

EGÉSZSÉGÜGYI CSECSEMŐ-, GYERMEK ÉS ANYAVÉDELEM

ÍRTA:

D^R TORDAY FERENC

EGYETEMI TANÁR,
A BUDAPESTI GYERMEKMENHELY FŐORVOSA



1926

TUDOMÁNYOS KÖNYVKIADÓVALLALAT ÉS ORVOSI KÖNYVKERESKEDÉS

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA

VIII., BAROSS.UCCA 28.

BUDAPEST
TELEFON: JÓZSEF 2—17

IV., EGYETEM.TÉR 5.

"PÁTRIA"
IRODALMI VÁLL.
ÉS NYOMDAI
R..T.

ELŐSZÓ

A szociális munkakörökbe az orvosi hivatás leginkább a gyermek- és anyavédelem útján kapcsolódik bele. A philantropikus mozgalmak közül ezek a legáltalánosabbak, úgy az egyes egyén, mint a társadalom összessége, emberszeretetének leggyakoribb megnyilvánulásai. A későbbi korban is, de főleg a gyermekkorban minden szociális károsodás, ínséges, nélkülözésem állapot leginkább veszélyezteti az egészséget, a további életsorsot. Ösztönszerűleg él a köztudatban az az igazság, hogy az egészség az élet legnagyobb kincse, hogy annak megóvása egyaránt legnagyobb egyéni, valamint közérdek is. Ez a közérzés, másrészt az orvosi hivatottságot jellegző emberszeretet az orvosokat mindenkor a gyermek- és anyavédelmi mozgalmak munkatársai és irányítói sorába állította.

Minden szociális munkásság, közöttük a gyermek- és anyavédelem is az ösztönszerű jóakarat primitív megnyilvánulásaiból, tudományos kutatásokra alapozott, megfigyelésekre, kísérletezésekre támaszkodó, szakszerűen irányított, jól körülírt, több részre oszló munkakörre, ennek céltudatos vezetése, irányítása hivatássá fejlődött. Az egészségügyi anya- és gyermekvédelem kiépítése az általános egészségügyi, népegészségi viszonyokra mindjobban döntő befolyást gyakorol. Ep ezért vált szükségessé az, hogy a szociálhygienének ez az ága is belekerüljön azon tanulmányok és tanítások keretébe, melyekről rendszeres előadások útján az egyetemi tanulmányidő alatt az orvostanhallgatók, a tisztiorvosi tanfolyamon a szociális orvosi hivatásra készülők értesülhessenek, így jutottak a gyermekvédelemről hirdetett előadásaim, úgy az orvosegyetemi, mint a tisztiorvosi tanfolyam tanrendjébe.

Ezen kis könyv a két helyütt tartott előadásaim gondolatmenete. A megállapított szűk keret miatt a tárgyalt egyes kérdések jó megértését megkönnyítő adatok, szemléltető

képek, részletfestések kimaradtak. A mindenféle, de kivált nálunk megváltozott életviszonyok és azok befolyásának adatait csak most gyűjtik. A régebbi idők adatai a maiakkal nem azonosak, az összehasonlításra is alig alkalmasak. Ezért felsorakoztatásuk még időszerű sem lett volna. Az így megindokolt tényekkel igyekszem igazolni kis könyvem jogosan kifogásolható tömörségét. Mégis úgy érzem, hogy azzal, hogy az egészségügyi gyermek- és anyavédelem egyes kérdéseit szakszerűen megvilágítani, a követendő helyes irányokat megjelölni és kitűzni igyekeztem, mindazoknak hasznos szolgálatot tettem, kik az egészségügyi gyermekvédelemmel tudatosan és eredményesen foglalkozni, iránta érdemlegesen érdeklődni akarnak.

Budapest, 1926. Pünkösöd.

Torday Ferenc.

