akkor bizonyos gyakorlati következtetésekhez jutok el.

Mit értek én *a munka társadalmának fogalmán*? A modern szociális értelemben vett társadalomnak a fogalmát értem, amelyben a munka, mint tényező, már szinte szuverén magaslatra emelkedett fel. Természetesen a munkát a maga nagy szétkülönbözőségében értve, mert a gondolattermelés le egészen a kalapácsforgatásig és a kormányzás, az elméleti tudás mindenféle munkájáig mind szükséges tényezője a munka értelmében vett társadalmi fejlődésnek.

Ha ezt veszem segédfogaimul, akkor azt látom, hogy *a kenyér* követelménye úgy jelentkezik, mint a munkára való fizikai vagy szellemi alkalmassításnak a követelménye. Másodszor úgy jelentkezik, mint a munka eredményéhez való jog. Itt van a *létminimum*, amelyet feltétlenül biztosítani kell a kormánzatnak és társadalomnak a lehetőségek kereteinek legszélső kihasználásával. És a harmadik: *a kultúréredményben való részesedés joga*. Mert miért dolgoznék laboratóriumában a tudós, miért vésne márványt a művész, miért írna könyvet az író és költő, ha csak kicsi réteg számára volna hozzáférhető a szellemi kincs? A kultúra általánossága a munka társadalmának általánosságából egyenesen folyik. Lehetetlenség, hogy osztálykultúrákra tagozódjék a kultúrmunka eredménye. Minden gondolat, amely kitermelteik,

az egyetemesség kincse. Minden eredmény, amelyet létrehoz az emberi elme, az egyetemességnek kell, hogy kincse legyen. És amint okos dolog múzeumokat, képtárakat állítani, nem volna indokolt azokat elzárni vagy pedig csak bizonyos kiválasztottaknak a rendelkezésére bocsátani.

A szociális elgondolásból, az alapelvől eredő logikus konzekvencia ez. Méltóztatik tehát látni, hogy a társadalom fejlődésében olyan eredmények mutatkoznak, amelyeknek kényszerű hatása alól elzárkózni sem nekünk, sem más nemzetnek nem lehet.

Ha most visszatérek a társadalmi *prevenció* gondolatára, akkor azt látom, hogy tökéletesen berendezett társadalmat nem találok sem a múltban, sem jelenben és őszintén szólva ilyent elképzelni sem tudok. Hiszen ember-mivoltunk azonossága önmagában rejti az embereknek a legkülönbözőbb módon való differenciáltságát is, másrészt a magántulajdon alapján álló társadalmi berendezkedés, e nagy elv, amelyet nem tudunk magunk alól kirúgni, megteremtven a mása gazdasági életformáját, szükségképpen olyan egyéni különbségeket hoz létre a társadalom berendezkedésében, amelyeket nem tudunk kiküszöbölni.

Nem akarok itt arról vitatkozni, hogy a kapitalisztikus termelési életforma, amely hétszáz év óta gyönyörű eredményt hozott, országutat vajt és abban előrevitte a fejlődést, ellenben temérdek hátrányt is mutat, átváltható-e egy másik életformára. Ha belehallgatok a szociális fejlődésnek előbb említett dübörgésébe, hallom, hogy valóban van sürgetés egy másik életforma felé. Az elégedetlenség széleskörű a mai életformával szemben, de egyetlen kísérlet történt eddig ezt az életformát egy másikkal helyettesíteni. Ez volt a kommunista gazdasági termelési életforma. A saját bőrünkön próbáltuk \tgig és egy nagy nemzete a világnak ma is szenved e kétségbeejtő kísérletnek minden borzalma és hatása alatt. Életformákról nem akarok itt vitatkozni. Remélem, hogy a fejlődés majd megteremti azt az életformát, amely rombolás nélkül fel tudja váltani ezt a mait, amint ez majd kiéli magát. De nem ez az, amiről beszélni akarok.

Arról akarok szólni, hogy a meglevő, tehát a kapitalisztikus életformán belül lehet és kell biztosítani mindazokat az előbb említett korolláriumokat és konzekvenciákat, amelyek nélkül feltétlenül megtámadtatik ennek a társadalomnak a rendje és ennek az életformának a létezetősége. Hiszen minden elhagyatottság, minden kenyértelenség, minden bűn, — amely, ha nem tisztán erkölcsi szempontból mérem, nem tudom, hogy nem inkább a nevelés hiánya-e — minden elesettségek külön izgatás nélkül is fel tud fejlődni robbantó erővé. Hát még, ha izgatás jön hozzá, tudatos munka, amely a sok keserűséget, a keserűség sok pislákoló rözsetüzet szakadatlanul fujtatja és tűzvészt próbál kilobbantani abból. A tűzvész már forradalmat jelent, a forradalom pedig szemközt áll a társadalom érdekével két szempontból. Mert rend kell a társadalomban — nem mondom, ilyen vagy olyan — hogy a társadalom élhessen és a maga munkáját, amelyet a Gondviselés eléje szabott, elvégezhesse; de rendre szüksége van a fejlődésnek is, hiszen, ha elismerem is azt, hogy a történelem folyamán néha egy-egy robbanásszerű megszakítása a rendnek a fejlődést végeredményben előmozdította, mégis meg kell állapíta-

nom a filozófia hidegségével, hogy a fejlődés hordozóanyja maga a stabilitás, az állandó fundamentum, amely nélkül a fejlődés fokozatai normálisak és harmonikusak nem lehetnek.

A társadalmi rend tökéletlenségéből eredő bajokat tehát semmiesetre sem szabad közönyösen nézni és nem elégséges csak tünetileg gyógyítani akarni. Úgy értem, hogy nem elégséges olyan intézkedéseket tenni, amelyek a szociálpolitikai értelemben már bajokba jutott egyedet vagy rétegeket meggyógyítják, hanem valamint egészségügyi téren arra kell törekedni, hogy a még bajba nem jutottak egészségükben kárt ne szenvedjenek, épúgy a társadalom rétegeit is védeni kell attól, hogy szociális bajba kerüljenek. Prevenció szükséges tehát szociálpolitikai téren is és éppen ez az, amit fejtegetéseim konzekvenciájaként ki akartam hozni.

Intézményesen kell tehát pótolnunk mindazokat a hiányokat, amelyeket a társadalmi rend tökéletlenségéből szükségszerűen vagy incidentaliter eredőknek látunk. Nem elég ezeket a szociális karitás révén enyhíteni akarni.

A napokban minisztériumi dolgozósobám ablakában álltam és felhívta figyelmemet egy féllábú rokkant. Az Erzsébet-híd lejárója mellé állt ki és levéven kalapját, az arra menőktől segílyt kért. Kivettem órámat, mert kíváncsi voltam, vájjon mi lesz az eredmény. Négy percre figyeltem. Ez alatt a négy perc alatt a temérdek járókelő közül tizenheten nyúltak be a zsebükbe vagy retiküljükbe és adtak alamizsnát ennek a szegény embernek. Ha azt veszem számításba, hogy legalább ezer koronát adott neki egy-egy, akkor négy perc alatt 17,000 koronát, tehát egy és egynegyed aranykoronát adott a társadalom ennek a szerencsétlennek. Kiküldöttem egyik tisztviselő-társamat, hogy igazoltassa az illetőt. Kitűnt, hogy az állam már gondoskodni kívánt róla két módon. Először, megkapja rokkantjáradékát, amelyből szűkösen ugyan, de meglehet élni olyan magas rokkantsági fok mellett. Másodszor, a rokkantotthonban kapott elhelyezést, amelyet azonban otthagyt, mert a rokkantotthon rendjének fentartására okvetlenül szükséges fegyelemnek a minimumát sem volt hajlandó elviselni, sem ő, sem sokan a hozzá hasonlóak. Az otthonból kiment és inkább koldulásra adta magát.

Nem fogattam el rendőrrel, — bár a kiadott szabályrendelet szerint ezt kellett volna tennem — mert féltem a társadalomtól. Féltem attól, hogy a rokonszenv ő mellé fog szegődni a társadalom részéről és nem a rendőr mellé, aki kötelességét teljesítette volna.

Ezt az esetet azért említem, mert azt látom, hogy a társadalom gyakran a maga szociálpolitikai hivatását a szociális karitásnak ilyen manuális, garasoskodó kigyakorlásában látja befejezettnek. Én pedig ez ellen kívánok a legélesebben állástfoglalni elvi alapon, mert a szociális karitás rendszerével sohasem fogunk a szociális prevenció munkájának elvégzéséhez eljutni, ha elismerem is a szociális karitás jelentőségét. A társadalom alapvető feladata az, hogy hozzásegítsen a maga áldozatkészségével az államon keresztül ahhoz, hogy megtudjuk egyrészt gyógyítani a tényleg mutatkozó bajokat, másrészt pedig a prevenció útján meg tudjuk óvni a társadalmi rétegeket attól, hogy ilyen színvonalra lesüllyedjenek.

Ha ilyen módon jár el a magyar társadalom, el fog tűnni nagyon hamar egy hibás felfogás és egy tünet, amelyeket nem tudok helyeselni. A hibás felfogás, amely el fog tűnni, az, hogy a szociálpolitika munkáskérdés. A szociálpolitika nem munkáskérdés. A szociálpolitika nem a munkások kérdése, nem a munkások vezéreinek kérdése. A szociálpolitika az egész társadalom kérdése. Épúgy, mint ahogy — megint aláhúzom — a szociális egészségügy nem a betegek kérdése, hanem az egész társadalomnak a kérdése. A tünet pedig, amelynek szintén meg kell gyógyulnia és el kell oszlania a szociálpolitikai törekvések teréről, az, hogy annak a hibás elgondolásnak alapján, melyszerint a szociálpolitika a munkások kérdése, a társadalom részéről a szociálpolitikai kérdéseket csak bizonyos irányok — amelyek bezárkóznak a szervezett munkásság szervezeteibe — iparkodnak kezükben tartani és — továbbmenve — iparkodnak ebből még politikai erőket is kovácsolni. A szociálpolitika nem politika. Semmi köze sincs a politikához vagy legfeljebb annyi köze van hozzá, hogy bár minél több szociális érzésben nagy ember kerülne be a politikának aktív intézésébe, mert akkor lehetne szociálpolitikát csinálni a politikusok révén, de politika nélkül.

Tisztelt Országos Értekezlet! Annak a néhány gondolatnak végére értem, amelyeket hangsúlyozni kívántam. Ismétlem, elméleti a fejtegetés, amelyet bátor voltam előadni, de szükségét éreztem, hogy egynéhány elvi álláspontot megerősítsek akkor, amikor a szakférfiak a gyakorlati kérdések megvitatásába bocsátkoznak.

Méltóztatik most már látni, hogy meg van indokolva a legjobb szakférfiak összehívásának és az értekezlet megtartásának ténye. Arról van szó, hogy amíg normális időkben a normális közegészségügyi és társadalompolitikai igények kielégítésére elégséges volt a tudomány, az egészségügyi és szociálpolitikai tudósok normális menetű kutatásainak sporadikusan mutatkozó és az állam által sporadikusan felhasznált eredménye, most ez már nem elégséges. Egy egészségében és gazdasági létében gyökeréig megingatott nemzet keretében ez többé nem elégséges. Ezért kell, hogy a társadalmi egészségügynek és a társadalompolitikának kiváló szakférfiai összerakják a maguk tudásának, a maguk gyakorlatának, a maguk elméleti tisztánlátásának reflektorait egyetlenegy nagy fényforrásba, hogy ezzel rávilágítsanak sístergő világossággal és erővel azokra a problémákra, amelyeket meg kell oldanunk, hogy egészségesek tudjunk lenni az egészségügy terén is és a szociálpolitika terén is.

Amikor tehát én, mint a népegészségügyi, népjóléti és munkaügyi minisztériumnak vezetője most tisztelettel köszöntöm az Országos Értekezletet, megköszönöm az Országos Értekezlet elnökségének azt a nagy szervező munkát, amelyet úgy az anyag összeválogatásával, mint az értekezlet összehívásával végezni méltóztatott. Sajnálkozásomat fejezem ki, hogy az egyik elnök, Müller báró úr betegsége miatt akadályozva van abban, hogy ebben a munkálatban résztvegyen, amelyen annyi szeretettel csüggött. Innen küldjük betegágyához szerető köszöntésünket, kívánván, hogy egészségét minél előbb nyerje vissza. Isten áldását kérem mindazokra, akik résztvesznek ebben a

munkában és azt kívánom, a megoldások olyanok legyenek, hogy számoljanak a szükségességgel és a lehetőséggel, mert akkor a kormányzat részéről feltétlenül találkozni fog az ország közvéleménye azzal az erős elhatározással, hogy a pontosan megállapított bajokat pontosan megállapított és lehető módszerek segítségével megpróbálja a társadalom erejét is igénybevéve meggyógyítani.

FÖLDES BÉLA

V. B. T. T., NY. MINISZTER, ELNÖK.

T. Országos Értekezlet! Az a nagyvonalú beszéd, amely felemelkedett az államférfiúi és etikai gondolkodás olyan magaslataira, amelyeken az emberiség legmagasabb és legfontosabb igazságaival találkozik, az Országos Értekezlet bevezetéseképpen nagyjelentőségű. Nemcsak abból a szempontból, hogy mennyi eszmét, mennyi gondolatot, mennyi ígéretet találunk benne és mennyi kilátást arra, hogy meg fog valósulni, amit a gyakorlati szempontok és törekvések kívánnak, hanem azért is, mert hiszen ez a beszéd tulajdonképpen iniciálóját alkotja egy új kormányzati éranak a közegészségügy és szociálpolitika terén.

Én ebben a beszédben biztatást látok a nemzet kulturális haladására és ebben a beszédben cáfolatát látom minden gáncsoskodó szkepticizmusnak. Engedjék meg, hogy hálás köszönetet mondjak Önagyméltóságának ezért az előadásáért. Hálás köszönetet mondok azért, hogy ő az ő messzelátó államférfiúi és mélyenlátó bölcséleti tekintetével minket odavezetett, hogy betekinthessünk a nagy problémák homályába. Még egyszer kifejezem Önagyméltóságának az értekezlet köszönetét és ígérem, a magunk részéről mindent meg fogunk tenni, hogy hasznos munkát végezzünk az országnak, a nemzetnek érdekében.

T. Országos Értekezlet! A megnyitó ülés napirendjét letárgyaltuk. Az értekezlet további programjából azt hiszem mindenki látja, hogy a legkomolyabban fogjuk fel azt a feladatot, amelynek teljesítése az értekezlet célja és semmiképpen nem indokolt az a kritika, amely kifogást tesz abból a szempontból, hogy kevés kilátás van arra, hogy az értekezlet javaslatai megvalósíttassanak. Azt hiszem, erről a helyről kötelességem erre vonatkozóan nyilatkozatot tenni. Kijelentem, hogy a legerősebb ez a meggyőződéselem nemcsak azért, mert hallottuk a legkompetensebb államférfiúnak erre vonatkozó álláspontját, de azért is, mert — amint Önagyméltósága maga is hangsúlyozta — az eredmények és a fejlődés szükségessége oda visz, hogy e kérdések megoldása elől nem térhetünk ki. Ami a minimuma a szociális és közegészségügyi politikának, annak ebben az országban mindenesetre a legrövidebb idő alatt meg kell valósulnia. Azt hiszem egyébként a dolgokban magukban is elég igazság és elég hatalom van arra, hogy ez a megvalósulás elkövetkezzék.

Újra hálás köszönetet mondok mindazoknak, akik az értekezlet megnyitó ülését megtisztelték, elsősorban a *Kormányzó Úr Őfőméltósága képviselőjének*, a miniszterelnök úrnak, azután *József Ferenc* királyi herceg *Őfenségének*, *Horthy Miklósné Őfőméltóságának* és mindazoknak az előkelőségek-

nek, akik jelenlétükkel megerősítettek minket abban, hogy helyes úton járunk. A megnyitó ülést azzal az óhajjal rekesztem be, hogy az Országos Értekezlet, amely közegészségügyi és társadalompolitikai nagy problémákkal fog ezen a héten foglalkozni, egy jobb jövő elé vigye Magyarországnak sokat szenvedett és még ma is sokat szenvedő népét. Isten áldását kérem erre a munkára.

TARTALOMJEGYZÉK.

	Oldal
Az egészségügyi közigazgatás újjászervezése, kapcsolatban a hatósági orvosok hatáskörének emelésével.....	1
Az egészségügyi szolgálatba kerülő funkcionáriusok kiképzése és továbbképzése a szociális higiéné szempontjából. Az orvostanhallgatók képzése és továbbképzése	
A tisztiorvosok képzése és továbbképzése.....	31
Szülészeti rendtartás.....	50
A betegápolónők és a betegápolók kiképzése és szervezése.....	64
Anya- és csecsemő véd elem.....	81
Gyermekvédelem.....	109
Elemi egészségügyi ismeretek tanítása. Iskolaorvosok, egészségktanárok kiképzése, alkalmazása.....	134
Az iskolás tanulók védelme. A tanulók rendszeres vizsgálása, gondozása.....	143
Iskola-egészségügy.....	150
A vörheny.....	161
A pertussis.....	168
A tífusz	171
A vérhas.....	180
A malária.....	193
A trachoma.....	197
Tuberkulózis. Statisztika. Következtetések. A védekezés jelenlegi eszközei. Tavaszlatok a helyzet javítására	204
Általános vonatkozások. Szanatóriumok. Dispensairek. Oeuvre Grancher. Calruette eljárás. További teendők.....	213
Nemi betegségek. Jelenlegi helyzet. Javaslatok a helyzet javítására	238
Az alkoholizmus elleni védekezés.....	255
Az iparegészségügy mai helyzete Magyarországon. Javaslatok az iparegészségügy javítására.....	268
Jövő feladataink az iparegészségügy terén.....	277
Kórházügy a székesfővárosi viszonyok szempontjából.....	302
Vidéki köz- és nyilvános jellegű kórházak ügye.....	322
Vízellátás, csatornázás, szennyves víztisztítás.....	334
A levegő pormentesítése.....	343
Fasorok, parkok és erdők a magyar városok és egyéb lakott helyek közegészségének szolgálatában.....	348
Lakásügy.....	361
Lakásépítési szabályrendeletek s azok végrehajtásának biztosítása különös tekintettel a földbirtokreformmal kapcsolatban kiosztott házhelyek beépítésére.....	377
A mérnökök közegészségügyi irányú továbbképzése	383
Névmutató.....	397
Tárgymutató.....	399

ELSŐ NAP:

Elnök: dr. Scholtz Kornél, államtitkár.

Az egészségügyi közigazgatás újjászervezése, kapcsolatban a hatósági orvosok hatáskörének emelésével.

I.

Előadó: dr. Puky Endre, nemzetgy. képviselő, ny. főispán.

1. Az egészségügyi közigazgatás és a hatósági orvosok szolgálata, megfelelő illetményemeléssel kapcsolatban, államosítandó. Az államosítás az általános közigazgatási szervezet államosítása előtt, már most megvalósítandó.

2. Mindaddig, míg az intéző közigazgatási hatóságok szervezete a jelenlegi marad, a hatósági orvosok fokozata is (községi, kör-, városi orvosok; járási, r. t. városi, th. városi, ker. t. orvos; th. t. főorvos) maradjon a jelenlegi.

A hatósági orvosok elvileg magánygyakorlatot nem folytathatnak.

3. A közegészségügyi igazgatás intézkedő hatósági szervei az általános közigazgatási reform kapcsán a hármastagozat szerint akként alakítandók át, hogy vármegyékben az elsőfokú egészségügyi hatóságot a személyes hatósággá átminősítendő községi (kör-) jegyző, másodfokban a főszolgabíró és harmadfokban az alispán gyakorolja. (Addig, míg az új elsőfokú egészségügyi hatóságok mellett magánygyakorlattól eltiltott hatósági orvosi állások szerveztetnek, kisebb lakosságú és vagyoni erejű községekben a hatósági orvos teendőit a járásorvos látja el.)

A véleményező testületi szervek (város, község, kör és th. egészségügyi bizottsága) megszüntetendő: a felebbezési jogorvoslati rendszer egyszerűsítendő.

4. A hatósági orvosnak nagyobb hatáskör biztosítandó azért, hogy

A) az intézkedő hatósági szerv köteles legyen minden olyan közegészségügyi kérdéssel foglalkozni és határozatot minden olyan ügyben csak a szakértő hatósági orvos javaslatának meghallgatása után hozhat, mely ügyet

1. törvény vagy felsőbb rendeletek utalnak hatáskörébe;
2. hivatalból (saját maga) kezdeményez;
3. a hatósági orvos kezdeményez;
4. magánosok panasza vagy kérelme indít meg.

B) A hatósági orvost egyfokú fellebbezési jog illeti meg olyan hatósági intézkedéssel szemben, amely az ő javaslatától eltérő értelemben történt.

C) A hatósági orvost bizonyos körülírt esetekben a közérdek szempontjából vétőjog illeti meg olyan hatósági intézkedéssel szemben, amely az ő javaslatától eltérő értelemben történt.

D) Az intézkedő hatóság (hatósági közeg) felelősségre vonható minden kárért, amely a hatósági orvos meghallgatásának elmulasztásából vagy az orvos véleménye ellenére történt intézkedésből eredt.

E) A hatósági orvost bizonyos körülírt sürgős esetekben, közérdekből a helyszínén intézkedési jog illeti meg.

5. Az intézkedő hatóság közigazgatási vezetője és a hatósági orvos megértő együttműködésének elősegítésére kiváló súlyt kell helyezni.

I. Az orvos-egyetemi oktatás során a közigazgatási jog (közegészségtan és egészségügy rendészet), valamint a társadalomhygiéne.

II. A jogi kiképzés keretében a közegészségügy és szociálhygiéne megfelelő terjedelemben való elsajátítására;

valamint arra, hogy ezen ismeretek a tisztiorvosi tanfolyamon, a létesítendő közigazgatási szakvizsgán, valamint az orvosi és közigazgatási tisztviselői kötelező továbbképző tanfolyamokon intenzív módon kiegészíttessenek.

*

Az orvosi tudomány elméleti és gyakorlati mesterei közt, az előadók sorában, talán egyedül én vagyok nem orvos és így bizonyos elfogultsággal kezdek beszélni én, a nem orvos, orvosi dolgokról az orvosoknak. Bátorságot adott mégis e szerep elvállalására az, hogy hosszú közigazgatási pályám alatt, amelyet egy vármegye és egy város élén töltöttem, mindig különös előszeretettel foglalkoztam — és kiváló szorgalmú jogász és orvos munkatársaim segítségével, talán nem minden eredmény nélkül — közegészségi igazgatással. Szomorúan elmaradt közegészségi viszonyaink javításának vágya még most is elevenen él bennem, amikor már nem vagyok a közigazgatás aktív munkása. A közvélemény érdeklődésének felébredését örömmel látom; nívós szakfolyóirataink mellett a napi sajtó mind rendszeresebben foglalkozik közegészségi kérdésekkel és haladunk a felé a nagyon kívánatos állapot felé, amikor a közegészségi kérdésekkel való foglalkozás szinte életszükségletévé válik a társadalomnak. A mélyen tisztelt elnökünknek, dr. Scholtz Kornél államtitkárnak és az ő vezérsége alatt álló népjóléti lelkes gárdának különös érdemül tudom be a társadalmi érdeklődés megmozdítását. Az én előadásom is tanúság akar lenni arról, hogy az orvosok mellett mi, a társadalomnak közigazgatási és szociális kérdésekkel más minőségben foglalkozó tagjai is, részt kérünk magunknak e mindennél fontosabb kérdések megvitatásában.

Az egészségügyi közigazgatás újjászervezése kérdésében a közigazgatás céljainak meghatározásából kell kiindulnom. Nem fárasztom a tisztelt országos értekezlet türelmét tudományos meghatározások légiójával, hanem természetes észjárással megállapítom, hogy a közigazgatás célja nem lehet más, mint minél több embernek előmozdítani minél jobb boldogulását a hygiéne, a gazdasági és szellem-erkölcsi élet terén. Ebből következik, hogy *az egészségügyi igazgatásnak célja: minél jobb hygiénét teremteni.* Ha valamikor

és valahol volt különös fontossága a jó hygiénének, úgy most és nálunk van, amikor összetöpörödött, leszegényedett helyzetünkben a minél több és minél jobb emberanyag megóvásától és fejlesztésétől függ hazánk jövő sorsa! Minden szervezetnek fejlődnie kell. alkalmazkodnia a változó körülményekhez, mert különben stagnálni kezd, és a fejlődés megállása: maga a halál. Egyéni és társas szervezetekre egyaránt áll ez. Tökéletesbbitenünk kell a közegészségügyi igazgatást is, ha azt nem akarjuk, hogy képtelenné váljék a megváltozott viszonyok közt sokasodó mértékben reá háruló feladatok szabatos elvégzésére. Ennek a tökéletesítésnek eszközei, amelyeket javaslatom felölel és amelyekkel részletesen foglalkozni kívánok:

1. az államosítás;
2. a tisztviselőképzés reformja;
3. a hatósági orvosok hatáskörének emelése.

I.

Az államosításról szólván, az 1876. évi XIV. tc. 1. §-ának ama rendelkezéséből indulok ki, hogy a közegészségügy vezetése az állami igazgatás körébe tartozik. E rendelkezéssel a közegészségügynek csak vezetését vonta tehát az állam a maga feladatai közé, bizonyosan azért, mert már akkor lehetetlen volt fel nem ismerni, hogy alig van a szervezett társadalomnak az egyes községek határain túl terjedő általánosabb érdeke, mint a jó közegészségügy. Ragályos és fertőző betegségek nem állanak meg a közigazgatási határoknál; utca, piac, országút, vasút, folyó mindjobban növekvő forgalma folytán, az eredményes védekezésnek mind nagyobb területekre kell kiterjednie; szinte elképzelhetetlen, hogyan lehessen egy városban kitűnő közegészségügyi közigazgatást csinálni, ha az azt környező vármegyében, amelynek lakossága vele úgyszólván óráról-órára érintkezik, nincs meg a harmonikus együttműködés szervezeti biztosítéka. Csak tervszerű összműködés biztosíthat sikert. Ott pedig, ahol egyes községek, vagy törvényhatóságok által fenntartott egészségügyi intézmények egy nagy vidék szükségletét vannak hivatva kielégíteni, még szembeszökőbben nyilatkozik meg ezen összműködés indokoltsága. Elismerem, hogy egyes önkormányzati hatóságaink, főként egyes törvényhatósági városok (nem is szólván a mintaszerűen berendezett székesfővárosról) kitűnően, lelkesen és eredményesen teljesítik a jelenben is közegészségügyi hivatásukat. Ez nem érv az államosítás ellen, sőt inkább egészen bizonyos, hogy ezen törvényhatóságok eddigi szép működését az állami erő csak megnöveli s ekként a közegészségügy általános színvonalának javításához nagyobb mértékben fognak járulni. (Kivételt e tekintetben egészen különleges helyzeténél és méreteinél fogva, csak a székesfővárossal szemben látok indokoltnak.)

E pontnál egy kérdést eleve tisztázni akarok. *A közegészségügy állami kezelésbe vételét nem tartom politikai kérdésnek.* Legalább is nem szeretném, ha annak tekintenék. Ügy látom, az országos közvélemény általában nem is tekinti annak, hiszen a közegészségügy államosítását kívánják és pedig évtizedek óta egyes olyan vármegyék is, amelyek a municipalizmus zászló-

vívői. Én, azt hiszem, ez azért van így, mert a magyar társadalom önkéntelenül is megérzi, hogy itt olyan nagy feladatokról van szó, amelyek meghaladják a szűk körben mozgó egyes önkormányzati testületek erejét és amelyek ezeken túlmenő nagy nemzeti érdeket jelentenek.

Az államosításnak vannak személyi és dologi vonatkozásai. A személyi kérdések első része: *a hatósági orvosi kar államosítása*. Ma a legtökéletlenebb rendszer van életben: a hatósági orvosok egy része választatik, más része kineveztetik oly tarka össze-visszaságban, amelyben még a szakembernek is gond az eligazodás. Választatik a községi és körorvos, de a járásorvos már kineveztetik; választatik a r. t. városi tisztiorvos, de már a th. városi tisztifőorvos kineveztetik; kollégája a székesfővárosi tisztifőorvos már megint választatik. Hogy a hatósági orvosok általános kinevezése az egészségügyi szolgálatot javítaná, ez alig lehet kétséges. Hiszen tapasztaltuk, hogy pl. az állatorvosi szolgálat államosítása a veterinárius közigazgatást egy csapással kiemelte hihetetlen elmaradottságából, vagy pl. a vármegyei számvevői szolgálat államosítását maguk a vármegyék üdvözölték a legmelegebben. Nagyon természetes, az államosítás a hatósági orvosok anyagi érdekeinek messzemenő respektálásával történhetnék; méltó javadalmat kell nyújtunk azoknak, akik, személyes tapasztalataim szerint is, — mintfaszt a népjóléti tárca költségvetése során tartott parlamenti beszédemben is kiemeltem, — minden tiszteletet és elismerést megérdemlő módon gyakran egészségük, sőt életük kockáztatásával végzik a kötelességnek és emberszeretetnek lelkes munkáját. A hatósági orvosok javadalmának kérdésével bővebben nem foglalkozom, ez szorosan nem tartozik témámhoz, csupán azt kívánom megemlíteni, hogy az államosítás esetén méltányos átmenettel, a szerzett jogok respektálásának vagyok feltétlen híve, nemcsak az érdekelt orvosok jogos magánérdekei szempontjából, hanem azért is, mert a már megszerzett jogokat súlyos erkölcsi visszahatás nélkül figyelmen kívül ezen a téren sem hagyhatjuk.

Az államosítással összefüggő személyi kérdések 2-ik pontja az *intézkedő közigazgatási szervezetekre* vonatkozik. Ezt javaslatom érinteni nem kívánja, csupán annyiban, hogy az általános közigazgatási reform során a községi és körjegyzők elsőfokú közegészségügyi hatóságokká lennének átszervezendők. Eeltett szándékomhoz híven, politikummal foglalkozni nem kívánok és így nem ereszkedem bele az általános közigazgatási reform időszerűségének és módjainak vitásába, azonban annyit megállapítok, hogy bár én a közigazgatás megjavítása érdekében mélyreható reformot tartok sürgősen szükségesnek, mégis az államosítás néven ismert kinevezési rendszer ezidőszertini általános megvalósításának ma még nem látom összes feltételeit.

Amit azonban az általános közigazgatási reform előtt, már most átmenetileg meg lehet és meg kell tennünk, az: a) *az egészségügyi bizottságok megszüntetése*. Törvényeink szerint (1876: XIV. tc. 163. §. és 1908: XXXVIII. tc. 35. §-a) a törvényhatósági r. t. városi és községi egészségügyi bizottságok véleményező és indítványozó testületek, amelyek járvány esetén, járványbizottsággá alakulnak át. Ebben merülne ki feladatkörük, meg abban, hogy

ha a község, vagy a r. t. város nem intézkedik oly módon, amint azt az egészségügyi bizottság óhajtáná, a közvetlen felettes közegészségügyi hatóságot «közvetlenül is értesítheti». Tapasztalataim szerint ezek az egészségügyi bizottságok élettelen papirintézmények, amelyek a való életben nem dolgoznak s fennmaradásuknak már azért is ellene vagyok, mert én a közigazgatásban a minél teljesebb mértékű egyéni felelősségnek vagyok a barátja és perhorreszkálok minden bizottságosdit, amely csak arra jó, hogy legyen kéznél egy fórum, amelyre az ódiumot átlehet hárítani.

b) *A fellebbezési rendszer lehetőleg egyszerűsítendő.* A jelenlegi fellebbezés olyan labirintus, amelyben a szakember sem rögtön ismeri ki magát. Merem állítani, hogy a közigazgatási jog professzorai zavarba jönnének, ha az egészségügyi hatóságok tagozatát, a közegészségügyi adminisztratív ügyekben vagy a rendőri bíraskodásban illetékes fellebbezési fórumokat szabatosan kellene felsorolni, és kötve hiszem, hogy pontos feleletet tudnának hirtelen adni arra a kérdésre, hogy pl. az alispántól mily ügyekben van fellebbezésnek helye a törvényhatósági bizottsághoz, a közigazgatási bizottsághoz vagy a belügyminiszterhez? Mert most a fellebbezések útja a vármegye első tisztviselőjétől éppen háromfelé ágazik el. A fellebbezési fórumok tehát apasztandók és a fellebbezési jog redukálendő, szóval, a fellebbezési rendszer egyszerűsítendő.

Ez egyébként az általános közigazgatásra vonatkozó generális követelmény, annak keretében oldandó meg és csak sajnálhatjuk, hogy dr. Rakovszky Iván, volt belügyminiszter, nem valósíthatta meg a közigazgatási fórumok számának apasztására és a fellebbezési jog korlátozására vonatkozó nagyon helyes terveit. A személyieken kívül az állami kezelésbe való vételnek az egészségügyi intézményekre is ki kell terjednie. Azt hiszem, ennek bővebb indokolása felesleges. Félrendszabály volna államosítani a hatósági orvosi kart és nem venni állami kezelésbe az önkormányzati testületek egészségügyi intézményeit (kivéve a székesfővárost).

E pontnál tisztázást igényel a *hatósági orvos fogalma*. E tekintetben törvényeink és rendeleteink nomenklatúrája ingadozó, hol fedik egymást a hatósági és tisztiorvosi elnevezés, hol nem. De miután én minden hatósági orvosnál megkívánnám a tisztiorvosi minősítést és miután én a községi és körorvosokat is hatósági orvosokul akarnám tekinteni, ennél fogva leghelyesebb, ha a jelen előadmányomban a hatósági orvos elnevezését oly értelemben használom, hogy az egyúttal tisztiorvost is jelent.

II.

Közegészségügyünk megjavításának további eszköze az *egészségügyi tisztviselők*, és pedig úgy az intézkedő hatóság, mint a hatósági orvosok *kiképzésének átalakítása*; átalakítása olyan célból, hogy az intézkedő jogásztisztviselő és a hatósági orvos, jobban megértsék és méltányolják egymás teendőit. Ez pedig csak akkor történhetik meg, ha kölcsönösen megismerik egymás mesterségének szépségét, nehézségét, jelentőségét. Nem azt akarom, hogy a jogász legyen egyúttal orvos (mert abban bizonyára kontár lenne), sem

azt, hogy az orvos legyen jogász (mert bizonyára műkedvelő maradna), hanem tudjanak egymás hivatásából annyit, hogy megértsék egymás intézkedéseinek orvosi, illetve jogi célzatát. Meggyőzően mutat rá erre tisztelt elnökünk is a folyó évi januárban tartott konferencián előterjesztett referátumában. Ma az orvosi egyetemen heti öt órán át és csupán egy szemeszterben kötelező a közegészségtan, ugyanily mértékben kötelező a törvényszéki orvostan és ezzel vége a közegészségügyi ismeretek kötelező megszerzésének. Sem a közegészségügyi igazgatás, mint külön tárgy, sem a szociális higiéné nem kötelező, sőt mégcsak nem is ajánlott tárgy. (Intenzívebb a tisztí orvosi tanfolyam ebből a szempontból, de ott meg az időtartam rövidségét kifogásolom.) E témával részletesen nem foglalkozom, hiszen utánam avatott szakférfiak, dr. Fenyvesy Béla és dr. Johan Béla tanár urak fogják megvilágítani a kérdést.

Nem okolom egyoldalúan a közigazgatási intézkedő hatóságok élén álló egyéneket, akiknek nagy része emberül megállja helyét és végzi hagyományos odaadással kötelességét. En, azt hiszem, — természetesen mindig eltekintve a tiszteletreméltó kivételektől, — hogy ha nincs meg mindenütt az egészségügyi hatóságokban a közegészség és a népvédelmi feladatok iránti élénk érdeklődés és javítani vágyás, ennek oka nem annyira az egyénekből rejlik, mint inkább abban, hogy a *belügyi igazgatás emberei egyoldalú jogász kiképzésben részesülnek*. Ennek meg van a maga történelmi múltja és oka, de én éppen azt várnám és óhajtanám, hogy a tisztviselő-képzés új alapokra helyeztessék, hogy az egyoldalú jogász kiképzés mellett a gazdasági, szociális, főleg pedig a népegészségügyi ismeretek minél nagyobb teret foglaljanak el a közigazgatási tisztviselő-képzés terén. Ma jogászaink az egyetemeken csupán egy szemeszteren keresztül és csak heti két órán át kötelesek hallgatni a közegészségtant, de már a törvényszéki orvostan vagy az egészségügyi igazgatás nem kötelező, nem is ajánlott, hanem csak fakultatív tárgy és a közegészségügyi igazgatást legfőljebb a közigazgatási jog keretében egy rövid fejezetbe szorítottan tanulják. Hol marad a szociális higiéné? Hol a közigazgatási szakvizsga, amely 1883-ban elvileg ki van mondva, de mindmáig megvalósíthatatlan? a továbbképző-tanfolyamoknak a háború előtt biztatóan megindult sorozata pedig megszakadt. Vájjon nem méltánytalan-e ily körülmények közt közigazgatási tisztviselőinktől a népegészségügyi kérdések iránt lelkesedést, a buzgó tennivágyásnak egész lényüket eltöltő mértékét kívánni s ennek hiányáért nekik szemrehányást tenni?

III.

A közegészségügyi igazgatás javításának eszköze végül: *a hatósági orvosok hatáskörének emelése*. E kérdés elemzésénél kiindulok az 1876: XIV. tc. intenciójából, — és itt a parlamentben e tárgyban mondott beszédeből idézek, — amely az egészségügyi rendszet legfőbb céljául és feladatául *a gyógyítást* tűzte ki. Az 1908: XXXVIII. tc. 9. §-a is a gyógykezelést teszi a r. t. városi és községi orvos első kötelességévé. Ez volt és nagyrészt ez ma is a közegészségügy vezető gondolata. Ez a mentalitás kétségtelenül nagy eredményeket

hozott létre; gyógyintézetekkel, kórházakkal népesítette be az országot, emelte az orvosképzés színvonalát s eljuttatta a nép lehető legszélesebb rétegeibe a gyógyítás jótékony hatását. De amikor törvényeink a gyógyítás terén ilyen elismerésreméltó haladásnak vetették meg alapját, ugyanakkor kevésbé sikeresen szolgálják a közegészségügy újabban mindinkább előtérbe lépő másik, éppen olyan nagy jelentőségű feladatát, t. i. *a megelőzést*. Pedig ha sikerül nekünk a megelőző hygiénét oly fokra fejleszteni, mint ahogyan azt megkívánná annak nagy jelentősége, egészen bizonyos, hogy nemcsak a betegségek száma csökkenne, hanem csökkennének azok a nagy kiadások is, amelyeket ma az állam kórházakra, börtönökre és elmeigógyintézetekre fordít. A mai napokban, amikor az emberanyag kipótlása elsődrendű feladat, mert feltétele a magyar nemzet megerősödésének, kell, hogy ez mindenkinek a szívében fekdjék, különösen annak, aki látja, lehangoló szomorúsággal látja *a magyar falu egészségi lezüllését*. Mindnyájunknak legforróbb szeretete fordul a falu felé, amely erőtartaléka a magyar nemzetnek és mégis a falut hanyagoljuk el a legjobban. Sivár látvány, hogy a mi kis községeink túlnyomó részében az utcának, a lakásnak, öltözködésnek és táplálkozásnak hygiéje milyen elmaradott. Milyen sikereket lehetne itt elérni és kell is itt elérni a megelőző hygiéne nagyarányú kifejlesztésével! Rá kell térnünk arra, amit a szakemberek mind sűrűbben hangoztatnak, hogy a mi egészségügyi igazgatásunk ne csak a gyógyításban, hanem a megelőző egészségügyi rendészetben is keresse és találja meg a maga feladatát.

Nem megyek el addig a határig, — bár erre nézve nem hiányoznak a biztatások az irodalomban és folyóiratokban, — hogy *egész külön megelőző orvosi szervezetet* építsünk ki, amely mint külön szervezet a rendes közigazgatási hatóságoktól függetlenül, impériummal felruházva, működjék. Nem tartom ezt sem pénzügyileg kivihetőnek, sem a magyar közigazgatás jogtörténelmileg kifejlődött alakulatával összeegyeztethetőnek, sem végül ahhoz az egyéni felelősséghez illőnek, amely a belügyi igazgatás különböző ágazatainak egységes vezetéséhez fűződik. De ha fenn is tartjuk a hatósági orvosok jelenlegi jogállását közigazgatásunkban, szükséges, hogy az ő jogállásuk a hatóságban és hatóság mellett tisztázott és a mainál jobban megerősített legyen.

A) Mily abszurdum, hogy az egészségrendőri teendők körül a közigazgatást intéző közegek ma csak a rendezett tanácsú városokban és községekben kötelesek meghallgatni a városi, illetve községi orvos véleményét (1890: XXXVIII. 2. §.), míg a szolgabírák, mint elsőfokú hatóságok által, járásorvos és az alispánok által a tisztifőorvosok csak *rendszerint* hallgatandók meg. (1876: XIV. tc. lőo. és 160. §.) Az előzetes meghallgatási kötelezettség minden fokban és minden községi ügyben kell, hogy érvényesüljön.

B) Következik ebből, hogy a hatósági orvost *fellebbezési jog illesse meg* hatóságának oly intézkedésével szemben, amely az ő javaslatától eltérő értelemben történt. Ezzel a fellebbezéssel valamely hátrányos vagy sérelmes közegészségügyi intézkedést óhajt a hatósági orvos nullifikáltatni vagy megváltoztatni, avagy megfelelő intézkedést óhajt tétetni. Megvan ennek az analógiája közigazgatási jogunkban, hiszen a közigazgatási bíráskodásról

szóló törvény jogorvoslatot ad az egyes közigazgatási ágazatok képviselőinek a testületi hatóságok ama intézkedéseivel szemben, amelyek, az ő nézetük szerint, az általuk képviselt szolgálati ágazatra nézve hátrányosak.

G) Lehet az is, hogy az egészségügyi hatóság az orvosi véleménytől eltérően hozott intézkedést fellebbezésre való tekintet nélkül végrehajtandó - nak jelenti ki. Lehet, hogy a végrehajtásából, a hatósági orvos meggyőződése szerint, a közegészségügyi érdekekre nézve hátrány, sőt talán helyrehozhatatlan kár származik. Azért megadnám a hatósági orvosnak azt a jogot, amely — elismerem — közigazgatási jogunkban novum, hogy a hatóságnak ilyen orvosi megítélés szerint hátrányos intézkedésével szemben *vétójoggal élhessen*.

D) Emelne a hatósági orvos hatáskörét és véleményének alaposabb figyelembevételét biztosítaná, ha a hatósági közeg *felelősségre lenne vonható* minden olyan, az ő rendelkezéséből vagy a rendelkezés elmulasztásából eredő kárért, amelyet a hatósági orvos véleménye ellenére tett meg, illetve mulasztott el. Ez a rendelkezés, bár nem ilyen szabatosan, meg van állapítva, de csak at. t. városi és községi közegekre nézve az 1908: XXXVIII. tc. 2. §-ában. Ez a felelősség tehát valamennyi közegészségügyi hatósági fokozatban érvényesítendő lenne.

E) És itt van végül az a joga a hatósági orvosnak, hogy sürgős esetekben, közérdekből a *helyszínen impériumot gyakorolhasson*. Itt elsősorban a veszedelmes járványos és ragályos betegségekre gondoljunk. Itt viszont a járásorvosoknak és tisztifőorvosoknak megadja a törvény a helyszíni intézkedés jogát (1876: XIV. tc. 156. §., illetve 162. c), míg a községi és körorvosoknak nem. Természetes kíváncsi vagyok, hogy ez a jog valamennyi hatósági orvost megillessen.

Hangsúlyoznom kell, hogy a hatósági orvos mindeme jogai csak bizonyos szorosan körülírt esetekre vonatkozzanak és éppolyan felelősséggel tartoznak a fellebbezési, a vétó-jog, vagy a közvetlen intézkedési jog gyakorlása által netán okozott károkért, mint ahogyan ezt az intézkedő hatósággal szemben statuálni kívánjuk.

De amikor a hatósági orvosok hatáskörét ekként felemeljük, amikor javadalmukat annyira javítjuk, hogy megkapják tisztességes megélhetésük feltételeit, akkor el is várhatjuk tőlük, hogy magukat kizárólag ezeknek a nagy feladatoknak szenteljék vagyis *magánpraxist ne folytassanak*. Jól tudom én, hogy ez ma *csak elvileg* állhat meg. Kisközségeinkben ma még oly nagy az orvoshiány, hogy a hatósági orvos a magánpraxistól csak a gyógyulást kereső embertársaink kárára tiltható el. Ezt pedig magasabb etikai szempontok nem engedik meg. Azért az olyan kisebb községekben, ahol orvos nincs, vagy csak hatósági orvos van, arra a átmeneti időre, míg a viszonyok ott nem változnak, a magánpraxisra vonatkozó tilalom nem lépne életbe. E helyeken a hatósági orvosi teendőket, jobb megoldás híján, *átmenetileg a járásorvos* végezné. Arra a gyakran hallott ellenvetésre, hogy a magánpraxis, eltiltása következtében hatósági orvosaink elmaradnak majd a tudomány újabb megállapításainak ismeretétől, azt felelhetem, hogy ezt továbbképző-tanfolyamokkal kell pótolni, amelyeknek elvégzése kötelező legyen.

Tisztelt Országos Értekezlet! Ha megtörténik egészségügyi igazgatásunknak a fentiekben csak nagyon vázlatosan ismertetett újjászervezése: jelentős lépést tettünk a magyar nép megerősítése érdekében. Jobb jövőnkhez az út csak a magyar nép egészségének megjavításán át vezet és ennek az útnak elkészítése megér minden áldozatot!

II.

Előadó: dr. K a t o n a J ó z s e f, m. kir. egészségügyi főtanácsos, Borsod m. ny. t. főorvosa.

1. A vármegyei főorvosnak meg kell adni az intézkedési jogot az egészségügyi közigazgatás egész területén.

2. A vármegyei főorvos és helyettese, valamint a járásorvos gyógyítással nem foglalkozhatnak.

3. Orvosrendőri teendők végzése a községi és körorvosok feladatát nem képezheti.

4. Meg kell adni az orvostisztviselőknek az anyagi lehetőséget arra, hogy hivatali teendőiket akadály nélkül végezhessék.

5. Meg kell adni a hatósági orvosoknak a fizetési osztályokba való sorozás révén is azt, ami Őket jogosan megilleti.

6. Intézményesen biztosítani kell az egészségügyi körök betöltését.

7. A fertőző betegségek elleni védekezés költségeit — az állandó intézmények kivételével — viselje az állam.

*

*

*

Az egészség megóvása érdekében a tudomány mindig újabb követeléseket támaszt és ezáltal az egészségügy közigazgatást igen nehéz feladatok elé állítja, melyeknek csak akkor felelhet meg, ha intéző és végrehajtó szervei a közönségtől teljesen függetlenek. Ezt a függetlenséget a választott közigazgatási tisztviselőktől, a dolog természeténél fogva, várni nem lehet; éppen ezért indokolt az a törekvésünk, hogy az egészségügyi közigazgatás választassék el és függetleníttessék a politikai közigazgatástól. Ezzel kapcsolatban kívánjuk, hogy a közegészségügy az egész vonalon államosíttassék és annak szolgálata kinevezett, felelős orvostisztviselőkre bizassék. Jól tudjuk, hogy az orvosokat erre még tanítani, nevelni kell, de ez a körülmény nem lehet ok a tervezett rendszerváltozás elejtésére. Midőn azonban egy élő szervezetet megbolygatva, a politikai közigazgatást teendőinek egy részétől mentesíteni szándékozunk, kötelességünk, hogy a jövő várható alakulásáról az érdekelteket előzetesen tájékoztassuk.

Ilyen tájékoztató akar lenni némi részben az én előadásom, melynek során megkísérlem, hogy a hatósági orvosokra és a közegészségügyi szolgálat némely fontosabb részletére vonatkozó fenti tételeimet megindokoljam.

1.

Az 1876-iki közegészségi törvény imperative kimondja, hogy: «a vármegyei főorvos járványos és ragályos betegségek alkalmával, halasztás veszé-

lyénél, saját felelőssége mellett a fennálló törvények és szabályok szerint önállóan intézkedik». Ám, ha a vármegyei főorvosnak meglehet adni az önálló intézkedési jogot akkor, midőn nincs idő a meditálásra és meglehet adni azon a sikamlós területen, melyen az egészségügyi közigazgatás rendelkezései a magánjogi igényekkel szembe kerülhetnek: akkor meglehet adni ezt a jogot a kevésbé fontos és a kevésbé sürgős ügyekre nézve is.

Mivel pedig a személyes felelősség a kötelességteljesítésnek legfőbb biztosítéka: ennél fogva a *vármegyei tiszt főorvosnak meg kell adni az önálló intézkedési jogot a hivatalához tartozó ügyek egész területén.*

2.

A vármegyei közegészségügyi hivatal főnöke a vármegyei tisztifőorvos, aki felettes hatóságával: a népjóléti és munkaügyi minisztériummal közvetlenül érintkezik és helyettesével, valamint a járásorvosokkal az ügyeket személyes felelősség mellett intézi, a rendeletek végrehajtása iránt intézkedik, a preventív és szanáló intézkedéseket tervezi, azok végrehajtása és ellenőrzése tekintetében eljár, alantasaival, ezek között a közegészségi őrökkel és biztosokkal, önállóan rendelkezik.

Ha a hatósági orvosok ezen egész embert kívánó széles munkakör mellett még gyógyítással is foglalkoznának, akkor bizonyára inkább hanyagolnák el a hivatalt, mint a szép mellékjövedelmet biztosító magángyakorlatot. Ezenkívül mivel az orvos és betege között fennálló bizalmi viszony egyrésztől a hatósági orvost eljárásában feshélyezné, másrésztől a közönségnek okot adhatna arra, hogy a hatósági orvost a részrehajlás gyanújával illesse: *ennél fogva a vármegyei főorvos és helyettese, valamint a járásorvos gyógyítással nem foglalkozhaiik.*

3.

A községi és körorvosok gyógyító és tanácsadó működése csak akkor lehet eredményes, ha a gondozásukra bízott nép hozzájuk bizalommal, ragaszkodással viseltetik. Már pedig azok az orvos-rendőri szemlék, melyeket a községi és körorvosok jelenleg végeznek, sokszor olyan következményekkel járnak, melyek egyesek anyagi érdekeit súlyosan érintik és így alkalmasok arra, hogy az eljáró községi és körorvos iránt ellenséges indulatot keltsenek.

Mivel pedig a nép és gyógyító orvosa közötti békének ilyen módon való felborulása a közegészségügyet is károsítaná: *ennél fogva orvos-rendőri teendők végzése a községi és körorvosok feladatát nem képezheti.*

4.

A mindennapi élet, a családfenntartás, a társadalmi kötelezettségek, az önképzés szükségessége, a hivatali teendők pontos ellátása az orvostisztviselőre nézve sok gonddal és tetemes költséggel jár, s amidőn nyugalmát, egészségét a köz javára áldozza, méltán elvárhatja, hogy a felettesek tegyék ránézve könnyebbé azt az áldozatot. Ennek dacára előfordult, hogy a vármegyei főorvosnak közel három évtizeden keresztül magának kellett irodahelyiségről

gondoskodnia, holott kevésbé fontos állami szervnek hivatali elhelyezése, miniszteri rendeletre, azonnal megtörtént.

Külön irodahelyiséggel egyébként a járásorvosok se mindnyájan dicsekedhetnek; mert a főszolgabírói hivatalban egy asztal van rendelkezésükre bocsájtván, néhol éppen abban a helyiségben, hol a felekkel tárgyalások folynak. És mit mondjak azokról a körorvosokról, akik két alacsony, nyirkos szobáckára kárhoztatva, kénytelenek túrni, hogy bútoraikat, ruhaneműiket a penész, orvosi eszközeiket a rozsdá tegye tönkre; s még a hevenyfertőző-betegségek miatt is családjukért állandóan aggódniok, rettegniök kell. Tudok esetet, hogy a kétszobás helyiségben lakó körorvos, midőn felesége első gyermekkel megajándékozta, a másik szobában alvó anyósát éjfélkor felköltötte, hogy ott egy szegény asszonynak diftériás gyermekét beoltsa.

Megnehezíti a körorvosok működését több egészségügyi körben az is, hogy a körjáratok rendszeres és pontos teljesítésére, valamint távoli betegek azonnali meglátogatására szükséges fuvar biztosítása még mindig a kísérletezés stádiumában van, holott kétségtelen, hogy a kérdés egyedül a körorvos lótarási kötelezettsége által oldható meg oly módon, hogy a körhöz tartozó mindenik község határában például öt hold föld volna e célra kihasítandó. Hiszen ha vannak a községekben jegyzői, papi, kántori, — sőt a bikatartására rendelt földek is, — akkor szinte lehetnek ilyenek a körorvosi fuvar biztosítására; mert bármennyire agrárállam vagyunk is: a közegészségügy szolgálata és a betegek szenvedésének enyhítése mégis csak van olyan állami érdek, mint az állattenyésztés. *Biztosítani kell tehát az orvostisztviselők anyagi függetlenségét, hogy hivatali teendőiket akadály nélkül végezhessék.*

5.

A köztisztviselőknek fizetési osztályokba való sorozása által közfel-fogás szerint a kormány kifejezésre akarja juttatni azt az értéket, melyet szerinte az egyes kategóriák az államra nézve képviselnek. Távolról sem lehet szándékom a nem orvos köztisztviselők érdemeit kisebbiteni, de ha a községi jegyző elérheti a 7-ik fizetési osztályt, a főszolgabíró a 6-ikat: akkor jogos az a kívánságunk, hogy az érdemes községi és körorvos előtt is nyitva legyen a 7-ik fizetési osztály, az érdemes járásorvos előtt pedig a 6-ik. És ha a kereskedelmi iskola igazgatója bejuthat az ö-ik fizetési osztályba, akkor biztosítania kell ennek lehetőségét a vármegyei főorvosnak is.

6.

A körorvosi intézmény csak akkor felelhet meg rendeltetésének, ha a körök állandóan be vannak töltve, aminek két nagy akadálya van, nevezetesen a lakáshiány és az előmenetel reménytelensége. A lakáshiány megszüntetésére az 1908-iki közegészségi törvény alkalmasnak nem bizonyult, mert nem parancsolólag rendelkezvén, az építkezés tekintetében kibúvót hagyott a községeknek.

A világháború és a kommunista rémuralom a kérdést mintha az egész vonalon feledésbe süly esztette volna; mert csak így érthető, hogy míg a köz-

ségi kovácslakásokra vonatkozó egészségügyi adatokat a minisztérium 1924-ben a vármegyéktől felkövetelte, addig a községi és körorvosi lakásokat illetőleg ilyen rendelet a vármegyékhez nem érkezett.

Aztán jött a szanalás, mely a feladatok súlya alatt roskadozó vármegyéket és községeket alaposan megnyomorította, midőn a magas kormány minden terhet a vármegyékre és községekre hárított és ezenkívül a községeknek — teherbíró képességek különbözőségére való tekintet nélkül — az 50 %-nál magasabb pótdadó kivetését megtiltotta.

Ha a *hőr orvosi lakáshiány megszüntetése komoly* szándéka a magas kormánynak, akkor vegye vissza a vármegyékre és községekre áthárított súlyos terheket, szerezzen *olcsó kamatra, hosszú lejáratú építési kölcsönt a községeknek és az építkezés keresztülvitelével bízva meg a főszolgabírókat.*

A körök állandó betöltésének másik akadályja az előmenetel reménytelensége, melyen egyedül az Országos Munkásbiztosító Pénztár reformjával kapcsolatos rendszerváltozás segíthet. Köztudomású ugyanis, hogy az Országos Munkásbiztosító Pénztár mai szervezete nem felel meg a jogos követelményeknek, mert egyrésztől adminisztrációja drága, gazdálkodása rossz s a biztosítási díjak késedelmes behajtása révén, az intézmény milliárdokkal károsodik; másrésztől pedig midőn a pénztári orvos pár óra alatt 60—70 beteget megvizsgálni, orvosi tanáccsal ellátni kényszerül: kétségtelen, hogy a beteg nem kapja meg azt, amihez az intézmény rendeltetésénél fogva, jussa van. Államosítani kell tehát ezt az intézményt, és annak orvosait a népjóléti és munkaügyi miniszter nevezze ki, ezáltal a körorvosok kinevezés folytán városokba kerülhetnek s az előmenetel reménytelensége megszűnván, az egészségügyi körök állandó betöltésének ez nem lesz többé akadályja.

7.

A heveny-fertőzőbetegségekről való ismereteink felette hiányosak, és azok előfordulása alkalmával nem tudjuk megállapítani, hogy keletkezéseben ki a hibás; az a község-e, melyben az esetek a hatóság tudomására hozattak, — vagy egy ismeretlen másik. — vagy végre a kóbor cigányok, akik a félországot bebarangolják s táplálékul a lebunkózott állatok elföldelt részeit sem vetik meg. És minthogy a védekezés nem kizárólag a fertőzött község érdeke, hanem érdeke az állam nagy összességének is: ennél fogva nem igazságos a törvénynek az a rendelkezése, mely a fertőzött községet a védekezés terén szükséges szolgáltatásoknak természetben való ingyenes teljesítésére kötelezi. Mert örök állítása, az elkülönített egyének élelmezése, tüzelőanyaggal és egyéb szükségességekkel való ingyenes ellátása, nagy terhet jelent a községekre. Jje ez a rendelkezés a védekezést nem is szolgálja. Hiszen az örök többnyire felfogadott dologkerülők vagy cigányok, akik rossz időben fedél alá húzódnak és egy pipadohánnyal megvesztegethetők. *Örökül csak a pénzügyőrséghez hasonlóan szervezett, szakszerűen kitanított, eskü alatt szolgáló és nyugdíjjogosult egyének alkalmazhatók*, akik, mint közegészségi örök és biztosok, az orvos-rendőri vizsgálatokat és a fertőtlenítést végzik s a községi eljáróság által kihirdetett rendeletek végrehajtását ellenőrzik.

Ami pedig a védekezés költségeit illeti, az elmondottak alapján kétségtelen, hogy azokat — az állandó intézményekre fordított összegek kivételével — az állam kell, hogy viselje.

Hozzászólások:

1. Dr. Fáy Aladár, ny. államtitkár: Az igen tisztelt előadó úr nézeteivel és javaslataival a legtöbb pontban teljesen egyetértek, olyannyira, hogy ő lenne a legjobban meglepetve, ha a népjóléti és munkaügyi minisztériumban készen fekvő s a törvényhozási tárgyalásra váró törvényjavaslatban foglalt intézkedésekkel összehasonlítaná a saját referátumát és azt látná, hogy azok a legtöbb pontban teljesen egyeznek. Egy pontra nézve azonban: az intézkedésre hivatott hatóságok szervezete tekintetében, teljesen ellentétes álláspontot foglalok el, mint az előadott tervezet, amelyről egyébként egészen kétségtelen, hogy a legjobb intencióból fakadt és nyilván a gyors és közvetlen intézkedés lehetőségének a biztosítása céljából készült. A javaslatnak ezt a részét, több évtizedes közigazgatási tapasztalatom alapján, aggodalmasnak látom.

Amennyire minden dicséretet megérdemel az 1876: XIV. tc. anyagi része, éppen annyira kifogásolható, nézetem szerint, az alaki része, amely egyébként azóta már változást is szenvedett (1908: XXXVIII. te). A jól felfogott egészségügyi közigazgatás megköveteli, hogy a véghatározat hozatalára hivatott hatóság helyes és pártatlan szakértői vélemény alapján sürgősen és tárgyilagosan intézkedjék a felmerült kérdésben. A szakértői véleménynek is teljesen objektívnek kell lennie, amit viszont a szaktudás mellett csak a szakértő függetlensége biztosíthat. Nézzük most már, hogy mi a mai helyzet? Egészségügyi intézkedésekben harmadfokú, tehát legfőbb hatóság a közigazgatási bizottság, amelynek véghatározata meg nem fellebbezhető. Tehát *igen fontos közegészségügyi intézkedésekben végső fokon ítélt egy olyan fórum, amelynek hivatalból egyetlen szakértő tagja sincs, kivéven a honvédszászlóalji főorvost.* Van ugyan az említett bizottságnak szakelőadója, a törvényhatósági tisztifőorvos, csak hogy ez a másodfokú egészségügyi hatóságnak, az alispánnak a szakközege, aki már a másodfokú határozat meghozatala alkalmából ad hivatalos szakvéleményt. Ha tehát a tisztifőorvos valamely ügyben már A-t mondott, ugyanabban az ügyben nem mondhat B-t. A fellebbező fél tehát meg van fosztva attól a lehetőségtől, hogy a tisztifőorvos esetleg téves véleményén alapuló határozat, ellenőrző szakértő véleménye alapján, megmásítható legyen. Ez tulajdonképpen jogfosztás. A közigazgatási bizottság elnöke továbbá a főispán, akadályoztatása esetén az alispán; tehát ugyanaz, aki a tisztifőorvos véleménye alapján a másodfokú határozatot hozta. Nagyon természetes tehát, hogy a harmadfokú határozat úgyszólván mindenesetre ugyanaz lesz, mint a másodfokú határozat volt.

De az elsőfokú egészségügyi hatóság körül is baj van a szakértővel. A szakértő ugyanis hivatali alárendeltje a főszolgabírónak, akitől tehát az ekszisztenciája függ, s ha igazságérzetében nem akar párirozni, egymásután kaphatja a fegyelmiket és büntetéseket. Első feltétele az objektív szakvélemény-

adásnak tehát az, hogy a szakértő ekszisztenciája ne függjön a határozathozó hatósági személytől. Ennek orvosságára nézve teljesen egy nézetten vagyunk a t. előadó úrral, hogy t. i. az egészségügyi közigazgatásban alkalmazott hatósági orvosokat állami tisztviselőkké kell kinevezni. De nézzük most, hogy mi lenne a helyzet, ezt az esetet már feltételezve, a t. előadó úr javaslata értelmében? Az elsőfokú fórumnak, a jegyzőnek nem volna szakértője, mert a kör- és községi orvosokat lehetőleg mindennemű egészségügyi szolgálattól mentesíteni kívánjuk, hogy azok kizárólag gyógyítással foglalkozhassanak. Ha tehát erre a célra a járásorvost vennék igénybe, mást pedig nem lehet, mert az az idő, amikor minden nagyobb községben egy külön közegészségügyi hivatalnokot lehetne tartani, még valahol nagyon messze jövőben van, tehát a tényleges gyakorlatban a járásorvos lenne az elsőfokú fórumnak a szakértője. Ha már most ő adná az elsőfokú hatóságnak a szakvéleményt, akkor a főszolgabírónak, a másodfokú hatóságnak, nem volna ellenőrző szakértője. Tehát ott volnánk az első és másodfokú hatóságokkal, mint ahol most vagyunk a másod- és harmadfokú fórumokkal. A járásorvos pedig abban az egészen sajtóságos helyzetben volna, hogy 10—12 jegyző lenne a hivatali főnöke egyszerre, arról nem is beszélve, hogy milyen fonák helyzetet teremtene a közigazgatásban az a körülmény, ha az intézkedő hatósági főnöknek jóval kisebb minősítése volna, mint a szolgálatára rendelt állami szakértő tisztviselőnek.

A javaslat szerint továbbá a közegészségügyi intézkedések elintézése még egy fokozattal alább kerülne és most már ezek nem mehetnének feljebb az alispánnál. Már most az a sajtóságos helyzet állna elő, hogy amíg sokkal kisebb jelentőségű ügyekben, pl. a legtöbb vízhasználati engedélyezési ügyben, az alispán az első fórum, a sokkalta fontosabb közegészségügyi intézkedésekre nézve az utolsó és megfellebbezhetetlen fórum lenne. A közegészségi intézkedések legnagyobb része pedig, csonka szakértői szolgálat mellett, rendszerint befejeződnek a másodfokú főszolgabírói határozattal, ami kézenfekvő okokból a legtöbb esetben egyezni fog az elsőfokú jegyzői határozattal.

Én ezt a kérdést a már említett törvényjavaslatban úgy az érdekelt feleknek, mint a közérdeknek egyaránt való közigazgatási helyes ellátása okából akként véltem megoldani, hogy mindaddig, amíg majdan az egészségügyi közigazgatási személyeknek módjukban lesz saját közegeikkel végrehajtani a saját határozataikat, mindaddig a mostani első és másodfokú hatóságokat meghagytam, s mindeniknek megmarad, de állami tisztviselő gyanánt, a hozzá beosztott szakértője. A közigazgatási bizottságot azonban, mint teljesen feleslegest, kihagyva, annak a hatáskörét szétszítottam az alispán és a népjóléti minisztérium között.

Végző fokon tehát az intézkedést a miniszternek tartottam fenn, akinek saját szakértői mellett, fontos ügyekben, az Országos Közegészségi Tanács szakvéleménye is rendelkezésére áll. Így a vitás közegészségi vonatkozású ügy tudományos és objektív megvilágítása minden esetben teljesen biztosítva lesz. De van még egy szempont, ami engem arra indított, hogy minden közegészségi intézkedésre nézve legfőbb és utolsó fórum gyanánt magát a mi-

nisztert iktassam be a hatóságok fokozatába, ez az, hogy saját tapasztalatom szerint a választott tisztviselők sokszor és sok helyen nem lehetnek elég függetlenek a törvényhatóság területén élő hatalmasoktól, akiktől sokszor az állásuk, újramegválasztásuk függ. Erre vonatkozólag szépszámú személyes tapasztalattal rendelkezem, amelyek azonban nem tartoznak ide. Ezeket tartottam kötelességemnek a közhatósági tisztiorvosok és általában az egészségügyi közigazgatás helyes megszervezése érdekében megjegyezni.

2. F. S z a b ó Géza, ny. főispán, nemzetgyűlési képviselő: Mint az önkormányzati közigazgatás lelkes híve és barátja, mint a magyar önkormányzathoz fűződő nemes és ősi tradíciók végtelen tisztelője, kérek szót, hogy az előbb elhangzott igen értékes fejtegetést méltathassam. Puky Endre ömértósága gyakorlati szakember a közigazgatás terén. Éles szeme meglátja a fogyatékoságokat és tapasztalatainak gazdag tárházából azonnal kikeresi az orvosszereket is. Most egyik legsürgősebb problémánkat, a közegészségügy helyes és törvényes alapokra való helyezését teszi elméleti bírálat és javaslat tárgyává. Az ő értekezését három vezető gondolat uralja:

1. a hatósági orvosi kar államosítása;
2. az egészségügyi tisztviselők kiképzésének reformja és
3. a hatósági orvosi tekintély emelése.

A kérdésnek elsősorban fontos része tehát az államosítás.

A jelenlevő kiváló szaktekintélyek iránt érzett mélységes tiszteletemet jelenti az is, hogy én az államosítás kérdésének egészségügyi vonatkozásait csak futólag érintem és ezt a tételt jogászi, közelebbről önkormányzati bonckés alá veszem.

Amikor a közigazgatásnak egyik legújabb időben való részleges államosításáról, a számvevőség és a vármegyei pénztárak államosításáról volt szó, elsősorban a kérdés praktikus oldalát vizsgáltuk. Az első az volt, hogy a vármegyei, önkormányzati testületek mellé a vármegyétől fegyelmileg független ellenőrző közegek állítsanak. A vármegyei pénztárak államosításával pedig az járt, hogy az alispán nemcsak a székhelyén levő egy pénztárra, hanem az összes adóhivatalokra, tehát elágazólag kapott utalványozási jogot. Olyan óriási praktikus értékek ezek, amelyek előtt meghajolt az önkormányzati szellem.

A következő volt az állategészségügy államosítása, tehát egy újabb részleges államosítás, és itt olyan praktikus országos érdekek oldattak meg, hogy ez önkormányzati szempontból nagyobb hullámokat nem is vert. Röviden tehát kijelentem, hogy az egészségügy államosítása nem jelenti az önkormányzat sérelmét. Az ehhez fűződő óriási országos érdekek kézenfekvők és én a már felsorakoztatott nagy indoktömeg mellé csak egypár észrevételt vagyok bátor fűzni. Indokolja az államosítást az is, hogy egészséges vérkeringést visz bele a nagy hatósági orvosi testületbe. Nekem fogalmam sem volt arról, hogy Katona főorvos úr milyen irányban fog ehhez a tételhez hozzászólni, de már ő, mint praktikus orvos, rámutatott arra, hogy milyen óriási ambíciót ad az orvosoknak továbbképzésére az, hogy nincs — többnyire a véletlen szeszélye folytán kiválasztott — egy helyhez kötve, amennyi-

ben tudja azt, hogy ha ambiciózusan továbbképi magát, falusi munkakörét városi, majd nagyvárosi munkakörrel válthatja fel. Fontos szempont azután, amelyet szintén nem szabad figyelmen kívül hagyni, az, hogy a felső intézkedő hatóság országos nagy szempontokat követ és ha nagyszámú hatósági orvosi státussal rendelkezik, módja van mindenkint a maga helyére, a maga megfelelő munkakörébe állítani. Ezek voltak azok, amiket — mint mondtam — önkormányzati jogi szempontból voltam bátor a kérdéshez hozzátenni.

Ami az egészségügyi bizottság megszüntetését, a fellebbezési rendszer egyszerűsítését, a közegészségügyi tisztviselők kiképzésének átalakítását, a hatósági orvos kötelező meghallgatását stb. illeti, mint praktikus közigazgatási ember, igazán szívből-lélekből üdvözlöm ezeket az eszméket és proposíciókat és ezekhez semmi hozzátenni valóm nincs. Valóban örömmel üdvözlöm úgy Puky Endre ömértóságának, mint Katona főorvos úrnak előterjesztését és közigazgatási szempontból is meleg szeretettel ajánlom a mélyen t. Országos Értekezlet szíves figyelmébe.

3. Dr. Rosenthal Félix, járási tisztiorvos (Bódvaszilvás, Abaúj-Torna vm.): A hatósági orvos hatáskörének emelése nem lehet hatalmi kérdés az orvos s jogász között, hanem a meglévő törvények módosításával *intézményesen* kell biztosítani a hatósági orvos jogait. A minősítésről szóló 1883. évi I. tc. 9. szakasza szerint hatósági orvos az, aki tisztiorvosi képesítéssel bír s köztörvényhatóságoknál van alkalmazva. Ezen törvény szerint a rendőrségnél alkalmazott s tisztiorvosi képesítéssel bíró orvos ugyancsak hatósági orvos. De nem szorul magyarázatra, hogy csak egészségügyi hatóság orvosa lehet hatósági orvos. Ebből következik, hogy a községi vagy körorvos nem hatósági orvos, hanem orvos-közhivatalnok, aki *működése* közben, mint az előljáróság tagja, azonban feltétlenül hatósági személy.

Ezen megfontolás alapján a 34,000/926. N.M.M. sz. rendeletnek az a része, mely a hadirokkantak kezelésével a hatósági orvosokat bízza meg, nem fedi a törvény eddigi gyakorlatát, mert az 1867: XIV. tc. 156. §. g) pontja a járásorvost e téren felügyeleti hatáskörrel ruházza fel s a szegények gyógykezelését az 1908: XXXVIII. tc. a községi és körorvosokra bízza, míg Budapesten a szegény betegek gyógykezelését a kerületi orvos látja el. E rendelet szerint a mezőcsáti hadirokkant gyógykezelés céljából akár a kerületi egészségügyi felügyelőhöz fordulhatna, aki szintén hatósági orvos. A rendelet helyes szövegezése volna: «A hadirokkant igénybeveheti mindazon orvosokat, akiket a törvény a szegények gyógykezelésével megbízott». De ellentétben van a rendelet azzal a közszellemmel is, mely a hatósági orvosokat a gyógykezelés alól mentesíteni akarja. Éppen így nem fedi a hatósági orvos fogalmát a m.kir. központi statisztikai hivatal 1898: 5653. ein. számú rendelete, amidőn a III. számú kimutatásban szereplő hatósági orvosok létszámában a községi és körorvosokat említi, bár a IV. számú kimutatás tisztán községi és körorvosokról szól.

A hatósági orvosok fogalmának meghatározása után, a *hatósági orvosok szervezetének* a tárgyalása következik. A nemzet sajátosságai az intézményekben tükröződnek vissza, s e sajátosságokhoz ragaszkodnunk kell. Az államosítás,

melyet még a nagy boldog Magyarország sem tudott megoldani, a jövő kérdése s elsősorban is pénzügyi kérdés. Addig is a kereteket úgy kell kiépíteni, hogy a közegészségügy mai követelményeinek megfeleljenek s államosítás esetén minden megrázkódtatás nélkül átvehetők legyenek. Alulról kell erősíteni a közegészségügy hatalmas épületét, hogy teherbírása annál nagyobb legyen. Ezen épületet egységes vezetés mellett kell felépíteni s éppen azért az 1876: XTV. tc. 165. §-a mintájára ki kell mondani, hogy az ország közegészségügyét a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter vezeti. Nagy célokért csak egységes vezetéssel lehet küzdeni s éppen azért visszas az a helyzet, midőn a legfőbb vezetés és felügyelet két minisztérium között oszlik meg. A múlt nagy közegészségügyi alkotásait (gyermekvédelem) az egységes vezetés eredményezte s ezt az egységet mielőbb meg kell teremteni, mert ezt kívánja az ország s a közegészségügy érdeke. A közegészségügyi ügyosztály élén az államtitkári rangban levő «országos közegészségügyi főfelügyelő» áll, míg az egyes közegészségügyi kerületek egészségügyi igazgatását a kerületek székhelyén lakó «egészségügyi felügyelők» végzik. A közegészségügyi igazgatás államosítása esetén, a hatósági orvosok a magángyakorlattól eltiltatnak s a bírói és ügyészi kar mintájára, külön státusba sorolandók. De az államosításig a hatósági orvosok fizetését úgy kell rendezni, hogy hivatásuknak gond nélkül élhessenek. A hivatásának élő lelkiismeretes hatósági orvosnak magánpraxisa alig lehet, mert a napról-napra szaporodó hivatali munka becsületos elvégzése ideje nagyrészt lefoglalja s hivatalnál fogva is éppen a közönség fizetőképes részevei kerül sokszor összeütközésbe. A közegészségügyi törvények végrehajtását közönségünk zaklatásnak tartja s nem veszi igénybe a hatósági orvos rendelését. Így külön rendelet nélkül is a hatósági orvosok magángyakorlata napról-napra csökken s a hatósági orvos mindinkább rá van utalva hivatásával járó fizetésére. Lehetetlen helyzet, hogy orvostudori oklevél s tisztiorvosi képesítés birtokában a járási tisztí s a vele egyenrangú hatósági orvosok a X. fizetési osztályban kezdjék működésüket s a VIII. fizetési osztályban fejezzék be, holott a tanító, jegyző bejuthatnak a VII. fizetési osztályba. Elismerem, hogy a nemzet e derék munkásai megérdemlik e fizetési osztályba való sorolásukat, azonban az egyenlő elbánás elvénél fogva méltányosságot kérek a hatósági orvosi karral szemben is. Nemcsak elkeserítő, hanem megdöbbentő dolog, hogy ugyanekkor, amidőn az illetékes körök a magánpraxis betiltásáról s a külön orvosi státusról beszéltek, a járásorvost s a vele egyenlő rangú hatósági orvosokat a X., a tisztifőorvost a VIII. fizetési osztályba lökték vissza. Ne felejtjük el, hogy a jegyzőt és tanítót nem helyezték vissza a békebeli státusba, mert e tisztviselők, illetőleg közalkalmazottak hatalmas tömege ebbe nem nyugodott volna meg; s a tanító, jegyző ugyancsak magánmunkálatokat is végeznek. Megengedem, hogy az orvosi túlprodukción folytán az így dotált állásokra is lesz pályázó; azonban igazán szakképzett s hivatottságot érző orvos ezen állásokra nem fog pályázni. Miért volna kisebb fontosságú állás a tisztifőorvosi állás a tisztifőügyész állásánál? A tisztifőügyész is a V. Ü. Sz. 48. §-a szerint magánkeresettel foglalkozhatik s mégis a VII. fizetési osztállyal kezdi s bejuthat a VI. Fizetési

osztályba. Talán a tisztifőorvos képzettsége kisebb avagy a közegészségügy ezen vezető tisztviselője kisebb értékű, mint jogvégzett tisztviselő társa? Ezen a méltánytalan helyzeten mielőbb változtatni kell s a járási orvost s a vele egyenrangú hatósági orvosokat a VIII. fizetési osztályba kell sorozni, úgyhogy a VII. fizetési osztályba bejuthasson. A tisztifőorvos meg a VII. fizetési osztállyal kezdje és bejuthasson a VI. fizetési osztályba.

Ez esetben, ha a hivatalvizsgálat a hatósági orvos hivatalának nagyfokú elhanyagoltságát állapítja meg, úgy az 1886: XXIII. tc. 1. §. a) pontja alapján fegyelmi büntetésképen a hatósági orvos a magányakorlattól eltiltható.

Közegészségi szolgálatunk alapja, oszlopa az 1876: XIV. tc. II. részének II. fejezete. Ha ez a gyönyörűen megszerkesztett s az akkori kor színvonalán álló törvény a mai kor követelményeinek teljesen nem felel meg, ne felejtjük el, hogy ezen törvény megjelenése óta félszázad múlt el. Hiszen a kerületi eljárásokról, mint elsőfokú egészségügyi hatóságokról szóló 1893: XXXIII. tc. s a községek egészségügyi szolgálatáról szóló 1908: XXXVIII. te, az 1876: XIV. tc. olyan módosításai, amelyeket a kor szelleme hozott létre. Az 1908: XXXVIII. tc. főleg azt célozta, hogy a nagy Magyarország üresedésben levő körorvosi és szülésznői állásait betöltse, mert akkor nagy vidékek állottak kezelőorvos és szülésznő nélkül. Rendezte illetményeiket; meghatározta kötelességüket, jogaikat s így évről-évre csökkent az üresedésben levő orvosi állások száma. A törvényhatósági közegészségügyi szolgálatokról szóló 1876: XIV. tc. 153—164. szakaszai csaknem a mai napig érintetlenek maradtak. Midőn tehát a hatósági orvosok hatáskörének emeléséről beszélünk, meg kell vizsgálnunk a törvény eme szakaszait, mennyiben felelnek meg a mai kor követelményeinek, s ahol szükséges, e szakaszokat módosítani kell. Lássuk már most, milyen legyen a járási tisztiorvos s a vele egyenrangú hatósági orvosok hatásköre. Midőn az 1876: XIV. tc. 158. §-a a járási orvos működési körét megállapítja, ugyanekkor az 1876: XIV. tc. 155. §-a kimondja: «A szolgabírónak, mint elsőfokú hatóságnak szakközége a járási orvos, kinek véleménye rendszerint előzetesen meghallgatandó.» A törvényben szereplő «rendszerint» kifejezés tehát arra is feljogosítja a szolgabírót, hogy kedve szerint, ha akarja, ne hallgassa meg szakközegét. Éppen ezért a törvény eme szövegén változtatni kell úgy, hogy a «szakközeg véleménye előzetesen mindig meghallgatandó». Már az 1908: XXXVIII. tc. 2. szakasza szerint a város s község egészségrendőri teendőivel megbízott közegek kötelessége a városi, községi orvos véleményének meghallgatása s annak elmulasztásából származó károkért a közegek felelősséggel tartoznak. Éppen ezért a kötelező meghallgatást e szakaszban is ki kell mondani. A 155. §. többi része változatlan maradna, azonban kibővítendő volna a következőkkel: «Járványos és ragályos betegségek alkalmával a járásorvos a helyszínén személyesen megjelenvén, a fennálló törvények és szabályok szerint önállóan intézkedik s erről egyúttal hatóságát értesíti. A járási orvos ezen intézkedéseit a tisztifőorvos megváltoztathatja. — A járási orvosoknak jogában van a szolgabíró azon intézkedése ellen, amely a közegészségügy érdekét sérti avagy veszélyezteti, egyfokú fellebbezéssel élni, amiről egyúttal a tiszt

főorvost értesíti. Ezen fellebbezésnek halasztó hatálya van s 24 óra alatt az alispánhoz felterjesztendő. — Közegészség elleni kihágási ügyekben a járási orvos a 178,424/923. B. M. sz. és a 85,000/909. B. M. sz. rendelet megfelelő szakaszai szerint jár el.» Ezzel a változtatással, illetőleg újabb szövegezéssel senki tekintélyén csorba nem esik, mert ott, hol a szolgabíró s a járási orvos között a közegészségügyet előremozdító együttműködés megvolt, eddig is járványnál a helyszínen megbízás folytán önállóan intézkedett s intézkedéseit a szolgabíró rendszerint tudomásul vette. Ha pedig a szolgabíró bármely intézkedése sértette a közegészségügy érdekét, úgy a tisztifőorvos útján az alispánnál keresett orvoslást, mert a tisztifőorvossal a 156. §. r) pontja értelmében közvetlenül érintkezhetett. Ha pedig a járási tisztiorvos megismerkedik ama jogokkal, amelyeket a 178,424/923. B. M. sz. rendelet alapján neki, mint szakképviselőnek, a rendőri büntető eljárás egységes szabályozása tárgyában megjelölt 65,000/909. B. M. sz. rendelet megfelelő szakaszai biztosítanak, úgy soha eszébe nem fog jutni, hogy önálló juris dictio után áhítózék. E két rendelet teljesen elégséges a közegészségügy érdekének a megvédelmezésére, s nem szabad olyan követelésekkel fellépni, amelyeknek képesítésünk hiányossága folytán, a törvény s jogszerint nem felelhetünk meg. Azt hiszem, nem akad senki, aki akár az egyéves tisztii-tanfolyamon szerzett jogi tudást elégségesnek tartja bírói ítéletek előkészítésére s megszerkesztésére. Ha egy évig csak joggal foglalkoznánk, akkor sem szerezzük meg az ítéletnek meghozatalához szükséges judíciumot s jurisprudenciát. Az ítélezést bízzuk jogilag képzett s joggyakorlattal rendelkező rendőri büntetőbírókra s elégedjünk meg a szakképviselő jogaival.

A 65,000/909. B. M. sz. (Rbsz.) rendelet 30. §-a szerint a szakképviselő az általa képviselt érdekkört érintő bármely kihágás miatt, mely hivatalból üldözendő, felléphet a vád képviseletében s ugyanazon jogokat gyakorolja, mint a tisztügyész. A tisztügyész jelenlétében a szakképviselőt kiegészítő hatáskör illeti meg. Ennek érvényesítése végett joga van az iratokat megtekinteni, a tárgyaláson részt venni, a vád tárgyában kiegészítő vagy pótindítványokat tenni, a határozatok ellen a megengedett jogorvoslatokkal élni. Egyéb jogai a rendelet 17., 106., 111., 132., 160., 176. szakaszaiban foglaltaknak.

Már ezekből is látjuk, hogy a járásorvos mint szakképviselő, ha szeret közigazgatási joggal foglalkozni, úgy jogi ismeretei érvényesítésére bőven van alkalma, ha a jurisdikciót nem is gyakorolja.

A 178,424/923. B. M. sz. rendelet szerint szakképviselői jogokat gyakorolhatnak működésük területén a járásorvosok, törvényhatósági tisztifőorvosok, rendezett tanácsú városi tisztiorvosok s Budapesten a kerületi tisztiorvosok. A törvény eme szakaszának korszerű szövegezését, illetőleg módosítását a közegészségügy érdeke követeli s ezzel intézményesen biztosítjuk a járási s a vele egyenrangú hatósági orvos jogait. A szakasz 4. bekezdése ugyanis kimondja, hogy a járási orvos teendőit a fővárosban a kerületi tisztiorvosok, törvényhatósági joggal felruházott városokban a városi tisztiorvosok, a rendezett tanácsú városokban ugyancsak a tisztiorvos teljesíti.

A 160. §. «A törvényhatóságok első tisztviselői tanácsai és a közgyűlések, közegészségi ügyekben rendszerint szakértők előzetes meghallgatása után járnak el, mely célból a törvényhatóságoknál a tisztifőorvosok alkalmaztatnak s közegészségi bizottságok alakíttatnak». 161. §. 2. 3. bekezdés «A törvényhatósági közigazgatási bizottságban a tisztifőorvos a közegészségi ügyekre nézve előadóként működik». E szakaszok szerint a tisztifőorvos a törvényhatóság szakértője, akit újra «rendszerint» meghallgatnak. Éppen azért fejlődést jelent a 38,088/1893. B. M. sz. rendelet, mely kimondja, hogy a közegészségügyi közigazgatási, s a közegészség elleni kihágási ügyekben másodfokon való határozathozatalánál a tisztifőorvos tüzetes szakvéleménye beszereztessek s az ügyiratokhoz, ha az ügy harmadfokú határozathozatal végett a miniszterhez felterjesztetik, a tisztifőorvos véleménye csatolandó. Ha az 1876: XIV. tc. 161. §-a szerint a tisztifőorvos a közigazgatási bizottságban mint közegészségügyi előadó szerepel, úgy feltétlenül alkalmazandó az 1876: VI. tc. 22. §-a, mely szerint a közigazgatási ágaknak a közigazgatási bizottságban levő képviselőit megilleti az a jog, hogy a határozatot megfelelőbbé tehetik, ha a határozatot törvénytelennek, vagy az általuk képviselt közigazgatási ág szempontjából sérelmesnek vagy károsnak vélik. A fellebbezés 24 óra alatt az illető miniszterhez felterjesztendő. Fellebbezési ügyben hozott határozatra a szakelőadó ezen joga nem terjed ki. Rendeletileg ki kell mondani, hogy az e joggal felruházott szakelőadók közé a tisztifőorvos is tartozik. A tisztifőorvos hatásköréről a 162. §. intézkedik. Ennek pontjai közül megváltoztatandó volna a c) pont, mely a következőképpen hangzik: «Járványos s ragályos betegségek alkalmával lehetőleg személyesen a helyszínen megjelenvén, az elrendelő óv- és gyógyintézkedések iránt javaslatot tesz, halasztás veszélyénél pedig saját felelőssége mellett, a fennálló törvények és szabályok szerint, intézkedik s erről egyúttal az alispánt (polgármestert) értesíti». Ennek helyesebb, a mai kor követelményeinek megfelelőbb szövegezése volna:

«Járványos és ragályos betegségek alkalmával lehetőleg személyesen a helyszínen megjelenvén, felülvizsgálja a járási (városi) tisztiorvos óv- és gyógyintézkedéseit; a fennálló törvények s szabályok szerint saját felelőssége mellett önállóan intézkedik e erről egyúttal az alispánt (polgármestert) értesíti. Ezirányú intézkedéseit a kerületi egészségügyi felügyelő avagy a kormánybiztos megváltoztathatja», f) pont: «A kuruzslás és egészségre veszélyes szokások, babonák előítéletek kiirtására javaslatokat tesz és sürgős esetekben intézkedik».

Valljuk meg, hogy a kuruzslás terén e pont dacára nincsen más joga, minthogy az illetőt a kir. bíróságnál feljeleníti, mert az 1879: XL. tc. 92. §-a szerint az ítékezés a kir. bírósághoz tartozik.

Ha azt akarjuk, hogy a tisztifőorvos s általában a hatósági orvos e téren is a közegészségügy érdekében eljárhasson s ne nézze tétlenül a kuruzslók -nak a vidéken kifejtett káros működését, mely a beteget a szakorvosoktól távoltartja s így az orvosi segítség rendszerint elkésik; s a balesetek terén nyújtott helytelen segítséget s a hely szűk volta miatt egyéb a közegészség-

ügyet veszélyeztető működésüket, úgy a törvényt is a mai kor követelményeinek megfelelően kell átalakítani. Nem szabad megengedni, hogy éppen az emberek egészsége legyen az, amivel mindenki képesítés nélkül kísérletezhetik. Ha a cipézmesterség üzését a törvény képesítéshez kötött iparigazolványhoz köti, úgy az embereket is szabályszerű jogosítvány nélkül nem lehet gyógykezeltetni még akkor sem, ha az illető a gyógykezelést keresetszerűen nem űzi. E tekintetben szerény indítványom a következő volna: «Utalassék a kuruzslás a rendőri büntető bíraskodás hatáskörébe s az 1876: XIV. tc. 52. §-a helyett kimondassék: «Orvosi gyakorlatra nem jogosított egyéneknek betegeket gyógykezeltetni s gyógyszereket rendelni tilos». A régi szakaszból kimaradt a «keresetképen» s «díjazás mellett» kifejezés és pedig azért, mert ennek bizonyítása igen nehéz s általában kuruzslókra szükség nincsen.

Az 1879: XL. tc. 92. §-ában a «fizetésért vagy jutalomért» kifejezés elmaradna s következőképen szólana: «Kettőszáz pengőig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő: 1. aki szabályszerű jogosítvány nélkül orvosi, sebészi, fogorvosi vagy pedig olyan helyeken, hol szülész vagy szülésznő van s ezek akadályozva nincsenek, szülési teendőt végez; 2. aki szabályszerű jogosítvány nélkül gyógyszerrel betegek számára árul vagy ingyen osztogat vagy ad. Visszaesés esetében, ha ezen kihágást elkövetőnek utolsó megbüntetésére óta két év még nem telt el: egyhónapig terjedhető elzárással és 600 pengőig terjedhető pénzbüntetés állapítandó meg. Az eljárás a kir. járásbíróság helyett a rendőri büntetőbíraskodás hatáskörébe tartozik azon hozzávetéssel, hogy ilymódon az ügy elintézése gyorsabb s a szakképviselőnek az ügyre gyakorolható befolyása nagyobb és eredményesebb.

A kerületi egészségügyi felügyelő a kerület székhelyén lakik s a központi hatalom kormánybiztosának tekinthető. Közvetlenül rendelkezik a nagyobb gócpontokban felállítandó járványkórházzal, a vegyvizsgáló és bakteriológiai állomással. A járványkórházak fertőtlenítő s fürdő vonattal kötendők össze. Ezen intézmények létesítését főleg a kisközségek közegészségügye kívánja, ahol a lakászsúfoltság folytán a járvány esetén elkülöníteni nem lehet. Ha az első esetek kiemelhetők lesznek s a kiemelés után a fertőtlenítés azonnal végrehajtatik, úgy a fertőző halálozás, mely főleg a kisközségeket terheli, rohamosan fog csökkenni. Ez a módszer bevált, künn, a rajvonalon, nehéz viszonyok közt s beválik a mi viszonyaink között is. Ezen intézmények mielőbbi felállítása elsőrendű állami feladat s arra a fedezetet meg kell találni. A központ hatásköréről az 1876: XIV. tc. 165—168. §-ai szólnak s ezek változatlanul volnának meghagyandók azon változtatással, hogy a legfőbb irányító és felügyeleti hatóság a belügyminiszter helyett a m. kir. munkaügyi és népjóléti miniszter.

Ha a hatósági orvosok hatásköréről beszélünk, úgy említenünk kell az egészségügyi bizottságokat is, amelyekről az 1908: XXXVIII. tc. 34.. 35. §-ai, az 1872: XXXVI. és az 1876: XIV. tc. 163., 164. §-ai szólnak.

Részemről ezen bizottságokat továbbra is meghagynám, mert ezek felállításában elődeinket az az elv vezette, hogy az egyes hatóságok mellett indítványozó és véleményező testületek létesíttessenek.

Ha azt akarjuk, hogy a hatósági orvosok megfeleljenek azon sokoldalú ügykörnek, melynek hivatalos képviselői, úgy a kiképzésnek olyannak kell lennie, amely őket ezen feladatokra képesíti. Vidéken, különösen ott, hol a járási székhely a kultúrgócponctól messze esik, igen helyén való a járási orvos vezetése alatt olyan kisebb laboratóriumok felállítása, amelyekben a legszükségesebb tápszer s bakteriológiai vizsgálatokat megejteni lehetne. Ennek járvány tani szempontból igen nagy hordereje volna s az államnak nagy anyagi áldozatába nem kerülne. Az ilyen szolgálatot teljesítő járásorvosokat a törvényhatóság s állam támogatásával, rövid időre kiképzésre az országos közegészségügyi-intézetbe szolgálattételre lehetne behívni, hogy a szükséges gyakorlatot elsajátítsák. Így látjuk ezt egyes helyeken, külföldön is. A vidéki egészségügyi propaganda apostolaivá ugyancsak a hatósági orvost kell megtenni, mert ő ismeri legjobban a járás népének viszonyait, szokásait s ért nyelvükön beszélni. A járási orvost fel kell szerelni a propagandához szükséges eszközökkel (képek, vetítógép stb.), mert e nélkül a hallgatóság lekötése igen nehéz.

4. Dr. T ü d ö s Kálmán, m. kir. egészségügyi főtanácsos, Debrecen tfv. tisztifőorvosa: Az előadó tervezetének alap gondolata az, hogy a hatósági orvos maradjon meg szakvélemény adónak és csak kivételes, halasztást nem tűrő esetekben legyen intézkedési joga. Ezzel szemben intézményesen biztosítsák részére az eddignél jóval több és hathatósabb befolyás az egészségügyi közigazgatás, sőt az egész közigazgatás menetébe. Ebben a felfogásban teljes mértékben osztozom, mert a szakértői függetlenséget így látom minden irányban legjobban biztosítva, valamint azt is, hogy a tudomány embere ne váljék gépies munkájú bürokratává, hanem az élet fejlődő formáiba állandóan bekapcsolódva, mindenütt, ahol közegészségügyi szempontok merülnek fel, tudományos alapozású véleményét kifejttesse és azt kellő hatással érvényesíthesse is. Ez a minősége fogja sarkalni arra is, hogy mindig a tudomány színvonalán igyekezzen maradni. De, mint már említettem, a közigazgatás menetébe az eddignél jóval több befolyás biztosítandó részére, aminek a tervezet eleget is tesz.

Nem érthetek egyet azonban a közegészségügyi bizottságok eltörlésével a törvényhatóságoknál. A községeknél nincs erre szükség, de a törvényhatóságoknál van. Mert a törvényhatósági közgyűlés törvényes hatáskörébe tartozik a szabályrendeletek alkotása, posványok, mocsarak lecsapolása. csatornázások ügye és az egészségügy hiányainak megszüntetése iránt *rendkívüli módokon* való gondoskodás. Mindezek olyan súlyos és gyakran több oldalról megvilágítandó kérdések, hogy bennök egyetlenegy bármily tudományos készültséggel és gyakorlati tapasztalatokkal bíró ember véleménye alapján eljárni, előttem aggályosnak látszik. Helyesebbnek tartom, hogy az efféle kérdéseket, mielőtt a közgyűlés határozná bennük, előbb *egy* szakbizottság vitassa meg. Ez az ügynek csak javára válhat, mert egy ilyen tekintélyes bizottság véleménye a közgyűlés előtt is kétségtelenül több súllyal fog bírni, mint az egyes emberé. Világos, hogy a jelzett célból a bizottság átszervezendő lenne olyformán, hogy bele a törvényben megnevezett tagokon kívül olyan, a

törvényhatósági bizottságokon kívül álló szakerek és érdeklődők is, a felmerülő esetekhez képest, meghívassanak, akiknek közreműködésétől haszon várható. Az ilyenek kijelölése a tisztifőorvos feladata lenne.

Hogy a tisztiorvosoknak egyes jól meghatározott esetekben intézkedési joguk is legyen, önként értendő dolog. Itt csak azt jegyzem meg, hogy ezt nem szorítanám meg azzal, hogy csupán «a helyszínen» illesse meg a tisztiorvost, mert előfordulhat, hogy közérdekből sürgősen nemcsak éppen a helyszínen kell intézkednie.

Ami a jogi kiképzést illeti, feltétlenül szükséges, hogy az államtudományi szakon a szociális egészségtan, mint kötelező tantárgy, legalább két féléven át, heti öt órán előadassék. Én a debreceni egyetemen heti két órán már évek óta adom elő ezt a tárgyat és állandó érdeklődést is tapasztalok iránta.

5. Dr. Szontagh Félix, egyetemi ny. r. tanár (Debrecen): Nagyon jól megfontolandónak tartja, miszerint kimondassék, hogy a hatósági orvosok elvileg gyakorlatot nem folytathatnak. Az egészségügyi közigazgatás államosítása esetében ez igen nagy anyagi terhet jelent az államra egyrészt, másrészt éppen azok, kiknek működése a mindennapi életben játszódik le, megfosztatnak attól, hogy a valóságos élettel érintkezhessenek, itten bővítsék ismereteiket és tapasztalataikat. Az orvosi tudomány empiriás tudomány, s az élet a legnagyobb tanítómester. Ennek megszívlelését ajánlja az illetékes tényezők figyelmébe.

6. Dr. Kovacsics Sándor, m. kir. egészségügyi tanácsos, az Országos Közegészségi Tanács rk. tagja, járási tisztiorvos (Tét. Győr vm.): Megjegyzéseimet három pontban foglalom röviden össze. Haladást jelentő momentumok a felvilágosító propaganda terén és az orvosoknak hygienében való kiképzése terén merültek fel. Hatásuk a gyakorlati életben azonban még nem igen mutatkozik. A közegészségügy munkásai, körorvosok és a tisztiorvosok ma is ugyanazzal a megkötöttséggel, ugyanolyan sanyarú anyagi viszonyok között működnek és sok esetben összetett kézzel kell nézniök bizonyos jelenségeket, amelyeket ők volnának hivatva intézni, de amelyeket törvények és rendeletek alapján ezidőszerint mások kötelesek intézni.

1. Bármily kitűnő tanfelügyelőt állítunk is a népoktatás élére, az iskolás gyermekeket a néptanító tanítja meg az elemi ismeretekre, ha a néptanító jó, a népoktatás terén nincs hiba. A körorvosok és a járási tisztiorvosok ismerik valóságában a népet, a kulturális helyzetet, a közegészségügyi viszonyokat, ezeknek kell megadni elsősorban a módot arra, hogy a falábon kullogó közegészségügyünket gyorsabb haladásra bírják. Ez a lehetőség pedig két tényezőtől áll: impériumból és az orvosok megélhetésének biztosításából.

2. Az ország lakosságának $\frac{2}{3}$ része falun lakik. A városok lakosságának jó részét a falu lakói adják bevándorlás útján. A falvakban rosszabb közegészségügyi viszonyok vannak, akár a megbetegedések számát, akár az általános vagy a csecsemő-halálózást tekintjük, mint a városokban. Mégis azt látjuk, hogy az egészségügyi intézmények elosztódása feltűnően aránytalan. Fővárosnak, egyetemi városoknak jut minden, vidéki városoknak is adnak sok mindent, a falunak azonban az egyetlen járványszobán kívül

semmi sem jut. A falu egészségügyi munkásai kérnek egy egészségügyi intézményt, ahol működésük fix pontot találhat s ahonnan a közegészségügyi haladást gátló tudatlanság, rosszakarat phalanx rendszerét kiemelhessék. Ennek szükségességét társadalom és állam egyaránt elismerik, de a megvalósításhoz szükséges anyagi lehetőséget állandóan megtagadják. Hazánk közegészségügye terén gyakorlati eredményt csak akkor tudunk felmutatni, ha minden anyagi és szellemi tőkét az elhanyagolt, kultúrátlan falvakra koncentrálunk. Legalább a körorvosi székhelyeken kell egy egészségügyi intézményt létesíteni s egy meghatározott körzetben a higiéné szolgálatát tisztiorvos kezébe teljes hatáskörrel letenni.

3. Mindnyájunk előtt ismeretes, hogy az 1876. évi XIV. tc.-nek három kardinális hibája volt és van. I. Rendelkezései meghaladták a lakosság műveltségi szintjét. II. Nem gondoskodott szakértelemmel bíró végrehajtó közlegekről. III. Nem számolt az ország közlekedési viszonyaival. Ezek miatt rendelkezései papiroson maradtak. Végül hangsúlyozni kívánom, hogy addig, míg a meglévő egészségügyi személyzeteknek, főképen a tisztiorvosoknak nem tudunk teljes független működési lehetőséget biztosítani, addig újabb egészségügyi személyzetnek (védőnő, gondozónő stb.) beiktatása a higiéné szolgálatába, a mi speciális magyar viszonyaink között, nem előnyös, mert a nép nem annak veszi és tartja, aminek szánva van, hanem orvost pótlónak. A magyar közegészségügynek a perifériákon, a falvakban van szüksége szakképzett orvosokra, munkásokra, kiknek nemcsak hivatala, de szerszámai és cselekvési lehetőségei is vannak.

4. Dr. Szapannos Mihály, m. kir. egészségügyi főtanácsos, városi tisztifőorvos (Hódmezővásárhely): A javaslatnak az első pontja az egyedüli, mely a maga teljes egészében elfogadható és a közegészségügy érdekében mihamarabb végrehajtandó. Egyéb részeiben aztán a javaslat távolról sem szolgálja a kívánt célt, minek megvalósítása a nemzet feltámadása szempontjából halasztást nem tűr. Azon a régi csapáson tapos ugyanis, amit félszázad óta ismernek az emberek és a lefolyt hosszú idő alatt annak eredménytelensége mindenki előtt tudott és ismert lett, aki nyitott szemmel járja és nézi a világot és akit a közegészségügy némileg érdekel. A most ta posott esztendőben érte meg közegészségügyi törvényünk a tisztos félszázadot és ezalatt a hosszú idő alatt csiga módjára haladt előre és pedig abban a nagy lassúságban, aminek káros eredménye a statisztikai adatokban jut évről-évre kifejezésre.

Az eredménytelenség pedig nem mindig a törvény gyarlóságában keresendő és található meg, hanem a végrehajtás lanyhaságában, vagy nagyon sokszor a teljes elmaradásában. A végrehajtás pedig azok kezében volt és van ma is letéve, akiknél az előadó úr továbbra is meg akarja hagyni.

Az 1876: XIV. tc.-ben találkozunk már a jegyzővel, főszolgabíróval és az alispánnal, városokban a hasonrangú kapitánnyal és a polgármesterrel, akik végrehajtói mindenkor a közegészségügyi intézkedéseknek. A maga külön munkakörében — amire az iskolákban jól, rosszul előkészült — megfelelő, vagy éppen kiváló tisztviselő lehet mindegyik, azonban a közegészség-

ügy dolgaiban járatlan, a mellett tudatlan, nem ritkán közömbös, vagy ami mindennél sokkal rosszabb: hitetlen és tamaskodó.

De nemcsak ezek állották és állják ma is útját a szükséges intézkedések foganatosításának, hanem az a függőhelyzet is, amely állapotban a választóival, kenyéradóival van. Az esetek számtalan számát lehetne felsorolni, mikor a közegészségügy maradt a vesztés fél és a mellett a károsodó, mert az intézkedő hatóság kezét megkötötte, akaratát megbénította, szándékát lehetetlenné tette a függőhelyzet. Mindez pedig, mint régi rossz, megmarad és fennmarad a Puky-féle javaslatban.

Az a körülmény t. i., hogy a tervezetben felhozott esetekben nagyobb hatáskör biztosíthatnák a hatósági orvos részére, lényeges, vagy éppen számbavehető haszonnal nem járna, mert a közegészségügyi dolgokkal annak azzal intézkedő hatóságnak nemcsak foglalkozni kell, hanem a gyors és gyökeres intézkedések megtételei éles judiciumot és nagy körültekintést kívánnak tőle, amik pedig ott kereshetők és azoknál találhatók meg, kiknek vérükbe mentek át az orvosi igazságok és azoknak csálhatatlanságát hiszik és vallják rendületlenül, csakúgy, mint az igazi keresztény vallás dogmáit. Ezt pedig csak az orvosi képzés adja meg a maga teljességében az embereknek.

Van aztán a javaslatban valami, ami határozott visszafejlődésre vezetne egészségügyi téren. Ez pedig nem más, mint az új helyzetben és állapotban az orvos fellebbezési jogának a korlátozása, amivel méginkább gúzsba kötnék mind a két kezét és tehetetlenségre kárhoznának. Nem jelent aztán hasznot éppen semmit, legkevésbé pedig kárpótlást a vétő-jog megadása az orvos részére, sem pedig ama másik intézkedés, mely a ténykedő hatóság felelősségre vonásában nyilatkozik meg ama kárért, mely a hatósági orvos meghallgatásának elmulasztásából, vagy az orvos véleménye ellenére történt intézkedésből eredt. Az ilyen károknak a megállapítása nagyon nehéz, a helyrehozása pedig a legtöbbször lehetetlen és egyáltalában nem pótolható.

Az igazi közegészségügy megteremtése csak az államosítással válik lehetővé és pedig a *Katona József dr.* előadmányában foglaltak szerint és azok alapján, amikor a szaktisztviselő intézkedik a saját felelősségére, szemelőtt tartásával mindenkor a legnagyobb hatalomnak: a közegészségügynek parancsából és egyes egyedül annak az érdekében.

8. Dr. Vidakovich Lajos, vármegyei tiszti főorvos (Pécs): Egészségügyi törvényünk az idő során hozzáfűzött módosításaival és kormányrendeleteivel oly magas színvonalon áll, hogy ezen törvény keretén belül hazánk egészségügyét javítani, fejleszteni kell mindenütt, ahol a közigazgatást vezető törvényhatósági tisztviselői kar azt megértéssel kezelik. Az egészségügy javítását azonban alulról, a faluból kell kezdeni; a talaj a vidéken pedig még nem alkalmas, hogy fejlett kultúrállamok újabb vívmányait jelenleg már átültessük. Elsősorban a talajt kell előkészíteni, a falu népével meg kell értetni, a falu népébe be kell vinni azt a tudatot, hogy minden egészségügyi intézkedés az ő jólétét és jövőjét van hivatva szolgálni; a falu népet felvilágosítani, nevelni kell, ha ezt sikerül elérni, szigorú törvényekre, rendeletekre nem lesz szükség; amint a népnevelő a tanító és a pap a szószékről

több eredményt ér el, mint a büntető törvény fenytése. A fegyelmezett és jó nevelésben részesült egyén nem a büntetéstől való félelemből, hanem követ el bűntettet, hanem erkölcsi nevelése tartja vissza; hasonlóan be kell nevelni a néptömegekbe a hygiénikus erkölcsöt is.

Évtizedekkel ezelőtt már fölmerült az az eszme, hogy a közegészségügyet a közigazgatástól lehetőleg függetleníteni kell azért, hogy a közegészségügyi személyzetet államosítsuk. Ezért elfogadom az előadó úrnak azt a javaslatát, hogy az államosítás minél előbb végrehajtás alá kerüljön. — Hogy a jelenlegi viszonyok, különösen pénzügyi helyzetünk megengedi-e az államosításnak az egész vonalon való megvalósítását, aziránt aggodalmaim vannak, meg kell tehát elégednünk a hirtelen átmenet helyett egy részleges államosítással.

A közigazgatási szervezetnek általános államosítása még igen messze jövő kérdése.

Hazánk kétségtelen nem ipari állam, hanem kifejezett mezőgazdasági, hazánk erősségének és jövőjének alapja csak a falu fejlesztése, a falu egészségügyének rendezése. Az ipari munkás egészségügyéhez hasonlóan, ki kell építeni lépésről-lépésre a falu egészségügyét is. Elhibáztottnak tartom azt a törekvést, hogy magas kultúrájú államok iparegészségügyét — mint Amerika vagy Anglia — vegyük kizárólag mintául, hazánk speciális helyzete mást kíván! Elsősorban gondolni kell már hazánk milliós munkásaira, a haza munkafalu népére, a földművelőre és gazdasági munkásra, akár mint önálló gazda, akár mint gazdasági cseléd működik. Ezekről sem betegség, sem társadalmi intézményekben (szanatórium) gondoskodva nincsen. Ezekbe a milliókba kötelességünk azt a hygiénikus morált belevinni, amivel ma már az ipari munkásság nagy tömege rendelkezik. Az ipari munkásság, szervezettségénél fogva, maga követeli már és ellenőrzi egészségügyi fejlődését, megköveteli egészséges munkahelyiségét, egészséges lakását, baleset és betegség elleni biztosítását, testének ápolását, gyermekeinek iskoláztatását és testi épségének fenntartását; ezzel szemben a falu népe még a legelemibb egészségügyi berendezések iránt is bizalmatlan; a babona és tudatlanság vezeti. Lehet-e ott magasabb fokú egészségügyről beszélni, ahol még ismeretlen az árnyékszék rendeltetése? Ahol a fertőző betegségek okát Isten haragjában, természeti tüneményekben, mint a ködben stb. látják? Ahol a köztisztaság fogalma ismeretlen? — Nem!

Ezért javaslatom a következő:

A községi és körorvost ki kell kapcsolni ezidőszent az államosításból és minden hatósági teendőktől mentesíteni. Tartsuk meg őt annak, amire a község alkalmazta: a község házi orvosának. A házi orvosi állás bizalmi állás és működésének eredménye is attól függ, minél nagyobb iránta a bizalom.

Teendője kizárólag a betegek gyógyítása és a reá bízott falusi népnek egészségügyi nevelése.

Ebből kifolyólag kötelezendő a működési körébe osztott községeknek és lakott telepeknek minél gyakoribb látogatására és ezen látogatások alkalmával úgy az iskolákban, mint az erre kiszemelt más helyiségekben tartandó népies előadások megtartására.

Hatósági ténykedést ne fejtse ki, hatósági eljárásoknál sem mint szakértő, sem más minőségben nyilvánosan ne alkalmaztassék kizárólag azért, hogy a lakosság bizalma kárt ne szenvedjen.

A betegek kezelése során észlelt közegészségügyellenes állapotokat jó-akaró tanácsokkal igyekezzék megszüntetni és az esetben, ha ez célra nem vezet, a tényállást bizalmasan közölje az I. fokú hatósággal, az I. fokú hatóság viszont ezen jelentéseket bizalmasan kezelni köteles.

A járási tisztiorvosra és törvényhatósági tisztí főorvosra vonatkozólag tartanám fent már most az államosítást.

A járásorvos helyzete az utóbbi időben sok vita tárgyát képezte, melynek folyamán komoly hangok merültek föl az állás eltörlése mellett. Ennek okát abban látom, — és bizonyos mértékben indokoltan is. — hogy a járásorvos részére megszabott köteleességek azonosak voltak a kör (községi orvoséval, midőn azonban a körorvost felmenteném minden hatósági orvosi ténykedése alól, a járásorvosi intézmény jogosultsága erősebb alapra kerül. A járásorvos államosításával működési köre is tágulna és önállóbb lenne, jogkörét bizonyos önálló intézkedési joggal ruháznám fel és kötelezném az összes egészségügyi teendők elvégzésére úgy a községekben, mint az I. fokú hatóság keretében.

Az orvosi gyakorlattól való eltiltást mellőzendőnek tartom azért, mert a tisztiorvos nemcsak higiénikus, hanem jó orvosnak is kell lennie; orvosi gyakorlati tudásra szüksége van és ismernie is kell a tudomány haladását, ezt pedig csak gyakorlatban sajátítható el. Másrészt nem lesz elkerülhető, hogy bizonyos esetekben a körorvost helyettesíteni is köteles lenne, különösen ott, ahol magánorvos nincsen.

Működési körébe osztandó be a *kutató* munka is! Sok mindent kíván még a közegészségügyi szolgálat, melyet csak a vidék egyes speciális kérdéseinek föl kutatásával lehet tisztázni, ilyenek a népszokások, a népbabonák, és egyéb a közegészséget károsan befolyásoló tényezők.

Ezt a munkát a jelenlegi viszonyok mellett alig tudja teljesíteni, mivel fizetése oly csekély, hogy abból megélhetése biztosítva nincsen, másrészt az útiköltségek sok vármegyénkben oly minimális megállapítása, amelyből a legszükségesebb kiszállások sem fedezhetők, például egyes vármegyében évi három-öt millióban van megállapítva az az összeg, amelyet hivatalos kiszállásokra használhat föl.

Mint szakértő, *javaslatai kötelezők* volnának az I. fokú hatóságra, akár kihágási, akár intézkedési ügyekben, s bár a törvényes rendelkezések ezidőszert az elsőfokú hatóságot fölhatalmazzák, hogy saját felelősségre az eljáró fő- vagy szolgabíró mellőzheti az orvosi szakvéleményt, sőt attól el is térhet, arra volna korlátozandó, hogy az I. fokú hatóság csak az esetben mellőzhetné a járásorvos javaslatát, ha ehhez a vármegyei tisztí főorvos hozzájárul.

A törvényhatósági tisztí főorvosra nézve az államosítást teljes egészében fenntartaná, ő mellérendelt viszonyban működne a II. fokú hatóságnál, mint ma a számvevőség is a vármegyékben. Hatásköre bizonyos rendelkezési joggal

volna kibővíthető, javaslatait pedig a II. fokú hatóság elfogadni köteles lenne és ettől csak akkor térhet el saját felelősségére, ha ehhez előzetesen a Népjóléti és Munkügyi Miniszter szakvéleményével hozzájárul.

Az egészségügyi személyzet pedig szakszempontból teljesen alája legyen rendelve, éppúgy, mint az állategészségügyi törvény végrehajtásában az alárendelt állatorvosok.

Végül adassék mód arra, hogy a vármegye közegészségügyét a vidéken tanulmányozhassa és kutató munkát végezhesen. A jelenlegi útiátalány és utazási költségek korlátozása kiterjedtebb vármegyében ezt teljesen kizárja (pl. Baranya vármegyében 324 község van és többet 1000 ar. koronánál nem vehet igénybe egy évre).

A törvényhatósági tisztifőorvos még szerzett jog címén sem folytathat magángyakorlatot.

A közegészségügyi igazgatás intézkedő hatósági szervezetekben, az egymástól való teljes függő viszony miatt, nem tartom megfelelő megoldásnak azt a javaslatot, hogy a kör (községi) jegyző személyes hatósággá minősítették. A jegyző éppúgy, mint a körorvos, a község bizalmi embere, mint egy család háziügyvédje. Mint végrehajtó közege az egészségügyi intézkedéseknek, első sorban érdekelt is.

A hármastagot fenntartani szükséges, és amint az az egészségügyi kihágásoknál van, az intézkedéseknél is a III. fokú hatóság a szakminiszter: a Népjóléti és Munkügyi Miniszter lenne, ezzel kikerülhet, hogy ugyanaz a szakértő adjon III. fokú véleményt, aki a II. fokú határozatban szerepelt. (A III. fokú hatóság jelenleg a közigazgatási bizottság, ennek egyetlen szakorvosa a tisztifőorvos, tehát ugyanaz, mint a II. fokú hatóságnál.)

*

*

*

Dr. Puky E n d r e előadó zárószava: Sokkal jobban számot vetek az idő ökonómiajával, mintsem terjengős legyek és reflexiómban csak egy pár igen fontos elvi kérdésre fogok röviden kitérni. Az egyik Fáy öxellenciájának megjegyzése arról, hogy ő a közigazgatási bizottságot nem tartja közegészségügyi kérdésekben praktikus és illetékes fórumnak. Magam sem tartom annak. Méltóztattak talán látni, ha voltak szívesek megfigyelni előadásom gondolatmenetét, hogy általában a bizottságosdinak nem vagyok barátja. Az én felfogásom az, töltsé be mindenki azt a munkakört, ahová állítják, teljes joggal és teljes felelősséggel. Az egyéni felelősségnek vagyok híve minden téren, a közigazgatás terén is. Egy szavam sem volna az ellen, hogy a közigazgatási bizottság egészségügyi hatásköre megszűnjék.

A másik, amit említett önagyméltósága felszólalásában, az, hogy a községi és körorvosok, illetve járásorvosok hatósági szakértői minősége szerinte valahogy nem stimmel, mert így a járásorvos lenne a községekben is a hatósági szakértő. E tekintetben hibát követtem el, beismerem, t. i. előterjesztésem idevágó részét rövidség okából kihagytam. Nekem t. i. az az álláspontom, hogy hatósági orvosnak minősítem a községi és körorvost is, akinek kötelessége éppúgy letenni a tisztiorvosi vizsgát, mint a járásorvosnak vagy fő-

orvosnak, hiszen csak így tűnik ki koncepciómban az egészségügyi közigazgatás rendszerének párhuzamos és következetes felépítése. Alul községi előljáró, illetőleg körjegyző, mellette mint szakértő a községi vagy körorvos. Azután főszolgabíró és járásorvos, azután alispán és főorvos.

Egyet beismerek. Azt, hogy e rendszeremnek van egy hézaga. En a hatósági orvosokat t. i. minden magányakorlattól szintén eltiltandónak vélem, miután javadalmazásukat kellő módon rendeztük. Ez azonban a kisközségekben nagy nehézségekbe ütközik, mert nem tilthatjuk el a községi vagy körorvost a magánpraxisztól olyan községben, ahol orvos egyáltalában nincs vagy csak hatósági orvos van. Kívánnám, hogyne kívánnám, hogy minél előbb teljesen ki legyen építve a községi és körorvosok teljes szervezete, behálózva minden kisközséget is.

De ez utópia, amelyet nem tudom mikor fogunk elérni. Addig tehát, amíg ezt elérjük, átmenetileg, jobb megoldás híjján, nem tudok mást javasolni, mint azt, hogy az ilyen községre nézve a hatósági orvos teendőit a járásorvos ideiglenesen lássa el. Ez kivétel, de mindenesetre hézaga rendszeremnek.

E tekintetben ömagyméltóságának igazat adok. De az étellel számolnunk kell és mindig remélnünk kell azt, hogy nem távoli, talán közeli jövőben kitudjuk építeni az összes községeinkre kiterjedő intenzív hatósági orvosi szolgálatot.

Reflektálnom kell továbbá *Rosenthal dr.* főorvos úrnak arra a megjegyzésére, hogy ő az egészségügyi bizottságokat fenn tartandóknak véli. Én nem. Közel másfélévtizedes közigazgatási és alispáni praxisom alatt — bármennyire is megerőltetem emlékezetemet — nem tudok visszaemlékezni arra, hogy ezeket az egészségügyi bizottságokat valami más praktikus okból összehívtuk volna vagy¹ működtettük volna, mint egyesegyedül a patikajogok adományozása körüli véleményezés dolgában. En e bizottság sírja fölé igen nyugodtan tűzöm a keresztet, annyival inkább, mert én — újból hangsúlyozom — nem a bizottságoknak, hanem az egyéni felelősség alatt működő tisztviselőnek vagyok barátja.

Tüdős főorvos úrnak arra az indítványára nézve, hogy az egészségügyi bizottságokat fenntartandóknak véli, méltóztassék megengedni, hogy az előbb elmondottakat egyúttal erre is vonatkoztathassam.

Egyébként hálásan tapasztalom azt, hogy az én, nem orvos létemre előadott javaslataimat a t. Országos Értekezlet épkézlábúaknak, megvalósíthatóknak, orvosi szempontból is indokolhatóknak véli. Méltóztassék meggyőződve lenni, hogy minket, jogász-közigazgatási embereket az orvos urakkal együtt semmi más közös cél nem lelkesít, mint az, hogy az egészségügyi szolgálat újjászervezésével szolgálatot tegyünk a nemzetnek, a mi segítségünkre annyira nagyon rászorult magyar társadalomnak.

Ezután az elnöklő *dr. Scholtz Kornél*, a népjóléti és munkaügyi minisztérium államtitkára a következő beszéddel zárta be a szakosztályi ülést:

Mikor hálás köszönetet mondok erről a helyről úgy az előadó, mint a hozzászóló uraknak rendkívül értékes előadásaiért és hozzászólásaikért.

méltóztassék megengedni, hogy ezeknek tárgyalásához egészen röviden néhány szót magam is hozzáfűzzek.

Az egészségügy kérdéseivel foglalkozó hatósági és társadalmi tényezők Magyarországon körülbelül másfélévtized óta foglalkoznak azzal a kéréssel, amely mind sűrűbben hangzik fel az ő körükben, hogy a magyar egészségügyi közigazgatást valamiképpen meg kell változtatni, újjá kell szervezni. Ha azt nézzük, hogy miért éppen ennyi ideje annak, hogy ezek a kívánságok mind intenzívebben és nagyobb nyomatékkal felhangzanak, akkor azt látjuk, hogy ez az időpont körülbelül összeesik azzal az idővel, amikor az orvostudomány egyik legújabb hajtásának, a szociálhygiénének tanításai szélesebb körökben ismeretessé váltak.

Mindenkit meggyőző erővel tűnnek ki ezekből a tanításokból bizonyos nagyfontosságú dolgok. Elsősorban az, hogy az egészséges emberi élet lelegelemből feltételei végtelen sokféle összefüggésben, számtalan nekszusban vannak a társadalmi életnek ezerféle megnyilvánulásával és viszonylataival és hogy egyáltalában ezeknek az elemi feltételeknek megszerzéséhez és biztosításához *nem* elegendő az, hogy az egyes törvények és törvényeken alapuló kormányrendeletek intézkedései bármilyen precízen, pontosan végrehajtsanak. Nagyon szabású tevékenységre van itt szükség. Arra, amire a miniszter úr önagyméltósága tegnapi beszédében olyan gyönyörűen rámutatott. Gondosan megalapozott egészségügyi politikára és olyan egészségügyi közigazgatásra, amely alkalmas arra, hogy ezt a gondosan megalapozott új egészségügyi politikát valóra is váltsa.

Igen nagy könnyebbség e munkában azoknak, akik felelős állásban foglalkoznak ezekkel a kérdésekkel, az a teljesen egyértelmű megnyilatkozás, amelynek most már ismételtan tanúi vagyunk és amelyet már régebben is hallottunk nevezetesen az, hogy ezeknek az igen nehéz feladatoknak megoldására az autonóm rendszerű, decentralizált igazgatás kevésbé alkalmas, mint a központi igazgatás. Az autonóm igazgatásnak különböző megkötöttségei vannak. A helyi viszonyokkal, igen sokszor egyes egyének tevékenységével kapcsolatos, attól függő az ő működése, míg a központi igazgatás minden ilyen megkötöttségtől mentes. Nagyobb a hatalma, nagyobb az áttekintő képessége, és amellet még egy dolgot tud jobban biztosítani, — és erre bátor vagyok szíves figyelmüket felhívni, — nevezetesen a szakszerűség követelményeinek is jobban tud megfelelni, mint a kisebb körben működő, autonóm közigazgatás. A szakembereknek sokkal nagyobb száma áll a központi igazgatás rendelkezésére, sokkal jobban tud ezeknek esetleges speciális kiképzéséről gondoskodni, sokkal jobban tudja megválasztani azt a munkakört, amelyre egyik vagy másik ember alkalmas, és ha az egyik alkalmatlannak bizonyul, módja van az ő számára keresni egy olyan helyet, amelyben — más munkakörben — talán mégis igen hasznos munkát végezhet.

Ezek a szempontok irányították nyilván a magyar törvényhozást is annakidején arra, hogy a már az előadó urak által említett igen nagyfontosságú közigazgatási ágazatok némelyikét kormányfeladattá tették, államosították. Ezekben a már államosított közigazgatási ágakban szerzett rendkívül

kedvező tapasztalatok — utalok itt ismételtelen különösen az állategészségügy terén elért tapasztalatokra — vezettek mindenkit arra, hogy majdnem kivétel nélkül az államosítás ideájával foglalkozzék.

Azoknak a törvénytervezeteknek legelsejét, amelyekkel Fáy államtitkár úr önnagyméltósága foglalkozott, a belügyminisztériumban még annakidején 1918-ban dolgoztuk ki és az azután, az idők változásával, különböző átalakulásokon ment át. Megakarom azonban jegyezni, hogy a kormányzat ezeket a törvényjavaslatokat rendszeres tárgyalás alá még nem vette és ezidőszerint az azokban foglalt javaslatokkal szemben még semminemű megkötöttsége nincs. Bevallom, megakartuk várni azt a megnyilatkozást, amely ma ennek az értekezletnek kebelében bekövetkezett. Tudni akartuk, mi a közfelfogás és igen nagy örömmel konstatáljuk, hogy az alapvető elvekre nézve, az államosítási nagy gondolatra nézve, úgyszólván nincsenek közöttünk eltérések és jóformán csak akörül forog a kérdés, miképpen lehessen a központosításhoz fűződő igen nagy érdekeket biztosítani és kielégíteni olyan módon, hogy a teendők realizálása, végrehajtása, effektuálása megmaradjon tovább is az ezidőszerint erre hivatott autonóm hatóság kezében. Nekem az a reményem, hogy az itt elhangzott igen nagyszabású felszólalások bennünket ennek a célunknak eléréséhez, ennek a néhány még függő problémának megoldásához lényegesen közelebb visznek. Még egyszer nagyon szépen köszönöm a szíves előadásokat és hozzászólásokat.

Elnök: dr. Tóth Lajos, államtitkár.

Az egészségügyi szolgálatba kerülő funkcionáriusok kiképzése és továbbképzése a szociális higiéné szempontjából. Az orvostanhallgatók képzése és továbbképzése.

Előadó: dr. Fenyvessy Béla, egyetemi ny. r. tanár. (Pécs.)

1. Szükséges, hogy az orvostanhallgatók kiképzésében a szociál-higiéniai szempontokat fokozott figyelemben részesítsük.

2. Nem szükséges, hogy e végből a szociális-higiéné, mint külön tárgy vétessék fel az egyetemi tanulmányi rendbe.

3. A cél a közegészségtani főkéllégium keretében oldható és oldandó meg. E végből ennek anyaga és főkép tárgyalási módja bizonyos mértékig módosul, a következő elvek alapján:

a) a közegészségtan exakt orvos-természettudományi jellege változatlanul fenntartandó; szociális-higiéné címen nemzetgazdaságtani, szociálpolitikai elméletek előadására szükség nincsen;

b) a közegészségtan régi megszokott anyaga megrostálható, az orvos-higiénikust kevésbé érdeklő műszaki és vizsgálati módszertani részletek redukálhatók, viszont mindenütt, ahol helyén van, a szociális vonatkozások kifejtendők (pl. lakás és táplálkozás fejezetében);

c) több új, vagy eddig kevésbé méltányolt fejezet veendő fel (anya- és csecsemővédelem, iskolahigiéné, foglalkozások higiénéje, mezőgazdasági és ipari munkásvédelem és munkásbiztosítás; tuberkulózis, veneréas betegségek,

alkoholizmus; az egészségügyi statisztika módszerei és főbb eredményei; az egészségügyi közigazgatás alapvonalai, törvények és rendeletek).

4. A közegészségtan kötelező hallgatása egy szemeszter helyett, ami régóta elégtelennek bizonyult, kettőre terjesztendő ki.

5. A végből, hogy a tanítás minél gyakorlatibb legyen, kívánatos

a) hogy laboratóriumi gyakorlatok tartassanak;
b) szemináriumi órák a gyakorlati életből vett konkrét esetek megvitatására;

c) egészségügyi szemlék és kirándulások;

d) hogy az egyetemi közegészségtani intézetek a gyakorlati életbe bekapcsolódva, körzetükben szociál-hygiénes tanulmányokat (felvételeket, surey) végezzenek és azokba a hallgatóságot bevonják.

6. Ezen elvek a pécsi egyetemen beváltak.

*

Referátumom rövid kivonatában, első helyen annak a nézetemnek adtam kifejezést, hogy a szociális hygiéniai szempontokat az orvostanhallgatók kiképzésében fokozott figyelemben kell részesíteni, azonban ennek nem külön szociálhygiéniai kollégium alakjában, hanem a közegészségtani fő-kollégium keretében kell megtörténnie. Ennélfogva ezt az álláspontomat csak úgy indokolhatom meg, ha a közegészségtan egyetemi tanítására általában is tesztek néhány észrevételt.

Kívánatosnak tartom ezt azért is, mert újabb időben mind több jelét látjuk úgyszólván minden kultúrállamban annak, hogy a közegészségtannak, mint egyetemi diszciplinának feladatairól, anyagáról és tanítási módjáról a felfogások átalakulóban vannak vagy legalább is élénk vita tárgyát képezik. Nyilvánvaló, hogy a jó egészségügyi közigazgatásnak bárminő legyen is annak szervezete, mindig és mindenütt legfontosabb kelléke a közegészségi, tehát preventív tevékenységre jól kiképezett orvos. Ennélfogva általában, de különösen most, amikor azt reméljük, hogy nagy közegészségügyi reformok küszöbén állunk, kívánatos, hogy egészségügyi közigazgatásunk vezetői és a közegészségtan egyetemi előadói e tárgy tanításának feladatairól felfogásukat kölcsönösen megismerjék és egymással összhangba hozni igyekezzenek,

Az egyetemi közegészségtani oktatás feladatait elvben nem nehéz megállapítani, a következő megfontolások alapján: 1. minden orvostól, tehát a magánygyakorlatban állóktól is megkívánható, hogy gyógyító tevékenysége mellett, preventív irányban is működjenek. 2. Törvényesen meghatározott, hivatásbeli feladatuk ez a közszolgálatban álló orvosoknak. Ezek egyik kategóriájának, a hatósági tisztiorvosoknak hygiénikus specialistákká való kiképzését a népjóléti minisztérium tartja fenn magának, de ezen tisztiorvosképző-tanfolyamok eredményessége is függ attól, hogy milyen egészségügyi alapismereteket nyertek a tanfolyamra jelentkezők már az egyetemen. A közszolgálatban álló orvosok másik kategóriája pedig, ahová a falvakban működő orvosok túlnyomó többsége tartozik, a községi és a körorvos, akinek törvényesen előírt feladatai nagyrészen hygiéniai természetűek, ezidőszent

tisztiorvosi tanfolyam hallgatására nincsen kötelezve és így a működéséhez szükséges higiéniai ismereteket az egyetemen kell, hogy megszerezze. Nyilvánvaló tehát, hogy a közegészségtan nem elméleti tárgy, aminek elég helytelenül mondani szokták, hanem eminens fontosságú gyakorlati diszciplína, mert hiszen eg}” fontos orvosi tevékenységre készít elő. Állíthatom, hogy a közegészségtannak úgy a volt, mint a jelenlegi egyetemi professzorai tárgyak ezen céljával és fontosságával mindenkor tisztában voltak, de meg kell állapítanunk azt is, hogy a higiénie egyetemi oktatásának megvoltak bizonyos, a tanárok buzgóságán és reátermettségen kívül álló nehézségei. Ezek egyike az, hogy az egyetemi orvosi tanulmányoknak egy kb. 50 év előtt megállapított és azóta e részben meg nem változtatott rendje értelmében a közegészségtan hallgatása csak egy szemeszterben kötelező. Ennek öt órás kollégiumában alaposan előadni azt, amit mai felfogásunk szerint közegészségtanból előadandónak tartunk, lehetetlen. Ennek a nehézségnek elhárítására nincs más mód, mint a közegészségtan előadásának két szemeszterre való kiterjesztése. Amikor ezt hangoztatom, egyben megjegyzem, hogy egy ilyen rendelkezés csak szankciója volna a tényleges helyzetnek, mert úgy magam, mint tudomásom szerint a többi vidéki egyetemeken működő tanártársaim is két felévre elosztva adják elő a közegészségtant. A másik nehézsége a közegészségtan eredményes tanításának az, hogy *egész orvosi oktatásunk a gyógyító működés irányában van beállítva. A prevenció gondolata az orvostanhallgatóknak idegen és fontosságát nehezen ismeri fel*, köztudomású lévén, hogy a tisztán higiénikus természetű működés jelen viszonyaink között a megélhetésre anyagi bázist nem biztosít. A közegészségtan tanárai a hallgatóság érdeklődésének tárgyak iránti felkeltésére eddig is és nem sikertelenül vállalkoztak. Munkájuk eredménye mindenesetre nagyobb lesz, ha majd a preventív irányú tevékenység hazánkban is több embernek és képzettségükhöz méltó megélhetést biztosító hivatás lesz.

A közegészségtan egyetemi tanításának jellemzésére irányadó a fentebb kifejtett az a felfogásunk, hogy a *higiénie gyakorlati tárgy*. Természetesen a «gyakorlati» jelző nem jelentheti azt, hogy e tárgy tudományos alap nélkül is tanítható. Ellenkezőleg, a közegészségtan egyetemi tanítása nem sülyedhet a mesterember, az egészségőr stb. szintjére, sem a népszerű egészségügyi ismeretterjesztés fokára. A közegészségtan az orvosi fakultáson mindig orvosi és természettudományi tárgy lesz, mely ekszakt tudományos alapon kezelendő. Amennyiben pedig szociális szempontok szükségszerűen bekapcsoltnak, szintén alapos társadalom-tudományi apparátussal és nem a napi sajtó hasábjairól merített szociálpolitikai jelszavak felhasználásával történjék. Gyakorlati legyen az oktatás kétféle értelemben, ú. m. abban az értelemben, hogy az előadások laboratóriumi gyakorlatokkal, előadási kísérletekkel, egészségügyi szemlékkel és kirándulásokkal kapcsoltsanak össze, és másodsor abban az értelemben, hogy az előadó tanár a közegészségtan tudományának óriási anyagából azt válassza ki, aminek a tanítvány majdan hivatásának gyakorlásában tényleg hasznát veheti. Hogy pedig a professzornak magának és asszisztenseinek eziránt érzéke legyen, szükségesnek tartom, hogy az egyetemi

közegészségtani intézet a gyakorlati étellel kapcsolatban álljon olyan-képpen, hogy az intézet bakteriológiai és egészségügyi vizsgáló-állomások mód-jára is működjék, székhelyének és környékének egészségügyi hatóságaival érintkezést tartson fenn és területének egészségügyi viszonyait tanulmányozza és azok megjavításában közreműködjék.

Ami az egyetemi közegészségtani előadások *anyagát* illeti, véleményem az, hogy az évtizedek óta kialakult fejezetek jórészt továbbra is tanítandók, azonban a közegészségtan tudományának haladását s a gyakorlati életnek az idővel és helyenként változó követelményeit figyelembe véve, folytonosan revidiálendő, elavult vagy kevésbé fontos részekről megrostálendő és viszont a szükséghez képest újakkal kiegészítendő.

Nem óhajtom a t. értekezletet a nézetem szerint szükséges tananyag részletes felsorolásával fárasztani, csak a következő néhány megjegyzésre szorítkozom.

A fertőzőbetegségek tana, beleértve a bakteriológiát és immunitástant is (amelynek legalább rövid foglalata, nézetem szerint, oly egyetemeken sem kapcsolható ki a közegészségtan anyagából, amelyeken a bakteriológiának külön tanszéke van), továbbá az epidemiológiát, a fertőtlenítés tanát általános-ságban, azután az egyes fontosabb fertőzőbetegségek speciális prophylaxisát, kell, hogy lényeges és terjedelmes részét alkossák a közegészségtani előadások-nak, mert hiszen a fertőzőbetegségek nálunk még ma is legalább 25 %-át, de egyes életkorokban 60—70 %-át is okozzák az összes haláleseteknek, holott ha ezen tudományág vívmányai teljes mértékben érvényesíttetnének, ezeknek a veszteségeknek meg kellene szűnniök. Fontosnak tartom, hogy ugyanabban a szemeszterben kötelezővé tétessék a bakteriológiai gyakor-latokon való részvétel. A most említett anyag előadása magában véve egy szemesztert vesz igénybe. A második szemeszterre maradna a községek egész-ségügye, a lakás-kérdés, járulékaival: a fűtés, szellőzés és világítás tárgyalá-sával, a vízellátás, a köztisztaság és csatornázás, a táplálkozás és közélelmezés, az élelmiszerek ellenőrzésével, majd az anya- és csecsemővédelem, az iskola-hygiéne, az eg-^les hivatások hygiénéje, végül a nagy népbetegségek: az alkoho-lizmus, tuberkulózis és a venereás betegségek. E szemeszterben történnék a statisztikai módszerek ismertetése és gyakorlása, valamint az egészségügyi törvények és rendeletek tanítása. Amint látható, ebben a szemeszterben érvé-nyesülhet különösen az, amit a régi *anyag* megrostálásának és új vagy kevésé méltányolt fejezetek felvételének mondtam. A rostálás során pl., nézetem szerint, lényegesen kisebbedne és módosulna az, amit régebb tankönyvekben a talajhygiénéről szoktunk találni. Kevesebb tér jutna a kevésbé fontos élelmiszerek, különösen pedig azok vizsgálatának tárgyalására, mert ilyenekkel az orvos-hygiénikus az ő gyakorlatában aligha fog foglalkozni. Általában a hygiéniai vizsgáló módszerek ismertetését a főkollégiumból át kell tenni, ezirányú laboratóriumi gyakorlatokba. Ami az egészségügyi technikai kérdése-ket illeti, nézetem szerint, orvosoknak szánt egészségügyi előadásokban ezekbe sem szükséges nagyon elmélyedni. A komplikáltabb fűtési, szellőztetési rend-szerek stb., amelyek pl. a mi viszonyaink mellett amúgy is csak a népesség

egy elenyésző részét érintik és amelyeknek sem szerkesztésére, de mégcsak alapos elbírálására sem igen fog a hatósági orvos vállalkozhatni, beható ismertetése nem fontos. Azt hiszem, jobb szolgálatot teszünk közegészségünk ügyének, ha e helyett *sürgetjük az egészségügyi műszaki specialisták kiképzését a műegyetemen* és orvos-hygiénikusainktól annyit várunk, hogy műszaki kérdésekben a higiéné követelményeit képviselni és magukat a műszaki szakértővel megértetni tudják. Az iparhygiénében célszerű azokra az iparágakra szorítkozni, amelyek a mi viszonyaink között nagyobb jelentőséggel bírnak. Általában hangoztatni kívánom, hogy helyes és fontos a külföldi viszonyokra szabott kérdések helyett a higiénében, annak minden fejezetében a speciális magyar, főképpen falusi viszonyokat tartani szem előtt.

Itt kívánok bekapcsolódni a szociális higiénére vonatkozó észrevételeimmel. Meddő volna vitatkozni azon, hogy mit nevezünk szociális higiénének, de, azt hiszem, egyetértünk abban, hogy ennek a diszciplínának határai a közegészségtannal szemben élesen nincsenek eddig megvonva. Nem a tárgyalás anyagában, mint inkább a nézőpontban van a különbség. Amikor hangoztatjuk és jogosan, hogy a szociálhygiénés szempontok a közegészségtan tanításában figyelemben részesítendőek, nem mondunk újat. A szociális higiéné szót *Pettenkofer* már 1882-ben használta és nagy emlékü *Markusovszky Lajosunk* a maihoz hasonló cíű 1885. évi országos orvosi és közegészségügyi kongresszus elnöki megnyitójában a közegészségtudomány feladatát már úgy jelölte meg, hogy: «a városok és falvak, nemzetek és országok egészséges, ép fejlődését feltételező természeti, erkölcsi és *szociális* tényezőket veszi vizsgálat alá». Azóta, hogy e szavak elhangzottak, a városi élet fejlődésével a gazdasági viszonyok átalakulásával, a kultúra haladásával a társadalmi osztályok egyre nagyobb mértékben differenciálódtak és az egyes néprétegek életkörülményei s ezzel egészségügyi viszonyai között a különbségek feltűnőbbek lettek. Ezért, és mert a kedvezőtlenebb szociális helyzetben levő osztályok állami, hatósági és társadalmi gondozásának szükségessége mindinkább köztudatba ment és törvényes rendelkezések és intézmények egész tömegét vonta maga után: a közegészségtanban is fokozott jelentőséget nyert a szociális szempont. Nyilvánvaló tehát, hogy nem képezheti vita tárgyát az, vajjon ezen szempontok a közegészségtan tanításában nyomatékosan érvényesüljenek, hanem csak az, vajjon ez külön kollégiumban vagy a főkollégium keretében történjék-e. Ha ebben a tekintetben, amint mondtam, az utóbbi álláspontra helyezkedem, úgy ezt a következőkben indokolom: tisztában vagyok azzal, hogy a szociális helyzet sohasem közvetlen betegségek, hanem mindig csak kondicionális momentum, amely a közvetlen előidéző okok. legyenek azok kémiai, fizikai vagy mikrobiológiai természetű ártalmak, érvényesülését elősegíti. Ezért, azt hiszem, hogy bármely higiéniai problémáról teljes és helyes képet csak úgy alkothatunk, ha azt a benne szerepet játszó összes fentebb jelzett szempontokból egyszerre világítjuk meg. így pl. hiányos volna a táplálkozás higiénéjének a tárgyalása, ha az — mint némely régebbi tankönyvben történik — csak a táplálkozás élettani alapelveinek, azontúl az egyes tápszerek összetételének, hamisításainak és vizsgálatának

tárgyalására szorítkoznék, de éppúgy hiányos volna a kép, ha az előbbieket elhanyagolásával csak a népelemezés szociális oldalait ismertetnék. Az orvosképzésben mindkettőre együtt van szükség. Hasonlóan a lakás-kérdés tárgyalásában a higiéniai tankönyvekben megszokott főleg műszaki természetű fejtegetések mellett, sőt azok háttérbe szorításával helyet kell találnunk a lakás-kérdés szociális vonatkozásainak. Nem kívánom a példákat szaporítani, csak azzal fejezem be az erről mondandóimat, hogy ha ily módon tárgyaljuk a közegészségtan megszokott fejezeteit, ha hozzávesszük a már említett témákat, mint az anya- és csecsemővédelmet, az ipari és mezőgazdasági munkások egészségének védelmét, a munkásbiztosítást stb., s ha alaposan megtanítjuk az orvostanhallgatókat a tudományos statisztika módszereire, végül egészségügyi közigazgatásunk szervezeteire, főbb törvényeinkre és rendeleteinkre, úgy a közegészségtanban kellőképpen érvényesítettük a szociális szempontokat és megóvtuk a tárgyat a felesleges eldarabolástól. Emellett természetesen nem kell elzárkóznunk attól, hogy egyes olyan szakemberek, akik a szociális higiénét speciálisan, szakszerűen művelik, ebből a tárgyból valamely egyetemen külön magántanári kollégiumot ne tarthassanak, sőt ezt éppúgy kívánatosnak is tartjuk, mint a higiéné bármely más fejezetének magántanárok útján terjedelmesebben való előadását, mint ahogy ez a fő-kollégium keretében történhetik.

Így pl. a pécsi egyetemen az egészségügyi közigazgatásról külön előadásokat tart Baranya vármegye tisztifőorvosa, dr. *Vidakovich Lajos*. Felfogásom az, hogy a közegészségtan egyetemi professzora hivatásának akkor felel meg, ha mind tudományos kutató munkájával, mind pedig tanításával nemzetének nagy érdekét, a közegészségügyet igyekszik szolgálni.

Hozzászólások.

1. Dr. Rigler Gusztáv, egyetemi ny. r. tanár (Szeged): A háború után egyre több oldalról hangzott fel a panasz, hogy az egyetemekről kikerült fiatal orvosi nemzedék feltűnően nagy része, nem tud eleget a higiénéből, különösen pedig annak szociális részéből.

Mint egyik cenzor, a háború után lezajlott tisztiorvosi vizsgákon, megérősíthetem a panaszok igaz voltának legtöbbszörét. Ugyanakkor azonban azt is megmondtam, hogy hol és miben látom a hibát. Azóta elmúlt a reformok öt esztendeje, de a hiba ma is fennáll. A legelső és legnagyobb hiba az, hogy a higiénét ma is csak heti öt órában *köteles* hallgatni a medikus, akár 40 évvel ezelőtt. A kolozsvári kar már 25 év előtt belátta, hogy itt változtatni kell, s javaslatomra kérte, hogy e tárgy ú. n. elméleti része két féléven, gyakorlati része (laboratóriumi dolgozás) pedig egy féléven át legyen kötelező.

Az akkori V. és K. Miniszter Úr ehhez az engedélyt nem adván meg, Karunk úgy segített, hogy fölemelte a fakultatív «Járványtan» óraszámát ötre és mint különösen ajánlatos tárgyra figyelmeztette a medikusokat úgy, hogy nálunk egy félév öt órájában «Közegészségtan», egy félév öt órájában «Járványtan» és egy félév öt órájában «Laboratóriumi gyakorlatok» voltak hirdetve.

A háború utáni szomorú idők szerencsére már elmúltak és a vidéki egyetemek is berendezkedtek már annyira, hogy a tanítás szempontjából a viszonyok, a háború előtti időket elérik, sőt több tekintetben felül is múlják úgy, hogy a orvosok intenzívebb *laboratóriumi képzése* sokkal nagyobb méretekben megindulhatott volna, mint az tényleg történt. Annál örvedetesebb, hogy pl. Szegeden, s úgy tudom, hogy a többi egyetemeken is az ú. n. elméleti rész második (fakultatív) félévét is annyian hallgatják heti öt órában, mint a kötelező félévet. Még örvedetesebb az, hogy a szegedi II. éves gyógyszerészhallgatóink, az utolsó három év mindenikében arra kértek tőlem engedélyt, hogy a tárgy elméleti részét ne a nekik hirdetett heti háromórás, hanem a orvosoknak hirdetett heti ötórás előadásokban hallgathassák. A gyógyszerészekkel kapcsolatban — akik csak Budapesten és Szegeden képeztek — föl kell említenem, hogy ezeknek egy félév elméleten kívül egy félév laboratóriumi dolgozás — és pedig heti hat órában — kötelező (1904-től.) így ma fönnáll az a furcsa helyzet, hogy a gyógyszerészeket a hygiénéből intenzívebben képezik ki, mint a orvosokat.

Bátor vagyok továbbá a t. értekezlet figyelmébe ajánlani egy szerény tapasztalatomat, amelynek eredményével igen meg vagyok, immár 25 éve, elégedve. *Ez a hygiène szemléltető oktatása*, amire az ú. n. «Egészségügyi kirándulások» szolgálnak. A nyári félévben, május 1-től az év bezártáig történnek ezek, a rendes előadási órák helyett és idejében, és éppen olyan kötelező, mint amazok. Ezen kirándulások célja az, hogy a benne résztvevők saját szemükkel lássák a közegészségügy szempontjából nagy fontosságú, köz- és magánintézmények berendezését és működését. Pl.: a vízvezetési és csatornázási centrálékát, a vágóhidat a húsvizsgálattal, a vásárteret és vásárcsarnokot és azok ellenőrzését, a gabonaneműeket feldolgozó gőzmalmost, a hús feldolgozását, a kenyérgyártást, a fertőtlenítést, a veszélyes ipartelegeket és még annyi egyebet. A budapesti egyetem orvosai persze óriási előnyben vannak e tekintetben a vidékiek fölött, nemcsak a tanulmányozható intézmények sokasága miatt, hanem a helybenlakás révén is. A vidéki orvosok ezen hátrányán azonban jóakarattal és főként ügyes szervezéssel könnyen segíteni lehetne úgy, hogy a vidékiek fölládoznak valamelyik hosszabb tavaszi szünidőből négy-négy napot, amikor a budapesti internátusok és menzák jórészt üresek, ahol tehát a tanulmányútban résztvevők legalább is igen olcsó elhelyezést és élelmezést találnának; az utazás költségeit pedig, a legszegényebbek számára, sikerülne valahonnan előteremteni.

Végül igen jónak tartanám, ha a orvosok továbbképzésének programjába fel volna vehető a magyar gyógyfürdők tanulmányozása is. Igaz, hogy ezek közül a vidékiek száma napjainkban elszomorítóan kicsiny, de viszont az is igaz, hogyha nem adunk alkalmat a orvosoknak a megismerésükre, a kész orvosok jórésze olyan fürdőbe küldi a beteget, amit ő maga sohasem látott. Saját tapasztalatomból tudom, hogy az ilyen «*Balneológiai tanulmányút*»-at megcsinálni igen nehéz, ha csak egy egyetem hallgatói vesznek benne részt. Ha azonban a négy egyetem összefog és szervezkedve csinálja meg a dolgot, egészen bizonyos, hogy a siker nem marad el.

2. Dr. Szabó József, egyetemi ny. r. tanár (Budapest): Teljes mértékben osztom előadó azon alaptételét, hogy az orvostanhallgatók kiképzésében a szociálhygiénes szempontokat figyelembe részesítsük. Igen helyesen veti fel a kérdést, vajjon nincs-e tennivalónk e részben az orvostanhallgató képzése folyamán.

Legyen szabad rámutatnom arra, mennyire fontos volna, hogy az orvostanhallgató stúdiumai folyamán kitaníttassék a fogorvoslás elemeire, a szájhygiéne fontos tételeire, mert csak így remélhető, hogy később az egészségügyi szolgálatba kerülő funkcionárius ez irányú speciális kiképzése és továbbképzése eredményes lesz. Kétségtelen, hogy ez a speciális képzés és továbbképzés csak akkor lehetséges, ha az orvos már alapstúdiumai folyamán megtanulja a fogak, a száj szerveinek speciális élettanát, pathológiáját, ha stúdiumai folyamán felvilágosítást nyer általános megbetegedések száj béli tüneteiről, ha szájbetegségek hatásait az egész szervezetre értékelni tanulja, ha megismeri a fogszuvasodás — népbetegség — lényegét és kihatását az egész szervezetre stb. Az egészségügyi szolgálatba kerülő funkcionárius csak ilyen formán lesz abban a helyzetben, hogy individuálisan a kellő preventív intézkedéseket megtegye, de továbbá szélesebb körben, mint arra hivatott tényező, a speciális szociálhygiénikus mozgalmakat ez irányba vezesse és irányítsa.

Ezért is szükségesnek vélem, hogy a stomatológia — fogorvoslás — az orvostanhallgató kötelező stúdiumai közzé felvétessék és ajánlom, hogy az értekezlet ez irányban a kezdeményező lépéseket illetékes helyeken és hatóságok előtt (kultuszgormány, orvostanári karok) megtegye.

3. Dr. Szappanos Mihály, m. kir. egészségügyi főtanácsos, városi tisztifőorvos (Hódmezővásárhely): A változott viszonyokhoz alkalmazkodni kell a közegészségtani tudomány tanításának is, ami emellett nem kisebb követelmény, mint a gyakorlati irány.

A gyakorlati tanítás természetesen távolról se követeli azt, hogy a hallgató a műszaki és vegyi vizsgálatokat abban a terjedelemben sajátítsa el, amiben az már szintén a szakember, vagy éppen a tudós szakmájához tartozandó, de annyit emez ismeretkörből mégis csak tudnia kell, amennyi hygiénikus orvosi munkája körébe vág, vagy éppen azzal kapcsolatos. A szociális hygiéne számára nem juttatnék külön katedrát, mert ez egyik hajtása a hygiéne óriás fájának.

A fősúly nem az elvont elméletre helyezendő, hanem az intézmények és eszközök ismertetésére, melyek a népbetegségek elhárítására jók és alkalmasak.

Egyébként a tudomány fontossága megköveteli, hogy annak tanítására kellő időtartam adassék, a hallgatók számára ez időben kellő alkalom álljon rendelkezésre, mely alatt a munka mindkét fél, tanár és hallgató részére elvégezhető legyen.

A közegészségtan tanítására és hallgatására két szemeszter biztosítandó.

4. Dr. Deutsch Ernő, igazgató-főorvos: Aki mint orvos hazánkban — nem hivatalos (társadalmi) keretekben — aktív részt vesz a szociális.

munkában vagy alkalma van az úgynevezett műkedvelő jóléti munkáját megfigyelni, elszomorodott szívvel állapíthatja meg, hogy az orvosok e téren legjobb esetben autodidakták, a laikusok szociális munkája pedig csak karitatív ténykedés, mely alamizsnanyújtásban vagy gyűjtésben merül ki.

Az egyetemi oktatásban találja ez észlelet magyarázatát: az individuális higiéné alapelveit oktatják, de elfelejtik; hogy a társadalom java az individuumok testi és lelki egészségén épül fel. Ha e visszás helyzet megszűnik, úgy az orvosok nemcsak az egyéni, hanem a társadalmi egészségtan apostolai lesznek s tudásukat népszerűsítve, az ú. n. laikusok sem fognak kritika nélkül jótékonykodni.

5. Dr. Friedrich Vilmos, egyetemi tanár, főorvos: Előadó úr konklúzióit magamévá teszem, mert csakis az egészségügy összes ágait elméletileg ismerő s gyakorlati keresztülvihetőségét tudó orvosoktól várhat a nép legszélesebb rétegeinek egészségügyi javulása a megbetegedési, s ami ezzel lépést tartva együtt jár, a halálozási szám csökkenése.

Az orvosnak ma már nem elegendő, ha gyógyítani tud, hanem annak, ha gyakorló orvos, lassan ki kell képezni magát szociális, orvosi tudományban jártas orvossá, kinek közéleti tevékenységében a főcél: a betegek gyógyítása mellett a népegészségügyet szolgálni, s így a népjóléthez hozzájárulni. Ma már nem elegendő oly intézet, mely szakszerűen foglalkozik a speciális megbetegedések gyógyításával, hanem olyanra is szükség van, melyben a körök megelőzésének tanulmányozásával foglalkoznak, valamint otyanokra, *melyekben orvosegészségügyi tanácsokkal látja el a beteget, vagyis szükség van ama munkaközösségre, melyben a vezető, a gyógyító orvos karöltve működik azzal az orvossal, ki a szociálhygiénében megadja a megfelelő útbaigazítást.* Mindebből az következik, hogy az egészségtan egyik, az utolsó években hatalmasra megnőtt ágát, a szociálhygiénét széles körben ismertetni azt úgy elméletileg, mint gyakorlatilag oktatni kell.

Ha ezt a közegészségtan tanára, a maga nagymérvű elfoglaltsága mellett, elvégezni tudja, jó, de ha nem, akkor az oktatásnak külön, a szociálhygiéne címén kell történnie. A szociális higiéné célja kutatni mindama okokat, melyek fennállása mellett a nép egészsége veszélyeztetve van. A népegészség ügyét ezen okok elhárításával emelni lehet. A szociális higiéné tanítása csakis akkor teljes, ha a megfelelő elméleti útmutatást a gyakorlati irány bemutatása követi.

Mindezen ismeretekkel nemcsak az orvostanhallgatót kell kioktatni, hanem már az életben a gyakorlatban működő orvosokat, ami még ennél is fontosabb: a hatóságai orvosokat, kik a közegészségügy hivatott őrei, valamint a széles kiterjedt munkásbiztosítással foglalkozó orvosokat, kik ma a lakosságnak majdnem $\frac{1}{5}$ körül teljesítik az első egészségügyi őrszolgálatot. Ez utóbbiakról gondoskodni kellene: 1. továbbképző orvosi tanfolyamok útján, hol az elméleti oktatáson felül, főleg a gyakorlati bemutatás játszánék nagy szerepet; 2. külön négy-hathetes kurzusokban. Ilyen kurzusokat ma háromhavi időtartamban tartanak Németországban az ú. n. szociálhygiénikus akadémiákban, pl. Charlottenburg-Berlin, Düsseldorf, Breslau. Ezeknek főtár-

gyai az állami törvényszék és törvényhatósági rendeleteken felül a betegség-megelőzése, a megbetegedés és foglalkozás közötti összefüggés, a foglalkozás okozta üzemi baleset felismerése és azok elhárításának módja, az iparral foglalkozók védelme az elméletben és a gyakorlatban, az első segélynyújtás módjai gyárak és műhelyekben s a mentésnél, az iparegészségügy főbb tételei: a csecsemő, tüdőbetegek, bujakórosok, hülyék és gyengeelméjűek. dadogók gondozója, a vakok és süketnémák gondozása, terhesek és szoptatóanyák védelme, pályaválasztási és házassági tanácsadók. E kurzusok keretén belül a betegek bemutatása mellett tanítani kellene a munkaképesség és a munkaképtelenség, az üzemi baleset fogalmát és a baleset okozta járadékok százalékos megállapítását, és úgy a munkásbiztosítási törvények gyakorlati tételeit, mint gyógyszerrendelését, a betegek és főleg a gümőkórosok szanatórium és üdülőhelyre küldését stb.

Az évente egy, vagy kétszer tartandó ilyen kurzusok, melyek költségéhez hozzá fog járulni saját jól felfogott érdekében a munkaadó érdekeltség, a gyárosok képvisellete, a pénztárak, s nincs kizárva, hogy idővel az állam is, nagy látogatottságra számíthatnak, főleg akkor, ha kimondatnék, hogy megfelelő hivatali állások betöltésénél a kurzus elvégzéséről szóló bizonyítvánnyal rendelkezők előnyben részesülnek.

A tisztiorvosok képzése és továbbképzése.

Előadó: dr. J o h a n B é l a, egyetemi m. tanár, a m. kir. Orsz. Közegészségi Intézet igazgatója.

1. A tisztii orvosképzés a jövőben a M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet egyik feladatát képezi.

2. A tisztii orvosképzés: specialista képzés. Alapja a rendes orvosképzés, amely után a tisztiorvosi pályára készülő orvos külön speciális kiképzésben részesül.

3. A tisztiorvosi vizsgát megelőző kötelező tanfolyamra felvehető orvosok száma a Közegészségügyi Intézet erre a célra szolgáló férőhelyeinek száma (legfeljebb 24) szerint állapítandó meg.

4. A tanfolyam *első része* az intézetben tartatnék, — részben meghívott előadókkal, — részletesen kidolgozandó program szerint. Tartama 4—5 hónap volna. A *második részben* a hallgatók beosztatnának Budapesten és egyes vidéki városokban a tisztii orvosok mellé, — másrészt pedig csoportokban beosztatnának abba az «egészségügyi mintajárásba», amely Budapest környékén a közel jövőben létesülni fog. Végül legalább 2 hetet fertőző betegek kórházában kellene tölteniök. Ennek a külső kiképzésnek tartama 3—4 hónap volna. Ezután tennék le a tisztiorvosi vizsgát.

5. A tanfolyamon az eddig tartott előadásokon kívül előadások tartatnának még a következő tárgykörökből: Epidemiológia. A fertőző betegségek elleni védekezés. Elmekórtan, tekintettel a tisztiorvosok szükségleteire. Egészségügyi propaganda. Az egészségügyi statisztika alapelemei. Egészségügyi technikai berendezések (vízellátás, csatornázás). A lakáshygiénéről.

Az emberre veszedelmes állati betegségek. Válogatott fejezetek a szociálpolitikából.

6. Külön kiképzésben részesülnek azok az «epidemiológusok» vagy «laboratórium-vezetők», akik a vidéken létesítendő bakteriológiai állomások vezetői állására pályáznak. Ezeknek kiképzési időtartama a tisztiorvosi vizsga sikeres letétele után még egy év volna az Országos Közegészségügyi Intézetben.

7. Gondoskodni kellene a tisztiorvosok rendszeres és kötelező továbbképzéséről évenként tartandó, körülbelül 4 hetes továbbképző kurzusok segítségével, amelyekre a tisztiorvosokat (váltakozó csoportonként), 6—8 évenként kellene behívni, mindenkor az illető törvényhatóság anyagi támogatásával.

8. Az orvostanhallgatók figyelmét egyetemi kiképzésüknek minden részében reá kellene irányítani az egyéni védekezés lehetőségére. Ezenkívül az orvosképzés folyamán kötelezőleg meg kellene ismertetni az orvostanhallgatókat az egészségügyi közigazgatás és a szociális-higiéne elemeivel.

* *

Az orvostudomány fejlődése, az orvosi működés körének kiszélesedése maga után vonta annak a specializálódását. A múlt század első felében az orvosi diploma feljogosította annak birtokosát a tisztiorvosi állások elfoglalására is s tőle valami különös speciális képzettséget nem kívántak.

Csak a múlt század II-ik felében kezdték egyes államokban kívánni annak igazolását, hogy valamely hatósági orvosi állásra pályázó orvos rendelkezik-e azokkal az egészségügyi, jogi és adminisztráció ismeretekkel, amelyekre ilyen állásokban szükség van. Ennek igazolására hozták be a tisztiorvosi vizsgákat.

Az Angol Orvosegyesület már 1868-ban sürgette annak körülírását, hogy milyen kvalifikációval bírjon, és ezt hogyan szerezzze meg az az orvos, aki a közegészség szolgálatába akar lépni. Eredménye azonban ezen közbelépésnek csak 1886-ban lett, amikor először adták ki Angliában az ú. n. közegészségügyi diplomát (Diplom in Public Health). 1888-ban pedig a kormány rendelettel állapítja meg, hogy melyek azok az állások, amelyekre csak ilyen diplomával bírókat lehet kinevezni. Németország különböző államaiban különböző időben (1876 és 1896 között) hozták be az ú. n. Kreisarztprüfungot. Ausztria igen korán, már 1873-ban kötelezővé tette a tisztiorvosok számára a «Physikat»-vizsgát.

Hazánkban a köztisztviselők minősítéséről szóló 1883. évi I. törvénycikk, felhatalmazta a belügyminisztert, hogy külön tisztiorvosi vizsgát rendezhessen s kimondhassa, hogy egy bizonyos időtől fogva törvényhatósági orvosi állásokra csak az legyen alkalmazható, aki ezen vizsgát sikerrel letette. Az 1893-ban kiadott belügyminiszteri 80,099. sz. rendelet állapítja meg a vizsgák letételének módját és kimondja, hogy 1893-tól kezdve törvényhatósági orvosul csak az alkalmazható, aki a vizsgát letette. Az 1919. évi 22,925. sz. Népegészségügyi Minisztériumi rendelet módosította az 1893-iki szabályrendeletet s egyszersmind kötelezővé tette a vizsgát megelőző előkészítő tanfolyamok

hallgatását. Ezek a tanfolyamok három hónaposak voltak és évente egyszer tartattak. 1925. év óta tisztiorvosi tanfolyam és vizsga nem volt.

Összehasonlítva más államokkal, azt kell mondanunk, hogy hazánk e téren igen sok európai államot megelőzött, aminek jellemzésére megemlítem, hogy pl. Hollandiában még ma sem kötelező a tisztiorvosi tanfolyam és a most behozni kívánt «egészségügyi doctorátus» nem feltétele, csak elősegítője lesz a közhatósági orvosi állás elnyerhetőségének. Ha azt nézzük, hogy mi történt a tisztiorvosképzés terén az utóbbi években, úgy azt látjuk, hogy Európa különböző államaiban különösen a háború óta a tisztiorvosképzés módjait mindenütt élénken vitatják és a legtöbb államban folyamatban van ennek a reorganizációja.

Az ma már nem képezi vita tárgyát, hogy a tisztiorvosi állást betölteni óhajtóknak különleges képzettséggel kell bírniok. Az orvostudomány bifurkálódását a gyógyító és a megelőző orvostudomány irányában ma már mindenki konstatálja, de viszont szinte egyhangúan megállapítják azt is, hogy a megelőző orvostudomány a gyógyító klinikai orvostudományból fejlődött ki, ez a bázisa, ettől teljesen elválasztani nem lehet. Ebből következik, hogy a gyakorlati hygiénikusnak klinikai ismeretekkel kell bírnia. A hygiénikus képzésének alapja tehát ugyanaz az általános orvosi kiképzés, amelyben pl. a későbbi belgyógyász, vagy az operatív szakmák művelője részesül, és csak ezeknek az ismereteknek megszerzése után, képezheti magát tovább a közegészségügy különleges kérdéseiben.

Ennek a minél alaposabb klinikai előképzettségnek fontosságát bizonyítja az, hogy a legtöbb államban csak pár évig folytatott általános orvosi gyakorlat után lehet a tisztiorvosi vizsgára jelentkezni. Hogy ennek fontosságára utaljak, megemlítem, hogy pl. az anya és csecsemővédelem, a fertőzőbetegségek leküzdésének, az iparegészségügynek a hygiénikus elé toluó kérdései olyanok, amelyeknek helyes megítélése, megoldása klinikai orvosi ismereteket igényel. Tehát csak ha azoknak birtokában van, képezheti magát tovább az egészségügy különleges kérdéseiben.

Németország különböző államaiban két-négy évi általános orvosi gyakorlat igazolását kívánják. Dániában a tisztiorvosi vizsgára bocsátás feltétele, hogy a jelölt igazolja, hogy két évet meghatározott beosztással különböző gyógyintézetben, illetve ebből legalább három hónapot vidéki praksisban töltött.

Épp ezért ennek a kérdésnek idén májusban Varsóban lefolyt népszövetségi tárgyalásain magára maradt Jugoszlávia képviselője, aki az orvostudománynak ezen két ágát egymástól teljesen elkívánta választani. Senki sem értett vele egyet abban, hogy a betegségeket megelőzni törekvő hygiénikus és betegségeket gyógyítani óhajtó klinikus céljai annyira divergálóak volnának, mint azt ő beállította. Ezzel szemben megállapították, hogy a hygiénikus feladatai a gyakorló orvos támogatása nélkül nagyon megnehezülnek és hogy a hygiénikusnak klinikai ismeretekkel kell bírnia, amelyeket az egyetemi tanításon túl is szaporítani kell.

Azt hiszem, ezen megállapításból önként adódik, hogy azok a törekvések,

amelyek a klinikai orvos és a leendő tisztiorvos kiképzését már az egyetemi oktatás idején szétkivánják választani, helytelenek. A jövőben is tehát a tisztiorvosképzésnek a rendes orvosképzésen kell kezdődnie.

Itt legfeljebb arról lehetne szó, hogy az orvostanhallgató, aki később higiénikus kíván lenni, felhasználva a tanulási szabadságot, már az egyetemi évei alatt különös figyelmet fordítson az olyan tantárgyak hallgatására, amelyekben leendő hivatása szempontjából speciálisan fontos dolgokat tanulhat. Másrészt kívánatos volna, hogy a higiénia egyetemi tanításában a *gyakorlati közegészségtani ismeretek* még az eddiginél is intenzívebben taníttassanak. A higiénia tudományának alapjait, úgymint az orvostudomány minden más ágának alapismereteit is minden orvos, hallgató korában elsajátíthatja az egyetemen, úgyhogy ezután tulajdonképpen magát csak speciálisan továbbképeznie, a közegészségügy elméleti és gyakorlati ismereteiben magát specializálnia kell.

A múltban igen sok esetben ezt elérni csak autodidaxis útján lehetett. Legkiválóbb és európai viszonylatban is elsőrendű higiénikusaink így képezték ki magukat. Az autodidaxis útja azonban igen rögzös és lassú. Lehetővé kellett tenni tehát a tisztiorvosi pályára készülő orvos számára, hogy magát ebben az irányban valahol megfelelő tanerők vezetésével továbbképezze. Csak ha megadjuk erre a módot, lehet azután az ezt követő vizsgán tőle megfelelő ismereteket is kívánni.

Eleinte a legtöbb államban csak tisztiorvosi vizsgát tartottak, de azzal nem törődtek, hogy a vizsgázó hol szerezte ismereteit. Mivel megfelelő oktatás nem volt, a vizsgák eredménye a legtöbb helyen nem volt kielégítő. Így mind több és több állam szervezett a tisztiorvosi vizsgálatot megelőző tanfolyamot. E tanfolyamok hallgatása a legtöbb államban soká nem volt kötelező.

A tanfolyamokat régebben majd mindenütt az egyetemeken, rendszeren a közegészségtani intézetekben tartották. A tanítás főleg elméleti volt. A gyakorlati élettől a leendő higiénikust csak azok a kirándulások kötötték össze, amelyeket különböző egészségügyi intézményeknél tettek. De jól mondja *Leon Bernard*, hogy amint nem lehet belgyógyászatot úgy tanítani, hogy elmondjuk a hallgatóknak a betegségek tüneteit és aztán átsétáltatjuk őket egyszer a kórtermen, éppúgy nem lehet pl. közegészségügyi adminisztrációt egy-két akármilyen jó előadásból és a tisztifőorvosi hivatalba tett egy-két látogatásból megtanulni.

Az egyetemi közegészségtani intézeteknek az első céljuk mégis csak az orvostanhallgatóknak a kiképzése marad. Ezeknek nagyrésze gyakorló orvos lesz, akiknek szükségük van egészségügyi ismeretekre, de azért minden orvosból mégsem kívánunk higiénikust nevelni. Az egyetemi intézeteknek idejét ezenkívül a tudományos kutatás is lefoglalja. De tekintetbe veendő az is, hogy az egyetemi közegészségtani intézetek nem foglalkozhatnak a gyakorlatban a közegészségügy problémáival és nem kapcsolódnak bele az egészségügyet legfelsőbb fokon intéző minisztériumok működési körébe, ezért célszerűnek mutatkozott külön iskolák szervezése a közegészségügyi specialisták képzésére.

Ilyen iskolák számos államban alakultak. Az Északamerikai Egyesült-Államokban a baltimorei és a bostoni iskolák a legismertebbek. Az előbbi nemrég költözött be új pompás palotájába. Londonban most van épülőfélben a két millió dollárral készülő Egészségügyi Iskola. Varsóban tavasszal volt a lengyel Egészségügyi Iskolának felavató ünnepélye. Prágában hatalmas Közegészségügyi Intézet létesül, amelynek legnagyobb épülete a hatósági orvosok kiképzésének célját fogja szolgálni. Zágrábban e télen nyílik meg az új iskola.

Hazánkban nem létesül önálló iskola a tisztiorvosképzés céljára, hanem a most épülő M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet keretében történik gondoskodás arról, hogy a tisztiorvosi pályára készülők megfelelő kiképzésben részesülhessenek. Az intézet rendelkezni fog 24 hallgató laboratóriumi gyakorlatiához szükséges helyiséggel és eszközökkel. Ennél nagyobb tehát nem lehet a felveendő hallgatók száma. Megvagyunk győződve, hogy elegendő lesz, ha «venkint 24 új tisztiorvos kerül ki az iskolából.

Ma már tehát számos európai államban vagy külön iskolákban vagy a közegészségügyi intézetekben folyik a tisztiorvosok kiképzése és ezt a kiképzést állandóan fejlesztik.

Azonban ebben a kérdésben is mérsékletet kell tanúsítanunk. A tanítás időtartamát nem szabad egyszerre nagyon hosszúra nyújtani. Ma, amikor a vidéki tisztiorvosok nagyrésze még magánygyakorlatot folytat, hogy megélhetését biztosítsa, amikor tehát állása mellett még klinikai orvosi munkával is kénytelen foglalkozni, túl hosszú egészségügyi kiképzés nem volna arányban azzal az idővel, amelyet magánygyakorlata mellett majd a közegészségügyi feladatainak ellátására fordíthat. A helyzet az volna, hogy sokat tanult és sokat tud, de ennek nem tudja hasznát venni, mert nem marad elég ideje közegészségügyi munkára. Az állam tehát sokat költene a tisztiorvosok képzésére, de az ebből származó haszon a költségekkel nem állana arányban. Aztán megtörténhetne az is, hogyha igen hosszú tanfolyamot és nagyon nehéz vizsgát írnánk elő, hogy alig akadna jelentkező, mert a speciális kiképzésre fordított idő, költség és fáradság nem állana arányban azokkal az előnyökkel (fizetéssel), amelyet e diplomával elérhet. Így tehát hazánkban ma még nem törekedhetünk arra, hogy ezt a tanfolyamot *tökéletessé* tegyük. Ma még nem állapíthatunk meg a tanításra oly hosszú időt, amint az oly államokban (pl. Amerika, Anglia), ahol a tisztiorvosi kinevezés mentesíti az orvost az anyagi gondoktól. Ma még a fokozatos fejlesztés álláspontján kell államinak és arra kell törekednünk, hogy aránylag rövid idő alatt nyújtsunk e tanfolyam keretében minél több gyakorlati ismeretet.

A tanfolyam tulajdonképpen két részből állana: az első rész az Intézetben tartatnék. Ennek alapját az eddigi tisztiorvosi tanfolyamok anyaga képezné, amelyet ki kellene egészíteni bizonyos előadásokkal, továbbá bakteriológiai, serológiai és vegytani laboratóriumi gyakorlatokkal.

Az utoljára tartott, 1925-iki tisztiorvosi tanfolyam tanrendjében a következő előadások szerepeltek: A társadalmi egészségtan alapvonalai (heti 3 óra). Egészségügyi közigazgatás (heti 3 óra). A közigazgatási szervezet

(heti 1 óra). Gyakorlati közegészségtan (heti 2 óra). A népbetegségek elleni védekezés (heti 1 óra). Iskolaegészségügy (heti 1 óra). A fertőzőbetegségek diagnosztikája (heti 2 óra). A trachoma diagnosztikája (heti 2 óra). Egészségügyi anya és csecsemővédelem (heti 1 óra). A kórház higiéniája (együttvéve 5 óra). Iparhygiéne (heti 1 óra). A fertőtlenítés technikája (heti 2 óra). A munkások betegség és baleset elleni biztosítása (együttvéve 3 óra). Gyakorlati húsvizsgálat (heti 1 óra). A prostitúció ellenőrzése (heti 1 óra). Közegészségtani laboratóriumi gyakorlatok (heti 4 óra változó csoportokban). Élelmiszer és húsvizsgálat (heti 1 óra változó csoportokban). Ezek az előadások a hallgatóknak mintegy heti 21 óra elfoglaltságot jelentettek.

E tanrend magában foglalta a Közegészségtannak legfontosabb fejezeteit. Kívánatos volna, hogy a jövőben az egyes előadások programja egymással összehangoltassék, hogy ugyanarról a tárgyról ne szóljon több előadó. Szükséges lesz ezenkívül a tanrend kiegészítése még a következő előadásokkal: Epidemiológia. Az egészségügyi statisztika alapelemei. A fertőzőbetegségek elleni védekezés. Elmekórtan, tekintettel a tisztiorvosok szükségleteire. Egészségügyi propaganda. Egészségügyi technikai berendezések és azok ellenőrzése. Az emberre veszedelmes állati betegségek. Válogatott fejezetek a szociálpolitikából.

Igen fontos lesz az elméleti előadásoknak kiegészítése a fentebb említett laboratóriumi gyakorlatokkal. Az eddigi tanfolyamokon, helyiség és felszerelés hiányában, nem volt mód arra, hogy a hallgatókkal ezeket a gyakorlatokat valóban elvégeztethessék. Pedig ezeket igen fontosaknak tartom. Amikor a tisztiorvosi tanfolyam hallgatójával bakteriológiai oltásokat, serológiai reakciókat végeztetünk, nem törekszünk, — aminthogy az idő rövidsége miatt nem is törekedhetünk arra, — hogy belőle tökéletes bakteriológust vagy serológust faragjunk. Nem is fog a tisztiorvosok nagyrésznél sor kerülni arra, hogy maga végezzen ilyen vizsgálatokat, de szükség van mégis erre a gyakorlati laboratóriumi oktatásra is, hogy a fertőzőbetegségekre vonatkozó tudását biztosabb alapokra fektessük, hogy megtanítsuk, hogyan *Tegye*, hogyan küldje be az anyagot. Az az orvos, aki maga is végzett egy-kétszer Wassermann és Vidal reakciót, aki maga is tenyésztett ki vérből tífusz-bacillusokat, aki bakteriológiai vízvizsgálatot végzett, megjegyzi magának, hogy mennyi savó kell a reakcióhoz, steril-üvegben küldi majd be a tífuszra gyanús beteg vérért és tudni fogja, hogy hogyan, milyen kaute-lákkal kell a vízpróbát vennie, amelyet bakteriológiailag akar megvizsgáltatni.

Az új Intézetben minden hallgatónak meglesz a külön dolgozóhelye, jó mikroszkópja, bakteriológiai és vegyi felszerelése, ahol a rendes gyakorlatok idején dolgozni fog, de ahol szabad idejében is dolgozhat, ha magát ezekben a munkákban gyakorolni akarja. Az Intézethez beküldött anyagok pedig lehetővé fogják tenni, hogy mindig megfelelő vizsgálati anyaggal is elláthassuk őket. Ezeket a laboratóriumi gyakorlatokat délutánoként kel-lene tartani, például a hét négy délutánján.