TARTALOMJEGYZÉK

	Oldal
Bevezetés.....	3
I. Gyermekegészségügyi statisztika.....	4
(Gyermekszületések 6., megbetegedések 7., halálozások arányszáma 9.)	
II. A szoptatás jelentősége a gyermekvédelemben.....	9
(Élettani adatok 10., a szoptatás ellenjavallatai 13., szoptatás szociális akadályai 15.)	
A dajkaság	15
III. A mesterséges táplálás hygienejének gyermekvédelmi jelentősége.....	17
(Élettani adatok 17., tejhygiene 18., mesterséges tápszerek készítésének alapelvei 19.)	
IV. A gyermekkori heveny fertőző kórok elleni védekezésről	21
(A fertőzés módjai 21., a fertőtelenítés elmélete 23., a bacillushordozókról 24., az immunitás elmélete 26., himlőoltás 27., diphteria elleni védekezés 28., vörheny elleni védekezés 29., kanyaró elleni védekezés 30.)	
V. A gyermekkori idült fertőző kórok. (Tuberkulózis, syphilis) elleni védekezés	31
A) <i>Tuberkulózis</i>	31
(Fertőzés módjai 31., a gyermekkori tuberkulózis kórtana 32., a védekezés alapelvei 37., az ellenállóképesség fokozása 35., a gyógyítás alapelvei 37., a klimatikus helyekről 37.)	
B) <i>A veleszületett és gyermekkori szerzett bujakor elleni védekezés</i>	38
(A bujakor kórtana 28., a veleszületett bujakóros fertőzés módjai 39., a terhesek gyógykezelése 39., a veleszületett bujakor gyógykezelésének alapelvei 41., a veleszületett bujakor jelentősége 41.)	
VI. A beteg gyermekek védelme.....	42
(A gyermekkórházak története 43, csecsemő- és gyermekkórházak szervezete 44.)	

	Oldal
VII—VIII. A testi, érzékszervi, lelki fogyatékoságok- ban szenvedő gyermekek védelme.....	47
A) <i>A nyomorék gyermekek védelme</i>	47
B) <i>A vak gyermekek védelme</i>	50
D) <i>A süketnéma gyermekek védelme</i>	51
D) <i>Az értelmi fogyatékoságú gyermekek védelme</i>	53
 IX. Az erkölcsi fogyatékoságú (züllött) gyermekek védelme	 54
 X. A zárt gyermekvédelem.....	 57
A magyar állami gyermekvédelem.....	58
 XI. A nyílt csecsemő- és gyermekvédelem	 63
(Az Országos Stefánia Szövetség 66., az Országos Gyermekvédő Liga 67.)	
 XII. Az egészségügyi anyavédelem.....	 67



A humanitárius, philantropikus törekvések eredetileg az emberi lélek charitatív ösztöneinek voltak megnyilvánulásai. Részben ma is azok. A modern szociális gondolkodás azonban ezen humanitárius és charitatív teendőket mind kiterjedtebben az államhatalom kötelességei közé, az államhatalom munkakörébe sorolja, az államhatalom irányító befolyása alá helyezi, mert mindinkább meggyökeresedett az a felfogás, hogy az ország jelenéről és jövőjéről, a ma élő és a jövő nemzedék erkölcsi és anyagi javairól gondoskodnak akkor, mikor oltalomba, gondozásba, gyógyítás alá veszik a rossz sorsral, testi ártalmakkal, betegségekkel, fogyatékosságokkal, egészségtelen, káros életviszonyokkal küzdőket. Ezen szociális nagy feladat többféle egymással kapcsolatos, de teljesen önálló munkakörű köztevékenységet foglaloztat. Ezek felett nem akarunk szemlét tartani, csak annak hangsúlyozására szorítkozunk, hogy az élet összes javai közül az egészség a legértékesebb, hogy az ínséges, rossz sorsból előnyösebb anyagi helyzetbe, jobb életkörülmények közé juttatás nem jár következményszerűleg az egészségi viszonyok megjavulásával, hogy az általános egészségügyi viszonyok, főképp pedig a gyermekegészségügyi viszonyok megjavítására való céltudatos, szakavatott törekvés még azon gyermekek jelentékeny részét is megtartja az életnek, biztosítja munkaképes állampolgárokká felnevelésüket, kiknek anyagi rossz sorsán sem a magán-, sem a közjótékonyság, sem a gazdasági viszonyok megváltozása érdemlegesen segíteni nem tudnak. A gyermekek szociális rossz életkörülményeit megjavítani törekvő gyermekvédelem határait a rendelkezésre álló anyagi eszközök szabják meg. Az egészségügyi gyermekvédelem korlátatlan, mert eredmények mindenütt érhetők el ott, hol az egészségügyi anyavédelem

a gyermekhygiene, a gyermekgyógyítás tanításainak térhódításával több egészséges gyermek születik, közülök kevesebben lesznek betegek és ezek meggyógyulásának általános esélyei megjavulnak. Ebbe a keretbe tartoznak a veleszületetten vagy az élet folyamán testileg vagy lelkileg nyomorékká lett gyermekek, munka- és kenyérkereső egyénekké váló felnevelésének biztosítása.

Az elmondottak jelzik a körvonalait azoknak az előadásoknak, melyekben a gyermek- és anyavédelemmel foglalkozni szándékozom. Ezen előadások tárgyai a következők lesznek: 1. Gyermekegészségügyi statisztika. 2. A szoptatás jelentősége a gyermekvédelemben, a dajkaság. 3. A mesterséges táplálás hygienejének gyermekvédelmi jelentősége. 4. A gyermekkori heveny fertőző kórok elleni védelem. 5. A gyermekkori idült fertőző kórok (tuberculosis, syphilis) elleni védelem. 6. A beteg gyermekek védelme (csecsemő- és gyermekkórházak szervezete). 7—8. A testi, érzékszervi, értelmi fogyatékosságban szenvedő gyermekek védelme. 9. A züllött gyermekek védelme. 10. A zárt gyermekvédelem, az állami gyermekvédelem. 11. Anyilt csecsemő- és gyermekvédelem. 12. Az egészségügyi anyavédelem.

I.

Gyermekegészségügyi statisztika.

Gyermekszületések, megbetegedések, halálozások arányszámai.

Gyermekegészségügyi viszonyokról magunknak képet úgy alkothatunk, ha a gyermekszületési, megbetegedési és halálozási arányszámok felett úgy tartunk szemlét, hogy egyidejűleg kutatjuk ezen adatok viszonyát a különböző oki tényezőkkel.

A gyermek születése kérdésével való foglalkozásnál a teherbeesés, fogantatás normális élettani feltételeiből kell kiindulni. A fogantatás lehetősége ivarérett, egészséges külső és belső nemi szerveket tételez fel. Az ivarérettség különböző tényezők által befolyásolt alkati sajátosság, melyek között az éghajlati viszonyok, faji jelleg a leginkább döntő befolyásúak. A mérsékelt égöv lakosságában az ivarérettséggel kezdődő és a hőszám elmaradásával, a klímakteriummal végződő fogantatóképesség korhatárai a 15—50 év. Minthogy egy naptári éven belül a magzat kihordása-

nak, megszülésének és újból teherbeesésnek élettani lehetőségei lefolyhatnak, ezért égövünk alatt lakó, az 50-ik életévet megérő nők esetleg 35 gyermeket is szülhetnek. — A teherbeeshetés lehető számaikat még csak megközelítőleg sem lehet meghatározni, mert a terhességet megszakító, bármely okból bekövetkezett elvetélés, illetve koraszülés után mihamarabb újból visszatérhet a fogantató képesség.

A fogantató képességet befolyásoló, hátráltató tényezők két csoportba sorolhatók: 1. Akaratlan betegség, ivarszervi elváltozások stb. által feltételezettek. 2. Akaratlagos, a fogantatást hátráltató, illetve a bekövetkezett terhességet megszakító, legkülönbözőbb erőművi, vegyi stb. beavatkozások.

Az első csoportba tartozók közül felsorolom a közönségek külső és belső nemi szerveinek fejlődési rendellenességeit, azoknak különböző okok (alkat, betegségek stb.) által feltételezett működési zavarait és a nemi szervek betegségeit, melyek egyrésznél a fertőző nemi betegségek (kankó, bujakkór) kórokozó tényezők.

A fogantathatást, a teherbeeshetést megakadályozni, a terhességet megszakítani akaró különböző beavatkozásokat nem sorolom fel, csak arra szorítkozom, hogy ezek az emberi akarat, az öntudatos sorsirányítás, életbe beavatkozás legrégibb idők óta tudott megnyilvánulásai közé tartoznak. Ezen szándék kivételének mikéntjében vannak helyi, faji s főképpen kulturális, a kor haladásával változó különbségek. A teherbeeshetés akaratlagos befolyásolását kiváltó okok közül elsősorban a házasságot említem meg és azt az ősi erkölcsi felfogást, mely a nők nemi életét a házasságon belül életre kívánja korlátozni. Ezen kereteken belül és kívül részben lelki momentumok, főleg pedig gazdasági körülmények döntően befolyást gyakorolnak a gyermeket szülni akarásra.

A lelki momentumok tulajdonképpen a természetes szaporodási ösztön öntudatlan megnyilvánulásai, melyek bizonyos életkörülmények (sorscsapások, gyerekhalál, szerelmi momentumok, kibékülés) között állandóan és időszakosan visszatartják a nőt a teherbeeshetés hátráltatásától, az elvetélni akarástól. Míg ezen lelki momentumok többnyire a szülni akarást, a gyermekutáni vágyat fokozzák fel, addig főleg a gazdasági momentumoknak az életsorsra mindinkább

érvényesülő befolyásolása a gyermektől irtózást, a szülni nem akarást, minden akadályon keresztül érvényesítő akaratnak a legfőbb és úgyszólván semmiféle úton meg nem akadályozható, nem korlátozható, sőt mindenfelé mindinkább általánossá váló indító okai. Míg régebben ezen gazdasági momentumoknak befolyása a szülniakarásra főleg csak bizonyos kisebb-nagyobb területekre és általános rossz gazdasági viszonyok (ínséges esztendő, munkátlanság) idejére szorított, addig ma úgyszólván világszerte érvényesül a teherbeesetés korlátozására, a kevés gyermek szülésére való törekvés.