Végül ezen idő alatt az eddig is szokásos kirándulásokat is el lehetne végezni bizonyos egészségügyi és szociális berendezések tanulmányozása cél-

jából. Ezeket a kirándulásokat az elméleti előadások kiegészítő részének kellene tekinteni olyan módon, hogy azok az intézmények tekintetnénk meg, amelyekről azon a héten az előadásokban szó volt. Például a vízművek akkor tekintetnénk meg, amikor a vízellátás kérdéséről már szó volt, a tej csarnokok akkor, amikor a tej kezelésével elméletileg már foglalkoztak.

Nem szabad szem elől tévesztenünk azt sem, hogy népünknek tekintélyes százaléka kisebb városokban, falvakban, tanyákon él, s így Budapest közegészségügyi berendezéseinek bemutatásával még nem tettünk eleget, hanem a kirándulások keretében kisebb városok és községek berendezéseivel is meg kell a tanfolyam hallgatóit ismertetnünk.

Az egészséges iskola, a modern óvoda, az iparhygiéne minden követelményének megfelelő gyártelep megismerése örömet szerezhet az orvosnak, de mivel megoldott problémákkal áll szemben, gondolkodásra, a segítség módjainak a keresésére nem serkent. Úgy gondolom, hogy ilyenek bemutatása mellett nagyon fontos meg nem oldott problémák tanulmányozása is, ahol a hiányokat látva, fel kell előtűk vetni, hogy a konkrét esetben mi lehet a javítás módja. Rendkívül tanulságosak az ilyen helyeken a hallgatók előtt mérnökök, orvosok és egyéb szakértők bevonásával tartott konzíliumok, ahol felhívják a figyelmüket a hibákra, a hiányokra, megbeszélik a helyszínen a javítás módját, és később esetleg az intézkedések végrehajtását maguk is kontrollálhatják. Máskor pedig el kell vinni őket esetleg kisebb csoportokban, egészségügyi szempontból érdekesebb (esetleg elhanyagolt) helyekre, készítsenek egy kis tanulmányt és tegyenek propozíciót a javítás módjára vonatkozólag.

Ezek a kirándulások már átvezetnek minket a tanfolyam második részébe, a gyakorlati részbe (az ú. n. külső munkára). A tanfolyamok első része, amely alatt a hallgatók az Intézetben tartandó előadásokra, laboratóriumi gyakorlatokra járnak és kirándulásokon vesznek részt, egyelőre négy-öt hónapig (később lehetőleg hat hónapig) tartana. Ezután következne még legalább három hónap, amelyet az Intézeten kívül töltenének. A tanításnak ezt a második, *gyakorlati részét* éppolyan fontosnak tartom, mint az elsőt, az inkább elméletit. Ugyanazzal a fontossággal bír ez a tisztiorvosi képzésben, mint a kötelező kórházi szolgálat a gyakorló orvosnak klinikai kiképzésében.

Kétségtelen, hogy a tisztiorvosra váró feladatok, problémák mások Budapesten, mások egy vidéki városban és mások a falun. Ennek megfelelően az ajánlott háromhónapi gyakorlatot három, egyhónapos részre tagolnám. A tanfolyam hallgatóit (tegyük fel, hogy 24-en lesznek, három nyolcas csoportba osztanám és az egyes csoportokat egy-egy hónapra felváltva beosztanám Budapesten, azután egy középnagy vidéki városban, illetve falusi körzetben (járásban) az illetékes egészségügyi hatósághoz egészségügyi szolgálatra. Budapesten úgy gondolom nem okozna nehézséget nyolc orvos beosztása a tisztiorvosok mellé és biztosra veszem, hogy a tisztiorvos urak szívesen is tanítanák leendő kollégáikat. Nehezebb a helyzet a vidéki városokban. Olyan vidéki várost kellene kiválasztanunk, ahol bizonyos modern egészségügyi berendezések már megvannak, ahol a város vezetőkörei és lakossága hajlamos mu-

tatna arra, hogy esetleg kívülről jövő segítséggel ezeket a berendezéseket tökéletesítsék és újakat is alkossanak. Még nehezebb kérdés, hogy hova küldjük falura a hallgatókat, hisz alig találunk ma még Magyarországon olyan járást, olyan községet, ahol bemutathatnék, milyennek kellene az egészséges, a modern higiénia elvei szerint berendezett és adminisztrált járásnak, illetve falunak lenni. Ezen úgy kívánunk segíteni, hogy a Rockefeller-Alapítvány segítségével egy, erre a célra a Népjóléti Minisztérium által kiszemelt járást törekszünk ú. n. egészségügyi mintajárássá kifejleszteni, hogy azután ide küldhessük gyakorlatra egy-egy hónapra a hallgatókat.

A tanításnak ezt a részét, különösen azt az időt, amelyet a falvakban fognak egy agilis járásorvos vezetése alatt eltölteni, igen nagyfontosságúnak tartom, hisz a tanfolyamról kikerülő hallgatók tekintélyes százaléka vidékre kerül. Meg kell nekik mutatnunk, hogy a falun is lehet egészségessé tenni a házat, az udvart, a vízellátást, de természetesen ezek a problémák a falun egész más megoldást kívánnak, mint a városban. Nem szabad a falu közegészségügyét a nagyváros egészségügyi szemüvegén át néznünk, mert ha a járásorvos ezt így nézi, akkor ölbeteszti a kezét és azt mondja, hogy nem érdemes fáradni, mert úgy sem lehet pl. Mogyoródon gondoskodni jó vízről, mert nem lehet vízvezetékét csinálni, nem lehet tisztán tartani az iskolát, mert télen a gyermekek sáros csizmáikkal bepiszkítják azt, nem lehet a lakosság primitív életviszonyai mellett sikeresen küzdeni a fertőzőbetegségek ellen. Egyiken is, a másikon is lehet segíteni, legalább is javítani. De természetesen külön technikája van ennek falun. Amint a csecsemőnek, a g³ermeknek és a felnőtt embernek meg van a külön-külön orvos specialista, s a csak felnőttekkel foglalkozó belgyógyász talán megakad olyan esetben, amikor egy beteg gyermeket tesznek eléje, éppígy a nagyváros jártas higiénikusa zavarba jöhet olyankor, amikor egy falu valamilyen nehezebb egészségügyi problémájával állítják szembe. Amint a csecsemő orvosi szempontból nem egyszerűen: kis ember, éppígy a falu a higiénikus szempontjából nem egyszerűen város: en miniature.

Azt hiszem, hogy ha az elméleti és gyakorlati kiképzést ilyen módon kiszélesítjük, illetve átalakítjuk, úgy megtettünk mindent, ami az adott viszonyok közt lehetséges; de fenn kell tartanunk annak lehetőségét, hogy a tanfolyamot, különösen annak tanrendjét, a szükséghez képest módosíthassuk. Most csak röviden említem meg a konklúzióban szereplő vidéki egészségügyi laboratórium-vezetőkről, hogy ezeknek a kiképzésére is bőséges alkalom lesz az új Országos Közegészségügyi Intézetben, ahol lesz hely arra, hogy egyes orvosok hosszabb időn át magukat a közegészségügyi vizsgáló eljárásokban kiképezhessék.

Nagyfontosságúnak tartom a tisztiorvosok számára rendezendő *továbbképző-tanfolyamokat*. Ilyeneket ma már számos országban rendeznek. Ezekre való részvétel nem kötelező, de azért nagyon látogatottak szoktak lenni. Ilyenekről nekünk is kellene gondoskodnunk, hisz a közegészségtan ma erősen fejlődő tudomány, újabb és újabb problémákat vet fel, s az orvostudomány és egyéb tudományágak haladásával kapcsolatban, új megoldásokat talál.

Ezeknek ismerete a haladni kívánó tisztiorvosnak nélkülözhetetlen. Ezeket a továbbképző-kurzusokat évenként kellene rendezni, korlátolt számú hallgatósnak. Ezek is elméleti és gyakorlati részből állnának, s a nyár folyamán legalább négy heti tartammal volnának megtartandók.

Anyagi támogatással elő kellene segíteni, hogy a tisztiorvosok ezeken résztvehessenek. A tisztiorvosoknak ez a budapesti tartózkodása jól felvolna használható arra is, hogy a résztvevő orvosok problémáikat, nehézségeiket egymással, szakértőkkel, a minisztérium vezetőivel megbeszélhessék. Úgy a tisztiorvosi tanfolyam tökéletesítését, mint a továbbképző-tanfolyamok tartását nagyon megkönnyítené, ha lehetséges lenne e célra egy orvosi ház 25—30 orvos részére (internátus) felállítása, ahol a tanfolyamok hallgatói ingyen vagy nagyon olcsón lakást kapnának. Az Országos Közegészségügyi Intézetben pedig meglehetősen találni a módját annak, hogy ott olcsón juthatnának ellátáshoz.

E három faktor: az orvostanhallgatók képzésének a gyakorlati hygiéne irányában való további kiegészítése, a tisztiorvosi tanfolyamok meghosszabbítása és a tanításnak gyakorlatibbá tétele, végül továbbképző-, illetve ismétlő-tanfolyamoknak rendezése segítségével, gondolom, lehetne elérni azt, hogy a gyakorlati közegészségügy szolgálatában álló magyar tisztiorvosi kar az eddiginél is hathatósabban működhessék közre népünk egészségének védelmében.

Hozzászólások.

1. Dr. Juba Adolf, m. kir. egészségügyi főtanácsos, egyetemi m. tanár: Nem tudom kivenni, hogy a tisztiorvosok jövődi kiképzésében az iskolaegészségtan mennyire fog szerepelni. Jelenleg — úgy tudom — az iskolaépítkezések és berendezések egészségügye szerepel mint tárgy, de részemről igen nagy súlyt helyeznék arra, hogy a tanulók betegségeire is kiterjeszkednék a kiképzésük. A «Schulhygienéből» az egész világon «Schülerhygiene» lett és amikor iskolaegészségügyről beszélünk, voltaképpen a tanulók egészségügyét értjük alatta. A tanulók egészsége, illetőleg betegségei képezik a kiinduló pontot az orvos közbelépésére, követelményeinek felállítására iskolaépületek berendezése, tanítás hygiéneje tárgyában. Ezen téren feltétlenül vezetők, kezdeményezők vagyunk, míg az építkezéseknél az építészé, a tanításnál a tanítóé a főszerep. Egy másik rövid megjegyzésem az ismétlő-tanfolyamok tartamára vonatkozik. A négyhetet sokallom és teljesen elégségesnek vélnék kéthetet. Egyébként itt a tapasztalatok meg az anyagi erők fognak dönteni.

2. Dr. T ü d ő s K á l m á n, egészségügyi főtanácsos, városi tisztifőorvos (Debrecen): Mielőtt a kérdés lényegéhez szólnék, meg kell állapítanom egy dolgot. Több évtizede már annak, hogy Magyarország közegészségügyi viszonyainak siralmas volta megállapítást nyert. Szakemberek az 1876. évi XIV. t.-cikket már régóta nem találták kielégítőnek, különösbben azért, mert a tisztiorvosoknak nem biztosított kellő súlyú befolyást az egészségügyi közigazgatásba. Annál meglepőbb, hogy ezen megállapítás után nem a törvény revíziójával, hanem a tisztiorvosok külön minősítésével igyekeztek a

bajon segíteni. Véleményem szerint nem a tisztiorvosok hiányos képzettsége, vagy magányakorlata az oka közegészségügyi állapotaink elmaradott voltának. Az ő tudásuk és jóakaratak igenis megvolt és megvan ma is, de nem volt meg és nincs meg ma sem a kellő befolyásuk és egyes adott esetekben, a hatalmuk. Mindezen csak új törvény segíthet.

Ami magát a kiképzést illeti, e tekintetben teljesen kielégítőnek tartom a Fenyvessy Béla tanár úr tervezetét, mert nem bakteriológus és serológus specialistákra, hanem az egész orvosi tudomány általános színvonalán álló, e mellett az embereket és életviszonyaikat ismerő, jóakarátú és buzgó szakemberekre van szükség. Mindezt semmiféle tanfolyam nem adhatja meg, hanem megadja a jól kiképzett orvosnak a megfelelő pozíció s az ebből eredő munkakedv. Mert a közegészségtan nem önálló, hogy úgy mondjam «sui generis» tudomány, hanem orvosi és más természettudományi, valamint műszaki, szociológiai sőt pszichológiai ismereteknek is alkalmazása nagyobb néptömegek egészségügyének előmozdítása érdekében. Világos, hogy ide tartozik a bakteriológia is, de csak mint a nagy egésznek egy részlete. A tisztiorvosnak pedig a laboratóriumi munkából elég annyit tudni, amennyi a vizsgálandó anyagok helyes vételéhez, kezeléséhez és beszolgáltatásához, valamint a vizsgálati eredmények megfelelő értékeléséhez szükséges. Ő maga laboratóriumi munkát nem végezhet, annyival is kevésbé, mert örökös jövemenéssel járó egyéb tennivalói mellett ehhez sem az ideje, sem a kellő nyugalma nem lehet meg.

Közegészségügyi specialista laboratórium vezetőkre van szükség. A vidéken minél több helyen kell létesíteni nem bakteriológiai állomásokat, ú. n. közegészségügyi laboratóriumokat, melyeknek egyik fő, de nem kizárólagos feladata lenne a bakteriológiai és serológiai vizsgálatok végzése is. Az ilyen intézetekben működők részére igenis szükségesnek tartom az Orsz. Közegészségügyi Intézetben eszközzendő különleges kiképzést, és pedig minél nagyobb számban, hogy laboratóriumok is minél nagyobb számban legyenek felállíthatók. A külső munkát végző tisztiorvosoknak azonban erre a speciális kiképzésre nincs sehol szükségük. Sőt kár is származhatnék rajok nézve belőle, mert könnyen egyoldalú baktérium kergetőkké válhatnak.

Dr. J o h a n Béla zárószava: *Juha* tanár úr felszólalására megjegyzi, hogy a tanrend véglegesen még nincs összeállítva s így az általa tett proposícióról még lehet tárgyalni. *Tüdős* főorvos úr felfogását nem teheti magáévá. Igenis szükségesnek tartja, hogy a jelzett elméletibb természetű előadások is megtartassanak. Szükséges, hogy a tisztiorvosi pályára készülők tudjanak a bakteriológia, serológia stb. újabb haladásáról, hogy az ezekre alapított intézkedéseket, eljárásokat megértsék. A helyzet ugyanaz, mint az egyetemi oktatásnál, ahol nem elegendő tisztán csak a gyakorlati ismereteket elsajátítani; az elméleti alapok ismerete nélkül az orvos tudása nem nyugszik szilárd bázison. *Tüdős* főorvos úr proposíciója azt jelentené, hogy nem tart szükségesnek specialista képzést, mert ha nézete szerint elnyer minden szükséges oktatást a leendő tisztiorvos már az egyetemen, úgy következetesen ugyanazt kellene mondani a speciálisan sebészi, fogorvosi, nőgyógyászati stb. pályákra

készülőkre vonatkozólag. Azt hiszi, hogy a kérdés ilyen formában nem is vitatható.

Elnök: dr. Fáy A l a d á r ny. államtitkár, kormánybiztos.

Szülészeti rendtartás.

Előadó: dr. T a u f f e r V i l m o s ny. egyet. r. ny. tanár

A) Az anya- és csecsemővédelem első lépése a Szülészeti Rendtartás kell, hogy legyen.

(A Szülészeti Rendtartás miniszteri Szabályrendelet útján léptethető életbe.)

B) A Szülészeti Rendtartás célszerűen csak a bábák számának a népesedés érdekében szükséges rendezése alapján valósítható meg.

(A bábák számának kötöttsége törvényhozási intézkedést igényel.)

Ad. A.

I. A Szülészeti Rendtartás szempontjából az ország, a létező szülő-intézetek tekintetbevételével, *szülészeti kerületekre* osztandó, melyeknek élén egy-egy «*Kerületi szülész-főorvos*» áll.

A kerületek központjai volnának:

Budapest.....	megyékkal	Debrecen.....	megyékkal
Szombathely.....	«	Miskolc.....	«
Pécs.....	«	B.-Gyula.....	«
Szolnok.....	«	Kaposvár	«
Szeged.....	«		

II. A kerületi szülész-főorvosi intézmény.

a) A *kerületi szülész-főorvos* a m. kir. Népjóléti- és Munkaügyi Miniszter szakközege; jelentéseit hozzá küldi be, intézkedéseinek a törvényhatóságoknál való végrehajtását a Miniszter útján szorgalmazza.

b) A kerületi szülész-főorvosok az egyetemek szülészstanárai, a bába-képzők igazgatói és a kórházak szülészeti osztályainak főorvosai közül neveztetnek ki.

c) A szülész-főorvosok megbízása (egyelőre) három évre szóljon.

III. A Szülészeti Rendtartás feladatköre.

a) A szülések körüli eljárások szakszerű számonvétele, az 1894. évi XXXVIII. t.-c. és az «Utasítás okleveles bábák részére» B. M. 95,000/1902. című miniszteri rendelet alapján.

b) A «szülészeti jegyzőkönyvek» (Bábanapló) szabályszerű vezetésének betartása és ellenőrzése.

A szülészeti jegyzőkönyvek (Bábanapló) ellenőrzése elsősorban a községi (kőr)orvosok (városokban a tisztiorvosok) feladata. Magánorvosok szabály-

rendeletileg köteleztesse az általuk végzett beavatkozások javaslatait és lényegét, a bábanapló megfelelő rovatába röviden bejegyezni.

A szülészeti jegyzőkönyvek a községi (kőr)orvosok (városokban a tisztiorvosok) által hitelesített másolatait a N. és M. Miniszter 34,880/1924. sz. rendelete szerint, a járásorvoshoz továbbítják, aki azokat összesítve, a megyei főorvoshoz (városokban a tisztifőorvoshoz) záros határidő alatt küldi be.

A t. főorvosok a közigazgatási szempontokból átvizsgált és rendezett *szülészeti jegyzőkönyveket* véleménynyilvánítás kapcsán a «kerületi szülész-főorvoshoz» záros határidő alatt, szakszerű felülvizsgálás és további intézkedések végett küldi be.

IV. A kerületi szülész-főorvos feladatköre.

a) A terhesek, szülők, gyermekágyasok és csecsemők *egészségi ellátását* szakszerűen felügyeli és a felmerülő kifogások orvoslásában eljár.

b) Az említettek érdekeit *szociális szempontokból* is szemmel tartja és a törvény meg a társadalom által rendelkezésre bocsátott segélyezéseket irányítja. (Ilyenek: a munkásbiztosítási terhes, szülő és gyermekágyi, vagy szoptatási segélyek; az állami és közkórházi szülő-intézetekbe való ingyenes elhelyezés; a Stefánia-Szövetség anya- és csecsemővédelme; csecsemőknek az Állami Menhelyekbe való elhelyezésének irányítása; az Országos Gyermekvédő Liga és a társadalom számos szervezett jótékonyágának igénybevétele stb.)

c) A *bábák működését illetőleg* felügyeletet gyakorol, azok hivatás - teljesítésében a megkívánandó testi és szellemi munkaképességet és munkakészséget ellenőrzi.

d) A *bábák személyi ügyeit*, nevezetesen azok létszámát, a fennforgó szükségnek mérlegelésével, ellenőrzi és a pótlások iránt (a fokozatosan keresztülviendő kötött létszám érdekében) a törvényhatóságoknál kezdeményez és a végrehajtásról gondoskodik.

e) A *bábák megélhetésének biztosítása* végett az 1908. XXXVIII. t.-c. 30. §. rendelkezésének a *kor igényeihez mért!* végrehajtását szorgalmazza.

f) Az állami szülő-intézetek vezetőivel egyetértésben (a V. és K. Minisztertől kinyerendő engedély alapján) «*Isméltőtanfolyamok*» megtartásáról gondoskodik s az azokra való beutalást a törvényhatóságokkal való egyetértésben rendezi.

V. A *bábák törzskönyvének kerületi nyilvántartása és évenkénti helyesbítése*, a törvényhatóságoktól záros határidő alatt beérkező adatok alapján, a kerületi szülész-főorvosnak fontos feladata leendő.

VI. Kívánatos, hogy a *központi nyilvántartás* érdekében a Szülészeti Rendtartás és a Bábaügy a N. és M. Minisztériumban ez ügygel állandóan foglalkozó osztálynak legyen feladata.

VII. A Szülészeti Rendtartás eredményét az orsz. Statisztikai Hivatal, a Népesedési kérdések kapcsán lesz hivatva feldolgozni.

*

*

*

A V. és K. Minisztérium 60,000/1902. sz. rendeletével megjelent «Magyar Bába-tankönyv» és az ehhez csatolt II. Függelék: «Rendelet és utasítás okleveles bábák számára» 95,000/1902. B. M. számú, továbbá a m. k. N. és M. Minisztérium 34,880/1924. sz. rendelete változatlanul érvényben marad és a *jelen értekezlet alkalmával nem képezi tárgyalás vagy discussio anyagát.*

Ad. B.

A kötött bábaletszám jogos és szükséges.

Az állami közigazgatásban a kötött létszám nem újszerű intézkedés, amikor a közérdek védelmében szükséges. Ilyenek: dohány- és sómonopólium, korcsma jog stb. az állam pénzügyi érdekében; kéményseprőipar a tűzbiztonság szempontjából; gyógyszerészet a közegészségügy szolgálatában, stb. Mennyivel indokoltabb tehát az a babaügyben, ha felismertetik, hogy a szülések körül eljáró személyek szabadossága a nemzet népesedési érdekei ellen hord magában veszélyt, tehát az állam érdekeibe ütközik.

A veszélyek fennforognak 1. mert célszerűtlen és rendezetlen a bábák elosztódása; rendkívüli felhalmozódása a városokban és nagyközségekben, hiánya a vidéken, a falvakban; 2. mert hiányozván a tisztességes bába-keresetből való megélhetés, az anyagi helyzet sanyarúsága — hajlamossá teszi tagjait a jól megfizetett bűnös cselekedetekre — a magzatelhajtásra (egyke!); 3. mert hiányozván a jól képzett bába, a jól fegyelmezett tanácsadó a nép között, az régi balszokásaihoz ragaszkodva, a kuruzslók kezében vesztegel és tudatlanságában áldozatul esik a kuruzslók veszélyeinek; 4. mert népszokásokkal állván szemben, a hatóságok felügyelete nem érvényesülhet és minden javítási törekvés meddő marad.

(Kitűnően világítja meg a helyzetet Gönczy Ferenc «Az egyke a somogyi nép szokásaiban és lelkületében» (Társadalom Tudomány folyóirat V. 3. szám, 1925.) című nagyértékű tanulmányában.)

A kötött bábaletszám megvalósítása szempontjából *szemügyre veendő körülmények:*

1. A bábák létszámának kötöttsége csak fokozatosan hajtható végre.
2. Megállapítandók a szülészeti kerületek és a kerületek keretén belül szükséges bábák száma (részletezve le az egyes községekig).
3. Vizsgálandó, hogy miként oszlik meg jelenleg a bába-személyzet, hol van szükség és hol veszélyes felesleg.
4. Megállapítandó a gyakorlatra bocsátandó bábák száma az illető hely (város, község) lakosságának száma és a szülési frekvencia alapján.
5. Az egy-egy bába által ellátható szülési esetek átlagos száma miniszteri szabályrendelet útján állapítandó meg.
6. Községenként megállapítandó, hogy mennyiben van gondoskodás a bába megélhetését illetőleg az 1908. XXXVIII. t.-c. alapján.

A bába-személyzet kiegészítése és utánpótlása érdekében.

1. Megállapítandó a rendelkezésre álló bábaképző-intézetek teljesítő képessége okleveles bábák kiképzését illetőleg, tekintettel a létesítendő Ismétlő-tanfolyamokra is.

2. A bábaképző-intézetek elsősorban olyan tanulókat vegyenek fel, akik

mint szükségpótlók vannak kijelölve; önként jelentkezők csak a rendelkezésre álló felesleges férőhelyekre legyenek felvehetők, mindig szem előtt tartva a bábafelesleg veszélyét a városok és nagyközségekben. (Ezen rendelkezés keresztülvitele annál is inkább lehetséges, mert a kerületi szülész-főorvosok előreláthatólag maguk lesznek a szülésetanárak.)

3. A saját indíttatukból és költségükön kitanult és oklevelet szerzett bábák csak akkor bocsátandók a gyakorlatba, amikor a közigazgatási hatóság, a kerületi szülész-főorvossal egyetértésben, az illető helyen egy új bába szükséges voltát megállapítja.

4. Okleveles magánbába, ki oklevelét 3 év előtt kapta, a gyakorlatbalépés előtt felülvizsgálatra tartozik jelentkezni (Állami Bábaiskolában) annak megállapítása végett, hogy még mindig alkalmas-e a bábafeleladatok teljesítésére.

5. Minden bába tartozik szabályrendeletben megállapítandó időközökben a rendszeresített *Ismétlő-tanfolyamokban* részt venni, ahol megállapítandó lesz, hogy testi és szellemi képessége még mindig alkalmas-e a bábafeleladatok teljesítésére. Az Ismétlőtanfolyamok költségeit a népjóléti és munkaügyi minisztérium fedezi.

6. Az elaggott és munkaképtelen hivatalos bábák aggsági és rokkantsági ellátásának módjairól gondoskodni a községek és az állam közös feladata leendő.

A Szülészeti Rendtartás a művelt államokban már jóidő óta szervezve van. Amikor a nemzetek tudatára ébredtek annak, hogy erejük, anyagi existenciájuk, kultúrszintjük előfeltétele, népességük számaránya, területi tömörsége: nem késlekedtek a szülések egyszerű számonvételén túl azon tényezőknek vizsgálásával is foglalkozni, melyek a nemzet e nagy vagyonára befolyással vannak, azt előnyösítik vagy hátráltatják. Statisztika, hygienes intézkedések, az állam finánciális eszközei, közigazgatás, törvények alkotásai, a társadalom megértő jótékonyasága — mind szolgálatába állított ez ügynek. De nemcsak rendelkezések történtek, hanem az intézkedések eredményeinek pontos számonvételével és nyilvántartásával is szolgálták az ügyet. Szóval a szülészeti rendtartás jóformán egy század óta, de különösen az utolsó fél-században, amióta t. i. a szülések racionalizálása folytán a népszaporodás világszerte ijesztő módon alászállott, keresték a leghatásosabb intézkedéseket (különösen Francia- és Németországban), melyeknek kapcsán minden szülés, minden szülészeti ténykedés, minden gyermekági halál és az újszülöttek életviszonyai ellenőrzés tárgyát képezik.

Hazánkban, — hol maga az országos sztatisztikai hivatal is csak 1875 óta létezik, hol az állami anyakönyv vezetése is csak 1894 óta van törvénybe iktatva¹, — e nagy nemzeti feladatnak felismerése hihetetlen sokat késlekedett, úgyannyira, hogy a születés és halálozás egészen primitív és sokban megbízhatatlan durva számadatain kívül, mindezen kérdésekben még máig sem létezik a számonvétel és kellő ellenőrzés.

¹ 1894:XXXIII. t.-c. és 1904: XXXVI. t.-c.

Negyvennyolc év előtt (1878 január 12-én) hangzott el először a figyelmeztető szó a budapesti Kir. Orvos-Egyesületben, mely hirdette a veszedelmet, az anyák és újszülöttekben való hihetetlen nagy veszteséget, és elpanaszolta, hogy ezzel senki sem törődik. Felirataiban az Orvos-Egyesület igyekezett felkelteni a hivatalos körök érdeklődését, hirdetve, hogy az e téren való elmaradottságunk nagy nemzeti veszteséget jelent és hogy e téren az államra nagy feladatok várnak.

Nincsen idő és alkalom e helyen annak elmondására, mi minden történt azóta ez érdekek szolgálatában², de sajnálattal konstatálhatjuk, hogy soká, nagyon soká hiányzott hozzá a kellő megértés. A parlamentet a politika foglalkoztatta, a társadalomban a népesedés kérdésével való foglalkozás az egyke felett való töprengésben merült ki és a sajtónak időnkint való riasztója elhangzó kiáltás volt a pusztában.

A budapesti Kir. Orvos-Egyesület és az Országos Közegészségi Tanács nyugodt önértékeléssel hivatkozhatik arra, hogy felirataiban szüntelen hangoztatta a nemzetvédelem e fontos részletét — sajnos — eredménytelenül. De tartozunk az igazságnak, hogy igenis volt egyetlen államférfiú, t. i. *Széll Kálmán*, ki megszívlelte az ügy fontosságát és megalkotta az *elhagyott gyermek* védelmének törvényét 1902-ben és felállította az állami gyermekmenhelyeket. Alkotása úttörő volt és az egész művelt világ elismerését szerezte meg a magyar nemzetnek, de csak évi 15—16,000 *elhagyott* gyermek védelmét illetőleg: a *Szülészeti Rendtartás* megalkotására azonban, mely évente hét és félszázezer szülést lett volna hivatva számonvenni az anya és újszülött szempontjából, már nem volt ideje és az ébredező hivatalos öntudat a teendőik fontosságát illetőleg, utána csakhamar ismét elaludt.

De megvallva az igazat, ha a vezető államférfiú, ezelőtt 30—40 évvel az állam egész hatalmát és pénzügyi határtalan támogatását is rendelkezésünkre bocsátotta volna, a Szülészeti Rendtartás ma tervezett formájában való megvalósítására: lehetlenséggel állottunk volna szemben, mert tekintve a Nagymagyarország egyes részeiben fennforgott geográfiai, demográfiai, népműveltségi, nemzetiségi, vagyoni, közigazgatási véghetetlen nagy különbségeket, az egységes megoldás lehetetlen lett volna. De lehetetlen lett volna még azért is, mert nem volt állami anyakönyvvezetésünk, kezdetleges volt statisztikánk, hiányzott a közigazgatás emberei között a megértés, sőt jóidőig hiányoztak még a megfelelő számú bábaképező intézetek is.

Az a néhány belügyminiszteri férfiú, ki érdeklődött a dolog iránt (Chyzer Kornél miniszteri tanácsos, Hajós Béla egészségi főfelügyelő, Széll Kálmán miniszterrel az élen), belátta, hogy fokozatos előkészítésre van szükség és ha Széll Kálmán ki nem dől a sorból, úgy talán másfél évtized előtt megközelítőleg ott lehettünk volna, ahol most vagyunk. Konstatáljuk, hogy így sem telt tétlenül el az idő. A szakemberek előtt ismeretesek az előkészítő lépések, melyek történtek; hogy csak a legfontosabbakat említsem: Markusovszky Lajos miniszteri tanácsos és utóda dr. Tóth Lajos államtitkár állandó buzgól-

² Az érdeklődő megtalálhatja: Második kormánybiztosi jelentés, a Bábaügy országos rendezéséről 1912. Dr. Tauffer Vilmos kormánybiztos című munkában.

kodása folytán az 1881-ben létezett négy bábaiskola felszaporodott 12-re; meg lett szerkesztve a hivatalos bábatankönyv 1902-ben. Létesült a munkásbiztosító törvény (1907 XIX. t.-c), mely a terhes-, szülő és gyermekágyi meg a szoptatási segélyt, összesen négy hónap tartamára biztosítja és a szülönők ingyenes felvételét a szülőintézetekbe megadja. (1898: XXI. t.-c.) Átmeneti intézményként létesült a másodrendű bábaképzés Széll Kálmán alatt (1899—1900-ban), a teljesen lehetetlen cédulás bába-intézmény pótlására kisközségek részére, hol rendes diplomás bába beállítása egyelőre lehetetlen volt. Minden törvényhatóság köteleztetett bába-szabályrendelet megalkotására. A bábák személyi viszonyainak feltárására és állandó nyilvántartása érdekében meg lett szerkesztve a Bába-törzskönyv 1900-ban. Statuáltatott (de számonvétel hiányában nem volt végrehajtható) a bábanaplók vezetésének kötelezettsége. Az 1908: XXXVIII. Novellákban minden 800 lakóval bíró község köteleztetett községi bába tartására. A bábák jobb kiképzése érdekében felemeltetett a tanfolyam öt hó helyett 10 hónapra. Bőséges gondoskodás történt aziránt, hogy szegényebb községek részére államköltségen nagy számban képeztessenek ki diplomás bábák stb. Történt tehát sok minden, csak az nem, ami a fődolog, t. i. nem lett megszervezve a végrehajtás és a számonvételről való gondoskodás.

Annak számonvétele, hogy mindezen intézkedések minő eredménnyel jártak, nem tartozik most ide, annyi azonban megállapítható, hogy igenis *küiadtexk, nevezetesen a*, tekintetben, hogy most már mi sem áll útjában a *Szülészeti Rendtartás* megvalósításának az egész vonalom. Örömmel konstátalom, hogy van egy megye, t. i. Hajdú vármegye, hol dr. Görgői Márton főorvos és Pákozdi alispán buzgósága folytán (amint azt a «Népegészségügy» című folyóirat 1926. évi 15. számában olvashatni), a bábaügy rendezése érdekében az előfeltételek példás módon vannak megvalósítva.

E tekintetben szerencsés és szerencsétlen körülmények is jönnek segítségünkre. Szerencsés körülmény, hogy a Népjóléti és Munkaügyi Miniszteri székben egy mindnyájunk tiszteletét és bizalmát élvező államférfiú ül, ki bölcs megértéssel felismerte, hogy nemzetünk fennmaradásának fontos kérdéséről van szó és kész az intézmény megvalósítására, ha annak célravezető voltáról meggyőződik. A segítségünkre jövő szerencsétlenség hazánk, országunk szétdarabolása. minek folytán mostanában úgy geográfiai, mint demográfiai, népműveltség és nemzetiségi szempontokból szerencsétlen hazánkban kicsiny és homológ egységgel van dolgunk, melynek keretében a Szülészeti Rendtartás egységes megoldásának akadályai nincsenek. Tehát csak arról van szó, hogy találjuk meg a Szülészeti Rendtartásnak azt a formáját, mely hazánk viszonyai között keresztülvihető és célhoz vezet.

A tárgyalás alapjául előterjesztett tervezet az Országos Közegészségi Tanács kebelében (30 év alatt) sokszoros tárgyalás alapján alakult ki, de korántsem zárkózik el olyan eszmék vagy módosításoktól, melyek a szervezetnek tökéletesebbítését jelenthetik.

Az ajánlott Rendtartásnak második sarkalatos részlete *a bábák számának a népesedés érdekében szükséges rendezését* célozza. Úgy gondolom, hogy ez alig

szorul külön indoklásra, mert minden szakember előtt ismeretes, hogy minő bajokat okoz egyrészt a bábaproletáriátus a városok és nagyközségekben, és hogy minő veszélyeket hord magában a kuruzslás, a szakképzett és kellőleg fegyelmezett bábák hiánya a nép között.

Szolgáljon e proposíció támogatására, hogy a porosz állam ezelőtt három évvel (1923-ban) egészen ez alapon dolgozta át szülészeti rendtartását és bábatorvényt, úgy, amint az — ceteris paribus — Badenben, Württembergben, Bajor- és Szászországban már régebben fennáll.

Felemlítendőnek tartom, hogy tekintélyes kodifikátoraink: dr. Ladik Gusztáv államtitkár úr a belügyben és dr. Papp Géza h. államtitkár úr a népjóléti és munkaügyi minisztériumban, beható tárgyalás alapján megállapították, hogy a gyakorlatba bocsátandó bábák számának megszorítása jogi és törvényhozási akadályokba nem ütközik.

Természetes, hogy az előterjesztett reformtervezet csak az alapelvek körvonalait adja, melyeknek elfogadása esetén, új feladatot fogna képezni a részletek kidolgozása, nevezetesen a *Törvényjavaslat*, a *Végrehajtási utasítás* és a *Szabályrendelet* elkészítése.

Hozzászólások:

1. Scipiades Elemér, egyetemi ny. r. tanár: Egyetért előadóval abban, hogy Magyarországon, a régen nélkülözött szükséglet kielégítésére, «Szülészeti Rendtartás», vagy szerinte helyesebb szóval, «Szülészeti Ellenőrzés» létesíttessék.

Az előadás syllabusának első A) pontja azt mondja, hogy «az anya- és csecsemővédelem első lépése a «Szülészeti Rendtartás» kell, hogy legyen» s ezen megállapításának folyamánya az a tervezet, mely ezen rendtartás alapelveit kívánja körvonalazni. Ezen ténnyel azonban, bizonyos tekintetben ellentmondónak látszik a referátum csillaggal megszakított része után következő bekezdés, mely azt mondja, hogy: «a V. és K. Minisztérium 60,000/1902. sz. rendeletével megjelent «Magyar Bábatakönyv» és az éhez csatolt s a 95.000/1902. sz. belügyminiszteri rendelettel megjelent II. Függlék: «Rendelet és utasítás okleveles bábák számára», továbbá a népjóléti és munkaügyi minisztérium 34,880/1924. sz. rendelete is változatlanul érvényben marad». Ezekben s még néhány törvényes rendelkezésben ugyanis éppen a «Szülészeti Rendtartás» van, a ma érvényes alakjában, szabályozva. Ha tehát ezek változatlanul érvényben hagyatnak, akkor «Szülészeti Rendtartásra» szükség nincs, minthogy olyan már létezik, hanem csupán, a «Szülészeti Rendtartás» mikénti ellenőrzésére szolgáló «Végrehajtási utasítás»-ra van szükség.

Felmerül azonban az a kérdés, vajjon most időszerű-e ezen éppen említett, már létező, «Szülészeti Rendtartás» ellenőrzésének céljaira «Végrehajtási utasítást» készíteni. E kérdésre csak akkor felelhetünk helyesen, ha megbízhatóan és adatokkal alátámasztva tudunk felelni először arra, vajjon megfelelő-e a mondott törvényes intézkedésekkel már létesített, mai «Szülészeti Rendtartás». Kérdés, vajjon az előadó kereste-e a közigazgatás területeinek tényleges gyakorlatában e kérdésre az adatszerű feleletet, továbbá, hogy

vájjon ha azt tette, annak alapján milyen megállapításra jutott. Ismerteti azt a vállalkozást, mely ezen kérdésre a feleletet egy jelentékeny nagyságú közigazgatási területen, hol igen kiterjedt részletességgel kereste és pedig szinte szórói-szóra azon ellenőrző végrehajtási utasítás szerint, melyet most referátumában előadó kidolgozott. Ez a vállalkozás Baranya vármegye és Pécs közigazgatási területein folyik most már harmadik esztendeje. Inspirálója, Fischer Ferenc főispán által az egyke ellen megindított küzdelem volt. Létesítője pedig a népjóléti és munkaügyi minisztériummal, a belügy- és igazságügy-minisztériummal történt előzetes tanácskozás alapján kiadott 3500/1924. és 43,078/1924. sz. rendelete. Az említett kérdésre pedig ez a kutatás, melynek végrehajtója, mintegy kerületi szülészfőorvosként, hozzászóló maga volt, már mégis hozta a feleletet és pedig az 1923—25-iki években az ezen országterületen előfordult s a bábánaplókból, a magánorvosi és anyakönyvi hivatali jelentésekből: a kör-és járási, továbbá a vármegyei és városi tiszti főorvosok által gyűjtött s hozzászóló által összesített, kb. 25,000-et kitevő szülészeti esemény alapján. Ezek tanulságai alapján leszögezi hozzászóló:

I. hogy a ma létező «Szülészeti Rendtartás», mint a kor haladásával idejét múlt intézkedés, lényeges átdolgozásra szorul;

II. hogy a szülészeti ellenőrzés azon végrehajtási utasítás alapján, melyet az előadó dolgozott ki, a ma adott viszonyok között és tényezőkkel, hasznos eredménnyel egyáltalán nem kecsegtet.

A következő indítványt nyújtja be:

Határozza el a «Közegészségi és Társadalompolitikai Országos Értekezlet», hogy hazánknak s abban magyar népünknek jövődjö megerősödését előmozdítandó, «Szülészeti Ellenőrzés» létesítését javasolja a népjóléti és munkaügyi m. kir. miniszter úrnak. Ennek lehetőén eredményes fogatosítása érdekében azonban, lévén az óriási kérdés komplexum, az értekezlet szükségesnek tartja: az ország szakköreiből és közigazgatási fórumaiból összeállított ankét összehívását, melyen mindazok, akik az ország valamely részén a Szülészeti Rendtartás gyakorlati ellenőrzését megkísértették, tárják fel a mindennapi élet tényleges adataival alátámasztott tanulságaikat és javaslataikat. Ezen ankét leszűrt eredményei képezzék aztán az alapját azon törvényes intézkedéseknek, melyek az ország «Szülészeti Ellenőrzését» fogják szabályozni s mely intézkedéseknek egyik része a «Szülészeti Rendtartás», második része pedig az annak ellenőrzése módját és szervezetét szabályozó «Végrehajtási Utasítás» legyen.

2. Dr. Lovrich József, a budapesti m. kir. bábaképző-intézet igazgató-tanára: Mindenütt egész Európában az anyavédelmet állami feladatnak tekintik, s ebből kifolyólag törvénybe iktatták kizárólag szakemberek, orvosok közreműködésével a kérdésnek orvosi vonatkozásait. Ezen törvények kisebb-nagyobb vonatkozásban és kiterjedésben megállapítják azt, hogy minden anyának, aki segítségre szorul, segítséget (tehát nem kizárólag tanácsot!) kell nyújtani. Az anyavédelmi berendezések államosításánál természetesen egyik állam sem óhajtja nélkülözni vagy éppen elejteni a társadalmi támogatásokat. A törvény végigkíséri egész életén át a nőt. Oktatja, kineveli az

iskolában, mint kell egészségét védeni s mint kell testi épségét tornával, sportokkal, szabad levegőn való hygienikus étellel edzeni, erősíteni. A házasságkötésnél törvény védi a házasságot azáltal, hogy mindkét félnek egészségi állapotát megállapítva, nemcsak tanácsot, de engedélyt is ad arra, hogy csak egészségesek kössenek házasságot. A leendő anyát védi, oltalmazza a terhesség elejétől, egészen a gyermekágy végéig. Előkészíti a szüléshez azáltal, hogy gondozza, ellenőrzi a terhességet. Megfelelő pénz és természetbeni segílyt nyújt a terhesség utolsó hónapjában, meg a gyermekágyban. Így legalább 8—10 heti segílyt kap minden nő, aki segílysre szorul, továbbá tanácsot a terhesség, a szülés és gyermekágy helyes ellátására. Ezen időben kapcsolódik be a bába igénybevétele, olyan bábának a tanácsa, segílyse, aki természetesen az anyavédelmi berendezésekben is a leendő, meg fiatal anyáknak tanácsot és segílyset nyújt. Nem statisztikai működésre, hanem szakszerű tanácsra, segílysre van szükség az anyavédelemnél, melynek normális fiziológikus ellátása tartozik a bába körébe és feladatai közé, a rendestől eltérő, a pathológikus esetek ellátása, meg egyedül az orvos feladata és kötelessége. Így kapcsolódik be minden bába, minden orvos a modern államokban az anyavédelembe. Nem azt kívánja, hogy a bába csak a terhes, a szülönő, meg a gyermekágyasoknak nyújtson segílyt, hanem, hogy ismerje azokat az intézményeket, berendezéseket és állami támogatásokat is, melyek nélkül céltalan és eredménytelen az o munkája. Állami anyavédelem nélkül el sem képzelhető a bába eredményes munkája, mert ha az ellátástalan, az ínséggel küzdő anyán segílyteni nem tud, nem lévén egyetlen hely sem, ahová utasíthassa a hozzá fordulókat, eredménytelen marad minden újabb bábarendelet. A legnagyobb gondozás mellett is több mint 10 %-a a születendő gyermekeknek a szülés mechanizmusa által esik áldozatul. A megszületett gyermek ma még a nem szakszerű ellátás, gondozás, táplálás miatt pusztul el. *A gyermekhalandóság egyetlen egy százalékkal sem csökkent a mai berendezések mellett.* Nem a helybeli látszólagos javulásokat érti ezalatt, hanem az általános, generális statisztikát, így mindaz a költség, amit ezen a címen a mai hiányos, elégtelen berendezésekre az állam elkölt, célhoz nem vezet! Elköltik a milliárdokat a nélkül, hogy egy százalék javulást is érnének el akár az anya, akár a csecsemőhalandóság terén. Ezek előrebocsátása után ajánlja, hogy a bábakérdés rendezését összes vonatkozásában szintén állami alapokra kell fektetni. Meg kell határozni törvényileg a bába feladatát, kötelességeit, letelepedését, javadalmazását és ellenőrzését. Egyöntetűen kell rendezni a bábák kioktatását és azokat a feltételeket, amik megszabják a bábafoglalkozás jövődő körét. Véglegesen rendezni kell a bába továbbképzésének és szakszerű ellenőrzésének a kérdését. Ezen kérdésekhez az alábbiakban terjeszti elő megjegyzéseit.

A bába eddigi *hatáskörét* feltétlen ki kell terjeszteni a szoptatási ellenőrzésre és munkáját be kell kapcsolni a csecsemőgondozás és védelembe is. Minden, ami a rendestől eltérő, előírja a bábának, hogy azonnal orvos hívásáról gondoskodjon és súlyos esetekben lehetőleg szülőházba, klinikára helyezze el a súlyosan beteg terhest, szülönőt és gyermekágyast. Így tehát a bába elsősorban lesz harcosa az anya- és csecsemővédelemnek. Leteledését a

szükség szerint kell elosztani, azonban mindig tekintettel a szabad bába-választásra.

Nemcsak a szabadgyakorlatban, de méginkább a hivatalos alkalmazásban is érvényesüljön az az elv, hogy az a bába ne maradjon ki, kinek több, nagyobb tudása és gyakorlati szakképzettsége van.

Miután a javadalmazás kérdése a kerületekre, perifériákra való szétosztásnál lép előtérbe, államilag kell biztosítani a perifériákon azt a létminimumot, mely mellett a bába nem lesz kénytelen egyéb, talán olyan foglalkozás után nézni, amely kezeit a fertőzés veszélyének tehetné ki.

Elengedhetetlennek tartja, hogy a kis előképzettségű elem ne kerülhessen a bábaiskolába és ezért a már évek óta szokásban levő magasabb előiskolázottságot a tanulók felvételénél, semmiesetre sem tartja elengedhetőnek.

A *javadalmazás kérdése* fogja eldönteni azt, hogy erre a pályára végre mindinkább kerüljenek a megbízható tudású és jellemű középosztálynak másutt el nem helyezhető elemei.

Ne a kerület, hanem az iskola ajánljon bábát és az iskolába pedig csak azokat lehessen felvenni, akiknek legalább négy elemi és lehetőleg négy polgári iskolának megfelelő képzettségük van.

Az iskolába való felvételnél előnyben részesüljenek az óvónők, tanítónők és hivataínoknők, kik önhibájukon kívül állásukat veszítették.

Azonban a bábánál nemcsak az elméleti, hanem a gyakorlati tudás is fontos, így tehát elengedhetetlen az a minimális követelmény, hogy a bábánövendék mindaddig oklevelet ne kapjon, amíg legalább tíz szülést önállóan nem vezetett, vagy még helyesebb, ha ezenfelül az egyévi iskoláztatás után, félévig nagyforgalmú szülőházban vagy klinikán köteles szolgálatot teljesíteni.

Klinikai, kórházi alkalmazásuk esetén, az onnan való kilépésük után, három évre kötelesek a bábák az ismétlőkursusban résztvenni.

A másodrendű bábaiskolák sürgősen eltörölnődök, ezek helyett is elsőrendű bábaiskolák nyitandók meg fokozatosan, a szükség és lehetőség szerint.

Tauf fer tanár javaslatához még a következő véleményt fűzi: ad 1. *AJ* Az anya- és csecsemővédelem első lépése ne a «Szülészeti Rendtartás», hanem az anya- és csecsemővédelem államosítása legyen. Anyavédelem törvény beiktatása előtt, annak összes orvosi vonatkozásait elsőrangú szakemberek határozzák meg. Elfogadja azonban a szülészeti kerületek sürgős felállítását, de a kerület központjaiba a szekszárdi kerületet óhajtanám felvenni Kaposvár és B.-Gyula helyett, mert ott állami bábaképzőiskola van, míg Kaposváron és B.-Gyulán jelenleg sem bábaképző, sem szülőház nincs. 2. A kerületi szülészfőorvosok az egyetemek szülészstanárai és bábaképzők igazgatói legyenek. Mindaddig, amíg a kórházak szülészeti osztályainak főorvosai nem szerepelnek a tanításban és ismétlőkursusok rendezésében, addig ezeknek kerületi szülészfőorvossá való kinevezése nem lehet jogos. Ad 3. Az utasítás okleveles bábák részére állandóan szakbizottság által ellenőriztessék és ennek javaslatai szükséghez mérten azonnal miniszteri rendelet alakjában lássanak napvilágot. A szakbizottság tagjai csak aktív szülész és bábatanárok lehessenek, a szakminisztérium vezetése alatt. A szülészeti jegyzőkönyvek rendszeres ellenőr-

zése minden hónapban nemcsak a hivatalos járás és megyei főorvoshoz, hanem azzal egyidejűleg a kerületi szülészfőorvosnak is megküldendők. A szülészeti jegyzőkönyvek ellenőrzésén kívül, gyakorlatban is ellenőrzendők a bábák, hogy ne csak papíron, hanem az életben is ellenőrzés alatt legyenek.

Ha a bábák fizetését, javadalmazását rendezik és a rendezésnek érvényt szereznek, csak akkor lehet szó a bábák létszámának kötöttségéről. Ha megkorlátozzák is a bábák számát, — aminek sürgős szükségét nem látom, — akkor ne a jó és legjobb elemek eltávolításával kezdjük a korlátozást, hanem a községek által ajánlott, úgynevezett falusi vagy hivatalos pártfogoltak kizárásával, ha azok nem megfelelő előképzettséggel bírnak. Olyan helyeken, ahol nincs elég szülés, de bábára mégis szükség van, a fizetés javításával, a létminimum megállapításával iparkodjunk a legjobb tudású bábák letelepedését biztosítani. Hiába állapítjuk meg azt, hogy hol van szükség még bábára és hol van veszélyes felesleg, evvel a korlátozással nem tudjuk a városokból s a nagyobb központokból a felesleget eltávolítani, legfeljebb akkor, ha kimondjuk azt is, hogy akinek két éve semmi prakszisa nem volt, az a bábafoglalkozást csak ismétlőkursus után kezdheti meg. Adott diplomát elvenni csak büntető esetekben lehet. Megállapítandónak vélném azt, hogy ahol a bábának évente tíz vagy tizenöt-nél kevesebb szülése van, ott hivatalos bábát ne alkalmazzanak. A fölösleget nem szüntetné meg numerus clausussal, hanem az olyan bába, aki két évig nem gyakorol, a bábajstromból vagy törlendő vagy gyakorlata csak újabb tanismétlőkursusban való részvétellel volna megengedhető. Még a kerületbe való beosztás esetén is megengedhető az, hogy az egyik kerületből a másikba szabad a bábának hívásra elmenni. Végül, peres esetekben, 40 pengőben állapítaná meg a szülés és gyermekágy ellátását. A kezeléseket, látogatásokat pedig esetenként négy pengőben, műtétnél való segédkezés minimuma ennek háromszorosában volna megállapítandó.

A hivatalos bábáknál mint minimum, havifizetés 120 pengőben és negyed-évenként ugyanannyi lakbérben volna megállapítható.

Elaggott (minden 65 éven felüli bába), munkaképtelen hivatalos bábák aggsági és rokkantsági ellátása a község, illetve az állam kötelessége olyan arányban, mint amilyen arányban az hivatalos állásoknál szokás. Ajánlja a Szülészeti Rendtartás és Szabályoknak törvénybe való iktatását úgy, mint az 1923. évben a németeknél történt. A törvényben úgy a bábák foglalkozására, mint elhelyeződésére, nevelésére, ismétlő tanfolyamok felállítására és az összes bábakérdésekre vonatkozó részletek megállapítandók.

3. Dr. Szappanos Mihály, városi tisztifőorvos: A bábahiány nagy szerepét vázolja a csecsemőpusztulásban. Tauf fer professzor látta meg és vette észre legelőször a veszedelmet és minden tudását annak a célnak a szolgálatába állította, hogy Magyarországnak minden legkisebb helyén ott legyen a tanult, helyét minden tekintetben megálló bába, segítségére a szülőnőnek, istápolására és gondozására a csecsemőnek, mindaddig, míg az anya megerősödik, a szükséges dolgokat megtanulja és kifogástalanul végzi tovább a tennivalókat, miknek meglétében a csecsemő élete biztonságban van, fejlőd-

dése pedig elkövetkezik abban a mértékben, ami a további életre, annak folytatására fontos és szükséges.

A sor azonban megváltozott, habár sok tekintetben a régi állapot maradt is meg. A régi nóta járja ma is, csecsemőhalandóság ma is nagy mint régen volt, a gyermektermés ellenben esztendőről-esztendőre fogy, mert az asszonyok nem akarnak anyák lenni. A kor szelleme nagyot változott. A régi időben az volt a szép, az volt a divat, hogy a családi nagy asztalt tekintélyes számú gyermek ülte körül; az volt az öröm, hogy a kenyér nem penészedett bele a hajába, mert fogyasztó volt a háznál sok; az volt az igazi boldogság, hogy gyermekcsacsogás képezte és adta a legszebb muzsikát és a gyermekek vidám nevetése volt forrása és pedig gazdag forrása az igazi öröme, boldogságnak és megelégedésnek. Ma ellenben egy gyermek cselleng a ház körül, sőt a legtöbbször egyetlen egy sem találkozik, mert az Isten áldása gyermekekben nem kell többé az embereknek.

Az oka a bajnak sok dologban keresendő és mégis található. Nemcsak a lélek elfásulása, rideg átalakulása játsza itt a főszerepet, de az anyagi vonatkozású dolgok is részt kérnek abból, hogy az emberiség a teljes kipusztulás veszedelme felé haladjon. És ebben a nemzetpusztító munkában azok vesznek részt, kiknek valamekkora tudásuk és szakértelmük van ahhoz, hogy beavatkozzanak annak a veszedelme nélkül, ami az anya életét is kockára teszi. Tekintélyes száma eme beavatkozásoknak, a bábák lelkiismeretét terheli. Néhány évtizeddel ezelőtt még kevés számmal voltak a szülésznők, újabban pedig túlzottan elszaporodtak és pedig főképp a városokban és más nagyobb emberfészkekben, úgyhogy az ekszisztenciájuk éppen a nagy számuk miatt került veszedelembe.

A kötött szám a bábáknál az első lépés a gyógyítás felé és emellett aztán még az államosítás következhet, ami minden téren különös nagy hasznot eredményezhet, ennél a dolognál pedig a legtöbbet érőt.

Állandó lakás biztosítása méginkább fennáll a külső területen, ahol a hozzájutás ehhez mindenkor nehéz volt, ma pedig szinte lehetetlen és örökös vándorlásra kényszeríti a szülésznőt. Hogy a helyhezkööttsége még erősebb legyen, az életsora pedig biztosabb, legalább egy magyar holdnyi terület adandó részére használatra, hivatali állásában maradásáig, hogy üres idejében ott foglalkozni tudjon és a háznál szükséges kisebb dolgokat megkaphassa. A munkája természetesen ingyenessé lenne teendő, nemcsak a teljes szegényekre, hanem azokra nézve is, kiknek kisebb vagyon áll a rendelkezésükre.

4. Dr. Ó r f f y L a j o s, a szekszárdi állami bábaképző-intézet igazgatótanára: Hogy mindaz a reménység, amit a Szülészeti Rendtartás bevezetéséhez fűzünk, valóra váljék, ahhoz — minden más részletkérdéstől eltekintve — három elengedhetetlen előfeltételre van szükség: 1. Az ellenőrzést gyakorló főorvosnak módjában kell lennie, hogy minden egyes szülésről és gyermekágyról tiszta képet alkothasson magának. 2. A bábaügy sürgősen rendezendő. 3. Mindent el kell követni, hogy az általános gyakorlatot folytató orvosok nagyobb szülészeti képzettséggel induljanak neki az életnek.

ad 1. Egységes szülési kórtörténet-blanketták nyomtatandók, hasonló a

klinikákon használtakhoz, természetesen jelentékenyen leegyszerűsített formában. Ezen blanketták kitöltését és a kórtörténet vezetését a bábák még növendék korukban a bábaképzőben tanulják meg. Ha a szülésnél orvos is szerepelt, ő is ide vezetné be, még pedig részletesen az esetleges műtét indikációit és lefolyását. A nyomtatványokat az állam az anyakönyvi hivatal útján díjmentesen bocsátaná a bábák rendelkezésére. Ha egy ilyen jól megszerkesztett nyomtatvány pontosan ki van töltve, akkor annak egyszerű áttekintése elegendő a hozzáértő számára ahhoz, hogy a lefolyt szülésről és gyermekágyról tiszta képet nyerjen és az esetleges műhibákat vagy vétkes mulasztást az orvos vagy bába részéről azonnal észre vegye.

ad 2. Mindent el kell követni, hogy a bábák kizárólag a mesterségükből gondtalanul megélhessenek. Ha a bábaság biztos kenyeret nyújt, úgy majd nagyon sokan azok közül, akik eddig az óvónői vagy tanítónői pályára mentek volna, most majd a bábaságot fogják élethivatásul választani. Legyen a bábatanfolyam 18 hónapos.

Egy 18 hónapos tanfolyam keretén belül a csecsemő védőnői teendőkkal is megismertethetnék a bábákat, s mivel most már a községtől magasabb fizetést élveznek, kötelezni lehetne őket ennek fejében a falu csecsemőinek rendszeres látogatására. Ez az újítás annál is inkább üdvös volna, mert pénzügyi okokból vajmi kevés remény van arra, hogy a Stefánia-Szövetség *A* közel jövőben működési körébe a falvakat is bevonhassa.

Tisztességtelen verseny elkerülése végett, a faluban ne legyen szabad a hatósági bábán kívül más bábának gyakorlatot folytatni. Így van ez pl. már régóta Poroszországban. A hatósági bábák száma úgyis úgy van meg szabva, hogy a község szülési eseteit könnyen el tudják látni.

Nehogy egy foglalkozás nélkül lézengő, a magzat-elhajtások szempontjából veszélyes bábaproletáriátus fejlődhessen ki, tekintetbe vévén az ország bábaszükségletét, minden bábaképző számára szigorú numerus clausus állapítandó meg.

Tekintettel arra, hogy a falusi parasztházakban nincsenek meg azok a felszerelési tárgyak, melyek pedig egy szülés kifogástalan levezetéséhez okvetlenül megkívánatnak, mint pl. ágytál, mosdótálak, gummilepedő stb., köteleztessék minden község, hogy annyi szülészeti vándorlándát szerezzen be, ahány községi szülésznője van. Mintául szolgálhatna a Stefánia-Szövetség által forgalomba hozott típus.

ad 3. Az univerzális praxist folytató orvosok szülészeti kiképzése jelenleg sok kívánni valót hági' hátra. Az egyetemről csak elméleti tudást hoznak magukkal, gyakorlati kiképzésük azonban természetesen hiányos. Mit ér az egész Szülészeti Rendtartás, ha valahol, messze minden szülő-intézet-től, a komplikált szüléshez hívott orvos, noha gyors cselekvésre volna szükség, tanácstalanul és tehetetlenül áll a vajúdo ágya mellett. Éppen ezért igen kívánatos volna, hogy a kötelező gyakorló év keretében a szüléset is négy hónappal szerepeljen. Persze gondoskodni kellene arról, hogy a gyakorló-éveseknek ezt a négy hónapot legyen is hol eltölteniök. Ez csak céltudatos kórházfejlesztő politikával érhető el, melynek során minden eddig már meglévő

kórház a jövőben egy önálló szülőosztállyal bővülne. Az osztályos főorvosok pedig köteleztessenek arra, hogy ne csak az úgynevezett cselédkönyvek aláírására szorítkozzanak, hanem a gyakorló-évesekkel adott esetek kapcsán, állandóan szemináriumszerűleg foglalkozzanak.

5. Dr. Pfeiffer Miklós, székesfővárosi tisztiorvos: Az előadó javaslatának alap gondolata vitán felül helyes, a kérdésnek javasolt rendezése azonban nem vinne közelebb a kívánt célhoz.

A Szülészeti Rendtartás keretében ugyanis nemcsak a bábauty rendezése elengedhetetlen követelmény, hanem a szaporodásnak úgy társadalom-élettani, mint biológiai összes feltételeit is tudományosan kell feldolgoznunk. E munka azonban aligha lesz a javaslat elgondolása szerint megbízandó, kerületi szülészfőorvosok által tökéletesen elvégezhető, kik akár mint klinikai vagy bábaképzői igazgatók, akár mint közkórházi osztályos főorvosok hivatalos munkával sok esetben amúgy is túlvannak terhelve. Ennek folytán az lenne kívánatos, hogy a preventív szociális higiéné eme típusos intézményét olyan szakképzett orvosok vezessék, akik, ha a magánygyakorlattól nem is, de a munkaerejük javarészt igénybevevő más, hivatalos elfoglaltság alól. lehetőleg mentésittessenek.

A tervezet szerint megbízandó kerületi szülészfőorvosok mellé olyan orvosi közegeket kellene rendelni, akik a szolgálat ellátásával járó kiszállásokra, más hatóságokkal való érintkezésre, az adminisztrációs munkára, az oktatásra, káros népszokások figyelemmel kísérésére és leküzdéséi fordíthatnák teljes munkaerejüket. («Full time» alkalmazás.) Ezeknek az alkalmazandó orvosoknak szakképzése, amely számukra a szükséges egészségügyi statisztikai gyakorlat és népesedés-politikai látkör megszerzését biztosítja, a tervezett *Társadalom Egészségügyi Intézet* feladata lenne. A kérdéssel összefüggő tudományos munka ugyancsak a tervezett intézet és az alkalmazandó orvosi kar közös feladatát képezné.

Előadói zárszó:

Nagyon rövidre foghatom válaszomat, mert ha ezzel a dologgal az ember évtizedeken keresztül foglalkozott, akkor már mindezek a detailok, amelyeket méltóztatott itt felemlíteni, keresztülmentek az ember eszének szűrőjén, mindezeket megismerte és mindezekkel szemben azt a sajnálkozó rezignációt kellett gyakorolnia, hogy tulajdonképpen nem haladunk a cél elérése felé.

Most a t. felszólalók egyeseihez fordulok. Teljesen aláírom azt, hogy igenis egy ankét tárgyalásaira van szükség, amely *Scipiades* tanár úr javaslata értelmében, az összes idevonatkozó kérdéseket felölelve, állítsa be szakszerűen az illető kérdést, amelyeket, nem bánom, nevezzünk ellenőrzésnek vagy rendtartásnak.

Ami *Lovrich* tanár úr felszólalását illeti, én egészen természetesnek találok, hogy az anya védelem kell, hogy tulajdonképpen kiindulási pontja legyen a dolognak. Hogy én éppen olyan szavakkal fejeztem ezt ki, amilyeneket mondtam, ebben lényegi különbség nincs, mikor én is azt mondom, hogy igenis, az anya- és csecsemővédelem kell, hogy az első lépés legyen. Ez ugyanaz.

Csakhogy *Lovrich* tanár úr azt mondta, hogy ezt foglaljuk törvénybe. Helyes, foglaljuk törvénybe. Ami pedig azt illeti, hogy a bábák megélhetési viszonyai olyan nyomorultak, hogy intelligens emberek nem vállalkoznak erre, ezen akarunk éppen segíteni. Azt akarjuk elérni, hogy az intézménynek magasabb szintjára való felemelése által kívánatosá tegyük azt azoknak az egyéneknek számára, akiket megnevezni méltóztatott.

Hogy én éppen Rendtartásnak nevezem ezt, az nem lényeges. Nevezhetjük akárhogy, csak közelítsük meg a célt és ne hagyjuk tovább is ennek évtizedes pangását.

Ne kicsinyeljük, Uraim, amit ezen a téren a most eltelt négy-öt évtized alatt mégis elértünk. Ezeknek az eredményeknek bizonyos sorozatát elmondtam. Mindezeknek van kihatása, az természetes, egy-egy szűkebb körben. Hogy csak egyet említsek, hova emelkedtek nálunk a bábaintézetek. Hiszen azok ma mind szülészeti, nőgyógyászati fókuszok. Sajnos, ezeket legnagyobb részben elveszítettük. De kétségtelen, hogy az ország egészségügyére végtelen nagy jelentőséggel voltak. Mikor azt mondtuk, hogy tizenkét jól felszerelt bábaképző-intézetünk van, akkor ennek az igénynek szempontjából valóban nagyon sokat tettünk.

Egy példát említettem, — talán nagyon röviden, — Hajdú megyét. Igaz, hogy ez csak 17 községgel dolgozik. De én annak a *Népegészségügyben* megjelent jelentésnek elolvasását minden tisztiorvosnak nagyon melegen ajánlom, ha nem olvasta volna, mert abban megláthatja, hogy mai, nagyon gyarló viszonyaink mellett is, mit lehet elérni. Én tisztelettel hajlok meg annak a megyének ténykedése előtt.

Hogy röviden összefoglaljam reflexiómat, igen helyes gondolatnak tartom, amit *Scipiades* tanár úr hangoztatott, üljön össze egy ankét, amely ezt a kérdést minden oldalról megvilágítja. Csak még egyet említek fel. Azt hiszem, hat esztendeje, mióta a hivatalos bába-tankönyv nem áll rendelkezésre a bába iskolában. Bár e tankönyv szerint kell, hogy tanítson a bábatanár, ez a könyv évek óta nem áll rendelkezésre. Ez az egyetlenegy tény mutatja, hogy mennyire szükséges az, hogy ez a kérdés végre megfelelő módon és úgy rendeztessék, hogy kivételven az ezerféle gyarló intézkedési körből, az állam központjába vitessék be, ahol egységesen, jó körültekintéssel és megfontolással intéztessenek az ügyek.

Elnök: dr. Verébely Tibor egyetemi ny. r. tanár.

A betegápolónők és a betegápolók kiképzése és szervezése.

Előadó: dr. Dollinger Gyula ny. egyetemi ny. r. tanár.

1. A betegápolás országos szervezésénél kiinduló pontul ajánlom venni az Orsz. Közegészségi Tanácsnak 1913 április 17-iki ülésén elfogadott és a Belügyminiszterhez felterjesztett elaborátumát, amely a legnagyobbbrészt női ápolónőknek egy éves tanfolyamokban való kiképzését célzó részletes tantervet is tartalmaz.

Ahol férfiapóllóra van szükség, mint pl. a tébolydák férfiosztályaiban,

ezek számára az illető szakmaszerinti változtatásokkal, a lényegben azonban a nőkéhez hasonló tanfolyamok szervezendők.

Figyelembe veendő továbbá az 1917. évi Népegészségügyi orsz. Nagygyűlésen általam előterjesztett memorandum, amely a referátumokat tartalmazó kötet 337—343-ik lapját alkotná, de a kötetből tévedésből kimaradt, utólag külön nyomtatott ki és osztatott szét.

2. Ezen memorandumomban a Közeg. Tanács által ajánlott ápolónők képzést egy vagy két évenként megismétlődő *továbbképző tanfolyamokkal ajánlom* kiegészítendőnek, amint azolfn; az általam vezetett klinikán éveken át a nyári hónapokban megtartattam.

E tanfolyamok részint az alapvető ismeretek megismétlésében, részint az újabb betegápolási fertőtlenítési stb. eljárások ismertetésében és begyakorlásában állanak.

3. Minden kórház ápolónői személyzete egy *magasabb kiképzést nyújtó tanfolyamot végzett főápolónő* vezetése alá helyezendő.

4. Az ország összes kórházaiban működő ápolónők egy *központi vezetés alá helyezendők*. Erre a vezetésre, úgyszintén az ápolónői és főápolónői tanfolyamok szervezésére, az egyes városokban, a kórházakkal kapcsolatos ápolónői internátusok felállításával és vezetésével, az ápolónői vizsgálatok megtartásával, a gyakorlatra jogosító bizonyítványok kiállításával a *Magyar Vöröskereszt-Egyesület Igazgatóságát ajánlom megbízni*.

5. *Átmenetileg* azon világi vagy egyházi ápolónők, akik eddig e minőségben működtek, ebbeli gyakorlatukat folytathatják s ismereteiket esetleg a fent ajánlott továbbképző tanfolyamokban tökéletesíthetik, de akár világi, akár egyházi új ápolónő csakis a hivatalos tanfolyam elvégzését és a vizsga sikeres letevését igazoló bizonyítvány alapján nevezhető ki.

6. *Az ápolónők és főápolónők fizetése és nyugalomdíjügye* akként rendeztesék, hogy a betegápolónői állást jó kvalifikációval rendelkező egyének is életpályának tekinthessék.

*

* *

A női ápolók jelenleg részletes, beható tanítás nélküli és minden fegyelem nélküli nők. Ezeket a kórházigazgatók, úgymint a cselédeket, kétheti felmondásra szokták felfogadni. Többnyire a félig-meddig kétségbeesett ekszisztenciákból rekrutálódnak és foglalkozásukat ideiglenesnek tekintik, hiszen az ápolónők jelenlegi állása olyan, hogy nyugdíjigénnyel nem is jár. tehát állandó ekszisztenciát, öregségükre pedig ellátást semmiképpen nem biztosít. Ezek a nők teljesen megbízhatatlanok, és mivel jövőjükéről kellő gondoskodás nincs, folyton azon gondolkoznak, nem találnak-e ápolónői állásuknál valami jobbat. Mihelyt ilyet találtak, otthagyják az ápolónői állást. Hogy ez az állapot, amely sok helyen még ma is megvan, teljesen tarthatatlan, azt bizonyítani nem szükséges.

A második csoportot alkotják az egyházi keretekbe tartozó ápolónők, akik között igen kiváló ápolónőket volt szerencsém megismerni. Sokáig dolgoztunk velük. A zárdai élet elzártsága az ő figyelmüket inkább odakoncentrálja

a beteg ápolására, anyagi gondjaik nincsenek, úgyhogy ezek igazán kiváló ápolónók voltak. Fájdalom azonban, ezeknek száma folyton csökken, úgyhogy amikor az én klinikámon szaporítani akartam az egyházi ápolónókat, — szürke nénék voltak, akikkel egyébként nagyon meg voltam elégedve, — ez teljesen lehetetlen volt. Nekik a klinikákról vissza kellett vonulniuk és lassanként visszavonulnak más kórházakból is. Úgyhogy éppen ápolószemélyzet, ilyen kórházi testvérek hiányában, nemsokára kénytelenek lesznek csupán a saját vezetésük alatt álló néhány kórházra szorítkozni, amilyen pl. az Erzsébet - kórház Budán.

A harmadik csoportot alkotják a kiképzett és egységes vezetés alatt álló fegyelmezett világi ápolónók. Ezek között vezetőszerpe van a vöröskeresztes ápolónői szervezetnek. A Vöröskereszt eddig, negyvenöt esztendő alatt, 1311 ápolónót képzett ki, akik közül a háború előtt 600-an működtek. Jelenleg, minthogy olyan országrészek veszték el, amelyeken nagy számban voltak alkalmazva, 200 egynéhányan vannak állandó működésben. A vöröskeresztes ápolónókra még lesz szerencsém visszatérni. A jelenlegi helyzet áttekintése előtt most foglalkozni kívánok röviden az ápolónók kiképzésével.

Ami a kiképzést illeti, eddig — mondom — a Vöröskereszt úgyszólván egyedül képzett világi ápolónókat. Képeztek ugyan egynéhányat a *Gondviselés* nevű ápolóképző-intézetben — amely, azt hiszem, most teljesen megszűnt — a háború előtt körülbelül ötven ápolónót, hiszen a háború előtt rövid ideig állott fenn ez az egyesület; ott voltak azután a pozsonyi diakonisszák, akik szintén egynéhány ápolónót képeztek ki és volt még egy izraelita-egyesület, amely szintén kiképezett kevés számú ápolónót. A világi kiképzett ápolónók számának legnagyobb részét a vöröskeresztes ápolónók alkották.

Ami az ápolónók tanítását illeti, 1913-ban foglalkozott az Országos Közegészségi Tanács az ápolóképzés kérdésével igen behatóan. *Weihardt* t. tagtárs úr volt szíves a referátumot akkor elvállalni. Ennek eredménye egy elaborátum, egy felterjesztés volt, amely az ápolóképzés összes részleteivel igen behatóan foglalkozott. Kiterjeszkedett az ápolónői állásra alkalmas egyének kiválasztási módozataira, kiterjeszkedett egy egészen részletes tervre, megállapította, hogy a porosz belügyminisztérium által kiváló szakférfiak közreműködésével megíratott tankönyv lesz a legalkalmasabb a magyar ápolónői kiképzés számára is, megállapította a vizsgálati rendszert, továbbá kiterjeszkedett az ápolónók fizetési, nyugdíjügyére stb.

Ez volt 1913-ban tavasszal. Még ugyanabban az esztendőben, szeptember havában egy beadvánnyal fordult a Vöröskereszt-Egyesület a belügyminisztériumhoz, ahová akkor az egész egészségügy kérdése tartozott és ajánlatot tett, hogy az Országos Közegészségi Tanács által kidolgozott program alapján hajlandó az ápolónóképzést országszerte elvállalni. Erre a belügyminiszter 1914 május havában válaszolt. Elfogadta a Vöröskereszt ajánlatát és felszólította, hogy fogjon hozzá a munkához, — ez májusban volt, — de július végével kitört a háború és így a Vöröskereszt nem volt abban a helyzetben, hogy ehhez az ápolónóképzéshez hozzáfogjon. Ehelyett még 1913-ban előkészített már a háborúra szerencsére ezer önkéntes ápolónót, a háború

alatt pedig tízezer önkéntes vöröskeresztes ápolónő lépett működésbe, akik a harctéren éppúgy, mint a mögöttes országrészben, igen nagy, áldásos tevékenységet fejtettek ki.

A háború alatt 1917-ben ugyanebben a teremben lefolyt nagy egészségügyi értekezleten volt szerencsém az ápolókérdésről részletesen referálni. 1921-ben pedig a Magyar Vöröskereszt-Egyesület egy beadvánnyal fordult a népjóléti és munkaügyi minisztériumhoz, amelyben újra sürgette az ápolónőképzés megkezdését. A minisztérium 1923-ban válaszolt erre a beadványra. Válaszában nagy elismeréssel nyilatkozik a Magyar Vöröskeresztnek az ápolónőképzés terén kifejtett eddigi tevékenységéről, ecseteli a szomorú helyzetet, amelyben ez a kérdés jelenleg áll és egyenesen felszólítja a Magyar Vöröskeresztet, hogy vegye fel újra az ápolónőképzést és erre vonatkozóan különböző, igen jelentékeny anyagi segítségeket helyez kilátásba.

Nevezetesen: először is decentralizálni óhajtja az ápolónőképzést és azt a különböző kórházakban és egyetemi klinikákon óhajtja végrehajtani, az ebből felmerülő költségek viselését pedig leiratában hajlandó elvállalni. Másodsor: megengedi a kórházaknak egy körlevélben, hogy az ápolónőképzés alkalmával létesítendő internátusok költségeit, az egész képzés körül felmerülő költségeket, a tanuló ápolónők élelmezésével, ruházkodásával stb. felmerülő költségeket bevehetik a kórház büdzséjébe és ezzel ennek keretében elszámolhatnak. Ezenkívül kilátásba helyezte, hogy lefordíttatja azt a bizonyos, az Országos Közegészségi Tanács által ajánlott tankönyvet — ami azóta különben meg is történt — és az ápolónőknek rendelkezésére bocsátja. Mindezekon kívül még — ha jól tudom — az annak idején a nemzetközi genfi Vöröskereszt által felajánlott jelentékeny pénzsegélyt — ami akkor, gondolom, 30 vagy 40 ezer svájci frankból állott — szintén felajánlotta erre a célra a Vöröskeresztnek.

Közben történt azután egy újabb fordulat. A Rockefeller-Alapítvány kezdett ugyanis érdeklődni a mi ápolónőképzésünk iránt és igen jelentékeny pénzbeli segítséget ajánlott fel erre a célra. Azonban — és itt van a lényeges fordulat — a Rockefeller-Alapítvány ajánlatával kapcsolatban felmerült az a kérdés, hogy ki végezze ezt az ápolóképzést. A Rockefeller-Alapítvány ugyanis semmiképpen nem hajlandó semmiféle privát egyesülettel érintkezésbe lépni és azzal a feltétellel ajánlotta fel azt a jelentékeny összeget évenkénti segély alakjában, ha az ápolóképzést maga az állam intézi, arra hivatkozva, hogy az alapítvány csak államokkal lép tárgyalásokba. Ez már most a miniszter leiratát és a leirat érvényesítését, végrehajtását problematikussá tette.

Minden elő van tehát készítve az ápolónőképzés megkezdésére. Megvan a program, megvan a tankönyv, megvan minden, csupán az a kérdés, ki csinálja tulajdonképpen az ápolónőképzést. Csinálja-e a miniszteri leirat értelmében a Vöröskereszt vagy pedig csinálja közvetlenül maga az állam? Ennek a kérdésnek eldöntésénél, azt hiszem, okvetlenül figyelembe kell venni a következő szempontokat.

Először is: a Rockefeller-Alapítvány tévedésben van, ha azt hiszi, hogy a Vöröskereszt magánegyesület. A Vöröskereszt nem magánegyesület, hanem

egy becikkelyezett törvény alapján keletkezett egyesülés, amelynek elnökét, úgyszintén főgondnokát választja ugyan az igazgatótanács, de az ő ténylegesítése az államfő jóváhagyásához van kötve. Ez tehát nem közönséges magánegyesület. Ez az egyik szempont, amely rendkívül fontos. A második az, hogy a Vöröskeresztnek begyakorlott tanítószemélyzete van erre a célra és egyáltalában az ápolónőkérdésben nagy múltja, a közönség körében pedig különösen az önkéntes ápolónők képzésének gyors és időszerű beállítása révén, bizonyos jelentékeny presztízse van a Vöröskereszt-Egyesületnek. Ezenkívül a Vöröskereszt-Egyesületnek még helyiségei is vannak. Három háza van, amely körülbelül 60 ilyen ápolónővendék számára férőhelyet nyújt. Ezek itt vannak Budán és az ápolónőképzés számára rendelkezésre bocsátatnának.

Azt hiszem, hogy azt a kérdést, hogy ki intézze tulajdonképpen az ápolóképzést, mindezek alapján nagyon kedvezően lehet megoldani. A Vöröskereszt mindenesetre belátja, hogy az állam ingerenciáját, különösen a mai viszonyok között, okvetlenül biztosítania kell. A Vöröskereszt mindenesetre hajlandó is lesz az ápolónőképzésbe úgy belemenni, hogy az állam ingerenciája teljes mértékben biztosítva legyen. Az állam befolyását a legnagyobb mértékben biztosítani kell és a Vöröskereszt az ápolónőképzést az állam hatóságai által felállítandó elvek szerint és állandó állami felügyelet alatt kell, hogy intézze. De — azt hiszem — az, hogy a Vöröskeresztől ezt az ő fennállásának lényegét alkotó ténykedést, az ápolónőképzést elvonják és ezt az egész nagy masinát, amely erre be van állítva, félretegyék, semmibe ne vegyék és mondjuk az állam oda újonnan beállított saját közegeivel csinálja az ápolónőképzést, azt gondolom, nem lenne helyes. Meg lehet találni az áthidalást a két ellentét között, úgyhogy az ápolónőképzés továbbra is meg fog maradni a Vöröskereszt kezében, természetesen az állami vezetés és az állam ingerenciájának biztosítása mellett.

Az én mandátumom idáig terjed. Nem terjed ki az egészségügyi testvérek képzésére és ezért ezzel nem foglalkozom, mert erre nézve igen t. referens-kollégámnak, Csiky professzornak előadását vette fel a programm.

Előadó: dr. C s i k y J ó z s e f egyetemi ny. r. tanár.

1. Az ápolónőképzésre nagy szükség van. A Vöröskereszt ápolónőképzése nem működik 1918 óta. 1921-ben a debreceni egyetem, 1924-ben a budapesti egyetem újra foglalkozik a képzéssel. Az ápolónő nevelés államosítása. Az oktatás, tanrend legyen egységes. Egységes diploma.

2. Központi szervezet a népjóléti minisztériumban a végzett ápolónők létszámát, elhelyezését és elhelyezési lehetőségét nyilvántartja. Elhelyezésnél előnyben részesítendőek a diplomás ápolónők.

1. Nyugdíjképesség. — Rokkantság kérdése.

3. Az ápolónőképzésre felhasználandók az egyetemek és mindazok a kórházak, amelyekben belül a tanrendben megállapított tantárgyaknak megfelelő osztályok vannak.

4. A két meglévő (debreceni, budapesti) iskola továbbfejlesztése és a többi iskola hasonló alapon való szervezése.

6. A tanítás két irányú. 1. Ápolónőképzés. 2. Egészségügyi testvérképzés. Továbbra is külön oktatás tárgya marad a bábaképzés. Mindkét képzés csak az első esztendőben közös, később az 1. csoport még egy évet tanul, a 2. csoport 1—2 esztendőt.

7. Az egészségügyi testvér alkalmazásának lehetőségei. Az egész országra kiterjedő központi szervezet alakítandó. Az ország egészségügyi kerületekre osztandó s fokozatosan egészségügyi testvérekkel ellátandó. Város, falu, tanya, ipari és földművesnép higiéniai szükségleteinek és viszonyainak javítása.

8. Az egészségügyi testvérek viszonya a hatóságokhoz, a községi és kerületi orvosokhoz.

9. A diszpanzerek, csecsemő és anyavédelem szolgálatában álló diszpanzerek bekapcsolása és felhasználása az egészségügyi testvérek kiképzésében. Lakás, általános iskolai, higiéniai előadások megszervezése ezen kereteken belül.

Engedjék meg, hogy röviden összefoglaljam mondanivalómat, annál is inkább, mert a mélyen t. előttem szóló előadó úr a lényegét, a történetét az enyémmek már előadta.

Mint méltóztatnak tudni, a magyarországi ápolásügynek vezetője a Vöröskereszt volt. A Vöröskereszt látta el ápolónőkkel mindazokat az állami intézeteket és klinikákat, amelyeknek szükségük volt ilyen ápolónőkre. Ez egészen jól ment mindaddig, amíg a Vöröskeresztben meg voltak a rendes ápolónői tanfolyamok. Ezek természetesen — mint hallottuk — a háború révén megszűntek. Másrészt a háború végével a rendelkezésre álló ápolónői anyag megcsökkent, részben azért is, hogy magában ebben a nagy hivatásban azok, akik a háború előtt működtek, megrokkantak, úgyhogy például Debrecenben az egyetemen szükséges ápolószámot összeszedni nem tudtuk. Ekkor jöttünk arra a gondolatra, hogy ott megpróbálunk egy ápolónői intézetet, tanfolyamot nyitni és kiképzünk magunknak ápolónőket.

Közbejött azután az a tény, amelyet szintén említett az előttem szóló előadó úr, hogy a Rockefeller-Alapítvány érdeklődött Magyarország ápolónői viszonya iránt és hosszú tárgyalás után arra a meggyőződésre jutott, hogy hajlandó lesz az igazgatóságnál kijárni, hogy Magyarország is részesüljön némi támogatásban e kérdés megoldására. Felvetett azonban egy másik kérdést is, amely már azelőtt is szóbeszéd tárgya volt Magyarországon. Ha mi a szociálhygiénének előtérbejutása révén egyéb kérdéseit is látjuk az ápolónői ügynek, akkor ennek az intézménynek előmunkálatai közé, amelynek megoldására Magyarországon eddig még alap nincs, ebbe a keretbe kellene beilleszteni a védőnői kérdést is. Ez, amint méltóztatnak tudni, ma az egész világon elfogadott intézmény és ennek éppen a szociálhygiéne igen sokat köszönhet.

Így indultak meg a tárgyalások. A Rockefeller-Alapítvány hajlandó volt — úgy, ahogy az előttem szóló előadó úr mondotta — az állammal együtt, az állam segítségével és támogatásával egy olyan intézetet létesíteni, amely

nemcsak ápolónőket képez, sőt erre nem is helyez nagy súlyt, hanem inkább a védőnők kiképzésére helyez nagyobb súlyt és ezt hajlandó támogatni.

Természetesen ahhoz, hogy valaki védőnő legyen és kellőképpen be is töltsen ezt a hivatást, nemcsak az szükséges, hogy a szociálhygiéne dolgában jártasságot szerezzen és erre nézve praktikus és teoretikus kiképzést nyerjen, hanem szükséges, hogy bizonyos előképzettsége is legyen. Ezért mi a kérdés megoldását úgy gondoljuk el, hogy mi az ápolónőképzést és a szociális védőnőképzést összefoglaljuk oly módon, hogy az ápolónőképzés mint sine qua non szerepelt a védőnőképzésben. Azt értem ezalatt, hogy a védőnői pályára és hivatásra csak az mehet, aki előzőleg ápolónőképzésben résztvett és azt abszolválta. Ez olyan természetes, hogy nem is kell nagyon magyarázni. Mert mit csinál a védőnő — ha nem ismeri az elemi szabályokat, amelyek vele járnak az ápolónői funkcióval — abban a családban, ahol beteg az anya vagy beteg a gyermek. Ha így odakerül, nem tudja őket támogatni a leg-egyszerűbb ápolási problémánál. Egy ágymegvetés, egy beöntés alkalmazása is problematikussá válik és nem tudja hivatását betölteni.

Ezért úgy próbáltuk ezt megcsinálni, hogy mindenki előzőleg végigcsinálja az ápolónői-tanfolyamot és azután — nemcsak a tudás, de a rátermettség alapján is — megtörténik a kiválasztás, hogy ki alkalmas a továbbfolytatására ennek a kiképzésnek, ki alkalmas a védőnői-tanfolyam elvégzésére.

Propozíciónk, amelyet minden részletében mindig a Vöröskereszt főnök asszonyával, Ibrányi Alice-al beszélünk meg, az, hogy csinálunk egy ápolónői tanfolyamot, amely két esztendeig tart. Két év leforgása után azután ezzel a diplomával folyamodik az illető a védőnői tanfolyamra, egy év alatt elvégzi azt is és így végleg alkalmassá válnék a védőnői alkalmazásra.

Ezzel szemben más oldalon az a propozíció merült fel, hogy talán kicsit sok egy védőnőnek, ha két évi ápolónői-tanfolyamot hallgat, tehát csak egy év legyen közös az ápolónői és védőnői-tanfolyamból és az első év után legyen bifurkáció, amely után a védőnő már speciálisan a védőnői hivatásra készül elő, viszont a többiek, akiket a kiválasztó-bizottság nem tart alkalmasnak, vagy akik magukban nem érznek hivatást védőnőségre, azok még egy esztendeig az ápolónői-tanfolyamot hallgatják és így összesen két év alatt végzik el az ápolónői-tanfolyamot.

Ez bizonyos szempontból megszívlelendő és el is fogadnám annyiban, hogy mindenesetre rendkívül nagy költségbe kerül az államnak, ha államköltségen két évig tanítjuk az ápolónőket és a védőnőket csak a harmadik év végén tudjuk kellőképpen beosztani. Ezért az a megállapodás fog most létrejönni, hogy az első év után, már a második évben egy olyan tantárgyakból álló tanfolyamot hallgatnak azok, akik védőnőnek alkalmasak vagy erre hivatott-ságot érznek, amely őket speciálisan a védőnői hivatásra képezi ki.

Az ápolónőképzés a védőnőképzéssel együtt és annak megoldása azonban Magyarországon olyan sürgető kérdés, hogy mindenesetre mindkettőre nagy súlyt kellene helyezni és az államnak mindkét kérdésével foglalkoznia kellene.

Az ápolónőképzés hiányát fokozottan látjuk mi, akik vidéken vagyunk és így a vidéki kórházakat is látjuk. Azt az anyagot, amely ott mint ápolónő

szerepel, igazán siralmas állapotban találjuk és semmiesetre sem találhatjuk megfelelőnek. Annyival inkább, mert most, ha a képzett orvos oda lemegy, hiába szeretné áldásos tevékenységét kifejezni, a kiképzett ápolónók hiánya miatt nagy baja, sok kellemetlensége van. Ezért az ápolónő-kiképzést is az államnak kellene megszerveznie. Úgy gondolnám, mindenesetre teljesen egységes, az egész országra kiterjedő szervezet alakjában kellene ezt a kérdést megoldani, hogy az ápolónók, akik megfelelő iskolákban kiképezetnének, állami kontroll alatt maradjanak, diplomát kapjanak a kurzus elvégzése után és állami alkalmazásban helyeztessenek el a különböző — eleinte mindenesetre állami — kórházakban. Később azután ellehetne helyezni őket a vármezei stb. kórházakban is.

Természetesen ennek a kérdésnek a pénz a punctum saliens. Pénz kell nemcsak a kiképzéshez, hanem ahhoz is, hogy végre egyszer az ápolónók megfelelő fizetést kapjanak. Azért a pénzért, amit ma az ápolónó a kórházban kap, nem lehet kívánni, hogy arravaló, megfelelő becsületes ápolószemélyzet jelentkezék. Csak a debreceni egyetemet veszem, ahol még ma is 340,000 K a havifizetésük. Ezért nem lehet kívánni, hogy egy jórravaló, képzett, az intelligencia magasabb fokán álló nő, szolgálatot teljesítsen.

A másik főkérdés, amelyet már az előttem szóló előadó úr is említett, az ápolónók nyugdíjkérdése. Amint láttuk, sok ápolónó hivatásának áldozata lesz azáltal, hogy kimerül, idejekorán megöregszik, már ötvenéves korában nem tud dolgozni és nem teszi meg azt a szívességet, hogy ötvenéves korában meghaljon. Ma úgy van, hogy ilyenkor egészen egyszerűen kimegy az utcára, vagyon hiányában egyáltalában nem tudja magát fenntartani. Ennek következtében már szolgálati ideje alatt törekszik olyan állást kapni, olyan elhelyezkedésre szert tenni, ahol jövőjét is biztosítja. Ezért állandó személyzetre nem is gondolhatunk mindaddig, amíg nincs elintézve az ápolónók rokkantságának, nyugdíjának kérdése.

Eddig ápolónőképzés itt Budapesten és Debrecenben van. Mindenesetre szükséges azonban, — tekintettel arra a nagy szükségletre, amely az országban mutatkozik ebben a tekintetben — hogy több ilyen iskola állíttassék fel. Erre nézve proposíciónk az, hogy fel lehetne használni elsősorban az egyetemeket, másodsorban azokat a nagyobb kórházakat, amelyeknek keretében a különböző osztályok mind megvannak, hogy az ápolónók kiképzése minden tárgyból lehetséges legyen. A kisebb kórházak egyelőre már csak azért sem használhatók fel, mert ha nincs például szülészeti-osztály, akkor ez a tárgy egészen kimarad és ebben az esetben csak részben képzett ápolónókról lehet szó, akik semmiesetre sem lehetnének egyenrangúak azokkal az ápolónókkal, akik teljes kurzust hallgattak, valamennyi tárggyal.

A végzett ápolónókat szervezetbe kellene tömöríteni, amely legcélszerűbben a népjóléti és munkaügyi minisztérium felügyelete alatt lehetne. Itt az ápolónók elhelyezése mindig regisztrálatnák, éppúgy a szükséglet is, úgyhogy a központ az állás nélküli kiképzett ápolónókat a szükséghez és a lehetőséghez képest kihelyezné a különböző kórházakba. A bifurkáció után következnek a védőnők kiképzése, illetőleg elhelyezése.

A védőnők szerepe az lenne a társadalomban, hogy kimennek az egyes kerületekbe, városokba, tanyákra, falvakba, ipari vállalatokba és ott a szociális higiéné alapelveinek próbálnak érvényt szerezni, amellet segítségére lennének annak a népnek, amelynek nincs meg az a képzettsége, hogy a kellő helyre tudna fordulni segélyért. A védőnőtől megtanulhatná a legegyszerűbb dolgokat és így azután önmagának és gyermekeinek egészségét jobban megtudná védeni, mint most. Ehhez arra lenne szükség, hogy a népjóléti miniszter úr az országot különböző egészségügyi kerületekre osztaná, amit talán lehetne összefüggésbe hozni a tiszti- és községi orvosok beosztásával és egyéb szociálhygiénes intézkedésekkel, amelyek talán ennek a kongresszusnak kapcsán is történni fognak. A kiképzett védőnők azután kerületenként ellenőriznék a szegény lakosságot. Itt megint a pénzkérdés fontos. Csak olyan fizetéssel lehet ezeket elhelyezni, hogy ne szoruljanak arra, hogy a beteget zsarolják és pénz elfogadása miatt az ember azt vélje, hogy a védőnő csak azért dolgozik, mert pénzt kap tőle. Megélhetésükben környezetüktől függetlenül kell őket tenni. Ha az állam ezt biztosítani tudná a községek és törvényhatóságok útján, amennyiben kötelességükké tenné, hogy ilyen állásokat szervezzenek, azt hiszem, ez nem okozna nagy nehézséget.

Én csináltam ilyen kísérletet más irányban is. Ezidén három hónapra kiküldtem egy földesúrhoz, Tisza Lajos grófhhoz, egy ilyen védőnőjelöltet. Arra kértem a földbirtokost, engedje meg, hogy a faluban, ahol az ő birtoka fekszik, tanyáján, Kocsordon, a védőnő körülnézzen a lakosság körében és segítségére legyen szociálhygiénes és egyéb tanácsokkal. Ez egészen jól sikerült. A gróf rendelkezésére bocsátott lakást, ételmezést, mindent, amire szüksége volt, ezenkívül biztosított neki egy kis fizetést is arra az időre és ezen az alapon ő egészen gondtalanul, teljesen dolgozónak élve, egész napját kinn töltötte a nép között. Végül olyan bejelentést tett, amelyből örömmel láttam, hogy egy nő ilyen rövid idő alatt megnyervén a lakosság bizalmát, elsősorban a háziasszony bizalmát, amire nagyon nagy szükség van, mennyi jót tudott tenni és mennyi jót tudott tenni csak azzal, hogy felhívta a községi orvos figyelmét arra, hogj^ ebben és ebben a családban kell valaminek lenni, itt betegség van, ami — minthogy az az ember különben nem megy orvoshoz — mindenesetre nagyon előnyös volt az illetőre.

Azt hiszem, a földbirtokosoknak lassanként szintén meg fog jönni a belátásuk az irányban, hogy ha ők ilyen szociális dolgokkal foglalkoznak, ha ilyen szociálisan képzett nőket eltartanak, akkor sokkal több hasznuk lesz gazdaságilag is, mintha nem teszik ezt, mert a lakosságnak munkaképességét növelik és a beteglétszámot csökkentik azzal, ha egj^ ilyen védőnő gondoskodik a lakosságról.

Még sokat szerettem volna ezekről a kérdésekről beszélni. Itt a legnagyobb nehézséget az okozza, hogy milyen viszonyba kerülnek ezek a hatósági orvosi személyzettel. Azt hiszem azonban, ezt a községi orvosok és járásorvosok államosítása szintén megoldja. Ma még erre pontos választ adni nem lehet.

Azt is ajánlanám, hogy a sok jótékonycélú intézményt, amely Buda-

pesten és vidéken van, mind vonjuk be a védőnők képzésbe. Itt van a Stefánia, itt vannak egyéb jótékony intézmények, ezeket mind vonjuk be ennek a célnak szolgálatába a védőnők képzés által. Minél többen lesznek, akik segítenek, minél kevesebb pénzt kell költeni és kevesebb anyagot felhasználni, annál könnyebben lesz keresztülvihető a miniszter úr szándéka.

Hozzászólások:

1. Dr. Gerlóczy Zsigmond, egyetemi tanár, szfőv. közkórházi igazgató-főorvos: Az ápolónői képzés megszerzése, már működésben levő ápolónők oktatása, helyesen és megnyugvást keltően csak intézményesen megszervezett tanfolyamok útján történhetik. A néhány hetes vagy hónapos tanfolyamokon hatósági ellenőrzés nélkül, az egyesület igazgató-főorvosától és a tanfolyam vezetőjétől, valamint egy laikus vizsgálóbizottsági tagtól aláírt «minősített oklevél»-nek különösebb értéke nem lehet. Ma egyedül a Magyar Vöröskereszt-Egyesület ápolónők képző tanfolyamának sikeres elvégzését tanúsító képzést lehet csupán megnyugvással elfogadni.

2. Simontsits Elemér, v. b. t.t., az Országos Vöröskereszt-Egyesület alelnöke: A Rockefeller-Alapítvány kilátásba helyezett anyagi támogatása nem lehet jogcím arra, hogy az ápolónő- és egészségvédő-képzés szabályozása tárgyában önálló rendelkezési jogunkat feladjuk. Ha a Rockefeller-Alapítvány képviselője nem nyerhető meg hazai jogfejlődésünk tiszteletben tartására, az ő támogatásának teljes mellőzésével, saját erőnkől és a saját eszközeinkkel kell a kérdés szabályozását végrehajtani.

A Magyar Vöröskereszt-Egyesület múltja és az ápolónő- és egészségvédő-képzés terén elért eredményei által magát arra kötelezettnek érezvén, a kérdésben elfoglalt álláspontját a népjóléti és munkaügyi minisztérium előtt részletesen kifejtette.

Akármit döntenek is a kérdés egyes részleteit illetően, az egészen kétségtelen: ennek a pályának a megfelelő szakszerű kiképzéssel legalább is egyenrangú alapkelléke a hivatásnak az a magasabbrendű felfogása, mely az egyént saját énjének háttérbeszorítására, a kötelességnek önfeláldozó teljesítésére és a pálya mindenekfelett álló céljának alávetett életelvek megtartására képessé teszi. Erre a pályára nevelni, szükség van egy olyan intézményre, mely maga is átlévén hatva a cél magasztosságától, a szociális eszmében rejlő kalóriát motorikus erővé alakítja át és a hivatásérzet fanatizmusaként viszi bele a lelkekbe. Egy olyan nevelés, amely a szociális célok szolgálatában meghozott áldozatokkal felékesített életet az emberi boldogságra való eljutás új ösvénye gyanánt tudja elfogadtatni. Erre a nevelésre csak olyan testület képes, melynek köztudatában a szociális eszme a vallásos kultusz erejével él, és amelynek a nemzet véres megpróbáltatásaival egybefonódott hagyományai és e hagyomány által irányított testületi szelleme a testület minden tagját áthatja annak a lobogó hitnek fenntartó erejével, hogy az önmagunkon kívül fekvő közérdekű célok szolgálata a legszebb emberi hivatás és hogy éppen napjainkban egyenesen ezeknek a céloknak önzetlen szolgálata tölti meg a legméltóbb tartalommal az egyén életét.

Ez a testület hazánkban a Magyar Vöröskereszt-Egylet nemzeti intézménye, amelynek e téren egyedülálló tapasztalatait, felkészültségét értékesíteni nemcsak az ügynek áll érdekében, de egyenesen a közérdek követelménye. Csupán az állam anyagi és szellemi és a Vöröskereszt pedagógiai és erkölcsi eszközei együttesen fogják előállítani az ápoló- és egészségvédőnek azt az ideális típusát, amely a pálya követelményeinek, az egészségvédő esetében pedig különösen a nemzet életbevágó érdekeinek a legjobban megfelel.

3. Dr. W e n h a r d t János, a székesfőváros közkórházainak főigazgatója: Amikor tegnap *Dollinger* ömértóságának syllabusát elolvastam, meglepődtem, hogy az *ápolóképzés* kiinduláspontjául az Országos Közegészségi Tanács 1913-iki javaslatát ajánlja. Most, az előadás után, rájöttem, hogy itt egy kis történelmi tévedésről van szó. Ugyanis az Országos Közegészségi Tanács 1913-ban tényleg készített és a kormányhoz fölterjesztett egy az ápolóképzésre vonatkozó javaslatot, ez azonban sokfelé olyan kedvezőtlen fogadtatásban részesült, hogy a kormány 1921-ben ugyancsak az Országos Közegészségi Tanácsot szólította föl az ápolóképzésre vonatkozó újabb javaslat kidolgozására. Az Országos Közegészségi Tanács e kívánalomnak sűrűn eleget tett. Az e célból kiküldött albizottság, melynek referense én voltam, *Dollinger* ömértóságának hathatós és tevékeny közreműködésével, az ülések egész sorozatában új javaslatot dolgozott ki, amelyet az Országos Közegészségi Tanács plénuma egyhangúlag elfogadott és a m. kir. népjóléti és munkaügyi minisztériumhoz fölterjesztett. Ha tehát a kérdésben ma az Országos Közegészségi Tanácsra hivatkozás történik, akkor az csakis a Tanács legutolsó, vagyis 1921-iki javaslata alapján történhetik, mert bármely kérdésben a Tanácsnak csakis az arra vonatkozó legutolsó véleménynyilvánítása tekinthető a végső állásfoglalásának.

Nem tartom elfogadhatónak a Magyar Vöröskereszt-Egyletnek az előadó úr is pártolta azon ajánlkozását, amely szerint bizonyos állami anyagi ellenszolgáltatások fejében hajlandó az összes kórházait ápolónőkkel ellátni és ezeket állandóan egységes szellemi vezetés alatt tartani. Nem tartom szerencsés megoldásnak, hogy az egész ország ápolóképzése és az egész ország összes ápolónőinek vezetése, ellenőrzése magánegyesületnek adassék át. Akárhogyan magyaráztassék is, a Vöröskereszt-Egylet mégis csak magánegyesület. És vájjon ki fogja képezni és ellenőrizni a férfi ápolókat? Az állam és a kórházak közé beékelt valamely újabb intézmény? Bizonyára a legtöbb kórházfenntartó, mely nagy áldozatokkal ápolóképző tanfolyamot rendez, nem óhajt különösen valamely nem magaválasztotta magánegyesülettel együttműködni. És ha az állam a költségekhez hozzájárul, mint az kilátásba helyeztetett, azt minden kórházfenntartó direkt az államtól kéri, nem pedig közvetett úton. Az egyenes út a legrövidebb út. De nem kívánatos az ily albérletbeadás sem az állam, sem a kórházak tekintélye szempontjából. Különb is minden adminisztrációnak egyik alapelve a dörzsölő felszínnek előre való kiküszöbölése. Már pedig egészen fölösleges dörzsölő fölszínnek tartom, ha az állam és a kórházak közé egy harmadik nélkülözhető szerv bekapcsolatik. Az egyöntetűséget maga az állam vigye be az ápolóképző tanfolyamokba, amelyek állami betegápolói

oklevelet kiadni jogosítottak, az állam jelölje ki a tananyagot, mint azt egy világhírű standard betegápoló tankönyv lefordításával meg is tette, az állami működjük közre az ápolónövendékek sorozásánál, hogy a törvény vagy rendelet követelményei betartassanak, az állam vegyen részt a képesítő vizsgálatokon, hogy azokon lehetőleg egyenlő mértékkel mérjenek, az állam jelölje ki azokat a kórházakat, amelyek ápolóképző tanfolyam tartására alkalmasak, — úgy tudom, hogy a törvénytervezet szerint ezek azok, amelyek gyakorlati-éves orvosok fölvételére jogosítottak, — végül az állam szubvencionálja azokat^ de a tanfolyamokat az *állam ellenőrzése mellett* tartásuk maguk a kórházak. Ez az eljárás egészséges versenyt is fog kiváltani. Az oly kórház, amely a részletesen kidolgozott törvény vagy rendelet, a részletes utasítás és tanterv, végül a rendelkezésre bocsátott kitűnő tankönyv alapján ápolóképző-tanfolyamot *maga* bármely okból nem tud tartani, az nem is alkalmas arra.

A székesfőváros úgy a betegápolóképző-tanfolyam, mint a képesített betegápolók kérdését, azt hiszem, fényesen megoldotta. A törvénytervezet szellemében egy betegápolóképző-tanfolyam a Szent Rókus központi köz-kórházban már megindult, egy másik rövid időn belül a Szent István köz-kórházban fog megnyílni és reméljük, hogy a jövő évben egy harmadik az Új Szent János közkórházban fogja kezdetét venni. A székesfőváros tanácsa határozatot hozott, mely szerint minden ápolótanuló lakást, fűtést és világítást természetben, ahol ez nem lehetséges, váltságul havi 500,000 korona lakáspénzt, továbbá ingyen teljes ellátást, szolgálati és védőruhát, ezeknek mosását, oktatást és az első évben havi 400,000, a másodikban pedig havi 500,000 korona zsebpénzt kap. Ha a kétéves kurzus befejezése után a képesítővizsgát sikeresen letette, három esztendei próbaszolgálatra alkalmazzák, amely alatt a föntiekén kívül, zsebpénz helyett 50 %-al több fizetést kap, mint a tanfolyamot nem végzett ápolónók. Ha az öt év után alkalmasnak bizonyul, *hivatalnoki fizetési osztályba* sorozva alkalmazzák az összes megfelelő illetményekkel, tehát nemcsak a szolgálati ideje alatt kap illetményeket, hanem betegség, rokkantság, aggság esetére is, vagyis nyugdíjképeséggel alkalmazzák, amelybe az első öt évet is beleszámítják. Nem hiszem, hogy egyhamar lehetne találni helyet, ahol betegápoló-tanítás és alkalmazás ily bőkezű volna. A székesfőváros ezen nagylelkű elhatározásával a betegápolást tisztes-séges megélhetési pályává tette, hivatalnoki osztályba való besorozással pedig tekintélyt is adott neki.

4. Dr. M a n n i n g e r V i l m o s, egyetemi m. tanár, közkórházi főorvos: *Nem.* akarja az értekezletet részletkérdésekkel foglalkoztatni, hanem utal azokra a tárgyalásokra, ankétekre és az ezekből folyó beadványokra, amelyeket a Magyar Sebészársaság 1907 óta többszöri megszakításokkal folytatott és amelyek oly megoldási módokat hoztak a felszínre, amelyek az államkincstár lényegesebb megterhelése nélkül két-három év alatt teljes megoldást jelentének.

A fontos pontok, amelyek e tárgyalásokból leszűrődtek, a következők:

1. Mindazok az ápolók, — akár szerzetesrendhez tartoznak, akár világiak, — akik hosszú idő óta (a propozíció alapja 20 év volt) foglalkoznak ápo-

lással, a vizsga alól fölmentendők. A kórház vezetőjének javaslatára nekik a képesítő okmány külön vizsga nélkül kiadandó.

2. A jelenleg ápolással foglalkozók — hacsak nem szereztek meg valamely ápolóiskolának (Vöröskereszt, Gondviselés) diplomáját, — kötelesek három éven belül vizsgát tenni, amelynek sikeres letétele után kapják meg ápolói képesítésüket.

3. E vizsga letételének könnyítésére egységes tankönyves tanterv alapján minden kórház, — illetve klinika, — mely a szükséges tanerőkkel és taneszközökkel rendelkezik, köteles évenként egy elméleti és gyakorlati kurzust tartani.

4. A vizsgát a népjóléti és munkaügyi minisztérium kiküldött kormánybiztosa jelenlétében, azon kórházakban tartják meg, amelyek a kurzusok tartására felhatalmazást kaptak. A vizsgát súlypontja a gyakorlati képzettségnek kipuhatolása

5. Azon ápolónők, akik e hároméves terminus idejében nincsenek oly kórházak kötelékében, ahol ily kurzusok folynak, a vizsgálatra jelentkezhetnek, ha igazolni tudják, hogy valamely nyilvános jellegű kórházban vagy klinikán legalább kétévig gyakorlatilag foglalkoztak ápolással. A vizsgát a körletükhöz tartozó legközelebbi kórházban tehetik le. Alkalom adandó azonban azoknak, akik ismereteiket a vizsga előtt bővíteni akarják, hogy a kórházakban tartandó elméleti és gyakorlati kurzusokon díjmentesen résztvehessenek.

6. E tervet lehetővé teszi, hogy a jelenleg ápolással foglalkozók kenyéreskeresetükben megmaradhatnak, nagyszámú és külön ápolóképző-iskolák fölállítását egyelőre fölöslegessé teszi. Az államot csakis a kurzust tartó intézetek személyi és anyagi (tanszerek) kiadása terhelné, ami elenyészően csekély összeget jelent ahhoz a mérhetetlen haszonhoz képest, amit az ápolókérdés országos megszervezése a közegészségügyre jelent.

Ezen alapvető első lépés után volnának megvalósítandók azok a javaslatok, amelyeket a referens urak oly nagy körültekintéssel kidolgoztak. Az ideális ápolóképzés első alapfeltétele, hogy a nagy anyagi és erkölcsi tőkét fölemésztő tanulási időt az állam a diploma védelmével kompenzálja, a tanulatlan elemek meg nem engedhető konkurrenciájának kizárásával és büntetésével (analogonja a kurzuslásról szóló törvénynek).

A másik lényeges pont az ápolók szociális viszonyainak törvényhozás útján való rendezése. Ide tartoznak a betegség és baleset ellen való biztosításon kívül a rokkantsági biztosítás és a nyugdíjkérdés rendezése, ide az ápolók lakáskérdésének oly módon való biztosítása, hogy minden újabb kórházépítésénél vagy bővítésénél az építési engedély megadása kellő számú ápolószoba (külön szoba) megépítéséhez legyen kötve. Nagyobb nehézséggel jár a már meglévő kórházakban az ápolók számára megfelelő lakószobáknak beállítása a mai nehéz gazdasági viszonyok mellett. E kérdés radikális megoldása nélkül azonban kilátástalan annak a régen kifejezett kívánságnak teljesevé, hogy — ahogyan az nyugati államokban és főleg Amerikában régen meg van oldva — jobb minőségű, képzettség emberanyag nyereség

meg az ápolás felelősségteljes munkájának. Egészséges, derült, nyugalmas lakás nélkül, amely a testi és lelki pihenést biztosítja, sohasem fogunk e nehéz pályára jobb minőségű emberanyagot megnevelni.

5. Dr. Parassin József, a székesfőváros tüdőbeteggondozó-intézeti-nek igazgató-főorvosa: A szociális egészségügy legfontosabb ága a praeventív embervédelem. Ennek az iránynak domináló szerepe nem vitás többé s a gyógyító orvostudomány egyéneken keresztül érződő hatásai mellett kibontakoznak az elhárító orvostudomány tömegek jólétét biztosító hatásai. Amott a gyógyító orvos mellett, ott látjuk a *betegápoló-nővért*, itt az *egészségvédő-nővér* munkássága bontakozott ki a szociális egészség-gondozások különböző ágaiban.

Az orvosnak mindkettőre szüksége van, s a maga helyén mindkettő rendkívül fontos tényező. A szakképzettség kifogástalansága egyforma követelmény mindkettőnél. Ámde a kettő működése tökéletesen elütő. A *betegápoló-nővér* csak az egyént látja, annak gyógyítása körüli tevékenység köti le s e tevékenység szigorú orvosi előírások alapján mozog, messzebbre ható intézkedésekre önállósága nem lehet, *iniciatívája nincs*. Ezzel szemben az *egészségvédő-nővér* a betegen keresztül a környezeti és társadalmi vonatkozásokat látja és tevékenysége, a konkrét esetből kiindulva, szerteágazó, amelyben saját szaktudása alapján *kezdeményező* feladatai vannak. Ezért hivatása feltétlenül magasabb intellektust és olyan készséget igényel, mely őt bármikor képesíti arra, hogy konkrét esetből kiindulva oktasson, intézkedjék, neveljen s a beteg körül is tanácsokkal lásson el.

Látom, hogy a szakképzett betegápoló-nővérek a speciális gondozási ágakban, még utólagos továbbképzés mellett sem tökéletesen rendelkeznek azokkal a képességekkel, amelyek nekik lehetőségeket adnának ismereteik olyan terjesztésére, melyet prophylaktikus oktató, nevelő tevékenységnek nevezünk, ezek nem igen válnak a praeventív embervédelem tanárnővé.

A védőnők kiképzésében a nagyobb súlyt nem a betegápolás gyakorlati ismereteinek megszerzésére, hanem az általános bonctani, élettani, kórtani és betegápolási ismereteken túl, a szociális egészségügy minden vonatkozására kell helyezni. Viszont a kiképzendő egészségvédő-nővérek kiválogatásában feltétlenül magasabb előképzettség követelendő és nézetem szerint az óvó-és tanítónői pályára elkészültek s ezekkel hasonló értelmi színvonalon állók közül kell a jövő egészségvédő-nővéreit kiválogatni.

Az egészségvédő-nővérek ilyen alapon mozgó kiképzését azonban a legsürgősebben szervezze meg az állam és nem valami egyesület. Ez annyira fontos terület ma már, mint az orvosképzés. A szociális gondozás egész szervezete a jól képzett gondozó-nővéri karon nyugszik, mely nagyobb városokban szükség-szerűen specializálódni fog (mint az orvosi munka is), kisebb községekben és falvakban pedig univerzális munkakör marad. S ha nálunk is, másutt is a gondozási ágakban kifogásolni való munkásságot látunk, a hiba forrását a gondozó-nővéri intézmény szervezetlenségében, a kiképzés fogyatékosságában fogjuk megtalálni.

6. Dr. Verzár Frigyes, egyet. ny. r. tanár: Kívánatos, hogy az

ápolónői iskolákkal kapcsolatban *laboránsnak* is képeztessenek. Ezeknek is egy- és kétéves kiképzés adható. Szövetteni, vegyi, bakteriológiai, azonkívül gép- és gyorsírói kiképzést, könyvvezetést, esetleg Röntgen-methodikát tanulnának. Azt ajánlja, hogy a budapesti és debreceni ápolónői kurzuson néhány, pl. három-három hely fenntartandó e laboránsnők kiképzésére. Nem szükséges, hogy ezek ápolónői-kiképzést is kapjanak. Viszont nagyon kívánatos, hogy ezen iskolák komoly szellemében nevelkedjenek és ezeknek fegyelmezett szervezetéhez tartozzanak, tekintettel felelősségteljes munkájukra (pl. bakteriológiai vagy Röntgen laboratóriumban!). Elhelyezésükre kórházakban és klinikákon bőven lesz alkalom. Mindenfélől megnyilvánul a kívánság ilyen képzett, művelt laboránsnők után.

7. Dr. Sz i n n y e i J ó z s e f, közkórházi igazgató: Az ország összes kórházaiban működő ápolónőknak egy központi vezetés alá való helyezését aggályosnak tartja. Ez feltétlenül status in statu állapot kifejlődéséhez vezet, ami a helyes kórházigazgatással semmiképpen össze nem egyeztethető. Úgy a kórházaknak, mint az ország egész betegközönségének minél hamarább, minél több és minél jobban képzett ápolónőkre van szüksége. E hármas postulátumnak egy központi szerv nem tud megfelelni, mert ha van is megfelelő internátusa, tanító eszközei stb., valamennyi ápolónő növendékét gyakorlatra úgy sem helyezheti el egy, arra kijelölt kórházba, viszont olyan kórház sincsen, amelyben az ápolás minden ágát minden ápolónő el tudná sajátítani. Ennélfogva az ápolónő-képzést decentralizálni kell és az ország arra alkalmas kórházaiban, vagyis olyan kórházakban, melyekben az eredményes tanításnak minden előfeltétele megvan, önálló kiképző kurzusokat kell rendezni. Ámde az lehetetlen, hogy ezekben a kurzusokban résztvevő ápolónők — éppúgy, mint a már kiképzett és alkalmazott ápolónők sem — egy más szerv, egy más intézmény kötelékébe tartozzanak akár fegyelmi, akár beosztási, akár fizetési vagy más szempontból, mert ez az állapot előbb-utóbb, de feltétlenül az említett status in statu állapot kifejlődésére vezet, minek áldatlanságáról nem szükséges szólnom. A kórházban csak egy felfogás: az igazgató felfogása és csak egy akarat: az igazgató akarata lehet irányadó. Viszont egyik ápolónő sem szolgálhat két gazdát egyszerre. Másrészről a kórház-igazgatók semmiféle idegen szerv befolyását, irányító iparkodását kötelezőnek el nem ismerhetik, sőt meg sem engedhetik, miután felelőséggel és engedelmisséggel csak felettes hatóságaiknak tartoznak. Majdan, 9/11. elkövetkezendő közegészségügyi államosítás során, elképzelhető egy központi állami szerv az ápolónők kiképzésére, akkor, ha már csak a természetes pótlások kiképzéséről lesz szó, tehát a tulajdonképpeni utánpótlásról. Egyelőre a kiképzés feladatát kell sürgősen megoldani s erre csak a decentralizált, önálló kurzusok formájában való kiképzést tartja megvalósítandónak.

8. Dr. Ó v á r i P a p p G á b o r, közkórházi igazgató: A betegápolók minősége kiválóan érdeklő a kórházakat s éppen ezért a vidéki kórházak koronkénti együttes tanácskozásain ismételten beható megvitatás tárgya volt ez ügy, egyrészt az ápolói szolgálatra vállalkozó személyek, másrészt kiképzésük szempontjából. S már 1908-ban egyik tanácskozmányokból, *Róna*

indítványára, feliratot intéztek a kórházigazgatók a belügyminisztériumhoz azíránt, hogy egyes nagyobb, erre alkalmas kórházakban alkalmas jelentkezők számára ápolói-tanfolyamokat tarthassanak; az így kiképzett ápolókat az illető kórház nyilvántartsa s belőlük saját magát és a szomszéd kórházakat szükség szerint elláthassa.

Az ápolóképzést tárgyalta az 1911. évi 169,630. sz. belügyminiszteri leirat is, a továbbfejlődést azonban a háború megakasztotta. De éppen a háború kezdetén és tartama alatt történt, hogy egyes nagyobb vidéki kórházak az intelligens önkéntes vöröskeresztes ápolónók nagy számát képezték ki igen sikeresen.

Hogy a kórházak ily sikerrel képezték ki nagyszámú ápolónókat, e körülmény feljogosít azon reményre, hogy az ápolóképzés nyugodtan volna rájuk bízható. Az ápolóképzés ügyével a vidéki kórházak 1916-ban újra foglalkoztak, az 1917-iki népegészségügyi nagygyűlésen pedig a kórházügy előadója, dr. *Grósz Emil* egyetemi tanár is tárgyalta e kérdést, hasonlóan dr. *Petz Lajos*, ki külön nyomtatásban adta ki hozzászólását. Behatóan tárgyalta az ügyet az Országos Közegészségügyi Tanács is.

A vidéki kórházak 1924 szeptemberben egyebek között újra elővették az ápolóképzés ügyét is és dr. *Frind József* indítványára egyelőre az elmeosztályi ápolók érdekében feliratot intéztek a népjóléti és munkaügyi minisztériumhoz, melyben az elmeosztályi ápolóknak a Lipótmezőn történendő központi kiképzés mellett, külön fizetési státust, biztosított megélhetést, kellő előlépést, nyugdíj-jogosultságot kértek. A felíratra 1925. évi 5339. sz. alatt kaptak választ, mely szerint mind az elmeosztályi, mind más kiképzett ápolók tartós munkaképtelenség, időelőtti megrokkulás, aggság esetére a készülő általános aggkori és rokkantsági törvényben fognak biztosíthatni.

Természetesen igen fontos ezen biztosítás mértéke is, s még előbb szükséges, hogy ez ápolók szolgálatuk ideje alatt jó lakást, kellő szolgálati beosztást, kielégítő élelmezést és fizetést kapjanak, mert csak így remélhető, hogy az ápolói-tanfolyamokra, az ápolói pályára kellő intelligenciával és tanultsággal bíró, testileg, szellemileg és erkölcsileg alkalmas egyének jöjjenek. Ha ezek azután hivatásuk gyakorlására kellő kiképzést kapnak, akkor igazán lesznek jó ápolóink, ami olyannyira szükséges a betegek érdekében, de segítségére lesz az orvosi működésnek is.

9. Dr. Soós Aladár, egyetemi m.-tanár: A belgyógyászati therapia eljárásai csekély kivétellel vagy a gyógyszeres, vagy a fizikai, vagy a diétás gyógmódok közé sorozhatók be. Amíg az első két csoporthoz tartozó kezeléseknél a gyógyszereszek és fürdőmesterek, szóval szakképzett és felelős segéd-erők állnak az orvos rendelkezésére, addig az étrend szabályozására vonatkozó utasításait laikusokra, a háziasszonyra vagy szakácsnőre kénytelen bízni. Ez hozta magával azt, hogy a diétetika, mint gyógyító eljárás, mindinkább intézetekbe, szanatóriumokba, klinikákba és kórházakba vonult vissza. A diétás kezelésre szoruló betegek baja azonban rendesen sokkal tovább tart, mint amennyi időt intézetekben tölthetnek. Ennek a gyakorlatban az a következménye, hogy életük aránylag rövid, célszerűen eltöltött és hosszas

olyan időszakok váltakozása közben telik el, amelyek alatt többé-kevésbé tetszésük szerint élnek és hibát hibára halmoznak. A diétetika igazán hathatós eredményeket csak akkor fog tudni felmutatni, hogyha meglesz a lehetősége annak, hogy a diétás kezelésre utalt betegek saját háztartásukban is megkaphassák az orvos által nekik rendelt étrendeket.

A magánháztartásokban ez csakis olyan módon vihető keresztül, hogyha a beteg mellé az orvos oly ápolónőt rendelhet, aki diétetikai elméleti ismeretekkel bír és megfelelő diétás konyhatechnikai készséggel bír ahhoz, hogy a sémásan megadott orvosi előírást, a beteg körülményeihez, betegségének változásaihoz és egyéni ízléséhez mérten módosítsa. Észak-Amerikában erre a célra igen jól képzett ápolónőket alkalmaznak, akiket elhelyező intézetük különleges kívánságra házakhoz küld ki és akik nemcsak a betegápoláshoz, hanem étrendek elkészítéséhez és összeállításához is értenek.

Szükségesnek tartja, hogy a hivatásos ápolónők diétás konyhatechnikai kiképzést, amely nemcsak a diétás kezeléseket tenné szélesebb körben alkalmazhatóvá és ezáltal hatásosabbá, hanem az ápolónők részére is újabb munkakört és így jelentősebben nagyobb kereseti lehetőségeket biztosíthatna.

Előadói zárószó:

Dr. Dollinger Gyula: Bátor vagyok a t. értekezlet becses figyelmét felhívni arra a körülményre, hogy amidőn felszólaltam, az elnök úr szíves volt figyelmeztetni az idő előrehaladottságára és azért előadásomból sok mindenfélét kihagytam, amit különben elmondtam volna.

Ezek közé tartozott az, amit *Manninger* t. kolléga itt felemlített, ami egyes részletekre vonatkozik, nevezetesen az átmeneti időre. Az átmeneti időszakra vonatkozóan abban a bizonyos Országos Közegészségi Tanácsi elaborátumban egészen részletesen megvannak az intézkedések.

Ami *Wenhardt* t. tagtárs úr felszólalását illeti, én bátor voltam az ő nevét felemlíteni. Igenis, együtt dolgoztunk akkor, csupán az évszámot hibáztam el. 1913-ban ugyanis nem *Wenhardt* tagtárs úr, hanem *Magyarevits*, a régi budapesti tisztifőorvos készített egy elaborátumot. Tényleg később volt azután az, amikor a Közegészségi Tanácsban *Wenhardt* tagtárs úr volt szíves olyan nagy elaborátumokat előkészíteni. Ezt a későbbit, a *Wenhardt*-féle elaborátumot tartom tulajdonképpen mérvadónak. Ebben tökéletesen megegyezünk.

Ami az ápolónők nevelését illeti, én nagy súlyt fektetek arra, hogy már a kiválasztásnál arra ügyeljünk, hogy olyan elemeket vegyünk be az ápolónői karba, amelyek alkalmasak arra, hogy belőlük valamit neveljünk. Erre éppen a mai időt tartom a legalkalmasabbnak. A háború t. i. megnyitotta a mi hölgytársadalmunk számára a kórházakat. Minden úrihölgy bejárt a kórházakba valamilyen címen vagy sebesült ismerőséhez vagy mint önkéntes ápolónő, úgyhogy megszűnt a közönségnek az az iszonya a kórházaktól, amely azelőtt megvolt. És miután most a mi középosztályunk ennyire leromlott, azt hiszem, megszűnven ez a kórháziszony, a középosztályból igen jó nevelésben részesült elemeket fogunk kapni. Olyanokat, akiknek meg-

van a jó házinevelésük — hiszen egy-két év alatt nevelni valakit úgysem lehet — és akik az ő jó házinevelésükön alapuló lelkületükben magukkal hozzák azt a kincset, amelyre tulajdonképpen szükségünk van. Akiben ez nincs meg, amikor felvesszük, abba azt belehozni többé nem is lehet.

Fontos dolog továbbá, — amit szintén kihagytam, — hogy ez az egész kiképzés internátusokban történjék. Fontos dolog, hogy minden ilyen internátus élén egy magasabb kiképzésben részesült főápolónő álljon, akik közül a Vöröskereszt eddig 48-at képzett ki, köztük 12-t külföldön. Az utóbbiak közül ketten emellett Magyarországnak nagy dicsőséget szereztek, amennyiben a világ minden részéből összesereglett ápolónők közül, legelsőek voltak és a vizsgát a legkitünőbbben tették le. Természetes továbbá, hogy minden kórházba egy ilyen főápolónőt kell beállítani, aki nemcsak tudásával, hanem lelki irányításával is fenn tudja tartani az ápolónői karban azt a hangulatot, amelyre ott szükség van.

Még csak azt vagyok bátor említeni, hogy a Vöröskereszt közvetlenül a háború kitörése előtt 15 helyen készítette elő az ápolónőképző-tanfolyamokat, tehát ezt nem akarta egy helyen monopolizálni. A mai viszonyok között, azt hiszem, elegendő lenne, ha a négy egyetemi városban — ahol már tanítószemélyzet is bőségesen lenne — és azonkívül Budapest székesfővárosnak közreműködésével történnék a kiképzés. A részleteket úgysem mi döntjük el most, ezt a minisztériumra kell bízunk, úgyhogy ezek után bezárom replikámat.

Elnök: dr. T a u f f e r V i l m o s ny. egyetemi ny. r. tanár.

Anya- és csecsemővédelem.

I.

Előadó: dr. Torday F e r e n c, egyetemi tanár.

I. A gyermekegészségügyi statisztika (gyermekszületések, halálozások, megbetegedések, abszolút és arányszámai) adatai országos összesítésben és vármegyénként, járasonként, városokként, csoportosítottan állandóan közhírré teendők.

II. Az eugenetika kétségtelen legfontosabb megállapításai (tuberkulózis, lues, alkoholizmus, öröklődő betegségek, vérrokonság), kitanító nyomtatványok útján a köztudatba viendő, befolyásuk nemcsak a törvényes, de a törvényen kívüli együttélésre is hangsúlyozandó.

III. A szoptatás jelentősége a csecsemő védelemben.

IV. A mesterséges táplálás higiéjének jelentősége a csecsemő védelemben.

V. A csecsemőápolás szakszerű néptanításának jelentősége.

VI. A heveny fertőző és az idült fertőző kórok (tuberkulózis, lues) elleni csecsemőkori védekezés.

VII. A csecsemőkori testi és érzékszervi (megvakulás) fogyatékoságok elleni védekezés megszervezése.

VIII. A női nemi élet egészségügyi ártalmait elleni védekezés megszervezése.

IX. A terhesség, szülés, gyermekágy egészségügyi károsodásai elleni védekezés megszervezése.

X. Az egészségügyi gyermekvédelem tanítása férfi és női tanító- és tanárképzőkben.

*

*

*

I. Az egészségügyi csecsemő védelem céltudatos irányítása, kiépítése, az elért eredmények értékelése csak az egyes falvak, községek, városok csecsemő - egészségügyi adatait szemléltető *egészségügyi statisztika* adatainak szakszerű mérlegelése alapján lehetséges. Ezen szempontnak gyakorlati jelentőségét méltányolta a Népjóléti Miniszter Úr, mikor elkészítette Magyarország halál- és természetes szaporodási viszonyainak községenként való feldolgozását. A csecsemő-gyermekégszégügyi statisztika ily részletes, folyamatos továbbépítése feltétlenül szükséges. A feldolgozott adatok azonban ne csak a legfőbb irányító és intézkedő állami, közhatósági hivataloknak, társadalmi testületeknek álljanak rendelkezésére, hanem országos összesítésben, vármegyénként, járásonként, városonként, illetve községenként csoportosítottál! állandóan közzététessenek, hogy a helyi csecsemő-egészségügyi viszonyokban érdekelt lakosság arról állandóan közvetlenül tudomást szerezhessen és így a statisztikai adatoknak az egyes egyének életviszonyait befolyásolni akaró hatása érvényesülhessen.

II. Ugyanezen szándék érdekében az *eugenetika* legfontosabb megállapításai (a tuberkulózis, a lues, az alkoholizmus, öröklődő betegségek, vérrokonság befolyása az ivadékokra) hatóságilag megszervezeten, kisebb időközönként rendszeresen szétosztásra kerülő, szakemberek által ellenőrzött, könnyen megérthető népszerű olvasmányt képező, kitanító nyomtatványok útján, a köztudatba volnának viendők. Minthogy egyrészt az eugenetikus momentumok közül nem egy befolyását az együttélőkre közvetlenül is érvényesíti, minthogy másrészt az eugenetika érvényesülése minden ivadékra egyaránt kívánatos, ezért a lakosság állandóan kitanítandó volna arra, hogy az eugenetikus szempontokra úgy a törvényes, mint a törvényenkívüli együttélésben tekintettel legyen.

III. A népnevelés minden célszerűnek bizonyult, az egyes helyek, egyének viszonyaihoz alkalmazkodó, legalkalmasabb módjain a köztudatba kell vinni azt az igazságot, hogy a csecsemők életének megtartásában a *szoptatás* döntő jelentőségű tényező. Gyermekorvos szakemberek által könnyen megérthetően, népszerűen megfogalmazott tanítások útján biztosítani kell a célszerű szoptatási módok, a csecsemőkori diétetika tanainak általános követését. Az állami és társadalmi csecsemővédelem háírtsa el, kisebbitse azokat az akadályokat, melyek miatt sok anya minden akarata, képessége dacára, nem szoptathatja csecsemőjét.

IV. A szoptatási propaganda legeredményesebb megszervezése, a szoptatás általánossá válása dacára is a csecsemők egy részét mindig mesterségesen vagy mesterségesen is fogják táplálni. Egészségi momentumokon, a szoptató nő tejtermelésének elégtelenségén kívül, a parancsolólag fellépő, feltétlenül

érvényesülő gazdasági okokat, a kenyérkeresést, a megélhetés döntő befolyását a mindennapi életből sohasem lehet kikapcsolni. A *mesterséges táplálás* természetellenes ugyan, de a csecsemőszervezetben nem tesz nagyobb kárt, ha kirekesztjük a feltétlenül károsan ható tényezőket. A csecsemőgyógyászat megállapította a legcélszerűbb csecsemőtáplálási módokat. Azoknak minden egyes részletére türelemmel, szemléltetve kell kitanítani a széles néprétegeket. Az ilyen irányú népoktatást hozzáértő szakemberek kezébe kell letenni. Mindenfelé, minden társadalmi rétegben fel kell venni a harcot a káros népszokásokkal. Az idősebb nemzedéket, az öregszerűeket meg kell győzni, le kell szerelni. Az új nemzedék, a fiatal leányok már az iskolában tanulják meg a csecsemőtáplálás elveit és módjait. Ismétlő-iskolákban fel kell eleve-
niteni és ébren kell tartani ezeket az ismereteket.

A csecsemők mesterséges táplálásának hátrányait célszerűen csökkenthetjük *tejkonyhák* útján. Az ilyen intézetek a csecsemővédelemnek legeredményesebb intézményei, még tömegellátás mellett is alkalmazkodni tudnak az egyes csecsemők egyéniségéhez, a nekik legjobban megfelelő tejkészítményeket a nekik legjobban megfelelő adagban juttatják. Különösen eredményesen működnek az olyan tejkonyhák, melyek csecsemő-rendelőintézzettel kapcsolatosak, mert ezekben a táplálási ártalmakat gyógytápszerekkel célszerűen gyógykezelik.

V. Lehetőleg gyakorlati bemutatásokkal, népnevelés útján kell köztudatba vinni a *csecsemő-* és *gyermekápolás* legcélszerűbb, leghygiénikusabb módjait, mert a megfelelő csecsemőápolás, a csecsemő hygiène jelentősége közvetlenül a célszerű táplálás után sorakozik.

VI. A *hevenyfertőző kórok* elleni küzdelem az egészségügyi csecsemő - védelemben kisebb jelentőségű, mivel a csecsemőkorban levőknek a hevenyfertőző kórokkal szemben kisebb a hajlamossága. A hevenyfertőző kórok elleni csecsemővédelemnek a közismert elvek szerint kell eljárnia, azaz a kórokozók ártalmatlanná tevésével, a fertőzés lehetőségének korlátozásával, az egyéni veleszületett természetes ellenállóképesség fenntartásával, tovább az aktív és passzív immunizációval.

Minthogy a *tuberkulózis* a gyermekkorban kezdődő népbetegség, melynek a csecsemőegészségügyi és csecsemőhalálzási viszonyokra gyakorolt befolyása csecsemőkori fertőzés esetén majdnem leküzdhetetlen, ezért legerélyesebben a csecsemőknek tuberkulózisos fertőzésétől való megvédésére kell törekedni. Meg kell akadályozni, hogy tüdővészések teherbe essenek. Szülőházakban gümőkóros terheseket, szülönőket elkülönítetten, külön osztályokon gyűjtsék össze. Tüdővészés, tuberkulotikus anyától lehetőleg szüléskor kötelezőleg kellene elvenni a csecsemőjét és az állami gyermekvédelem intézményei: a gyermekmenhelyek, Stefánia-Szövetség útján idegen, egészséges környezetben kellene őket felnevelni. Szakszerű irányítással a tuberkulózis elleni aktív immunizálást meg kellene mindenütt kísérlni, hol tüdővészés anyától vagy tüdővészés környezetből a veszélyeztetett csecsemő nem távolítható el.

A *syphilissel* született csecsemőnek rosszak az életésélyei: nagy százaléuk elhal. Az életben maradtakat is a syphilis különböző alakú késői

megnyilvánulásának veszélyei fenyegetik. A veleszületett syphilis ellen sikeresen lehet védekezni, ha a syphilises terhest lehetőleg már a terhesség elején vagy annak folyamán erélyesen, szakszerűleg kezelik. A terhesek syphilises fertőzöttségre való vizsgálatát és a syphilises terhesek lehetőleg kötelező gyógykezelését hatóságilag kell megszervezni. Az Orsz. Közegészségi Egyesület ily értelmű előterjesztéssel már fordult a Magy. Kir. Népjóléti és Munkaügyi Miniszterhez. A syphilissel született csecsemők életesélyeinek megjavításához a gyermekgyógyító és gyermekvédelmi intézményeknek célszerűen kellene berendezkedni.

VII. Az egészségügyi csecsemővédelem munkakörébe beletartozik a *csecsemőkori testi és érzékszervi fogyatékoságok* elleni védekezés megszervezése, főleg azért, mert a megvakultaknak nagy hányada csecsemőkorban lesz azzá. Elsősorban az újszülöttkori kankós szemgyulladás, illetve az általa okozható megvakulás ellen kell erélyesebben védekezni. Célszerűen végrehajtható intézkedésekkel biztosítani kell egyrészt azt, hogy egy újszülöttnél se maradjon el a születéskori védekezés (Credé), másrészt azt, hogy a tudatlanság, babona, káros népszokások ne késleltessék az újszülöttkori kankós szemgyulladások sürgős, szakszerű orvosi kezelését.

A világrahozotí, testi fogyatékoságokból keletkező nyomorékságok leküzdése eredményesebb, ha a kellő időben kezdik meg a szakszerű gyógykezelést. Ennek biztosítására szükséges volna az, hogy már a születéskor észlelt nyomorékságok természetét hatósági orvosi vizsgálattal megállapítsák és nyilvántartsák azt az időt, mikor a szakszerű kezelésre ilyen célból létesítendő intézményekbe hatóságilag berendelendőek volnának.

VIII. *Az egészségügyi anyavédelem* kiindulásaképp biztosítani kellene azt, hogy az anyásító nemiélet ne járjon egészségi ártalmakkal. A venereás betegségek, a kankó, a syphilis átvitelét szigorúan büntetendő, súlyos testi sértésnek kellene minősíteni.

A *nők nemi felvilágosítását* az iskolai, egyházi hatóságok bevonásával hatóságilag érdemlegesen kellene megszervezni és ennek keretében a fiatal leányokat, fiatal és érettebb korú nőket ki kellene tanítani a mindennapi életben rendszeren nem eléggé méltányolt venerikus bajoknak messzekiható veszedelmeire, káros következményeikre.

IX. *A terhességgel* kezdődő anyaság egészségügyi védelmét úgy kellene megszervezni, hogy széleskörű, az anyák értelmességéhez, tanultságához egyénenként alkalmazandó néptanítással minden terhest ki kellene tanítani a terhesség életrendszabályaira, lehetővé kellene tenni azt, hogy minden terhes asszony szakszerűen vezetett tanácsadóhelyhez fordulhasson, hogy idejekorán elháríthatassa a terhesség alatt támadható egészségügyi ártalmakat és az azokkal járó életveszedelmet.

A szülőnő és a születendő magzat egészségének és életének megőrzése az egészségügyi anya- és csecsemővédelem legfőbb feladata. Világszerte kialakult az a meggyőződés, hogy e cél elérése legjobban úgy biztosítható, ha jól berendezett és szakszerűen vezetett *szülőintézetekben*, minél tömegesebben betegednek le egyrészt a szűkebb anyagi viszonyok között egészségtelen

otthonban élő terhesek, másrészt mindazok, kiknél a szülés nem rendes lefolyásúnak, veszedelmekkel járóknak ígérkezik. Ezért országszerte lehetőleg sok kisebb-nagyobb szülőházat kellene létesíteni, azok vezetését jól képzett szakorvosok kezébe tenni. Gondoskodni kellene jól iskolázott segédszemélyzetről, szülésznőről is. Úgy kellene megszervezni e szülőházakat, hogy azok segítségét lehetőleg a szülőházakba juttatással, a gyermekágyi fertőzés okozta életveszedelmekkel küzdők is igénybe vehessék.

Az egészségügyi anyavédelemnek az ilyen szülőházakkal kapcsolatos jól megszervezett poliklinikai intézménnyel arról is kell gondoskodnia, hogy az otthonvajúdóknak, szülőknek, gyermekágyasoknak országszerte szakszerű orvosi segítség biztosítsa a lebetegedéssel, a gyermekágyal járó életveszedelmek lehető elkerülését. Ugyanezen intézmény a legszűkösebb anyagi viszonyok között élőknek kölcsönbe adott ágyneművel, fehérneművel, csecsemőkelengyével, stb. segítse ki.

X. Főleg az *egészségügyi csecsemővédelem*, de részben az anyavédelem is a néptanításra, a higiéné tanainak köztudatba vitelére van építve. Úgy az alapok lerakásához, mint a továbbépítéshez szakszerűen kiképzett, jó tanerőkre van szükség. Ezért kívánatos volna, hogy az egészségügyi gyermek- és anyavédelem necsak az egyetemi tanrendben legyen felvéve, necsak a tisztiorvosok tanfolyamának legyen tárgya, hanem hogy *rendszeresen tanítsák* a férfi és női tanító és tanárképzőkben, esetleg a különböző felekezetek papi-nevelőintézeteiben is, hogy az ilyen intézetekben nevelkedők a gyermek- és anyavédelem nemes céljainak szolgálatába necsak emberszeretettel, jót tenni akarással, hanem hozzáértéssel is szegődjenek.

II.

Előadó: Keller Lajos, igazgató.

A) Anyavédelem.

1. A bábakérdés rendezése; a bábák kiképzése, gazdasági helyzetük rendezése és a szociális anyavédelmi munka fejlesztése szempontjából.

2. A kötelező terhes bejelentés biztosítása, az egyke, valamint a büntető törvénykönyvbe ütköző cselekmények útján bekövetkező abortusok elleni védekezés szempontjából.

3. A gazdasági női cselédek biztosítása a terhesség, szülés, gyermekágy és szoptatás ideje alatt.

4. A terhességi, szülési, gyermekágyi és szoptatási segélyek folyósításának megkötése oly módon, hogy csakis az esetben folyósíthatók, ha ezen időszakban a rendszeres preventív ellenőrzésnek a védenc magát aláveti és az adott orvosi utasításokat pontosan követi.

5. A szülőintézetek kérdésének rendezése (önálló kerületi szülőintézetek, terhesotthonok, anyaotthonok felállítása).

6. A születeket gátló, azokat károsan befolyásoló betegségek terhesség alatti rendszeres kezelhetésének szociális biztosítása.

B) Csecsemővédelem.

1. Az országos anya- és csecsemővédelmi szervezet gyorsabb ütemben való kiépítése.

2. A tanyai területek védelmének kiépítése (tanyai központok létesítése, hol orvosok, védőnők, bábák nyernének elhelyezést, a kellő közlekedés lehetőségének biztosítása).

3. A dajkakérdés rendezése (a tejtestvérség elvének alapján a hatósági dajkaközvetítés biztosításával).

4. A mesterséges és vegyes táplálásra szoruló csecsemők táplálásának biztosítása szociális szempontból (vidéki tejkonyhák fokozásával).

5. Az anya- és csecsemővédelem országos szervezetében a kisdedek korhatárának az iskolaköteles korig való kiterjesztése.

6. Az óvodák munkájának és hivatásának reorganizálása, bölcsődékké, illetve napközi otthonokká való fejlesztése.

7. A házasságon kívül született gyermekek jogvédelmének kiépítése (az árvaszékek gyermekvédelmi ügyosztályának felállításával).

8. Az anya- és csecsemővédelem költségeinek biztosítására az aggregényadó behozatala.

* *

A) Anyavédelem.

A magyar anya- és csecsemővédelem országos szervezete felöleli úgy az anya-, mint a csecsemővédelmet. Míg a védőintézetek a csecsemővédelemben a születési, anyakönyvi hivatalok segítségével, egy rendszeres jól megalapozott munkát képesek kifejtetni, — úgyhogy az országnak védőintézetekkel beszervezett területein élveszületett csecsemőknek 1925-ben már 80*8 %-át voltak képesek ellenőrzés és rendszeresen védelem alá vonni, — addig az anyavédelem terén minden biztos alap és az elengedhetetlenül szükséges segédeszközök nélkül, sajnos, jelentős eredményeket elérni nem tudnak. A védőintézetek területén az Országos Statisztikai Hivatal 1925. évi adatai szerint 60,966 élveszületés történt, így tehát az elvetéléseket és a halvaszületéseket nem is számítva, legalább ugyanannyi terhességi esetnek kellett előfordulnia, melyből azonban csak 11,007 terhes, tehát 18 % került a védőintézetek rendszeres védelme és ellenőrzése alá.

Az anya- és csecsemővédelem országos szervezetének immár öt évi rendszeres munkája alatt kutatva az okok után, a következő meggyőződésre jutottunk. Az anyavédelmi munka eredményességének egyik legsúlyosabb gátló oka a magyar bábakérdés rendezetlensége. Az anyavédelmi munkának tulajdonképpen első és leghivatottabb funkcionáriusa a bába kellene, hogy legyen, ő szerez leghamarabb tudomást a terhességről, az ő tanácsa, támogatása és útmutatása irányítják elsősorban a terhest terhessége alatt. A védőintézetek szülész-szakorvosainak évi jelentéseiből azonban szomorúan látjuk, hogy a bábátársadalom intelligenciájának nívója nagyobbrészt oly alacsony,— s ez áll különösen a falvakban, — hogy egyrészt a kellő szakértelem, másrészt

a kellő intelligencia és sokszor, sajnos, a jószándék hiánya miatt a bábák a védőintézetek anyavédelmi munkájának nemcsak nem támogatói, hanem egyenesen ellenségei. Szomorú eseteknek nagy tömegét találjuk a védőintézetek szülész-szakorvosainak évi jelentéseiben, midőn a bába részben tudatlansága, részben egyéb okok miatt, súlyos bajokat és veszedelmeket idézett elő.

Az anyavédelmi munka eredménytelenségének további okai: népünk álszeméremérzete és az orvostól való idegenkedése, valamint különösen a falvakban és a tanyai területeken nagyban elterjedt babonák és rossz szokások. Ezen okok fennállása szintén a bábatársadalom nem megfelelő voltára vezethetők vissza, egyrészt mert maguk a bábák terjesztik egyes helyeken a rossz szokásokat és babonákat, másrészt mert a védőintézetek védőnői munkájában szerzett tapasztalatok, de különösen a szoptatás terén elért eredmények alapján határozottan állíthatom, hogy[^] egy jólképzett, intelligens, lelkes bábatársadalom e bajokat pár évi rendszeres munkával feltétlenül ki tudná küszöbölni.

A magyar anyavédelemnek alapját tehát a *babakérdés rendezése* kell hogy képezze. A leg sürögősebben gondoskodni kell arról, hogy a babakérdés reformáltassék oly módon, hogy csakis legalább négy középiskolát végzett intelligens nők képeztesse ki bábákká. Gondoskodni kell továbbá arról, hogy a bábatársadalom gazdasági helyzete megfelelően biztosíttassék. Úgy vélem, ha minden faluba, sőt a tanyai központokba is jut nemcsak egy, hanem két-három intelligens jólképzett tanerő (óvónő, tanítónő), az államnak gondoskodnia kell arról is, hogy e tanerők leendő tanítványainak élete és egészsége megfelelő preventív munkával elősegíttessék, illetve biztosíttassék. Mert ha tudjuk azt, hogy még mindig vannak tanyai kerületek, hol a csecsemő-halálozás ma is 30—40 % között ingadozik, akkor be kell látnunk, hogy a tanyai iskolák tömeges építését egy rendszeres egészségügyi és embervédelmi munkának kell megelőznie, vagy legalább is azzal párhuzamosan haladnia, hogy a nagy áldozatok árán létesített tanyai iskoláknak tanulói is legyenek.

A bábatársadalom előképzettségének emelése ellen különböző érveket hoznak fel. Többek között, hogy nem lesz a babaképzőnek ily kikötés mellett megfelelő számú hallgatója. Ez érv ellen ismét az országos szervezet védőnőire hivatkozhatok, mert míg a védőnőképzőnél nem követeltetett meg a négy középiskolai előképzettség, lényegesen kevesebb volt a jelentkezők száma, és e mellett a jelentkezők legnagyobb részének átlagos intelligenciája is sok kívánni valót hagyott maga után. Ma, midőn a védőképzőnél a minimális négy középiskolai előképzettség kívántatik meg, egy-egy évfolyamra oly sok a jelentkező, hogy a felét sem tudja a képző igazgatósága felvenni, és így erősen megrostálva válogathatja ki a nagyobb képzettségű és intelligenciájú hallgatókat. A mai védőnőjelöltek között már okleveles orvosnők is vannak és az 1926/27. évi tanfolyam hallgatóinak mintegy 35 %-a a négy középiskolánál jóval nagyobb előképzettséggel bír. Igaz, hogy a női társadalomnak a védőnői pályára való ezen tömeges törekvését legnagyobbbrészt talán gazdasági okok idézik elő. Ez azonban nem változtat azon a tényen, hogyha az intelligensebb női társadalom, különösen a háború és az összeomlás

következtében elszegényedett középosztály leánygyermekai részére a bába-pályát elfogadhatóvá tesszük az előképzetség és intelligencia nívójának emelésével, így részükre ott is elhelyezkedési területet nyitunk: nem kell félnünk attól, hogy a babaképzők üresen fognak állani.

Azon érv ellen pedig, mely azt mondja, hogy a falusi bábák a faluban előforduló csekély születek következtében, valamint a hatósági bábák szegyenletes fizetése mellett megélni nem tudnak és így a falvak intelligensebb bábát nem kapnának, könnyű védekezni. Gondoskodni kell arról, hogy minden községben a lakosság számának megfelelően állapíttassék meg a bábák száma, s nagyon üdvös és kívánatos volna, ha a védőnőknél bevált rendszerre térnénk át a bábáknál is. Vagyis, hogy csak hatósági bábák alkalmaztassanak, akik rendszeres megfelelő mértékben megállapított fizetésért a teljesen szegények részére a védőintézetek, illetve azok szülész orvosainak ellenőrzése mellett teljesen ingyen állanak rendelkezésre, a valamely betegsegélyző kötelekébe tartozóknál pedig a törvények, illetve a betegsegélyző szabályok által megállapított járulékkért és csakis az ezen felül lévő, tőkés társadalomnak nyújtott szülésznői segélyek esetén, fogadhatnának el a védencőtől tevékenységükért törvényileg megállapított külön járulékot. Szigorúan ki kellene kötni azonban, éppennyúgy, mint a védőnőknél, hogy a bábák az őket törvényileg megillető járulékon felül sem ajándékot, sem más anyagi ellenszolgáltatást senkitől el nem fogadhatnak. Ha ezt a köztisztviselőknél egészen természetes hivatali erkölcsöt lassan belenevelnénk a bábatársadalomba is, erős meggyőződésem, hogy lassan maguktól szűnnének meg azok az erkölcsi bajok, melyben a bábatársadalom az egyke terjedése szempontjából, sajnos, ma nagymértékben szenved.

Az így reformált babaképzésnél nagy súlyt kellene helyezni természetesen a bábák erkölcsi, valamint általános szociális gondolkodásának és ismereteinek fejlesztésére is, hogy a bába ne csak a szülésben szükséges egészségügyi tudnivalókkal, hanem egy nagy általános szociális és erkölcsnemesítő készséggel is mellette lehessen a védelmére szoruló terheseknek. Ismét a védőnőkre hivatkozom, mert az országos szervezet irattárában egész tömegét találjuk az olyan eseteknek, amidőn a védőnő a védelme alá vont csecsemő gondozásának és ápolásának irányítása mellett, a családban megbomlott házastársi szülői és gyermeki szeretetet is, sőt nem egy ízben a háború és forradalmak által leromlott erkölcsi felfogást is gyökeresen átjavította és az erkölcsi és anyagi tekintetben züllésnek indult családot istenéhez és hazájához visszavezette s a családba a nyomor és küzdés helyett a jólétet, békét és megelégedettséget varázsolta vissza.

Az anyavédelmi munkának a csecsemővédelmi munkához hasonló rendszeres kiépítése szempontjából, a babakérdés rendezése mellett nagy, jelentőséggel bírna a *kötelező terhesbejelentés rendszeresítése*. A fentebb említett adatokból látjuk, hogy a terheseknek mily csekély száma kerül a védőintézetek védelme alá, dacára annak, hogy a védőintézetek védőnőik útján keresik, kutatják a terheseket, hogy védelmük alá vonhassák. A kötelező terhesbejelentés rendszeresítése esetén minden terhesség idejében jutna a védő-

intézetek tudomására és így a védőintézet bábája, védőnöje, valamint szülészszakorvosa idejében tudna úgy egészségi, mint szociális szempontból a terhesség segítségére lenni. Emellett a kötelező terhesbejelentés azáltal, hogy a terhesség hatósági ellenőrzés alá kerülne, a bűnös abortusok és így az egyke terjedésének is jelentős ellenszerévé válna. Nem is beszélve arról, hogy nem egy, gyermeket akaró családnál lehetne esetleg a terhest betegségek vagy rendellenességek esetén, rendszeres kezeléssel, a régen sóvárgott gyermekhez juttatni. A terhesség kötelező bejelentésének rendszere ellen sok érvet hoznak fel.

A legkomolyabbak közül, azon érv ellen, hogy a kötelező terhesbejelentés az egyén szabadságát korlátozná, azt hozom fel, hogyha nem tekinti, mint akogy nem tekinti a társadalom az egyéni szabadság korlátozásának, hogy a megszületett gyermeket az anyakönyvi hivatalnak be kell jelenteni, úgy legalább is túlzott érzékenységnak kell tekinteni azt, hogy ezen gyermek létét a fogamzás utáni 2—3 hónapban, amikor az már rendszeres, élettanilag kimutatható és érzékelhető életet él, nem lehet hatósági titoktartás kötelezettsége mellett, a hatóságoknak tudomására hozni, mert ez csak az egyén szabadságának sérelmével történhet. Ha ez elfogadható volna, akkor a művi abortust végrehajtó anyákat büntetőjogilag felelősségre vonni nem lehetne, mert hiszen ez is az egyén szabadságának korlátozását jelenti.

Azt mondják továbbá, hogy a kötelező terhesbejelentés esetén nagyon sok szemérmes, bűnbeesett nő a bejelentést elkerülendő, nem venné a jó baba és az orvos tanácsát és segítségét igénybe, és vagy lelkiismeretlen bábához, vagy minden képzettség nélküli kuruzslókhoz fordulna. Ez az állapot, sajnos — dacára annak, hogy kötelező terhesbejelentés nincsen — ma is fennáll. Éppen ezen ellenérv a legsúlyosabb támogató érv tulajdonképpen a kötelező terhesbejelentés mellett, mert egy jólképzett, lelkiismeretes és hivatása magaslatán álló bábatársadalom esetén szinte lehetetlen volna a terhességet eltitkolni és így nem kerülhetne sor arra, hogy a terhes olyan esetekben, mikor terhességét erkölcsi vagy gazdasági okokból megszüntetni akarja, ez Isten és emberi törvények tiltotta bűnbe essenek. Ami pedig azon érvet illeti, hogy nagyon sok — különösen az intelligensebb osztályhoz tartozó nő — erkölcsi károkat szenvedhetne a terhesség kötelező bejelentése esetén, arra vonatkozólag csak azt mondhatom, hogy az államnak és a társadalomnak nem az a kötelessége, hogy az erkölcstelenséget támogassa, hanem hogy a társadalom erkölcsi felfogását úgy állami, mint erkölcsi törvényekkel a legmesszebbmenő módon biztosítsa és fejlessze, még akkor is, ha az összesség mellett elenyésző csekély kisebbség erkölcsi vagy anyagi károkat szenved is ezáltal. A gyermekgyilkos leányanyák bűnügyi tárgyalásainál a legtöbb esetben azt a védekezést hallhatjuk, hogy: mit tudtam én, mit cselekszem, midőn kétségbeesésemben teljesen magamra voltam hagyatva, kitaszítva a családból és a társadalomból. Ez a védekezés nem frázis, mert, sajnos, ma úgy van, hogy a leányanya terhességét titkolva, teljesen magára van hagyva, ha azonban a kötelező terhesbejelentés biztosítva lesz, e leányanyák mellett a terhességük kezdő stádiumában már ott lehet a baba, a védőnő és a védő-

intézet s így, mint a példák is bizonyítják, nagyon sok esetben nemcsak az anya és gyermeke életét, hanem erkölcsi létét is könnyen biztosíthatjuk, illetve rendezhetjük. Azon érv ellen pedig, hogy a leányanyak és így a házasságonkívül született gyermekek messzemenő támogatásával csak az erkölcsitelenséget segítjük elő, könnyen lehet védekezni; gondoskodni kell arról, hogy a természetes apák messzemenő kötelezettségekre szoríttassanak házasságonkívül született gyermekeik iránt. Fejlesztani kell az e téren megindult és helyes irányban fejlődő berendezkedést, és esetleg még magánjogi szempontból is továbbmenve, törvényes ítélettel igazolt, házasságonkívül született gyermekeik részére még a rendes, törvényes öröklési jogot is biztosítani kellene a természetes apákkal szemben. Ez semmiesetre sem lenne jogtalan-ság, mert hiszen a gyermek ártatlan megszületésében és mégis a mai törvényes berendezkedések őt sújtják úgy erkölcsileg, mint anyagilag a legsúlyosabban. Rendszeresen gondoskodni kellene a vallás és közerkölcs fejlesztéséről, mely egyrészt nagyban csökkentené a házasságonkívül született gyermekek számát, másrészt értékesen szilárdítaná az állam alapjait.

Ha a bábakérdés rendezésével és a terhesség kötelező bejelentésével megteremtettük a legfontosabb alapját az anyavédelemnek, gondoskodnunk kell arról is, hogy az anyák terhességük, a szülés, gyermekágy és a szoptatás ideje alatt, anyai köteleységüknek mindenben eleget tudjanak tenni. Intézményesen gondoskodni kell tehát arról, hogy az országban minden nő azon idő alatt, midőn hazájának nemzetgazdasági szempontból kezemunkájánál sokkal nagyobb értéket termel, azaz gyermeket nevel, ne legyen nélkülözéseknek, nyomornak kitéve. Gondoskodni kell tehát arról, hogy a munkásbiztosító pénztárak által ma már elég körültekintéssel kiépített *terhességi és szülési védelem a gazdasági cselédekre is kiterjesztessék*, valamint a különböző betegsegélyező pénztárak kötelékébe nem tartozó, teljesen szegény néprétegek is ezen idő alatt *állami vagy társadalmi úton meg felől ellátásban és gondozásban részesüljenek*. E terhességi, szülési, gyermekágyi és szoptatási segélyek biztosítása esetén gondoskodni kellene megfelelő rendelkezések útján arról is, hogy e segélyeket ne csak megkapja minden terhes, hanem egyben kötelez-tessék a terhes a védőintézeti rendszeres preventív ellenőrzés és támogatás igénybevételére is, hogy így a saját, valamint születendő gyermekének élete biztosítható legyen.

A terhesség ideje alatt folytatandó eme *rendszeres segítő és ellenőrző munkának nagy jelentősége* van az anya- és csecsemővédelem országos szervezésének eddig elért eredményei tanúsága szerint, különösen *a rendellenes-ségek és a terhes betegsége esetén*. Nem egy rendellenességnél sikerült rábeszélés és ismételt védőnői látogatás útján elérni azt, hogy a terhes idejében megfelelő egészségügyi intézetbe ment a szülés idejére és így, úgy reá mint gyermekére nézve, veszélytelenné vált a szülés. Hogy mily következményekkel járhat rendellenességeknél a késői orvosi beavatkozás, vagyis azon körül-mény, hogy a rendellenesség nem észleltetett előre és nem történt gondoskodás arról, hogy a szülőnő a szülés idejére megfelelő egészségügyi intézetbe kerüljön, borzalmas eseteket láthatunk a szülőintézetek törzslapjain. Nem

egy esetben hoznak ezen intézetekbe vasúton vagy szekéren már napok óta vajdó terhest rendellenességgel akkor, midőn nagyon sok esetben az anyát sem, de legtöbb esetben a gyermeket az életnek megmenteni már egyáltalában nem lehet. Nagy jelentősége van továbbá a preventív védelmi munkának a szülést károsan befolyásoló különböző betegségek esetében is. E kérdésnél ugyancsak a védőintézetek eredményeire hivatkozom. Nem egy esetben állapította meg e preventív ellenőrzés folyamán a védőintézet szülésszakorvosa a terhes oly betegségét, melyről a védencnek eddig tudomása sem volt és e betegségnek a szülés előtti rendszeres kezelésével nem egyszerűen mentette meg a gyermek életét. A szakorvosok igazolása és a statisztikai adatok tanúsága szerint, syphilises terheseknél rendszeren abortus vagy halvaszülés következik be, ha pedig a gyermek meg is születik, az legtöbb esetben életképtelenül és syphilissel fertőzötten jön a világra. Ha a terhes nőt — betegségét idejében felismerve — a megfelelő kezelésben részesítjük, az abortust és halvaszületést úgyszólván biztosan kiküszöbölhetjük és a megszületett gyermekek 80 %-a fertőzésmentesen, életképesen jön a világra. Hogy e betegségek ellen a rendszeres preventív munka lefolytatható legyen, intézményesen gondoskodni kellene arról is, hogy e preventív munkához szükséges gyógyszereket az Országos Betegápolási Alap terhére ne csak zárt egészségügyi intézetek, hanem nyílt rendelőintézetek is rendelhessék.

Az anyavédelem rendszeres kiépítésének mintegy betetőzése volna a szülőintézetek kérdésének rendezése.

Nem elég egy jólképzett intelligens bábatársadalom nevelése, nem elég a preventív munka biztosítása, gondoskodni kell arról is, hogy a rendellenességek, betegségek és az oly esetek befogadására, mikor a szülést szociális vagy gazdasági okokból a szülőnő otthonában lefolytatni nem lehet, a terheség utolsó idejére, valamint a szülés és gyermekágy idejére megfelelő egészségügyi intézetek létesüljenek, még pedig rendszeres tervek alapján oly módon, hogy az ország vasúti és úthálózatának gócpontjaiban létesüljenek az ily intézmények, nem túlzott nagy számban, hogy megfelelő egészségügyi berendezéssel és klinikai képzettségű orvosi, valamint ápolónői személyzettel annak minden kívánalmát kielégítő munkája és működése biztosítható legyen. Az anya- és csecsemővédelem országos szervezetében szerzett tapasztalatok alapján állíthatom, hogy semmiesetre sem lehet helyes az országot kisebb szülőintézetekkel vagy továbbmelve szülőszobákkal behálózni, mert ezeknek sem berendezését, sem fenntartását és főleg megfelelő klinikai gyakorlattal bíró szakképzett orvosi személyzetet biztosítani nem lehetne. A rendszeres születeket könnyen le lehetne bonyolítani a jó bábával és a védőintézetek gyakorlatában nagyszerűen bevált szülészeti vándorládákkal, és csakis a speciális eseteket kellene megfelelő berendezéssel a kerületi szülőintézetbe juttatni. Gazdaságilag sem valósítható meg azon újabb felmerült irányzat, mely azt hangoztatja, hogy minden terhes szülőintézetben szüljön. A terhes nőnek ugyanis nemcsak megszületendő gyermeke, hanem a már megszületett gyermekei és családja iránt is vannak kötelességei, amit megfelelő segítséggel könnyen teljesíthet, ha odahaza szül megfelelően rendezett körülmények

között. Itt ugyancsak a védőnői munkában szerzett tapasztalatokra hivatkozhatok, mert kórházi védőnőinknek nagyon sokszor nehéz helyzete van a szülőintézetben szülő nővel szemben, hogy mikép nyugtassa meg az anyát otthon maradt családja és gyermekei felől.

Nagyon fontos volna, hogy e terhesotthonokkal kapcsolatos kerületi szülőintézetek ne közkórházak keretében, hanem önállóan létesüljenek, mert hisz a terhesség nem betegség. Gondoskodni kellene tehát arról, hogy a szülőintézetek közkórházi jellege kiküszöböltessék és hogy a szülőintézetek a rászoruló terhesek szolgálatában szociális szerető gondolkodás mellett vezetett otthonokká váljanak, hogy így a népünkben meglévő kórháziszony ez intézményekkel szemben megszüntetessék. E kerületi szülőotthonokkal kapcsolatban feltétlenül gondoskodni kellene terhes- és anyaotthonok létesítéséről is. Terhes-otthonokat a hajléktalan és már dolgozni nem tudó vagy beteg terhesek befogadására és gondozására, anyaotthonokat pedig, hogy a szülés és gyermekágy után a gazdasági életbe visszahelyezkedni nem tudó anyáknak lehetővé tegyük csecsemőjük gondozását és szoptatását mindaddig, míg a gazdasági életbe való visszahelyezésüket az illetékes védőintézetek útján biztosítjuk, mindig szem előtt tartva azon elvet, hogy az anya elhelyezkedése csecsemőjével együtt történjék. E kerületi intézetekhez sugáralakban kapcsolódnának szervesen a működési területükön fekvő védőintézetek. Ezen védőintézetek látnák el rendszeresen a kerületi intézeteket anyaggal. Értékesen kapcsolódhatna a szervezetbe a most alakult Országos Mentőegyesület is, a tudomásom szerint rendszeresíteni szándékolta mentőautóival. Mennyi bajnak, veszedelemnek és pusztulásnak lehetne gátat vetni, ha a védőintézetek e kerületi intézetekbe akár vonaton, akár mentőautóval idejében és rendszeresen tudnák a területükön előforduló rendellenességeket és beteg terheseket eljuttatni.

E kerületi szülőintézetek lehetnének végül részben a bábaképzés szervei, részben pedig a területükön működő bábáknak felsőbb ellenőrző hatósága is.

B) Csecsemővédelem.

A már felállított anya- és csecsemővédő-intézetek csecsemővédelmi munkájának eredményei igazolják, hogy a nagyarányú csecsemőhalálozás ellen az anya- és csecsemővédő-intézetekben rendszeresített preventív egészségügyi és szociális munkával eredményesen lehet küzdeni. A központi statisztikai hivatal feldolgozta a magyar anya- és csecsemővédelem beszervezett területeinek csecsemőhalálozási adatait és viszonyította a védőintézetekkel nem bíró területekhez. Az összehasonlító statisztika eredményeként kimutatta, hogy a védőintézettel nem bíró területek csecsemőhalálozási számának javulása 1913-tól 1925-ig bezárólag 11.4 %-kal jobb, mint a védőintézettel nem bíró területeké, dacára annak, hogy a védőintézettel bíró területek — tekintettel arra, hogy főleg nagyobb városokra és községekre terjednek ki — szociális és gazdasági okok miatt veszélyeztetettebbek a csecsemőhalálozás

szempontjából, mint az eddig még védőintézettel ki nem épített vidéki területek.

A nemzet jövő fejlődése szempontjából tehát minden erőnkől törekedni kell arra, hogy az országnak még ki nem épített területein is az anya- és csecsemővédő-intézeteket, védőnői szervezettel együtt, mielőbb kiépítsük. Majdnem teljes határozottsággal állíthatom az eddigi évek statisztikája alapján, hogy ha az anya- és csecsemővédelmi szervezet az egész ország területén a legkisebb községekig kiépítetik, egy-két évi rendszeres munka után, hazánk nagyarányú csecsemőhalálózása lecsökken és a majdnem utolsó helyről, a legkisebb csecsemőhalálózású országok közé emelkedhetünk. Különösebb nehézségei tulajdonképpen az országos szervezet kiépítésének nincsenek is. mert a községek és a társadalom a rendszeres propaganda eredményeként nagy áldozatkészséget és megértést mutatnak és így a költségeknek csak mintegy 50 %-a hárulna az államra.

Nagy jelentőséggel bír a már védőintézettel beszervezett területek szervezetének továbbépítése is, és ez áll különösen a tanyai területekkel bíró színmagyar alföldi községekre, hol különösen a nyári hónapok alatt a lakosság-
nak mintegy 30—40 %-a a tanyákon lakik, mely területeken ezidőszertint semmiféle egészségügyi berendezkedés nincsen, és míg a védőintézet rendszeres munkájával a csecsemőhalálózást magában a községekben napról-napra állandóan jelentősen csökkenteni tudja, addig e tanyai területeken, melyeket megközelíteni közlekedési eszközök hiánya és a nagy távolságok miatt nem képesek a védőnők, a legborzalmasabb emberpusztulás folyik, dacára annak, hogy e területeken is már érezteti jó hatását a községi védőintézet. Pl. Mezőtúron, a község védőintézettel bíró belterületén a csecsemőhalálózás 10 %, a tanyákon pedig 18.4 %;

Törökszentmiklóson a községben	12.6 %, a tanyákon	26.2 %
Jászberényben	« 12.1 %,	« 21.9 %
Debrecenben a város belterületén	16.8 %,	« 22.9%.

Ez utóbbi helyen immár öt védőintézet működik, amelyeket a tanyai lakosok is, különösen ünnepnapokon, 8—10 km távolságról is felkeresnek. Azért is mutatkozik e helyen a tanyai csecsemőhalálózások százalékszámának közeledése a belső területekéhez.

A tanyai területek az anya- és csecsemővédelmet — a kísérletek tanúsága szerint — tanyai központok segítségével lehetne megoldani. A kultusz-kormány tanyai iskolaépítési mozgalmával kapcsolatban e tanyai kultúrközpontokat tanyai egészségügyi központokká is ki kellene építeni. Legyen ezen központokon mindenütt orvos, védőnő és bába, egy védőintézet és történjék gondoskodás arról, hogy orvos, védőnő, bába, megfelelő közlekedési eszközökkel (kocsi, kordé, hátszló), a tanyai központhoz tartozó területeket minden időben megközelíteni tudja. E tanyai területek védőnői és bábái azonban nagy körültekintéssel volnának kijelölendők, tekintettel a tanyai területek nagy elmaradottságára. Itt csak oly egyének állítandók munkába, kiknek az ügy iránti lelkesedése, erkölcsi érzése és tudása, képessé teszik egy foko-

zottabb, szívósabb küzdelemre, és akik éppen az ügy iránti lelkesedésből kifolyóan; e területek egyéb kellemetlenségeivel is meg tudnak majd küzdeni. E tanyai központokon a pihenésre szánt ünnepnapokon Istentiszteletet, oktató-előadásokat és rendszeres orvosi vizsgálatokat is lehetne tartani, úgy-hogy a tanyai területek népének nemcsak egészségügyi, hanem erkölcsi életét is fejleszteni lehetne.

A magyar csecsemővédelemnek egyik jelentős kérdése a dajkakérdés is. A dajkakérdés régi problémája a gyermekvédelemnek és bár az anyatejjel való táplálás eszméjének a legszélesebb körben való terjesztése e kérdés nagy jelentőségét napról-napra csökkenti, mégis kötelességünk a dajkakérdéssel intenzíve foglalkozni, részben a dajkaságba adott gyermek létérdekében, részben pedig a dajka egészségügyi és szociális ellenőrzése szempontjából. Nagy igazságtalanság ugyanis az eddigi szokás, amidőn a munkaadó a maga gyermekének védelméért, amikor legtöbb esetben a dajka fogadásra nem is egészségügyi, hanem kényelmi okok szolgálnak alapul, feláldozza a dajka gyermekének egészséges fejlődését, sőt nem egy esetben életét is. Mert köz-tudomású, hogy még az ellenőrzés mellett dajkaságba adott ily gyermekek-nek is mintegy 60—70 %-a elpusztul. Igazságtalanság és erkölcsi szempont-ból súlyosan elítélendő továbbá ez eljárás azért is, mert a gyermeket az anyától szakítja el és a gyermektől a természet által neki rendelt, önmaga által termelt tejet vonja el és juttatja anyagi okokból, egy másik gyermeknek.

A magyar anya- és csecsemővédelem országos szervezetének egyik fő célja az anyatejjel való táplálás propagálása mellett, a dajkakérdésnek e tejttestvérség elve mellett való megoldása. Csakis azon esetben adunk helyet dajka alkalmazásának, ahol az anya elhalt, vagy betegsége következtében, orvosi indikációkra a szoptatást nem képes, vagy nem szabad végeznie. Ily esetekben azonban nem áldozzuk fel a dajka csecsemőjét, hanem csakis oly anyákat alkalmazunk dajkának, kinek tejképződése oly bőséges, hogy a maguk gyermekén kívül még egy, esetleg még két gyermeket is képesek táplálni, anélkül, hog[^] ez akár a gyermekre, akár az anyára nézve a legcsekélyebb egészségügyi vagy egyéb kárral járna. Hogy orvosi ellenőrzés mellett egy rendszeres kezeléssel mily könnyű a tejképződést bizonyos mértékig fokozni, igazolja a gróf Apponyi Albert Anyaotthon, ahol a bekerülő anyák mintegy 30—35 %-nál könnyen el lehet érni, hogy 2—3 gyermeket is tápláljanak. Az ily anyák sokkal nagyobb lelkiismeretességgel és gondossággal látják el a munkaadó gyermekét is, mert tudatában vannak annak, hogy a munkaadó gyermekének szép, egészséges fejlődésétől függ saját maguk és gyermekük nyugodt, gondtalan élete és fejlődése. Négyévi gyakorlat igazolja, hogy a tejttestvérség elve mellett közvetített dajkasággal nemcsak a dajkák gyermekeit mentettük meg a magándajkaságba adás súlyos következményétől, hanem a munkaadók gyermekeinek is gondos, szerető, anyátpótló dajkákat adtunk, kik a munkaadók gyermekei iránti szeretettel és gondoskodással igyekeztek meghálálni gazdájuknak azt, hogy nem kellett anyagi érdekekért saját gyermeküket emlőjükről leszakítani. E nagyjelentőségű erkölcsi és gazdasági előnyök mellett nagy egészségügyi jelentősége is van a tejttestvér-

ség elve melletti dajkaközvetítésnek. Az anyaotthon minden egyes anyát és gyermeket rendszeres orvosi és laboratóriumi vizsgálat alá vesz, úgyszintén a dajka kihelyezése előtt meggyőződik arról is, hogy a munkaadó gyermeke egészséges-e és csak az esetben helyezi ki a dajkát, ha úgy ő és gyermeke, mint a munkaadó gyermeke egészséges. Ezzel kikerülhetnek az életben, sajnos, még ma is gyakran előforduló nagyon szomorú esetek, hogy a dajka megfertőzi a munkaadó gyermekét vagy, a munkaadó gyermeke a dajkát és gyermekét. Ez alapon kell az egész ország területén a dajkakérdést rendezni, a dajkaközvetítést pedig a magán-dajkaközvetítés teljes megszüntetésével a felállítandó kerületi anyaotthonok segítségével, hatósági dajkaközvetítés útján biztosítani.

Az anya- és csecsemővédő-intézetek a csecsemő táplálása terén természetesen minden erejükkel az anyatejjel való táplálást propagálják és törek-szenek arra, hogy minden anya maga szoptassa gyermekét, ha csak egészség-ügyi okokból az orvos a szoptatást el nem tiltja. A védőintézetek területén rövid pár évi propaganda munka és rendszeres ellenőrzés mellett, sikerült is az anyatejjel való táplálás gondolatát és rendszerét az anyák köztudatába belevinni, úgyhogy a védőintézetek területén a csecsemőknek csak mintegy 5—13 %-a képszerű mesterséges táplálásra. E mesterséges és vegyes táplálásra szoruló csecsemők táplálása azonban súlyos nehézségek elé állítja a vidéki intézetek gyermekorvosait. Hiába oktatják ki az anyákat, hogy mily módon táplálják mesterségesen csecsemőiket, nagyon gyakori eset, hogy a táplálék rosszasága vagy rossz elkészítése következtében, e mesterségesen táplálásra szoruló csecsemők élete forog veszélyben. Ugyanez a helyzet a vegyes táplálásra szoruló csecsemőknél is és a védőintézetek statisztikájának adatai szerint nem egy csecsemőnek halálát okozza a mesterséges vagy vegyes táplálás rendszertelensége. Gondoskodni kell tehát arról, hogy a védőintézetek gyermekorvosainak, illetve a vegyes és mesterséges táplálásra szoruló csecsemők gondozóinak megfelelő, szakszerűen vezetett tejkonyha álljon rendelkezésére, ahol a rendszeresen ellenőrzött tejből a védőintézet gyermekorvosa által előírt tejkészítményeket szakszerűen elkészítik és készen — naponként egy-egy táplálkozáshoz megfelelően adagolva — lezárt palackokban adják ki. Az országos szervezetben igyekszünk is a védőintézetek mellett tejkonyhákat is felállítani és eddig a két éven keresztül folytatott intenzív munka eredményeként Budapesten kívül, vidéken 14 helyen létesültek tejkonyhák. Hogy a tejkonyhák mily hathatósan és mily messzemenő módon befolyásolják a csecsemőhalálozás csökkenését, a budapesti tejkonyha eredményeire hivatkozom. Budapesten, a székesfővárosi tejakció kapcsán, minden mesterséges vagy vegyes táplálásra szoruló csecsemő ingyen vagy vagyoni viszonyainak megfelelően mérsékelt áron hozzájuthat a védőintézetek útján a megfelelő táplálékhoz. Az elmúlt évben a budapesti központi tejkonyha és az ezzel kapcsolatos diszpanzer 475 vegyesen, illetve mesterségesen táplált csecsemőt vett gondozásba és látott el rendszeresen az orvos által előírt tej készítményekkel. Az év folyamán e csecsemők közül csak hét halt el, tehát a gondozott csecsemők 33 %-a, dacára annak, hogy e csecsemők nagyrésze tüdővész vagy

egyéb betegséggel terhelt szülők gyermekei és így ellenállóképességük lecsökkentett. Különösen meglepő eredmény ez, ha tudjuk azt, hogy a mesterségesen táplált csecsemők halálozási arányszáma rendszeresen hétszer akkora, mint az anyatejfel tápláltaké.

Úgyszólván kétséget kizárólag megállapítható ez eredményekből, hogy a vegyes és mesterséges táplálásra szoruló csecsemők ezen rendszeres gondozásának és megfelelő táplálásuk biztosításának eredménye az, hogy Budapesten a három év előtti 16,0 %-os csecsemőhalálozást 1925. év végéig 12,5 %-ra tudtuk leszorítani, holott a megélhetési nehézségek és a csecsemőhalálozást befolyásoló gazdasági és szociális okok, ha vidéken javultak is ez években, Budapesten, a szegényebb néposztályokban, a munkanélküliségek következtében ha nem is fokozódtak, de semmiesetre sem javultak. Tehát ha a mesterséges és vegyes táplálásra szoruló csecsemők táplálása az összes védőintézetekkel kapcsolatban orvosi ellenőrzés mellett arra szakszerűen kiképzett védőnők által vezetett tejkonyhák útján történik, a budapesti eredményekből következően, az eddiginél is nagyobb arányban csökkenthetjük az ország csecsemőhalálozásának arányszámát is.

A magyar anya- és csecsemővédelem országos szervezetében, mint fentebb is kitűnik, a csecsemővédelem elég rendszeresen és megfelelő eredménnyel történik, úgyhogy az ország csecsemőhalálozását a háború előtti és háború alatti 20, sőt ennél nagyobb százalékról is, dacára annak, hogy az országnak, a lakosság számát véve alapul, csak 20 %-a van eddig védőintézettel beszerelve, mégis évről-évre fokozatosan csökkenteni sikerült annyira, hogy az 1925. évben már az országos csecsemőhalálozás csak 16,75 % volt. Míg a csecsemőhalálozás évről-évre jelentősen csökken, addig a statisztikai hivatal adatai szerint, az egy-hétéves korú gyermekek halálozási arányszáma csak nagyon csekély javulást mutat. Ennek okát abban kell keresnünk, hogy míg a csecsemők gondozása az országban lévő védőintézetek útján rendszeresen történik, addig a szervezet ellenőrzése alól kikerülő hároméven felüli kisdedek nevelését, gondozását senki sem őrzi ellen és így a gyermekek gondozásában az anya úgyszólván ismét teljesen magára marad. A statisztika szomorú eredményei parancsolón figyelmeztetik tehát a magyar társadalmat, hogy a magyar anya- és csecsemővédelem országos szervezetében jól bevált prevenciót terjessze ki a gyermektársadalomra is, az iskolaköteles kor eléréig, úgyhogy a születése pillanatától, sőt az anyavédelemben azt megelőzően is állandó, megfelelő szeretetteljes és szakszerű gondozás és ellenőrzés alatt álljanak és hogy az anyák csecsemőjük, kisdedük és gyermekük gondozásában mindig megfelelő támogatásban részesüljenek. Így egész határozottságai remélhetjük, hogy rövid időn belül sikerülni fog nemcsak nagyobb arányban csökkenteni az egy-hétéves korú gyermekek halálozási arányszámát, hanem sikerülni fog a gyermektársadalom ellenálló képességét is fokozni, ami később az általános morbiditás és mortalitás szempontjából is nagyjelentőségű eredményeket fog létrehozni. Ha elgondoljuk azt, hogy minden egyes állampolgár egészségi és szociális életének minden mozzanatát a védőintézetekben úgy-úgy szólván a fogamzás pillanatától hetedik életévének betöltéséig ellenőrizzük

és a fontosabbakat egy törzslapban feljegyezzük, és ha elképzeljük azt, hogy e törzslapot a gyermek hetedik életévének betöltése után továbbvezetés céljából a védőintézet átküldi az egész ország területén kiépítendő iskola egészségügyi szervezet illetékes iskolaorvosának, illetve az iskolaorvosi intézménynek, hol az iskolaorvos az iskolanővérekkel tovább folytatja a megkezdett preventív védelmi munkát, az általános egészségügy szempontjából mily nagyjelentőségű lesz ez és hogy a törzslap mily értékes adathalmazt fog tartalmazni az iskolaköteles koron túl is, a későbbi megbetegedések esetén az orvosnak. Természetesen gondoskodás kellene, hogy történjen, hogy az iskolanővéri intézmény nemcsak az iskolába tényleg járó gyermekek felett, hanem a működési kerületében lakó minden iskolaköteles korú gyermek felett gyakorolja e rendszeres egészségi és szociális védelmi munkát, sőt továbbmenve, gondoskodni kellene majd arról is, hogy akár egy társadalmi, akár egy hatósági szerv gondoskodjon az iskolaköteles koron túl is minden egyes gyermek egészségügyi és szociális ellenőrzéséről, a már többször említett törzslap rendszeres továbbvezetése mellett, egészen a 20—22 éves kor eléréig, mert nagyfontossággal bír, hogy az iskolaköteles koron túl, különösen a magukra maradt leánygyermek, megfelelő támogatásban és gondozásban részesüljenek mindaddig, míg az élet forgatagában megfelelően elhelyezkedni tudnak.

A háború következtében beállott nagy emberpusztulás miatt, az összes művelt államok figyelme fokozottabb mértékben irányul a gyermekvédelem rendszeres kiépítése felé. Éppen ezen, — a gyermekvédelemnek nagy, fokozottabb kiépítési szándéka vetette fel az óvodák reformálásának gondolatát is. Az óvodák tulajdonképpen pedagógiai nevelő céllal létesültek és egyedül ezt a célt szolgálják legtöbb államban még napjainkban is. Kézenfekvő volna az óvodák rendszerének megfelelő reformálásával az óvodákat a pedagógiai munka érintetlenül hagyása mellett, a szociális és preventív egészségügyi gyermekvédelem szolgálatába is beállítani. Nagy fontossággal bírna ez különösen hazánkban, hol úgy a városokban, mint a falvakban és tanyákon a munkábajáró anyák kisdedeinek és gyermekeinek egészségügyi és szociális gondozását, valamint védelmét lehetne ezzel gyökeresen megoldani. Az óvodák jelenleg déli megszakítással, napi hat-hét órán keresztül, sok helyen csak a délelőtti órákban foglalkoztatják a kisdedeket, úgyhogy a munkába járó anyának nemhogy könnyebbséget, hanem sok esetben egyenesen nehézséget okoz megélhetésében a gyermekének óvodába járása. Ha az óvodákat úgy reformálnánk, hogy azok megtartanák pedagógiai munkájukat, amellet egyben napközi otthonokká is lennének, egy csapásra az egész ország területén meg volna oldva a bölcsődék és napközi otthonok nehéz problémája. Ez esetben az óvodák az óvodaköteles korban levő kisgyermekeket a munkaidő kezdete előtt fogadnák be falaik közé és csak a munkaidő letelte után vinnék vissza az anyák otthonukba. Az így reformált óvoda gondoskodna azután mintegy napközi otthon a gyermek egész napi táplálásáról és gondozásáról s az egész nap alatt bőven lenne ideje az óvónőnek a kis gyermek fokozottabb pedagógiai, erkölcsi nevelésére és oktatására. Természetesen az óvodák személy-

zete ez esetben megfelelő egészségügyi személyzettel lennének kibővíthetők, mert az így reformált óvodák, illetve napközi otthonok egészségügyi vezetését és munkáját csakis arra szakszerűen képzett gondozónőkre, illetve védőnőkre lehetne bízni és akkor is megfelelő orvosi irányítás és ellenőrzés alatt kellene állnia minden egyes intézetnek. Ez egészségügyi védelemnek és ellenőrzésnek természetesen szorosan az illetékes védőintézetekkel kell kapcsolódnia. A kérdés gyakorlati megvalósítása a mai nehéz gazdasági viszonyok között is, úgy látszik, nem okozná az állam különösebb megterhelését mert meggyőződésem, hogy a munkába járó anyák kereseti lehetőségükben mintegy megkönnyebbülve és gyermekük jó fejlődését és szeretetteljes gondozását látva, örömmel térítenék meg több keresetükből a napközi otthonok fenntartásának rájuk eső részét. Az eddigi tapasztalatok szerint alig kerülne 10—12,000 koronánál többre átlagban a napközi otthon egy gondozottjának napi ellátása. Ezt az összeget pedig, meggyőződésem, hogy minden anya szívesen adná gyermekének gondozásáért, mikor ő naponta 50—60,000 koronát is megkereshet. Természetesen a társadalom érdeklődését bekapcsolva, gondoskodni kellene az intézmények társadalmi támogatásáról is, hogy a fizetni nem tudó vagy több gyermekes anyák a napi ellátási díj fizetésével túl ne terheltessenek. Meggyőződésem azonban, hogy az állam is könnyen áldozhatna ez intézmények fenntartására nagyobb összegeket, mert ezek által már rövid időn belül nemcsak az állami gyermekmenhelyek kiadásai csökkennének, de a betegellátásra fordított összegek is fokozatosan csökkennének e rendszeres egészségügyi preventív munka következtében elkerülhetetlenül beálló morbiditás csökkenésével.

A magyar gyermekvédelem egyik súlyos problémája úgy gazdasági, mint erkölcsi szempontból, *a házasságonkívül született gyermekek kérdése*. Az emberi önzés talán legnagyobb mértékben a házasságonkívül született gyermekek kérdésében nyilvánul meg. Csodálatos, hogy mily kegyetlenül sújtják úgy az állami, mint az etikai törvények és jogszokások a házasságonkívül született gyermekeket, akik tulajdonképpen nem a saját, hanem nemzőik hibájából kénytelenek nélkülözni az állami és társadalmi törvények összes előnyeit. Egy élni akaró nemzetnek, hazánknak különösen a jelen szomorú körülményei között, komolyan tárgyalás alá kell venni a házasságonkívül született gyermekek védelmét és igyekezni kell megtalálni az állami és a társadalom-etikai törvények között a lehetőséget arra, hogy ezen anyagilag és erkölcsileg sújtott gyermekek az életnek és a nemzetnek gazdaságilag és erkölcsileg megmenthetők legyenek. Szembe kell néznünk az általános felfogással, hogy e kérdésnek életrehívása, illetve a házasságonkívül született gyermekek messzemenő gondozása csak az erkölcstelenséget fogja növelni. A gyakorlat mutatja, hogy ahol e kérdéssel komolyan, rendszeresen foglalkoznak, ott épp az ellenkező eredményt lehet elérni. Saját tapasztalatomra hivatkozva, egy elért eredményt kívánok itt leszögezni. A világháború kitörése előtt, 1912-ben Arad vármegye árvaszéke azon sajnálatos körülménytől indítva, hogy a vármegye a vadházasságok és a házasságonkívül született gyermekek számával Magyarország egyik legrosszabb vármegyéje

volt s ezért árvaügyekben a családi kérdések rendezetlensége következtében, még vagyoni jogi kérdésekben is, nagy nehézségei voltak, javaslatomra elhatározta, hogy gyermekvédelmi ügyosztályt állít fel, mely kizárólag elhagyott-sági ügyekkel, a züllésnek indult és a házasságonkívül született gyermekek védelmével foglalkozik. Rendszeres, szívós munkával — dacára a vármegyei törvényhatóságok nagy területei következtében nehézkesebb közigazgatási berendezkedésének — az ügyosztálynak rövid egy és fél évi fennállása alatt sikerült a vármegyében a vadházasságoknak 40—42 %-át megszüntetni, illetve törvényesíteni, s ezzel a házasságonkívül született gyermekek számát mintegy 50 %-al csökkenteni. Ez a példa, de meg Budapest székesfőváros árvaszékeén kívül a már azóta egy-két árvaszéknél működő gyermekvédelmi ügyosztályoknak eredményei kétséget kizárólag igazolják, hogy ha az árvaszékek keretében az egész ország kerületén felállítanánk a gyermekvédelmi ügyosztályokat, a védőintézetekkel és a védőnői szervezettel szorosan együttműködve, ez a ma oly súlyos gyámsági, közigazgatási és társadalompolitikai problémát képező kérdés, a nemzet erkölcsi és gazdasági fejlődése szempontjából, könnyen megoldható problémává válna.

Nagy vonásokban, a legfontosabb kérdéseket kiragadva, a fentiekben vázoltam a magyar anya- és csecsemővédelem továbbépítésének mikéntjét. E fejlődés biztosításának természetesen első és legfontosabb kelléke az ahhoz szükséges anyagi eszközök biztosítása. A magyar állam az önkormányzati szervek és a társadalom a mai nehéz gazdasági viszonyok dacára, minden erejükből törekszenek az anya- és csecsemővédelem nemzetmentő munkájához szükséges anyagi eszközök biztosítására. Sajnos, a gazdasági viszonyok az erőfeszítésnek határokat szabnak és csak lassú léptekkel mehet előre az országos szervezet továbbépítése és fejlesztése. Gondoskodni kell tehát a költségek oly módon való biztosításáról, amely nem terheli igazságtalanul az amúgy is túlterhelt polgárságot. Kézenfekvő és egyedül igazságos teherátvitel volna az aggregény adó behozatala. Természeti törvény és a nemzete iránti kötelessége minden egyes embernek, hogy legalább a maga személyének és munkarejének pótlásáról idejében gondoskodik, tehát minden polgárnak kötelessége gyermekeiben utódokat nevelni, aki ezen kötelezettségének bármily oknál fogva eleget nem tesz, vagy nem tehet, legyen köteles megfelelő arányban támogatni azokat, akik Isten és haza iránti kötelességüket fokozottabb mérvben teljesítik. A nemzetek jövőjét és fejlődését tekintve azonban, csak az a házaspár teljesíti kötelességét, aki legalább négy gyermek neveléséről gondoskodik, mert két gyermek nevelésével csak saját magukat pótolják, a harmadik gyermek az utódnélküliek pótlására megy fel, így a nemzet fejlődését és megerősödését csak a negyedik gyermek nevelésétől kezdve segíti elő. Törvényhozás útján gondoskodni kellene arról, hogy a 30. életévüket meghaladott gyermektelen, *nőtlen férfiak*, a két- illetve háromévi házasságuk után *gyermektelen* vagy *egygyermekes családok megfelelően megadóztassanak*. Ezzel oly összegeket lehetne biztosítani, hogy az anya- és csecsemővédelem kiadásainak fedezése mellett bőven lehetne támogatni *prémiumokkal* és segélyekkel a három és ennél több gyermekes családokat is. Az 1920. évi nép-

számlálás adatai szerint Csonka-Magyarországon 125,396 volt a 30. életévét meghaladott nőtlen férfi, a gyermektelen házaspárok száma: 294,007, míg az egygyermekes házaspárok száma 272,434 volt. Ha már most a 30. életévét meghaladott nőtlen, gyermektelen férfiakat átlagban csak évi 20 aranykoronával, tehát naponta egy kifli árával, a gyermektelen házaspárokat átlagban évi 10 aranykoronával, s az egygyermekes családokat pedig átlagban évi öt aranykoronával megadóztatnánk, közel hétmillió aranykorona folyna be az anya- és csecsemővédelem céljaira, ha pedig a jövedelem arányában vettetének ki ez az adó, előrelátható, hogy ez összeg kétszeresét lehetne elérni. Ez adók behajtása különösebb kiadást nem is okozna, mert az állami adókkal egyszerre lehetne, úgyszólván költség nélkül ezeknek a kivetését és behajtását biztosítani. Ha elgondoljuk azt, hogy a magyar anya- és csecsemővédelem országos szervezetére ez évben csak 700,000 aranykoronát fordít az állam, láthatjuk, hogy mily nagyarányú, ugrásszerű fejlődést lehetne a fentemlített adók behozatalával az anya- és csecsemővédelem szempontjából biztosítani, amellett, ismétlem, bőven volna lehetőség a többgyermekes családoknak gyermekeik neveléséhez megfelelő segélyeket és jutalmakat biztosítani.

Nagyban megkönnyítené az anya- és csecsemővédelem országos szervezete költségeinek biztosítását, ha a ma eléggé széttagolt munka egyesítetté, vagyis ha az anya- és csecsemővédelmet egy országos szervezet látná el az ország minden lakosára nézve kivétel nélkül, és ha a munkásbiztosító és más betegsegélyező pénztárak, az állam, a társadalom nem egymástól függetlenül, sokszor egymás ellenében végeznék e munkát. Így rengeteg felesleges adminisztrációs költség esne el és egységesebben, főleg igazságosabban és eredményesebben is lehetne a védelmi munkát kiépíteni. Nem beszélve arról, hogy ez esetben a mai szervezet alkalmazottainak a megélhetését, úgyszólván nem is biztosító illetményeit is méltányosan, a megélhetést a mai nehéz viszonyoknak megfelelően biztosító mérvben lehetne megállapítani.

Hiszem azt, hogy ha a kormány, a hatóságok és társadalom mindegyike önzetlenül a haza iránt érzett törhetetlen szeretettel karolja fel az anya- és csecsemővédelem nagy nemzetmentő ügyét és az anya- és csecsemővédelem országos szervezete úgy erkölcsi, mint anyagi tekintetben megerősödvé, eredményes munkát fog végezhetni és teljes kiépítése után rövid pár év múlva statisztikai adatokkal letagadhatatlanul igazolható eredményekkel — szerencsétlen hazánk újjábredésének — biztos alapokat fog teremteni.

Hozzászólások:

1. Dr. Heim Pál, egyetemi ny. r. tanár (Pécs): Én egy kérdést szeretnék jobban megvilágítani. Mindkét referátum megemlíti, hogy az eredményes csecsemővédelem egyik feltétele, hogy a csecsemők számára kifogástalan tehéntej álljon a rendelkezésre. Diszpanzerek felállítása, a védőnői kar beállítása, a szoptatás propagálása, a felvilágosító munka, a tejkonyhák felállítása mellett, mint elengedhetetlen követelmény megmarad az, hogy *minden arra szoruló csecsemő számára legyen kifogástalan tehéntej kapható.*

E tekintetben még igen sok a követelmény. Aki a fővárosban működik, azt gondolná, hogy a vidéken, különösen a falvakban, ez nem probléma. Pécsi működésünk egész másra tanított meg minket. Maga Pécs körül van véve közeli falvakkal, amelyek könnyen és gyorsan be tudják juttatni a kisgazdák által termelt tejet Pécsnek. Mi azt tapasztaljuk, hogy ezek a kisgazdák által szállított tejek nem alkalmasak a csecsemő, de különösen a beteg csecsemő táplálására. Az istálló-higiéne, a tejnyerésnél követendő legegyszerűbb tisztasági eljárások annyira elhanyagoltak, hogy mi kénytelenek voltunk a klinika tej szállítóját kényszeríteni, hogy a klinikára szállított tejet nagyobb uradalomból szerezzék be. Én azt hiszem, hogy ha a falun működő orvos, állatorvos, bába, védőnő erre nagyobb gondot fordítana, ha a felvilágosító, tanító munkába az *istálló-higiéniéjét* is belekapcsolnák, úgy újabb fegyvert vinnénk be ebbe a nagy küzdelembe, aminek hatása nem maradna el.

Németországban igen gyorsan kezd elterjedni egy újabb tejipari produktum, és ez a *tejpor*. A tejet elporlasztják anélkül, hogy a vitaminok és egyéb hőérzékeny anyagok elpusztulnának. Így nemcsak tej, de gyógyító, tápláló keverékek is kaphatók poralakban. E készítmények nem romlanak. Németország már küldi e készítményeket hozzánk is. Fontos volna e kérdéssel nálunk is foglalkozni, mert így jelentős összegek mennek ki külföldre.

2. Dr. Fritz Sándor: Az anya- és csecsemővédelem az utóbbi években jelentős eredményt ért el, de a végleges céltól még nagyon messze van. Az elért eredmény a tanító és felvilágosító munkának köszönhető. A védőintézetek munkássága nem mindig kielégítő, mert gyakran későn jutnak a csecsemők gondozás alá. Az intézetben szülő nőket utasítani kell a lakóhely területén levő védőintézetbe, a szülőintézetten kívül, tehát az otthon szülőket már az anyakönyvi bejelentéskor kell ellátni megfelelő nyomtatvánnyal és utasítással. A csecsemőhalálozás nagy része az első élethónapra esik, a fiatal csecsemők sorsa a legveszélyesebb, ezekre kell különös gonddal vigyázni.

Az elért eredmények okát a szigorúan keresztülvitt természetes táplálásban látja, ez az oka annak is, hogy a nyári csecsemőhalálozás csökkent, az emésztési zavarok gyógykezelése is célszerűen, gyorsabban történik, mint ezelőtt. A csecsemőhalálozás legfőbb oka, a megbetegedések szerint, az emésztési zavarok (bélhurut) és a légzőszervek hurutos betegségei (tüdőgyulladás). Az első csoport ellen sikeresen jár el a tanító, felvilágosító munkásság; a második csoportba tartozók elleni védekezés nem elégíthet ki bennünket. A légzőszervi betegségeknek főleg a puhacsontú angolkóros gyermekek esnek áldozatul. Fontos dolog az *angolkór* leküzdése és megelőzése. Ennek két gyógyszerre van, a *csukamájolaj* és a *kvarcfény*. A védőintézeteket mindkettővel el kell látni, ezzel kiegészítjük ezeknek áldásos, betegségmegelőző működését.

Az eredményes munkához szükséges, hogy a védőintézetek személyzete megfelelő fizetésben részesüljön, csak akkor végezhetik felelősségteljes munkájukat, ha ennek ellenértékét a védőnők és az orvosok egyaránt megkapják. Ma ambícióval dolgoznak, de a munkakedv hamar lelohad, ha a sorsuk bizonytalan.

Nem tartja célszerűnek az anya- és csecsemővédelem országos szervezeté-

ben a kisdetek korhatárának az iskolás korig való kiterjesztését, mert ez már nem befolyásolja kellő mértékben a gyermekhalálózást, a védőintézetek működésében zavart idézhet elő, sőt a fertőzőbetegségek terjesztésére adhat alkalmat. Napközi otthonok és gyárak területén bölcsődék létesítése célszerű, mert a munkába járó szoptató anyák, csak így táplálhatják csecsemőjüket.

Agglegényadó behozatalától eredményt nem vár, az agglegénység csak a gazdasági helyzet következménye, ebből sok jövedelem nem várható. Sokkal célszerűbb a meglévő adórendszer keretében az egyenes állami adónak két-három százalékos pótlékolása, vagy a meglévő betegápolási stb. címen kivetett adóból való részesítése.

3. Dr. M e r é t e y S á n d o r (Kecskemét): A csecsemőhalálozás elleni küzdelem terén legeredményesebb eszköznek bizonyultak a védőintézetek, azért e bevált intézmények szaporítása, fejlesztése, tökéletes kiépítése a legelső és legfontosabb feladat. Feleljen meg minden védőintézet három irányú tevékenységének: orvosinak, kulturálisnak és szociálisnak.

A törekvés arra irányuljon, hogy minden védőintézet élére szakképzett gyermekorvos kerüljön. A csecsemővédelem szociális és kulturális vonatkozásait, a gyermekorvostannal kapcsolatban, az orvostanhallgatók hallgatni köteleztessenek. Minden védőintézettel kapcsolatban működjék *tejkonyha*, mely még primitív formában is elvitázhatatlan szerepet tölt be a táplálkozási zavarok leküzdésében. A tejkonyhák keretében kívánatos a védőintézetek területéről a fölösleges anyatej összegyűjtése. Súlyosabb táplálkozási zavarok eseteiben ez üdvösen felhasználható volna. Minden védőintézetnek legyen Kvarc-lámpája, mely az orvosi ténykedést az angolkór s más betegségek eseteiben hathatósan támogatja. Minden védőintézetben a lues leküzdését rendszeresen munkálják a lueses anyák és csecsemők kezelésével, protokollálásával és állandó, hosszú időre kiterjedő figyélésével. E célra álljon a védőintézet rendelkezésére kellő mennyiségű jól bevált antilueses szer (neosalvarsán, bismut-készítmények). Minden védőintézettel kapcsolatban állítassék fel *bölcsőde* és *napközi-otthon*, melyek nemcsak orvosi és szociális, de kulturális szempontból is kívánatosak, mert ezek az intézmények lesznek a kulturális, nevelő munka — melynek okvetlen demonstratív jellegűnek kell lenni — leghálásabb terei.

A kulturális és szociális munka eredményessége megkívánja a társadalommal való állandó, szoros együttműködést.

A törvénytelen gyermekek természetellenesen magas halálozási százaléka kívánatosá teszi a szigorúbb ellenőrzést. Mulasztások esetén az anyát büntetni kell, de más oldalról kívánatos az anya komoly jogi, szociális és erkölcsi védelme. Minden védőintézetnek legyen ügyésze, ki az apai keresetet minden esetben szigorúan kezelje. *Szükséges a házasságonkívül született gyermek és anya jogait védő szigorúbb és igazságosabb törvény megalkotása.*

A csecsemők és gyermekek kötelező gyógykezelését szabályozó, annak elmulasztását büntető törvényt minden esetben, ahol tényleges mulasztás esete forog fenn, szigorúan végre kell hajtani. A mezőgazdasági cselédek gyermekei gyógykezelésének elmulasztásáért a munkaadót kell felelőssé tenni, ha a

mulasztás oka ő lenne fuvar megtagadásával vagy munkamentesség meg nem adásával.

A tanyai csecsemővédelmet míg az előadó úr által javasolt üdvös és mielőbb kívánatos tanyai központok létesítése megvalósul, egyedül az iskolákon keresztül munkálhatjuk. A tanítók nagy nemzeti jelentőségű levente-tevékenységéhez a tanítónék és tanítónők csecsemővédelmi tevékenységének kell társulni. Ez a munka is levente-munka, — mely üdvös és áldásos lesz az ifjúság levente-mozgalmára, — egészségesebb, edzettebb generációt nevelve ... Ezért szükséges tanyai iskolákhoz tanítónőket is és lehetőség szerint nő tanítókat kinevezni. Mindezeket a vallás- és közoktatásügyi minisztériummal kapcsolatban intézményesen kell megszervezni.

Talán merésznek látszik következő javaslatom: *tételessék kötelezővé* minden csecsemő bemutatása kereszteléskor, féléves és egyéves korban! Az utóbbi egybeeshetik a himlőoltással. E rendelkezés különösen a tanyai csecsemők védelme szempontjából lenne fontos, hol százával nőnek fel gyermekek, anélkül, hogy orvos szembe elé kerülnének.

Látunk fejlődésben nagyon visszamaradt, súlyos angolkóros fejlődési rendellenességben s más bajokban szenvedő csecsemőket, kisdedeket, kik idejekorán menthetők, gyógyíthatók lettek volna. Ebben a csecsemővédelemintézetnek és tisztiorvosi hivatalnak kell a főszerepet juttatni. Ha el lehet rendelni és szigorúan végre is lehet hajtani a lovak bemutatását, nem kell sajnálni az energiát, fáradságot az állatnál mégis csak értékeesebb emberanyag, főként tanyai emberanyag, megmentésére.

4. Dr. D e u t s c h Ernő, igazgató-főorvos: A kérdések hatalmas komplexumából kiragadom a csecsemőkorra oly nagy horderejű *mesterséges táplálás kérdését*. E téren az utolsó időkben a tudományos felfogás: a vegyi és bakteriológiai kísérletek tömkelege, a gyakorlóorvos szempontjából rémségesen szövődtette a csecsemő «természetellenes» (mert helyesen a táplálás e fáját e melléknévvel kell illetnünk) táplálásának megítélését.

E téren bő tapasztalatokat szerzett, melyeket oly irányban foglalna össze, hogy a védőintézetek tejkonyhája egyrészt «hiteles tej» forgalomba hozatalával foglalkozzék, másrészt az «anyák iskolájában» adja meg az anyáknak a tudás azon minimumát, melyre a csecsemőre nézve javalt táplálék elkészítésére szüksége van. Az ú. n. diétás tápszerek javarésze oly komplikált, hogy azok sem a mindennapi magánygyakorlatban, sem pedig a tág keretekben működő szociális intézményekben nem alkalmazhatók, az egyszerűségekre való törekvés e téren tudományos és szociális szempontból egyaránt a legnagyobb vívmány; a kísérlet a klinikák és kórházak keretébe tartozik.

Egy másik döntő befolyású kérdés az állami, városi, társadalmi és felekezeti szociális intézmények együttműködésének elengedhetetlen szükségessége! Állam- és társadalomban egyaránt megvan a törekvés a központosításra, de az eredmény — mondjuk ki nyíltan és őszintén — hajótörést szenved a kölcsönös meg nem értésen és általánosan uralkodó emberi gyengéken.

Az embervédelmi intézmények egymás mellé helyezése esetében találunk ismétlődéseket és tátongó hiányokat, vagyis van sok hasonló munkakört

végző egyesülés, melyek részben hiábavaló munkát végeznek s evvel szemben hiányoznak a láncszemek, melyek a szociális munka folytonosságát biztosítják.

Város és állam utóbbi időben egyaránt ellenőrzik az ú. n. jótékony-egyesületek anyagi állagát, jegyzőkönyvileg lefektetik az alapszabályok be- vagy benemtartását, de nem nyúlnak bele erős kézzel az intézmények működési lényegébe. Erre, bármennyire irtózom az autonómia sértésétől, szükség van. Itt okvetlenül céltudatos és energikus állami beavatkozásra van szükség, ma inkább, mint valaha, midőn takarékoskodnunk kell a rendelkezésre álló anyagiakkal.

5. **L i b e r E n d r e**, székesfővárosi tanácsnok: A világháború után úgyszólván egész Európában kívánatosá vált a szociálpolitikával való foglalkozás, ennek pedig különösen gyermekvédelmi ága az, amely általában Európaszerte felkeltette a figyelmet, mert hiszen a világháború nagy veszteségei után főként erre van legnagyobb szükség. Csupán néhány gyakorlati kérdéssel kívánok foglalkozni, különösen a főváros szempontjából. Nézetem szerint a szociálpolitikának alapja nem lehet más, mint a helyes gyermekvédelem, a gyermekvédelemnek pedig már a terhes anya védelmével kell kezdődnie, mert hiszen a terhes anyát védeni kell, már csak azért is, mert nemcsak az ő életéről van szó, hanem mert egy gyermeket is hord szíve alatt. Az anyas- és csecsemővédelem lehet alapja a jól kiépített szociálpolitikának.

Nézetem szerint a csecsemőkorhatárt jóval ki kellene tolni azon a koron túl, amelyben ma a csecsemővédelem korhatára meg van állapítva. A hároméves kortól legalább is az iskolaköteles korig kellene a korhatárt kiterjeszteni. Ha ezt megtesszük, akkor az iskolaköteles koron alól levő gyermek védelméről nemcsak az anyaothonok, gyermekotthonok, bölcsődék útján kellene gondoskodni, hanem gondoskodni kellene erről — mint arra Keller igazgató úr is rámutatott — napköziothonoknak, óvodákkal és az óvodáknak egyéb gyermekvédelmi intézményekkel való kibővítése útján. Az állam megteszi a maga kötelességét; a gyermekvédelmi törvény az államnak olyan intézkedések jogát biztosítja, amelyek a gyermekvédelem bizonyos kereteit teljes mértékben kitöltik. Az állam intézkedései önmagukban nem elégségesek: feltétlenül szükséges pl. az, hogy az állami gyermekmenhelyek intézménye fejlesztessék, kibővítettessék, hogy azok a modern követelményeknek minden tekintetben megfelelőek legyenek.

A gyermekvédelemből azonban nemcsak az államnak kell kivenni a részét, hanem ki kell venniök részüket a helyi hatóságoknak s magának a társadalomnak is. A társadalomnak a gyermekvédelemben való közreműködését legjobban mutatja a körülbelül 10 évvel ezelőtt alakult Stefánia-Szövetség, amely immár túlnőtt azokon a kereteken, amelyek egy tisztán társadalmi egyesület működését határolják, mert hiszen nagyon jól tudjuk, hogy a Stefánia-Szövetség teljes mértékben s harmonikusan működik együtt az állammal és a székesfőváros hatóságával.

A gyermekvédelem helyes irányítása tulajdonképpen azt vonná maga után, hogy a gyermekvédelmet egységesen kellene szervezni, egységesen

kellene irányítani egy olyan szerv által, amely az államnak, a helyi hatóságoknak és a társadalomnak működését együttesen és harmonikusan tudná biztosítani. A székesfőváros hatósága a maga részéről a gyermekvédelem terén mindent megtesz, még pedig nagyrészt a Stefánia-Szövetséggel egyetértésben. A Stefánia-Szövetség védőintézközének felállításában készségesen vette ki részét a múltban és ezt fogja tenni a jövőben is. A főváros hatósága a Stefánia-Szövetséggel bonyolítja le tejakcióját is, amelyről *Keller* igazgató úr már megemlékezett és amelynek eredményét mindnyájan látjuk.

Itt kell belekapcsolódnom *Heim* professzor úr felszólalásába, aki a tejkonyhák, illetőleg tejakciónak eredményes működését joggal vonja kétségbe abban az esetben, ha nem tudjuk biztosítani azt, hogy az ilyen tejkonyhák vagy akciók készítményei, tej ellátmányai olyanok legyenek, amilyeneknek orvosi szempontból lenniök kell. A magunk részéről e tekintetben mindent megteszünk, hogy a tejakciókban részesülő gyermekek egészséges, jó tejet kapjanak, ezért a tejet állandóan ellenőriztetjük a magunk hatósági embereivel és meg vagyok győződve arról, hogy e tekintetben semmiféle panasz sem merült fel.

Egy harmadik módja a segítségnek a gyermekvédelem terén, amelyet szintén a Stefánia-Szövetséggel együtt bonyolítunk le, a csecsemőkelengyeakció. Köztudomású, hogy a háború és a forradalmak után ezrével voltak olyan csecsemők, akiknek nem volt megfelelő ruhájuk, akiket szülők papirosba göngyölve vittek magukkal. Ezen feltétlenül segíteni kellett és a magunk részéről meg is teszünk mindent, hogy ezt az akciónkat ne csak fenntartsuk, hanem bővítsük is és kiterjesszük nemcsak a csecsemőkre, hanem a csecsemőkoron túl levő gyermekekre is.

6. *R u f f y* Pál: Engedjék meg, hogy én, mint a gyermekvédelem munkásai között a veterán, aki magam is igénytelen részese voltam a törvényhozásnak akkor, amikor a törvényhozás 25 évvel ezelőtt ebben a teremben megalkotta azt a szervezetet, rámutassak arra, hogy erre a szervezetre fel lehet építeni a gyermekvédelmi intézmények további sorát.

Kétségtelen, hogy ezt az intézményt fejleszteni kell, mert ami nem fejlődik, az hanyatlásnak indul. Fejleszteni kell egyrészt a *gyermekmenhelyek szaporítása által*, amint mi már annak idején rámutattunk arra, hogy két város van, amely múlhatatlanul igényel gyermekmenhelyet: Miskolc és Győr városa. De ezzel a fejlesztéssel én nem érném be. Azt szeretném, ha a gyermekmenhelyek — mint ahogy eredetileg tervezték — az összes gyermekvédelmi kérdéseket felölelő vidéki központokká lennének, amely vidéki központokban található minden érdek, amely a gyermekvédelmet szolgálja nagy általánosságban. A *gyermekmenhelyek fenhatósága alá kellene tehát helyezni* az összes, abban a körzetben levő állami intézményeket; a gyermekmenhely fenhatósága alá kellene helyezni az abban a körzetben létező összes társadalmi intézményeket, valamint az összes, magánjótékonyaságból eredő intézményeket is.

Ha így képzeljük el a gyermekmenhelyek fogalmát, akkor látjuk, hogy nagy, erőteljes vidéki szervezeteket létesíthetünk, amely bár központi minisz-

téri fenhatóság alatt áll, a gyermek védelmi kérdésekben mégis bizonyos szuverenitással dolgozik.

Nagyon helyesen mutatott rá *Szandtner Aladár* mélyen t. barátom arra, hogy a hézagokat pótolni kell. Ezt mi úgy fogtuk fel, hogy *kisegítő intézményeket kell létesíteni*, amely kisegítő intézményekkel maga a gyermekvédelmi törvény nem foglalkozik, de nem is foglalkozhatik. Itt előttünk áll ezeknek a különítményeknek egész hosszú skálája, amelyek foglalkoznának a gyermekekkel, az idiótától felfelé, egészen a lángelméig, a nagy tehetségig.

Felmerül most az a kérdés, hogy ezek a kisegítő intézmények, egyrészt a népjóléti miniszter, másrészt pedig az egyes gyermekmenhelyek fenhatósága alatt milyen munkát végezzenek, és akkor előttünk áll az a kérdés, hogi' voltaképpen hogyan is osztályozzuk felügyelet szempontjából ezeket a kisegítő intézményeket.

Az én nézetem az, hogy azok a kisegítő intézmények, amelyek az idiótákkal, a gyógyíthatatlan betegekkel és az elmebajosokkal foglalkoznak, maradjanak állami kezelésben, mert a társadalomtól nem várhatjuk azt, hogy az eugenika törvényei szerint szabályozott ezt az osztályozást a társadalom lássa el. Ez az állam feladata, az államnak kell arra törekednie, hogy ami nem életképes, ami propagatív erőre nem alkalmas, azt a társadalom szervezetéből kihasítsa. A társadalom számára pedig megmaradnának a produktív foglalkozások: a diszpanszer-ek, az árvaszékek, a csecsemőotthonok stb. intézményei.

De én elsősorban nem is azért kívántam felszólalni, hogy megismételjem azokat, amiket az igen t. előadó úr elmondott. Én egy körülményre akarok rámutatni, a társadalmi intézményeink körül tapasztalható állapotokra. Tudunk mi arról, t. értekezlet, hogy milyen társadalmi jótékony intézményeink vannak? Vezetünk mi törzskönyvet, nyilvántartást, ellenőrizzük ezeknek munkásságát? Nem tudunk róla úgyszólván semmit sem, nem ellenőrizzük őket, ezek dolgoznak saját tetszésük szerint. Néhány lelkes hölgy szervez egy egyesületet, teremt egy árvaházat és azután annak az árvaháznak javára iparkodik igénybevenni a társadalom áldozatkészségét és igyekszik tekintélyes állami szubvencióra szert tenni; az egész attól függ, kinek milyen a patrónusa; egyébként azonban egy alkalmazott gondnok vagy gondnokkisasszony ellátja az intézményt.

Itt kell megkezdeni az alapozást: *az állam tartsa kötelességének a gyermekvédelmi igazgatást s először is írassa össze és térképeztesse az összes társadalmi jótékony gyermekvédelmi intézményeket*. Erről a térképről nemcsak azt fogjuk látni, hol mi van, hanem azt is megfogjuk látni elsősorban, hogy mi nincsen. Akkor azután látni fogjuk, mennyi nagy tere van a társadalmi jótékonyágnak, amelynek gondozója nincsen. Akkor majd egyenként megvizsgáljuk az egyesületeket: van-e társadalmi munkássága, van-e egyesületi élete, vannak-e tagdíjai, lelkes tagjai, milyen államsegélyt élvez és milyen összeget sajtol ki az áldozatkész társadalomból; és akkor látni fogjuk, hogy az egyesületi élet papíros, a társadalmi jótékonyág papíros, az egyesületi munka papíros, Én tehát azon a nézeten vagyok, hogy azokat a társadalmi intézményeket.

amelyek hatásos munkát végeznek, igenis támogassa a társadalom, az állam. Az életképtelen egyesületeket azonban ne sajnáljuk, azok hadd pusztuljanak, mert nemcsak hogy nem használnak a gyermekvédelemnek, hanem annak határozottan ártalmára vannak.

Egyesíteni kell a gyermekvédelmi intézményeket, mert most ahány minisztérium van, annyi helyen rendelkeznek a gyermek sorsa felett. Szervezni kell egy, a népjóléti miniszter fenhatósága alatt álló, de teljesen önálló gyermekvédelmi hivatalt; ebbe azután beválasztjuk azokat, akiknek hivatottságuk, lelkesedésük, szívük van, s ezekre bízunk a gyermekvédelmet. De nem úgy, hogy az egyik osztályban ma az egyik osztályban foglalkoztatjuk, holnap a másik osztályban, úgy, hogy sokszor dilettáns intézi a gyermekvédelmet annak teljes tájékozatlanságával. Ezen az állapoton okvetlenül segíteni kell, úgyhogy azok, akik a gyermekvédelem szolgálatában vannak, legyenek a gyermekvédelemnek valóságos apostolai, akik arra törekednek, hogy elhagyott, mostoha elbánásban részesülő gyermek ne legyen az országban.

7. Dr. T ü d ő s Kálmán, városi tisztifőorvos (Debrecen): Az előadó javaslatait nagy általánosságban megfelelőknek tartom.

A terhesség kötelező bejelentése keresztülvihetetlen, céltalan, de még ártalmas is lehet. Először is kérdés, hogy ki tegye meg a bejelentést, kihez, és a terhesség melyik időszakában. Egy ilyen kötelezettség annyira belevág az egyéni szabadságba, hogy kétségtelenül csak eltitkolásokra, ebből származó kuruzslásokra, s végeredményében egyfelől a vetélések szaporodására, másfelől az anyák pusztulására vezetne. Különösen a házasságonkívüli terhességeknél mutatkoznék egy ilyen rendszabálynak káros hatása. Nem kell bővebben fejtegetni, hogy az ilyen terhességek legnagyobb részét az illetők titokban akarják tartani. Így még megeshetik, mint ahogy sokszor meg is történt már, hogy az illető nő egy szülő-intézetben, vagy más diszkrét környezetben megszüül és fel is neveli gyermekét. A kötelező bejelentés esetén egész sereg ember, hatóság szerezne tudomást állapotáról, tehát minden gondja arra irányulna, hogy terhétől mindenáron, még élete és egészsége veszélyeztetése árán is, megszabaduljon.

Megemlítem még, hogy a nőtlenség külön megadóztatása az anya- és csecsemővédelem céljaira természetes és jogos dolognak látszik előttem, mert az az igazság, hogy az ilyen emberek is megfelelő mértékben viseljék a társadalmi kötelezettségek terheit. Ennek az adónak azonban elég érzékenynek kell lenni, hogy az említett cél általa komoly támogatásban részesülhessen.

8. Dr. K o v a c s i c s Sándor, járási tisztiorvos (Tét): A csecsemővédelem kérdéséhez a falu szempontjából óhajtok néhány megjegyzést tenni.

A magyar csecsemőhalálozási statisztika jellegét az első hónapi nagy mortalitás alkotja. Ennek oka pontosan tanulmányozva és kimutatva nincsen. Győr vármegye Sokoróaljai járása területén 100 egyhónapon alul elhalt csecsemő halálozási körülményeit tettem tanulmány tárgyává. Vizsgálataim 21 kérdőpontot öleltek fel. Ezek közül kiemelem a következőket: Az első hónapi halálozási szám az egyévi csecsemőhalálozásnak $\frac{1}{3}$ részétől $\frac{1}{2}$ -ig teszik

ki. Az első havi halálozások nem a nyári, hanem az őszi, téli hónapokra esnek. Következésként oszlik meg évszakok szerint: A téli hónapokra esik 59 %, tavaszra 20 %, a nyári hónapokra 21 %. Nem az anyatej volt az első táplálék, melyet az újszülöttnak nyújtottak 46 %-ban. Az elhalt 100 csecsemő közül 34 volt első gyermek, 15 a második, 19 a harmadik. Rendszeretlenül történt a csecsemő táplálása 70 %-ban. Tisztán csak anyatejet kapott 56, a többi cukros teát, vagy különböző hígítású tehéntejet. Szoptatáskor az anya ujjával, tenyerével megnyálazta mellbimbóját 58 esetben. Cukros vízzel kente be 5 anya, tiszta vízzel, szappannal 27 anya mosta meg mellbimbóját. A csecsemő szoptatására, gondozására az első tanácsot 85 csecsemőnél a bába adta, 6 esetben az orvos, 9 esetben a szülők vagy ismerősök tanácsa érvényesült.

Orvos látta az újszülöttet 64 esetben, 36 újszülött nem részesült orvosi rendelésben. Orvos helyben lakott 46 esetenél, 5 km távolságra 10, tíz km-nél távolabb 46 csecsemőnél. Az orvosi székhelyen 100 csecsemő közül tízévi átlagban meghalt az első hónapban 5—8; 5—12 km távolságban 10—12. Faluhelyen a törvénytelen csecsemők száma elenyészően csekély. Alkati betegségek, lues, alkoholizmus, gümőkór nagyobb szerepet nem játszanak. Feltűnő szegénység volt 23 %-ban. Csak egy szoba volt 77 esetenél, mely többnyire konyhának is használtatott. Szoba tisztasága kifogásolt volt 25 %-ban. Földes szoba volt s bent főztek a szobában 94 %-nál.

Ezekből következik, hogy az egyhónapon aluli halálozási okok szoros kapcsolatban vannak a téli időjárást jellemző tényezőkkel, ezen időpontra eső kedvezőtlen közegészségügyi viszonyokkal, különösen szellőzetlen, túlfűtött, párás lakásokkal s meghűléses betegségekkel. Másodsorban a helytelen táplálási viszonyok szerepelnek. Szoptatás előtt többnyire cukros teát nyújtanak az újszülöttnak s minden ok nélkül, többnyire a bába tanácsára, megkezdik a hozzátáplálást. A mellbimbónak tisztátlan volta, a csecsemő szájának piszkos kézzel való érintése s egyéb tisztátalan eljárások súlyos streptococcus-fertőzést okoznak, melyek végre is legyűrjék a gyenge szervezetet.

Az orvos távolsága miatt rendszeres gyógyításról nincs szó. A bába az, aki az első tanácsot adja s aki a legtöbb esetben gyógyítja ki a csecsemőt. A bábáknak rendkívül szigorú megrendszabályozásával sikerült elérnem, hogy a járásban az 1925. évben a mortalitás 10%-ra csökkent.

Az orvosi székhelyen az egyhónapon aluli mortalitás 50 %-al alacsonyabb, mint a székhelyen kívül eső községekben.

Javaslatom a következő: Minden magyar csecsemőt az első hónapban helyezzük hatósági orvosi felügyelet alá. A körorvos heti kiszállása alkalmazásával köteles legyen minden újszülöttet megvizsgálni, táplálására, gondozására szakszerű tanácsot megadni. A körorvos ezért díjazandó. Minden szülőnél csecsemővédelmi útmutatóval látandó el. A *bábakérdés* oly irányú megoldása, hogy megélhetése biztosítva legyen, műveltségénél fogva alkalmas preventív közegészségügyi szolgálatra.

A kiképzett védőnők pedig olyan falvakban helyezendők el, hol a cse-

csemő mortalitás csökkentése és a tudatlan kuruzsló bábák ellenőrzése végett reájuk legnagyobb szükség van.

9. Dr. G o r t v a y G y ö r g y, min. osztálytanácsos: Inkább csak információképpen az elhangzott felszólalások kapcsán, a következő két kijelentést szeretném tenni. Az az egészségügyi irányzat, amely ma az egészségügyi kormányzatban dominál, mindkét kérdést, amely a ma délutáni felszólalások kapcsán szóba került, máris megfontolás tárgyává tette, és mondhatnám, a munka ebben az irányban igen előrehaladott stádiumban van. A mai egészségügyi kormányzat egyik vezető elve az úgynevezett egészségügyi gondoskodás, ami abban kulminál, hogy a lakosság minden kategóriája az előzetes, preventív tanácsadás keretébe vonassék. *Keller* igazgató úr előadásának egyik pontja szintén ide célzott. Azt hiszem, megnyugtatóan fog szolgálni, ha kijelentem, hogy az egészségügyi igazgatás szintén ilyen irányban és ebben a mértékben tervbe vette már az egészségügyi preventív gondoskodásnak az iskolaköteles korig való kiterjesztését.

Arra a másik kérdésre, amelyre *Ruffy* ömértósága célzott, hogy t. i. a félhivatalos társadalmi és közjótékonyági egyesületek szorosabb kooperációba kerüljenek a hivatalos szervezetekkel, illetőleg a társadalmi egyesületek közjótékonyági és egészségügyd munkája bizonyos korrelációba hozassék azokkal a vezérelvekkkel, amelyeket az egészségügyi igazgatás követ, és azok munkája jobban kihasználtsák. szintén azt a megnyugtató kijelentést tehetem, hogy az egészségügyi igazgatás vezetősége már előkészületeket tett abban az irányban, hogy bizonyos munkaközösségek, összemunkálások keletkezzenek mindazon hivatalos, félhivatalos és társadalmi egyesületek közt, amelyek akár szociális, akár közjótékonyági, akár egészségügyi munkával foglalkoznak. Hogy milyen keretben lehetséges ennek megoldása, erre vonatkozólag most nem tudnék nyilatkozni, de ennek a kooperatív munkának létrehozása, amely gazdasági szempontból is nagyon kívánatos, annyira komoly megfontolás tárgya volt az egészségügyi kormányzat részéről, hogy a *Ruffy* ömértósága által javasolt összeírása a közegészségügyi egyesületeknek máris megtörtént, s az összeírás eredményének feldolgozása s egy külön kiadványban a közönség elé bocsátása, folyamatban van.

Elnök: dr. B ó k a y J á n o s, egyetemi ny. r. tanár.

Gyermekvédelem.

Előadó: P e t t k ó - S z a n d t n e r A l a d á r, népjóléti és munkaügyi h.-államtitkár.

1. Mai állami gyermekvédelmi rendszerünket és eszközeinket, figyelemmel különös viszonyainkra, jelenlegi gazdasági helyzetünkre és teherbíróképességünkre, célszerűnek és fejlesztésre alkalmasnak kell mondanunk.

2. Tökéletesítése céljából gondoskodni kellene, hogy az időközben létesített, azok a hézagpótló intézmények, melyek a nehezebben fegyelmezhető (csavargásra, szökésre, züllésre hajlamos) gyermekek nevelésére szolgálnak, a szükségletnek megfelelően szaporíttassanak.

3. Gondoskodni kellene azon intézetek számának növeléséről, amelyek a képzésre vagy foglalkoztatásra alkalmas nyomorék (testi nyomorékságban szenvedő) és gyengeelméjű gyermekek elhelyezésére, tanítására és nevelésére vannak rendelve.

4. Olyan intézeteket kellene létesíteni, amelyekben a képzésre teljesen alkalmatlan nyomorék és gyengeelméjű gyermekek elhelyezendők volnának (irgalomháza, ápolóintézet).

5. A tbc.-re hajlamos, ú. n. praetuberkulotikus gyermekek számára a soproni «Manninger-ház, erdei iskola» és a szombathelyi erdei iskola mintájára, mielőbbi és minél több intézetet kellene létesíteni.

6. Az állami gyermekmenhelyek számát — a tervbevett miskolci és győri menhelyeken kívül — szaporítani és az országot szaporításnak megfelelően olyan új menhelyi kerületekre kellene beosztani, amelyeknek lélekszáma egyenként 500,000-nél több ne legyen.

7. A budapesti állami gyermekmenhelyhez hasonlóan gyermekkórházzá kellene fejleszteni a vidéki gyermekmenhelyeket is, különösen ott, ahol gyermekkórház vagy klinika nincsen.

8. A hadiárvaik részére különleges rendeltetéssel létesített nevelő-tanító (ipari, kertészeti, háztartási stb.) intézeteket a hadiárvagondozás megszűntével kizárólag az állami gyermekmenhelyek kötelékébe tartozó gyermekek számára kellene hozzáférhetővé tenni.

*

*

*

25 esztendő tapasztalata igazolja, hogy az a rendszer, melyet alapvető törvényeink megalkottak és amelyet az 1925. évben kiadott 2000. sz. népjóléti és munkaügyi miniszteri rendelet a törvény alap gondolatának sértetlenül hagyása mellett kiterjesztett és kiépített, teljes mértékben bevált, célirányos és eredményes volt.

Országunk lakossága — egyes vidékek kivételével — a szó igaz értelmében gyermekbarát; vonzalommal és szeretettel viseltetik a gyermek iránt általában, de különösen az elhagyott gyermekkel szemben, akinek gondját még ellenszolgáltatás nélkül, is mindenkor szívesen felvette és felveszi.

Számtalan példa bizonyítja és magam is sok esetben tapasztaltam, hogy a kihelyezett gyermek és nevelőszülője között olyan meghitt viszony és olyan szeretet keletkezett, mint amilyent csak a mintaéletet élő családoknál találunk. Nem egy esetben megható példáját láttam a gondoskodásnak messze túl a megállapított korhatáron a nevelőszülő részéről, majd öregedő és elaggott korában viszonzásul a nevelt gyermek részéről.

Es, miként erről már a lapokban és nyilvános előadásaimban is jóleső érzéssel beszámoltam, alkalmam volt arról is meggyőződni, hogy a gyermekmenhelyből kihelyezett gyermek sok esetben állandó érintkezést tartott és tart fenn annak igazgatójával; gyermeki szeretettel, tisztelettel és ragaszkodással volt. illetve van irányában.

Mindezek a tények és körülmények igazolják, hogy állami gyermekvé-

delmi rendszerünk eredményesen és sikeresen szolgálja azt a célt, melyet a törvényhozó bölcs és fenkölt elgondolással 25 évvel ezelőtt magának kitűzött. És mert ez a rendszer a mondottakból kitűnően életképes és alkalmas a fenntartásra, nyilvánvalóan alkalmas a további fejlesztésre és további kiépítésre is. Hogy milyen irányban: azt világosan kifejtettem pontokba foglalt javaslatomban.

Kivétel nélkül házagpótló institutiók létesítéséről, illetve ilyeneknek szaporításáról van szó.

A múltban egyáltalában nem állott rendelkezésünkre olyan intézet, mely a nehezebben fegyelmehető: szófogadatlan, rakoncátlan, csavargásra, szökésre, iskola- s dologkerülésre és züllésre vagy éppen lopásra hajlamos és ezért nevelőszülőnél való elhelyezésre alkalmatlan fiú- és leánygyermeknek internátusszerű nevelésére szolgált volna. Ma már három ilyen intézetünk van, kettő fiúk és egy leányok részére, melyek közül kettőt a folyó évben létesítettünk.

Ám ezek az intézetek, főként a fiúk nevelésére valók, korántsem elégségesek. Szaporítani kell azokat, nehogy a férőhely hiánya folytán intézetbe fel nem vehető gyermekek elzüljenek, kellő nevelés és iskoláztatás vagy mesterségre való kitanítatás nélkül maradjanak, vagy éppen a társadalom terhére váljanak.

Ma fontosabb ez a jelszó, mint bármikor volt, hogy meg kell menteni és a haza derék és becsületes polgárává kell nevelni *minden* gyermeket!

Egyelőre a gyermekmenhelyi kötelékbe tartozó gyermekek egyre növekedő létszámát figyelembe véve, egyenként még két. 100 férőhelyes szigorított fiúintézet felállítására volna szükség.

A múlt év nyaráig nem volt még intézetünk, amely a sajnos, viszonylag nagyszámban lévő olyan gyengeelméjű gyermekek képzésére és nevelésére szolgált volna, kik szellemileg képezhetők vagy gyakorlatilag foglalkoztathatók.

A kérdéses időben Gyulán, a Békésvármegyei pártfogó-egyesület közreműködésével az ottani állami gyermekmenhely régi épületében létesített 70 férőhelyes gyógypedagógiai-intézet korántsem elégíti ki a szükségletet. Kénytelenek voltunk a székesfőváros ilyen rendeltetésű intézeteiben is nagyobb férőhelyeket biztosítani, de a kérdés csak akkor oldódna meg gyökeresen, ha legalább még 150—200 férőhelyes intézetet tudnánk teremteni.

Erre annál inkább volna szükség, mert a gyengeelméjű gyermekek megjelölt kategóriába tartozó fiúk és leányok szakszerű, különleges képzés nélkül nemcsak hogy teljesen elvesznek az emberiség számára, de állandó teherként jelentenek családjuk, környezetük és a köz számára.

Még máig sem sikerült olyan intézetet létesíteni, amely a nagyfokú testi nyomorékságban szenvedő és minden szellemi és testi munkára alkalmatlan, mindkétnembeli gyermek ápolására és gondozására szolgálna.

Egy, a budapesti San Marco-utcai Irgalomházához hasonló gyermek-ápoló-otthon létesítésére gondolok, melyben az állandó ápolásra és gondozásra szoruló fiúk és leányok nyernének elhelyezést, ezenfelül azok a szellemi és

gyakorlati képzésre alkalmas hétéven aluli gyengeelméjű gyermekek, akik éppen ezen koruknál fogva gyógypedagógiai-intézetbe még fel nem vehetők, végül a képzésre alkalmatlan idősebbkorú olyan gyengeelméjű gyermekek, akik nem ön- és közveszélyesek.

Azok az eredmények, melyeket az ú. n. pretuberkulotikus gyermekek gondozására hivatott sopronbánfalvai Manninger-ház, erdei iskola évenként felmutat, és amelyek nyomán a Vasvármegyei Tuberkulózis Ellen Védekező Egyesület szombathelyi erdei iskoláját modernül berendezve és megnagyob-
bítva újra életrekellette, szinte feleslegessé teszi az ilyen típusú iskolák, illetve internátusok számának növelésére irányuló javaslatom megokolását.

Míg az a törekvésem, hogy kisebb, mintegy 500,000 lelket számláló kerületek létesítése mellett szaporíttassanak az állami gyermekmenhelyek, nemcsak azoknak gyorsabb és könnyebb elérhetőségét biztosítaná, ami az érdekelt felek java és kényelme szempontjából nyilvánvalóan nem közömbös, de nagyban megkönnyítené a menhelyek igazgatását és a gyermektelepek gyakoribb központi ellenőrzését is.

Ugyancsak nem kíván bővebb megokolást az a javaslatom sem, hogy a budapesti állami gyermekmenhelyhez hasonlóan, gyermekkórházzá kell fejleszteni a vidéki menhelyeket is, különösen ha székhelyükön gyermekkórház, vagy klinika nincsen.

Végül vitán felül áll az, hogyha a hadiárvak és hadirokkantaknak gyermekei részére létesített különleges (ipari, gazdasági, kertészeti, háztartási stb.) rendeltetésű intézeteket — a hadiárvagondozás megszűntével — fenn fogjuk tarthatni és hozzáférhetővé fogjuk tenni a menhelyek kötelékébe tartozó gyermekek részére, nagy lépéssel visszük előbbre a teljes kiépítés, mondhatnám a tökéletesség felé az állami gyermekvédelmet, és úgy ennek, mint a többi javaslatomnak valóra válásával méltán kifogjuk érdemelni azt a dicséretet és elismerést, melyet gyermekvédelmi rendszerünk a Deutsche Vereinigung für Säuglings und Kleinkinderschutz folyó évi őszi düsseldorfi ülésén az egyesülés egy illusztris tagjától kapott.

Előadó: dr. K á d á r L á s z l ó L e v e n t e miniszteri osztálytanácsos.

1. A gyermekvédelem eredményessége érdekében szükséges a magyar gyermekvédelemnek újjáépítése a gyermekvédelem általánossá tételével és a gyermekvédelmi hatáskörök egyesítésével.

2. A gyermekvédelem újjászervezéséhez kívánatos az anya és csecseinővédelmi törvényhez szervesen csatlakozó általános gyermekvédelmet szabályozó törvény sürgős megalkotása.

1. A magyar gyermekvédelmi törvény szabályozza

- a) a gyermekvédelem szervezetét;
- b) az eljárást;
- c) a gyermekvédelem anyagi szabályait.

4. A gyermekvédelmi törvény szervezeti része egységesítse a különböző

hatóságokhoz tartozó gyermekvédelmi ügycsoportokat a legmagasabb hatóságtól az elsőfokon eljáró hatóságokig.

5. A gyermekvédelmi ügyeknek egységes szempontok szerint való intézése érdekében a különböző minisztériumok hatáskörébe tartozó gyermekvédelmi ügyek a népjóléti és munkaügyi minisztériumba, ha pedig ez nem volna lehetséges, egy egészségügyi közigazgatási és bírói osztályokra tagozódó gyermekvédelmi hivatalba tartozzanak.

6. Gyermekvédelmi ügyekben a jogi határozatokat családi (státus) bíróságok alakjában működő kir. bíróságok hozzák, a most működő vármegyei árvaszékeket szüntessék meg, a városi árvaszékeket pedig gyermekvédő hivatalokká alakítsák át.

7. Az egészségügyi gyermekvédelem kiépítése végett a kisdedovóintézetek egészségügyi és gyermekvédelmi (anya- és csecsemővédelmi intézetekké fejlesztessenek, továbbá az állami gyermekmenhelyeket) az általános gyermekorvosügy szolgálatába intenzívebben kapcsolják be, evégből az állami gyermekmenhelyek központjai gyermekkorházakká alakíttassanak át, a gyermekvédelem szociális részének elintézését pedig külön szervekre bízzák.

8. A gyermekvédelemmel foglalkozó egyesületek munkakörét egységes szempontok szerint a hatóság állapítsa meg és az együttműködésüket, valamint felügyeletüket egy felettük álló egységes szervezet biztosítsa.

*
* *

Az előttem szóló *Pettko-Szandner* államtitkár előadó úrnak feladata könnyebb volt az enyémnél: Ő a tegnap és a ma gyermekvédelméről beszélt, nekem a holnap gyermekvédelmét kell vázolnom. Az államtitkár úr joggal hivatkozhatott arra, hogy mindazt az eredményt, ami a gyermekvédelem mai szervezete mellett elérhető, megvalósította. Nekem azonban azokról a hiányokról kell beszélnem, amelyeket kipótolni a legközelebbi jövő feladata.

I. A magyar gyermekvédelemnek két nagy, eredendő hibája van: egyrészt hogy sohasem volt *általános* gyermekvédelem, hanem mindig csak egyes tüneti bajokat orvosolt, másrészt pedig, hogy az egyes tüneti bajok leküzdésére sincs meg az *egységes szervezete*.

A tüneti kezelésnél — hogy orvosi hasonlattal éljek — nemcsak hogy a kor színvonalán mozgott, hanem a nyugateurópai államok gyermekvédelmi intézményeit is megelőzte. Ámde itt is érvényesült nemzeti életünk örök tragédiája: nagy akarások, részletekben kitűnő eredmények, amelyeknek hatása nem tud a szerves fejlődésbe beleilleszkedni, s a torzószerű intézményt a legelső államéletünket fenyegető viharból betemeti a közönyösség homokja. Amint a magyar renaissance alig 30 évvel élte túl Mátyás királyt, a trianoni béke szomorú eredményei megsemmisüléssel fenyegetik a magyar gyermekvédelem két legnagyobb eredményét: az elhagyott és a bűnöző gyermekek védelmét.

Mert mind a kettő az európai nivót erősen meghaladta.

Széll Kálmánnak a legszemélyesebb gondolatából fakadt 1901: VIII. és

XXI. tc.-ek ki merték mondani azt, hogy minden elhagyott gyermeknek joga van az állami eltartásra. A nyugateurópai törvényhozások közül a német törvényhozás Reichsjugendwohlfahrtsgesetz-ben csak 1923-ban jutott ennyire.

Es a törvények negyedszázados évfordulóján szomorúan kell megállapítani, hogy a törvények végrehajtása nem érte el megalkotójának elgondolását, a Gyermekvédelmi Szabályzat, amely csak harmadévre tudta követni a már becikkelyezett törvényeket, tudatos visszafejlesztés a törvényekkel szemben: a végrehajtás sikerét első időben ugyan a magyar társadalom lelkesedése és lelkes férfiak önfeláldozó munkája biztosította, de ahogy haladt az idő. mult a társadalom lelkesedése és mindinkább előtornyosultak a nehézségek.

Másik kiválóan elgondolt része gyermekvédelmünknek *Balogh Jenő* nevéhez fűződik. Az 1908: XXXVI. tc.-nek a fiatalkorú bűnözőkről szóló részét nemcsak hogy nem fejlesztette vissza a fiatalkorúak bíróságáról szóló 1913: VII. te, hanem betetőzte azt, úgyhogy nincs oly nyugati állam, amelynek igazságügyi gyermekvédelme Magyarországét felülmúlta volna. És az igazságügyi gyermekvédelemnek alapjául szolgáló ezt a két törvényt kiegészítették az igazságügyi gyermekvédelemnek államot és társadalmat egyesítő jól átgondolt intézményei és szervezetei.

A gyermekvédelmi törvényalkotásnak ez a két csoportja szerezte meg Magyarország részére azt a tekintélyt, amelyet valamennyi állam gyermekvédelmi szakértői még ma is elismernek.

Mindkét gyermekvédelmi munkakör csak részleges volt: mert az elhagyott gyermekek az ország lakosságának alig $\frac{1}{2}$ a bűnöző gyermekek pedig még ennél is kisebb százalékát teszik ki, tehát a fenti törvényeknek a hatása, ez általános gyermekvédelmi szervezet szétforgácsoltsága miatt, csak papíron maradt, az ország védelemre szoruló gyermekeinek túlnyomó részére egyáltalán nem terjedt ki. Az 1920. évi statisztika szerint Magyarország lakosainak száma 7.980,143. ebből a 15 éven aluliak száma 2.443,555, a 15 évesek száma 179,390, ugyanakkor az állami gyermekmenhely kötelékébe csak 36,000. az igazságügyi gyermekvédelem intézeteiben csak 1700 fiatalkorú volt.

A trianoni béke következtében nemzetünk emberanyagban és gazdasági erőforrásaiban egyformán súlyos veszteségeket szenvedett.

Emberanyagunk regenerálásához okvetlenül szükséges a gyermekvédelemnek kiépítése általános gyermekvédelemmé, amit később általános embervédelemmé kell kiegészíteni. A mostani kongresszus tárgysorozata reményt nyújt erre. Az itt felmerülő eszmék azonban csak úgy valósulhatnak meg, ha a szép elgondolások és elméletileg kidolgozott tervek a köz, az állam és községek anyagi erejét figyelembe veszik, mert az állampolgárok adózóképességének a lehető legnagyobb megfeszítése következtében újabb, nagyobb terhek elvállalására már alig képesek. Vagyis nem hajtható végre a legtökéletesebb szociálpolitikai elgondolás sem a nemzet gazdasági erejének, teherbíró képességének figyelembe vétele nélkül.

Ha nem is fogadjuk el Marxnak azt a tételét, hogy az emberi társadalom

csak a gazdasági viszonyoknak a függvénye: a szociálpolitika minden munkásának számolnia kell az emberi társadalom jelenségeinek az anyagi viszonyoktól való függésével is. Gyermekvédelem, s általában szociálpolitika, amelyik nem számol a gazdasági viszonyokkal, eredménytelen marad, s a viszonyok első változásánál nem kerülheti el az összeomlást.

II. A gyermekvédelem kiépítésének két vezető szempontja: 1. hogy a gyermekvédelem általánossá, váljék 2. hogy az általánossá tett gyermekvédelem költségeit úgy a rendelkezésre álló hitelek célszerű felhasználásával, mint a gyermekvédelmi szervezet széttagoltságának megszüntetése mellett az egységes gyermekvédelmi szervezet kiépítésével a lehető legkisebbre csökkentsük, vagyis a gyermekvédelem terén is érvényesítsük a gazdaságosság legfőbb törvényét: a legkisebb áldozattal a legnagyobb eredményt érni el.

Eredményes munkának első kiinduló pontja a helyes célkitűzés, a munkakörök meghatározása. Mi a gyermekvédelmi munka feladata, mi tartozik a gyermekvédelemhez?

A szociálpolitikában a megelőzés elve a kiinduló pont; kétségtelenül vannak a gyermekvédelemnek preventív elemei is, de ezek közül ki kell rekeszteniük azokat, amelyek a társadalmi, a gazdasági helyzet általános megjavítására irányulnak.

A gyermekvédelem fogalmát nehéz meghatározni; mindaz a segítő tevékenység, amelyik a gyermeket nevelő szülőket, intézményeket támogatja, helyettesíti. A nevelés rendszerint nem gyermekvédelem. Viszont azoknál a gyermekeknél, akik normális eszközökkel nem nevelhetők, maga a nevelés a gyermekvédelem lényege. Normális viszonyok között élő gyermekekre, ha szüleik vannak, ezek őket kellőképp ellátják, gondozzák és nevelik, rendszerint nem terjed ki. Ha azonban akár a szülők hiányzanak, vagy a gyermek ellátására akár vagyoni, erkölcsi, vagy más fogyatékoságuk miatt nem képesek, vagy a gyermek normálisan nem nevelhető, úgy már hatályba lép és működni kezd a gyermekvédelem.

A gyermekvédelemnek Magyarországon két főága van, úgymint az általános és az igazságügyi gyermekvédelem.

Az igazságügyi gyermekvédelemhez tartozik a züllés veszélyének kitett és a bűnöző fiatalok védelme a 12—18 éves korban.

Az igazságügyi gyermekvédelmen kívül minden gyermekvédelmi tevékenység az általános gyermekvédelemhez tartozik.

Főbb csoportjai:

- a) az anya- és csecsemővédelem,
- b) egészségügyi,
- c) ipari gyermekvédelem,
- d) elhagyott gyermekek,
- e) testi- vagy szellemi fogyatékoságban szenvedő gyermekek védelme,
- e) hadiárvak támogatása.

III. Ha vizsgáljuk, hogy a fenti gyermekvédelmi csoportok a védelemre szorulóknak milyen nagy részét ölelik fel, úgy elszomorító eredményre jutunk. Az anya- és csecsemővédelmi szervezet az, amelyik a rendszeres újjáépítés

során eljutott annyira, hogy az ország minden ötödik újszülött csecsemőjét védelme alá veszi: s míg az anya- és csecsemővédelemnek megvannak a maga, országos kiépítésre irányuló céljai, kész az anya- és csecsemővédelmi törvény előadási tervezete, addig a védelem megszűnik ezidőszerint a harmadik évnél, és bár az anya- és csecsemővédelmi törvényjavaslat a védelem korhatárát a hatodik életévre terjeszti ki, a gyermekvédelem továbbépítése itt félbeszakad. A gyermekvédelem általánossá tételével a gyermekvédelem köréből egy védelemre szoruló kategóriának sem szabad kimaradnia. Ehhez pedig egy új gyermekvédelmi törvénynek a megalkotása szükséges.

A magyar gyermekvédelmi törvénynek az anya- és csecsemővédelmi törvényhez szervesen kell csatlakoznia, mintegy ezt kell tovább folytatnia.

A magyar gyermekvédelmi törvénynek szabályoznia kell:

- a) a gyermekvédelem szervezetét,
- b) az eljárást,
- c) a gyermekvédelem anyagi szabályait.

IV. A gyermekvédelem újjászervezésének legsürgősebb feladata, és újabb költségek nélkül megoldható része a gyermekvédelmi szervezetek egységesítése. Jelenleg a gyermekvédelem szervezete úgy az alsó, mint legfelsőbb fokon teljesen széttagolt, s az egyes szervek egymás gyermekvédelmi munkáját nemcsak hogy nem egészítik ki, hanem sokszor egymás intenciói ellen is dolgoznak. A széttagoltságnak nemcsak a *gyermekvédelmi szervek negatív hatásköri összeütközései miatt* a védelemre szoruló gyermek látja kárát, hanem a közre sok fölösleges kiadást hárítanak. Az kétségtelen, hogy a gyermekvédelmi funkciók egységesítése után ugyanazokkal a költségekkel lényegesen nagyobb eredményt lehetne elérni.

A mai állapot szerint a züllés veszélyének kitett és a bűnöző gyermekek és fiatalok védelme az igazságügyi minisztériumhoz tartozik, amelyik a fiatalok bíróságaival, a fiatalok felügyelő hatóságaival, patronage szervezeteivel, állami és magán-nevelőintézeteivel egész külön gyermekvédelmi szervezetet épített ki, részben azért, mert a belügyminisztérium nem tudta az általános gyermekvédelmet ellátni, részben pedig mert legújabb időkig a patronage célokra fordítható büntetéspénzek országos alapja, megfelelő anyagi erővel ellátta.

A belügyminisztérium a népjóléti és munkaügyi minisztérium felállítását követően is visszatartotta hatáskörében a gyermekvédelem legfontosabb szervét: a gyámügyi igazgatást és az árvaszékeket.

A népjóléti és munkaügyi minisztérium, amely a belügyminisztériumtól átvette az általános gyermekvédelmet, először az elhagyott gyermekek és hadiárva ügyeivel foglalkozott, rövid fennállása óta kiépítette az anya- és csecsemővédelmet, és megkezdte az egészségügyi gyermekvédelem megszervezését. Szervei: az állami gyermekmenhelyek, az ezekhez csatlakozó jobbára csak papíron működő telep- és men helyi-bizottságok, az ülésre soha össze nem hívott országos gyermekvédelmi tanács, végül az anya- és csecsemővédelmi szervezet, amely az országos Stefánia-Szövetséget, annak fiókjait s százány, orvosokkal és védőnőkkel ellátott védőintézetet foglal magában.

Minden elhagyottá nyilvánítási esetben a belügyminisztérium alatt álló árvaszékek határoznak.

Teljesen elmosódó az elhagyott és a züllés veszélyének kitett gyermekek fogalma; a züllés veszélyének kitett, a bűnöző és csak általános, vagy pedig igazságügyi védelemre szoruló gyermekek és fiatakorúak kategóriáit elválasztani alig lehet, és itt az igazságügyi minisztérium szervezeteivel jutunk érintkezésbe. Leghumorosabb szabály az, ami pl. egy hülye gyermekre vonatkozik. T. i. ha a hülye gyermekek képezhetők, akkor a gondoskodás róluk a vallás- és közoktatásügyi minisztérium, ha képezhetetlenek, a népjóléti és munkaügyi minisztérium hatáskörébe tartozik.

A vallás- és közoktatásügyi minisztériumhoz tartozik a gyógypedagógia kérdése a fenti megszorítással, és mégis a népjóléti és munkaügyi minisztérium volt kénytelen az elhagyott gyermekek részére gyógypedagógiai-intézetet felállítani.

A tanoncképzés, tanoncinternátusok, valamint a fiatalok munkások védelmének az ügye a kereskedelemügyi, a földműves ifjúság védelme pedig a földművelésügyi minisztérium felügyelete alatt áll.

Az elágazó és szétaprózódó gyermekvédelmi szervezetek egyesítését a gyermekvédelmi ügyekben alsófokon határozó hatóságoknál kell kezdeni.

Itt először az árvaszékek és a kir. bíróságok hatáskörének a kérdésébe ütközünk.

A gyámsági és gondnoksági ügyek rendezéséről szóló 1877: XX. tc. a hatáskört már megosztotta az árvaszékek és a bíróságok között, ami arra mutat, hogy már az említett törvénycikk sem tartotta az árvaszékeket jogi határozatok hozatalára teljesen alkalmasnak.

A legfontosabb határozatok a bíróság hatáskörébe utaltattak: így a kiskorúság meghosszabbítása (1877: XX. tc. 9. §.), a gondnokság alá helyezés (28. §.) stb. Az atyai hatalom megszüntetése (22. §.) a gyámhatóság hatáskörébe tartozik ugyan, de ha az atya a gyámhatóság határozatában meg nem nyugszik, a gyámhatósági határozat jogerőre emelkedésétől számítva három hónap alatt a bírósághoz fordulhat. Vagyis ebben az esetben az árvaszék, a közigazgatási bizottság és a belügyminisztérium, esetleg évek múltán hozott határozata ellen a bírósági fórumokat is igénybevéve, hatfokú perorvoslatot lehet igénybevenni!

Az árvaszékek jogi határozatait ellent bizalmatlanságra vezethető vissza és a jogfejlődés útját mutatja az 1912: LIV. tc. 27. §-a, amely szemben az 1877: XX. tc. 11. §-ának utolsó két bekezdésével, kiskorú gyermek vagy unoka részéről, szülő és nagyszülő, vagy viszont fizetendő tartási összeg kérdésében a döntést az árvaszéktől elvéve a bíróságra ruházta át.

Az árvaszékek — saját hibájukon kívül, szervezetük és eljárásuk tökéletlensége miatt — feladatuknak nem felelhetnek meg. mert hatáskörük egy egész törvényhatóság területére terjed ki és így nagyobb törvényhatóságoknál, a szóbeliség és közvetlenség teljes kizárásával, a főszolgabírák és községi elöljáróságok megkeresésével írásban állapítják meg a tényállást, ami nemcsak tökéletlen módja a tényállás megállapításának, hanem igen

sok időt rabol. Ennek a következménye, hogy pl. az igazságügyminisztérium, szemben a 27,200/1907. I. M. határozataival, a javító nevelést az árvaszék határozatának bevárása nélkül kénytelen elrendelni, mert az árvaszéki határozatot legtöbbször évek múltán akkor kapja meg, amikor a kiskorú az intézetet már rég elhagyta, vagy az elhagyottság kimondása az állami gyermekmenhelybe elhelyezett gyermeknél igen sokszor csak akkor történik meg, amikor az elhagyottság okai már megszűntek. A züllés veszélyének kitett kiskorúakat a fiatakorúak bírái, saját előadásuk szerint, azért kénytelenek olyan nagy számban javító nevelésre utalni, mert a kiskorú érdekében szükséges árvaszéki határozatot nem tudják a gyermek érdekében veszélyeztetése nélkül bevárni.

Aránylag kedvezőbbek az állapotok a kisebb városi árvaszékeknél. De pl. Budapest székesfővárosban a kitűnő gyermekvédelmi érzékkel bíró és elsőrangúan képzett szakérővel ellátott árvaszék kénytelen az elhagyottság megállapítását a kerületi eljáróságokra átruházni. Es ezek legtöbbször szakképzettséggel egyáltalában nem bíró ideiglenes alkalmazottak jelentései alapján határoznak.

A gyermekvédelem érdekein kívül a vagyonos árvák érdekében is szükséges volna az árvaszékek hatáskörének megszüntetésével az összes gyámsági és gondnoksági ügyeket a kir. bíróságokra ruházni.

Ezzel a bíróságoknál külön családi (status) bíróság fejlődnek ki, amelyik eljárna az összes házassági, gondnoksági, gyámsági, elhagyottá nyilvánítási és a fiatakorúakra vonatkozó bűnügyekben. Így a bíró hatáskörébe tartozna mindazoknak az intézkedéseknek a megtétele, amelyek a kiskorú érdekében vannak, a szülők családi életébe való benyúlástól kezdve, a tartási költségek megállapításán, a törvényesség kérdésében való határozaton, az elhagyottá nyilvánításon keresztül, egész a kiskorú intézeti elhelyezéséig, vagy a fiatakorúak fogházába küldéséig. Ez a családi ügyekben eljáró bíró lenne a gyermekvédelem központja, aki köré a gyermekvédelmi tanács vagy hivatal alakjában csoportosítani lehetne a hivatalból gyermekvédelemmel foglalkozókon kívül azokat az társadalmi szervezetet, amelyek anya- és csecsemővédelemmel, gyermekvédelemmel valamint közjótékonsággal foglalkoznak.

A gyermekvédelemnek ilyen megszervezése nem járna újabb nagyobb költségekkel, viszont a bírónak módjában volna egyrészt a tartásra kötelezettek terhére, ha fizetéképesek, a tartás költségeit már a gyermek érdekében hozott határozatban megállapítani, másrészt a társadalmi jótékonságot is igénybe venni, egyúttal az állami ellátás eszközei közül pedig azt alkalmazni, ami a kiskorú jövőbeli fejlődésének és az állam pénzügyi érdekeinek is legjobban megfelel.

Ezzel a megoldással szemben több ellenvetést fognak felhozni. Így, hogy ez a megoldás a bírósági személyzet szaporítását fogja maga után vonni, továbbá, hogy a vidéki járásbíróságoknál nem mindig akad status-ügyek elintézésére megfelelő bíró. Itt elég reámutatni arra a körülményre, hogy a lakásügyek, valamint a birtokrendezési ügyek megszűnésével a bírói kar egy része felszabadul, továbbá hogy az egyes járásbíróságokat csak akkor lehet,

illetve kell a családi bírósági hatáskörrel felruházni, ha a szükséges előfeltételek az 1913. VII. tc. 1. §-ának analógiájára megvannak. A bírósági eljárások tervbe vett egyszerűsítése is megfogja könnyíteni a bírósági személyzet kérdését. További ellenvetés, hogy miképpen lehetséges a gyámoltak, illetve a gondnokoltak vagyonát e reform után kezelni? A vagyonkezelés a bíróságok által kirendelt gyámok illetve gondnokok által a községi szervek ellenőrzése mellett történhetnék.

Hivatkozni fognak arra is, hogy az árvaszék speciálisan magyar intézmény, amelyet nem szabad a nyugati minták kedvéért megbolygatni. Eltekintve attól, hogy a gyám-bíróság intézménye Ausztriában, Németországban és a nyugati államokban bevált, ez az érv azért nem áll meg, mert a kir. bíróságok is egy speciális magyar intézményt a megyei bíraskodást szüntették meg és a jogfejlődés érdekében mégis meg kellett tenni. Szakemberek előtt nem kell kiemelni, hogy Deák Ferenc, a jogfolytonosság legnagyobb képviselője, miért sürgette a szóbeliség és közvetlenség behozatalát az igazság szolgálatában és ennek a reformnak gyermekeink érdekében sürgősen meg kell valósulni.

Ha az egész mai árvaszéki hatáskör a kir. bíróságokra ruháztatnék át, a bírói határozatoknak a végrehajtása a gyermekvédelmi közigazgatás feladata volna.

A gyermekvédelmi közigazgatásnak a szervezete a gyermekvédelem érdekeihez kell hogy alkalmazkodjék. Nem lehet kizárni azt, hogy más közjótékonyági ügyekkel is foglalkozzanak, ha egyébként a gyermekvédelmi ügyek intézésére szükséges különös szakképzettséget biztosítják. Elég külföldi példák közül a német viszonyokra utalni, ahol a gyermekvédelmi törvény alighogy hatályba lépett, máris összeolvasztják a Jugendamt-okat a Volkswohlfahrtsamt-okkal: a szakértelmet a külön osztály felállításával biztosítják.

A gyermekvédelemben hozott bírói határozatok végrehajtásának — a gyermekvédelmi végrehajtó közigazgatásnak — kérdését nem lehet teljesen elválasztani a közigazgatás készülő reformjától. Ha megvalósul az a szervezet, amelyet *Liber Endre* előadó úr a szegényügy megoldása végett javasolt^ úgy természetesen a gyermekvédelmi szervezetnek is ahhoz kell igazodnia. Bár itt meg kell fontolnunk, hogy a háromfokú hatósági tagozatot ne csökkentsük-e le két tagozatra. Hisz a 2000/1925. ein. b. számú népjóléti miniszteri rendelet az elhagyottá nyilvánítások ügyében hozott határozatoknál kizárta a közigazgatási bizottságot: és a másodfokon a minisztérium határoz végérvényesen. Ez a rendszer az eddigi tapasztalataink szerint kitűnően bevált. Azonban az instanciák száma természetesen attól fog függni, hogy hogyan alakul ki a végleges közigazgatási szervezet. Annak eldöntése, hogy a gyermekvédelmi közigazgatással kizárólag különleges szervek foglalkoznak, vagy pedig az általános közigazgatás szervei intézzék el, azt a felmerülő ügyek számának figyelembevételével kell eldönteni. Ahol az általános közigazgatás, jól és gyorsan tudja a gyermekvédelmi határozatok végrehajtását biztosítani, ott külön szervre nincs szükség. Más azonban a helyzet a városokban. Itt oly nagyszámú gyermekvédelmi ügy kerül a hatóság elé, hogy egy külön

kiépített gyermekvédelmi hivatalnak a munkakörét teljesen igénybe veszi. Ezért javasoltam, hogy a városi árvaszékeket alakítsák át gyermekvédelmi hivatallá. Hogy erre a szervre bízzák-e a népjóléti igazgatás egyéb tennivalóit is, az a készülő közigazgatási reform alapelveitől függ.

A gyermekvédelemnek a bírói hatáskörbe utalására Belgium nyújt példát, ahol a középkorban a gyermekvédelmi szervezet a mienkkel teljesen párhuzamosan fejlődött. Itt nemcsak a gyermekvédelem, hanem a szegényügy is az igazságügyi minisztérium hatáskörébe tartozik.

A gyermekvédelmi hivatalok hatáskörébe tartoznának a gyermekvédelemnek minden neme, ami mint jogi természetű, nem került a bíróság intézkedése alá. Viszont a bírósági határozatoknak a végrehajtása is, gyermekvédelmi ügyekben, ennek a szervezetnek lesz feladata.

V. A gyermekvédelmi törvénynek eljárási része két eljárást szabályoz: a státusbírók és a gyermekvédelmi hivatalok előtti eljárást.

VI. A gyermekvédelem anyagi része kiépítené a gyermeket illető szociális gondoskodást, a gyermek fogantatását megelőző időtől kezdve, egész a gyermek nagykorúságáig, az egészségügyi gyermekvédelemtől kezdve, egész a gyermek pálya választásáig.

Az alapelv az kell hogy legyen, hogy a gyermekvédelem, mint a szociális gondoskodásnak, egy része szervesen illeszkedjék bele a szociálpolitikai programba, mert a gyermekvédelmi kérdések egyoldalú, a gazdasági és társadalmi viszonyokat számba nem vevő szabályozása csak a papíron maradó és végre nem hajtott törvényeinknek a számát szaporítaná.

VII. További kérdés, hogy a már meglévő gyermekvédelmi szervezetek és intézmények miként illeszkednek bele az új gyermekvédelmi törvény által létrehozott viszonyokba? A kisdédóvódáknak anya- és csecsemővédelemre való beillesztése más előadásnak a tárgya. Az állami gyermekmenhelyek legközelebbi kifejlesztéséről pedig Pettkó Szandtner h. államtitkár úr szólott. Rá kell azonban mutatnom, hogy a gyermekvédelmi hatóságok kiépítésével az állami gyermekmenhelyek szociális munkaköre azokra száll át, az állami gyermekmenhelyek pedig, mint gyermekkórházak, nemcsak az elhagyott, hanem minden ápolásra szoruló gyermek előtt megfogják nyitni kapuikat s az általános egészségügyi gyermekvédelemnek szerveivé válnak.

VIII. Végül szólnunk kell az államnak, a községeknek és a társadalomnak egymáshoz való viszonyáról, a gyermekvédelem terén.

A nyugateurópai államokban a gyermekvédelem részben állami, részben községi, illetve tartományi feladat. Az igazságügyi gyermekvédelem mindenütt az állam kezében van: ahol a gyermekvédelem községi hatóságok feladata, ott is az állami törvényhatóságok írják elő azokat a minimális feladatokat, amelyeket a községeknek meg kell oldaniuk. A különbség az egyes községek között csak az, hogy magán kezdeményezésből hol jelentősen többet nyújtanak a gyermekvédelemnek, hol pedig alig haladják meg az állam által előírt minimumot. Es a gyermekvédelmi teendők végrehajtása során kénytelenek egymással társulni, és vagy a tartományok vagy pedig az önkéntes egyesülések útján tartják fenn a gyermekvédelmi intézményeket. Így pl. Dániában, ahol

a községi autonómia körében intézhetnék el a gyermekvédelem feladatait: gyermekvédelmi szempontból olyképp társultak, hogy az ország két részre oszlik. Egyik a főváros Koppenhága, a másik a többi vidék.

Magyar viszonyokat tekintve, nincs kétségem, hogy Budapest székesfőváros és a vidéki nagyobb városaink a gyermekvédelmi feladatokat megfelelően oldanak meg: nincs azonban semmi garancia arra, hogy kisebb községeink az eddigi szűkkeblűségükkel szakítanak. Ha a gyermekvédelmet községi kezelésbe adnánk, éppúgy visszafejlődne, mint a szegényügy. A községi törvényben a szegényügy megoldására kapott felhatalmazással községeink túlnyomó része nem élt és magatartásuk okozta azt a súlyos helyzetet, amellyel most a szegényügy rendezésénél számolnunk kell.

A magyar gyermekvédelemben a legfőbb irányító szerep az államé kell, hogy maradjon. A magyar állam, illetve annak gyermekvédelmi hatóságai kell, hogy a gyermekvédelem céljait kitűzzék és adjanak megbízást a társadalmi alakulatoknak az állami feladatot képező gyermekvédelmi tevékenység ellátására, ellenőrzik és felügyelik a társadalmi gyermekvédelmi intézményeket és egyesületeket. Ha a gyermekvédelemmel foglalkozó egyesületek állami gyermekvédelmi célokat oldanak meg, úgy a költségeiket — egészben vagy részben — az állam viseli.

Az alapelv az kell, hogy legyen, hogy mindazt, amit a társadalom a saját szerveivel megtud oldani, azt bízva a hatóság reájuk.

Az állami gyermekvédelmi célokon túlmenő feladatokat is vállalhatnak az egyesületek, célkitűzésükkel úttörők lehetnek a gyermekvédelem terén; célkitűzésük és munkálkodásuk azonban nem mehet át szabadosságba. A társadalom részéről igénybevett anyagi erőknél a gyermekvédelem valódi céljaira leendő felhasználását a hatóság ellenőrizni tartozik és a gyermekvédelem terén felmerülő feladatok megoldása végett pedig az egyesületek összműködését biztosítani kell. Az együttműködést biztosító szerv a gyermekvédelmi hatósággal kapcsolatban létesítendő egyesületi tanácsok és a hasonló egyesületeket összefogó szövetségek lesznek.

Hozzászólások:

1. Dr. B a r a b á s Z o l t á n, állami gyermekmenhelyi igazgató: A magyar állami gyermekvédelemnek negyedszáz év alatt elért eredményei bizonyítják, hogy a rendszer célszerű és fejlesztésre alkalmas. Fejlesztésről kell beszélnünk még akkor is, ha némi tekintetben visszafejlesztés is volna ajánlatos. Ugyanis mai gazdasági helyzetünk nem engedi meg azt a szabad-elvűséget, ahogy ma elbíráljuk, illetve a gyámhatóság elbírálja az állami gondozásra szorulókat. Nem egyszer u. i. nemcsak a valóban elhagyott gyermekek jutnak állami gondozásba, de a szegények, Ínségesek, munkanélküliek gyermekei is. kiknek segítése indokolt, de nem állami gondozásba vételük. Mihelyt e tehertéltől mentesíteni lehetne az állami gyermekvédelmet, azonnal meglenne a mód arra, hogy e szervezet képességeit más irányban használja fel: az általános gyermekvédelmet, illetve *gyermek-egészségvédelmet* kezdhethet meg kiépíteni. Szükség lenne kikeresni a tömegből a betegeket,

gyengéket, nyomorékokat s őket gyógyítani, erősíteni, tanítani és megfelelő intézményekben elhelyezni kellene. Ezek a nevelő-, illetve ápoló-intézetek *állami* vagy erkölcsi testületek által vezetettek legyenek, a magánvállalkozásnak minél kevesebb tért engedve. *A testi és lelki nyomorékokkal szemben indokolt volna a bejelentési kötelezettség.*

Az anyagi és erkölcsi elhagyottságon kívül arra alkalmas esetekben *egészségi szempontból létrejött elhagyottság* is megállapítandó volna olyankor, amikor a gyermekkel együttélő, beteg lakótársaktól kell a gyermeket rövidebb vagy hosszabb ideig, de rendszeren csak ideiglenesen védeni. Különösen fontos lenne ez a gümőkór elterjedése szempontjából. A gyermekkori bujakóros megbetegedések gyógykezelését is kötelezővé tenni kellene.

Az általános gyermekvédelem felé haladás kívánja meg, hogy ne csak a gyengébb szellemi képességű gyermekek részére állíttassanak fel különleges intézetek, de a gyenge szervezetű gyermekek részére is, akiknek életveszélyes a tanterem zárt levegője. Kezdetben ily célra beválnék bizonyára sok iskolaudvar is.

Amíg a *szabadtéri iskolák* felállíthatók lesznek, addig is sok jót tudnánk gyakorolni, ha az orvosilag kiválogatott, rászoruló, városi gyermekeket négyhat hétre szabad levegőre, vidékre vinnők el. A vidéki, csoportos, szigorú felügyelet melletti *üdüléseket* általános gyermekvédelmi szempontból meg nem becslhető értékűnek tartja. Célszerű lenne egy *gyermekegészségügyi kataszter* felállítása (L. A gyermekvédelem lapja 1918. 2. sz.), ahonnet egyszerű betekintésre mindig ki lehetne válogatni a megfelelő anyagot. A vidéki állami gyermekmenhelyeknek nyilvános szegény betegrendelésekkel és nyilvánosjogú kórházi, különösen fertőző-osztályokkal felszerelése, nagyban javítaná a vidék közegészségügyét.

A gyermekmenhelyek nagy anyalétszámát pedig csökkentené, ha gyárral kapcsolatosan internátusokat lehetne szervezni, ahová az egészséges csecsemőjű, munkabíró anyákat helyeznők el a szoptatás időtartamára.

2. Dr. N i e d e r m a y e r G e l l é r t állami gyermekmenhelyi igazgató: Háborúelőtti gyermekvédelmünk a dán rendszeren, a családokhoz való kihelyezésen épült fel. A családok közül ki volt azonban zárva a család, ahol a gyermek elhagyatottsága felmerült, tehát legtöbbször a szülői ház. Sürgősen szükség lenne arra, hogy a kormány a rokkantügyet, a kötelező munkanélküli biztosítást és a szegényügyet intézményesen megoldja, mert ezidőszert a gyermekvédelem ezek részbeni lebonyolítását is végzi.

A már kiépített gyermekvédelmi rendszer tökéletessé akkor lesz és akkor végez minden téren eredményes munkát, ha az előadó által említett speciális nevelést, kezelést és oktatást nyújtó, valamint ipari pályára képző intézetek oly számmal állanak majd rendelkezésre, hogy egy gyermek sem nő fel szakszerű elbánás nélkül, akinek arra szüksége van. Annál is inkább, mert a csavargás, testi és szellemi fogyatékoság legtöbbször már maga olyan momentum, amely az illető gyermeket elhagyatottá teszi. Megfelelő intézetek hiányában a menhely központi intézeteiben lennének ezen szerencsétlenek mintegy beraktározva, ahol a zsúfoltság révén az egészségesek épségét is veszélyeztetik.

A gyermekvédelem munkáját régebben jóformán derékban törte ketté a 15 éves korhatár, mely különösen a leányok szempontjából volt veszedelmes.

A régi menhelyi teleprendszer, ha nem is szűnt meg, de mióta nemcsak kiválasztott községekben vannak gyermekek elhelyezve, egy-egy menhely körzetében több száz község van, ahol menhelyi gyermek, otthont talált; ezek szakszerű ellenőrzése a jelenlegi viszonyok között majdnem kivihetetlen, így nagyon indokolt a lehetőség szerint újabb menhelyek felállítása. Ezek elsősorban oly helyeken lennének létesítendőek, ahol gyermekórházak nincsenek.

3. Dr. Torday Ferenc, egyetemi tanár: Az állami gyermekvédelmet megeremtő 1901. évi VIII. törvénycikk azt mondja ki, hogy az állam a talált, valamint elhagyott gyermekeknek állami gyermekmenhelyeket állít és megszervezi az állami gyermekvédelmet. A törvény életbeléptetői, amint a következmények mutatták, megnehezítették, hogy az állami gyermekvédelem kifelé is érvényesülő nagy eredményeket érjen el, azzal, hogy az életbeléptető és azóta újból megerősített miniszteri rendeletben kimondották azt, hogy elhagyottnak kell nyilvánítani azokat a 15 éven alul lévő vagyon-talan gyermekeket, kiknek eltartásra és nevelésre köteles és képes hozzátartozóik nincsenek, továbbá azt is, hogy minden ilyen gyermeknek joga van az állami gyermekvédelemre. Ezen alapvető miniszteri rendelkezés és az azt végrehajtó hatóságok nem érdembeli intézkedései következtében az állami gyermekvédelmet számottevően nagyrésztben igénybe veszik oly szülők és hozzátartozók, kik sokszor nem is oly nehéz életküzdelmeken a maguk javára könnyíteni akarnak és könnyebb megélhetésük biztosításához munkakeresés és minden kínálkozó munka helyett, nehezen adózó polgártársaik adójából fenntartott állami gyermekvédelemmel gondoztatják és tartatják el gyermekeiket. Ezen szándék sokkal többek lelkében megfogamzott azóta, amióta az állami gondozásba vett gyermeket vérszerinti hozzátartozóihoz helyezik el.

Az emberbaráti döntő jelentőségű szempontok teljes fenntartása mellett a gyermekek állami gondozásba való vételét a felvevő hatóságok nagyobb felelősségű, esetleg vagyoni jogi következményű feladatává kellene tenni és ezért nem annyira a központi egységes igazgatás megszervezése, mint a külső elsősorban intézkedő hatóságok munkáinak irányítása, befolyása hathatósabb ellenőrzése a döntőjelentőségű.

Amilyen nagy jelentőségű az, hogy az állami gondozásba vett gyermekeknek vérszerinti hozzátartozóik szeretetteljes gondozása biztosítottassék, annyira kívánatos az, hogy megfelelő ellenőrző intézkedésekkel, a beutaló hatóságok felelőssétevésével, eléressék az a cél, hogy az állami gyermekvédelem valóban a gyermekről gondoskodjék és ne csak a szülőknek juttason sokszor nem egészen indokolt pénzsegélyt.

Az állami gyermekvédelem legnagyobb egészségügyi jelentőségű, e mellett a legnagyobb emberbaráti intézkedése az, hogy az állami gondozásba vett csecsemőket anyjukkal szoptattatja ki. Ezen alapvető elv végrehajtásánál azon szempontok érvényesítéséhez, hogy egyrészt a csecsemők egészségi

érdekei lehető legjobban megóvassanak, másrészt emellett az anyák henyélése, munkakerülése. sokszor erkölcstelen élete a szoptatás okából részesülő eltartatás ideje alatt kikapcsolassék. ezért az állami gyermekmenhelyek oly csecsemő-otthonokkal volnának kiegészítendőök. melyek az anyák megszervezett munkatermeivel volnának kapcsolatosak.

Az egészségügyi gyermekvédelem kiépítése érdekében valóban intenzívebbé kellene tenni az állami gyermekmenhelyeknek az általános gyermek-egészségügyi szolgálatba való beállítását, úgy. hogy *nyilvános jelleggel bíró* gyermekkórházakká alakuljanak át a gyermekmenhelyek kórházi osztályai, melyek férő helyei elsősorban az állami gondozásban lévő gyermekek részére szolgáljanak.

Amennyire eredményre vezető lesz, ha a tuberkulózisra hajlamos, tuberkulózisban szenvedő, görvélykóros, gyenge testű, alkatú, angolkóros gyermekek részére minél több *hazai* üdülő- és gyógyító-intézetek létesíttetnek és tartatnak fenn. annyira helytelen volna, ha hatósági támogatásba részesülne az olyan törekvés, mely az ilyen speciális otthonokba, szanatóriumokba, *ittthon jól és hosszú időre elhelyezhető gyermekeket ellenséges ország területére, külföldre viszi ki.*

4. Dr. B a l o g h J e n ő, ny. igazságügyminiszter: Azokat a szörnyű veszteségeket, amelyeket nemzetünk a legfontosabb létérdekeiért vívott hosszú védelmi háborúban szenvedett, a nemzeti erő növelésével kell pótolnia. A gyermekvédelem a nemzeti erő fejlesztésének, a nemzeti gazdagság gyarapításának munkája, amelyet államnak és társadalomnak egyformán a legnagyobb gonddal és minden áldozattal kell végeznie, mert ez nagy mértékben biztosítja az országnak jobb jövőjét.

Nyomatékosan hangsúlyozza, hogy helyes volt az 1901-es évi törvényhozásnak az az alapelve: *Minden elhagyott gyermeknek joga van az állami eltartásra.* Határozottan törekedni kell, hogy azt minden pénzügyi, igazgatási és törvényhozási módon érvényre kell emelni és végre kell hajtani, ha pedig szükséges, ki kell azt egészíteni. Teljesen igaza van az előadó úrnak afcbn, hogy szükséges az általános gyermekvédelem alapelvének elfogadása és az *egységes gyermekvédelmi szervezet* kiépítése s minden védelemre szoruló gyermeket az államnak és társadalomnak minden eszközzel védeni kell.

Ezekből az okokból elfogadja *Kádár* előadó úr javaslatainak 1—5., továbbá 7. és 8. pontjait.

A 6. pont. amely a vármegyei árvaszékek megszüntetését és a városi árvaszékeknek gyermekvédő hivatalokká átalakítását kívánja, bonyolult, nagyjelentőségű szervezeti kérdésekre terjed ki. Érinti ez a pont a bírósági és a közigazgatási szervezetnek alapvető kérdéseit és egyúttal a magyar kir. bíróságok, valamint a közigazgatási hatóságok eddigi munkásságának az egész országra kiterjedő teljes ismeretét kívánja

A 6. pont gyanánt tehát a következő javaslat felvételét tartja indokoltnak:

«Gyermekvédelmi ügyekben a jogi határozatokat családi (státus) bíróságok alakjában működő kir. bíróságok hozzák. Az orsz. értekezlet kívánatosnak tartja, hogy a gyámhatóság gyakorlásának újabb szabályozása kérdésében

az illetékes minisztériumok *mielőbb* tanácskozmányt tartsanak és ennek alapján a szükséges intézkedéseket *nyomban* megtegyék».

7. Dr. Szokola Leó, székesfővárosi árvaszéki ülnök: Egyetért Kádár László Levente előadó javaslatának lényegével, egyik-másik részletre vonatkozó eltérő véleménye a következő:

Ad II. A javaslatban a gyermekvédelmi tevékenység főbb csoportjaira vonatkozó megjelölés a tényleges helyzetnek valóban megfelel, amennyiben, ha az igazságügyi gyermekvédelmen kívül eső gyermekvédelmi tevékenységet nevezzük általános gyermekvédelemnek, ebbe a fogalomkörbe kell sorolnunk az anya- és csecsemővédelmet, az egészségügyi és ipari gyermekvédelmet, az elhagyott gyermekek védelmét, a testi vagy szellemi fogyatékosokban szenvedő gyermekek védelmét, valamint a hadi árvák támogatását is. Azonban a helyes program célszerű megvalósítása érdekében alkalmasabbnak tartja, ha a szakköröknek köztudatába is az általános és különös gyermekvédelemnek az a megkülönböztetése vitetik bele és olyan tartalommal fogadjuk el a további tárgyalás alapjául, amint az a külföldi szakirodalomban és gyakorlatban nagyjában kialakult. Ezek szerint az *általános* gyermekvédelem (Jugendpflege) azoknak az intézményeknek és intézkedéseknek a foglalatát jelenti, amelyekkel a hatóságok és a társadalom a *normális* gyermekek védelmében a családnak segítségére vannak. Ebbe a körbe tartozik tehát, a minden újszülöttre kiterjedő csecsemővédelem, a minden iskolásgyermekre kiterjedő iskolai gyermekvédelem, iskolaorvosi felügyelet, a *normális* gyermekek számára szolgáló gyermekkertek, napközi otthonok, üdültetési akció, ifjúsági kirándulások, valamint a normális ifjúság iskolán kívüli védelmének egyéb eszközei. Ezzel szemben a Jugendfürsorge fogalmának megfelelő *különös* gyermekvédelem, a bárminő vonatkozásban nem normális körülmények között lévő, egészségi, erkölcsi vagy egyéb szempontból többé-kevésbé veszélyeztetett gyermekek védelmét látja el. Ebbe a fogalomkörbe tartozik az árvák, a házasságon kívül született gyermekek, az idegen családoknál elhelyezett, továbbá az erkölcsi romlás veszélyének kitétt, vagy züllésnek indult, valamint a saját családjuk körében veszélyeztetett gyermekek védelme. Ez utóbbi tevékenység tehát csak kisebb mértékben megelőző és inkább már meglévő bajokat gyógyító vagy elhárító védelem. Az általános gyermekvédelem *extensiv* lehetőleg az összes gyermekre tegekre kiterjedő tevékenység s az általános szociális prevenciónak egyik nélkülözhetetlen eszköze, a különös gyermekvédelem pedig a veszélyeztetett gyermekcsoportok és gyermekegyedek *intenziv* védelme, amely gyakran repressiv, mentő vagy elkülönítő tevékenység. Az ilykép meghatározott általános és különös gyermekvédelem együttesen van hivatva ellátni a közvetlenül gyermekvédelmi célú feladatokat. A reformnál arra kell törekedni, hogy a megelőzésre irányuló általános gyermekvédelmet mennél tökéletesebben építsük ki, mert ezáltal a különös gyermekvédelem intézkedéseinek és intézményeinek szükségét, valamint költségeit jelentékenyen csökkenthetjük. Ezzel kapcsolatban hangsúlyozni kell a gyermekvédelem gazdaságos szervezésének azt az egyik főkövetelését, hogy az ifjú nemzedék egyes korszakaira kiterjedő gyermekvédelmi tevékenységeknek

láncolatossá kell lenni és szervesen egymáshoz kapcsolódnia. Kell tehát szervesen összefüggő csecsemő védelem, kisgyermek védelem, iskolai gyermekvédelem és az iskolából kikerült fiatalság védelme. Mert lehet bármilyen kitűnő a csecsemő védelem, ha ez a szép és költséges munka a gyermekek hároméves kora után megszakad, akkor annak jótékony preventív hatása nagyrészt elenyészik s a ráfordított rengeteg munka és költség kárba vész. Kívánatos, hogy a népjóléti minisztérium felügyelete és irányítása alatt működő csecsemővédelem a gyermekek hatéves koráig minél sürgősebben kiterjesztessék, evégből az anya- és csecsemővédő diszpanzer-eket gyermekvédő-intézetekké kell kiszélesíteni, amint Németországban is sokhelyütt a Säuglingsfürsorgestelle-k egyúttal mint Kleinkinderfürsorgestelle-k működnek.

A mindennapi elemi iskolalátogatási kötelezettséget a nyugati államok mintájára ki kellene terjeszteni a 14 éves korig s a 6—14 éves gyermekek általános megelőző védelmét az iskolára kellene bízni s kisebb helyeken az iskolaorvos és iskolanővér tennivalóit, külön tiszteletdíjért, a hatósági orvos, illetve a tanítónő, esetleg a gyermekvédőné látná el. Minden újszülött gyermekről a védőintézet néhány kártyalaplóból álló és kartotékszerűen kezelhető könyvecskét állítana ki, melyben a gyermek személyi adatai, s időnkint súly- és magasságméreteit, mellbőségét, egészségi állapotát, betegségeit, szem- és fogvizsgálatait, szociális körülményeit (minő lakásban, hányadmagával lakik, szülei nem alkoholisták-e, nem tuberkulotikusak vagy luetikusak?) bejegyzi. Ez a bizalmasan kezelendő *szociális és egészségügyi könyvecske* a gyermek iskolabálatételekor eredetben vagy másolatban átkerülne az iskolai gyermekvédelmi szervezethez, mely tovább vezetné a bejegyzéseket. A gyermekeket 14 éves korukig így lehetne megszakítás nélkül a megelőző gyermekvédelem szárnyai alatt tartani s ennek a rendszeres és folyamatos védő és ellenőrző tevékenységnek nemcsak külső kifejezése és igazolása, hanem nélkülözhetetlen eszköze is lenne, a jól vezetett könyvecske, amely egyúttal megbízható alappal szolgálna minden gyermekvédelmi (jogi, szociális, orvosi, pedagógiai) intézkedésnek, eléggé meg nem becsülhető szolgálatot tenne a hivatalos pályaválasztási tanácsadónak.

Ad III. Az előadó javaslata szerint a gyermekvédelmi törvénynek az anya- és csecsemővédelmi törvényhez szervesen kell csatlakoznia. De hozzájáruló véleménye szerint még célszerűbb lenne egységes szempontok szerint sürgősen megalkotni az egész magyar gyermekvédelem egységes kódexét, s ebbe lenne szervesen beillesztendő az anya- és csecsemővédelmi törvénynek már kész tervezete.

Ad IV. Az elhagyott és züllés veszélyének kitett gyermek fogalmával kapcsolatban javasolja, hogy az elhagyottságnak a gyermekvédelmi szabályzat (I/V-c/1903. sz. belügyminiszteri körrendelet) által konstruált s a 2000/1925. számú népjóléti miniszteri rendelet által kiterjesztett *jogi* fogalma szoríttassék vissza arra a tartalomra, amely a *tényleges* elhagyottságnak megfelel. Nem célszerű a közfelfogástól s az általános szóhasználatától lényegesen eltérő tartalmat adni egy olyan jogi fogalomnak, mely széles néprétegeket érdekel. Az elhagyottság jogi fogalma ilyen. Az elhagyottá nyilvánító véghatározatok

igen sok tájékozatlan, szegény ember kezébe jutnak. Ezért azt ajánlja, bogy az a széleskörű szociális segélyezés — melyet a népjóléti miniszter a családi nevelést támogató bölcs és humánus elhatározása folytán a gyermekes szegény családok nagy tömege az állami menhelyektől élvez — kapcsolassék ki az elhagyottá nyilvánítás nehézkes formalizmusából s a támogatást egy egyszerűbb, de a célnak megfelelőbb külön segélyezési eljárás alapján kellene az erre rászoruló gyermekes családok részére továbbra is biztosítani. Ennél a szociális segélyezésnél mellőzendőnek tartja a nagyszülők visszatérítési kötelezettségét, mert ez csak az esetek elenyésző kis tört százalékában realizálható, úgyhogy a nagyszülők személyi, vagyoni és kereseti viszonyainak kiderítésére irányuló rengeteg hivatali munka teljesen gazdaságtalan s az eljárást feleslegesen elhúzza.

Az árvaszékek, főként a vármegyeiek, a gyermekvédelmi feladataik nagyrészének, jelenlegi szervezetük mellett, nem tudnak megfelelni, mert hatáskörük nagy területre terjed ki s eljárásukban a szóbeliség és közvetlenség nem érvényesülhet. A városi árvaszékeknel s köztük a székesfővárosnál is nagy hiány, hogy közvetlen vizsgáló és végrehajtó közegei egyáltalán nem, vagy nem elegendő számban állnak rendelkezésre.

Az előadó javaslatának egyik legmélyrehatóbb pontja az, amelyben az árvaszékek hatáskörének megszüntetésével az összes gyámsági és gondnoksági ügyeket a kir. bíróságokra kívánja ruházni. Ezzel a bíróságoknál külön családi (státus) bíróság fejlődnek ki, amely eljárna az összes házassági, gondnoksági, gyámsági, elhagyottá nyilvánítási, gyermektartási kérdésekben és a fiataikorúak bűnügyeiben. Kétségtelen, hogy ez a gyökeres reform a gyermekvédelmi hatáskörök jelenlegi zavarával és bonyolultságával szemben, formális rendet teremtene s a hatáskörök egységesítéséből származó adminisztratív előnyök jelentkeznenek is. őszinte örömmel üdvözli azt a javaslatot is, hogy a gyermekvédelmi közigazgatást a német birodalmi gyermekjóléti törvény mintájára, gyermekvédelmi hivatalokkal kell megoldani.

Ad VIII. Elméleti szempontból lehet vitatkozni azon, hogy a gyermekvédelem állami, törvényhatósági vagy községi feladat-e? Gyakorlati szempontból azonban a mi szomorú viszonyaink között (a községek alacsonyabb kultúrájú, szociális kötelességek iránt való közönye, a társadalmi lelkiismeret és áldozatkészség hiánya) a gyermekvédelmet meg kell hagynunk erős állami irányítás és felügyelet alatt. Budapestre nézve azonban kulturális színvonala, anyagi ereje, lakásainak száma s a nagyvárosban jelentkező különleges feladatok eltérő megoldást és önállóságot tesznek szükségessé. A gyámhatósági és a gyermekvédelmi feladatok annyira különleges és komplex jellegűek, megfelelő ellátásukhoz sokirányú (bírói, közigazgatási, orvosi, pedagógiai) funkció kifejtésére van szükség, azért olyan szervezetet létesíteni, amely minden követelményt egyaránt kielégít, — a bírói pártatlanságot, a közigazgatási aktivitást, a szociális érzéket, a gyermek *érdekének* esetleg egyoldalú védelmét mások *jogaival* szemben, az orvosi individualizációt, a pedagógiai elmélyedést, — aligha lehetséges.

Behatóan fejtegeti, hogy a gyámhatóságot hazai jogrendszerünkben cél-

szzerűbb közigazgatási hatáskörben megtartani. A most egységes gyámhatósági hatáskör tulajdonképpen két egymástól meglehetősen eltérő részre oszlik. Az *egyik rész*: a kiskorúak és gondnokoltak vagyoni jogainak és érdekeinek védelme, amely az individuális magánjogon alapuló s többé-kevésbé bírói tevékenység, a *másik rész* pedig a kiskorúak egészségének, továbbá szellemi és erkölcsi érdekeinek gyámolítása, valamint a szorosabb értelemben vett gyermekvédelem, amely részben szociális magánjogi, részben közigazgatási tevékenység. A nyugati műveit államok, különösen a német jogrendszerben már régebben felismerték e két feladatkör eltérő jellegét és szemelőtt tartva azt, hogy más irányú és tartalmú képzettség és képesség szükséges a bírói jellegű gyámhatósági működéshez, mint a közigazgatási jellegű gyermekvédelmi tevékenységhez, a két feladatkör ellátását külön-külön szervekre bízta. Németországban, Ausztriában a szorosabb értelemben vett gyámhatósági feladatkört (a vagyoni jogi védelmet, a gyámok, gondnokok kirendelését, megerősítését, illetve a törvényes hivatásos gyámság gyakorlásának tudomásul vételét, a törvényes képviselők ellenőrzését, a törvényben előírt gyámhatósági jóváhagyásokat) az ú. n. gyámügyi bíróságok, «Vormundschaftsgerichte» (Amtsgericht, Bezirksgericht) gyakorolják. A legtágabb értelemben vett gyermekvédelmi tevékenységet pedig a gyermekjóléti hivatalok (Jugendamt) látják el. Németország alkotta meg a társadalommal együtt működő hatósági gyermekvédelemnek ezidőszerint legjobb rendszerét az 1922. évi június hó 14-én elfogadott birodalmi gyermekvédelmi törvényben. (Reichsgesetz für Jugend Wohlfahrt.) E törvény 8. és 9. §§-ai értelmében a Jugendamt-ok közigazgatási hivatalok, amelyeket a községek vagy községsszövetségek állítanak fel, de amelyek nem hivatalnok tagjai sorában a tagságok $\frac{2}{5}$ részére a helyi gyermekvédelmi egyesületek igényt tarthatnak. Magát a gyámhatóságot is megilleti a jog, hogy a Jugendamt ülésain tanácskozási joggal résztvegyen. A Jugendamt hatáskörébe tartoznak az idegen családi gondozásba, dajkaságba adott gyermekek (Pflegekinder) védelme, a hivatásos gyámságok ellátása; a községi közgyám tevékenysége; a hatósági segélyre vagy gondozásra szoruló kiskorúak védelme; a gyámhatósági, de nem büntetőbírói intézkedés alapján, a testi, szellemi vagy erkölcsi elhagyottság miatt szükséges felügyelet és javítónevelés ellátásában való részvétel; a fiatalkorúak bírósága mellett a pártfogói tevékenység ellátása; részvétel a gyermekkorban lévő és fiatalkorú munkások felügyeletében; a hadiárvának és hadirokkantak gyermekeinek védelme, valamint a rendőrség gyermekvédelmi tevékenységének támogatása, különösen az elhelyezési kérdésekben. Ezenfelül a Jugendamt feladata, hogy a területén működő gyermekvédelmi szervezetek kapcsolatát biztosítsa s a szükséges gyermekvédelmi intézmények felállítását szorgalmazza, támogassa, vagy azokat maga létesítse. Ebből a vázlatos tájékoztatásból is kitűnik, hogy a német Jugendamt összefoglalja a magyar gyámhatóság szorosabb értelemben vett gyermekvédelmi tevékenységét s a nálunk még jogszabállyal nem rendezett hivatásos gyámságot, a községi, illetve kerületi előljárásságok és közgyámok idetartozó feladatait, az állami gyermekmenhelyek munkájának nagyrészét, a fiatal-

korúak felügyelő hatóságának hatáskörét, a hadigondozás gyermekvédelmi részét s néhány oly fontos gyermekvédelmi feladatot, melyeknek nálunk gazdája még egyáltalában nincsen, így különösen a gyermekmunka ellenőrzését.

Önként kínálkozik az a megoldás, hogy a két rokontermesztű és egymással gyakran összefolyó feladatkörnek: a gyámhatósági s a gyermekvédelmi tevékenységnek újjászervezése egyszerre és egymásra tekintettel történjék meg. A szervezés iramba kétféle lehet. Vagy a jelenlegi árvaszék lesz továbbra is a gyámhatóság, körülbelül a német Vormundschaftsgericht hatáskörével, azonban az intézkedésre hivatott gyámhatósági tagok függetlenségének teljes biztosításával (élethossziglani választás, független fegyelmi bíróság) s a gyermekvédelmi hivatalt az általános közigazgatás keretében szervezik meg; vagy pedig a független gyámhatóság külön szervezetet nyer és az árvaszékeket szervezik át gyermekvédelmi hivatalokká és teszik a hatósági, valamint társadalmi gyermekvédelem központi szerveivé.

6. Dr. Szabó József, egyetemi ny. r. tanár: Helyesnek tartja, hogy az egészségügyi gyermekvédelem kiépítése végett az állami gyermekmenhelyek gyermekkórházzá alakíttatnak át. Felhívja a figyelmet arra, hogy az ilyen gyermekkórházakban különös gondot kell fordítani a gyermekek szájára, fogaira, és hogy módot kell keresni arra is, hogy az ápoltak közt a gyermekkorban annyira elterjedt népbetegség — a fogszuvasodás — *gyógyíttassék*.

7. Dr. Csorna Kálmán, székesfővárosi árvaszéki ülnök: A magyar gyermekvédelmi rendszer elvi megoldása, az t. i., hogy a szegény védelmet ősi idők óta gyakorló helyihatóságoktól e feladatok egy részét 25 évvel ezelőtt elvetette és annak gyakorlásától az illetékes hatóságot elvonta, szerencsésnek nem mondható. Hátrányai e megoldásnak mégis mutatkoztak, mivel az állam kezelésében a gyermekvédelem azt a fejlődési képességét, amit a sokkal mozgékonyabb helyihatóság elérhet, ki nem fejthette.

A magasabb kultúrfokon lévő államok a régebbi ú. n. karitatív gyermekvédelemről ma már jórészt a szociális gyermekvédelemre tértek át. Az előbbi az egyes individuumot tartja szemelőtt és repressive hat, az utóbbi az ugyanazon testi, szellemi és erkölcsi szükség által veszélyeztetett fiatalkorúak nagy csoportjait öleli fel és eszközeit preventive alkalmazza. (Általános gyermekvédelem.) Jellegzetessége az utóbbi rendszernek még az is, hogy a gyermekvédelmet voltaképpen nevelési kérdésnek tekinti és úgy a hatósági, mint a társadalmi tevékenységet összpontosítja, nemkülönben, hogy nagy súlyt helyez a gyermekvédelem ügyének népszerűsítésére is. Megvalósítói ez elvnek az 1924. évben életbelépett német Jugendwohlfahrtsgesetz és Ausztria- valamint Svájc Jugendamt-jai.

Ezzel szemben úgy az állami gyermekmenhelyekben folyó munkát, mint a helyihatóságok és a társadalmi szervek gyermekmentő tevékenységét, csekély kivételtől eltekintve (1. Orsz. Stefánia-Szöv. működése), másnak, mint karitatív gyermekvédelemnek, nem nevezhetjük.

Az állami gyermekmentés rendszere ugyanis teljesen individuális; csak

a talált és elhagyott gyermeket védi. azt is csak a 15-ik és kivételesen a 18-ik életévig. Emellett a preventio eszközeit sem ismeri.

Maga az elhagyott gyermek fogalma is túlhaladott álláspont, mivel a tisztult felfogás szerint minden gyermek, a fogamzástól az önjogúságig, tárgya a védelemnek, ha körülményei azt kívánatosá teszik. De különösen tárgyai e védelemnek egyes *veszélyeztetett* gyermekkategóriák en bloc, mint a házasságonkívül született, a dajkaságba adott és a züllött gyermekek csoportja.

Még hozzá állami gyermekmentésünk a védelemre szoruló gyermekeknek csak egy elenyésző csekély töredékét öleli fel, amit a következő tények igazolnak. A legutóbbi népszámlálási adatok szerint Csonka-Magyarországban kereken 3.400.000 húsz éven aluli gyermek és fiatalkorú él. Az összes születéseknek mintegy 9—10 %-a törvénytelen lévén, a törvénytelen gyermekek számát a húsz éven aluli kategóriában kereken 300.000-re tehetjük.

Ha már most a népjóléti minisztérium létszámkimutatásaiból azt látjuk, hogy az országban megmaradt nyolc menhelyben ezidőszerint 46.700 gyermek van beutalva (ebből is 8700 hadiárva, kikről rendeletek értelmében az állam másként tartoznék gondoskodni), és tudjuk, hogy a gyermek-kontingensnek is csak kb. 60 %-a a házasságonkívül született, ha továbbá azt is figyelembe vesszük, hogy az országban évente átlagosan született 240.000 gyermek közül a menhely felügyelete alá évente alig 10—12.000 gyermek kerül, tehát az évente házasságonkívül született mintegy 20—24.000 gyermeknek aránylagosan alig $\frac{1}{3}$ -ad része, úgy tisztában kell lennünk azzal, hogy ezt a védelmi rendszert általánosnak nem nevezhetjük. Es ki veszi preventív védelmébe a törvényes gyermekek százezreit, amennyiben ilyen védelemre tényleg reászorulnak?

De a rendszernek egyéb hibái is vannak, amelyek a fejlődésre alkalmatlanná teszik. Így a menhely nem alkalmas a *nevelés* nyújtására, amit az erkölcsileg veszélyeztetett gyermekek tekintetében maguk a menhelyi igazgatók állapítottak meg. Amit ma a menhely nyújt, az túlnyomó részben nem más, mint szegénygyermek-segélyezés a szülőknél, vérrokonoknál és nevelőszülőknél, alig számbavehető személyi ellenőrzés és felügyelet mellett. A budapesti menhelyen nyilvántartott mintegy 18.000 gyermekből pl. csaknem 11.000 van a szülőknél és rokonoknál elhelyezve, kb. 6000 pedig a nevelőszülőknél.

Ámde nem szorul bizonyításra, hogy a szegény segélyezést a helyihatalóság az államnál jobban eltudja látni, nemcsak azért, mert ez az ő feladata, de mert az igény jogosultság beálltát és megszűntét különben is ő hivatott megállapítani.

De nélkülözi ez a szervezet a centralizáció követelményét is. Hatósági és társadalmi gyermekvédelmünk a szervek és hatáskörök legtarkább zűrzavarát mutatja. Állami gyermekvédelmünk 25 év alatt képtelen volt a hatósági szervek működését egy gyúpontra összevonni, képtelen volt a hatósági és társadalmi szervek összeműködését, valamint a társadalmi szervek egymás-közi összhangzó munkáját megszervezni.

De hogy a szervezet életképességébe maga az állam sem sok hitet vet,

igazolja az a tény is, hogy az állam az anya- és csecsemővédelem kiépítését társadalmi szervre bízta, hogy továbbá e védelem költségeinek 40—50 %-át az érdekelt törvényhatóságokra és községekre hárította, hogy végül hallgatólag tűri azt, hogy az ország nagyobb városai, de főképpen Budapest külön gyermekvédelmi akcióit és intézményeit, — mintegy az állami védelem korrekcióit — egyre fokozottabb mértékben építik ki.

Így a főváros éppen az állami gyermekmentés hiányai miatt öt árvaházán kívül, ellátja az inséges gyermekétkeztetést, lebonyolítja a szegénygyermek nyaraltatást és felruházást, végzi az iskolaegészségügyi tevékenységét, gyógy- pedagógiai iskolát tart fenn, tejakciót folytat stb.

Mindez a tevékenység a fővárosnak évente 24,000.000,000-jába kerül. 10 millióval többbe, mint amennyit az állami gyermekmentéshez való hozzájárulás címén fizet. Ehhez járul még a társadalmi szervek által évente gyermekvédelemre fordított kb. húszmilliárd korona, úgyhogy a főváros társadalmi kereken ötvennyolcmilliárdkoronát költ gyermekvédelmi célokra, többet, mint az ország többi része együttvéve!

Mi mindent lehetne alkotni a gyermekvédelem terén ezzel az összeggel, ha az tudatosan, egy elgondolás alapján és csak egy hatósági szerv, valamint csupán 2—3 hatalmas, a feladatokat egymás között megosztó, a hatósági szervvel és egymással összeműködő társadalmi alakulás által használatnának fel!

Hozzászóló elgondolása szerint ennek a kiadásnak egy tetemes része még meg is térülne, mivel a helyihatóság egyik elsőrangú tevékenysége lenne a házasságonkívül született gyermekek ma teljesen hiányzó jogi védelmének szervezése a Rechtsschutzamt-ok, illetve BerufsVormundschaft-ok mintájára, amely védelem egyéb fedezeti források megnyitásával kapcsolatban — mint pl. a dajkaságba adás célszerű szabályozása —tetemes bevételt eredményezne. A főváros pl. a gyermekvédelmi ügy saját hatáskörében való intézése esetén a gyermekmentés feladatait *olcsóbban* és *eredményesebben* lesz képes megoldani. Tekintetbe véve Budapest teljesen speciális viszonyait, teljesen jogosnak és méltányosnak véli a főváros azon kérését, hogy az új szervezeti törvényben a főváros gyermekvédelme különálló szabályozást nyerjen és kizárólag a főváros hatáskörébe utaltassék. Ez esetben az állami gyermekmenhely maga is akár megvétel, akár bérlet útján, rendkívül előnyösen minden nagy városban szinte nélkülözhetetlen célra volna felhasználható; t. i. akár mint speciális gyermekkórház, akár mint átvevő hely (Übernahmestelle).

A gyermekvédelmi föladatokat az új szervezés folytán a helyihatóságra, — és pedig Budapestre elsősorban és feltétlenül, — a négy menhellyel bíró törvényhatósági és menhellyel bíró három megyei székhelyre a szükséghez képest javasolja állami felügyelet és irányítás mellett reábizni, az okból, mert ez az a szerv, amely a lakossághoz legközelebb áll és az étellel szoros kapcsolatban van.

Kadar László Levente előadására még az alábbi észrevételeket teszi:

A gyermekvédelmi törvényben *anyagi* jogszabályoknak felvételét nem tartja célszerűnek és megengedhetőnek. Ez a polgári, illetve a büntetőjog

anyagába vág és külön szabályozandó, már csak zavarok elkerülése végett is. Egy ország sem alkotott még oly gyermekvédelmi törvényt, amely anyagi jogot, eljárást és szervezetet tartalmazna. Ellenkezőleg, a reformtörekvések két irányúak: vagy csupán az anyagi jogot kívánják megalkotni (lásd az 1908. évi angol Children Act), vagy, a *szervezeti* oldalról fogják meg a problémát, mint a német törvény.

Nem helyesli azt a gondolatot sem, hogy a felállítandó *gyermekvédelmi* hivatal egészségügyi, közigazgatási és bírói osztályra tagozódjék.

A bírói osztály, — külföldön mindenütt a bíróság — mint gyámhatóság, a gyermekvédelmi hivatalnak nem tisztán mellérendelt, hanem sok tekintetben fölrendelt hatósága (gyámrendelés, elmozdítás, számadás bekívánás, kényszernevelési ügyek).

Helyesli azonban azt, amennyiben a 6. pont úgy értendő, hogy a mai árvaszéki intézménynek jurisdictionális része bírói kézbe tétessék le és e célból a gyámügyek más státus ügyekkel egyetemben a bíróság, mint gyámhatóság hatáskörébe utaltassanak. Így van ez az egész világon; a magyar szervezetünk tökéletlen és fél rendszabályaival, lehetetlen jogorvoslati rendszerével, a funkcionáriusok alacsony képezésével, 50 éves múltja dacára, életképtelen. Azt azonban határozottan ellenzi, hogy a *városi árvaszékek* gyermekvédő hivatalokká alakíttassanak át, mert erre a mai árvaszékek kellő előképzéssel, elhivatottsággal nem bírnak, hiszen a gyermekvédő hivataloknak egészen speciális előképzettséggel bíró személyzetre van szükségük. (Pedagógus, szociálpolitikus, nemzetgazdász stb.) A megoldás az lesz, hogy az árvaszékeknek bírói, ügyvédi képezéssel nem bíró tagjai kellő előképzés után a helyhatóságnak a gyermekvédelmet ellátó osztályába nyernek át-helyezést.

Ad 7. pont. A gyermekvédelem szociális részének elintézését ellátó szerv csakis a helyhatóság, az általános közigazgatás lehet.

Ad 8. pont. A társadalmi szervek munkabeosztását célszerűen két-három nagyobb intézmény közt kell szabályozni, nem pedig elaprózni, meg kell állapítani összeműködésük mikéntjét, valamint a hatósági munkával való kapcsolatukat és a munka módját.

A hatóság egyesületi katasztert, valamint a gondozottak kataszterét vezeti és gondoskodik a pontos statisztikai adatgyűjtésről.

A gyermekvédelmi törvényt az anya- és csecsemővédelmi törvénnyel együtt és szerves kapcsolatban kell megalkotni.

Az elhagyottság kimondása a jövő szervezetben ipso facto megszűnik. A családi bíróság nem lehet a gyermekvédelem központja, mivel a centrum csak a közigazgatási hatóság lehet a maga függeségével, szakképzett alkalmazottaival.

A bíróság a törvény szavaihoz ragaszkodik és az étellel nincs közvetlen kapcsolatban.

A bíróság csak támogathatja a gyermekvédelmi hatóságot.

A bíróság a tartásdíjakat csak a gyermekvédelmi hivatal kezdeményezésére ítéli meg, az előbbi végzi a behajtást, nyilvántartást stb.

A gyámhatóság bírói kézbeadása esetén, a gyámpénztárak helyett a német B.G.B. rendelkezéseit kell behozni.

A gyermekvédelmi hivatalok hatásköre nincs megadva; külföldön odartartozik a jogi, nevelő és orvosi munka és ellenőrzés.

8. Dr. G o b b i G y u l a, állami gyermekmenhelyi igazgatófőorvos: Az állami gyermekvédelem fenntartása és továbbfejlesztése céljából kívánatos volna arra törekedni, hogy 1. fokozatosan lehetőleg Csonka-Magyarország minden egyes megmaradt vármegyéjének székhelyén egy állami gyermekmenhely működjék, mint ezen törvényhatóság anya-, csecsemő- és gyermekvédelmi irányító és adminisztratív központja és nyilvános jelleggel felruházott gyermekkórháza is.

2. Az összes közigazgatási hatóságok és tanfelügyelőségek utasítandók volnának, hogy az állami gyermekvédelmi intézményt, annak tisztviselőit s alkalmazottait tevékenyen segítsék.

3. Hogy az állami gyermekvédelmi intézmény eredményes és hasznos legyen, szoros kapcsolatban kell működnie az összes társadalmi, gyermekvédelmi célokat szolgáló egyesületekkel és a kellő számú s berendezésű *kisegítő intézmény éhhez* is kell bírnia.

Kisegítő-intézet volna létesítendő az *idült*, éveikig tartó, rendszeres szakorvosi gyógykezelést és különleges gondos állandó ápolást igényelő, környezetükre esetleg *fertőző* betegségekben (pl. csont- vagy mirigygümőkór, vagy vérbaj) szenvedő vagy *gyógyíthatatlan* gyermekek részére; továbbá idült makacs szemtrachoma-fertőzőbajban levőknek, mert férőhely hiányában csak a heveny állapotban levők helyezhetők el a klinikák és kórházak szembetegosztályain, az állami gyermekmenhelyek központi intézeteiben egy-két évig tartó teljes gyógyulásukig, benntartásuk ott egy külön gyermekosztályt állandóan lefoglal és veszélyes is lehet az intézetben ápolat többi gyermekre nézve is. *Üdülő-intézet* volna lehetőleg a Balaton-tó déli partján, vagy erdős-dombos vidéken gyenge-fejlettségű, angolkóros, vérszegény és hurutos megbetegedésekre nagymértékben hajlamos kisgyermek részére létesítendő.

4. A két éven alóli korú gyermekek egészséges fejlődésének biztosítására az ország minden egyes tízezernél több lakójú városában, lehetőleg az Országos Stefánia-Szövetség anya- csecsemővédő-intézeteivel kapcsolatban, *tejkonyha* volna létesítendő, hol orvosi rendelések szerint megbízható, jó tejből készített tápszereket kapnának a szegények teljesen ingyen, a középsorsúak mérsékelt árért és a vagyonosak a tényleges önköltségi összegért. A tejkonyhák létesítése és fenntartása a városok, illetőleg községek kötelessége volna állami és társadalmi támogatással. A tápszerek elkészítésére szakképzett nő alkalmaztatnék, aki orvosi ellenőrzés mellett működne és a tejkonyhával kapcsolatos napközi csecsemőotthonban is végezné a gyermekek ápolását kellő segítséggel.

5. Az állami *teleporvosok és telepfelügyelők* a gyermeklétszám növekedése arányában szaporítandók. Kisebb létszámú gyermektelepeken a telepfelügyelőnői állást egybe lehetne kötni a csecsemővédőnői, óvónői, vagy tanító-női foglalkozással.

Elnök: dr. Végh János tiszti főorvos.

*Elemi egészségügyi ismeretek tanítása. Iskolaorvosok, egészségtanárok
kiképzése, alkalmazása.*

Előadó: dr. Rigler Gusztáv egyetemi ny. r. tanár.

1. Az iskolaorvosi és egészségtan tanári intézmény 40 éves múltjának eredményei.
2. Az 1926. évi reformtól várható előhaladás.
3. Tanítók és elemi iskolák az egészségügy szolgálatában.
4. Az elemi iskolai tankönyvek az egészségügy szolgálatában.
5. Az iskolán kívüli továbbnevelés és az egészségügyi ismeretek propagálása.

*

* *

Négy évtizede annak, hogy *Trefort* miniszter, két rendeletével olyan iskola-egészségügyi intézményt teremtett, *Fodor* és *Markusovszky* javaslatára, amilyen akkor még egyetlen külföldi államban sem volt.

Ez az *«Iskolaorvosi és Középiskolai Egészségtanári Intézménye*, mellyel két célt akart elérni.

Először azt, hogy a középiskolákat végző, mindkétnemű ifjúság egészsége fölött, állandóan szakember őrkdjék.

Másodszor pedig azt, hogy az életbe kikerülő, vagy az egyetemre menő fiatalság olyan és annyi tudást vigyen magával a középiskolából, amilyen és amennyi a leggyakoribb és legfontosabb egészségi ártalmak elkerülésére, sőt leküzdésére őt képessé teszi.

Mindkét célt a budapesti és kolozsvári egyetem féléves tanfolyamon kiképzett, olyan szakemberekkel akarták elérni, akik egyrészt mint iskolaorvosok, másrészt mint az egészségtan tanárai, működjenek az ország összes középiskolaiban.

Az *összes* szót azért hangsúlyozom külön is, mert maguktól az intézmény megalkotóitól tudom, hogy ők a *«középiskolák»* közé ez ügyben nemcsak a gimnáziumokat és reáliskolákat, hanem a felsőipari és kereskedelmi, továbbá a polgári iskolákat, valamint a tanítóképzőket és papnevelőket is beleszámították.

Annak pedig, hogy a rendelet a kiképzésre a két egyetemen évenként csak 20—20 orvos fölvételét engedélyezte, egyrészt azon nehézségek megfontolása volt az alapja, amelyekkel *Fodor* és *Markusovszky* az új intézménynek életbeléptetésénél, bölcsen számítottak, másrészt pedig az, hogy nem akartak túlprodukción és csupán a címet viselő, de az ügytől távolmaradó diplomásokat.

És ebben teljesen igazuk is volt, mert a képesítettek elhelyezkedése a középiskolákban nem egy nehézségbe ütközött, melyek közül csak a legfontosabbakat említem.

Ilyen volt elsősorban a honorálás kérdése. Az államnak kellett példát

mutatni, a saját középiskoláinál, az iskolaorvosok alkalmazásával. Emlékezzünk azonban arra, hogy 30—35 év előtt a kultusztárca budgetje volt a legkisebb, s ezért évenként csak 8—10 állás rendszeresítése is nagyon nehéz volt. Ha meg e célra találkozott is fedezet, akkor pedig nem volt pénz taneszközökre, úgyhogy sok vidéki kollégánk a saját pénzéből szerezte be ezeket.

Egy másik, nem csekély nehézséget okozott sok helyen azon averzió, amellyel az intézmény megszemélyesítőinek meg kellett küzdeniök. Röviden szólva: a középiskolai tanárok nem tartották őket magukkal egyenrangú és egyenlő képzettségű tanároknak.

Harmadik nehézséget az orvosoknak nagy városokba való tódulása okozta. Így olyan nagyobb községek, ahol csak polgári iskola volt, nem kaptak képesített iskolaorvost, a városokban pedig több volt a diplomás iskolaorvos, mint a középiskola.

Ha mindezen, és még sok más nehézség megvolt az állami középiskolákban, gondolható, hogy még fokozottabb mértékben jelentkeztek azok a nem államiakban. Dacára ennek, már jóval a világháború kitörése előtt, alig volt az országban középiskola, képesített iskolaorvos nélkül.

40 év azonban nagy idő egy intézmény életében. Bármily jól legyen is az megalapozva, a haladó élethez igazodnia kell. Ez történt itt is, már *Fodor* életében. A kiképzés több tárggyal bővült, s némileg a képesítő-vizsga is átalakult; az Orsz. Közeg. Egyesület pedig, a képesítettek alkalmazása és dotálása terén, mutat sikereket.

Míndezek dacára, a világháború borzalmai után elkövetkezett reformmozgalmak az iskolaorvosi és egészségtan-tanári intézményt is, a maguk körébe vonták. Az eredmény a vallás- és közokt. miniszter úrnak az intézményt reformáló rendelete.

Ez a rendelet valóban gyökeres reformot jelent.

Jelenti *először* is azt, hogy a kiképzést a budapesti és a kolozsvárinak örökébe lépett szegedi egyetemről elveszik és az «Orvosi Továbbképző Tanfolyam» működési körébe utalják.

Másodszor azt, hogy a háromhónapos kurzus helyébe két-háromhetes lép.

Harmadszor azt, hogy ezen kurzus sikeres elvégzését tanúsító «*igazolvány*», a tulajdonosát minden iskolában jogosítja az iskolaorvosi állásra.

Negyedszer pedig azt, hogyha az ilyen iskolaorvos valamelyik középiskolában egészségtanár is akar lenni, akkor egy arra feljogosított középiskolában félévig hospitál, ugyanott próbaelőadást tart, melynek elfogadása esetén az igazgató bizonyítványt ad ki, mely a középiskolai egészségtanári teendő ellátására képesít.

Az, hogy a reform az iskolaorvos-képzést a két egyetem kezéből kiveszi, nem baj. Es pedig azért, mert kettő helyett négy-nek a kezébe adja, lévén ezek az orvosi továbbképzés letéteményesei. Egyébként máshol, mint egyetemen, ezt a képzést, helyesebben továbbképzést, képzelni sem igen tudom.

Az, hogy az iskolaorvosi képzés ideje a harmadára rövidül, csak látszat. Annál inkább, mert tudtommal sem az óraszám, sem a megtanulandó anyag nincsen még meghatározva. De erősen tekintetbe jön itt az is, hogy a ren-

delet az «egészségtanár» képzését elválasztja az iskolaorvosétól és így az előbbi célra eddig szolgáló órák felszabadulnak.

Az, hogy az iskolaorvosi kurzust elvégzett kolléga az ő igazolványaival minden iskolában jogosultságot nyer az iskolaorvosi állásra, az egész reformban talán a legörvendetesebb.

Végül, hogy a rendelet az «egészségtanár» pedagógiai kiképzését és tudásának elbírálását, egy középiskolai tanárokból álló bizottságra bízza, nem ránk, orvosprofesszorokra, hanem a régi képzésben résztvevő társakra tartozik. Fől kell tennem, hogy az megkérdetett és ehhez hozzájárult.

De mindez tulajdonképpen másodrangú fontosságú.

A reform lényege nem is ezekben, hanem a miniszter úr azon intenciójában van, hogy «legyen kivétel nélkül minden iskolának iskolaorvosa», és legyen minden középiskolának ezenfelül egészségtanára».

Így akarja a miniszter úr elérni azt, hogy az egészség megvédésének tudása ne csak a városi, hanem a legutolsó falusi és tanyai ház lakói közé is eljusson.

Aki a «falut» és a «tanyát» ösmeri és szereti, az tudja, hogy ennek mily óriási a fontossága.

Kétségtelen azonban, hogy ezen reformnak az életbe való átültetésénél is lesznek nehézségek.

Ha vizsgáljuk, hol merülhetnek ezek fel, akkor a következő eredményre jutunk.

A képzésnél nem. Hiszen a négy egyetem továbbképző-tanfolyamán évente három—négy száz orvos szerezheti meg az iskolaorvosi igazolványt. De a középiskolai egészségtanári működésre képesítő bizonyítvány megszerzése is rendkívül könnyűvé vált minden kollégánknak, aki középiskolás városban vagy annak közelében lakik.

A kiképzettek elhelyezésénél már inkább. Csonka-Magyarországnak a Fodor-Markusovszhy szerint középiskolául tekintett 626 tanítóintézménye közül a legtöbbje el van már látva régi képzettségű egészségtan tanárral és iskolaorvossal. Ezeknél tehát jóformán csak az elhalálózással vagy lemondással üresedésbe jövő helyekre lehet számítani. Ez pedig sokkal kevesebb, mint amennyi új képesített kolléga lesz pár év múlva.

Éppen az ellenkezőre lehet számítani a falusi és főként a tanyai elemi iskoláknál.

Csonka-Magyarországnak 4000 városában és községében 6600 (6593) elemi iskolája van. Ha fölteszük, hogy a lefolyt 40 év alatt a két egyetemen képesített 2000 iskolaorvos közül, ma élő 1000 diplomához, még 4000 új képesítésű járul, úgy 5000 képesített iskolaorvosra számíthatunk. Így első pillantásra az ügy számszerűen rendben levőnek látszik. De persze csak látszik. Mert ha e rideg számokat a statisztika ujjmutatása szerint dolgozzuk fel, akkor egészen más eredményre jutunk.

A «fahi» viszonyait nézzük a községekkel legsűrűbben beültetett, de a tanyákban szegény Baranya vármegyében, a «tanyák»-ét pedig a falukban szegény, de tanyákban gazdag Csongrád vármegyében.

Csonka Baranya vármegyének, melynek területe 688.000 kat. hold. lakossága pedig 240.000 lélek, 1920-ban összesen 375 elemi iskolája volt. Ha leszámítjuk a Pécs tjv. és Mohács rtv.-ra eső 23-at, marad 352 elemi iskola, amelyek 309 községben, illetőleg ezekhez tartozó pusztákon és bányatelepeken működnek.

Ha most nézzük, hogy Csonka Baranya vármegyének 309 iskolás községe közül hányban van orvos, akkor kiderül, hogy van összesen 53 orvos a pécsi 52 nélkül.

így tehát (352: 53=) 7 elemi iskola esik 1—1 orvosra, amelyeket (309:53=) 6 községben kellene hetenként legalább is egyszer az orvosnak meglátogatnia.

Csongrád vármegye 590,000 kat. holdas területe, a tanyák hazája. Falu, község ezen a nagy területen csak 16 van, ellenben van 2 tjv. város (Szeged és Hódmezővásárhely) és 2 rtv. város (Csongrád és Szentés). A lakosság 40 %-a a városokon és községeken kívül, az óriási területen elszórva, állandóan tanyákon lakik.

Példaként csupán 1 nagy (Szeged), 1 középnagy (Hódmezővásárhely) tjv. város, és 1 népes község (Kiskúndorozsma) tanyavilágát ismertetem.

Város	Népesség	Határ kat. hold	Tanya szám	Iskola		Orvos	
				város	tanya	város	tanya
Szeged	119,109	142,000	8200	22	68	116	7
H.-M.-Vásárhely	61,922	132,000	2813	15	36	37	2
K.-K.-Dorozsma.	18,504	32,000	1615	3	18	2	1

A Nagy Magyar-Alföld mai déli határainak tanyai iskolái és a reájuk ügyelő orvosok száma között tehát a számarány ez:

a szegedi tanyákon 10 iskola ellenőrzése esik 1 orvosra
 a hódmezővásárhelyi « 18 « « « 1 «
 a kiskúndorozsmai « 18 « « « 1 «

Hol és milyen javulás várható a közel jövőben a képezett iskola-orvosok számának megszorodásából?

Gyors és nagyfokú sem a falvakon, sem a tanyákon, hanem a lassú a falvakon és igen lassú a tanyákon.

Az első már meg is indult azzal, hogy az Egyetemről kikerült fiatal orvosi generációnak nagyobb része belátja, hogy tisztességesen megélni falun is lehet, sőt jobban lehet, mint a városokban. Letelepszik tehát olyan községekben is, ahol körorvosi állás, tehát fixfizetés sincsen, de a megélhetési lehetőségei adva vannak. Segít ebben erejéhez képest az állam is azzal, hogy a nagyon népes, vagy igen sok falut számláló köröket többfelé osztja.

A tanyákon erre jóval hosszabb idő fog kelleni. Az orvos itt csak az ú. n. központokon élhet meg, és csak akkor, ha kezdettől jól van fizetve. A prakszis a tanyai orvosnak fele annyit sem hoz, mint a falusinak, mert be-

tegeinek és iskoláinak meglátogatása sokkal több időt vesz igénybe, a hatalmas távolságok és az utak szomorú állapota miatt, kivált a csapadékos évszakokban, vagyis ősz közepétől, tavasz végéig. Ezen a tanyás városok és községek csak úgy segíthetnének, ha a központok számát tekintélyesen szaporítanák, ami pedig, a nagy költségek miatt, a közel jövőben csak ritka helyen várható. Ezen helyek pedig azok lesznek, amelyek megérik a vallás- és közoktatásügyi miniszter úrnak új falusi és tanyai iskolák építésében álló hatalmas akcióját, amely iskolák új központok alakuló pontjaiul kiválóan alkalmasak.

A törvényhozás ezen eddig soha nem tapasztalt megértése és miniszterünk jóakarata, kötelességévé teszi mindenkinek, aki e szép üggyel foglalkozik, hogy más téren elősegítse annak megvalósulását, hogy az elemi iskolások mielőbb megkapják a nekik való egészségügyi ismereteket.

És erre vannak módok is. Néhányat felemlíték.

Csonka-Magyarországon 16 és $\frac{1}{2}$ ezer elemi iskolai tanító működik. Mily hatalmas és kész hadsereg volna ez a 16 és $\frac{1}{2}$ ezer tanító az egészségügyi elemeknek oktatásában, ha e tárgyban maga is jobban volna kiképezve.

Csonka-Magyarországon 4000-nél több pap hirdeti az igét a szószékről. Amióta az állam intézi az egészségnek védelmét, minden nagyobb járványnál felszólította a papságot a küzdelemben való részvételre. És nem is eredmény nélkül. Milyen lenne azonban az eredmény, ha a papság az egészség megvédésére a mainál jobban lenne kiképezve?

Átnéztem sok olvasókönyvet; mint *Pándi* kollégám, úgy én is alig találtam egy-kettőben olvasmányt, amelyben pár szó az egészség megbecsülésére oktatja az elemi iskolást.

Mily más lenne az eredmény, ha az új tankönyvekben több hely jutna ilyen olvasmányoknak.

Jobban állunk, mint régebben, a felnőttek egészségügyi oktatása terén. A «Faluszövetség», a «Leventék», a «Cserkészek» hatalmas támogatói már is ügyünknek. Néhány üdvös miniszteri rendelet és a támogatás bizonyára virágzóvá és dúsan termővé tenné a csemetéket, amelyeket a V. és K., valamint a Népjól. minisztereink oly szeretettel ültetgetnek szegény hazánkban.

Hozzászólások:

1. Dr. Szabó József, egyetemi ny. r. tanár: Legyen szabad föl-hívnom az előadó úr és a t. értekezlet figyelmét arra, hogy úgy az *iskolaorvosok*, mint az *egészségtanítók* kiképzésében mód nyújtassék, hogy azok a ma már világszerte fontosnak elismert és a szájhigiéniét illető tudáskomplexumról kellő kiiktatásban részesüljenek. Úgy vélem, hogy e helyen ennek megokolása teljesen felesleges. Ezen ismeretek gyakorlati következményeit világszerte már levonták és érvényesítik.

Kívánatosnak tartanám egyébként, hogy az egészségügyi tanításában nagyobb rész jutna a száj, a fogak épségben tartási módjai és eszközei részletes tárgyalásának.

Az elemi iskolai tankönyvek felette eredményesen szolgálhatnák a száj

és fogak ápolásának fontos kérdését pl. oly formában, hogy egy-két oldalon, esetleg alkalmas illusztrációkkal is, ismertetnék a száj- és fogápolás szükségességét, módját, szabályait.

Szükségesnek ítélném továbbá, hogy az iskolán kívül az egészségügyi ismeretek propagálása terén több történjék, mint eddig, a száj és fogak ápolásának lényege, szükségessége irányában. Legyen szabad itt felhívnom a nmeimet e propagálás egyik hatalmas eszközére, a filmre, melynek hatása nagy tömegekre nyilvánvaló.

2. Dr. J u b a Adolf, egyet. m.-tanár: Előadó nézetével egyetért. Hangsúlyozza, hogy az egészségstan tanítását az egész vonalon keresztül-vitték, sőt *Apponyi* rendelete óta (1917) az elemi népiskolák alsóbb osztályai-ban az egyéb tárgyak tanításában is elrendelték, csak senki sem kutatja, hogy az olvasókönyvek tényleg felvették-e. Itt mutatkozik hiánya az iskola-egészségügyi ügyosztálynak. Az iskolaorvosok egészségstantanári kiképzése valóban hiányos, de *Bexheft* javaslatát megvalósíthatónak nem tartja. A medikusok elméleti tárgyakkal nem akarnak foglalkozni. A testgyakorlással foglalkozik a jelenlegi iskolaorvosi kiképzés is, *Bexheft* is tanítja a torna-termek és játszóterek berendezését, s előadó is, amennyire az idő engedi, bőven foglalkozik a testgyakorlással és végrehajtását tanítja. A tanítók kellő kiképzésére nagy súlyt helyez azok kiképzése idején, s ide kellene iskolaorvosok és egészségstan tanárok. A tanárok egyetemi kiképzése teljesen nélküli az egészségi kiképzést, mert a fakultatív előadásokat nem látogatják.

3. Dr. G e r l ó c z y Z s i g m o n d, egyetemi tanár, székesfőv. közkórházi igazgató-főorvos: *Az egészségügyi ismeretek tanítása* minden fokozatú iskolában szükséges. Nálunk egészségstan tanítása csupán a polgári és felsőbb leányiskolák tantervében van kötelezőleg beállítva, míg a középiskolákban az csupán fakultatív. Igaz, hogy a középiskolák igazgatói és tanári kara jóindulata és megértése folytán most már a középfokú iskolákban is úgy tekintik az egészségtant, mint kötelező tárgyat és így a középiskolai tanulók is elégséges egészségstani ismeretekkel mennek ki az életbe.

Az elemi iskolákban a tanulók értelmi felfogásához alkalmazkodva, könnyűszerrel lehetne a legelemibb egészségügyi ismeretekre megtanítani a gyermekeket. Apró versikék, majd a nyelvtani részben az egyszerű és bővített mondatok keretében egészségstani szabályok jöhetnének az iskolai könyvekbe, a harmadik és negyedik osztályba járó tanulók olvasókönyveibe már egyes fejezetek jöhetnének: az egészséges lakásról, a helyes táplálkozásról, a tisztaságról, a fertőző betegségekről stb. Ugyancsak jól lehetne felhasználni az iskolákban használatos és a házfeladatok megírására szolgáló irkák borítékának hátsó lapját ilyen, a gyermek értelmi níveléhez alkalmazkodó, egészségstani fejezetek beiktatására. Tanulságos falitáblák alkalmazandók az osztályokban, amelyek a fertőzőbetegségeket ismertetnék, amelyekben a tisztaságnak, mint az e betegségek ellen való védekezés legjobb fegyverének, hangsúlyoztatására sok alkalom kínálkozik. Iskolai és házi írásos feladatokban a tanító több alkalommal adhat föl kidolgozásra olyan tételt, ami az egészséggel vonatkozásban áll.

Az iskolán kívüli továbbnevelésben hálás terület kínálkozik az egészségügyi ismeretek propagálására.

Az iskolaorvosok és egészség-tanítók kiképzése kérdésében csupán egy hiányosságra óhajtok reámutatni, arra t. i. hogy az iskolaorvosok kiképzésében nincsen gondoskodás arról, hogy azok a testnevelésnek éppen a betegségek megelőzése nézőpontjából oly nagyfontosságú tárgykörében kellő és alapos ismereteket szerezzenek. Már pedig azt különösebben bizonyíthatni fölösleges, hogy a test egészséges fejlődése az alapja minden prevenció sikerességének. Es ha az intéző körök ma már teljes tudatára ébredtek ennek az igazságnak és a testnevelési főiskola megalkotásával, a levante-egyesületek fölkarolásával, ebben az irányban elismerésreméltó munkát végeztek és végeznek, akkor ezt a kérdést erről az oldalról is mérlegelniük kell és meg kell adni a módot arra, hogy az iskolai egészségügy gondozója, az iskolaorvos e tárgykörben való hiányos ismereteit a képesítő-tanfolyamban megszerezhesse.

4. Dr. B e x h e f t Á r m i n: Negyven esztendeje annak, hogy Trefort miniszter *Fodor* terveit magáévá téve. életbeléptette az iskolaorvosi és egészség-tanítói intézményt. Egyelőre ugyancsak a középiskolák kaptak iskolaorvost, de ezeknek mindjárt kezdettől fogva kötelességévé tétetett az egészség-tanítása is. Hogy ezekbe az egészen újszerű állásokba olyan orvosok kerüljenek, akik a rájuk bízott feladatoknak jól meg tudjanak felelni, egyidejűleg iskolaorvosi és középiskolai egészség-tanítói képesítő-tanfolyamot is állítottak fel az egyetemek orvosi fakultásain. A kettős feladatnak megfelelően a kiképzés is kettős irányú volt. Egyrészt az iskolaorvosi munkakör speciális szempontjainak megfelelő orvosi képzést nyertek a jelöltek, másrészt az egészség-tanításához elengedhetetlen pedagógiai, didaktikai és metodikai kiképzésben is részesültek s a gyakorlat elsajátítása végett nemcsak hospitálniok kellett középiskolai egészség-tanítói órákon, de nekik maguknak is kellett próbatanításokat tartaniok. A tanfolyam befejeztével pedig elméleti és gyakorlati vizsgát kellett tenniök az iskolahygiénéből és az egészség-tanításából is. Iskolaorvosokul pedig kizárólagosan olyan orvosdoktorokat alkalmaztak, akik a tanfolyamot elvégezték, a képesítő-vizsgát letették és képesítő oklevelet nyertek.

Kétségtelen, hogy a tanfolyamra szükség volt, mert az általános orvosi képzés keretében sem az iskola speciális egészségi követelményeiről, sem pedig az egészség-tanításáról semmiféle ismeretet, tudást vagy éppen gyakorlatot nem szerezhetek a jelöltek. Pedig enélkül az iskolaorvosok semmiképpen nem állhatják meg helyüket az iskolában.

A tanfolyam az egyetemi első szemeszterre terjed ki, úgyhogy a jelölteknek több hónapot kellett, rendes munkakörükből kiszakítva, saját költségükön a fővárosban eltölteniök s ezzel szemben a tanfolyam sikeres végzése után, igen silányan dotált állásba kerültek.

Mikor a gazdasági viszonyok már a háború előtt is erősebben romlani kezdtek, de még inkább a háború alatt s a háborút követő nyomorúságos időkben egyre jobban megnehezedett, majd egészen lehetetlenné vált a tanfolyam fenntartása, s az orvosok nem voltak abban a helyzetben, hogy az

amúgy is silányan dotált állásokkal semmi arányban nem álló áldozatot hozzanak. A tanfolyam megérett ezzel a reformra. Meg kellett alkudni a kényszerítő helyzettel. Így lépett a régi iskolaorvosi és egészségтанanári, több hónapos tanfolyam helyébe az újrendszerű, most már kizárólagosan iskolaorvosi tanfolyam, mely az egészségтанanári kiképzést teljesen elejtette. Ez adta meg annak a lehetőségét, hogy a kiképzés idejét lényegesen meglehetősen rövidíteni: *hét* hétre. Tanításra kiképezni valakit két hét alatt teljesen kizárt dolog volna. De általános orvosi és higiénikus tudással rendelkező orvosnak azt a plusz-tudást megadni, amit az iskola speciális viszonyai követelnek meg az iskolaorvostól, annyira-amennyire mégis lehetséges. Egy kéthetes fővárosi tartózkodás áldozatát viszont a jelöltek még megtudták hozni. Fogyatkozása volt azonban ennek az újfajta iskolaorvosi tanfolyamnak, melyet utóbb már nem is az egyetem, hanem az Orvosi Továbbképzés Bizottsága rendezett, hogy befejeztével nem volt vizsga s így a tanfolyam hallgatása nem is nyújthatott biztosítékot arra nézve, *hogy* az azt végzett orvos megfogja-e állani a helyét az iskolában?

Ezeken a tarthatatlan állapotokon akart segíteni az 1926. évi reform. Ennek a lénj[^]ege abban állott, hogy meghagyta ugyan a kéthetes tanfolyamot kizárólagosan iskolaorvosi tanfolyamnak, de legalább kötelező kollokviumot rendelt a végére, s az így szerzett iskolaorvosi képesítésről mindenféle fokú iskolára érvényes oklevelet adott.

Az egészségтанanári képesítés megszerzését — külön egészségтанanári tanfolyam híján — úgy szabályozták, hogy arra minden iskolaorvosi képesítést nyert orvosnak alkalma legyen a vidéken is; tehát a városokban élő orvosoknak emiatt ne kelljen állandó lakóhelyükről távozniok. Az 1926-iki szabályzat értelmében az ezen célra kijelölendő bármelyik, akár vidéki középiskolában is megszerezheti az egészségтанanári képesítést az, aki egy féléven át hospitál az egészségtanórákon, vagy — ha az egészségтанan nem orvoa tanítja — esetleg másvalami természettudományi (fizikai, természetrajzi, vegytani) órán, és félévi hospitálás után az illető szaktanár jelenlétében sikeres próbatanítást tart.

Véleményem szerint az efajta egészségтанanárképzés nem érheti el a célját. Mert egyrészt nem minden egészségтанanárnak van olyan veleszületett vagy szerzett pedagógiai készsége, hogy sikerrel tudna valakit az egészségтанanítás helyes módszerébe bevezetni; a természetrajz, vegytan vagy fizika előadó tanára viszont az egészségtanítás terén nem szakember, tehát sem az egészségtanítás anyagának megválogatásában, sem a kiszemelt anyag metodikai feldolgozásában nem lehet sem annyira tájékozott, sem tapasztalt és jártos, amint azt az egészségtananárképzés feltétlenül megkívánja.

Nem is látok itt más kiutat, mint a régi egészségтанanári tanfolyam sürgős visszaállítását a mai viszonyoknak megfelelő némi módosítással. A módosítás lényegileg abból állna, hogy az egészségtananárképzés-tanfolyamot ismét szerves kapcsolatba hozzuk az egyetemmel és úgy szervezzük meg, hogy azt minden külön idővesztés és anyagi áldozat nélkül is hallgathassa mindenki, aki egészségtananári állást szándékszik majd vállalni. Erre

csak egy módot tudok ajánlani; t. i. azt, hogy a tanfolyamot már medikuskorában hallgathassa a jövőre orvos. Igaz ugyan, hogy a munkával és tanulással amúgyis eléggé megterhelt medikusnak az iskolai egészség-tanítási módszertanának tanulása, a hospitálás és próbatanításokra való készülés csak újabb megterhelést jelentene. De ezzel a hátránnyal szemben áll az az előny, hogy egyetemi tanulmányai végeztével akár azonnal is vállalhat egészség-tanítási állást s a képesítés megszerzése nem került külön anyagi áldozatába. Valószínű, hogy ezt a megterhelési többletet csak olyan medikusok fogják vállalni, akik különös kedvet és hajlamot éreznek magukban az egészség-tanítási pályára. Ilyen pedig bizonyára nem lesz sok. De ez is inkább előnyt jelent, mint hátrányt. Mert az lesz a következménye, hogy nem lesz egészség-tanítókban túlerő és bizonyos kiválókat fog létrejönni, s az a kevés, aki ezt az életpályát választotta, bizonyára alkalmasabb lesz tehetségénél és a pályája szereteténél fogva az egészség-tanításra, mint az a tömeg, amelyik a mostani szabályzat értelmében jórészt csak azért igyekszik megszerezni a képesítést, mert azt kevés fáradtsággal, könnyen véli megszerezhetni, a nélkül, hogy komoly ambíciója lenne, hogy majdan *jól* tudja az egészség-tanítást.

Kívánatos az is, hogy kellő pedagógiai és didaktikai, valamint metodikai ismeretek elsajátítása végett a már régebben végzett orvosdoktorok is megszerezhessék utólag az egészség-tanítási képesítést. Ezekről viszont bajos volna megkövetelni, hogy egy féléven át időzzenek az egyetemi városban. Ezek nem igen vehetnének részt a medikusoknak szánt előadásokon. Számukra tehát külön, talán rövidebb időre terjedő tanfolyamot, kellene tartani, legalább is egy bizonyos átmeneti időn át. Ez a tanfolyam is az egyetemen volna tartandó. Végül nem ártana — legalább is háromévenként — még külön egészség-tanítási továbbképző-tanfolyamokat is tartani olyanok számára, akik már régebb ideje tanítanak is, de a pedagógiai és metodikai ismereteiket szeretnék felfrissíteni és kiegészíteni. Javaslatomat a következőkben foglalom össze:

1. Az egészség-tanítási továbbképző-tanfolyam feladata:

a) megismertetni a hallgatókat a különböző fajú és fokú iskolák igényeihez mérten kiválogatott egészség-tanítási ismeretanyaggal, ami a közegészségtanon kívül a társadalmi és az egyéni higiéniére, sőt bizonyos orvosi ismeretekre is kiterjed (pl. első segélynyújtás balesetek alkalmával);

b) bevezetni őket a kiszemelt tanítási anyag módszeres feldolgozásába, a szükséges elméleti és gyakorlati pedagógiai, didaktikai és metodikai eljárások ismertetése alapján;

c) alkalmat adni a jelölteknek, hogy ismételten tartandó próbatanításokon a tanításban némi gyakorlatot is szerezhessenek.

2. A tanfolyam végeztével számon kell kérni a jelöltek elméleti és gyakorlati tudását az iskolai tanítási ismeretét s a tanításban való ügyességet és képességet illetően, akár képesítő-vizsga, akár kötelező kollokvium alakjában.

3. Módot kell adni arra, hogy a hallgatók iskolai rendszeres egészség-tan-

órákon rendszeresen hospitálhassanak, a tanítás megfigyelése végett, legalább is egy félévén át.

4. A sikeres egészségтанárképzés elengedhetetlen előfeltétele, hogy az szervezen beillesztessék az egyetemi orvoscépzés keretébe és hogy az egészség-tan iskolai tanításának anyagát és módszerét magában foglaló kollégium megtartásával olyan szakférfiút bízzanak meg, aki egyrészt elméleti képzettségével, másrészt gyakorlati működése és előadóképessége alapján alkalmasnak látszik a jelöltek oktatására és vezetésére.

5. Elvként ki kell mondani s ennek az elvnek a gyakorlatban feltétlenül érvényt is kell szerezni, hogy bármely iskolánál csak az alkalmazható egészség-tanár minőségben, aki az egészségtanárképző-tanfolyamot sikerrel elvégezte, a vizsgálatot (kollokviumot) letette s ennek alapján egészség-tanári oklevelet nyert. A tanfolyam hallgatását vagy méltánylást érdemlő esetekben legalább is a képesítő-vizsga letételét pótlólag meg kell követelni azoktól is, akik netán egészségtanári képesítés nélkül alkalmaztattak volna az utóbbi időkben egyes iskoláknál.

6. Az egészségtanárképző-tanfolyamot úgy kell az egyetemi orvosi fakultás tantervébe illeszteni, hogy azt az ötödéves (vagy legalább is a negyedéves) medikusok is hallgathassák. A fentemlített kollégium hirdetésével kapcsolatban, az egyetemi tanrendben fel kellene hívni az orvostanhallgatók figyelmét arra, hogy annak szorgalmas hallgatása és szorgalmas hospitálás után megtartandó próbatanítás és sikeres kollokvium alapján nyerhetik el az egészségtanári képesítést, mely bármilyen iskolában jogosít az egészség-tanítására.

7. Egyelőre — átmenetileg — még egy másik, rövidebb (háromhónapos) tanfolyamot is kellene tartani, legalább is kétévenként, olyan végzett orvosdoktorok részére, akik az egészségtanári képesítést el akarják nyerni. Sőt ajánlatos volna időnként továbbképző-tanfolyamot is tartani a gyakorlatilag már működő egészségtanárok részére is. Ezt a tanfolyamot azonban már az Orvosi Továbbképzés Bizottsága rendezhetné.

Az iskolástanulók védelme. A tanulók rendszeres vizsgálása, gondozása.

Előadó: dr. Juba Adolf egy. m. tanár, egészs. főtanácsos.

1. A magyar tanulóifjúság egészséges testi fejlődésének biztosítása, betegségtől való megóvása és kóros elváltozásainak megszüntetése célirányos intézkedésekkel, *állami* feladatot képez.

Kezdődik ezen gondoskodás az óvóköteles korról — csatlakozva a csecsemők és kisdetek gondozásához — és tart a középiskolák befejezéséig, illetőleg a levante tagság tartamára (21 éves korig), leányoknál ugyanezen korig.

2. A magyar állam ezen gondoskodást városi és járási iskolaorvosok és városi, illetőleg főleg falusi védőnők által gyakorolja. Kívánatos, hogy az iskolaorvosok egyéb gondozó (anya-, csecsemővédelmi, népbetegségek elleni)

tevékenységet is fejthessenek ki. A védőnők működése a gondozás minden ágára kiterjed.

Közép- és szakiskolákhoz külön iskolaorvosok nevezhetők ki.

3. Az iskolaorvos feladatai:

a) az óvőköteles és újonctanulók gondos orvosi megvizsgálása és ezen vizsgálatnak megismétlése három évenként (9, 12, 15 és 18 éves korban), hacsak a központ rövidebb időközöket nem ír elő, az adatoknak az egyéni törzslapba való bejegyzésével. A sorozatos vizsgálatok alkalmával okadatolt esetekben más tanulók is megvizsgálandók;

b) tanácsadás az iskolai életére, pályaválasztására, testgyakorlására vonatkozólag, útmutatás és támogatás a betegségek megelőzésére és kóros elváltozások megszüntetésére;

c) a tanítók (óvónők) tájékoztatása a tanulók egészségéről, célirányú javaslatok előterjesztése, egészségügyi előadások tartása leventéknek és felnőtteknek.

4. A védőnő feladatai (a tanulók egészsége érdekében):

a) az iskolaorvosnak vizsgálati alkalmával segídegni, általában utasításai szerint eljárni;

b) a tanulók (óvodások) tisztaságát rendszeresen vizsgálni;

c) a kapcsolatot a szülői házzal fenntartani, a szülőket mindenképp támogatni, hogy az iskolaorvos tanácsait megvalósíthassák;

cl) a mulasztókat az igazgató (tanító, óvónő) felszólítására meglátogatni és heveny, fertőzőbetegség vagy ennek gyanúja esetén, ezt az illetékes községi (kőr-) orvosnak is haladéktalanul tudomására hozni.

5. Az iskolaorvosok és védőnők kiképzéséről, alkalmaztatásáról és fizetéséről, munkakörüik részletes megállapításáról a közoktatási és népjóléti minisztérium együttesen intézkedik. Az iskolaorvosok részletes jelentéseiket a tanév befejeztével a városi, illetőleg megyei tisztiorvosoknak adják át, akik ezeket, saját véleményükkel, a központnak betérjesztik.

6. A tanulók jólétének előmozdítására minden iskola (óvó) mellett *gyermekgondozó* bizottság létesítendő az igazgató (tanító, óvónő) vezetése alatt, annyi taggal, ahányszor 50 tanulója van, akiket az iskolafenntartó választ, de legalább felerészben az iskolába (óvóba) járó gyermekek szülői közül.

7. A bevezető és folytatólagos intézkedések megtételére, a rendeletek kidolgozása, az iskolaorvosok, védőnők és gyermekgondozó bizottságok működésének vezetésére és ellenőrzésére, általában az *iskolaegészségügy* minden vonatkozásának (iskolák építése és berendezése, oktatás higiéniája, fogyatékosok oktatása, testgyakorlás) figyelemmel kísérése a vallás- és közoktatási minisztérium kebelében *iskolaegészségügyi* osztály létesítendő, mely a népjóléti minisztériummal állandóan érintkezik és amely működéséről évente ki-merítő nyomtatott jelentésben beszámol.

Előadói javaslatomat a következőkben vagyok bátor megindokolni: Közegészségünk alapvető törvénye az 1876. évi XIV. tc. egy külön (3.) fejezetet szán a gyermekek és iskolák iránti intézkedéseknek, a 19. §-ában kijelentve, hogy a gyermekek egészségi állapota hatósági felügyelet és intézkedés tárgyát képezi. Elvi szempontból felette fontos ezen törvényes rendelkezés, mert kétségbenvonhatatlanul megállapítja az állam jogát és köteleességét az intézkedésekre a gyermekek és tanulók érdekében. Más, mint az állam nem intézheti egységesen és kellő hatállyal az idevonatkozó teendőket és nézetünk szerint nagy hiba volna a cselekvést ezen a téren az iskolákra és azok fenntartóira átruházni.

Gyakorlatilag azonban nagyon kevés történt az állam ezen fontos közegészségügyi feladatának a végrehajtására, pedig ha valamelyik országban nagy a halandóság, úgy Magyarországon az. A csecsemőhalandóság terén vezetünk; a gümőkóros halálozás nálunk a legnagyobb és egyéb közegészségi tekintetekben is meglehetősen szomorú helyet foglalunk el a művelt nyugati nemzetek között. Míg a nyugati államok a tanulók egészségének védelmére népiskolákban mindenütt behozták az iskolaorvosi intézményt és mindent elkövetnek a tanulók egészsége érdekében, addig minálunk — eltekintve *Lukács György* minisztersége alatt kiadott rendeletről, amely azonban nem lett megvalósítva — semmisen történt. Az ifjúság egészségének kellő gondozása nélkül pedig fontos törvényeink, így az iskoláztatási kötelesség szigorításáról szóló 1921. évi XXX. törvénycikk és a Testnevelésről szóló 1921. évi III. törvénycikk végrehajthatók nem lesznek. «A magyar gyermeket — mondotta gróf *Klebelsberg Kunó*, miniszter úr a szegedi gyermekklinika alapkövetételekor — nemcsak tanítani kell, hanem egészségét, életét megóvni szintoly fontos nemzeti feladat.» Ugyanez áll a magyar ifjúságra, amelynek egészsége érdekében van hivatva működni a Levente-intézmény, *Horthy* kormányzó úr Öfőméltósága leirata szerint.

Valóban szomorúan kell jelentenem, hogy eddigelé minden törekvés az ország tanulóifjúságának orvosi felügyelete és útbaigazítása érdekében meddőnek bizonyult. Mi — ellenkezőleg a többi államokkal — a középiskolákban alkalmaztunk és alkalmazunk iskolaorvosokat és egészségtanárokat, de itt is hibásan hajtottuk végre, úgyhogy kézzelfogható haszna nem lett. Az elkövetett hibák lebegtek szemem előtt javaslatom egyes pontjainak a szövegezésékor.

Áttérve a részletes indoklásra, az 1. pontban megállapítom az állam feladatát három irányban: a tanulóifjúság egészséges fejlődésének biztosítása; betegségektől való megóvására és a kóros elváltozások megszüntetésére; ezzel akarnám elérni azt, hogy ezen állami gondviselés kivétel nélkül minden tanulóra és ifjúra kiterjesszessék, másodsor a fősúly a betegségek megelőzésére helyeztessék és csak annyiban, amennyiben ez nem lehetséges, a kóros elváltozások megszüntetésére kiterjesszék, óvakodva a gyógyíttatási kényszer kimondásától és a gyógykezelési költségeknek az államra történő áthárításától. Az 1. pont 2. bekezdése a kört jelöli meg, amelyre a javaslat intézkedések hatálya kiterjedjen és amelynek feltétlenül kapcsolódnia kell a csecsemők és

kisdedek gondozásához. Bár a kezdetet az óvóköteles korra teszem, mégis a legtöbb gyermekre nézve a tankötelezettség időpontjától kezdve fog érvényesülni. Végződik egyrészt a középiskolák befejeztével, bár részről az egyetemi és főiskolai éveket is beleveendőknek tartanám, amire a testnevelési törvény feljogosít, másrészt az iskolán kívüli testgyakorlás végpontjával, a 21. életévvel. Sajnos, a testnevelési törvény nem vonatkozik a leányokra, mint Franciaországban, és így a gondoskodás róluk csak az ismétlőiskola befejeztéig tartana, holott velük szemben is a 21 éves korhatárt tartanám megállapítandónak.

A 2. pont az állami feladat végrehajtóközegeivel foglalkozik, az iskolaorvosokkal és a védőnőkkel, akiknek áldásos működését egyetlen állam sem akarja nélkülözni. Az általam javasolt *járási iskolaorvosok* helyett egyszerűbb volna, ha minden iskolához külön iskolaorvos alkalmaztatnék és ezzel a feladattal a községi vagy körorvosok bízhatnának meg. De ezáltal a működés egyöntetűsége volna veszélyeztetve, a központra nézve az áttekintés és a vezetés lehetetlenné volna téve. Nem is kívánható a községi körorvostól, hogy előre megállapított időben végzendő vizsgálatokra lekösse magát, nekik mindig és mindenkor a betegek kezelésére készen kell állaniok. Viszont a járási iskolaorvosok mellett egyéb gondozói működéseket vállalhatnak, és különösen fontosnak tartom az iskolai munka összekapcsolását a tüdőbetegek gondozásával és a tüdőbeteg-gondozó intézetek vezetésével, amely működés feltétlenül nagyobb körre, egész járásra kell, hogy kiterjedjen és amely sajátlagos jövedelemmel járó szakorvosi gyakorlat mellett, lehetővé teszi a járási községek rendszeres felkeresését évente egyszer-kétszer. Ilyen módon a járási gondozó- és iskolaorvos a járás egész népességével, minden közegeivel állandó összeköttetésben állana és módjában lenne a legbehatóbb működés úgy a tanulók mint a felnőttek érdekében. Németországban is legtöbb helyütt összekötik e két működési kört a falvakban, míg Angliában a legpontosabb összeköttetést tartják fenn.