Élveszületések *

1000 lélekre kiszámított arányszámai.

Államok	1908/13.	1916/18.	1919.	1920.	1921.	1922.	1923.	1924.
	évek átlagai							
Angolország	25·0	18·8	18·8	25·5	22·4	20·5	19·7	18·9
Skócia	26·4	21·0	21·7	28·1	25·7	23·5	22·8	21·4
Észak-Irország	—	—	—	25·6	23·4	23·0	23·6	22·2
Irország	23·2	20·1	20·0	—	—	—	—	—
Ir szabadállam	—	—	—	20·8	18·9	18·6	19·5	20·1
Olaszország	32·5	20·8	21·2	31·8	30·3	30·1	29·1	—
Franciaország	19·5	10·7	12·4	21·4	20·7	19·3	19·3	19·0
Finnország	29·5	24·6	19·2	27·0	25·9	25·1	25·4	—
Románia	41·8	14·3	37·6	33·8	38·5	37·5	—	—
Belgium	23·5	11·8	16·3	22·3	22·1	20·6	20·7	—
Portugália	33·1	30·1	27·6	34·1	32·8	—	—	—
Németország	29·2	14·6	20·0	25·9	25·3	22·9	20·9	20·4
Ausztria	23·5	14·3	17·9	22·4	22·9	23·2	22·3	—
Svédország	24·5	21·2	19·6	23·6	21·4	19·6	18·8	18·1
Norvégia	26·6	25·6	22·5	26·2	24·0	24·2	23·0	21·7
Svájc	24·7	18·8	18·7	20·9	20·8	19·6	19·4	—
Dánia	27·2	24·0	22·6	25·4	24·0	22·3	22·3	21·9
Izland	26·2	—	25·3	28·0	27·4	26·6	26·6	—
Németalföld	28·6	25·7	24·4	28·3	27·4	25·9	26·0	24·9
Spanyolország	32·4	28·9	28·3	29·3	30·3	30·4	30·4	29·9
Magyarország	35·7	16·9	—	—	—	—	—	—
Csonka-Magyarorsz.	—	—	28·5	32·4	31·7	30·6	29·2	26·9

* Dr. Saile Tivadar adatai szerint.

Amint lehetetlen feladat számszerinti adatokat szolgáltatni a teherbeesések arányszámai és a születések arányszámai közötti viszonyról és csak a megszületettekről vannak adataink, ugyanúgy nem tudjuk végigkísérni a megszületett csecsemők életét egész a gyermekkor végéig, nincsenek

adataink az egyes gyermekek egészségügyi viszonyairól, sőt még a gyermekkori betegségek számarányairól sem, mert a beszerezhető adatokból gyermekeket gyógyító intézmények, gyermekotthonok stb. statisztikájából általános következtetéseket nem lehet vonni és így csak a végső állomásra korán eljutottakról, a gyermekkorban elhaltakról tudunk pontos adatokat gyűjteni és ezek fölött oknyomozó szemlét tartani.

A beteg gyermekek halnak meg. A betegségek elhárítása, a megbetegedések lehetőségeinek korlátozása, a megbetegedettek meggyógyulási esélyeinek megjavítása azonban gyermekegészségügyi intézkedésekkel megközelíthető feladatok. Hogy ezekkel megismerkedhessünk, ezért néhány szóval a gyermekkori betegségek oki momentumaival fogunk foglalkozni.

Az emberi élet sorsára a fogantatás percétől kezdve belső és külső tényezők együttesen döntő befolyást gyakorolnak. Az alkat, a konstitúció öröklődése különböző életképességet, különböző alkalmazkodó képességet, különböző természetű betegségekre való különböző hajlamosságot juttat a csirasejtbe, amiben az öröklődő sajátosságokon kívül a nemzők egészségességének, különböző betegségeinek, anyagcserezavarainak stb. van döntő befolyása. A nemzők betegségei sorában az idült fertőző kórok, a gümő- és bujakór már a magzati életben vagy a szülés alatt, vagy az azt követő idők folyamán fertőzhetik a gyermeket, vagy csak a csirasejtre gyakoroltak normális fejlődését hátráltató káros befolyást.