Ami pedig a *védőnőket* illeti, ezekre nézve egyenesen lehetetlen, hogy a falvakban a gondozási tevékenységnek egyes ágaira szorítkozzanak, de városokban is felette kellemetlen, hogy többféle védőnő alkalmazásával, egyik a másik után kilincseljen, eltekintve a sok idővesztéstől, amit nagyobb körzetek bejárása követel; működésüket kisebb területre szorítva, a gondozás minden ágára kiterjesztve, lehetővé teszi az átgondolt, tervszerű munkálkodásokat, ami kielégítheti ambíciójukat.

A 3. pont az *iskolaorvos működését* kívánja körülírni. Az *a)* pontot illetőleg felmerülhet a kérdés, vajjon az orvosi vizsgálatot nem kellene csupán a szem-melláthatólag beteges tanulókra megszorítani, amivel a vizsgáló orvos munkája tetemesen csökkentetnék. Ilyen módon azonban igen sok betegség — a fejlődési visszamaradásoktól egészen eltekintve — felderítetlenül maradna. Sem a tanító, sem a szülő, sem a védőnő nem bír oly éles szemmel és megfigyelőképességgel, de még orvos sem. hogy minden kóros jelenséget feltétlenül felismerni képes lenne és ezért mindenütt az egész tanulócsapat rendszeres gondos átvizsgálását rendelték el. Angliában, ahol a világháború alatt az

iskolaorvosok hiánya miatt erről le kellett mondani, a béke beálltával azonnal ismét elrendelték. Fentemlített személyeknek persze megadandó a jog, hogy olyanokat is vezethessenek az orvos elé, akik különben nem kerülnének sorozatos orvosi vizsgálatra.

Attól, hogy a kötelező sorozatos vizsgálatokkal szemben a szülők ellenkeznének, az általános tapasztalatok szerint félni nem kell, ellenkezőleg a kisebb gyermekek vizsgálatakor az anyák rendszerint megszoktak jelenni, szolgálnak a szükséges felvilágosításokkal és örömezt megbeszélnek a teendőket az iskolaorvossal. Éppen ezért is célszerű, ha ezen orvos nem a helybeli gyógyító orvos, hanem máshonnan jó, aki anyagilag nincsen közvetlenül érdekelve.

Ami a sorozatos vizsgálatok időpontját illeti, úgy az kétségtelenül szükséges a tankötelezettség megkezdésekor és befejeztekor (6 és 12 éves korban). Valamint a levente-oktatás megkezdésekor és befejeztekor (15 és 18 éves korban), úgyhogy csak a kilencedik életévre nézve lehet kétséges, de ekkor is kívánatos, tekintettel arra, hogy utána sokan a közép- és polgári iskolákba mennek át. Gyakoribb vizsgálat legfeljebb a pubertási gyors fejlődés idejében volna kívánatos, de ekkor is legfeljebb évente egyszer. Én részemről felette örülnék, ha sikerülni fog minden tanulót és ifjút három évente orvosi vizsgálatra vinni.

A *törzslap* vezetése múlhatatlanul szükséges; nélküle pontos munka nem várható, a tanuló fejlődésének ellenőrzése, betegségeinek figyelemmel kísérése el sem képzelhető. Vezetésük az egész fejlődési szak alatt elengedhetetlen alapfeltétel, aminek az egész világon eleget tesznek.

A *b)* és *c)* pontok közelebbi indokolása felesleges; részemről különösen súlyt helyezek arra, hogy a tanítók tájékoztatást nyerjenek gyermekeik egészségi állapotáról és ilykép az oktatást egyénileg végezhesék, továbbá, hogy egészségügyi tekintetben az iskolaorvos által kioktattassanak, hiszen az egészség-tanítása az elemi népiskolákban az ő kezükbe van letéve.

A4, pont a *védőnő* feladatával foglalkozik, amelyek közül különösen fontos a kapcsolat fenntartása a szülői házzal. A tapasztalatok szerint ügyes, jó modorú védőnő legjobban tudja a szülőket reá venni, hogy a gyermekeiknél talált elváltozásokat gyógyíttassák. Például Philadelphiában ilyen módon a betegségek 80 %-a került gyógykezelésre, oly iskolákban, ahol nem voltak védőnők, csak 20 %.

A *d)* pont voltaképp magától értetődő kötelesség, de tekintve, hogy a védőnő voltaképp a gondozó iskolaorvos segédszerve, mégis külön hangsúlyozandó volt.

Az 4. pont a szükséges adminisztratív intézkedéseket tartalmazza. Hogy az iskolaorvosnak jelentései a városi, megyei tisztiorvos kezén menjenek keresztül, azt a helyes közegészségügyi adminisztráció jogosan megkövetelheti. Nem tudom eléggé hangsúlyozni az iskolaorvosok megfelelő fizetésének a fontosságát; ha ezt nem sikerül megfejteni, akkor tőlük odaadó, kitartó, eredményes munkát nem várhatni.

A 6. pont egy Angliában kiválóan bevált intézmény átültetését javasolja, mely úgy az anyagi eszközöket előteremti a szegény tanulók számára, mint

kiváló felvilágosító munkát teljesít az otthonokban. Ezen feladatkört minálunk az iskolaszékek és gondnokságok is fejleszhetnék, ha nem volnának egyéb adminisztrációs teendőkkel is felruházva és ha megválasztásuk nem volna a politikával összeforva. Arra, hogy a tagok felerésze a tanköteles gyermekek szülői közül kerüljön ki, nem tudok elég nyomtatékosan reámutatni, lévén ezek gyermekeik révén közvetlenül érdekelve.

A 7. pont végül az *iskolaegészségügyi* központtal foglalkozik, amely nélkül egységes munka nem képzelhető. Hogy a középiskolai orvosi intézmény oly szomorúan csődöt mondott, javarészt ezen vezető központ hiányának tudható be. A kérdés csak az, vajjon melyik minisztériumhoz tartozzon. Bár az egészség hovatarozása kétségtelen, tekintve először azt, hogy közvetlenül az iskola keretében működik és másodsor, hogy a Levente-intézmény is a közoktatási miniszterhez tartozik, a közoktatási minisztérium mellett kell nyilatkoznom, de a népegészségi minisztériummal való szoros együttműködés és állandó összeköttetés feltétele alatt. Angliában a közoktatási minisztérium ezen ügyosztálya egyenesen a népegészségi minisztérium képviselőjében működik. Csehországban a Levente-ügy ellenkezően a népegészségügyi minisztérium hatásköre alá van rendelve.

Az általam javasolt megfejtés mellett szól még az iskolaegészségügyi osztály érvényesülése egyéb iskolaegészségügyi területeken (építés-berendezés, egészségtan tanítása, testgyakorlás, fogyatékosok oktatása stb).

Mindent összegezve, egy csöppet sem kell attól félni, hogy a javasolt intézkedések végrehajtásával a szülők felelősségét csökkenteni fogjuk, ellenkezőleg nagyobb figyelmet, gondot fognak gyermekeikre fordítani. A tanítóságnak módjában lesz a tanítást, tekintettel a gyermekek egészségére, berendezni, az intézkedések eredményessége különben is attól függ, mennyire karolják fel az ügyet és hatnak a szülőkre. Minden egyes tanuló képességeinek és tehetségeinek megfelelő tanításban fog részesülhetni, rendesebben fog iskolába járhatni és így azt nagyobb eredménnyel elvégezni. A legtöbb haszon azonban az lesz, hogy ilyen módon sikerülni fog a betegségeket korán felismerni és idejében, jókor megszüntetni, mielőtt maradandó károkat okoznának, hogy a gyermek és ifjú egészséges fejlődésének a biztosításával a nemzet egészségi állapotát magasabb szintre sikerül emelni, ekkép minőségben pótolva a magyar nemzet kisebb számát.

Mielőtt indokolásomat befejezném, még két fontos körülménnyel kell röviden foglalkoznom.

Az egyik a *költség kérdése*. Minden felelős államférfi új intézmények bevezetésekor fél a költségektől. Nehéz ezirányban pozitív adatokkal szolgálni; egyedül Angliára vonatkozólag vannak részletes adataim. Ezen állam az 1913/4. költségvetési évben 325,735 fontot költött iskolaegészségügyre, 1922/3-ban pedig 1.223,088 fontot, közel négyszer annyit. Ebből a pénzből fizette az 1751 iskolaorvost, akik közül 819-en kizárólag ezen feladatnak éltek és 4277 iskola iskolanővért (útiköltségeikkel együtt), fizette a kórházakat, amelyek a beteg gyermekeket ápolták és tartotta fenn az 1076 iskola-klinikát, fedezte a gyógyszerek és szemüvegek költségeit, nemkülönben az

adminisztráció költségeit (147,926 font). A mi pénzünkön ez a kiadás 300 milliárdnál többet jelent és ezen nagy összeg mégis, mint az idei Lancetben örömmel olvasom, a tanügyi kiadásoknak csak $\frac{1}{50}$ részét, azaz két százalékát teszi ki.

Tekintve a várható óriási nagy eredményt, azt hiszem, mindenki készségesen fog belemenni a tanügyi költségeink ilyen mérvű emelésébe, amely egyébként csak fokozatosan állana elő, a kivétel gyorsasága szerint. Egyébként én megpróbáltam kiszámítani, hogy a mi viszonyaink között milyen minimális költségekre kellene számítani (lásd Orvosi Hetilap 1925.).

A másik körülmény, amelyet szóvá kell még tennem, vajjon ezen reform nyélbeütése törvényes intézkedéseket követel-e? Az 1876. évi XIV. tc. 27. §-a szerint «A népiskolák közegészségi tekintetben a törvényhatóság felügyelete alá helyeztetnek, a felügyeletet a törvényhatóság a kebelében lévő közigazgatási bizottság vezetése és ellenőrködése mellett tisztiorvosi és más tisztviselői által gyakorolja». Az iskolaorvosokat és védőnőket ilyen tisztviselőknak tekintve, alkalmaztatásuk és működésük lehetővé válik. Nézetem szerint ezen fontos tanügyi, közegészségi és nemzeti reform keresztülviteléhez nem kell csak egy erélyes miniszter, aki ezen reform fontosságától mélységesen át van hatva. Mily nagy haszon háramlott volna hazánkra és annak népeségére, ha azt a sok-sok milliót, amit gyermekvédelemre hiába fordítottak, ezen célok érdekében költötték volna.

Hozzászólás:

Dr. S c h u s c h n y H e n r i k : Azóta, hogy nálunk 1887-ben az iskolaorvosi intézményt életbeléptették, külföldön majdnem mindenütt szervezték és továbbfejlesztették azt. Ifjúságunk egészsége érdekében szükséges volna, hogy azt más alapra fektessék, életképessé, hasznossá tegyék. A legfontosabb az volna, hogy *minden iskolának* kivétel nélkül *legyen iskolaorvosa*. Juba előadó úr nem elégszik meg azzal, hogy az iskolaorvos az iskola és az ifjúság hygiénikus tanácsadója legyen, ő az iskolaorvost — igen helyesen — a szociális hygiène szolgálatába is állítja.

Az iskolaorvostól azonban jó munkát csak akkor várhatunk, ha azt *megjelelő díjazásban* részesítik. Az iskolaorvos munkásságát ellenőrizze nemcsak az *igazgatója*, hanem egy *központi hivatal*. Erre legalkalmasabb — hiszen az egészség fenntartása állami feladat — egy állami ügyosztály, még pedig a közoktatásügyi minisztérium kebelében, amint ezt már harminc év előtt javasolták. Csakhogy ez ügyosztályban *orvosokat alkalmazzanak*, ne jogászokat. Különösnek tartanak, ha egy technikai ügyosztályban nem szakértő mérnökök, hanem jogászok volnának; éppúgy a par excellence iskolaorvosi ügyeket iskolaorvosok intézzék el. Ezek dolgoznák fel a beküldött évi jelentésekben foglalt adatokat.

Helyesnek tartom a *gyermekgondozó bizottság* eszméjét, melynek hatáskörét pontosan kell körülírni. A *szülői értekezletek* fontosságáról felesleges beszélni, de szükségesnek tartom az *iskolaorvosi fogadóóra* elrendelését. Hetenként legalább egy órán át álljon az iskolaorvos azon szülők rendel

kezesére, akik gyermekükre vonatkozólag az ő tanácsát akarják kikérni. Ezen fogadóórát oly időben kell tartani, midőn a szülők ráérnek, tehát nem a szokásos munkaidőben.

Iskolaegészségügy.

Előadó: dr. B e x h e f t Á r m i n, iskolaorvos.

1. Az iskolaegészségügy az iskolás gyermekek egészségéről való mindenirányú gondoskodást jelenti. A gyakorlatban az iskolásgyermekek egészségének megóvását és fejlesztését, munkabíró és fegyverfogható, testben és lélekben erős, edzett és hazafias érzésű ifjú nemzedék felnevelését tűzi ki célul. Az iskolaegészségügy eszerint minden ízében fontos nemzetvédelmi kérdés.

2. Az iskolaegészségügy eme nemes céljának elérésére az iskola kötelessége:

a) minden rendelkezésére álló eszközzel megvédeni a tanulók egészségét mindennemű károsodástól, sőt azonfelül gondoskodni szervezetük ellenálló-képességének fejlesztéséről, erejük és edzettségük fokozásáról;

b) arra kioktatni és úgy nevelni az ifjúságot, hogy úgy már iskolájában idején, mint későbbi életében is megtudjon tenni és meg is tegyen mindent egészsége védelmére.

3. Az iskolás gyermekek egészségéről való gondoskodásnak egyaránt ki kell terjednie:

a) az iskolában töltött időre és

b) a tanulónak az iskolán kívül, otthonában és másutt folytatott életére.

4. Az iskolában:

a) megfelelő miliót kell teremteni, melyben a tanuló egészségének károsodása nélkül végezhesse iskolai munkáját. Kellő számú, kellő tágasságú, száraz és világos, télen jól fűtött, mindig kifogástalanul szellőzött és tisztántartott helyiségekről s a tanulók testméreteihez szabott jó iskolapadokról kell gondoskodni. De legelsősorban meg kell szüntetni kellő számú újabb iskolák felállításával az osztályok zsúfoltságát s az osztályonként felvehető tanulók számának limitálását keresztülvinni;

b) gondoskodni kell arról, hogy a tanulók foglalkoztatása az iskolában, akár tanulás, írás, rajzolás, testgyakorlás közben, akár az óráközi szünetekben, az egészségi követelményeknek szigorúan megfelelő legyen.

5. Gondoskodni kell arról is, hogy — amennyire egyáltalán lehetséges — alkalma nyíljon a tanulónak az iskolán kívül is teste fejlesztésére, edzésére, erősítésére. Erre leginkább célravezető cserkészcsapatok és iskolai sportkörök szervezése, nyáron az úszás és szabadban fürdés lehetővé tétele, gyakori kirándulások rendezése a szabad természetbe, a szegénysorsú, fejletlen és vészesegény tanulók nyaraltatása, a szegénysorsúak étkeztetése és ruházása stb. Ennek a célnak elérésére — nem utolsósorban a szükséges anyagi eszközök előteremtése végett — az iskolának érintkezést kell keresnie a megfelelő társadalmi szervezetekkel és hatóságokkal.

6. Az egészségre ill. egészségvédelemre-nevelésnek magában kell foglalnia:

a) az egész tanulóifjúság kioktatását — elméletileg és gyakorlatilag — egészségének tudatos és hathatós védelmére és tökéletesítésére;

b) a tanultak állandó és folytonos alkalmazását a gyakorlatban;

c) a tanulók ezen gyakorlati egészségvédelmi tevékenységének folytonos ellenőrzését és irányítását.

7. Az egészségre-nevelés eszközei ennek megfelelően a következők:

a) alkalomnyújtás a tanulók egészségvédelmi tevékenységére;

b) ennek állandó ellenőrzése.

§. az egészségi kérdésekben alaposan kiképzendő tanítók és tanárok, középfokú iskolákban a torna, ill. testnevelési tanárok.

§§. legelsősorban pedig az iskolaorvos által.

8. Minden iskolánál iskolaorvost kell alkalmazni, akinek feladata a tanulók egészségét érintő minden körülményt gondosan megfigyelni, a tanulók egészsége érdekében szükséges intézkedéseket az iskola igazgatójánál, az iskolai és közegészségügyi hatóságoknál szorgalmazni, az egészség védelmére elrendelt intézkedések végrehajtását ellenőrizni és irányítani, az igazgatót és az iskolai hatóságokat, ha kell, szakszerű tanácsokkal ellátni, ill. felvilágosítani s végül a tanulók egészségi nevelését szakszerűen vezetni, irányítani. Ennek megfelelően az iskolaorvos működési körébe tartozik:

a) az iskola épülete, berendezése, felszerelése és üzemének állandó megfigyelése egészségi szempontból;

b) a tanulók egészségi állapotának állandó megfigyelése s ebből folyólag szükség esetén

c) a tanítók, tanárok és szülők figyelmeztetése és tanáccsal ellátása a gyermek egészségének védelmére;

d) az egészségtan tanítása:

§. a tantervek értelmében a megfelelő osztályokban;

§§. felmerülő esetekben azonban más osztályokban is, sőt külön-külön is a szükséghez képest olyan tanulóknak, akiknek egészségi állapota különös gondozást igényel.

9. Hogy az iskolaorvos hivatását kifogástalanul tölthesse be, általános orvosi ismeretein felül is szüksége van olyan ismeretekre, amelyek

a) az iskola speciális egészségi viszonyaira, az iskolai életre, vonatkoznak; különösen pedig

b) az egészségtan helyes tanítására, az egészségügyi ismeretek közlésének módszereire vonatkoznak s amelyek nélkül az egészségre-nevelésnek leg-hatalmasabb eszköze: az egészségtan tanítása biztosan kicsúszik a kezéből.

10. Az iskolaegészségügy fejlesztése nagy anyagi áldozatok nélkül teljesen lehetetlen. Új iskolaépületek létesítése, az osztályonkénti tanulólétszám apasztásával járó szaporítása a tanerők számának, a tanulók egészségi nevelésének fejlesztése, iskolaorvosok alkalmazása megfelelő javadalmazással: kétségtelenül költségvetés-jelent. De egyszersmind a legjobb befektetés is, mert bőven megtermi gyümölcseit egy a mainál egészségesebb, erősebb, edzettebb nemzedékben.

Rége, amikor még a tudományos egészségtan is csak gyermekkorát élte, az «iskolahygiéne» alig ölelt fel egyebet, mint az iskolaépület, annak felszerelése és berendezésének, fűtésének, szellőztetésének és világításának, továbbá a padoknak, az írásnak, olvasásnak, rajzolásnak, a tanulással járó szellemi munkának, végül a tornának, testgyakorlásnak egészségi vonatkozású kérdéseit. Célkitűzése pedig ez volt: megvédeni a tanulók egészségét az iskolában.

Azóta fordult a világ. Nagyot haladt a tudomány, alaposan megváltoztak a viszonyok, egyre újabb követelésekkel kell a tudománynak is számolnia. Az iskolahygiéne kereteinek megállapítása s a célkitűzése is revízióra szorul. Kialakult az a belátás, hogy a *tanulók egészsége* az iskolai milió és az iskolai munkán kívül is *sok* más, főképen *társadalmi tényező hatása alatt áll*.

A háború s az utána következő idők nyomorúságai, nélkülözései és szenvedései, a családi élet és az otthon hihetetlen züllöttsége; a nehéz megélhetés, a legritimvebb életszükségletek kielégítésének egyre fokozódó nehézségei; a vesztett háború s a lelkeket romboló defetizmus által teremtett lelki dispoziciók, melyek termékeny talajt teremtettek a legvadabb felforgató törekvések mételényének, a maguk rettenetes, társadalmat és nemzetet sorvasztó, s a testi-lelki egészséget aláásó következményeivel: új feladatok elé állították a hygiénikust és szociálpolitikust. Ezek elől nem zárkozhat el az iskolahygiéne sem, mely a serdülő nemzedék testi-lelki harmonikus fejlődését és egészségét kell hogy minden lehető eszközzel biztosítsa, megvédje és fejlessze.

«Mens sana in corpore sano» ez ma százszor inkább kell hogy vezérlő motívuma legyen minden nevelésnek s az iskolás gyerekekről való minden gondoskodásnak. Azt hiszem, eljutottunk odáig, hogy az *iskolahygiéne* fogalmát ma *úgy* határozzuk meg, hogy az *az iskolásgyermek egészségéről való mindemrányú gondoskodást jelenti*. Ezzel munkatere kettéválik. Ki kell terjednie a gondoskodásnak a tanuló egész életére, vagyis nemcsak az iskolában, de az iskolánkívül töltött életére is.

Mert hiába teremtem meg az iskolában a legkedvezőbb hygiénikus viszonyokat, ha az iskolánkívüli élet miliója és mostoha körülményei lerontják mindazt, amit az iskola a tanulók egészségének biztosítására megtett. Megbillen a serpenyő s az iskola legfeljebb csak meglasztja, vagy ideig-óráig talán késlelteti is, de feltartóztatni nem lesz képes a tanuló egészségének a megromlását. Hiszen a gyermek élete idejének 12—18 %-át tölti diákévei alatt az iskolában! A többi 82—88 %-át pedig az iskolán kívül! Azért az iskolahygiéne munkatere ki kell bővíteni és bele kell vinni az iskolás gyermek egészségéről való gondoskodást az iskolánkívüli viszonylatba is.

Nézzük ezek után: *mit tehetünk a tanulók egészsége érdekében az iskolában és mit az iskolán kívül?*

Az iskolában mindenképpel száraz, tágas és világos, jól fűthető, mindig kifogástalanul szellőztetett és tisztántartható helyiségekről, a tanulók testméreteihez szabott padokról és a tanulók szeméit meg nem erőjtető könyvek-

ről és tanszerekről kell gondoskodni. A teendők ezen a téren ma is nagyjában ugyanazok, amik régebben voltak. Mert bár tagadhatatlan, hogy a régi idők-höz képest nagy haladást tapasztalunk az iskolák építése és berendezése tekintetében, mégis kétségtelen, hogy ma is sok kifogást tehetünk iskoláink ellen.

Az iskolahigiéne rákfenéje még ma is az osztályok — abszolút vagy relatív — *zsúfoltsága*. Igaz ugyan, hogy különösen a fővárosban nagy számmal találunk hygiénikusan és pompásan épült és sokszor valóban kitűnően felszerelt iskolaépületeket. És mégis, hiába épülnek a legtökéletesebb s az egészségi követelményeket kielégítő iskolaépületek: a tanítási órák mégis csak 45—50 percesek s csak erre következik 10—10 perces szünet; a legtökéletesebb szellőztető készülékekkel sem újíthatom meg óránként többször, mint háromszor a tantermek levegőjét, ha nem akarom azokat huzatossá tenni; a tantermek méreteit sem növelhetem a tanulók számával arányosan a végtelenségig, így aztán a tantermek levegője mégis csak megromlik, mert nem tudom a termekben azt a levegőmennyiséget biztosítani, amire szükség lenne, hogy a levegő megromlása az óra végéig ne érjen el olyan mértéket, mely az egészséget nem károsítaná. Azért az legtöbb iskolában ma is állandóan romlott levegőben folyik a tanítás, mert az osztályokat annyira megrakják tanulókkal, hogy egyre-egyre nem jut annyi a meglévő levegőkvantumból, amennyire szüksége lenne. Pedig az iskolahigiéne elsősorban a jó levegő kérdése, aminek fontosságát elvitatni még az egészséges gyermektől sem lehet, de ami egyenesen életkérdés lehet a vérszegény, gyengén fejlett, különösen az ú. n. pretuberkulotikus gyermekekre. Azért az iskolahigiéne *imperatív követeléssé emeli a tanulók osztályonkénti létszámának apasztását* ami persze csak abban az arányban lesz keresztülvihető, amint iskoláink számát szaporítani tudjuk. Hogy ez mekkora anyagi áldozatot jelent a mai 40—60-as, sőt akárhányszor még ennél is nagyobb tanulólétszám mellett, azt könnyű elképzelni. Pedig amíg ezt az áldozatot meg nem hozzuk, addig nem szűnünk meg az iskolás gyermekek egészségének adósai lenni.

Gyakran tapasztalunk hiányokat és visszasságokat a fűtés, szellőztetés, világítás és a helyiségek tisztántartása terén. Különösen ahol a szellőzőcsövek és kürtők tágassága hibásan van dimenzionálva, a futófelület nagysága nem vet számot a termék lehűlésével, az ablakok s a mesterséges fényforrások (lámpák) elhelyezése hibás, sok helyütt hiányzanak vagy elromlottak a fűtés és szellőztetés szabályozó berendezései, vagy ha jó karban vannak is: a tanítók, tanárok és a kezelésükre hivatott szolgaszemélyzet nem értenek a helyes kezelésükhöz. Azért az iskola egész személyzetét, beleértve a tanítókat, tanárokat is, szükséges volna *tájékoztatni a szellőző- és fűtőberendezések szerkezetéről, helyes használatáról és szabályozásáról*.

Igen sok jogos panasz merül fel az *iskolapadok* tekintetében. Ezek igen sok iskolában hihetetlenül rosszak, célszerűtlenek, annyira, hogy a tanuló nem is tud bennük helyesen ülni. Legnagyobb baj, hogy a padok méretei nem a tanulók testméretei szerint vannak megállapítva, illetőleg, hogy nincsenek az egyes osztályokban a tanulók méreteihez szabott padok beállítva. Vagy

mert az iskola nem is rendelkezik kellő számú megfelelő méretű padokkal, vagy nem cserélik ki a padokat, ha ugyanabba a tanterembe egyik évben kisebb vagy magasabb osztály kerül, mint volt az előző évben. A tanítók sokszor azért nem törődnek a padok helyes méreteivel, mert nincsenek tisztában a hibásan méretezett padok óriási befolyásával a tanulók egészségére. Még ma is sokszor találkozunk több üléses, erősen pluszdistanciás, kényelmetlen, túlalacsony vagy túl magas padokkal. Hogy az ilyenekben a tanuló nem tud soká nyugodtan ülni, hogy elgömbül benne a hátgerince, Összenyomódik a szíve, gyomra, hogy nem tud kellőképpen tágulni és kifejlődni a tüdeje sem, azt az iskolaorvos nap-nap után észleli. Különösen írás és rajzolás közben kell a tanulók testtartását figyelemmel kíséni. Mert a gyermek olykor csak rossz szokásból ül hibásan, vagy talán csak azért, mert nem figyelmezteti senki a rossz tartásra s annak egészségi hátrányaira. Pedig a rosszul, görnyedten vagy ferdén ülő tanuló a szemét is ugyancsak rontja, kivált ha a munkahelyének a megvilágítása sem kifogástalan. Az álló- és dültírás kérdése, mely 40 évvel ezelőtt annyira foglalkoztatta a higiénikusokat és pedagógusokat egyaránt: ma már eldőlt és pedig a dültírás javára, amióta beigazolást nyert, hogy helyesen szerkesztett és méretezett padban egyaránt egyenesen tud ülni a tanuló, akár álló-, akár dültírást ír is. Ha sok tanító és tanár nem ügyel tanítványainak helyes testtartására, ennek a hiányos higiénikus képzettségük a legfőbb oka. Pedig nemcsak ülés, írás, rajzolás közben kell a tanulók testtartását állandóan figyelni s őket hibás testtartásukra ismételten figyelmeztetni is, de tornázás közben is, különösen abból a szempontból is, hogy *testi erejével*, fejlettségével és ügyességével *arányban nem álló*, vagy egészségi állapotánál fogva meg nem engedhető gyakorlatokat senki ne végezhesen.

Természetesen éppúgy figyelemmel kell kíséni a tanulók foglalkozását a tízperces *óráközi szünetekben* is. Sok iskolában majd a helyszüke, a megfelelő udvar és játszótér hiánya kényszerít arra a rendelkezésre, hogy a tanuló a tízperces szüneteket a szűk és sokszor az ármérszék helyiségektől bűzös folyosón párosan sétálva töltsék, megfosztva az egészséges, élénk és szabad mozgás minden lehetőségétől. Pedig mennyire szüksége van a tanulóknak egy kis szabad mozgásra, futkosásra, kergetőzésre, lélekfrissítő szórakoztató beszélgetésre társaival! Es e helyett sok iskolában csak párosával sétálhatnak, még a hangosabb beszédőtől is el vannak tiltva. Eltűrik sok iskolában azt is, hogy a tanulók könyveiket is kihozhassák magukkal a folyosóra, úgy hogy még a tízperces szünetben is tanulással, leckeismérléssel vagy leckefelmondással gyöttrik az iskolai munkában amúgy is kifáradt agyvelejüköt, ami a későbbi órákon a figyelő- és megjegyzőképesség, tehát a tanulás rovására megy. Ennek az eltiltása elsőrangú követelése a higiénének. A *tanulók állandó tanári jelügyelete a tízperces óráközökben* ezért is olyan *fontos higiénikus követelmény*. Megfelelő nagyságú udvarról, azon jókora játszótérről is gondoskodni kell.

Az iskolahigiéné mindezekkel a kérdésekkel még elég könnyen megbirkózhat, hacsak a megfelelő anyagi eszközök rendelkezésére állnak. De

annál nehezebb helyzetben van, amikor a *tanulók iskolán kívüli életét kell megfigyelnie*. A tanulók iskolán kívüli életviszonyait is csak kivételes esetekben ismerheti meg az iskola; annál kevésbé tud azokba irányítóan beavatkozni. Azért a *szülői házzal minél intenzívebb kapcsolatot kell teremteni s a szülőket* az eddiginél jóval nagyobb mértékben *bevonni az iskola nevelői munkájába*. Ennek persze *első feltétele* volna a *szülők hygiénikus kérdésekben való tájékoztatása* és hogy úgy mondjam: nevelése. Ezen a téren igen nagy és fontos szerepe jut az iskolaorvosi és az iskolanővéri intézménynek (School-nurse). A szülők hygiénikus képzése a szülői értekezleteken s az iskolán kívüli népművelés minden eszközének felhasználásával történhetik.

Midőn az iskolahygiéne a tanulók egészségét minden káros behatástól óvni törekszik: voltaképen negatív tevékenységet fejt ki. Ezzel szemben egyre jobban előtérbe kell lépnie a pozitív tevékenységnek is, amennyiben *az aktív iskolaorvosi tevékenységének lesz feladata a tanulók egészségét megerősíteni*, testi-lelki erőiket és képességeiket minél tökéletesebben kifejleszteni, ellenállóképességüket fokozni, s ezzel *testben lélekben egészséges, erős, edzett és hazafias érzésű nemzedéket nevelni*.

A test fejlesztése, erősítése és edzése részint magában az iskolában, részint az iskolán kívül is történik. Egyfelől tehát a tornaórákon és játékdélutánokon, sőt a tízperces szünetek okos felhasználásával is. másfelől — és méginkább — az ifjúsági sportkörökben ifjúsági vöröskereszt-egyletekben és a cserkészcsapatok keretében, melynek áldásos és hazafias munkáját az iskolának, a szülői háznak, a társadalomnak és a hatóságoknak minden erejükkel támogatni kötelességük.

Igen sokat tehet az iskola abban a tekintetben is, hogy a legkülönbözőbb társadalmi és hatósági szervekkel érintkezésbe lépve, s azokkal együttműködve, nemcsak az iskolai szorgalmi idő alatt, de a nyári szünet alatt is *alkalmat teremti arra, hogy az ifjúság úszással, vagy egyéb sportokkal, gyaloglással, hegymászással egybekötött kirándulásokkal erősíthesse, fejleszthesse szervezetét*. Az efajta testgyakorlás egyszersmind mindennél alkalmasabb arra, hogy a serdülő ifjak *gondolatait és fantáziáját a szekszuális térről más egészségesebb irányba terelje*.

Szociális téren is hálás, de még eléggé nem művelt terrénuma van az iskolahygiénének. Itt különösen a szegény sorsú, gyenge, beteges, vérszegény tanulók *nyaraltatására, étkeztetésére, ruházására, kerti és erdei iskolák felállítására*, ill. gyors tempóban való szaporítására utalok. Éppúgy okvetlenül és minél előbb *iskolafürdőket* kell berendezni minden iskolában. Ma már a belátás az intéző körökben sok helyt mégis van. De még erős propagandára is szükség van. Hogy ezen a téren mit lehet elérni: arra illusztris példa Budapest székesfőváros, melynek ezidőszerinti tisztifőorvosa, Végh János, az iskolahygiéne és gyermekegészségügy intenzív fejlesztését és intézményes megalapozását nemcsak céljául tűzte ki, de jórészt már meg is valósította.

Elérkeztem fejtegetéseimnek második és nem kevésbé fontos pontjához, ahhoz a kérdéshez, amelyet joggal nevezhetnék az egész iskolahygiéne Achilles-sarkának, egy olyan területre, ahol még alig van felszántva a parlag, ahol

még tengernyi sok teendő vár reánk. Értem ez alatt a tanulók, tanítók, a szülők és az egész társadalom minél intenzívebb *kioktatását és nevelését egészségügyi kérdésekben.*

Ezen a téren valóban még csak a kezdet kezdetén állunk jóformán még ma is. Pedig ezzel a közegészségügy megjavítása terén nagyobb költség nélkül is igen szép eredményeket lehetne elérni. — amint ezt már évtizedekkel ezelőtt Fodor is mindig hangoztatta, — addig is. amíg a sokszor drága közegészségügyi intézményeket magunknak meg nem szerezhettük.

Nagyon messze vezetne, ha a higiénikus oktatás és nevelés egész komplexumát akarnám itt fejtegetni. Azért most csak a *tanulók* egészségi oktatását és nevelését fogom tárgyalni.

Mindenekelőtt meg kell értetni a tanulóval, hogy mindaz, ami vele az iskolában történik vagy aminek cselekvését tőle megkövetelik, az az ő jól felfogott érdekében áll, mert egészségének védelmére és fejlesztésére szolgál. Meg kell értetni a tanulóval, mennyire nem elég, hogy egészsége védelméről mások (iskola, tanító, szülők) gondoskodjanak s ő csak passzíve fogadja be ezt a gondoskodást, hanem neki *magának* is, saját emberségéből és céltudatosan *aktíve* kell közreműködnie *egészsége védelmében*. Rá kell vezetni arra, hogy mindazt, amit egészsége érdekében tennie kell, meg is tegye; és pedig soha pusztán kényszer folytán, hanem mindig spontán belátás alapján. Ehhez pedig két dolog szükséges: 1. a tanuló részéről a kellő *megértés, belátás és a szükségesség átérzése*; 2. az iskola részéről: *mód és alkalom nyújtása* ahhoz, hogy egészsége érdekében a tanuló mindent meg is tehessen. Ha a gyermeket nem oktatjuk ki egészsége védelmére, ha nem tanítjuk neki az egészségtan elemeit, ha nem vezetjük rá — kezdetben akár kényszer útján is — a megfelelő cselekvésre, ha ezt a cselekvését nem vezetjük és irányítjuk helyesen és nem ellenőrizzük állandóan: akkor nem értünk célt. E nélkül az iskolahigiéné csak frázis, üres fantom marad. Ha így vezetjük a gyermek nevelését, akkor hamarosan be fogja látni a tanuló, hogy valóban nemcsak szerencséjének, de egészségének is elsősorban ő maga a kovácsa és jórészt rajta, az ő tudásán és cselekvésén múlik, vajjon erős, egészséges, boldog ember válik-e belőle? Ennél értékesebb kincset alig nyújthat neki az iskola.

Nem kétlem, hogy ez az *egészségre-nevelés* lesz a jövő iskolájának a gerince. E nélkül teljes értékű embert nem is nevelhet sem a szülői ház, sem az iskola.

Legyen szabad egy egyszerű példával megvilágítanom, hogyan gondolom el ezt az egészségre-nevelést a gyakorlatban. A legfontosabb tényezők egyike egészségünk fenntartásában a tisztaság. A tisztaság nemcsak a műveltség kérdése, de a leghathatósabb védelem a fertőzőbetegségek ellen is. Elsősorban tehát ezt kell megmagyaráznom s a gyermek mindennapi életéből vett példákkal megértetnem a tanulóval. Csak ha megértette, lehet róla szó, hogy most már tudatosan gondoskodjék teste, keze, szája, ruházata stb. tisztaságáról. A legfiatalabb iskolásgyerekekkel is meg lehet értetni a fertőzés legyszerűbb módjait. Elég a kéményseprő vagy a lisztes molnár példájára

utalni s a gyermek befogja látni, hogy a kéményseprőről korom, a molnárlegényről meg a liszt ragad a ruhájára annak, aki hozzáér. Amint a liszt és a korom, úgy tapad az emberre valami betegségokozó fertőző anyag, — ragad át a fertőző betegség. — ha ragadós betegségben szenvedő egyénnel érintkezünk. A különbség csak annyi, hogy a liszt és korom szemecskéi fehérek, ill. feketék és nagyobbak is s azért jól láthatók, a fertőző anyag — a bacillusok vagy baktériumok — meg színtelenek és olyan aprók, hogy nem látni meg őket. A lisztet és kormot azért észre vesszük magunkon s letisztítjuk ruhánkról, testünkről; a fertőző anyagot nem vesszük észre s azért rendszeren rajtuk is hagyjuk. Éppígy utalunk arra, hogy a füstös, poros levegővel beszívott korom- és porszemecskékhez hasonlóan, sok betegség fertőző anyaga is bejuthat a tüdőbe. Ha meg piszkos kézzel eszünk kenyeret, gyümölcsöt stb., piszok tapad róla arra, amit megeszünk. Ha betegségokozó baktériumok voltak a kezünkön: azok is a gyomrunkba s beleinkbe kerülnek az étellekkel. Ha ezt a gyermek megértette, akkor fogja belátni, hogi^ az ilyen fertőző-betegségek ellen csak úgy tud védekezni, ha testének, kezének, ételének tisztaságára gondot fordít. És mert nem akar beteg lenni, tudatosan fog ezután vigyázni a tisztaságra s ezzel egészségére is. Ettől kezdve már joggal megköveteljük tőle, hogy mindig tisztára mosdva, tiszta kézzel jöjjön az iskolába és hogy az iskolában is mossa meg mindig a kezét, mielőtt tízóraját elfogyasztaná. Természetesen a tanítónak ezt folyton ellenőriznie is kell. mulasztás esetén figyelmeztetéssel, intéssel, esetleg büntetéssel is oda kell hatnia, hogy a kézmosás meg is történjék. Éppoly természetes, hogy a tanítónak magának is jó példával kell előljárnia, az iskolának pedig módot és alkalmat kell nyújtani arra, hogy a tanulók valóban meg is moshassák a kezüket. Mert amíg az iskola nem gondoskodik arról, hogy a tanult egészségi szabályokat a tanuló meg is tarthassa, addig a legszebb tanítással is csak félmunkát végzünk.

Nem kétlem, hogy ha majd ez a belátás utat tör magának az illetékes körökhöz, ahol az iskolák ügyét intézik: *a jövő iskolájában ez az egészségnevelés is intenzívebben fog folyni*, mint manapság.

Mert bizony sok iskolában a tanulók — de meg magának az iskolának is — a tisztasága sokszor nem kifogástalan. A tisztaság iránti érzék sokszor a szülőkből sincs meg. Azért a gyermekeiket is tisztátlanul eresztik az iskolába.

Még szomorúbb tapasztalatokat szerezhetünk az iskolában, ha kutatni kezdjük, mit tesz és mit nem tesz a tanuló egészsége védelmére a tisztálkodás terén a mosdáson, fürdésen kívül is? Így pl., hogy csak egy pár egészen egyszerűnek látszó dologról szóljak: a száj és fogak tisztántartásának helyes módját a legkevesebb tanuló ismeri. Körmét, haját se tudja helyesen ápolni. De még az orrát fújni, vagy torkát öblíteni sem. Egyik iskolában, — pedig csupa intelligens és többségükben jómódú szülők gj érmekeiről van szó — amelyben évekkal ezelőtt próbaképpen egy skarlátjárvány alkalmával később fültőmirigygyulladás tömeges fellépése miatt az iskolában kötelező toroköblítést rendeltem el, sok gyermeket magamnak kellett a toroköblítésre megtanítanom, mert kiderült, hogy torkukat még sohasem öblítették s így persze nem is érthettek hozzá. Az pedig mindennapos orvosi tapasztalat, hogy a

legtöbb *gyermek* nem tudja a száját sem úgy kinyitni, hogy a torkába látathatna az orvos. Erre is külön kell tanítani őket. Köhögés vagy tüsszentés alkalmával alig akadunk olyanra, aki zsebkendőjét vagy akár csak a kezét is orra-szája elé tartaná, vagy elfordulna attól, akivel beszél. Ez a néhány példa is eléggé igazolja, *mekkora tudatlanság és milyen ijesztő tájékozatlanság van egészségi kérdésekben az egész vonalon, mert az egészségre-neveléssel eddig vajmi keveset törődtünk.* Bizonyára ebben kell az okát keresni annak a tapasztalatnak is, hogy a legtökéletesebben épült, a higiéné minden követelményét kielégítő iskolában is, még a legműveltebb társadalmi rétegekhez tartozó szülők iskolásgyermekai közt is annyi a beteges, satnya, gyenge gyermek!

Az egészségre-nevelésnek már az első iskolaévben — az I. elemi osztályban — kell kezdődnie és az iskola elhagyásáig kell kísérnie a tanulót. Minden kínálkozó alkalmat fel kell használni arra, hogy nem rendszeresen, de alkalmyszerűen majd ezt, majd meg amazz az egészségi vonatkozású kérdést fejteggessük a tanulók előtt. Ha pl. valakinek eleredt az orrvére, ehhez mindjárt rövid oktatás fűződjék arról, hogy mi az orrvérzés oka és mit kell vagy mit nem szabad tenni az orrvérzés elállítására? Hasonló rövid egészségügyi fejtegetésre adhat alkalmat, ha valamelyik tanuló az osztályban elájul vagy epilepsziás rohamot kap; ha szálka ment az ujjába, ha a forró kályhán megégette magát, ha egy szál pillaszőr hullott a szemébe; ha a kályha füstöl, ha valamelyik tanulót, akinek munkahelyére írásközben éppen odasüt a nap s más helyre ültetjük. A szemüvegviselés fontosságáról, a szem kíméléséről nyílik alkalom beszélni, ha valamelyik gyermek otthon felejtette a pápaszemét. Ilyen és hasonló rövid alkalmi tanításokkal alapozzuk meg az első osztálytól kezdve a tanulók higiénikus tudását, amelyre aztán a felsőbb osztályokban a rendszeres egészség-tanítás épülhet.

Csak röviden kívánom itt érinteni azt a kérdést, hogy *ki* nyújtsa az iskolában a gyermeknek az egészségügyi tudást? és kinek a kezébe legyen letéve a rendszeres egészségügyi oktatás? Minthogy az imént vázoltam alkalmi oktatásra a tanítónak nyílik minduntalan alkalma, azért csak természetes, hogy minden *tanítónak kell annyi egészségügyi tudással bírnia, hogy a kellő utasításokat helyesen megadhassa,* s az iskolában bármikor felmerülő egészségi kérdéseket helyesen tudja megítélni. Azért feltétlenül szükségesnek tartom, hogy a *tanítóképzőkben az egészségügyi tanítást a mainál is intenzívebben tanítsák.* Helyesnek tartanám, ha a testtan tanítása és az egészségtané egy, kézbe volna letéve, mert a testtan, főleg élettani ismereteket elsősorban az egészség fenntartása szempontjából kell megítélni és tárgyalni. Különösen a középiskolai tanárképzésbe kell szervesen beilleszteni az egészség-tanítást, mert az elemi iskolai képzőkkel ebben a tekintetben a középiskolai tanárképzés teljesen egy jelentőségű. Így lehetne csak elérni azt, hogy senki se taníthatna semmiféle iskolában, akinek bizonyos mértékű egészségügyi tudása ne volna. Ezzel korántsem mondom azt, hogy bármilyen intenzív egészség-tanítással olyan szakemberré lehetne nevelni azt a tanárt vagy tanítót, amilyen szakember egészségi kérdésekben az orvos. Sőt a leghatározottabban hang-

súlyozom, hogy a *rendszeres egészség-tanításra* — legalább is középfokú iskolákban — *egyesegyedül az orvost tartom illetékesnek*. Az egészségnevelésben azonban a higiénikus kérdésekhez is legalább nagyjában értő, tanító vagy tanár a legértékesebb munkatársa az orvosnak. Épp oly természetes azonban, hogy az orvost meg, hogy a tanítást sikeresen végezhesse, megfelelő pedagógiai és didaktikai meg metodikai ismeretekkel kell okvetlenül ellátni, külön erre a célra szervezendő egészség-tanárképző-tanfolyamokon. Leghelyesebben úgy oldható meg a kérdés, ha az egészség-tanítással, — a megfelelő képesítést feltételezve — az iskolaorvost bízzák meg, aki a tanulókat egészségi tekintetben jól ismeri, egészségi kérdésekben amúgy is minduntalan tanáccsal látja el, s akihez a tanulók is, mint szakemberhez, akinek ezért előttük tekintélye van, bizalommal fordulnak.

Fejtegetésem végéhez értem. Végeredményben arra a megállapításra jutottam, hogy a jó iskolaegészségügynek alapja egyedül az egészségre való tudatos nevelés lehet. De eredményt csak akkor várhatunk, ha a tanulók egészsége fölött iskolaorvos örködik, akinek az egészség-tan rendszeres tanítása is egyik kötelessége. Iskolaorvos-egészség-tanár alkalmazásának iniciatívája hazánkból indult ki. Az alap, melyet Fodor és Trefort raktak le, megállotta a helyét. De az idők változtak. A tudomány fejlődése nem ismer megállást; a gyakorlati élet szükségletei kielégítést kell hogy nyerjenek. Tovább kell hát építeni a meglévő alapon s anyagi áldozatoktól sem szabad visszariadni. A kibővült keretekben megvalósítandó modern iskolahigiéné kétségtelenül olyan szép eredményekre fog vezetni, amelyek a reáfordított áldozatokkal valóban arányban is fognak állni.

Hozzászólás:

Dr. T ü d ő s K á l m á n, tisztifőorvos (Debrecen): Az előadóval mindenben egyetérték. De egy dologra mégis különösen rá kell mutatnom, amit ugyan ő is hangsúlyoz, én azonban minden egyébnél előbbrevalónak tartok. Ez pedig a népiskolák nagyarányú szaporítása. Ma az a helyzet, hogy nagyon kevés iskola van, vagy talán egy sincs az országban, mely komolyan megfelelhetne azoknak a nagyjelentőségű feladatoknak, melyek megoldását a népiskoláktól várunk kell. Még a tantermenként maximálisan 60-ra megállapított növendéklétszám is túl magas ahhoz, hogy a tanító eredményes munkát végezhesse. Ehhez szükséges volna, hogy a tanító minden gyermekkel egyéneként foglalkozzék, ami teljességgel lehetetlen, emberi erőt meghaladó munka, ha egy-egy osztály létszáma 25—30-nál többre rug. A mi viszonyaink között még nagyobb ez a veszedelem főképp azért, mert a mi népünk, sajnos, otthon a családban nemhogy elősegítené az iskola munkáját, hanem még nehezíti azt. Minálunk a helyett, hogy a család az iskolával egyetértve nevelné a gyermeket, az iskolának kell foglalkozni még azzal is, hogy a gyermekek útján nevelje a szülőket. Ismeretes, hogy az iskolában töltött időt elveszítettnek tekintik s a gyermeket mindenféle ürügy alatt igyekeznek onnan elvonni és házi meg mezei munkára felhasználni. Hogy pedig otthoni feladatai iránt érdeklődnének s azok elkészítése érdekében kezére járnának,

erről szó sincsen, de a tanító kigúnyolásában már inkább segédkeznek neki. Es ezt nemcsak a legalsóbb, hanem elég gyakran a magasabb társadalmi osztálybelieknél is tapasztaljuk. Iskolának, tanítónak, tanárnak nem valami nagy a becsülete nálunk, akárcsak az orvosnak. Pedig az Egészségtani ismeretek tanításának is csak abban az esetben lehet meg a kellő fogantaja, ha a gyermekek értelmi fejlesztése körül is megtörténik az, ami szükséges. Ma úgy áll a dolog, hogy a legtöbb iskolában egy tanteremben 80—100, sőt egyes helyeken 150 olyan gyermek van összehúfolva, kik különböző osztályok tananyagát végeznék, ha az egyáltalában lehetséges volna.

MÁSODIK NAP.

A vörhenyről.

Elnök: dr. Szontagh Félix egyetemi ny. r. tanár.

Előadó: dr. Bokay János egyetemi ny. r. tanár.

1. A vörhenyfertőzések száma a fővárosban 1903 óta eléggé tetemes, így 1913-ban a megbetegedések majdnem 5000-ig emelkedtek. Az ország különböző részeiben is eléggé sűrűn és kiterjedten léptek fel a járványok, úgy, hogy a vörhenyfertőzés elleni védekezés *intenzív*vé tétele hazánkban *elsőrendű* közegészségi fontosságú.

2. Azon törvényjavaslat-tervezet, melyet az Országos Közegészségi Tanács a ragályos betegségek elleni védekezésről kidolgozott, 27, 28 és 29. §-ában előírja, hogy a ragályos betegek elkülönítése szükség esetén miképp foganosítottassék 10,000-nél több és 10,000-nél kevesebb lakossal bíró városok és községekben. 1916-ban e célra a kormányzat figyelmébe ajánlottam a *Gzaplewsky* dr. programja alapján a kölni *Deutsche Barackenbaugesellschaft* mozgó és stabil kis kórházmodelljét, amelyeknek értéke szemben a *Döcker*-barakkal abban áll, hogy *a)* érvényesül bennök a *Grancher-éle* boxrendszer s hogy *b)* tetszés szerint minden nehézség nélkül kevés költséggel két-háromszorosra kibővíthetők.

3. A hatósági dezinfekció arra képesített egyénekkel végeztessék.

4. A streptococcus hsemolyticus specifikus jelentősége vörhenyfertőzések-nél az amerikai kutatások alapján tisztázott s a *Dick-éle* pozitív bőrpróba s a vörheny iránti fogékonyság közötti szoros összefüggés a magyarországi nagyszámú vizsgálatokkal is meg van állapítva. Védekezés szempontjából fontos, hogy a fogékonyság megállapítása céljából a *Dick-féle* bőrpróba minél kiterjedtebben gyakoroltassák s pozitív eseteknél a szisztémás aktív immunizáció eszközöltessék. Az aktív immunizáció káros hatással nincsen a szervezetre s a magyarországi védoltások is igazolják az immunitás tartósságát. Ott, ahol a kiskorú egyén direkte ki van téve a fertőzésnek, csak passzív immunizációról lehet szó a rendelkezésre álló gyógysavóval.

5. A *Phylaxia*-szérumtermelő R. T. próba oltásra s aktív immunizációra teljesen kipróbált toxint már forgalomba hozott, kívánatos, hogy mielőbb hazai gyógysavó is álljon rendelkezésünkre passzív immunizációra s gyógysavó kezelésre. Úgy tudjuk, hogy ez már a közel jövőre várható.

6, Vörhenyfertőzés esetén a bejelentő-lapon az orvos az előzőleg esetleg végzett *Dick-próba* s immunoltás eredményeit regisztrálni tartozik.

7. A Dick-ék által inaugurált eljárás általános gyakorlásával előreláthatólag a vörhenyjárványokkal a jövőben eredményesebben fogunk megküzdhetni.

*

*

*

Egy előadásomban; melyet jelen év elején tartottam, kimutattam, hogy a fővárosban 1907 óta úgyszólván *folyton benne élünk a vörheny járványban*, mert bár tagadhatatlan, hogy 1917 óta némi javulás látható, *a fővárosi megbetegedések évi száma állandóan 4000 körül ingadozik*.

Ha Csonka-Magyarország vörheny statisztikáját tanulmányozzuk, úgy az országos statisztika is azt mutatja, hogy a vörheny megbetegedések száma az utolsó tíz évben eléggé tetemes, 1925-ben 8743 volt. szemben az 1921-ik évi 22,000 megbetegedéssel.

A vörheny-kérdés tehát, úgy a fővárosra, mint az egész országra *elsőrendű* fontosságú úgy közegészségügyi, mint nemzetgazdasági szempontból. Míg a diphtheriánál annak a lehetősége fennáll, hogy az utolsó évek kifejezett hullámvölgyét úgy a fővárosban, mint az ország területén még jó sokáig nem váltja fel egy hullámhegy, úgy a vörhenynél, az utolsó évtizedek epidemiológiás tapasztalatai alapján, az eddigi védekezés mellett a megbetegedési szám *feltűnőbb alászállását alig remélhetjük*.

A ragályos kórok ellen való eredményes védekezés mindenütt csakis úgy vihető keresztül, hogyha lehetőleg már az *első* megbetegedéseket *szigorúan* izoláljuk a betegség egész tartamára.

Fertőzőbeteg-kórházakban és fertőzőbeteg-osztályokon, még pedig nemcsak nagyforgalmú kórházakban, hanem kisebb anyag mellett is nem egyszer tesszük azt a sajnálatos tapasztalatot, hogy kontakt-fertőzések jönnek létre. Ezen szomorú tapasztalatok indították a kiváló francia gyermekklinikust, *Grancher-t* annak idején arra, hogy ezen kontakt-infekció elleni küzdelmet alapos tanulmány tárgyává tegye. Ezen tanulmány felette üdvös eredménye volt azon zseniális berendezkedés, mellyel *Grancher* az «*Isolement dans l'isolement*» elvét, az ú. n. «*isolement cellulaire*»-t érvényesítette, minden fertőző beteg számára külön boxot létesítvén, mely boxok 27 méter magas üveg-falakkal bírtak s felül szabadok voltak.

Azon *törvény javaslat-tervezet*, melyet az *Országos Közegészségi Tanács* a ragályos betegségek elleni védekezésről *évek előtt* nagy gonddal kidolgozott s mely várja a megvalósulást, 27. és 28. paragrafusában a következőket mondja:

27. §. A lakásukon nem hagyható fertőzőbetegek elkülöníthetése céljából minden 10,000 vagy ennél több lakossal bíró városnak (községnek) fel kell állítania kellő nagyságú és kellő berendezésű, közös és külön szobákból álló fertőzőbeteg-kórházat. Ez valamely már meglévő kórház kiegészítő osztálya is lehet, de akkor is külön épületben kell lennie és úgy berendezve, hogy a többi kórházi osztály a fertőzéstől meglegyen védve.

A 10,000-nél kisebb lakosságú városok és községek közösen is állíthatnak fél fertőzőbeteg-kórházat, ha azt egyébként a helyi viszonyok megengedik. Az ily közös kórháznak azonban úgy kell elhelyezve lennie, hogy az érdekelt városok és községek legtávolabb eső részétől se legyen hét kilométernél távolabb és mindegyik községből könnyen megközelíthető legyen.

28. §. Ama kisebb községek községi elkülönítést igénylő fertőzőbetegei számára, amelyekben akár a helyi viszonyok, akár a községek szegénysége miatt még közös fertőzőbeteg-kórház sem állítható fel, minden vármegye törvényhatóságának fokozatosan be kell szereznie annyi szétszedhető és a helyszínére szállítható mozgókórházat, hogy végül minden járásra jusson legalább egy ily mozgókórház.

Ugyancsak beszerez mozgókórházakat a belügyminiszter is kisegítőül oly rendkívüli esetekre, amelyekben az ország egyes részeiben oly mértékben terjed el valamely fertőzőbetegség, hogy a betegek a rendelkezésre álló törvényhatósági, városi vagy községi fertőzőbeteg- vagy járványkórházakban már nem helyezhetők el, betegségük természete pedig feltétlenül megkívánja a kórházi elhelyezést.

A 28. §-ban említett szétszedhető és a helyszínére szállítható kis mozgókórházak kisebb községek céljaira a *Döcker* dán katonatiszt által majdnem fél évszázad előtt oly zseniálisan megalkotott szétszedhető és transportálható barakkok lehetnek, amelyek tudvalevőleg alig néhány óra alatt felállíthatók s már 24 óra után működésbe is hozhatók. Ezek mellett azonban *különösen figyelembe veendő* azon szétszedhető és a helyszínére könnyen elszállítható kis mozgókórházak, melyeket *Czaplewsky dr.* programja alapján elkészítve, körülbeül tíz év előtt a kölni *Deutsche Barackenbau-Gesellschaft* hozott forgalomba, s melyeknek értéke különösen abban áll, hogy a) *érvényesül benne a Grancher-féle xborendszer* s b) *hogy tetszésszerint minden nehézség nélkül két-háromszorosára stb. könnyű szerrel kibővíthető.*

Praktikus okokból *Czaplewsky* az egységet öt ágyban állapította meg, minthogy nagyobb egységek nem tekinthetők jól át, kisebbek felállítása pedig túlságosan költséges lenne: öt ágyig egy ápoló teljesen megfelelő.

Így teremtődött meg az ötágyas egység, melyben az egyes ágyak, a francia minta szerint szükséges felszereléssel, mindegyik magában, önállóan, boxban van elhelyezve. A boxok falai két méter magasak, a hátulso falat a terem fala alkotja, az elülső oldalon pedig ajtó van, nagy megfigyelőablakkal; az ajtó a jobb tisztogatás és szellőzés végett, nem ér le egészen a padlóig. Minden boxban meg kell lennie a szükséges felszerelésnek, vagyis az ágyon kívül el vannak benne helyezve: a külön hordozható árnyékszék s a külön mosdó, törülközőkkel és mosócsészékkel a fertőtlenítő folyadékok számára stb.

Valamennyi box előtt egy kellő szélességű folyosó fut végig, melyre az egyes boxok ajtaja nyílik.

A terem szellőztetése és nappali világítása felülről történik, egy kettősen üvegezett és levegőkihajtó-készülékkel ellátott *Shed*-fedéllel, a fűtés pedig a folyosón levő kályha által eszközöltetik.

Egy egység számára egy ápolót számítanak, akinek szobája és teafozó-

konyhája az egység végében van. Egy fürdő mozgó-fürdőkáddal, klozett-tel és mosdóval az egység másik végére van tervezve

Kívánatra az egység nagyobb ágyszámmal, például tíz ággyal, két fürdővel és két teafőző-konyhával és két ápolószobával is készíthető, sőt tetszés szerinti számú egységeket lehet hosszoldalukkal egymáshoz helyezve, a *Shed*-barakkrendszer szerint összekapcsolni. A hozzákapcsolás szükség szerint utólag is történhetik és tetszés szerint kiegészíthető. Ily módon lehetővé van téve az egyes eset jó és kényelmes elkülönítése. Emellett a világítás és szellőztetés is kiadósan van végrehajtva. Minthogy ez előnyök dacára a költségek a régi rendszerekénél nem magasabbak, az új típus, különösen kisebb községekben, de nagy községekben is, a közveszélyes betegségek elkülönítésére *nagyon* megfelelő. Az új barakk, mely a nagy nemzetközi berlini egészségügyi kongresszus kiállításán annak idején feltűnést keltett, megfelel egy *normális* fertőző-barakknak, amely még ha eleinte a legkisebb épület-egységben, öt elkülönítő szobával, fürdővel, ápoló-szobával és folyosóval épült is, *hirtelen fellobbanó járvány esetén azonnal korlátlan kiterjedésű elkülönítő épületté fejleszthető.*

Ennélfogva ez a barakk éppoly alkalmas a kis vidéki község vagy a legkisebb fürdőhely, mint a nagyobb város és a nagylátogatottságú szeszonfürdő számára is.

Községek részére *stabilis* kis ragályosbeteg-kórház tervrajzvázlatát *Theil* német Obergeneralarzt 1914-ben megjelent «*Grundsätze für den Bau von Krankenhäusern*» című munkájában a lazarettek elkülönítő osztályának mintája tünteti fel.

Oly vidéki centrumokban, melyek nagyobb kiterjedésű közkórházzal rendelkeznek, a mindennapi ragályos betegségek számára oly aránylag nagyobb terjedelmű, körültekintően megtervezett, állandó jellegű kórház volna létesítendő, mely a közkórház szerves függelékét teszi, tehát annak elkülönítő pavillonját alkotja.

Fentiekben vázoltam azon módokat, melyekkel az életbelépő törvény szóbanforgó rendelkezéseinek országszerte megfelelhünk.

Hogy azonban ezen küzdelem a járványos kórok ellen hazánkban minél eredményesebb legyen, szükséges, hogy ezen kórházi osztályok, kis kórházak és mozgókórházak a szakszerű orvosi ellátás mellett *alaposan kiképzett ápoló-személlyel* rendelkezzenek és égetően szükség van arra is, hogy a *hatósági fertőtlenítés minden esetben a legszakszerűbben végeztessék.*

Szükség van tehát arra, hogy hazánkban *az ápoló-képzés és a hatósági dezinfekció kérdése mielőbb országosan szabályoztassék,* mert ezen kérdések alapos megoldása nélkül a ragályos bajok elleni küzdelem eredménnyel a jövőben sem lesz felvehető.

A vörheny elleni küzdelemben a fent elmondottakhoz ma *erősen és határozottan hozzákapcsolódik* az amerikai *Dick-féle eljárás,* melyre vonatkozó tapasztalataimról ismételtelen referáltam. A *Dick-féle bőrpróbáról,* szerzett tapasztalataink arra utalnak, hogy a bőrpróba pozitív eredménye és a vörheny iránti fogékonyság között határozott összefüggés áll fenn. Miután a

próba teljesen veszélytelen s a próba elvégzéséhez kifogástalan toxin-oldat rendelkezésünkre áll, a *Dick-íele* próbával módunkban van *egyénenként* megállapítani a vörhenyfertőzés iránti fogékonyságot, mi járvány tani szempontból *óriási* jelentőségű.

A toxinnal való *aktív* immunizálás *az esetek zömében* a szervezetet a Dick-próbára *negatívvá* teszi s a fertőzésre hajlamos egyéneket ily módon a fertőzéstől megóvjá. *A Dick-féle eljárás tehát járványtani szempontból nagy kilátásokat nyújt s rendszeresen és körültekintéssel gyakorolva, nálunk is kétségtelenül nagy eredményeket fog felmutatni.*

Hozzászólások:

1. Dr. Szontagh Felix, egyetemi ny. r. tanár (Debrecen): Arra figyelmeztet, hogy a bakteriológia tanának kényszere alatt ne engedessék meg, miszerint Semmelweis tanárnak a lényege elhomályosíttassék. Megszívlelendő Semmelweis-nak az infekcióról adott definíciója; ez előáll, ha az állati bomlott szerves anyag bekerül a keringő vérbe. Az infekció élesen elkülönítendő a ragályozástól (Ansteckung). Contagiosus-betegségek akkor ragadnak át emberről-emberre, amely pillanatba α az egészséges ember a beteg párákörébe («Dunstkreis») jut. Biztosra vehető, hogy idők folyamán Semmelweis-nak a ragadós betegségek lényegéről felállított definíciója minden egyes ízében igazoltatni fog.

Semmelweis éles megkülönböztetésével szemben napjainkban az orvosok egy része csak ragályos betegségekről tud. Pl. kimutatásokban ilyen címen gyermekági láz és bárányhimlő egy rovatba kerülnek. Az orvosok egy más, talán tetemesebb része csak «fertőző» betegségekről tud. Ha a jelző alatt, hogy «fertőző», azt értik, hogy a betegség infekciónak köszöni eredetét és infekció révén propagáltatik, Semmelweis definíciója értelmében, úgy az ilyen értelemben fertőzőnek felfogott betegségek csoportjából bizonyos betegségeknek feltétlenül ki kell válniok, elsősorban természetesen a ragadós betegségeknek, ha híven őrt állunk Semmelweis öröksége mellett.

Amennyire bizonyosnak tartja, hogy Semmelweis által olyan szerencsésen elnevezett állati bomlott szerves anyag alatt érthetni nemcsak ú. n. virulens baktériumokat, pl. streptococcusokat, hanem érthetni főképpen számba véve a terhesség és a szülés által megviselt nő szervezetének ad hoc állapotát és mindazt, amit az anaphylaxiára vonatkozó kutatások megállapítottak, évnek, genynek stb. akárcsak szilánkjait (Splitterjeit), amelyek betétetvén avagy fölszívódás révén bekerülvén a vérkeringésbe, gyermekági lázban való megbetegedéshez vezethetnek, éppígy biztosra veszi ragadós betegségek esetében, tekintettel Semmelweis megállapítására, mely szerint maga a beteg szervezet termeli a kontagiumot, melynek révén a betegség propagáltatik, tekintettel továbbra arra, hogy a kontagiozítás képessége teljesen egybevág a lázas reakció tartalmával s hogy a párákör óriási terjedelmű lehet, de természetesen csak zárt területen belül érvényesül, azt a következtetést, melynek értelmében az óriási hígítás dacára még mindig hatékony contagium volatile vagyis a reakciót kiváltó, az ú. n. aktiváló komponens

nem élő szervezet, hanem akárcsak az asthma nervosum bizonyos alakjainál kísérletileg is kimutatott miazma-szerű anyag módjára ható ferment-szerű anyag avagy egyenesen ferment.

Vörheny családokban vagy intézetekben való megjelenése esetében induktív metódus semmiféle törvényszerűséget megállapítani nem tud. a vörheny nem kontagiozus betegség.

De pathogenezeise nem alapul infekción sem, infekció alatt értve, amit Semmelweis értett alatta.

Az idiopathiás vörheny egy. hatalmasságánál fogva néha a fascináló tünetény jelentőségével bíró ex- és enanthema által módosított angina.

Ezt a megállapítást megláthatja aki akarja, aki nem akarja, nem látja meg.

A vörhenyexanthema az anginában való megbetegedéshez társuló bőrreakció, vagyis klasszikus anaphylaxiás megnyilvánulás.

Az angina általános megbetegedés, másodlagos helybeli elváltozásokkal elsősorban (de nem egyedül itten) a lymphás gyűrűn, tehát szervrendszeren.

Miért módosul az angina néha vörhenyé. s rendszerint csak egyszer egy ember életében (immunitás látszata), ma még nem tudni. Ebbe az ismeretlen problémába eléggé meg nem becsülhető fényt vet a másodlagos, a szinte, természetesen akaratlanul, kísérletileg előidézett vörheny pathogenezeise. (Vörheny, trauma, szülés, műtét, égés, lúgmérgezés s a Dick-féle oltások után.)

A kimutatott mikroorganizmusok csak másodlagosan lépnek akcióba. A legtöbb betegségnek járványos megjelenése ma még rejtélyeszerű. (Influenza-pandemiák, enkephalins példája stb.)

Paradoxnak látszik, de egészen kétségtelen, hogy a ragadós betegségek (pl. kanyaró) járványszerű megjelenése a kontagiozítás képességéből egymagából nem fejthető meg.

Törvényszerű a vörheny görbójének emelkedése nyáron, július végén, illetve augusztus elején, feltűnő a párhuzamosság a tifusz görbéjével.

Hozzászóló legnagyobb készséggel járult ahoz, hogy klinikája vegye ki részét a Dick-féle oltásokban. De a tapasztaltak alapján is kénytelen erősen szkeptikus felfogása mellett megmaradni.

2. Dr. Heim Pál, egyetemi ny. r. tanár (Pécs): Részemről a *Dick-féle* fogékony sági és immunizáló oltásokat érdekes és fontos kísérleteknek tartom, amelyek azonban eddig legalább kevés pozitív eredményre vezettek. Ami teoretikus következtetéseket a kísérletek a mostani irányban vezetett eredményeiből le lehetett vonni, azok megtétek. Kitént, hogy a toxin-érzékenység függ a kortól és azon körülménytől, hogy vajjon az illető egyén skarlátot állott-e ki. Kitént továbbá, hogy a streptococcus haemolyticus és a skarlát között valami összefüggés mégis fennáll, amelyet én azonban szorosnak nem mondhatnék. Teoretikus eredménynek ez bőnek mondható.

Ellenben én még mindig nem érzem magam az irányban meggyőzve, hogy a skarlátot a streptococcus haemolyticus egyedül okozza, hogy csak ő okozza, és hogyha ő betegséget okoz, ez mindég skarlát lesz. A kérdésnek ebben a formában való felállítására azért fontos, mert az immunizáló eljárások-

nak csak akkor van igazi jelentősége, ha mind a három kérdésre a felelet igenlő.

A feleletek pedig nem igenlők. Először is kitűnt, hogy *Dick* negatív gyermek is kaphat skarlátot. Igaz, ritkábban, mint a *Dich* pozitív, de hogy ez, mégsem az a ritka kivétel, ami a szabályt megerősíti, mutatja az a körülmény, hogy mindegyik vizsgáló rendelkezik ilyen esetekkel. Tehát a feltételezett kórokozó mérgével szemben érzéketlen gyermek mégis megkaphatja a betegséget. Másodszor mi is, mások is kimutattak egyéb betegségeknél, melyek nem voltak skarlátok, mint kórokozót a streptococcus haemolyticus toxikust. Harmadszor mi is, mások is *Dick* pozitív és torokbetegségben (diphthériában) szenvedő gyermek torkában kitudtuk mutatni a streptococcus haemolyticust és a gyermeknek mégsem volt skarla tinaja. Negyedszer sikeresen immunizált gyermekek is megbetegedhetnek skarlátban. Lehet, hogy vannak esetek, amelyekben a skarlát fellépésében a streptococcus haemolyticusnak van szerepe, de nagy kérdés, hogy egyéb kórokozók nem tudják-e megtenni ugyanazt- ha ebben bizonyos konstitúciós momentumok támogatják. Ha én nem is tudom teljesen követni *Szontághot*, az előttem is kétségtelen, hogy a skarlát egész különálló helyet foglal el a heveny fertőző betegségek között és a konstitúciós momentumra több tekintettel kell lennünk, mint eddig voltunk.

Én a *Dick-féle* vizsgálatok folytatását kívánatosnak tartom, de, azt hiszem, az eddig végzett monstre-vizsgálatokból levonható eredmények levonattak és a kérdés továbbvitelét jobban fogják szolgálni a szűkebb körben végzett, a finomabb részletekre kiterjeszkedő minuciosus vizsgálatok.

Még felemlítem, hogy *Kramar* kimutatta, hogy intrakután-oltásokkal a toxin dózis $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$ -ával ért el méreg érzéketlenséget.

Az immunizálás értékéről eddig véleményt mondani nem lehet. E kísérletek folytatandók, de általános használatra az eljárás még nem érett meg. Arra a kérdésre pedig, hogy az immunizálásnak nincsen-e meg legalább az a hatása, hogy ha az immunizált gyermek mégis megbetegszik, legalább enyhén betegszik meg, a most észlelhető esetek nem alkalmasak, mert országszerte igen enyhék. Pécssett klinikámon másfél év alatt 112 skarlát-beteget kezeltünk és ezek közül skarlátban vagy ennek komplikációjában vagy utóbajában egyetlenegy halt meg, pedig egy sem volt immunizálva.

3. Dr. Juba Adolf: Nem akarok bővebben belebocsátkozni a *Dick*-immunizálás kérdésébe, csak azt a tapasztalatomat kívánom röviden előadni, hogy ezeknek az oltásoknak eddig semmiféle kárát nem észleltük, és azt tapasztaltuk, hogy azok, akik alávetették magukat a *Dick-féle* immunizáló eljárásnak, a skarlátot nem kapták meg, vagy legfeljebb nagyon enyhén kapták meg. úgyhogy betegségüket nem is lehetett skarlátnak minősíteni. Természetes, hogy azok közül, akik az immunizáló eljárásnak alávetették ugyan magukat, de azt teljesen végre nem hajtották, elegen kapták meg a vörhenyt. Ez csak arra figyelmeztet bennünket, hogy az immunizálás végrehajtása után minden esetben újból meg kell győződnünk *Dick*-tesztel arról, vajjon az immunizálást elértük-e vagy sem. Ma már sokkal nagyobb adagokra merünk

felmenni és ennek következtében a kilátások e tekintetben határozottan kedvezőek.

A magam részéről éppen úgy, mint előttem szólott Heim professzor úr mondotta, rendkívül fontosnak tartanám azt, hogy szűkebb körben pontos megfigyelések történjenek. E tekintetben nézetem szerint különösen fontos volna, hogy ott, ahol gyermekek össze vannak zsúfolva, pl. internátusokban, árvaházakban, rendszeres Dick-oltásokat végezzünk, mert ezeken a helyeken az illető orvosnak módjában áll ezeket a gyermekeket később is megfigyelni és az immunizálás hatékonyságát éveken keresztül vizsgálat tárgyává tenni és meggyőződni arról, vajjon a vörheny ott később fellép-e vagy sem. nál is inkább bátor vagyok ezt az eljárást javasolni, mert ha egy ilyen internátusba vagy árvaházba egyszer bekerül a vörheny, azt azután rendkívül nehéz onnan kiirtani, ha csak a legszigorúbb elkülönítést nem foganatosítják már a betegség legkisebb jelére is.

A pertussis.

Előadó: dr. Heim Pál egyetemi ny. r. tanár.

1. A pertussis a gyermekkor mortalitását, de ezenfelül a gyermek fejlődését, szervezetének kialakulását károsan befolyásoló faktorok között elsőrangú szerepet játszik. Dacára annak, hogy a statisztikailag kimutatott pertussis mortalitás Magyarországon nem túlságos nagy, mert 1920—1925-ig sajátságos monotoníával 600—700 között ingadozik, a pertussis késői következményeiben meghalt gyermekek számát ennél sokkal nagyobbra tehetjük. Ha e kérdést tárgyaljuk, gondoljunk a pertussis és a tuberkulózis közötti kapcsolatra, gondoljunk arra a sok, pertussis után hónapokig subfebrilis gyermekre, gondoljunk arra, hogy a pertussist követő évben hány gyermek kap ennek következtében pneumóniát, diffus bronchitist stb. mennyi betegségi napot, elfogyasztott gyógyszert, elmulasztott iskolát jelent ez és akkor kimondhatjuk, hogy a pertussis olyan fertőző betegség, amely egyrészt hosszú lefolyása, kínzó tünetei, más betegségekre hajlamosító hatásánál fogva, nemcsak a veszélyes, de a kínos és kellemetlen betegségek közé tartozik.

1. Elfogadhatjuk, hogy a pertussist a Bordet-Gangou bacillus okozza.

2. A pertussisos infekciónak kitett, a betegséget még ki nem állott gyermekek 90 %-a pertussist kap.

3. A prophylaxis tekintetében a háziorvosnak és a gyakorlóorvosnak a viselkedése súlyos jelentőségű. Elégge el nem ítéhető eljárás, a pertussisos gyermekek elutaztatása gyógyulás szempontjából pertussismentes vidékre. Járvány esetén a hatósági orvos által külön pertussisosak számára fenntartott sétahelyek volnának kijelölendők.

5. Klinikámon Kramár dr. által végzett vizsgálatok szerint a polyvalens pertussis vaccinának korlátolt védő- és gyógyító hatásuk van. Járványok esetén tanulmányozandó volna, e vaccinának védő hatása.

*

*

*

A pertussis egyike a nálunk leggyakrabban észlelhető és kiterjedt járványokat okozó fertőzőbetegségeknek. A rendelkezésre álló statisztikai adatok nem megbízhatók, mert a betegséget, éppen természeténél fogva nem jelentik be. Igen sokszor a szülők nem is mutatják meg pertussisos gyermeküket az orvosnak, mert bár a betegség kínzó, de nem köti a beteget az ágyhoz, a diagnózist pedig a jellemző köhögés alapján, a szülők maguk is megcsinálják és végre igen elterjedt hit, hogy a számarköhögés ellen nincs orvosság.

Amiképpen nem megbízható a morbiditási statisztika, éppoly hamis képet ad a mortalitási statisztika is. A kimutatott halálokok között a számarhurut 1920—1925-ig sajátságos módon 600—700 esetben szerepel. Ez is igen tekintélyes szám, mert pl. felülemelkedik a skarlátos halálzási szám fölé, mégis erősen torzító szám, mert a pertussis későbbi súlyos, halálos betegségek számára előkészíti a talajt. Ha nem is mehetünk olyan messzire, mint a fertőzőbetegségek egyik legjobb ismerője, a wieni nagy fertőző-kórház vezetője *Pospischil*, aki azt mondja, hogy a legtöbb pertussis a gyermekkor befejeztéig, tehát sokszor évekig tart és úgyszólván minden gyermekkori pneumonia és súlyosabb bronchitis pertussisra vezethető vissza, de azt el kell ismernünk, hogy igen súlyos betegségekkel komplikálódhatnak, illetve ezek számára előkészíti a talajt. Influenzás infekciókkal párosulva vagy ezektől követve rosszindulatú pneumóniák fejlődésére vezet, a tbc-t aktiváló befolyása pedig közismert. Ha még ehhez hozzátesszük azt, hogy az embernek a pertussis iránti fogékonysága igen nagy, amennyiben az infekciónak kitettek több mint 90 %-a megkapja a betegséget, akkor nem túlozunk, ha a pertussist egyik legveszedelmesebb fertőzőbetegségnek tartjuk.

Azt mondhatjuk, hogy hazánkban, amire felnő, minden gyermek átmege a pertussison, éppen úgy, mint a kanyarón. Ezért fel kell tennünk a kérdést, hogy lehet-e ellene védekezni és hogy érdemes-e ellene védekezni? A felelet erre igenlő. Mert azt el tudjuk érni, hogy az infekció idejét a kis gyermekkoron túlra toljuk ki; kórházakban, menhelyekben, ahol már is betegek a gyermekek, ezen újabb komplikáló betegségtől megvédhetjük a gyermekeket és következetesen, szigorúan keresztülvitt rendszabályokkal nagy elterjedtségét mégis csak csökkenthetjük.

Mielőtt reátérnék a prophylaktikus rendszabályokra, pár szóval meg kell emlékezni azokról az esetekről, amelyek atypusosan folynak le és amelyek éppen ezért az újabb infekciónak a leggyakoribb forrásai. Vannak, nem is olyan ritkán, esetek, amidőn a megbetegedés csak a stádium catarrhaleből áll és görcsös köhögés nem, vagy alig fejlődik ki. Ezek az esetek a betegség továbbvitele szempontjából a legveszedelmesebbek, mert sem a beteg hozzátartozói, sem az egészséges gyermekek szülői által, sem a tanító által nem tartatván pertussisnak, állandóan és zavartalanul érintkeznek egészséges gyermekekkel. Olyan eseteket is észlelhetünk amidőn a megbetegedés mindjárt a görcsös szakkal kezdődik és igen gyorsan lefolyik. Nekünk is volt alkalmunk kezelni egy tízhónapos csecsemőt, kinek betegsége mindjárt a görcsös köhögéssel kezdődött és 12 nap alatt lezajlott, és egy egész kórtermet megfertőzött.

A prophylaxisban a legfontosabb szerepe a házi orvosnak és a gyakorló orvosnak van. Miután a szabadban való tartózkodás kétségtelenül jól befolyásolja a pertussist, a betegek, orvosi rendelre, lehetőleg az egész napot a szabadban töltik és bőven van alkalmuk az egészségeseket inficiálni. Ezenkívül elterjedt hit, orvosok és laikusok között, hogy a levegőváltás coupirozza a pertussist, és ezért a beteget akárhányszor, mindjárt, amint a diagnózis biztossá válik, messze vidékre elutazzatják. A pertussis a legragályosabb a hurutos szakban, de ragályos még a görcsös szak elején is. Az én megfigyelésem szerint, ha a görcsös szak kifejezett kifejlődése után két hét már elmúlt, a pertussis ragályozóképessége megszűnik. Éppen ezért a betegek elutaztatása ellen a késői szakban kifogást nem tehetünk, de a pertussisos beteget, betegségének harmadik hete előtt elutaztatni, lelkiismeretlen eljárás az orvos részéről.

Nagyobb városokban, járvány esetén, külön pertussisos sétahelyeket kellene kijelölni, és ha egyéb sétahelyen pertussisos gyermek megjelenne, azt onnan el kellene távolítani és hozzátartozóit keményen megbüntetni. A pertussisos betegek bejelentését is sokkal komolyabban kellene venni a gyakorló orvosnak és az iskolában, különösen az alsóbb osztályokban, az elemi iskolában, a tanító minden oly gyermeket, ki bármily enyhén köhög, küldjön haza, és csak akkor engedje be újra, ha orvostól bizonyítványt hoz, amelyben az orvos felelősséggel bizonyítja, hogy betegsége nem pertussis. Igaz, hogy ez sokszor lehetetlen kívánság, de kisebb baj, ha egy banális meghűlésben szenvedő gyermek pár napig otthon marad, mintha egy, a pertussis hurutos stádiumban szenvedő gyermek egy hétig még iskolába jár és betegségét szétterjeszti. A pertussist komolyabban kellene venni, mint ahogy ez most történik.

Az általános prophylaxison kívül, bizonyos esetekben, egyéni prophylaxist is űzhetünk.

Vannak esetek, amidőn az infekciónak már kitett gyermeknek nagy érdeke, hogy ha lehetséges, nála a betegség kifejlődése meggátoltassék. Pl. egyik gyermek éppen pneumóniában beteg, vagy súlyos, veszélyes pneumóniából éppen meggyógyult és testvérénél pertussis lép fel. Vagy más esetben a számarhurutos beteggel érintkezett gyermek tudottan tbc-vel fertőzött és primär complexumával éppen megbékélni kezd. Éppen így kórházakban is fontos, hogy azokban az esetekben, ha oda a pertussis mégis behurcoltatott, az infekciónak kitett betegek, ha lehetséges, a betegség kitörésétől megmenntessenek. Vagyis kérdés, van-e birtokunkban olyan eljárás, mint amilyen a kanyaró ellen a *Degwitz-féle* reconvalescens savóval való oltás.

Ebben az irányban többféle kísérlet történt. A reconvalescens savó, pertussist Mállott felnőttek vérenek intramusculáris befecskendése nem járt semmiféle védő hatással. Ellenben a budapesti állami menhelyen *Rónay* és klinikámon *Kramár* végzett részben egy betegtől vett, részben több betegtől gyűjtött, tehát polyvalens vaccinával kísérleteket és kitűnt, hogy ezeknek korlátolt védő és gyógyító hatásuk van. Volt eset, amelyben teljesen meggátolta az infekciónak kitett, csecsemőnél vagy gyermeknél a pertussis felépését, más esetekben csak azt értük el vele, hogy a betegség igen enyhe

mértékben lépett fel. A kérdést nem tartom lezártnak és kívánatosnak tartanám, hogy járványok esetében széleskörű ilyen vizsgálatok végeztessenek.

Hozzászólás:

Dr. G o b b i Gyula, pécsi állami gyermekmenhelyi igazgató-főorvos: A pécsi állami gyermekmenhely központi intézet csecsemőosztályának egjdk szobájában 14 egyéven alóli gyermek volt. Ezek közül egy 1926. év augusztus 31-én pertussisban megbetegedett. A diagnózis megállapítása után azonnal a pécsi egyetemi gyermekklinikára szállítottatott át, ahonnan később ezen bajából kigyógyulva, visszakertült ugyanazon helyre. Az alapos fertőtlenítés dacára, szeptember 18-án újabb szamárköhögés-megbetegedés történt ezen szobában. Október 7-én már négyen szenvedtek ezen ragályos bajban. Ekkor kezdette meg *dr. Márkus Judith* segédorvosnő a pécsi egyetemi közegészség-tani intézet által készített *polyvalens antipertussis vaccinávd*l a gyógyító- és védőoltások alkalmazását bõraláfecskendezések alakjában, $\frac{1}{10}$ köbcentiméternyi mennyiséggel kezdve és harmadnaponként ugyanannyival növelve az adagot egészen egy köbcentiméternyi maximalis adagig, összesen 12 injekciót adva. Október 23-án (amikor tehát már az összes ezen szobában ápolt gyermekek tíz vaccina-befecskendezést kaptak), volt ott három megállapíthatólag kifejezett pertussisban szenvedő gyermek (a negyedik pertussisos október 22-én a gyermekklinikán vérhasban halt meg), hat izgatott köhögésű szamárköhögésre gyanús gyermek és három olyan csecsemő, aki egyáltalában nem köhög, tehát a pertussis fertőzõdéstõl mentes maradt. A szamárköhögésben szenvedõknél is a betegség lefolyása a rendesnél g}orsabb és enyhébb volt; a pertussissal fertõzõdõtségre gyanús csecsemõknél nem tudtak az ezen betegségre jellegzetes tünetek teljesen kifejlõdni.

E kísérleti eredmény is amellet látszik bizonyítani, hogy a polyvalens antipertussis vaccina a fertõzés megtörténése elõtt vagy még a lappangási idõ elején alkalmazva, képes egyes esetekben teljesen megakadályozni a baj kifejlõdését, vagy legalább is annak csak egy enyhébb jobbindulatú alakja jön létre; már kifejlõdött stádiumában ezen betegségnek kezdve a vaccina-kezelést, a baj lefolyása könnyebbé és gyorsabbá tehető. Ezért az antivaccina-kezelés alkalmazása különösen gyermekmenhelyekben, közkórházak gyermekosztályán és esetleg óvodákban, sőt elemi iskolákban is ajánlatos, főleg járványok idején, védõoltásokként gyenge, tüdõgümõkõrra hajlamos, a fertõzésnek kitétt gyermekeknél. Káros, kellemetlen tüneteket a vaccina-oltások óvatosan fokozott adagolása nem okozhat.

Elnök: dr. S z a b ó S á n d o r ny. tisztii főorvos.

A) *Hastífusz.*

Előadó: dr. G e r l ó c z y Z s i g m o n d egyetemi tanár.

1. A hastífusz diagnózisát ma már pusztán a klinikai symptomák alapján megállapítani nem lehet. Actiologikus vonatkozás minden esetben figyelembe veendő.

2. Az aetiologikus alap a bakteriológiai és serológiai kutatások hatalmas fejlődésével döntő jellegű bizonyítékokhoz jutott. (Eberth-féle bacillus, paratyphus *A* és *B*, agglutinatio).

3. Az aetiológiai kérdések tisztázódásával a tifuszos megbetegedések közegészségügyi elbírálása a hypothesisek helyett pozitív értékű megállapítások alapján történik. Ennek folytán a profilaxisban a tapogatózó bizonytalanságot tervszerű céltudatosság váltotta föl.

4. Megbízható anamnesztikus adatok birtokában a sporadikus esetek forrásait kikutathatjuk, azokat lépésről-lépésre követhetjük és a hastyphus endemikus vagy epidemikus elterjedését azokból megfejthetjük.

5. A hastifusz exploziószzerűen járványossá válása csaknem kivétel nélkül az ivóvíz fertőződésétől származik.

6. A védekezés lényege: tifuszbacillusok továbbterjedésének megakadályozására irányuló törekvés. A védekezés sikerének alapföltétele a betegek és a bacillusgazdák minél előbb való fölismerése. Ezért lehetővé kell tenni azt, hogy minden gyakorlóorvos könnyen hozzáférhessen a bakteriológiai és serológiai vizsgálat döntő bizonyítékaihoz. Ezt nemcsak diagnosztikai érdek teszi kívánatosá, hanem még sokkal inkább a védekezés érdeke.

7. Bakteriológiai vizsgáló-állomások létesítendőek az ország főbb centrumaiban.

8. Az általános közegészségügyi viszonyok (ivóvíz, élelmiszerek, lakás) kérdéseire fokozottabb gondosság fordítandó. Vízvezeték, szennyvizek elvezetése, csatornázás, fertőtlenítés országos rendezése.

9. Lakosság oktatása, egészségügyi nevelése; állami támogatása az egészségügyi ismeretek népszerű terjesztésével foglalkozó társadalmi egyesületeknek.

10. Védőoltások alkalmazása fertőzött helyeken.

*

*

*

Hacsak futólagos pillantást vetünk is a tifusz elnevezése alatt ismert betegségek történetére s azok nyomát már a Hypokrates korabeli iratokban megtalálva, a mai ismereteink alapján *tifusz-ról* szólunk, úgy a maga teljességében előttünk áll az a hosszba út, amelyen a mind exaktabbá váló orvosi megfigyelés eljutott ahhoz az állomáshoz, ahol a betegség diagnózisában már csak annyiban szabad értékesítenünk a tifuszos állapotot, mint voltaképpen csak egy szimptomáját a megzavart egészségnek, mint amennyiben mérlegeljük a betegen észlelt egyéb szimptomákat: a lázat, a lép megnagyobbodását, a rozeolákat, az emésztőszervek, a vérkeringés és lélegzés szervei részéről észlelhető szimptomákat és egyéb jelenségeket.

Megtudjuk érteni azt, hogy miért tekintették évszázadokon át tifusznak az egyébként legkülönbözőbb szimptomákkal járó betegségeket, ha mindjárt pneumonia, pyaemia vagy akár variola, scarlatina avagy más betegség is volt annak az előidézője azért, mert a legfőbb és döntő szimptomának a status typhosust tartották.

Wunderlich és *Liebermeister* már éles bírálat alá veszik a Hypocrates

korabeli orvosok tífusz diagnózisát, de bírálat alá vették azt is, hogy a mai felfogásunk szerint joggal tífusznak tekinthető olyan könnyebb eseteket, amelyekben nem volt a status typhosus kifejezett, nem nevezték tífusznak hanem febris putridának, gastricanak, biliosanak stb.

Végre három betegségre zsugorodott össze a tífusz elnevezés: a typhus abdominalisra, a typhus exanthematicusra és a typhus recurrensre.

William Jenner már a tifózus megbetegedések osztályozásában az aetiologia jelentőségét mindenekfelett kidomborította, hangsúlyozván, hogy typhus exanthematicus mérgeével való fertőzés csakis typhus exanthematicust okoz és sohasem abdominalist vagy recurrenst, és viszont t. abdominalis mérgeével való fertőzés csak t. abdominalist, a recurrens mérgeével való fertőzés pedig csak recurrenst okoz. Ennek a felfogásnak Németországban *Griesinger* volt a legbuzgóbb propagálója, valamint *Liebermeister*, Angliában *Murchison*. *Curschmann* pedig már a typhus exanthematicust éles elkülönítésképpen az abdominalistól a kiütéses fertőzőbetegségek csoportjába osztotta be. Ez a felfogás aztán teljesen helytállónak bizonyult akkor, amikor *Obermayer* a spirochaeta felfedezésével a recurrens okozóját megtalálta és *Eberth Klebs-szel Koch-hal* csaknem egyidőben felfedezvén a bacillus typhit, amit *Gaffky* 1884-ben megerősített, mint egészen specifikus betegséget jelölte meg a typhus abdominalist.

Óriási jelentőségű volt ez a fölfedezés, mert ezen az alapon megadatott a módja annak, hogy klinikai szimptomák nem egészen pregnáns jelenléte mellett is biztosan lehetett a typhus abdominalist diagnosztizálni, egyben esetenként, de különösen járványok alkalmával a betegség forrását megtalálni.

Am a bakteriológia hatalmas fejlődésével a typhus abdominalisnak már némileg nyugovópontra jutott diagnózisa újabb kutatásokkal megingott és teljesen igazolta azoknak a jeles észlelőknek (*Bollinger*, *Griesinger*, *Liebermeister*, sőt *Eberth*) kifejezett gyanúját, akik a tífusz kórképét nem egy forrásból eredőnek gyanították. *Achard* és *Bensaude* 1896-ban tífuszos beteg izületi gennyéből, majd vizeletéből az Eberth-féle bacillustól eltérő bacillusokat találtak (bacillus paratyphosus), de azoknak különösebb klinikai jelentőséget nem tulajdonítottak. *Schottmüller* azonban, aki már klinikai szimptomák alapján is különbséget talált, bacilláris alapon is aetiologiailag szigorúan elkülönítendőnek jelentette ki az Eberth-féle bacillustól előidézett tífusz-eseteket azoktól, amelyekben a betegség okozói gyanánt a bacillus paratyphosus *A-t* és bacillus paratyphosus *B-t* jelölte meg. Végül újabban az orosz *Botkin* és *Simmitski*, valamint a japán *Horiuchi* kutatásai és megfigyelései alapján el kellett fogadnunk a már felsorolt tífusz-formák mellett a *typhus mandschuricust*.

Az elmondottakból következik tétellem első pontja: a hastífusz diagnózisát ma már csupán a klinikai szimptomák alapján megállapítani nem lehet. Aetiologikus vonatkozás minden esetben figyelembe veendő.

A bakteriológiai alapon döntő jellegű bizonyítékokhoz jutott aetiologikus alap jelentékenyen megerősödött a serológiai kutatásokkal. De már ezt meg-

előzően is a vérvizsgálatok a diagnózist támogató értékes eredményeket nyújtottak. Így nevezetesen a vér haemoglobin tartalmának, valamint az erythrocytáknak mérsékelt csökkenése. Különösen nagyértékűnek bizonyultak azok a vizsgálatok, amiket *Naegeli* végzett, aki megállapította, hogy tífusz kezdetén, valamint a récidiva első napjaiban a leukocyták száma kissé szaporodik (mintegy 10,500-ra), majd az acme stádium közepetáján visszaesik 2000—4000-re s a betegség vége felé, a reconvalescentia idejére normálissá válik. A neutrophil leukocyták is a láz első napjaiban mérsékeltén megszorodnak, számuk azután fokozatosan csökken a láztalan állapot bekövetkezéséig (1500—2000), majd ismét emelkedik a láztalan szakban és nem ritkán túllépi a normális számot. Az eosinophil-sejtek a tífusz kezdetével csaknem egészen eltűnnek és a láz megszűnésével újra megjelennek, sőt a reconvalescentiában számuk annyira megnövekszik (1200-ig), hogy eosinophiliáról szólhatunk. A lymphociták száma fokozatosan csökken a stadium incrementi és a continua idején, mihelyst azonban a láz alább hagy, növekszik. Xem terjeszkedhetem ki e helyütt azokra a változatokra, amelyek a vérkép részéről a tífusz lefolyása alatt előforduló különböző szövödményekkel kapcsolatban állanak elő és diagnosztikai sőt prognosztikai értékűek, csak érinteni kívántam azt, hogy a vérvizsgálatok is jelentékenyen hozzájárultak a tífusz biztosabb diagnosztizálásához.

A fertőzőbetegségek lényegének keresésében mind kiterjedtebben foglalkoznak a kutatók vérvizsgálatokkal és magyar tudós, *Fodor József* volt az első, aki reájön arra, hogy az állati vér a beléje jutott baktériumokat a szervezeten belül megöli és kimondja, hogy a vér baktériumölő tulajdonságának nagy szerepe van a szervezetnek bizonyos betegségek ellen tanúsított immunitásában. *Fodor* alapvető vizsgálatai adtak voltaképpen lökést a *sero-therapia* kialakulására.

A klinikai mikrobiológia rohamos fejlődése teremtette meg a szerodiagnosztikát, amelyet a tífuszra vonatkozóan *Widal* hozott javaslatba 1896-ban.

E referátum keretében nem terjeszkedhetem ki a *Gruber—Widal-éle* szrumreakció lényegére, de ki kell emelnem azt, hogy az agglutináció tünetményének diagnosztikai értéke jelentékeny, mert azon a megdönthetetlen tudományos alapon nyugszik, hogy tífuszosak séruma általában agglutinál képességű és pedig nagyobb fokban, mint nem tífuszosaké. Az agglutináció tünetményét fölhasználjuk egyébként klinikai szimptomák alapján tífusznak tartható esetekben, mint a diagnózist támogató értékes jelenséget; döntő bizonyítékul használhatjuk oly tífuszos lázakkal járó megbetegedésekben, amelyekben a klinikai szimptomák elmosódottsága, avagy atypikus volta mellett egyébként nehezen tudjuk a diagnózist megállapítani; döntőnek tekinthetjük, ha egyéb betegség mellett tífuszra is gyanakszunk; és viszont az agglutináció hiányát különösen, ha a reakció ismételve negatív eredménnyel jár, igen jól értékesíthetjük a tífusz abdominalis diagnózisának kizárására.

Különösen hangsúlyozni kívánom azonban azt, hogy bármennyire nagyértékű vizsgálati metódus birtokába jutott is a gyakorlati orvosi tudomány az agglutináció fölfedezésével, számolni kell azokkal a kivételes eshetőségekkel,

amikor az agglutináció hiánya nem zárja ki a typhus abdominalist és amikor az agglutináció pozitív volta nem jelenti egyben azt, hogy a vizsgált betegnek tifusza van. Ezért a gyakorlóorvosnak most is csak olyan pontosan kell észlelnie a beteget, betegsége lefolyásában csak olyan figyelmesen kell mérlegelnie minden jelenséget, mint annakelőtte és az agglutináció tünetéjét avagy annak hiányát az egyéb szimptomák jelenléte vagy hiánya mellett kell mérlegelnie.

Tételem 2-ik pontját a most kifejtettek alapján így fejezem ki: *az aetiologikus alap a bakteriológiai kutatások hatalmas fejlődésével döntő jellegű bizonyítékokhoz jutott. (Eberth-féle bacillus, paratyphus A és B, agglutináció.)*

A tifusz diagnózisában való biztonságunk fejlődésével fokozatosan csökkent az a bizonytalanság, amely a tifuszos megbetegedések közegészségügyi elbírálása terén fennállott, sőt a legtöbb járvány esetén ma már meg lehetős határozottsággal meg tudjuk jelölni a járvány kiindulási pontját. És ebben van éppen a legnagyobb jelentősége annak, hogy a tifuszos megbetegedések gyűjtőfogalma alá tartozó betegségek aetiológiai származása a különböző betegségeket okozó mikrobák fölfedezésével és azok kimutathatóságának lehetőségével tisztázódott és ma már eredményes küzdelmet tudunk folytatni e betegségek, nevezetesen pedig a hastifusz ellen. Bármennyire plauzibilisek voltak is a betegség okozóinak fölismerése előtt kitűnő tudósok (*Buhl, Pettenkofer*) elméletei a talajról, talaj levegőről, talajvízről, ivóvízről, tiszta képet csak akkor nyertünk ezek szerepéről a tifusz terjedésében, amikor a betegség okozóját 1880-ban *Eberth* fölfedezte.

Ettől az időponttól kezdve bebizonyítható volt úgy a typhusbacillussal szennyezett talajnak, mint a fertőzött ivóvíznek és minden egyéb italnak és ételnek a fertőzést továbbító szerepe. Megadatott a módja annak, hogy tifuszbacillus után kutassunk, keressük azt a vízben, a tejben, az élelmiszerekben, keressük azt a betegek, sőt a betegek környezetében élő egészségesek ürülékében, vizeletében.

Röviden összefoglalva tételem 3-ik pontja: *az aetiológiai kérdések tisztázásával a tifuszos megbetegedések közegészségügyi elbírálása a hipotézisek helyett pozitív értékű megállapítások alapján történik. Ennek folytán a profilaxisban a tapogatózó bizonytalanságot tervszerű célhtdatosság váltotta föl.*

Ez tette lehetővé, hogy amint azt referátumom 4-ik tételében tömören kifejezem: *Megbízható anamnesztikus adatok birtokában a sporadikus esetek forrásait kikutathatjuk, azokat lépésről-lépésre követhetjük és a hastifusz endemikus vagy epidemikus elterjedését azokból megfejtethetjük.*

Szórványosan úgyszólván mindenütt előfordul a tifusz. A sporadikus esetekből a helyviszonyok adta körülmények folytán újabb és újabb megbetegedések állhatnak elő, sőt kisebb méretű járványok támadhatnak, mert hiszen a tifuszban szenvedő beteg ürüléke, vizelete sok lehetőséget nyújt arra, hogy a benne nagy tömegben levő tifuszbacillusok eljussanak a talaj felszínes rétegeire és mélyebb rétegeibe, bejuthassanak az ivóvízbe, a víz közvetítésével a tejbe, a fertőzött talajjal az azon termelt növényi élelmiszerekbe és bacillusgázdák útján egyéb élelmiszerekbe is. Exploziószerűen

támadó nagyobb tífuszjárvány okát azonban csaknem kivétel nélkül az ivóvíz fertőzésében találhatjuk meg, illetőleg a tej fertőzésében, amennyiben a tejgazdaságokban és a tej kereskedelemben a tej kezelése körül használt víz tífusztól fertőzött lehet, és itt nem csupán a hamisítás céljából vizezett tejre gondolok, hanem a tejes edények öblítésével a tejbe jutó akármilyen minimális mennyiségű vízre is.

Amikor tehát valahol a lakosság nagy tömege rövid időn belül betegszik meg tífuszban, olyankor szinte megdönthetetlen bizonyossággal az ivóvíz fertőzöttségében kell a járvány okát megjelölni avagy a tejben, amely bár kezelés közben bacillusgazdától is fertőződhetik, de a legtöbb esetben fertőzött vízzel való szennyeződés fertőzi azt.

A tífusz epidémiás elterjedésében az ivóvíz és a tej szerepe mellett meglehetősen háttérbe szorul a tífusznak egyéb módon való elterjedése. Mert pl. ma már a talajnak nem tulajdoníthatunk akkora szerepet, mint amekkorát régebben tulajdonítottak annak, megerősítve a Pettenkofer talaj - elméletével. Mert a tífusszal szennyezett talaj is elsősorban a víz közvetítésével nyer jelentőséget a tífusz terjesztésében, és pedig olyképpen, hogy a talaj felszínére jutott tífuszos ürülékből a föld repedésein át és az esővízzel mélyebb rétegekbe lemosódó tífuszbacillusok bejutnak a talaj vizébe, a kút vizébe avagy a forrás vizébe, a folyó vizébe; ez utóbbi esetekben nagy messziségben elterülő lakott helyek lakosságát tömegesen fertőzheti. A talaj természetesen adott esetben közvetítheti a fertőzést olyan módon is, hogy tífuszos ürülék juthat rá és az ilyen fertőzött talajról származó zöldségfélék különösen saláta avagy ily talajon termett gyümölcs, pl. szamóca, okozhatnak tífuszos fertőzést, sőt kisebb helyi járványt.

De számolni kell az ivóvíz, valamint az élelmiszerek oly formájú fertőzésével is, hogy patkányok pöcegödörktől künduló földalatti vájt utakon behatolnak a kút vizébe és azt általában fertőzik, sőt typhusbacillussal fertőzik. Ugyancsak ily ürülékkel érintkezésben volt patkányok bejuthatnak főzőkonyhába, éléskamrába és élelmiszert tartalmazó pincékbe, amikor is egyenesen testükkel, sőt ürülékükkel is reávihetik az élelmiszerekre a tífuszbacillusokat. (*B. Mills.*)

A *bacillusgazdák* főképpen sporadikus fertőzés előidézői, de endemiákat is okozhatnak zárt intézetekben: kórházakban, kaszányákban, internátusokban és amennyiben foglalkozásuk élelmiszerek készítésével, elárúsításával kapcsolatos (szakácsok, szakácsnők, konyhaleányok, cukrászok, pincérek, élelmiszerkereskedésben alkalmazottak) tömegesebb megbetegedések okozói is lehetnek.

Tételelem 5-ik pontja: *a hastífusz exploziószerűen járványossá válása csaknem kivétel nélkül az ivóvíz fertőzésétől származik.*

A védekezés a szó szoros értelmében preventív legyen. Meg kell előzni megfelelő közegészségügyi intézkedésekkel, hogy egyáltalában gyökeret verhessen a tífusz. A mai ismereteink alapján ez többé-kevésbé lehetséges. A megelőzés eszközei sokoldalúak. Valamennyinek alap gondolata a *tisztaság*. Tiszta legyen a lakás, annak minden tartozéka és köz vetetlen környéke.

Ezért nagyjelentőségű a lakóházak talajának tisztasága, mindenféle szennyezéstől való megóvása, de különösen nagyjelentőségű az ivóvíz tisztasága.

A tífuszjárványok okainak kutatásában a hygiène már jóval előbb, semmint a tífuszbetegség okozója ismeretessé vált, megállapította, hogy városok olyan mértékben mentesültek a tífuszjárványoktól, amilyen mértékben gondoskodtak szennyvizeink elvezetéséről, jó csatornázásról és amilyen mértékben biztosították lakosságuknak jó ivóvízzel való ellátását.

A preventív közegészségügyi intézkedések kitűnő hatását a tífusz ellen való védekezésben számos nagy város példája igazolja (München, Hamburg, Budapest stb.). Sajnos, Magyarországon a vidék ebben a preventív védekezésben még messzire elmaradott.

A mi tífusz-ellenes védekezésünk ma jóformán abban merül ki, hogy csupán járvány esetén történik beavatkozás a járvány továbbterjedésének megakadályozására, a járvány elfojtására.

A védekezés a mi országunkban még nem nevezhető preventívnek, csupán temporaernek a már előállott veszedelemmel szemben. De ez a védekezés sem mondható kielégítőnek, mert a legjobb igyekezet mellett is hiányozván a sikeres védekezésnek sok feltétele, lassú és vontatott menetű.

Mint hogy a preventív védekezés a maga egészében úgy tekinthető, mint egy hatalmas védőbástya, amelyet a veszedelmes ellenség áttörni nem tud, amely azonban máról-holnapra föl nem építhető, azokról a védelmi eljárásokról kell először szólanunk, amelyek a veszedelem közelségében veendő igénybe.

Ámbár a typhus abdominalis közvetlenül a betegről nem szokott átragadni másokra és talán éppen ezért nem veszik kellő komolysággal egy-egy szórványos megbetegedés előfordulását, a sikeres védekezés érdekében meg kell gyökeresedni annak a gondolatnak, hogy mégis maga a beteg a forrása minden újabb megbetegedésnek s ezért minden egyes tífuszos megbetegedést közegészségügyi vonatkozásban, nagyobb komolysággal kell tekintenünk, mint amilyenek tekintik mindezeideig.

A közegészségügyi hatóságnak már a tudomására jutott első megbetegedés esetén a legszélesebb alapon meg kell tennie minden óvóintézkedést. Legelsősorban az anamnesztikus adatok lehető legpontosabb kutatásával meg kell állapítania azt, mikor és hol érthette a fertőzés a beteget. Olyan tífuszos lefolyású betegségben, mint aminő a tífusz, az esetek túlnyomó többségében a fertőzés időpontja nagy valószínűséggel megállapítható és ezzel egyszersmind az is, hogy a fertőzés a beteget rendes tartózkodása helyén érte-e avagy másutt. Ha a beteg a fertőzés supponált időpontjában lakóhelyétől távol tartózkodott, a megbetegedés közegészségügyi jelentőségéből sokat veszít már t. i. a beteg tartózkodási helyét illetően. Ily esetben, az mint máshonnét behurcolt eset, bírálendő el. Budapesten a nyár végén és ősz idején évenként emelkedettebb számban mutatkozó hastífusz megbetegedések, több mint felében, megállapítható a fővároson kívül történt fertőzés.

Bármint álljon is a kérdés, a közegészségügyi hatóság már az első tífusz esetben ne elégedjen meg csupán azzal, hogy a beteget egyszerűen elkülönít-

tett avagy kórházba szállíttatja, hanem tegye meg azonnal mindazokat az óvintézkedéseket, amikkel a fertőzés tovább terjedésének útját lehet állani. Különös gondot fordítson a beteg lakásának, lakóháza minden tartozékának tisztaságára, az ürülék és az árnyékszék fertőtlenítésére és amennyiben az ivóvizet kút szolgáltatja, a kút védelmére. A betegtől származó szennyesruha és ágyneműek fertőtlenítése a legnagyobb gonddal történjék, mert különösen vidéken abban rejlik a betegség széthurcolásának legnagyobb veszedelme, hogy a kút közelében mossák a beteg fehérneműit és ágyneműit, amikor a szennyes mosóvíz egyenesen beszivároghat a kútba s a tífusz - bacillustól megfertőzött kút vize a szomszédos kutak vizét is fertőzheti, ha pedig valamely lakóház udvarán tejgazdaság is van, a tej kezelésénél, a tejes edények tisztogatásánál használt víz a tejet is fertőzi. Nem egy vidéki város lakossága között támadt nagyszámú tífusz megbetegedés sőt járvány a város közelségében lévő tejgazdaságban előfordult tífuszos megbetegedésből a tej közvetítésével indult ki, amire a városi hatóság csak akkor jött reá, amikor már a betegség járványossá vált s a széles körben végzett nyomozó vizsgálat a kutak vizének bakteriológiai vizsgálata nem derítette ki a tífusz forrását. Nem lehet eléggé nyomatékosan hangoztatni, hogy a városokban, községekben, tífuszos megbetegedések előfordulása esetén, mennyire nagy fontosságú a tej honnan való beszerzésének megállapítása s tejet szolgáltató gazdaságban a vizsgálat megindítása. (A tejtermelő kút vizének vizsgálat alá vevése, a tej kezelésével foglalkozók megvizsgálása, kutatás közöttük bacillusgázákra.)

Nagy városok, akármennyire fejlődött is közegészségügyük, minduntalan ki vannak téve annak a veszedelemnek, hogy a tífuszt tejjel, zöldségfélékkel, különösen salátával vidékről behurcolják és ki lesznek téve mindaddig, amíg a vidék, a falvak egészségügye meg nem javul.

A tífusz ellen való védekezésnek tehát ki kell terjednie a falvakra.

A vidéki orvos nem rendelkezhetik azokkal az eszközökkel, mint aminővel a nagyvárosi, sőt kisvárosi orvos. Nincsen kórház, nincsen laboratórium, ahol víz, tej és egyéb élelmiszerek ily irányban vizsgálat alá vehetők, ahol a tífuszgyanus esetén bakteriológiai és szerológiai vizsgálattal megállapítható a betegség, ahol ugyancsak lehetővé válik a bacillusgázák minél előbb való fölismerése. Ezért kellene kórházak, ezért létesítendőek bakteriológiai vizsgáló-állomások az ország főbb centrumaiban. Ily vizsgáló-állomások létesítése azonfelül, hogy az orvosi gyakorlat szolgálatába beállítható, nevelőleg is hat a nagyközönségre, amely megtanulja csakhamar azt, hogy a tífusz terjedésében mekkora szerepe van a beteg ürülékének, az attól szennyezett ivóvíznek, tejnek és egyéb élelmiszernek.

De a népet tervszerűen oktatni kell, egészségügyileg nevelni kell s ezért nagyjelentőségű, hogy az állam támogassa mindazokat a társadalmi egyesületeket, amelyek az egészségügyi ismeretek népszerű terjesztésével foglalkoznak. Örömmel állapíthatjuk meg, hogy úgy a népjóléti minisztérium részéről, mint a vallás- és közoktatásügyi minisztérium részéről ebben az irányban is eddig még sohasem tapasztalt munka folyik, aminek következtében a köz-

egészségügyi kérdések irányában a végzetes közönyösséget előbb-utóbb érdeklődés fogja fölvaltani.

Az elmondottak szolgáltatják tételeim 6., 7., 8. és 9-ik pontját és pedig:

6. *A védekezés lényege: tífuszbacillusok továbbterjedésének megakadályozására irányuló törekvés. A védekezés sikerének alapfeltétele a betegek és a bacillusgazdák minél előbb való fölismerése. Ezért lehetővé kell tenni azt, hogy minden gyakorlóorvos könnyen hozzáférhessen a bakteriológiai és szerológiai vizsgálat döntő bizonyítékaihoz. Ezt nemcsak diagnosztikai érdek teszi kívánatossá, hanem még sokkal inkább a védekezés érdeke.*

7. *Bakteriológiai vizsgáló-állomások létesítendők az ország főbb centrumaiban.*

8. *Az általános közegészségügyi viszonyok (ivóvíz, élelmiszerek, lakás) kérdéseire fokozottabb gondosság fordítandó. Vízvezeték, szennyvizek elvezetése, kanalizáció, dezinfekció országos rendezése.*

9. *Lakosság oktatása, egészségügyi nevelése; állami támogatása az egészségügyi ismeretek népszerű terjesztésével foglalkozó társadalmi egyesületeknek.*

Szólanom kell még a védőoltásokról.

Védőoltásokat tífusz ellen Pfeiffer és Kolle alkalmaztak először 1896-ban. E célra két órán át 60 C°-on hevített 24 órás agarkultúrából 2 mgr-nyit konyhasóoldatban fölhevítve föcskendeztek a beojtandó egyén bőre alá, majd egy hét múlva 4 mgr-nyi és ismét egy hét múlva 6 mgr-nyit. Minthogy a 60 fokos előléssel készült ojtóanyag heveny helyi reakciót okozott, mostanában már a *Leishmann* ajánlatára 53—55 C° mellett előlt agarkultúrát használnak. A védőoltások kedvező eredményét már a világháború előtt is hadrakelt csapatokban észlelték, de nagyobb kiterjedésben az ojtásokat a nagy világháborúban alkalmazták. Bőséges tapasztalat áll tehát rendelkezésünkre, hogy azok alapján a védőoltás hatékonyságát elismerjük. Tetemesen csökkent a beojtottak között a morbiditás, sőt a mortalitás is. A háború alatt magam is meggyőződtem arról, hogy a tífuszfertőzés veszedelmének kitett egyének a védőoltással valóban megbízható védelmet szerezhetnek. A székesfőváros Szent László-kórházába a háború második esztendejében tömérdek fertőző beteg katona került be, nevezetesen sok tífuszos katona. Akkoriban nem nagyon válogathattunk ápolónókban, különösen fertőzőbeteg-osztályokon és kénytelenek voltunk minden előképzettség és gyakorlat híján álló nőket, facér cselédeket, akik hajlandók voltak fertőzőbeteg katonák gondozását elvállalni, ápolónóknak alkalmazni. Ezeket hiába figyelmeztettük szóval és a kórtermekben kifüggesztett táblákon arra, hogy miképpen védekezzenek a fertőzés ellen, hogy étkezés előtt gondosan tisztogassák meg a kezüket, szót nem fogadtak és bizony tömegesen betegedtek meg közülök tífuszban. Amikor aztán az ápolónók védőoltását elrendeltem, szinte egy csapásra megszűnt közöttük a tífuszban való megbetegedés.

A háborús tapasztalatok alapján nagyon ajánlatosnak kell tartanunk a védőoltások elrendelését ott, ahol a tífusz járványossá válása fenyeget.

Természetesen nem lehet szó olyan mértékű védőoltásról, mint aminőt ma már törvényes rendelkezések alapján csaknem minden kultúráltamban a himlő ellen alkalmaznak, mert hiszen a tífusz ellen való védőoltás $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$

esztendőnél hosszabb időre terjedő immunitást nem ad a szervezetnek és mert a tífusz ellen alkalmazott védőoltás meglehetősen megzavarja a beoltott embernek közérzetét, sőt az ojtási reakció kivételesen olyan erős is lehet, hogy hosszabban tartó lázas tifózus megbetegedés jár vele.

A védőoltások mellett változatlanul érvényességben maradnak mindazok az óvóeljárások, amelyek a tífusz ellen való védekezésben beváltak, s amelyek között legnagyobb jelentőségű a lakosság oktatása, egészségügyi nevelése, és tífusz veszedelem idején külön tanítása arra, hogy megértse a hatóság védelmi intézkedéseinek szükséges voltát és átérezze a jelentőségét annak, hogy e munkájában a hatóságot mindenki támogatni köteles.

Tételelem 10-ik pontja egy mondatban:

Védőoltások alkalmazása fertőzött helyeken.

B) Vérhas.

1. Ámbár aetiologiai nézőpontból nagy jelentősége van annak, hogy a dysenteria különböző okozói ma már ismeretesek (bacilláris dysenteria, amoeba dysenteria) közegészségügyi, nevezetesen védelmi vonatkozásban a kórkép ilyen módon való identifikálása jelentőségében veszt azzal, hogy az ürülekéből nehezen izolálhatók a dysenteria bacillusai.

2. Diagnózis megállapítása főképpen klinikai szimptómák alapján, mert az ürülekben vérhasos esetek alig 20%-ában mutatható ki a dysenteria bacillusa. Ezért bakteriológiai negatív lelet nem szól dysenteria ellen.

3. Zárt intézetekben, főként kórházakban gyakran válik endemikussá, de családokban is házi járvánnyá. Legveszedelmesebb terjesztői a betegségnek a legyek, de tisztátalanság mellett emberről-emberre egyenesen is átragad. Víz és élelmiszerek kevésbé szerepelnek a betegség terjedésében.

4. A klinikai szimptómák lezajlása után a beteg gyakran válik bacillus-gazdává és dysenteriás beteg környezetében is akadnak egyébként egészséges bacillusgazdák. Ezért, ha ürülekvizsgálat negatív leletet adna is, újabb kontrollvizsgálat ajánlatos.

5. Prophylaxisban nagy jelentőségű az ürülékkel való elbánás. A betegség azért is okoz sokszor házi járványokat, mert a gyakori székelésinger miatt a betegség kezdetén minduntalan az árnyékszékre szaladgáló beteg keze tisztátalanságával sok mindent beszennyez. Általában legjobb fegyverünk a dysenteria terjedése ellen a tisztaság.

6. Profilaktikus védőoltás nagyobb járvány idején «Dysbakta Boehnke» (toxin-antitoxinkeverék dysent. bacillusok mellett) ojtóanyaggal ajánlatos.

7. A gyógyítás polyvalens antidysenteriás szérummal kitűnő és gyors eredménnyel jár, de csak egészen friss esetekben, lehetőleg azonnal alkalmazandó az első tipikus ürülekénél; 3—4 napnál már régebben fennálló betegség esetén a szérumtól eredmény alig várható.

*

*

*

Ámbár vérhasjárványok már az ókorban is voltak, a dysenteriát mint különálló, a mai értelmezésben vett specifikus fertőző betegséget csak a

XIX-ik század óta ismerjük, mert azelőtt az etiológiára való tekintet nélkül mindenféle hasmenést dysenteria elnevezéssel illettek; sőt a XIX-ik században is csupán annyiban korlátozódott a dysenteria elnevezés, hogy azt csak olyan hasmenéses megbetegedésekre alkalmazták, amelyek a vastagbél nyálkahártyájának différiás, fekélyes gyulladásából állottak elő. Kiderült azonban csakhamar, hogy a pathológiai elváltozások sem jelölték meg minden esetben a voltaképeni dysenteriát, mert pl. minden különleges infekció nélkül is voltak a vastagbél nyálkahártyájában fekélyes elváltozások pl. higanymérgezésnél, uraemiánál, másrésztől viszont voltak olyan valóban infekciózus eredetű dysenteria esetek, amelyek nem jártak együtt a vastagbél nyálkahártyájának ilyen fekélyes gyulladásával.

Lösch volt az első (1875-ben), aki Petersburgban a vérhasban elhaltak bélfekélyeiben amoebákat talált, csakhogy ezeknek etiológikus összefüggését magával a betegséggel bizonyítani nem tudta. *Koch* és *Garhdis* Egyiptomban járványosan elterjedt dysenteriában elhaltak bélfalazatában, valamint a betegek nyálkás bélürülékeiben amoebákat találtak, amelyeknek pathogen voltát állatkísérletekkel is megerősítették. Az ő megállapításaikat mások is megerősítették. (*Osler, Quincke, Boos.*) Minthogy azonban ezeket az amoebákat többnyire csak dysenteria endemiákban találták meg, míg epidémiákban nem és minthogy az endemikus dysenteria az epidemikustól kórbonctani eltéréseket is mutatott, föl kellett tételni, hogy az egymástól eltérő alakokat más-más betegséget okozók idézik elő. 1898-ban a japán *Shiga* vetett végre világosságot a kérdésbe. Ő u. i. egyetlen esetben sem talált amoebát, ellenben a véres-nyálkás ürülékből izolálni tudott egy bacillust, amelyet a dysenteriás betegek vére még erős hígításban is agglutinált. Ezt a bacillust tekintette *Shiga* az epidemikus dysenteria okozójának. Két évvel utóbb *Kruse* a rajnai-westfáliai dysenteria járványban, majd *Flexner* a philippini szigeteken talált a *Shiga*—*Kruse* bacillusoktól csak kis mértékben eltérő bacillusokat. Végül *Hiss* és *Bussel* Amerikában találtak morfológiailag az előbbiekkal megegyező de biológiailag más tulajdonságú bacillusokat.

E kutatások alapján ma a dysenteriának két különböző alakját ismerjük: az egyik az *epidemikus dysenteria*, amelyet bacillus idéz elő, a másik az *endemikus dysenteria*, amelyet amoebák idéznek elő. Ez utóbbi főképen trópusokban otthonos, de a mi klímánkon is észlelhető.

E megállapítások adják tételtem első pontját, amelyet a következőkben fejeztem ki:

Ámbár etiológiai nézőpontból nagy jelentősége van annak, hogy a dysenteria különböző okozói ma már ismeretesek (bacilláris dysenteria, amoeba dysenteria), közegészségügyi, nevezetesen védelmi vonatkozásban a kórkép ilyen módon való identifikálása jelentőségében veszít azzal, hogy az ürülékből nehezen izolálhatók a dysenteria bacillusai.

A dysenteria etiológiájában tett kétségtelenül jelentős haladás ellenére úgy áll a helyzet, hogy diagnosztikai, de meg közegészségügyi nézőpontból is a klinikai szimptomák az iránytadók, amelyek mellett természetesen nyomatékosan mérlegbe esik a pozitív bakteriológiai avagy szerológiai lelet.

A dysenteriás székletek pozitív bakteriológiai lelete alig 10 % és a legoptimisztikusabb számítás szerint is a 20 %-ot meg nem haladja; még korai esetek friss dejectumában is igen ritka a pozitív bakteriológiai lelet. Hullából a legtöbb szerző pozitív leletet egyáltalán nem nyer.

Hogy e mellett a pseudodysenteria baktériumait szerológiai sajátságok szerint a kutatók külön törzsekbe, 6—8 törzsbe osztják, annak tisztán bakteriológiai jelentősége van. Fontosabbnak látszik az, hogy klinikailag dysenteriás megbetegedést nem csupán az ismertetett bacillustípusok okozhatnak, hanem pl. a cholera vibrio és a paratyphus *B* bacillus is.

A serológiai diagnózis sem értékesíthető olyan mértékben, mint a typhus abdominalisban, mert dysenteriában elég gyakran teljesen hiányzik az agglutinatio, ami részben abból is magyarázható, hogy a dysenteria etiológiailag nem egységes megbetegedés. Ha jelentkezik is pozitív agglutinatio, az rendszerint későn, 14—16 nap múlva jelentkezik, úgy hogy gyakorlati érteke ezért nem nagy. Aztán meg a dysenteria baktériumait agglutinálhatja kolerasak, tífuszosak széruma, sőt tífusszal védőoltottak széruma is, azonfelül bacillus typhi, paratyphus B és bact. enteritidis Gärtneri együtt agglutinatit mutathatnak, pl. Flexner dysenteriás esettel.

így hát tételtem 2-ik pontját úgy formulázom, hogy: *Diagnózis megállapítása főképen klinikai szimptomák alapján, mert az ürülékben vérhasos esetek alig 20 %-ában mutatható ki a dysenteria bacillus. Ezért bakteriológiai negatív lelet nem szól dysenteria ellen.*

A dysenteria mint olyan fertőzőbetegség, amely emberről-emberre terjed, főképen endemiákat, zárt intézeti és házi járványokat okoz, de előfordulnak kiterjedt epidémiák is, amikor a kontágiumos fertőzésen kívül klimatikus behatások, rossz hygiénikus viszonyok is szerepet játszanak.

Annak ellenére, hogy a dysenteria bacillusait a betegek ürülékéből csak ritkán sikerül kitenyészteni, kétségtelen, hogy az ürülék az, amely a betegség továbbterjedésében a legnagyobb szerepet játssza. A tenesmus, a gyakori székelési inger mellett még a legtisztább beteg is minduntalan beszenyezi fehérneműit, ágyneműit, testét, nevezetesen a kezét, amellyel tárgyakat érint, ajtókilincset megfog, az árnyékszék farészeivel, a vízöblítő lánchuzófogantyújával érintkezésbe jön s így az árnyékszék mások is használók kezükkel kontakt-fertőzést szenvednek. Ezért gyakori a házi endemia. De meg nyaranta és ősszel veszedelmes terjesztői a dysenteriának a legyek, amelyek tömegesen lakmároznak a dysenteriás beteg körül mindenben, ami ürülékkel szennyezve van, de főképen ellepik az ürülékedényt. E szennyezett tárgyról szerte-ézállanak élelmiszerekre, különösen gyümölcsre, cukros eledelekre, süteményre, kenyérre, s így az ember valósággal megeszi a dysenteria bacillusait. De természetesen — aminthogy az pl. a koleránál tudományos kísérletekkel és bőséges empirikus adatokkal bebizonyosodott — magának a dysenteria bacillusának a szervezetbe való bejutása nem elégséges a betegség kifejlődésére, ahhoz bizonyos praedispozíció is szükséges, amit az emésztőszervek bármilyen eredésű zavara támaszt; így romlott élelmiszer elfogyasztása, mérték nélkül való evés, ivás stb. Ezért a dysenteria főképen oly időszakban szokott jár-

ványossá válni, amely az élelmiszerek megromlásának kedvez: nyáron és ősszel. Melegben könnyen megromlik a húsnemű eledel, a tej, a gyümölcs, aminek következtében gyakori a gyomor- és bélhurut, sőt bizonyos esetekben az állott víz is gyomorrontást okoz.

Tételelem 3-ik pontja ezek szerint így hangzik: *A dysenteria zárt intézetekben, főként kórházakban gyakran válik endemikussá. de családokban is házi járvánnyá. Legveszedelmesebb terjesztői a betegségnek a legyek, de tisztatlanság melleit emberről emberre egyenesen is átragad. Víz és élelmiszerek kevésbé szerepelnek a betegség terjedésében.*

Aminthogy diftéria, tífusz, kolera eseteiben azok előidézőinek, a bacillusoknak kimutatásával meglehet állapítani azt, hogy a betegség lefolyása, gyógyulása után rövidebb-hosszabb ideig még távoznak a szervezetükből a betegség csirái, úgy dysenteriából gyógyultaknál is megállapították, hogy azok még jóidéig ürítenek ki testükből bacillusokat, ezek az ú. n. tartósan bacillus ürítők, de azt is megállapították, hogy vannak olyan dysenteria bacillusgazdák is, akik noha maguk betegek nem voltak, de ürülékükkel dysenteria-bacillusokat továbbítanak. Ezeknek a bacillusgazdáknak a szerepe zárt intézetekben, otthonokban, csapattesteknél éppen olyan komolyan veendő, mint a diftéria- avagy tífusz-bacillusgazdák jelentősége. Minthogy azonban még klinikai szimptomák alapján kétségtelenül dysenterianak minősített esetekben is az ürülékvizsgálat nagyon sokszor ad negatív leletet, a dysenteria bacillusgazdák föl kutatása ritkán sikerül.

A most elmondottakból megállapításomat röviden a következőkben foglalom össze:

4. *A klinikai szimptomák lezajlása után a beteg gyakran válik bacillusgazdává és dysenteriás beteg környezetében is akadnak egyébként egészséges bacillusgazdák. Ezért, ha az ürülékvizsgálat negatív leletet adna is, újabb kontrolvizsgálat ajánlatos.*

Minthogy a dysenteria időnként igen magas halálozási arányszámmal jár és különösen gyermekek és öregek között nagyon pusztít, de egyébként jó lefolyású eseteiben is igen fájdalmas betegség, amely a benne szenvedőt hosszú időre megviseli, elerőtleníti, érthető, hogy ellenében erélyes profilaktikus intézkedések szükségesek. A profilaxis egyrészről abban áll, amit általánosságban minden ragadós fertőzőmegbetegedés esetében alkalmazunk, t. i. a betegnek az egészségesektől való izolálásában, a beteg ürülékének, szennyes ruhaneműinek fertőtlenítésében s a beteg körül követendő legnagyobb tisztaságban, másrészről azonban a betegség természetéből folyó különleges óvóeljárásokból. Itt különösen kiemelem a legyek ellen való küzdelem nagy fontosságát. Pusztítani kell a legyeket általában, de különösen a dysenteriás beteg körül. A legyek elszaporodása ellen a lakás gondos tisztántartása adja, a legjobb védelmet. A lakás falait, különösen faluhelyen, gyakran meszeljék ki, padlóját súrolják fel, tartsanak mindent tisztán. Ne maradjon a lakásban semmi olyan, ami rothad, ami bomlik, a növényi és állati ételhulladékokat és minden egyéb szemetet el kell távolítani a lakásból, sőt annak közelségéből. Jól befödhető személtárában gyűjtsék a szemetet, faluhelyen pedig ne dobják

ki a ház udvarára, hanem a lakástól távol eső fedéllel jól betakarható szemétdörbe tegyék. A tiszta lakásban nem szaporodnak el a legyek, amelyek ellen egyébként légyölő szerekkel is küzdeni kell.

Mínt hogy az emésztőszervek megbetegedése növeli a diszpozíciót arra, hogy dysenteriába essünk, vigyázzunk gyomrunk épségére. Éretlen vagy romlott gyümölcsöt ne együnk, gyomrunkat sok evéssel meg ne terheljük és különös gondunk legyen arra, hogy a melegtől könnyen megromolható eledelket hűvös helyen, hideg pincében, jégszekrényben, jégen tartsuk. Különösen vonatkozik ez a húseledelre. Nem lehet eléggé elítélni azt a kormány hatósági rendeletet, amely nálunk megtiltja a húsnak vasárnapi eladását. Ez a tilalom télen a közegészségügy legkisebb kára nélkül fennállhat, ám a nyári hónapokban egyenesen merénylet az ember egészsége ellen. A vasárnapi munkaszünet a kultúrállamokban a szociális gondolkodás eredménye. Széles néprétegek érdekét szolgálja az, és mint ilyent, ha egyesek kényelmét zavarja is az, hogy vasárnapokon nem vásárolhat, nem mehet a fodrászhoz, nem szépítheti magát, csak helyeselni lehet. Ámde amikor azt látjuk, hogy a vasárnapi munkaszünet általánosításával ugyancsak széles néprétegek egészségét veszedelem fenyegeti, mert a nyáron könnyen romló húseledelt nem szabad vasárnapon elárusítani és a nagyközönség, amelynek még szegényebb rétege is legalább vasárnapon húst szokott enni, már szombaton kénytelen megvenni a húsfélét, ami hideg pince vagy jégszekrény hijján, megromlik s abban a szerves bomlás rothadási baktériumainak tömege mellett fertőző-bacillusok is elszaporodnak, s amikor azt látjuk, hogy nyaranta sokan húsmérgezés neve alatt ismert szimptomák között lázzal, hasmenéssel, hányással járó heves megbetegedésbe esnek, sőt elég gyakran vérhashoz, tífuszhoz hasonló hosszabb ideig tartó betegségbe esnek, akkor igazán alkalmasnak találom ezt a hozzáértőkből álló nagytekintélyű értekezletet arra, hogy követelje a vasárnapi munkaszünet felfüggesztését a hús elárusításra vonatkozóan olyan formában, hogy húst a mészárosoknak és henteseknek a nyári hónapokban vasárnap reggel 9 óráig vagy 10-ig ne csak szabad legyen elárusítaniuk, de kötelesek legyenek üzleteiket a jelzett ideig nyitva tartani. A vasárnapi húsárusítás rendezése komoly egészségügyi kérdés. A felelősség minden emberéletért, minden olyan betegségért, ami romlott hústól támadt, mindazokra nehezedik, akiknek valamelyes közülük is van a kérdéshez. Ez a közegészségi és társadalompolitikai értekezlet hivatva van arra, hogy közegészségügyünk hiányait és hibáit feltárja s azok javítására tekintélye súlyával közreműködjék.

A prophylaxisra vonatkozó 5-ik pontot ezek alapján így terjesztem elő: *Prophylaxisban nagyjelentőségű az ürülékkel való elbánás. A betegség azért is okoz sokszor házi járványokat, mert a gyakori székelésinger miatt a betegség kezdetén minduntalan az árnyékszékre szaladgáló beteg keze tisztátalanságával sok mindent beszennyez. Általában legjobb fegyverünk a dysenteria terjedése ellen a tisztaság. A vasárnapi munkaszünetnek a húsneműek elárusítására is vonatkozó rendelete növeli a megromlott hústól támadó megbetegedéseket, miért is a rendeletnek a húselárusításra vonatkozó része hatályonkívül helyezendő, illetőleg módosítandó.*

A dysenteria ellen való védekezésben prophylaktikus védőoltásokat is alkalmaznak. *Shiga* alkalmazta először a védőoltásokat és utána többen megkísérelték, de nem terjedtek el, mert védőhatásuk csak hetekig tart és az oltás fájdalommal jár. Többen megállapították, hogy a beoltottak, ha meg is kapták a dysenteriat, enyhébben betegedtek meg s a védőoltások a dysenteria mortalitását tetemesen leszállították, a morbiditásra azonban nem volt jelentékeny hatásuk.

A világháború kezdetén a dysenteria erősen megtámadta a hadbavonultakat és számos áldozatot követelt, de mert a védőoltások részben fájdalmasak voltak, részben pedig általános rosszulléttel jártak, azok kiterjedtebb alkalmazásától kénytelenek voltak elállni. Majd a háború további folyamán sikerült *Boehncke*-nek toxin-, antitoxin- és dysenteria-bacillus keverékével az általa dysbakta névvel elnevezett oltóanyagot előállítani, amelynek alkalmazása sem lokális, sem általános kellemetlen reakcióval nem járt és hatékonyságáról, specifikus antitestek kimutatásával, valamint a prophylaktikus eredményekkel is meglehetősen győződni.

Tételelem 6-ik pontja: *prophylaktikus védőoltás nagyobb járvány idején «Disbakta Boehncke» (toxin-, antitoxin-keverék dysenteria-bacillusk mellett) oltóanyaggal ajánlatos.*

Hozzászólások:

1. Dr. Juba Adolf, egyetemi magántanár: Különösen hangsúlyozza a hastífusz gyakoriságát a falvakban és kisvárosokban, nemkülönben a nyaralóhelyeken. Ennek okát elsősorban a lakásviszonyokban látja; sokhelyütt egyáltalában nincsen árnyékszék vagy igen primitív, úgyhogy a legyek ellephetik a szenny anyagot, az eső könnyen forgalomba hozza. Továbbá felette veszélyesek a nyitott kutak, amelyekbe könnyen kerülnek a fertőző csírák és különösen kocsmákba, vásártereken, utakon, vasúti állomásokon stb., ahol sok ember megfordul, nem volna szabad nyitott kutakat tűrni. Végül a legyek ellen kell erélyes küzdelmet folytatni, amelyek elszaporodásának köszönhető a tífusz-görbének nyári emelkedése.

2. Dr. Kaiser Károly, egyetemi magántanár: A Pettenkoffer-féle lokalisztikus tannak előbb-utóbb meg kellett dőlnie. Helyette az újabb megfigyelések mindinkább azt a felfogást tolták előtérbe, hogy egyedül a tífusszal fertőzött ember, illetőleg ennek a kórokozót tartalmazó váladékai képezik a hasi hagymáz tulajdonképpeni fertőzés forrását. De megváltozott a typhus abdominalis pathológiája is, amennyiben a XX. évszázad kezdetéig olyan fertőzőbetegségnek tartották, mely lényegében a bélben és a hozzátartozó nyirokapparátusban játszódik le. A szervezet többi részének a betegség körébe való bevonását sokáig a tífusz-bacillusok hypothetikus toxinjai rovására írták, vagy pedig más mikroorganizmusokkal történt vegyes fertőzésből magyarázták.

Ezen felfogáson nem változtatott a tífusz-bacillusainak a roseolákban, az áramló vérben, a vizeletben s az epében való kimutatása sem. Bár ezen leletek alapján, a bakteriológusok részéről kimondatott az a nézet, hogy a

hastífusz a septikamiás betegségek közé tartozik; a klinikusok azonban a legutóbbi időkig nem fogadták el ezt a felfogást.

A tífuszfertőzésnél bakteriámiával van dolgunk, mely minden valószínűség szerint legtöbbször a tápcsatornában veszi kezdetét, hol a solitár és *Peyer-féle* mirigyekben telepsznek meg, honnan a nyirokedények útján a vérpályába jutnak, ahol azonban nem szaporodnak. A másodlagos szaporodás a bacillus-depókban a mesenteriális mirigyekben, a lépben, az epehólyagban, a csontvelőben megy végbe. Az epehólyagból ismét a bélbe kerülnek a bacilluskok, innen pedig újból a vérbe; tehát a bélfertőzés és vérfertőzés circulus vitiosus képez.

Mivel a typhus-fertőzés bakteriámiá, nem csodálkozhatunk azon, hogy a legkülönbözőbb se- és excretum tartalmazhat kórokozókat.

A vér vizsgálata epidemiológiai szempontból annyiban fontos, hogy egyrészt ennek alapján aránylag korán, gyakran a pozitív Widal-féle reakció megjelenése előtt megtudjuk állapítani a diagnózist, másrészt egy módszer sem nyújt annyi biztosságot, mint éppen a beteg ember vérének vizsgálata. A tapasztalatok azt igazolják, hogy a keringő vérből leggyakrabban a betegség első hetében izolálhatók a tífusz-bacilluskok. A tífusz lefolyásának súlyossága és a bakteriámiá között határozott párhuzamosság van még, pedig minél súlyosabb az eset; annál hosszabb időn át mutathatók ki a tífusz-bacilluskok a vérből.

A szervezet legkülönbözőbb helyén lokalizálódott metastazisokban — a roseolától a meningeális gennygyülemig — megtalálhatók a tífusz-bacilluskok.

A hasi hagymáznál a vérben keringő tífusz-bacilluskok a májon át az epehólyagba jutnak, melynek nyálkahártyáján beszűrődést, nem ritkán súlyos kórbonctani elváltozásokat okoznak. A tífusz-bacilluskok az epehólyagban — hol néha nagyon hosszú ideig elmaradnak — elszaporodhatnak, honnan a bélbe jutnak s ezzel a bélnek s innen pedig a szervezetnek újból való fertőzését okozhatják. Ez a megfigyelés epidemiológiai szempontból is nagyjelentőségű, mivel a tífusz-bacilluskok az epehólyagból állandóan vagy periódusokban jutnak a bélbe, honnan a külvilágba kerülnek.

A tífusz-bacilluskok okozta metastazisnak egyik legfontosabbika az, mely a vesében lokalizálódik, mivel a veselymphomákból legalább is fejlődésüknek bizonyos stádiumában tífusz-bacilluskok juthatnak a vizeletbe is, van ok annak felvételére, hogy ez a rendes s talán az egyetlen út a tífusz-bacilluskoknak a veseedényeiből a vizeletbe való jutására.

A baktériumvizelés epidemiológiai szempontból több ok miatt fontos. Mindenekelőtt azért, mivel a kiürített baktériumok száma néha enormis, egy köbcentiméter vizeletben 60—170 millióig terjedhet számuk. Másodszer azért, mivel a kiürítés hosszú ideig — hetektől évekig — tarthat. Továbbá, mivel legtöbbször minden komolyabb tünet hiányzik mellőle, aránylag ritkán vétetik észre. Végül, mert a bacillusvizelő kétségenkívül sokkal veszedelmesebb, mint a baktériumürítő, még pedig azért, mert a vizeletet alkalomadtán mindenhova ürítik; a vizelettel való szennyeződés nem könnyen ismerhető fel; a vizeletürítés sokkal gyakrabban történik, mint a defekáció.

A helybeli gyógyulás — úgy az epehólyágban, mint a húgyszervekben — nem mindig tart lépést a klinikai gyógyítással. Abban az időben, amelyben a beteg objektív somatikus lelet és subjectív érzése alapján gyógyultnak tartható, az epe- és húgyutak beteges állapota még mindig fenállhat. A bakteriológiai vizsgálat a klinikai gyógyulás után hónapok, sőt évek múlva is typhus bacillusokat derít ki az ürülékben; a volt beteg egészséges bacillusürítővé lett.

A bacillusürítők (vándorló tífusz-kultúrák) mint ilyenek, igen gyakran nem ismertetnek fel, azért a hastífusz terjesztése szempontjából kétségtelenül veszélyesebbek, mint maguk a tífusz-betegek.

3. Dr. Vas Bernát, egyetemi tanár: A tífusz elleni védekezés sikerének egyik alaptétele a betegek, illetve a bacillusgázdák korai felismerése.

Minél koraibb stádiumban történik a diagnózis, annál kevesebb infekció indulhat ki a betegtől, aki a modern felfogás szerint tulajdonképp maga képezi a legfontosabb fertőzési forrást. Az úgynevezett korai infekciók, melyek már a betegség legelején keletkeznek és melyek száma *Fomet* és *Klinger* szerint a kontakt infekciók 12—23 %-át képezik, a gyors felismerés és az ezzel kapcsolatos intézkedések által kerülhetők el.

Budapesten különböző intézetekben és laboratóriumokban bőven nyílik alkalom a bakteriológiai vizsgálatokra és erre a célra a fővárosi tanács által díjtalanul rendelkezésre bocsátott és a gyógy tárakban beszerezhető tartályok a vér és ürülék vételére is igen jó szolgáltatásokat tesznek; ezért a vidéken is kellene ilyenekről minél több helyen gondoskodni.

1923 és 1924—ben a székesfővárosi intézetekben tífusz gyanúja miatt 3392 beteget és 1560 egészségest a betegek környezetében vizsgáltunk meg, összesen 11,533 egyes vizsgálattal.

A vizsgálatok a következőképpen oszlottak meg:

Járványkórházból	2670 eset, ebből pozitív volt	1213 (45.4 %)
Más kórházakból	287 « « « «	85 (29.6 %)
Külső	435 « « « «	94 (21.6 %)

Vagyis az intézetben két év alatt összesen 1407 tífusz került felismerésre, ezek közül 1923-ban 671 eset fordult elő, 1924-ben 736; ezzel szemben a bejelentett esetek száma volt Budapesten 1923-ban 797, 1924-ben 907, összesen 1704. A tífusz-betegek egészséges környezetében 15 bacillusgazda lett megállapítva.

Adatainkból feleletet nyerhetünk arra nézve is, hogy az esetek vizsgálata a betegség milyen stádiumában történt. Vannak ugyanis vizsgálati eljárások, mint a haemo-kultúra, mely főképp a betegség elején ad pozitív eredményeket, később már kevésbé, a betegség vége felé pedig egyáltalában nem sikerül, ezzel szemben az agglutináció alig mutatkozik a második hét eleje előtt, hasonlóképp a bélsár vizsgálata. Feljegyzéseink szerint tífusz eseteink közül a haemo-kultúra 9.96%-ban pozitív volt negatív Widal mellett; 3436%-ban volt pozitív a haemo-kultúra és a Widal együttesen, végül pedig negatív haemo-kultúra mellett a Widal volt pozitív 55.68 %-ban, amiből az következik, hogy korai diagnózis az eseteknek csak körülbelül 10 %-ában történt, míg az első hét végén s a második hét elején körülbelül az eseteknek $\frac{1}{3}$ -a került

felismerésre, az esetek zömében azonban a diagnózis körülbelül csak a második héten túl volt megállapítható. Vagyis Budapesten a tífuszbetegek általában véve későn kerülnek orvosi kezelésbe, illetve felismerésre és így a diagnózis megtételéig kedvezőtlen lakásviszonyaink által elősegítve, bőven nyílik alkalom kontakt infekciókra, melyeket csak tökéletes egészségügyi berendezéseink, főképp vízvezetékünk és kanalizációnk képesek némileg ellensúlyozni.

Ezen a bajon csak a nagyközönség felvilágosítása és kioktatása, valamint már a gyanús lázas esetek bejelentése és bakteriológiai vizsgálat által lehetne segíteni.

A bacillusgazdák fontos szerepét a tífusz közvetítésében nálunk még nem méltányolják eléggé, pedig kétségtelen, hogy a budapesti tífusz-esetek jelentékeny részét ilyen okokra lehet visszavezetni. Általában 4—5 %-ra becsülik azok számát, kik a betegség lezajlása után bacillusgazdákká lesznek, de a számuk jelentékenyebben nagyobb, ha tekintetbe vesszük, hogy felismerésük meglehetősen körülményes és nehéz, különösen ha elmulasztjuk azt az időt, mely kifürkészésükre aránylag még a legkedvezőbb, t. i. a reconvalescentiát. A főváros tanácsának egyik rendelete értelmében csak a láztalanodásban végzett két negatív bakteriológiai bélsárvizsgálata alapján tekinthetjük a tífuszbetegget nemcsak klinikai, hanem bakteriológiai szempontból is meggyógyultnak.

A fővárosi bakteriológiai intézetben 1923- és 1924-ben összesen 232 esetben, vagyis 16·4 %-ban sikerült a reconvalescentiában a bélsárban tífusz-bacillust kimutatni, ezen kontroll nélkül pedig ily nagyszabású fertőzési forrás került volna forgalomba.

A legtöbb esetben (182) volt kimutatható a tífusz-bacillus a korai reconvalescentiában, de tekintélyes számban találtuk azt a reconvalescentia későbbi szakában is. Így 73 esetben volt pozitív a második bélsárvizsgálat. 31 esetben a harmadik és 11 esetben a negyedik vizsgálatnál.

Az 1923. és 1924. évben 300 tífusz-esettel több volt bejelentve, mint bakteriológice megvizsgálva, ez a különbség valószínűleg összetevődik a két év alatt halálosan végződött 330 esetnek egy részéből, továbbá olyanokból, akik a kötelező bakteriológiai kontroll alól kivonták magukat.

Újabb észlelések szerint igen gyakran a reconvalescentia első idejében, amikor a hatóságilag elrendelt kontroll-vizsgálatok előírás szerint végeztetnek, a bélsár még tífusz bacillus mentesnek bizonyul és a bacillusok kiürítése csak később indul meg. Ezért a jövőben, úgymint azt külföldön Schumcher, Mayer és mások is kívánják, nálunk is a láztalanodástól számított 6—8 hétben kellene minden gyógyult tífusz betegnél egy újabb bakteriológiai bélsár-és vizeletvizsgálatot végeztetni, melyből természetesen a közönségre semmi anyagi megterhelés nem származhatna.

Nagyon fontos volna továbbá, hogy a kórházból elbocsátott bacillusgazdák, kiket egyrészt helyszűke miatt bizonyos időn túl a kórházban visszatartani nem lehet és üdülőházak hiánya miatt ilyenekben nem is lehet elhelyezni, továbbra is az illetékes tisztiorvosok részéről ellenőrzés alatt maradjanak és ürülekeik havonként bakteriológiaiailag megvizsgáltassanak.

A bacillusgazdák kérdésével szorosan összefügg a kártalanításuk problémája is, ha bajukból kifolyólag keresetüket elvesztették. Sajnos, a mostani gazdasági viszonyok mellett ennek sikeres megoldása alig várható, de azért a kérdést, mely külföldön már több helyen sikeresen lett elintézve, állandóan napirenden kellene tartani.

A tífuszbacillusgazdák elleni védekezésnél sem gyógyításuk, sem internálásuk nem jöhet szóba. Biztos gyógyszerrel ugyanis, kivéve talán az epehólyag kiirtását, mely azonban súlyos beavatkozás, nem rendelkezünk, az internálásról pedig, mely hónapokig, sőt évekig is tarthat, a nagy költségeken kívül azért is kell lemondanunk, mert a személyes szabadságuktól ily hosszú időre nem foszthatjuk meg őket. Szerencsére azonban úgyszólván érhetünk el eredményeket, ha a bacillusgazdákat bajuk természetéről felvilágosítjuk, nyilvántartjuk, állandóan ellenőrizzük és őket az elemi egészségügyi szabályokra, főképp a gyakori kézmosásra kioktatjuk. Üdvös volna, ha utóbbira már az elemi iskolákban szoktatnánk a gyermekeket. Határozottan mondható, hogy ezekkel az egyszerű eljárásokkal, tapasztalataink szerint főképp jó ivóvízzel és kiterjedt kanalizációval bíró városokban, a védekezés elég kielégítő lehet. De vannak foglalkozási ágak, így az élelmiszerüzletekben, vízműveknél, tejgazdaságokban, nagyobb konyhákban, valamint betegápolással foglalkozóknál, ahol ily rendszabályok már nem elégíthetnek ki. Ezért ezek alkalmaztatását mindenkor a vizelet és bélsár bakteriológiai vizsgálatától kellene függővé tenni és azt az ellenőrzést időnként megismételni. A jelenlegi rendszer mellett, ha ily foglalkozásúak bacillusgazdákká lesznek, egyszerűen nem árulják el bajukat és így könnyen ismét ugyanabban a foglalkozásban nyerhetnek alkalmazást, melyben embertársaikra nézve állandó veszedelmet jelentenek, amint erre legújabbán nálunk egy ápolónő esete is nyújtott tanúságos példát, aki szolgálatából kifolyólag 8 év alatt több mint 23 megbetegedésnek volt okozója, ezek közül 12 megbetegedésnek abban az időben, midőn már mint bacillusgazda fel volt ugyan ismerve, de szerepe a fertőzés terjesztésében eléggé nem lett méltányolva.

4. Dr. T ü d ő s K á l m á n (Debrecen): Az előadó szerint a védekezés lényege: a tífuszbacillusok tovább terjedésének megakadályozására irányuló törekvés. Ezzel szemben talán helyesebb volna ezt mondani: a tífuszbacillusok kiirtása. Tudjuk, hogy úgy klinikai, mint szerológiai vizsgálatokkal a tífusz biztos kórisméjét csakis a betegség második hetében lehet felállítani. Még legkorábbi eredményt nyújt a vér bakteriológiai vizsgálata, ha pozitív. De ez is csak a betegség első hetének végén, legjobb esetben a közepén. Tehát igazi korai kórisme úgyszólván lehetetlen. Pedig a betegek már az incubatio alatt is fertőzhetnek. Vannak egészen könnyű esetek, melyekkel a beteg orvoshoz nem is fordul. Ezek is fertőzők. Baktérium üritők kutatása és ellenőrzése csak ott bírhat gyakorlati értékkel, ahol egy körülírt helyről, például magánosan álló házról, internátusról, laktanyáról, háborúban egy csapattestről, vagy esetleg olyan kisebb községről van szó, ahol több év óta tífusz esetek egyáltalában nem fordultak elő. De már egy nagyobb városban, annak a forgalma mellett, elképzelhetetlen, hogy az ilyen eljárásnak legyen

valami lényeges haszna. Debrecenben 17 évre visszamenő adataim szerint következetesen és kivétel nélkül az év első felében csekély a tífusz-esetek száma, második felében pedig jelentékeny, átlag mintegy ötször annyi. Nem lehet elképzelni, hogy a bacillusürítők következetesen csak az évek második felében okozzanak sok fertőzést, az elsőben pedig keveset. Kétségtelen, hogy itt más tényezőknek is szerepük van. Szintén 17 évről szóló adataim szerint Debrecenben az úgynevezett kertészekben és telepeken aránytalanul több a tífusz-esetek száma, mint a belvárosban. Ezen területek századokon át közlegelő céljaira szolgáltak, ma pedig népességük sűrű. E két tényező folytán a talaj ürülékanyagokkal annyira telített, hogy bárhonnan vett talajvíz mintában Colibacillusok tömegesen vannak. Jó ivóvíz nincs, de nagy pocsolyák vannak. Csatornázás nem lévén, a szennyvíz el nem folyhat az utcák burkolatlanok s így járhatatlanok. Ezért szemét, hulladék, trágya eltávolítható nem lévén, ott marad és a talajba jut. Nincs idő itt az Ebért—Gaffky bacillusok mellett még kétségtelenül szereplő más tényezőkkel részletesen foglalkozni. Csak rá akartam mutatni, hogy ilyeneknek lenni kell.

5. Dr. Szabó Sándor, udv. tanácsos, egyet. m. tanár: Az előttem felszólalt t. tagtársak közül egyik sem említette fel azt, hogy nálunk a tífusz endemikus jellegének egyik nagy előidézője, illetőleg fenntartója az a körülmény, hogy a mi népünk még nem haladt annyira előre a kultúrában, hogy rendes árnyékszékai legyenek. Vannak falvak, sőt egész vidékek, ahol háromnégy, sőt hatszobás lakások is találhatóak (így a Bácskában), amelynek lakói árnyékszéknek az istállót használják fel, vagy pedig a szabadban ürítik ki a fécset, mindenütt, csak árnyékszékben nem. Természetes, ha ilyenek között bacillusgazda van, vagy ha ilyen helyen tífusz lép fel, akkor nagyon sokkal több eshetősége van annak, hogy a betegség tovaterjedjen és nem sok lehetőségük van a hatóságoknak arra, hogy a betegség széthurcolását megakadályozzák. Ez olyan hiba, amely ellen amíg intézkedés nem lesz, a tífusz terjesztésének egy hatalmas tényezője fennmarad és pusztít.

Ennek kapcsán méltóztassék megengedni, hogy a fertőző betegségek terjedésének okairól említhessek pár szót. A fertőzőbetegségek, amióta a bakteriológiai vizsgálatok és az intenzív fertőtlenítés új ösvényeket jelöltek meg a védekezés terén, megszűntek olyan veszedelmesek lenni, mint a régi időben. Sem a megbetegedések, sem a halálozások száma nem olyan, mint régebben volt, már pedig eltekintve ezeknek az intézkedéseknek egészségügyi szempontból való jelentőségétől, különös gondot kell rájuk fordítani, mert a külföld az ország hygiénikus haladottságát a születések és halálozások arányszámaiból, továbbá a fertőzőbetegségek számából szokta megítélni. Hiába mondom bármit a külföldinek, az, ha előkéri a statisztikát, objektíve megalkothatja a maga véleményét. Ezért nagy súlyt kell fordítani rá és fordít is rá a hatóság, hogy a fertőzőbetegségek elleni védekezés megfelelő legyen, s ez a kormányhatóságoknak egyik legnagyobb gondja.

A védekezésnek, szerény véleményem szerint, három főtényezője van: az első a népesség, a második a hatóság és a harmadik az orvosi kar felkészültsége.

Nálunk a népesség felkészültsége csaknem a semmivel egyenlő. Nálunk a népességnek egészségügyi érzéke nincs, egészségügyi tudása még kevesebb. Már most, ha valahol fertőzőbetegség lép fel, ennek megnyilatkoznak a konzekvenciái. Tudniillik a helyett, hogy a hatóságnak a szükséges, sokszor nagy áldozatba kerülő intézkedéseit megértenék, avagy segítségükre kívánának lenni, a hatóságot megfélemlíteni, sőt félrevezetni szokás. Pl. ha valahol fertőzőmegbetegedés van, már olyan eset is előfordult, hogy magát a fertőzőbeteget kilopták onnan más községbe. Az pedig a fővárosban is lépten-nyomon előfordul, hogy a beteg párnáit a fertőtlenítés előtt elveszik, ellopják és vele természetesen a fertőző kórok terjedésének lehetőségét nyújtják. Ha a hatóság nyomoz a betegségek terjedésének oka után, igyekeznek megfélemlíteni. Szóval a népnek nincs meg a felkészültsége a kooperációra. Ezen propagandával, felvilágosítással, a nép meggyőzésével és segítő kezének megszerzésével lehet csak segíteni.

A második fontos tényező a hatóságok felkészültsége. Nem papiroson, nem rendeletekben, hanem intézményekben, amelyek lehetnek esetleg ad hoc intézmények, hiszen nem lehet mindenütt bakteriológiai-intézeteket felállítani, vagy nagyszabású fertőtlenítőintézeteket berendezni. Kicsi országunkban, amelynek fővárosa topografice is közepén fekszik, szerény véleményem szerint, ad hoc intézkedésnek az felel meg a legjobban, hogyha a fővárosban mindig utazásrakészen állana egy megfelelő készlet. Vonatra szállásra készen állna a baktériológus, a fertőtlenítő, mellette a szükséges személyzet és ha kell, egy Döcker-barakk, mely a baj színhelyére érkezve, huszonnégy óra alatt üzembe volna helyezhető. Ez a különítmény ugyanakkor megkezdhetné a hatóságokkal vállvetve a meggátoló munkát és azt hiszem, hogy ezen a téren nagyon szép sikert lehetne elérni.

A harmadik és talán legfontosabb kelléke a védekezésnek az orvosok felkészültsége. Értem ezt elsősorban a gyakorlóorvosokra. Tanulják meg megismerni a fertőzőbetegségeket, és másodsor különösen a hatósági orvosokra gondolok, akiknek saját diagnózisuk alapján kell sokszor a közönség zaklatásával, anyagi érdekének rovására, sokszor egyesek személyes szabadságának érintésével is megtenniök a maguk intézkedéseit. Természetes, hogyha ez a diagnózis téves, a kár kiszámíthatatlan, mert megingatja a hatósági orvos iránti bizalmat, míg hogyha az intézkedés helyénvaló, alkalmas mód arra, hogy a fertőzőbetegség továbbterjedése meggátoltassék. Es itt térek vissza oda, ahonnan kiindultam, az endemikus fertőzéseket tudni kell az orvosnak elsősorban felismerni, mert ezen fordul meg a fertőzőbetegségek elleni védekezés. Ezért nem volna szabad orvosnak lenni, aki a fertőző betegségeket intenzíven nem tanulmányozta. Egyszer-kétszer látni ilyen eseteket, nem elég. Nem elég könyvből sem tanulni, ellenben konkrét eseteket kell megfigyelnie, minél többet.

Végezetül *Tüdős* kartárs nyilatkozata ütötte meg a fülemet. Szerinte nem fizeti ki magát a városokban bacillusgazdák után kutatni. Én ezt tévesnek tartom. Minden egyes esetben a vizsgálati módok valamennyi eszközét fel kell használni és ezek között vezető szerepe van a bacillusgazda

keresésének, mert csak így lehet reményünk arra, hogy a védekezés sikeres lesz.

6. Dr. B á n ó c z y Gyula, tisztifőorvos (Győr): A baktérium-vizsgálatot lehetővé kell tenni a gyakorlóorvosok és kivált a falusi orvosok számára. Lehetővé kell tenni, hogy a beteg költsége nélkül a kezelőorvosnak lehető csekély kellemetlenségével végezhető legyen a vizsgálat.

7. Dr. B á l i n t Rezső, egyetemi tanár: Az a pár szó, amit mondani óhajtok úgy a dysenteria, mint a tífusz elleni védekezésre, úgy az egyéni védekezésre a magánprakszisban, mint a kórházi védekezésre vonatkozik. Azok az óvatossági intézkedések, amelyeket a klinikán alkalmaz, négy pontból állanak.

Az első pont az, hogy a beteg ágya alá kerül egy fadézsza, amelyben szublimátoldat áll. Ennek az a célja, hogy minden fehérmű, amely a beteg ágyán volt, eredeti állapotában ki ne kerüljön a szobából és ilyenformán a fertőző csírák ne szórassanak el a szobában, hanem közvetlenül, amint a betegről lejön a fehérmű, belekerüljön a szublimátos dézsába 10—12 órára. Azután a dézsával együtt kivihető.

A második elővigyázati rendszabály, hogy a betegnek az ágya alatt vagy az ágy szélénél legyen egy ágytál, amelyben szintén szublimát van. A beteg székletétét már az ágytálba szublimátba végzi. Már ez bizonyos dezinfekciót idéz elő. A székelés után már szublimátos székletétet öntenek ki, amelynek fertőző képessége lényegesen csökkent. A kiöblítés után, amely szintén szublimáttal történik, az ágy tálat megint friss szublimáttal viszik vissza a beteghez.

A harmadik rendszabály, hogy a beteg kanalát, tányérját, villáját, általában evőeszközét ne vigyék ki az ágy mellől, hanem annak megtisztítása ott mellette történjék, azután tegyék vissza a beteg éjjeli szekrényére.

A negyedik rendszabály, hogy a beteg ágya elé két lavór kerüljön, az egyikben víz szappannal, a másikban szublimát. Aki a beteghez hozzányúl, az a vele való érintkezés után szappannal, majd szublimáttal megmossa a kezét.

Ezt a négy rendszabályt következetesen keresztülviszem. Olyan egyszerű metódusok, amelyek mindenütt alkalmazhatók és amelyek, úgy hiszem, nagyon lényegesen alkalmasak arra, hogy a fertőzés továbbvitelét megakadályozzuk.

Dr. G e r l ó c z y Z s i g m o n d előadó zárszava: *Bálint* tanár úr fel-szólására bátor vagyok megjegyezni, hogy ugyanolyan tapasztalást szereztem én a kórházamban jó néhány évtizeddel ezelőtt, amikor pl. a *Korányi*-klinikán, csodálatomra, sem medikus, sem ápolónő nem kapta meg a tífuszt; a *mi* kórházunkban mégis csakhamar észrevettünk ilyen fertőzést. A Szent László-kórház akkoriban már nem barakkban volt és rendes ápolószemély-zettel dolgoztunk. Az apácatestvérek és az ápolónők között mindamellett megbetegedések fordultak elő a tífuszos pavillonokban. Az ápolónők kezüknek tisztántartására, szájuk kiöblítésére nagy gondot fordítottak, mégis minduntalan előfordultak tífusz-esetek, amelyek okát hosszasan hiába kerestük. A megbetegedések okát nyomozva, véletlenül jöttem rá, miből származtak. Kórházunkban a tífuszbetegek szennyes ruháit egy szennyes

ládában gyűjtötték össze és a hét bizonyos napján kiválogatták az ápolónók és mosásba adták. Kiemelték mondjuk a szennyes lepedőt és feljegyezték, egy-két három darab stb. majd mosásba adták. Ezt a munkát látván, szinte éreztem a beszáradt ürülékek levegőbe jutását, amelyet ezek beleheltek, így a szájukba, emésztőszervükbe jutott a fertőzés. Amint megfigyeltem, rögtön beszüntettem ezt az eljárást. A kórház munkájának berendezésébe előzetes beleszólásom nem volt, ezt az ügyosztályokban csinálták meg, a szakembert azonban nem kérdeztek meg, hogyan kell a lepedőkkel elbánni. Volt egy külön kis fülke, amelybe a szennyest egyszerűen ledobták. Amikor ezt észrevettem és olyformán intézkedtem, hogy a szennyes ruhákat — nem minden betegnél külön ugyan, amint Bálint tanár úr mondotta, mert hiszen nálunk csupa tifuszos van együtt — rögtön egy fertőtlenítő-dézsába kellett beledobni. Ebből a dézsából vitték azután a mosókonyhába. A felhozott tapasztalatokat különösen figyelembe vehetik azok a kórházak, ahol belgyógyászati betegekkel együtt fekszenek tifuszosok és dysenteriások. Magánpraxisban is nagyon ajánlom az említetteket.

Azokat, amiket *Vas* tanár úr a bacillusgazdáról mondott, nagyon helyeslem, ellentétben *Tudós* kartársammal, ki a bacillusgazdák utáni kutatásnak nem tulajdonított nagyon nagy jelentőséget. Általában én sem tulajdonítok neki túlzott jelentőséget, hiszen nem is lehet mindenütt megvalósítani, hanem bizonyos lezárt helyeken igen célravezető.

Igen praktikus dologra mutatott rá *Juba* kartárs úr, hogy sokkal inkább szemelőtt kell tartani a falut és hangsúlyozta a legyek szerepét, amelynek rendkívül nagy fontosságot tulajdonít. A legyekre vonatkozólag osztályomon a tifuszos pavillonban kísérletet végeztem. Összefogattam legyeket, ezeket kémlecsövekben összegyűjtve tifusztenyésztő anyagra bocsátottam és pozitív Ebért—Gaffky-féle kultúrák tenyésztek ki. Ebből meglehet érteni, hogyha tifuszos beteg környezetében, a kórteremben vagy a családokban légy van, mennyire elhurcolhatja a tifuszt. Hiszen a légy rászáll az ürülekről az esetleg szabadon lévő süteményre stb. amit megeszünk. Ilyen módon közvetlenül átviszi a tifuszos-fertőzést a különben legtisztább ételmezés mellett is. Ezért különösen faluhelyen igen nagy szerepe van a légy irtásának, de nem a nyár végén, őszre, amikor már teljesen inficiálva vannak, hanem tavasszal, mielőtt a légyálcák kikeltek volna. Ilyenkor a gyakori meszelés a legfontosabb.

Szabó igen tisztelt tagtársunk felszólalása mindezeket megerősítette és én is csak azt mondhatom véleménye alapján, hogy a bacillusgazdákkal valóban komolyan kell foglalkozni és azokat fel kell kutatni, különösen zárt intézetekben, endemiák megelőzése céljából.

Elnök: dr. B á l i n t R e z s ő, egyetemi ny. r. tanár.

A malária.

Elnöadó: dr. J a n c s ó M i k l ó s, egyetemi ny. r. tanár.

1. *A váltólázat terjesztő Anopheles nemzetségnek Magyarországon három jaja fordul elő: legnagyobb számban és legnagyobb elterjedésben az Anopheles*

maculipennis, Magyarország legdélibb részén az *Anopheles pseudopictus*, hegyes vidékek berkeiben csekély számban, úgyhogy a váltóláz elterjesztésében szerepet aligha játszik, az *Anopheles bifurcatus*.

2. A leüint évszázadokban a Tisza, Duna mellékfolyói körül elterülő mocsárbirodalmak és messze környékük, váltóláz endemiájukról hírhedtek voltak. Azok a nagyszabású folyamszabályozási és ármentesítési munkálatok azonban, amelyek legnagyobb részt a múlt évszázadok második felében hajtottak végre, üdvös hatásukat megtermettek a váltólázat illetőleg is, mert ma már a váltóláz Magyarországon alig fordul elő endemiásan valahol.

Amíg ezek a nagyszabású assanálási munkálatok végre nem hajtottak, Magyarország egyes tájainak váltóláz endemiája súlyosságában vetekedett a forró égöv hírhedt malarias vidékeivel, előfordultak nagy számban mindazok a vészes váltóláz-álalakok, amelyek e forró égövi tájakat oly félelmissé teszik. Ma már a váltóláz egész Magyarországon elvesztette súlyos karakterét.

3. Az *Anophelesek* kifejlődése nincsen nagyobb állóvizekhez, mocsarakhoz kötve, apró tócsák is alkalmasak kifejlődésükre. Ezért a váltóláz országszerte előfordul manapság is, de a megbetegedés arányszáma csak ezrelékekben számítható ott, hol a múlt században sok százalékot tett ki. Alkalmas viszonyok találkozására esetén azonban epidémiás fellépést jelenben is mutathat a váltóláz, amint ez megtörtént a múlt század hetvenes éveiben, avagy legutóbb 1897—98-ban a Tiszántúl és Erdélyben, amikor ismét előfordultak elég nagy számban vészes váltóláz esetek is. Ehhez hasonló epidémiákra jövőben is számítanunk kell.

Az *Anopheles* nőstény vérrel táplálkozik, s emiatt az istállókat, pajtákat, baromfiókat, emberi lakásokat keresi fel, hol táplálékát állandóan megtalálja. Kiterjedt háziállattenyésztés a váltóláz elterjedésére módosítólag hat. Állatistállóban, emberi lakásokban az *anopheles* nőstény kitelel, de a váltólázat egyik évről a másikra nálunk a váltóláz ember viszi át.

4. A váltóláz mindhárom típusa előfordul ma Magyarországon, mostani években legerjedtebben és legnagyobb számban a tertiana igen kevés számban a quartana és a tropica. Múlt évtizedekben Erdélyben a Mezőségen quartana volt sok, különösen ősszel. Súlyos endemiás vidékeken, epidémiák idején, a megbetegedések igen nagy számát a tropica-fertőzés tette ki. Epidémia idején a quartana és tertiana is súlyosabb lefolyást mutat, az endémia vagy epidémia karakterét mégis a tropica gyakorisága határozta meg. A hetvenes években, éppúgy mint az 1897—98. években, sok volt a tropica fertőzése és pernicioso-esetek is elég nagy számban fordultak elő.

Aggok, csecsemők és betegségek által megviseltek akut tertiana- és quartana-fertőzése is lehet ritkán halálos, különben csak a tropica-fertőzés végzetes kimenetelű akut megbetegedésnél. Krónikus megbetegedés mindenik típusal vezethet halálos kimenetelhez, legtöbbször amyloidos elfajulások folytán.

5. Az akut tertiana- és quartana-fertőzés a legtöbb esetben felismerhető a klinikai tünetek alapján is, a tropica-fertőzésnél a hideglelés hiánya és a zavaró klinikai tünetek gyakran támasztanak diagnosztikai nehézségeket. Ezért

különösen a tropica-fertőzés felismerésében van nagy jelentősége a plasmodiumok kimutatásának. Vészes váltóláz-esetek, álcázott alakok, idült fertőzések gyakran csakis vérvizsgálatok alapján ismerhetők fél biztosan.

6. Az akut váltóláz souverain gyógyszere a kinin. Salvarsanra, arzén-készítményekre, methylenakékre csak recidiváló esetekben, kininállás esetén van szükség. Minél korábban avatkozunk be kininnel, annál biztosabban elkerüljük a recidivákat és a váltóláz elterjedését, megakadályozva a gameták képződését.

Egy-kétszer adott bármekkora kininadaggal sem gyógyítható meg a váltóláz, adagolása legalább 6—8 héten át szükséges, ha recidivát el akarunk kerülni.

7. Minden vidéknek más jellemvonású a váltóláz endemiája és megváltozik jellemvonása epidémiakor. A karakter ismerete szükséges arra, hogy racionális terapia legyen keresztülvihető. A jelenleg Magyarország területén előforduló váltóláz fertőzésben szenvedő felnőttek napi 10 g kininnel, gyermekek annyi decigrammal, ahány évesek, avagy minden félkiló testsúlyra 1 centigrammal gyorsan láztalanná tehetőek és meggyógyíthatók. Súlyos endemiával sújtott területeken, epidémiás fellépéskor, tertiana-fertőzés esetében is szükség van a rohamok gyors leküzdéséhez napi 1.5 g, tropica-fertőzés esetében 2.0 g kininre. Az 1 g kinin vagy roham előtt 5—3 óra között nyújtandó két adagban vagy tekintet nélkül a hőmenetre, naponta négy-öt részre elosztva. Vagy éhgyomorral vegye a beteg vagy csak folyékony ételek után 1—2 óra múlva. Ha jó felszívódásra nem számíthatunk, bőr alá, izomba vagy visszerbe adjuk a kinint jól oldódó só alakjában. Bőr alá, izombaadáskor legkevesebb 1: 10 hígítás betartandó, bőr alá 20—30 g-nál többet ebből az oldatból se adjunk egy helyre, különben lobot okoz. A sterilitást pontosan be kell tartani.

3—4 napon át adagolt 10 g kinin a nálunk előforduló váltóláz-fertőzéseknel a hőemelkedéseket megszünteti. Vészes váltóláz eseteknél visszerbe fecskendéssel érjük el csak a hőmérséklet leszállását és a gyógyulást. A befecskendés lassan történjen, különben collapsus lép fel.

8. A rohamok legyőzése után a recidivák elkerülésére még tovább kell adnunk a kinint. Célszerű 7—10 napig naponta teljes adagot adni, azután megszakításokkal több napon át. E megszakításoknál az tartandó szemelött, hogyha a kinint 2—3 nap egymás után adjuk, a hatás kumulálódik; másfelől hogy öt napnál nagyobb szünet a plasmodium törzs regenerációját engedi meg s így lappangó fertőzéshez vagy recidivához vezet.

Endemiás vidéken a váltóláz szezonja alatt tovább prophylaxis adagban szedje a beteg a kinint.

Terhességnél a kininkezelés nincs ellenjaválva.

9. Magyarországon a váltóláz évszakos fellépést mutat: az új fertőzések júniusban kezdődnek és október végén megszűnnek, az év többi szakában legnagyobb részben csak recidivákat észlelünk.

Egyéni védelemre viszonyaink között leginkább a kinin profilaxisos alkalmazása a szezon alatt felel meg. Átlagosan elég erre a gyógyító adagnak fele naponta, délelőtt éhgyomorral, egy adagban vagy kinin érzékenyeknél lefekvés előtt este, könnyű vacsora után 1—2 órával; avagy hetenként kétszer gyógyító adag. A kinin profilaxisos adagját növelni kell az

idő viszontagságainak kitett, nehéz munkát végzőknél, rossz viszonyok között élőknel.

A kinin profilaxis a szezon után vagy az endemiás hely elhagyása után még tovább folytatandó legalább nyolc hétig a hosszú lappangás után jelentkező megbetegedések elkerülése végett.

A váltólázat egyik évről a másikra nem az áttelelő anophelesek, hanem a váltólázbetegek viszik át recidivák útján. *Endemiás vidéken assanálás céljából tavasszal, a váltóláz szezon előtt, a múlt évi váltólázások ismét kezelendőek kininnek recidivagátló adagjaival.*

10. *Recidiváló vagy kininálló váltólázásoknál a kininkezelést sikerrel egészítjük ki sálvarsannal, arzénnel vagy metylenakékkal. Felnőtt hetenként kapjon 0.3 g-tól főlhágó adagban 0.6 g-ig neosalvarsant, összesen 3—4 g-ot.*

A Provacació káros és föltétlenül kerülendő.

11. *Általános védelem céljából az állóvizeket le kell csapolni vagy tavasztól őszig petroleummal bevonni, hogy az anopheles álcák, bábok elpusztuljanak. A lakóházakat sziiynyoghálóval kell megóvni az anophelesek behatolásától.*

12. *A váltóláz a ragályos fertőző bántalmak körébe tartozik, a kötelező bejelentés a váltólázra is kiterjesztendő.*

13. *Ha valahol a váltóláz endemiásan jelentkezik, küldjön oda a minisztérium szakértőt, aki az endemia jellegét pontosan megállapítja és leküzdésére helyes intézkedéseket javasol.*

*

*

*

Dr. Szarvas András, kórházi főorvos (Kecskemét): Kecskeméten és vidékén 1925 tavaszán a malária endemiásan lépett fel, ekkor kb. 140 véképpel ellenőrzött esetet észleltünk a városi kórházban, minden esetben kombinált kinin és szalvarzán kúrát alkalmaztunk, mellyel az úgynevezett chininállók is leláztalanodtak. A betegeknek fele asszony és gyermek volt. akik a betegséget helyben kapták, a határt soha életükben át nem lépték. A megbetegedéseket minden esetben a tertiana Plasmodium okozta. Egy betegünknel Pesten állítólag tropicát találtak, azonban sem Jancsó professzor úr, sem mi ezen betegnél plasmodiumot nem tudtunk kimutatni. A megbetegedettek legnagyobb része erős testi munkát végző szőlőmunkás, akik állandóan a szabadban élnek, erős insulatióknak, megfázásnak, esőzéseknek állandóan ki vannak téve. A táplálkozásuk gyenge, legfőbb alkotórészét képezik a szénhidrátok.

Az endemia ismertetését elsősorban azért tartom szükségesnek, mivel az ekkor mindenütt, de főként a Tisza vidékén fellépő endemia igen sok közgazgatási, egészségügyi és tudományos megbeszélésre adott okot. Éppen kecskeméti jelentések kapcsán Szegedről Jancsó professzor úr vezetése alatt, Budapestről Sziládi tanár úr és Oortvay miniszteri o. tanácsos úr vezetése alatt bizottságok szálltak ki és a polgármester úrnak kimerítő tanulmányban számoltak be a tapasztalatról. Az ezekben lefektetett javaslatokból, mivel kivihetetlenek voltak, mi csak egyet, a Jancsó professzor úrét tartottuk be; tudniillik felkutattuk az összes családokat, ahol malária volt, s ha csak lehet-

séges volt, behozattuk a beteget a kórházba, ha pedig nem. akkor elláttuk őket kininnel, ingyenesen, a város terhére. Az eredmény az volt, hogy 1926-ban alig észleltünk maláriát, pedig ez évben az anophales maculipenniseknek óriási tömegét találtuk a Tisza mentén. A néhány recidiváló azok közül került ki, akik nem kombinált szalvarzán, hanem csak kinin kúrát kaptak.

A másik kérdés, ami ennek az endemiának kapcsán felvetődött, az, hogy vajjon mi volt az oka annak, hogy a malária 1925 tavaszán endemiásan lépett fel? Több év óta figyelemmel kísérjük városunkban a maláriát. Kecskemét határában nemcsak a holt Tisza környékén, hanem máshol is, Ágasegyháza mocsaras vidékén és a Helveciának nevezett szőlő-telepen, minden évben fordultak elő maláriás megbetegedések, s több ízben volt alkalmunk az anopheleseket ezen a vidékeken is kimutatni. Ezen kutatásaink közben szavahihető intelligens emberektől hallottam, hogy vidékükön a váltóláznak ilyen endemiás fellépése nem tartozik a ritkaságok közé, az ő észleleteik alapján rendszerint száraz ősz és száraz telet követő tavaszok azok, amikor sok a maláriás megbetegedés, úgy az emberek mint az állatok között.

Ezt a megfigyelést nem szabad figyelmen kívül hagyni, mert epidemiológiai szempontból igen érdekes adatokat szolgáltathat. A fentebb említett megfigyelés arra engedne következtetni, hogy a száraz ősz és tél kedvez az anophelesek kitelelésének; a folyók nem áradván meg, a vízár nem ragadja magával őket, s így van idejük idejekorán a tulajdonképpeni fészküktől messze eső pajtákban s emberlakta épületekben elhelyezkedve áttelelni. Ezt látszik igazolni, hogy a rendkívül száraz 1924. évi ősz és tél után 1925 tavaszán fellépett endemia, mint általában az országban, úgy nálunk is nem a mocsaras helyeken, hanem a folyók mentén, nálunk csak a Tisza mentén lépett fel.

Elnök: dr. id. I m r e J ó z s e f ny. egyetemi ny. r. tanár.

Trachoma.

Előadó: dr. G r ó s z Emil, egyetemi ny. r. tanár.

I. A trachoma jelentősége.

1. A trachoma elterjedt népbetegség, mely az oktatást megzavarja, a munkaképességet csökkenti, a véderőt gyöngíti, a látás élességét tartósan megrontja s jelentékeny számban teljes vakságot okoz. A másik két nagy népbetegség: a tuberkulózis és a venereásbetegségek mellett háttérbe szorul, ezt azzal indokolják, hogy előbbieket az életet is veszélyeztetik, míg utóbbiak *csak* a látást. E felfogás nem helyes. Bármely betegség, de különösen fertőzőbetegség ellenes küzdelem eredményei nemcsak magának a kérdéses bajnak káros következményeit hártják el, hanem a közegészségügy egyéb ágaira is kedvező befolyást gyakorolnak. Szegénység, tisztátalanság, tudatlanság, zsúfolt lakások alkotják ezen s más fertőzőbetegségek terjedésére a kedvező talajt. Ezek ellen való sikeres küzdelem minden betegség terjedését gátolja. De utóvégre maga a vakság, a munkaképtelenség elég ok arra, hogy a trachomaellenes küzdelmet ne hanyagoljuk el.

2. A trachoma Csonka-Magyarország minden megyéjében előfordul (Bács, Pest-Pilis-Solt-Kiskún, Csongrád és Somogy megyék egyes járásaiban endemiás jellegű). Az elfoglalt országrészek trachomával erősen fertőzött területeiről az elzárás enyhülésével mind nagyobb számmal jelentkeznek a trachomások.

A békekötés után az a balhit terjedt el, hogy a fával, sóval, iparral együtt a trachoma is a lecsatolt országrészekben maradt! Pedig nemcsak sok régi trachomafészek maradt meg, hanem újak is keletkeztek. Ezért már 1921-ben felhívtam az *Orvosképzésben* megjelent cikkemben az illetékes körök figyelmét, hogy erélyesen hozzá kell látni a védekezéshez.

Magyarország Szemorvosainak Egyesülete 1923-ban indítványomra ugyan-ezen ügyben beadvánnyal fordult a Népjóléti Minisztériumhoz. *Brana János* és *Csapody István* igen tanulságos statisztikai adatokat közöltek. Azóta is azt tapasztaljuk, hogy a trachomások arányszáma emelkedik. Az *Amerikából* való visszavándorlók újból súlyos trachomát hoznak magukkal, mire *Vajda Géza*, is felhívta a figyelmet.

Nagy megnyugvással értesültünk *Scholtz Kornél* államtitkár nyilatkozatából, hogy a védekezés megindul.

II. A trachomaellenes védekezés múltja Magyarországon.

3. A trachomaellenes védekezés *Feuer* által 1883-ban megállapított rendszerének s az 1886. V. trachoma törvénycikknek alapelvei ma is helyesek:

a) vagyontalan trachomások ápolási költségeit az államkincstár fedezi;

b) trachomas vidékekre kiküldött szemorvosok feladata a betegség jelenlétét megállapítani a gyógyítást szervezni, a súlyosabb betegeket gyógyítani, a községi és kórorvosokat oktatni; c) szemkórházak felállítása; d) trachomatanfolyamok tartása; e) a költségeket az államkincstár fedezi. Ezen alapelvek érvényesülését kezdetben a végrehajtás tökéletlensége s azon körülmény, hogy az ország nem rendelkezett elegendő kiképzett szakemberrel s nem volt elég szemkórházunk és szemosztályunk — hiúsította meg.

4. Az 1903—1914 terjedő 12 év alatt az 1903-ban megállapított programom értelmében a szemkórházak s kórházi szemosztályok egész sora keletkezett. (Budapesten, Brassóban, Szegedén, Zsolnán, Perlakon állami szemkórházak, Nagyváradon, Miskolcon, Kaposvárott, Újvidéken, Nagybecskerekén, Békésgyulán, Pécsen szemosztályok. A kassai állami kórház szemosztálya épülőben, a marosvásárhelyi állami kórház szemosztálya tervezés alatt volt.)

Gróf Tisza István, a belügyminisztérium vezetésével megbízott m. kir. miniszterelnök a törvényhatóságokhoz intézett leiratában sajátkező fogalmazásában: a szemosztályok szerepét az jelölte meg, hogy «ezek egy vele egyetértőleg kiszemelendő elsőrendű szakember vezetése alatt míg egyfelől magának az általános szemgyógyászatnak terén messze vidékre érzetessék áldásos hatásukat, másfelől a trachomaelleni szakszerű és sikeres védekezés olyan gócpontjait alkossák, amelyekben az ezen baj által sújtott községek orvosai annak kezelésében alapos elméleti és gyakorlati kioktatást nyer-

hessenek.» A ma is törvényben evő 110,000/1903. számú belügyminiszteri rendelet számos elavult intézkedést hatályonkívül helyezett s a védekezést újból szervezte.

5. Annak szükségét, hogy a trachomaellenes védekezésben a polgári és katonai hatóságoknak egyetértően kell eljárni, már *Feuer* felismerte. *Hoor Károly*, mint a XVII. sz. helyőrségi kórház szemészeti osztályának vezetője, a 80-as években a IV. hadtest területén igen célszerűen szervezte meg a trachomas katonák gyógyítását, de e rendszert pénzügyi okokból be-
szüntették.

Az 1913-ik évi véderőtörvény a trachomaellenes védekezés szempontjából fontos intézkedéseket tartalmazott. Ezek lényege az volt, hogy a védőköteleseket, akiknek trachomájuk gyógyítható volt, július hó 1-én besorozták, szakemberek vezetése alatt álló katonai kórházban ápolták, a meggyógyultak bevonultak csapatjaikhoz, azokat, akik az év végéig nem gyógyultak meg, szabadságot adtak.

A háború kitörésekor a hadügyminiszter a trachomas katonákat szabaddá tette, majd újból behívta, trachoma-zászlóaljkat, majd ezredeket alakított. A háború befejeztekor a trachomas katonák a tervezett óvintézkedések nélkül hazatértek s a trachoma elterjedésére újabb alkalmat adtak.

6. Az 1903-ban kitűzött nemzetközi 2000 aranykoronás trachoma-pályadíjra 20 munka érkezett be.

A pályabírószám a therapeutikai részt *Kunht Hermann* egyetemi tanárnak (Königsberg) ítélte oda. A kórtani részre újból kiírt pályázat 1909-ben járt le. A bírálók a hét pályamunka egyikét sem tartották jutalmazandónak, az 1912 dec. 31-én lejárt pályázat sem volt eredményes.

III. Javaslatok a trachomaelleni védekezés érdekében.

7. A trachoma elterjedésének megállapítására az 1903. évi rendeletben előírt módon adatgyűjtés szükséges: a bejelentési kötelezettség *szigorú* végrehajtása, iskolás gyermekek vizsgálata (a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter úr 50,303/1925. I. számú körrendelete máris intézkedett), a szemészeti ambulanciák adatainak bekérése és feldolgozása, internátusok, gyári munkások, tömeglakások, Amerikából visszaérkezettek megvizsgálása.

A beérkezett adatok útmutatása szerint egyes területeken a vizsgálatot *szakértő szemorvosok* kiküldése; úgy a hatóságok, mint a szemorvosok részére, előzetesen *részletes útmutatások megállapítása*, hogy a vizsgálatokat miképpen hajtják végre s a diagnózisok felállításában milyen szempontokat kövessenek.

8. A beszerzett adatok alapján a járólagos kezelés szervezése szükséges és pedig kizárólagosan erre külön kiképzett szakértők (szakorvosok), azaz olyan szemorvosok útján, kik a trachoma kezelésében jártasságot szereztek. Ezek számára külön utasítás kiadása szükséges, hogy a gyógyítást miképpen szervezzék meg.

9. A kórházi kezelés lehetővé tételére kórházi szemosztályok szaporítása a vidéken okvetlenül szükséges.

A szemkórházak és szemosztályok jelentőségét *Mac Callan*, ki 2 évig Egyiptomban működött, meggyőzően bizonyítja. A lengyelek is nyolc trachoma szemkórházat állítottak fel 1500 ággyal, ugyanezen rendszert fogadták el a szerbek is. Sajat rendszerünk külföldön érvényesül s sajnos mi elmaradunk.

10. A szemklinikáknak, szemkórházaknak, szemosztályoknak bevonása a védekezési akcióba okvetlenül szükséges.

A szemklinikák, szemkórházak s szemosztályok vezetői vagy helyetteseik időnként beutazzák a fertőzött vidékeket, a járólagos kezelést teljesítő szemorvosokat tanáccsal ellátják, a kórházi kezelést igénylőket oda beutalják s így a profilaxisban s a járólagos és kórházi kezelésben egyaránt közreműködnek.

Vass József népjóléti miniszter ismételve hangsúlyozta a megelőzés fontosságát. Ezen akció csakis a kórházakkal kapcsolatban lehet eredményes.

11. A trachomas elmebetegeket *egy* elmekórház külön osztályán kell koncentrálni s szakorvos által való gyógyításukról gondoskodni kell.

12. A trachomával erősen fertőzött vidéken trachomas iskolákat kell létesíteni, ugyanígy kell eljárni az árvaházak és internátusok trachomásaival. Ezek kórházakba való küldése közegészségi s pedagógia szempontból nem célszerű, mivel a trachoma gyógyítása hosszadalmas s a kiújulás veszélye évekig fennáll. De nem is lehetséges, mivel egyes községekben az iskolás-gyermekek 10 %-a és több trachomas.

13. 1904 óta ismételve sürgetett s most már a Népszövetség Comité d'hygiéneje által is tervezett nemzetközi trachoma-konferencia megtartása. A különböző államok trachomaellenes eljárását egymással összhangba kell hozni s olyan megállapodásokat létesíteni, melyek a behurcolást akadályozzák. Különösen fontos ilyen megegyezés létesítése a *szomszédos államokkal*.

Ausztria a *Burgenland* trachomájának leküzdésére havi 50.000,000 papírkoronát (4000 pengőt) költ kis területen. A porosz kormány a háború előtt *Kelet-Poroszország* trachomájának csökkentésére évi hat milliárd papírkoronát (480,000 pengőt) vett fel különtétélként. Ehhez jött még a kórházi ápolás költsége. Genfben *Lutrario* Olaszország nagy akcióját ismertette, *Jita* a holland sikereket. Ideje, hogy ez akcióban Magyarország is tevékeny részt vegyen. Hiszen a trachomaellenes törvényünk már 40 éves.

14. A trachoma tudományos kutatásainak lehetővé tételére a klinikák laboratóriumainak ezen irányú munkásságát elő kell mozdítani. (Természet-tudományi tanács útján.)

Ami a tuberkulózisra áll. az a trachomára is reállik: a betegségek ellenes küzdelem leghatalmasabb faktora a tudomány.

15. A nemzetközi trachoma-pályadíjat újból ki kell tűznünk, újbóli kiírását a háború megakadályozta, de most azt meg kell tennünk, tulajdonképpen erre kötelezettségünk is van. A pályadíj 1000 pengőben (12.500,000) volna megállapítandó.

16. A trachomaellenes küzdelem törvényeink szerint is állami feladat. E téren *nálunk* a társadalom nem sokat tehet. Az 1914. állami költségvetésben a trachomaellenes védekezés 140,000 arany koronával szerepelt s külön trachoma-felügyelő volt alkalmazásban. E tételek megszűntek. Helyreállításuk

szükséges. Sir *George Buchanan* irányelvei helyesek a sikerhez: *szervezés, erély és pénz* kell.

Hozzászólások:

1. Dr. *Liebermann* Leó, egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos:

1. Fontosnak tartja, hogy az *egészségügyi propaganda*, melyet újabban a népjóléti minisztérium is örvendetes módon felkarolt, kiterjedjen a súlyos szem-bajokra, ezek közt különösen a *trachomára* is. Ezeknek a jelentőségét népszerű cikkekben, előadásokban kellene tárgyalni, lehetőleg képekben is bemutatni. Igyekeznünk kell odahatni, hogy a trachomások ne akkor kerüljenek az orvos szeme elé, mikor már heteken, hónapokon át fertőzhettek másokat. Nagyon fontos tárgya e felvilágosító propagandának a lymphatikus szemgyulladás is mint olyan és mint a trachomára nagy fokban *disponáló* tényező, de meg mint általános szervezeti betegség *jele* is.

2. A trachomaellenes küzdelem hazánkban mintaszerűen volt és van megszervezve, de a periférián, *a részletmunkában* sok a hiba: hanyagság a vizsgálásban és kezelésben, ellenőrzés hiánya, egyöntetűség hiánya még a terapia alapelveiben is. Az utóbbiban — a tudományos kutatás teljes szabadságának fenntartása mellett — bizonyos megállapodásra kellene jutni, e nélkül nem lehet szakembereket a munka számára kiképezni. Nem lehet, hogy amit pl. az egyik orvos, mint bizonyos esetekben egyedül rationalis műtetet ismert meg, azt a másik sohasem látta, hírből is alig ismeri, mert ahol ő tanult, nem szokták végezni.

3. A *pályadíjat* a trachomaellenes küzdelem legfontosabb eszköze: a *trachoma terapiájában* való legjelentősebb haladás számára kellene fenntartani, azzal a kimondott cézzel, hogy olyan munka jutalmazandó vele, mely a trachoma gyógyításának lehető gyors és radikális módját adja meg.

2. Dr. *Blaskovics* László, egyetemi ny. i\ tanár: Az előadó a trachomaelleni védekezés terén a régi csapáson halad ugyan, de nagyon helyesen, intenzívebbé kívánja tenni az intézkedéseket. Mást valóban alig lehet tenni, mert a trachoma kérdése úgyszólván semmit sem haladt az utóbbi időben, sőt mondhatnók, hogy a zavar ma nagyobb, mint azelőtt volt. Nem ismerjük a baj okozóját, de még az sincs kétségenkívül kiderítve, hogy a baj valóban fertőző természetű-e. A diagnózist sem tudjuk ennél fogva biztosan megállapítani. A betegségnek nincs sem bakteriológiai, sem szövettani, sem klinikai kritériuma. Még abban sem egységes a felfogás, hogy a tüszős kötőhártyagyulladásól lényegében különbözik-e. Éppen az újabb időben akadt külföldön számottevő szószólója a két baj közös voltának, noha inkább az látszik valószínűnek, hogy a trachomának nevezett betegség konglomerátuma különféle eredetű kötőhártyabántalomnak. Ezt azonban sem okoskodással, sem egyszerű megfigyeléssel eldönteni nem lehet. Világosságot a pathológiai kutatás deríthet csak e kérdésekre. Erre pedig a védekezés céltudatos irányítása szempontjából nagy szükség lenne. A miénk az érdem, hogy az egész világon az elsők voltunk e baj leküzdésére tett intézkedésekkel, vállalnunk kellene azt is, hogy a trachomakutatás terén szintén kivegyük a részünket.

E tekintetben nem látszik elégnek a klinikák laboratóriumi működésének támogatása, hanem szükséges egy trachoma-kísérleti állomás létesítése.

Eme távolabbi jövőre tekintő intézkedésen kívül természetesen a gyakorlati élet követelményeire is figyelemmel kell lennünk, amelyek a rögtöni intézkedést kívánják. A németek részéről Posenben elért siker azt mutatja, hogy már ma is lehet valamit tennünk a baj kipusztítására. Ha nem is ismerjük a baj okát, a gyógyító eljárásokkal mégis elérhetünk bizonyos eredményt. A németek sikere is lényegében a kezelés jól szervezett keresztülvitelének köszönhető. Két jól vezetett magyarországi árvaházban tapasztaltuk, hogy a megfelelően kioktatott nem szemész orvos, egy harmadikban pedig egy erre begyakorolt ápolónővér igen szép eredményt ért el a mechanikai gyógyítással.

Egy másik javaslata az, hogy nagyobb figyelmet fordítsunk a járványos kötőhártyahurutra, amely általános tapasztalat szerint legfőbb terjesztője a trachomának. E betegség ellen is be kellene hozni a bejelentés kényszerét és a fertőzőképesség megszűnéséig a gyógyítás kötelezettségét.

3. Dr. B r a n a J á n o s, m. kir. tanácsnok-orvos: Évek hosszú során át úgy a trachomagyanús, mint a valódi trachomában (trachoma verum) szenvedők ezreinek gyógykezelése után, mindinkább arra a meggyőződésre jutott, hogy a valódi trachománál nemcsak szociális jelentőségében messze kiható s a tudomány mai álláspontja szerint fertőző szembajjal van dolgunk, hanem oly *konstitúcióval* is, amely biológiai értelemben az ép, egészséges szervezetnek mögötte áll.

Ily irányú vizsgálatait azt mutatják, hogy a valódi trachomában szenvedők nagy részénél szomatikus degeneratív stigmák, neuropathia, vörösvérsejt szegénység, kifejezett relatív lymphocytosis, sőt elvéve abszolút lymphocytosis is áll fenn. A talaj, melyen a valódi trachoma gyökeret ver, a *veleszületett* s előttünk még ismeretlen okból fennálló, valószínűleg anyagcsere zavarokon alapuló *konstitucionális lymphatismus*, melynél a szervezet egész lymphapparatjának relatív hypertrophiája van jelen.

A trachoma kifejlődésénél relatíve szerepet játszanak még az általános népegészségügyi viszonyok, továbbá a talaj, éghajlat s bizonyos mértékben a faji diszpozíció is.

A trachoma földrajzi elhelyezkedését vizsgálva, azt látjuk, hogy Európa keleti államaiban aránytalanul nagyobb mértékben fordul elő, mint nyugaton. A magaslati országok, mint pl. Tirol, Svájc a trachomától teljesen mentesek, míg Európa legalacsonyabban fekvő országai, mint Hollandia, Belgium, Magyarország, továbbá a Dunának egész alsó szakasza nagy endemiás fészkeket mutatnak. Kelet-Poroszsország, Lengyelország, Dél-Oroszországban a trachoma szintén igen gyakori. Az elterjedés mértékében Arábia és Egyiptom vezetnek, mely országok a trachoma tulajdonképpeni hazájának mondhatók.

Csonka-Magyarországon a trachoma az egész ország területén előfordul, nagyobb endemiás jelleget azonban a mocsaras, lapályos, általános egészségügyi viszonyaiban aránylag elhanyagolt jászok és kunok lakta Duna-Tisza közti és alsó tiszamenti területen mutat.

A krónikus exogen-betegségek közül elsősorban a lues, kisebb mértékben a tuberkulózis, a krónikus intoxicatiók közül az alkoholizmus, melyek a konstitúciót és habitust késő nemzedékekig károsan befolyásolják. Küzdeni kell továbbá a rachitis ellen. Megfigyelései szerint rachitist vagy heredoluest kiállt egy^eneken a trachoma súlyosabb lefolyású s a hegesedés is sokkal nagyobb mértékű. Fontos és elengedhetetlen tényezőknek tartja továbbá a lapályos területek mocsarainak lecsapolását, a köznép építkezésének hatósági ellenőrzését, az Alföld intenzív fásítását.

4. Dr. T ü d ő s Kálmán, városi tisztifőorvos: Több alkalommal, különösbbe pedig Debrecenben az orth. zsidó iskolában az 1925. év tavaszán kitört körülírt trachoma-járvány kapcsán tapasztalta, hogy bizonyos esetekben az ambuláns kezelés és csupán az erősebben fertőző esetek ideiglene» kórházi elhelyezése nem vezet célra. Akkor nevezetesen, ha az illetők zsúfoltan laknak. Ahol egy 20 □-méternyi területű szobában 6—8-an hálnak és egy ágyban vagy szalmazsákon 2—3 gyermek is alszik, teljesen hiábavaló a külön mosdó, törülköző stb. elrendelése. Mert a trachomas szemnek, ha váladéka nappal látszólag nincs is, de bizonyára van reggel s ilyenkor az egyúttalvóknál a fertőzés átvitele is nagyon könnyen megtörténhetik. Az említett iskolai járvány alkalmával ez több esetben meg is történt. Ezt csak azért sikerült leküzdeni, hogy valamennyi zsúfoltan lakó trachomas tanuló internáltatott a nyári szünet alatt az iskolában, úgyhogy ott is háltak és pedig mindenik külön ágyon. Így lehetett a lakások zsúfoltságát is mérsékelni és a járványt elég hamar leküzdeni.

Előadói zárszó:

Most már igazán csak néhány rövid percre kérem türelmüket. T. i. inkább kiegészíteni óhajtanám javaslatomat, mert csakugyan magam is belátom, hogy helytelen szót használtam. Én azt mondtam, hogy szükséges a trachoma etiológiájának, pathológiájának tudományos kutatása, és e célból a klinikák laboratóriumát kell ebben az irányban támogatni. Rosszul mondtam, nemcsak a klinikák laboratóriumait, hanem minden szemkórház, különösen minden állami szemkórház laboratóriumát. Azt azonban, hogy egy külön trachoma-kutató-intézet vagy laboratórium is állíttassék fel, nem tartom helyesnek, amint nem tartom célszerűnek azt sem, hogy mi önálló kutató-intézeteket létesítsünk. E felett már igen sokat vitatkoztak, de a dolog mégis csak úgy van, hogy mi számot kell vessünk avval, hogy kis nemzet vagyunk és a túlságos elforgácsolás nem helyes.

De számot kell vetnünk a tudományok történetével is. A tudományok története azt bizonyítja, hogy a legnagyobb felfedezések és a természet-tudományoknak legnagyobb fejlődése nem az e célra készült intézményekben történt, hanem történt az illető egyének által. Ezt talán érthetőbben úgy fejezem ki, hogyha én, mint államhatalom, azt látom, hogy egy vidéki kórház laboratóriumában valaki tudományosan dolgozik a trachoma terén, akkor nekem segítségére kell sietnem, megadom neki a tudomány eszközeit és megadom az ő továbbképzésének lehetőségeit.

Legjobb a konkrét példa. Pécs köz-kórházában működött egy professzor. Az a professzor ott olyan tudományos munkát végzett, hogy bármely klinikának vagy egyetemnek díszére válnék. *Orsósra* célzok, akiről ezt valamennyien tudjuk. Proponálják azt is, hogy külön rákkutató intézeteket létesítsenek. A tapasztalat megint azt mutatja, hogy nem is éppen ilyen intézetben történt a nagy haladás. *Krompechernek* az egész világon elismert rákkutatási eredményei nem egy külön e célra létesített intézetben létesültek.

Nem akarom tovább fejtegetni, csak elismerem, nagyon hibás kifejezés, hogy csak klinikákat kell ebben az irányban támogatni. Minden kórházban, minden osztályon, ahol a tudományos munka lehetősége megvan és arravaló ember is van, annak munkáját erősen elősegíteni kell, és akkor inkább érünk el eredményt.

Ami már most azt a kérdést illeti, amelyet kissé érintett t. kollégám *Brana* is, t. i. a trachoma összefüggését a konstitúcióval, ez kétségtelenül rendkívül fontos probléma. Ennek tárgyalásába nem akarok belemenni, mert mi ma egészen mással, ma a gyakorlattal, az applikált orvosi tudománnyal, a profilaxissal, a védekezéssel akarunk foglalkozni, aminek majd a kérdések tisztázásánál nagy befolyása lesz.

Az igen nagyra becsült és ezen a téren legelsőnek tartott *Blaskovics* azt mondotta, hogy az sem biztos, hogy fertőző-e a trachoma. Ha ez átmenne a köztudatba, akkor nagyon meginogna annak a rendszernek egész jogosultsága, amelyet mi követünk. Szerencsére azonban a helyzet az, amint ő mondja, hogy vannak még olyanok, akik ebben is kételkednek, de amint *Brana* azután helyesen felemlítette, ami felfogásunk és a mindennapi tapasztalat mégis az, hogy a trachoma igazi fertőzőbetegség. Tessék talán éppen a debreceni kollégánkat megkérdezni és minden olyan gyakorlattal foglalkozó tisztí-főorvost, hogy mi történik az ő internátusaikban. Elő van írva, hogy a klinikára kerülő gyermekek megvizsgáltassanak. Meg is vizsgálják őket. Most becsempészik a trachomát és nem ma, nem holnap, nem is explózió szerűen, de egy idő múlva megvan a nagy ijedelem, mert sokan megkapták, akármilyen konstitúciójuk legyen is. Erre az alkalom és a lehetőség megvan. Nekünk tudományunk mai állásánál fogva meg kell maradnunk amellet, hogy igenis a trachoma krónikus fertőző bántalom és a fertőzés útjait meg kell akadályoznunk, mert így tudjuk elérni azután azt a célt, amelyre valamennyien törekszünk.

Elnök: dr. H u t y r a F e r e n c , főiskolai rektor.

Tuberkulózis. Statisztika. Következtetések. A védekezés jelenlegi eszközei. Javaslatok a helyzet javítására.

Előadó: dr. F á y A l a d á r , ny. államtitkár, kormánybiztos.

1. A tuberkulózisról csak halálozási statisztika áll rendelkezésünkre. Ebből a betegség elterjedésére biztos következtetés ugyan nem vonható, de az mégis használható általános tájékoztatást nyújt a baj növekedésére vagy

apadására nézve. Csonka-Magyarország ma az európai művelt államok között a legnagyobb tuberkulózis halálozást mutatja. Az 1920—1924. évi országos átlag 31 volt 10,000 élőre vonatkoztatva.

2. Csonka-Magyarországon a tuberkulózis halálozási aránya mind a hat évben a békebeli index alatt maradt, s igazolja azt a tételt, hogy a tbc. okozta halálesetek száma lassan bár és nem egyenletesen, de nálunk is állandóan csökken. 1900—1909-ben 37· 5, 1910—1919-ben 33, 1920—1924-ben 31 volt az országos index. 1925-ben 24; a legkedvezőbb eddigelé észlelt eredmény.

3. Az országos átlagszámok nem nyújtanak felvilágosítást a tuberkulózis halálozás területi ingadozásaira nézve. Az ország legnagyobb részében igen jelentős apadás észlelhető. A vármegyei járások $\frac{2}{3}$ -a az országos átlag alatt van, azok átlagos mutatója az 1901—1910. évi 40-ről 28-ra, vagyis 30 %-al apadt. A r. t. városok arányszáma is csökkent ez idő alatt 16 %-al. Legkisebb a javulás a megmaradt 11 törvényhatósági városban s a mérleget főleg Budapest befolyásolja az ország lakosságának $\frac{1}{8}$ -át tevő népességével. Legjobb területünk a Dunántúl 26-4 arányszámmal, legrosszabb Nógrád, Borsod és Esztergom bányaterületei, valamint Pest vm. felső hegyvidéki része. Az országos átlag alatt maradó 13 legjobb r. t. városunk közül 11 a nagy magyar Alföldre esik, kettő a Dunántúl sík vidékére. Az 1920—1924 éves időszakban az országnak 85 oly községe volt, amelyben tbc. haláleset egy évben sem fordult elő. Ezek közül 70 a Dunántúlra esik, valamennyi község 500 lélekszám alatt volt.

4. Ebből kitűnik, hogy a tuberkulózis halálozási arányát a geográfiai helyzet nem befolyásolja. Legkedvezőbb területeink a sík földön, legrosszabbak a hegyvidéken vannak. Csak a helyi higiénikus viszonyok, az expozíció nagysága és a kondíciót rontó életviszonyok a döntők. A kis települések kedvezőbbek a tuberkulózis szempontjából, mint a nagyobb tömörülések. Nyilván a kisebb expozíció és általában az egészségesebb életmód miatt.

5. Magyarországon a legnagyobb apadást a 20 évvel azelőtt legerősebben fertőzött területrészekon észlelhetjük. A nagymérvű csökkenés okai a lakosság átvészélése (természetes immunizálási folyamat), a népesség jobb táplálkozása, különösen a gyermekkorban levőké.

A nagyobb városok romlásának oka pedig a menekült és vagyonát vesztett értelmiség betódulása, a nagy lakásínség s a munkanélküli munkásság nélkülözése. A tuberkulózis elleni küzdelemben legfőbb feladat marad mindenkor a lakosság életstandardjának az emelése.

6. A tuberkulózis statisztika demográfiai vonatkozásai Csonka-Magyarországra vonatkozólag feldolgozva még nincsenek, a régi területre vonatkozó eredményeket pedig fenntartás nélkül a mai területre alkalmazni nem lehet, mert a lakosság összeállítása, vagyoni helyzete és életmódja igen nagy eltéréseket mutat. Általában most sokkal jobban él az östermelő lakosság és sokkal rosszabbul az értelmiség.

7. Magyarországon több nő halt meg tuberkulózisban mint férfi, főleg fiatalokban és főleg mezőgazdasági foglalkozási körben. A nők tuberkulózis

halálózása minden foglalkozási főcsoportban a 20 éven alul volt legnagyobb, a férfiaké a 20—39 évi korcsoportban. A hétéven aluli gyermekek tuberkulózis halálózására a szülők foglalkozása alig volt befolyással, itt is csak az expozíció, főleg a családi otthonban való fertőzés nagysága a mértékadó tényező. Nemzetiség szempontjából a németek álltak legjobban, utánuk következtek a magyarok, de a németeknek ezt az előnyt csak életmódjuk és vagyoni helyzetük eredményezte, mert egyenlő körülmények között, mint a katonaságnál, a magyar fajúak ellentállása a tuberkulózissal szemben négyszer akkora volt mint a németeké.

8. A védekezés célja kettős: csökkenteni a fertőző alkalmat és fokozni a szervezet ellentállóképességét. A megelőző működést szolgálja a vállvetett egyesületi országos propaganda, melynek intézményei: a tüdőbeteg gondozók, mint a családi profilaxis fő szervei, a kórházi tuberkulózis-pavillonok, munkás-szanatóriumok, munkás-üdülőtelepek, erdei iskolák, gyermeknyaralató-telepek.

A minden téren folyó profilactikus működés hatályosabbá tételére szükséges még több speciális, konkrét rendelkezés:

A mezőgazdasági munkásbiztosítás kötelezővé tétele.

Országos lakásegészségügyi szabályzat kibocsátása és végrehajtása.

Az istálló és tejhygiéne fokozottabb gyakorlása.

A tanyai egészségügyet előmozdító intézkedések.

A kórházi tuberkulózis-pavillonok és tüdőbeteg gondozók szaporítása.

A súlyos és legveszedelmesebb fertőző forrást képező tüdőbetegek elhelyezésére minden nagyobb község létesítsen egy kétszobás tüdőbeteg-otthont.

A gyermekegészségügy további nagymértékű fejlesztése.

A testi és szellemi munka okszerű szabályozása.

Az irodákba szorult fiatal intelligens nők és apácák higiénéjének problémája.

Az orvosok nagyobbmértékű bevonása a tbc. mozgalomba.

A szociálhygiéne rendszeres és kötelező tanítása az egyetemen.

*

*

*

A nekem kitűzött referátum olyan területet ölel fel, amelynek részletes ismertetése órákat venne igénybe, amiről természetesen szó sem lehet. A nyolc pontba összesűrített tételaim egyébként bővebb magyarázatot úgysem kívánok, s így én a rendelkezéseimre álló rövid időt csak befejező javaslataim rövid indokolására kívánám felhasználni. Tisztelettel előrebocsátom, hogy az a 10—11 pont, amelyekben konkrét javaslatot teszek, egyáltalán nem azt jelenti, mintha tetszésszerint még további 10 vagy 20 pontot nem tudtam volna feladatul megjelölni. De én csak olyan vonatkozású javaslatokat kívántam ezúttal előterjeszteni, amelyeknek nagy embertömegekre kiterjedő egészségügyi és szociális hatásuk van.

Első javaslatom a mezőgazdasági munkásbiztosításra vonatkozik. Ezt tulajdonképpen indokolni nem is volna szükséges. Nálunk most az a fonák helyzet áll fenn, hogy a városi ipari munkásság betegség- és baleset elleni

biztosítása kötelező. A lakosságnak ezen kisebb, Csonka-Magyarország lakosságának összesen 14.3 %-át kitevő rétegéről, amelynek nemcsak foglalkozása, de a gondolkodásmódja is mobil, amely nemzetközi és szociáldemokrata mentalitásánál fogva a haza és nemzet fogalmát is legkönnyebben veti sutba, betegség és baleset esetén törvényesen gondoskodva van. Ez eddig rendben van. Erre az állam minden dolgozó polgára, aki saját energiáját a köz vagy az állam javára kamatoztatja, mint minden munkás, igényt tarthat. Ámde az már egyáltalán nincs rendén, hogy az országnak helyezkötött, a földhöz, hazához, atyai házhoz ragaszkodó, gondolkodásában nemzeti érzületű rétegről, amely az ország lakosságának több mint a felét teszi ki (Csonka-Magyarország statisztikája szerint az őstermeléssel foglalkozók száma 4,190,000, tehát az összlakosság 56 %-a), a nemzet igazi ősforrásáról, a magyar parasztról, megbetegedése esetén, kellőleg gondoskodva nincs. Én most csak a tüdővész szempontjából szólhatok ehhez a kérdéshez, annak egyéb vonatkozásaival nem foglalkozhatom. A mezőgazdasági foglalkozást űzők között nálunk igen nagy a tuberkulózis halálozás, úgy a tüdővész, mint a csont- és mirigy-tuberkulózis. Különösen az őstermelésben foglalkozó nők halálozása feltűnően magas, jóval nagyobb, mint a férfiaké. Az őstermelő férfiak legnagyobb tüdővész halálozása a 20 és 39 év közötti korcsoportba s a 20 éven aluli fiatal parasztasszonyok és lányoknak több mint a fele hal meg tüdővészben. A legjobb kereső korban, 20 és 40 év között, az őstermelők között tüdővészben kétszerannyi nő hal meg, mint férfi: minden 1000 élőlől 35 férfi és 7·15 nő. Az őstermelő foglalkozásban a férfi-mezőgazdasági cselédek tüdővész halálozása jóval kisebb nemcsak a gazdasági munkásokénál, de az önálló kisbirtokosokénál is, ellenben a mezőgazdasági nőcselédek csoportja mutatja az őstermelésben a legnagyobb halálozási arányt.

Parancsoló állami kötelesség tehát nemcsak a mezőgazdasági cselédek, de az önálló kisbirtokosok, mezőgazdasági napszámosok és gazdasági iparosok kötelező szociális biztosítását is sürgősen megcsinálni; komoly, céljának megfelelő módon, a mostani igazán csekély jelentőségű részleges fakultatív biztosítás helyett, hogy mód legyen a tüdőbeteg agrárnépesség részére is kellő szakorvosi kezelést és megfelelő gyógyintézeteket és egyéb intézményeket biztosítani. Az ipari munkásság részére, amelynek több saját tüdőbeteg-gyógyintézete is van, minden szanatóriumban az ágyak nagy tömege le van foglalva, a mezőgazdasági munkásság részére ellenben egyetlen egy ágy sem áll rendelkezésre.

Ad 2. Az eleven életbevágó társadalmi kérdések között mai napság alig van fontosabb a lakásügynél, de főleg a lakásegészségügynél. Az ember otthona alakítja az ember életét. Rossz otthonban csak rossz élet lehet. A jó és egészséges lakás két tényezőtől függ; a lakás egészségügyi alkotásától és helyes használattól. Ez az utóbbi fontosabb, de egyben a nehezebben elérhető cél is. Helyes használattal magában véve egészségügyileg kifogásolható módon alkotott lakásból is lehet türethető jó lakást teremteni, míg viszont — és ez a fontosabb körülmény — a legideálisabban megépített egészséges lakásból is lehet helytelen használattal, rossz és ártalmas lakást teremteni. Ebből kivi-

láglik, hogy a helyes egészségügyi lakáshasználat nemcsak a szociális helyzettől, de az egyéni kultúrigényektől, tehát a műveltségi állapottól is függ. A higiéné szempontjából kifogástalanul alkotott lakás maga még nem biztosít egészséges lakást. Azonban ez adja a módot, — ez a *conditio sine qua non*, — hogy kifogástalan egészséges lakásunk lehessen. Nálunk ez a kérdés a törvényhatósági építési szabályrendeletek által némi részben rendezve volt, ámde az azokban foglalt helyes intézkedések általában csak papíron maradtak, amint azt a birtokrendezés által telekhez jutottak elképesztően hitvány és egészségtelen építkezései is igazolják. Általánosan kötelező országos lakásépítési és lakás-egészségügyi szabályrendeletre van tehát szükség. Ez utóbbinak kibocsátására az 1876. XIV. tc. alapján joga van a népjóléti és munkaügyi miniszternek, úgyhogy ehhez külön törvényhozási intézkedés nem is szükséges; de annak sem volna semmi akadály, hogy egy egészen rövid, a részleteket mellőző, de a meglevő egészségellenes épületek és lakások kényszer útján való megjavítására is módot adó rövid keret-törvény alkottassék. Tisztelettel megjegyzem, hogy a részletes lakás-egészségügyi szabályrendelet-tervezet készen van s remélhetőleg rövid hivatali tárgyalás után, nemsokára életbe is lesz léptethető.

Ad 3. Az istálló- és tejhygiéne nálunk még nagyon elvan maradvá. Még nem értik meg, hogy az állatnak az egészségéhez éppen úgy szükséges a levegő, világosság és tisztaság, mint az embernek, amiből következik, hogy az istállónak is világosnak, tágasnak, szellősnek és impermeabilis padlózatúnak kell lennie. A mi rossz istállóinkban tartott teheneink legnagyobb része reagál a tuberkulin-oltásra, tehát fertőzött. A fertőzött állat teje pedig már akkor is tartalmazhat tuberkulózis-bacillusokat, amikor sem a tőgygümőkórnak, sem a tüdővésznek tünete még ki nem mutathatók. Angol és amerikai szerzők állatkísérletei szerint a csont- és mirigy-tuberkulózis legnagyobb részét a bovin-bacillus — tehát a szarvasmarhától származó tuberkulózis-bacillus — okozza és minthogy a bél útján, főképpen a tej útján történő tuberkulózis-fertőzés is okozhat tüdővést (német szerzők szerint a tüdővész eseteknek 15—20 %-ra becsülhető ez a hányad), kézenfekvő, hogy az állati fertőzés ellen teljesen indokolt a mostaninál szigorúbb védelem. Nálunk Magyarország némely vidékén, pld. a Hajdúságon a csont- és mirigygümőkór feltűnően gyakori, a piaci tej legnagyobb része pedig kétségtelenül igen nagy százalékban tartalmaz tuberkulózis-bacillusokat, s így a tejhygiéne nagyobbfokú kifejlesztése, kezdve már a fejés módszerén, nemcsak indokolt, de parancsolóan szükséges.

Ad 4. A tanyai egészségügy előbbrevitele igen nehéz kérdés az utak hiánya miatt. Én most csak a tuberkulózis szempontjából szólhatok hozzá ehhez a problémához. A tüdővész szempontjából maga a különálló tanyai élet határozottan kedvezőbb, mint a sűrű városi tömörülés. A tanyán a milió viszonyok kétségtelenül jobbak. Amire elsősorban szükség van, az az egészséges lakás biztosítása. Nem szabad megengedni, hogy kiki a maga feje szerint szeméttel, trágyával kevert vertfalból, picike ablakokkal építsen egy sötét, szellőzhetetlen és szennyel bevakodott padlójú odút és hogy a trágyagödrt

vagy dombját a házától egynéhány lépésnyi távolban állítsa fel. A tanyai házban lakókat a tuberkulózis expozíció szempontjából csak otthon és csak akkor fenyegeti nagyobb veszedelem, ha egy nyílt tuberkulotikus egyén kerül a családba, amikor dacára a kedvező életviszonyoknak és így a jobb testi kondíciónak, amivel nagyobb ellentállás jár együtt, a tuberkulózis a tanyai családot is elpusztítja. Ennek az elhárítása igen nehéz, mert nincs aki a tanyai beteget idejekorán lássa, sem orvos, sem bába, sem tanító vagy más intelligens ember ott meg nem fordul, s így a családot vagy a beteget jó tanáccsal sem láthatja el idejében. Itt elsősorban a tanyai iskoláknak kell hathatós segítségünkre lenni a szükséges ismeretek terjesztése útján. Egészségügyi szempontból a legelső kérdés a tanyai lakásnak és a tanyai udvarnak hygiéje és kellő tisztasága. Ezt kell elsősorban megteremteni.

Ad 5. és 6. Ha a tuberkulózis ellen, mint fertőzőbetegség ellen akarunk megelőző intézkedéseket tenni, akkor a súlyos nyílt tüdőbetegek kiemelése és a családból való eltávolítása a legelső feladat. Ez sokkal fontosabb, mint a kezdő betegek részére szanatóriumokat építeni. Ezekre is szükség van, de amazokra sokkal inkább, mert egy súlyos tüdőbeteg az egész családot beteggé teheti. Ilyen kórházi tüdőbeteg-pavillonok nálunk a múltban is aránylag csak csekély számban voltak, mindössze 26 ilyen pavillonunk volt, amelyeknek $\frac{2}{3}$ -a elveszett. Most pedig újak létesítése csak igen-igen lassan halad előre. Jelenleg kettő épül, Baján és Tapolcán. Természetesen ezek nemcsak a gyógyulásra kilátással nem bíró meghalok helyéül épülnek, hanem könnyebb betegek felgyógyulását is lehetővé tevő gyógyintézetek vagy legalább külön osztályok gyanánt a kórházakban. Ezek a kórházi-pavillonok természetesen a kórháztól egészen különálló területen is épülhetnek, mint annak détachait osztályai.

Ugyanezt a célt, a súlyos tüdőbetegeknek a családi otthonból való eltávolítását, szolgálja az a javaslatom, hogy minden nagyobb község létesítsen egy két-három szobás tüdőbeteg-otthont. Egy szobát a férfiak, egyet a nők részére, egy szoba-konyhát az ápolóul alkalmazott házaspár részére, akik ápolásra betanítva, orvos vezetése és ellenőrzése mellett gondoznák a betegeket. A fenntartás nem kerül jóformán semmibe, mert az élelmezést továbbra is a beteg családja látná el, úgymint azelőtt, a községi vagy körorvos pedig időnként be-benézne és a szükséghez képest gyógykezelné a betegeket. Az állam annakidején kötelezőleg és kényszerrel keresztülvitte a járványkórházak, vulgo: kolera-kórházak felállítását, aminek jóformán semmi értelme sem volt, mert azok évtizedekig üresen álltak, berendezésük ezalatt tönkrement, ami megmaradt, azt elhordták, padlójuk elgombásodott, a végén még az ablakfélfákat is elvitték. Ezeknél mindenesetre sokkal inkább indokolt a legveszedelmesebb és bennünket állandóan pusztító fertőzőbetegség, a tüdővész ellen állandó üzemű használatra ilyen igazán közérdekű s úgy a betegre, mint annak családjára egyformán áldásos elkülönítő-otthont létesíteni, ahol a beteg a nyomorúságos, sötét és földes padlójú, dohos lakása helyett tágas, világos és szellős szobában kapna tiszta ágyat és jóleső ápolást. Erre a célra igen sok helyen a meglevő és használatlan járványkórházakat lehetne fel-

használni, a nagyobb és módosabb községek pedig könnyen előteremthetnének 150—160 millió koronát — mondjuk kereken 12,000 pengót — erre a célra.

Ad 6. és 7. Közismert dolognak mondható immár, hogy a gyermeket kell leginkább óvni a fertőzéstől. A gyermek ellentállóképességét kell legjobban erősíteni, mert minél előrehaladottabb korban történik a fertőzés, és minél erősebb a gyermek immunbiológiai képessége, tehát minél erősebb kondíciójú a gyermek, annál kisebb a veszedelem arra, hogy az esetleges fertőzésből megnyilvánuló betegség váljék. Nálunk most dicséretes együttműködés folyik e téren. Az Országos Stefánia-Egyesület, a Gyermekvédő Liga, a Fehér- és Vöröskereszt-Egyesületek, a cserkészek, a hazai és külföldi nyaraltatások stb. egyaránt a kisdetek és serdülő gyermekek egészségének megőrzését és megerősítését szolgálják, még pedig látható eredménnyel. A csecsemővédelmet azonban már a születés előtt, az anyánál kell megkezdeni, mert aki a terhes anyát óvja és gondozza, az a megszületendő magzat egészségét is óvja és gondozza. A terhes tüdőbeteg nők gondozása és azok csecsemőinek megmentése igen fontos feladat, amivel azonban én közelebről nem foglalkozom, mert azt más referátum keretében fogjuk hallani. Feltétlenül szükséges azonban a meglévő berendezéseknek, melyek a gyermek- és csecsemővédelmet szolgálják, a fejlesztése és új védekezési módok kiépítése. Nálunk még általában hiányoznak a szabad levegőn oktató iskolák, az erdei iskolák, nyári napközi üdülők, további a nyári hőségben a csecsemők részére árnyas, hűvös termek stb.

Ad 8. Munka alatt a szervezet energiakifejtése nagyon megnövekszik és a termelt hőenergiának egy részét a szervezet mozgási energia alakjában értékesíti. A munka tartamának s az időegységben leadott energia-mennyiségben arányban kell lenniök a munkavégző egyén munkabírásával, mert különben az izmok nem képesek rendes fiziológiai működésüket tovább folytatni, a szövetnedvek és a vér megtelnek tejsavval és egyéb ú. n. kifáradási termékekkel, szóval beáll először a kifáradásnak és további erőltetésnek esetén a teljes kimerülésnek állapota. Ebben az állapotban az immunbiológiai kondíció, a tapasztalat szerint a legrosszabb. Minden fertőzés ilyenkor tapad meg legkönnyebben, s a szervezetben lappangó fertőző csírák ebben az állapotban kapnak leginkább erőt. Ez főként a tuberkulózis szempontjából fontos és tapasztalataim alapján nem habozom határozottan kimondani, hogy a tüdővész legfőbb kiváltó oka az elcsigázó munka. Testi és szellemi munka egyaránt. A szervezet munkabírását meghaladó állandó munka, különösen ha az kevés alvással párosul: a legfőbb kiváltó szociális oka a tüdővésznék. Ez okozza, hogy a lappangó fertőzöttség állapotából megnyilvánuló betegség fejlődik. Minthogy az emberek munkabírása különböző, ugyanaz a munka ugyanazon időtartam alatt a fáradtságnak, tehát a kondíciónak is különböző fokát idézi elő; de minthogy a munkának minősége és intenzitása is egyénenként változó, nyilvánvaló, hogy minden munkára egyformán kiterjedő azonos munkaidőnek a megszabása, pl. a nyolcórás munkaidő általánosítása, indokolatlan követelés. Van könnyű munka, amelyből 10 óra sem sok, és van nehéz munka, amelyből a nyolc óra már igen sok. A munkaidőnek olyatén szabályozása, amely az egyes emberek szervezetéhez és munkabírásához van szabva, gyakor-

latilag nem lehetséges. Ezen a téren a hivatás választásánál az orvosi vizsgálat és irányítás tehet a legtöbbet, de az egyes munkanemeknél, pl. az iparban vagy gyárparban, igenis lehetséges külön-külön megszabni azokat a maximális, illetőleg minimális határokat, amelyeken belül a napimunka mozoghat, tekintettel a nehéz munkánál szükséges megszakításokra és pihenőkre. Nézetem szerint ez nem utópia, sőt jóakarattal elég könnyen keresztülvihető. A nehéz testi munkásoknál, nagy terhet emelőknél, nagy kalapáccsal dolgozóknál, kubikos munkásoknál és az aratóknál pl. a nyolcórás munka kétségtelenül nemcsak elég, de sok. Igen nehéz és a testi szervezet erejét rendkívül elővevő munka az aratás és cséplés, úgy, ahogy az nálunk még mindig szokásos, hajnali 3 órától este 9-ig, ami nem 8 óra, hanem 18 óra! Az aratás és cséplés ártalmairól ezúttal nem kívánok bővebben foglalkozni időhiány miatt, erről majd más alkalommal mondom el nézetemet, most csak annyit jelentek ki, hogy felfogásom szerint mindenképpen arra kell törekednünk, hogy az emberi kéz munkáját a mezőgazdaságban is lehetőleg gépek helyettesítsék. A tüdővészre vonatkozólag csak egy statisztikai példát idézek: az önálló kisbirtokosok között, akik maguknak dolgoznak és úgy agyondolgozzák magukat, sokkal több a tüdővész, mint a mezőgazdasági napszámosok és a mezőgazdasági cselédek között, akik csak annyit dolgoznak, amennyit éppen muszáj.

Ad 9. Szorosan összefügg ezzel a kérdéssel a tisztviselők, gépírók u. n. irodistanók, továbbá tanítók és az ápoló apácák tuberkulózisának az ügye. Valamennyi foglalkozás között az apácák adják a legtöbb áldozatot a tüdővésznek. Figyelembe véve az ő körülményeiket, sem a táplálkozásuk, sem a lakásuk ellen kifogást emelni nem lehet. A ruházódásuk kifogásolható ugyan, nehezen szellőzhető voltánál fogva, de oki összefüggésbe gümős megbetegedésükkel ez nem hozható. Rendszerint a zárt levegőn való tartózkodást és az expozíció nagyságát szokás a tuberkulózis kiváltó okául tekinteni, én azonban összehasonlítva ezt más hasonló körülmények közt levőkkel, csak részben fogadhatom el valónak. Szerintem a szervezet kimerülése, a nagyon korai kelés, kései fekvés, kevés alvás, kevés pihenés — ez meríti ki teljesen az apácák szervezetének ellentállóképességét. Ez huzamosabb időn át a kondíció teljes leromlására vezet, ami egyértelmű a lappangó fertőzés aktiválásával. Több alvás, több pihenő, többórás szabad levegőn tartózkodás szükséges, hogy ennek a horribilis pusztulásnak elejét vegyük. Én azt hiszem, hogy minden ápolórend főnöksége kapható volna az életmód és szolgálati rend illetően átalakítására. Az irodába szorult kisasszonyok tüdővész megbetegedése is szerfölött magas, ami azt mutatja, hogy a legtöbb női szervezet gyenge a vele szemben támasztott munkaigényekkel szemben. Hosszas, kitaró munkára a női szervezet nem való. A zárt szobában való ülés, az írógép mellett való folytonos figyelés, a sokszor igen kevéssé tapintatos figyelemztetés iránt való érzékenység, állandó ideges izgatottságban tartják a fiatal nőket, ami előbb-utóbb teljesen kifárasztja őket. Ehhez a fontos jelenséghez társul még a gyakori pszichikai depresszió és ezeknek a hölgyeknek elégtelen táplálkozása. A legnagyobbbrészüik ugyanis intelligens úri családokból szár-

mazik, akik közül azonban igen sok a mostoha sors következtében kenyérkeresővé, családfenntartóvá vált. Könnyen érthető, hogy a legnagyobb részük igyekszik fenntartani úgy az érintkezésben, mint a ruházatban a régebbi társadalmi szintet. Ez azonban rendszerint a táplálkozás rovására történik. A mi hivatalnok-hölgyeink éppen úgy selyemharisnyában és antilopcipőben járnak, mint a gazdagok lányai, de rosszul laknak és rosszul táplálkoznak. Eredmény: a kondíció teljes leromlása, a diszpozíció megteremtése és egyiknél korábban, a másikinál később, de egészen biztosan megjelenik a «tüdőcsúcs-hurut». Ezen az állapoton segíteni igen nehéz, de kétségtelen, hogy esztelen feminizmus az, amely a nőknek testi és szellemi egészségük rovására követeli a férfiak hivatalát, amely nekik csak keserves robot és egészségük tönkretétele. Persze, mostanság nehéz előlük elzárni ezt a keserves kenyeret, de számukra is biztosítani kellene valamely módon, esetleg fizetésük egy részének visszatartásával, legalább a mindennapi tisztességes ellátást. Ami áll a hivatalnoknőkre, az áll — mutatis mutandis — legnagyobb részt a tanító-nőkre is. Azt is meg kell azonban még jegyeznem, hogy mindezek jórésznél a gyermekkori fertőzés aktiválását a serdülő korral teljesen megváltozó fiziológiai működés is erősen hajlamosítja a tuberkulózisra.

Ad 10. és 11. Az orvosok nagyobb mértékű belevonását s ezzel kapcsolatban a szociálhygiéne kötelező oktatását az egyetemen azért tartom szükségesnek, mert tapasztalatom szerint — kivéve a magyar orvosok tuberkulózis egyesületébe tömörülteket — az orvosok általában a tuberkulózis kérdés egész komplexumáról sokkal kevésbé tájékozottak, mint azt joggal meglehetne követelni. Az egyetemen úgyszólván csak a betegség klinikai jelenségével ismerkednek meg, a kérdés többi vonatkozásairól alig hallanak valamit. A tuberkulózis probléma képét alkotó mozaikköveknek legfeljebb $\frac{1}{3}$ -át ismerik, a többit nem. Tapasztalatom szerint különösen a biológiai, eugenetikai és orvos-statisztikai alap hiányzik a legtöbbnél. Az átöröklésről, a konstitúció fontosságáról, a biológiai szelekcióról, fajegészségről és népesedés-politikáról tudomásom szerint egyáltalán semmiféle kötelező tantárgy keretében nem szerezhetnek tudomást, s kénytelen vagyok restelkedve bár, de őszintén megmondani, hogy a jogi és közgazdasági egyetemokről kikerült hallgatók sok ilyen kérdéstről, tantárgyaik keretében, többet tanulnak és tudnak, laikus mivoltuk dacára, mint a kérdés fiziológiai, egészségügyi és biológiai alapjait gyökerében ismerni hivatott orvosok.

Általános vonatkozások. Szanatóriumok. Gondozó-intézetek. Oeuvre Grancher. Calmette-eljárás. További teendők.

Előadó: dr. báró K o r á n y i S á n d o r, egyetemi ny. r. tanár.

1. A tbc. elleni védekezés sikerének előfeltétele emelkedő általános jólét,, kultúra, hygiéne.

2. Kiindulás: a betegnek és az általa különösen veszélyeztetetteknek fölkeresése, állapotuknak, viszonyaiknak megvizsgálása.

3. Igazán értékes csak lehetőleg mindenre kiterjedő gondoskodás lehet. Azért az akció extenzitásának a rendelkezésre álló anyagi erőhöz és intézményekhez kell alkalmazkodnia.

4. Kötelező bejelentésnek haszna csak akkor lehet, ha a bejelentett betegek és családtagjaik felől kielégítő gondoskodás történhetik.

5. Szükséges intézmények:

a) tbc.-gondozók;

b) jótékonyági intézmények (anyagi támogatása, megfelelő foglalkozás, megfelelő lakás közvetítése stb.);

c) veszélyeztetett gyermekek elhelyezése (Oeuvre Grancher);

d) üdülőhelyek, gyermeknyaraltatás, erdei iskolák stb.;

e) kórházak (szanatóriumi kezelésre alkalmasak kiválogatása, súlyos betegek izolálása, lehetőleg díjtalanul vagy más intézmények költségén és nem korlátozott időre, sebészi tbc. kezelése, mesterséges pneumothorax készítése, fenntartása, phrenicotomia, thorakoplasztika, tbc.-s terhes nők elhelyezése stb.);

f) veszélyeztetett csecsemőkről való gondoskodás (Oeuvre Bemard, Calmette-féle védőoltások megkísérlése súlyos veszélyeztetés esetében);

g) szanatóriumok: felnőtt tüdő-tbc.-ban szenvedők, gyermekek, sebészi tbc.-ban szenvedők számára, foglalkozási körönként: nép-, munkás-, közép-osztály-szanatóriumok.

6. Haláleset, kiköltözés után lakásdezinfekció.

7. Az intézmények és a sújtott családok között a gondozó-intézet közvetít.

8. A gondozó-intézetek, a főleg izolálásra szolgáló tbc.-kórházak, a területi, a szanálás eszközei: tevékenységük akkora területre korlátozandó, amekkorának jó ellátására képesek.

9. Lehetőleg klimatikus szempontok szerint elhelyezendő szanatóriumok, nyaraló-, üdülőhelyek, specialisták közreműködésére szoruló sebészi osztályok anyagát a helyi jelentőségű intézmények nagy területről válogatják össze.

10. A tbc. elleni védekezés gyakorlati tanításának előmozdítására a szigorló orvosok gyakorlati évének egy része — két hét — jól vezetett és felszerelt tbc. gondozó-intézetben legyen tölthető. A tbc. elleni védekezés szolgálatában álló intézmények orvosi személyzetének megfelelő fizetés biztosítandó.

11. A tbc. elleni védekezés állami feladat. Abban a társadalmi akciók csak bizonyos speciális célok elérését támogassák, szoros összeköttetésben az államival.

12. A tbc. elleni védekezés tárgyában törvény hozandó.

*

* * *

A tuberkulózis leküzdése tulajdonképpen az általános jólétnek s a higiéniének emelkedésétől várható. Ebben a küzdelemben az egyes emberrel való foglalkozás, az a részletmunka, — amelybe tulajdonképpen az orvos bekapcsolódik, — a kisebb jelentőségű dolog.

Ennek az értekezletnek a megnyitásakor *Vass* öexcellenciája egy kijelentést tett, amelyet egészen szó nélkül hagyni nem óhajtának, bár nem

mernék vele diszkusszióba bocsátkozni. Azt mondta, hogy Magyarországon a kórházügy kifejlesztése elérte azt a fokot, amely — nem tudom, milyen szóval fejezte ki magát, de szavainak értelme az volt — már elég s most más oldalról kell a problémát megfogni.

Én azt hiszem, mindnyájan, akik itt vagyunk és akik ezzel a kérdéssel gyakorlati oldaláról foglalkozunk, nem vagyunk ebben a tekintetben megnyugtatta, sőt én azt merném állítani, hogy Magyarországon a tuberkulotikus betegek számára való férőhelyek száma egyáltalában nem elég s minél inkább megindul majd a tuberkulózis elleni küzdelem úgy, ahogy annak megindulnia kell, szervezeten, annál inkább fog kitűnni, hogy a meglévő helyek száma elégtelen. Azt hiszem, sem az egyik, sem a másik irány nem az, amely egymagában helyes, hanem a középuton kell haladnunk és mindkét irányban kell dolgoznunk. Hogy egy hasonlattal fejezzem ki magamat, ha egy ország maláriával van fertőzve, akkor a malária leküzdését a vízsabályozással kell kezdeni. Csak-hogy a vízsabályozásnál megállni nem lehet; foglalkozni kell az egyes egészséges emberrel, aki individuálisan védekezik és foglalkozni kell azzal a beteggel, amely betegben a plasmódium él; ha a betegben ezt a plasmódiumot chininnel kezeljük, a kör tulajdonképpen csak akkor záródik s ez az a pont, ahol a profilaxis és a therapia a gyakorlatban találkoznak.

Ami a malária leküzdésében a vízsabályozás, elterjedésében a mocsár, az a tuberkulózis elterjedésében a nyomor, az a nyomor, amely talán nem betűszerinti értelmében van meg mindenütt, de amely alatt értendő az élet-körülményeknek akármicsoda vonatkozásában fennálló amaz elégtelensége, amely az ember ellenállóképességét megtöri, vagy az ellenállóképesség fejlődését akadályozza. Magától értetődő dolog, hogy hiába vannak kórházak, hiába vannak diszpanzerek és szanatóriumok, ha a népnek egy bizonyos, jelentékeny része olyan viszonyok között él, amely viszonyok között ellenállóképessége tönkre megy. Ennélfogva teljesen igaz, hogy ezeknek az általános viszonyoknak javítása egyike azoknak a főszempontoknak, amelyekben előre kell haladni.

Hogy azonban ez egymagában nem elég, azt éppen Franciaország példája mutatja. Franciaország a háború előtt gazdagodott, a nyugati kultúrának otthona volt stb., egyszóval mindaz meg volt ott, amiről azt szoktuk mondani, hogy annak elérésére kell törekedni, és Franciaországban a tuberkulózis-mortalitás a háború kitöréséig nem csökkent semmit sem. Ez azt mutatja, hogy a gazdagodás, a kultiválódás egymagában nem elég, bár természetesen *conditio sine qua non*. Be kell hatolni a betegség által veszélyeztetett, a betegség által megtámadott tömegekbe és ott kell részletmunkába fogni, amely részletmunka nagyrészt az orvos munkája lesz.

Most már az a kérdés, hogy ezt a részletmunkát milyen módon kell megkezdeni. A tuberkulózis elterjedése egyenetlen. Egyenetlen a különböző társadalmi rétegekben, egyenetlen a különböző foglalkozási körökben és — mint arra hangsúlyozottan rámutatott *Fáy* öexcellenciája — elterjedése egyenetlen az ország különböző területein is; erősen fertőzött területek kevésbé fertőzött területek között vannak. A tuberkulózisnak ezek a fészkei azok, ahol

a részletmunkának tulajdonképpen meg kellene indulnia. Nagyon jól tudom, hogy amiket én most elfogok mondani, azok egyszerre nem valósíthatók meg, de ha a sokszor nem egyöntetű tervszerinti cselekvés helyébe egyöntetű tervszerinti cselekvést akarunk beállítani, akkor néha a távolabbi célok felé kell néznünk, mit csinálnánk, ha módunkban volna azt megtenni, s igyekeznünk kell arra, hogy csakugyan képesek is legyünk ezt megtenni.

Ennek a részletmunkának a tuberkulózis által erősebben sújtott fészkekben kell megindulnia, ezekben kell tanulmányozni a fennálló speciális viszonyokat és ezekhez a speciális viszonyokhoz kell alkalmazni azokat a teendőket, amelyeknek elvégzésétől várhatjuk azt, hogy ezeket a fészkeket asszanálni lehet. Egy-egy ilyen fészkek kitanulmányozására a diszpanzerek képesek. De ha azt nézzük, hogy a diszpanzerek Magyarországon megfelelnek-e és megfelelhetnek-e céljuknak, akkor erre a kérdésre azt kell felelnünk, hogy, sajnos, nem. Csak pár dolgot akarok kiemelni. A diszpanzerek az orvosnak, a vezetőnek, vagy ahol többen vannak, a vezetőknek teljes megélhetést nem nyújtanak, ennél fogva a diszpanzer vezetése a legtöbb helyen mellékfoglalkozás. Ha pedig mellékfoglalkozás, akkor azt az erőt, azt az intenzitást belevinni vezetésébe, amelyre szükség volna, talán nem lesz mindenkinek elég energiája.

A másik dolog, amire rá akarok mutatni, az, hogy a diszpanzer szegény. Ha ad egy kis fűtőanyagot, pár liter tejet, néhány kilogramm lisztet, azzal azon a családon állandóan, igazán nem segít. A diszpanzer működési köre sincs tulajdonképpen megszabva. A diszpanzerbe az megy, aki éppen oda akar menni, vagy akit véletlenül oda küldenek és az a diszpanzer elfogad egy hozzáfordulót a szomszédból, de elfogad távolabbi területről is. A diszpanzer működése tehát egyrészt nagyterjedelmű, még pedig rendszernélküli, másrészt pedig anyagilag nem elég erős s személyzete sem fordíthatja rá — az orvosi személyzetet értem — munkaképességének teljességét.

Ennek mi az eredménye? Egyrészt az, hogy ha a diszpanzer valakin segít, nem segít rajta eléggé, másrészt pedig ha egy területen akar segíteni, ezen a területen még kevésbé segít. Körülbelül úgy dolgozik, mint ahogy dolgoznánk akkor, ha kolerajárvány idejében csak minden tizedik beteget izolálnánk és ápolnánk, tíz közül kilencet pedig ott hagynánk, hogy a fertőzést terjessze tovább. Ez annak a tizediknek, akin segítettünk, nagyon jól esnék, de az általános asszanálás szempontjából jó, ha félmunkát végzünk; munkánk eredménye semmiesetre sem lesz valami nagy.

Mit csinál a diszpanzer? Segíthet anyagilag, segíthet tanácsokkal, az a tanács azonban, amelynek végrehajtására mód nincs, sokat nem ér. A diszpanzer feladata az volna, hogy minden egyes családban, amellyel foglalkozik, a család speciális viszonyaihoz képest szabja meg és tegye keresztülvihetőkké a szükséges teendőket. Ha a lakás rossz, akkor javítsa meg a lakást; ha az ételmezés elégtelen, javítsa meg az ételmezést. Abban a sújtott családban találkozunk a diszpanzer a védendő egészségesekkel és a betegekkel. A védendő egészségesek védelme tulajdonképpen abból áll, hogy a diszpozíciót kellene csökkenteni. Ebből a szempontból természetesen elsősorban a lakás fontos. A diszpanzer a lakáskérdésben úgy segíthetne, hogy ahol a lakás rossz —

és ez többnyire rossz — a lakásközvetítést kellene ezeken a helyeken rábízni. Természetesen ehhez lakások kellene, vagy lakbérkiegészítésekkel lehetne segíteni, amire azonban fedezet nincs. Vagy pedig olyan intézkedések kellene, mint amilyeneket pl. Németországban látunk, ahol pl. Altonában a Basse és Selve nagy gyár és más gyárak is munkáslakásaikat úgy építik, hogy a házaknak bizonyos százaléka el van látva egy szobával, amelyben a munkás vagy' pedig családtagja, ha tuberkulózisban szenved, elkülöníthető. Ha ilyen munkásházak volnának és ha ezeknek elosztása a diszpanzer hatáskörébe tartoznék, akkor az a diszpanzer nagyon sokat tehetne. Párizsban pedig nagy házakat béreltek ki olyan családok számára, amelyeknek egyik tagja tuberkulotikus s ezeknek a házaknak beosztása szintén megfelel az elkülönítés céljának.

A védendőek szempontjából nemcsak az a fontos, hogy a házban, a családban, a lakásban lehessen izolálni a betegeket, amíg más intézkedésre nincs szükség, hanem az is fontos, hogy azokat a gyermekeket, akik ott vannak és akiket fertőzni fognak a betegek, a diszpanzer kihelyezhesse olyan környezetbe, ahol az infekció veszélyének nincsenek kitéve. Ez az, amit Franciaországban igen nagy eredménnyel csinál az *Oeuvre Grancher*, amelyet *Grancher* klinikus alapított meg azzal, hogy saját vagyonának nagy részét fordította az első ilyen intézmények létesítésére. Ha a gyermekvédelem, amelynek Magyarországon igen kiterjedt és szép szervezése van, összekapcsolódnék a diszpanzer működésével, akkor ezen a téren kétségtelenül lehetne valamit, sőt talán sokat is csinálni.

Ezzel azonban nincs minden megoldva és a beteg kihelyezése is szükségessé válhatik: nemcsak a családból való kihelyezés, hanem *a foglalkozásból való kihelyezés is*. Ha a tanár, a tanító, vagy pedig egy portás a vasúti váróteremben stb. nyílt tuberkulózisban szenved, akkor közérdek, hogy azt az embert onnan eltávolítsák. Úgy eltávolítani azonban, hogy más foglalkozást nem adunk neki, nem lehet, ha pedig nem lehet, akkor valamiképpen gondoskodni kell számára más foglalkozásról. Megint a diszpanzer feladata volna, hogy olyan munkaalkalmakról gondoskodjék, amelyekben a tuberkulotikus beteg, ha még munkaképes, veszélytelen, és amely neki való. Ilyen intézkedések nagyszámban történtek Angliában. Ha azután már megszűnt munkaképes lenni, akkor jön a kihelyezésnek az az időpontja, amikor már igazán csak az egészségesek megvédése az, ami elsősorban szóba jöhet. Ha súlyos beteg az illető, akkor kórházba való. Nagy örömmel hallottam *Fáy* őexcellenciája -nak azt a javaslatát, hogy falun kell csinálni ilyen otthonokat. Annak a tuberkulózis elleni központi bizottságnak, úgy emlékszem, első ülésén, amelynek elnöke báró *Müller Kálmán* volt, felhívtam a figyelmét arra a szisztémára, amely Norvégiában szokásos: ott ugyanis falunként csinálnak *tuberkulózis-otthonokat*. Ezekben a békeidőben — nem tudom, most hogy áll a dolog — valamivel több mint egy korona volt egy beteg eltartási költsége. Volt ott egy házi asszony, s úgy, mint *Fáy* őexcellenciája ajánlotta, a család küldött be ételt stb. A kérdés megoldása tehát nagyon egyszerű volt.

A legtöbb esetben azonban, különösen a városokban, nem az ilyen otthon,

hanem *a kórház* az, amely ezt a feladatot elvégezheti. Hogy áll a helyzet e tekintetben Magyarországon? Nagyon jól tudjuk, mit jelent az, ha Pesten egy tuberkulotikus beteget kórházban akarunk elhelyezni. Valljuk meg őszintén, ehhez Pesten protekció kell. De tegyük fel, hogy a beteg bejutott a kórházba. Akkor — nem tudom biztosan — azt hiszem, hat hétig fizetnek érte ápolási költséget, azután pedig fizetheti ezt ő maga. Természetesen nem tud fizetni. Ezenkívül kórházainkban a beteg nem maradhat a végletekig, hanem van bizonyos terminus, amikor a beteget vagy kiküldik, vagy esetleg kegyelemből egy kicsit még ott tartják, előbb-utóbb azonban mégis csak el kell hagynia a kórházat. Ez olyan eljárás, mintha pl. egy ragályos bujakóros beteg kórházi tartózkodását terminushoz kötnék és ha ez az idő elérkezett, azt mondanák: menjen vissza az egészséges emberek közé. Mihelyt a tuberkulotikus beteg olyan sokáig fog maradni a kórházban, ameddig maradnia kell, mihelyt megszűnik az az állapot, hogy a tuberkulotikus betegeket nem tudjuk elhelyezni, hanem lesz számukra elég hely: mindjárt ki fog tűnni, hogy az a férőhely szám, amely felett Budapest és Magyarország ma rendelkezik, nagyon kicsi.

Ami a *szanatóriumokat* illeti, ezekről most bővebben szólni nem akarok. Ezek nagyon fontos kiegészítői a tuberkulózis elleni akciónak, de én is azoknak a nézetén vagyok, akik azt tartják, hogy ez tulajdonképpen betetőzése az akciónak, nem pedig alapja. Természetes, hogy szanatóriumokra okvetlenül szükség van, mert mi nemcsak az országgal, hanem az egyesekkel is foglalkozunk és azoknak az egyeseknek sorsát, akiken segíteni tudunk, nem hanyagolhatjuk el; nem várhatunk addig, amíg az egész országon segítettünk. A szanatóriumok fejlesztése tehát szintén a nagyon fontos feladatok közé tartozik. Hiszen a szanatóriumokba a még gyógyítható betegek kerülhetnek és azoknál a betegeknél, akik ide kerülnek, még megvan a lehetőség a gyógyulásra. Megvan ezenkívül az az előny is, hogy családjukhoz visszajuthatnak, ennél fogva ez az a pont, ahol a terapia a profilaxissal megint találkozik.

Vannak azonban olyan *gyógyító-intézmények* is, amelyek nálunk teljesen elhanyagoltak, vagy pedig egyáltalán hiányoznak, amelyek pedig úgy a gyógyítás, mint a profilaxis szempontjából igen nagy fontosságúak volnának. Ezeknek köréből megemlítem *a sebészi tuberkulózissal foglalkozó intézeteket*. Ma a sebészi tuberkulózisban szenvedő beteg a kórházban tulajdonképpen teher, akivel foglalkozni nem szeret senki sem. A sebészi tuberkulózisban szenvedő beteget nem veszik fel szívesen, vagy ha fel is veszik, akkor is jön vagy az egyik terminus, amelyen túl nem fizetnek érte, vagy a másik, amikor elküldik a kórházból. Ha kórházba is jut egy ilyen beteg, akkor is sorsa végeredményben ugyanaz, mintha nem került volna kórházba, mert tönkremegy, pedig meglehetne gyógyítani. De nemcsak tönkremegy egy olyan ember, akit az esetek többségében meglehetne gyógyítani, hanem szórja maga körül a fertőzést is, ahol csak érintkezik egészséges emberekkel. Sebészi tuberkulózis-osztályok felállítására és bizonyos speciális intézkedésekre van égető szükség, hogy az a beteg ott maradhasson, amíg arra szüksége van.

Sebészi tuberkulózis alatt nemcsak a mirigy-, csonttuberkulózist stb.

kell érteni, amit rendszeren sebészi tuberkulózis alatt értünk, hanem ide kell sorolni a tüdőtuberkulózisnak egy mindinkább növekvő csoportját. Tudjuk, hogy a tüdőtuberkulózisnak bizonyos esetei meggyógyíthatók mesterséges légmellel, pneumothoraxsal, és mióta ezeket a nagyon hatalmas eszközöket ismerjük, mindinkább kitűnik, hogy nem is olyan kevés azoknak az eseteknek száma, amelyekben ezek az eszközök alkalmazhatók, hacsak nem késünk el alkalmazásukkal, ha nem várjuk meg, amíg a másik oldal megbetegedése kifejlődik, vagy annyira előrehalad, hogy ez a leghatásosabb therápia már nem alkalmazható. Ha a sebészi csonttuberkulózis-, mirigy-tuberkulózis- stb. osztályokat kiegészítené olyan sebészi osztály, amely a tüdőtuberkulotikusokkal foglalkozik és célszerűen kiegészítené a gégetuberkulotikusokkal foglalkozó osztály, akkor ez nagyon hatalmas segítség volna, igaz, hogy a tuberkulózis therapiában, de ez egyúttal a tuberkulózis profilaxisához is hozzájárulna.

Még egy dolgot kell szóba hoznom, amelyet nem tudom már hányszor hoztam szóba évekkkel ezelőtt és amelynek elintézésére *Müller báró*, mint a központnak kormánybiztos-elnöke, annak idején egy értekezletet hívott össze. Az első intézkedések akkor meg is történtek, később azonban nem történt semmi sem. Ez a kérdés a *tuberkulotikus szülönő, gyermekágyasnő és csecsemője sorsa*. Tavaly Párizsban voltam és ott meglátogattam *Leon Bernardnak* alkotását, az *Oeuvre Bernard-ot*, amely ezzel a kérdéssel foglalkozik; ott megvalósítva láttam a maga egészében azt a gondolatot, amelyet akkoriban proponáltam és amelyre ezen a helyen is szeretném újra felhívni a figyelmet.

A tuberkulotikus terhes nő problémájával nem akarok hosszasan foglalkozni. Ennek a problémának a gyakorlatban való megoldása vagy az, hogy hagyunk mindent a maga módján menni — és akkor sokszor elpusztul az anya és a csecsemő is, mert nem törődik vele senki — vagy pedig az, hogy az emberek egy másik csoportja megszakítja a terhességet, amikor is biztosan elpusztul a magzat, de azért az anya valószínűleg nem mentetik meg. Ez a mai helyzet, és hogy ez nem megoldás, azt mindenki érzi. Régebben úgy állt a dolog, hogy azt hitték, hogy a tuberkulotikus anya gyermeke már születéskor halálra van szánva, a remény a megélhetésre kicsi. *Bernard* azt a nagyon nevezetes tényt mutatta ki, hogy a tuberkulotikus anya gyermeke méreteken, súlyban stb., amikor világra jön, semmiben sem különbözik az egészséges anya gyermekétől. Az a gyermek el fog pusztulni, ha együtt marad anyjával, de nem azért, mintha úgy született volna, hogy nem tudna megélni, hanem azért, mert anyjával együtt maradván, legfeljebb az első két hónap alatt, talán az első három hónap alatt, többnyire azonban már az első hetekben fertőződik. Ha ezt a gyermeket elvesszük anyjától, ha izoláljuk, akkor életképes, erős marad. Sajátságos dolog, hogy azoknak a csecsemőknek, akiket így izoláltak Franciaországban, tuberkulózis-mortalitása kisebb — természetesen azért, mert különösen gondozzák őket, — mint a nem gümőkóros anyák csecsemőinek tuberkulózis-halálózása.

Tény tehát az, hogy a tuberkulotikus anya csecsemője teljes értékű csecsemő. Ennek az új ténynek az alapján revidiálnunk kell azt a felfogásunkat, hogy amikor egy tuberkulotikus anya terhességét megszakítjuk, kisebb értékű

életet áldozunk fel nagyobb értékű életért. Ez az egyik dolog. A másik pedig az, hogy mindinkább kitűnt, hogy a tuberkulózis a terhességnek nem árt, legalább is a legtöbb esetben nem árt, ha az anyát kímélni lehet. Természetesen egészen más eset az, ha a tuberkulotikus terhes anya napszámba jár, vagy éheznek, de ha gondoskodunk róla, akkor a tuberkulózis nem árt. Svédországban, Franciaországban. Angliában és másutt szerzett tapasztalatok, azt lehet mondani, egészen kétségtelenül bizonyítják már ezt. Nem a magzatot kell tehát megölni, hanem az anyát kell megfelelően ellátni. Ezen kezdődjék a dolog. Amikor azután a csecsemő megszületett, ezt a csecsemőt kell megfelelően ellátni. Ez legcélszerűbben úgy történhetik, ahogy csinálja *Bernard*, hogy a csecsemőt elveszük az anyától és fertőzésmentes környezetben neveljük fel. De erre azt kérde *Levi*, római higiénikus, hogy ezt az eljárást hányval lehet megsokszorozni? Csakugyan, azoknak a gyermekeknek számát, akiket így mentenek meg, nagyon sokkal megsokszorozni nem lehet, vagy pedig a megsokszorozáshoz olyan segédeszközök kellenének, amelyekkel más ország sem rendelkezik s még kevésbé rendelkezik ez a szegény, Csonka-Magyarország.

Ilyen körülmények között — azt hiszem, szabad ezt mondanom — ma már jogosult nagyobb szabású kísérleteket folytatni a *Calmette-féle védőoltással*. A Calmette-féle védőoltásokról eddig a következőket mondhatjuk. Franciaországban beoltottak eddig 11,208 csecsemőt, ezenkívül 1926 június 1-ig beoltottak 6000 annamitát és kínait, 500 négert, valamint kísérletek történtek Belgiumban, Olaszországban, Svájcban, Romániában, az Egyesült-Államokban, Görögországban és Jugoszláviában.

A dolog természeténél fogva a franciaországi tapasztalatok eredményei tekinthetők át leginkább. A dolog úgy áll, hogyha a tuberkulotikus anyák csecsemőit nem gondozzuk, akkor azoknak mortalitása a körtől függ. Van olyan kör, ahol a csecsemők tuberkulózis-mortalitása egy éven belül 80 %, van olyan kör, ahol 70 %, Parisban pedig átlagosan azt lehet mondani 25—30%. A legjobb esetben tehát ezeknek a csecsemőknek harmadrésze az első éven belül meghal, meghal egy csomó a második éven belül stb. és kevésből lesz felnőtt ember. A Calmette-féle oltás eredményeként ellenben az tűnt ki, hogy az első év végéig csak 0*9 % halt meg tuberkulózisban.

Igaz, hogy a rendszeres oltások még csak 1924 júliusában kezdődtek meg és így a következtetések levonásában ma még nem mehetünk tovább, minthogy ezt konstatáljuk. De amikor az egyik oldalon úgy áll a dolog, hogy azzal a csecsemővel nem tudunk mit kezdeni és ha nem segítünk rajta, akkor talán él félévig, vagy egy évig, de felnőtt ember aligha lesz belőle, a másik oldalon pedig azt látjuk, hogy az első év végéig annak a csoportnak mortalitását le tudtuk szállítani 1% alá, akkor, azt hiszem, nem kell sokáig várnunk azt, hogy a későbbi eredmények milyenek lesznek, hanem miután 11,208 franciánál és a többieknél is bebizonyosodott, hogy ez a védőoltás a csecsemőknek nem árt, Magyarországon is időszerű volna ezeknek az oltásoknak kísérletképpen való bevezetése, ha nem is gondolunk mindjárt ezekre és ezekre. Hiszen még a sebészetben is úgy vagyunk, hogyha valakinek kevés kilátása

van arra, hogy megél, ha operáció alá nem vetjük, akkor operáció alá vetjük még akkor is, ha ennek az operációnak sikere nem 100%-os biztonságú.

Körülbelül ez a helyzet ma ezekkel a csecsemőkkel, úgyhogy mint javaslatot azt volnék bátor hozzácsatolni azokhoz, amiket előttem elmondottak: *szükséges sebészi-osztályok organizálása és a Calmette-féle oltási módszernek még nagyobb terjedelemben való kipróbálása*, hogy azután, ha a próbák eredménye nálunk is ugyanolyan lesz — és miért ne végződnenek ugyanazzal az eredménnyel? — mint másutt, akkor fokozatosan történjék gondoskodás azoknak kiterjesztéséről. Ezenkívül pedig a tuberkulózis elleni akciónak rendszeres megorganizálása volna kívánatos. Ebben *a rendszerben a központ a diszpanzer kellene, hogy legyen*. A diszpanzer hatáskörébe olyan területnek kellene tartoznia, amely terület igazi ellátásra képes az a diszpanzer. Anyagi erőt kellene adni tehát az intézménynek, hogy csakugyan komoly eredményes munkát tudjon végezni. *A diszpanzernek organizált összeköttetéseket kell teremteni a gyermekvédelemhez, a kóiházakhoz, a szanatóriumokhoz és egyéb intézményekhez, amelynek hasznát veheti és ha ő lesz ezeknek az intézményeknek központja és mint diszpa?izer, nemcsak ételeket és segélyeket fog diszpendálni, hanem egyúttal ezeknek az intézményeknek ellenőrzője is lesz, amennyire lehet, akkor ez minta-organizáció lesz.*

Természetesen ilyen dolgot nem lehet sok helyen és nagy méretekben egyszerre csinálni, de ha egy ilyen minta-organizáció létrejönne valahol, ha bebizonyosodnék annak haszna és ha az tényleg megerősödnék, akkor ez kristályosodási pont volna és akkor talán megszűnnék az a rendszertelenség, amelynek következménye az, hogy ma tulajdonképpen csak akkor létesül valami intézmény, ha egy olyan ember igyekszik azt megvalósítani, akinek súlya van. Természetesen az illető ezzel a köznek nagyon jót tesz, de az az intézmény, amely így létesül, nincs mindig kellő arányban azokkal, amelyek nem létesülhettek. Organizációt kellene behozni az akcióba; hogy ennek az organizációnak megteremtése hogyan érhető el, ezt természetesen olyan emberek tudhatják csak, akik az adminisztrációhoz értenek és akiknek ezekben a dolgokban nagyobb tapasztalatuk van, mint amilyenek felett én rendelkezem.

Hozzászólások:

1. Dr. Hutyra Ferenc, főiskolai rektor: Az előadó úr javaslatainak 8. pontja, mely szükségnek mondja az istálló- és tej higiéné fokozottabb gyakorlását, röviden reá utal az emberek és az állatok gümőkórja közötti okozati összefüggésre, illetve arra, hogy különösen a gümőkóros tehének teje egyik forrása lehet az emberi gümőkórnak. Az említett összefüggés csakugyan olyan szoros, hogy amidőn a gümőkór elleni védekezésről van szó, szükségképpen tekintettel kell lenni azokra a veszélyekre is, melyek az embert, főképpen fiatal korában, a gümőkóros állatok részéről fenyegetik.

Amióta *Theobald Smith*, majd *Koch Róbert* kísérletes vizsgálatai révén nyilvánvalóvá lett, hogy a gümőkór bacillusának több varietása vagy típusa van, melyek főképpen virulenciájukban lényegesen különböznek egymástól,

mindenféle serényen kutatták, hogy e típusok mennyiben és minő arányban szerepelnek az ember és az állatok gümőkórjának oktatában. A vizsgálatok során kiderült, hogy az emberi gümőkór leggyakoribb alakját, a tüdővész, mondhatni mindig a human-típus okozza ugyan, hogy azonban a tuberkulózis egyéb alakjai, nevezetesen a nyirokcsomók, a csontok és ízületek elsősleges gümőkórja, sőt a lupus is, az esetek tetemes százalékában a bovin-típus okozta fertőzésre vezethetők vissza. Az arányszámok a különböző kutatók szerint meglehetősen tág határok között ingadoznak, annyiban azonban meg-egyeznek egymással, hogy általában legmagasabbak a fiatal gyermekkorban, azontúl pedig fokozatosan csökkennek.

Így, hogy egy-két példát említsek, *Griffith* az 5 éven aluli gyermekek-nél az esetek 37,5%-ában, az 5—10 éves korban az esetek 29,5%-ában, a 10—16 éves korban azok 14,7%-ában, azontúl pedig már csak az esetek 6,2%-ában talált bovin eredetű gümős bacillusokat. Szerinte a lupus az esetek 50%-ában, a csontok és, ízületek gümőkórja azok 50%-ban ilyen eredetű.

Más szerzők szintén magas arányszámokat találtak a szóban levő kór-alakoknál, így *Fraser* a csont- és ízületi gümőkórnál 60%-ot, *Stiles* a nyaki nyirokcsomók gümőkórjánál 60%-ot, a bélfodri nyirokcsomók megbetegedé-sénél *Park* és *Krumwiede* az 5 éven aluli korban 58%-ot, az 5—16 éves kor-ban 36%-ot.

Magyarországon, sajnos, mindeztideig nem történtek hasonló vizsgálatok, pedig a csontok és ízületek gümőkórja nálunk, különösen a szegényebb nép-osztályokban, nagyon gyakori, amint erre *Bakay Lajos* tanár, a Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesületének legutóbbi, pécsi, közgyűlésén nagy nyomatékkal reámutatott. Már ennek a kóralaknak nagy gyakorisága is nagyon kívánatos, illetve szükségessé tenné, hogy nálunk is végeztesse vizsgálatok az eti-ológiai viszonyok szabatos megállapítása végett, amint erre már az előadó úr is ugyanazzal az alkalommal reámutatott. De ilyen vizsgálatok nélkül is, tekintettel a nagyjában egyező külföldi tapasztalatokra, már eleve majdnem biztossággal föl lehet tételezni, hogy nálunk is nagy a jelentősége a bovin eredetű fertőzésnek és pedig annál inkább, mert hazánkban a nyugati fajta tejelő tehének között a gümőkór megközelítően hasonló arányban van el-terjedve, mint a nyugati államokban, de a keleti fajtájú állatok között sem ritka, másrészt pedig, főleg vidéken és a szegényebb néposztályoknál, általá-ban szokás a tejet nyersen fogyasztani.

Ilyen viszonyok között mindenképpen megokolt és szükséges volna az emberi tuberkulózis elleni védekezés során a bovin eredetű fertőzésre is meg-felelő figyelmet fordítani, a valósággal azonban úgyszólván semmi sem tör-ténik ebben az irányban.

Az első és legfontosabb feladat volna a fertőzés forrását a lehetőségig elapasztani a betegség irtásával a szarvasmarha-állományokban. A múlt század végén meg is indult ebben az irányban a mozgalom. Én magam ipar-kodtam felhívni a köz- és állategészségügyi hatóságok és a gazdaközönség figyelmét a baj nagy elterjedésére s az ebből a köz- és állategészségügyre háramló nagy károsodásokra. Ezelőtt 28 évvel e tárgyban szabályrendelet-

tervezetet készítettem, melyet országos értekezlet tárgyalt és melynek az volt a lényege, hogy a földművelésügyi kormány támogatja az állattulajdonosokat a gümőkór irtásában, a tehenészetek hatósági ellenőrzés alá helyeztetnek, tőgygümőkóros tehenek az állományokból eltávolítandók, lefőlözött tej csak 85 C°-ra történt fölmelegítés után hozható forgalomba, köztenyésztésre csak tuberkulinra nem reagáló apaállatok alkalmazhatók stb. Nem sokkal később külön törvényjavaslat készült a tőgygümőkóros tehenek kötelező irtásáról.

A szépen megindult mozgalom azonban csak annyiban vezetett némi eredményre, hogy egyes nagyobb gazdaságok, felismerve az ügynek gazdasági fontosságát, iparkodtak kiküszöbölni a betegséget saját tenyészeikből s ezen a téren szép sikereket is értek el, a hatóságok azonban továbbra is tétlenül nézték a bajnak folytonos terjeszkedését. Ma is az a helyzet, hogy a gümőkór nem tartozik a hivatalból jelentendő betegségek közé s ennél fogva a hatóságok nem is foglalkoznak vele. Az 1909. évben a belügyminiszter elrendelte ugyan a tőgygümőkóros tehenek kiselejtezését, minthogy azonban nem engedélyezett kártalanítást a tulajdonosoknak, a rendelkezés papíron maradt, illetőleg mindössze annyi volt az eredmény, hogy 26 év alatt alig egy pár beteg tehen vonatott ki ezen a címen a forgalomból. Hasonlóképpen kevés foganatja lett egy másik 1909. évi rendeletnek, mely előírja, hogy tejet feldolgozó telepek a lefőlözött tejet csak 85 C°-ra való fölmelegítés után hozzadják forgalomba vagy adhatják vissza a tejet beszolgáltató gazdáknak.

Meglehetősen jellemzi az érdeklődés hiányát az ügy iránt, hogy amidőn ezelőtt kb. egy évvel országosan szabályozták a tej termelésének és forgalombahozatalának egészségügyi ellenőrzését, egészen apró részleteket pontosan körülírtak ugyan, a tejet szolgáltató tehenek egészségi állapotának ellenőrzését azonban figyelmen kívül hagyták, illetve mindössze az elavult állategészségügyi törvény néhány, ebből a szempontból egyáltalában ki nem elégitő §-ának idézésére szorítkoztak, a gümőkórrol pedig egyáltalában nem esik szó a vonatkozó szabályrendeletben.

A valóságban tehát semmi sem korlátozza a betegség terjeszkedését a háziállatok között s éppúgy semmiféle hatósági intézkedés nem védi az embereket az állati gümőkór részéről fenyegető fertőzéssel szemben. A jövőt illetőleg mégis annyiban van kilátás a helyzet javulására, hogy az új állategészségügyi törvény tervezete a gümőkórt a hivatalból jelentendő betegségek sorába iktatja s ezzel megadja a módot és lehetőséget arra, hogy a hatóságok hivatalból foglalkozzanak az üggyel, és jogos a remény, hogy a kormány az új törvény végrehajtása folyamán megteszi mindazokat az intézkedéseket, melyek alkalmasak arra, hogy az említett veszélyeket elhárítsák, vagy legalább is korlátozzák. Ebben az irányban bizonyára súlya lesz a mostani értekezlet szavának is, ha reá utal a hatósági védekezés nagy fontosságára és elodázhatatlan szükségességére, egyben megjelölve a védekezésnek főbb irányelveit.

Ezért, mellőzve más állatfajok gümőkórjának méltatását az emberek megbetegedésével való vonatkozásában, tisztelettel javasolom, hogy a t. or-

szágos értekezlet az előadó úr javaslatai 6. pontjának kiegészítéséül jelezze szükségesnek, hogy:

1. vizsgálatok végeztesse az állati eredetű fertőzés gyakoriságának megállapítására az emberi gümőkór különböző alakjainál;

2. a háziállatok s elsősorban a szarvasmarhák gümőkórja megfelelő törvényes intézkedések szabatos végrehajtásával gyéríttessék;

3. közfogyasztás számára tejet termelő tehenészetek hivatalos szakszerű ellenőrzés alá helyeztesse avégből, hogy csak egészséges tehenek teje jusson a forgalomba s nevezetesen

4. nyílt gümőkórban beteg s elsősorban tögygümőkóros tehenek közfogyasztás számára tejet termelő tehenészetektől állami kártalanítás mellett kiküszöböltessék;

5. tejet gyűjtő és feldolgozó telepekről lefőlözött (sovány) tej csak előzően 85 C°-ra történt felmelegítés után jusson forgalomba;

6. a forgalomba hozott tej ne csak kémiai, hanem bakteriológiai módszerekkel is vizsgáltsék, különös tekintettel pathogen-baktériumokkal való netaláni szennyezettségére.

2. Dr. M a n n i n g e r V i l m o s, egyetemi tanár: A tuberkulózis elleni küzdelemnek egy kis és nagyon elhanyagolt részletkérdésére utal, arra, mennyiben lehetne az iskolát beállítani a tuberkulózis elleni küzdelem szolgálatába.

Ha az egyetlen félig-meddig megbízható statisztikát, a mortalitását vesszük kiinduló pontul, úgy tűnik fel, mintha az iskolaköteles kor volna az, amelyben legkevésbé kellene félni e népbetegség pusztításától.

Parassin főtitkár úr szívességéből rendelkezésemre állott az az óriási anyag, amely Budapest 50 éves tuberkulózis-statisztikáját öleli fel. Ennek adataiból kiemelem a halálozást 5 éves turnusokban. E szerint százalékban kifejezve, gümőkórban elhalt

0—5 éves korig	21.8%	15—20 éves korig	5.1%
5—10 éves korig	1.4%	20—30 éves korig	19.8%
10—15 éves korig	1.2%	30—40 éves korig	18.9%
40—80 éves korig 35.5%,			

azaz kerekében kifejezve: a lakosság $\frac{1}{5}$ -e az első 5 életévben, $\frac{2}{5}$ -e a második és harmadik évtizedben, $\frac{1}{3}$ -a a 40-ik életév után. Az iskolaköteles korra (5—15 éves kort számítva) esik az összes halálesetek $\frac{1}{50}$ -e = 2.6%.

Kommentár nélkül olvasva e számokat, ebből arra lehetne következtetni, hogy erre az életkorra fölösleges különleges intézkedések megtétele. Ha azonban az immunbiológia szemszögéből nézzük a problémát, azt hiszem, hogy a legegyszerűbb, legolcsóbb és talán leghatásosabb preventív intézkedések éppen ebben a korban volnának alkalmazhatók.

A 20%-ot meghaladó halandóság az első öt életév alatt jelenti azt, hogy ekkor legnagyobb a fertőzés és leggyengébb az immunitás. A mortalitás csökkenése a II. és III. quinquenniumban csakis az immunitás fokozódásának tudható be, hisz az expozíció ebben a korban feltétlenül nagyobb, mint az csecsemőkori és az első életévekben.

A mortalitás megnövekedése a IV—VIII. quinquenniumig (15—40 évig), ami az összmortalitás 53.5%-át teszi ki, az immunitást lerontó hatások szaporítására, a létért való küzdelem romboló hatására, egyéb biológiai faktorokra (terhesség, stb.), helyesebben ezen hatások eredőjére vezetendő vissza. Az elmondottakból folyó logikai következtetés a következőkben volna összefoglalható:

1. Minthogy az újszülött és csecsemőkorban az expozíciót nagy arányokban (ahogy az az állatorvosi prakszisban keresztülvihető) az emberi pathológiára át nem vihetjük, az egyetlen kilátásosnak ígérkező eljárás az immunitás mesterséges fokozása. (*Calmette-féle* védőoltások, kombinálva az *Grancher- és Bemard-al.*)

2. A II—III. quinquennium, amikor a mortalitás a legkisebb, véleményem szerint az a kor, amelyben a fertőzés kiváltotta természetes immunitás — még kedvezőtlen külső viszonyok ellenére is — a legtökéletesebben alakul ki.

Véleményem szerint a profilaxisnak ebben a korban kellene minden lehető eszközt felhasználnia, hogy ezen immunitást a legmagasabb fokra emelje. Erre rendkívül alkalmasnak tartom az iskola igénybevételét, amely — a tanítási kényszer hatása alatt — az egész lakosságra kiterjesztheti hatását. Az immunitás fokozására nem is pozitív eszközök szükségesek, inkább oly ártalmak elhárítása a feladat, amelyek az immunitás csökkentését okozhatják.

Egy ilyen ártalom maga az iskola, rosszul vagy tökéletlenül szellőzött termeivel, a gyermekek egy zárt szobában való összezsúfolásával stb. E körülményeken könnyen lehet segíteni igen kevés anyagi áldozattal. 1. A tanításnak az a része, amely nem igényel csakis zárt helységbe használható taneszközöket és nem jár írással, a szabadban eszközölhető. Erre nem kell egyéb, mint az esőt kirekesztő tető, szelet kirekesztő két oldalfallal, ami egyúttal arra is jó, hogy a figyelmet elvonó történéseket elrekeszti az osztály szeme elől. *A tanítás a szabadban azokban a hónapokban lehetséges, amikor még vagy már nem kell az iskolát fűteni.*

2. Kötelezővé kellene tenni a tanítást megszakító szabadgyakorlatot vagy játékot félórás időtartammal, ruha nélkül. Az egyetlen ruhadarab a Bier-említett Stadionfrack, háromszögletű vászonkötény ke, a derékon megkötött szallagon megerősítve.

3. E rendszabályok vidéken jóformán minden iskolában, a főváros perifériáján is a legtöbb iskolában megvalósíthatók. A főváros belterületén levő iskolákban, ahol nincs elég nagy udvar vagy játszótér, a lapostető is alkalmas ilyen szabad levegőn megépítendő félszeralakú fatető megépítésére. Különösen veszélyeztetett gyermekek számára, akiknek kiválogatása az iskolorvos feladata volna, az udvaron vagy a lapostetőn épített félszer napkúrákra volna tavasztól ősziig — a tanulási idő után — felhasználható.

4. Oly iskolák számára, ahol a szabadban való tanítás ezen módjai fel nem használhatók, gondoskodni kellene ú. n. kertiskolákról, amelyek egyszerűen hetenként fölváltva volnának az egyes iskoláknak fenntartva (budai hegyvidéken, a rákosi üdülő-teleppel kapcsolatban), oly módon, ahogy ezt a háború óta több német nagyváros (Düsseldorf, Köln, Drezda) meg is valósította

Az ottani városi villamos-társulat ingyen ad külön vonatot a ki- és beszállításra.

Hogy ezen ilyen egyszerű és könnyen keresztülvihető eszközökkel nemcsak egészséges, hanem manifesten tbc-s betegeken is lehet kitűnő eredményeket elérni, azt bizonyítja a soproni erdőiskola nyolc éves beteganyagának statisztikája. Az ott ápolt 36 manifesten tbc-s, de nem nyílt tuberkulózisban szenvedő 6—12 éves korú betegek közül nyolc év alatt egyetlenegy esetben sem progrediált a betegség. Sőt az elbocsátottak egytől-egyig klinice gyógyultaknak voltak mondhatók. Mindezt elérte az iskola a legprimitívebb és legolcsóbb élelmezés mellett minden gyógyszer vagy immunizáló-eljárás kizárásával, tisztára a föntvázolt két tényező, a levegő és a nap bekapcsolásával. Meggyőződésem, hogyha ezt az eredményt sikerül rendszeresen elérni beteg gyermekeken, sokkal könnyebben és gyorsabban érhető el az eredmény a klinice egészséges tanulóifjúságon.

Másik bizonyíték az eljárás áldásos és egyben könnyű alkalmazásának az Amerikában egyre terjedő openair school-ok, a németországi és svájci Freiluft-schulék statisztikája és kimutatásai.

Egy nehézség van, amelynek leküzdése csak lassan fog sikerülni: a tanítószág ellenkezése, amely a megszokott módszerektől nehezen téríthető el. Itt csak két dolog segíthet. Az egyik a példa. Ha akad egy-két iskola, ahol lelkes és megértő tanítógárda eredményesen keresztülviszi a kísérletet, ennek a példája megfogja győzni a tanítószágnak konzervatívabb, újabb eszméknek nehezebben hozzáférhető részét is. Megvallom, hogy a soproni erdőiskola alapításának egyik indoka éppen ezen a gondolatmenetnek propagandája volt. A másik, ami országossá teheti az akciót, a kultuszminiszternek rendelete, amely — ha a kísérletek beváltak pedagógiai szempontból is — egységessé teheti az eljárást.

3. Dr. Juba Adolf, egyetemi m.-tanár: Két irányban kíván megjegyzéseket tenni. Elsősorban ama tény, hogy a gümőkóros halálozáé nálunk a legnagyobb, a rossz lakásviszonyokban látja: a falusi házak ablakai felette kicsinyek, az agyagpadló erősen porzik, keresztzellőzés hiányzik (a városi lakásokban is). Hozzá jó még a túlszűfolttság és az asszonyok teljes tájékozatlansága a lakás egészsége tekintetében. Különösen most fontos a lakáskérdéssel foglalkozni, amikor 250 ezer házhelyet osztottak ki és egymás után épülnek az új házak éppoly rosszán, mint eddigelé. A népet nagyirányú felvilágosító munkával, vetítettképes előadásokkal, népies iratokkal kellene felvilágosítani és államsegélyben csak olyant volna szabad részesíteni, aki az egészség követelményeinek megfelelően épít.

Másodsorban felhívja a figyelmet arra a nagy segítségre, amit az egészséges iskola nyújthat; a helyes építkezés és berendezés, az oktatás lehetőleg a friss levegőn, amit az angolok egész rendszerre fejlesztettek, a tanítók egészségének a kérdése, akikre nézve a tbc. foglalkozási betegség és akiket képzőkoruktól fogva kellőképp vezetni kellene, a tanulók egységes fejlődésének biztosítása, betegségeik megelőzése és megszüntetése, az egészséges életre való nevelésük, ami más, mint az egészségtannak tantárgyszerű tanítása, sőt

mind fontos tényezők a tbc. elleni küzdelemben. Örömmel látja, hogy Németországban sok helyütt összekötik a tbc. gondozást az iskolaorvosi teendőkkal és a kapcsolatot a tüdőgondozó-intézet és az iskolaegészségügy között mentől szorosabbnak szeretné fejleszteni, ahogy azt a járási gondozó-iskolaorvos címe alatt javasolta. Az orvos ekkép a népességet kora fiatalságtól kezdve tartja kezében, a legmesszebbmenő nyomozó és felvilágosító munkát teljesítheti, korán felismerheti a tbc-t és idejekorán megfelelően intézkedhetik, a költségek is emígy legkisebbek.

4. Dr. Beck Soma, egyetemi ny. r. tanár (Pécs): Bár a tuberkulózis elleni védekezés úgy a profilaxis, mint a gyógyítás irányában mind nagyobb teret foglal el az általános higiénie keretében, tagadhatatlan, hogy a javasolt vagy megvalósított rendszabályok annyiban egyoldalúak, amennyiben túlnyomóan a tüdő-tuberkulózisra vonatkoznak, és alig veszik tekintetbe egyéb szervek gümös megbetegedéseinek jelentőségét. A legutóbb Pécsen tartott tuberkulózis-nagygyűlésen *Bakay* professzor hangsúlyozottan reámutatott arra, hogy a sebészi gümös megbetegedések sem a szociálshigiénie szempontjából, mint kórterjesztők, sem a betegek egyéni szempontjából kellő méltánylásban nem részesülnek. Ugyanez a helyzet a bőr-tuberkulózisra vonatkozólag is. Pécsi működésem megkezdése után rövidesen arra a szomorú tapasztalatra jutottam, hogy a mi környékünkön a *börgümőkór, különösen a lupus* minden várakozást meghaladó mértékben van elterjedve, főleg a földmívelő nép között és két év óta mind jobban megerősödött bennem az a meggyőződés, hogy nem nézhetjük tovább közömbösen lupus-betegeink nyomorúságát, hanem rendszeres és szakszerű gyógyításuk érdekében az arra hivatott tényezők hathatós támogatásával cselekednünk kell.

A lupus-beteg kezelésében nagyobbrészt más szempontok irányadók, mint a tüdő-tuberkulózisában. A kezelés időtartama rendkívül hosszú, súlyosabb esetekben évekre terjedő s ily hosszú kezelés legtöbb esetben csak intézeti elhelyezésben vihető keresztül, főleg azért, mert az ilyen betegek munkaképtelenek, de nem azért, mintha a beteg általános állapota munkavégzését nem tenné megengedhetővé, hanem azért, mert torz külsejénél fogva alkalmazást nem kap. Az intézeten belül azonban munkája az őt elhelyező intézet vagy a beteg saját javára könnyen értékesíthető. Klinikámon 1924 nov. 1-étől 1926 jún. 1-éig, tehát 19 hónap alatt 50 börgümőkórban szenvedőt kezeltünk mint fekvő- s 54-et, mint járóbeteget. Ahhoz azonban, hogy a mai tudásunk színvonalának megfelelő eredményt érhessünk el, olyan különleges berendezésekre van szükségünk, amilyennel ma Magyarországon egyetlen intézmény, sem klinika, sem kórház, nem rendelkezik. Elodázhatatlanul szükségesnek mutatkozik tehát, hogy hazánkban legalább is egy olyan intézmény létesíttessék, amelyben e szerencsétlen betegek megtalálják mindazt, ami őket visszaadja családjuknak, hivatásuknak és a társadalomnak, amelynek különben külsejüknél fogva mindenki által került, kiközösített páriái. A pécsi bőr- és nemibeteg klinika a Mecsek nyúlványának déli lejtőjén való fekvésénél s a rendelkezésre álló telekviszonyoknál fogva, különösen alkalmas volna egy ilyen, ha egyelőre csak szűkebb keretek között is működő *«lupus-otthon»*

megvalósítására. Azok a kultúr államok, így elsősorban Ausztria, ahol a lupus megbetegedések hasonló nagy számban fordulnak elő, már régebben gondoskodtak ezeknek megfelelő gondozásáról. Kapcsolatban a vázolt állapottal, bátor vagyok a lupus-otthon felállításának szükségességét elsősorban itt hangoztatni.

5. Dr. T ü d ő s K á l m á n, városi tisztifőorvos (Debrecen): Indokoltnak látom felhívni a figyelmet arra, hogy Debrecenben a zsidók sokkal, mintegy háromszorta kedvezőbben állanak tuberkulózis-halandóság tekintetében mint a város többi lakói. Itt 10 év adatai szerint (1910—1920-ig) a nem-zsidóknál 10,000 lakosra 34-62 tuberkulózis halálozás esett, zsidókra pedig csak 11·33. Azt hiszem, ez az ország többi részeiben is ilyenformán van.

Ezt a rendkívül kedvező arányt két tényező okozhatja. Az egyik az, hogy egy 6000 éves kultúrájú nép az idők folyamán az immunitás olyan fokát érte el, amilyennel egyetlen egy ma élő másik nemzet sem bírhat. Hogy ez a nép legnagyobb részben szétszórtan él a többi nemzetek között, ezen a megállapításon nem változtat semmit, mert ismeretes, hogy — legalább nagyobb arányban — nem keveredett össze semmi más fajjal. A kultúrországokban ma a zsidóság az egyetlen, mely eredeti fajiságát megőrizte. A másik nem kevésbé figyelemreméltó ok az, hogy tudvalevőleg a zsidók mindenütt, így nálunk is, nagyon racionális és józan életet élnek. Egészségük megőrzésére nem sajnálnak sem pénzt, sem fáradságot, mert tudják, hogy ez a legnagyobb érték. Különösen figyelemreméltó, hogy a szeszes italokkal soha nem élnek vissza. Azt hiszem, hogy ezek a tulajdonságok legalább is olyan fontossággal bírnak, mint a több évezreden át megszerzett relatív immunitás. Megvagyok győződve, hogyha a magyar nép szintén rászokik a józan, értelmes, öntudatos és vidáman tevékeny életre, akkor ez lesz a leghatalmasabb fegyver a tuberkulózis ellen is. Ehhez pedig az első lépés az olyan népiskolai reform, amelynek veleje az iskolák nagyarányú szaporítása annyira, hogy egy-egy osztályba 25—30-nál több gyermek ne járjon s így a tanító náluk egyénekenkénti nevelőmunkát végezhesen.

Legsürgősebb feladatnak látom *elkülönítő-intézeteket létesíteni* olyan tuberkulózisban szenvedő emberek számára, kik már akár életkoruk, akár betegségük természete folytán olyan állapotban vannak, hogy kórházi vagy szanatóriumi gyógykezeléstől munkaképességek visszaállítását várni már nem lehet. Debrecen városában ma legalább is 3—4 száz olyan gümőkóros beteg van, kik minden gyógyintézettől visszautasítva, családjuk körében tengődnek. A helyzet az ország más részeiben sem lehet nagyon eltérő. Az ilyenekről feltétlenül és minél sürgősebben gondoskodni kell olyan egyszerű és olcsó, de egészségügyi tekintetben kifogástalan intézetekben, hol kellő ápolást és ellátást kaphatnak. Világos, hogy miután az ilyenek gondozása állami közérdek, a költségek is az állampénztárt kell hogy terheljék.

A másik dolog, amire gondolok, az, hogy a kórházban vagy szanatóriumban gyógyult beteg, ha megint munkába áll, többnyire csakhamar visszaesik, mert szervezete még a napi 8—10 órás munkaidőt nem bírja. Számtalan esetben volt alkalmam megfigyelni ezt. Tudjuk, hogy egy tuberkulózis roham

után gyakran több évre van szükség, míg a gyógyult beteg ismét teljes munkaképességgel rendelkezik. Függ ez attól is, hogy milyen természetű a munkája. De ha 8—10 órát nem is, még mindig dolgozhat például 5—6 órát, ami részére egyfelől tevékenységet, másfelől keresetet biztosít. Szükség van erre mind a kettőre, mert a pszichikai szempontok a tuberkulózis betegeknél nagy fontossággal bírnak. Szükséges tehát, hogy a gyógyintézeti kezelésen túl levők, de még teljes munkaképességgel nem bírók részére olyan munkaalkalmak biztosíttassanak, melyek nekik nem ártanak és alkalmasak arra, hogy ellenőrzés mellett az illetők fokozatosan térhessenek vissza rendes foglalkozásukhoz, vagy esetleg tanulhassanak meg egy másikat, amelyik nekik kevésbé ártalmas.

Még a *bejelentés kérdéséhez* akarok pár szót szólni. A kötelező bejelentéstől valami különös jót nem várok. Hiszen ha az előadott reformok megvalósíttatnak, akkor a betegek úgyszólván felkeresik azokat a helyeket, ahol segítségre számíthatnak, a védekezés egyéb ágai pedig a közönség előtt annyira ismeretesebbé válnak, hogy a kötelező bejelentés e tekintetben nem visz előbbre semmit. Viszont azonban kárt okozhat sokat. Megtörténhetik, hogy az egyszer tuberkulózissal betegnek jelentett munkás, gyógyulása után nem kap alkalmazást, vagy kap ugyan, de olyat, mely ártalmára válik. Történik pedig ez azért, mert mikor a tuberkulózis fertőző voltát hirdetjük, akkor attól, aki egyszer ilyen betegségben volt, mindenki fél. Hogy okkal-e vagy ok nélkül, mindegy. A félelem nem keres okokat, legfeljebb ürügyeket. Még a statisztikai adatok számára sem ér sokat a bejelentés. Mert ha ez az orvosra kötelezővé tétetnék, egészen bizonyos, hogy a gyógyulását mindenféle kereső tuberkulózis beteget öt—hat orvos is bejelentené és egy külön embert vagy irodát kellene tartani arra, hogy a nyilvántartásba egy beteg csak egyszer vezetessék be. Hogy pl. New-Yorkban, Sheffieldben a bejelentés bevált, annak az ottani különleges viszonyokban, főképpen pedig az egyidejűleg létesített számos mintaszerű gyógyintézetben kell keresni az okát. Viszont tudjuk, hogy más helyeken, így Skótszágban nem vezetett semmi eredményre. Ezért a betegedési esetek bejelentésével terhelni az orvosokat, betegeket, a közönséget és az egész közigazgatást nem tartom indokoltnak. Viszont a haláleseteknek és a betegek lakásváltoztatásának bejelentése szükséges, hogy a hatóság a fertőtlenítést végrehajthassa, mielőtt a beteg volt lakása másnak a használatába menne át.

6. Dr. Szarvas András, közkórházi főorvos (Kecskemét): Az Alföld egészségügyének előbbrevitelére a legnagyobb lökést az utak karbavétele és ez által a tanyai központoknak a várossal való összekapcsolása adná meg.

A közigazgatás szerint gazdasági szempontból a legjobb rendszer a farm-rendszer; egészségügyileg is ennek kellene lennie a legjobbnak, hiszen itt bőven van levegő, napsugár, bőven van tej, tojás, vaj és minden, ami az egészségre hasznos és szükséges. Es mégis azt látjuk, hogy a tanyákon van a legnagyobb csecsemő- és gyermekhalandóság; itt több a tuberkulózis, mint a városban, és a heveny fertőzőbetegségek is éppen úgy pusztítanak, mint a túlszűfolt városi lakásokban. Mi ennek az oka? Legelőször is népünknek nincs semmi kultúrigénye, nem tanulta meg a kultúrának azokat az

áldásos eredményeit, amelyek pl. az egészséget szolgálják; nem ismeri a jó levegő életét szükségességét, a nap gyógyító erejét, nem tudja, mi a helyes gyermeknevelés, fogalma sincs a fertőzésről, tehát nem is tudja és nem is hiszi el, hogy védekezni is lehet. Van-e egyetlen rendelet vagy törvény, amely előírja a tanyák építési módját, amely védené tanyai népünk egészségét, előírná a legprimitívebb közegészségügyi szabályokat. És ha lenne is rendelet, vajjon a mostani közlekedési viszonyok között lehetséges lenne-e a betartásuknak valamelyes ellenőrzése?

A tanyai nép most is úgy lakik, úgy él, mint ősei hat-nyolc emberöltővel ezelőtt. A tanya ugyanúgy épül a szikes fekete földön, mint a sokkal egészségesebb homokon. A kút egyformán ott van pár lépésre a trágyadombtól. Ezért sokkal több a tuberkulózis, a tífusz, nagyobb a gyermekhalandóság a fekete földek jómódú lakosai, mint a homokos földek szegény lakói között. Mert az ugyanúgy épített tanya és ugyanúgy berendezett udvar lehet az építésre megfelelőbb, szárazabb, mélyebb talajvízű homokos talajon egészségesebb, de a fekete földön rossz, nedves, egészségtelen. A kutak a fekete földön alig pár méter mélyek, a lakosok az első agyagréteg feletti vizet isszák. Míg a homokos földeken a 10—12 méter mélyből jövő víz tiszta, addig ezeket a fekete földön levő kutakat valóságos tífusz-bacillusgazdáknak lehet tekinteni. Kecskeméten és vidékén a homokos részeken nincs tífusz, de úgyszólván állandóan van a fekete földeken.

Hogy keressünk istálló és tej-hygiénét ott, ahol egyáltalán nem ismerik, sőt nevelésnek tartják az egészséges élet legkezdetlegesebb kellékeit is.

Az alföldi tanyavilág egészségügyi szempontból speciális problémát képez, amelyet nem lehet egy kalap alá vonni a városok, községek és falvak egészségügyét szolgáló újításokkal. A tanyák egészségügyének előmozdítása céljából a következők kívánatosak:

1. A tanyai nép gazdasági, kulturális és egészségügyi nevelése céljából állandó vándortanítókat kellene alkalmazni, legalább addig, míg kikerül egy jobban megalapozott és tanyai népünk életéhez igazodott iskolatörvény alapján felnevelt újabb nemzedék.

2. Minden tanyai körzetben egy kultúrházat kellene csinálni előadóteremmel, vetítógéppel, oktató ábrákkal, könyvtárral stb. Ugyancsak itt a lakosság vezető egyéniségeiből bizottságokat kellene alakítani, mely intézné az illető körzet gazdasági, kulturális és egészségügyi kérdéseit.

3. Az országos lakáségszégügyi szabályzatot ki kellene terjeszteni a tanyákra is, és pedig azt is az illető talaj egészségügyi viszonyainak megfelelően. Ez a szabályozás nemcsak az építésre (lakás, istálló és mellékhelyiségekre), hanem az egész udvar elrendezésére is vonatkozzék.

4. Minden városban, községben, mely tanyai körzettel bír, fel kellene állítani egy népegészségügyi központi rendelőt (tüdőbeteg-gondozó, anya- és csecsemővédő-int. stb.). Ez mint központ irányítaná a propagandát és képezne ki egy nem szakemberekből álló lelkes gárdát, amely mindenfelé önállóan tanítaná a népet.

7. Dr. O r s z á g h O s z k á r, igazgató-főorvos (Budakeszi): A propa-

ganda szempontjából felhívom a figyelmet arra, hogy azt elsősorban nem a legalacsonyabb néposztályoknál, hanem az intelligencia körében kellene megkezdeni. Különösen fontos, hogy azok, akik sok ember életére tudnak befolyást gyakorolni, legyenek áthatva a tuberkulózis elleni küzdelem fontosságától és legyenek tisztában azzal, milyen intézkedésekkel vagy tanácsokkal hárítható el a tuberkulózis veszedelme.

Nagyon örvendetes, hogy újabb szanatóriumok létesülnek, de *ez a szegény ország nem engedheti meg magának azt, hogy akkor létesíthessen új intézményeket, mikor a fennállóknak egy része sincs teljes mértékben betöltve.* Abból nem szabad kiindulnunk, hogy a nyári hónapokban minden hely el van foglalva, tehát a nyár teszi szükségessé azt, hogy újabb intézmények létesüljenek. A nemzetgazdasági érdekeket is szemelőtt tartó filantrópoknak arra kell törekednie, hogy minden fillér oly módon használtassék fel, hogy általa a legjobban reászorulok segítessenek meg. *Elsősorban kell tehát gondoskodnunk az üresen álló ágyak betöltéséről, másodsorban oly intézmények létesítéséről, amelyekre közvetlen szükség van.* Talán legyen szabad egy példával ezt illusztrálnom. A Szegénysorsú Tüdőbetegek Szanatórium-Egyesülete budakeszi intézményeinél szep-tembertől—május haváig körülbelül 100 ágy nem vétetik igénybe, 100 olyan ágy, amely az utóbbi két esztendőben létesített. Nyáron azonban ez a 100 ágy is kevés ahhoz, hogy a jelentkezőket elhelyezze. A rákoskeresztúri határban épített tehát egy olyan nagyon olcsó típusú intézményt, amelyben még további 123 beteget tud ápolatni és amely télen nem tartható üzemben. Ha azután azt tapasztaljuk, hogy kevés a férőhely, teljesen jogosult bármilyen nagyszámban újabb szanatóriumok létesítése. Amilyen a budakeszi szanatóriumok helyzete, ahhoz bizonyára hasonló a debreceni, gyulai stb. szanatóriumoké is. A kormányhatóság megfontolás tárgyává tehetné, nem gazdaságosabb-e részére, hogyha teljesen szegénysorsú betegeknek éppúgy lefoglalna ágyhelyeket, mint például az Országos Tisztviselő Betegsegélyző Alap részére, mert a tapasztalat azt mutatta, hogy a magánintézmények jobban és olcsóbban gazdálkodnak, mint a közintézmények, és az azoknál ápolat betegért sokkal kevesebb kiadást kell folyósítani, mint a saját intézeteiben.

Megoldást kíván az a feladat is, hogy a tüdőbeteg-szanatóriumokban az *Országos Betegápolási Alap terhére is legyenek ápolhatók szegénysorsú betegek.*

Kívánatos volna az is, hogy a betegpénztárak a tüdőbetegek ápolásának kötelezettségét ne három-négy hónapra limitálják, hanem azoknak éppúgy, mint családtagjaiknak, megadassék a lehetősége annak, hogy huzamosabb időn át is gyógyintézetben tartózkodhassanak.

A társadalom jótékonyására bízni a szegénysorsú tüdőbetegek ápolását ma már nem lehet. Szükségesnek tartanám ezért ennek megakadályozása céljából azt is, hogy egy oly központi ágynyilvántartó létesíttessék, amely számontartaná az egyes intézetekben lévő üres ágyhelyek számát, hogy a betegek koncentrációja által az egyes pavillonok télen kiüríthetők és üzemben kívül tarthatók legyenek.

Szükségesnek tartom azonban ismételten hangsúlyozni, hogy minden

tuberkulózissal foglalkozó szakember csak örülhet a tuberkulózis elleni küzdelem fegyvertárának kibővítésén, ha a meglevők is kihasználtnak.

8. Dr. H e r e p e y-C s á k á n y i G y ő z ő, sebész-főorvos (Budapest): A tüdőtuberkulózis bizonyos alakjainak sebészi úton való gyógyítása nagy haladás a tüdőtuberkulózis elleni küzdelemben.

Profilaktikus és therapiás szempontból egyaránt fontos volna azon fibrózus, gyógyhajlamot mutató, de adott körülmények között (összenövések, kavernák) gyógyulni nem tudó alakoknak műtetre való beutalása, már csak azért is, mert bőséges köpetjük szétszórásával ezek képezik a baj tovaterjedésének legvirulensebb forrását. *A sebészi beavatkozásokra szoruló betegeknek egy intézetben való gyűjtése és a megfelelő műtét elvégzése nagyban javítana a gyógyulási statisztikát, másrészt útmutatóid szolgálna, az egyes eljárások értékének megállapításában.*

Főleg a munkásosztály betegeinél éreztetik ezek a beavatkozások szociális szempontból üdvös hatásukat., mert egyrészt nagy mértékben elősegítik a nagy beteganyagok a gyógyulását, másrészt pedig nagy százalékban a teljes munkaképességet is helyreállítják. *Egy ilyen intézet felállítása tehát elsősorban a munkásbiztosító pénztárak keretében volna kívánatos: ez, tekintetbe véve az ott megforduló betegek nagy számát, egyben generális beavatkozást is képviselne a tüdőtuberkulózis elleni védekezésben.*

9. Dr. p a r a s s i n J ó z s e f, igazgató-főorvos: A tuberkulózis területén az egyetemi kiképzés szinte teljesen klinikai. Ezért a tanuló és az egyetemről kikerülő orvos csakis az egyén betegségét látja, csakis a konkrét kórfolyamatot szemléli. Kétségtelen, hogy így a tuberkulózist illetően az egyetemi oktatás nem elegendő. Ez az oka azután, hogy a gyakorlóorvosok többsége *vagy csak hiányosan vagy egyáltalán nem ismeri azt a szerepet és azt a működési, amit a tuberkulózis elleni küzdelemben a tüdőbeteggondozó-intézetek betöltenek.* A Deutsche Centralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose 1923. április 5-én körirattal fordult az orvoskari testületekhez és gondozó-intézetekhez az orvosi kiképzés tökéletesítése érdekében a tuberkulózis elleni küzdelem szempontjából.

Államnak és társadalomnak egyaránt óriási érdekei fűződnek ahhoz, hogy ma már az orvos a klinikai kórkép teljes ismeretén túl, *a tuberkulózisban a társadalmi tömeg jelenséget is lássa,* hogy a népbetegség szociálpathológiáját ismerje és minden vonatkozásban ismerje a tuberkulózis elleni küzdelem nagy organizációját.

A tüdőbeteggondozó-intézetek ma már minden kultúrállamban az egész propylaktikus mozgalom középpontjaivá váltak. Minden ország mozgalma ezeknek a hálózatát építi, sűríti, mert ez az intézmény az, mely a népbetegség természetének megfelelően, leginkább alkalmas arra, hogy az antituberkulotikus nevelés iskolája, a különféle tuberkulózis elleni intézmények összekötő szerve és a különféle megbetegedések szűrője legyen.

Ezeknek az intézményeknek a helyes működése nemcsak államérek, hanem tudományos érdek is. Államérek azért, mert a rendkívüli anyagi áldozatok, miket az állam a betegség leküzdésére, elhárítására hoz, csak

akkor lesznek gyümölcsözőek, ha a tüdőbeteg gondozó-intézetek működése minden irányban a nagy, átfogó prophylaxis érdekeit szolgálja. Tudományos érdek azért, mert látjuk, hogy a gümős folyamatok legkorábbi szakainak tudományos megismerése csakis a gondozó-intézetek óriási anyagából válik lehetővé. Ezt az anyagot a klinikák és kórházak egyáltalán, a szanatóriumok is csak ritkán és szórványosan látják. Ezért látjuk a tudományos irodalomban mind nagyobb és nagyobb súllyal jelentkezni a tüdőbeteg gondozó-intézetek észleléseit.

A tuberkulózis elleni küzdelem sikeres megvívása érdekében ma már elengedhetetlen követelmény az, hogy a tuberkulózis az egyetemi oktatásban a szociálpathológia szempontjából a legrészletesebben világitassék meg; hogy e mozgalom intézményei, különösen a tüdőbeteg gondozó-intézetek egész organizációja és munkássága megismertessék a hallgatósággal. Csak ez az út bocsát ki olyan orvosgenerációkat, amelyek a profilaktikus intézményt megismerve, azt megszeretik, annak munkáját nélkülözhetetlennek érzik s benne nem a gyakorlat káros ellenségét látjuk.

Ezért kívánatos, hogy:

1. Az orvostanhallgatók tanulmányi idejének utolsó félévében kötelezessenek hetenkénti két órában olyan kollégium hallgatására, mely a célnak megfelelően szervezve, a tuberkulózis szociálpathológia jávai foglalkozik s hallgatóságát a tüdőbeteg gondozó-intézetek működésével s a tuberkulózis mozgalomban betöltött szerepükkel ismerteti meg;

2. A gyakorlati évből egy hónapot köteles legyen minden fiatal orvos a megfelelőeknek kijelölt tüdőbeteg gondozó-intézetekben tölteni.

10. Dr. Deutch Ernő: Az iskolák keretében nemcsak a gyermekek, hanem a tanérek tuberkulózisával is kell foglalkozni. A tanuló^ nagyrésze oly közel kerül a pedagógushoz, hogy ez őket előadás közben könnyen fertőzheti. A tanteremben romlott levegőben előadó gümőkórjának természetszerűen rossz a kórjólata, a folyamat gyorsan progrediál s a beteg napról-napra több bacillust ürít. Gondoskodni kell, hogy úgy a pedagógusok, mint a tanulók tuberkulózis szempontjából legalább negyedévenként megvizsgáltassanak és szükség szerint az iskola keretéből kiemeltessenek. Utánzásra méltó példa Amerika, hol a tuberkulózisból kigyógyultak, úgy a tan személyzet, mint a tanulók, külön osztályba kerülnek, melyek az év java részében szabad ég alatt, redukált tanórák mellett működnek.

Ugyanis előnyösnek tartom, ha tuberkulózisból kigyógyult és ápolási teendőkre alkalmas egyének foglalkoznak gümőkórosok gondozásával; ily egyének a diszpanzerek és szanatóriumokban önmagukon tanulták meg a gondozás módszereit, s ilyen egyének betegekkel való együttérzése is fokozottabb.

11. Dr. Gáli Géza, igazgató-főorvos (Gyula): A vidéki lakosság és a nők tuberkulózis-mortalitásának csökkentésétől várja elsősorban a nagy magyar tuberkulózis-mortalitás enyhülését. E két csoport tuberkulózisa elleni küzdelemnek eszközei természetesen nem lehetnek mások, mint általában a tuberkulózis elleni védekezés fegyverei. A speciális feladat miatt

azonban kell, hogy egyes sajátosságai legyenek ennek a védekezésnek. Diszpanzerek itt is, mint általában a tuberkulózis elleni küzdelemben, természetesen nélkülözhetetlenek. Mai formájukban azonban, amikor önhibájukon kívül, lényegében véve nem tehetnek mást, mint vagy tuberkulint adnak vagy gyógyszert rendelnek, nem felelhetnek meg rendeltetésüknek. Az orvosok nagyarányú támogatása nélkül, ezek az intézmények eredményesen nem működhetnek. A betegre és környezetére vonatkozó diagnosztikai, de elsősorban a beteget és környezetét mintegy szociálhygiénésen nevelő intézetek legyenek ezek, amelyeknek módjuk legyen a betegek táplálkozását, lakásviszonyait megjavítani s legalább keresztülvinni azt, hogy tüdőbeteg többedmagával ne feküdjék egy ágyban. Ehhez természetesen több, sokkal több pénz kell, mint amennyi ma a diszpanzerek túlnyomó részének rendelkezésére áll, de e nélkül ez intézetek működése eredményes nem lehet. A sok nehézség miatt, amely a lakáshygiéne megteremtése elé ma még tornyosul, feltétlenül szükségesnek tartom, hogy a diszpanzerekkel kapcsolatban *fekvőcsarnokok létesíttessenek*. Nemcsak tüdő, de sebészi tuberkulózisban szenvedők is, a nap egy részét itt tölthetnék el, sőt a nyári évszakokban éjjel is kint alhatnának. A profilaxis szempontjából nélkülözhetetlen fegyelem, a rendszeres életmódra való nevelés miatt a tüdőbeteg-kórházak, szanatóriumok pótolhatatlanok. Hogy mit jelent a szanatórium profilaxis szempontjából, azt legjobban illusztrálja az a szám, hogy a három magyar tuberkulózis szanatóriumban a rövid két-három hónapos kezelési idő alatt átlag a betegek 30%-a szűnt meg pozitív köpetet üríteni. Magyarország közegészségügye kórházügy, mondták évekkel ezelőtt igen mértékadó helyen. Magyarország tuberkulózis-ügye is lényegében kórházügy s az viszont már nem tartozik a lényeghez, hogy e speciális cél miatt speciálisan berendezett tuberkulózis-kórházakat, szanatóriumoknak hívjuk. A mai tüdőbeteg-szanatóriumoknak úgyis átalakuláson kell már most keresztülmenniök és az átalakulás az egyetemes tuberkulózis-kórház felé mutat, amikor minden stádium és minden szerv tuberkulózis-megbetegedését ilyen intézményekben helyezük el. A gyógyítás és az izolálás, amely izolálás külön izoláló-otthonokban, ahol csak a súlyos betegeket helyezük el, sehohsem sikerült, ezekben az intézetekben vihető legmegfelelőbbén keresztül. Ezek az intézmények megfelelő munkahelyekkel is felszerelendők, hogy erre alkalmas betegek már az intézetekben dolgozzanak megfelelő orvosi felügyelet mellett, amiáltal az esetleg elkerülhetetlen és óriási horderejű pályaváltoztatást is elő lehet készíteni. Ezen munkáltatóhelyek később a külföldön mindinkább népszerűbbé váló tuberkulózis-kolóniák kiinduló pontjai lehetnek. Hogy ezek az intézmények a vidéki, nagyrészt agrár lakosságnak és a nőknek valóban hozzáférhetőek legyenek, két körülményt nem szabad szemelől téveszteni. Az egyik, hogy az agrár lakosság nagyrésze a kisgazdák, a napszámosok csak úgy tarthatók tömegesen szanatóriumi rendszerű kezelésben hónapokig, ha az intézmény nincs távol otthonuktól. A szanatóriumokat nem centralizálva, hanem decentralizálva kell felépíteni. A német, az amerikai, az angol tapasztalatok megmutatták, hogy nem kell speciális klíma ilyen intézmények létesítéséhez, szél és por-

mentes, lehetőleg erdőben alkalmas hely bőven van az Alföldön is. A másik körülmény, amelyet nem szabad szemétől téveszteni, hogy legyen, aki ezekért a betegekért az ápolási díjat megfizeti, mert minden terhet az államok és városok nem viselhetnek. A vidéki agrár lakosság tömegesen majd csak akkor juthat a szanatóriumokba, ha megcsináljuk a mezőgazdasági munkásbiztosítást, amely nélkül nincs, aki megfizesse a betegekért az ápolási díjakat és amely nélkül épp ezért Magyarország tuberkulózis problémája sohasem lesz megoldható. Ezt a biztosítást a nőkre is ki kell terjeszteni, aminthogy az ipari munkásság és az egyéb foglalkozási ágak biztosítottjainak feleségeire, családtagjaira is ki kell terjeszteni a szanatóriumi kezelés lehetőségét. A Máv. betegség ellen biztosító-intézete már megcsinálta ezt, nincs tehát abban semmi lehetetlenség, hogy a többi hasonló intézmény megcsinálja ugyanezt, amivel azután lényegesen csökkentjük majd a nők tuberkulózis-mortalitását.

A tuberkulózis fertőzőbetegség, tehát lényegében az ellene való védekezés éppúgy állami feladat, mint az a többi fertőzőbetegség elleni védekezés is. A tuberkulózis speciális helyzete a fertőzőbetegségek között oly nagy feladatot róna azonban az államra, amelynek egyedül megfelelni nem tud. Különböző közületek és a társadalom működésére és segítségére is szükség van, hogy ennek a feladatnak meg tudjon felelni. Hogy azonban az erők ne forgácsolódjanak szét egyesíteni kell azokat, azaz a tuberkulózis ellen küzdő összes szerveket egy ligába kell tömöríteni, az állam fennhatósága alatt. Az egyes intézmények között a feladatot ennek a közös szervnek kell szétosztania és így biztosítani az egységes, szét nem forgácsolódó munkát. A központ és az általa létesítendő intézmények közé felügyeleti és összpontosító szervezetet kell iktatni a vidéken, legcélszerűbben az egyetemi városokban. Ezeknek a feladata lenne többek között a fertőző esetekről szóló jelentések összegyűjtése, a tuberkulózis terhes asszonyok és gyermekek megfelelő elhelyezése, egyáltalán a gondozó-intézetek részéről bejelentett betegek elhelyezéséről való gondoskodás. Természetesen ez mind pénzbe kerül, de ha meggondoljuk, hogy Magyarországon a tuberkulózis okozta évenkénti munkabérvesztés csaknem egy billió papírkorona, (63.5 félmillió aranykorona), akkor beláthatjuk, hogy a tuberkulózis elleni védekezésre fordított kiadás nem céltalan tökébefektetés.

Mindezeket ügyelembevéve, önkéntelenül is felmerül a gondolat, vájjon a létesítendő intézmények védelme, tanácsainak és utasításainak keresztülvitele, a fertőzések csökkentésének szempontjából, nem volna-e szükség *törvényt* alkotni? Véleményem szerint csak akkor van az ideje a törvény megalkotásának, ha azt keresztül tudjuk vinni, ha a *fertőzőbetegeket el tudjuk helyezni*, ha családtagjaikról gondoskodni tudunk, ha megfelelő lakásokat juttathatunk nekik.

12. Dr. Scholtz Kornél, államtitkár: Mélyen t. értekezlet! Nem annyira a tárgyalás alatt lévő témához kívánok hozzászólni, mint inkább reflektálni szeretnék egy aggodalomra, amely *Korányi Sándor* öméltóságában támadt *Vass* miniszter úr megnyitó beszéde kapcsán. Öméltósága úgy értelmezte a miniszter úr egy kijelentését, mintha ő már teljesen meg lenne elé-

gedve kórházügyünk és egyéb gyógyító-intézeteink jelenlegi állásával és teljesen feleslegesnek tartaná ezeknek további fejlesztését, és ehelyett átkívánna térni a közegészségügyi szolgálat másik ágára, a profilaxisra és a prevencióra.

Egy ünnepi megnyitó beszéd, amely hallgatóságának nagy része nem is orvosokból áll, természetesen nem alkalmas arra, hogy ott ezek a témák részletesen magyaráztassanak és kifejtessenek, de én mégis abban az igen kellemes helyzetben vagyok, hogy tökéletesen megnyugtathatom a professzor úr öméltóságát és az igen t. értekezletet, hogy semmi ilyenféléről szó sincs. A miniszter úr azt akarta kifejezésre juttatni, hogy míg a gyógyítás terén évtizedeknek kitartó munkájával igen szép és elismerésreméltó eredményeket értünk el, úgyhogy a mostani helyzet miatt nem kell szégyenkezniünk és most már nem kell röstelkedniünk kórházaink elmaradottságán, s nem maradnak most már gyógyítás nélkül a betegek százai, legalább is bizonyos klinikai szakmákon, addig a másik irányban, a profilaxis és prevenció irányában még a kezdet legkezdetén állunk és jóformán most kell ezt a másik munkaterületet megalapoznunk.

Hogy én ezt nem tisztán a lelkek megnyugtatóására mondom, azt igen reálisan tudom bizonyítani költségvetésünk számadataival, amennyiben sem a tavalyi, sem az idei költségvetés, sem pedig a jövő, 1927/28. évi költségvetés egy krajcárral sem tüntet fel kisebb összeget a kórházak fejlesztésére és a kórházi költségek fedezésére, mint amekkorra összeg az előző években erre be volt állítva, sőt ellenkezőleg, az a tempó, amely az utóbbi évek költségvetéseiben a kórházakra fordított költségek emelkedésében mutatkozott, megmaradt még a következő költségvetési években is. Hogy egyebet ne említsek, azok a beruházási tételek, amelyeket a törvényhozás a népjóléti tárca részére engedélyezett, eltekintve a kislakások építésére szánt nem túlságosan nagy összegtől, kizárólag gyógyintézetek létesítésére és tökéletesítésére fordítatnak. Reméljük, hogy beleértve az állami tüdőbeteg-szanaszatóriumot is, amelynek építése tervbe van véve, néhány éven belül mintegy hat millió aranykoronát fogunk tudni fordítani tisztán a gyógyintézetek fejlesztésére és kibővítésére.

Ebben az építési programban is a miniszter úr bizonyos mértékig eleget kívánt tenni annak a követelménynek, amelyet beszédében is említett, hogy t. i. a prevenciónak szolgálatot tegyen. Azért említem ezt meg itt, mert éppen a tuberkulózis elleni küzdelem az, amelyet ő ezeknek a kórházi költségeknek felhasználásával is elsősorban szolgálni kíván. Azok a beruházási hitelek ugyanis, amelyek rendelkezésre fognak állani, részint olcsó állami kölcsönök, részint pedig állami segélyek alakjában, a minisztertanács intézkedése szerint, részint egy nagy bajunknak kiküszöbölésére fognak felhasználtatni, — annak kiküszöbölésére, hogy eme betegeinknek egy részét nem tudjuk elhelyezni, — főképpen pedig arra a célra, hogy nagy, arra alkalmas kórházainkat kiegészítsük az elkülönített igénylő súlyos, tehát nyílt tuberkulózisban szenvedő betegek elhelyezésére alkalmas osztályokkal. Ez a főcél, Emellett természetesen szülészeti és egyéb osztályokat is fogunk létesíteni

ott, ahol ezekre szükség van. Ebben a tekintetben semmiféle irányváltás vagy pedig eltérés nem lesz. A miniszter úr éppen csak azt akarta kifejezésre juttatni, hogy amíg az egyik irányban bizonyos megnyugtató eredményekre tekinthetünk vissza, addig a másik irányban még kevés történt, most tehát fokozott erővel kell ebben a másik irányban dolgozni.

Nem voltam itt *Ország* igen t. kolléga úr hozzászólásának elején, de későbbi részéből és információimból úgy látom, hogy neki aggályai vannak abban a tekintetben, hogy újabb tüdőbeteg-gyógyintézetek létesíttessenek most, amikor az ő véleménye szerint a szükséglet kielégítésére talán a meglevők is elegendők, vagy nincsenek kellően kihasználva. Ebben a kérdésben «előtt a fórum előtt csak egy dologról lehet szó: Vájjon van-e nekünk az országban annyi tüdőbeteg-szanatóriumi ágyunk, amennyire szükség lenne ahhoz, hogy az ápolásra szorulókat el tudjuk helyezni? (Felkiáltások: Nincs!) En úgy vagyok értesülve és úgy látom napról-napra. hogj^T nincs annyi helyünk.

Az a másik kérdés, hogy mi fog történni a meglevő intézményekkel, honnan fogják ezek az új intézmények betegeiket szerezni s hogyan szerzi meg az állam az ezeknek ápolásához szükséges pénzüsszegeket: adminisztrációs és pénzüsszegeket; ennek elintézését, azt hiszem, leghelyesebb ha az illetékes minisztériumokra és a többi hatóságokra bizzuk. Nekünk mindenesetre örülnünk kell azon, hogy amikor ezen a téren a statisztikából és az ágyszám kiszámításából azt látjuk, hogy nagyon, de nagyon elvagyunk maradva a nyugati államok mögött, akkor itt kilátásaink vannak haladásra, előbbrejutásra s ezért nagy hiba lenne, ha ezt az alkalmat ki nem használnók.

Dr. K o r á n y i S á n d o r zárszava: Mélyen t. értekezlet! Mindenekelőtt *Scholtz* államtitkár úr öméltóságának mondok köszönetet azért a felvilágosításért, amellyel — megvallom — egy aggodalmamat oszlatta el. Talán nem is volt egészen fölösleges, hogy én ezt az aggodalmamat itt szóba hoztam, mert ha ez bennem felébredt, felébredt talán másokban is, és akkor az államtitkár úr felvilágosítása mindenesetre üdvös volt.

Egy másik dolog, amit ki akarnék emelni a hozzászólásokból, *Ország* kartárs úrnak hozzászólása volt. Ezt megint azért említem fel, nehogy valami félreértésre vezessen. Egészen helyes álláspont ugyanis az, hogy ami megvan, azt ki kell használni. Ez azonban nem azt jelenti, — hiszen *Ország* doktor úr nem is ezt mondta és nem is szabad, hogy úgy értsék, — hogy elég szanatórium van. Ez csak azt jelenti, hogy a szanatóriumok fejlesztése mellett kellő gondot kell fordítani arra, hogy a betegek és családjának meglegyen a módja arra, hogy kihasználja azokat a helyeket, amelyeket a szanatóriumok kínálnak, mert az csakugyan káros dolog, ha ezek a helyek üresen vannak azért, mert kihasználásukról nem történik gondoskodás.

Méltóztassanak megengedni, hogy az idő előrehaladottsága miatt, ne térjek ki minden egyes hozzászólásra és csak azokat a dolgokat emeljem ki, amelyek itt kikristályosodtak. Kikristályosodott először is annak a szükségessége, hogy *sebészi tuberkulózis-osztályok legyenek*. Mihelyt egyszer ez a köztudatba átmegy, nem kételkedem abban, hogy ezek a közszükségletet képező osztályok csakugyan mégis fognak valósulni.

Szóba került azután két ízben — *Fáy* államtitkár úr és *Parassin* kartárs úr említették fel — a tuberkulózis tanításának kérdése. Az egyetemen természetesen foglalkozunk a tuberkulózis tanításával; foglalkozik vele a belgyógyász, foglalkozik vele a sebész, a gyermekgyógyászat tanára stb. és foglalkozik vele a hygiénikus. A dolog orvosi része, azt hiszem, amennyire lehet, igazán rendben van. De tudjuk, hogy nemcsak a tuberkulózisnál, hanem minden más betegségnél úgy van, hogy amikor egy fiatal doktor megkapja diplomáját, voltaképpen akkor kell kezdenie tanulni, mert az egyetemen csak az alapokat lehet megvetni. Ami a védekezés metodikáját illeti, ha arról egyszer-másszor előadást tartunk — a hygiéne professzora valószínűleg sokszor tart róla előadást — ezek az előadások csak elhangzanak, mert tudjuk saját fiatal korunkból, hogy az olyan előadások tartalmát, amelyekhez azután nem fűződik az élet, az ember előbb-utóbb elfelejti. Ezért gondoltam, hogy helyes volna, ha a gyakorlati évbe bizonyos mértékben bevonók a gondozó-intézetek működését.

Ami *Gáli* tagtárs úrnak a tuberkulózis törvényre vonatkozó megjegyzését illeti, — hogy t. i. a törvényt akkor kell meghozni, amikor meglesznek azok az intézmények, amelyekben a törvény alapján az embereket el lehet helyezni, — én ezt az álláspontot egészen logikusnak tartom. De nem mindig a leglogikusabb módszer az, amely a legjobb eredményhez vezet. Nem először beszélünk arról — nem is tudnám összeszámolni, hogy 20 év alatt hányszor volt erről szó — mit kell csinálni a tuberkulózis elleni küzdelemben. Nagy optimizmus kell hozzá, hogy az ember mindig újra és újra elővegye ezt a témát és újra és újra beszéljen róla abban a reményben, hogy lesz belőle valami, hiszen eddig mindig az volt a vége a dolognak, hogy nem sok lett belőle. Amikor *Tisza István* vette kezébe a dolgot, azt hittük: na, most lesz valami belőle, de akkor összedőlt az ország s nem lett belőle semmi. Most végre eljutottunk oda, hogy talán lesz ebből a dologból valami és az optimizmus talán újra felébredhet bennünk, ha látjuk azt a lelkeséget, amellyel *Vass* miniszter úr őexcellenciája kezébe vette ezt az ügyet.

HARMADIK NAP.

Elnök: dr. Györy Tibor, egyetemi tanár, miniszteri tanácsos.

Nemibetegségek. Jelenlegi helyzet. Javaslatok a helyzet javítására.

Előadó: dr. Némek Ámos, egyetemi ny. r. tanár.

A) A nemibetegségek leküzdése csak akkor ígér eredményt, ha a küzdelem a nemielet összes kóros ágazataira kiterjed.

B) Az intézkedések mindkét nemre egyaránt vonatkozzanak és tényleg végrehajthatók legyenek.

G) A nemieletnek számtalan kapcsolata és társadalmi kihatása következtében a kérdés több ágra oszlik, amelyek legfontosabbjai a következők:

I. Profilaxis:

1. A gyógyszeres profilaxis határai eléggé szűkek. Ne várjunk tőlük biztos mentességet; ne tűrjünk burkolt antikoncepciós eljárásokat. A profilaktikus állomás csak tisztogató hely legyen mindennemű orvos-kezelési és ápolói-kuruzslási kísérlet kizárásával.

2. A védőoltások és belső szerek bevétele útján (Fourneau) történő profilaxis-kísérletek még nem bírnak gyakorlati értékkel.

3. A kuruzslásnak, hirdető orvosoknak és gyógyszerhirdetéseknak teljes elnyomása szükséges.

4. A legveszélyesebb kor az ifjúság lévén (18—24 év), főleg ezt kell védeni, a sportnak általánosítása, olcsóvá tétele, népsportklubok alapítása útján. A kollégiumi életnek előnyei: legényklubok, nőtlenek otthona, nők szállója (Young men's Christian Association. Women's club). Az ifjúságot figyelő, védő intézmények (Jugendamt).

5. Az alkoholveresély: az öntudatot csökkenti, a vágyakat növeli, az aktust meghosszabbítja, a tisztálkodást megnehezíti.

6. A lakáskérdés az egész ügynek sarkpontja. Mindenki bírjon otthonnal. (Suum cuique.)

II. Orvosi feladatok:

1. A szakkiképzésnek főleg gyakorlati irányú tökéletesítése egyetemi és továbbképző tanítás útján.

2. Oly diagnosztikai és szerológiai állami intézetek alapítása, melyek úgy

a gyakorlóorvosok, mint a gyógyító-intézetek számára ingyen rendelkezésre álljanak.

3. Ingyenes dispensaire jellegű esti rendelések létesítése a közkórházakban. A diszkréció még az ápoló, gyógyszerész stb. személyzet részéről is teljesen megóvassék. Ingyenes rendelések tartassanak egyes, szerződött magánorvosok lakásán is, akik ingyenyógyszer-utalványozás jogával bírnak.

///. Társadalmi feladatok:

1. Közmorál és közillendőség.
2. Gyermek moralhygiénikus nevelése. Az önmegtartóztatás veszélytelensége. Ivadékaink ősei vagyunk: generációkat tehetünk szerencsétlenné. Fajegészségügy.
3. A provokáló divat, az erotikus táncok, a laxmoral veszélye. A pajtásokodás határai, elfajult színház, mozi. Pornográfia. Apróhirdetések. Poste restante levelezés.
4. Hanyag és indolens szülők jogainak korlátozása.
5. Hatósági cselédközvetítés; cselédotthon, kötelező biztosítás férjhezmenetel, aggkor, betegség, baleset és rokkantság esetére.
6. Bukott nők megmentése. Monica- és Magdolna-egyletek.
7. A közkórházban működő venerikus osztályokon kívül állíttassanak fel a következő típusú intézmények is:
 - a) árvaház jellegűek a heredolueses gyermekek éveken át való ápolására és nevelésére;
 - b) népszanatóriumok, privát gyógykezelést óhajtó kisemberek számára.
 - c) munkára nevelő kórházak kéjnők megmentésére;
 - d) menhely dégénérait sexualitású egyének számára;
 - e) süségotthonok bajukat titkoló nők, vidékiek stb. gyógykezelésére (Zufluchtsheim, Hostel, Béguinage, Retraite).

IV. A nép felvilágosítása.

1. Kitanítás. A nemibajok fontossága, kihatásai, elterjedtségük, a fertőzés módjai, a betegségek nyílt és lappangó alakjai; prognózis. Utóbajok. A gyógykezelés szüksége, tartama, lehetőségei, a gátló mellékkörülmények.

2. Rövid tájékoztató-lapok (Merkblatt) terjesztése. Ezek ne rémítsenek túlságosan (syphilophobia), de ne is kicsinyeljék a veszedelmet (könnyelműséget nevelve).

3. Külön gondozó- és tanácsadó-állomások (Beratungsstelle) még akkor is keveset érnek, ha anyagi segílyt adnak és az útiköltséget, az elveszett munkabért megtérítik. Csak rendelőintézetek keretében működhetnek kielégítően. Külön, hivatásos gondozó nők (az anya- és csecsemővédő nők mintájára) alkalmazását meglehetne kísérlni.

V. A család védelme.

1. A létminimum biztosítása. Családosok előnyösítése pályázatoknál.
2. Coelibatus eltörlése bizonyos foglalkozási ágaknál (katona, tanítónő, kórházi orvos stb.).

3. Elegendő gyermeknevelési segély. Nőtlenégi és gyermektlenégi adó. Fokozódó örökösödési adó, ha az árvák száma három vagy kevesebb; adómentesség négy vagy több árva esetében.

4. Kötelező életbiztosítás.

5. A női munka rayonlása és kellő díjazása.

6. Lehet-e a család fogalmát kiterjeszteni?

a) A déflorait jogai a deflorálóval szemben.

a) A törvénytelen gyermek adoptálásának megkönnyítése. (Norvég törvény törvénytelen gyermekek örökösödéséről.)

c) A hosszú együttélésnek házasság jellegűvé tétele (Matrimonium per usum).

d) A sterilitás váltságaként neveltetési segély gyermektelen házaspárok részéről adoptálás nélkül (Mitmutterschaft).

7. A nemibajok kérdése a házassággal szemben:

a) a házasulók megvizsgálása. Közvetítő és tanácsadó irodák;

b) a házasulók kötelező életbiztosítása;

c) fertőző nemibaj mint válóok (Manson bill).

VI. Adminisztratív feladatok:

1. Statisztikai adatgyűjtés.

2. Megvizsgáltassék-e időszakonként (évenként, félévenként) és nem csupán a venerikus bajok szempontjából:

a) az egész nép;

b) vagy csupán az összes, 18 éven felüli férfiak;

c) csak a nőtlen, 18 éven felüli férfiak;

d) csak a 18—30 éves nőtlenek;

e) csak bizonyos emberkategóriákba tartozó férfiak és nők (borbélyok, pincérek, masszorók, szülésznők, ápolók, fürdősök, szállodai alkalmazottak, elszegődők, továbbá internátusba felvettek, diákok, katonák, hajléktalanok, szegényháziak, börtönben, javítóintézetekben levők stb.).

3. Egészségügyi nyilvántartó-hivatal (Gesundheitsamt, Office of Health) felállítása.

4. Az orvosokra hárított köteleességek kérdése (Svéd, Dán, Német, Norvég, Oláhország, Amerika, Canada, Újzeeland stb.):

a) a nemibetegek kötelező felvilágosítása;

b) azok (névvel vagy név nélkül való) bejelentése;

c) a fertőző források nyomozása;

d) a fertőző nemibajosok által szándékolt házasságkötés megakadályozása;

e) gyógykezelési kötelezettség.

5. A betegekre hárított kötelezettségek és jogok:

a) jelentkezési és gyógykezeltetési kötelezettség a fertőző szakban;

b) ingyenes gyógykezeltetés joga a betegség egész tartama alatt;

c) kártérítési jog az elszenvedett fertőzésért.

6. A leányok védett korhatárának felemelése. A fiúk is védelemre szorulnak a csábítás ellen.

7. Ingyenes diszkrét jogvédelem; a zsarolás lehetetlenné tétele.

8. Csapszékék, zugszállodák, találkahelyek ellenőrzése: 40 éves kor-minimum a női alkalmazottaknál.

9. A prostitúció kérdésének komplexuma.

VII. Büntető szankciók.

1. A fertőzéssel való veszélyeztetés (dolus eventualis) és a fertőzés meg-büntetése.

2. Csábítás, leánykereskedelem, kerítés, csavargás, bordély tartás, alkalom-szerzés, megmértelyezés. erőszak, perverzítás stb. megbüntetése. Eltérő felfogás a különböző országokban a büntetés mérvét illetően (pénzbírság, börtön, dologház, korbácsolás (Anglia); fegyház, deportáció, asexualisatio (Amerika).

VIII. Törvény.

Elérkezett-e az ideje, hogy Magyarország törvényes intézkedéssel sza-bályozza a nemiséletet?

Részletekbe most nem bocsátkozom, hiszen 1917-ben három különböző kongresszuson kimerítően fejtegettem e témákat és e beszédek mind meg-jelentek nyomtatásban is. Akkor még háborúban voltunk; vitéz seregeink mindenütt messze az ellenség földjén harcoltak. Akkor még jogosan remél-hettük, hogy előbb-utóbb igazságos békét kötünk és utána gondosan és sze-retettel begyógyíthatjuk országunk sebeit.

Reményeinkben rettenetesen csalódtunk. Ezeréves Hazánk kétharmadát elszakította tőlünk a világtörténelem legnagyobb gazsága. Elnyomott véreink-et kiűzik, anyanyelvünket kitiltják az elragadott területekről. *Kétszeresen fontos tehát, hogy a megmaradt részben erőssé, szaporává, expanzívvá tegyük népünket*, hogy majdan újra eláraszthassa az a visszaszálló végeket. E kongresszusnak minden szónoka azt kutatja tehát, hogy miként lehetne fajunkat fenntartani, a magyar családokat megmenteni, ifjainkat élet- és verseny-képessé nevelni.

A teendők azonban nagyon szétágaznak. Fenntartani és nevelni csak azt lehet, aki már itt van közöttünk. Feladataink azonban már korábban kezdődnek. Az emberi élet ugyanis három szakaszból áll. Az első, amikor a spermium és a pete még nem is egyesültek; a második, amíg a fejlődő lény formálódik; az utolsó, amelyet mint az emberi társadalomnak önálló tagja élünk át. E három szakasz mindegyikében számtalan nehézség, veszély, sőt merénylet fenyegeti az életet. A bajok egész komplexumát kell tehát elhárítanunk és a *munkát nem a betegnél, hanem már az egészségesnél kell kezdenünk*. A spirochaeta vagy az alkohol csak egyes eszközei, csak egyes százalécai a veszes tényezőknek. A nyomor, az erkölcstelenség, a pukkadózó gazdagság, az egyke önzése és a coelibatus aszkezise stb. mind olyan részletek, amelyek az embereknek normális számban való keletkezését, erőssé és ellenállóvá való kifejlődését gátolják.

Sokan szétszakítják ezt az összefüggést és azt hiszik, hogy a kérdés leegyszerűsíthető a nemibajok leküzdésének technikai problémájává. Mielőtt tehát tovább mennénk, ajánlatos lesz tisztáznunk, hogy tulajdonképpen mi a feladatunk; nyesegezzük csupán a fattyúhajtásokat, vagy gyökerestől kitépjük a bajt és minthogy tudom, hogy a népjóléti miniszter úr öccselenciája őszinte és meggyőződéses véleményt kíván tőlünk, megengedhetem magamnak, hogy az ő hatalmas megnyitó beszédének egy pontját kétségtelenül az ő intenciói szerint és utólagos hozzájárulásának reményében továbbfűzzem, mert az elhangzott szövegezés talán kétséget hagyhatna fenn a ma tárgyalandó kérdés megoldásának irányára és mértékére nézve.

A miniszter úr szerint ugyanis az ember három fundamentális joggal születik: *joggal a kenyérhez, az egészséghez és a kultúrához*. Ez modern és humánus definíciója annak, amit Rómában triviálisan panis et circensesnek, újabban az élethez való jognak neveztek és *világosan magában foglalja a létminimumhoz, a munkához, sőt az érvényesüléshez való jogot is*. Az embernek és általában minden élő lénynek azonban még egy másik, még hatalmasabb joga is van és ez a nemzésnek, a reprodukciónak, a boldogságnak joga. A méhek társadalma fel van osztva dolgozókra és herékre. Mindketten megkapják az őket megillető ételmet, egészséget és kultúrát, de a dolgozók el vannak tiltva a nemzésnek lehetőségétől; a faj fenntartásának privilégiumával ott csak a herék bírnak. *Mi emberek azonban nemcsak individuálisan, hanem nemzeti-szemeinként is élünk; az egymást szakadatlanul felváltó generációk közvetítő láncszemeinek érezzük magunkat, akik elődeinktől nemcsak az életnek isteni szikráját, hanem ezzel együtt kötelességeket és missziókat, tradíciókat és eszményeket is vettünk át; hogy ezek fennmaradhasanak és virulhasanak, mindegyikünknek folytatódnia kell ivadékokban, tovább adnia ezeknek az ősiség hagyományait, ez azonban a társadalmi adottságok között eredményesen csak egy roppant fontos intézmény, a család útján lehetséges.*

Ha nem volna kétségtelen, hogy minden embernek joga van a reprodukcióhoz, akkor ez a mai diszkusszió fölösleges lenne, mert az állam monopolizálhatná és rendeletileg szabályozhatná, hogy kinek és mily minősültségük mellett, mily díj ellenében engedi meg a nemi cselekményeket. Tényleg látjuk is, hogy a családalapítást korlátozza is a coelibatus tiltó rendelkezése és bizonyos gazdasági intézkedések megnehezítő kihatása által.

A kenyeret, az egészséget és a kultúrát a modern állam tömegintézkedésekkel és falanszterekkel is nagyon jól biztosíthatná, *a reprodukciónak az egész emberiségre való exisztenciális kihatása és individuális jellege azonban megköveteli, hogy az a családnak szilárd keretében menjen végbe*. Ezért mindent, ami a nemiséggel összefügg és így a nemibetegségek ellen való védekezésnek egész rendszerét is a család intézményére kell alapítanunk. Ha meglazul a család, eldől az állam; ezt láttuk Hellas és Róma példájában; olyan madagaszkári állapotok keletkeznek, ahol a leányok, mielőtt férjhez mennének, sokáig és gyakran kipróbálják a pályázókat, azzal az eredménnyel, hogy az ilyen újszülöttek 43%-a syphilises és az összes születések száma csak 7%-kai múlja felül a halálozását.

A család megerősítésének feladata ezért a legfontosabb, de ugyanakkor a legnehezebb centrális problémánk. A természet és társadalom között ugyanis ezen a téren végzetes szembehelyezkedést tapasztalunk, melyet sem letagadni, sem törvénnyel betiltani, sem tanácsokkal elfelejtetni nem lehet. Ha valaki azt állítja, hogy társadalmunknak a nemiséggel összefüggő minden baját egyedül népfelvilágosítással, profilaktikumokkal, kéjnök rendszabályozásával stb. rendezni tudná, az nem látja át e kérdésnek kiterjedését.

Az összeütközésnek a lényege az, hogy nálunk az *ifjú 20—21 éves korában éri el teljes kifejlődését, házasságot azonban átlag csupán 29, a nő pedig 26 éves korában köthet. Így a teljes ivarérettség és a legális nemiélet megkezdhetése Jcözött egy 6—8—9 évig tartó időszak van; ez a nemiélet megromlásának forrása.* Erre a tényre támaszkodva, sokan az antematrimonialis nemiéletnek jogsultságát, sőt szükségét hirdetik. Tudjuk ezzel szemben, hogy a nemi mirigyek belső secretiót fejtenek ki, amelyek termékére a fejlődés zavartalan befejezése érdekében magának a serdülő egyénnek vitális szüksége van; a faj szempontjából viszont egyenesen káros lenne, ha a reprodukció már a serdületlen korban megtörténnék. Ez általános biológiai törvény (mely alól talán csak az axolotl képez kivételt); minden vadász tudja, hogy a szarvasoknál az erősebb bikák elűzik a túlfiatalokat az üzekedés teréről. Az alacsony fokon álló déli népek, pl. a négerék nagyon korán, a nemesebb északi germánok későn érnek meg; nem a klíma miatt — hiszen a lappok megelőzik a pubertásban a velük lakó norvégeket, a kanadai szamojédek az angolszászokat. Úgy az egyén, mint a faj érdeke azt kívánja tehát, hogy a nemiélet megkezdése későbbre tolassék ki. Ezért a monogámia megkönnyítésére spártai neveléssel, jól megszervezett cserkészettel, népsporttal el kellene téríteni a nemiélettől még néhány évig a szervezetet, viszont lehetővé tenni már a 24—25 éveseknek is a családalapítást. Ez lenne az igazi segítség és tökéletes profilaxis: eltüntetni a természeti és a társadalmi követelmények között ma még fennforgó rést, megszüntetni a nemiélet kóros és káros kilengéseinek indító okát.

Problémáink ez esetben nagyon egyszerűek és három jelszóba foglalhatók lennének: *lehetővé tenni, hogy elég gyermek szülessék, ezek (testileg és lelkileg) jól felneveltsenek és mint felnőttek, boldogulhassanak.*

Sajnos, amily egyszerű ez a program, oly nehéz annak keresztülvitele, egyrészt mert *még nagyon távol állunk a szükséges alapfeltételektől, másrészt mert nagyon mélyre süllyedtünk.* Ne szépítsük helyzetünket, ne áltassuk magunkat. A magyar nő világcikk volt, törzslakosa San-Francisko és Vladivosztock bordélyházainak. Fővárosunk legszembeűnőbb vonásai: a sok kávéház, az éjjeli pillangók, a koldusok, csapszékek és a nyomortanyák. Mindenütt az érzékiség felkorbácsolására törekszünk. A divat már a háború előtt is aljas volt; ma még rövidebb a szoknya, mélyebb a kivágás, átlátszóbb a szövet, testszínűbb a harisnya. Valami perverzitás dívik: a nők maszkulin, a férfiak feminin külsőre törekszenek; amazok lenyírják, ezek megnövesztik a hajukat, borotválják arcukat, manikürt és illatszereket használnak. Néger zene, néger táncok járnak. Azelőtt felháborodtunk a tangón, ma már nyilvánosan dörögöldznek a charleston-t táncolók. Színházaink és irodalmunk ledérségükkel

tűnnek ki. Egy előkelő folyóirat állapítja meg, hogy az ideál ma már nem is a félszűz, hanem a garçonne, a meddő szajha lett.

Pedig a mi népünk a legszebb, legszemérmesebb és legerkölcösebb fajok közé tartozik, de a rossz kereseti viszonyok, a lakásügy elhanyagoltsága, az iszákosság, a vagyonmegosztás aránytalansága, a pompaszeretet, vetélkedés, az iskolázásnak és különösen az erkölcsi nevelésnek elmaradottsága, a tradícióknak és a nemzeti gondolatnak elhanyagolása, valósággal beletaszították ama zavaros ~ kapzsi és gyűlölködő mentalitásba, amely legázolva az erkölcs, a haza, a jog fogalmát, valami káosztól várja a javulást, addig pedig kábult állatiasságba fásul nyomorúságában.

A háborúban persze nem lehetett az alapvető társadalmi és gazdasági reformokat megalkotni. Az akkori kormányok látták ugyan a bajnak mély és szétágazó gyökereit, de egyelőre csupán egészségügyi intézkedésekkel kísérelhették meg a helyzet javítását. 1917-ben biztosítva volt a pénzügyi fedezet egy budapesti 1000 ágyas növédelmi intézetnek, továbbá Temesvárt, Nagykárolyban, Székesfehérvárt, Miskolcon, Brassón, Munkácson egy-egy kisebb kórháznak felépítésére; tervben volt azonkívül számos; vidéken felállítandó intézet is, még pedig úgy, hogy azok különböző típusokban létesüljenek, átmenetként a kórházak, nevelőintézetek, munkaközvetítők, otthonok, menhelyek és őrizőhelyek között, hiszen azilumok szükségesek a degeneráltak, nevelőintézetek a fiatakorúak, árvaházak a heredoluesben szenvedők, zárt intézetek az elzüllött suhancok stb. számára. Külön típus való a nemibeteg anyák és csecsemők védelmére; mások a családi körükből kiszakított kenyérkereső nők elhelyezésére. Azóta Borstall Institution, Detention Home, Isolation Hospital, Industrial Home, Prison Farm, Reformatory, Lilla Hemmet, Béguinage, Hvita Bandet, Magdalenenhaus, Schutzheim, Zufluchtsheim. Junggesellenheim stb. néven már mindenféle létesítettek ilyeneket.

A fővárosban 12 új rendelő- és tanácsadó-intézet állíttatott fel; közlaboratóriumok tervezettek minden törvényhatósági kórházzal kapcsolatban, ellenében pl. a dán felfogással, mely az összes érvizsgálatokat Kopenhágában koncentrálja. A községi és körorvosok számára minta lakóházak kontempláltattak törpe kórházzal és rendelőhelyiséggel. Külön intézkedések tervezettek a házasulok, a dajkák, az irodai és ipari munkásnők, de éppen úgy a nőtlen fiatalemberek védelmére. A nép gondozását kerületi egészségügyi központok végezték volna, amelyek, mint a német Wohlfahrtsamtok, hat részből állottak volna: az egészségügyi, ifjúsági, jótékonyági, rokkant, hadiárva és a gondozóosztályból, mely utóbbinak három csoportja lett volna a kiszabadult rabok restitálására, az erkölcsileg veszélyeztetetteknek megvédésére és a nemibetegeknek tanácsal, segítséggel való istápolására.

Az összeomlás a sok készült elfojtotta és a kevés létezőt megsemmisítette, itt tehát újra kell mindent kezdeni.

A felsoroltak mind olyan repressiv intézkedések, amelyek már a háborúban is kivihetőknak látszottak; *az igazi segítséget azonban csupán a konstruktív intézményektől, főleg a megélhetési viszonyok megszervezésétől várhatjuk. A legnagyobb veszedelem, ha a nyomor és a konjunktúra állapotai változnak, ahelyett,*

hogy szerény, de állandóan szilárd existenciát biztosítunk népünknek. E kérdésnek persze számtalan részlete van; a legsürgösebb azonban e pillanatban *a lakásnyomornak tömérdek kis családi háznak építése útján való megoldása.* Egész Anglia tapsolt, amikor az első egészségügyi miniszter, dr. Addison, 100,000 kis családi háznak építését határozta el. A mi országunk is belenyugodott, amikor a kormány kincstári részesedés formájában súlyos adókat vetett ki reá, mert remélte, hogy az így befolyó milliárdok majd a lakáskérdésnek megoldására vezetnek.

A szétküldött szillabuszból azonban látható, hogy még sok más tennivaló is van, melyek nyolc csoportba (profilaxis, orvosi, társadalmi, adminisztratív feladatok, népfelvilágosítás, családvédelem, büntető szankciók és törvény) tartoznak.

E reformok megvalósítása többféle logikus sorrendben lehetséges; minden új intézet hasznos eredménnyel fog járni, ha lelkes és ügyszerető emberek dolgoznak benne, de egy sincsen közöttük olyan, mely egymagában megjavíthatná a helyzetet. A miniszter úrra kell bízunk a reformokban a priusznak és a tempónak megválasztását, de kérünk kell őt, hogy mielőbb fogjon az alkotáshoz.

A tömérdek javaslat megbeszélése helyett csupán két pontot szeretnék még a legújabb adatok alapján röviden érinteni: egyrészt a nemi járványoknak kihatását és a háború utáni csökkenését, másrészt az egységes törvény által való szabályozás kilátásainak kérdését.

A nemibetegségek ma is súlyos csapásai a társadalomnak. Még a legújabb vizsgálatok is elijesztő képet adnak róluk. Lenz pl. 1921-ben a paralizis gyakorisága alapján kiszámította, hogy a berlini férfiaknál a syphilis fellépésének valószínűsége 90 %, mely borzalmas arányt Claasen ellenőrző számításai csupán 45—68 %-ra voltak képesek mérsékelni. Az 1922. évi francia hivatalos becslések viszont legalább 140,000 lélekre teszik a francia népnek évi syphilis véradóját, amely szerintük 40,000 abortussal, 20,000 csecsemőhalállal és 80,000 felnőttnek elvesztésével nemcsak alacsonyabbra van becsülve a valóságnál, de még nem is foglalja magában az indirekt ártalmakat, sem a többi nemibaj által okozott veszteséget, se a sterilitásból származási hiányt.

Igaz, hogy *a nemibajok elterjedése a háború óta erősen csökkent.* A Pázmány-egyetem venerikus rendelésén az új nemibetegek száma 1919-ben 6709, 1925-ben 2113, az előbbinek 315 %-a volt. Ez az adat azonban nem irányadó, mert az ország szétdarabolása és új egyetemek felállítása következtében ami egyetemünk Hinterlandja 12 millióról kétmillió lakosra csökkent. A visszaesés azonban másutt is igen jelentékeny. Az angol gyógyállomások látogatottsága 1920-ban 105,185, 1922-ben már csak 73,336 volt. Svédországban 1921-től 1925-ig a syphilissel inficiált férfiak száma 1606-ról 470-re, a nőké 652-ről 206-ra, a fertőzötten születetteké 117-ről 54-re esett. Németországban, noha 1921-ben 171, 1922-ben már 182 Beratungsstelle működött, mégis a megvizsgált egyének száma egy év alatt 118,982-ről 106,763-ra, a nemibajosoké pedig 91,019-ről 77,307-re csökkent.

Ezzel szemben *a legújabb időben helyenként megint emelkedés kezd mutat-*

kozni. Összehasonlítva az 1925. és az 1926. év első 9 hónapját, ami klinikánkon tavaly 1491, az idén már 1786 nemibeteg férfi fordult meg, vagyis a szaporodás 19 %. A párisi Saint Louis-kórház hat osztályán 1924-ben 1955, tavaly már 2445 friss syphilis eset jelentkezett, ami 25 %-os emelkedésnek felel meg. A hamburgi razziákon 1913-ban 855, 1922-ben 1527 nemibajost találtak, ami 78 %-os felszökkenést jelent. Kanadában az új fertőzések száma 1921-től 1924-ig 2320-ról 2587-re emelkedett.

Ezt a rosszabbodást sokan *egy újabb hullámnak tekintik* és úgy magyarázzák, hogy a háború idejében minden ország a legnagyobb erőfeszítéssel gyógykezelt a nemibajosait, aminek kihatása néhány évig tartott, most azonban már elenyészőben van; okolják az újabban divatba jött bismuth-gyógykezelést is, melynek végleges értéke még nagyon kérdéses.

Kétségtelen tehát az előrebocsátottakból, hogy a küzdelemnek továbbra is lankadatlan eréllyel kell folynia. Ezt sokan ugyanúgy végeznék, ahogyan pl. a kolera ellen eljárni szokás: a nép kitanítása, a megbetegedési esetek kötelező bejelentése, a fertőzés forrásainak kutatása, a gyógykezelés hozzáférhetőségének biztosítása, gy ögy kezelte té si kötelezettség kimondása, a renitensek kényszerítő internálása, a fertőző, sőt a veszélyeztető, hirdető meg a kerítő embernek megbüntetése stb., végre, mint speciális intézkedés, a prostitúció ártalmainak enyhítése. Mindezeket a kérdéseket igen részletesen megtárgyalta a Nemzetvédő Szövetségnek 1917 májusában tartott országos Értekezlete.

Kevés változattal tényleg ezek ama vezérgondolatok, amelyekre az utolsó 20 évben a legtöbb állam a nemibajok leküzdésére hozott törvényeit alapította. Hollandia (1911) és Anglia (1917, megkísérlette ugyan az egyéni szabadság álláspontján maradni és az összes coërcitiv intézkedéseket mellőzve, *a nemibetegségek leküzdését kizárólag népjóléti intézkedésektől remélni*. Anglia ezért megalkotta az általános népbiztosítást, munkáskolóniákat épített, újabb munkaalalmat és nagyszerű nővédelmi intézményeket létesített, emberrajokat telepített ki a domoniumaiba, minden nagyobb városban megszervezte az ingyenes orvosi ellátás intézményét, népgondozókat (*social worker, ladies missionary*) küldött ki a népelet megfigyelésére és a szükséges gyors közbelépésre, végre rendkívül intenzív propagandával, 15,000 előadással, hárommillió ember előtt lepergetett filmekkel stb. *hangulatot keltett a nemibetegségek leküzdése érdekében*. Mindez azonban elégtelennek bizonyult. Anglia is kénytelen volt *egyes büntető intézkedéseket megszigorítani* és miután már 1912-ben *korbácsbüntetést statuált a kerítők ellen*, 1917-ben kibocsátotta a *Venereal Diseases Actot* és a 40. sz. Regulationt, mellyel a *katonákat védte a «patriotic prostitutes» ellen*, jelenleg három új törvényjavaslattal foglalkozik (*Seocual Offense Bill, Crimina Law Amendment* és *Promotion of Public Morality*) a védekezésnek hatatosabbá tétele érdekében.

Néhány más állam szigorúbb rendelkezésekhez folyamodott. Ezek között a Skandináv-Allamok (1918), ahol a nemibetegségek leküzdése már évtizedes múlttal bírt, intézkedéseikben számíthattak későn érő, higgadt és nagyon művelt népeik belátására és támogatására. Ott az *innominatív bejelentési kötelezettség, a fertőzés forrásainak felkutatása, a renitensek kényszerítő gyógy-*

kezelése, sőt bizonyos fokig más szociális intézkedések: *mérsékelt alkoholtilalom, a házasságonkívül született gyermekek jogainak kiterjesztése* stb. is keresztülvihető volt. Az eredmény nem is maradt el: Svédországban 1921-ben még 2228 friss syphilis esetet jelentettek be, 1925-ben már csak 676-ot; a csökkenés 66 %, pedig az erkölcsök a *Samweds átkanskab*, a vadházasság egy nemének terjedése miatt ott sem a legjobbak, de legalább monogamikusok.

Kitűnő eredményeik vannak a belgáknak is, ahol a királyné védnöksége alatt megalakult liga három év alatt 100 conférencier által 2500 felolvasást és 550 színházi előadást tartatott 15 millió embernek. Ilyen és más intézkedésekkel a katonaságnál annyira lenyomták a bajt, hogy a *fertőző esetek arányszáma négy év alatt, 1920-tól 1924-ig 12.2-ről 1.5 ‰-re, egy nyolcadára, az egész lakosságban pedig egyötödére esett.*

Franciaországban még nem alakult ki a helyzet; nagy erővel létesít gyógyító centrumokat; 1920-ban már 125 ilyen működött náluk. Az egészségügyi minisztériumban egy külön *Service de prophylaxie vénérienne-t* állítottak fel, mely nagy propagandát fejt ki. A hadseregben 1917-től 1924-ig 211 %-ról 25 %-re, szintén $\frac{1}{8}$ -ára szorították le a syphilisfertőzés arányszámát. Másrészt ott még sok a kalandos terv. Még repülő-bizottság szervezéséről is beszélnek, amely vándorkomédiások módjára *«voiture vénériologiquek-ba* járjon községről-községre, hogy a *baiser mortel-t*, a halálos csókot leküzdje. Mások a *prostituáltakat szindikátusba akarták szervezni*, ahogyan 300 évvel ezelőtt a *Boi des ribands* vezetése alatt voltak. Látszik, hogy még nincsenek megelégedve az eddigi törvényes intézkedésekkel; jelenleg Le Poittevin egy új törvényjavaslat előmunkálatain dolgozik, amely, mint azt mi már tíz év előtt sürgettük, a *leányok védett korhatárát felemelje és a fiúk elcsábítását is büntesse.*

Kevésbé sikeres a küzdelem az angol dominiumokban. Kanadában, mint említettem, a bejelentett esetek száma emelkedett, viszont az ausztráliai adatok nem érdemelnek hitelt; képtelenség, hogy 1921-ben egész Ausztráliában mindössze 97 új syphilis eset fordult volna elő.

A finnek 1907-ben, a románok 1913-ban, az osztrákok és az olaszok 1918-ban, a csehek és a lengyelek 1922-ben hoztak törvényeket nagyon különböző eredménnyel. A finn törvény pl. annyira szolid és enyhe, hogy a prostitúció leküzdését nem képes biztosítani, és minthogy a törvény végrehajtását is eleinte túlságosan könnyelműen kezelték és hivatalnokokra bízta, akik a gyakorlatban nem váltak be, később kénytelenek voltak nyílt erőszakkal segíteni magukon. A női személyzet helyett a rendőrség vette a kezébe a dolgot, a helsingforsi Tolo-kórházat zárt intézetté alakították, amelynek pincéjében börtönök vannak, ahol még a legutóbbi időben is a gyógykezelés félbeszakítása mellett, éheztetéssel büntették a renitenseket. A törvényt finansziális okokból sem voltak képesek kellően végrehajtani, így pl. a protargolgyógykezelést drágasága miatt elejtették; elképzelhetjük már most, hogy az ilyen elhamarkodott, a külföldi példákat csupán lemásoló törvény aligha vitte előre a közegészségügyet. A híres, 1906-ból származó dán törvény sem

* felelhetett egészen meg a céloknak, mert most két pótlásra szorul, ami annak

szigorúbb kezelését lehetővé fogja tenni. Ily persequáló *az oláh törvény is, amely a bordélyokat továbbra is fenntartja, a nemibetegségek elleni küzdelmet a rendőrség kezében meghagyja és a renitenseket politikai jogaiknak felfüggesztésével, a fertőzőket háromévi börtönnel bünteti.*

Az Északamerikai Egyesült-Államok nem egységesek ebben a kérdésben: csaknem valamennyien *elrendelték a megbetegedési esetek név nélküli, sőt hét állam a nominatív bejelentését.* Egyes államok annyira mennek, hogy a *prostituáltakkal érintkező férfira is fogságot szabnak, büntetik a házasságonkívüli közösülést is, sőt bizonyos esetekben quarantine-nel vagy asexualisatióval fenyegetik meg a nemibetegeket.* New-Yorkban rendőr-őrjáratok járják az utcákat, hogy a közérkölciség ellen vétőket összefogdossák és egy egész éjjel állandóan ülésező «*Night Court*» nevű bíróság elé vigyék, mely rögtön elítéli a bűnösöket és internálja a betegeket. Sajátságos azonban, hogy e figyelem csak az utcán járókra terjed ki és hogy az elfogottakat 25 dollárnyi, sőt még a gyógykezelés céljából internáltakat is 100-tól 1000 dollárig terjedő kaució ellenében, azonnal szabadon bocsátják!

Mint látható, az ilyen intézkedések kétes értékűek lehetnek és csak akkor válnak sikeresekké, ha az illető országban kialakult viszonyoknak tényleg megfelelnek. A régi finn törvény például elsősorban a külföldről hazatérő hajósok, kereskedők, az átvonuló katonák, az Oroszországból hazatérő cselédek, a nyaranta beözönlő fürdővendégek ártalmatlanná tételére törekedett; ez ott jól megfelelehetett, nálunk azonban éppoly keveset érne, mint a *Nép-szövetség által egybehívott három szakkongresszusnak és az Union Internationale contre le Péril Vénérien* nevű, már 40 államra kiterjedő testületnek eddigi javaslatai, melyek főleg a nemzetközi forgalmat tartják szemelőtt, a kivándorlók számára propaganda-előadásokat követelnek, a kivándorlók orvosi vizsgálatát szigorítják, katonai és haditengerészeti reformokat sürgetnek, kikötőkben antivenereás diszpanzereket javasolnak, végre a közönség fokozottabb ki tanítását, a diszpanzerek fejlesztését, a házasságok bizonyítványainak kicserélését stb. ajánlják, vagyis részben reánk nem vonatkozó, részben már közismert intézkedéseket hangoztatnak.

Látnivaló az előrebecsátottakból, hogy a nemibetegségek ártalma elválaszthatatlanul összefügg az egész nemiélettel és oly sajátságos blokkot képez, amely ellen nem lehet az egyéb, pl. a kolerajárványok ellen kitűnően bevált rendszabályokat egyszerűen átvenni és alkalmazni. Eljárásunkban *Anglia enyhe és gondoskodó példáját kell követnünk; nem annyira törvények és rendeletek, mint intézkedések és alapítások szükségesek.* Először meg kell teremtenünk *a népnek kellő mentalitását és a szükséges alapvető intézményeket, mert a törvény csak akkor jó, ha közőhajt fejez ki és ha minden részletében tényleg végre is hajtható.* Már az előmunkálat is rendkívül nehéz e téren. Ne felejtjük ugyanis el, hogy a leghatalmasabb életösztönnök a társadalom szolgálatába való kényszerítéséről van szó. A zabolátlan nemiélet, a promiscuitas volt az ősi állapot. A prostitúció évezredekken keresztül nemcsak eltűrt, de helyenként glorifikált, sőt pl. Babilonban kötelező állapot is volt. Phryne győzött az araeopagban és mikor Justinianus neje, Theodora, ki a prostituáltak sorából

emelkedett a császári trónra, hajdani nyomortársainak sorsát enyhítendő, a Bosporusnak egy gyönyörű ligetében óriási palotát épített, hogy a prostituáltak elhagyhassák frivol életüket, a palota lakatlan maradt, mert erősebb volt a vér ösztöne, a *goût pour l'Homme*. *Rendeletekkel nem lehet erkölcsöt teremni, pedig most erkölcsre van szükség.* Róma a Gracchusok idejében volt a legnagyobb, amikor a lictorok tisztelegtek a terhesasszonynak, vagy amikor Cicero még mint a legsúlyosabb vádat vághatta az ellenfél szemébe, hogy *scortator es!* A mi hazánk is akkor lesz újra nagygyá, ha a terhesasszony megint áldott állapotban lesz!

Hozzászólások:

1. Dr. Tomor Ernő, főorvos: Hálás köszönettel adozom főleg azoknak a tételeknek a hangsúlyozásáért, amelyek a nemületben összeütköző társadalmi és természeti törvényekre vonatkoznak. Mikor ezeket az elveket annak idején (Neubegründung der Bevölkerungspolitik. Würzburg, 1918.) első ízben publikáltam, kevés megértéssel találok. A házasság korhatárainak messze eltolódása az ivarérettség korhatárától, ez a centrális probléma, amelynek megoldása nélkül a nemibetegségek elleni küzdelem mindenkor csak toldozó-foldozó munka lesz, amely nem hatol a kérdés gyökereire. Teljesen elhibázottnak tartom, bármilyen modernnek is vélik alkotóik az Egyesült-Államok azon intézkedéseit, hogy a prostituáltakkal érintkező férfira fogságot szabnak, vagy a román törvényt, amely a renitenseket politikai jogaik felfüggesztésével, a fertőzőket háromévi börtönnel bünteti, vagy a finn eljárást, hol a kórház pincéjében börtön is van, ahol éheztetéssel büntetik a renitens betegeket.

Ezek a törvényes intézkedések csak elriasztják a beteget a gyógykezeléstől, megbélyegzetté teszik azt, aki különben csak úgy méltó embertársainak cselekvő szánalmára, mint bármilyen más beteg.

A megbélyegzésnek egy más neve az a sokat propagált eljárás, amely a nemibetegségben szenvedettet kiakarja zárni a házasság lehetőségéből. Talán indokoltnak látszik az ilyen intézkedés az egyén szempontjából és nagyon érthető, ha például az apa óvakodik leányát lueses emberhez adni. De epidemiológiai szempontból kétségtelen, hogy sokkal kisebb veszélyt jelent az emberiségre a nemibeteg, ha házasságon belül él, vagyis csak *egy nővel* érintkezik, mintha viszonyt viszony után köt. A házasság az az izoláló állomás, amely lezár egy-egy fertőző göcot. Viszont maga a beteg férfi szempontjából is nagy morális célkitűzést jelent a házasság, a minden áron való gyógyulni-akarást, most már nemcsak saját, hanem gyermekei érdekében.

Érzem, hogy ezek a nézetek, amelyeket immár évtizede hirdetek írásban és szóban, első olvasásra vagy hallásra talán idegenszerűek és nemcsak a hazai, hanem a külföldi irodalomban foglaltakkal is ellentétesek, de aki ismételve átgondolja fog eszmélni etikai és higiénikus jelentőségükre.

2. Dr. E m ő d i A l a d á r, a Teleia-Egyesület főtitkára:

A nemibetegségek elleni harc, melynek három párhuzamos irányban kell haladnia: *a megelőzés, a gyógyítás és a felvilágosítás* irányában, az orvosok hatóságos működése nélkül elképzelhetetlen és épp ezért meg kell találni a kormány-

zatnak a módot, hogy ebbe a mozgalomba az orvosok nagyobb tömegét, tisztességesen díjazott munkájuk révén bekapcsolja, és ha saját erejéből ezt elvégezni nem tudná, akkor legalább legyen minden tekintetben segítségére a társadalmi megszervezkedésnek, amely a munka tekintélyes részét vállalhatja.

Az ideális állapot a dán rendszer volna, mely szerint minden nemibeteg díjtalan állami kezelésre tarthat igényt, ez azonban minden terhet az államra ró és így alig jöhet számba. Tehát *meg kell osztani a munkát*. Az állam szaporítsa, ahol ez szükséges, a kórházi osztályokat, alkosson törvényt a fertőzés, a betegek házasságkötése, a gyógykezeltetési kötelezettség, a nemibetegek diszkrét ellenőrzése, főleg pedig a nemibetegek kezelési költségei tekintetében.

Állítson fel egy *központi egészségügyi hivatalt*, mely a megfelelő statisztikai adatgyűjtés alapján irányítsa és segítse elő a hatóságok és a társadalom szükségesnek látszó munkásságát, úgy a gyógykezelés, mint a felvilágosítás tekintetében.

A profilaxis kérdésében, a különböző államok katonaságánál elért eredmények tapasztalatai szerint, az egyéni megelőzés ügyét sem lehet félvállról venni és a megfelelő helyeken okvetlenül fel kell próbaképpen állítani egy pár profilaxis állomást, de e mellett meg kell engedni minden bevált és hatóságilag ellenőrizett profilaktikum forgalomba hozatalát is.

Nem fogadhatja el a referensnek azon megállapítását, hogy az ifjúság felvilágosításának, illetve veszélyeztettségének alsó korhatára a 18. esztendő, mert nálunk, sajnos, faji sajátosságok következtében már 14—15 éves korban fennáll a legtöbb esetben a szükség, hogy az ifjak koruknak megfelelő felvilágosításban részesüljenek.

A gyógyítás, a gondozás és a tanácsadás kérdésében utal 1917-iki nagygyűlésen elmondott szavaira, melyekben a «népbetegségi központok» gondolatát vetette fel a népbetegségek elleni egységes küzdelem céljaira. A nemibetegeknek nem a kórházi osztályok vagy azokkal kapcsolatos rendelések kellene, amelyek egyrészt a kórházi személyzet túlterhelése nélkül csak ritka helyen létesíthetők, másrészt pedig, különösen vidéken, ahol a kórházak nagy részét a városforgalmi vonalaktól távol építették és így a betegek részére nehezen is közelíthetők meg; hanem a központilag elhelyezett és külön orvosi személyzettel ellátott gyógyító- és tanácsadó-intézményekre van igényük, amelyekbe központosítani kell minden lehető és elgondolható antivenereás intézmény mellett a többi népbetegség elleni gondozókat is, és amelyeket természetesen fel kell ruházni az antivenereás gyógyszerek és gyógyeszközök díjtalan utalványozási jogával. Ez intézmények létrehozásánál fel lehetne használni a munkásbiztosítás idevágó alkotásait vagy méginkább kvótaszerű hozzájárulását.

Természetesen fel kell előzni a gyógyítási lehetőségek rendszeres kiépítésének.

3. Dr. D e u t s c h Ernő. igazgató-főorvos: A háború lezajlása óta mindkét nembeli ifjúság, az általános elszegényedés folytán, már 14—15 éves korában kerül kenyérkereső pályára s ezen testét és szellemét egyaránt nagy

feladatok elé állító foglalkozás mellett az időelőtti, de okvetlenül brutálisan beálló nemi felvilágosítás, illetőleg az esetek javarészában, a nemiélet természetes vagy természetellenes gyakorlása áldozata lesz. Nem-e kell ez elvitázhatatlan tényt szemelőtt tartva nemcsak egészségügyi, hanem etikai szempontból is megfelelő tapintatos felvilágosításról gondoskodni? Lehet-e súlyos problémának megoldását hozzá nem értő szülőkre vagy ú. n. nevelőkre bízni?

A természetrajz oktatása bőven nyújt alkalmat a szakszerű nemi felvilágosításra, természetesen ha a pedagógusképzés megfelelően eszközöltetett.

Az összes felekezet papjainak, akár alá vannak vetve a coelibátusnak avagy nem, hívóik érdekében meg kell tanulniok, hogy a nemiélet nem eg^ pornografiás. hanem élettani megnyilatkozás, melynek etikai alapot megadni a papnak éppúgy szent kötelessége, mint az orvosnak és pedagógusnak.

Iskolai szülői értekezleteken az iskolaorvosok a szülőket világosítsák fel, hogy hogyan kell e gordiusi csomónak látszó kérdést okosan megoldani.

Múzeumok és kiállításokban tiltó feliratok révén ne keltsük fel a nemiélettel foglalkozó osztályok iránt fokozott mértékben az érdeklődést

4. Dr. Merétey Sándor: Ha a nemibetegségek nagy és nehéz problémáját gyökeresen meg akarjuk oldani, teljes mértékben a megelőzést kell munkálnunk. Köztudomásba kell vinni, hogy a nemi ösztön értékes és megbecsülendő kincsünk, de felhasználása és rendeltetésének betöltése egyedül a házaseseten belül jogosult. Más irányú és más módon való felhasználása természetellenes és pazarlás. A nemi önmegtartóztatás semmi káros következménnyel nem jár, amit a legkiválóbb orvostanárok vallanak s minden más megállapítással szemben minden komolyan gondolkozó orvosnak vallani és hirdetni kell. Itt véleményeltérésnek helye nincs. Az önmegtartóztatás, a tiszta élet kétségkívül harcot és küzdelmet jelent, főként ma, amikor, sajnos, társadalmi és kultúréletünk legtöbb terén üzleti érdekek szolgálatában minden az érzékiségre van alapozva. Ez abnormis állapot, amit behunyt szemmel nézni nem lehet. Különösen az ifjúság nevelése és felvilágosítása szempontjából kell küzdenünk és tiltakoznunk e lehetetlen állapot ellen s teljes komolysággal, meggyőző erővel kell hangoztatni a fentiek igazságát, jelentőségét. Harcot kell indítani álhatalosan, kíméletlenül az érzékiség túlkapásai ellen, legyenek annak forrásai színdarabok, újságcikkek, plakátok, képek, ú. n. irodalmi termékek, táncok stb. Cenzúrát kell behozni mindezeknél s büntetni kell minden túlkapást, mely a lelken, gondolon, érzéseken keresztül a testbe oltja be a betegség csíráit vagy alkalmassá teszi a szervezetet e csírák életképesítésére. Minden nemes érzésünkkel és szeretetünkkel csüngjünk azonkívül más oldalról az ifjúságon. Felvilágosításokat nem szabad csupán a nemiélet veszedelmeinek rémes színekben való feltárásával, sem a fertőzőes elleni óvintézkedések ismertetésével elintézni.

Az ifjúság barátai nagy reménységgel és örömmel tekintenek a magyar cserkészlet felé, amelynek sok-sok ifjú csoportja alkotja majd a liliomos hadsereget, mely a nemi probléma megoldását nagy léptekkel segít megoldani.

5. Dr. Grúsz Frigyes, rendelőintézeti osztályvezető orvos, mű-

egyetemi szakelőadó: A nemibetegségek elleni küzdelem nagy szükségét igazolja a nemibajok óriási elterjedése. Magyarországról mindezt ideig kellő adatokkal nem rendelkezünk, úgy hogy e tekintetben csak becslésekre voltunk utalva. Szerző statisztikai adatgyűjtést végzett a kórházakat látogató nemibetegek létszámát megállapítandó. Eszerint mintegy 140 budapesti gyógyintézetet csupán az 1925. év folyamán 67,500 nemibeteg látogatott. Ezek közül lágy fekély volt 6200, kankó 38,020, gyermekkori kankó 182, szemkankó 164, syphilis 18,626, világrahozott vagy gyermekkori syphilis 544. agy-syphilis 429, következményes ideg- és elmebaj 1800 körül; csak a syphilis és az idegbajok miatt meghalt 400-nál több ember. Ezek az adatok a kórházak és rendelők név nélkül adott számadatai, tehát a többszörös bejelentés valószínűségét fel kell venni; ha emiatt a külföldi statisztikák alapján mintegy 20%-ot le is számítanánk, ezt az 510 budapesti bőr-, urológus és nőgyógyász specialistának legalább 12—18,000-re tehető magánbetege kiegyenlíti, úgyhogy a nyert adatok egész Budapestre vonatkoztatva, meglehetősen hű képet adnak a nemibetegségek elterjedéséről.

Magyarországban legfertőzöttebb a Dunántúl déli része. Ezt bizonyítja hogy a háborúelőtti egyik évben Nagykanizsán a katonáknak 19.5 %-a volt nemibeteg. Ezt az abnormis magasságot megközelíti a pécsi kerület csendőreinél 1924-ben előfordult 16.8%-os és az 1925-i 12.6%-os megbetegedés. A Munkásbiztosító tagjainál Pécsen 1925-ben 21.6. illetve az egész kerület tagjaira vonatkoztatva 16.2% volt a nemimegbetegedések száma. Ugyanott a honvédségnél 1925-ben a legénységi létszámhoz viszonyítva a nemibetegségek 11%-ot értek el, míg Szegeden 8.9, Debrecenben 11.1% volt.

Ezek az elrettentő számok, amikhez még a nemibetegségek okozta meddőházasságok fel nem becsülhető embervesztesége járul, parancsolóan követelik, hogy a magyarságot e nemzetpusztító népbetegséggel szemben minden erővel védelmezzük. A nemibetegségeket gyógyító intézményekkel eddig, sajnos, meglehetősen mostohán jártak el. Elég megemlíteni azt a gyógyintézetvesztést, ami Budapestet az utóbbi 16 évben érte. Megszűnt ugyanis ezidő alatt a nemibetegek gyógyítására szolgáló 12 intézmény, épp a felére csökkent. Először 1910-ben megszűnt a Rókus-kórház bőrgyógyászati rendelője, és a főváros központján álló eme hatalmas kórházi épület azóta is bőrgyógyászati rendelő nélkül van. A Nékám professzor .kormány biztossága alatt létesült hét perifériás nemibeteg rendelő közül 1917-ben a kelenföldi, 1919-ben az Irma-téri, istvántelki főműhelyi, MÁV-telepi és kispesti rendelő szűnt meg, 1920-tól pedig feledésbe merült a Munkáspénztárral összekapcsolt pesterzsébeti és kőbányai nagyforgalmú rendelő is. Egyik-másik e rendelők közül nem bizonyult alkalmas elhelyezésűnek, de ezen áthelyezéssel és nem megszüntetéssel kellett volna segíteni. Ehhez járult 1924-ben a Zita-kórházban levő és nemibetegek elhelyezésére alkalmas urológiai, bőr- és nőgyógyászati osztályok megszüntetése. 1925-ben a MÁV betegbiztosító egyik bőrgyógyászati rendelése is megszűnt, míg 1926-ban a Szt. István-kórház prostituált-osztálya lett felényire csökkentve. Kispest és Pesterzsébet polgári lakosságának ma egyáltalában nincs nemibeteg rendelője.

Mindez természetesen nem szolgált a nemibajok elleni küzdelem javára és a háború alatt némileg leszorított nemibetegségek újból terjedni kezdtek. Ez tűnik ki a Munkásbiztosító pt. tagjairól készült értékes statisztikából is, ahol a taglétszámhoz arányosított nemibeteg százalék hüen mutatja az emelkedést: 1922-ben 5.9, 1924-ben 6.6, 1925-ben 8.7%. Ezt mutatja, hogy 1924-ben pl. 4827 tag mellett 1292 családtag, míg 1925-ben már 5913 tag és 2804 családtag volt syphilises.

Fejtegetéseinek eredménye az, hogy szaporítani kell az alkalmas helyen elhelyezett rendelőintézetek számát, s itt a gyógyszerert ingyen kell kiszolgáltatni, mert a mai antilueses kúra majdnem 500,000 K-nyi gyógyszerköltéségt sok ember nem bírja meg. Másrészt számolva a nagy lakásnyomorral, a tömegszállításokkal, ahol a betegnek nincs módjában az orvosi utasítás szerinti kezelés végrehajtása, a betegeknek okvetlenül kell a rendelőintézetekben a rendelőórákon kívül is helyet és alkalmat adni az előirt önkezelés elvégzésére.

Nem a kezeltetési kényszer az első parancs, hanem főkép és elsősorban legyen meg a közveszélyes fertőző nemibetegek kezelési lehetősége, mert ez nem csupán az egyén, hanem az egész társadalom, a haza érdeke!

6. Dr. B a t i z D é n e s: Azok, amikről eddig tárgyaltunk (prostitúció, nemibetegségek elleni küzdelem stb.), legnagyobbbrészt a jelenlegi betegállapotok therapiája. míg az igazi preventív és profilaxis ezen a téren *az ifjúság helyes nevelése*.

Mint cserkésztsiszt s a serdülő és fölserdült ifjúsággal közvetlenül foglalkozó és érintkező ember, két dologra szeretnék különösebben reámutatni.

Korunk leggyakrabban helytelen nemi felvilágosításával és nevelésével sikerülhet ugyan az ifjúságot megóvni attól, hogy magát a prostitúció karjaiba vesse, nem sikerül azonban megakadályozni abban, hogy önfertőzővé legyen.

Miként Nékám professzor úr is hangoztatta, a fejlődő szervezetnek ivarmirigyei működésére, váladékaira s benső hormonjaira, egészséges fölépülése érdekében igen nagy mértékben szüksége van. Ehhez hozzá kell még vennünk, hogy a legkülönbözőbb fertőzéseknek, elsősorban pedig a tuberkulózissal való fertőződésnek állandóan kitett fiatal szervezet a fertőzéssel csak úgy tud megbirkózni, ha a szükséges benső védő ellenanyagok kellő mennyiségben és állandóan állanak benne rendelkezésre.

Már pedig ehhez még jó táplálkozás mellett is elengedhetetlen, hogy a szervezet megóvassék mindenféle kihágásból eredő veszteségtől. Minthogy pedig a jó táplálkozást korunkban a serdülő ifjúság legnagyobb része nélkülözni kénytelen, életfontos energiáinak önfertőzéssel való nagyfokú tékozlása ellenállóképességének tetemes csökkenéséhez vezet s így a fertőzés útja igen megkönnyebbül.

A másik dolog, amire rámutat az, hogy az ifjúság számára megfelelő légkört kell teremtenünk. A mai társadalmi légkör nem alkalmas arra, hogy az ifjúban a tiszta élet iránt meglévő ösztönös vágyódást támogassa. Az az irodalom, mely számára a felvilágosítást nyújtja, nemcsak hogy legtöbbször nem éri el a kívánt eredményeket, hanem igen gyakran ront a helyzeten. Itt rendkívül nagy felelősség nyugszik az orvostársadalmon. A nevelőkkel

és lelkészekkel szemben az ifjakra nézve ebben a kérdésben leggyakrabban az orvos véleménye a döntő.

Rendkívül sokat árt ezen a téren az orvosok ingadozó, bizonytalan vagy éppen megalkuvó álláspontja.

Hogy azonban itt egyáltalán eredményt érhesünk el, meg kell győznünk az ifjúságot arról, hogy *tiszta életet élnie érdemes!* A mai közfelfogás még ennek ellenkezőjét munkálja. Nekünk tudatosan dolgoznunk kell azon, hogy olyan pozitív irányba tereljük e téren a munkát, amely a tiszta élet gyümölcseit: a nemes barátságot, a boldog családi életet, az egészséges utódokat s a tiszta és egészséges társadalmat és ezek örömeit tárja a fiatalság elé.

7. Dr. Orsós J. Imre, főorvos (Szolnok): A sok hiány közül kettőt említ meg: 1. A nemibajok elleni propaganda hiányosságát. Például a szolnoki városi anya- és csecsemővédő-intézet téli előadás sorozatában a nemibetegségekről egy előadást sem hirdetnek. Ugyanez az intézmény a hónapok előtt felajánlott ingyenes Wassermann-vizsgálatot eddig egyszer sem vette igénybe. 2. A profilaxis hiánya: Az ellenőrzés alatt álló puellákat a megfelelő hatóságok nem oktatják ki a nemi-betegségek elkerülésének módjairól. Iparengedélyük van ipari képzés nélkül. A bordélyokban óvszerek nyilvános árusítását tartja szükségesnek, melyek esetleg a belépődíj fejében volnának kaphatók.

8. Dr. Pándy Kálmán, egyetemi m. tanár: Orsós dr. azon indítványát, hogy bordélyházakba részeg embert ne bocsássonak be, nem tartja keresztülvihetőnek, mert nincsen aki ezt ellenőrizze és a részegség fokát megállapíthassa, ellenben mivel kétségtelen és statisztikákkal is beigazolt, hogy a nemibetegségek 75%-át ittas állapotban szerzik, sok ember szerencsétlenségét ki lehetne kerülni, ha a *bordélyházak* üzleti óráit korlátoznák. Ezeken a helyeken nem enivalót, nem ruhát, nem a családnak szükséges dolgokat árulnak, és itt mégis 24 órás, permanens a kereskedés, a nap minden órájában lehet itt syphiliszt és minden más családirtót venni. És ha érthető, hogy a nap sötét óráiban vannak nyitva ezek az üzletek, mégis nincs semmi szükség arra, hogy egész éjjel nyitva legyenek, akkor, is amikor köztudomásúlag csak részeg emberek mennek bordélyházba.

Előadói zárszó:

Az elhangzott felszólalások egy része adminisztratív panaszokból áll, amelyekkel az elnöklő miniszteri tanácsos úr már foglalkozott. Dr. Meréty úr felszólalásával egyetérttek; dr. Grusz úrnak pedig köszönöm a statisztikáját, amely igen érdekes, azonban, mint minden statisztika, csak nagy óvatossággal használható. Ami dr. Emődi úr felszólalását illeti, közöttünk ugyanaz a kontroverzia van, amely a két nagy angol társulat közötti ellentétet is képezte, hogy a Society for Prevention of Venereal Diseases inkább a vegyi prophylacticumoktól és hasonló óvintézkedésektől várta a nemibetegségek leküzdését, addig a Society for Combating the Venereal Diseases a prophylacticumok által szuggertott biztonságérzésben a nemi promiscuitásnak fenntartóját és támogatóját látta, a viszonyok igazi megjavítását tehát csak népjóléti és családfenntartó intézkedésektől várta. A két

egyesület az utóbbinak neve alatt végre is fuzionált; az utóbbinak felfogása, mint helyesebb, vergődött általános népszerűségre. Ami *Orsós* kartárs úrnak felszólalását illeti, amely szerint a prostituáltak nem eléggé ügyesek és gyakorlottak, én a kérdésnek helyes megoldását nem abban látám, hogy a prostituáltak számára valami tanfolyamfélélet tartsunk és ezzel őket valami képzett és vizsgázott prostituáltakká approbáljuk, hanem ellenkezőleg, az lenne kívánatos, ha elejét vennénk annak, hogy a nők általában prostituáltakká váljanak. Dr. *Tomor* úrral szemben, azt hiszem, hogy ő nyitott ajtókat dönget, mikor az ellen tiltakozik, hogy a nemibetegeket valaki betegségük miatt büntesse, a helyett, hogy gyógykezelje. Én el sem tudok képzelni olyan orvost, akinek ez lenne az álláspontja. Ami a nemibetegségek elleni küzdelemnek törvényes rendezését illeti, álláspontom, amelyet — azt hiszem — világosan kifejeztem, hogy nálunk egy ilyen törvénynek ideje még nem érkezett el, hogy az végrehajthatatlan, papiros-törvény lenne mindaddig, amíg az alapul szolgáló társadalmi intézkedések keresztül nem vitettek. Egyenesen ellenkező a nézetem a dr. *Tomor* úréval arra nézve, amit ő házasság előtti orvosi vizsgálatok tekintetében mondott. Az én javaslatom erre nézve annak idején az volt, hogy egy, a házasság alkalmából kötetlen kötelező életbiztosítás formájában oidassék meg ez a kérdés. Az a tudat, hogy ilyenkor életbiztosítást kell kötni és hogy ekkor orvosi vizsgálat fog történni, nevelő hatással volna és nem a házasság megíiusulására, hanem a betegek gyógykezelésére vezetne. A legnagyobb mértékben elítélem azonban azt a felfogást, hogy a tudatosan nemibetegek házasságot köthessenek és hogy inkább egy tisztességes asszony szenvedjen, mint tíz prostituált; tévedés ugyanis, hogy ezzel a baj egy egyénre lokaüzálatnék, ellenkezőleg generációk fertőzése, sőt elapadása és a családi élet tönkretétele eredményeztetnék.

Elnök: dr. V á m o s s y Z o l t á n, egyetemi ny. r. tanár.

Az alkoholizmus elleni védekezés.

Előadó: dr. p á n d y Kálmán, egyetemi m. tanár.

1. Közegészségügyi és társadalompolitikai szempontból az alkoholizmus ma nem az egyesek részegségéből eredő egészségügyi és nemzetgazdasági károkat jelenti, hanem *mindazon bajt, amely a szeszfogyasztással egyáltalán összefügg*. Ilyenek: munkafogyás, munkanélküliség, szegénység és művelődés-csökkenés.

2. *Munkafogyással* jár a szeszivás, mert a szeszfogyasztás révén a termelés kevesebb és rosszabb lesz. Munkafogyást csinál a szeszivás azért is, mert a szesztermelés legalább is négyszerte kevesebb munkába kerül, mint más ipar.

3. A munkafogyással *munkaalkalomcsökkenés* is jár. A szesztermelés legnagyobb mennyiségű nyersanyaga a víz, ezért a szesztermelés csökkenti a nyersanyagtermelést és fokozza a *mezőgazdasági munkanélküliséget*. De a szeszitalokra költött pénz más vásárlástól, más munkaadástól vonódik el, ezért az *általános munkanélküliséget* is elősegíti.

4. A munkafogyásnak és általános munkanélküliségnek természetes következése a *szegénység*, melyet rendkívül elősegít, hogy a szeszivó pénzéért maradó ellenértéket nein kap és az elköltött kereset egyesekhez jutva, a pénz természetes úton tovább nem forog.

5. A tömeg elszegényedése *tömegbetegségekkel* jár. Első helyen van ezek között a *tüdővész*. Ezt a rossz lakás, a rossz táplálkozás és a tisztátalanság, meg az egészségre vonatkozó tudatlanság csinálja, ezért is sem orvosszerekkel, sem orvosi tanáccsal le nem küzdhető. *A nemibetegségek legfőbb közvetítője az alkohol.*

6. Mindenféle betegség jobban pusztít a szegények között; négyszer, tízszer több szegény ember hal meg mindenféle bajban, mint jómódú. *A szeszfogyasztás szegénységet csinál és így mindenféle betegséget pusztítását megsokszorozza.*

7. A szeszfogyasztás iskolától, templomtól és minden jóra nevelő intézménytől elvonja a költséget. Kevesebb lesz a nép- és a felsőiskola, kevesebb a templom, kevesebb az iskolába és templomba járó. A szeszfogyasztás munkába kényszeríti az anyákat, ezért a *házi nevelés* is csökken, lehetetlenné válik; helyét az utca veszi át.

8. Az alkoholfogyasztás okozta bajok ellen csak az *alkoholfogyasztás csökkentésével* lehet küzdeni. Erre a *hatóság intézkedése* nem elég. A nép folyton élő önvédelmét kell lehetővé tenni és a küzdelem fősegítőjévé tenni. Az alkohol ellen való küzdelmet *az iskolában kell elkezdeni*, ezt a tanítást szervezni kell, előírni a részleteket is, számonkérni, ellenőrizni, folyton ébren tartani, kiegészíteni. Ha a gyermek lelkébe nem visszük be ezeket az érzéseket és gondolatokat, akkor az alkoholizmus ellen való mindenféle harc hiábavaló.

*

*

*

1. Huszonegy évvel ezelőtt a Budapesten tartott X. nemzetközi Alkohol-ellenes Kongresszuson *Dr. Gruber*, a müncheni *egyetemen* a közegészségtan tanára, azzal kezdte meg az előadások hosszú sorát, hogy az *Én* egészségéről beszélt. Ennek a mély gondolatokban gazdag beszédnek lényege az *én* szociális jelentősége volt. Az azóta eltelt idő az egészségügy minden részében az *én* helyébe a *több* embert, a tömeget és ennek legkisebb és legszorosabb kapcsolatát, a családot tette. Az ének a boldogulása sem önmaga boldogulásától függ, hanem családjának, körének, nemzetének boldogulásától, és lehet, hogy ezt minden nagy világveszedelem után így érezzük. A családnak, a tömegnek kell boldogulni, egészségesnek lenni, hogy az ezeket a közösségeket alkotó egyes ember is boldogulhasson. A *tüdővésznek* legnagyobb veszedelme nem az, hogy elpusztítja az egyes embert, hanem az, hogy családalkotókat, népfentartókat, a közboldogulásnak a munkáit pusztítja el. Így van ez más bajokkal és éppen az alkoholizmussal, illetve a szeszivás okozta bajokkal is. A syphilis elpusztíthat egyes embereket, de ennek az egyes embernek az elpusztulását megszenvedi a család, a munkakör, az az egész hely, amelyet az egyes embernek betöltenie kell, és ha ez a syphilis okozta kár nem is szembeszökő, talán csak az egyéni munka értékcsökkenését vagy időrövidülését jelenti is. ez összeadódva: 100, 1000, 10,000, 100,000-szeresen,

országoknak, nemzetnek, az egész emberiségnek a vesztesége. Egy ittas ember napi munkamulasztása 100,000 korona kereseti kár lehet a családnak vagy az országának, ezt a veszteséget talán 10,000 korona értékű szeszesital okozta, de 10,000 korona értékű szeszesital 100,000 korona értékű kárt csinálhat olyan módon is, hogy tíz ember dolgozik egyenként 10—10,000 koronával kevesebbet érőt. És ha egy kilogramm árpának táplálékra való felhasználás helyett szeszé alakítása népegészségügyi kár, ez változatlan nagy kár marad akkor is, ha ezt az egy kilogramm árpából készült szeszt nem egy, hanem tíz ember itta meg. Ha valaki 100,000 korona értékű szeszes italt iszik meg, ezzel magának voltaképp esetleg anyagi kárt nem is csinál, de kárt csinálhat száz munkásnak, akiknek a munkájára nem lett szükség, vagy ez a munka nem értékesülhetett, mert olcsóbb és a vétel után mindjárt megsemmisített, előállításában is munkába alig került árra lett kiadva a 100,000 korona. Ez természetesen a szeszre költött milliókra és milliárdokra is áll . . . Ezek az egyesektől vagy a nagy tömegtől egy helyre összefolyó milliók és milliárdok általános elszegényüléssel járnak és ez a szegénység nemcsak az anyagiakra, de a lelkiekre is vonatkozik.

2. A pár hó előtt tartott dorpatói nemzetközi alkoholelles-kongresszuson, amelyen az országos munkásbiztosító pénztár segítségével résztvehetni szerencsés voltam, *Holitscher* dr. a szeszivás ellen való küzdelemnek ez a régtől érdemes munkása, elmondotta, hogy a legújabb tudományos vizsgálatok szerint is az alkohol a legkisebb, mérsékeltnek tartani szokott mennyiségben is árt az idegtevékenység gyorsaságának, biztosságának és hibátlanosságának; nyilvánvaló, hogy az idegek működésének ez a megromlása a munkát kisebb értékűvé és kevesebbé teszi. Igen megszívlelendő bizonyíték maradt erről a háborúból reánk. *Legrain* dr. mondta el szintén a dorpatói kongresszuson, hogy a borivó, a pálinkaveszedelem ellen is borral küzdő Franciaországban, a nagy francia iparvállalatok egyesülete — 1915-ben — vészkiáltást adott, hogy a szeszivás miatt veszedelemben vannak a gyári szállítások és maga a honvédelem; ugyanezt az angol hadiszállításoknak szeszivás okozta veszélyeztetéséről is tudjuk . . . De nemcsak a teljesített munkát csökkenti és kevesbbíti a szeszivás, hanem maga a szesztermelés minden más munkánál kevesebb emberi munkaerővel jár. A szeszt gépek csinálják, a termelt szeszesitalnak 40—95%-a víz, mindehhez emberi erő és munka kevés szükséges s éppen ezért, amikor az Északamerikai Egyesült Államok sörgyárai egymásután élelmiszer, iparcikk és más gyárakká alakultak át, mindegyik 3—4-szerre annyi munkást alkalmazott, mintsem amennyire azelőtt a sör- vagy szeszgyártáshoz szüksége volt. Már egy 1915-ből való kimutatásból látom, hogy az Északamerikai Egyesült-Államokban a szeszipar egy millió dollár befektetett tőkére 81 munkást alkalmazott és ugyanakkor az államok 14 legnagyobb, nem szeszes ipara — mint ruha, cipőkészítés, asztalos és vasipar stb. — minden millió befektetett dollárra 506 munkást, tehát több mint hatszor annyit alkalmazott. Mindezek a szeszmentes iparok, önként értetődőleg, a szeszfogyasztás törvényes, minimálisra szorítása mellett, felvirultak és még sokkal több embernek adtak munkát és kenyeret.

3. A faiparhoz, a vasiparhoz, a posztóiparhoz a nyersanyagok előállítására munkaalakalmak egész sorával jár. Ez a szesziparnál igen szűkkörű és éppenúgy, mint pl. a sörnek 90%-a víz. ez az ipar a nyerstermelőket is a termelt áru 90%-áig nem veszi igénybe, nyersanyagának csak 10%-át állítja mezőgazdasági munkával elő . . . Másrészt a szeszivásra költött pénz, bármily csekély összeg legyen is ez az egyes fogyasztónál, összegeződve milliókat és milliárdokat tesz ki. amely milliókért és milliárdokért nem cipőt, nem ruhát vesznek, nem családi házat építtetnek, nem cipézmunkásnak, nem szabónak, nem lakatosnak, asztalosnak, ácsnak adnak munkát.

4. A düsseldorfi kiállításon hivatalos adatok nyomán lehetett olvasni, hogy Németországban 1925-ben három és fél milliárd aranymárkát költöttek szeszésitalokra, nálunk *Donath* számítása szerint 1922-ben 250 millió aranykoronát költöttek szeszésitalokra; de ha figyelembe vesszük, hogy *Donath* az évi egy fejre eső borfogyasztást 30 l-re számítja, holott *Drucker Jenő*, a magyar szőlőbirtokosok egyesületének elnöke szerint 1924—25-ben az egy fejre eső borfogyasztásunk 50 l volt, és hogy *Donath* a pálinka literjének árát csak 10.000, a bor literjének árát csak 5000 koronára számítja, akkor valószínűbbnek tartom, hogy évi szeszfogyasztásunk nem 250 millió aranykorona, hanem ennél jóval több, mintegy 464 millió aranykorona. 640 millió pengő. Ezzel szemben az 1926/27. évi állami költségvetésben 664 millió pengőbe kerül az egész állami igazgatás, 103 millió pengőt költünk közoktatásra és művelődésre, 54 milliót népjólétre. 100 milliót honvédelemre. Nagyon hasonlítanak ezek a számok *Máday* ny., ma már elhunyt min. tanácsos, a magyar alkoholizmus kérdésének egyik legérdemesebb munkása azon adataihoz, hogy amikor 1905-ben Magyarország népe csak pálinkára 431 millió koronát költött, ugyanakkor ennek tizedrészét sem költötte közoktatásra (37 millió), és honvédelemre is csak 38 milliót koronát költött. És ha figyelembe vesszük azt is, hogy ugyancsak 1926/27-ben az államnak adó révén befolyó jövedelme 647 millió pengő volt, tehát alig több. mint amennyi pénzt az ország lakossága szeszésitalok élvezetére fordít, lehetetlen elzárkóznunk az elől a vélemény elől, hogy ez nem jó háztartás, ennek csak általános, állami elszegényedés lehet a vége. Az Északamerikai Egyesült-Államokban 1914-ben, tehát a szövetségi szesztilalom előtt, de amikor már egyes államokban tíz év óta szesztilalom volt, a lakosság évente átlag két milliárd dollár értékű szeszésitalt ivott el, ennek az árán ma házat építenek, cipőt, ruhát vesznek, utat csinálnak, mindenféle munkát adnak, egyenes úton a szegénység ellen küzdenek. És ilyen módon, amint ezt egyes kis amerikai államok példájából is látjuk, nemcsak az egyes embert lehet az elszegényedéstől megmenteni, hanem az állam is jobban boldogul, többet költhet iskolára, népznevelésre, egészségre, ha éppen ez szükséges, hadseregére is.

5. Az elszegényedés összezsúfolja a tömeget, elrontja a lakásokat, elrontja az emberek táplálkozását, élésmódját; ez ellen hiábavaló minden orvosi tanács, minden patikaszer, kár a pénzért, kár a jóakarattól, jobb, ha ehelyett a Don Quichotte harc helyett, mindez más munkában több sikerrel értékesül. A tömegesen együttélés szaporítja a nemibetegségeket is. amelyek hogy egy-

egy nemzet életében mit jelentenek, arra világot vet nemcsak az, hogy *Kovács Ferencnek* pár nap előtt megjelent közlése szerint a budapesti egyetemi II. szülőklinikán két év alatt meghalt 154 magzat közül 70-nek halálát syphilis okozta, hanem az is, hogy legkiválóbb embereink idő előtt pusztulnak el a budapesti, sőt vidéki éjszakai életben szerzett betegségek során. Ezeket a betegségeket pedig 50—80%-ban szeszámoros állapotban szerzi az ember és a szeszivási szokások miatt az sem gyógyul ki ezekből a bajokból, aki különben még meggyógyulna.

6. *Henschen* stockholmi professzor kimutatta, hogy Stockholmban 1000 jómódú ember közül öt hal meg tüdővészben, 1000 szegény közül pedig 47, tehát csaknem tízszerannyi. *Rosenfeld* írja, hogy Bécs szegény kerületeiben kétszerannyi gyermek hal meg szamárköhögésben, amint a jómódúak kerületeiben; a szegénység — és ennek legveszedelmesebb, legnehezebben gyógyítható és gyakoribb formája az, amely az alkoholizmusból ered — megsokszorozza a halált és a betegséget. Schol sem hal meg annyi ember tüdővészben, mint Magyarországon, gyermekhalálózásunk is csaknem nagyobb, mint a világ bármely népéé, és mivel a tüdővésznek, syphilisnek, gyermekhalálózásnak vége fajok elpusztulása is lehet, és az alkohol ezen az úton pusztítja el a fajokat, ez mind indokolja, hogy az alkohol mint néppusztító ellen védekezzünk.

7. Az Északamerikai Egyesült-Államokban tízevek óta mód és alkalom volt arra, hogy a szeszivásnak az iskola, és templomügyre való behatását tanulmányozzák; összehasonlíthattak államokat, ahol volt és nem volt szesztalalom, államokkal, ahol szesztalalmas évekkel szeszivásszabad évek váltakoztak és azt tapasztalták, hogy ott, ahol megnehezítették vagy csaknem lehetetlenné tették a szeszfogyasztást, ott megszorodtak a gyermekek, megszorodtak az iskolába, sőt a felsőiskolába járó gyermekek, megszorodtak a mindenfajta iskolák és az ország eltudta tartani nemcsak az iskolát, de az embert is, aki az iskolából kikerült ... A templomok ügyével is így volt. A szeszivás elnépteleníti a templomot, az Északamerikai Egyesült-Államokban a korcsmák bezárása óta (1920) 13,000 templomot építettek és az addig meglévő templomok is megteltek. Az elszegényedés egyik jelensége, hogy a férfi, az apa keresete nem elég a család fenntartására, ennek kényszerű következtése, hogy az anyának is munkába kell mennie; az iskolából hazajövő gyermek üresen találja a lakást, visszamegy az utcára, ott nevelődik és a munkából hazajövő, ott kifáradt apjától, anyjától nem sok jót tanulhat. Ezen a réven is a szeszivás lelkileg elszegényíti a nemzetet.

8. Az alkoholfogyasztás ellen, ha nem nagy erővel, de nálunk is régen folyik a harc. Különös lendületet adott ennek a harcnak, ha ugyan érdemes ezt a szót használni, a X. Nemzetközi Alkoholelles Kongresszus, amelyet 1905-ben Budapesten tartottak. Két magasállású, nagy tudású és műveltségű ember, *Máday* min. tanácsos, ki nálunk az állatok egyesülés útján való védelmét is megkezdette és *dr. Naray Szabó Sándor*, a vallás- és közoktatásügyi minisztérium államtitkára, ki nálunk a fogyatékos elméjük mentésében is el nem múló érdemeket szerzett, érdeklődtek komolyan az alkoholizmus iránt

és tették lehetővé, hogy a hivatalos munkások sorain kívül állók is ezen a téren a közjót segíthessék. *Máday* könyvében nemcsak azt olvashatjuk, hogy már 20 év előtt Magyarország pálinkafogyasztás tekintetében Európa második országa volt, és Budapesten ugyanezen időben évenként és fejenként 88 l. szeszesital fogyott, hanem egész sorát az ország minden részéből beérkezett panaszoknak olvashatjuk, amelyek a család, a nép szeszokozta pusztulásáról, a ruthénség, a Felvidék, a székelység vesztéről szólnak. Senki ezeket meg nem hallotta, úgy amint senki intézkedni illetékes ma is, ezeket cselekvésre mozgatóan figyelembe nem veszi. Községek és törvényhatóságok már akkor kérték a korcsmáknak legalább Istentiszteletok idején, vasárnap való bezárását, az ivási alkalmak kevesbbitését, a szeszdó emelését, részek szigorú büntetését, gyermekek és fiatalokruak védelmét, a népnek papok és tanítók útján való felvilágosítását, ezekből az óhajtásokból és jó tanácsokból alig lett valami. Fár hó előtt a népjóléti minisztériumban, amelynek vezetőjétől a nemzetgyűlés és az egész ország hallhatta, hogy beérkezett jelentések szerint az ország egyes vidékein (és ma már azt sem mondhatjuk, h'ogy az ország nemzetiségi vidékein) az iskolába jövő fiúgyermekek 55, a leánygyermekek 93%-a volt beborozva, anktét volt arról, hogy a gyermekeket és az ifjúságot hogyan lehetne az alkoholtól megvédeni és annak dacára, hogy a tervezett intézkedés nem akarta követni az 1921-ik évi brazíliai törvényt, amely 21 évnél fiatalabbak részére tiltja el a szeszesitalt, sem a japán 1922-es törvényt, amely a 20 évnél fiatalabb japánokat védi és megelégedett a 18 évnél fiatalabb magyarság védelmével, mégis, úgy látszik, ebből a törvényből sem lesz valami, nem pedig azért, mert az italmérőknek más az érdeke, mint az ifjúságnak és az egész jövő generációnak. Magam ettől a készülő törvényjavaslattól nem vártam, hogy az ifjúság *korcsmai szeszfogyasztását* lényegesen befolyásolja, de nagyon sok szülőt visszatartott volna attól, hogy bort vagy más szeszesitalt adjon a gyermekének; sok szülő gondolkozhatott volna úgy: a törvény tiltja, tehát jó még sem lehet.

Az alkoholizmus ellen való védekezést azonban nem a törvényen, nem a törvénnyel kell kezdeni. *Bauer* német ny. generális a dorpáti kongresszus legértékesebb előadásában elmondotta, hogy még *egy nemzet halálos veszedelmében is hiába a törvény, ha ezt a törvényt megérteni és betartani meg nem tanulta a nép*. És tényleg úgy van, Amerikában, Finnországban, a többi skandináv államban is így történt. Előbb tanították és megtanulták az iskolában mi az az alkoholizmus és ennek veszedelmeit kikerülni hogyan lehet, aztán az így nevelt és tanított gyermekekből lett felnöttek hoztak jó törvényeket, amiket be is tartottak, úgymint más minden ilyen egészséges úton létre jött törvényt.

Nálunk az iskolai — és ez a legfontosabb — népnevelésben az alkoholizmus ellen alig történik valami. Egy régi rendelet előírja, hogy minden olvasókönyvben legyen egy alkoholelles olvasmány, ma illet a fővárosi iskolák olvasókönyveiben is alig találunk. Előírva különben tudtommal sohasem volt, hogy ebből az előirt olvasmányból megtanulni és tudni is kell valamit. Egy rendelet felhívta a törvényhatóságokat, hogy az ifjúságnak a korcsmáktól

való távoltartásáért szabályrendeleteket alkossanak, más alkoholelles napot rendelt el, vagy alkoholelles nyomtatványok széteszthatását, más az Alkoholizmus című újság járathatását rendelte el. Mindez csak jól vélt lehetőség, de nem rendszeres tanítás és nevelés. Nem akarom hosszasan tárgyalni azt, ami nincs, csak röviden mondom el, amit ma az alkoholizmus ellen vefoglalkozás szerint küzdök ajánlani tudnak. Olyan országoktól, ahol az alkoholizmus ellen való küzdelem sikeres volt és éppen az Északamerikai Egyesült-Államoktól el kell tanulni hogy a népiskoláktól kezdve, hogy nevelik a népet a szeszivás ellen való küzdelemre. Finnországban, Dániában és a többi skandináv államban ezen a téren szintén sokat tanulhatunk. (Itt azt is meg lehet tanulni, hogy élhet meg egy állam szesz jövedelem nélkül.)

A népiskolai nevelés után és ezzel egyidejűleg ezenkívül is tanítsuk az alkoholizmus veszedelmeire a népet, van erre mellényzsebben hordható diaposítvsorozatunk mai felfogás szerint való szöveggel, készül egy ilyen mozgóképsorozat is és egész sor, ha nem is népes, nem is gazdag, de lelkesedéssel, legalább is jóakarattal tele egyesület tagjai késznek ilyen előadásokat tartani . . . *Nagyon sokat használna, az ügynek, ha ezek az egyesületek felülről buzdítva is anyagilag is segítve lennének. Ezek az egyesületek mind halottaikból támadtak fel, tartani kellene bennük az életet, hiszen nagy néppusztító veszedet lemtől segítenek megvédeni az államot.* A kis Észtország, ahol félannyi szesziszznak, mint Magyarországon, 47 millió magyar koronát kitevő segítséget ad évente csak egy, a szeszivás ellen küzdő ifjúsági egyesületnek, ami 9—10 alkoholizmus ellen küzdő egyesületünk együtt kapott az elmúlt évre 20 milliót.

Iparkodjunk tanulni a külföldtől. A 100,000 lakosú Izland-sziget kiküldte képviselőjét a nemzetközi alkoholelles kongresszusra, nálunk az államnak erre a nagyjelentőségű népegészségügyi és szociális munkára pénze egyáltalában nem volt, pedig hiába költenek ott el milliárdokat tüdővész, syphilis, gyermekpusztulás és gyermekelzüllés ellen, ahol az alkohol ellen való küzdelehez az állami élet centrumában sem pénz, sem ami szintén jelentős dolog, *kedv* nincsen.

Adjunk alkalmat a népnek, hogy maga iparkodjék segíteni magán. Tegyük lehetővé az italmérések nyitásánál, bezárásánál, a zárórak megállapításánál nemcsak az italmérőknek, de a család sorsa iránt érdeklődőknek és *ebben igazán érdekelteknek* nemcsak meghallgatását, de döntését, hiszen *a magyar család érdeke van olyan állami érdek, mint a korcsmárosok érdeke.* Az italmérések ügyében való községi szavazásokat egyik művelt európai állam a másik után valósítja meg, miért legyünk mi a legutolsók, éppen mi. ahol legtöbb gyermek és felnőtt hal meg idő előtt, ahol a világon legtöbb embert visz sírba a tüdővész. ahol alkoholizmus pusztította el a ruthenséget, néptelenítette el a Felvidéket, üldözte ki Romániába a székelységet, és ahol a legjobb és legtöbb bort ivó Baranyában és Bácskában az országos átlagnál is több a halott.

Hozzászólások:

1. Dr. Benedek László, egyetemi ny. r. tanár: Aki az állami beavatkozásnak fejlődését a népegészség terén nyomon követi, azelőtt nem

lehet kétséges, hogy eljön az idő, amikor az összes nemzetek prohibíció alatt fognak állani. Mert ahogy az egyes államok egészséges szociálpolitikája a rokkantellátást, a munkásbiztosítást, munkásvédelmet és más népjóléti szervezeteket megteremtette, úgy az a nagy tömegek életstandardját leginkább alászállító szociális betegségek okkal szemben sem maradhat passzivitásban. A népegészségnek intézményes ápolása azonban általában csak a XIX. század folyamán alakult ki és így nem csoda, ha Európában az alkoholelles küzdelem a «társadalmi» időszakából még nem lépett ki. Az a kérdés, hogy nálunk a népességnek majoritása, amelyre a kormányzat reformalkotások idején támaszkodni szokott, még hány generáción át igényli lefolytatni ezt a kockázatos emberkísérletet, annak a hatásnak megismerésére, amelyet az alkohol az egyén és utódainak testi szerveire, jellemszerkezetére, teljesítőképességére, a bűnözésre, a nemzeti ökonómiaira kigyakorol. Ami feladatunk az, hogy a helyes állásfoglalásnak ezt a természetes néplélektani folyamatát racionális eszközökkel siertessük. E tekintetben Amerika számos tanulsággal szolgál, ezek közül csak a nálunk kevésbé számba vett tényezőkre óhajt reámutatni, amelyek ott az antialkoholizmus sikerét tetemesen elősegítették. Az iskolának a mozgalomba való bevonását már az a körülmény is indokolja, hogy főleg a szegényebb néposztály gyermekeinél a szeszesitalok szokványos fogyasztása nem ritka. A berlini népiskolákban pl. már 1904—1905-ben (I. A. Hartmann) megállapítást nyert, hogy a fiúknak 34.4%-a, a leányoknak 31.9%-a naponta ivott sört, továbbá a fiúknak 4.3%-a, a leányoknak 1.3%-a naponta pálinkát. Hasonló megfigyeléseket tettek Ausztriában, Svájcban és Hollandiában. Az Egyesült-Államok ifjúságának körében végzett rendszeres felvilágosító munka, a «Scientific Temperance Instruction» volt az elsősorban, amely a prohibíciót biztosította; az oktatásnak idevonatkozó reformja (1883) pedig egyedül az amerikai alkoholelles nőknek: a Woman's Christian Temperance Union-nak érdeme.

A nő társadalmi helyzete az Egyesült-Államokban sokkal előnyösebb, mint Európában. Ez a kiváltságos helyzet még a kolonizálás első idejére vezethető vissza, amikor a telepítés harcában a nő nemcsak a családi tűzhely melegének élesztője, hanem a férfinek valódi bajtársa is volt. Később is — a passzív helyzet hamis romantikáját feláldozva — sikeres harcot vívott az egyenjogúsításért. A szociálisan hatékonyabb nő az alkoholellesség ügyét is nagyobb eredménnyel tudta szolgálni. A háború és a háború utáni idők a mi nőinknek önállóságát is megalapozták és magukkal hozták, hogy a nők nálunk is a karitatív és kulturális munkába nagyobb terjedelemben vonattak be. A siker kilátásait jelentékenyen fokozná, ha a magyar nők társadalmi szervezeteinek, így a MANSZ-nak, az Országos Nőképző-Egyletnek, a Feministák Országos Egyesületének tevékeny részvételét az alkoholelles küzdelemben biztosítanánk.

Már két év előtt egyik monográfiámban (Az alkohol kérdése mai állásáról. Debrecen, 1924.) szembeállítottam az amerikai és európai egyházak magatartását. Az előbbieknél aktívabb alkoholelles propagandája *John Wesley-nek* a metódizmus megalapítójának deklarációjával kezdődik 1773-ban.

A mozgalomhoz röviddel ezután a presbiteri, majd a Brethren-egyház, továbbá az univerzalisták és kongregacionalisták csatlakoztak. Az amerikai Egyesült-Államokban pedig az egyház kevesebb tradícióval, de a religio szó etimológiai értelmében vett nagyobb kötőerővel nyúl bele az egyesnek személyi életébe. Az Unió polgárainak, mintegy fele egyházi egyesületeknek tagja. Ennélfogva a kultusznak gyakorlása és a vallási meggyőződés tekintetében függetlenebb amerikaiak társadalmi élete, gondolkozása sokkal inkább áll egyházi közösségének befolyása alatt. Nem csoda tehát, ha az egyházak részvétele az alkoholellenes mozgalomnak nagy népszerűséget szerzett. Nálunk a forradalmak zsarnokoskodó elnyomása és vallásellenes propagandája a vallási és erkölcsi értékeknek az összeomlással járó leértékelődése, a tömeglélemben reakcióképpen a vallásosságot mélyítette és még mélyíteni fogja, és valószínű, hogy ezzel nálunk is az egyházaknak befolyása növekedni fog. Ezt a felvételt igazolják máris az Oroszországban a szovjeturalom alatt kifejlődött hatalmas vallási tömeg-pszichózisok, így pl. a szentkép-megújítási járványok. Célszerű volna tehát nálunk is az egyházak társadalmi egyesületeit (a katolikusok közül: a Mária Kongregáció, Országos Katolikus Szövetség, Katolikus Legényegyleteket; a protestánsok közül: a Református Belmisszió, a Kálvinista Templomegyesület, a Keresztény Ifjúsági Egyesületek, az Orsz. Lutherszövetséget) a restriktív mozgalomba az eddigénél sokkal jobban bevonni. Az amerikai mozgalomnak sikerét az is tetemesen elősegítette, hogy ott az ipari munka és vállalkozás előtérben áll. A kapitalista vállalatoktól, trösztöktől mást, mint számító realpolitikát, vagyis a munkás testi és lelki teljesítőképességének maximális kihasználását, az ipari technika érdekében, várnunk nem lehet. Amerika pedig — mint arra legutóbb *Delbrück* is reámutat — a Taylorizmus hazája. A tudományos üzemvezetés úgy a speciális munkaalkalmasságot, mint a teljesített munka minőségét is elemzés tárgyává teszi. Az így organizált munka mellett a produktív tőkénél és a bér munkásnál a józanság érdek- és célközösséggé kell hogy váljon.

Komoly jelei vannak annak, hogy a hazai vezető ipari körök is az utóbbi években a gazdaság-lélektan iránt fokozódó érdeklődést tanúsítanak. Ezért a munkateljesítés csökkenésével és a munkakör igényeihez való rugalmas alkalmazkodás lefokozásával járó alkoholizmus ellen folytatott küzdelem a hazai nagyiparnál is megértésre fog találni. Tehát kilátással kecsegtetne, ha a Gyáripárosok Országos Szövetségében az antialkoholizmus számára meggyőződéses híveket próbálnának szerezni. Ezekben az akciókban pszichiatereknek és az alkalmazott lélektan művelőinek oktató munkájára kell és lehet elsősorban számítani.

Ezen tanulságok értékesítése fogja nálunk is előkészíteni a talajt a komoly törvényes intézkedések megtételére.

2. Dr. D e u t s c h E r n ő, igazgató-főorvos: Akármilyen meggyőzően ágál a prohibíciók tábora, ez eredménnyel járni alig fog s ezért — ha bármennyire is fájdalmas — e téren is a megalkuvás politikáját kell üzni.

A gyermekek alkoholmentes nevelését és alkoholelles oktatását a szülők megfelelő felvilágosításával (szülői értekezletek) egybekapcsolva

nem ütközik áthidalhatatlan nehézségekbe s nem egyszer a kellőképpen kioktatott gyermek (úgy mint a vallásnál) új légkört tud a családban teremteni.

A német szakszerű alkoholelles oktatás még a «Bursch»-ok tányérsapkája alatti koponyát is józanabb gondolkodásra indította, az ivási szokások gyengülnek s a kötelességszerűen üzött iszákosságból mértékletesség, majd abstinencia fejlődött.

A mértékletesség hirdetése sok hátránnyal jár; hol van az egyéni ellentállóképesség határa és annak megállapításának lehetősége? S mégis a keresztülvihetőség szempontjából az ifjúság részére teljes abstinenciát követelek, melynek logikus következménye az esetek javarésztében abstinencia fog bekövetkezni, s ha egyik-másik esetben csak mértékletesség, ez az emberiség szempontjából nem fog kataklizmát jelenteni.

Nem elegendő, hogy nem adunk a kiskorúnak alkoholt, de meg is kell mondani neki, hogy miért nem adunk!

3. dr. Donath Gyula, egyetemi tanár: Előadónak összes itt kifejtett tételeit fenntartás nélkül aláírja.

Mindenekelőtt el kell ismernünk, hogy az alkoholelles propaganda dolgában az Egészségügyi Reformiroda szép tevékenységet fejtett ki. Az idők változására és a «borkrízis»-re jellegzetes azon tény, hogy egy szőlőgazda egyesület, mely saját iniciatívájából egy filmsorozatot készített a szőlő alkoholmentes értékesítéséről, hozzászólóhoz fordult annak tudományos része megszerkesztése végett, ami meg is történt.

Nem történt azonban semmi a törvénykezés és adminisztráció terén. 1922-ben az Országos Elmeorvosi Értekezlet az alkoholizmus leküzdésére javaslatot terjesztett a népjóléti minisztériumnak. Ennek 3. pontját, mely 18 éven aluliak részére eltiltja a szeszesitalok árusítását és kiszolgálását, a népjóléti miniszter úr magáévá tette és törvényjavaslatát egy kiváló ankét egyhangúlag elfogadta. De elegendő volt, hogy ezt a csekélységet a kereskedelmi minisztériumban egybehívott alkoholérdekeltek ankétja ellenezze, mire az a pénzügyminisztériumban végleg megbukott. A javaslat 2. pontját, mely a helyi tilalmi (localoptió) jogot követeli, a t. előadó úr egy remekül indokolt törvényjavaslatban dolgozta fel és ez is hasonló sorsban részesült. A good-templárok a főváros területén egy privátszavazást rendeztek, vajjon kívánatos-e a vasárnapi korcsmaszünet, továbbá a fiatalok részére teljes eltiltása az alkoholtól, valamint a pálinkamérés teljes tilalma? Erre a szfv. az engedélyt minden további nélkül megadta, de a belügyminiszter úr a vidékre nézve eltiltotta azon indokolással, hogy ily kérdés «a kormány hatáskörébe tartozik és azt nem lehet egyoldalúan a lakosság szavazatára bízni», pedig már a világháború előtt 40 megyei és községi hatóság sürgősen kérvényezte a teljes vasárnapi alkoholszünetet, tekintettel a vasárnapokon ott folyó vérengzésekre és v agyonpusztításra.

Az említett két törvényjavaslat életbeléptetésén kívül még fontosak a javaslat egyéb pontjai: a vasárnapi alkoholkimérési szünet, mely Angliában már régi idők óta fennáll, továbbá mindenfokú iskolában, a főiskolákat is belefoglalva, a kötelező tanítás az alkoholtól, alkoholmentes üdülöhelyek

és kaszinók létesítése a városi és vidéki munkásság részére, a sport előmozdítása, néphangversenyek és népszerű tudományos előadások rendezése. Új korcsmaengedélyeket ne adjanak és a meglévő italmérőhelyek számát lehetőleg csökkentsék. Szervezni kell továbbá vidéki tanfolyamokat, illetőleg vándortanítók kiküldését, hogy szőlőgazdák és gyümölcsstermelők megtanulhassák a szőlő és gyümölcs alkoholmentes értékesítését. Ilyen nép egészségesebb, hosszabb életű, békésebb családi életet él és egészségesebb gyermekeket nevel. Az alkoholtól megtakarított összegek életszükségletekre és kényelemre fordíttatnak, nagyban fellendítik a termelést és kereskedelmet, növelik a takarékbetétet, csökkentik a nyilvános kiadásokat kórházakra és börtönökre. Mindezek, amint ezt Amerika be is bizonyította, bőven pótolják az államnak alkoholfogyasztási jövedékét.

4. Dr. T ü d ő s K á l m á n , városi tisztifőorvos (Debrecen): Helyes az a megállapítás, hogy az alkoholfogyasztást csökkenteni kell. Egyetért azzal is, hogy ehhez a hatóság intézkedése nem elég. De nem ért egyet azzal, hogy inkább más utakon, így a gyermekek megfelelő nevelésével kell kezdeni a küzdelmet. Ha valamiben, akkor éppen ebben a kérdésben van joga és kötelessége a hatóságoknak közbelépni, még az egyéni szabadság rovására is. Szerinte ezen kell kezdeni és pedig azzal, hogy minden héten a munkabér fizetése órájában, vagyis szombat délután az egész ország valamennyi szesz mérő helyiségét be keil záratni és zárva tartani hétfő reggelig. A legnagyobb veszedelem t. i. abban van, hogy a munkásembernek, amint hetibérért megkapja, első útja a pajtásaival a szesz kimérésbe vagy korcsmába menni, csak «egy», «egyetlen egy» pohár pálinkára vagy borra. De a dolog úgy áll, hogy könnyebb az embernek az első pohártól visszatartani magát, mint a második-tól vagy a többitől, mert az első pohár már alább szállítja úgy az értelem tisztaságát, mint az akaratot. Így történik, hogy egészen jó szándékú emberek egy este elisszák egész hetikeresetüket, még adósságot is csinálnak és ittasan menve haza, garázdálkodnak. Mindez fokozatosan az egész család züllését vonja maga után. Már most hogy lehessen hatása a gyermekre az iskola nevelésének, ha otthon efféle állapotokat tapasztal? Két főellenvetést ismer ez ellen. Az egyik az, hogy az állam így igen nagy bevételtől esnék el. De nem múlthatlan szükség éppen azt a módot választani, mely végeredményében az emberi nyomorúság terjesztése révén magát az államot gyengíti leginkább. A másik ellenvetés az, hogy a szeszivó előre megvásárolhatja a szeszt és haza viheti. Erre az a válasz, hogy amit aránylag tisztább értelemmel vásárol meg és fogyaszt el, semmikép sem lesz olyan nagy mennyiség, hogy egész hetibére rámenjen. Ha pedig elfogy a vásárolt mennyiség, akkor a szeszüzletek már zárva lévén, nem kaphat többet.

5. Dr. Bari a- S z a b ó J ó z s e f , nemzetgyűlési képviselő: Ezeket a küzdelmeket, amelyek már régebben is folytak az alkoholizmus ellen, nagyon célravezetőnek nem tart. A gyakorlatban ez szélmalomharc, amelyet itt behúzódvá ankéteken, értekezleteken szépen megtárgyalunk. Ezzel szemben a gyakorlati életben az a helyzet, hogy nem is az állam az, amely az alkoholizmussal szembehelyezkedik, mert neki az alkohol a költségvetés három-

százalékát jövedelmezi csupán, s így a kérdésnek az állam jövedelme szempontjából nincs jelentősége, de az *adóalanyok tömege helyezkedik szembe* ezekkel a kérdésekkel.

Ezidőszerint gazdasági okok idézik még mindig elő, hogy az alkoholizmus nálunk oly nagy mértékben elterjedt és gazdasági okokban rejlik az, hogy az alkoholizmus ellen mi még hosszú ideig eredménnyel küzdeni meg nem tanultunk.

A megmaradt Csonka-Magyarország földjének óriási nagy része ezidőszerint és az elmúlt időben nem volt alkalmas arra, hogy tulajdonosa belőle értéket, pénzt hozhasson ki másképp, mint szőlőtermeléssel, itt-ott gyümölcstermeléssel. Ma is éppen azokat a részeket kapcsolták le, amelyek az ipari nyersanyagokat produkálták. Megmaradtak a Duna-Tisza közén a futóhomokok. Próbálhat abba valaki búzát vetni! Lefordíthatnak dán gazdasági munkákat, amelyek szerint Magyarországon nincs termelés, de ezeken a pontokon a dán ember sem tudna mást termelni, mint szőlőt. A megmaradt Csonka-Magyarországon talajviszonyaink nagyon rosszak. Ezek mellett különösen az elmúlt évtizedekben, de még ezidőszerint is jóformán nincs más mód sok talajból értéket előhozni, mint szőlő- és gyümölcstermeléssel, vagy pedig a homokban burgonya vetéssel. Ebből következik, hogy óriási volt a bortermelésünk és gyümölcstermelésünk, most pedig, amikor ott állunk, hogy egész Európában szemben állanak egymással az államok és elzárja magát egyik a másiktól, lehetetlenné teszik a gazdasági kapcsolatot, abszolúte nincs fogyasztó piacunk. Jugoszlávia, Csehország, Románia szóba sem áll velünk, nem tudjuk kivinni termékeinket máshova, mint jóformán az egyetlen Ausztriába. Nyakunkon marad minden, a szőlő, a bor, a gyümölcs; itt marad a burgonya is óriási tömegekben. Most mindezekből alkohol készül. Láthatjuk, hogy nem telik el két-három olyan hónap, amelyben *na.gy* politikai pártok értekezletein nem lennének kénytelenek programra tűzni és követelni a pénzügyminisztériumtól azt, hogy a bor-ital fogyasztási adót törölje el teljesen. Ezt követelik a tömegek, mert mégis valami pluszt akarnak látni a munkájuk eredménye után. Ma már ott tartunk, annyira rossz a konjunktúrája a szőlőtermelésnek, elsősorban pedig az alkoholproduktumnak, legfeljebb még a csemege-szőlők forgalma kielégítő, hogyha teljesen el is törlik a fogyasztási adót, a szőlőtermelést a pusztulástól nem igen fogja megmenteni.

Ha ma előállna valaki azzal, hogy jobbat és okosabbat mond, állítson be olyan növényt, amely jól megél ezeken a talajokon, természetű és gazdaságilag is jövedelmező a homokra és a kavicsos talajokra, úgy ezzel a kérdés megvan oldva. Abban a pillanatban, amint a gazdaközönség hasznosabb növényt ismer, elfog állni a szőlőtermeléstől. Nálunk azonkívül a nemes gyümölcstermelés abszolúte nincs előkészítve. Ha megtudjuk tanítani rá a publikumot, hogy nemes-gyümölcsfát állítson be, már pedig erre megvan a hajlandóság, a nemesebb fa gyümölcset nem kell azután szesztermelésre felhasználni, mert az külföldre is kivihető. Ha el tudjuk érni, hogy az itthon maradó nagymennyiségű burgonyából előállított szeszt ipari célokra lehessen felhasználni, abban a pillanatban az alkoholizmus kérdése is megvan oldva.

Lépjén érintkezésbe a népjóléti kormány a földművelésügyi minisztériummal. Felkérhetné a földművelésügyi minisztériumot, tartsák rajta a figyelmüket s eszeljék ki, milyen növények lehetnének alkalmasak arra, hogy őket a különben is igen rossz konjunktúrával dolgozó szőlőtermelés és elsősorban az alkoholtermelésre alkalmas szőlő helyébe lehessen állítani. Tegyenek továbbá gyakorlati kísérleteket arra, hogy a burgonyából nagy szeszfőzőkben előállított szesz, ipari célokra fölhasználtassék.

6. Dr. Juba Adolf, egyetemi m. tanár: Felszólaló ellentmondást talál előadó javaslataiban, aki egyrészt a szeszfogyasztást általában okolja a sok mindenféle egészségügyi károkért, másrészt (8. p.) megelégszik az *alkoholfogyasztás csökkentésével*. Javaslataival nem elégszik meg, különösen nem elég az alkoholizmus elleni küzdelmet az iskolába megkezdzeni. Feltétlenül meg kell tenni, de ne várjunk tőle túlsókat az otthon romboló hatásával szemben. Felszólaló tovább megy és habár nem híve a teljes abstinenciának, mégis azt tartja, hogy az ifjúságot *alkoholmentesen kell felnevelni*. Nehéz feladat, különösen egy termelő országban, de vannak módok, amelyekre idő hiánya miatt, nem terjeszkedhet ki, de amelyekkel mégis elérhető. Köztük a tilalom nem szerepel, mert az legjobban készítet mindenkit a tilalom áthágására. Hogy a felnőttek ne fogyasszanak túlsók alkoholt, egyrészt az alkoholos italok mentől erősebb megdrágítását és fogyasztásuknak megnehezítését tartja szükségesnek, annál erősebben, mentől nagyobb a szesztartalmuk, másrészt az ivószokások elleni küzdelmet, a morális kényszert, amivel az inni nem akaróba erőltetik a szeszt, ami intelligens körökben is nagyon elterjedt. Ezzel kapcsolatban áll a szeszmentes szórakozások támogatása minden telhető módon. Végül a küzdelmet oly t érre szeretné vinni, amelyre eddigelé legkevésbé gondoltak. Ismeretes, hogy a szeszívás káros következményei a szeszszel foglalkozóknál jelentkeznek leginkább, ezeknek foglalkozási betegsége, mint bő statisztikák bizonyítják. Tehát ezeket kell felvilágosítani. Kezdve a fiatalokkal, pincértanoncokkal stb., hogy a szesz reájuk nézve milyen irtózatoss veszedelmes méreg és hogy mennyire kell a szesztől tartózkodniok. Az ő józanabb viselkedésük messze kihatna az egész népességre.

Előadói zárszó:

Dr. Barla-Szabó és sok más ezen kérdés iránt érdeklődőt kell a szőlőtermelőket illetőleg megnyugtatnom. Az Északamerikai Egyesült-Államokban a szesztilalomnak annak idején California állam lakói között volt legtöbb és legerősebb ellensége és ez érthető, mert California bortermelő állam és sokan félve a szesztilalomtól, eladták a szőlőjüket, mások kiszántották és ma minden szőlőtulajdonos azért imádkozik, hogy örökké tartson a szesztilalom, annyira keresték a csemege-szőlőt, a mazsolát, a szeszmentes mustot és mindenféle szőlőből készült édességet, hogy 1921-ben 78,000 hektár új szőlőt telepítettek. A szőlőtermelés abbahagyása, úgy, amint ezt már nálunk is kezdik, hol pedig még nyoma sincs a szesztilalomnak, nagy nemzetgazdasági nagy szociális kár lenne már csak azért is, mert ez a gépekkel nem végezhető munka, nagyon sok embernek ad kenyeret, de termeljük szeszmentes mustot

és terjesszük ezt kórházakban, vendéglőkben, magánfogyasztásban, ezt minden szeszellen küzdő orvos is pártolni fogja; a szőlőnedv tele van vitaminokkal, pótolhatatlan egészséges ital és jobban eltartható, jobban megfizethető mint a csemege-szőlő. Termeljünk mazsolaszőlőket; ott, ahol a magyar bor, a magyar paprika, a magyar őszi és nyári barack megterem, a mazsolaszőlő is megterem és hogy mindezt hogyan kell csinálni, azt Californiában a helyszínen lehet legjobban megtanulni, ha a földművelésügyi miniszter ide küldene valakit, az egész ország láthatná hasznát.

Dr. Juhának azon adatait, melyek a szeszgyárosok, szeszmunkások és szeszszel kereskedők betegségeire és rövidéletére vonatkoznak, mindenki, aki ezzel a kérdéssel foglalkozott, ismeri. Igaza van felszólalónak, hogy a szesz munkásait sem tanítja ki senki mesterségük veszedelmeire és ez olyanformán van, mint az előző előadás (*dr. Nékám*) egyik hozzászólója a prostituáltakról mondta, sem ezeket, sem azokat senki sem tanítja arra, hogyan üzzék a mesterségüket, hogy sem maguknak, sem másnak kárt ne tegyenek, de volta-kép nem is lehet, nem is kell sem a prostituáltakat, sem a szesziparból élőket arra tanítani, hogyan folytassák jól a mesterségüket, arra kell őket megtanítani, hogy azt *el se kezdjék*, a közjónak haszna is csak ebből lehet.

Ismételve fel kell hívnom a figyelmet arra a kifogásra, amely legkétségesebben akaszt meg nálunk minden szeszivás ellen való szociális munkát, és ez az, hogy az állam a szeszdóból él, tehát ezen a téren tenni semmit sem lehet. Kényelmes és végzetes tévedés. A m. k. pénzügyminisztérium 1924/25. évi költségvetési előirányzatában 360 millió aranykorona bevételben 9 millió 675,000 korona a spiritusz- és söradó, tehát az állam bevételeinek csak 3%-a, amelynél bizonyára sokkal több az a kiadás, amely a szesz- és sörivás révén terheli az államot. Kiváló pénzügyminisztereink ezt a kérdéses jövedelmű 3%-ot bizonyára könnyen pótolhatnák, éppen úgy, mint városaink az ő javukra jutó boradót.

Dr. Juha azon észrevételére, hogy a szeszivás ellen küzdők nem tökéletes, abszolút abstinenciáért küzdenek, meg kell jegyezmem, hogy előadásomban a Don Quichotte harcokra is rámutattam. Sem az Északamerikai Egyesült-Államokban, sem máshol nem gondolták azt és mi sem gondoljuk, hogy egyetlen csepp szeszestalt sem fognak inni az emberek, mi csak azt szeretnők elérni, hogy annak a népszenvedésnek, néppusztulásnak, amely a szeszivás révén éri az országot, a 20. 50. 70, talán, amint az Amerikában sikerült, 90%-át tudnánk megszüntetni.

Elnök: dr. Friedrich Vilmos, egyetemi tanár, egészségügyi főtanácsos.

Az ipar egészségügy mai helyzete Magyarországon. Javaslatok az ipar-egészségügy javítására.

Előadó: dr. S z e g e d y - M a s z á k E l e m é r, miniszteri tanácsos.

1. A gyárak és a munkások egészségi viszonyainak ellenőrzését és az intézkedési jogkört az 1872: VIII. és a helyébe lépett, 1884: XVII. tc. értelmében

az iparhatóságok gyakorolják. Az 1876: XIV. tc. a gyárak egészségügyi vizsgálatát az egészségügyi hatóságoknak is feladatává tette. Az 1893: XXVIII. tc. a gyárak vizsgálatát a munkások életének, testi épségének és egészségének védelme szempontjából az iparfelügyelőkre bízta.

2. Az ipari és kereskedelmi alkalmazottak betegség és baleset esetére való kötelező biztosítását az 1891: XIV. s a helyébe lépett 1907: XIX. tc. szabályozza.

3. Az 1911: V. tc. eltiltja a sárga vagy fehér foszfor használatát a gyufagyártásban.

4. Az 1911: XIX. tc. eltiltja a nők éjjeli foglalkoztatását a gyárakban,

5. Az 1922: XII. tc. rendezi a tanoncügyet és kötelezővé teszi a tanoncoknak felvételük előtti orvosi megvizsgálását.

6. Az 1923: XV. tc. eltiltja a sütőipari éjjeli munkát.

7. Az 1923: XVI. tc. rendelkezik az éjjeli munka korlátozásáról.

8. Az 1913: XXXVI. tc. és az 1921: XXXVI. tc. a kötelező üzleti zárórát állapítja meg és eltiltja az üzleti alkalmazottak éjjeli foglalkoztatását.

9. Az *orvosiparjelügyelők* fokozatos szaporítása.

10. A *munkások orvosi vizsgálatának* kiterjesztése a *gyári orvosi intézmény* fejlesztése által.

11. Megállapítása az *egészségtelen és veszélyes iparágaknak*, melyekben nők és védettkorúak vagy éppen nem, vagy csak bizonyos feltételekkel alkalmazhatók.

12. A *munkáslakásokra* vonatkozó egészségügyi szabályok megállapítása.

*

Hazánkban a gyárak és ipartelepek egészségügyi viszonyainak ellenőrzését az 1872: VIII. és az 1884: XVII. törvénycikkek az iparhatóságok feladatai közé sorolták és így az ő hatáskörükbe tartozik az ebben az irányban való intézkedés joga is. Az 1876: XIV. törvénycikk is, mely tudvaleg a közegészségi igazgatás alapja, 6. §-ában rendelkezik bizonyos mértékben a «fennálló iparüzletek» felügyeletére vonatkozólag abban a tekintetben, hogy nem gyakorolnak-e a közegészségre ártalmas befolyást, az intézkedési jogra nézve azonban fenntartja az iparhatóságok illetékességét, amennyiben kifejezetten azt mondja, hogy a hatóság, t. i. a közegészségi hatóság, intézkedik a közegészségre káros és veszélyes befolyások elhárítása és megakadályozása iránt *oly ipartestületekre és foglalkozásokra nézve, melyek az ipartörvény alá nem esnek.*

Az 1884. évi ipartörvény már bővebben rendelkezik munkásvédelmi és munkáegészségügyi szempontból és a gyáraknak évnegyedenként legalább egyszer való megvizsgálását és a törvényrendeleteinek megtartásáról való meggyőződés szerzését teszi az iparhatóság kötelességévé. Az iparhatósági intézkedési jogkört a belügyi és kereskedelemügyi miniszterek között több ízben folytatott iratváltások teljesen tisztázták; így többek között a belügy-miniszternek 1903-ban 9908 sz. a. a kereskedelemügyi miniszterhez intézett átirata is, mely kifejezetten hangsúlyozza, hogy az 1876: XIV. Törvénycikk

15. §-a különbséget tesz a hatósági felügyelet és intézkedés közt és ez utóbbi jogkört a közegészségi törvény alapján eljáró hatóságok részére csak oly iparüzetekkel szemben biztosítja, amelyek az ipartörvény alá nem esnek. Ellenben intézkedési jogot ad az idézett törvényszakasz a közegészségi hatóságoknak arra nézve, hogy a nagyobb vállalatok- és középítkezéseknél foglalkozó munkásoknak ott, ahol a helyi viszonyoknál fogva önmaguk elhelyezésükről nem gondoskodhatnak, az illető vállalat vagy középítés terhére való elhelyezéséről és megbetegedésük esetén való gyógykezelésükről gondoskodj anak.

Ez a helyzet fennáll ma is. amint az az ipari és gyári alkalmazottaknak balesetelleni védelméről és az iparfelügyelőről szóló 1893: XXVIII. törvény-cikk 3. §-ában kifejezésre van juttatva, mely szerint ha az iparhatóság arról értesül, hogy a törvény 1. és 2. szakaszaiban foglalt rendelkezések tekintetében hiányok és mulasztások forognak fenn. köteles azonnal intézkedni, illetve ha a tapasztalt hiányok pótlása a munkaadót terheli, a munkaadót azoknak azonnal, vagy záros határidő alatt való pótlására felhívni.

Az ipari munkások egészségének védelméről, mint említve volt. már az 1884. évi ipartörvény rendelkezik; e rendelkezéseket azonban az 1893: XXVIII. törvény-cikk, mely a magyar munkásvédelem alaptörvénye. írja körül és részletezi, megteremtven a szakszerű rendes gyárvizsgálatokat és az azok végzésére hivatott állami szervezetet: az iparfelügyeletet. E törvénynek a fennebb idézett 1. §-a a balesetvédelmi intézkedések mellett kötelezi a munkaadót ipartelepén mindannak létesítésére és fenntartására, ami tekintettel a telep és az üzem minőségére, annak követelményeihez képest az alkalmazottak életének és egészségének lehető biztosítása érdekében szükséges; és pedig: a gyári helyiségek kellő szellőztetéséről és világításáról, a fejlődő gáz- és porok, a hulladékok és egyéb szennyező anyagok eltávolításáról, oly zárt munkahelyiségekben pedig, melyekben az alkalmazottak hosszabb időn át tartózkodnak, arról gondoskodni, hogy a munkásokra elegendő mennyiségű légtér jusson, továbbá arról gondoskodni, hogy azok az alkalmazottak, kiknek mérgező anyagokkal telt helyiségekbe kell bemenniök vagy ott tartózkodniök. respirátorokkal legyenek ellátva s a respirátorokat használják is; ott pedig, ahol nagyobb mérvű por fejlődik, exhaustorok alkalmaztassanak. Kötelezi továbbá a munkaadót, hogy az első segélyre szükséges köt- és gyógyszereket készletben tartsa.

Ugyané szakasz felhatalmazza a kereskedelemügyi minisztert arra, hogy a különböző iparágak üzemének viszonyaihoz képest szükséges hasontermészetű óvintézkedéseket rendeleti úton szabályozza. Így szabályozva van a gyufagyártás, az állati szőrneműeket feldolgozó ipartelepek üzeme, a zsák-kölcsönző üzemek, a celluloidot előállító vagy feldolgozó ipartelepek> sőt a celluloid-raktárak létesítése és fenntartása is, továbbá a benzint vagy hasonló könnyen gyúló tisztítóanyagot használó vegytisztító (tisztító) ipartelepek üzeme is, és, mint ismeretes, külön törvénnyel van szabályozva a sütőipar gyakorlása.

Az 1893: XXVIII. törvény-cikk a kir. iparfelügyelőkre bízta a gyárvizs-

gálatok tartását annak ellenőrzése végett, hogy az iparügyekre vonatkozó törvények és rendeletek a gyárakban és nagyobb ipartelegeken megtartatnak-e, különösen pedig annak megvizsgálása végett, hogy foganatosítottak-e a balesetek megelőzésére s az alkalmazottak életének, testi épségének s *egészségének* megóvását célzó intézkedések, melyeket a törvény 1. és 2. §§-ai rendelnek. Az 1. §. rendelkezései már fennebb ismertetve voltak. A 2. §. azt rendeli, hogy az ipari alkalmazottak kötelesek a munkaadó által a vállalat üzeme körül az élet, a testi épség és egészség biztosítása érdekében tett intézkedésekhez alkalmazkodni, illetve az e tekintetben mérvadó rendszabályokat megtartani és teljesíteni. Amint a tapasztalat mutatja, erre a szakaszra is szükség van. mert a munkások gyakran nemcsak a respiratorokat és védőszemüvegeket teszik félre, hanem a gépekre szerelt védőkészülékeket is le szerelik.

Az iparfelügyelők egészségügyi kérdésekben a központban szolgálatot teljesítő orvos-iparfelügyelőhöz fordulhatnak és a szükséghez képest vele közös helyszíni vizsgálatokat is végeznek s együttesen állapítják meg a szükséges óvintézkedéseket, aminek megvan az az előnye, hogy a tervezett intézkedéseket a technikai megoldás és kivihetőség szempontjából is a helyszínen mérlegelik és közösen állapítják meg.

A munkások egészségének védelmére vonatkozólag fennálló fontosabb törvények és rendeletek az alábbiak:

Az ipari alkalmazottak betegségi biztosítását az 1891: XIV. törvénycikk tette kötelezővé, majd a jelenleg is érvényben lévő 1907: XIX. törvénycikk a betegségi biztosítás ügyét újból szabályozta és kiegészítette a baleseti biztosítással is. A törvény alapján kiadott több rendelet teszi a törvény rendelkezéseit belterjesebbé. Az iparfelügyelők gyárvizsgálataik alkalmával abban is ellenőrzik a gyárakat, hogy a munkásaikat szabályszerűen bejelentették-e a kerületi munkásbiztosító pénztárba és hogy nem követnek-e el szabálytalanságokat a betegsegélyző-járulék levonása körül. Az iparfelügyelők figyelme arra is kiterjed, hogy a munkásoknak, esetleg a munkaadónak nincsen-e panaszuk a munkásbiztosító pénztár ellen.

Az 1911: XIX. tc. a nők éjjeli foglalkoztatását tiltja el a gyárakban, jelesül minden oly üzemben vagy vállalatban, melyben rendszerint tíznél több munkás (férfi, nő és tanonc együttevve) van foglalkoztatva. Azt hiszem azonban, hogy nem lesz akadálya annak, hogy a tilalom alá foglaltassanak az összes ipartelegek, vagyis hogy a legkisebb ipartelegeken is tiltva lesz a nőknek esti tíz órától reggeli öt óráig való foglalkoztatása. Ez a kiterjesztés a viszonyokból folyólag okvetlenül be fog következni, mert jelenleg fennálló helyzetben tényleg van némi visszásság. Előfordult pl. egy nagyobb vidéki városban, hogy a hatóság kihágási eljárást indított három olyan nyomdai vállalat ellen, amelyek reggel megjelenő hírlapot nyomtattak, azért, mert éjjel egy-két női munkást is foglalkoztattak. A kihágási eljárás folyamán az ügy feljebb kerülvén, az egyik nyomdai vállalat vezetőjét fel kellett menteni a büntetés alól, mert csak kilenc munkása volt, míg a másik kettőt el kellett ítélni, mert a törvény rendelkezése

szerint büntetendők voltak. Nyilvánvaló, hogy itt csak a formai igazságnak volt elég téve.

Az 1922: XII. törvénycikk, mely az 1884: XVII. tc. módosítását foglalja magában és ezért köznyelven új ipartörvénynek nevezték, a tanoncügyet is rendezi a korszerű igényeknek megfelelőleg, és kötelezővé teszi a tanoncoknak felvételük, illetve szerződésük előtt való hatósági orvosi megvizsgálását s egyúttal kimondja azt is, hogy gyermeket és fiatalkorút — vagyis a tizenharmadik életévükön alul levő személyzetet — képzéshez kötött iparokban csak tanoncszerződés alapján, tehát hatósági orvosi megvizsgálás után szabad felvenni. Nevezetes intézkedése ennek a törvénynek többek között az, hogy a fiatal, tehát védettkorú munkások korhatárát a tizenhat évről a tizenharmadik évre emelte fel.

Az 1891: XIII. t.-c. az ipari munkának — ideértve a kereskedelmi árusítást is — vasárnapi szünetelését teszi kötelezővé. Természetesen az ipari viszonyok és a mindennapi élet itt bizonyos kivételezéseket elkerülhetetlenné tesz, ezek a kivételezések azonban az újabb rendeletekkel mindinkább szűkebb térre szoríttatnak.

Az 1913: XXXVI. törvénycikk továbbá az 1921: XXXVII. te, az ezek alapján tett törvényhatósági és miniszteri rendelkezésekkel együtt, a kötelező üzleti zárórát állapítja meg és eltiltja az üzleti alkalmazottak éjjeli foglalkoztatását. E rendelkezések alól kivételt a törvény csak igen kivételes okokból és igen korlátolt mértékben enged tenni.

Külön törvény tiltja meg — az 1911: V. tc. — a sárga vagy fehér foszforok a gyufagyártásban való használatát és a 90,226/916. sz. K. M. rendelet szabályozza a gyufagyártást a munkások egészségének védelme szempontjából. Szintén külön törvény — az 1923: XV. tc. — szabályozza, amint már említve volt, a sütőipar gyakorlását, melynek alapvető rendelkezése az éjjeli munka eltiltása.

Az éjjeli munka korlátozásáról az 1923: XVI. tc. rendelkezik, mely felhatalmazza a kereskedelemügyi minisztert, hogy minden olyan iparágban, melyben az éjjeli munkát az üzem természete vagy valamely általános jelentőségű gazdasági érdek vagy más közérdek nem teszi multhatatlanul szükségessé, az esti nyolc órától reggeli hat óráig terjedő időszakra az ipari munka végzését eltilthassa. E törvénycikkben foglalt felhatalmazás alapján a kereskedelemügyi miniszter máris eltiltotta a húsiparban az alkalmazottak éjjeli foglalkoztatását 88,488/924. sz. rendeletével.

A munkáslakásokra vonatkozólag a múltban érdemleges rendelkezések nem történtek. Az 1884. évi ipartörvény 98. és 111. §§-ai csupán általánosságban kötelezik azt az iparost és gyári vállalatot, aki vagy amely segédeit, illetve munkásait lakással is ellátja, hogy e célra egészséges és lakható helyet jelöljön ki s kötelezi az iparhatóságot arra, hogy a segéd vagy gyári munkás által egészségtelen lakás miatt beadott panaszokat mindig a helyszínén, a tisztiorvos közbenjöttével, vizsgálja meg és haladék nélkül orvosolja. Munkáslakások építése kötelezővé téve nincsen, erre vonatkozólag csak az 1876: XIV. törvénycikk említett rendelkezése tartalmaz annyit, hogy oly esetekben.

mikor a munkások maguk nem képesek elhelyezésükről gondoskodni, a hatóság intézkedik eziránt. Megemlíthetem az 1907: III. törvénycikket, mely a hazai ipar fejlődéséről szól s amely az állami adókedvezményben részesített gyáraknak a közegészségügyi követelményeknek megfelelő munkáslakások építésére is nyújtott kedvezménnyel elősegíti a munkásoknak lakással való ellátását.

Az előadottakból nagyjában megállapítható hazai iparegészségügyünk mai helyzete, mely röviden a következőkben foglalható össze: a gyárakat rendszeresen vizsgálja az állami ellenőrző szerv: a kir. iparfelügyelő, vizsgálja az önkormányzati igazgatás képviselője: az iparhatóság, és vizsgálja a közegészségi hatóság is, mely két utóbbi a községi és törvényhatósági igazgatásban ugyanaz és egészségügyi szakértőik is ugyanazok.

Intézkedési joga az ipartörvény alá tartozó ipartelepeken az iparhatóságnak van. aki az iparfelügyeleti vizsgálatokból folyó intézkedéseket végzetlenül elrendeli, végrehajtja és a végrehajtást ellenőrzi. Felügyeleti joga van a közegészségi hatóságnak is, intézkedési jog nélkül. Ez a hatásköri különbség éppen az előbb említett abból a körülményből folyólag, hogy az I. és II. fokú ipar- és közegészségi hatósági jogkörök ugyanannak a hatóságnak kezében vannak egyesítve, az alsófokú igazgatásban nem, hanem csak a jogorvoslati felelősségben jut kifejezésre, amennyiben az iparhatósági intézkedések elleni felelősség végsőfokon a kereskedelemügyi, a közegészségi hatósági intézkedések elleni felelősség pedig azelőtt a belügyminiszterhez, 1919 óta pedig a népjóléti és munkaügyi miniszterhez jut. Természetesen a maga egészében különálló az államhatósági felügyelet és vezetés, amely e tekintetben a kereskedelemügyi és a népjóléti és munkaügyi miniszteri hatáskörben oszlanak meg.

Az ipartörvény egyes rendelkezéseiben és az iparfelügyelői törvény a maga egészében gondoskodik a munkások életének, testi épségének és egészségének védelméről; külön törvény rendelkezik a nők éjjeli munkájának eltiltásáról, külön törvények a vasárnapi munkaszünetről, az üzleti alkalmazottak esti zárójáról, az éjjeli munka korlátozásáról és az ipari alkalmazottaknak betegségi és baleseti biztosításáról.

A munkások egészségének védelme tekintetében a keretek létesítve vannak, az azokban lefektetett elveket és intézkedéseket tovább fejleszteni, a hézagokat pótolni, egészben véve a kereteket a kor és a kultúra haladásává és az igények fokozásával és fejlődésével lépést tartva, élő tartalommal megtölteni, a jövő feladata.

Javaslataimat a következőkben bátorkodom a t. országos értekezlet elé terjeszteni, meg kell azonban előre jegyezni, hogy javaslataim összeállításában nem a távolabbi jövő lehetőségei voltak szemem előtt, hanem a leg-sürgősebb szükségletek kielégítésére való törekvés. Feltétlenül igaznak kell tartanunk, amit a népjóléti és munkaügyi miniszter úr öngyméltósága hatalmas programbeszédében meggyőző erővel juttatott kifejezésre, mondván, hogy rendkívüli viszonyok súlya alatt vergődünk, mely helyzetből való kiszabadulásunkat nem várhatjuk csupán az eddig ismert és vallott elvektől

és eszközöktől. De az én szerény nézetem szerint elsősorban a legszükségesebb reformokat és a legkönnyebben elérhető célokat és az azok elérésére legkönnyebben kivihető módokat kell kitűznünk a súlyos viszonyok megjavítására, amelyekről mindnyájunknak egy a véleményünk és amelyek a mai rendelkezésre álló eszközökkel is megvalósíthatók. A természetes fejlődésben ugrás nincs, mert az ugrás hézagokat hagy maga után, melyek a reformok megvalósítását veszélyeztetik. És azt is szemelőtt kell tartanunk, amit a nagyszabású miniszteri programbeszéd is hangsúlyozott, hogy a fejlődésnek az állandóság az alapja és feltétele. De hangsúlyoznom kell t. országos értekezlet, hogy a reformok megvalósításában szemelőtt kell tartanunk csonkaországunk nagy nehézségekkel küzdő iparának teherbírását is. Még bátor vagyok azt is megjegyezni, hogy a t. előadótársam javaslataiban foglaltakra vonatkozólag kiterjeszkedni szükségesnek nem tartottam, mert azoknak megindokolására, nézetem szerint, ő van hivatva, és az azokra való kiterjeszkedés csak ismétlésekre adott volna alkalmat. Így pl. nem terjeszkedem ki az ipari munkásság hygiénikus nevelésére sem, melyre az ő javaslatainak 3. pontja vonatkozik.

Az előadottak szerint a gyárak vizsgálatát, mint külön erre a célra rendelt állami ellenőrző szervek, a kir. iparfelügyelők végzik, akik a kereskedelemügyi miniszternek, mint legfőbb iparhatóságnak, közvetlenül alá vannak rendelve, míg intézkedéseik alapján az iparhatóságok rendelkeznek.

1. A külső szolgálatot ellátó iparfelügyelők képesítésükre nézve mind okleveles gépészmérnökök, még pedig azért, mert egyrészt a munkásoknak baleset ellen való védelme és a gépeknek a szükséges védőkészülékekkel való ellátása, másfelől pedig az iparfelügyelői szolgálattal összekapcsolt egyéb felügyeleti teendők, mint a gőzkazánok és gőzcséplőgépek rendszeres vizsgálata, amely vizsgálatok jórészt ugyancsak munkásvédelmi célt szolgálnak. szükségessé teszik, hogy a vizsgálatot végző ellenőrző közegek a gépeket, azok szerkezetét és működését alaposan ismerjék.

A gyáraknak a munkások egészségi szempontjából való vizsgálata az orvosi vizsgálatot is szükségessé teszi. E tekintetben az a helyzet, hogy a gépészmérnök iparfelügyelők esetenként igénybe vehetik a központi szolgálatot teljesítő orvosiparfelügyelő közreműködését, emellett azonban gondoskodni kell arról is, hogy a rendes gyárvizsgálatokat a gépészmérnök iparfelügyelők közreműködésén kívül, *orvosiparfelügyelők* is végezzék; tehát orvosiparfelügyelők oly számban legyenek az iparfelügyelői karban, hogy nemcsak a kerületi iparfelügyelők tanácsadóiul és támogatóiul szerepeljenek, hanem önállóan vizsgálják ők is a gyárakat.

Ennek a körülménynek a szükségét illetékes helyen már a múltban is felismerték s a háborús évek elején már megállapodás történt volt arra nézve, hogy egyelőre egy női orvos neveztesse ki iparfelügyelőnek. Sajnos, a háború, majd az összeomlás és forradalmak az iparfelügyelői szolgálatot hosszú időre oly mértékben megzavarták, sőt egy jelentékeny időre meg is akasztották, hogy az intézmény fejlődése hosszú időre megakadt. Ehhez járult még az is, hogy a kellő és elodázhatatlan szaporítás helyett a tisztviselők létszámának

apasztása kapcsán az iparfelügyelők száma is csökkentetett és csak a legutóbbi időben vált lehetségessé az égető hiány pótlására szükséges első lépések megtétele. Ilyen mostoha körülmények között természetesen szó sem lehetett orvosoknak a külső szolgálatba való beillesztéséről. Az idők haladása, a szociális egészségügy fontosságának egyre kézzelfoghatóbb megnyilvánulása azonban mindinkább előtérbe tolja a gyárak egészségügyének javítására és az ipari munkások egészségének védelmére vonatkozó behatóbb gondoskodás szükségességét és *orvosiparfelügyelőknek* kellő számban való *alkalmazását*.

2. A gyárakban és üzemekben a munkások egészségét fenyegető káros befolyások elhárításán kívül azonban a munkások egészségi állapotának időszakos vizsgálatára is szükség van; ezt a munkát sem végezheti az állami iparfelügyelő, már csak azért sem, mert ehhez annyi szakképzett orvosiparfelügyelőre volna szükség, amennyi alkalmazásáról a tisztviselők szaporításának még komoly akadályokba ütközése miatt — egyelőre legalább — szó sem lehet. Erre a célra *gyári orvosokra* van szükség, akik a gyár munkásait és családtagjaikat *időszakonként* kivétel nélkül megvizsgálják, a betegnek találtakat pedig nemcsak gyógykezeljék, hanem azokat állandóan is orvosi tanáccsal lássák el életmódjukat illetőleg. Szükséges, hogy állandó gyári orvosok alkalmazásával legalább a nagyobb és a kórházaktól távolabb eső ipartelepek munkásai állandó orvosi felügyelet alatt álljanak. A gyári orvosok nemcsak gyógyítói, hanem tanácsadói, nevelői is lesznek a munkásoknak, ami különösen a munkások gyermekeinek egészséges fejlődése szempontjából, rendkívül fontos és az anya-, csecsemő- és gyermekmentés tekintetében egyaránt igen nagy fontosságú volna. Megállapítandók tehát a gyáraknak ama kategóriái, melyekre nézve kötelezővé teendő a külön gyáriorvos alkalmazása és a szükséghez képest, orvosi rendelő- és betegszoba, illetve kórházberendezése.

3. Az 1884: XVII. tc. 116. §-ának második bekezdése értelmében *az egészségtelen és veszélyes iparágak* lajstroma is megállapítandó és azon feltételek is meghatározandók, melyeknek megtartásával tizenhat éven aluli munkások ily iparágakban vagy azok némelyikében alkalmazást nyerhetnek, hozzátehetjük még azt is, hogy megállapítandók azok az üzemek vagy üzemszek is, amelyekben nők, anyák, különösen pl. terhes anyák foglalkoztatása kerülendő. Annak indokolására, hogy e lajstrom megállapítására szükség van, különösebb érveket felhozni nem kell, mert azt a törvényhozó már a 40 év előtt készült ipartörvényben is kifejezte volt. Az egészségtelen és veszélyes iparágak megjelölése már azért is igen fontos, mert az ily üzemeket előtérbe állítaná, azokra az illetékes körök és érdekeltek figyelmét oly mértékben felhívni, hogy az ily üzemekben dolgozó munkások egészségének védelmére szükséges óvintézkedések megállapítása és végrehajtása lényegesen megkönnyíttetnék. Magától értődő, hogy az ily üzemeket mind kötelezni kell arra hogy külön gyáriorvost tartsanak.

4. *A munkáslakások* kérdése hazánkban a múltban is állandóan foglalkoztatta az illetékesek figyelmét s a gyári munkáslakások az iparfelügyelők és az iparhatóságok intézkedéseinek állandó tárgyai voltak.

Nem tagadható, hogy általában nem tudott eléggé tért hódítani az a gondolat, hogy a munkás egészsége és jóléte nemcsak a munkásnak a közvetlen érdeke, hanem közvetve a munkaadóé is. Kialakult ugyan az a tapasztalat, hogy a gyárak állandó munkástörzset csak úgy nevelhetnek maguknak, ha munkásaikat lakással is ellátják, de nem tudott általánossá válni az a felfogás, hogy a nem közvetlenül kamatozó hasznos befektetés is meghozza a maga gyümölcsét.

Még a háborús idők előtt is, amikor nagyjában — azt lehetett mondani — normális viszonyok között éltünk, sok gondot okozott az iparfelügyelőknél a munkások lakásviszonyainak javítása. Nem akarok mást említeni, csak pl. a téglagyárakat és bizonyos — mezőgazdasággal kapcsolatos — üzemeket, mint pl. a mezőgazdasági szeszgyárakat, amelyekben a munkások lakásai sokszor nem érdemelték meg a lakás nevet.

Reá kell itt mutatnom azonban egy, a mai súlyos trianoni viszonyokból folyó és csak a mai rendkívüli viszonyok között fennállható és tovább nem tűrhető sajátos jelenségre is, t. i. arra, hogy a gyári munkáslakások egy részét még ma is a gyárra nézve idegen elemek foglalják el: a részben önhatalmúlag, részben még hatósági rekvirálás alapján beköltözöttek, akiknek eltávolítása a gyáraknak módjukban nincsen. Ez a körülmény több helyen komoly nehézséget okoz a gyárnak, mert új munkásokat nem képes felfogadni azért, mert az idegen lakók által megszállva tartott lakások, amint az pl. a budapesti téglagyárakban állandó panasz tárgya, megakadályozzák új munkások elhelyezését. Ezen az állapoton mielőbb segíteni kell, mert ez az iparra is, de a munkásokra is felette káros.

Az itt vázoltakból nyilvánvaló, hogy meg kell találni annak a módját, hogy a munkások egyik legkiáltóbb szükségletéről: az egészséges lakás szerzéséről sürgős gondoskodás történjék állami segítséggel is. De egyúttal gondoskodni kell arról is, hogy a lakások megépítésének módja is szabályoztassék, hogy azok az egészség követelményeinek megfeleljenek a világosság, szárazság, szellőztethetőség, fűtés és tisztántartás szempontjából, hogy minden munkáscsaládnak legyen kipadlózott szobája és téglával burkolt padozatú konyhája. Legyen a munkástelepen fürdő, hacsak a legegyszerűbb zuhanyfürdő is és higiénikus, tisztántartható árnyékszék, és kötelezővé teendő az is, hogy e házak emeltebb talajon épüljenek.

Méltóztassanak megengedni, hogy szavaimat a miniszter úr nagyszabású programbeszédéből vett idézettel fejezzem be. A miniszter úr azt mondta, hogy a munkásnak már emberi léténél fogva is joga van nemcsak kenyérre, hanem egészségre és bizonyos fokú kultúrára; méltóztassanak megengedni, hogy e nagy igazságokhoz azt is hozzátegyem: hogy a munkásra nézve az egészség a kenyeret, a jó lakás pedig az egészséget és a kultúrát is jelenti.

Előadó: dr. G o r t v a y György, miniszteri osztálytanácsos.

Jövő feladataink az iparegészségügy terén.

1. Az ipartelepek egészségügyi vizsgálata és felügyelete a hatósági tisztiorvosok által.
2. A munkásbiztosító pénztárak és pénztári orvosok feladata a speciális ipari betegségek elleni védekezésben.
3. Az ipari munkásság nevelése az ipari ártalmak természetéről és az ellenük való védekezésről.
4. Az ipari betegségek kártalanítása.

*

*

*

Korunk jelszava a többtermelés, a racionális munkamegosztás és a takarékoság, az iparegészségügy és munkahigiéne művelését a szociálpolitika és közegészségügy legfontosabb feladatává tette. Amint a közgazdasági téren teljesen új epocha küszöbén állunk, a közegészségügy terén is az előbbi tényező befolyása alatt, tökéletesen új eszmeáramlatok dominálnak. Az egészségügyi igazgatás új iránya, amely a közegészségügyet nem filantrópikus működésnek, hanem közgazdasági tényezőnek tekinti és amelynek a célja, a lakosság minden kategóriájára kiterjedő preventív tanácsadás és megelőző egészségvédelem, sehol sem található oly hálás munkaterületre, mint az iparhygiéne, mert az iparhygiénikus működésnek eredményei közvetlenül érezhetők. Ez alkalommal a kongresszus elnöksége által számomra kiutalt négy akut adminisztratív kérdéstről kívánok szólni:

1. *Az ipartelepek egészségügyi felügyelete a hatósági tisztiorvosok által.*

Az 1876. évi XIV. tc. 154., 156. és 168. §§-ai, valamint az 1884. évi XVII. tc. 114. §-a törvényszerű kötelességévé tették az egészségügyi hatóságoknak a gyárak és ipartelepek egészségügyi megvizsgálását és ellenőrzését, a 117.268/1900. B. M. sz. körrendelet pedig úgy intézkedett, hogy az egészségügyi hatóságoknak félévi időtartamban kell ezeket az ellenőrző vizsgálatokat megejteniök. Az 1893. évi XXVIII. tc. és az ennek alapján kiadott 13,469/1894. K. M. sz. miniszteri rendelet azonban külön szervezetet, az *iparfelügyeletet* létesítette az iparüzemek ellenőrzésére.

így tehát két hatóság bír törvényes joggalappal és jurisdikcióval a gyárak stb. egészségügyi felügyeletére. Noha Magyarország nem iparország, lakosságának kb. $\frac{1}{3}$ -a él ipari foglalkozásból s ez a produktív munkásosztály olyan tömeget képvisel, amelynek egészségügyi tőkáját, munkaképességét gondozni eminens közegészségügyi érdek, minthogy az utóbbi évek kényszerkörülményei az iparfelügyelet kereteit erősen korlátozzák és az iparfelügyelet keretében végzett egészségügyi gondozás más fontos feladatok mellett és személyzet hiányában némileg háttérbe szorult, az egészségügyi kormányzat tárgyi és takarékosági szempontból és az előbbi törvényes rendelkezések figyelembevételével szükségesnek vélte, hogy az ipartelepek és gyárak hygiénikus viszonyainak ellenőrzésére az egészségügyi hatóságoknak az előbb említett rende-

letekben lefektetett felügyeleti jogát újra felelevenítse. Ezen meg gondolás alapján a népjóléti és munkaügyi minisztérium 65,057/1925. számú körrendeletével úgy intézkedett, hogy a hatósági tisztiorvosok az illetékességük alá tartozó kerületben fekvő ipartelegeket fél évenként megvizsgálják és arról az ide mellékelt minta szerint kiállított jegyzőkönyvet terjesszék be a népjóléti és munkaügyi minisztériumhoz.

.....vármegye.
vároe.

.....**kerület.**

Jegyzőkönyv,

az 19.... év.....felében tartott gyári vizsgálatokról.

I.

1. A megvizsgált gyár megnevezése és helye:

2. Közegészségi tekintetből nincs-e káros befolyással a gyár üzeme annak közvetlen környezetére, vagy viszont a környezet a gyár üzemére?

a) Ha igen, miből áll a káros befolyás?

b) Milyen intézkedés történt a káros befolyás elhárítására?

3. Csatornázva van-e a gyártelep?

Ha igen, a csatorna megfelel-e a közegészségi kívánalmaknak? Ha nincs csatornázva, mily módon és kielégítően történik-e a szennyvizek és gyári hulladékok összegyűjtése és eltávolítása?

4. Az udvar és a gyár üzeméhez tartozó épületek, ideértve a melléképületeket is, nem esnek-e kifogás alá köztisztasági és közegészségi tekintetből?

Ha igen, mi esik kifogás alá és miért?

II.

5. A munkások száma:

a) férfi;

b) nő;

a) hány 18 éven aluli férfi és nő van alkalmazva és milyen munkára?

6. A munkahelyiségek a köztisztasági és közegészségi kívánalmaknak általában megfelelnek-e? Szárazak, jól szellőztethetők, világosak-e? Nem zsúfoltak-e?

Ha nem felelnek meg a kívánalmaknak, mely helyiségek esnek kifogás alá és milyen tekintetben?

7. A világitásra szolgáló fényforrások és maga a mesterséges világitás módja nem esik-e kifogás alá közegészségi tekintetből?

Ha igen, mely helyiségekben és miért esnek kifogás alá?

8. Ha a gyár üzeme különös nagy hőfejlesztéssel jár, a munkások megvannak-e védve a túlhevüléstől és a hirtelen lehűtéstől?

9. Az üzemből származó por, repülő forgács és szilánk, gőz, mérges gázok mechanikai és vegyi behatása, továbbá idült mérgezések ellen a munkások kellőleg megvannak-e védve, — különös tekintettel az egyes gyárakról különlegesen intézkedő törvényekre és rendeletekre.

Ha nem, mi és mennyiben esik kifogás alá?

Használják-e védőálcot, porvédőt, respirátort?

10. A trachoma és a tuberkulózis ellen elrendelt óvintézkedések keresztül vannak-e vive?

Ha nem, mik a hiányok?

11. Észlelhetők-e a munkások között különösebb, a gyár berendezéséből vagy a foglalkozásból származható megbetegedések?

Ha igen, melyek azok?

12. Szabályszerűen kezelik-e az erősebb hatású és mérges anyagokat?

Ha nem, a kezelés mennyiben esik kifogás alá?

A munkások munkaköpenyt, védőruhát használnak-e, ha nem, miért nem?

13. Megvannak-e előírás szerint az első segélynyújtáshoz gyógy- és kötszerek, hozzáférhetők-e és kezelésük megfelelő-e?

14. Van-e a munkásoknak külön étkező (kantin) és mosdóhelyisége? Van-e gyári fürdő? Milyen (kád-, zuhany, közös medencefürdő)? Használják-e ezt rendszeresen?

Ha igen, azok berendezése megfelel-e a köztisztasági és közegészségi kívánalmaknak?

15. Vannak-e a gyárral kapcsolatban hálólhelyiségek?

Ha igen, megfelelnek-e a köztisztasági és közegészségi kívánalmaknak?

Ha nem, mennyiben esnek kifogás alá?

(Ha zsúfoltság mutatkozik valahol, közelebről körül kell írni az illető helyiséget, valamint a zsúfoltság okát és mérvét?)

16. Miféle ivóvíz áll a munkások rendelkezésére?

Az ivóvíz kifogástalan-e?

17. A szükséges balesetelhárító berendezések megvannak-e?

18. Az árnyékszékek és vizelőhelyiségek a köztisztasági és közegészségi kívánalmaknak megfelelnek-e?

Ha nem, melyek és miért esnek kifogás alá?

19. Az árnyékszékek száma megfelel-e a munkások számának?

20. Az árnyékszékek nem szerint elkülönöztek-e?

III.

21. A munkaidő tartama:

- a) a, felnőttéknél;
- b) 18 éven aluliaknál;
- c) ez utóbbiaknál beszámítják-e a tanonciskolában töltött időt a munkaidőbe?
- d) van-e éjjeli munka? Mely órákban?
- e) nők és fiatalokúak dolgoznak-e éjjeli időben, mely órákban?

22. Mit gyártanak?

(Az oly gyáraknál, amelyek élelmi és élvezeti cikkek, italok, vegyszerek és általában oly tárgyak előállításával foglalkoznak, amelyek élvezéséből, illetőleg használatából a fogyasztó közönségre esetleg egészségi ártalom származhatik, minden egyes gyártmányt névszerint fel kell sorolni.)

23. A gyártásnál használt nyersanyagok, a gyártás módja, az eszközök, maguk az előállított gyártmányok (élelmi- és élvezeti cikkek, italok, használati tárgyak stb.) és az előállításnál foglalatokoskodó egyének, az élelmi- és élvezeti cikkek gyártására szolgáló helyiségek megfelelnek-e a törvényekben és rendeletekben közelebbről megjelölt köztisztasági és közegészségi követelményeknek?

Ha nem, mik és miért esnek kifogás alá?

24. Vettek-e mintát a gyártmányokból, vagy a gyártásnál használt anyagokból és eszközökből közelebbi vegyi és bakteriológiai vizsgálatra?

Ha igen, melyek azok?

25. A vegyi és bakteriológiai vizsgálat eredménye:

26. A netán még észlelt közegészségi ártalmak és szabálytalanságok:

27. Az észlelt közegészségi ártalmak és szabálytalanságok megszüntetése céljából tett javaslat rövid kivonata:

IV.

28. Vannak-e a gyári munkások részére természetbeni munkáslakások?

Ha igen, családok vagy egyesek részére és milyen számban?

Egészségesek-e, nem zsúfoltak-e?

Hány személy lakik egy-egy szobában vagy helyiségben?

Mennyi légűr esik egy-egy lakóra? (helyiség belső magassága X szélesség X hosszúság.)

29. Vannak-e a gyárral kapcsolatban különleges egészségügyi intézmények? (Tüdőbeteg dispensairek, orvosi rendelőintézetek, külön betegszobák stb.)

30. Vannak-e a nómunkások részére külön szoptató szobák?

Megvan-e a lehetőség, hogy a munkások munkaidő alatt szoptathassák gyermekeiket?

31. Van-e a gyárral kapcsolatban anya- és csecsemővédő-intézet, bölcsőde vagy napközi otthon?

32. Van-e a munkásoknak étellemezésére és ruhával, tüzelővel ellátására külön intézmény (szövetkezet, gyári ételmiszer, tüzelőraktár kereskedés?)

33. Vannak-e a munkások részére külön sport- és közművelődési berendezések (sportpálya, munkáskaszinó, mozgóképzetítő?)

19.....évi.....hóvárosbíróság, mint 1. f. egészségügyi hatóság.....tisztiorsos.

Látta:

Ezeknek a jegyzőkönyveknek az adatai nemcsak munkás-szociális, ipar-egészségügyi, ipari toxikológiai tanulmányok alapjául szolgálhatnak, hanem azok alapján a szükség szerint további hatósági eljárást indít a minisztérium. Ezen jegyzőkönyvek kissé még hiányos adatai alapján a magyar munkás-egészségügy és gyárhigiéne állásáról a következő vázlatos áttekintést mutathatom be:

Megvizsgáltatott az elmúlt évben összesen 2941 gyártelep, és pedig:

I. Vas-, fém- és gépiparban	300
II. Kő-, föld-, agyag- és üvepiparban	94
III. Fa- és csontiparban.....	227
IV. Bőr-, szőr-, sörte-, tolliparban.....	67
V. Fonó-, szövő-, textiliparban	169
VI. Papíripárban	22
VII. Étellemezési-iparban.....	1207
VIII. Vegyszeti-iparban	135
IX. Építőiparban	255
X. Sokszorosító és grafikai műiparban.....	58
XI. Szikvízgyártásban.....	248
XII. Különfélékben.....	159

A Statisztikai Hivatal adatai szerint az egyes iparüzemekben a munkások száma a következő volt:

	Munkások száma :		
	1913	1923	1924
Vas-, fém- és gépipar.....	79,500	81,000	60,000
Kő-, agyag- és üvepipar	35,000	30,000	32,000
Fa- és csontipar	12,000	14,000	16,000
Bőr- és cipőipar	6,000	7,000	11,000
Textilipar	17,000	27,000	32,000
Papir- és grafikai-ipar	13,000	9,300	9,700
Ruházati-ipar	7,500	6,000	6,000
Ételmiszer és élvezeti cikkek	55,000	50,000	60,000
Kémiai-ipar	10,000	12,300	12,000
Összesen	235,000	236,000	238,000

A munkások száma tehát emelkedőben van s az emelkedés a textil-, bőr- és az élelmiszer-iparra esik, míg a budapesti munkáspiacot domináló vas- és gépiparban 20,000-el csökkent a foglalkoztatott munkások száma.

18 éven felüli nők a felülvizsgált ipartelepek közül összesen 614-ben nyertek alkalmazást, számszerint 20,724-en. Ezek 37.56 %-a a fonó- és szövőiparban, 12.44 %-a az élelmezési iparban és 7.95 %-a az építőiparban (tégla-gyárakban). A többi a fennmaradt ipartüzemek között oszlik meg. (Érdemes megemlíteni, hogy a textiliparban 18 éven felüli nő 7701, 18 éven aluli nő 1975, összesen 9676 nő van alkalmazásban.

18 éven aluli (tanonc és segédmunkás) 9857 van 713 üzemben alkalmazásban. 30.66 %-uk a vas- és fémiparban, 24.61 % a fonó- és szövőiparban (hol túlnyomó részük természetesen nő), 11.89 % pedig az építőiparban foglalkoznak.

A gyáriparban 1922-ben iparcsoportok szerint alkalmazva volt inas:

A bányászatban 1922 október 1-én 875 inas (fiú) volt alkalmazva.

Iparcsoport	férfi	nő	együtt
I.	1586	3	1589
II.	3630	—	3630
II/22.	179	—	179
III.	244	8	252
IV.	632	5	637
V.	180	1	181
VI.	100	145	245
VII.	75	140	215
VIII.	21	101	122
IX.	631	235	866
X.	26	—	26
XII.	219	138	357
Összesen	7523	776	8299

A gyáriparban 1922-ben iparcsoportok szerint alkalmazva volt 14 éven aluli

A bányászatban és kohászatban 1922 október 1-én alkalmazva volt 14 éven aluli 1066 férfi 87 nő, összesen 1153.

Iparcsoport	férfi	nő	együtt
I.	516	238	754
II.	328	473	801
II/22.	10	3	13
III.	915	767	1682
IV.	318	80	398
V.	31	113	144
VI.	396	1635	2031
VII.	7	50	57
VIII.	4	174	178
IX.	376	566	942
X.	63	158	221
XII.	6	30	36
Összesen	2970	4287	7257

A munkahelyek tisztasága 93 üzemben tétetett kifogás tárgyává, ebből 37 esik az élelmiszerüzemekre (az összes élelmiszerüzemek 3%-a). A por elleni védelem hiányos voltát 87 esetben jelentették; ezek 1/3 része az élel-

mezési iparra (malmok), a jelentős része a fonó- és szövő- (kendergyárak), a fa- és csont-, valamint a vas- és fémiparra vonatkozik.

Különleges ipari megbetegedést észleltek:

Egy esetben higanymérgezést egy izzólámpagyárban, idült ólommérgezést 3 nyomdaüzemben, terpentín ecemát egy vegyészeti gyárban, anechnylos-tomiasist egy kőszénbányában (Pécsbányatelepen).

Az előírás szerinti elsősegélyhez szükséges gyógy- és kötszerek hiányosak 781 üzemben. Ezek fele az élelmezési és élvezeti cikkek iparcsoportjára esik. mintegy 10—10% pedig a vas- és fémárú, fa- és csontipar és építőiparra esik.

A munkásoknak külön étkezőjük mindössze 264 esetben van. Ezek több mint 25%-a az élelmezési iparra, 15%-a a fonó- és szövőiparra és 12%-a a vas-és fémiparra esik. Külön mosdóhelyiségük 340 esetben van, ezek 25%-a az élelmezési iparra, 20%-a avas-és fémiparra és 15%-a a fonó- és szövőiparra esik. Ha ezeket a számokat a megfelelő iparcsoportban lévő összes üzemekhez viszonyítjuk, azt látjuk, hogy az élelmezési iparban az üzemeknek csak 7%-ban, a vas- és fémiparban az üzemek 25%-ban és a fonó- és szövőiparban az üzemek 26%-ban van a munkásoknak külön mosdóhelyiségük.

Nagyjában ugyanez az eset a külön fürdőnél is (zuhany és kádfürdőt egybevéve). Külön fürdővel összesen 137 üzem rendelkezik, *tehát az összes iparüzemek mintegy 5%-a.*

Az ivóvíz 45 esetben volt kifogásolható (az összes üzemek 16%-ban.) Ennek $\frac{1}{4}$ része a bőr-, szőr-, sörté- és $\frac{1}{2}$ része az élelmezési iparra esik.

Meglepően nagy százalékban (350) kifogásolhatók az árnyékszék az élelmezési üzemekben.

Éjjeli munka állandóan 152 üzemben van, ezek legnagyobb része (mintegy 40%) az élelmezési üzemekre esik.

Iparüzemekkel kapcsolatban 60 esetben vannak egészségügyi intézmények, rendelő-szobák, elkülönítő-helyiségek, kórházak stb. Legnagyobb részük (23—25%) a vas-és fémiparra és a kő-, föld-, üveg-és agyagiparra (különösen bányászati üzemek) esik.

Külön szoptatóhelyiség 4 helyen, anya- és csecsemővédő, valamint bölcsődé mindössze 8 helyen van.

Munkásjóléti intézkedések 84 üzemnél vannak, leginkább a vas- és fémiparnál, bányaiiparnál, kötő-, szövőiparnál, élelmezési és építőiparnál. A munkások részére közművelődési berendezés 40 üzemnél van, ezek legtöbbször a bányászati üzemekre és a vas- és fémipari üzemekre esik. (Ének és zenekarok, olvasókör és könyvtár, munkáskaszinó, vetítőkészülék és színpad, sportszerek, sportegyesületek és hasonlók.)

A népjóléti és munkaügyi minisztérium gondoskodott róla, hogy a hatósági tisztiorvosok az iparegészségtanból megfelelő kiképzést nyerhessenek és szakképzettségük a munkásegészségügy ismertetésével is bővüljön.

Bár az iparfelügyelet meglévő szervezete mellett tisztiorvosaink működési körének kiterjesztése hatásköri szempontból talán vitatható, nem lehet azonban be nem látnunk, hogy orvoshygiénikus nélkül az iparüzemek szakemberű ellenőrzése hiányos volna és tárgyi szempontból az iparegészségügy

kivonása a hatósági tisztiorvos hatásköréből éppoly jogosulatlan volna, mintha valaki pl. az iskolaköteles korban lévő gyermekek gondozását akarná hatáskörükből kiemelni.

Ha az iparfelügyelet legalább $\frac{1}{3}$ részben orvos-higiénikusokból állana, ezek az egészségügyi feladatok annak keretében is szervesen megoldhatók volnának, akkor is tekintetbe veendő azonban, hogy a kisüzemek olyannyira fontos ellenőrzése az egészségügyi hatóságok nélkül teljesen kivihetetlen volna.

Ezeknek a vizsgálatoknak a végzése a jövőben évenként csupán egyszer fog eszközölni.

2. *A munkásbiztosító pénztárak és pénztári orvosok feladata a különleges ipari betegségek elleni védekezésben.*

A magyar munkásbiztosító pénztárak ezideig nem fordítottak különös gondot preventív egészségvédelemre és általában nem fejtettek ki nagymérvű olyan működést, amelyre a szociális népbetegségek és a különleges ipari betegségek elleni küzdelem szempontjából alkalmuk és módjuk lett volna.

A megelőzés elvét csupán a balesetvédelmi működésében honorálták kellőleg. Erre, valamint az előbbire is módot nyújtana a 4790/1917. M. E. sz. rendelet, amely feljogosítja az Országos Munkásbiztosító Pénztárt, a kerületi munkásbiztosító pénztárakat és a magánegyesületi betegsegélyző pénztárakat, hogy a saját közegek helyszíni megállapításai alapján bírálják el az ipar-telepek egészségügyi óvberendezéseit s a mulasztások és hanyagságok ellen pótjárulékok kirovása által küzdjenek.

Elmellőzhetetlenül szükséges már csak a munkásbiztosító pénztárakat megillető közegészségügyi szerep biztosítása céljából is, a pénztári orvosi szolgáltatnak olyan átformálása, amely az «Individual-Mediziner»-ből «Social-Mediziner»-t csinál. Nemcsak a gazdaságosság követelte *kollektív és ambtdatóviumi rendelkezések fokozatos kiépítése, a szociális gondozás, a lakásfelügyelet, a családi ápolás, a tanoncok közvetlen egészségügyi felügyeletének*, a tagok gyermekei tervszerű nyaraltatásának stb. bevezetése a legközelebbi jövő feladata, hanem a munkásbiztosító pénztárak gyógyító orvosi működésének általában át kell szövődnie a preventív gondozás eszméjével úgy, amint az orvosok egyetemi oktatásában is tulajdonképpen ma már nem csupán a betegségek gyógyítására irányuló, hanem annak megelőzése érdekében fogatosítandó egészségvédelmi rendszabályokat is tanítani kellene. A jövő közegészségügyi intézményeinek feladata nem merülhet ki a betegek ápolásában és a csekélyebb értékű elemek megtartására irányuló negatívumok kiépítésében, hanem elsősorban pozitív irányt kell venni és az egészségesek preventív védelmét kell szociálhygiénikus intézmények útján biztosítani.

A munkásbiztosító pénztáraknak az egészségügyi közigazgatás, a magánvagy félhivatalos egészségügyi intézményekkel a jövőben a legszorosabb kooperációt, munkaközösséget kell megszerveznie. Ennek gyakorlati megvalósítására szolgáló intézmény lehetne, amire a mi magyar viszonyaink mellett egészen speciális szükségünk van, az összes egészségügyi vonatkozású egyesületek számára a Népegészségügyi Múzeum égisze alatt közös irányító bizottságnak «Arbeitsgemeinschaft»-nak a megalakítása.

Ami már most a konkrétebb megjelölését illeti azon teendőknek, amelyek véleményem szerint a közel jövőben a munkásbiztosító pénztárakra hárulnának, ezek között 1. a veszélyes iparokban dolgozó munkások *rendszeres időszakos orvosi megvizsgálását* s 2. *a különleges ipari betegségek gondos tanulmányozását és ezek alapján rendszeres megelőző munka megszervezését* említem. Mindkét feladat bármily különösen hangzik is, néhány éven belül érezhető finánciális előnyökkel járna a munkásbiztosító intézményekre. A munkaadók és más gazdasági körök egy idő óta mind nagyobb aggodalommal tekintenek az újabb «szociális megterhelést» jelentő egészségügyi és munkásvédelmi intézkedésekre, ezen két javaslat életbeléptetésével azonban éppen ellenkezőleg a költségek redukciójára számíthatunk. Az időszakos orvosi vizsgálatok jelentősége már a magyar szaksajtóban is ismertetésre került s bár azok fontosságához mért érdeklődést sem az orvosi rend, sem a közönség részéről nem tapasztalhatunk, ismertetésükről *ez alkalommal* bátran lemondhatunk. Csak egy adatot az időszakos orvosi vizsgálatok nyújtotta lehetőségek illusztrálására. A Prudentia Insurance Co. főorvosának kimutatása szerint a látszólag egészséges, de az intézet bizalmi orvosai által betegnek talált tagok 63%-a nem birt előzetesen tudomással sem, hogy bárminő betegségben szenvedne.

Köztudomású, hogy nagy amerikai és angol biztosító társulatok (Equitable Life Assurance Society New-York, Union Central Life Insurance Co. Cincinnati, Metropolitan Life Extension Institute és a Prudentia Insurance Co. New-York, a Legal Assurance Institute London, a Vita Schweizerische Lebens-Versicherungsgesellschaft és legújabban a francia Le Nord Paris) üzleti számítások alapján régebb idő óta bevezették a biztosítottak időszakos orvosi vizsgálatát és ténylegesen megtudták hosszabbítani a tagjaik életét.

A munkáspénztár orvosi működésének az időszakos orvosi vizsgálatok bevezetésével való kibővítése ugyan, tudomásom szerint, egyetlen európai államban sincs még megvalósítva, de ki merem mondani, hogy az időszakos orvosi vizsgálatok eszméje a legzseniálisabb közegészségügyi ötlet és hogy ezeknek jelentősége a társadalmi biztosítások jövő szervezetére vonatkozólag úgy finánciális, mint közegészségügyi szempontból ma még talán kellően át sem tekintett. Elismerem, hogy a lakosság minden kategóriájára kiterjedő időszaki orvosi vizsgálatok megszervezése jobban kiépített és szakszerűbb közegészségügyi szervezetet kívánna meg, mint aminővel mi eddig rendelkezünk, de egyet mindenestre meg lehet tennünk: *Mindazokat a munkásokat, akik akármilyen egészségre ártalmas ipari alkalmazásban dolgoznak, legalább évenként orvosi vizsgálatra kellene köteleznünk, hogy az ipari ártalmak okozta bántalmak és más lassan kifejlődő betegségek kezdeti stádiumban felfedezhetők legyenek.* Itt van pl. a szívbetegség, amely angol statisztikák szerint sokkal több halálozást okoz, mint pl. tbc. vagy rák, és amely annyira elvan terjedve, hogy minden 50 angol ipari munkás közül egy súlyosabb szívbetegségben szenved. Mennyi gazdasági, szociális és egyéni veszteséget és nyomort lehetne megelőzni ezeknek a rendszeres felkutatásával és a róluk való rendszeres gondoskodással.

A különleges ipari betegségek elleni céltudatos és rendszeres védekezés alap-

feltétele azok bejelentési kötelezettség alá való helyezése, ami által egyfelől tiszta képet nyerhetünk ezen betegségek számszerű elterjedéséről és az egyes foglalkozási ágakban való eloszlásukról, másrészt az illetékes hatóságoknak lehetőséget nyújtunk a szükséges óvintézkedések foganatosítására. Németországban 1907, Svájcban 1887, Angliában 1875, Hollandiában és Ausztriában 1911 óta áll fenn bejelentési kötelezettség egyes ipari betegségekre vonatkozóan. Hollandiában a nem kizárólag ipari foglalkozás következtében előállható és egy külön kategóriában felsorolt különleges megbetegedések esetében az az időtartam is meg van állapítva, amelynek az orvosi észlelés előtt el kell múlnia, hogy az illető betegség a foglalkozásból eredőnek legyen minősíthető, így: arzénmérgezésnél: 60 nap, bórakknál: 5 év, higany mérgezésnél: 5 év, nystagmusnál: 14 nap, foszformérgezésnél: 5 év, a szürkehályog üvegekészítőknél: 10 év, stb. Hogy a bejelentések mely hatósághoz történjenek, arra konkrét javaslatot tenni ma alig lehetséges. Mindig szem előtt kell tartani, hogy a bejelentéseknek a később kifejtendők alapján hármast célja van: 1. a különleges megbetegedések tudományos vizsgálatára anyagot nyújtani; 2. megelőző és elhárító intézkedéseket foganatosítani; 3. alapjául kell szolgálnia a különleges ipari megbetegedések kártalanításának. Elsősorban ugyan az ipar- és egészségügyi hatóságok volnának illetékesek, de célszerűségi és gyakorlati szempontokból kétségkívül a munkásbiztosító pénztárak maguk volnának a legalkalmasabbak ezen bejelentési szisztéma kiépítésére és megorganizálására, a bejelentésekből nyert adatok feldolgozására és a szükséges óvintézkedések inaugurálására. A pénztárak ellenőrző orvosi kara volna felhasználható ezen bejelentések szakszerű ellenőrzésére és felülvizsgálatára. Bejelentésre csupán azon betegségek volnának kötelezendők amelyek az ipari foglalkozás sajátlagos volta folytán keletkeztek, illetve az ipari tevékenységgel okozati összefüggésben állónak ismertettek fel. Természetesen hangsúlyoznom kell, hogy ennek az intézkedésnek nem az volna a célja, hogy minél több betegség vonassék bejelentési kötelezettség alá, hanem hogy a valóban okozati összefüggésben lévő betegségek megelőzésére vagy elhárítására minél gondosabb óvintézkedések legyenek foganatosíthatók.

Igen értékes tájékoztatást nyújthat a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár által a maga hatáskörében már bevezetett és Friedrich Vilmos egyetemi tanár úr által az Orvosi Hetilap 1926. évi 33. számában ismertetett ideiglenes bejelentési kötelezettség abban a tekintetben, hogy mely ipari mérgezések, illetve foglalkozási betegségek fordulnak elő gyakrabban a budapesti munkás - biztosító pénztár területén.

Ezeknek a feladatoknak a pénztári működés keretébe való beillesztése szükségessé tenné a pénztárorvosi kar szociálhygiénikus átképzését és a pénztárorvosi működés olyan irányban való újrászervezését, hogy az főképpen vagy egyidejűleg a betegségeknek abban a stádiumban való megfogására irányuljon, amikor azok még könnyűszerrel és kevés költséggel reperálhatók.

3. *Az ipari munkásság nevelése az ipari ártalmak természetéről és az ellenük való védekezésről.*

A munkásság részvétele és megértő támogatása nélkül eredménytelen volna a munkásbiztosító pénztárak által vezetett bármely céltudatos egészségügyi politika és akció. A munkásság felvilágosítása foglalkozásukkal kapcsolatos ártalmak természetéről, a különleges ipari betegségek létrejöttének feltételeiről és megelőzéséről igen sokféle mód áll a rendelkezésünkre. A vezető mindenestre, hogy az egészség nem magánügy, mert hiszen minden ember egy láncszem a társadalomban. Különösen alkalmas volna a szakszerű felvilágosító munka érdekében, ha az 1910-ben kifejezetten a munkásügyi szociálpolitika céljaira alapított Népegészségügyi Múzeum meglévő gyűjteményeinek felhasználásával és általában ennek az intézménynek a bekapcsolásával történhetnék. Az iparegészségügy, ipari fiziológia és ipari pszichológia újabb eredményeinek szintjén tartott szakszerű és tervszerű védekezés vezetésére, az iparegészségügyi és balesetvédelmi gyakorlati irányú tudományos kutatás biztosítása szempontjából is helyes lenne, ha a munkásbiztosító pénztárak és a Népegészségügyi Múzeum között szoros kooperáció jönne létre. Igen nagy szükség lenne rá, hogy akár ez a Népegészségügyi Múzeum, akár az Országos Munkásbiztosító Pénztár főorvosi hivatala a biztosított pénztári tagok számára nívós népszerű egészségügyi hetilapot adjon ki a német «Gesundheit» mintájára. (Gesundheit-Zeitschrift für gesundheitliche Lebensführung des berufstätigen Volkes. Berlin Charlottenburg, Berlinerstrasse 137.) Ezeknek főképpen a dolgozó munka és egyéni higiéniájával kellene foglalkozniok, de azonkívül egyéb szocialhygiénikus intézmények iránt is érdeklődést kelteniök.

Csehszlovákiában öt ilyen népszerű egészségügyi újság van a biztosított munkásság számára és igényeinek megfelelő módon szerkesztve. (1. Svěponoc — Öngégely, 2. Socialni — reform, 3. Rozsevac — a magvető, 4. Socialni snahy — szociális törekvések. 5. Pojistenec — a biztosított.)

Hangsúlyozni kívánom, hogy a balesetek, tbc. nemibetegségek, csecsemőgondozás, fogkariesz stb. ellen a munkások között végzett felvilágosító munkát teljesen a megelőzés elvei kell hogy irányítsák, és speciális gondot kell arra is fordítani, hogy a munkás megértse, megkedvelje és használja azokat az egészségügyi és szociális intézményeket és eszközöket, amelyek az ipari betegségek elleni küzdelemben rendelkezésre állanak.

Tervszerű felvilágosító munkát kellene indítani a munkásság között az önkéntes preventív időszakos orvosi vizsgálatok érdekében. Jó jelszó lehet, hogy minden ember vizsgáltassa meg magát születésnapján, vagy hogy minden 40 éven felüli pénztári tag, különös tekintettel a szív és vese megbetegedésekre, okvetlenül orvosi vizsgálatnak vesse magát alá legalább évenként. *Ez a munka is hivatali feladata lehetne a munkásbiztosító pénztárak tisztviselői, illetve tisztviselőknak minősített ellenőrző orvosainak, s ezért természetszerűleg a munkásbiztosító 'pénztáraknak kellene a munkásság körében végzendő rendszeres propaganda-előadásokat megszervezni és eszközölni.*

Az egészségügyi nevelés munkájának a pénztári tisztviselő-orvosokkal való végeztetése azzal az előnnyel is járna, hogy ezek a tisztviselő-orvosok a pénztárak betegségi viszonyairól állandó statisztikai és hygiénikus tanul-

manyokat is végezvén, hivatali működésükből kifolyólag ezeket igen célszerűen értékesíthetnék a tanulmányi körökben észlelteknél az előadásokba való beleszövésével.

Alább felsorolok egynéhány témát, amelyek speciálisan alkalmasnak látszanak az ipari munkás előtt való szakszerű ismertetésre: 1. A foglalkozás kiválasztása. 2. A munkahely higiéniája. 3. Munkaidő, szünorák, szórakozások, szabadságidő. 4. Munkaruha, δ. Ipari elfáradás és túlórázás. 6. Ipari ártalmak. 7. Első segélynyújtás. 8. Balesetek. 9. Porveszély és elhárítása. 10. Mit várhat a munkás munkájáért? 11. Tbc. dohány, alkohol. 12. Az egészséges otthon.

4. Az ipari betegségek kártalanítása.

Egyes betegségeknek különösen ipari mérgezéseknek bizonyos foglalkozásokkal való összefüggése már régóta ismeretes és az az igazságos törekvés sem új keletű, hogy ezek a különleges megbetegedések, amelyek az iparúzó munkaképességét tartósan és nagy mértékben csökkenthetik vagy állandóan meg is szüntethetik, a balesetek mintájára kártalaníttassanak. Ezt a fel fogást a betegségek és balesetek kötelező biztosításáról alkotott és a parlament előtt fekvő ú. n. új munkásbiztosítási törvénytervezet is honorálja és 71.§-ában kimondja, hogy baleseti kártalanítás jár annak a biztosítottnak, illetve családtagjainak is, aki a munkásbiztosításra kötelezett üzemben vagy ilyen üzem érdekében végzett munkaközben, vagy ilyen munka következtében olyan betegségbe esik (foglalkozási különleges betegség), amely az illető foglalkozás különös veszélyeként a biztosított keresetképtelenségét, illetve keresetképeségcsökkenését, vagy halálát vonja maga után. A népjóléti és munkaügyi minisztérium rendelettel állapítja meg, hogy melyek az ezen §-nak megfelelő foglalkozási különleges betegségek. A rendeletet és minden módosítását a törvényhozásnak is be kell mutatni.

A német munkaügyi miniszter a birodalmi tanács hozzájárulásával 1925. évi május 12-én kiadott rendeletével a baleseti biztosítást az ipari foglalkozási betegségekre is kiterjesztette és taxatívén felsorolta azokat a megbetegedéseket és foglalkozási ágakat, amelyekre azt alkalmazni óhajtja. A foglalkozási betegségek listája a következő:

1. Ólom és vegyületei okozta megbetegedések.
2. Foszfor okozta megbetegedések.
3. Hígany és vegyületei okozta megbetegedések.
4. Arzén és vegyületei okozta megbetegedések.
5. Benzol és termékei által okozott megbetegedések.
6. Szénkéreg által előidézett megbetegedések.
7. Paraffin, kátrány, anthracén. szurok és rokonanyagok által okozott megbetegedések.
8. Üvegkészítőknél mutatkozó szürkehályog.
9. Röntgensugarak és más sugárzó energiák által okozott megbetegedések.
10. Bányászok fűregmegbetegedése.
11. A schneebergi acél- és fémmunkásoknál jelentkező tüdőmegbetegedés.

A magyar tervezetnek a végrehajtásában a pénztár orvosi-karra igen jelentős szerep vár. Egyik fontos orvoshigiénikus kérdés annak megállapítása, hogy melyek azok a nálunk előforduló különleges foglalkozási betegségek, amelyeknek kártalanítás alá vonása szükséges. Másik tisztán orvoshigiénikus feladat lesz. minden egyes esetben megállapítani, hogy a szóbanforgó betegség mennyiben tekinthető különleges ipari betegségnek. Ezen munkával kapcsolatban a modern diagnosztika minden eszközével felszerelt és szakképzett klinikuson kívül ipari technológiában és iparhygiénében is járatos iparhygiénikus speciálistára is okvetlenül szükség lesz. Éppen ezért az említett törvénytervezet elfogadása esetére előkészülésképpen helyes volna, hogj⁷ az Országos Munkásbiztosító Pénztár a Népegészségügyi Múzeummal kapcsolatban pénztári orvosok számára az iparegészségtanból külön kurzust rendezzen és annak keretében az iparegészségügy és szociális biztosítások mai teoretikus és gyakorlati állását behatóan ismertesse.

Hozzászólások.

1. Dr. Jezso vics János, h. államtitkár: A felsorolt törvényi rendelkezéseken túlmenően több kérdésben a kormánynak és a nemzetgyűlésnek az ipari egészségügy szempontjából nagyjelentőségű, a közvetlen fejlődés irányait jelző állásfoglalását is meg kell említenünk. A nemzetközi munkaügyi egyetemes értekezleteken elfogadott egyezménytervezeteket és ajánlásokat érti, amelyek az ipari egészségügyet közvetlenül érintik. Ezeket kormányunk tárgyalás végett a nemzetgyűlés elé terjesztette, amely azok tekintetében, a legújabbak kivételével, múlt évi március hó 4-én és 5-én tartott ülésein már állást is foglalt és elhatározta, hogy az alábbi egyezménytervezeteket iktatja az ország törvényei közé: a nőknek a szülés előtt és után való foglalkoztatásáról, a nők éjjeli munkájáról, a fiatalkorúak éjjeli ipari munkájáról, a tengeri munkára bocsátható gyermekek legkisebb korának megállapításáról, a szénmunkára vagy fűtőmunkára bocsátható fiatalkorúak legkisebb életkorának megállapításáról, a hajókon alkalmazott gyermekek és fiatalkorúak kötelező orvosi vizsgálatáról, végül az ólomfehérnek a festésnél használatáról szólót.

A nőknek a szülés előtt és után való foglalkoztatásáról szóló egyezmény a szülőnőt kívánja védelembe részesíteni. Az egyezmény szerint az ipari és kereskedelmi üzemekben nőt a szülést követő hat hét alatt nem szabad foglalkoztatni. A szülést megelőzően pedig a nőnek joga van arra, hogy munkáját abbanhagyja, ha orvosi bizonyítványt mutat be arról, hogy szülése előreláthatóan hat héten belül fog következni. Távollétének idejére a nő segélyt kap, amely elegendő arra, hogy maga és gyermeke az egészség követelményeinek megfelelően eltartható legyen. Az egyezmény ezen felül jogot biztosít a nőnek ingyenes orvosi és szülésznői kezelésre. Távollétének tartamára a nő munkaviszonyát is védi az egyezmény olyképpen, hogy a munkaadó a nőnek sem távolléte alatt, sem oly időre fel nem mondhat, hogy a felmondási határidő távolléte alatt teljen le, és pedig még akkor sem, ha a szülést követő hat hétnél hosszabb időn át marad távol, feltéve, hogy a távolmaradás olyan

betegség miatt történik, amely orvosi bizonyítvány szerint a terhesség vagy a szülés következménye.

Annak a lehetőségét, hogy a nő gyermekét munkaközben táplálhassa, szintén biztosítja az egyezmény, előírván, hogy a gyermekét szoptató nőnek a munkaidő alatt a szoptatás céljából két ízben fél-fél órát kell engedni.

Nagy jelentőségű az ipari üzemekben alkalmazott nők éjjeli munkájának eltiltásáról szóló egyezmény is. Ezen egyezmény szerint a nőket ipari köz- és magánüzemekben vagy azok melléküzemeiben tilos éjjeli időben foglalkoztatni. Ehhez az egyezményhez annak idején Magyarország is csatlakozott, s a csatlakozásával vállalt kötelezettségének elismerése céljából megalkotta az iparüzemekben alkalmazott nők éjjeli munkájának eltiltásáról szóló 1911. évi XIX. törvénycikket, amely 1912. évi január hó 1-én lépett életbe és azóta hatályban van. Amíg azonban az 1906. évi berni egyezmény s annak megfelelően most említett törvényünk is csak olyan vállalatokra terjed ki, amelyekben rendszerint tíznél több munkás van alkalmazva, addig a nemzetgyűlés által a múlt évben elfogadott újabb egyezmény az egy-egy vállalatban alkalmazott munkások számára való tekintet nélkül állapítja meg az éjjeli munka tilalmát.

A jövő iparos és munkás nemzedék fejlődése szempontjából igen nagy jelentőséget kell tulajdonítani a fiatalok éjjeli ipari munkájáról szóló egyezménynek, amelynek célja, hogy megszüntesse azokat az ártalmakat, amelyek a fiatalok éjjeli munkájából származnak. Az egyezmény értelmében tizennyolc éven aluli fiatalokat éjjel ipari köz- és magánüzemekben, vagy azok melléküzemeiben foglalkoztatni nem szabad. Az éjjeli időt ugyanúgy állapítja meg az egyezmény, mint a nők éjjeli munkájának eltiltásáról szóló egyezmény. A három egyezmény rendelkezései akkor lesznek nálunk érvényesíthetők, ha érvényesítésük módozatait törvényben megállapítjuk. Ennek a törvénynek előkészítése folyamatban van.

Szűkebb kört érint, de ezen belül igen fontos az ólomfehérnek a festésnél való használata tárgyában elfogadott egyezmény, amely szerint az ólomfehérnek, az ólomszulfátnak és az e festő anyagokat tartalmazó minden terméknek az épületek belső falai festésénél felhasználását el kell tiltani. Ezen tiltó rendelkezés alól az egyezmény több kivételt állapít meg, de a tizennyolc éven aluli fiatalok és a nők foglalkoztatását eltiltja az olyan munkáknál, amelyeknél ólomfehéret és ólmot tartalmazó anyagokat használnak.

Az ipari egészségügyet érinti a felsoroltakon kívül a heti pihenőidőnek az ipari üzemekben való érvényesítéséről szóló egyezmény is, amely az elfogadás útján van. Ennek becikkelyezése tárgyában törvényjavaslatot készítettünk. Ez a törvényjavaslat még nem került a nemzetgyűlés elé, de a kormány már elhatározta, hogy a törvényjavaslatot a nemzetgyűlés elé fogja terjeszteni.

Az elfogadott ajánlások közül az iparegészségügy szempontjából nagyobb jelentőséget kell tulajdonítani a nőknek és gyermekeknek ólommérgezésről való megvédéséről szóló ajánlásnak. Ez az ajánlás tiltó rendelkezéseket tartalmaz a nőknek és a tizennyolc éven aluli fiataloknak olyan munkáknál

való foglalkoztatása tekintetében, amely munkáknál ólmot olvasztanak, vagy olvasztott ólmot használnak fel. Ezenkívül egészségi óvszabályokat ír elő azokra az esetekre, amikor nőket és tizennyolc éven aluli fiatalkorúakat olyan munkáknál alkalmaznak, amelyeknél ólomvegyületeket használnak.

Az ipari egészségügy kérdésével közvetlen kapcsolatban van a munkafelügyeleti szolgálat szervezetének általános elveiről szóló ajánlás. Ennek alapelvei kormányunk helyeslésével találkoztak, a kormány az ajánlást a nemzetgyűlés elé is terjesztette, azonban nemzetgyűlésünk ezzel az ajánlással eddig még nem foglalkozott.

Közvetve az ipari egészségügy szempontjából is nagyjelentőségű a munkások szabad idejének felhasználása tárgyában elfogadott ajánlás. Ennek az ajánlásnak alapelveit kormányunk magáévá tette és az ajánlás elfogadását javasolta a nemzetgyűlésnek.

Az ajánlás mindenekelőtt a kérdéssel foglalkozik, miképpen lehet leginkább elérni azt, hogy a szabad idő mennél csorbítottanabbul mennél nagyobb teljességében biztosítsák az alkalmazottaknak. Rámutat annak a nagy jelentőségére, hogy az alkalmazottak visszatartassanak attól, hogy a munkaidőn túl végzendő fizetett mellékmunkát keressenek. Ajánlja az egyes államoknak, hogy az ipar szükségleteinek, a helyi szokásoknak, a munkásság sajátosságainak és hajlamainak figyelembevételével tanulmányozzák, minő módon lehet a munkaidőt olyképpen beosztani, hogy a szabad időnek a lehető legnagyobb megszakítatlansága biztosítsák. Utal a célszerű közlekedési politika nagy jelentőségére, főképpen abból a szempontból, hogy a lakás- és a munkahely közötti út megtételére mennél kevesebb idő legyen szükséges.

Részletesen taglalja az ajánlás, miképpen lehet a szabad időt a társadalmi egészségügy céljainak megfelelően hasznosítani. Rámutat a népfürdők, népuszodák és hasonló berendezések létesítésének jelentőségére, az iszákosság, tuberkulózis, a nemibetegségek és a szerencsejáték leküzdése tekintetében előálló feladatokra, a helyes lakáspolitikára nagy jelentőségére, a munkáskertek, kis földbérletek szerepére, sportok hivatására, a hivatásos és általános műveltség fokozásának szükségességére.

Dr. Gortvay György osztálytanácsos előadásával kapcsolatosan két rövid megjegyzésre szorítkozik. Az egyik megjegyzés arra a javaslatára vonatkozik, hogy az ipartelepek egészségügyi vizsgálata és felügyelete a hatósági tisztiorvosok által történjék. Ezt a javaslatot nem teheti magáévá. Az általános egészségügyi szolgálat és az ipari egészségügyi szolgálat teljesen különállóan fejlődött, nem is fejlődhetett másként, mert a teendők a két szolgálati ágban teljesen eltérőek. Az iparfelügyelet csaknem minden ipartelepen más és más feladatokkal találja magát szemben, csaknem minden ipartelepen más követelményeket kell érvényesíteni abból a célból, hogy az alkalmazottak egészsége és testi épsége a kellő védelemben részesüljön. Az érvényesítendő követelmények az esetek legnagyobb részében az üzemi berendezések és gépek minőségével, az épületek méreteivel, beosztásával, a feldolgozásra vagy felhasználásra kerülő anyagok sajátágaival, a védőkészülékek szer-

kezetével, a munka egész menetével stb. függnek össze. Az iparfelügyeleti szolgálat mindezeknek a részleteknek alapos és mélyreható ismeretét teszi szükségessé. Ezeknek az ismereteknek a megszerzése csak évekre menő tanulmányok, gyakorlati megfigyelések, vizsgálatok és tapasztalatok útján lehetséges. Ezért van az, hogy mindenütt, ahol az iparfelügyeleti szolgálatot megszervezték, abból indultak ki, hogy azokat, akik ezt a szolgálatot ellátják, nem lehet más feladatkörrel felruházni, hogy az iparfelügyelőket abba a helyzetbe kell hozni, hogy összes szellemi erőiket tulajdonképpen feladatuknak: az ipartelepeken belül az egészség és testi épség védelmét célzó törvények és rendeletek végrehajtása biztosításának szentelhessék. Ha egyes államokban az iparfelügyelők külön teendőikkel mégis vannak bízva, ezt csak átmeneti állapotnak tekintik, mert a végcél mindenütt az, hogy az iparfelügyelő lássa el az egészség és testi épség védelmét az ipartelepeken belül. Ez az irányzat határozott és egyértelmű kifejezésre jutott az 1923. évben Genfben tartott ötödik nemzetközi munkaügyi egyetemes értekezleten is, amelyen a munkafelügyelet kérdésével foglalkozott, s amelyen mindazok az államok képviselve voltak, amelyek az iparfelügyelet terén gazdag tapasztalatokkal rendelkeztek.

Az immár negyvenévesnél hosszabb múltra visszatekintő magyar iparfelügyelet is ebben az irányban fejlődött. Visszaesést jelentene, ha ezzel a fejlődéssel szemben az iparfelügyeleti szolgálatot egészen más szolgálati ág-részévé tennők, ha azt kívánók, hogy az iparfelügyelet egészen különleges feladatait olyan tisztviselők lássák el, akiknek egészen eltérő jellegű teendőik vannak, akiket teendőik egészen lekötnek, s akik ezért nem is juthatnak abba a helyzetbe, hogy az iparfelügyelet megfelelő ellátásához megkívánt ismereteket a szükséges mértékben megszerezzék.

Ezenkívül ugyanazt a munkakört az ipartelepeken két egymástól független szolgálati ág látná el. Ebből rendkívül sok hátrány származnék első sorban ipari vállalatunkra, amelyek gyakran jutnának abba a helyzetbe, hogy nem tudnák, melyik oldalról jött meghagyásnak feleljenek meg előbb. De hátrány származnék a két szolgálati ágra is, mert a kétoldalról tett rendelkezések között nehéz volna biztosítani az összhangot. Ezenfelül ugyanannak a feladatnak két szervezet által ellátása az államháztartásban érvényesítendő takarékoság követelményeivel sem volna összeegyeztethető.

Igen kívánatos lenne, ha ugyanúgy, miként a nyugati államokban, nálunk is mennél szélesebb keretekben bevezetnők az iparban alkalmazottaknak szembeszökő helyen elhelyezett, képekkel és felhívásokkal figyelmeztetését az óvatosság és elővigyázat követelményeire és mindarra, amit a maguk és alkalmazott társaik, valamint az üzem érdekében kerülniök kell.

2. Dr. Schilling Zoltán, miniszteri tanácsos: Elméletileg talán a munkások egészségügyi védelme előbbre valónak látszik, mint a balesetek elleni védelem. Legalább is azt lehetne hinni, hogy míg adott egészségügyi viszonyok mellett a munkásnak nem áll módjában a védekezés, mert az adott viszonyok között kénytelen élni és dolgozni, addig kellő óvatossággal és elővigyázattal minden balesetet elkerülhet, ami az üzemi gépek és berendezések

rendszeres és rendes használata mellett érhetné. Ha pl. a munkás burkolatlan hajtósíjak, ide-oda mozgó géptömegek között vagy mondjuk fogaskerekek mellett dolgozik is, ha eléggé óvatos és magára kellőképpen vigyáz, a balesetet elkerülheti. Ez azonban csak elméletileg van így, mert a gyakorlatban egészen más a helyzet. Az a munkás ugyanis, aki minden figyelmét és teljes tudását a munkának szenteli, hogy teljesítményében a lehető legtöbbet érje el, természetsszerűleg feledkezik meg a környező veszedelemről és arról, hogy mivel tartozik önmagának, s ezért nagyon könnyen eshetik kisebb vagy nagyobb balesetek áldozatául. Ezért a gyakorlati életben a balesetvédelemnek sokkal nagyobb jelentősége van, mint azt talán első percre hinni lehetne.

Ha tehát a munkások egészségügyi védelmét rendkívül fontosnak is ismerjük el annál fogva, hogy valamely üzem káros egészségügyi körülményei, aminők a túlszűfolttság, a rossz levegő, a szellőztetés kellő hiánya, a rossz világítás, mérges gázok stb. stb., a maga káros hatásait állandóan és megszünés nélkül fejti ki és ezzel a munkás egészségét állandóan aláássa, mégis azt kell megállapítanunk, hogy a balesetelleni, valamint egyéb szociális természetű védelmek, tehát az általános értelemben vett ipari felügyelet nagyobb és fejlettebb múltra tekinthet vissza, mint az orvosi felügyelet.

A múlt század utolsó harmadában bekövetkezett szédületes ipari fellendülés a maga új, különleges és emellett szokatlan nagyméretű vagy szerkezetű gépi berendezéseivel a baleseteknek nagy számát vonta maga után, amelyeknek a meggátlására speciális képzettségre volt szükség. Így jött létre a körülményeknek úgyszólván kényszerítő hatása alatt, a balesetek momentán megnyilvánuló káros következményeinek elkerülésére, a különféle ipari ágazatokban járatos iparfelügyelő. Az iparfelügyelőnek, mint meglevő szervnek a hatáskörébe tartozott a higiéné általános feltételeinek is az ellenőrzése, úgy hogy kiterjedt hálózatú rendszeres orvos iparfelügyelet szervezésére nem került sor. Sőt tulajdonképpen ma is az a helyzet, hogy akkor, amikor a higiéné általános feltételei annyira közismertek, amikor azokat minden középiskolában tanítják és úgyszólván azokkal minden művelt embernek tisztában kell lennie, akkor az általános szempontokból való egészségügyi védelmi szolgálatot az iparfelügyelői szervezetek is el tudják látni. Tárgyilagos felfogás mellett ebben a dolgoknak némi egyszerűsítése is látható. Akkor ugyanis, amikor a baleset-védelem a szakképzettséget teljes mértékben megkívánja, a magasabb képzettségű szakerők sehogyan sem nélkülözhetők. Annál kevésbé nélkülözhetők, mert a technika rohamos fejlődése mellett a balesetvédelem sem állhat meg, hanem azt a technika fejlődéséhez mindenkor hozzá kell alakítani. Az erre képes és feltétlenül magasabb képzettségű felügyelőknek általánosabb műveltségüknél és szélesebb látókörüknél fogva is megvan az a képességük, amit gyárlátogatásokkal s az idevágó előírások állandó ellenőrzésével még fejleszhetnek is, hogy az általános higiéné követelményeit megítélni és ellenőrizni tudják.

A vitássá váló ügyekben az ipari szakismeretekkel is rendelkező orvos iparfelügyelők vannak hivatva eljárni. Az ilyen orvos-iparfelügyelők működése az általános iparfelügyeletet szükségszerűen egészíti ki az orvosi tudó-

mány fejlettségének, valamint az ipar folytonos haladásának megfelelően. Megjegyzendő, hogy az e téren működő szakorvosoknak az ipari és a műszaki ismereteik nélkülözhetetlenek, mert ezek hiányában működésüktől kellő eredményt nem lehet remélni. Ez már abból is látszik, hogy tapasztalat szerint az orvos-iparfelügyelő akkor tudja az ügyet csak igazán előbbrevinni, ha karöltve működik a szakiparfelügyelővel, akivel egyetértően tudják leginkább megtalálni azokat a megoldásokat, amelyek mind a munkaadókat, mind pedig a munkásságot egyaránt kielégítetik.

Figyelembe kell venni itt azt, hogy az egészségügy javítására szolgáló intézkedések és berendezkedések általában mindig technikai természetűek. Nem elég azt megállapítani, hogy valamely helyiségben pl. por van, vagy hogy a levegő ködökkel, párákkal terhelt. Azt mindenki láthatja s annak az egészségre ártalmas voltát mindenki megállapíthatja. Itt az ártalmas hatásoknak az okait kell kifürkészni és a megszüntetésre olyan javaslatokat kell tenni, amelyek helyes és biztos eredménnyel járnak. Sok esetben nem elegendő azt előírni, pl. por esetén, hogy a teremben szellőztetőt kell alkalmazni, mert rendkívül huzat mellett sem fog a szellőztetés eredményes lenni. Ellenben talán egy-két speciális és megfelelő helyen, a port okozó munkagépnél alkalmazott porszívó, az egész termet megóvja a portól.

Számtalan ilyen példát lehetne felhozni, ami a műszaki és ipari ismeretek szükségességét bizonyítja.

Az általános iparfelügyeletnek a vázolt értelemben vett orvos iparfelügyelővel való kiegészítése tényleg szükséges. Ennek szükségességéről szakkörök, valamint az intézkedésre hivatottak megvoltak győződve a múltban és megvannak győződve a jelenben. S ha mégsem lehet ebben a tekintetben a kívánalmakkal teljesen kielégítő módon haladni, annak magyarázatát az ország jelenlegi gazdasági helyzete szolgáltatja.

Felemlíti, hogy a gazdasági állapotok megszilárdulásával az iparfelügyelők egyéni teljesítménye is igen örvendetesen emelkedett, amennyiben lényegében ugyanaz a gárda, amelyik 1923-ban 5283 gyárvizsgálatot végzett, 1924-ben már 7910-et, 1925-ben pedig kb. 8500 üzemet vizsgált meg.

Ez a teljesítménynek 50, illetőleg 61%-os növekedését jelenti, ami mellett minden szó nélkül elsiklani még sem lehet.

Maga is elismeri, hogy a gyáraknak igen jelentékeny része marad ellenőrző vizsgálat nélkül és hogy egyes megvizsgált üzemekkel sem érnek rá az iparfelügyelők azzal az alapossággal foglalkozni, amire szükség volna. Ezen elsősorban a személyzet szaporításával iparkodnak javítani.

Ha figyelembe vesszük a genfi munkaügyi V. konferenciának az iparfelügyeletre vonatkozó ajánlását, amely az iparfelügyelet kiépítésénél zsinórmértékül kell, hogy szolgáljon, bár megállapíthatjuk azt, hogy elég sok tenni valónk van ezen a téren, mégis azt is láthatjuk, hogy a legfőbb elvi követelményeknek, a teljes függetlenségnek, a szakszerűség megkövetelésének és a hivatásszerű iparfelügyelet létesítésének 1893: XXVIII. tc. lényegében eleget tesz, s addig is, amíg ezt új törvénnyel pótolhatjuk, a végrehajtás terén kell a bajok orvoslását keresnünk. E tekintetben ezúttal csak két dolgot

kíván, talán mintegy *dr. Gortvay* előadásának kiegészítéseképpen, egész röviden érinteni. Az egyik az iparfelügyelőknek a munkássággal való érintkezése. Az iparfelügyeleti törvényünk 24. §-ának második bekezdése megadja azt a jogot az iparfelügyelőnek, hogy a vállalat alkalmazottait tanuk nélkül is kihallgathassa. Ebből következik, hogy az iparfelügyelő egészen szabadon szerezhet információkat a munkásságtól, s ha ezt talán ma nagy elfoglaltsága mellett nem teszi olyan mértékben, amint maga is kívánatosnak tartaná, mi akadály sem volna annak, hogy alaposnak vélt panaszaikkal bizalmasan a munkásság vagy annak képviselői keressék az iparfelügyelőt fel. Ettől az ellenőrzésnek csak üdvös eredményei volnának várhatók

A másik dolog a balesetek után végzett szemléken való intenzívebb részvétel. Az iparfelügyelő a maga működésének a próbáját és hatékonyságát a baleseteknél tapasztalja, de tanulságokat is a balesetekből von le. Ezért a balesetekkel való foglalkozás a jó iparfelügyeletnek elengedhetetlen követelménye. Amióta a balesetvizsgálatokat hatósági jelleggel a Munkásbiztosító Pénztárak végzik, ezen a téren némi visszaesés tapasztalható. Nem a balesetek súlyossága u. i. az, ami az iparfelügyelet szempontjából lényeges, hanem a balesetet előidéző ok a fontos. Ugyanaz az ok idézhet elő egészen jelentéktelen sérülést vagy karcot, és talán hajszálon múló körülményeknél fogva halálos kimenetelű balesetet is. Közérdek fűződik tehát ahhoz, hogy a balesetvédelem ellenőrzésére hivatott s az érdekeltségektől független hatósági szervek, a kir. iparfelügyelők minden balesetről értesítést kapjanak s ennek révén akár az eljárásnak, akár gyárvizsgálataik során a balesetvizsgálatokkal hatékonyabban foglalkozzanak.

3. Dr. Z á b o r s z k y I s t v á n, az Országos Munkásbiztosító Pénztár főorvosa: Részint a munkaviszonyokból, részint a megmunkálendő anyag természetéből folyó állandó ártalmak veszélyeztetik a munkás testi épségét. A betegségek egész sorozatáról derítette ki a tudományos buvárlat, hogy azok különleges, ipari betegségeknek tekinthetők. Sok olyan üzem van, ahol a munkás mérgező hatású anyagokkal dolgozik, melyeknek nap-nap melletti, habár naponként csak kisebbfokú, károsító hatása össze tevődve végeredményben maradandó kóros állapotot, bénaságot, izomsorvadást, epilepsziás görcsöket, vakságot stb. idéz elő.

A katasztrófálisan ható gépek roncsolásai, az olyan balesetek, melyek hirtelen behatással károsítják a szervezetet, már régebben kártalanítás tárgyát képezik a munkás javára. Az ipari betegségek következtében előálló munkaképtelenségek kártalanításáról csak az újabb törvények intézkednek.

Vannak iparágak, amelyekben pl. igen nagy a tuberkulózis halandóság. A nyomdászok között jóval magasabb, mint az országos átlag arányszámai. A kettő közötti különbség tehát feltétlenül a foglalkozási ártalom külön- « legességének rovására írható. De hogy az elhaltak között ezt a pluszt kinél kártalanítsuk, nehéz volna meghatározni. Ezért azok az államok is, ahol az ipari betegségek kártalanítása felől törvényhozásilag gondoskodás történt, mindenütt mellőzték a tuberkulózisnak, mint ipari betegségnek kártalanítását.

A Népszövetség munkaügyi hivatalának 1925-iki konferenciája felvette

tárgysorozatába az ipari betegségekre is kiterjesztendő kártalanítás kötelezettségét. A konferencia megállapította az ipari betegségek következményeinek kártalanítási kötelezettségének elvét, és csak három ipari ártalomra terjesztette ki egyelőre a kártalanítási kötelezettséget. Ez a három az ólom-, higany- és lépfene-mérgezés, illetőleg fertőzés következményei.

Ezzel a sorozat mindenesetre nem teljes, de a határozat tekintettel volt azokra az igen nagy nehézségekre, melyek általában valamely betegség üzemi munkából való származásának minden kétségét kizáró orvosi megállapításainál fennforognak. Egy másik nehézséget okoz annak meghatározása, hogy meddig-mennyi időre terjed a munkaadó, illetőleg a munkásbiztosítás szavatossági kötelezettsége az ipari betegség kártalanítására. Az ilyen betegségek lappangva, lassan fejlődnek ki és amikor a kórkép kialakult és a rokantsági állapot kifejlődött, már talán évek óta nem is dolgozik az illető ily veszélyeztetett üzemekben.

Egy másik nagyfontosságú tényező a pontos adatgyűjtés, az iparegészségi statisztika. Egy kormányintézkedés a statisztikai osztály működését beszűntette az Országos Munkásbiztosító Pénztárnál és a statisztikai feladat végzésére az Országos Statisztikai Hivatalt bízta meg. A statisztikai hivatal, ezen kitűnő intézményünk, sok fontos és más természetű működési ága mellett, ennek csak késedelemmel tehet eleget.

Régi statisztikánkból tudjuk, hogy az utolsó békeévben 174 ólommérgezés esete mellett 1 haláleset, 19 foszformérgezés mellett 3 haláleset és egyéb ipari mérgezés 91 esetében 11 haláleset fordult elő. Balesetbiztosítási törvényünk óvakodott az ipari betegségeket baleset gyanánt kártalanítani. Adott esetekben ez per tárgyát képezve, a bíraskodás legfőbb fóruma, az Állami Munkaügyi Hivatal által ítéletileg elutasított. Majd 1914-ben egy választott bírósági ítélet a kártérítési kötelezettséget az ilyen esetekre is megállapította, mert a törvény 69. §-a szerint a balesetbiztosítás célja annak a kárnak megtérítése, mely a biztosított személyt az üzemben éri. Azóta van is 6 kártalanított ólommérgezett járadékosunk és 2 szénegázmérgezésben elhunyt egyénnek hátramaradtjai, mint baleseti járadékot élvezők.

Ma, amikor az ipari pangás következtében sok a munkanélküli és az Országos-Munkásbiztosító Pénztár 1925. évi átlagos taglétszáma csak 683,200, kevesebb bejelentés is érkezik az ily ipari mérgezésekről. Nevezetesen a kezelőorvosok bejelenteni tartoznak az összes gyanús eseteket is az erre a célra szolgáló bejelentési lapokon. Az idén pl. a 100-on felüli bejelentést megrostálva, 18 eset maradt, mellyel kártalanítási szempontból is esetleg foglalkozni kell.

Az ipari betegségek tanának tudományos műveléséhez szükséges lenne ha ezen szakma fontosságát nálunk is elismerve, ennek az egyetemen rendes tanszéke nyílna meg, amint ez Németországban, Svájcban, Hollandiában és máshol már rendszeresített. Addig is azonban kívánatos lenne, hogy a tanulóiifjúság felhívatnék a ma is létező ily irányú magánkollégium hallgatására.

Az ipari betegségek tanának tudományos művelésén kívül igen fontos a munkásság felvilágosítása ezen ipari ártalmakról. Az iparfelügyelettel

karöltve ki kell dolgozni a műhely rendet és munkaszabályokat. Gondoskodunk kell különösen az ilyen veszélyeztetett üzemekben felállítandó mosdó - és zuhany-helyiségekről, a munkások étkező helyeiről, a műhelyi gondozás vagy munkásgondozás kiépítésével. Úgy a műhelyeknek, mint az ipar-felügyeletnek szíves rendelkezésére fog állni mindenkor a munkásbiztosítás központja és minden pénztára, kik e feladatból is ki akarják venni maguk részüket.

Előadó referátuma az idealisztikus cél felé törekvésében túlnagy feladatokat kíván róni a munkásbiztosító pénztárakra. Az ipar mai szomorú helyzetében azonban nem képes magasabb járulék fizetésére. Már pedig minden új feladat elvégzése újabb anyagi teherrel is jár, és azok a feladatok, amelyeket céljai gyanánt jelölt meg a magyar munkás - biztosításnak, tetemes állami hozzájárulás nélkül, a mai anyagi erőforrásai mellett, meg nem oldhatók. Az általa vázolt feladatok elvégzésére részben magának a társadalomnak, a községeknek és az államnak magának kell törődnie. A munkásbiztosítás viseli biztosított tagjai anya- és csecsemővédelmi kiadásait, mely másutt állami feladat. Azonkívül a prevenció szolgálatába is állítva tevékenységét, mely a jelenben szintén csak kiadást jelent és csak a jövőben termi meg gyümölcseit. Rendszeresítette az Országos Pénztár máris a tagok gyermekeinek nyaraltatási akcióját, az eseteket a praetuberkulotikus anaemiában szenvedő 6—10 évig terjedő életkorú gyermekek közül válogatva ki. Rendszeresítette a város több pontján a tagok gyermekeinek hetenkénti fürdetési akcióját, ahová gyermekorvosi szakvizsgálatot is rendelt. A napokban nyílik meg egy gyárban berendezett bölcsődéje és gyermek napközi otthona, melyet szintén mindennap orvosi felügyelet alatt tartat.

A munkásság egészségügyi felvilágosítására számos felvilágosító oktató előadásokat tartat orvosaival. Úgy maga az előadók díjazása, a vetítendő képek és filmek kölcsöndíja, szintén tetemes összeget igényelnek.

A megelőzés, a prevenció ma mind csak előzetes költséget jelent, ez gyümölcseit csak később hozza, de a munkásbiztosítás érdekeltsége a mai viszonyok között nagyobb anyagi áldozatra nem képes. Olaszországban pl. kötelezőleg rendelték el, hogy azon gyárak, melyben gyermekes anyák dolgoznak, helyiséget tartoznak berendezni, azt tisztán tartani és kellően fűteni és szellőztetni, hogy az anyák gyermekeiket ott felügyelet alatt elhelyezhessék, míg ők munkában állanak, és tartozik a gyár ezen anyáknak időt engedni arra is, hogy csecsemőiket megszoptathassák. A gyárak ezen rendelet óta nem vesznek fel munkába olyan nőt, kinek szoptatós gyermekei vannak. Az ipar védekezik mindenütt az újabb terhek ellen. Az időszaki vizsgálat egyes helyeken, éppen a munkásbiztosító pénztár javaslatára, máris megtörténik, de egyelőre csakis ott, ahol gyáriorvos működik, annak rendelkezésére. A gyárak vezetőségei ezen vizsgálatokat csakis a tanoncoknál tudták kötelezővé tenni. A felnőtt munkás kötelezhető nem lévén, magától nem látja be ennek szükségét.

4. Dr. Hörll Péter, városi tisztiorvos (Vác): Az 1876: XIV. tc.

a gyárak egészségügyi vizsgálatát az egészségügyi hatóságoknak is feladatává tette, holott az egészségügyi hiányok megállapítása tisztán orvosi hatáskörbe tartozik. Az egészségügyi hatóságok által észlelt hiányoknak pótlása a vizsgálat alkalmával jegyzőkönyvbe veendő és ennek végrehajtását az iparhatóságok gyakorolhatják. Ami pedig főleg a gyári üzemeknél a balesetek elhárítására vonatkozó óvintézkedések megtételét illeti, az, mint az iparba vágó szakintézkedés, az iparfelügyelőkre bízandó. Az ipari balesetek alkalmával megkívánt első segély megadása céljából a rendelkezésre álló mentőszekrény kezelésére nézve a gyári alkalmazottak közül kettő-három a gyári- vagy tisztiorvosok által kioktatandó, sőt az első segélynyújtás tekintetében az összes gyári alkalmazottak időközönként rövid, de célravezető kioktatásban részesítendők a gyári- vagy tisztiorvosok által. A gyári termeknek szellőzése, pormentesítése és a gyöngébb szervezetű nők egészségének konzerválása szempontjából és főleg a szervezet ellenállóképességének fokozása szempontjából fürdők, esetleg zuhanyfürdők beállítása rendelő el. Ennek berendezése a gyártulajdonosok által aránylag csekély költséggel is elérhető, mert az ily gyárakban elhasznált, ú. n. fáradt gőz lecsapása alkalmával kellő mennyiségű melegvíz állhat rendelkezésre, és csak a munkások számához mért megfelelő fürdőhelyiség beállítására lennének a tulajdonosok kötelezve, ahol munkaidő után a munkások beosztott csoportokban, természetesen a vezetőség ellenőrzése alatt, könnyen részesülhetnek kettő, esetleg négyheti időközökben fürdőzésben. Ugyancsak ez utóbbi gyárakban csak a termék úrtartalmához mért számban lehetnének munkások alkalmazva, minden egyes terem a munkaidő alatt is állandó szellőzésben tartandó. Minden terem figyelmeztető táblával ellátandó, amelyen a padlóra való köpködés, a szemeknek kézzel való dörögölése eltiltandó s a kezeknek távozás vagy étkezés előtt való megmosása elrendelő lenne. Mindezen intézkedések főleg a tuberkulózis és trachoma elleni óvintézkedést szolgálnak.

5. Dr. Pfisterer Lajos, Országos Munkásbiztosító Pénztári igazgató: Szegedy-Maszák előadó úr az egészségügyre és munkásvédelemre vonatkozó törvényes rendelkezések sorában felemlítette az 1907: XIX. tc.-t is, a későbbi rendelkezések sorából azonban kifejezett két igen fontos és lényeges törvényerejű kormányrendeletet, és pedig a 4790/1917. és a 4900/1924. számúakat. Az első arra vonatkozólag tartalmaz rendelkezést, hogy az Országos Munkásbiztosító Pénztár az üzemeket iparegészségügyi szempontból saját közegeivel is felülvizsgálhatja és saját közegeinek megállapítása alapján is foganatosíthat további lépéseket, a második pedig a balesetvizsgálatok megtartásának az Országos Munkásbiztosító Pénztárra való ruházásával kapcsolatban, a balesetelhárítási téren ad jogkört a munkásbiztosítás intézményének. Ez a két rendelkezés nem ötletszerű, hanem egy fejlődési folyamatnak következménye, melynek eredményeként Magyarországon is elismerést nyert az egész világon tudott és gyakorlati eredményekkel igazolt tétel, hogy minden társadalmi biztosítás legelső feladata a megelőzés és elhárítás, a második a bekövetkezett károk és bajok lehető csökkentése és

helyreállítása és csak harmadik az elháríthatatlan és helyre nem állítható esetekben való segélyezés és kártalanítás.

Ennek a tételnek két nagyfontosságú gyakorlati kihatása van. A törvények és kényszerítő rendelkezések sehol a világon nem rokonszenvesek és a kirótt büntetések sehol sem alkalmasak azok népszerűségének fokozására. Ezzel szemben a munkásbiztosítás keretében a megelőzés anyagi érdekévé van téve éppen azoknak a tényezőknek, amelyek atörvényes rendelkezések, ellen a legtöbb esetben védekeznek. Ridegen hangzik, de tény az, hogy a munkásbiztosítás üzlet, amely üzletben a megelőzésre fordított összegek játszák a befektetés szerepét, amely számos külföldi államban szerzett tanulságok szerint bőven meghozza a maga kamatát. A jó üzletember pedig soha nem vonakodik gyümölcsöző befektetésektől. Emellett szükség esetén anyagilag sokkal érezhetőbb kényszerítő rendszabályokhoz is nyúlhat a munkásbiztosítás intézménye.

A munkásbiztosítás keretében az iparegészségügy és balesetelhárítás kérdéseiben való vezetés, irányítás és rendelkezés magának az érdekeltségnek kezében van és így az egyetemes érdeket képviselő vezetőség maga kényszeríti egyes tagjait azokra a rendszabályokra, melyeknek szükségességét felismerte. Hogy mit jelent ez, azt látjuk a gazdasági élet minden más vonatkozásában is, ahol úgy munkaadók, mint munkások, úgyszólván vakon követik érdekképviselői szervezeteik minden rendelkezését. Németországban a munkaügyi kormányzat 1923-ban törvénybe iktatni szándékozta azt, hogy bizonyos veszélyes faipari munkagépeket csak megfelelő védőkészülékkel felszerelve legyen szabad gyártani és forgalomba hozni. A munkaadó érdekeltség mint egy ember tiltakozott ilyen irányú rendelkezéseknek törvénybeiktatása ellen, azonban egyidejűleg megalakította az «Arbeitsgemeinschaft für Unfallverhütung»-ot és ebben a szervezetben önszántából és saját akaratából sokkal szigorúbb és messzebbmenő kötelezettségeket vett magára, illetve rótt tagjaira, mint amelyeket a törvény tervezett. Ennek következménye természetesen az lett, hogy a tervezett törvény a mai napig sem lépett életbe.

A jövő fejlődés tehát kétségtelenül az érdekeltségek vezetése és irányítása alatt álló szervezetek működésében keresendő, melyek közül a társadalmi biztosítás szervezetei elsősorban jöhetnek tekintetbe. Polemizál *Jezsovits* államtitkár azon megállapításával, hogy a közigazgatásban nincsen hátrányosabb dolog, mintha ugyanarra a feladatra két szervezet bír hatáskörrel. Közigazgatási szempontból igaz lehet ez, a gyakorlati élet szempontjából azonban éppen a szóbanforgó kérdésre vonatkozólag az ellenkezőjét tapasztalja. Németországban is fennállott már az iparfelügyelet akkor, amikor a balesetbiztosítás intézményei létesültek. Ezek az intézmények kezdettől fogva foglalkoznak műszaki munkásvédelemmel, nemes versenyre keltek az iparfelügyelettel és ma az a helyzet, hogyha Németországban balesetelhárításról beszélnek, úgy kétségtelenül a balesetbiztosítási szakszövetkezetek tevékenységét értik. Svájcban a balesetbiztosítási intézmények létesítésekor a gyakorlati balesetelhárítást és iparegészségügyet kifejezetten ezen intézmény hatáskörébe utalta a törvény, és az iparfelügyeletnek csak a munkaügyre vonatkozó

más törvényes rendelkezések felügyelete maradt hatáskörében. Angolországban, melynek iparfelügyelete a legrégebb és a legfejlettebb, pár évvel ezelőtt alakult meg a munkaadóknak egyesülete a balesetelhárítást és iparegészségügyet éppen a gazdaságosság szempontjainak előtérbe helyezésével, a meggyőződés és propaganda fegyverével való előmozdítására és ha az angol iparfelügyelők legutóbbi évi jelentéseit olvassuk, látjuk, hogy nemcsak minden igyekezetükkel előmozdítják ennek a szervezetnek a működését, hanem bizonyos vonatkozásokban át is készülnek engedni a tért annak. Államgazdasági szempontból pedig a legnagyobb érdek, hogy a balesetelhárítás és iparegészségügy előmozdítását az érdekeltség a saját költségén végezze és ezzel az állami személyzet szaporítása megtakarítható legyen. *Jezsovits* államtitkár úr szerint az iparfelügyelői személyzet megfelelő létszámra való emelése állandó nehézségekbe ütközik és alig is remélhető; ezzel szemben üzletszerű alapon álló munkásbiztosítás vonakodás és halogatás nélkül fog olyan létszámú személyzetet tartani, amíg a cél elérése érdekében feltétlenül szüksége lesz.

Schilling miniszteri tanácsos azon kijelentésével szemben, hogy amióta a balesetvizsgálatok tartásának hatósági jogkörét az Országos Munkásbiztosító Pénztár kapta kezébe, azóta a munkásvédelmi szempontok érvényesülése háttérbe szorult: pontosan az ellenkezőt állítja. Az Országos Munkásbiztosító Pénztár eijáró közegei, nagy részben megfelelő műszaki képzéssel és gyakorlattal rendelkező tisztviselők, kétségtelenül jobban kihasználják azt a pszichológiai momentumot, hogy a megtörtént baleset folytán úgy a munkaadók, mint a munkásság kétségtelenül fogékonyabbak a védelmi intézkedések és rendszabályokkal szemben, mint a rendőrhatalósági közegek, akik Magyarországon nem mindig rendelkeznek az ilyen eljárásokhoz szükséges szociális érzékkel.

6. Dr. *Z o l n a i S á n d o r*, egyetemi tanársegéd: Az iparegészségügyet a termelő munka megindulása, a munkaalkalmak szaporítása fogja nagy mértékben fellendíteni. Ma még mindig az a helyzet, hogy nagy a munkanélküliség, a munkásság kénytelen olyan iparágakon is munkát keresni, amely neki egyénileg, szervezetének nem felel meg. Nagy a munkáspénztár megterhelése is azért, hogy a munkanélküliek nagyrésze beteget jelent és táppénzt igényel, hogy ezáltal jusson segítséghez. Az építkezés és egyéb munkák megindulásával arányosan csökkenne a pénztári betegek száma is. Szükséges volna az is, hogy a pénztári tagok hozzátartozói is jogosultak legyenek szanatóriumi kezelésre, főleg a kórházak túlszűfolttsága miatt.

7. Dr. *B a r t a - S z a b ó J ó z s e f*, országgyűlési képviselő: Részletesen foglalkozik a *gyárorvosi intézmény* fejlesztésének jelentőségével. A Magyar Államvasúti Gépgyárak üzemében a baleseti százalék aránylag rendkívül magas volt a béke években és évről-évre elérte a 85—10 %-ot; a háború alatt ez a százalékszám jóval lejjebb szállott. A háborúban ugyanis elvitték a vasgyári üzem munkásainak jelentékeny részét és csupán 60—65%-ot tartottak vissza. Bár sokkal nagyobb teljesítményt mutatott fel a kevesebb számú munkás, a balesetek száma mégis leesett felére, mert aki nem állta

meg a helyét, azt többé nem tartották ott, felmentését visszavonták és bevonultatták. Mindegyik munkásnak érdeke volt tehát, hogy becsülettel teljesítse kötelességét és állja meg a helyét. A forradalmi időszakban jóformán semmit sem dolgoztak a munkások, természetesen alig is volt tehát a műhelyekben baleseti sérülés. Most pedig, amikor még mindig aránylag kevés a munka s amikor a munkások jelentékeny százalékát bocsátották el, a baleseti sérülések százalékszámára még mindig sokkal kedvezőbb, mint a háborúelőtti időkben, — bár nem éri el a háború alatti kedvező sérülési százalékszámot; a háborúelőtti 10 %-kal szemben most körülbelül 6 % — mert a mai nehéz viszonyok között annak a munkásnak nagyon kell vigyáznia arra, hogy jól végezze dolgát és megállja helyét, mert az időszakonként történő felmondások kapcsán természetesen a gyengébb és helyüket jól megállni nem tudó embereket bocsátják el. Ennélfogva a baleseti sérülések száma még mindig kedvező, mintegy 6 %.

Levonna ebből a konklúziót, kétségtelen, hogy a dolgozó munkás óvatossága, öntudatossága az, ami a baleseteket elsősorban kikerülhetőkké teszi. *Gortvay* tanácsos úr nagyon helyesen mutatott rá, hogy a munkásának az ártalmaktól való védekezésére, az öntudatos munkára való ránevelése felette szükséges. Az, akinek a munkásokkal ilyen irányban foglalkozni kellene, már nem lehet az iparfelügyelő. — legyen az akár orvosi iparfelügyelő is, — hanem az a gyárorvos feladata, kötelessége. Úgyszintén a gyárorvos kötelessége az is, hogy amikor látja, hogy valamelyik műhelyben nagyobb számban történnek sebesülések, sérülések, a helyszínen utána nézzen annak, mi okozza ezeket, s iparkodjék az okot azonnal megszüntetni, vagy legalább is az iparfelügyelőiséget értesíteni, hogy együttesen végezhesék el ezt a feladatot.

A betegségnek egy másik kategóriája a foglalkozásból eredő betegségek, amelyeknek gyógyítása körül a gyárorvosnak szintén rendkívül nagy feladatai vannak. Amikor a beteg munkást a betegsegélyző pénztári-orvosok meggyógyítják, ezzel orvosi kötelességüknek szabályszerűen eleget tettek. Ismerjük azonban ezeket a betegségeket, hogy sajnos, abban a pillanatban, mihelyt az illető munkás, akit az orvos meggyógyított, visszakerül a műhelybe, holnap már sokkal súlyosabb formában kapja meg ugyanazt a betegséget. Elég csak egy betegségre, a terpentín-dermatitiszek betegségeire hivatkoznom. A terpentín-dermatitisz a leggyönyörűbben gyógyulnak látszik, amint azonban az illető bemegy a mázolómtihelybe és egy csepp terpen tin ér a kezéhez, ismét megkapja a dermatitist olyan mértékben, hogy hónapokra, sőt egy évre is munkaképtelenné lesz. Megint a gyárorvos feladata az, hogy ezeket az eseteket, kiválasztva a munkaadóval érintkezésbe lépjen és a munkaadó segítségével — ami elől a munkaadók nem szoktak kitérni — kikapcsolja az illető munkást addigi munkaköréből és más, megfelelő munkakörben foglalkoztassa tovább.

Nem antiszociális, hanem emberbaráti és szociális kötelesség kiválogatni azokat az embereket, akik nem valók valamely munkakörbe. Úgy a munkásfelvételnél végzett vizsgálatoknak, valamint az időszaki vizsgálatoknak óriási

jelentőségük van. Ezeknek elvégzése ismét egyedül csak a gyárorvos feladata lehet.

Ezeknek konklúziója az, hogy iparhygiénikusokra óriási szükség van. A múlt évben Amsterdamban tartott balesetvédelmi és iparegészségügyi kongresszuson ennek a kérdésnek kiváló szószólója akadt a svájci *Kaufmann* személyében, aki azt az eszmét vetette fel, hogy az orvosi egyetemek kapcsolják be a kötelező rendes kollégiumok keretébe az ipari hygiénét.

Dr. P r á g e r M á r t o n: Magyarország a kisipar hazája, nálunk legtöbb munkás kicsiny, egészségtelen műhelyben, sok esetben pincében dolgozik. Szükséges ezért, hogy elsősorban a műhelyek egészségügyét javítsuk és olyan intézkedéseket léptessünk életbe, amelyek a kisipar megterhelése nélkül javítást hoznak létre. Legfontosabb iparegészségügyi követelmény a műhely megfelelő volta. Ha nem is kívánhatjuk, hogy az üzemtulajdonosok mosható olajfestékekkel vonják be a falakat, azt azonban szigorúan megkövetelhetjük, hogy minden műhelyt évente egyszer meszeljenek ki.

Elnök: dr. Ö v á r y P a p p G á b o r, kórházigazgató, egészségügyi főtanácsos.

Kórházügy a székesfővárosi viszonyok szempontjából.

Előadó: dr. Wenhardt János, udvari tanácsos, központi főigazgató.

1. Budapest székesfővárosnak elegendő és a mai igényeknek megfelelő kórháza nincs. A közkórházak közül a Szt.-Rókus központi közkórház, a Kun-utcai- és a Régi Szt.-János fiókkórházak lebontásra, a Telepy-utcai fiókkórház pedig beszüntetésre megérették. A Szt.-István közkórház és még sürgősebben a Szt.-László közkórház átépítendő és kiegészítendő. Az Új Szt.-János közkórház is kiegészítésre szorul. Nagyon sürgős új központi közkórház, két nagy új közkórház és ragályos betegek számára második közkórház építése. A fertőző betegek elhelyezésére szolgáló mindkét közkórház egy részét járványok esetére tartalékkórháznak kell fenntartani. Súlyos, könnyű, különleges diétára szoruló betegek, üdülők és gyógyíthatatlanok elkülönített elhelyezése. Fölvételes osztály. A kórházakban tökéletesebb elkülönítés. Tuberkulózis.

2. Kórházak építésétől való tartózkodás.

3. Általában a betegek kezelését, tehát a kórházi betegek kezelését is olcsóbbá lehet, tehát a mai nehéz gazdasági viszonyok között olcsóbbá kell tenni. Ebből a betegekre semmiféle kárnak nem szabad háramolni. E takarékosságnak nemcsak az orvosságokra, hanem az egész kezelésre ki kell terjednie. Megengedett és tiltott orvosságok jegyzékével nem lehet sokra menni. Elismert tekintélyek által összeállított, ezidőszerint legjobb és legolcsóbb gyógyító eljárásokat röviden összefoglalva nyomtatásban, és esetleg előadások tartásával kell terjeszteni.

4. A kórházak élelmezését mennyiségileg és minőségileg szakértőknek tudományos és konyhatechnikai alapon újra meg kell állapítaniuk. Kis és

nagy adagok. Alapétrendek, diétás étrendek, tápláló klizmák. Minden kórházi konyhában az orvosi rendeleteket és szándékot megértő szakács legyen.

5. A betegápolás ügyét az Országos Közegészségi Tanács kidolgozta törvénytervezet alapján rendezni kell.

6. A kórházi gazdasági ügymenetnek a rendes bürokratikusnál gyorsabbnak és szakszerűbbnek kell lennie. Jól kiválasztott és a célnak megfelelően kioktatott gazdasági személyzet.

7. A kórházak, elsősorban a székesfőváros közkórházai, úgy az orvostan-
haUgatók, mint az orvosok tanításából és továbbképzéséből alaposan kivesszik részüket. Országos érdek, hogy az illetékes minisztériumok a székesfőváros kórházaiiban az orvosképzés lehetőségeit elősegítsék. Tudományos kutatás.

8. A székesfőváros közkórházait a vidék, különösen a szomszédos községek és városok túlságosan megterhelik.

*

*

*

A világháború előtt nagy általánosságban 1000 lakosra öt kórházi ágyat tartottak szükségesnek. Kis városokban, főleg mezőgazdasági vidékeken kevesebb is elegendőnek bizonyult, nagy városokban, különösen ipari vidékeken pedig már akkor is többet (6—7) tartottak kívánatosnak. Ez a szám arány, mely a háború előtt is csak nagyon hozzávetőleges értékű volt, most még kevésbé használható, mert a közönség is mindjobban belátja, hogy sok betegséget otthon nem lehet jól, vagy egyáltalában nem lehet kezelni, ahol pedig modern kórházak épültek, a betegek sokkal szívesebben is mennek kórházba, mint azelőtt, de az általános elszegényedés folytán is sokkal többen kénytelenek kórházakat fölkeresni. Különösen szembeszökő, hogy a szülőknek évről-évre nagyobb számban keresnek föl intézeteket. Ezen, és hasonló okoknál fogva, számokban pontosan egyáltalában nem lehet kifejezni, hogy valamely vidéknek vagy városnak hány kórházi ágyra van szüksége.

Budapest székesfővárosnak 1924-ben 951,898 lakosa és 11,491 kórházi ágya volt,¹ tehát 1000 lakosra látszólag 126 kórházi férőhely esett. Keveset mondok, ha takarítás, fertőtlenítés és tatarozás következtében a 11,491 ágy-
nak kb. 10%-a egész éven át nem volt elfoglalható, vagyis tényleg 10,342 kórházi ágy állott rendelkezésre, tehát 1000 lakosra 106 kórházi férőhely esett. De még ez a szám is annyira csalóka, hogy majdnem azt mondhatnám értéktelen. Ugyanis a klinikákra (1673 ágyra) csak annyi és főleg olyan beteget vesznek föl, amennyi és amilyen tanítási célokra kell. A szünidőkben pedig a betegfölvételt erősen megszorítják, sőt helyenként be is szüntetik.

A magánkórházak 1824 férőhelye sem képez biztos alapot a betegek elhelyezése szempontjából, mert azok addig vannak üzemben, ameddig a

¹ Ebbe nincsenek beleszámítva a Pasteur-kórház (160), a rendőrségi kórház, rendőrségi rabkórház (100), a budapesti kir. törvényszéki fogház kórháza (75), a királyi országos gyűjtőfogház kórháza (180), a pestvidéki királyi törvényszéki fogház kórháza (63), a lipótmezei m. kir. állami elme- és idegyógyászati tébolyda (1000), az angyalföldi m. kir. állami elme- és idegyógyászati tébolyda (350), a kir. országos gyűjtőfogház megfigyelő osztálya (60), a dunajbpartti szegényház kórházi osztálya (74) és az Erzsébet szegényház kórházi osztálya (543), mivel ezen kórházi férőhelyeket a budapesti lakosság alig vagy egyáltalában nem veheti igénybe.

szükséges, nem mindig biztosan befolyó anyagiak rendelkezésre állanak. Ennek igazolására szolgál a közelmúltban a Vörös-kereszt Erzsébet kórháznak, a Fehér-kereszt kórháznak, a poliklinika kórháznak, a zsidó kórháznak és a «Gondviselés» egyesület, jelenleg «Lórántffy Zsuzsanna-egylet» kórháznak szomorú anyagi helyzete, melynek következtében az említett kórházakban a betegek fölvételét erősen redukálni kellett, sőt a bezárásnak veszedelme is fenyegetett.

Látnivaló, hogy Budapesten a kórházi ápolásra szoruló betegek elhelyezése szempontjából az egyedüli biztos alapot a székesfőváros közkórházainak 6474, ill. az említett 10% levonása után, 5827 ágya képezte, tehát 1000 lakosra 61 székesfővárosi közkórházi férőhely esett.

Kétségtelen, hogy mint az iménti magyarázatból kiderül, az 1000 lakosra eső 10.8 ágy a ténylegesnél magasabbra, a 61 pedig a ténylegesnél alacsonyabbra fogott szám. De ha az 1000 lakosra eső kórházi ágyak számának középátlóját: 8.4 veszek, még akkor is a helyzet Budapestre nézve kedvezőnek látszik. Hogy azonban az ily számításoknak mily csekély az értékük, bizonyítja a való élet az a megdönthetetlen tapasztalat, hogy a budapesti látszólagos kedvező arányszám dacára, a budapesti kórházakból egész éven át nap-nap után a föltétlen kórházi ápolásra szoruló betegek egy részét helyhiány miatt el kell küldeni,¹ vagyis, hogy a kedvező arányszám dacára Budapesten a kórházi ágyak száma elégtelen.² De nemcsak az bizonyos, hogy Budapesten a meglévő kórházi ágyak száma kevés, hanem kevés hozzáértéssel megállapítható, hogy azoknak is nagyrésze a mai kívánalmaknak egyáltalában nem felel meg. Ebből következik, hogy *új, a mai igényeknek megfelelő közkórházakat kell építeni, amelyekben a mostaninál több ágyat lehet elhelyezni és amely kórházak szükség szerint esetleg még bővíthetők is.*

A közkórházak célszerű territoriális elhelyezése végett minden nagy város körül a periférián kellő távolságokban nagyobb közkórházakat, egyet pedig lehetőleg a központban kell építeni. E követelménynek nagyjából minden nagy város a természetes fejlődése alkalmával szinte magától megfelelt. Körülbelül így történt ez Budapesten is.

Bármily jó szolgálatot tesznek is a klinikák és magánkórházak Budapesten a kórházi ápolásra szoruló betegek elhelyezése szempontjából, a székesfőváros a kórházi szükségleteinek kielégítésekor biztosan mégis csak jóformán kizárólag a községi kórházaira számíthat. Jó betegszállítást (a szüksége helyén gyors megjelenést, jó utakat, megfelelő betegszállító alkalmatosságokat, ezek mellett kioktatott személyzetet) föltételezve, súlyos betegeket is különösebb

¹ Szomorú kórházi üzem, melyben akárhányszor beteget csak akkor lehet fölvenni, ha másik meghal vagy ha kevésbé súlyos beteget hazaküldenek. Ily üzemért nehéz a felelősséget vállalni. Nem hallgatható el, hogy a vidékiek, különösen a környékiek, túlságosan igénybe veszik Budapest közkórházait, ami tetemesen megnehezíti a székesfőváros kórházi ápolásra szoruló lakóinak fölvételét.

² A tényleg szükséges ágyak számát *előre* pontosan kiszámítani nem lehet legfőképpen azért, mert ugyanaz a beteg akár egy napon több kórházban is jelentkezik. De más okok is szerepelnek, pl. elavult kórházba nem szeretnek menni a betegek, ha azonban annak helyére modern kórházat építenek, tapasztalat szerint, a jelentkező betegek száma rögtön emelkedik. De még az egyes osztályok vezetőinek személyváltozása is befolyással van a fölvételt kereső betegek számára.

baj és mulasztás nélkül, nagyobb távolságokra is ellehet szállítani. Ennek is azonban megvan a maga határa. Életveszélyben forgó, halasztást egyáltalában nem tűrő esetekben az első segílyt (vérzéscsillapítást, mérgezések esetében gyomormosást, stimuláló injekciókat stb.) a szerencsétlenség helyén kell nyújtani. De meg kell lenni a lehetőségnek, hogy a betegek a legrövidebb idő alatt kórházi ápolásba jussanak. Ezért mint más nagy városoknak, úgy Budapestnek központjában is közkórházra szükség van, amelyben a székesfőváros sűrűn lakott szívének és a körülötte fekvő városrészeknek sürgős kórházi fölvetelt kívánó betegjei elhelyezést nyerhessenek. E hivatásnak minden nagy városban rendesen a legrégebb kórház felel meg, mert ha valamikor a körzeten volt is, a város fejlődése folytán körülépítették és ily módon többé-kevésbé a város közepére került. Miután pedig ezek a kórházak idővel elavultak, fölismervén a területiális elhelyezésük célszerűségét, sőt szükségességét, rendszerint ugyanazokat modernizálták vagy lebontásuk után ott új kórházat építettek. Pl. Párizsban a Hôtel Dieu, Hamburgban a Krankenhaus St. Georg, Berlinben a Charité, Münchenben a Krankenhaus 1. d. Isar, Bécsben az Allgemeines Krankenhaus, Budapesten a Szent-Rókus központi közkórház is valamikor a városon kívül feküdtek, most pedig mondhatni nagyjából a nevezett városok közepére kerültek. Hogy pl. a Szent-Rókus központi közkórház központi rendeltetésének mennyire megfelel, egyebek között bizonyítja az is, hogy a sürgős eseteket nagy számban még a jobbpartról is magányosok és mentők egyaránt odaviszik.

Amennyiben a közkórházakban járóbetegeket is kezelnek, abból a szempontból is szükséges a város belsejében közkórház.

A valamennyi közkórházat egyformán érdeklő intézmények, pl. a központi igazgatóság, a központi ágynyilvántartó, a Közkórházi Orvos-Társulat stb. legcélszerűbben szintén csak a város központjában helyezhetők el.

Mint minden nagy városban (Párizsban már 1849-ben), úgy Budapesten is idővel érezhetővé vált a közkórházaknak egységes orvosi igazgatása és gazdasági ellátása. Egy kórházfenntartó összes kórházainak egységes orvosi irányítása a központi közkórházból szinte magától adódott.

Míg néhány évvel ezelőttig napirenden volt, hogy beteg vágj hozzátartozója reggeltől estig sokszor napokon át az összes közkórházakat végigjárta, míg megtudta, hogy sehol sincs hely, addig a Szent-Rókus központi közkórházban, a központi ágynyilvántartónak életbeléptetése óta, ezen az egy helyen akár telefonice is a nap mind a huszonnégy órájában bárki rövidesen megtudhatja, hogy a kívánt hely a székesfőváros melyik közkórházában van, vagy a legrosszabb esetben, hogy nincs hely. Ha több kórházban van megfelelő hely, még válogathat is.

Akkora közkórháznak építése, mely milliós városnak a közkórházi szükségletét egymaga kielégítené, nem volna észszerű sem a betegek nagy tömegének koncentrálása, sem adminisztratív szempontból, sem pedig a város belsejében ahhoz szükséges nagy telek drágasága miatt, végül azért sem, mivel, úgylátszik, hogy 2000—2500 ágyas kórháznál nagyobb építeni nem célszerű. Azért milliós városnak több közkórház kell. Megint magától érte-

tódik, hogy ezeket, mint már említettem, legészszerűbb lehetőleg a város körzetén egymástól nagyjából egyforma távolságban építeni. A periférián megfelelő nagyságú telket könnyebben és olcsóbban is lehet kapni, a betegek ott higiénikusabban helyezhetők el és így minden városrésznek megvan a maga közkórháza.

Ami már most a Budapesten *meglévő* nagy közkórházak (Szent-Rókus központi közkórház, Szent-István közkórház, Új Szent-János közkórház) területi elhelyezését illeti, ez a kívánalomnak eléggé megfelel.

A Szent-Rókus központi közkórház fekvése központi közkórház szempontjából ideális. Kifogásolható ugyan a körülötte lévő zaj és láрма (mint egész Budapesten), ezen azonban kellő rendőri intézkedésekkel, megfelelő útburkolatokkal és szakszerű kórházépítéssel eléggé lehetne segíteni.

A központi közkórház aránylag a legkisebb lehet. Nagyság tekintetében éppen ennél kell leginkább engedményeket tenni, mert egyrészt a város belsejében nehéz nagyobb telket kapni, másrészt túlságosan drága. Mint már szintén említettem, minden régi metropolisban a központi közkórház szerepét játszó kórházat régi kórháznak helyére építették. Budapesten is ugyanaz volna kívánatos. Hogy a Népszínház-utca folytatásának szabályozási terve szerint a Szent-Rókus központi közkórház területének megkisebbedett részén, hozzávéve a Stáhly-utca túlsó oldalán a székesfőváros tulajdonát képező két nagy, esetleg kisajátítással még megnagyobbítható telek elegendő-e központi közkórház fölépítésére, az csakis vázlattervek elkészítése alapján volna eldönthető. Becslésem szerint lehetséges, persze a magasba kellene menni. Az üzemén kívül helyezett Józsefvárosi régi gázgyár helyén (nem a Tisza Kálmán téren), központi közkórháznak építése, a város szívéből való távolságánál fogva, az életveszélyben forgó betegek miatt, akiknek megmentése sokszor percek kérdése, nagyon aggodalmas. A kórházak helyének, telkének kiválasztásánál csakis és kizárólag a betegek érdekeit szabad szem előtt tartani. Az ilyenkor mindig fölmerülő, nem ritkán a lelkiismeretlenségig menő magánérdekeknek a leggerincesebben ellent kell állani a döntésre hivatottaknak.

A perifériás közkórházak közül a *Szent-István közkórház* területi elhelyezése ideális. Bizonyos fokú átépítésre és kiegészítésre szorul. A Ferencváros, a Józsefváros külső részének és a Tisztviselő-telepnek közkórházi szükségletét elégíti ki.

Annál inkább érezhető közkórház hiánya az Erzsébetváros külső részén, az egész Teréz- és Lipótvárosban, de ezeknek is főleg a külső területein. Ezen segítő, a Kerepesi-út és Váci-út, illetve a Duna között, a Hungária-körúton kívül két nagy közkórházra volna szükség. Az egyik számára teljesen megfelelő hely a Kerepesi-úton az új Lóverseny-térrel és annak folytatásában lévő szántóföldekkel szemközt fekvő, és tudomásom szerint a székesfőváros tulajdonát képező terület. Elég nagy, nagyvárosi mértékkel mérve higiénikus,

¹ Területi elhelyezés alatt csak a kórház helyének a városhoz való viszonyát értem, nem pedig a teleknek higiénikus szempontból való alkalmasságát. E tekintetben minden nagy városban nagy koncessziókat kell tenni.

a környezet beépítésére a székesfőváros még befolyást gyakorolhat, ami által biztosítható volna, hogy a saját levegőjén kívül a Lóverseny-térről¹ és a többi környezetről is lélegezhessék, vízintességénél fogva az építkezés aránylag olcsó, a közművek megvannak, az építési anyag szállítása a kész utakon és vasutakon aránylag olcsó, járó betegeknek és hozzátartozóknak a villamoson könnyen hozzáférhető, a Kerepesi-útnak jól, lehetőleg aszfalttá^ való burkolása után pedig megfelelő autókkal súlyos betegek is gyorsan szállíthatók.

Nagy tévedés az e kérdéssel behatóan nem foglalkozók részéről annyiszor hangoztatott azon állítás, hogy az új központi kórház fölépítése után a periférián új nagy kórház építése már nem szükséges. Az új központi kórházban, akár a mostani helyén, akár a Józsefvárosi régi gázyár helyén épülne is fel, ha 4—5 emeletes lenne is, kb. csak 400 ágy volna elhelyezhető. Mivel pedig a mostani Szent-Rókus központi kórházban 703 ágy van, ezzel a részleges intézkedéssel a kórházi ágyhiányon nemhogy nem segítenék, hanem ellenkezőleg az még rosszabbíttatnék. Az új központi kórház és a Kerepesi-úton építendő új Szent-Rókus kórház építése junktimba hozandó a mostani Szent-Rókus központi kórház, a hasonlóképpen teljesen elavult Kun-utcai fiókkórház, és mert a Szent-István kórház nem nagyobbítható, a Telepy-utcai fiókkórház megszüntetésével. Mivel ez utóbbi háromban összesen 1308 ágy van, azért az új központi kórház és az új Szent-Rókus kórház fölépítése után, amelyekben összesen kb. 1900—2400 ágy volna, a kórházi ágyhiány tetemesen enyhíthetnék. Ugyanis az új Szent-Rókus kórházat 1500 ágyásra lehetne építeni olyképpen, hogy kellő nagyságú telek biztosításával, az 2000 ágyásra lenne kibővíthető. Esetleg azonban mindjárt 2000 ágyra lehetne építeni.

A Szent-Rókus központi kórház, a Kun-utcai és Telepy-utcai fiókkórházak lebontására csak akkor szabad gondolni, ha a kerepesi-úti új Szent-Rókus kórház már megépült. Esetleg a Kun-utca és Telepy-utcai fiókkórházakat csak a kerepesi-úti új Szent-Rókus kórház és az ily központi kórház fölépítése után lehet megszüntetni.

A kerepesi-úti új Szent-Rókus kórház főleg a belterület hozzá legközelebb eső részének, továbbá Kőbányának, Rákosfalvának és legalább részben Zuglónak kórházi szükségletét lenne hivatva kielégíteni.

A másik kórházat az Angyalföldön kellene fölépíteni. Ezen gyárral sűrűn beépített vidéken, melynek hosszában gőzvasút megy és amelynek mentén a rákosi rendező-pályaudvar különösen önti a füstöt, kórház céljára higiéniai szempontból megfelelő terület nincs. Szemelőtt tartva azonban e vidéknek kifejezetten gyárváros jellegét, közegészségügyének nagy károsodása nélkül kórház építésétől nem lehet eltekinteni. Ide azonban csak akkora kórházat ajánlanék, amely e városrész gyors kórházi segítséget kívánó, nagyobb távolságra hátrány nélkül nem szállítható, kórházi ápolásra csak

¹ Ha a város terjeszkedése miatt valamikor az új Ló verseny-teret is ki kellene telepíteni, akkor sem volna szabad a helyét ebben a parkokban szegény, sívár városban beépíteni, hanem azt ligetnek kellene meghagyni.

rövid ideig szoruló, végül legalább a levegő szempontjából nagyobb higiéniai igényeket nem támasztó betegeinek elhelyezésére elegendő.

Óbudát, ahol szintén tekintélyes számban vannak kórházi ápolásra szoruló betegek (dohánygyár, hajógyár, új gázgyár és sok kisebb gyár), a Duna és a budai hegyvidék annyira elzárják a város többi részétől, hogy közkórháznak építését már 1897-ben szükségesnek látták. Az ottani Szent-Margit közkórház, sajnos, klasszikus példa arra, miként lehet hozzá nem értéssel és meg nem engedett mellétekintetekkel jóvá nem tehető hibákat elkövetni. Már magát a telket is szerencsétlenül választották meg, mert semmiféle irányban nem lehet érdemlegesen terjeszkedni. Azt pedig csak tudni kellett volna, hogy fejlődő városban 151 ágyas községi közkórház ott még az akkori igényeknek sem volt elegendő. E kórház épületének célszerűtlen alaprajzára és beosztására nem is érdemes szót vesztegetni. Ha a székesfőváros pénzügyi helyzete megengedi, legcélszerűbb volna a Szent-Margit közkórházat egészben talán szülő- és nőbeteg osztályra fölhasználni. Küljebb pedig, a Szentendrei és Bécsi-út között a mostani szükségletek kielégítésére elegendő nagy új közkórházat kellene építeni, gondoskodva elegendő nagy telekről, hogy a később szükségessé váló nagyobbitás a telek szempontjából ne ütközzék akadályokba. Ezen közkórháznak végeredményben nagyobbnak kellene lennie, mint amekkora magának Óbudának és körzetének kell, mert itt sokkal jobb higiéniai viszonyok között lehetne és kellene elhelyezni azon betegeket, akiket nem kell okvetlenül az éppen nem higiéniai viszonyok között fekvő angyalföldi közkórházba vinni. Az előbb-utóbb úgyis megépülő Hungária-körúti híd a távolságot nagyon meg fogja rövidíteni. Kifogástalan utak és betegszállító autók birtokában meggondolandó, hogy az angyalföldi közkórház ne legyen-e minél kisebb, csakis azon vidék sürgős eseteinek az ellátására szolgáló kórház és a betegek zöme ne szállítassék-e onnét a sokkal kedvezőbb higiéniai viszonyok között építhető óbudai közkórházba.

Az új Szent-János közkórház, ha kórházi szempontból nem is, de a városhoz való territoriális viszonya tekintetében jól fekszik. Mivel már most is 2037 betegágya van, számottevő bővítése nem kívánatos. A körülmények azonban szükségessé teszik, hogy a szülészeti osztályra még egy emelet, azonkívül egy pavillon bőr- és nemibetegek számára építtessék. Ezáltal lehetővé válnék a kórház céljainak már egyáltalában meg nem felelő régi Szent-János közkórház lebontása. A telkének értékesítése az említett építkezések költségeit részben fedezné.

A székesfővárosnak a Gellért-hegytől és környékétől dél felé eső részén közkórház egyáltalában nincs. Nézetem szerint kívánatos volna ehelyütt is idejében legalább közkórháznak telket biztosítani. Itt volnának főképpen az I. kerületi déli és délnyugati részén, valamint a balpartnak ezen közkórházhoz az Erzsébet-híd, a Ferenc József-híd és az építendő Boráros-téri híd útján legközelebbi részén lakó és közkórházi ápolásra szoruló betegek elhelyezendők.

Sokat vitatott kérdés, hogy nagy városok minden közkórházának legyen-e osztálya fertőzőbetegek részére, vagy pedig a ragályos-betegek

különálló közkórházban helyeztessenek-e el. A Szent-László közkórházban kellő elkülönítés végett mondhatni csaknem állandóan 21 osztályra (observatio, morbilli, scarlatina, rubeola, varicella, variola, variolois, diphtheria, parotitis epid., pertussis, dysenteria, gastro-enteritis, paratyphus, typhus abd., meningitis cer.-spin. epid., erysipelas, scarlatina + varicella, scarlatina + morbilli, scarlatina + diphtheria, diphtheria + morbilli, diphtheria + varicella, morbilli + pertussis) van szükség, amelyeket nálunk ritkábban előforduló ragályos-betegségek (typhus exanth., cholera asiatica, malleus, rabies, lepra) miatt időnként még néhányal szaporítani kell. El sem képzelhető, hogy minden nagy közkórház fertőzőosztályán 21 vagy több alosztály legyen. Továbbá szerencsére ezek állandóan nem is tölthetők meg, vagyis a megfelelő kórtermekben vagy pavillonokban több-kevesebb férőhely üres, kihasználatlan. Milyen pazarláshoz vezetne, ha ez — ugyan kisebb mértékben — minden kórházban megismétlődne! Az ilyen fölösleges kiadásokat még a leggazdagabb városok is alig bírnák el. Ezenfelül ahol az angol fever hospital elvét, vagyis ragályos-betegek részére külön kórházak építését nem fogadták el, hanem minden kórház mellett fertőzőosztályt építettek, ez mindenütt tökéletlen. Iskolapélda erre pl. a budapesti Új Szent-János közkórház, ahol külön pavillont építettek akut fertőzőbetegek részére, mégpedig három (!) alosztállyal: morbilli, scarlatina és diphtheria számára. Csakhamar kiderült a teljes elégtelenség, amiért is a kórház fennállásának első napjától kezdve a jobbparti fertőzőbetegek zömét a Szent-László közkórházba kellett és kell szállítani.

Az elmondottak után, nézetem szerint, nagyvárosban, melynek, mint Budapestnek is, több nagy közkórháza van, célszerűbb az akut ragályos betegségben szenvedők számára külön kórházat építeni, mint minden egyes közkórházhoz tökéletlen fertőző-osztályt csatolni.

A Budapesten uralkodó északnyugati szélirány figyelembevételével, a város délkeleti részén fekvő *Szent-László közkórház* elhelyezése elsőrangú. Sajnos, ez az épületeiről és berendezéséről még megközelítőleg sem mondható. A köépületekből álló régebbi része már 32 év előtt, amikor épült, még az akkori kórházépítési igényeknek sem volt egészen megfelelő, annál kevésbé üti meg a mértéket ma. A részletek felsorolása, azt hiszem, e referátum kereteit meghaladja. A később épült különböző rendszerű fabarakkjairól csak annyit érdemes mondani, hogy iskolapéldái annak, miként nem szabad legkevesebbé ragályos betegek számára kórházat építeni. Kisebb részét modernizálni kell, nagyobb részét pedig egészen újra kell építeni.

A legnagyobb óvatosság, a különböző fertőzőbetegségek legpéldásabb elkülönítése mellett sem célszerű ragályos kórházat 1000—1500 ágynál nagyobbra építeni. Budapesten tehát második fertőző-kórház szükséges, egyrészt, mert a kórházi ápolásra szoruló összes fertőzőbeteget egész Budapestről, annak a legtávolabbi helyeiről is, pl. az Angyalföldről, Újpest határáról, Óbuda- és Kelenföldről jóformán az egész városon végig a Szent-László közkórházba szállítani, enyhén szólva, nem kívánatos, másrészt, mert járvány esetén a Szent-László közhórház férőhelyei nem elegendők. Mindkét ragályos

közkórházat akkorára kell építeni, hogy egyrésztük járványok leküzdésére szolgáló tartalékkórház lehessen. Ily módon megszűnnék az az aggodalom, amely állandóan eltölti a kórházi ápolásra szoruló betegek elhelyezésére hivatottakat, ha elgondolják, hogy — mivel tartalék járványkórház építése tárgyában tett eddigi előterjesztéseim mindezeideig egészen eredménytelenek maradtak — mi történik majd Budapesten esetleges nagyobb járvány alkalmával. Az utolsó két nagyobb influenza-járvány csak az azóta megszüntetett egész Zita közkórház igénybevételel volt lebonyolítható. Sőt az első alkalmával hajszálon mullott, hogy a Révész-utcai volt hadikórházat is nem kellett igénybe venni. A székesfőváros jogos anyagi érdeke miatt a két ragályos közkórház egy részét járványkórháznak kell minősíteni, vagyis az építési és berendezési költségek felét az államnak kell viselnie.

Egy második ragályos közkórház területiális szempontból Óbudán szintén a Szentendrei-út és Bécsi-út között, az esetleg ott épülő közkórház szomszédságában, de attól egészen függetlenül volna építendő. Igaz, hogy az uralkodó szélirány a volatilis fertőző-anyagokat innét a város felé vinné, de a közkórházat körülvevő, kellő széles indifferens zóna mellett, tapasztalat szerint, ragályos-betegek kórháza a környezetre alig rejt magában veszélyt.

Megragadtam az alkalmat, hogy Budapest székesfőváros közkórház építési ügyének rendbehozatalához szükséges egységes programmai nagy vonásokban újból lefektessem, összefüggéstelen apró-cseprő, rapszodikus építkezések nem célravezetőek. Tudom, hogy az egészet egyszerre nem lehet végrehajtani. De a részleges építkezés csak akkor fog célszerű egészet eredményezni, ha annak alapját, a székesfőváros egész közkórházügyét felölelő, jól átgondolt, előre megállapított program képezi. Úgy vélem, hogy ezen alapon el lehet indulni. Ami ezután következik, az többé-kevésbé részletkérdés, pl. az építkezés módja, hogy milyen és mekkora osztályok legyenek stb.

Két kérdésről azonban már általános program megadásánál is meg kell emlékezni. Az egyik a *szegényügy*. E téren annyira elmaradtunk, hogy még azok sem helyezhetők el szegényházakban, akik koruknál, törődöttségüknél, teljes munkaképtelenségüknél fogva arra feltétlenül rászorulnak. Ennek azután az a következménye, hogy mindent elkövetnek, hogy akár szimulálás útján is, valahogyan kórházba jussanak. Mások intercurrens betegség útján érik el ebbeli céljukat. Az ilyenek jórésze aztán, amint ezt ismételt jelentéseimben részletesen kifejtettem, még a fölgyógyulásuk után sem mozdíthatók ki a kórházból. Ilyen kb. 200—300 van állandóan a budapesti közkórházakban. Az ezekről való gondoskodás szoros összefüggésben van a kórházépítéssel és fenntartással. A nekik való elhelyezésnek nagy egészségpolitikai és gazdasági jelentősége nem kicsinylendő. Ezen elaggottak tulajdonképpen nem is betegek. Megfelelő, ú. n. szegényházi elhelyezéssel sokkal olcsóbban volnának eltarthatók, mintha a súlyos betegek ápolására való, ezeknél szükséges sok egyéb helyiség és sokféle felszerelés miatt drága közkórházi férőhelyeket foglalják el. Ezeknek felszabadulása után pedig ott súlyos és gyógyítható betegek volnának kezelhetők.

A másik kérdés a *könnyű, a krónikus betegek*, valamint a *gyógyíthatat-*

lanok elhelyezése. Mind a három fajtájú beteg a rendes közkórházakénál egyszerűbb építésű és berendezésű helyeken is egészen jól kezelhető. Azonban kezelés és humanizmus szempontjából, valamint gazdasági okokból, végül az e téren tett egyéb tapasztalatok alapján meggondolandó, hogy e betegek számára külön intézetek építtessenek-e. Kisebb kórházakban külön kórtermek kijelölését, nagy kórházakban külön pavillonok építését tartom számukra kívánatosnak. A részletes megokolásra e referátum keretei szűkek, csak annyit óhajtok megemlíteni, hogy mennyi előny háramlik a betegre, ha a rekonvalescenciában ugyanazon orvos kezeli, mint súlyos állapotban, ha a krónikás betegek is igénybe vehetik valamely kórház központi berendezéseit (Röntgen, fizikótherápia stb.) s ha a szerencsétlen gyógyíthatatlanok nincsenek olyan intézetben, amelyben csak halálra szántak vannak. A gazdasági előnyöket abban látom, hogy ily módon egyrészt a kórház drága közös intézményei jobban kihasználhatók, másrészt a szóbanforgó betegek elhelyezésére szolgáló, nagy kórházaknak függelékeit képező és ezért külön központi berendezéseket nem kívánó pavillonok olcsóbban építhetők és olcsóbban tarthatók üzemben.

*

*

*

A kórházakban részben preventív célokat szolgáló intézetek, amelyekben körülírt helyek lakosságát fertőzőbetegségektől, sokszor igen veszélyes és könnyen terjedő ragályos-betegségektől, főképpen azáltal lehet megóvni, hogy a betegek izoláltak, másrészt arra való, hogy betegeknek, akik a maguk erejéből az egészségüket helyreállítani, vagy életüket megmentetni képtelenek, betegségük idejére elhelyezést biztosítsanak. A városok betegjeit valahol csak el kell helyezni. Ezért szinte érthetetlen a *kórházak építésétől való vonakodás*. Ez nem új keletű, mert még a háborúelőtti boldog időben is így volt. Mindent nagyra becsülök, ami kultúrát jelent, de különbséget kell tenni az elkerülhetetlenül szükséges, a nagyon szükséges, a szükséges, a kevésbé szükséges és a nélkülözhető között. Vájjon mivel okolható meg, hogy pl. Budapesten már jóval a háború előtt is, amikor a legkülönbözőbb fórumok elismerték, hogy a közkórházak egy része teljesen elavult és a Szent-Rókus közkórház lebontását még boldogult Ferenc József királyunk is sürgette, nem közkórházat, hanem állatkertet építettek. És vájjon mivel okolható meg, hogy még jelenleg is, amikor az elavultságon kívül a kórházi ágyhiány nagyobb, mint valaha, nem kórházat, hanem a Széchenyi- és Szent-Gellért fürdőket milliárdos uszodákat építenek? Tehát pénz volt és pénz van.

Nemzetgazdasági szempontból a legrosszabb politika az egészséget nem minden erővel védeni és a betegséget nem minél gyorsabban meggyógyítani. Az amerikaiak e téren előljárnak avval a mi fülünkben üzletszerűnek hangzó kijelentéssel, hogy csak egészséggel lehet dollárokat csinálni. A munkanélküliség megszüntetésének is egyik módja volna ez a legjobban kamatozó tőkebefektetés. Az illetékeseknek mégis csak meg kellene már egyszer érteniök, hogy az egészséget és életet visszaadó kórházak jövedelmezőségét nem lehet

ugyan koronákban kifejezni, de a kórházakba befektetett tőke kamatai a legnagyobb uzsorakamatnál is nagyobbak.

Mindezek dacára a kórházak építésétől való tartózkodásnak némely magyarázatát meg lehet találni. A kórházépítésre kötelezettek — mint említettem — még mindig nem értik át kellőképpen a kórházak jelentőségét és azoknak kiszámíthatatlan hasznát. Az orvosoknak és építészeknek pedig, akik a kórházépítésnél közreműködnek, az igényeiket csökkenteni kellene. Nem az a legjobb kórház, amelyben a modern technika és gyáripár minden hirdetett gyártmánya fel van halmozva, és amelyek, tapasztalat szerint, a megnyitás után jórészt üzemen kívül vannak, nem az a legjobb kórház, amelyben minden osztály a minden irányú teljes felszerelésénél fogva jóformán külön kórházat képez, nem az a legjobb kórház, amelyben a legeslegújabban hirdetett drága specialitásokat és legutóbb ismertetett, de ki nem próbált költséges gyógyító eljárásokat alkalmazzák, hanem ahol a beteg egészségét a legolcsóbban és a legrövidebb idő alatt állítják helyre. A legnagyobb mértékben helyteleníteni a kórházak kaszányyszerű stílusát, de azért építészeti szempontból sem az a legjobb és legszebb kórház, amelyen a legtöbb cifraság van, amelyben alaprajzáának össze-visszasága miatt, alig lehet tájékozódni, hanem amelyet pizsokfészeknek tekinthető díszítések nélkül az egyszerűsége, az arányai, a vonalvezetése, a színezései és hasonló technikai fogások tesznek bensőségessé.

*
* *
*

A betegek kezelését mindenütt, tehát a kórházi *betegek kezelését is olcsóbbá lehet, tehát különösen a mai nehéz gazdasági viszonyok között olcsóbbá kell tenni.* Ebből azonban a betegekre semmiféle kárnak nem szabad háramolni. Célravezető, de lehetőleg egyszerű kezelésre kell törekedni. A takarékoságnak nemcsak az orvosságokra, hanem a betegek egész ellátására ki kell terjednie. E helyütt a kórház építéséről, berendezéséről, üzembentartásáról, személyzetéről nem akarok szólni, hanem csak a betegeknek szorosan vett kezeléséről. Takarékoskodni kell úgy a diagnózis megállapításánál, mint a therápia terén. A nem okvetetlenül szükséges kémiai és bakteriológiai vizsgálatok, különösen pedig a feltétlenül túlzásba vitt, drága röntgenezések mellőzhető részének elhagyásával, a diagnózist lényegesen olcsóbbá lehet tenni. Ennek még az is az előnye, hogy a fiatal orvosnemzedék jobban gyakorolja a betegágnál a vizsgálat, és az itt szerzett ismeretek künn az életben, ahol laboratóriumok nem mindig állnak majd rendelkezésére, az eléje tornyosuló nehézségeken át fogják segíteni. A therapiánál orvosságokkal, diétás tápszerekkel, kötöző anyagokkal, fizikális és diétás kezelésekkal lehet és kell takarékoskodni. Feltűnő pazarlás folyik az orvosságok rendelésénél. Évek óta tapasztalom, hogy egyenlő nagyságú, azonos forgalmú és egyforma betegekkel bíró belosztályok egyikén állandóan kétszerannyi orvosságot rendelnek, mint a másikon, anélkül, hogy a gyógyulás és halálozás tekintetében különbség volna. Az is meglepő, hogy nem egy sebészeti osztályon több orvosságot rendelnek, mint ugyanakkora belosztályon. Nyilván az orvosságok rendelése terén való járat-

lanság folytán. Nem is szólva arról, hogy ugyanazon kórház, tehát egyforma betegekkel bíró két azonos nagyságú sebészeti osztályon meglepő különbség van az elfogyasztott kötöző-anyagok, fertőtlenítőszeres, orvosságok és műszerek mennyisége tekintetében. Általában sokkal több orvosságot rendelnek, mint amennyire tényleg szükség van. A polypragmasiát vissza kell szorítani. Tudom, hogy erre sokszor a betegek, különösen a kevésbé intelligens betegek készítetik az orvosokat. Máskor solatii causa kell valamit rendelni. Kis ügyeskedéssel a kívánt célt igen olcsón el lehet érni. Ut aliquid fieri videatur terén igen szép eredményeket szoktam elérni 0.30 gm-os sacch. alb. porokkal vagy liquiritia-pilulákkal. Sokat lehet megtakarítani olcsó rendelési módokkal; pl. a tinctura általában a legolcsóbb rendelési forma. Az egyenértékű orvosságok közül az olcsóbbat kell használni. Sok szabadalmazott nevű orvosságot jóval olcsóbban a kémiai nevéen lehet rendelni, persze a nélkül, hogy az ominózus «pótszer» szó használtatnék; pl. diuretin helyett theobrominum natriosalicyl.-ot aspirin helyett acidum acetylo-salicyl.-ot. Vannak nagyon jó hazai készítményeink, amelyekkel a külföldieket kifogástalanul és sokkal olcsóbban lehet helyettesíteni. (Nagy nemzetgazdasági érdek is!) Nem mulaszthatom el, hogy e helyen különös nyomatékkal ne emlékezzem meg a gyógyszeripar specialitásairól, amelyeknek rendelése főleg az utolsó 10—15 évben kapott lábra. Nem is szólva az egészen értéktelen kotyvalékokról, azok az esetek többségében olyan keverékek, amelyeket bármely gyógyszerész magistraliter el tud, még pedig olcsóbban készíteni. Vájjon miért fizesse meg a kórház a különlegességgyárosnak a szokásos kereskedői hasznot, továbbá a reklámmal (hirdetések a szaklapokban és napilapokban,¹ broszúrák, orvosoknak küldött vénytömbök, naptárak, minták, utazók) -járó nagy kiadásait és a díszes drága csomagolást. A specialitások rendelése direkt károkat is okoz. Az egyéni orvosságos kezelés elvész, mert az orvos bizonyos összetételekhez van kötve. Az orvosságok individualizáló kombinálása ki van zárva. Ennek a beteg éppúgy kárát vallja, mint az orvos farmakológiai tudása. Különös veszedelmet rejt az magában a fiatal orvosi nemzedékre nézve. A betegre is legtöbbször jobb hatással van, ha látja, hogy az orvos külön az ő betegsége, az ő állapota és egyénisége tekintetbevételével külön neki ír receptet.

Nem tagadható, hogy a gyógyszerészek nem mindig készítik el a kívánatos lelkiismeretességgel a vényeket. Néhány évvel ezelőtt ugyanazt a syr. kalii sulphoguaiacol. receptet hét budapesti gyógyszerárban készítettem el és analizáltattam. Mind a hét szállítmányban más volt az egyes alkotórészek aránya, csak egyben egyeztek, hogy mindegyikben az előírásnál kevesebb volt a hatóanyag. Az elmúlt hetekben súlyos eset kapcsán, amelynél mérgezés sem volt kizárva, beszereztem a kórházon kívül fölírt receptet. (Rp. Chinini hydrochlor. + Antipyrini ää. 0.25) és a megmaradt port analizáltattam. Kinin és antifebrin volt benne, antipirinnek nyoma sem volt. Máskor a recept elkészítéséhez felhasznált ingredienciák silányak. Ilyen tapasztalatok bírnak sok orvost arra, hogy megbízható gyárak különlegességeit rendeljék.

¹ Poulsson szerint 1913-ban két millió font sterlinget fizettek Angliában napilapoknak orvosság-különlegességek hirdetéséért.

A székesfőváros közkórházainak gyógyszeráraira ez legkevésbé áll. mert eltekintve a személyzet megbízhatóságától, senkinek sem érdeke a rendelt hatóanyagnál kevesebbet adni. Mégis annak ellenére, hogy a székesfővárosi központi gyógyszerraktár minden új szállítmányt minőségére nézve megvizsgál, nem biztos, hogy az orvosságok hatás tekintetében mindig megütik-e a kívánt mértéket. Ezen aggodalomra, a hatás megítélésének nehézségein kívül, azon sokszoros tapasztalatom szolgáltat okot, hogy az orvosságok beszerzésére beérkezett ajánlatok fölött való döntésre kiküldött és jórészt laikusokból álló bizottság sokszor nem nézi az ajánlattevő megbízhatóságát, hanem azt, hogy ki a legolcsóbb.

Az új orvosságok kipróbálásába, ami kétségtelenül szintén egyik feladata a kórházaknak, némi rendszerességet lehetne vinni. Azt hiszem, nem szükséges, hogy minden új orvosságot minden kórház vagy pláne minden osztály kipróbáljon. Ezzel távolról sem akarom azt mondani, hogy egy orvosság értékét csak egyetlenegy osztálynak szabad vizsgálat tárgyává tenni. Ezirányú kölcsönös megegyezéssel a kórházat sok munkától is meglehetne kímélni. Orvosságoknak a kórházakban való kipróbálásából még írásbeli vélemény adása nélkül is a gyógyszeriparnak akkora haszna van, hogy a legkisebb követelmény kellő mennyiségű próbaanyagot ingyen rendelkezésre való bocsátása. Egyébként nagy tévedés hinni, hogy az az orvos áll a tudomány legmagasabb színvonalán, aki mindig a legeslegújabb orvosságokat rendel.

Megengedett és tiltott orvosságok jegyzékével, tapasztalat szerint, nem lehet sokra menni. Elismert tekintélyek által összeállított, kórházakban a gyógyszerár gondnokának bevonásával, a főorvosi testület által megállapított, ez idő szerint legjobb és legolcsóbb gyógyító eljárások röviden összefoglalva nyomtatásban, esetleg előadások tartásával térj esztendőnk. Távol áll tőlem ezen kezelési módokat kötelezővé tenni; csak útmutatásul szolgáljanak. Törekedni kell a célt, a takarékoságot lehetőleg jóakarattal, kollégialis tanácsokkal, az idők parancsolta szükségesség megértésével elérni. Eredménytelenség esetében parancshoz kell fordulni.

Mindenkor a vezérelv az legyen, hogy az a legolcsóbb orvosság, az a legtakarékosabb gyógyító eljárás, mely a leggyorsabban és legbiztosabban állítja helyre az egészséget.

*

*

*

Kórházakban az *élelmezés* úgy a betegek, mint az egészséges alkalmazottak szempontjából egyike a legnehezebb feladatoknak. Mivel az élelmezés a gyógyításnak egyik lényeges része és mivel a sokféle beteget igen különbözőképpen kell táplálni, azért kórházban a legtöbbféle étrendre van szükség. Ezért a kórházi élelmezés minden más tömegélelmezési intézménynél, még a legelőkelőbb szállóknál is bonyolultabb. Mindehhez járul még a személyzet szükségzerű különféle élelmezése: más az orvosoké, más az ápolónóké, más az egyéb személyzeté, más a férfiaké, kik több húst kívánnak, más a nők, kik több tésztát, különösen édességet és kávét szeretnek.

Jó ételeket csakis jó minőségű nyersanyagokból lehet készíteni. A tömeges

élelmiszereknek elsőrangú nyersanyagok ellenére is volt, van és lesz mindig hátránya. Ennek egyik oka a központi főzés. A decentralizálásnak különböző fokait kívánták: külön konyhát a betegek és a személyzet részére, mások külön diétás konyhát, ismét mások külön pavillont saját konyhával diétás betegek részére, odáig is elmentek, hogy minden pavillon számára saját konyhát követeltek, sőt voltak, akik még a személyzet számára is több konyhát kívántak; külön az orvosoknak, külön az ápolónőknek és külön az egyéb személyzetnek. Kétségtelen, hogy megfelelő központi és vele kapcsolatos diétás konyhában minden étrend, a diétás is, elkészíthető anélkül, hogy az individualitása vesztene. Több helyütt (*Brauer* Hamburg, *Schaper* Barmen) azt állítják, hogy a diétás betegek élelmezése olcsóbb, mint a többi betegeké. Minden vitán felül áll, hogy központi konyhával való főzés a legolcsóbb. Gazdaságilag el sem képzelhető, hogy a kórházban szükséges sokféle étrend decentralizáltan készíthessék. Ezen okoknál fogva a központi főzés maradt az uralkodó. Csak a csecsemők tejkonyhája helyezhető el célszerűbben a gyermekosztályon.

Mіндеzeknél fogva a centralizációból származó hátrányokat kell lehetőleg elhárítani.

A legjobb nyersanyagoknak feldolgozása, dacára tömegfőzésnek sokszor az egyhangúság a hátránya. Ez némi törődéssel és hozzáértéssel könnyen kiküszöbölhető.

Nehezebben eliminálható a tömeges élelmezésnél az ételek kisebb ízletessége. Ennek okai, hogy a legjobb nyersanyagokból kifogástalanul elkészített ételeket melegítő szekrényekben, üstökben, sütőkben hosszú ideig melegen kell tartani a kiadás előtt, az ételek lehülése a szállítás közben, az újra való felmelegítés, vagyis hogy hosszú idő telik el az ételek elkészítése és azok elfogyasztása között. További hibák: ugyanazon étkezés minden fogásának egyidejű kiszolgáltatása, a vacsora korai kiadása, a húsnak a konyhában, nem pedig a tálalóban való felszeletelése, nem eléggé gusztusos tálalás, ebédlők, megfelelő evőkészletek hiánya stb. Ezen hibák egy része egészen, más része többé-kevésbé, de némelyik tökéletesen sohasem lesz kiküszöbölhető.

E követelményeknek a székesfőváros hiányos felszerelésű, elavult köz-kórházaiban megfelelni akarni: szélmalomharc. Mindazonáltal célszerűnek tartottam szakértők (orvos, élelmező tiszt, szakács) együttműködésével a kórházak élelmezését tudományos és konyhatechnikai alapon ismételtelen revideálni.

Alapétrendek elkerülhetetlenek, de ezek bizonyos fokig elasztikusok legyenek. Kell folyékony, pépes, könnyű, teljes étrend. (Az I., II., III. stb. osztályú elnevezések elhagyandók, mert tapasztalat szerint félreértésekre adnak alkalmat, amennyiben a közönség jószágbeli különbséget tételez fel.) Kis és nagy adagok engedélyezése, ill. elrendelése számottevő megtakarítást eredményezne, mert kevesebb kerülne a kiöntőkbe. Egenlő konyhai adagokkal is kielégíthetők a kisebb és nagyobb étvágyal bíró betegek; ez úgy oldható meg, hogy az osztályra szállított ételekből az ápolónő a kisebb étvágyúaknak kevesebbet, a nagyobb étvágyúaknak többet ad. Ehhez azonban egészen megbízható ápolószemélyzet kell. Az egyik székesfővárosi közkórház-

ban az apácák ezt a kérdést kifogástalanul megoldották. Az alapétrendek mellett diétás (különleges) és funkciós vizsgálati étrendek szükségesek. Végül tápláló klizmák elkészítéséhez megállapított előírások kellenek.

A konyha élén tanult *élelmező tiszt* álljon, akinek feladata annak a rendbentartása, a nyersanyagok beszerzése, átvétele, elraktározása és kiadása, az orvosi kívánalmak szerint az étlapok összeállítása a főszakács közreműködésével, a jóváhagyott étlapok betartása, az ételek elkészítésének, kiadásának, szállításának, végül az osztályokon való tálalásának és kiosztásának ellenőrzése. Hivatásának akkor felel meg legjobban, ha a lehető legolcsóbban az orvosi igényeket teljesen kielégíti. Így lesz az étel gyógyszer, az élelmezés gyógyító-konyha a kórház második patikája. Az élelmező tiszt legjelentősebb alárendeltje a *főszakács*, akinek jól képzett, az orvosi rendeleteket és szándékokat megértő szakembernek kell lennie, és akinek csakis konyhatechnikai munkaköre legyen. Természetesen kellő számú segédszemélyzetről is gondoskodni kell.

A tömegélelmezéshez szükséges konyhatechnikai tudása szakácsnőknak csak a legkivételesebb esetekben van meg. Ezért szakácsok alkalmazandók, akiknek általában nemcsak a képzettségük nagyobb, hanem az erősebb fizikumuknál fogva nagy konyhának a nehéz munkáját is jobban bírják. Ezen okoknál fogva alkalmazott a székesfőváros közkórházainak konyháiban szakácsokat. Sajnos, felsőbb helyen kisebb fizetésű szakácsnőknak alkalmazását szorgalmazták. Tévedés, hogy ezek olcsóbbak, mert a hiányos hozzáértésük-nél fogva olyan pazarlást visznek véghez, hogy végeredményben az élelmezés drágább volna, nem is szólva az ételek kisebb jóságáról. Kívánatos lenne a mostaniaknál még képzettebb szakácsokat alkalmazni, akik ugyan nagyobb illetményeket kívánnának, de az élelmezés a jobb, célszerűbb beosztás miatt olcsóbbodnék.

Tömegélelmezésnél mindenkinek a megelégedését még soha sehol sem érték el és nem is fogják elérni. Otthon sem sikerül mindig minden étel; de az egyes családtagok sincsenek mindig minden ételről egy véleményen. Tapasztalat szerint a legjobb vendéglőkben vagy legelőkelőbb szállókban is a vendégek többször-kevesebbszer kifogásolni valót találnak. Ezen ócsárlások lehetnek jogosak, de sokszor, különösen idegen helyen elfogyasztott ételeknél alaptalanok. A legtöbb ember azt az ételt tartja a legjobbnak, amelynek ízéhez gyermekkorától kezdve hozzászokott. Pedig sokszor az, amelyet kifogásol, jobb; de nincs elég tudása, mondhatnám intelligenciája ahhoz, hogy ennek a jobb voltát belátná. A túlon túl zsíros és agyonpaprikázott ételhez szokott leendő karlsbadi fürdővendég csapnivalónak tartja a legfinomabb és az emésztő-rendszert legkevesébbé megterhelő francia kosztot. Ily körülmények között hogyan várható, hogy nagy konyhából tömegesen élelmezettek mind meg legyenek elégedve. Hiszen ezek túlnyomórészt kisebb intelligenciájú, nem ritkán az élelmezők ellen fölizgatott emberek. Különösen az ingyen kapott ételeket szokták kifogásolni, mert előre feltételezik, hogy az rossz. Mindezek után nem kell sok hozzáértés, de kell minimális jóakarát vagy talán kevesebb rosszakarát annak a megértéséhez, hogy a szanatóriumi, klinikai

és kórházi élelmészékek ellen is kifogások merültek fel. Itt különösen ki kell emelnem, hogy betegnek igen sok esetben a betegségükből kifolyólag nem ízlik az étel. Ehhez azonban némi belátás kell. Innét a tapasztalat, hogy kórházakban az intelligens betegek jóformán kivétel nélkül meg vannak elégedve, míg a kevésbé intelligensek egyebek közt az élelmészéket is kifogásolják.

*

*

*

A közkórházak gazdasági ügymenetét szakszerűbbé kell tenni, ami által az a rendes bürokratikusnál gyorsabb is lesz. Ehhez ezen ügykör szakismereteire és a higiéné elemeinek tudására van szükség. Minderre már *fiatalon jól kiválasztott kórházi gazdasági személyzetet* kurzusokon ki kell oktatni. A jelenlegi rendszer: más hivatalokból való egyszerű áthelyezés, sürgősen elvetendő. Minden hivatalban kívánatos, hogy az ott fiatalokuk óta dolgozó és a munkakör minden csínyját-bínyját alaposan ismerő tisztviselők lépjenek elő és jussanak végül azon hivatal élére. Az valahogyan elképzelhető, hogy segédhivatali tisztviselő egyik ügyosztályból a másikba áthelyezve, hosszabb-rövidebb idő múlva, az új működési terén is megállja a helyét. Azt azonban sokszoros tapasztalat bizonyítja, hogy egyébként értelmes és törekvő, meglettebb tisztviselők más hivatalból a székesfőváros közkórházainak gazdasági hivatalaiba egyszerűen áthelyezve, egyáltalában nem tudnak megfelelni. Súlyosbítja ezen eljárást az a tapasztalat, hogy nem egyszer oly tisztviselőket, akik sehol sem feleltek meg, utolsó állomásként a közkórházak gazdasági hivatalaihoz helyezték át. Ily áthelyezések a székesfőváros közkórházainak érdemes gazdasági tisztviselőire lehangolólag hatnak és munkakedvük csökkenését vonják maguk után. Még egyszer hangsúlyozom, hogy a közkórházi gazdasági személyzetet már fiatal korában jól meg kell választani, hogy a *suecrescentia* ebből a korból biztosítható legyen. Végül kielégítő javadal-mazásról és előmenetelről is gondoskodni kell.

Lehetőleg kereskedelmi iskolát végzett, kórházi ügyekben speciálisan kiképzett és egyébként is megfelelő gazdasági személyzet mellett az igazgató-főorvosok nemcsak papíron, hanem tényleg mentesíttetnének a gazdasági teendők alól (mint ezt az 1917 óta érvényes székesfővárosi közkórházi szabályzat célozza), és behatóbban foglalkozhatnának a tulajdonképpeni feladatukkal, a közkórházak orvosi igazgatásával.

*

A székesfőváros közkórházai úgy az orvostanhallgatók, mint a fiatal orvosok (gyakorlati évesek, gyakornokok, segéd- és alorvosok), valamint a továbbképző kurzusokon az idősebb orvosok *tanításából* is alaposan kiveszik a részüket. E munkához az illetékes hatóságok (m. kir. vallás- és közoktatásügyi minisztérium, m. kir. népjóléti és munkaügyi minisztérium) sem járulnak hozzá. Az ezirányú fölterjesztéseim válasz nélkül maradtak. A tanerők fáradozásának elismerése, de méginkább a tanításhoz szükséges eszközök (fali ábrák, preparátumok eltevéséhez szükséges konzerváló anyagok és edények, laboratóriumi felszerelések, orvosi kabátok nem kórházi alkal-

mazottak részére stb.. stb.) rendelkezésre bocsátásával, valamint megfelelő helyiségek, tantermek építésével és felszerelésével a tanítást sokkal intenzívebbé lehetne tenni. Minden község kórházi kötelezettségének tökéletesen eleget tett. ha oly közkórházat épített, melyekben a betegek a tudomány mai színvonalának megfelelően kezelhetők. Ami ezen túl esik, pl. a tanítás, tudományos búvárkodás, kizárólag vagy inkább országos érdek lévén, az államnak feladata. A budapesti székesfővárosi közkórházak 6474 ágyán a tanításnak olyan lehetőségei kínálkoznak, melyek a klinikákon sem érhetőek el, mert a közkórházakban nem kiválogatott betegeken, hanem a kötelező felvételnél fogva, olyanokon folyik a tanítás, amint azokat az élet szolgáltatja. Másrészt az egész országban nincsen olyan kórházfenntartó, akinek kórházai-ban a klinikai tárgyak annyira képviselve volnának, mint Budapest székesfőváros közkórházai-ban. Mindehhez hozzáveendő, hogy a székesfővárosi közkórházi főorvosok túlnyomórészt egyetemi magántanárok, vagy rendkívüli tanárok.

A székesfőváros közkórházai tudományos kutatások számára is, mondhatnám, kiaknázhatatlan mennyiségű és minőségű anyagot rejtenek magukban. Ezen búvárkodás lehetővé tétele szintén főleg az állam feladata. Országos érdek tehát, hogy az illetékes minisztériumok a székesfőváros közkórházai-ban az orvostképzés és tudományos búvárkodás lehetőségeit támogassák és elősegítsék.

Hozzászólások:

1. Dr. B a s e n Imre. egészségügyi főtanácsos, közkórházi igazgató-főorvos: A *közkórházi járóbeteg-[^]endelések* kérdésére hívja fel a figyelmet.

A közkórházak járóbetegrendelések fenntartására — kivéve az első segélynyújtást — nem kötelezhetők és járóbetegrendelések címén a közkórházak költségvetésébe egyetlen fillért sem szabad beállítani, mert a közkórházak kizárólag csak kórházi ápolásra szoruló betegek elhelyezésére szolgálnak és így a járóbetegrendelések költsége a fekvő betegeket fokozza és törvényellenesen növeli a kórházi napi ápolási díjakat.

E minden illetékes fórum előtt ismert és hivatalos iratokban is lefektetett tény miatt nagyon helyesen nem történt még eddig soha hivatalos vizsgálat. Ellenkezőleg *humánus, egészségügyi* és *orvostképzési* szempontból a közkórházak egyes betegosztályainak minél inkább meg kellene könnyíteni a *vagyontalanok* járóbetegrendelésének minél intenzívebb mértékben való fejlesztését.

a) A közegészség érdekében szükség van a közkórházi osztályokkal szerves kapcsolatban vagyontalan járóbetegek gondozásával foglalkozó rendelkezésekre, mert:

1. akkor, amikor a kórházi ápolást igényelt vagyontalan, illetve betegpénztári tag állapota annyira javult, hogy *kórházi ápolásra* már nem szorul, azt a kórház kötelékéből el kell bocsátani, holott még rövidebb-hosszabb ideig járóbetegkezelésre, illetve rendelésre szorul. Ekkor ez a beteg — ha a közkórházi osztállyal kapcsolatban nincs járóbetegrendelés — bármennyire is meg volt elégedve kezelőorvosával és bármennyire is bízott benne — kény-

telén valamilyen előtte ismeretlen orvos vezetése alatt levő nyilvános ingyenes rendelőintézetet, illetőleg, ha betegpénztári tag, az illetékes betegbiztosító intézet rendelőjét felkeresni, mellyel szemben, legalább is az első időben, bizalmatlan;

2. a járóbetegkénti kezelést folytató orvos — bár ennek nem szabadna előfordulni — megokolt vagy megokolatlan kritikát gyakorol az előd eljárása fölött s ezáltal a beteg lelkiületére néha a gyógyulás szempontjából fontos bizalmat az egész orvosi karral szemben is aláássa;

3. az új orvos elég gyakran — az előbbi kezelőorvossal nem érintkezve — csak napok, illetőleg hetek múlva jön rá a gyógyulás szempontjából fontos egyéni sajátosságokra s így hosszabb időbe s több költségbe kerül a beteg gyógyulása, illetőleg teljes munkaképességének, termelőképességének visszanyerése;

4. a betegpénztári és más vagyontalan betege is nagy jótétemény, hogy nemcsak az illetékes betegpénztári orvosok és az illetékes kerületi orvosok vagy tisztiorvosok között, akik nem is szakorvosok, választhat, anélkül, hogy betegségének ellátása többbe kerülne. Minél inkább megkönnyítjük a szegénysorsú betegeknél az orvoslási lehetőségét, annál kezdetlegesebb bajjal fogja fogja az orvost felkeresni és annál gyorsabban és kevesebb költséggel fogja munka-, illetőleg termelőképességét visszanyerni, illetőleg fokozni;

5. az orvosi továbbképzés szempontjából is megbecsülhetetlenül fontos az, hogy a közkórházi orvos ne csak okvetlenül kórházi ápolást igénylő fekvő és súlyos beteget lásson és kezeljen, hanem a betegségeket egész lefolyásukban az enyhe kezdeti stádiumtól a legsúlyosabbig és a végleges gyógyulásig is megfigyelhesse és kezelhesse.

b) A közkórházzal kapcsolatban működő és vagyontalan járóbetegek gondozásával foglalkozó rendelések a közkórházi betegosztályoktól elkülönített közös rendelőintézeti épületbe, illetőleg épületrészbe helyezendők. Minden egyes szakrendelés személyzete a megfelelő közkórházi betegosztály főorvosának vezetése alatt, az illető közkórházi osztálynak a szükségszerint esetleg szaporított személyzete.

c) A rendelőintézeti épületnek, a közkórházi személyzetnek a rendelések ellátása miatt esetleg szükséges szaporításából eredő, valamint a rendelőintézet felszerelésének, fenntartásának és üzemének költségei az igénybevétel arányában az ingyenrendelésre jogosult betegek orvosi ellátására kötelezett intézményeket (betegpénztárak, vállalati pénztárak stb.) és bizonyos arányszámban a közoktatásügyi minisztériumot terhelik.

d) Nevezett rendelőintézetek létesítésével és fenntartásával, valamint üzemével járó összes költségeket a népjóléti minisztérium előlegezi az egyes közkórházaknak a rendelőintézetről külön összeállítandó költségelőirányzata alapján.

e) A járóbetegrendelések, illetőleg az egyes közkórházak rendelőintézeteiről egységesen szerkesztett nyomtatványokon részletes havi-kimutatások készítenők, melyek alapján egy vegyes-bizottság meghatározza az egyes rendelőintézeteknek a népjóléti minisztérium által kiutalandó, illetőleg az

igénybevétel arányában az egyes intézmények által a népjóléti miniszternek visszafizetendő összegeket.

f) Minden ingyenkezelésre jogosult beteg a betegség esetén ingyen-ellátásra kötelezett intézmény által kiállított arcképes igazolvánnyal ellátandó.

g) Arcképes igazolvánnyal nem rendelkező betegnek is az elsőségyben való részesülésre joga van, de ezekről külön jegyzéket kell vezetni.

h) Kivételes és külön megokolt esetekben a rendelést vezető főorvos saját felelősségére engedélyt adhat más beteg ellátására is. Ezen betegekről «bizalmas» jelzéssel szintén külön jegyzék vezetendő.

i) A népjóléti miniszter a közkórházak részéről ezentúl évente két külön költségelőirányzatot fog a közkórház felettes hatósága útján jóváhagyás végett kapni: az egyik a szorosán vett s az eddigivel megegyező közkórházi költség-előirányzat, a másik a közkórházzal szerves összefüggésben levő közkórházi rendelőintézeti költségelőirányzat. Mindkét költségelőirányzat fölött a fel-ügj^eleti jogot a közkórházakkal szemben eddig gyakorlatban levő módtól eltérően, soronkívüi és sürgősen fogja gyakorolni.

j) Az összes közkórházaknak bekövetkezendő ezirányú átszervezése fokozatosan, de lehetőleg sürgősen eszközöltessék.

Véleményem szerint a közegészség és így hazánk termelőképességének helyreállítása, sőt fokozása érdekében így el lehetne érni azt, hogy minden beteg minél rövidebb idő alatt a józan takarékoság szemeltartásával, aránylag minél csekélyebb költséggel, visszanyerhesse egészségét.

2. Dr. C s e r e y - P e c h á n y A l b i n, kórházigazgató-főorvos (Kecskemét): A *Wenhardt* főigazgató által említett új betegápolási törvény szükségességét hangsúlyozza, mely a kórházügyet egységesíti az elavult törvények és rendeletek hatályonkívül helyezésével. A közkórházak és nyilvános jellegű kórházak különböző típusai és ügyrendjei helyett egységes típus volna létesítendő a kórházfenntartó közigazgatási szerv elnevezésével (községi, járási, törvényhatósági kórház). Ennek adminisztrációja egységesen volna megállapítandó, átvéve a köz- és nyilvános kórházak adminisztrációjából a megfelelőt. Eg³^ségeen szabályozandó volna a kórházfenntartó és kórház közti viszony, mely jelenleg kórházanként változó. Némely kórház csaknem teljes autonómiával rendelkezik, a kórházfenntartó hatóság felügyeleti jogát csak a kórházi bizottságon keresztül gyakorolja, másutt a kórházfenntartó hatóság maga adminisztrálja a kórházat. Szóló a felügyeleti jog és a felelősség szabályozása mellett kiépített autonómia mellett foglal állást, mely az adminisztrációt nagy mértékben megkönnyíti, egyszerűsíti. Egyszerűsítendő volna a betegápolási díjak behajtásának mai nehézkes és elhúzódó módja s e célból a betegápolási-alap, illetve államkincstár terhére ápolhatok *kataszterének* közsógenkénti felfektetését ajánlja, mely a városokban nehezebben, de a községekben könnyen kivihető volna. A kataszter egyéb közegészségügyi célokra (ingyenes rendelés) is felhasználható volna. Ez esetben a közigazgatási hatóság a kórházba kerülő betegnek a lehetőségig előre «Utalványt» adna, melyen fel-tüntetné, hogy az illető az államkincstár (betegápolási-alap) terhére ápolhatok kataszterében szerepel. A kataszter helyességének ellenőrzése nem

ütköznek akadályba s annak a való tényeknek megfelelő felfektetését büntető szankciókkal lehetne biztosítani. Az ápolási díjak behajtása kisvagyonu egyének gazdasági helyzetét megingatja, vagyoni romlásukat okozza, vagy őket a kórháztól visszatartja. Igaz, hogy tapasztalata szerint a közigazgatási szervek ily esetekben liberálisan alkalmazzák az ápolási díjak elengedését, de az ily egyének félelmének leküzdése és az instanciázás mellőzése céljából helyesebbnek tartaná egy «vagyonminimum» megállapítását, mely mellett az ápolási díj egyáltalán nem volna behajtandó (saját ház, melyben az illető által lakott kislakás van csak, három holdnál nem nagyobb földbirtok). A kórházi irodai adminisztráció egyszerűsítése és aránytalan gyorsítása céljából ajánlja a kórházban jól bevált kartoték-rendszer általános bevezetését. Kívánatos lenne az évvégi statisztikák betegség-sémáinak átdolgozása: ebben olyan betegségek is vannak, amik már nincsenek, és olyanok nincsenek, amik vannak. Ugyanez áll a halálokok sémájára.

3. Dr. Pfeiffer Miklós: Budapest székesfőváros kórházakkal való ellátottsága, a nyers számokat tekintve, teljesen megfelelő. Nem áll ez a kórházak kihasználási fokára. Új kórház építésétől — éppen ezért — egyelőre lehetőleg tartózkodnunk kell, hanem ellenkezőleg, mindent meg kell tennünk arra, hogy a főváros kórházai tehermentesíttessenek. A kórházakat azonban nem a környéki betegek terhelik túl, és a férőhelyek látszólagos elégtelenségét nem ez a körülmény okozza, vagy legfeljebb csak igen kis részben.

Budapestnek kb 950,000-nyi törzslakossága számára — az elmeógyógyintézeteket és a fertőzőkórházat figyelmen kívül hagyva — ezidőszerint kb. 8700 közkórházi jellegű ágy áll rendelkezésre, vagyis minden tízezer lakosra 92 ágy. (Németország százezer lakosnál nagyobb lélekszámú városaiban átlagosan tízezer lakóra 78 közkórházi jellegű ágy jut.) Az a centripetális hatás, melyet a főváros a közvetlen környékre gyakorol, a kulturális és gazdasági fejlődésnek olyan adottsága, melyet megváltoztatnunk nem lehet és nem is olyan célszerű, ellenben a kórházak szempontjából is kívánatos, hogy a fővárossal majdnem egy testet alkotó, környékbeli községek azzal forma szerint, közigazgatásilag is egyesíttessenek. Az így kialakuló, kb. $1\frac{1}{4}$ millió lakost számláló Nagy-Budapest kórházi igényeinek is teljesen megtudna a mai helyzet felelni, hiszen még így is minden tízezer lakóra 72 közkórházi jellegű ágy jutna.

A távolabbi országrészeknek gyógyulást itt kereső betegei igenis megterhelik egy csekély részben a főváros kórházait, ám ezen az anomálián nem az új kórházak létesítésével, hanem a vidéken már meglévőknek okszerű kifejlesztésével lehet segítenünk, és pedig az egyes speciális szakoknak a mai igényekhez mért felszerelésével és megfelelő orvosi személyzet alkalmazásával. Ez utóbbi olyan szükséglet, melyet egyúttal a helyesen értelmezett orvospolitika is parancsolóan követel, a rend szociális igényeit is szemelőtt tartva. Sokkal fontosabb lépés azonban a kórházak tehermentesítése szempontjából az, amely a szegényügy és a gyógyíthatatlan sínylődők ügyének intézményes megoldása felé kell, hogy mihamar megtörténjék. A főváros közkórházait a kórházi ápolást nem igénylő, de elhagyatott és tulajdonképpen

szegényházba való elaggottak és a kórházba nemvaló sínylődők sokkal jobban megterhelik, mint a környék betegei. Ezeknek kórházi ápolása rengeteg felesleges kiadással jár, és a mai szükséghelyzet folytán, a kórházakban tartani kell őket mégis; ez okozza azt, hogy látszólag elégtelen a kórházi férőhely kontingens.

Az előadói javaslat kétségkívül helyesen állapítja meg, hogy a központi kórház és még egy némely objektum, megérett a lebontásra, ámde véleményem szerint nem azért, hogy helyébe egy másik, ugyanilyen jellegű kórházat emeljünk. A város közepén szükség van egy nagy segély állomásra, ahol a bal- eseti sérülteké szülők, gyorssegélyre szorulókat elhelyezést nyerhetnek, de a modern város-egészségügyi törekvésekkel sehogyan sem egyeztethető össze az, hogy a város kellős közepén tartós gyógykezelésre berendezett kórházak emeltessenek. Egy ilyen központi állomás végezze igenis a betegelosztást, aminek ma még csak halavány kísérleteként működik a Központi Ágnyilvántartó, tartsa fenn az érintkezést a mindjobban kiépülő gondozóhálózattal, hogy egy ilyen előzetes szűrő helyes kritikája segítségével, tényleg csak a kórházba való betegek nyerhessenek abban elhelyezést (aminek ma még nyomát sem látjuk), és akkor a kórházak tehermentesítése, helyes és ökonomikus kihasználása, új intézmények megteremtése nélkül is elérhető lesz.

A meglévő nagy kórházcsoportoknak nagyobb önállóság biztosítandó ügy gazdasági, mint adminisztratív szempontból, mert abban is igaza van az előadói javaslatnak, hogy a kórházi igazgatásnak a mainál jóval függetlenebbnek és szakszerűbbnek kell lennie. Ez azonban csak úgy érhető el, ha az egyes nagy kórházakat függetleníti a szövevényes bürokrációtól, mert nincs még egy olyan üzem, amelyik jobban szenvedne az önállóság hiánya és a centrális bürokrácia túltengése alatt, mint éppen egy kórház. Ez okból megfontolandónak tartanám a kórházi orvosi segédszemélyzet gazdasági és adminisztratív foglalkoztatását, kiképzését esetleg oly módon, hogy a kórházaknál eltöltött évek egy részében — esetleg periodikus kirendeléssel — kötelezőleg vegyenek részt az orvosok eme ügyek intézésében is.

Vidéki köz- és nyilvános jellegű kórházak ügye.

Előadó: dr. p e t z A l d á r, kórházi igazgató-főorvos, Győr.

1. A köz- és nyilvános jellegű kórházak orvosi és gazdasági személyzetének státuszrendezése a speciális munkakör figyelembevételével.

2. A kórházak napi ápolási díjak reális, a tényleges szükségleteknek megfelelő, s az 1898: XXI. tc. 14. §-a szellemében való megállapítása, különös tekintettel a 140,000/907. sz. B. M. rendelettel módosított 35,000/902. sz. B. M. kórházi szabály rendelet 28.-ik §-ának *h*) és *i*) pontjaira. (Nagyforgalmú sebészeti osztály! Elhasználódások pótlása!) Fehérnemű 25 %, bútorok 5%, házi eszközök 15 %.

3. Orvosi működésük színvonalának emelésére lehetőleg minden szakmából speciális kórosztályok létesítése, szakképzett osztályvezető főorvosok vezetése alatt.

4. Prosecturák létesítése szakképzett prosector-főorvos vezetés alatt valamennyi nagyobb köz- és nyilvános jellegű kórháznál.

5. Ápolószemélyzet kérdése. Lehetőleg valamennyi kórháznál apácák alkalmazása, nem csupán a lelkiismeretes ápolás miatt, de azért is, mert igen jó hatással vannak az egyébként csekély kötelességérzetű és alacsony erkölcsi színvonalon álló tizedrangú kórh. cselédszemélyzetre. Alkalmazásuk megóv sok anyagi károsodástól (fehérművek elkallódása Ő felszerelési tárgyak rongálása) és sok erkölcsi károsodástól.

6. Népbetegségek (tbc. venereás bajok, trachoma) elleni eredményes védekezés — a prevenciótól eltekintve — csakis szakképzett specialista főorvos vezetés alatt álló, megfelelő nagyságú kórházi osztályok segítségével érhető el. (Salvarsan kérdés!)

7. Elmebetegek elhelyezési lehetőségének megkönnyítése, elmeosztályok létesítése. Gondoskodás szakképzett, nyugdíjképes elmeápolókról.

8. A kórházi fehérműnyomorúság gyökeres szanálása, esetleg altruisztikus alapon (nem jövedelmező üzemi alapon!) működő központi kórházi textiláru anyagbeszerző útján, konfekcionált állapotban is, kórházi csíkos mintázatú lenárúval, a silány pamutárak kizárásával.

9. A törvényhatóságok által menházak létesítendőek, ahol a gyógyíthatatlan vagy egyéb okból kórházi ápolásra nem alkalmas elaggottak, ártalmatlan hülyék, nyomorékok stb. elhelyezhetők. Az 1876. XIV. tc. 1898: XXI. tc. és 1908: XXXVIII. tc. és a 35,000/902. sz. B. M. szabályrendelet végrehajtása, mert a nép széles rétegeit sok esetben elriasztja a kórháztól ez a nem kívánatos elem.

10. A vidék valamennyi köz- és nyilvános jellegű kórházának adatszolgáltatása útján összeállítandó kórházi évkönyv a mai laza kölcsönös viszony kiküszöbölésére. (Ágyszám. Vezetők. Betegforgalom. Műtéti statisztika. Költségvetési adatok. Az illető vidék speciális kórházi vonatkozásai.)

*

*

*

A vidéki kórházigazgatók országos értekezletének végrehajtó-bizottsága 1918. év augusztus 1-én «*A Kórházügy Országos Rendezésének Kérdéséhez*» címmel nyomtatásban is kiadott, s valamennyi illetékes és érdekelt tényezőnek is megküldött és a vidéki kórházak összes sérelmét, baját és fogyatékoságát feltáró, egyúttal a szanálás módját is megjelölő elnöki referátumának bevezető előljárójaként szószerint a következőket állapította meg:

«Az 1917. év október havában Budapesten megtartott népegészségügyi országos nagygyűlésen a kórházügy nem részesült azon méltánylásban, amely azt országos fontosságánál fogva megillette volna. Az alakiságok merev paragrafusai közé ékelt tárgyalási sorrendnél fogva, egy beható eszmecsere lehetetlenné vált, sőt kívánságainknak egész terjedelemben való utólagos beiktatása is — hivatkozással ismét a nagygyűlés szabályzatára és a papírhányra — vissza lett utasítva.»

Ezen népegészségügyi nagygyűlés óta kilenc hosszú és megpróbáltatásokkal

telt esztendő pergett le, s a vesztett háború után a közegészségügyi kérdések országos fontosságának intenzívebb felismerése ráterelte a figyelmet a vidéki kórházaknak nehéz anyagi és egyéb küzdelmekkel terhes sorsára is, és a népjóléti miniszter úr öngyméltóságának kezdeményezésére most nyílik újra alkalom arra, hogy országunk vidéki kórházainak helyzetét, panaszait, sérelmeit és az egyetemes országos közegészségügy nagy céljait *par excellence* szolgáló kérelmeiket egy országos értekezlet kereteiben újra szőnyegre hozzassuk.

A kórházügy elsőrendű fontosságú közegészségügyi kérdés! Magam részéről azt a meggyőződést vallom, hogy hazánkban a közegészségüggyel összefüggő problémák és kérdések komplexuma a jelenben legalább is 70%-ában a kórházüggyel van szervesen összeforrva és csak 30%-ában függetleníthető — részben vagy teljesen — a kórházügytől.

Önként folyik ebből az, hogy akkor, amidőn az országos közegészségi színvonal emeléséről van szó: akkor országszerte decentralizált és magas színvonalon működő, számos és jó kórháznak teremtése a legsürgősebb kormányhatósági feladat.

Felvetődik itt azon kérdés, hogy melyek tehát azon eredő erők és kellek, amelyek összműködésükben magas színvonalon működő, jó kórházat eredményeznének?

A felelet roppant egyszerű — a kivétel, sajnos, annál nehezebb!

Legyenek a kórházak felszereléssel és gyógyászati segédeszközökkel, orvosi-, gazdasági-, ápoló- és egyéb személyzettel kellőleg dotálva, s ezen személyzet hozzáértő, szakképzett egyedeiből álljon, akik idejük, ambíciójuk, szaktudásuk és minden energiájuk javát a kórháznak szenteljék.

Itt kapcsolódik be az elmondottakba referátumom szillabusának első pontja, mely a következőket tartalmazza:

1. A köz- és nyilvános jellegű kórházak orvosi és gazdasági személyzetének státuszrendezése a speciális munkakör figyelembevételével.

Legyen szabad itt egy hasonlatot alkalmaznom, amely tömören jellemzi a helyzetet: egy olyan hadsereggel, amelynek soraiból az elégedetlenség moraja hallatszik, nem lehet eredményes hadjáratot viselni!

Márpediglen a kórházi szolgálat egy minden más foglalkozási ágtól elütő, permanens és örök háború a legnagyobb nemzeti vagyon, a közegészségügy fokozása és az államot alkotók halandóságának csökkentése érdekében.

Mindnyájan emberek vagyunk, s ha permanens jellegű, hivatalos órákhoz nem köthető munkánk, önfeláldozásunk és ambícióink nem találkozik az illetékes tényezők részéről az erkölcsi és anyagi elismerés azon mértékével, amely bennünket felelősségteljes munkánkban méltán megillet: akkor a mellőzés és deklasszifikálás letöri az ambíciót, megtöri az energiát, s ez viszont a kórház színvonalának sülyedésében fog elsősorban megnyilvánulni. A cél pedig ennek épp az ellenkezője lenne!

Legyen szabad itt néhány statisztikai adat kapcsán 400 ágyas kórházunk betegforgalmát az utolsó hat esztendőben bemutatnom azzal a megjegyzéssel, hogy a hat év előtti két főorvossal szemben az időközben rendszeresített

kórosztályokon ma hét fizetési státuszba felvett osztályvezető főorvos és két rendelő főorvos működik.

Meg kell jegyeznem még azt, hogy férőhelyeink számát a tavalyi év folyamán még 20 ágygal *csökkenteni* is kellett, hogy az időközben alkalmazott apáca-ápolónőknek, rendi szabályainak megfelelő, elhelyezést biztosíthassunk.

Ezen betegforgalmi statisztikának rohamosan emelkedő tendenciája élénken fejezi ki azt, hogy kórházunk betegforgalmát — s így orvosi és egyéb munkáját is — az utolsó öt év alatt úgyszólván 100%-ban növelte!

Gyógykezeltetett:

1921-ben.....	2995 fekvő beteg	1924-ben.	4288 fekvő beteg
1922-ben.....	3109 « «	1925-ben.	4609 « «
1923-ban.....	3854 « «	1926-ban, eddig .	4394 « «

amely utolsó szám az év végéig előreláthatólag megfogja haladni az 5000-et!

Ezzel szemben a közelmúlt napokban megjelent, s a kórházi státuszrendezés tárgyában kiadott 124,000/1926. sz. N. M. M. körrendelet, amely a székesfővárosi kórházak kikapcsolásával a vidéki nem állami kórházak orvosait és az általuk végzett munka értékét oly mértékben deklasszifikálja, hogy félő, miszerint ennek egyenes konzekvenciáj a kórházorvosi kar ambíciójának letörése és ezzel karöltőleg a kórházak színvonalának csökkenése lesz.

Referátumomnak 2-ik pontja: a kórházi napi ápolási költségek megállapításának kérdése. Miként tudjuk, ma — eltérőleg a békebeli szokástól — kormányhatósági rendelet és intézkedés szabja meg az ápolási költségek nagyságát, s nem az effektív szükséglet, aminek kárát főképp az elmúlt közeli esztendőkből láttuk, amikor is az elégtelenre megszabott ápolási költségből folyólag kórházunkra tekintélyes deficit származott.

Kérelmünk e tárgyban az, hogy a kórházi költségvetések a tényleges szükségleteknek megfelelően állapíttassanak meg, csekélyebb teret engedve a kórházigazgatók pénzügyi leleményességének és a «boldoguljon ahogy tud» elvnek.

Különös méltánylást érdemelnek azok a kórházak, ahol intenzív sebészi munka folyik, mert köztudomásúlag a kórházaknak az operatív esetekkel járó tetemes kiadásai a per primám gyógyuló és hat hét napi ápolás után gyógyultan távozó betegeknél a napi ápolási költségek útján még részben sem térülnek meg.

Referátumom 8-ik pontja alatt ki fogok térni a kórházak nagy fehérnemű nyomorúságára, s itt csupán annyit vagyok bátor megjegyezni, hogy a 35,000 sz. kórh. szabályrendelet 28-ik §-ának i) pontja értelmében az évi 25%-os fehérneműpótlás most már minden körülmények között keresztülviendő lenne.

3. A kórházi beteganyag differenciálása a legszélesebb alapokon, nevezetesen speciális kórosztályok létesítése útján, szakképzett specialista főorvosok vezetése alatt.

Bőséges tapasztalatokra támaszkodva állítom, hogy ahol osztály és jólképzett főorvos van: ott másnap beteganyag is van!

Itt kell megemlítenem, hogy a *Röntgen-laboratórium* működését ma már egy kórház sem nélkülözheti, s mégis a röntgen-laboratóriumi főorvosi állás rendszeresítése a legnagyobb nehézségekkel találkozik. Fennáll az a megszegyenítő helyzet, hogy a kórházak minden anyagi ellenszolgáltatás nélkül kénytelenek igénybevenni Röntgen-szakorvosok működését.

A Röntgen éppoly nélkülözhetetlen tényezője a közegészségügynek, mint bármi más diagnosztikus és terapeutikus faktor és ennek munkáját magánorvosok szívességi működésére bazirozni nem méltányos és nem a közegészségügy fontosságához méltó.

4. Prosekturák létesítése szakképzett prosektor-laboratóriumi főorvosok vezetése alatt, tudományos előképzettségüknek megfelelő dotációval, különös tekintettel arra is, hogy szakmájukban a magánygyakorlat valóban mint «quantité négligeable» szerepel a magán-vizsgálatokból eredőleg.

A most megjelent státuszrendező körrendelettel ugyanis előállott az a megszegyenítő helyzet, hogy 17 évet egyetemi tanársegédi és adjunktusi minőségben eltöltött egyetemi magántanár prosektor-főorvosunk a X-ik fizetési és rangosztályba, az irodatisztekkel és adótisztekkel helyezettett egyvonalba.

5. Lehetőleg valamennyi kórháznál apáca-ápolónők alkalmazása, nem csupán a lelkiismeretes ápolás miatt, de azért is, mert igen jó hatással vannak egyrészt a turbulens beteg elemekre, másrészt a csekély kötelességérzetű és alacsony erkölcsi színvonalon álló kórházi cselédszemélyzetre. Alkalmazásuk pillanatnyilag többkiadást jelent ugyan, mert rendi szabályaik elhelyezésüket bizonyos kautélákhoz kötik (mint pl. hálótermek, ebédlő, stb.), amely többkiadás azonban bőségesen megtérül, mert jelenlétük megóv sok anyagi és erkölcsi károsodástól.

6. Népbetegségek (tbc. venereás bajok, trachoma) elleni eredményes védekezés a prevenciótól eltekintve, csakis országszerte létesített speciális osztályokra támaszkodólag lehetséges. Miként említeni már szerencsém volt, ahol szakképzett vezetővel ellátott osztály létesül: ott másnap már beteganyag is van!

7. Az elmebetegek elhelyezésének mai állása teljességgel tarthatatlan. Tökéletesen igaza van az elmebetegeket beszállítani akaró hatóságoknak, amidőn az elhelyezés körül megindult és protrahált polémiákban kijelentik a kórház igazgatóságának, hogy a köz- és önvészélyes elmebajost nem köthetik az íróasztal lábához hivatalukban. Ezzel szemben a kórházigazgatók sem követhetik az elhelyezésnek ezt a módját, viszont pedig a felvételhez elegendő férőhellyel *nem* rendelkeznek.

8. A kórházi fehérnemű nyomorúság gyökeres szanálása országos központi kórházi textil-áru anyagbeszerző útján, mert a nagybani beszerzés útján e téren óriási megtakarítások lennének elérhetőek, feltéve, hogy a szállításra kerülő áru megfelelő minőségű is.

Standardizálendő lenne a kórházi fehérnemű minőségileg és méret szempontjából, konfekcionált állapotban is, gyermekekre, felnőttekre, férfi- és nőbetegekre, kipróbált, jóminőségű anyagból.

9. A törvényhatóságok által menházak létesítendőök, ahol a gyógyíthatatlan, vagy egyéb okból kórházi ápolásra alkalmatlan elaggottak, ártalmatlan hülyék, nyomorékok stb. elhelyezhetök, mert a kórház nem lehet az alkoholisták toprongyos és férges csavargók, támasz nélkül álló elaggottak és a mindenkitől eltaszítottak gyűjtő rezervoárja. Ez a nem kívánatos és a legegyszerűbb tisztaságra is csak nehezen reászorítható elem igen sok esetben elriasztja a kórháztól a ténylegesen kórházi ápolásra szorulókat.

10. A vidék valamennyi köz- és nyilvános jellegű kórházának adatszolgáltatása útján összeállítandó kórházi évkönyv a mai laza kölesönös viszony kiküszöbölésére. (Ágyszám. Vezetök. Betegforgalom. Műteti statisztika. Kórházfejlődési mozzanatok. Az illető vidék speciális kórházi vonatkozásai.)

Hozzászólások:

1. Dr. S z i g e t h y G y u l a S á n d o r, kórházi igazgató-főorvos (Kaposvár): A kórházügy és rendezése elsősorban nemzetgazdasági érdek és hogy a beteg ember minél hamarabb újra hasznos, produktív tagja legyen a társadalomnak, ehhez az szükséges, hogy minél több, minél jobban felszerelt, s lehetőleg minden osztályát szakember vezető kórháza legyen az országnak. A kórházak általában nagy nevelő hatással vannak a népre, s a kórházakkal szemben előbb fennállt idegenkedés nagy mértékben csökkent a háború óta. Az, hogy az orvostudomány fejlődése folytán mindjobban specializálódott, maga után vonta azt, hogy az orvosok nem lehetnek egyformán járatosak minden betegség kezelésében, hanem külön kell tanulniok s folyton gyakorolni a különféle szakokat. Kis kórházakban azonban speciális gyógyítást végezni nem lehet, azért szükséges, hogy nagy kórházak létesüljenek lehetőleg minél több osztállyal, ahol az egyes osztályokat szakmájukban jól képzett orvosok vezetik, s az osztályok jól felvannak szerelve az élet minden követelményével szemben.

A kórházügy az elmondottakból folyólag másodsorban pénzkérdés. Hogy a kórházak hivatásuknak megfelelhessenek, szükséges, hogy úgy az orvosi, mint a gazdasági személyzetük olyan helyzetben legyen, hogy egész munkacerejét és kedvét a rájuk bízott intézet felvirágoztatására fordíthassa. Szükséges, hogy státuszuk rendeztessék.

A kórházaknak a betegápoláson kívül bizonyos üzemszerű teendői is vannak, hogy az üzem minél hasznosabb legyen, s minél eredményesebben és gyorsabban működhessenek, meg kell a lehetőséget adni, azaz adminisztrálását minél egyszerűbbé kell tenni, s le kell a vállairól venni minden olyan munkát, amely nem szigorúan a kórház teendője. Egyszerűsíteni kell az ápolási díjak behajtását.

Az üzem zavartalan vitelének egyik feltétele az is, hogy a felügyeleti hatóság a kórházak napi ápolási díjait, ha azok az ezidőszerint érvényes 35,000. számú szabályrendelet rendelkezései szerint állapították meg, jóváhagyja, s ne hatalmi szóval állapítsa meg az ápolási díjakat, amelyekből a kórházak kijönni nem tudnak, s adósságot adósságra halmozni kénytelenek.

Okvetlenül megoldandó kérdés az ápolókérdés is. Szükséges, hogy a

kórházban alkalmazott ápolók, munkások fizetése, előléptetése, lakás- és nyugdíj biztosítékáról intézményes gondoskodás történjék. Addig, amíg az ápolónak megfelelő fizetést, előmenetelt, tisztességes lakást, rokkantsági vagy elöregedésének eseteire nyugdíjat biztosítani nem tudunk, nem várhatjuk azt, hogy intelligensebb és állandóbb személyzetet kaphatunk, s kénytelenek leszünk vesződni olyan anyaggal, amely csak azért jön a kórházakba, mert máshol sehol alkalmazást nem talál.

A kórház fehérnemű szükséglet biztosítására bőven elegendő, ha a 35,000/1902. B. M. szabályrendelet idevonatkozó rendelkezései helybenhagyatnak. A fehérnemű beszerzése azonban a legcélszerűbben és legjobban szabadkereskedői versenyben eszközölhető, a központosítás ebben a kérdésben sem szükséges, a központi anyagbeszerzővel eddig tett szomorú tapasztalatok alapján, ennek feltámasztása nem kívánatos.

A kórházak mentesítendőik a szigorúan oda nem tartozó, de ezidőszerint máshol el nem helyezhető anyagtól, az elaggottaktól, az értelmetlen hülyék és nyomorékoktól, akiktől hozzátartozó és község egyaránt irtózik. S akiktől, havaiami ürügy alatt kórházba kerültek, csak hosszas és körülményes utánjárás után szabadulhatnak.

A kórházak adatszolgáltatása alapján összeállított évkönyv, amely minden a kórházakra vonatkozó adatot pontosan tartalmazza, nagyban hozzájárulna a kérdés megértése és tisztázásához. Tiszta képet adna az országkórházainak állapotáról, sarkalólag hatna a kórházakra, s végeredményben az ország emberanyagának válnék hasznára.

2. Dr. C s e r e y - P e c h á n y A l b i n, kórházigazgató-főorvos (Kecskemét): Az elaggottak, hülyék stb. menházain, szegényházakon kívül sürgősen szükség volna speciális intézetekre, ahová gyógyíthatatlan rákbetegeket lehetne beutalni, ahol ezeken gyógykísérleteket vagy legalább is tudományos vizsgálatokat végeznének, ami mindenesetre számukra is jobb a mai «nihil faciendum»-nál és amellet a tudomány haladását is szolgálná.

A kórházak tudományos munkájának előmozdítása céljából kórházi könyvtárak létesítését tartja szükségesnek. E helyről kéri a magyar szakfolyóiratok kiadóhivatalait, hogy amennyiben lehetséges, a kórházak könyvtárait régebbi évfolyamok adományozásával vagy ingyenpéldányok küldésével segítsék. A kórházak tudományos munkája annál nagyobb fontossággal bír, mert az új szigorlati rend szerint a kórházak az orvosképzésben tekintélyesen résztvesznek.

3. Dr. S z a b ó J ó z s e f, egyetemi tanár: Felhívja az értekezlet figyelmét a vidéki köz- és nyilvános jellegű kórházak speciális stomatológiai — fogorvosi — osztályokkal való ellátásának szükségességére.

4. Dr. B e r z s e n y i Z o l t á n, kórházigazgató-főorvos (Székesfehérvár): Téves az a felfogás, mintha a vidék közegészségügyét annyira szolgáló kórházak már talpraálltak volna. Az összeomlás óta kétségtelenül nagy a javulás, azonban korántsem olyan, hogy ne sok bajjal kelljen ma is a kórházaknak megküzdeniök. A kórházakat immár végérvényesen talpra kell állítani, aminek módja, hogy mindazokat a hiányokat pótoljuk, amelyek

működésüket naponként gátolják, sőt akárhányszor lehetlenné teszik. Ez csak akképpen lehetséges, ha az egészségügyi kormányzat olyan kórházaknál, ahol erre az ápolott betegek számából, illetve az ápolási napok sokaságából a fedezet megvan, egy, a költségvetésbe beállítható 10—15 éves amortizációs költsön felvételét engedélyezi.

A prosekurák létesítésének lehetősége elé nagyobb kórházaknál az egészségügyi kormányzat akadályt nem gördít. Felette aggasztó azonban a napokban kiadott státuszrendezés, ami a prosektorokat a X. fizetési osztályba helyezi, azokat a főorvosokat, akik tisztán és kizárólag erre a fizetésre vannak utalva. Elképzelhetetlen, hogy az orvostudomány elméleti ágaira akad vállalkozó ilyen elhelyezkedési lehetőségek mellett. Külföldön a tendencia az, hogy a teoretikus szakokat jobban dotálják, mert csak ezáltal lehetséges, hogy ezen állásokra szakemberek kerüljenek, akik a megélhetési gondoktól menten, búvárkodásnak szentelhetik életüket.

A szokásos kórházi osztályokon kívül minden nagyobb vidéki kórháznak bírnia kellene egy elsőrendűen berendezett, szakképzett főorvos által vezetett veneréás és elmebeteg osztállyal is, és valóban vizás az, hogy egy közkórház a salvarzant nem használhatja.

Helyesnek tartom azt az intézkedést, hogy a kórházakba csak gyógyítható betegek vétessenek fel, mert hisz a közkórházak elsősorban erre valók. A gyógyíthatatlan betegek elhelyezéséről is kell azonban feltétlenül gondoskodni, akár a kórház keretén belül megfelelő, csak gyógyíthatatlanokat befogadó pavillon építésével, akár az 1898. XXI. tc. 8. §-ának szellemében, ami ezen betegek ápolását a községek feladatkörébe utalja. E téren azonban semmi sem történt.

Igen lassan megy a szegénybetegek után felmerült ápolási díjak behajtása. Évek múlnak el, mire a vagyontalan ápoltak születési, illetőségi és lakóhelyétől megfordul az úgynevezett kórházi értesítő, a gyógydíjat pedig csak ennek beszerzése után lehet felszámítani. A magánfizetők által késedelmesen beszolgáltatót ápolási díjtartozások pedig éppen a fenti okokból kamattal volnának megterhelendők éppúgy, mint a késedelmesen fizetett adók. Sürgeti a kórházi személyzet státuszrendezését.

5. Dr. Grósz Emil, egyetemi tanár: Az 1898. évi XXI. tc. sok hibája mellett nagy koncepciójú volt. Ez a törvénycikk a betegápolást államosította. Ennek módosítása az 1926. évi rendelet. Akik gyakorlatilag foglalkoznak a betegápolással, a legnagyobb aggodalommal kell az utóbbival szemben viselkedni, mert bármiféle kautáléval is van körülbástyázva ez a rendelkezés, hogy elhárítsa az alapvető tétel megdöntésének közvetlen következményeit, mégis félő, hogy ezek előbb-utóbb jelentkezni fognak.

Továbbá hangsúlyozni kell, hogy a 35,000-es rendelet gyökeres revízióra szorul. Ma, amikor a kórházak fenntartása az ápolási díjak révén történik, gyökeres revíziójára van szükség ennek a 35,000-es, teljesen elavult szisztémájú rendelkezésnek.

A klinikák sokkal nagyobb mértékben hozzájárulnak a kórházi ágyhiány enyhítéséhez, amint az itt elhangzott. 1800 ágy van a klinikákon, évente

30,000 beteget ápolnak, kb. 600,000 ápolási nappal. Ez nagy segítségére van a fővárosnak, különösen ha hozzáveszik a tenger ambuláns beteget. Teljesen igaz, hogy annak ellenére, hogy ilyen nagy egyetemi állami intézmények vannak, még mindig óriási helyhiány tapasztalható. Bécsben ezt a kérdést megoldotta a háború alatt. Amikor a kórházi ágyak hiánya jelentkezett 1916-ban, stabil-barakkok építésére tettünk javaslatot. A minisztertanács 7.000,000 aranykoronát szavazott meg az építkezésre, de a tervet megbuktatták. Ausztriában az történt, hogy stabilépületeket és tartós barakkokat építettek. Nálunk a Zita-kórház barakkjait lebontják vagy átépítik. Bécs jobban megoldotta ezt a kérdést. Itt egy nagystílusú, nagyszabású kórházkiegészítésre van szükség. Ami pedig a vidéki kórházakat illeti, a helyzet az, hogy óriási szükséglet van számban és minőségben.

A kórház elsősorban ugyan gyógyító-intézet, azonban egyúttal megelőző-intézet is. A kórház a leghatalmasabb támaszt nyújtja a profilaxisnak, de nemcsak abban az értelemben, hogy kiemeli a fertőzőbeteget és beviszi a kórházba? A kórháznak fertőtlenítője, annak a kórháznak laboratóriuma és egész struktúrája arra szolgál, hogy a betegségek megelőzésében közreműködjön. Természetes, hogy annak a kórháznak orvossal és felszereléssel bőven el kell látva lennie. A legklasszikusabb példa a fertőtlenítő-kérdés. Az a megelőzésnek egyik legnagyobb tényezője. Ha a fertőtlenítőket odaadjuk a községnek, amint egyszer megtörtént, hogy az egyik belügyminiszter alatt ellátták a községeket fertőtlenítővel, akkor mi történik a gépekkel. Először berozsdásodnak, másodsor nincsen, aki velük bánjon. Ha a fertőtlenítő a kórházakhoz van kapcsolva, akkor működésképes lesz.

6. Dr. S o m o g y i Z s i g m o n d, egyetemi tanársegéd: A venereás-betegségek ellen való védekezés szempontjából hangsúlyozza a kórházi osztályok fontosságát. Bármilyen elvek szerint történjék is a nemibetegségek elleni védekezés, a siker elengedhetetlen feltétele a jól vezetett és berendezett speciális kórházi osztály. E nélkül a legszigorúbb tiltó- és büntetőtörvény, kény szerkezelés elrendelése, propaganda, felvilágosítás kivihetetlenül és neveltségessé válik.

Vidéki köz- és nyilvános jellegű kórházaink nagy részében a venereás-betegek ellátása terén elég sok kívánni valót találunk. A vidéki egyetemeket is beleértve, összesen 12 vidéki kórházban van szakképzett főorvos vezetése alatt álló bőr- és nemibeteg-osztály összesen 699 ágygal. Ezek közül sincs minden kórházban járóbetegek részére rendelés, amin— hacsak a kórház fekvése megengedi — segíteni kell. A többi köz- és nyilvános jellegű kórházunkban bőr- és nemibeteg osztály nincs. Papiroson vannak ugyan ágyak nemibetegek részére, így a népjóléti minisztertől 1925. évben nyert kimutatás szerint pl. Kecskeméten 12, Szekszárdon 13, Gyulán 36, Székesfehérváron 25 ágy és még néhány így Esztergomban, Magyaróvárott, Veszprémben, Szigetvárott, de ezek önálló osztály jellegével bírván, nem állnak szakképzett főorvos vezetése alatt. Az ilyen kórházakban a bőr- és nemibeteg ellátása rendszerint igen szomorú. A belgyógyászati, sebészeti v. elmeosztály főorvosa látja el ezen betegeket, kiknek a kórház legmostohábban berendezett helyisége jut, hová bekerülni

inkább büntetés és szégyen, mint gyógyulás. Mindezekben a bajokon egyszerűen segíthetünk, ha meglévő ágyaknak — ha még oly kisszámúak is — önálló osztály jellegűt adunk, élére szakképzett főorvost állítunk, ki járóbetegek részére is köteles rendelést tartani. Ez igen csekély beruházással és egyetlen állás rendszeresítésével keresztülvihető. Végül azokban a kórházakban, hol még ilyen papiros-ágyak sincsenek, legalább rendelések szervezendők.

Mindezen intézkedések végrehajtásának még egy haszna lenne. Általános ismert, hogy hazánkban nem annyira az orvosok nagy száma, mint inkább elosztásuk egészségtelen. Ez még fokozottabb mértékben áll a specialistaikra, de legnagyobb mértékben a bőr- és nemibetegségekkel foglalkozó szakorvosokra. Vannak megyék, hol egy nemibeteg-szakorvos sincs.

Ha a *meglévő ágyaknak osztály jellegűt adunk, a főorvosokat rendelések tartására kötelezzük, minden ny. jeli. kórházban legalább nyilv. ingyenes rendelést szervezünk nemibetegek részére*, már igen csekély költséggel jelentékeny alkottunk a nemibetegségek elleni küzdelemben. A rendelők azután alapjaul szolgálhatnak esetleg egy később kiépítendő gondozó rendszernek.

7. Dr. Gener s i c h A n t a l, kórházigazgató-főorvos (Hódmezővásárhely): A vidéki kórházak fejlődésére a prosekturák létesítése elhatározó fontosságú, mert prosektura nélkül a kórházi anyag a továbbképzés szempontjából teljesen értéktelenné válik. Kisebb kórházakban a prosektura a Röntgen-laboratórium vezetésével volna összekapcsolandó, mert így a kórházra nézve gazdaságosan oldható meg a kérdés, de a Röntgen-laboratórium vezetése révén mellékjövedelemhez jut a boncnok főorvos s így jól képzett orvos is vállalkozni fog erre a rosszul dotált állásra is. Az ápolónői kérdést nem tartja megoldhatónak az előadó által javasolt szerzetes ápolónők alkalmazása révén, egyfelől mert nincsen elég számú szerzetes ápolónő, másfelől azért sem, mert a szerzetes ápolónők sem tanult szakképzett ápolónők s bár erkölcsükben nem eshetnek kifogás alá s a jelenlegi világi ápolónőkkel szemben megbízhatóbbak is, a legideálisabb megoldást mégis a jól kvalifikált, képzett, magasabb műveltség felett rendelkező, hivatottság alapján rekrutálódó s a középosztálybeli családokból származó ápolónői kar jelenti.

A kórházi ápolónői kar hivatalnoki státuszba volna sorozandó s számukra egyelőre a XI—IX.-ik fizetési osztály volna megnyitandó legfeljebb 30 évi szolgálati idő utáni teljes nyugdíjjogosultsággal. Ezzel együtt járna a társadalmi téren való elismertetés és megbecsültetés. Természetes, hogy ezen hivatalnoki státuszba beosztott ápolónői karba csak rendes ápolónői iskolát végzett ápolónők legyenek kinevezhetők s ápolónő csakis négy középiskolát végzett egyének lehessenek.

A kórházak jövő fejlődésére, gazdaságos üzem vezetésére szükségesnek tartja a kórházi orvosok és tisztviselők tömörülését egyesületi alapon. A beszerzésre nézve a szabadverseny a kórházaknál meghagyandó. A központosított anyagbeszerzők nem váltak be.

Az országos közegészségügy fejlesztése érdekében állónak tartja a közegészségügyi intézetek decentralizálását, ami a nagyobb vidéki kórházakban létesítendő s a közigazgatási orvosi karral, valamint a kórházi orvoskarral

együtt működő vidéki közegészségügyi laboratóriumok létesítése révén volna könnyen és olcsón megoldható.

8. Dr. Fabinyi Rudolf, egyetemi m.-tanár, elmegyógyintézeti igazgató: Az elmebetegügy nálunk is hovatovább mind nagyobb fontosságra, főleg szociális jelentőségre emelkedik. Ha számba vesszük azt, hogy pl. 1924-ben 5534, 1925-ben pedig 5664 elmebeteg vétetett fel a zárt intézetekbe, ami 10,000 lakosra számítva 679, illetve 708 megbetegedést jelent, nyilvánvaló, hogy az elmebetegségek együttesen gyakoriságukban — talán a tuberkulózist kivéve — a többi fertőzőbetegségeket felülmúlják.

A gyógykezelést és egyszersmind a közbiztonságot szolgálják a zárt intézetek, Csonka-Magyarország 31 ilyen célra szolgáló kisebb-nagyobb intézetében, klinikáján, illetve elmeosztályán és szanatóriumában az 1925. év folyamán 10,685 elmebeteget ápoltak, sajátszerűen jóval több férfit, mint nőt, mert bár Csonka-Magyarországon 980,000-el több nő van, mégis a felvételeknek csak 41 %-a volt nő. Ez természetesen az elmebajoknak jelentőségét, mivel gyakran éppen a kenyérkereső családfőt éri, még inkább súlyosbítja.

Ezen betegeknek felvételére a múlt évben 5719 betegágy állott rendelkezésre, azaz 1398 lakosra egy ágy jutott. Az ágyszámba azonban a szükség férőhelyek (szalmazsákok) is bele vannak számítva, úgy, hogy tekintve a megbetegedések nagy számát és a rendelkezésre álló férőhelyeket és azoknak az országban való elosztását, főképpen a fővárosban mindig férőhely-hiánnyal kell küzdeni.

Ennek természetesen az a következménye, hogy nem minden elmebeteg kerülhet be zárt intézetbe, köztük igen sok olyan beteg, kinek pedig erre inkább saját érdekéből, mint közbiztonsági okokból, feltétlenül szüksége volna. Különösen a korai felvétel nem történhetik meg, ami sok esetben az egyedüli mód a betegség gyors és sikerrel kecsegtető gyógyításra.

A férőhelyeknek megfelelő módon való szaporítása tehát nemcsak közvetlenül a therapiát volna hivatva szolgálni, hanem közvetve a profilaxist is.

A férőhelyek egyelőre legalább 1000 ággyal szaporítása volna tehát indokolt, ami elérhető akár új intézetek emelése, akár a meglevőknek kibővítése által. Az új férőhelyek legalább egy részének az említett ú. n. átmeneti esetek számára kell berendezve lennie, és pedig nem zárt, hanem ú. n. nyílt vagy idegosztályok vagy megfigyelők alakjában, melyekbe a betegek először vétetnének fel és csak szükség esetén továbbíthatnának a zárt osztályokra.

Vidéken, a most már Szombathelyen épülő, illetve Győrön, Balassagyarmaton, Miskolcon s a Székesfehérváron tervbevett új nagyobb törvényhatósági kórházi osztályokkal egyelőre számban legalább elegendő férőhely fog rendelkezésre állani. Kétségtelen ugyan, hogy az elmebetegek kezelésére egyáltalában csak nagyobb és függetlenül vezetett — szóval más kórházi célok-
nak alá nem rendelt elmegyógyintézetek természetesen a legmegfelelőbbek
bek — mégis ez a törvényhatósági elmeosztályok által való megoldási mód
is egyelőre elfogadható.

A fővárosban a viszonyok sokkal rosszabbak. Itt a férőhelyeknek sokkal nagyobb arányú szaporítása szükséges, úgyhogy ez az egyszerű bővítésekkel

csak nehezen volna megoldható. Csak Lipótmezőn a háború előtt tervezett penziós beteg-pavillonnak felépítése által kaphatnának elegendő azaz 400 új férőhelyet, vagy pedig egy egészen új intézetet kellene emelni, ami azonban kétségenkívül egy sokkal drágább megoldás volna.

Az elmebetegek nagy része azonban nem szorul intézeti kezelésre s ezért intézeten kívül is ápolható, sőt gyógyítható. Ennek két formája van. a heterofamiliáris (idegen) és a homofamiliáris (saját) családban való ápolás. Ezek közül az első már 1906 óta megvan Magyarországon. Három megmaradt családi ápolási telepünkön, Balassagyarmaton, Baján és Sátoraljaújhelyen, melyekhez negyediknek még az új szekszárdi telep is járul, folyó év okt. 1-én már 689 beteg volt ápolás alatt, tehát több, mint a háborút megelőző években.

A homofamiliáris családi ápolásra, mely tulajdonkép nem egyéb, mint az elmebetegek patronage-ja, — gondoskodó felügyelete, — most történnek a Lipótmezőrőlkiindulólág az első kísérletek. Külföldi, főleg német és amerikai tapasztalatok szerint, az a gondoskodó felügyelet igen bevált, mert nemcsak a betegnek nyújtja a legkellemebb ápolási módot, hanem lehetővé teszi igen sok esetben azt, hogy a különben csak a társadalom és állam nyűgét képező beteg ismét annak hasznos dolgozótagjává váljon. Ennek óriási szociális jelentősége kézzelfogható. Azonkívül előnyös az államra nézve azon szempontból is, hogy a patronage segítségével igen sok esetben olyan betegek is kint tarthatók családjaiknál, kik azelőtt zárt intézeti kezelésre szorultak, tehát az állam így sokszor megtakarítja a drága intézeti elhelyezés költségeit is.

Végül a patronage a profilaxisnak is szolgál akkor, amidőn nemcsak a már intézetben volt betegekre terjesztetik ki, hanem, mint azt a külföldi példák mutatják, olyan még intézetben meg nem fordult egyénekre is, kik az elmebetegségre hajlamosítva vannak vagy annak mintegy határán állanak.

A therapiát és a profilaxist a patronage-nál még inkább szolgálják az azokkal rendszerint együtt működő *Tanácsadó Állomások*, amelyeken lelki bajokban úgy a betegek maguk, mint azok hozzátartozói felvilágosításokat, tanácsokat, utasításokat, szükség szerint gyógykezelést is nyerhetnek. A lipótmezei elmeegógyintézetben 1925 májusa óta működik az első ilyen magyar Tanácsadó Állomás. Hézagpótló voltát az mutatja, hogy eddig 614 beteg fordult itt meg.

9. Dr. Óvári Papp Gábor, kórházigazgató-főorvos (Szolnok): A vidéki kórházak országos értekezletének javaslatait és felterjesztéseit ismerteti a kötelező kórházi gyakorlat, az ápolóképzés, a takarékos gyógyszerellátás, az ápolási díjak behajtása, a személyzet betegpénztári tagsága, a leltári tárgyak kezelése, a kórházi évkönyv, a kórházi költségvetés, a műszeres kötszer-beszerzés, a kórházak államosítása, új kórházak, új kórházi osztályok, a gyógyíthatatlanok osztálya, elmebajosok, gümőkórosok elhelyezése, a mentés, a dezinfekciói, a szakorvosok, a kórházi személyzet helyzete, a közszükségleti cikkek stb. ügyében.

NEGYEDIK NAP.

(Műszaki osztály.)

Elnök: dr. Szarvasy Imre, műegyetemi rektor.

Vízellátás, csatornázás, szennyves víztisztítás.

Előadó: Farkass Kálmán, ny. h. államtitkár.

1. A vízellátás, csatornázás és szennyves víztisztítás ügye nálunk aránylag visszamaradt. 1914 óta alig mutatkozik fejlődés.

2. Egy város és két-három balatonparti helyen kívül felületi vízzel táplált vízvezeték nincsen. Folyóvíz mentén fekvő oly helységekből, ahol ártézikút nincsen, a folyóvizet használják fel.

3. A felületi vizek az említett vízvezetékknél ürlepítés és szüréssel derítetnek, míg egyebütt csak ürlepítés után szolgálnak ivóvízül.

4. Lakosságunk nagyobb része talajvizet iszik; részben a feltalaj alatti felső vízholdó rétegből aknakutak útján, részben mélyfúrású kutakkal felszínre hozott ú. n. artézi vizet.

5. Ürlepítés és szürés által felületi vízből is lehet ivóvizet előállítani, de ezt csak nagyobb városokban szabad megtenni, ahol kellőképzettségű szak-erők útján a szürés ellenőrzéséhez szükséges szakértelem megvan. Enélkül járványos időben a lakosság egészségének a megóvásáért a felelősséget nem lehet vállalni.

6. A felületi vizek tisztítására javasolt klórozási eljárás amellet, hogy szintén csak szakszerű ellenőrzés mellet végezhető, az előzetes vízszürést nem teszi nélkülözhetővé.

7. Oly talajvizek élvezete, melyeknél a kút vízszíne közel jár a talaj felszínéhez, káros lehet. Csak olyan kutak vize lehet jó, amelyek vastagabb vízzáró agyagréteg alatt elvonuló vízholdó rétegből nyerik vizüket.

8. Biztosítottabbak a szennyeződés ellen a mélyfúrású kutak, amelyek olyan mélyenfekvő rétegeket csapolnak meg, ahová külső szennyezés nem juthat. Ha ilyen kutak vizét szivattyúzással kell felszínre hozni, úgy a szivattyú elhelyezésére szolgáló akna építése és fenntartása körül ugyanolyan óvóintézkedések szükségesek, mint a feltalajkutaknál.

9. Összehasonlítva a felszíni és altalajvízzel való ellátást, megállapítható, hogy mindkét módon lehet megfelelő vízellátást biztosítani, mégis a felületi

vizek használata csak állandó szakszerű ellenőrzés mellett biztosíthatja az egészség követelményeit.

10. A vízellátásban való előrehaladást nemcsak hivatalos és társadalmi propaganda útján kell biztosítani, de szükségesek erre törvényhatósági intézkedések és helyenként anyagi segítség nyújtása is. Az állami szervek e téren ne annyira a városi vízellátás terén tevékenykedjenek, mint inkább a faluban iparkodjanak eredményt elérni, amelynek maradiságát még erélyesebben is szükséges megtörni.

11. A szennyes vizek levezetése és ártalmatlanná tétele tárgyában még nagyobb az elmaradottság. Városaink csak kis része bír rendszeres csatornázással, szennyes víztisztító berendezéssel pedig éppen csak egy-kettő s még ezek működése sem a legjobb. E téren nemcsak propagandával, de hatósági kényszerrel is kell dolgozni. A fennálló törvényes intézkedések erre módot nyújtanak. A közigazgatási hatóságokat arra kell szorítani, hogy a törvényes intézkedéseknek érvényt szerezzenek. A felsőbb hatóságok szakhivatalait pedig utasítani kell, hogy az alsóbb fokú hatóságok e téren való ténykedését szigorúabban ellenőrizzék.

12. A szennyes vizek tisztítási kérdésében a helyzet szintén kedvezőtlen. Az eddig nálunk elért eredmények nem kielégítőek, de a hiba inkább a kezelés hiányosságában, mint a telepek megépítésében rejlik.

1.3. Az állami halélettani és szennyvíztisztító kísérleti állomásnak módot kell nyújtani gyakorlati méretekben létesítendő összehasonlító kísérleti telepek ellenőrzése útján gyakorlati eredmények gyűjtésére és azoknak az érdekeltek részére való ismertetésére.

14. Az egészségügyi haladásnak legnagyobb kerékkötője a pénztelenség. Szükséges olyan intézménynek magántőkével való életbeléptetése, amely városoknak és községeknek a közegészségi intézmények létesítésére hosszabb lejáratú kölcsön folyósítása által nyújthasson módot.

Ad 1. A városok és községek vízellátásának az ügye a kiegyezés előtt teljesen figyelmen kívül hagyatott. Néhány hegyiforrás levezetésén kívül e téren alig volt tevékenység tapasztalható, sőt Pest város vízvezetéke is csak 1867-ben kezd épülni s a város lakossága addig a nyers dunavíz s a rossz kutak vizének használatára volt szorulva.

Némileg élénkebb mozgalom csak az 1890. évtől fogva tapasztalható. Ekkor kezdődött a budapesti káposztásmegyeri nagy vízmű, valamint több vidéki városnak, és pedig Veszprém, Pécs, Sopron, Nagyvárad stb. városok vízvezetékének a kiépítése. Ez a folyamat — habár lassú ütemben — egészen 1914-ig tartott, amely időben annak a háború vetett hirtelen véget, amelynek befejezése utáni állapot sem kedvezett az ügynek s csak a legújabb időben észlelhetünk e téren újabb mozgalmat. Jelenleg Kispest, Pesterzsébet, Esztergom, Szekszárd, Gyöngyös és Eger építenek vízvezetéküket és a pécsinek kibővítése is folyamatban van.

A csatornázás és szennyvíztisztítás terén a tevékenység még sokkal lassúbb. A szakkörök előtt nem titok, hogy a székesfőváros csatornázása sok kívánnivalót hagy fenn és hogy itt a szennyesvizek minden előzetes tisztítás nélkül folynak a Dunába, kivéve a III. kerületi kitorkolást, ahol a szennyes - vizekben lebegő durvább alkotórészek egy ú. n. Geiger-féle szitakerékkel tartatnak vissza. Vidéki városaink közül csak nagyon kevésnek van rendszeres csatornázása, szennyvíztisztító berendezése pedig csak kettőnek van, de ezeknek fenntartása sem megfelelő.

Ad 2. A felületi vizekkel való központi ellátásra csak ott tértek át, ahol mélyfúrású kutakkal nem sikerült elegendő mennyiségű vizet biztosítani, így épült kb. 20 év előtt a szolnoki vízvezeték, ahol tiszavízet üllepítenek és szűrnék, valamint néhány balatoni fürdőhely vízvezetéke is, ahol balatonvizet szűrnék, egyszerűbb berendezésekkel. Folyóvizek mentén fekvő községekben, különösen a Tisza mellett — mivel a közönséges kutak vize többnyire élvezetre alkalmatlan — ezelőtt általában a Tisza vizét használták, amelyet kőkorszokban való üllepítés és nyáron pincékben való hűtés után fogyasztanak. A mélyfúrású kutak elterjedése óta az ilyen vízhasználat csökkenőben van.

Ad 4. Nagymagyarországon, amidőn a síkságot körülvevő kiterjedt hegyvidék is hozzánk tartozott, számos községben hegyforrások levezetésével látták el a környéket ivóvízzel, különösen az erdélyi részekben terjedt el ez a mód. Csonka-Magyarországon néhány városban és községben (Miskolc, Pápa, Veszprém, Pécs stb.) szintén találunk forrásvízzel való ellátást, amely azonban nem mindig elégíti ki a követelményeket, mert a forrásvizek sokszor azzal a kellemetlen tulajdonsággal bírnak, hogy erős záporok következtében, mennyiségükben jelentékenyen megszorodva, megzavarodnak, (Miskolc, Pécs), hosszabb szárazság után pedig annyira lepadnak, hogy a szükségletnek csak egy részét képesek fedezni (Pécs). Hogy a megzavarodott forrásvizek élvezete az egészségre ártalmas lehet-e, az természetesen a vízgyűjtőterülettől függ, de annyi bizonyos, hogy zavaros vizek élvezete a lakoságnál kellemetlen érzést válthat ki. A forrásvizek ezen tulajdonságai, azoknak vízvezetéki célokra való felhasználásánál óvatosságra intenek.

Talajvizekkel való ellátás esetén a víz megzavarodása nem szokott ugyan előfordulni, de emellett nincsen kizárva a víz szennyezése, sőt fertőzése sem, ha a vízellátást közvetítő kút rossz helyre van telepítve vagy annak közelébe a kút építése után jutottak olyan intézmények, amelyek a kútvízre káros befolyással lehetnek. E mellett talajvizekkel táplált vízvezetékek is okoztak már csalódást a várt vízmennyiség és minőség szolgáltatása tárgyában.

Mindamellet az ország lakosságának túlnyomó része talajvízzel van ellátva, mert nemcsak a vízvezetéki vízzel ellátott városi lakosság nagy része élvez ilyen vizet, de a falusi lakosság is túlnyomó részben ilyen vizet iszik és pedig a dunántúli és duna-tiszaközi részekben többnyire közönséges aknákutak útján, a tiszántúli részekben pedig többnyire mélyfúratú kutak segítségével. Ezen utóbbiak egészségi szempontból különösen kedvezőek, amennyiben külső szennyezésnek nincsenek kitéve. Hátrányuk, hogy némileg magas hőfokú vizet szolgáltatnak.

Ad 5. Felületi-vizekkel is lehet gondos és szakavatott kezelés (üllepítés és szűrés) útján jó ivóvizet előállítani, amely emellett mindig elegendő mennyiségben is biztosítható lesz. Hátránya ezen ellátási módnak a szélsőségekig változó hőfok (télen hideg, nyáron meleg), valamint különösen az, hogy a mesterséges szűrés útján való felületi-víz tisztításnak gondos műszaki és bakteriológiai ellenőrzése mellett lehet csak a víznek állandó jóminőségére nézve biztosítékot nyerni. Különösen járványos idő esetén bír ez fontossággal, mert ilyenkor nem lehet elutasítani azt a feltevést, hogy az igénybevett felületi-vízben kártokozó fertőzőanyag is lehet.

Mivel kisebb helyeken az ily tárgyban megbízható jártassággal bíró szakemberek állandó részvételére számolni nem lehet, ebből önként következik, hogy csak nagyobb városokban lehet szűrt felületi-vizekkel táplált vízvezeték létesítésére gondolni.

Ad 6. Újabban az Északamerikai Egyesült-Államokban használt klórozási eljárás nálunk való alkalmazásának a kérdése merült fel. Ennek az eljárásnak az alapja az, hogy a szennyezettnek feltételezett víz klórgázzal kezelik, ami által a vízben lévő baktériumok elpusztulnak. Eltekintve attól, hogy ezen eljárás által a víznek teljesen ártalmatlan baktériumai is megsemmisülnek, tehát teljesen sterilvizet nyerünk, amelynek az emberi szervezetre való befolyását még nem ismerjük, szükséges hangsúlyozni azt is, hogy a klórozás magában még nem biztosíthatja azt, hogy felületi-vízből megfelelő ivóvizet is nyerjünk, hanem szükséges a vizet megelőzőleg annak rendje és módja szerint meg is szűrni, mert e nélkül a felületi-vizek lebegő alkatrészeitől nem szabadulhatunk meg.

Ad 7. A talajvíznek élvezete sem mindig megbízható, amennyiben az akár túlsók ásványos, akár szerves anyag, vas- vagy mangántartalma miatt nem alkalmas az élvezetre, akár pedig az illető kútban oly magasan áll a talajvíz, hogy ezáltal a feltalajban lévő szennyezések is bejuthatnak a vízbe. Jó talajvizet csak akkor remélhetünk egy kútból, ha a vízhordóréteg felett vízzáró agyagréteg van települve, ha a kút vízállása legalább három méter mélységben van a talaj színe alatt, ha a kút közelében nincsenek olyan intézmények, amelyekből a talajvízbe szennyező anyagok juthatnak, ha a talajvíz folyási iránya sem kedvez ily anyagoknak a kútba való jutására, ha kút körül a felszín magasabb a környező talajszínnél, úgyhogy a csapadékvizeknek a kútba való bejutása ki van zárva stb. szóval, ha mindazok az óvatossági szabályok betartatnak, amelyek egy ivóvízkút telepítésénél elkerülhetetlenül figyelembe veendőek.

Ad 8. A mélyfúrású kutaknál a fennebb említett feltételek legtöbbszörre eleve is biztosítottak s így azoknak a vize a legtöbb esetben emberi élvezetre alkalmas lesz. Mivel azonban olyan mélyfúrású kutak is vannak, amelyeknek a vize a természetes nyomás elégtelensége miatt nem folyik ki a terepszín felett a kútból s ha emellett a béléscső olyan kis átmérőjű, hogy abban mélykútszivattyú hengere bele nem bocsátható, akkor a fúrtkút fölé aknát szoktak készíteni, amelyben aztán a szivattyút elhelyezik.

Ezen akna készítésénél és fenntartásánál lelkiismeretes gondossággal kell

arra ügyelni, hogy abba a szennyezett talajvizek belé ne juthassanak, mert ezáltal természetesen mindazok a biztosítékok, amelyek a mélyfúratú kutak vizének az élvezeténél fennállónak tekinthetők, semmivé lennének téve s az aknából szennyezett vizet szivattyúznának ki.

Ad 9. A fentiekben elmondottak alapján meg lehet állapítani, hogy úgy a talajvíz, mint a felületi-vizek felhasználásával lehet egészségügyi szempontból elfogadható vízellátást biztosítani akkor, ha az ellátást közvetítő berendezések telepítésénél mindazokat a körülményeket figyelembe vesszük, amelyeket az előbbieken már felemlítettem. A felületi-vízzel való ellátás azonban állandó szakszerű vezetést és ellenőrzést igényel, mert az üllepítés és a szűrés műveleteit állandóan figyelemmel kell kísérni abban a tekintetben, vajjon a szűrési termék mindig megfelel-e a kémiai és bakteriológiai követelményeknek.

Ad 10. Megállapítható, hogy az ország lakossága a vízellátás helyes elveiről csak csekély részben van tájékozódva s különösen a nép között ebben a tekintetben meglehetősen tájékozatlanság mutatkozik. Szükséges lenne azért e téren felvilágosítás és propaganda útján előrehaladásra törekedni. Különösen a tisztiorvosi karnak lenne módjában ebben az irányban is üdvös tevékenységet kifejteni és a lakosság nemtörődömségét megtömi, különösen falun, ahol ezekkel a kérdésekkel a legkevésbé foglalkoznak.

Törvényhozási úton is lehet odahatni, hogy olyan helyiségekben, ahol a vízellátás elégtelensége vagy meg nem felelő minősége hatóságilag megállapítást nyert, az illető község egy az igényeknek megfelelő vízellátás létesítésére záros határidő alatt köteleztessék. Amennyiben pedig a község anyagi helyzete miatt ennek a keresztülvitele nehézségekbe ütköznék, a szükséges fedezet méltányos feltételek mellett nyújtandó államkölcsön útján szereztessek be.

Ad 11. A szennyvizek elvezetése és ártalmatlanná tétele tárgyában még rosszabbak a viszonyok, mint a vízellátás körül. Csonka-Magyarország 54 városa közül csak kilencnek van rendszeres csatornázása, egy tizediké most épül. Szennyvíztisztítótelepe pedig csak kettőnek van s kérdés, vajjon ezek is üzemben vannak-e.

Bár a szennyvizek elvezetésének és ártalmatlanná tételének kötelező voltát már a múlt századbeli törvények is kimondották, a hatóságok a törvény végrehajtását nem kezelik kellő eréllyel. Csak panaszok beérkezése esetén indul meg valamelyes hosszadalmas eljárás, és végeredményben többnyire minden marad a régiiben.

A szennyvizek elvezetésének és azok ártalmatlanná tételének, tehát tisztításának szükséges voltát minden feljelentés beérkezése bevéására nélkül hatóságilag kell esetről-esetre megállapítani, s ennek alapján az illető községet (gyárat v. magánost), a szükséges munkálatok keresztülvitelére kötelezni. Amennyiben községről van szó, ebben az esetben is helye lenne megfelelő államkölcsön nyújtásának.

Ad 12. A szennyvizek tisztítási kérdésének az előrehaladását az erre szükséges befektetési és üzemköltségeken kívül hátráltatja még a kérdés technikai oldalának a bonyolultsága is. A külföldön számos szennyvíztisztí-

tási eljárás van használatban, amelyek alkalmazása és kezelése körül igen nagy gondosság, szakértelem és lelkiismeretesség szükséges, olyannyira, hogy az ilyen berendezésnek üzemben tartása elég nagy teher az illető városra vagy községre. Éppen ezért a csatornázó városok rendszerint húzódnak ilyen berendezések létesítésétől és — amennyiben azt az illetékes hatóságok megengedik vagy legalább is túrik — arra törekcsenek, hogy a csatornák tartalma tisztítás nélkül jusson lefolyásra és így megszabaduljanak minden további gondtól és felelősségtől.

Ad 13. Az állami halélettani és szennyvíztisztító kísérleti állomás lenne hivatva a szennyvizek tisztításának a szükségességére nézve esetről-esetre a kezdeményező lépést megtenni, az elsőfokú vízrendőri hatóságokat hivatalból az eljárás megindítására felhívni és meg nem felelő határozat esetén az ügyet a legfelsőbb fokig megfellebbezni. Hogy azonban ez az államhivatal ebben a tekintetben a hatósági kényszeren kívül, még megfelelő szaktanács nyújtását is magára vállalhassa, szükséges lenne, hogy az a fennálló városi és kórházi szennyvíztisztító-telepek állandó ellenőrzése útján minél több gyakorlati adatok birtokába jusson. Ha pedig ilyen meglévő berendezések bármelyikéből üzemben kívül lennének, úgy az illetékes hatóságok útján ezeket haladéktalanul üzembe helyeztethesse.

Ad 14. Általános tapasztalat, hogy a városok és községek közegészségi intézményekre nem szívesen áldoznak, ami a jelenlegi pénzszegény időkben még fokozottabb mértékben áll fenn. Éppen ezért már fentebb említés tétetett arról, hogy a kisebb teljesítőképességű községek ily művek létesítésénél államkölcsönt vehessenek igénybe, mert erős és egészséges lakosság fenn-tartása bizonyára fontos állami érdek.

Ámde mivel a kölcsönnyújtásnak ez a módja sem kecsegtet a jelen időben sikerrel, oda kell törekedni, hogy a magántőke érdeklődése ezekre a befektetésekre felhívassék oly irányban, hogy a községeknek és a városoknak vízvezeték, csatornázás és egyéb közegészségi célokat szolgáló intézmények létesítésére hosszabb lejáratú kölcsönt nyújthasson.

Az állam annyiban támogathatna egy ilyen vállalkozást, hogy annak a fenti üzletkörbe eső vállalkozásait adó -és illetékmentességben részesítené s amennyiben az illető építkezések keresztülvitelénél oly anyagokra és gyártmányokra lenne szükség, amelyek az ország területén elő nem állítatnak, tehát a külföldi behozatal válik szükségessé, úgy ezekre nézve a vámmentesség kedvezményét engedélyezné.

Hozzászólások:

1. B e c s e y Antal, mérnök: Szükségesnek tartja, hogy a műegyetemi oktatás keretében oly mérnök-továbbképző tanfolyamok rendszeresítenek, amelyekben a műegyetemet végzett mérnökök és gépészmérnökök a vízvezetékek, csatornázások és szennyvíztisztító berendezéseknek, mint elsőrendű közegészségügyi és városrendészeti közműveknek problémáit egységes koncepcióban ismerik meg és az e szakba vágó korszerű újításokról tájékoztatást nyernek.

Javasolja a kísérleti ügy rendszeresítését és *kutatások* területén való kiszélesítését. Ezek a feladatok esetleg a szervezés alatt álló Országos Közegészségügyi Intézet keretébe lennének intézményesen bevonhatók.

Szükségesnek tartja a vízvezetési és csatornázási fontosabb szerelvények szabványosítását, egyfelől a kicserélésre szoruló alkatrészek egységesítése, másfelől szerkezeti és gyártási szempontból való racionális megoldások normalizálása szempontjából. Ezáltal sok visszasság lenne megszüntethető, amelyek fenntartás és vízpazarlás stb. szempontjából sokszor súlyosan esnek latba. Ezzel kapcsolatban kívánatos lenne valamely meglevő intézményünk keretében állandó *gyűjteménytárakat* szervezni; amely egyfelől a közegészségügyi létesítmények történeti fejlődését, másfelől a szabvány-szerkezeteket és újításokat rendszeresen foglalja össze.

2. Dr. Hörnl Péter, városi tisztiorvos (Vác): Fontosnak tartja, hogy a csatornába bejutó és a vízvezetékek által nagy fokban hígított fekáliák gazdasági értékesítésével foglalkozzunk. A csatorna-tartalomnak gazdasági célokra való alkalmazását több helyen látjuk külföldön, és Berlinben azt nagy kert és gyümölcsgazdaság céljaira használják fel.

3. Czárán Péter, műszaki tanácsos: A felületi vizeknek vízvezetési célokra való felhasználása külföldön nagymértékben el van terjedve. A felületi víznek intenzív felhasználása fölöslegessé tette a talajvíz utáni hosszadalmas, költséges és igen gyakran eredménytelen kutatást, s legközvetlenebb haszna az lett, hogy a fejenkénti vízfogyasztás lényeges növelésével a lakosságnak nemcsak a szorosan vett ivóvíz igényét lehetett kielégíteni, hanem a használati, különösen fürdővízzel való ellátását is bőségesen biztosítani lehetett.

Az, hogy a felületi-víz tisztított formában élvezetre alkalmas, ma már kétségtelen, tény azonban az, hogy használatba vételétől nálunk meglehetősen húzódnak. Ez azzal magyarázható, hogy a folyó- és tóvíz élvezetének járványos időkben való szigorú eltiltása folytán egész beidegzésünk már hosszabb idő óta felületi-vízellenes.

A nyers felületi-víz élvezete ellen érthető okokból kifolyólag valóságos propaganda folyt s természetes, hogy bizonyos időnek el kell telni addig, amíg a tisztított felületi-víz használatára kedvező hangulatot kell teremteni.

A felületi-víz ivásra alkalmassá tehető minden néven nevezendő mesterséges beavatkozás mellőzésével, nagymennyiségben való hosszabb tárolással. Ily esetben nemcsak ülepedés áll elő, ami a víz fizikai tulajdonságait befolyásolja kedvezően, hanem a napfény behatása alatt oly biológiai változások is véghezmennek, amelyek bakteriológiai szempontból is kifogástalan ivóvizet eredményeznek. A glasgowi és new-yorki vízmű az ilyfajta vízművek klaszszikus példája.

Az előbbinél a tároláson kívül semmi más kezelés nincs, az utóbbinál a tárolt vizet az iszapszag kiküszöbölése céljából szellőztetik, végül a biztonság növelése végett klórgázzal dezinficiálják.

A tisztításnak legáltalánosabban használatos módjai: *a)* ülepítéssel kapcsolatos szűrés lassú homokszűrővel; *b)* derítéssel és ülepítéssel kapcsolatos szűrés gyors homokszűrővel. A derítést vegyszerek felhasználásával érik el.

Az ú. n. «gyors szűrés» elengedhetlen feltétele az előzetes derítés. Amerikában minden szűrést klórgázzal való dezinficiálás követ. A klórozás azonban nem tisztítási, hanem csupán dezinficiálási művelet s annak segítségével a kedvezőtlen fizikai tulajdonságokkal bíró víz még nem tehető élvezhetővé.

A Balaton-környéki, a Duna és a Tiszamenti városok predesztinálva vannak arra, hogy tisztított felületi-víz képezze vízműveik bázisát.

A falu legracionálisabb vízellátása azonban még ma is csak mélyfúrással képzelhető. Oly helyeken, ahol belátható időn belül általános vízműépítésre nincs kilátás, szövetkezeti vízművek építésére nemcsak hogy az engedélyt meg kell adni, sőt azt elő kell segíteni.

A szennyvíztisztítás terén az idejét múlt rendszerek mellőzésével az «activated sludge» eljárásra hívja fel a figyelmet.

4. Dr. T ü d ő s K á l m á n. városi tisztifőorvos (Debrecen): Az előadó szerint ülepítés, szűrés és klórozás által felületi-vízből is lehet jó ivóvizet előállítani, de ezt csak nagyobb városokban szabad megtenni, ahol a szűrést stb. ellenőrző szakértők kéznél vannak. Ezzel szemben megkell állapítanunk, hogy éppen nagyobb, tehát sűrűbb népességű városokban nem lehet így eljárni, mert ezeken a helyeken a talaj mindig fertőzött. Ha valahol, éppen a nagy városokban kell a vízellátást mélyfuratú kutak útján eszközölni. Bizonyosnak látszik előttem, hogy ilyenek létesítése és üzemben tartása nem kerül többbe, mint a felületi-vizek ülepítése, szűrése és klórozása és mind e műveletek szakszerű ellenőrzése. Mélyfuratú kút csak ott nem megfelelő, ahol az túlságosan sós vagy gázos vizet ad. Ez esetben nagy városokban más-helyről, úgymint forrásból, patakából vagy folyóból kell a vizet venni, de semmi esetre sem a legerősebben fertőzött felső talajból. Emellett a klórozás, ha elég erős és a baktériumokat tényleg megöli, olyan kellemetlen ízt és szagot ad a víznek, hogy a közönség nem fogadja szívesen, sőt nem is issza. Felületi-vizet szükségből csakis ott lehet használni, ahol a talaj nem fertőzött, tehát ritka népességű helyeken, mint erdőkben, pusztákon, tanyákon, végy nagy területen fekvő, de csekély lakosságú falvakban. E helyeken is csak akkor, ha a talajvíz elég mélyen áll és a kút vize a legfelső szennyezett talajrétegek fertőző hatásától biztosan megóvható. De általában mindenütt arra kell törekedni, hogy a víz mélyfúrású kutakból nyeressék, mert csak ezek adnak állandóan megbízható jó vizet.

5. Dr. Juba Adolf, egyetemi m. tanár: Csak a vízellátás legegyszerűbb módját, a *nyílt kutakat* teszi szóvá, amelyeknek hygiénikus ártalmi szembeszökők: a hazai tífusz főképp ezeknek köszönhető. A közelmúltban újonnan épült polgári *iskolát* látott Budapest szomszédságában befelé nyíló főkapuval és nyílt kúttal az udvar közepén. Nyitott kutakat találunk akárhányszor vasúti állomásokon, vasúti őrházak mellett, falusi és kisvárosi vendéglők, kocsmák udvarán. Nagy gondot kellene fordítani e téren a viszonyok javítására, a jó kutak ismertetésére.

6. Joó I s t v á n, miniszteri tanácsos: Az előadó megállapításaival teljesen egyetért. Hogy a közegészségügyi közművekben nálunk 1914 óta a fejlődés elmaradt, annak egyik oka a háború, a második pedig a pénztelenség.

Az a baj, hogy a fennálló rendeleteket nem tartják be, és még nagyobb baj az, hogy a rendeletek be nem tartását az illetékes alsóbb hatóságok vagy nem veszik észre, szakképzettség hiányában, vagy nem törődnek vele. A közönség és sokszor a hatósági közegek is nélkülözik annak átértését, hogy a közegészségügyi preventív intézkedések be nem tartásának elnézése *bűnös köteleességmulasztás*.

Az országos érvényű építési szabályrendelet tárgyalásánál rámutatott arra, hogy az elsőfokú közigazgatási hatóságnál úgyis, mint büntető rendőr-bírónál, hatósági járási mérnök alkalmazása szükséges. Ha a főszolgabíró mellett hatósági járási mérnök is lenne, megvolna annak a lehetősége, hogy a közegészségügyi berendezések technikai része is és a működése is hatályos ellenőrzés alá kerüljön. Természetesen a hatósági járási mérnöknek a közegészségügyi közművek létesítése és fenntartásában további tanulmányokat kell végeznie és hasonlóan a tisztiorvosi szakvizsgálóhoz, kineveztetés előtt szakvizsga letételére volna kötelezhető.

A szennyessvíztisztító berendezések működését ezidőszertint a magyar kir. halélettani és szennyvíztisztító kísérleti állomás felügyeli. Ebben a működésben az állomás legyőzhetetlen feladat elé van állítva, mert a munkát meg nem győzheti. Minden berendezést rendszeresen ellenőrizni nem tud. Ez a tennivaló — a többek között — a járási mérnök feladata lehet, a kísérleti állomás pedig tanácsadó és fellebbviteli fórum lehetne. Legfontosabb feladata a kísérleti állomásnak, mint a neve is megjelöli és a mint arra az előadó a 13. pontban rá is mutat, *a különböző szennyessvíztisztítási rendszerek összehasonlítása*, a szerzett adatok összegyűjtése és rendszeres feldolgozása. Ebben a működésben kell ennek az intézménynek segítségére lenni azzal, hogy Budapesten vagy annak környékén olyan szennyessvíztisztítási kísérleti állomást létesítsünk, ahol a különböző tisztítási eljárásokat egyidőben és egyenlő körülmények között figyelhessék meg. Ki is lehet jelölni az erre legalkalmasabb helyet. Ez a Budapesttel délen szomszédos városok; Pesterzsébet, Kispest stb. közös főgyűjtőcsatornájának a torkolatánál van. E főgyűjtőcsatornának az utolsó szakasza ugyanis olyan kedvező magasságban fekszik a befogadó soroksári Duna vízszínéhez képest, hogy ott gépi emelés nélkül a legkülönbözőbb szerkezeti magasságot igénylő tisztítási berendezéseket lehet egymás mellett felállítani, és működésüket azonos összetételű szennyessvízzel egyidőben megfigyelni.

További feladata lehetne a kísérleti állomásnak az, hogy egy egyszerű vizsgálati eljárást dolgozzon ki, amellyel az országban szerte-széjjel működő szennyessvíztisztító berendezések engedélyesei a berendezés működésének hatályosságát maguk megállapíthassák. E vizsgálati eljárásnak egyszerűnek és minden tisztító berendezésnél azonosnak kell lennie, hogy az adataik összehasonlíthatók legyenek. Ha ez a vizsgálati eljárás meg lesz állapítva, az engedélyeseket arra kell kötelezni, hogy berendezésük működését ezen eljárás segítségével ellenőrizzék és az eredményeket naplózzák. Abban az esetben, ha a vizsgálati eredmények a berendezés hatályos működését nem igazolják, tanácsért a járási mérnökhöz, esetleg a kísérleti állomáshoz tartoznak fordulni.

Ily kötelezettség mellett az engedélyesek a kapott engedéllyel nem élhetnének vissza, másrészt a naplódatok megfelelő átrostálás után, a tisztítási eljárások hatályosságáról hű képet adnának. Ezen az úton a mi klimatikus viszonyainknak legmegfelelőbb tisztítási eljárásokat meg lehetne találni.

Egyszerre nem lehet minden községet rendszeres vízvezetékekkel ellátni, nagyon fontos volna, hogy a kutak mikénti létesítését a házak között szigorúan ellenőrizzék. Az tehát a javaslatom, hogy a kutak használatbavételét hatósági engedélyhez kell kötni, éppen úgy, mint a lakások használatbavételét. A kettőt össze is lehetne egymással kötni. Lakáshasználatot mindaddig nem szabad engedélyezni, amíg a kút és a pöcegödör ellen kifogást lehet támasztani, bármennyire tökéletes lenne is egyébként a lakás.

A levegő pormentesítése.

Előadó: Forster Gyula, miniszteri tanácsos.

1. A levegő porképződését részben a szél, részben pedig a közúti járművek idézik elő.

2. A levegő porképződését régi idő óta az utcák (utak) vízzel való öntözésével és kiburkolásával (kockakő, aszfalt), a jelen század eleje óta pedig a jelzett eljárásokon kívül még az utcák (utak) olajozásával, a kőpályának kátránnyal és bitumennel való lekötésével, valamint betonutak készítésével szokták megakadályozni.

3. Az automobilforgalom rohamos emelkedése a levegő porképződését a motornak a hajtott kerekek útján, az út felszínére gyakorolt szívó hatása következtében nagymértékben fokozza.

4. Az automobilforgalom okozta porképződés nemcsak közegészségügyi szempontból veszélyes, hanem az utak forgalmának lebonyolítását is akadályozza azért, hogy az automobil útja nyomán több-kevesebb ideig tartó át nem látszó porfelhő képződik.

o. A városok és községek utcáinak porképződése törvényhozási úton volna megakadályozandó.

6. A porképződés megakadályozásával járó költségek részben az illető város é« község, részben az útfenntartó hatóság által volnának fedezendő, részben pedig az automobilforgalom megadóztatásából befolyó összeg egy részének ezen célra való felhasználásával volnának biztosítandók.

*

*

*

Őnök orvosok, akik megjelenésükkel előadásomat megtisztelték, azt mondják, hogy a közegészségügyi állapotok az ország kultúrájának fokmérői, a mérnökök pedig azt állítják, hogy az ország kultúrájának a közlekedési viszonyok a leghűbb tükörképei, én azonban úgy vélem, hogy mind az orvosoknak, mind pedig a mérnököknek igazuk van s az ország kultúrnívójának emelése az a terep, amelyen a különböző szakemberek az ország érdekében végzett munkája egyúton s egyirányban halad.

Egy ilyen út, amelyet az orvosoknak a mérnökökkel együtt kell megtenniük, az, amely a levegő pormentesítéséhez vezet.

A levegő porképződése részben légköri, részben motorikus hatásokra vezethető vissza. Légköri behatás a szél, motorikus pedig az emberek és állatok mozgása, főleg pedig a közúti járművek forgalma.

A levegő porképződésének káros hatásával nem kívánok foglalkozni, ez a kérdés elintézettnek tekinthető.

A levegő porának az emberi szervezetre gyakorolt káros hatását az erre hivatott orvos urak már kellőképpen megvilágították úgy, hogy ezzel nekem mint technikus embernek nem is lehet feladatom foglalkozni.

De nem kívánok részletesebben foglalkozni azzal a kérdéssel sem, hogy a levegő portartalma, főleg a mind sűrűbbé váló automobilforgalom nyomán keletkezett por, s a néha percekig tartó átláthatatlan porfelhők, a közúti közlekedést komolyan veszélyeztetik, úgy hogy a levegő pormentesítésére a közúti közlekedés akadály nélküli lebonyolításának biztosítása érdekében is már tovább nem halasztható intézkedések válnak szükségessé.

Előadásomnak a célja annak a kérdésnek, annak a feladatnak megoldása, miként volna a levegő porképződése megakadályozható.

A levegő porát szűk határok közé szorított kis országunkban, ahol homok-sivatagok nincsenek, laza, homokos területek is Pest és Szabolcs vármegyéket kivéve, alig vannak, legnagyobb részben utcai porképződésnek kell tekintenünk, s ha el is ismerem, hogy a levegő porát a szél néha tényleg messziről is hozhatja és hozza is. ez mégis csak kivételes eset, s a levegő nálunk tapasztalt nagy portartalma legtöbb esetben arra a körülményre vezetendő vissza, hogy az utcák portalánításával, Budapest székesfőváros és néhány nagyobb vidéki város kivételével, sehol senki sem törődik.

Az utcák és utak portalánítása régóta foglalkoztatja közúti technikusainkat, s az úti por rendszeres lekötésének gondolata első ízben Franciaországban 1867. évben merült fel, ahol Ch. Tellier javasolta, hogy a makadámot jól ledöngölt homok- és kátrányréteggel helyettesítsék.

Később az utak portalánításának gondolata főleg a nyugati államokban mindinkább tért hódított s e célra olajat, kátrányt, majd bitument használtak fel, úgy hogy például Angliában ma már olyan módon utat, hogy egyúttal a pormentesítésről is ne gondoskodnának, alig építenek.

A pormentes utak építését a higiénikus követelményeken kívül főleg az a tapasztalat mozdította elő, hogy az eddig alkalmazott s nálunk ma is használatos útépítési eljárás, nevezetesen a közúti kavicspályának vízzel való megkötése, az automobil forgalom növekedésével, nem volt többé fenntartható, mert az automobil hajtott kerekeinek a közúti kőpályára gyakorolt szívó hatása a kőpálya kötőanyagát, az ú. n. zúzalékot kiszivattyúzza s ennek következtében a kőpálya kigödrösödik, majd hamar tönkremegy.

Avégből, hogy az ú. n. pormentes utak építésénél minél tökéletesebb eljárás álljon rendelkezésre, az összes országokban különböző irányú kísérleteket végeztek. A feladat tulajdonképpen az volt, hogyan s milyen építési

anyagok felhasználásával lehetne minél kevesebb költséggel pormentes, s az automobil forgalomnak megfelelő simafelületű utat építeni.

Kiemelni akarom, hogy a kérdés megoldásánál szemelött volt tartandó az, hogy az általában ismert pormentes utcaburkolatok; a kockakövek, a keramit, a fakocka, az öntött és tömörített aszfalt már régebbi idők óta használatban voltak, de hogy ezen anyagok alkalmazása a pormentes utak létesítésére megindított akciók keretébe nem volt bevonható s inkább csak a nagyobb városok utcaburkolatainál vétettek számításba, annak az volt az oka, hogy ezen anyagokkal készített burkolatok túlságosan költségesek voltak ahhoz, hogy azok felhasználásával a pormentes utak nagyobb arányú építésére gondolni lehetett volna.

%³⁷ jött alkalmazásba, mint az e célra alkalmasnak mutatkozó s aránylag olcsón beszerezhető anyag a kőszén kátrány, főleg azokban az országokban, mint például Angliában, ahol a kitűnő angol szénből előállított kátrány bőségesen állott rendelkezésre.

A kátránynak a pormentes utak építésénél az volt a rendeltetése, hogy a kőpálya beépített kavicszemeket összekösse, az automobil hajtott ke-rekeinek előbb említett szívóhatásának ellensúlyozására szinte lehorgonyozza s az út felszínének simaságát elősegítse.

A kőszénkátránnyal végzett kísérletek eleinte nem váltak be, mert a kátrány az úton hamar megpuhult s folyóssá vált. Ezen kedvezőtlen tapasztalaton okulva, igyekeztek a kátrányt annak megpuhulását előidéző anyagoktól mentesíteni s így ma a közúti célokra felhasznált kőszénkátrányt víztől, a könnyű olajoktól, ammóniáktól megtisztítják.

A másik, újabban leginkább használatos útpormentesítő anyag a bitumen és pedig főleg a mexikói petroleum melléktermékeként nyert bitumen, amely mint mexphalt és spramex kerül felhasználás alá. Mindkettő tehát ugyanazon eredettel bír, az utóbbi azonban valamivel puhább konzisztenciájú s majdnem kizárólag az út felszínének kezelésére használtatik. A kátrány és a bitumen különféle eljárás szerint kerül felhasználás alá, amelyeknek részletesebb ismertetése nem illeszthető be ezen előadás keretébe, általában véve azonban ezen anyagokat részben hideg, részben pedig meleg állapotban alkalmazzák s vagy a kőpálya kavicsanyagát keverik össze a kátránnyal, illetve bitumennel, vagy pedig a már kész, illetve lehengerelt kavicspálya felszínét vonják be vele, s az előbbi esetben az úgynevezett belső eljárást (goudronage interne), az utóbbi esetben pedig a felszíni kezelést (goudronage superficielle) alkalmazzák.

A kátrány, mint jeleztem, tisztított állapotban kerül ugyan felhasználás alá, mégis azt tapasztalták, hogy még a leggondosabban megtisztított kátránynak sincsen olyan nagy kötőképessége, mint a petróleumból nyert, bitumennek, miért is újabban a kátránynak közúti célokra való felhasználása kezd háttérbe szorulni s vagy bitumennel keverve (mintegy 25%-ban) alkalmazzák, vagy pedig kátrány helyett a bár költségesebb, de mégis jobb bitument használják.

Pormentes autóutak építésénél főleg az amerikai Egyesült-Államokban

nagy mértékben alkalmazzák a betont, de sok betonút épült Németországban is, utóbbi időben pedig Olaszországban, ahol a Milánótól az észak-olaszországi tavakhoz vezető autótút a híres «Auto strada», szintén betonból készült.

A beton kétségkívül szintén alkalmas útépitési anyag, de nem hagyható figyelmen kívül a betonnak közismert térfogatváltozása, amelynek következtében a beton megreped.

Ezt némiképp ellensúlyozandó, a betonutakat nem egy tömegben, hanem az út tengelyvonalában mérve 8—10 m távolságokban megszakítva készítik s az így keletkező ún. dilatációs hézagokat bitumennel kevert különféle anyagokkal töltik ki.

Az említett útépitési anyagoknak: a kátránynak, a bitumennek és a betonnak a hazai viszonyok között való alkalmazhatóságát kipróbálandó, Pest-szentlőrincen, Gödöllőn s legutóbb az óbudai állami közúton mi is készítettünk próba útszakaszokat, s az eddigi tapasztalatok arra engednek következtetni, hogy közutaink kiépítésénél a jövőben mindhárom építési anyag számottevő tényezőként fog szerepelni.

Közutaink s az utcáink pormentesítésére már a háború előtt is nagy mértékben használták az olajat.

Az út kavicsolását sepréssel megtisztítják s reá olajat öntenek.

E célra különféle olajat használnak s bár a költségek lehető csökkentése a legközönségesebb nyers olajak alkalmazását indokolná, mégis a nyers olaj kellemetlen szagának elkerülésére újabban főleg tisztított olajat használnak. Az olaj az út felszínét bizonyos mértékben ellenállóbbá is teszi, úgyhogy Ausztriában az utak olajozását ebből a célból is alkalmazzák, általában véve azonban az utak felszínének olajozása, főleg azok pormentesítésére szolgál.

Az olajozás hatása 3—4 hónapnál tovább nem tart ugyan, de mert főleg kisebb községekben és fürdőhelyeken az élénkebb forgalom, főleg a nyári 3—4 hónapban tapasztalható, az ilyen útszakaszoknak évenként egyszeri olajozásával is a levegő pormentesítése terén döntő eredményeket lehet elérni.

Hogy a forgalmasabb és pormentesítés szempontjából számbaveendő utcák és útszakaszok mennyiségéről, valamint a pormentesítés költségéről képet nyerhessünk, Budapest székesfővárost s a vidéki nagyobb városokat figyelmen kívül hagyva, mint amely városokban az utcákat ezidőszertint is pormentesítik, összeállítottam a pormentesítendő útszakaszok kimutatását és pedig két kategóriában, a szerint, hogy az illető utca, illetve útszakasz pormentesítése halaszthatatlan szükségét képez, vagy pedig még elodázható.

Eszerint a pormentesítés elkerülhetetlenül szükséges 453 községben, összesen 780 km hosszban, de még elodázható 465 községben 526 km hosszban. 1 km út pormentesítése a legolcsóbb és legegyszerűbb eszköznek, az olajozásnak felhasználásával mintegy 40—50 millió papirkoronába kerülne.

Míthogy pedig az utak pormentesítése éppen úgy érdeke a lakosságnak és az úton közlekedő autóknak, amint annak keresztülvitele egyúttal kötelessége is az útfenntartó hatóságnak, a pormentesítés költségét véleményem szerint elsősorban az utat fenntartó hatóságnak kellene viselnie, mert hiszen

micsoda útfenntartás az, melynek következtében a vágnivaló porban a járművek elakadnak, sőt egymásnak mennek.

A pormentesítési költségekbe bevonhatók volnának továbbá az út-, illetve utcamenti házak tulajdonosai, mert nekik elsősorban érdekük, hogy a fullasztó portól megszabaduljanak.

Az utak és utcák pormentesítési költségeire felhasználható lenne végül az a bevétel is, amely az egész világon bevezetett s előreláthatólag hazánkban is mielőbb megalkotandó automobil adótörvény életbeléptetéséből keletkezni fog.

Az automobilforgalomnak ugyanis egyik legnagyobb akadálya a por, s meg vagyok győződve, hogy az automobiltulajdonosok előtt is kedvezőbb színben tűnne fel az automobiladó bevezetése, ha annak ellenértékéül jobb utakat s az autóforgalom legnagyobb akadályának, a pornak egyelőre legáltalább a legveszélyesebb helyeken, a községek átkelési szakaszain való megszüntetését reményelhetnék.

A levegő pormentesítésére nézve tett javaslatomnak tiszteletteljes véleményem szerint azonban csak úgy lehet eredménye, ha e kérdés törvényes úton szabályoztatik.

Ha nem is e teremben, de bizonyára másutt akadnak emberek, akik azt kérdik, hogy lehet a minden irányból igénybevett s közterhekkkel túlterhelt érdekeltségeket s a községeket arra törvényben kötelezni, hogy az utakat, illetve utcákat pormentesítsék?

Hivatkozom arra az évtizedek óta fennálló törvényes rendelkezésre, mely a községeket tűzveszély elhárítására tűzifecskendők tartására kötelezi, s kérdem, vajjon a lakosság egészségének és életének megoltalmazása nem bír-e olyan fontossággal és akkora értékkel, mint a házak tetejének a tüztől való megvédése?

Bizonyára igen, ée ha igen, akkor a levegő pormentesítése kérdésének törvény^es úton való rendezését nagybecsű figyelmükbe ajánlom.

Hozzászólások:

1. Dr. B o z ó k y D e z s ő: Néhány észrevételt tesz a levegő *füstmentesítéséről* is, mivel a por és a füst testvérek, akik egyesültek a szegény nagyvárosi ember levegőjének megrontására. A Németországban és Ausztriában működő egyesületek: «Verein zur Bekämpfung der Staub- und Rauchplage» egyaránt küzdenek a por és a füst ellen s fejtenek ki értékes működést a városok levegőjének megjavítása körül. Nekünk budapestieknek valósággal szégyenkezniünk kell, ha külföldi kultúremlert kalauzolunk a Margitszigetre, mely üdülőhelynek levegőjét a Budapesten rendszeren uralkodó északnyugati és nyugati szelek mellett az óbudai oldalon álló gyárkémények sűrű fekete füstje torkunkat izgató, szemünket csípő felhőbe burkolja. De keleti szélnél sem rózsásabb a helyzet, mivel ilyenkor meg a pesti oldal gyárkéményei gondoskodnak eme tündérváros levegőjének állandó szennyezéséről. Legfőbb ideje lenne, hogy a székesfőváros területén levő gyárak megfelelő füstemésztőkészüléknek alkalmazására köteleztessenek. Egy másik eset. A Duna vízének

magas állása idején. — amihez ez évben heteken át volt szerencsénk, — a budai Dunapart házainak lakói alig szellőztethetik lakásaikat, de a Dunaparton friss levegőt szívni óhajtó közönség is megvan fosztva ettől az élvezetétől, mivel a főváros a csatornavíz kiszivattyúzása céljából ilyenkor tömegesen vonultatja fel ide gőzgépeit, melyek éjjel-nappal ontják a sűrű kőszénfüstöt. Ma már talán a székesfőváros is van abban a helyzetben, hogy villamoserővel hajtott szivattyúkkal végeztethetné ezt a munkát. A svábhegyi fogaskerekű állítólag rövidesen villamosítva lesz s nem szennyezi tovább a kies hegyvidék levegőjét. Nézetem szerint ugyanerre kellene a déli vasutat is kötelezni s kimondani, hogy a város területére csak villamos mozdannyal vontathatja vonatait s csak ilyenekkel tolathat. Bécs is a háború után villamosította a Stadtbahnját, ami Bécs levegőjének észrevehető megtisztulásával járt.

2. Dr. J u b a Adolf: Addig, míg a porképződésnek nem sikerül elejét venni, ami az Alföldön még soká nem várható, az utak fásítása, a felesleges utcaterületek gypesítése és cserjésítése lehet a feladat. Nem gyümölcsfák, de a nagy lomboszatú fák ültetése ajánlatos és olyan fáké, amelyek tüzelőanyagot is szolgáltatnak.

Fasorok, parkok és erdők a magyar városok és egyéb lakott helyek közegészségének szolgálatában.

Előadó: Kaán K á r o l y, ny. államtitkár.

Ha hazánk levegőjének és klímabeli viszonyainak megítéléséhez a még integer ország csapadék térképén annak bármely széle felől az erdőben szegény centrális sík felé közeledünk, az évi átlagos csapadékmennyiség igen jelentékeny megfogyatkozását találjuk. Ugyanílyen számottevő megfogyatkozást mutat a levegő párateltsége is. Viszont megnövekszik, a szorosabb értelemben vett Délvidék kivételével, a hőmérséklet és a napsütés, emelkedik a párolgás és végül a levegő akadálytalan áramlásának lehetősége is.

Különösen a hazai éghajlatunkat jellemző nyári szárazság befolyásolja erősen a földművelésnek minden ágát és kihat az emberi egészségre is.

Nem a meteorológiai értelemben vett szárazságot értjük. Tehát nem a csapadéknak, hanem általában mindannak a nedvességnek a hiányát, amelyre a növényélet úgy a talaj felől, mint a levegővel kapcsolatban utalva van, s amely hiány azután úgy direkt úton, mint — a növényi élet pusztulásával — indirekte is kihat az ember egészségére is!¹

Az erdő jelentékeny megfogyatkozása e tekintetben manapság már elég károsan jelentkezik. Az erdő hiányának ezeket a következményeit azonban sokan tévesen bírálják el.

Az erdő nem esőképző, amint azt annyian hiszik. Nem gyarapítja magától és általánosságban a vegetációs időszak csapadék mennyiségét. Csak befolyá-

¹ Kahn Károly: Erdőt az Alföldre. Budapest, 1920. Patria. 4. old.

solni tudja a csapadék eloszlását az erdővel borított földrészek és azok körzete javára. Az erdő ugyanis mechanikusan átszűri a pára telt levegőt, amennyiben széles horzsolási felületet ad és ellentáll a levegő egy rétege haladásának.

E mellett a páratelt levegőnek az erdőszélbe ütközése, az erdő mérsékelt magassága folytán kisebb arányban ugyan, de ugyanolyan hatást vált ki, mint a páratelt levegő útjába eső hegyoldal, amelynél az ilyen beleütközés révén a levegő párája esőcseppekbe sűrűsödik össze.

Hamberg szerint¹ a csapadék az erdők körzetében ezek révén több százalékkal emelkedhetik.

Ezenkívül az erdőkben a szélcsend is elősegíti a nagyobb csapadékképződést, amint az már kisebb erdőparcellák is igazolják.

Amíg ekként az erdő a levegő nedvességéből egy számottevő részt leköti magának, addig a szél árnyékban, tehát a szél útjába eső erdők után következő földrészekben ez nem történhetik meg.²

Az erdő és mezőföld kellő váltakozása és arányos megoszlása ezért nemcsak a gazdasági művelés, de az emberi és állati élet javára is fölültébb kívánatos; amint az erdők nagy hiánya pl. az Alföldön eléggé érezteti káros hatását.

Az erdő tompítja a levegő hőmérséklete változásainak szélsőségeit és évi átlagban egy fokkal is leszállítja a levegő hőfokát az erdővel nem borított helyek hőmérsékletével szemben. A különbség természetesen nyáron a legnagyobb. Az eltérés pedig akként alakul, hogy az erdőben télen melegebb, nyáron hűvösebb a levegő, mint a szabad téren. E mellett nyáron éjjel melegebb, nappal pedig hűvösebb az erdő levegője, mint olyan helyeké, amelyeket erdő nem borít. A júliusi legmagasabb hőfokot az erdő a megfigyelések egész sorozatának eredményei szerint³ $3\frac{1}{4}$ — $4\frac{1}{4}$ C. fokkal tudja tompítani.

Mindebből pedig arra is következtethetünk, hogy a nagyobb arányú erdőpusztítás valamely vidék hőmérsék változásait és szélsőségeit jelentékenyen befolyásolja. Amire az Alföld valóban perdöntő példákkal szolgálhat.

Nem érdektelen azután itt az előzőekben említettek kapcsán megvilágítanunk azt is, hogy az erdő levegője relative nedvesebb, nyirkosabb, mint az erdővel nem borított szabad földé, ami a most említett abban a körülményben leli magyarázatát, hogy az erdő levegője évi átlagban és főleg nyáron hűvösebb.

Ha azután a párával telített levegő lehül, a hőfokváltozás arányában cseppfolyós halmazállapotú víz válik ki belőle köd vagy harmat alakjában, mert a hidegebb levegő kevesebb párat bír el. illetve tart meg magában, mint a melegebb.⁴

Ha a levegő nincs párával telítve, s a relatív telítettség csak egy bizonyos százalékát tartalmazza, akkor a mérsékelt lehűléssel csak a párateltsége

¹ H. E. Hamberg: «De l'influence des forets sur le climat de Suéde. Stockholm, 1896.

² Dr. Endress M.: Forstpolitik 1905. 171—180. old.

³ Weber: Die Aufgaben der Forstwirtschaft. Stoetzer: Handbuch der Forstwissenschaft. 1903. Tübingen.

⁴ Dr. M. Endress i. m. 164—169. old.

gyarapszik és fokozódik a további lehűléssel a párateltségig, amikor azután a további lehűlés esetén a köd vagy harmat-kiválászás jelentkezik.

Ez a körülmény, illetve annak további következményei a növényi élet, de az ember egészsége szempontjából sem lehetnek közönbösek.

Amint nem lehet közönbös az erdőnek a nyirkosságot gyűjtő hatása sem.

Amint láttuk, az erdőben valamivel nagyobb a csapadék és feltehető az is, hogy a fáknak talajtlazító gyökerei a csapadéknak a földbe való szivárgását is elősegítik. Az erdei alom, az erdőtalaj vegetációja és maguk a fák lassítják a vízfolyást és elősegítik a csapadék beszivárgást. Az erdőből ezért kevesebb nedvesség párolog el, mint az erdővel nem borított földről. Magyarázatát pedig ennek az erdei levegő már említett alacsonyabb hőfokában és ebből folyólag annak relatíve nagyobb nyirkosságában találjuk. Hozzájárul ehhez még az is, hogy az erdő hátráltatja a légáramlást és visszatartja az insolációt. Mindezt pedig kiegészíti a lombalomnak nyirkosságot tartó és illetve a talaj nyirkosságát védő szerepe.¹

Az erdő tehát mintegy naptól védett hűvösebb helyen levő szivacs, tartja a nyirkosságot és a lassú párologással javítja az erdővel nem földött részek páraszegény levegőjét.

Az erdő megtöri a szelet és így annak körzetében szélmentes helyek kínálkoznak a tartózkodásra. A szélnek ez a megtörése pedig apasztja annak nedvességet elvonó, szárító s a harmatképzést megakadályozó hatását is.

Az erdő a humustakaró és a nedvesség védelmével, továbbá a fák gyökereinek mechanikus hatásával és a szél erejének vázolt megtörésével megakadályozza úgy a mezőgazdasági tenyészetre, mint az emberi és állati egészségre is káros futóhomok képződését és annak tovahordását; amit főleg az Alföld s a főváros pestvidéki részének szempontjából is igen jelentősnek kell tekintenünk.

Az erdő leszűri a szélhordta port, s a levegőben levő annyiféle az egészségre káros szennyet, s az emberi és állati élethez tisztább és üdébb levegőt biztosít. A lakott helyeknek, főleg a nagy városoknak káros gázokkal, füsttel, porral és baktériumcsírákkal inficiált levegőjével szemben az erdei levegőnek a tisztasága relatíve nagyobb párateltsége, nyári hűvössége, éterikus olajokban és talán ózonban való gazdasága adják meg az üdeséget. Szívesen fogadja ezt ember, állat egyaránt. A közegészség szempontjából pedig az ilyen levegőnek elsőrendű a fontossága.

Az erdő nyaranta hűvösebb, levegője a napsütötte erdőtlen részek melegebb levegőjével estenként kicserélődik.² Ez a folyamat helyi légáramlással kapcsolatos, mely a tikkasztó nyári napok estéin fölöttébb kellemes.³ Igen nagy jelentőségű is úgy a mezőgazdasági tenyészet, mint az ember egészsége szempontjából. Főleg pedig a sűrűn lakott helyek esetében. Mert a légáramlás

¹ Dr. M. Endress i. m. 82. old.

² Reggelenként is van egy ilyen kicserélődő folyamat megfordított viszonylatban.

³ Ezt a kicserélési folyamatot a Városmajor parkjában évek óta figyelem. Esti tíz óra után egy erős meleg áramlat érezhető a pesti rész felől s viszont egy hűvösebb áramlás is a Hűvösvölgy felől.

lakott helyek elhasznált és megfertőzött levegőjét tiszta és üde erdei levegővel cseréli ki. Az erdőknek és a terjedelmesebb parkoknak a nagyobb lakott helyek szerkezetében ilyen módon kifejezetten a «tüdő» szerepe jut osztályrészül, feltéve, hogy a parkok megfelelően tagolják a beépített területeket s hogy elég széles utcák szelik a háztömböket

Ez a körülmény, s az eddig vázoltak kellően megvilágítják az erdőnek általában, de főleg a mi kontinentális klímánk mellett beigazolt igen nagy jelentőségét, úgy a főváros mint egyéb városaink és nagyobb helyeink közelében; s reávilágítanak arra a káros helyzetre is és azokra a súlyos következményekre, amiknek az erdő hiánya az okozója annyi helyen s főleg a Nagy Magyar-Alföldön.

Az eddig előadott perdöntő tényezők ismeretével ugyanis az erdő nagy hiányát tudom be egyik legfőbb okául annak, hogy az ország területéből éppen az Alföld lakott helyein pusztít legjobban a tüdővész. Amint az Alföld poros, száraz levegője, sok nagy szele és tikkasztó hősege mellett az erdőt ismerem a tüdővész ellen való küzdelem egyik legfontosabb eszközeinek.

Az Alföld mocsárvilágának kiszárítása, a belvizek levezetése apasztotta ott a maláriát és lázbetegségeket. De az Alföld talajának és levegőjének szárazabbá tétele, hogy ne mondjam kiszárítása, az öntözőberendezések s egyebek elmaradása, az alföldi erdők elpusztítása s mind ez úton a növényi élet boldogulásának megnehezítése és a porfelhők meggyarapodása: jelentékenyen lerontotta a tüdővéssze! úgyis annyira inficiált — alföldi lakosság levegőjét.

Nekünk nem lehetnek olyan falvak és egyéb lakott helyek az eszményeink, amelyek munkás népét tikkasztó nyári nap után nem üdíti esténként a közeli erdőből kerülő hűvös erdei légáramlás és a vele járó tiszta és páradúsabb levegő. Nem lehetnek eszményeink az olyan lakott helyek, ahol a fölöttébb száraz levegőben azok a porfelhők rontják a lakosok úgyis inficiált tüdejét, melyek a legelőről hazatérő marha, vagy robogó kocsik nyomán nyújtóznak el a házak fölött és azok között és járják át az épületek minden zugát. Nem lehetnek eszményeink az olyan falvak és egyéb lakott helyek, ahol még az a másik eredetű por is fojtogatja a lakosságot, amelyet a mérhetetlen homoki szántók fölött, erdő hiányában, meg nem fékezve a szél söpör a védtelen falu vagy tanya felé és csap a sokszor még zölddel sem körített házak és tanyák falához.

Azért a tüdővész ellen való küzdelemben, mint egyáltalán a közegészségügy fejlesztésénél fontos szerepre hivatott az erdő, s ahol nincs, az erdőtelepítés és fásítás. De a kormány sem végezhet valóban jobb és a nemzet létére fontosabb beruházást, mintha alföldi erdők telepítésére és a fásítására akár-mennyit is áldoz. Mert ezzel a színmagyarság egészségének jelentékeny javulását segíti elő, de elősegíti a mezőgazdasági termelés fokozását is és biztosítja mindezen kívül az erdőben és fában bírt nemzeti vagyoni igen jelentékeny gyarapodását.

Mindezernt «Az alföldi erdők telepítéséről és a fásításról» szóló 1923. évi XIX. tc. 1. §-ába bele is vettük és a törvényhozás e is fogadta a szöveget

olyképpen, hogy: «a magyar Alföld mezőgazdasági termelésének előmozdítása, továbbá az egészségügyi és klimatikus viszonyok megjavítása érdekében, valamint a lakosság faszükségletének fedezése céljából» kell «tervszerű elosztással erdőket telepíteni és facsoportokat, szélfogókat és fasorokat létesíteni».

Tehát a törvényhozás is elismerte már az alföldi erdők, facsoportok, szélfogók és fasorok közegészségügyi nagy jelentőségét, aminek a törvényben adott megfelelő kifejezést.

Ennek a törvénynek a teljes végrehajtása pedig ma már csak pénz kérdése.

Biztosítottunk a vagyonszállás földkezeléséből és egyéb úton is facsemete neveléshez elégséges földterületet; s a beruházási hitelekkel fedezetet a csemetekertek előkészítéséhez és felszereléséhez. Biztosítottunk szervezetet a végrehajtáshoz és jó sikerrel meg is kezdtük az egész vonalon a munkát.

Már most a kormányon a feladat, hogy végleg dűlőre vigye ezt a nagy-kihatású ügyet, mely — mint jeleztük — ma már egyedül csak anyagiakon múlik. A siker pedig nem lehet kétséges, mert a mindenképpen előkészített, kipróbált és megindított munka végrehajtásában egy arra termett lelkes gárda tevékenykedik a helyszínén.

Épp így megindult néhány év előtt a Budapest-vidéki hegyek kopárainak befásítása is és folytatódott az egész ország területén a háború miatt elakadt kopárfásítási munka, valamint a csonka-ország megmaradt erdeinek konzerválására és gyarapítására irányuló kormányzati tevékenység.

Nem foglalkozhatunk ezekkel a kérdésekkel itt az egész országra kiterjedően és részletesen. Nem mellőzhetjük mégis annak kiemelését, hogy Budapest lakossága a közelmúltban még jobban és nagyobb számban kedvelte a kényelemmel berendezett kávéházak füstös helyiségeit, mint környéke bájosan kedves tájait, azok üde levegőjét.

Nem nagyon érdekelte a zöld lomb, az erdő, de még a park sem. Legfeljebb és különös kivételképpen az a része az effélének, ahol kávéházra vagy vendéglőre talált.

Való tény az is, hogy amint a hazai városok legtöbbször, úgy eddig a főváros sem méltatta eléggé a közeli erdőknek, parkoknak és fasoroknak többek között a közegészségre is fölötté fontos szerepét. Nem tulajdonított különösebb jelentőséget az efféléknek.

Nem üzött a főváros soha erdőbirtokpolitikát. Nem törekedett ilyen okokból a határát övező erdők, erdőföldek és kopárok megszerzésére. Pedig vételekkel és cserékkel igen előnyösen kiegészíthette volna erdőterületeit. Megszerezte volna úgyszólván a budai részt övező egész hegyvidéket, és a pesti oldalon is biztosíthatott volna annak idején elég homoki területet erdők telepítéséhez.

Míndezzel bizonyára nagyban javította volna a főváros és annak főleg pesti része közegészségi viszonyait.

Az erdőt szaporító több évtizedes tevékenysége valóban alig állt másból, mint az ú. n. «kamara-erdő»nek a kincstártól való könnyű megszerzéséből, egy-két kisebb vételből és a birtokában levő néhány terület befásításából. Pedig a fővárosi erdőbirtok annyira kívánatos gyarapításához kedvező alkal-

mak kínálkoztak a múltban és itt-ott felmerültek az utóbbi időben is, amelyeket elszalasztani valóban nem lett volna szabad. Mert éppen a székesfőváros lakosságának közegészségi érdekei tolják különös előtérbe az erdőnek az ilyen célok szolgálatában érvényesülő és az előzőekben vázolt nagy jelentőségét. És nem lehet a közlötteken kívül mellőznünk egy nagy város esetében az erdőnek ideget csillapító, lelket megnyugtató fontos hatását sem, amire a zajos környezetben és a lázas munkában kifáradt fővárosi embernek valóban nagy szüksége van. Nem lehet mellőznünk végül a fővárosi és egyéb lakott helyek közelében elterülő erdőknek azt a jelentős szerepét sem, amelyre hivatottak az annyira kívánatos erdei iskolák létesítésénél s velők annak a célnak a szolgálatában, hogy az egészségtelen viszonyok között élő gyermekek testi fejlődését elősegíteni lehessen.

A már vázolt okokból az üdülőtelepek és kórházak is a legalkalmasabban létesülnek erdők vagy nagy kiterjedésű parkok közelében.

Sajnos, a főváros annak idején még arra sem törekedett, hogy a beépítésre szánt területeket, különösen a pesti oldalon, megfelelő arányú erdópásztákkal övezze és védje a környék porával való el-árasztástól.

A Bécs város «Wald- und Wiesengürtel»-jét bizonyára valamely felszólamlásra utánozni kívánó egykori itteni tevékenység, a «tessék-lássék» jellegét viseli magán és vázolt érdekek szolgálatában számottevő jelentősége sincs. Pedig még kellő időben és több évtizeddel a bécsi akció előtt, nem kisebb ember, mint gróf Széchenyi István figyelmeztette milderre a fővárost.

«Pestnek gyökeresebb csinosítása végett — így ír Széchenyi — az egész vidéket kell tekintetbe venni! Ha nagy szelek fúnak, ki nem vette észre a budai fokokról azon porfelhőket, melyek szinte a Tisza vidékéről látszanak hozni hírt!» . . .

. . . «Szükséges mindenekelőtt, hogy a városnak akárminemű földjei fákkal ültetessenek be; s ne fasorokkal, hanem úgyszólván «erdőkkel»! Ezáltal kirekesztetik némileg az idegen por; ami által majd könnyebben bírhatunk saját városi porunkkal».¹

Rövid pár sorban foglalt milyen széleskörű koncepció! Milyen okos átlátása egy fejlődő város ezirányú feladatainak.

De nem szívelte meg. Amint nem találtak méltó és megfelelő felkarolásra Széchenyi park-alapító törekvései sem.

Már 1833-ban tesz előterjesztést a választott polgárság ülésén a főváros szépítésének szolgálatában, de javaslatát hűvösen fogadják.

Az 1838-as árvíz után a választott polgárság ülésén pedig a főváros határának felmérését javasolja és ezzel egyidejűleg foglalkozik Pest jövőbeli fejlődésére vonatkozó szabályozási terv kidolgozásának gondolatával is. Sokat fáradozik mindezzel kapcsolatban a szerviták belvárosi kertjének nyilvános sétatér (park) céljára való megszerzése körül. Felkéri Pest megye gyűlésén a rendeket is, hogy ezt a legújabb kezdeményezését, egy nyilvános

¹ Gróf Széchenyi István: Pesti por és sár. Budapest, 1866. 21. old.

park létesítését «mint hathatós tényezőt úgy a főváros szépítésére, valamint a társadalmi osztályok egybeolvasztására» pártfogásukba vegyék.

Ámde a szerviták kertjének parkszerű sétatérre való igénybevétele még sem sikerül; mert a szerzetesek a telek átengedéseért valamiféle külvárosi plébániát kértek, mely kívánságuk teljesítése elé el nem hárítható nehézségek gördültek. Nem is tud Széchenyi a város belső területén park céljára alkalmas és nélkülözhető teret biztosítani, amiért is az ú. n. új épület (Neugebäude) előtti térnek nyilvános sétakertté való átalakítását tűzi célul. Ennek a térnek ily célra való megszerzése is csak hosszú utánjárással sikerült. Nagy nehezen gyűjti össze ezután a sétakertté alakítás költségeit, aminek utána végre megvalósíthatja a tervet.¹

Pedig Széchenyi István gróf idejében még kevés parkja volt a főváros pesti részének.² A Városliget, az Orczy-, a Festetich-park és a Margitsziget.

Ezek közül is a három utóbbi akkor magántulajdon.

Sajnos, hogy egészen a világháború kitöréséig a bámulatos gyorsasággal, kevés tervszerűség és koncepció mellett kifejlett fővárosunknak az intézői azóta sem igen gondoltak újabb parkok létesítésére. Azzal sem sokat törődtek, hogy fasorok boldogulásához is alkalmas elég széles utcák alakuljanak ki.

A körutakkal határolt belső városban ma sincs számottevő park, miként azt más világváros, akár csak Bécs belterületén is látjuk. Még az Erzsébetteri sétakert az egyetlen parkszámba menő fás terület a most körülírt belterületen. És ez is milyen liliputi méretű a külföldi nagy városok parkjai mellett! A József-tér, a Múzeum-kert és hasonló egyéb darabkák oly lényegtelenek, hogy parkszámba valóban nem jöhetnek.

A Szabadság-teret épűgy, mint az Országház-teret sem lehet parknak nevezni. Kevésbé séta-, mint közforgalmú utak szelik azokat és kocsik robognak végig rajtuk, főleg pedig az elsők keresztl-kasul. A fásított és valamelyes zölddel színezett kisebb foltoknak valóban nincs és nem lehet park jellegük. Legfeljebb mint be nem épített területeknek van a közegészségügy szempontjából valamelyes jelentőségük!

Megépítettük a Nagykorú tatót és ezzel sem kapott számottevő parkot, nyilvános sétakertet a főváros. A Rákóczi-tér néhány virágágyát ennek talán még sem nevezhetjük. Az Andrássy-út kiépítésével a kis Oktogont és Köröndöt illesztették közbe, amelyek ilyen szerepben valóban nem jöhetnek figyelembe.

Pedig ezeket s az efféle bezöldelt foltokat mind számbaveszik, amikor Budapest székesfőváros parkterületeinek egybeállításáról és arról van szó, hogy ezek milyen viszonyban állanak a lakosság számarányával.

A Budapest főváros tulajdonában levő és sétakertszerűen megművelt — ha jórészt parknak nem is nevezhető — közterek területe 312 hektár, amelyből egy lakosra — kerekén egy milliót véve számba — 31 négyszögméter esik.

¹ Dr. Komlóssy: »Széchenyi István gróf élete. Budapest, 1911. 365.

² A budai rész akkor még nem érezte a parkok szükségét. Majd minden háznak megvolt a maga kertje és a szőlős-kertek, sőt az erdők sem estek messzire. A Horvátokért a Krisztina-tér közelében az akkor még meg nem nyirbált alakjában volt Budának a leginkább számbajöhető sétakertje.

Ezzel szemben Berlin szép parkjaiból 5, Kölnben 6, Hannoverben 7.4, Drezdában 9.3, Boroszlóban 108, Magdeburgban 12.4 négyzetméter.

Londonban 5.3, Manchesterben 7.2, Bristolban 8.2, Dublinban 15.4, Edinburgban 16.3 négyzetméter esik egy lélekre.¹ Es így tovább.

Ezek a városok pedig kivétel nélkül mind sokkal régiebbek, idősebbek, mint Budapest és így nem is volt annyi lehetőségük parkok alakítására, mint éppen a mi fővárosunknak. Nálunk azonban a telekspekuláció s a mindenféle befolyás érvényesülése egy elfogadott szabályozási terv nélkül való rohamos fejlődés mellett megrontotta a főváros képét; ma pedig mindez károsan érzéti hatását közegészségi viszonyainkban is. Mert a parkok úgy is, mint a város be nem épített területrészei a házak összezsúfoltsága mellett, úgys mint a növényi vegetáció részére igénybe vett, állandóan öntözött, jó részükben árnyas és mindig hűvös, nyirkos, páráképző fás területek a városi levegő megjavításában nagy jelentőségűek, ha kellő megoszlással és számban, emellett elégséges területarányokkal tagolják a házakkal beépített városrészeket. Tikkasztó nyári napokon alkalmasak a főváros rossz levegőjű helyiségeiben lázas testi vagy szellemi munkával foglalkozók elbágyadt szervezetének felüdítésére és arra is, hogy a nagy város zajában élő ember azok csendesebb részeiben megpihenjen és vele idegeit megnyugtassa.

A poros és szeles Alföld szélén elterülő Budapestnek kontinentális klímája, száraz levegője mellett az erdőknek, parkoknak és fasoroknak határozottan nagyobb a jelentőségük, mint Anglia, Francia- vagy Németország nem egy maritim klímájú és párateltebb levegőjű városában. És mégis Budapesten a parkoknak a közegészség szolgálatában és talán egyébként is nagyobb jelentőséget nem tulajdonítottak a múltban. Nemcsak, hogy nem tekintették elsőrendű feladatnak új parkok létesítését, hanem a meglévő parkokba helyezett köz- és ott emelni engedett magánépítményekkel azok parkjellegét is megrontották s vele a növény vegetációt is fokozatosan apasztották.

A botanikus-kertet klinikákkal építették be, amiáltal azt, mint parkot megsemmisítették. Holott megvolt még akkor a könnyű lehetősége annak, hogy a klinikák céljaira egy megfelelő más telket válasszanak és azok épületeit a betegek üdülésére is alkalmas parkszerűen fásított területtel vegyék körül.

Ma ideális elhelyezéssel kifejlett parkban lehetnének a klinikák; így pedig nemcsak a parkszerű botanikus-kert semmisült meg, de a klinikák egy része is a nagyforgalmú Üllői-út vonalába esett, ahol azok a betegeknek alkalmas parkrészlet nélkül, poros viszonylatban s valóban nem eszményi kialakulásban és elhelyezéssel egymás mellett szoronganak.

A Városligetbe az idők során alig felsorolható sok mindent helyeztek el, amiáltal ott a növényi vegetációt is jelentékenyen apasztották és aminek folytán az nagyrészében elveszítette parkjellegét és népszórakoztató helyly alakult át.

Rég fásíthatott és előkészíthetett volna a főváros népszórakoztató helyeket, hogy leterhelje a Városligetet, mely arra hivatott, hogy a mindenképpen

¹ A székesfőváros kertészeti igazgatója részéről rendelkezésemre bocsájtott adatok.

szép Andrásy-út végén annak a millenáris-émlék alkotta záródíszé, egyben kapuja mögött a főváros egy árnyas, előkelő díszparkját alkossa, amelyben szépművészeti, mezőgazdasági és egyéb múzeumok, egy valóban szép fürdő és hasonló egyebek tarkázzák az előkelő kiállításban pompázó, az idegennek is látványos, emellett árnyas és csendes helyeket is nyújtó parkterületet.

Olyan formában, amint más világvárosokban is vannak ilyen reprezentatív jellegű parkok, és mint ilyenek már a közeli Bécsben is olyan szemeteleiket gyönyörködtető kialakításokban találhatók.

Az Erzsébetteri parkot megszükitették a kioszkkal, majd a Nemzeti Szalon hozzáépítésével, a Tisza Kálmán-térre a formátlan Városi színházat és Népkönyvtárat telepítették, az úgyis lecsontított Horváth-kertben a tornacsarnokot helyezték el. A Városmajorban egy árvaházat építettek és ott pár év óta a Nyukosz harmadik személynek bérbeadott időtlen mozija díszleg. Most tervezik beleépíteni a gyermek-fürdőt és állandó játszóteret és így tovább.

Azzal az eljárásával, hogy középületeknek, sőt magánvállalkozásoknak is a nyilvános sétakertekben adott helyet a főváros, azok park-jellegét számottevően megváltoztatta és nem egy esetben meg is rontotta.

Ma odajutottunk, hogy úgyszólván nincs vagy legalább is alig van parkunk, mely eredeti rendeltetésében a főváros díszé lenne. Mely a közegészségügyi érdekeket is minden irányban kifogástalanul szolgálná. És amelyet többé-kevésbé nem vontak volna el valamely formában eredeti rendeltetésétől és nem jutott volna bizonyos mértékig az üzleti vállalkozás eszközéül is.

Még az exkluzívnek mondott, bár ma már valóban nem annak nevezhető Szent Margit-sziget is hova-tovább azzá lesz, amióta Budapestnek ez a legszebb ékköve a Duna szalagján, József főherceg kezéből kikerült és közmunkák tanácsa intézkedéséből bérlet tárgya lett.

Magunk is úgy véljük, hogy magános nem áldozhat aránytalan költségeket egy ilyen közhasználatba adott parkra. Egészen természetesnek tartjuk ezért, hogy a főherceg túladott rajta. Úgy véljük azonban másfelől, hogy a közcélok szolgálata ebben a kérdésben akkor követi a leghelyesebb, sőt egyedül helyes irányt, ha a fővárosnak és az egész nemzetnek ezt a ritka kincsét és büszkeségét nem a belőle várható anyagi haszon szemszögéből bírálja el, de a legnagyobb gondozásra, sőt áldozatra is érdemes olyan nemzeti kincsnek tekinteni, amelyet eredeti rendeltetése és a természetiekben látványos kialakítása mellett, és attól el nem térve, az ország szívében fenntartani: nemzeti feladat.

Es én ezt a megállapítást a Gellért-hegy parkszerű viszonylatára is vonatkoztatom. Különben Budapest ma meglévő és egyébként eléggé gondozott erdeinek rendeltetését sem bírálja el helyesen a főváros és annak vagyonfelügyeleti hatósága, a belügyminiszter sem. A főváros pl. vurstlit bocsájtott az erdejébe, mely oda valóban legkevésbé váló, A bódék és egyebek elrontják az erdő képét és kikezdi annak állagát. A kintorna és egyéb lármás zene pedig kellemetlenül zavarja az erdő csendjét és elvonja fontosabb rendeltetésétől.

Talán az vezette mind erre a székesfővárost, hogy a belügyminiszter

jövedelmet sürget a város erdejéből, amelynek Budapesten valóban egészen más hivatása, minthogy jövedelmi tárgy legyen.

Budapest erdeje a főváros tüdeje s annak elsősorban is az a hivatása, hogy Budapest főleg közelebbi részeinek elhasznált üde levegőjét tisztával és üdével cserélje fel és az a rendeltetése, hogy a lakosság üdülését szolgálja s hogy a természetkedvelők, a turisták, a cserkészek és sportolók abban kellemes és egészséges szórakozást találjanak. Tehát mindenekelőtt olyan haszontárgy, amelynek eredményeit főleg a lakosság egészségi viszonyában kell megtalálnunk. Mindez természetesen azt sem zárja ki, hogy az adott körülményekhez képest gazdaságot is folytassanak benne. Ez azonban az előzőekben említett elsőrendű érdekek feltételeinek szolgálatát nem zavarhatja meg és nem is befolyásolhatja.

A főváros kórházai is úgy épültek, hogy azokat megfelelő park nem övezi. A legmodernebb Új Szent-János kórháznak egyébként sem sikerült elhelyezése mellett olyan a fekvése, hogy annak körzetében parkot kiképezni nem lehet. Pedig az ágyak számával arányos parkok a kórházak közelében az egészség szolgálatának igen jelentős tényezői.

A budapesti parkok elhelyezése és területaránya tekintetében úgy az egészségügyi, mint a szépészeti követelmények szemmel tartásával igen érdekes véleményt nyilvánított 15 év előtt egy arra fölöttébb illetékes tényező. Ezt a megnyilatkozást itt érdemes felfrissítenünk.

1911-ben ugyanis a főváros tabáni részének szabályozásával, valamint az új városháza építésével kapcsolatosan felmerülő városszabályozási kérdésekre nézve a főváros polgármestere kikérte a berlini városszabályozási terv pályadíjnyertes készítőjének, Jansen mérnöknek a véleményét is. A Budapesten járt német mérnök ez alkalommal megsejmelte a várost és a nyilvánosság előtt is elmondotta szerzett benyomásait.

Oda nyilatkozott Jansen, hogy ami szépet Budapestnek a természet adott, szinte mesterségesen rontották el helytelen irányú városépítéssel és meg nem felelő szabályozásokkal.

A körutakon belül csupa szűk utca és aránytalanul magas házak, ami azt a benyomást kelti, hogy mindenki úgy építhetett, ahogy akart. Berlinben például szigorúan ragaszkodnak ahhoz a feltételhez, hogy egy ház sem lehet magasabb, mint amilyen széles az utca.

Budapestnek több nagyobb térre és parkra van szüksége s ezeknek egymással összefüggésbe kell kerülniök. Az ő terve szerint, amelyet Nagy-Berlinről dolgozott ki, s amellyel az első díjat nyerte, minden tér és park egymásba kapcsolódik, s a térképen a parkot jelölő zöld szín áthúzódik az egész városon és nem szakad meg sehol.

A városszabályozással szerinte arra kell törekednünk, hogy minden polgár levegőhöz és napsugárhoz jusson!¹

Sokatmondó szavak, amelyek teljesen fedik a közegészségügyi érdekeket és azt az álláspontot, amelyet mi is elfoglalunk s az eddigiekben is kifejtteni

¹ Budapesti Hírlap 1911 szeptember 11.

igyekeztünk. És fedik azokat az elveket is, amelyeket a szegedi árvíz után Tisza Lajos, mint annak kormánybiztosa a rekonstrukciónál követett. Tartozunk pedig ennek a körülménynek, mint kiváló példának a felemlítésével azért is, mert a jól megfontolt és körültekintő eljárásáról, valamint a takarékoságáról közismert Tisza Lajost annak idején még gáncs is érte, hogy a széles utcák, nagyobb terek és parkok kialakításához a város belsejében úgy, mint külső részein is, bölcs előrelátással, számottevő területeket vett igénybe.

És joggal hódolunk itt Keeskemét város nagynevű volt polgármestere. Kada Elek emlékének is, aki szívós kitartással, nagy előrelátással és tervszerűséggel rendezte a város belsejét, amivel annak levegőt, teret és parkot biztosított s a város egy szebb és egészségesebb kialakulásának és fejlődésének vetette meg az alapját!

Valljuk be ezek után teljes őszinteséggel, hogy Budapesten a legújabb időkig az efféle kérdésekkel nem sokat és mindenesetre nem eleget törődtek. És mi e mulasztásnak ma érezzük is a súlyos következményeit.

Budapestnek ezért gyökeres javításokról, többek között a közegészség szolgáltatában is végrehajtani szükséges városszabályozásról kell most már mielőbb gondoskodnia, mely ezeket a kérdéseket végleg rendezi. Amely szigorú zsinórmértéket szab a további eljárásokhoz és az építési engedélyek megadásához.

Budapest lakosságának nem a legrózsásabb a közegészségügyi állapota. A tudóvész statisztikája erre nézve szomorú igazolásul szolgálhat. Budapest egészségügyét pedig mi mindaddig veszélyben látjuk, amíg ilyen elvek alapján el nem készül a szabályozási terve s azt szigorú következetességgel végre nem hajtják. Ügy véljük különben, hogy ennek szüksége a legtöbb vidéki városunknál is jelentkezik.

Ha idejében meg lett volna az efféle tervezet, amellyel most már a külföld úgyszólván minden jelentékenyebb városa rendelkezik, akkor a nagy metropolisok között Európában ma nem a talán legfiatalabb Budapest képviselné azt a világvárost és egyben országfővárost, amelynek úgyszólván a legkevesebb a tere és közkertje.

Budapestnek különben a szűk utcái is a megfelelő szabályozási tervek hiányának a következményei.

Még a legszélesebb utcáinak méretei is jóval alul maradnak a többi nagyváros széles utcáinak méretarányai mögött. A mi nagyratartott Andrásyutunk az Oktogon-térig csak 34, onnan a Városligetig 45 méter széles, míg a bécsi Ring 56, a berlini Unter den Linden 60 méter.

A Budapestnél jóval kisebb Amsterdammak pedig 1911-ben nemzetközi pályázat útján biztosított szabályozási tervében a fasorok sétautakkal, lovaglós- és kocsitutakkal ellátott hét kilométer hosszú új körútja szélességét 120 méterben állapították meg. Tehát nem sok híján közel háromszor oly szélesre, mint az Andrásy-út.¹

Minél szélesebb az utca, természetesen annál szebb növésű és hatalmasabb

¹ Pesti Hírlap 1911 augusztus 19.

fasorok nevelhetők rajta! Ezek a széles utcák pedig a többszörös fasorral, ha nem is oly mértékben, mint a parkok, de mindenesetre szintén kedvezően befolyásolják a közegészségi viszonyokat. Ellenben az épület magasságánál keskenyebb utcák esetében a fasorok boldogulása nem egy viszonylatban kétséges, sőt legtöbbször lehetetlen.

Mindezek után az előadottakból levont következtetéseket így foglalhatnám össze:

1. A közegészségi viszonyok minél kedvezőbb kialakulása érdekében fölöttébb kívánatos, hogy a mezőföldek és erdők megfelelő elosztással tarkálják az ország területét.

Az Alföld mai fátlan állapota az ottani kedvezőtlen egészségi viszonyoknak számottevő okozója. «Az alföldi erdők telepítéséről és a fásításokról» szóló már eddig is beigazoltan szép eredményeket szolgáltatató 1923. évi XIX. tc. széleskörű és mielőbbi teljes végrehajtása az Alföld közegészségügyének egyik elsőrendű feltétele! Fölöttébb kívánatos ezért, hogy a kormány jelen-tékenyebb beruházási hitelek igénybevétele mellett, nagyarányú tevékenységgel és a lehető legsürgősebben gondoskodjék az alföldi erdőknek és fasoroknak minél nagyobb mértékű megtelepítéséről.

2. A meglévő erdők fenntartása és új erdők telepítése a közegészség istápolása céljából a városok és nagyobb lakott helyek körzetében különösen kívánatos. Áll ez főleg az alföldi városokra, sőt az alföldi egyéb lakott helyekre is. Ezeknél főleg a nagy port szállító gyakoribb szelek ellenében kívánatos a lakott helyeket minél szélesebb erdősávval védeni.

3. Budapest közegészségének szolgálatában elsőrendű érdek, hogy a székesfőváros gondos előrelátással tervszerűen megállapított erdőbirtokpolitikát üzzön. Ennek szolgálatában pedig mielőbb megtegye a lépéseket a város körül elterülő és kellően nem gondozott magánerdőknek és kopárok-nak megszerzésére.

A közegészség érdekei kívánják meg azt is, hogy a székesfőváros a lázas testi vagy szellemi munkában kifáradt s a nagyváros zsvivájától kábult, üdülést és megpihenést kereső lakosságának s velők és bennök a természetkedvelőknek és turistáknak, de a cserkészeknek is a meglévő és elsősorban is ilyen célokat szolgálni hivatott erdeiben zavartalan nyugalmat biztosítson. Kívánatos ezért, hogy az ú. n. vurstli, zajt okozó eszközeivel és hasonló egyebek ne az erdő csendjét zavarják, hanem azokat más e célra kialakított és fásított területen helyezze el a főváros.

4. Budapest székesfőváros és a legtöbb vidéki város belterületén is a parkok és terek aránya a beépített terület és a lakosság számának viszonyában fölöttébb kevés, amiért is ezek gyarapítása a főváros és a vidéki városok közegészségügyének fejlesztése érdekében is elsőrendű fontosságú. Ennek a cél-nak a szolgálatában pedig kívánatos, hogy a főváros és a nagyobb vidéki városok belterületén a be nem épített parcellákat mind számbavegyék annak elbírálására, hogy azok melyike alkalmas parkok céljára? A megfelelő területeket a székesfőváros és a nagyobb vidéki városok is szerezzék meg s gondoskodjanak azok parkszerű betelepítéséről.

5. Készítse el mielőbb a székesfőváros és készíttessék el mielőbb a vidéki nagyobb városok is egy messzebb jövő. fejlődési lehetőségeivel számoló koncepció alapján a végleges városszabályozási tervet s abban a már meglévő s parkok céljára biztosítható, még be nem épített területek arányainak és területi megoszlásának figyelembe és tervbevételeivel állapítsák meg azt is, hogy a város melyik részein kívánatos még bizonyos, ma beépítve levő, területeket az idők folyamán parkok céljára igénybe venni. Az ekként megállapított területeken többet új építkezésekre vagy számbajöhető átalakításokra engedélyt ne adjanak, hanem anyagi erejükhöz képest gondoskodjanak azok fokozatos kisajátításáról vagy csere, esetleg vétel útján történő megszerzéséről.

6. Kórházak és üdülőhelyek építésénél feltétlenül gondoskodni kell parkok létesítéséről, annak figyelembe tartása mellett, hogy azok a kórházak, illetve üdülőhelyek ágyszámával arányos méretűek legyenek. Olyan meglévő kórháznál pedig, ahol parkok nincsenek vagy nem állnak megfelelő arányban rendelkezésre, ilyenek telepítéséről, illetve a meglévők kiépítéséről gondoskodni fölöttebb kívánatos.

7. A városok és egyéb lakott helyek olyan utcáit és útjait, amelyeknél a fasorok életfeltételei nem hiányoznak, a lakosság egészsége érdekében ilyenekkel szegélyezni fölöttebb kívánatos. Ugyanilyen célok szolgálatában szükséges az is, hogy úgy a lakott helyek határain belül, mint azokon kívül is, a közforgalmi utak mentén mindenütt fasorok legyenek s azoknak egyes vidékeken gyakori s ötletszerű kivágását törvényes jogszabályok tiltsák.

8. A károsok és egyéb lakott helyek ezentúl létesíteni kívánt utcáit a lakosság közegészsége érdekében is lehetőleg szélesre és úgy kívánatos tervezni, hogy az azokon építhető házak előre megállapított maximális magassága mellett, még mód legyen életképes fasorok fenntartására.

9. Szükséges, hogy az épületfelemelés, illetve reáépítés engedélye iránt benyújtott kérvényeknél a hatóságok az érdekelt utca szélességének számba vétele mellett mindig elbírálják azt is, vajjon az épületemelés illetve ráépítés a fasorok életfeltételeit nem veszélyezteti-e?

Hozzászólások:

1. Dr. Juba Adolf: Ami illeti a városok és különösen a főváros parkozását, egy szempontra kívánja a figyelmet felhívni, amelyet nem szoktak eléggé hangsúlyozni. Ez a fejlődő kornak a lehetőségnyújtása, hogy mentől kiadóbb mozgást végezzen, mentől többet játszhasson. Evégből sok, könnyen elérhető játszótérre van szükség. Sajnos, azt tapasztalni, hogy a játszótérek számának növelésével nem törődnek eléggé, de még a meglévőket is agyon parkozzák, úgyhogy a gyermekek játéka ne használhassák, azonfelül kövezett utakat vezetnek keresztül. Az Almássy-tér parkozásánál, amely most folyik, látja, miképpen nem szabad csinálni. Míg a fák és cserjék, sétautak a tér széleire valók, addig a középén játéka alkalmas területek kellenek, örömmel látja Budapest környékének befásítását és ha az így befásított helyek megközelíthetőségét fasorok ültetésével megkönnyítenék, lényegesen előmozdí-

tanák a kirándulók kedvét. Természetesen a játéktereket és üdülőhelyeket a kocsik és autók porától is meg kell védeni. Anomáliának tartja, hogy pl. a Városligeten keresztül járművek hajthassanak. Még a gazdagra nézve is előnyös. ha portól kevésbé fertőzött levegőben üdülhet, szegényre nézve, aki másfelé nyaralni nem mehet, egyenesen életszükség.

2. Dr. Tuzson János, egyetemi tanár: Budapest tereinek, utcáinak és parkjainak fasorokkal és facsoportokkal s általában dísznövényekkel való beültetése rendkívül fontos, nemcsak esztétikai szempontból, de a higiéné szempontjából is, mert kétségtelen, hogy a dúsabb növényzettel beültetett terület környezetében tisztább, üdőbb, egészségesebb a levegő.

Nagyon fontos a növényzet helyes megválasztása, mert nem minden növény való bárhová. Azok a fák, cserjék és egyéb dísznövények, melyek pl. Brüsszel parkjait díszítik, nem válnak be Milanóban vagy Moszkvában, amelyek pl. Berlin fasoros, virágablakos utcáit ékesítik, nem válnak be mindig Budapesten, stb. Mindenhol az díszlik a legszebben, az telepíthető meg és tartható fenn a legkisebb költséggel, legjobb eredménnyel, amely növény az illető hely klímája és talaj mellett a leginkább otthonos.

Budapest és környéke, főleg szárazságot tűrő és szárazságot igénylő növényfajták tenyésztére alkalmas. Hiába erőltetnénk itt fii. a Rhododendronokat vagy a páradús levegőt kedvelő fenyőféléket pl. a lú- vagy jegenyefenyőt. Az oda nem való növényekkel díszített parkok csakhamar növénykór-házakká és növénytemetőkké válnak. Ellenben ha a száraz klímához szokott Thuja-féléket, az ezüstlevelű hársat, a száraz, napsütötte sziklákon is megélő Spiraeákat, a száraz, mészköves helyek szebbnél-szebb Astereit stb. válogatjuk össze, s főfalakhoz, villák és más épületek falához a száraz klímát elviselő Clematis-okat ültetjük, úgy elragadóan szép, üde növényzetet tarthatunk fenn, a főváros pusztai jelegű klímája mellett is. Mielőtt valaki egy kertet, parkot vagy közteret növénydíszsel akar ellátni, körül kell néznie, mely növények díszlenek jól az illető környezetben s ezek közül kell választania nagyobb arányú telepítésekhez. Bizonytalan kísérleteket legfeljebb igen kis arányokban lehet kockáztatni.

Budapest klímája oly sok szebbnél-szebb fának, cserjének, iszalagnak s egyéb élő növénynek felel meg, hogy kis gonddal a most néhol csakis a legnagyobb fáradtsággal fenntartott beteges, sínylődő növényzetű területekre gazdag növénydísz lehetne közülük válogatni.

Lakásügy.

Előadó: K. C s á s z á r F e r e n c , építész.

1. A lakás elsődleges életszükséglet, első kérdés meg van-e s csak másod-sorban lép fel minőségi igényel. Az országos lakásügy rendezésének szükséges előzménye az országos adatok beszerzéses feldolgozása tekintettel a laksűrűsége, családoknak s házasoknak elhelyezkedésére, a középosztály térvesztésére s a közegészségügyre (gümőkór, gyermekhalandóság). Teendő:

1920-as lakásadatok sürgős feldolgozása s kiadása; tervszerű lakásszámlálás előkészítése, mint a német birodalomban 1918-ban.

2. Csonka hazánkban 1910-ről 1920-ig a házzaporulat csak 2.5% volt, 41% lélekszaporulattal szemben, lakóházak sűrűsége 6.6-ról 6.8-ra emelkedett, legalacsonyabb a kevésgyerekes s tanyarendszerű vidékeken, legnagyobb a városokban.

3. Lakások, szobák laksűrűségére a meglévő 1910-es adatok elavultak, mely szerint a Magyar Birodalomban szobánként 3.1, lakásonként 4.5, lakóházanként 5.85 lakó jutott. 1900-hoz képest pince s alagsori lakások száma 58.4%-al, fürdőszobák száma 9.4%-al, konyhák száma 2.2%-al növekedett, míg pitvar 11.6%-al, alkov 7.6%-al csökkenő számot mutat. Kívánatos az 1920-as részletes adatok közrebocsajtása, a mai helyzet megítélhetése végett. Hisz pl. a gümőkór halálzási száma — ha más tényező nem zavarja — a lakások sűrűségével arányos (1. francia helységek 1912), laksűrűség csökkentésével csökken (1. Darányi cselédtörvény hatását 1905 4%; 1920 3%).

4. Budapesti közrebocsajtott adatok javulást mutatnak:

1 lakásra eső lélek-

szám(1880) 4·78 (1900) 4·47 (1920) 4·15 ;

1 szobára eső lélek-

szám(1880) 2·51 (1900) 2·48 (1920) 4·33 ;

Szobák laksűrűsége (1880) 4·51 (1900) 4·30 (1920) 3·75 ; 1 szob. lak.

« « (1880) 2·64 (1900) 2·61 (1920) 2·18 ; 2 « «

« « (1880) 1·88 (1900) 1·82 (1920) 1·61 ; 3 « «

Gümőkórhalálzási

à 100 lakosra ... (1880) 7·9 (1900) 3·8 (1920) 3·9 ;

Csecsemőhalálzási

à 100 lakosra ... (1880) 9·8 (1900) 5·2 (1920) 4·1 ;

5. Ezen javulás szociális s egészségügyi eltolódást jelent a proletariátus javára, a középosztály rovására:

Albérlek s ágyrajárók száma

apadt (1910) 14·5 (1920) 10·5⁰/₀ lakosságnak

Pincelakások száma apadt . (1890) 4·9 (1920) 1·3⁰/₀ lakásoknak

Földsz. lakások száma apadt (1890) 59·5 (1920) 41·9⁰/₀ «

1 szobás lakások száma apadt (1890) 61·7 (1920) 53·1⁰/₀ «

2 és 3 szobás lakások száma nőtt, nagyobb lakások száma fogyott, 23%-nyi albérlek lakásból 18.7% rokonni összeköltözés.

6. Sok helyütt lakáshiány nincs, csak lakászavar a kötöttség s gazdasági elernyedtség folytán. A polgári tőkegyűjtés folyamatának elősegítése, olcsó, hosszúlejáratú hitelek lehetővé tétele, a magánépítés megindulásának és a normál természetes lakber-beszabályozódás előfeltétele.

Lakáshiány békekulcsok alapján ki nem számítható, mert az a változott igény, teherviselőképeség s a társadalmi rétegek eltolódásának függvénye. Érdekes, hogy az 1920-iki statisztika «2474» üres, ill. bérelt, de üresen álló

Lakást (1.2%!) tüntet fel akkor, mikor hivatalosan 126 darab (0.06%) üres lakás volt csak bejelentve.

Óvatos becsléssel Budapest évi 2000 új lakást igényelhet.

7. Az épülő házaknak 1918 előtt negyedrésze, 1920 után több mint fele családi ház volt, míg 2—3 lakást tartalmazott az. új épületeknek kb. harmada. Bérházépítés egyelőre tárgytalan.

Teendők: Családi, társas-, szövetkezeti házak létesítése.

Kötöttségnek az általános teherviselőképességgel arányos, fokozatos megszüntetése.

Olcsó, hosszúlejáratú hitel mielőbbi lehetővétele.

Országos építőszabályrendelet kibocsajtása az egyszerűbb s kisebb igényeknek, valamint a kvantitatív tömeghygiéne ápolására pl. az országban minden épület talajnedvesség ellen szigetelendő, vályogházat, szilárd alap nélkül építeni nem szabad; egészségtelen talajon lakóházat építeni ne szabadjon. Lakószoba szellőzése, ablak nagysága, fűtési módja ellenőrzés alákerüljön. Ivóvíz s szennyelvezetés szabályoztassék.

Közérdekű házépítő alakulatok támogatása műszaki s pénzügyi téren, állami, ill. hatósági ellenőrzés ellenében.

Örökberletek s felülépítményi jog szabályozása, ingó jelzálog intézményének bevezetése, építési sorsolási kötvények engedélyezése, építési anyagok fuvar- s vámkedvezménye által szenvedett bevételcsökkenés ellensúlyozása a háború utáni ingatlanvételek jövedelmének betterment adója által.

*

* *

A lakás elsődleges életszükséglet lévén, elsősorban az a kérdés: meg van-e s csak másodsorban jöhet a minőségi kérdés tekintetbe. A lakások mennyiségi vizsgálatának leghívebb tükre a laksűrűség; ez a lakásügy pulzusa, melyet ha vizsgálunk, elég biztos diagnózist kapunk, különösen ha mélyebben vizsgáljuk az egyes tünetek okait. A laksűrűség szoros viszonyban van a tömegjóléttel, a tömeg-egészségüggyel, s így kell, hogy kihatással legyen annak ismerete a lakáspolitikára, a hatóságok szándékolt intézkedéseire s a magánosok elhatározására.

Azonban a statisztika rideg számai csak akkor elevenednek meg. csak akkor tudnak beszélni, ha a kérdést minden okszerű vonatkozásában megvizsgáljuk, így nem elegendő csak azt vizsgálni, hogy mekkora a laksűrűség házanként, lakásonként, szobánként és helyiségenként, nem elég ezeket országos, országrészenkénti, megyei, városi stb. szempontból széttagolni, hanem helyes következtetést csak akkor vonhatunk le, ha a laksűrűség minden egyes tagolódásában az egészségügyi, a népmozgalmi, az épületszerkezeti s a víz és szennyvíz stb. kérdéseket is kellő figyelemben részesítjük.

Sajnos azonban, hogy az országos statisztikai adatok csak 1910-ig nyertek feldolgozást a Központi Statisztikai Hivatal kiadványaiban s így a tényleges állapotok felől a kutatót tájékoztatlanóságban hagyják a legutóbbi állapotról vonatkozólag.

Az országos lakásügy rendezésének szükséges előzménye az országos adatok beszerzése és feldolgozása a fenti viszonylatokban; sőt ha a kérdést társadalmi s szociálpolitikai vonatkozásban is mélyíteni akarjuk, úgy a társadalmi rétegek eltolódására, a házások elhelyezkedésére, a gümőkórnak, gyermekhalandóságnak, gyereksűrűségnek foglalkozási ágankénti széttagolóó dataira is ki kellene terjeszkedni vidékenként, városenként.

A németek, mielőtt az 1919—21-i nagy építési mozgalmukat megindították volna, 1918 májusában birodalmi lakásszámlálást (Reichswohnungszählung) tartottak, míg nálunk az O. L. T. vidéki építkezése, a Faksz országos akciója egyéni értesülés véletlenségeire támaszkodhatott csak s így annak eredménye is ennek megfelelő volt.

Múlhatatlanul szükséges tehát az 1920-as országos adatok sürgős feldolgozása s kiadása, sőt ha országos lakásakciót akarnánk megindítani, így csak egy előzetes s tervszerű országos lakásszámlálás biztosíthatná annak kellő eredményét.

A lakássűrűség kérdését két főcsoportban kívánom ismertetni, ú. m. országos s helyi (fővárosi) vonatkozásban.

I. Országos laksűrűség.

A lakások s szobák laksűrűségére vonatkozólag a meglévő 1910-es országos adatok elavultak; eszerint a Magyar Birodalomban 1910-ben szobánként 3.1 lakásonként 4.5, lakóházanként 585 lakó jutott. Az 1910-iki sűrűség 1900-hoz képest hanyatlást jelentett, annyiban, hogy a pince s alagsori lakások száma + 58.4 %-al (+ 3542) növekedett, az előszobák s pitvarok száma pedig 11.6 %-al (+ 75,641) apadt, viszont javulást jelentett, hogy a fürdőszobák száma 9.4 %-al (+ 38.965), a konyhák száma 22.7 %-al (+ 721.753) emelkedett míg az alkóvok száma 7.6 %-al (—3524) csökkent.

Az 1920-as állapotra vonatkozólag csak lakóházankénti laksűrűségre találunk országos adatokat:

Csonka hazánkban 1910—1920-ig a házszaporulat 25 % volt csak a 4.1 %-nyi lélekszaporulattal szemben, miért is a házankénti laksűrűség leromlott 6.6 %-ról 6.8 %-ra országos, 5.8 %-ról 5.9 %-ra megyei, s 16.0 %-ról 16.6 %-ra városi átlagban; *legalacsonyabb volt a kevésgyerekes s a tanyarendszerű vidékeken*, előbbinél pl. Baranyában. Tolnában, Bács-Bodrog megyében, utóbbinál pl. Hajdú, Csongrád, Csanád vármegyében. A házankénti laksűrűség különben is csak durva képet ad s a városokban különösen igen eltérő, így a házankénti sűrűség thj. városoknál:

	1910-ben lakos lakásonkint	1920-ban
Budapest	50.0	50.4
Sopron.....	17.6	17.5
Győr	13.5	13.8
Miskolc.....	10.6	10.7
Székesfehérvár.....	10.6	10.2
Kecskemét.....	8.1	6.5
Baja	6.5	5.9
Hódmezővásárhely.....	4.9	4.8

Sokkal pontosabb képet nyújt a lakásonkénti s szobánkénti laksűrűség, sajnos azonban, hogy az erre vonatkozó országos adatok eddigi feldolgozásáról, ül. közzétételéről nincs módomban beszámolni, csak a városok viszonylatában, erről is a Székesfővárosi Statisztikai Hivatal révén.

a) Törvényhatósági joggal felruházott városoknál (1920):

	Lakos- ság	Laká- sok	Szobák	Üres lakások	Sűrűség		Tény- leges	Termé- szetes
	s z á m a				à lakás	à szoba	szaporodás % 1910—20	
Baja	19,045	5,674	9,344	193	3·3	2·04	3·2	—7·9
Budapest.....	928,996	203,993	410,800	2,474	4·15	2·27	5·5	—0·47
Debrecen	105,415	25,050	36,386	583	4·0	2·9	6·9	11·3
Győr	50,722	11,055	17,544	52	4·6	2·89	4·5	12·9
Hódmezővásárhely	61,515	16,756	22,024	634	3·59	2·79	3·1	—2·4
Kecskemét	75,818	16,606	22,122	804	3·55	3·42	9·0	6·8
Miskolc	57,819	12,553	18,923	56	4·6	3·05	3·9	10·7
Pécs	46,707	14,024	22,040	284	3·3	2·14	4·4	—4·6
Sopron	35,804	7,445	13,271	66	4·8	2·69	4·8	3·9
Szeged	121,589	28,375	40,293	343	3·28	3·02	5·4	4·6
Székesfehérvár.....	39,321	9,205	13,870	56	4·27	2·83	1·1	6·8
Átlag 2·1%-a a lakásoknak :					4·12	2·47	4·5	3·8

b) Budapesttel azonos, vagy nála kedvezőbb lakássűrűségű r. t. városok (1920):

	Sűrűség		Üres lakás % összes lakásból	% szaporodás 1910—1920	
	lakáson- ként	szobán- ként		tényleges	természetes
Balassagyarmat	4·1	2·7	0·5	1·7	3·4
Cegléd	3·75	2·88	(!) 4·4	5·5	8·8
Esztergom	4·03	2·54	1·3	1·7	0·5
Gyöngyös	4·15	2·91	0·13	—1·3 (!)	7·6
Gyula	4·06	2·78	0·34	—3·2 (!)	2·6
Hajdúszoboszló	4·10	3·—	1·9	9·0	10·2
Karcag	3·70	2·61	(!) 3·06	7·0	—1·9 (!)
Kiskunhalas	3·90	2·88	1·45	8·7	7·0
Kisújszállás	3·89	2·53	1·75	7·3	1·7
Makó	3·91	2·84	0·55	4·2	6·3
Mohács	3·56	(!) 2·18	1·37	—	—7·2 (!)
Nagykanizsa	4·15	2·70	0·16	0·2	13·2
Nagykörös	4·07	2·89	0·81	6·2	0·4
Szekszárd	3·7	(!) 1·92	0·11	7·9	—6·2 (!)
Szentés	3·6	2·76	1·4	2·9	2·5
Turkeve	3·85	2·89	0·83	5·2	—0·9 (!)
Újpest	3·90	3·07	0·33	2·6	2·4
Átlag			1·4	3·8	3·1

c) Legkedvezőtlenebb laksűrűségű városok (1920)

	Sűrűség		Üreslakás % összes lakásból	% szaporodás 1910—1920	
	lakáson- ként	szobán- ként		természetes	tényleges
Szolnok	5·3 (I)	3·65	0·25	5·9	13·0
Nyíregyháza	4·96	3·15	0·13	9·8	13·5
Szombathely	4·92	3·17	0·08	9·4	12·1
Zalaegerszeg	4·87	3·09	0·1	0·8	22·9
Jászberény	4·84	3·53	0·48	10·5	7·8
Salgótarján	4·61	3·56	0·34	11·0	10·7
Kiskunfélegyháza	4·6	3·71 (I)	0·81	12·6	5·4
Csongrád	4·5	3·62	0·73	—	2·3
Hajdúhadház	4·4	3·60	0·82	—	6·7
		Átlag	0·42	8·6	10·5

Ezen táblázatokból kitűnik:

1. Szobánkénti laksűrűség tekintetében a 11 thj. város közül csak két város (Baja, Pécs), a 44 r. t. város közül is csak két város (Szekszárd, Mohács) mutat a fővárosnál kedvezőbb képet és szomorú, hogy *mind a négy depopuláció* miatt s így a kedvező tünet csak látszólagos.

2. A depopulációban szenvedő városok mindegyike (Hódmezővásárhely, Gyöngyös, Gyula, Karcag, Turkeve) egy kivételével (Pápa), lakássűrűség tekintetében — úglátszik éppen e miatt — vannak elől. Ezeknél nagyobb súly fektetendő a depopuláció megállítására, mint az építkezésre.

3. A nagyobb szaporaságot mutató városokban kell elsősorban építkezni, illetve a hatóságnak ezeket kell elsősorban támogatni, már csak azért is; mert éppen ezekben kevés az üres lakás és legtűrhetőbbek a laksűrűségi viszonyok.

4. Egyes városokban az üres álló lakások nagy száma javítja csak a laksűrűségi átlagot, holott a tényleges sűrűség annál jóval kedvezőtlenebb. Amennyiben ezek némelyikénél a lakáskereskedelem elfajuló szokása volna az ok. úgy ez ellen a lakbérek fokozatos felszabadításának gyorsabb üteme szolgálhatna leghatásosabb ellenszerül.

A laksűrűség közegészségügyi összefüggését vizsgálva, szembeötlő, hogy a gümőkór és a gyermekhalandóság tekintetében nem annyira a laksűrűség, mint a lakásminőség kérdése játszik szerepet.

Jól lehet a laksűrűség 1910 óta az országban rosszabbodott, a gümőkórhalálozás mégis javult: 1901—5. á év 3.97 ‰; 1906—10. 3.73 ‰; 1911—15. 3.35 ‰; 1920—24. 3 ‰. Ennek okát elsősorban a Darányi-féle cselédház-törvényben látom, mely a mezőgazdasági cselédséget, a magyarság ezen nagy rétegét, hygiénikusabb lakásviszonyokhoz juttatta.

A gümőkór csökkenése inkább attól függ, hogy minél kevesebb család lakják együtt, mert statisztikailag kimutatható, hogy *minél kisebb a helység, annál kisebb a halálozási arányszám*. Ebből a várospolitika szempontjából ama fontos következtetés is vonható, hogy a városokban a *kisebb házegységek*

tői inkább várhatjuk a gümőkór csökkenését; tehát a bécsi nagy bérház -koloszusok helyett rá kell térni a kis egységekre nagy összefüggő udvarokkal, a függőfolyosó lehető kiküszöbölésével. Igazolással szolgáljon erre a következő összeállítás,, mely a francia helységek 1912-iki és Nagy-Magyarország 1910-iki helységeire vonatkozólag tünteti fel a gümőkór halálozási arányait:

	Fr. O.	N. M. O.
100,000—30,000 lakosú helységben	3·29 ‰	3·8 ‰
30,000—20,000 „ „	3·02 „	3·62 „
20,000—10,000 „ „	2·87 „	3·97 „
10,000— 5,000 „ „	2·30 „	3·52 „
5,000 „ „	1·54 „	3·43 „

A francia adatok «határozottan», a magyar adatok némi zökkenéssel igazolják a fenti megállapítást. Ha a magyar adatok magasabb halálozási arányszámának s a zökkenés okát keressük, azt a magyar falusi házak egészségtelen és nemzetpusztító építési módjában vélelmeztalálni.

Csonka hazánkban a vályogházak az összes építmények háromnegyedrészét alkotják még mindig, és pedig 1920-ban az összes házak 23.9%-a vályogfallal s kőalappal, 51.9%-a pedig, vályogalappal s fallal bírtak, sőt tisztán vályoganyagú házak száma 1910 óta 3.4%-al növekedett (589,485-ről 609.628-ra). Ha a statisztika a sárpadolat, a $\frac{1}{2}$ m²-nél kisebb ablakok, a talajvízes kutak nagyszámát is kimutatná, úgy, azt hiszem, ezekben is számszerű okokat talál-nánk az országos rossz egészségügy magyarázatául.

Összefoglalva az országos vonatkozású adatok eredményeit, megállapítható; hogy:

1. Nem a nagy városok növekedése, hanem a *kisebb helységekbe s községekbe való decentralizálódás* szolgálja inkább a közegészségügyet, eltekintve %tól, hogy ez az országunk agrár jellegének is jobban megfelel.

2. Az alacsony laksűrűség nem öncél s nem mindig irányadó. Hol ez a depopuláció, a kevésgyerekeség vagy fertőzőbajok eredményeképp jelentkezik, ott *ezen nemzetpusztító okok orvoslásán kell előbb segíteni.*

3. Elsősorban a lakások kvantitatív szükségletére, az országos laksűrűség lecsökkentésére kell törekedni s csak másodsorban a lakásnak minőségi feljavítására (fürdő, előszoba, konyha). Azonban a *lakás minőségi minimumának megállapítása törvényes intézkedést követel* (falszigetelés, ablakméret, kő- és téglalap stb.).

4. Inkább a *nagy tömegeket kell juttatni egyszerű, de egészséges lakáshoz*, mint fokozni a tatóngó ellentéteket. Hisz az alsó rétegekből sarjadzik idővel a műveltebb, kulturáltabb réteg.

II. Fővárosi laksűrűség s lakásviszonyok.

Lapozva a Budapestre vonatkozó s immár 1925. évig kidolgozott adatokat, örömmel állapítható meg, hogy a főváros laksűrűségi viszonyai úgy 1920, mint 1925. évi keresztmetszetben határozott javulást mutatnak, s hogy a rideg számok a köztudatba dobott gáncsokat egyáltalában nem igazolják.

Budapest laksűrűségi s egészségügyi viszonyai:

	1880	1900	1920	1925
1 lakásra eső lélekszám	4·78	4·47	4·15	4·1
1 szobára „	2·51	2·48	2·33	2·09
Szoba laksűrűsége 1 szobás lakásnál	4·51	4·30	3·75	3·74
„ „ 2 „	2·64	2·61	2·18	2·09
„ „ 3 „	1·89	1·82	1·61	1·54
Gümőkór halálozás à 1000 lakos	7·9	3·8	3·9	2·79
Csecsemőhalandóság „ „	9·8	5·2	4·1	2·25
Vízfogyasztás liter à fej à nap	59·1 l.	182·3 l.	218·2 l.	157·— l.
Csatornahossz cm à fej	0·64 m.	0·42 m.	0·52 m.	0·467 m.

Fontosnak tartom kiemelni, hogy a laksűrűség javulása 1925-ben nemcsak folytatódott, de fokozódott is, s így önmagától dől meg azon érv, mint hogyha az 1920-as javulás a kommunisták erőszakos lakáspolitikájának utójelensége lett volna.

Sajnos azonban, hogy ezen javulásban nincs sok öröm, mert ennek oka főleg a lakosság számának stagnációja, illetve a főváros időleges elnéptelenedése volt.

Budapesten 1917—1921. években elnéptelenedés volt a számított adatok szerint:

év	1917	1918	1919	1920 ¹	1921
népesség	988,927	972,153	955,379	938,562	933,340

1922—1925-ig pedig csak igen lassú volt a népesedés növekedése.

év	1921	1922	1923	1924	1925
népesség	933,340	939,526	945,712	951,898	960,535

Budapest népessége csak 1925-ben érte ismét el azt a lélekszámot (960.535), mellyel a háború kitörésének évében, 1914-ben bírt (959.769).

Jóllehet tehát 1914—1925-ig a népesség nem növekedett, mégis ezen idő alatt épült 2381 lakóház, ebből 263 az elnéptelenedés alatt (1917—21), 1739 ház pedig 1922—1925 alatti lassú emelkedés idején, nem számítva az O. L. T. kb. 6000 barakkalakását.

Hogy a laksűrűség javulásának eme szomorú oka astagnáció, ez az alábbi statisztikából is kiviláglik (kerek számokban):

Időszakban	1891—1910	1911—1925
Összes népszaporulat	374,000	80,000
„ lakásszaporulat	74,000	38,000
„ szobaszaporulat	143,000	75,000

¹ Népszámlálási adat.

vagyis míg a régebbi 20 évben 1 új szobára 26 lakosszaporulat esett, a legutóbbi 15 évben 1 új szobára csak 1.06 lakosszaporulat esett.

Ennélfogva a laksűrűségek javulása Budapesten a depopuláció, ill. stagnáció tünete

Ájánlom ezen adatokat azok figyelmébe, kik még mindig nagy fővárosi lakáshiányról beszélnek. Még szomorúbban kitűnik az állandó természetes depopuláció azon adatokból, melyek a születések és a házasságok állandó számszerű csökkentését és a halálozási többletet mutatják még azon években is, midőn a népesség ténylegesen emelkedett. A meg nem született gyerekeknek s meg nem kötött házasságoknak egyik oka a szabadlakás-kereslet hiánya, a lelépési magas díjak, melyek a zavartalan családfészek megalapítását akadályozzák.

É v	1920	1921	1922	1923	1924	1925
Élveszülöttek száma	21,068	19,627	18,741	17,159	—	—
Halálozási többlet	+1985	—646	+313	+1390	—	—
Házasságok száma	11,677	10,819	11,444	10,960	9,892	9,731

A laksűrűséggel párhuzamban javult a gümőkór halálozásának és a csecsemő halandóságának arányszáma is, de félős, hogy eme *javulás nem lesz tartós, ha vízfogyasztás és a csatornázás visszafejlődést mutat*. A vízfogyasztás csökkenését csak kis részt lehet az olaj öntözés s a korábbi ú. n. vízpazarlás elmaradásának betudni; a csatornázási hosszcsökkenés részletadatai pedig nemcsak a fejlesztés hiányát, hanem a betoncsatornák pusztulását is mutatják 3430 m csatorna hosszcsökkenéssel (1919—1923).

A lakások minőségi vizsgálata is javulásról számolhat be.

	1910	1920	1925
Ágyrajárók, albérlők száma	14·5%	10·5%	9·7%-a a lakosságnak
Pincelakások	4·9%	1·3%	1·0%-a « lakásoknak
Földszinti lakások	59·5%	41·9%	51·3%-a « «
1—2 szobás	61·7%	53·1%	54·1%-a « «
Nem rendes lakásul szolgáló lakóhely	—	714	647
Üres lakások száma	4072	2474	2341

Jóllehet, ezen számok az átlagban javulást mutatnak, a részletekben még sok kívánnivalót hagynak hátra.

1. A nem rendes lakóhelyül szolgáló lakás száma még mindig igen magas. Ha leszámítjuk a hajólakásokat s komédiásbódékat, még mindig 373 olyan lakás marad, mely odú, bódé stb.

2. A főváros lakosságnak $T^{\wedge}\beta$ pincében. $5^{\circ}/_{00}$ -e alagsorban lakik. Pince-lakások inkább a pesti oldalra, alagsori lakások túlnyomólag a budai oldalra esnek.

3. Csaknem minden tizedik ember hatod vagy többedmagával lakik egy lakásban, közte a munkásság 38%-a ötöd vagy többedmagával lakik egyszobás lakásban.

4. A középosztály sorvadását mutatja, hogy a 24.820 köztisztviselői lakás 53.7%-a volt 1925-ben albérlő-lakás, 65,205 munkáslakás 21%-avolt 1925-ben albérlő-lakás. 122.190 egyéb lakás 11%-a volt 1925-ben albérlő-lakás.

5. Kb. minden negyedik lakás (23%) albérlős s kb. minden ötödik lakásban (18.7%) rokon van, minek bizton egy része az összeköltözés tünete.

6. Az egyszobás lakás %-a nőtt 1925-ben, míg a 2—3—4 stb. szobás lakások %-a csökkenést mutat.

Év	1 szobás	2 szobás	3 szobás	4—5 szobás	6 vagy több szobás
1920	53.1%	26.6%	11.9%	7.3%	1.1%
1925	54.1%	26.4%	11.5%	7.0%	1.0%

Ezen utóbbi 4—8 alatti adatokból a *középosztály elproletarizálódásának tünetét, gazdasági sorvadását és erkölcsének veszélyeztetését olvashatjuk ki.*

A lakások mennyiségi s minőségi vizsgálatának eredményeit összevetve, az tűnik ki, hogy ámbár Budapesten nagyobb arányú lakáshiányról beszélni nem lehet, mert átlagban a lakások viszonylagos mennyisége jóval a békeviszonyok fölött van, de vannak zavarok a lakáselosztódások között a kötöttség s a gazdasági elernyedetség folytán.

A lakáshiány békekulcsok alapján ki nem számítható, mert az a változott igény, a teherviselőképeség, a társadalmi rétegeltolódás s a népességszaporodás függvénye. Érdekes, hogy 1920-ban «2474» üres, illetőleg bérelt, de üresen álló lakás volt Budapesten, mi az összlakásszám 1.2%-a, köztük 1300 beltelekre illetőleg 251 a Nagykörúton belül esett, s 535 volt az üresen álló budai nyaralók száma.

Ugyanakkor hivatalosan csak 126 drb üres lakás (0.06%) volt bejelentve egész évben egész Budapesten. 1925-ben is hasonló megállapítást nyertünk, midőn 2341 volt a bérelt, de számláláskor üresen álló lakások száma, melyből 916 lakásbérlő számláláskor távol volt. Lehetetlen, hogy e e számok hallatára ne gondoljunk a lakáskereskedelemnek ma dívó káros divatjára, mely a szabaddá lett lakást eltitkolja s oly váltságot követel, mely a kötöttség bérveszteségét eleve s legtöbbször aranyparításban leszámítolja. Vájjon jobb-e ezen titkos s a polgári egyenlőséget kijátszó s már ma aranyparítást kierőszakoló rendszer, mint a fokozódó béremelés, mely mindenkit egyenlően érint és egészséges s igazságos kiegyenlítődéssel felé törekszik?

Mindezek figyelembevételével az a vélemény alakult ki bennem, hogy *Budapesten nagyobbarányú lakáshiányról beszélni nem lehet*, hisz 1914—1925-ig stagnáló népesség mellett is 2381 ház épült, 1911—1925-ig minden egyes szaporodó lélekre egy új szoba építése esett, a laksűrűség általában s részletviszonylatban erélyesen javult, a tényleg üresen álló lakások nagy száma a

lakáshiányt nem igazolja; de lehet s kell beszélni a lakásmínőség és részletmizériák feljavításáról s a további egészségügyi fejlődés biztosításáról, mi csak építkezés útján érhető el. *A lakásszükséglet óvatos becsléssel Budapesten évi 2000 lakásra becsülhető*, mit igazol az, hogy *a)* utóbbi években a házasságkötés többlete a halálozás s válás folytán megszűnt házasságokkal szemben évenként kb. 2000 volt (1923-ban 2560, 1924-ben 1323, 1925-ben 1978), továbbá *b)* az évi népszaporulat 6—6—9000 lévén, ennek 1500—1500—2250 lakás felelne meg, melynek középszáma a felvett 2000 lakás.

Ezekből elsősorban az építendő meg, mi a kb. 830 pincelakás (VI., VII., VIII., X., ker.) s 370 nem lakás céljait szolgáló építmény kilakoltatását, ill. lebontását lehetővé teszi. E célra szolgálnak különben az építés alatt álló városi s népjóléti szükséglakások, melyet további szükséglakás s egyszobás lakás építésével kell csak az említett mérvig kiegészíteni. Ezek létesítése lehet csak hatósági feladat, a többi mindenesetre a magánépítkezés feladata,

Lehet, hogy a magánépítkezés a beígért gazdasági szanálás teljesülése mellett s a lakbér fokozatos felszabadításával önmagától is esetleg idővel életrekelne, de nagy állami s társadalmi érdekek fűződnek ahhoz, hogy a folyamat gyorsíttassék, különben a gazdasági szanálódás sikere forog kockán.

A magánépítkezés megindulásának szerintem három főpillére van, melyeket egyidőben kell felépíteni, hogy egyszerre érjük el a gazdasági felépülésünk falegyenét, melyet a siker betetőzhet:

a) *a társadalom, gazdasági szanálásának továbbfejlesztése* a külkereskedelem, a hitelügy, az uzsora, a valorizáció, adóprés enyhítése stb. kérdések közmegnyugvást keltő megoldása által, hogy a gazdaságilag elvertelenedett rétegekbe a pénz visszaszívódási folyamata ismét megindulhasson, a vállalkozásban a bizalom és biztonság érzete feléledjen újra.

b) *ezzel egyidejűleg a lakbérkötöttségnek az általános teherviselőképességgel arányos, fokozatos megszüntetése.* A magánépítkezés ugyanis ceruzával kezében számít, rentabilitást kíván. Építkezést sürgetni s egyidejűleg a lakbér-emelés ellen foglalni állást, a valóságban két különböző irányú s egymásnak ellentmondó álláspont, mely szolgálhatja a tömeghangulat izlését, de nem a komoly siker biztosítását.

c) A gazdasági szanálódás és bérfelszabadítás azonban csak úgy hatásos. *ha minél előbb gondoskodunk az olcsó, hosszúlejáratú építési hitel megoldásáról, mely az építési összeg 80%-ot adja kb. 5% annuitással.* S itt van szükség még a hatóság hathatós támogatására. Műszaki téren a Közmunkák Tanácsa már megadta 1926 márciusban a kért műszaki könnyítéseket, az állam a teljes állami és városi 30 évi adómentességgel is már nagy segítséget nyújtott, legfeljebb az 1927 december 31-iki terminus kitolására lesz még szükség. Most még a finanszírozás terén kell segítség. A hatóság lakást ne építsen, mert drágán, nehézkesen, lassan épít s így a bérlő s építető is rosszul jár. De adjon kamatmentes hitelt a középosztálynak további aránytalan megterhelés nélkül s adjon legalább annyit, hogy a mai drága, legjobb esetben 8½ annuitásos hitelt s a hatósági kamatmentes hitel tőkénének 3½%-os évi törlesztése közeparányosban adja ki az 5%-os annuitást.

Ily módon lehetséges a közérdekű házépítő alakulatok támogatása műszaki s pénzügyi téren, hatósági ellenőrzés ellenében. Eleivel családi-, társas-, szövetkezeti házak létesülése várható, bérházépítés csak a teljesen egészséges állapotok bekövetkezése után remélhető. Mert míg az épülő házaknak $\frac{1}{4}$ -része volt békében családi ház, 1920 után az új lakóházaknak több mint fele egy lakást, egyharmada pedig két-három lakást tartalmazott.

Ezen három alapvető kellék mellett az egyéb apróbb segítések eltörpülnek s szükség esetén mint részletintézkedések jöhetnek figyelembe: ú. m. a) örökbérleteknek s a felülépítményi jognak szabályozása, ill. a törvény s építésügyi szabályok ezirányú összhangolása, b) kartell túlkapasainak ellensúlyozása az építési anyagokra vonatkozó megfelelő fuvar- s vámpolitika segélyével, c) az így szenvedett állami bevétel-csökkenés ellensúlyozása a háború utáni ingatlanvételek jövedelmének betterment adója által történhetnék.

Hozzászólások:

1. H o e p f n e r G u i d ó. műépítész: A magántőke csak akkor fog építkezni, ha a bérház ismét rentábilis lesz. A házak rentábilissé tételének nem egyetlen módja a házbérek fölemelése, de a házakat terhelő állami és községi adók csökkentése is. Ha Budapest lakossága ma nem is lenne több, mint békében volt, *építkezni kell!* Egynéhány évi hatósági építkezés, a sok hiányt pótolni képtelen.

A régi lakások egy nagyrésze amúgy is egészségtelen, sokszor nem emberhez méltó és legkevesébbé felel meg a modernebb hygiénikus követelményeknek. Ezek szukcesszíve újakkal pótlandók. A bérházak is elkopnak, élettartamuk 50—100 év, mely idő alatt igény vagy szerkezet szempontjából elpusztulnak, tehát ezek is pótolandók. S ha mindezeket — a statisztikailag kimutatott lakáshiányokkal — egybevetjük, úgy Budapesten nagyon sok a pótlandó, az építendő lakás, hogy csak félig-meddig is normális viszonyokról beszélhessünk.

Amit most Budapestről mondtam, nagyrészt a többi városra nézve is áll.

Egy tehát egészen bizonyos, hogy: építkezni kell, még pedig állandóan és erősen, ha az európai kultúrversenyben lépést akarunk tartani. Mert e nélkül minden téren visszafejlődés, kulturális, egészségügyi és erkölcsi viszonyaink hatványozott rosszabbodása fogna bekövetkezni.

A kérdés az, hogy miképpen tudnánk építkezni? Erre a kérdésre legyen szabad legelsősorban megjegyeznem, hogy elég volt az állami és városi görögtüzes építési akcióból. Nem mintha általában elítélném ami történt, vagyis jobban mondva az azt mozgató szándékot. Mikor más nem épített, természetes, hogy az államnak és a városnak kellett építenie, tehát a szándék helyes volt. De csakis addig, míg más építési lehetőségek nincsenek és ezeknek az építkezéseknek is példamutatóknak kellene lenniök. Sajnos, nem mintaszerűen építkeztek, mert kisebb, napos kevéslakásos, lehetőleg kertes bérházak helyett, iszonyatos nagy bércaszárnyákat és azokat is drágán építették, a rentabilitás

minden reménye nélkül, a polgárság adójából. Tehát a polgárság anyagi megterhelésével gazdagodtak a város és az állam, de hibás effektussal. Ebből most már elég volt! Szüntessék be ebbeli akciójukat és az építkezésekre szánt összegek felhasználásával is, teremtsék meg végre, de elfogadható alapon, a magánépítkezés előfeltételeit, melyek így foglalhatók össze:

1. Adjanak és közvetítsenek t. i. az állam és város rendkívül olcsó és nagy építési kölcsönöket és egyéb kedvezményeket, úgy, amint ezt Németország, Csehország, Franciaország, stb. teszik, de ne 14% és háromszori garancia mellett.

2. Tehermentesítsék úgy a régi, mint az új házakat, a rendkívüli nagy adók és közszolgáltatások alól — s hogy ezt megtehessek,

3. Vezessék be a «Betterment-illeték»-et, mely bármely városi ingatlan eladásánál «tényleg elért» és a háború után gazdát cserélt bérházaknál jelentkező értékpluszt egyrészt a köz javára lefoglalja.

Ezen abszolút helyes és igazságos betterment, vagyis értékelkedési illeték össze nem cserélendő, az abszolút igazságtalan és vagyont romboló «telekértékadó» bármely nemével is, melynek alkalmazását a szociáldemokraták állandóan követelik.

Hozzávetőleg kalkulációm szerint, a kb. 15 milliárd aranykoronát kitevő nemzeti vagyon $\frac{1}{3}$ -a az, ami házakban fekszik s ebből kb. $1\frac{1}{2}$ milliárd aranykorona az, ami a háború után gazdát cserélt házaknál, mint nyereség, «Betterment-illeték»-köteles lenne.

Ebből nem csekély összeg lenne a köz javára jogosan lefoglalható, és bőséges kárpótlást nyújtana államnak és városnak a 2. pontban kívánt adó és közszolgáltatások elengedése ellenében. Sőt még építési kölcsönökre is telnék belőle. Berlinben ez mint «Wertzuwachs-Steuer» már kezdő alkalmazásban van.

Legyen szabad még azon elég sűrűn hallható gondolatra is reflektálnom, mely a bérlőknek jogot követel ahhoz, hogy bérleményüket örökbérlés alakjában a háztulajdonostól megválthassák. Ezt mint teljesen kommunisztikus ízűt, mást megkárosítót és más tulajdonába való egyéni belenyúlást, a leghatározottabban el kell ítélni.

2. Dr. T ü d ő s Kálmán, városi tisztifőorvos (Debrecen): A lakásügyről szólva, nem lehet elég nyomatékkal hangsúlyozni, hogy úgy egészségügyi, mint szociálpolitikai szempontból egyedül és kizárólag a kisebb családi házak nyújtanak kielégítő megoldást. A társas- és szövetkezeti házakat is a családi ház mintájára kell létesíteni. Egészségügyi szempontból a legnagyobb fontosságú, hogy a család minden tagja, de különösen a gyermekek otthonukban megkapják a szükséges levegőt, világosságot és napfényt. Ezért multhatatlanul szükséges az elég tágas, napos udvar. Ezt nem pótolja semmiféle közös játszótér. A gyermeknek jó időben egész nap a szabadban a helye, ahol korlátozás nélkül futkározhat és játszhat, ahová nem kell külön öltözködni, ahová nem kell külön kísérő. Mindez csak akkor lehetséges, ha a lakóháznak saját udvar-kertje van. Csak az ilyen lakóház nyújt kielégítő védelmet a fertőzőbetegségekkel szemben is. És ha ilyen mégis előfordul, csakis ilyen

házban eszközölhető az elkülönítés megfelelő módon. Bérházakban az itt említett fontos egészségügyi kívánalmak egyáltalában meg nem valósíthatók.

Szociálpolitikai szempontok is megkövetelik a külön családi házat, mert csak az ilyenben lakóknak van igazi otthonuk, ami az egészséges társadalmi fejlődésnek nélkülözhetetlen alapja. Az erős, élő hazaszeretet is csak az otthonban fejlődhet ki. Az otthon azt jelenti, hogy az emberek lakásukban érzék magukat legjobban és szórakozásaik túlnyomó részét is ott találják meg. Ez óv legbiztosabban a kávéházi és kocsmái időlopástól és testet-lelket ölö sivar élvezetektől is. Ide tartozik még, hogy az udvar, illetve kert alkalmas legyen a család tagjainak arra, hogy kerti munkával is foglalkozhassanak. Ez anyagi hasznot is hajt és emellett a legegészségesebb, sok gyönyörűséget nyújtó, a testet is edző szórakozás. Alkalom nyílik így még méhészetre, baromfitenyésztésre és tojástermelésre is. Egyformán hasznos az ilyen elhelyezkedés úgy a tudomány, mint az ipar és kereskedelem munkásainak.

Egyetlen figyelmet érdemlő ellenvetés ellene az lehetne, hogy a városok nagy terjedelműek lennének és az emberek munkahelyeiktől távol laktának. Ez sem komoly ellenvetés ma, mikor a közlekedés villamos-vasutakkal és gépjárművekkel egészen jól lebonyolítható. London, tudjuk, hogy így épült ki, átmérője 34 kilométer, tehát annyi, mint Budapesthez Gödöllő, de azért ott senkinek sem jut eszébe, hogy a Cottage-rendszert bérkaszányákkal cserélje fel. Annyira nem, hogy Angliában, de ma már Németországban is még tovább mennek és a kertvárosok rendszerét tekintik a lakáskérdés megfelelő megoldásának. Hogy ennek milyen eredményei vannak, példa rá az első kertváros Letchworth, hol a tuberkulózis-halálozás 10,000 élöre 4.5, amihez hasonló az egész világon nincs. Hogy emellett az angol ipar és kereskedelem, vagy a tudományos, irodalmi és művészeti élet nem szenvedett, hanem óriási haladást tett, talán fölösleges bizonyítgatni.

Csak arról kell az államnak gondoskodni, hogy a családi házakat építők olcsó és kényelmes törlesztése« kölcsönökhöz juthassanak.

3. S c h o d i t s c h Lajos, oki. építész, felső építő-ipariskolai igazgató: *A laksűrűségre vonatkozó statisztikai adatok* s az előadó fejtegetései arról győztek meg, hogy ezeket folyton, évről-évre gyűjteni és közölni kell s az azzal foglalkozó szakembereknek hivatalból kellene rendelkezésre bocsaj tani; mert ebből látunk tiszta képet, hogy mit kell csinálni.

Sokan mindig vallottuk, hogy nincs nagy lakáshiány, hanem lakás zavar és pedig konjunkturális lakás zavar van. Amint a statisztika igazolja, évenként átlag 2000 lakásra van szükség, mint békében is volt. Ugyanis látható, hogy a főváros lakossága 1925-ben kb. annyi, mint volt 1914-ben, amikor a béke években átlag a fenti mennyiségben volt szükség lakásra és annyi termeltetett is.

Pótolni kellett azokat a lakásokat, amelyet a háború alatt nem építetünk meg. Ez részben megtörtént az állami és városi kislakás építkezésekkel. S most is nagyobb számú lakás készül.

A statisztikai adatok szerint 1925-ben kb. 2000 lakásban nem volt lakó, de a lakás megvolt. Kérdés, hogy ez honnan van?

Ennek magyarázata, hogy még a békeévekben, de különösen a háborús, a hadseregszállítás, a börze és egyéb konjunktúrában lakás-összevonások voltak s ma itt vannak még az összevont lakások, melyek két 2-szobás, egy 2 és 3-szobás vagy két 3-szobás lakás összevonásából keletkeztek. Ezek ma még mindig a béke lakbér 50%-át fizetik; tehát egy békebeli ily 3000 aranykoronás lakás ma 1500 koronát, azaz 22—24,000,000 papírkoronát fizet. S ha ma egy újonnan épített 2 szobás lakást akar kivenni, azért 18—24.000,000 koronát kell fizetnie és egyéb ezzel járó több évi más kötelezettséget vállalni. Természetes, hogy senki sem fogja a régi nagy lakását felhagyni ugyanazon bérért, különösen akkor, ha abból még jó üzletet is tud csinálni, hogy 2—3 szobát albérletbe ad s abból kikapja az egész olcsó lakbérét a nagy lakásra, még esetleg meg is él belőle. Itt akarok most áttérni az előadó *második helyes megállapítására, hogy a lakásokat teljesen fel kell szabadítani.*

Most a lakbérek emelkedésével ezeknek a nagy lakásoknak kell ketté válni s ha nem is lesz a 2000 nagy lakásból 4000 kis lakás, de 3000 feltétlenül. Ha ehhez még 2000 lakást építenek évenként, úgy kb. az új lakásszám a békebeli emelkedéssel arányban lesz.

Én nem vagyok háztulajdonos, csak tisztviselő, én nem félek a lakás felszabadítástól; mert az nem lesz veszélyes, sokkal veszélyesebb dolgokon mentünk már át. Egyet nem szabad elfelejtenünk, hogy háborútvesztett, tönkrement nemzet vagyunk s így igényeinket le kell fokozni. Le is fokozták az intellektueller s átmenetileg talán a viszonyok nehezek lesznek.

A tisztviselőknél a legnehezebb, az állam azok lakbéréről az emelkedésnél ugyan fog gondoskodni, de a tisztviselő mégis reáfizet. Hisz tudjuk jól békében is reáfizetett a lakbérére, most az igényeit fokozta le azáltal, hogy kisebb lakásba megy, vagy fog menni, ha a dekompozíció bekövetkezik.

Én magam részéről *a lakbérkötöttséget a legnagyobb erkölcstelenségnek tartom.* Ez ma tulajdonképpen nem más, mint a *házak elkommunizálása és vagyonok tönkretétele.* A kereskedő, az iparos, a gazda, a gyáros stb. mind a békebeli értéknél sokkal többet kér. A régi 100 aranykorona helyett 120—150 aranykoronát, sőt ennél többet is, s ha nehezen is, de megadják, csak a lakásnál kötik ki, hogy az a békebelinek csak a fele lehet. S vannak kik politikai és egyéb rejtett célokért még mindig a lakások felszabadítása ellen agítálnak. Azt mindnyájan tudjuk, hogy ennek előbb-utóbb be kell következnie, ezen a császármetszésen át kell esnünk.

A háztulajdonosoknak imputált horribilis lakbér emelését nem kell és nem lehet komolyan venni, mert hiába akar a háztulajdonos emelni, nem fog kapni lakót, aki azt megfizesse, mert már nincs konjunktúra, ahol nagy összegeket lehessen keresni. Egy-két negyeden át lesznek *fizetési zavarok* a mai *lakászavarok helyett*, de a régi békebeli közgazdasági alaptétel vissza fog állani, hogy a kereslet és a kínálat fogja megállapítani a házbér nagyságát. S az aligha lesz a régi békebeli házbér 80%-ánál magasabb.

A legnagyobb baj ma az, hogy nincs kislakás, értve a két-háromszobás lakásokat. Az egyszobás lakásokban a békebeli viszonyokhoz mérten van szaporu-

lat, általában a szegényebb néposztály lakásviszonyaiban kétségkívül van haladás s ez igen elismerésreméltó úgy közegészségügyi, de főleg szociális szempontból.

Ha van hosszú lejáratú kedvező feltételű kölcsön, úgy lesz építkezés és pedig *családi-, szövetkezeti- és társasházépítkezés*. Ezt kell sürgetni.

Az állam, a hatóság a maga részéről már *megtette a kötelességét* a legnehezebb időkben. Ezeknek már nem lehet tovább feladatuk a lakásépítkezés, különösen úgy, mint Bécsben, amire szeretnek egyesek hivatkozni, mint példára. Az ott teljesen elhibázott politika, mely nagyon meg fogja magát bosszulni.

A lakásépítkezés ma már csak magánérdek kell hogy legyen és pedig *tőkegyűjtő*, amely az állam, a haza megerősödésére vezet.

Itt van az államnak és a hatóságnak nagy feladata. Gondoskodni kell arról, hogy azok, akik építeni akarnak, megfelelő *hosszul lejáratú, legfeljebb —6%-os amortizációs kölcsönt* kaphassanak első helyen, megfelelő szolid pénztintézetektől. Igaz, hogy azok nem helyezkedhetnek altruista alapokra, de ne követeljenek uzsorakamatokat ma. mikor a külföldi viszonyokat véve figyelembe, önteltség nélkül mondhatjuk, hogy a konszolidáció útján haladunk.

A befektetendő tőke 45—50%-át kell első helyre kapni. A második helyre az államnak, városnak, hatóságnak kell adni a 40—50%-ot, hogy az építeni akarónak ne kelljen több 20%-nál. Ezzel egyik hitelező fél sem járhat rosszul. Hisz a teljes objektum ott van fedezetül.

Sőt arra is kell törekedni, hogy az építeni akarók még a *telket se fizessék ki*. hanem *örökbérletbe kapják*, de gondoskodni kellene arról, hogy idővel ha változnak a viszonyok, jobbakké lesznek mint ma, megtudják vásárolni a telket.

Itt kell az államnak, városnak az építeni akaró közönségnek a támogatására szetni. Ez lesz az igazi lakásépítési akció.

Az nem elveszett pénz, ha az állam és a városok olcsóbban is adják 1—2%-al a kölcsönt, mint amennyiért ők a külföldi kölcsönt kapják, sőt haszon, mert adózó alanyt kap, úgyhogy voltaképpen nemcsak a kamat különbség térül meg az adózásban, hanem az államnak és a városnak belőle jövedelme lesz s amellet nagy *közegészségügyi és szociális kötelességet* teljesített.

Ezen kölcsönöket ki kell terjeszteni úgy a *családiház* építkezésre, mint a *szövetkezeti-, társasházakra*, sőt egyes *bérlőházakra* is. A családiházaknál bátor vagyok felhívni a figyelmet az ú. n. *sorosházak* (Reihenhäuser) építkezésére. Ez lehet nemcsak két ház összeépítve, mint ikerház, hanem 8—10 és több családi ház, mikor aránylag kis telek is elég 8—15 m szélességben, 20—30 méter mélységgel. Amikor 40—100 G -öles telek mellett is lehet igen egészséges házakat építeni, amint azt Németországban már a háború előtt is megtették.

Ezeknek még az építkezési költsége is jóval kisebb, mint a szabadonálló családiházaké, amellet a fenntartás, fűtés sem kerül annyiba, mint a szabadonálló családiházé, mégis van a ház előtt és a ház mögött is elegendő kert.

*Lakásépítési szabályrendeletek s azok végrehajtásának biztosítása,
különös tekintettel a földbirtokreformmal kapcsolatban kiosztott
házhelyek beépítésére.*

Előadó: S á n d y Gyula. oki. építész, műegyetemi tanár.

1. Társadalmi és hivatalos úton rá kell szoktatni a magyar népet, hogy a jelenleg szokásban levő szigeteletlen, rossz szellőzésű, sárból vert, földdel burkolt lakóházak és rosszul épült gazdasági épületek helyett egészségügyi szempontból tökéletesebbeket, árvíz- és tűzbiztosabbakat készítsenek.

E végből

2. felkérendő a Népjóléti, a Belügyi és Földművelésügyi m. kir. Miniszter úr, hogy erre hivatott szakemberekkel hazai gazdasági viszonyainkhoz és népszokásainkhoz simuló mintaház-típusok terveit és leírásait készíttessék el és ezeket fali táblákon, naptárakban, népies olvasmányok- és röpiratokban terjesszék.

3. Felkérendők a községi jegyzők, szolgabírák, körorvosok, állatorvosok, tanítók és a néppel érintkező többi hatósági közegek, hogy a 2. pontban jelzett építési módokat tőlük telhetőleg propagálják és azok előnyeire a népet kioktassák.

4. Felkérendő az Országos Középítési Tanács, hogy sürgősen oly, az egész országra érvényes lakásépítési szabályrendeletet dolgozzon ki, ami a fenti pontokban és az Országos Értekezleten kialakult elvekben foglaltakat tekintetbe veszi és ami az illetékes minisztérium által kiadva, elsősorban a földbirtokreformmal és vitézi telkek adományozásával kapcsolatban kiosztott házhelyek beépítésénél, de általában az egész országban lehetővé teszi, hogy csakis az ilyen közegészségi elvek betartásával készített épületek létesüljenek.

5. A házhelyhez juttatottak részére a telkek birtokbavétele ahhoz a feltételhez kötendő, hogy azokon csakis a 4. pontban foglalt szabályrendeletek szerint készült házak fognak készülni. Ennek hathatósabb elérhetése kedvéért az ily telekesoportokon egy-egy követésre ösztönző mintaház felépítése hivatalból is eszközözendő lenne, helytelen építkezés esetén pedig az hivatalból lebontandó, esetleg a telek másnak juttatandó lenne.

*

*

*

Míthogy az ember életének nagy részét nem a szabad természetben, de épületben tartózkodva tölti el, ennek az épületnek — legyen az akár lakóház, műhely, hivatal, iskola, kórház vagy templom, — általános elhelyezkedése a térben, annak formája, beosztása, méretei és szerkezeti felszerelése nagy befolyást gyakorolnak az ott tartózkodók és a közegészségügy viszonyaira. Ha szakértelem hiányával vagy tisztán gazdasági szempontok figyelembevételével építünk a természet viszontagságai ellen védő hajlékot, az nemcsak hogy nem felel meg e céljának, nem véd és nem tartós, de ilymódon nagyon könnyen éppen az emberi élet fejlesztésére és fenntartására törő ellenségeinknek készítünk megfelelő talajt. Különösen hazánkban

sajnosán láthatjuk, hogy népünk egy rétege mikép pusztul a tuberkulózisban a pincenélküli szigeteletlen, rossz szellőzésű, sárból vert, fertőző földdel burkolt házakban, mint roskadnak ezek össze a legkisebb árvíz behatása alatt, mint hamvadnak el faluszámra a *legelemibb* gondatlanságból származó tüzeset alkalmával.

Városszabályozási tervek és építésügyi szabályzatok készítésekor a közlekedési, közbiztonsági és esztétikai igények kielégítésén kívül a közegészségügyi elvek tekintetbevétele épp oly elengedhetetlen feltétel, mint a jogállapotok meg védelmezése. Vidéki városainknak és községeinknek vagy egyáltalán nincs semmi építési szabályzatuk és a hatósági közegek csak tapogatódzva, érzék szerint intézkednek, vagy sajnosan ezekre a helyekre is a budapesti szabályokat veszik zsinórmértékül, amik azokra egyáltalában nem alkalmasak. Különösen nélkülözzük a falvak lakóház- és gazdasági épületeinek egészséges irányítására szolgáló szabályainkat. Amint nem lehet betartani ily helyeken a fővárosban érvényes szabályokat, úgy nem lehet egyszerűen a szolgabírák érzéseire bízni, hogy miféle építmények keletkezését nézzék el, de betartható, hatásos és eredmények elérésére alkalmas támpontokat kell nyújtani úgy az építkező nép, mint ezeket irányító közegek részére.

Ennek az értekezletnek szűkre szabott keretében lehetetlen egy épület összes közegészségügyi problémájára rámutatni és így csupán néhány kirívó részletre hívom fel a közérdeklődést, hogy ezen a nemzetsorVasztó állapototii mindenki csak egy hajszálnyit segítve, megfelelőbb helyzetet teremtsen.

Egészségügyi szempontból fontos mindenekelőtt egy épületnek megfelelő elhelyezése a térben. Ahol e tekintetben kötve nem vagyunk, pl. a nálunk szokásos tanyai építkezéseknél, ott tekintetbe vehetjük az égtájakat, az uralkodó szélirányt és akkép helyezhetjük el az egész épületet, akkép csoportosíthatjuk annak egyes helyiségeit, hogy mindenüvé a kellő napsugár és levegő bejuthasson, illetve ahol árnyékos, hűvös helyiségekre van szükségünk, onnan azt kiküszöböljük, megakadályozzuk, hogy a levegőmozgás más helyről káros anyagokat hozzon oda, kellemetlenül ne befolyásoljon egyes épületrészeket vagy szerkezeteket. Mindehhez már bizonyos mérvű meggondolt tervezés vagy legalább is jó példák követése szükséges. Nehezebb a helyzet ott, ahol akár a telek formája, hegyoldali fekvése vagy városok, falvak belsejében útvonalakhoz simuló zárt sorban előírt elhelyezési módja megkötött beépítési lehetőségeket hoz létre. Ilyen esetekben a városépítések és városszabályozások, a házhely kiosztásoknál és telepítéseknél szakszerű előírások lennének hivatva úgy esztétikai, mint közegészségügyi szempontból megfelelőbb helyzeteket és beépítési lehetőségeket teremteni.

Sajnosan láthatjuk a földbirtok rendezéseknél, vitézi telkek kiosztásánál is, hogy azokon épp oly rossz elrendezésű, beosztású vagy unalmas, barakk; szerű telepek keletkeznek, mint a legnyomorúságosabb cigánynegyedekben vagy ideiglenes munkástanyákon, mert azok szakszerűségével, irányításával a kiosztás után senki sem törődik, holott útvonalak megfelelő vezetése, az építési telkeknek esetről-esetre legmegfelelőbben való alakítása és mérete-

zése, bevált beépítési módok előírása lenne, erre hivatott szakemberek bevonásával, az illetékes hatóságoknak feladata, hogy legalább ezeken a telepeken egy egészséges generáció nőjön fel.

Az épület jó elhelyezésén kívül oda kellene hatni, hogy a hálósobák, még oly egyszerű falusi házban is alapincézettek legyenek, vagy ahol magas talajvízállás miatt pincét a ház alá építeni nem lehet, épp a talajnedvesség és talajlevegő ellen a padló alatt is szigetelő réteget vagy légjáró közt kellene létesíteni. Igaz ugyan, hogy ez sok költséggel jár és szakavatottabb kivitel igényel, de egészség alakjában az erre fordított többletkiadás sokszorosan megtérülne és érdemes lenne ezt az építési módot faluhelyen állami támogatással, adókedvezmény nyújtásával is előmozdítani. Milyen helytelen az az elrendezés, ha talán kényelem vagy elenyésző költségkímélés kedvéért a lakás egy kamrája vagy mellékhelyisége alá van pincézve, avagy különálló, felépítmény nélküli pince tartozik a házhoz, de a lakószoba alatt nincs pince.

Lakóépületeink falazati anyagául az égetett téгла a legegészségesebb. Népünk, olcsósága szempontjából még előszeretettel épít égetetlen vályog-téglákból vagy pelyvával kevert agyagból gyömöszölt falakat. Ezek nemcsak gyengék, már a tetőszerkezet súlya alatt is sokszor megroppannak, annál kevésbé állják az árvizeket, amire pedig, mint múlt télen és a nyáron is láthattuk, nálunk még sajnos számítani kell, de az ily falak átszellőzési szempontból sem felelnek meg egy jó faltól megkívánt kellékeknek; az talajnedvességtől, levegőparáktól átázva, nyirkos lesz, a ráalkalmazott vakolatot leveti, az egész helyiség levegőjét dohossá teszi, a belefészkelődött betegségszírakkal egész környezetét megfertőzi. Szárazon ugyan jó hőszigetelő, de nyirkosán még az sem. Csodálatos, hogy építőit még arra sem lehet rászoktatni, hacsak szuronnyal nem, hogy legalább a talajvíz felszívódása ellen, az építmény összköltségeinél már igazán alig szerepet játszó *szigetelőlemez* alkalmazásuk alájába. Egy normál kislakás falterülete alig 25 m². Ekkora területű elszigetelő aszfaltlemez kb. harminc pengő! Ha legalább ezt a csekély költséget rászánják még az építkezésre, 100 %-al jobb és egészségesebb lakáshoz jutnának kiscgazdáink, de tudatlanságból és hatósági nemtörődömségből elmarad ez a legegységesebb óvintézkedés is.

Az égetett agyagtéгла mellett az utóbbi években alkalmazásba került a méshomoktéгла is. Az ily téglafalagnál, tapasztalat szerint, ugyancsak rosszabb az átszellőzés, azok higroszkopikusabbak, kevésbé jól tartják a vakolatot, nehezebbek; alkalmazásuk tehát csak ott indokolt, ahol égetésre alkalmas agyag a közelben nincs, míg homok van bőven, a hozzá szükséges mésh és a készülékek beszerzése pedig egyszerű. Az egyes vidékeken még általában szokásos terméskőfal — a belőle készítenő szerkezetek nagy vastagsági méretei következtében, ma már ritkábban kerül alkalmazásba — szinte nem ideális szerkezet. A könnyebb és porózusabb kövek átszellőzése ugyan megfelelő, de ezzel jár ismét azok nedvszívóssága és pedig úgy a talaj, mint a légköri nedvesség beleszívódása, amely esetben már rossz a fal. A túlkemény kövek pedig annyira ridegek, hogy ezek hideg felületeire a légköri és belső párák rácsapódnak és ismét csak nedves, rossz hőszigetelésű a fal.

Legnehezebb épületszerkezeti kérdés a jó talajburkolat. Ezzel a felülettel érintkezünk legtöbbet és legközvetlenebbül: ezen járunk, — ennek törmelékét lélegezzük be, — ez fertőzödhetik be legkönnyebben és ez fertőz tovább. Ennek tisztántarthatására és tisztítására kell legnagyobb súlyt fektetnünk. Ennek sorában találkozunk elsősorban a nálunk szokásos legveszedelmesebb épületszerkezetek egyikével: a földdel. Amíg az agyagburkolat egyes speciális helyeken (vasgyárakban, csürszérűkben) talán pótolhatatlan, addig egyszerű humusz alakjában alkalmazva, lakószobában, különösen, ha azt köpettel vagy állati hulladékokkal, rothadó termékekkel fertőzve képzeljük el, ami sajnosán épp a primitív néplakásokban így alakul ki, akkor, azt hiszem, nem kell bővebben fejtegetni, hogy ennek a szerkezetnek milyen nemzetpusztító hatása van. Sajnos, alig lehet rámutatni, hogy az egyszerű lakásokban mivel lehetne pótolni ezt az olcsó burkolatot, mert hisz a már jelentékenyen költségesebb szokásos padlók sem mondhatók egészségügyileg ideálisaknak. A simított beton hideg és rideg, a kitéglázás ugyancsak hidegsége és sok nagy hézaga miatt oly kedvezőtlen, mint előbbiek, a deszkapadló sem tartható elég tisztán, hézagaiba a sűrű víz beveszi magát, korhadást idéz elő, rugalmassága folytán rajta való járáskor ugyancsak a hézagokon át kerül vissza és tudónkbe a feltöltés fertőzött, pora. De még bármelyik is ezek közül jobb, mint a föld. A többi burkolat magas előállítási költsége miatt, nem tud tért hódítani a nép lakásaiban.

A tetőhéjazat kérdése a műpalafedéssel meglehetősen megoldottnak tekinthető, mert bár hőszigetelés tekintetében a szalma és nádfedésekkel szemben hátrányban van, de tűzbiztonsági, könnyűségi, fenntarthatósági és tisztasági, tehát egészségi szempontokból is sikerrel hódít tért a falusi és gazdasági épületeknél éppúgy, mint a legelőkelőbb középületeknél is.

Kifogásolhatók még néplakásaink szobáinak ablakai is. Ezek legtöbb esetben oly minimálisra vannak méretezve, amik a szobák alapterületének $\frac{1}{25}$ -ét sem teszik ki, mért nemcsak az első befektetésnél akarnak minél olcsóbb szerkezeteket készíteni, de a későbbi használatnál tüzelőanyagban vélnek jelentékeny megtakarításokat elérni, ha kicsi a lehűlő felület. Az egyszerű emberekkel nehéz megértetni, hogy ez egészségügyi szempontokból milyen hátrányos, úgyhogy szigorúan betartandó szabályzat alapján kellene megkövetelni, hogy minden lakott helyiség ablakának az illető tér V_{10}° fölött kell lenni, amellet, hogy a tér minden részébe rajta legalább 30° hajlású fénysugár bejusson. Ezeknek az ablakoknak teljesen felnyithatóknak és olyan beosztásúnak kellene lenni, ami lehető kevés fénysugarat fog fel és amivel különböző szellőztetési lehetőségek létesíthetők.

Így lehetne még sorra tárgyalni a többi épületszerkezeteket is, házaink udvarait, a lehetetlen állapotokat az árnyékszékek, pöcegödrök, kutak körül, a gazdasági épületeket és az ipartelepeket. Magyarország kifejezetten agrár állam, de talán sehhol a világon nincsenek olyan kezdetleges és elhanyagolt gazdasági épületek, mint hazánkban, ahol nem fejlődik a többtermelés, ahol a rosszul épült, kórkorszakbeli állapotokra emlékeztető ólakban dühöng a sertészsész, tizedeli állatállományunkat a száj- és körömfájás, ahol megfűlled,

széthordja a szél, kimossa az eső a takarmányt. És nincs, aki népünket felvilágosítsa, neki jó példákat állítson vagy a káros, az egészségtelen dolgokat megakadályozza. Ezekben a bajokon hirtelen segíteni nem lehet, de céltudatos neveléssel, felvilágosítással, ugyanazonokon az utakon, amelyeken más irányban már sikereket lehetett elérni, talán ezen a téren is lehet egészségesebb állapotokat teremteni. Magam részéről már több helyen iparkodtam rámutatni ezekre a bajokra, amiket dióhéjba összefoglalva most előtártam. Talán ennek a kongresszusnak asztaláról el fog jutni hangunk illetékes helyekre, hogy a kellő eszközök rendelkezésre álljanak a feltárt bajoknak orvoslására.

Láttuk eddig, hogy bizonyos írások, rajzok, állandóan szemelőtt levő oktató falí táblákkal, a nép által kedvelt és megérthető olvasmányokkal, életrevaló rendeletek következetes végrehajtásával lehetett eredményeket elérni. Ilyen eszközökkel lehetett csökkenteni a köpködést, előmozdítani az állatvédelmet, a baleseteknél való segélynyújtást, megérteni a tüdőbaj, az alkoholélvezet veszedelmeit. Szakszerű útmutatással meg lehetne tanítani a népet arra is, hogy milyen az egészséges lakás, a jó gazdasági épület, azok tartósak, csinosak is lehetnek, anélkül, hogy megvalósíthatatlanul drágák lennének. Nemcsak bírák, katonák, de hivatott szakemberek bevonásával kell a vitézi telkeket kitűzni, kidolgozni azokat az építési szabályzatokat, amik az általam felsorolt főbb irányelvek megvalósítását biztosítják.

Előadásom keretében rá kívánok mutatni arra is, hogy néha nemcsak szabályrendelet hiánya, de meggondolatlanul és szakértelem nélkül kiadott rendeletek is milyen egészségtelen állapotokat teremtenek. Csak emlékezetbe óhajtom idézni azt az immár ideiglenesen megszüntetett rendelkezést, hogy a házak vízvezetéki hálózatát éjjeli órára a közelmúltban naponta el kellett zárni. Ennek a helytelen rendelkezésnek folyományaképp annyira elfertőződött városi vízvezeték hálózatunk visszaszívódó szennyvizek következtében, hogy annak bizonyára a közegészségre is hátrányos kihatása volt, és tiltakozni kell, hogy ilyfajta intézkedés a jövőben ismételtelen előfordulhasson.

Hozzászólások:

1. Dr. I l o s v a y L a j o s, ny. államtitkár, ny. műegyetemi tanár: Egyik észrevétele az, hogy nemcsak a vitézi telkeken, hanem minden más lakóház építésre kijelölt telken, az új ház építésének megengedése előtt, azt is meg kell állapítani, hogy a házhely és környezete kielégítheti-e azokat a követelményeket, amelyeket a talaj, a talajlevegő és a jó ivóvíz biztosítása tekintetében is föl kell állítani. Ha a háztelken jó ivóvíz nem található, ki kell jelölni azt a legközelebb eső kutat, amelyből a ház ivóvízszüksége aggodalom nélkül fedezhető.

Másik észrevétele az, hogy nemcsak a vitézi, hanem bármely más építésre engedélyezett telken, csak abban az esetben fogják az utasításokat elfogadni és követni, ha az így épített házak előnyeit saját tapasztalásból fogják megismerni: ennél fogva a mintaház építésének szükséges voltát nemcsak óhajtólag, hanem kötelezőleg kell kimondani és építését végre is kell hajtani.

2. Schoditsch Lajos, oki. építész, felső építő-ipariskolai igazgató: Az előadónak mind az öt javaslatát teljes egészében elfogadják s ehhez még a következő két javaslatot fűzi:

1. Különböző, a kisebb igényeknek megfelelő lakóházak mintaterve és költségvetése hivatalból készíttessék el a kis igényeket is kielégíteni tudó és azzal szívesen foglalkozó szakemberekkel. Ezeket sokszorosítsák állami költségen s az építetőknek kiválasztásra ingyenesen bocsássák rendelkezésre, a higiénikus követelmények szigorú betartásának kötelezettsége mellett.

2. Normáltípusú ajtó, ablak, ereszcsonna, lefolyó, vízvezeték és villanyvilágítási szerelések stb. készíttessenek az építetők számára.

Az elsőnél felhívja a figyelmet a régi földművelésügyi, ipar- és kereskedelmi minisztériumnak ezelőtt kb. 34 évvel kiadott *«Magyar farm-rendszer»-re*, amely az akkori elhanyagolt kisebb gazdaságok gazdasági és lakóépületeinek bizonyos akkori típusait állapította meg, amelyek után a vidéken építettek.

Ugyancsak felhívja a figyelmet a Darányi Ignác földművelésügyi minisztersége alatt, a földművelésügyi minisztérium által kiadott *«Gazdasági lakóházak»* című műre, mely annak idején hamar elkelt s minden jobb középbirtokos iparkodott megszerezni s azon tervek alapján építeni.

Nagy súly fektetendő arra, hogy ezen építkezéshez semmiféle pótlóanyag, semmiféle vékony fal, melyet most anyagmegtakarítás cím alatt lelketlen vállalkozók és üzerek a köztudatba visznek, ne alkalmaztassanak.

Ha a vékonyabb fal helyett a rendes másfél-téglás 48 cm-es fal használatik, az alig valami csekély többletet tesz ki a vékony fallal szemben, úgyhogy egy-két télen át a különbség már megtérül, mert sokkal kevesebb tüzelőanyag kell.

A tervek és költségvetések mellett feltétlenül kell egy magyarázó füzet, mely a takarékos, egészséges s a higiénikus követelményeknek minden tekintetben megfelelő építkezések szakszerű ismertetését tartalmazza.

A normáltípusokra vonatkozólag megjegyzi, hogy bizonyos helyeken már a múltban is azzal dolgoztak, mint a Wekerle-telepi építkezésnél, ahol normál ablakok, ajtók voltak. A kisember az ajtót, ablakot, a csatornát, a lefolyót stb. úgy tudja beszerezni az illető helyeken, mint a szeget, a csavart stb. megfelelő számmal. Ez az építkezést jóval olcsóbbá tenné, mert gyárilag lehet azokat előállítani s mint gyári és gépmunka előállítása sokkal olcsóbb.

Ezen normáltípusok elkészítendőek a kőfaragó, műkö (lépcsők), bádogos, asztalos (ablak-, ajtóvasalások), vízvezető, csatornázó, főleg villanyvilágítási berendező munkákra.

3. J o ó I s t v á n, okl. mérnök, miniszteri tanácsos: A népjóléti és munkügyi minisztérium műszaki és egészségügyi osztálya országos lakásépítési szabályrendeletet dolgozott ki, melynek tervezetét már a földművelésügyi, az igazságügyi, a kereskedelemügyi minisztériumok is megtárgyalták, észrevételeiket megtették, úgyhogy csak egy miniszterközi értekezletet kellene tartani az életbeléptetés mikéntjének megállapítására

Egy ilyen szabályrendeletől eredményt azonban csupán akkor várhatunk, ha annak betartásáról intézményesen gondoskodunk.

A ma érvényben lévő vármegyei építési szabályrendeletek is igen sok üdvös rendelkezést tartalmaznak, pl. a szilárd és fagymentes mélységig lenyúló alapfal létesítése, az ablakok nagysága, a szellőztetés biztosítása, a fertőzött talaj megfelelő rendbehozatala, a talajnedvesség elleni védekezés, pöcegödörök létesítésének előírása stb. Ezeket a rendelkezéseket azonban sem az építkezők, sem az építő szakiparosok nem tartják meg, az engedélyt adó hatóságok pedig nem ellenőrzik azok végrehajtását.

Mérnöki segítség nélkül az ellenőrzés hatályossága lehetetlen. Szükséges lenne az elsőfokú építési hatóság — a főszolgabíró mellett — járási mérnök alkalmazása, aki a főszolgabíróval tanácsosként láthatná el, vagy pedig az építési ügyeket a főszolgabíró nevében intézné. A járási mérnökök alkalmazása a fellebbezés kérdését is megoldhatná azzal, hogy másodfokon az államépítészeti hivatal, végső fokozaton az egyes minisztériumok szakértői adhatnának tanácsot. Ezidő szerint úgy az első, mint a másodfokon az államépítészeti hivatal az, amelynek véleménye alapján hozzák a határozatokat és így a sérelmezett ügyeknek nincs fokozatos műszaki elbírálása.

A rendelet végrehajtásának szigorú ellenőrzése mellett a lakosság céltudatos nevelése is feltétlenül szükséges. E mellett azonban hasznos lenne a nevelést már az elemi iskolában megkezdeni azzal, hogy az olvasókönyvekbe beleillesztenék a lakás-egészség követelményeit népiesen ismertető olvasmányokat.

A mérnökök közegészségügyi irányú továbbképzése.

Előadó: F e y e r G y u l a miniszteri tanácsos.

1. A népegészségügy fejlődésére a lakásnak a higiéné követelményeivel számoló felépítése, elrendezése és felszerelése döntő hatással van már csak annál az egyszerű oknál fogva is, hogy az emberek életük javarészt lakásuk négy fala között töltik el. A csecsemőhalandóságra, átlagos életkorra, a fertőzőbetegségek okainak s különösen a népünk életfáján rágódó tuberkulózisnak eredményes leküzdésében tehát nem lehet közönbös tényező az, hogy városaink, falvaink és tanyáink népének lakása, a legáltalánosabb egészségi ártalmakkal szemben milyen védelmet nyújt.

2. Hazánk klímája, talajának geológiai viszonyai, de népének általános műveltségbeh szintája, gazdasági helyzete s örökölt, a történeti fejlődés során kialakult tulajdonságai is a népegészségügynek a lakás, általánosabb értelemben a település higiéniáján keresztül való gondozását egészen különleges magyar feladattá teszik. E feladatra való felkészülésben, ha bele is kell illeszkednünk a tudomány mai állása megszabta keretekbe, a különleges hazai szempontok szigorú mérlegelését nem hagyhatjuk figyelmen kívül.

3. A lakásépítés, vagy legáltalánosabb fogalmazásában, az emberi települések tervszerű technikai elrendezése és felszerelése kimondottan mérnöki feladat. Anomáliának kell tekintenünk, hogy a népies építkezés ma, még ellenőrzés tekintetéből is, úgyszólván teljesen ki van vonva a mérnöki,

illetve tudományos irányítás befolyása alól s ehhez képest éppen a lakás higiéniéje tekintetéből igen sok kívánni valót támaszt.

4. Építészrendészeti szabályrendeleteink ma még inkább az élet- és tűzbiztonság közvetlen megóvását tartják szemelőtt. semhogy az egészségügyi követelmények szigorú betartásának számonkérésére vetnék a hangsúlyt. Az incidensszerűen kísértő balesetek megelőzésében hasznos szolgálatot tesznek, de az egészségi ártalmak lassan ölő mérgeivel szemben nem igyekeznek preventív intézkedésekkel kellő védelmet nyújtani.

δ. A lakáshigiéne általános megóvására irányuló törvényes intézkedések megtétele azért igen fontos és sürgős feladat, de éppoly fontos és sürgős az, hogy mindazok, akik ezeknek az intézkedéseknek végrehajtására, ill. célzatuk érvényre juttatására hivatottak, a kitűzött feladatok célja és jelentősége felől e feladatsoport *magyar vonatkozásainak kidomborításával* kellő tájékoztatást, sőt rendszeres kiképzést kapjanak.

6. Ez a cél úgy közelíthető meg legtökéletesebben, ha akár a műegyetemen, akár attól függetlenül, de tanárainak, valamint a mérnöki gyakorlat legnevesebb szakfőnökeinek bevonásával, olyan rövidebb lélekzetű szaktanfolyamokat rendezünk, amelyek e feladatkörnek erőteljesebb s a legújabb tapasztalatokkal, valamint a különleges magyar viszonyokkal számoló, de végig gyakorlatias irányú hangsúlyozását tűzik ki célul.

7. E tanfolyamok programjának a tárgykör mély és magasépítészeti, valamint gépészeti vonatkozásaira való tekintettel a mérnökök, építészek és gépészmérnökök igényeit egyformán ki kellene elégítenie, azonban e Program a legelhanyagoltabb tömegigényekre való tekintettel, a szigorúan szakok szerinti tagozás helyett egyelőre enciklopédikus fogalmazásban is megalkotható s a mérnökök, építészek és gépészmérnökök számára összevontan tárgyalható.

Ennek a tárgyalási modornak alkalmazása annál is kívánatosabbnak látszik, mivel a tanfolyamok hallgatósága egyelőre a központi hatóságok, államépítészeti hivatalok, városi- és községi mérnöki hivatalok, valamint a magánmérnöki és építészeti kar stb. érdekelt tagjaiból fog előreláthatóan toborzódni.

8. A tanfolyamok anyagának a lakáshigiéne veii kapcsolatos demológiai, geológiai, hidrogeológiai és klimatikus, valamint gazdasági tudnivalókon kívül ki kellene terjeszkednie az építőanyagoknak és építkezési rendszereknek a lakáshigiéne szempontjából vett összehasonlítható ismertetésére, a falnedvesség és gombásodás elhárítására, az egészséges fűtés és szellőztetés, világítás, valamint a vízellátás és szennyvízderítés és levezetés általános és különleges feladatainak beható ismertetésére, különös tekintettel lévén arra, hogy alakosság egyes rétegeinek gazdasági helyzete és kultúrnívója ezeknek az igényeknek okszerű kielégítése szempontjából bizonyos fokozatokat állapít meg. Külön fejezetben volnának tárgyalandók a munkahely (műhely) higiéniéjének megóvására s a balesetelhárítására irányuló intézkedések, ül. szerkezetek, úgyszintén a bel- és külföldi építésügyi szabályrendeletek s ezekből a nép-egészségügyre levonható következtetések.

9. A tanfolyamot, mint a kérdésben legilletékesebb központi főhatóság, a m. kir. népjóléti minisztérium: *Közegészségügyi mérnöktovábbképző tanfolyam* címen rendezhetné. A tanfolyam szervezetének és részletes programjának megállapítására az érdekelt minisztériumok (népjóléti, kultusz, kereskedelemügyi és földmefelügyei) tudományos intézetek és egyesületek (Kir. József műegyetem, Magyar Mérnök- és Építész-Egylet), érdekképviselőek (Magyar Mérnökök és Építészek Nemzeti Szövetsége, Magánmérnökök Országos Szövetsége, Magyar Építőmesterek Országos Szövetsége, Magyar Gyáriparosok Országos Szövetsége, Magyar Vasművek és Gépgyárak Országos Egyesülete, Ipartestületek Országos Szövetsége, Városok kongresszusa, stb.) valamint propaganda testületek, mint Faluszövetség stb., képviselőinek bevonásával szakbizottság volna kiküldendő, amely egyben a tanfolyam költségeire s ezek fedezésének módjaira nézve is javaslatot tenne.

*

*

*

A házépítés technikája, legalább ami az idő viszontagságai elleni külső általános védelmet illeti, habár földrészek, éghajlati övek és vidékek szerint változik is, évszázados, sőt évezredek tapasztalatok során bizonyos megállapodottságra tett szert. Nem úgy a lakás, az otthon belső kialakítása és felszerelése, amely a népek kultúrfoka, gazdasági helyzete, hagyományai, szokásai, sőt a divat szerint is változik, amellett, hogy a technika mindenkori fejlettségéhez is igyekszik alkalmazkodni.

Az igények eme változatossága és sokoldalúsága hozza talán magával, hogy az *otthon tökéletes kialakítása és felszerelése* még ott sem sikerül mindig, ahol az építést a tudományosan fegyelmezett szakismeret irányítja. Legalább is lépten-nyomon találkozunk olyan megoldásokkal, ahol az *otthon* fogalmával szorosan összefüggő majdnem elemi követelmények kielégítése a gazdasági oldalról támasztott igényeknek esik áldozatul, vagy pedig a rosszul alkalmazott esztétikai megfontolásoknak lesz martaléka.

A lakástól mindenekfelett azt kellene megkívánnunk, hogy a benne élő családnak barátságos, meleg otthont nyújtson, testi és lelki épségének megóvására és munkaerejének okszerű kifejtésére, illetve konzerválására. Nem volna szabad egy pillanatig sem szemelől téveszteni, hogy a barátságos, meleg otthon s a benne kibontakozó egészséges családi élet: egészséges, munkabíró és megelégedett társadalmat s erős nemzetet jelent.

Sajnos, ha például székesfővárosunk házrengetegének bérkaszányáit végigjárjuk, bennük igen sok olyan lakásra akadunk, amely az *otthon* fogalmának a szó nemesebb értelmében alig felel meg. A város képét eléktelenítő s üres felfuvakodottságukban egymást túlszárnyalni igyekvő kupolákkal, tornyokkal, oromzatokkal díszített bérházak hivalkodó homlokzatai mögött igen sok rossz beosztású, néha alig fűthető, rosszul világított és szellőzőt, mogorva, napsugarat sohasem látó lakás húzódik meg, amelyek lakói talán éppen ezért szívesebben töltik idejüknek javarészét a tükörablakos, pazarul világított kávéházak füllelt levegőjében ... És mit szólunk ezeknek a bérkaszányáknak mindig piszkos, nem tisztogatható, cikornyás vaskorlátokkal

szegett, közös lépcsőházairól és rettenetes függő folyosóiról, amelyek szinte arra látszanak rendelve, hogy a fertőzőbetegségek csíráit lakásról-lakásra továbbplántálják? A felnőtt talán ösztönös tartózkodással tartja magát távol ezektől a mindig piszkos korlátoktól, de a gyermek a maga nyughatatlan mozgékonyágában véges-végig babrálja rácsozatukat s így szedi magába a kórokozó csírákat.

De székesfővárosunk szolgál más épületes példakkal is. Így módomban volt a budai hegyvidék egyik előkelő családi háznak szánt villájával megismerkedni, amelyben az északkeleti sarokra kitolt alig két méter mély és kb. öt méter hosszú, erkélyszerű kiugrással is ellátott fürdőszobának nem kevesebb, mint öt ablaka volt. (Ezek közül három az erkélyen.) Ezt a megoldást kívánta úgylátszik a külső architektúra. Hogy azonban az ilyen fürdőszoba a mi klimatikus viszonyaink mellett nem felel meg hivatásának, sőt ellenkezőleg az örökös betegségek forrása, az bővebb magyarázatra alig szorul.

Mint látjuk tehát, majd a rideg üzleti megfontolás, majd a kérkedő külső hivalkodás követeli áldozatul a legegységibb egészségügyi kívánalmak teljesítését s az e kérdésben kialakult közfelfogás lazaságát mi sem jellemzi jobban, minthogy még a tudományosan képzett szakember is könnyű szívvel áldozza fel az ilyen harmadrangú érdekekért magát a dolog lényegét.

Ámde, ha ilyen példakkal szolgál a nagyvárosi építkezés, mit szóljunk a falu és a tanyák világának még a legegységibb tudományos irányítást és ellenőrzést is nélkülöző s a legalapvetőbb egészségügyi szabályokat is figyelmen kívül hagyó építkezési rendszeréhez? Mit szólunk a vályogból vert, búbos kemencével fűtött, a négy-öt hónapos hosszú télen keresztül leragasztott apró ablakaival örökös félhomályban szendergő tanyai házak vertpadlójú, nyirkos lakószobáiról, melyeknek sorvasztó levegőjében a ház népe majdnem félesztendő dologtalan tétlenségre kárhozható, viaszsárgára fakult ábrázattal várja a tavasz jöttével az első éltető napsugarat? Mit szólunk e tanyai és falusi világnak kezdetlegesen tökéletlen ivóvízellátásáról s a házi fekáliák közegészségre ártalmas elemésztési módjáról?

Dr. Tuzson János professzor barátom az orosz steppék flórájának tanulmányozására még a háború előtt, a cári kormány támogatásával szervezett expedícióin meglepetéssel tapasztalta, hogy az orosz kormányzat az 1911. évi híres drezdai egészségügyi kiállítás hatása alatt, nagyarányú akciót szervezett meg a nép közegészségi irányú felvilágosítására. A hatalmas orosz síkság legfelsőbb falvaiban és tanyáiban zománcolt táblára festett rajzokkal igyekeztek a muzsikot felvilágosítani arról, hogy pl. a trágyagödört nem szabad a kút tőszomszédságába telepíteni stb. s a tett intézkedések végrehajtását lovascsendőrök és kozákok, kezükben kancsukával, ellenőrizték. A 150 milliós cári birodalom kormánya ilyen, a maga kormányrendszeréhez szabott hatásos eszközökkel igyekezett a legegységibb közegészségügyi rendszabályoknak érvényt szerezni.

Vájjon a trianoni béke igájába kényszerített nyolcmillió magyar nép jóléte és gyarapodása nem kívánhatja-e meg méltán, hogy közegészségéről, a magunk módja szerint megváltogatott eszközökkel bár, de a leghatásosabban

és leggyorsabban gondoskodjunk? Vájjon remélhetjük-e, hogy az Integrer-Magyarország ideáljába vetett hit megerősödik lelkünkben, ha legalább azt a szörnyű tátongó hézagot, ami nálunk a születések és természetes népszaporodás arányszáma között tátong, nem sikerül mielőbb az elérhető mértékig kitöltenünk.

Óriási, de nem leküzdhetetlen feladat, ha ennek a megoldására orvosok, mérnökök s a közigazgatás emberei a cél fontosságától áthatott magyar lelkű vezetés és irányítás mellett kezdet fognak. *A közegészségi és társadalompolitikai országos értekezletnek jelentőségét ez az összefogás adja meg.* Mint a *közegészségügyi értekezlet* sorrendben utolsó előadójának, legyen szabad nekem e helyütt ennek az együttműködésnek, nagy jelentőségét külön is hangsúlyoznom, kifejezve abbéli kívánságomat, vajha annyi szakérőnek ez az alkalmi együttműködése nemzetünk és hazánk megerősödésére minél több maradandó értéket teremthetne.

Visszatérve konkrét feladatomhoz, a lakások hygiénikus szempontból tökéletesebb felépítésének, elrendezésének és felszerelésének ügyét e cél érdekében átdolgozott építési szabályrendeletek megalkotásával és legkövetkezetesebb végrehajtásával már igen hatásosan szolgálhatjuk. *Sandy Gyula* professzor úr előadásában meggyőző erővel mutatta ki azt, hogy egy, az egész országra kiterjedő építési szabályrendelet ezt a célt mily messzemenően szolgálhatja. Berlin városának új építési szabályrendelete is arra utal, hogy a lakás és település egészségügyi követelményeinek kielégítését az ilyen szabályozással figyelemreméltóan elő lehet mozdítani, sőt e szabályrendeletekkel még az esztétikai szempontok érvényesülésének is egészségesebb irányt lehet adni, az individualitásban való szertelenkedés helyett a *pars pro toto* elvének érvényrejuttatásával az egységes, nyugodtabb városképek kialakulásának jelölvén ki utat.

A szabályrendeletek kényszerítő erejének mechanikusan ható intézkedései mellett azonban — a kérdés eredményes megoldása érdekében az organikusan ható eszközök alkalmazását sem mellőzhetjük. Ilyen eszközül kínálkoznék a *Közegészségügyi mérnöktovábbképző tanfolyam* megszervezése.

E tanfolyam célja az volna, hogy mindazokat, akik a lakóházak építésébe akár közvetlenül, akár közvetve, mint az engedélyezéssel, felügyelettel, ellenőréssel megbízottak belefolyanak, e feladatkörnek az általános tudományos szakismeretek keretein túlmenő *speciálisan közegészségügyi és speciálisan magyar jelentősége felől is módszeres összefoglalásban tájékoztassa.* E tanfolyam tárgyalási módszere, már csak a kérdéskomplexumba foglalható anyag sokoldalúsága miatt is nem lehet szigorúan specializáló, hanem inkább enciklopédikus, összefoglaló. Ez a tárgyalási módszer, különösen ha a szemléltető eszközök bőséges alkalmazását is igénybe vesszük, megfogja könnyíteni azt, hogy az előadások anyagát a különböző szakok mérnökei, mint építészek, mérnökök, gépészmérnökök stb. egyforma okulásal követhessék, sőt arra is módot fog nyújtani, hogy ezeket az előadásokat esetleg olyan, az egészségügyi közigazgatásban tevékeny tisztviselők is hallgathassák, akik maguk nem mérnökök.

Az épp előbb vázolt különleges igényekre való tekintettel is, a tanfolyam anyaga két egymástól elválasztott fejezetben, jelesül *az általános bevezető részben és szakszerű részben* volna tárgyalható.

Az általános bevezető rész a legfrissebb statisztikai adatok világánál a népesedési mozgalom és népegészségügy egyes tényezőiről, úgymint a születések és halálozások arányszámáról, a fertőzőbetegségek szedte áldozatokról, stb. számolna be Csonka-Magyarországra nézve teljes részletességgel (területi megoszlás, kor és nem szerint) a ránk nézve legtöbb okulást nyújtó külföldi államokra nézve pedig odáig, hogy a védekező módszerek jelentősége felől tiszta képet nyerjünk.

E népegészségügyi adatok kritikai ismertetésével kapcsolatban ki kellene térni a legfontosabb hazai *klimatológiai* és *klimatikai* jelenségek és adatok ismertetésére is, ideértve különösen a hőmérséklet megoszlásának évi és napi ingadozásának, a szél- és csapadék járásnak stb. ismertetését, különösen abból a szempontból, hogy a hajlék, a lakás helyes felépítésénél e tényezőkkel számolni tudjunk.

E bevezető részbe illenek bele a *geológiának* azok a rövidre fogott fejezetei is, amelyek az építőanyagtermeléssel, az ivóvíz szerzéssel, az épületrészek víztelenítésével stb. függenek össze.

Az általános bevezető részben kell helyet juttatnunk a nálunk divó népies és városi lakástípusok kritikai ismertetésének, összehasonlításul közölve a külföld legokulásraméltóbb ilyen lakástípusainak, valamint a hazai viszonyokhoz alkalmazkodó néhány mintaház típusnak bírálatos leírását is.

A *szakszerű rész* a különböző építőanyagokról és épületszerkezetekről adna összefoglaló kritikai áttekintést, a hangsúlyt a gazdasági követelmények mellett az egészségügyi szempontból vett bírálatra vetvén. Ezután az egészséges település feltételeinek ismertetésére kerülhet sor, amivel kapcsolatban ismertetni kell a talajvíz elleni védelem különböző módszereit, alagsövezéssel, szigetelőanyagok alkalmazásával s a talaj és talajvíz fertőzésének elhárítására alkalmas építési rendszabályokat, valamint az e célt szolgáló berendezéseket is. A helyi és központos vízellátás, valamint szennyvízderítő és csatornázó berendezések összefoglaló ismertetése ugyancsak e fejezetben belül kell, hogy helyet találjon.

A házi fekáliák ártalmatlanná tétele közegészségügyi szempontból, különösen a népies építkezésre való tekintettel, külön nagy feladat, amelynek általános szabályozása elől nem volna szabad sokáig kitérni. Közegészségügyi és mezőgazdasági érdekek egyaránt amellet szólnak, hogy a tőzeggel való kötelező kezelés kérdésével közelebről foglalkozzunk. Csonka-Magyarország népsűrűsége ma 17.3 %-al nagyobb (nálunk 86, ott 71-1 lélek km²-ként), mint Franciaországé. Előbb-utóbb tehát kényszerítő okok fognak arra szorítani, hogy a kínai trágyagazdálkodás rendszeréhez nyúljunk.

A hygiénikus lakás belső elrendezésének és felszerelésének ismertetése legcélszerűbben a különböző gazdasági és kultúrigényekhez alkalmazkodó mintatervek bemutatásával kapcsolatban volna tárgyalható, amelynek során a jó, természetes világítás, fűthetőség és szellőztetés követelményeire külön-

külön ki kellene terjeszkedni. E fejezetben a nagyobbigényű városi és családi lakóházak egészségügyi felszereléseinek ismertetésére, mint: vízvezeték, csatornázás, központi fűtés, melegvzellátás, porszívóberendezés stb. is kellene némi időt szentelni. Különösen fontos a két első épületegészségügyi berendezés behatóbb bírálatos ismertetése, mert ezek (vízvezeték, csatornázás) minőségük tekintetében különösen vidéki szerelőiparosaink az egészségügyi követelmények rovására sok hibát követnek el.

A szakszerű rész fejezeteit legcélszerűbben a legtanulságosabb építési szabályzatoknak a közegészségügyi kritika szemszögéből való ismertetésével zárhatnók le.

Egészen külön fejezetet kíván a szakszerű rész keretében a *munkahelyek higiéniájának* megóvására célzó berendezéseknek ismertetése, ideértve a műhelyek, gyári helyiségek jó megvilágítására, fűtésére, szellőztetésére, portalanítására, valamint a munkások tisztálkodására szánt (mosdó és fürdő) berendezéseket, amely fejezet a legtöbb okulásra és legrövidebb időn belül ugyancsak mintatervek bemutatásával volna kimeríthető. Ennek a különleges fejezetnek záró előadásait a munkégeszségügy és védelem érdekében kiadott rendelkezések ismertetése alkothatná.

E programot távolról sem tekintem véglegesnek. Inkább csak alapot kívántam vele teremteni azokhoz a tárgyalásokhoz, amelyek a legilletékesebb tudományos és szakkörök bevonásával a végleges program kidolgozásához meg volnának indítandók. A program részletezésével inkább csak azt óhajtottam megvilágítani, hogy az érintett tárgyköröknek határozott célkitűzéssel való összefoglalása alkalmas arra, hogy azokat, akik a lakóházak építésének irányítására akár mint tervezők, akár mint az engedélyező és felügyelő hatóság képviselői befolyást gyakorolnak, az *egészséges otthon* fogalmával összefüggő célok és eszközök felől rövidebb lélegzetű tanfolyam keretében úgy tájékoztassa, hogy tevékenységük szervesen beleilleszkedhesek a mi nemzet- és országmentő nagy problémáinkba. Nem kétlem, hogy a *Közegészségügyi mérnök-továbbképző tanfolyam* eszméje, az értekezlet tárgyalásai során felvetődött többi nagy közegészségügyi programmal együtt, a népjóléti miniszter úr önagyméltóságánál meleg felkarolásra fog találni, s a mielőbb megszervezendő tanfolyam hatásosan fogja támogatni annak a nagy célnak megközelítését, amelynek szolgálatába a közegészségügyi és társadalompolitikai országos értekezlet szegődött.

ZÁRÓ SZÓ.

Írta: *Schöltz Kornél dr.*, államtitkár, egyetemi rk. tanár.

Másodszor történt meg, hogy az egészségügyi kormányzat konzíliumra kérte a beteg ország orvosait, medicináé doktorokat és más szakembereket. A háború utolsóelőtti évében kezdtünk itthon és német szövetségünkkel külföldön is arról tanácskozni, mily eszközökkel kellene «a nép meggyengült erejét» helyreállítani. A «Népegészségügyi Országos Nagygyűlés» és a «Waffenbrüderliche Vereinigung» kiadványai bőséges útbaigazításokkal szolgáltak akkoriban a tennivalókra nézve. A katasztrofális összeomlás meggátolta a nemzetet abban, hogy valóra váltsa a szép terveket s teljes tíz eszetendő kellett ahhoz, hogy ismét talpra állva megkísérelhessük egy hosszabb időre szóló racionális egészségügyi kormányzati tervezet megalapozását. Hála és köszönet illeti meg azokat — köztük a magyar orvosok és mérnökök jeleseit — akik készséggel engedtek a hívó szónak s tudásukkal, tapasztalataikkal segítségünkre siettek ebben a nagy munkában.

A bajok, hibák és hiányok felett a kormányzat embereinek van a legnagyobb áttekintésük, ők állapították meg most is a «status praesens»-t, amelynek ismeretében azután a tanácskozások programja egybeállított.

A szociális higiéné tudományát művelők tanításai túlhaladott álláspontra tették azt a felfogást, hogy az egészségügyi rendészeti intézkedésekkel, még oly tökéletes egészségügyi intézményekkel önmagukban a lakosság egészségi viszonyait kellőképpen meg lehessen javítani. Az általános műveltség és az átlagos életstandard emelése nélkül valóban nagy eredményeket ezen a téren elérni alig lehet. Az kell ehhez, amit a magyar egészségügyi kormányhatóság elnevezése jelez, a nép jóléte s ennek emelése. Az egészség a népjólétnek nemcsak része, hanem egyúttal indexe, mutatója és függvénye is s a lehető legszorosabb oki és okozati összefüggésben áll vele. Ha tehát manapság komoly lépéseket akarunk tenni az egészségügyi viszonyok megjavítására, igen meszszi-re kell néznünk s nem érhetjük be még a néhány évtized előtt is kielégítőnek tűnő szűkebb határokkal. Szociális *politikát* kell folytatnunk, hogy célunkat megközelíthessük. Ez az elgondolás vezette a népjóléti kormányzatot akkor, amikor kezdeményező lépéseket tett a most lefolyt tanácskozások megindítására, amikor a szoros értelemben vett egészségügyi kérdések mellé a társadalompolitikai és technikai témák egész sorozatát állította be a tárgyalási anyagba. Szó sem lehetett arról, hogy a szóba jövő igen nagy kérdés complexumok úgyszólván rendszertani tökéletességgel minden vonatkozá-

sukban megtárgyaltassanak. Számolni kellett a rendelkezésre álló idővel s ezért csak a legfontosabbnak látszó, a legégetőbb kérdések tárgyalása tüzetten napirendre az egészségügyi, társadalompolitikai és műszaki tanácskozási csoportokban. A műszaki tárgyalási anyag egyébként az egészség ügyének legszorosabb tartozéka volt s tudunkkal ez alkalommal első ízben szerepelt ebben a beállításban és vonatkozásban.

Az egészségügyi és a vele kapcsolatos műszaki tanácskozásokon tárgyalás alá került kérdések két nagy csoportba sorolhatók. Az egyikben a jelenlegi egészségügy igazgatás szerkezetének megjavítására vonatkozó tervek és az igazgatásban közreműködő funkcionáriusok tökéletesebb kiképzésére irányuló törekvések tárgy altattak, a másik, nagyobbik csoportban főképpen a kormányzatot most elsősorban érdeklő prsevenációs, prophylaxiás tevékenység fejlesztéséről volt szó s ezen kívül tárgyalás alá kerültek a beteggyógyító intézmények tökéletesítéséhez szükséges tennivalók is.

Az egészségügyi igazgatás újjászervezésének tervezete 1918-ban készült el s a viszonyoknak és igényeknek azóta bekövetkezett változásához képest több ízben módosított. Nagy megfontolást igényel ennek a kihatásában igen jelentős kérdésnek megoldása. A tárgy előadására felkért kiváló közizgatási szakember évtizedes gyakorlat útján megszerzett bőséges tapasztalatainak közlésével s a gyakorlati élet tanulságait ismertető hozzászólások igen megkönnyítik majd a kormánynak azt a feladatát, hogy az államosítás jegyében megindult reform dolgában a törvényhozás elé javaslatot terjesszen. Különösen kiemelendő az előadónak az a kívánsága, hogy a hatósági orvosok kiképzésének tökéletesbítése mellett gond fordítottassék arra is, hogy a belügyi igazgatás embereinek eddigi egyoldalú jogászi kiképzése is új alapokra helyeztessék s hogy ezek a tisztviselők tanulmányi idejük alatt ne csak jogi, hanem gazdasági, szociális, főleg pedig népegészségügyi ismereteket is elsajátítsanak. Nagy eredményekkel járna a tisztviselőképzés ilyenén kibővítése. Az egészségügyi igazgatásban napról-napra látjuk, mit jelent egy község, város, sőt egy vármegye egészségügyének alakulására az, ha imperiummal bíró vezető tisztviselői tanultságuk révén birtokában vannak ezeknek az ismereteknek s mit jelent az, ha ezeknek teljes híjával vannak. Ugyanez áll a műszaki tanácskozások ama javaslatára, amely a mérnökök egészségügyi irányú továbbképzését sürgeti. Eltekintve attól, hogy az egészségügyi vonatkozású technikai alkotások — vízművek, csatornázások, balesetvédelmi és egyéb ártalomelhárító berendezések — létesítése különleges szaktudást és egészségügyi ismereteket igényel, az otthonunkul szolgáló lakás, ház annyi és oly nagyjelentőségű vonatkozásban áll az emberi étellel és egészséggel, hogy ennek a javaslatnak indokolt és helyes voltát senki kétségbe nem vonhatja. Ha talán még messze is vagyunk attól, hogy hazánkban is kialakuljon az amerikai «hygiene engineer», az egészségügyi mérnök típusa, kívánnunk kell, hogy építés-, kultúr- és gépészmérnökeink az idevágó kérdésekben a higiemiussal karöltve dolgozzanak s hogy hygienes tényezők jelentőségével teljesen tisztában legyenek.

Igen nagy a jelentősége a tárgyalás ama részének, amely az orvostan-

hallgatók kiképzésének kiegészítésére vonatkozott. E tárgy előadója teljes jogosultsággal mutatott rá arra a hátrányra, amely abból a körülményből származik, hogy egész orvosi oktatásunk a gyógyító működés irányában van beállítva s hogy a praevenció gondolata az orvostanhallgatónak idegen s hogy ő ezért ennek a fontosságát nehezen ismeri fel. Nagy dolgról, az orvosi célkitűzés kiegészítéséről az orvosi mentalitás megváltoztatásáról van itt szó s éppen nekünk orvosoknak kell elsősorban arra törekednünk, hogy a hygiéne tudományának intenzívebb tanításával s a társadalmi egészségtannak a tanításba bevonásával ezt a célt elérjük, ha vezetői és irányítói akarunk maradni a közegészség megjavítására irányuló törekvéseknek. Ezért kell megjavítanunk a hatósági tisztiorvosok kiképzését s ezért kell közoktatásügyi kormányzatunknak az idevonatkozó alapismereteknek az egyetemen történő behatósabb tanításáról is gondoskodnia.

Az egészségügyi szolgálatot az orvos egymagában nem tudja ellátni, segítőtársakra van szüksége. Ezek legértékesebbikét — fejlett egészségügyi kultúrájú államokban szerzett tanúságok szerint — az egészségügyi védőnőben találja meg, ki a szülők ellátására hivatott bábával, a betegek ápolását végző betegápolónővel harmonikus együttműködésben az orvos irányítása mellett ellátja a szociális gondozással szorosan kapcsolatos modern egészségügyi igazgatás ezerféle tennivalóit. Magyarországon eddig csak egyes speciális ágazatokban, az anya- és csecsemővédelem, valamint kis részben a tuberkulózis elleni védekezés terén működtek ily védőnők s mulhatlanul szükséges, hogy tevékenységük az általános egészségügyi szolgálatra is mielőbb kiterjesszessék.

Nemcsak egészségügyi igazgatásunknak, de egész népesedési politikánk egyik legsürgősebb teendője, hogy a szülők ellátása, gondozása és felügyelete *intézményesen* rendezzessék. Ezt a célt fogja szolgálni az értekezleten behatóan megtárgyalt s remélhetően a közel jövőben megvalósuló «Szülészeti rendtartás». Remélnünk kell, hogy a tárgy előadójának sok évtizedes tapasztalatai alapján kidolgozott javaslata segítségével közszolgálatunknak ezt az igen nagy jelentőségű, de sajnálatosan elmaradt ágát lényegesen meg lehet majd javítanunk.

Az értekezleten megvitatott kérdések második csoportjába a világszerte előtérben álló nagy és legnagyobb közegészségügyi problémák tartoznak. Különálló helyet foglal el közöttük a legújabb időkben előtérbe nyomult egészségügyi nevelés. A kis gyermeknek, az iskolás tanulónak, a felnőtt embernek, mindenkinek kitanítása arra, miként kell élnie, miként kell viselkednie avégből, hogy egészséges maradjon. Nehéz feladat, de ha sikerül végrehajtani, eredménye igen nagy lesz. Nem szólva az egészség ellen könnyelműségből elkövetett merényletekről, kicsapongásokról, nap-nap után lépten-nyomon oly sokat vét a legtöbb ember egészsége ellen *tudatlanságból*, hogy ennek a tudatlanságnak megszüntetése vagy legalább csökkentése igazán érdemes munka. Az értekezleten főképpen az iskolai nevelésről s a tanítókra váró feladatokról esett szó annak az elgondolásnak alapján, hogy a gyermekkorban szerzett ismeretek a legmaradóbbak s legmélyebben vésődnek a lelkekbe.

Ezzel a kérdéssel kapcsolatosan tárgy altatott az iskolaegészségügy, különösen a hazánkban sajnálatosan elmaradott és kevésbé fejlett iskolaorvosi szolgálat mielőbbi kiépítésének szükségése volt.

Rendkívül értékes anyagot hozott a nyilvánosság elé a nemzet jövője szempontjából legelsőrendű jelentőséggel bíró anya- és csecsemővédelem tárgyalása. Nagy megnyugvással tölthet el mindnyájunkat az a tudat, hogy ebben a kérdésben jó úton vagyunk. A legreálisabb bizonyítékok, a halálozási statisztika adatai jelzik azt a hatást, amelyet anya- és csecsemővédő intézményünk kifejt. A további teendők világosan állanak előttünk. Fejlesztésünk, tökéletesítésünk kell ezt a jól bevált intézményünket, szaporítanunk vidéki fiókjait. A feladat még igen nagy. 800 anya- és csecsemővédő intézetre lenne szükségünk s ebből eddig mindössze 120 van meg. A szervezet további kiépítésénél különösen az eddig nem eléggé kifejlesztett anyavédelem tökéletesítésére kell majd törekedni neveléssel s a propaganda minden eszközével oda kell hatni, hogy ez a védelem ne csak közvetlenül a szülés előtt, hanem már sokkal korábban érvényesüljön. A viselő asszonyt áldott állapotának egész ideje alatt kell gondozásba vennünk. Szoros együttműködésbe kell kerülni e végből a védőintézeteknek a szülők elhelyezésére szolgáló klinikákkal, kórházakkal, bábaképző intézetekkel. A terhes asszony idejében történő gondos orvosi megvizsgálása alapján elejét lehet venni sok bajnak és veszedelemnek, amely magzatát és őt magát fenyegeti. Kell, hogy ebben a kooperációban megbiztosító intézményeink, elsősorban az Országos Munkásbetegsegélyező Pénztár is részt vegyenek.

Gyermekvédelmi szervezetünk most már kitűnően működik, de hatásköre szűk s csak az elhagyottá minősített gyermekekre szorítkozik. Követnünk kellene más államok példáját s a védelmet, helyesebben talán felügyeletet, általánossá kellene tennünk, kiterjesztve azt minden gyermekre. Az általánossá fejlesztett gyermekvédelem természetes folytatása lenne a kezdetétől fogva máris általánosan beállított csecsemő védelemnek. Kétségtelen, hogy a tárgy egyik előadójának ily irányú javaslata jelöli meg a jövő fejlődés útját.

Az egészségügyi prophylaxis leghálásabb tereuma az ú. n. akut fertőző betegségek elleni védekezés. Az a körülmény, hogy a legjelentősebb ily természetű betegségek kórokozói kevés kivétellel már ismeretesek, hogy a legtöbb esetben ismeretes a fertőzés módja és kapuja, hogy a sikeres védő és gyógyító oltási eljárások száma egyre növekszik, évről-évre emelik a védekezés sikerének kilátásait. Az értekezlet a sokféle fertőző betegség közül csak azokkal foglalkozott, amelyek valamely okból különösen aktuálisak vagy amelyek még most is aránylag nagy embervesztést okoznak. A nálunk legújabbán bevezetett Dick-féle oltások tették időszerűvé a vörheny tárgyalását, míg a számarhurut, a hastífusz és vérhas a hazánkban tapasztalható erős elterjedtsége révén tüzetett ki tárgyalásra. Meg van a reményünk arra, hogy a tífusz és vérhas szempontjából elsőrendű jelentőségű általános asszanálás mellett idővel mind a három utóbb említett betegség ellen sikeresen tudunk majd védőoltások, esetleg szájon át adott védőanyagok szedetésével is küzdeni.

A hastífusz elterjedése különösen nehéz tehertétele Magyarország egészségügyének, ha tudjuk, hogy még a legutóbbi, lényegesen javult statisztikát adó két évben is a hastífusz okozta halálozások száma évenként meghaladja a 1000-et. Az újonnan létesült Országos Egészségügyi Intézetnek egyik igen fontos feladata lesz, hogy a tífuszbacillushordozók felkutatása körül tettel és tanáccsal erélyesen közreműködjék.

A krónikus fertőző betegségek közül a csonka-országunkban a réginél kisebb jelentőséggel bíró váltóláz és trachoma, az egész emberiség egészségügyében domináló szerepű tuberkulózis és a nemibetegségek vonattak tárgyalás alá. A háború utolsó éveiben igen féltünk a váltóláz eltérj édesétől, különösen a balkán harctereken otthonos rosszindulatú malária behurcolása révén, de az aggodalmunk úgy látszik túlzott volt. Behatóbban kell azonban ismét foglalkoznunk a trachoma kérdésével. Tudvalevő ugyan, hogy a trachomával legerősebben fertőzött országrészeket az ország megcsonkítása folytán elvesztettük, de bizonyos, hogy a háborús évek alatt ez a baj elhurcoltatott oly vidékre is, ahol azelőtt ismeretlen volt. Teljes erővel fel kell vennünk ellene a küzdelmet a betegek felkutatásával, gyógyításával s a fertőzött vidékek lakosságának kellő kitanításával.

Minden egészségügyi kérdések legnehezebbike a tuberkulózis elleni védekezés kérdése. Különösen nehéz nálunk Magyarországon, ahol ez a betegség régtől fogva erősen befészkelődött s mindig erősen pusztított. Nehéz azért is, mert hatósági és orvosi rendszabályokkal nem sokat érünk el vele szemben. Nagyobb és erősebb faktorok szerepelnek számottevően a tuberkulózis terjedése vagy leszorulása körül. Általános jólét, száraz, tágas, jól szellőzött egészséges lakások, bőséges és e mellett racionális táplálkozás, rend és tisztaság, célszerű és jó ruházkodás, pormentes levegő, jó istálló- és tejhygiene a legfőbb kellékek ahhoz, hogy ennek a betegségnek gátat lehessen vetni. A közhatósági és orvosi intézkedések, mint a fertőzés szempontjából veszélyes betegek elkülönítése, a könnyebb betegek szanatóriumi gyógyítása s a tüdő-, beteggondozók tevékenysége csak adjuvans tényezők. Régi megállapítás-hogy a tuberkulózis kérdés nem annyira orvosi, mint inkább szociális probléma. Magas színvonalú, minden számításba jövő részletre kiterjedt tárgyalás lolyt erről a kérdéstről az értekezleten s értékes javaslatokkal gazdagodtunk. A tuberkulózis elleni védekezés kétségtelenül egyik legköltségesebb része az egészségügyi közszolgáltatnak, de nem szabad még oly tetemes áldozatoktól sem visszariadnunk, hiszen még most is évenként 20,000 magyar ember pusztul el ebben a betegségben. Ki kell terjesztenünk a tuberkulózis elleni akciót az eddig meglehetősen háttérbe szorult ú. n. sebészi tuberkulózisban (csont-, ízület- mirigy-tuberkulózisban) szenvedő betegekre is, kiknek száma az ország egyes részeiben ijesztően nagy és egyre nő.

Nagyszabású előadásban ismertette a nemibetegségek elleni védekezés nehéz kérdéseit e téma illusztris előadója. Bár ebbe is erősen belejártsanak szociális momentumok, a helyzet mégsem oly sötét, mint a tuberkulózisnál. Erkölcsi nevelés, az egyéni védekezés lehetősége, a gyógyítás terén a legutóbbi évtizedekben elért hatalmas előrehaladás erősen megkönnyítik a

venereás bajok elleni küzdelmet. Nyilván ezeknek a kedvező momentumoknak köszönhető az utóbbi években világszerte és nálunk is mutatkozó javulás.

Az alkoholizmus kérdése szorosan összefügg az előbb tárgyalt problémákkal. Bizonyos, hogy ha nem léteznék ez a veszedelmes sejtméreg, egészségesebb lenne az emberiség, kevesebb lenne a tuberkulotikus, nemibeteg, elmebeteg, dégénérait és bűnöző ember. Nyomós gazdasági okok gátolják meg a legtöbb kormányt abban, hogy az alkoholfogyasztás ellen erélyesen fellépjen és számottevő korlátozó intézkedéseket léptessen életbe. Inkább a társadalomtól kell itt segítséget várnunk. Az iskolai nevelésnek, a fiatalság és a felnőttek között folytatandó felvilágosító propagandának nyílik itt tág tere. A racionális egészségkultusz művelésében felnevelt fiatalság felnőtt korában is meg fogja magát óvni ettől az ártalomtól.

Hiányokat, defektusokat jelöltünk meg az értekezlet rendezői előtt a munkaterv egybeállításakor. Ezek egyike az iparegészségügy helyzete. A tárgy egyik előadója a legutóbbi időben folytatott adatgyűjtés alapján ismertette az elmaradottságot, amely hazai ipartelegeink egészségügyi vonatkozású berendezései terén észlelhető. Az illetékes kormányhatóságok, az ipari érdekeltségek és a munkásbiztosító intézmények összefogására lesz szükség, hogy a viszonyok ezen a téren megjavíttassanak.

A kórházügy előadói tiszta és világos képét adták kórházaink jelenlegi helyzetének, ismertették azok fejlődését, reá mutattak hiányaikra s megjelölték a további teendőket. A székesfőváros kórházi betegellátásában mutatkozó hiányokon újabb építkezések nélkül nem lehet segíteni s valóban igen kívánatos, hogy ezek mielőbb megvalósuljanak.

Időbeli sorrendben utolsóknak maradtak, de jelentőségükben és kihatásaikban legelői állanak kiváló műszaki szakembereink javaslati. A meg tárgyalt kérdések tartozékai, szerves alkotórészei a klasszikus hygienének. Mérnökök alkotásai biztosítják mindnyájunknak azt a milieut, amelyben életünk lefolyik, nekik kell gondoskodniok a talaj, víz és levegő tisztaságáról, az emberi lakások megfelelő, egészséges voltáról. Magyarország sajátos geológiai és hydrológiai viszonyai régtől fogva nehéz problémák elé állítják kultúr-mérnökeinket, a talaj tisztaságának megóvására rendelt csatornázás tekintetében különösen az alföldi városok igen elmaradtak s szennyes vizek tisztítására szolgáló berendezéseink csak elvétve akadnak. Igen sok ezen a téren a tennivaló s köszönetet kell mondanunk e tárgyak megvitatóinak, hogy szak-társaik figyelmét ezekre a kérdésekre reá irányították. Nem kisebb fontosságú az a tárgyalás, amely a levegő tisztántartását célzó intézkedésekre és berendezkedésekre vonatkozott. A gyilkos alföldi porfelhők, a nagy városok füstje tüdőbajtól és más légzőszervi bántalmaktól amúgy is erősen sújtott népünk nagy veszedelmei s a közutak portól mentesítése, a lakott helyeknek befásítása, az erdősítés a legelsőrendű egészségügyi feladatok közé tartoznak. Nagy hálával tartozunk a műszaki tanácskozások megszervezőjének, kinek sikerült mindezeknek a kérdéseknek, valamint az eminens fontosságú lakáskérdésnek megvitatására legjelesebb szakembereinket megnyernie.

. . . A konzílium véget ért. A konziliáriusok egybehangzó véleménye: a beteg állapota még súlyos, de nem reménytelen. Lehet rajta segíteni. Az orvosság: munka, igen sok munka. Erre a munkára, erre az egész embert, a legteljesebb önfeláldozást megkövetelő munkára kell vállalkoznunk, erre kell összefognunk mindnyájunknak, kik hiszünk Magyarország feltámadásában.

NÉVMUTATÓ.

- Balogh Jenő 124.
Barabás Zoltán 121.
Barla-Szabó József 265, 300.
Basch Imre 318.
Batiz Dénes 253.
Bálint Rezső 192, 193.
Bánóczy Gyula 192.
Beck Soma 226.
Becsey Antal 339.
Benedek László 261.
Berzsényi Zoltán 328.
Bethlen István gróf IX.
Bexheft Ármin 140, 150.
Blaskovics László 201.
Bókay János 109, 161.
Bozóky Dezső 347.
Brana János 202.
Cserey-Peshány Albin 320, 328.
Csiky József 68.
Csorna Kálmán 129.
Czárán Péter 340.
Deutsch Ernő 103, 232, 250, 263.
Dollinger Gyula 64, 80.
Donath Gyula 264.
Emődi Aladár 249.
Fabinyi Rudolf 332.
Farkass Kálmán 334.
Fáy Aladár 13, 50, 204.
Fenyvessy Béla 31.
Fever Gyula 383.
Forster Gyula 343.
Földes Béla IX, XVIII.
Friedrich Vilmos 39, 268.
Fritz Sándor 101.
F. Szabó Géza 15.
Gáli Géza 232.
Genersich Antal 331.
Gerlőczy Zsigmond 73, 139, 171. 192.
Gobbi Gyula 133, 171.
Gortvay György 109, 277.
Grósz Emil 197, 203, 329.
Grusz Frigyes 251.
Győry Tibor 238.
Heim Pál 100, 166, 168.
Herepey-Csákányi Győző 231.
Hoepfner Guido 372.
Hórl Péter 297, 340.
Hutyrá Ferenc 204, 220.
Uosvay Lajos 381.
Imre József id. 197.
Jancsó Miklós 193.
Jezsovics János 289.
Johan Béla 40, 49.
Joó István 341.
Juba Adolf 48, 139, 143, 167, 185, 225, 267,
341, 348, 360.
Kaán Károly 348.
Kaiser Károly 185.
Katona József 9.
Kádár László Levente 112.
K. Császár Ferenc 361.
Keller Lajos 85.
Korányi Sándor 212, 236.
Kovacsics Sándor 23, 107.
Liber Endre 104.
Liebermann Leó 201.
Lovich József 57.
Manninger Vilmos 75, 223.
Merétey Sándor 102, 251.
Nékám Lajos 238, 254.
Niedermayer Gellért 122.
Orsós I. Imre 254.
Országh Oszkár 229.
Óvári Papp Gábor 78, 302, 333.
Örffy Lajos 61.
Parassin József 77, 231.
Pándy Kálmán 254, 255, 267.
Pettkó-Szandtner Aladár 109.
Petz Aladár 322.
Pfeiffer Miklós 63, 321.
Pflisterer Lajos 298.
Práger Márton 302.
Puky Endre 1, 28.
Rigler Gusztáv 36, 134.

- Eosenthai Felix 16.
Ruffy Pál 105.
Sandy Gyula 377.
Scilling Zoltán 292.
Schoditsch Lajos 374, 382.
Scholtz Kornél 1, 234, 390.
Schuschny Henrik 149.
Scipiades Elemér 56.
Simontsits Elemér 73.
Somogyi Zsigmond 330.
Soós Aladár 79.
Szabó József 38, 129, 138, 328.
Szabó Sándor 171, 190.
Szappanos Mihály 24, 38, 60.
Szarvas András 196, 228.
Szarvasy Imre 334.
Szegegy-Maszák Elemér 268.
Szigethy Gyula Sándor 327.
Szinyei József 78.
Szokola Leo 125.
Szontagh Felix 23, 161, 165.
Taufér Vilmos III., 50, 63, 81.
Tomor Ernő 249.
Torday Ferenc 81, 123.
Tóth Lajos 31.
Tuzson János 361.
Tüdös Kálmán 22, 48, 107, 159, 189, 203
227, 265, 341, 373.
Vas Bernát 187.
Vass József X.
Vámossy Zoltán 255.
Verebély Tibor 64.
Verzár Frigyes.
Végh János 134.
Vidakovich Lajos 25.
Wenhardt János 74, 302.
Záborszky István 295.
Zolnai Sándor 300.

TÁRGYMUTATÓ.

A.

Activated sludge 341.
Agglegényadó 99, 102, 107.
Aktív immunizáció vörheny ellen 161.
Alkoholizmus elleni védekezés 255.
Ambuláns közkórházi rendelések 318.
Angolkór leküzdése 101, 102.
Antenatilis profilaxis 218.
Anya- és csecsemő védelem 81, 85, 92.
Államosítás 3, 4, 26.
Ápolók képzése 64.
Ápolónők diétás konyhatechnikai kiképzése 80.
Ápolónők képzése 64.

B.

Bábakérdés 108.
Bábakérdés rendezése 87, 108.
Bábák létszámának kötöttsége 52.
Bacillusgazdák 176, 186, 188.
Balneologiai tanulmányút 37.
Betegápolási alap terhére ápolhatók katasztere 320.
Betegápolónők kiképzése és szervezése 64.
Betegápolók kiképzése és szervezete 64.
Betegápoló nővér 77.
Betegek kezelése 312.
Betterment illeték 363, 373.
Bőrgümőkór 226.
Budapest közkórházai 306.

Calmette-féle védőoltás 219, 224.
Családi házak 366, 373.
Csatornázás 334.
Csecsemő- és gyermekápolás 83.
Csecsemők kötelező bemutatása 103.
Csukamáj olaj 101.

D.

Dajkakérdés 94.
Dick-féle bőrpróba 161.
«Disbakta Boehncke» 185.

Diszpanzerek 212.
Dysenteria 180.
Dysenteria elleni oltóanyag 185.

E.

Egyetemi közegészségtani oktatás feladatai 32.
Egészségtantanárok kiképzése, alkalmazása 134.
Egészségtelen és veszélyes iparágak 275.
Egészségügyi funkcionáriusok kiképzése 31.
Egészségügyi ismeretek tanítása 139.
Egészségügyi kirándulások 37.
Egészségügyi könyvecske 126.
Egészségügyi közigazgatás újjászervezése 1.
Egészségügyi testvérképzés 69.
Egészségvédő nővér 77.
Elemi egészségügyi ismeretek tanítása 134.
Elhagyottság 122.
Endemikus dysenteria 181.
Erdők közegészségi szerepe 348.
Építési hitel 371, 373, 376.

F.

Falazati anyagok 379.
Fasorok közegészségi szerepe 348.
Fekáliák gazdasági értékesítése 340.
Fekvőcsarnokok 233.
Feladataink az iparegészségügy terén 277.
Felelősségi jog 7.
Felületi víz ivásra alkalmassá tétele 340.
Fogorvoslás 38, 129, 138.
Földbirtokreformmal kapcsolatos házhe-lyek beépítése 377.
Földes padlók 380.
Fővárosi lakásviszonyok 367.
Fővárosi laksűrűség 367.
Füstmentesítés 347.

G.

Gazdasági lakóházak 382.
Gondozóintézetek 212.
Gyári orvosok 275, 300.

Gyárvizsgálati jegyzőkönyv 278.
 Gyermkegészségügyi kataszter 122.
 Gyermekhalandóság 58.
 Gyermekmenhelyek szaporítása 105.
 Gyermekvédelem 109.
 Gyógyíthatatlan betegek kérdése 310.
 Gyors hornokszűrés 340.
 Gyűjteménytárak 340.

H.

Házasságon kívül született gyermekek kérdése 98, 102.
 Házépítés technikája 378, 385.
 Hastífusz 171.
 Hatósági orvos fogalma 5.
 Hatósági orvosok hatáskörének emelése 1, 3, 6.
 Hatósági orvos-kar államosítása 4, 15.
 Heterofamiliáris ápolás 333.
 Homofamiliáris ápolás 333.
 Hosszúlejárathú kölcsönök 371, 373, 376.
 Hygiene szemléltető oktatással 37.

Ipari munkásság nevelése az ártalmak ellen 286.

Iparegészségügyi feladataink 277.
 Iparfelügyelet 277.
 Iparegészségügy mai helyzete 268.
 Ipartelep egészségügyi felügyelete 277.
 Imperium gyakorlása 8.
 Iskola-egészségügy 150.
 Iskolaegészségügyi központ 144, 148.
 Iskolai osztályok zsúfoltsága 153.
 Iskolapadok 153.
 Iskolástanulók védelme 143.
 Iskolanővér 144, 146.
 Iskolaorvosok kiképzése, alkalmazása 134, 146, 149.
 Istálló-hygiene 101, 206, 208.
 Ivóvíz fertőzése 176.

J.

Javaslatok az iparegészségügy javítására 268.
 Javaslatok a nemibetegségek ellen 238.
 Javaslatok a trachoma elleni védekezés érdekében 199.
 Járásai iskolaorvosok 146.
 Járóbeteg-rendelések 318.

Jövő feladataink az iparegészségügy terén 277.

E.

Kerületi szülészfőorvos feladatköre 51.
 Kisebb házegységek 366, 373.
 Kórházi élelmezés 314.
 Kórházi gazdasági személyzet 317.
 Kórházügy 322.
 Kórházügy a székesfővárosi viszonyok szempontjából 302.
 Könnyű betegek kérdése 310.
 Kötelező terhesbejelentés 88, 107.
 Kötött bálalétszám 52.
 Közegészségtani oktatás feladatai 32.
 Közegészségügyi mérnöktovábbképző tanfolyam 387, 389.
 Közegészségügy vezetése 3.
 Köz- és nyilv. jellegű kórházak ügye 322.
 Közkórházi járóbeteg-rendelések 318.
 Központi ágynylvántartó 305.
 Krónikus betegek kérdése 310.
 Kvarcfénykezelés 101, 102. Ipari betegségek kártalanítása 288.

L.

Laboránsnök képzése 78.
 Lakásépítési szabályrendeletek 377, 382.
 Lakások felszabadítása 371, 375.
 Lakásügy 361.
 Laksűrűség 364.
 Levegő pormentesítése 343.
 Levente-intézmény 103, 145.
 «Lupus-otthon» 226.

M.

Magánpraxis eltiltása 8, 10, 17, 23.
 Magyar farmrendszer 382.
 Malária 193.
 Mesterséges táplálás 83, 103.
 Mérnökök közegészségügyi továbbképzése 383.
 Mérnök-továbbképző tanfolyamok 339.
 Munkásbiztosító pénztárak feladata a& ipari betegségek ellen 284.
 Munkáslakások 275.

N.

Nemibetegségek 238.
 Nemzetközi trachoma-pályadíj 200.
 Nők nemi felvilágosítása 84.
 Nyílt kutak 341.

O.

Oeuvre Bernard 218, 224.
 Oeuvre Grancher 213, 216, 224.
 Órakozi szünetek 155.
 Országos laksűrűség 364.
 Orvosipar felügyelők 274, 293.
 Orvostanhallgatók képzése 31.
 Óvodák reformja 97.

P.

Parkok közegészségi szerepe 348.
 Pertussis 168.
 Pénztári orvosok feladata az ipari betegségek ellen 284.
 Polyvalens antipertussis vaccina 170, 171.
 Por elleni küzdelem 343.
 Pormentes utak 345.
 Prosecturák létesítése 326, 329.

R.

Rockefeller-alapítvány 73.
 Röntgen-laboratórium 326.

S.

Sebészeti tuberkulózis 217, 221, 226, 231.
 Skarlatina 161.

Sz.

Szabadtéri iskolák 122.
 Szájhygiéne 38, 129, 157.
 Szamár hurut 168.
 Szanatóriumok 212, 217.
 Szanatóriumi kezelés az O. B. A. terhére 230.
 Szegény ügy 310.
 Szennyves-víz tisztítás 334.
 Szociális könyvecske 126.
 Szoptatás 82.
 Szülészeti rendtartás 50.
 Szülési védelem 90.
 Szülőintézetek 84, 91.
 Syphilis 83.

T.

Tanácsadó-állomások 333.
 Tanyák egészségügyének előmozdítása 229.

Tanítás a szabadban 224.
 Tanulók osztályonkénti létszámának apasz-
 tása 153.
 Tanulók rendszeres vizsgálása 143.
 Társadalom Egészségügyi Intézet 63.
 Tehéntej 100, 220.
 Tej 175, 220.
 Tejpor 101.
 Tejkonyhák 83, 102, 105, 133.
 Tejtestvékség elve 94.
 Telepfelügyelők 133.
 Telepörvosok 133.
 Terhes bejelentés 88, 107.
 Terhességi védelem 90.
 Tífusz 171.
 Tisztiorvosok képzése 40.
 Tisztviselőkérdés reformja 3, 5, 15.
 Továbbképző tanfolyamok 47, 135, 317.
 Törzslap 147.
 Trachoma 197.
 Trachomaellenes védekezés múltja 198.
 Trachoma-pályadíj 200.
 Tuberkulózis 83.
 Tuberkulózis-bejelentés 228.
 Tuberkulózis tanításának kérdése 212, 231.
 Tuberkulózis-törvény 234, 237.
 Tuberkulózis védekezés eszközei 204.

U.

Utak olajozása 346.
 Üdülések 122, 125.

V.

Védekezés az ipari betegségek ellen 284.
 Védőnők 108.
 Védőnőképzés 68, 144.
 Vérhas 180.
 Vétőjog 8.
 Vidéki kórházak ügye 322.
 Vízellátás 334.
 Vízklorozás 340.
 Vörheny 161.

Z.

Zárószo 390.