Az emberi szervezetet a megszületés percétől kezdve megnyilvánuló, tág határu alkalmazkodó képesség jellegzi. Legelőnyösebben az élettani körülményeknek megfelelő életviszonyok, külső körülmények, gondozás, táplálás mellett fejlődik. A kedvezőtlen életkörülményekkel, célszerűtlen életrenddel küzdés mellett, kivált ha annak egyes tényezői nem mind ugyanazon fokban, egyidőben hatnak rá normális fejlődésének kisebb-nagyobb befolyásoltatásával, rövidebb vagy hosszabb ideig meg tud velük küzdeni vagy az endogen és exogen tényezők együttes vagy külön behatásától keletkezett betegségekben előbb vagy utóbb elpusztul.

Az exogen tényezők közül az éghajlatnak előnyös és hátrányos lehetőségeit, az időjárásnak az emberi sorsra

gyakorolt döntő befolyását, a lakás, a gondozás, a táplálás módjainak legmesszebb kiható jelentőségét állítom az előtérbe. Ezek mikénti kialakulásában az egyes egyén életét leginkább irányító általános életviszonyok, népszokások,, nemzeti vagy helyi sajátosságok, szociális viszonyok, a megélhetés, a jólét, az erkölcsösség, a családi körülmények, de mindenképp a kulturális műveltség a higiéné alapelveiről és alkalmazási módjairól való értesülés, a higiéné tanainak követése vagy azok megtagadása játszanak döntő befolyást. Tulajdonképpen ebbe a keretbe beletartoznak, de az exogen tényezők sorában nagy jelentőségüknél fogva mégis külön akarom megemlíteni az emberi, illetve gyermeki szervezetet megtámadó különböző fertőzéseknek, ragályos heveny fertőző kóroknak úgy a gyermekkori megbetegedésekben, mint a gyermekkori halálozási viszonyokban játszott nagy szerepét.

Az exogen tényezők sorában utolsóknak hagytam a felnőttek és gyermekek orvosi ellátását, gyógyításának mikénti lehetőségét. Az élet későbbi folyamán is, de különösen a gyermekkorban a szervezet minden vonatkozásban megnyilvánuló csökkent ellenállóképessége révén a szakszerű gyógyításnak, a gyógyítás minden lehetőségének biztosítása, az életsorsot eldöntő tényezők sorában a gazdasági tényezőkkel, a kulturális viszonyokkal azonos jelentőséget biztosít.

A gyermekkori betegségek kóroktanának főbb momentumait felsorakoztattam. Még csak azt akarom hangsúlyozni, hogy sem az újszülött, sem a csecsemő, de még a kis gyermek sem miniatűr felnőtt ember, hogy ezen szervezetek bonctani felépítettsége, élettani sajátosságai a felnőttekétől a látható külsőségeknél jóval nagyobb fokban különböznek, ami a csecsemő- és gyermekkorra jellemző különböző kórképekben, azok lefolyásában meg is nyilvánul. Legszembetűnőbben azonban abban, hogy az összes életkorok között legnagyobb a halandóság a csecsemőkorban. A halálokok sorában az újszülöttkori betegségek, a veleszületett gyengeség állanak az első helyen, azután következnek az emésztőszerviek betegségei, a légzőszervek bántalmi és a heveny fertőző kórok, melyeknek döntő befolyása a gyermekkori betegségeinek számarányaira mindenkor, a gyermekkori halálozási viszonyaira azonban csak időközönként érvényesül.

Csecsemőhalandóság*

éveszületések százalékában kifejezett arányszámok.

Államok	1911/13.	1916/18.	1919/21.	1919.	1920.	1921.	1922.	1923.	1924.
	évek átlagai								
Angolország	11.1	9.5	8.3	8.9	8.0	8.3	7.7	6.6	7.5
Skócia	10.9	10.1	9.4	10.2	9.2	9.0	10.1	7.9	9.8
Észak-Irország	—	—	—	—	9.4	8.7	7.7	6.6	—
Irország	9.0	8.6	8.3	9.0	—	—	—	—	—
Ir szabadállam	—	—	—	—	7.8	7.3	7.9	8.5	—
Olaszország	14.1	17.1	12.8	12.9	12.7	12.9	12.6	12.8	—
Franciaország	12.5	13.1	11.0	12.3	9.4	11.5	8.5	9.6	8.5
Belgium	13.9	12.9	10.8	10.3	11.0	12.2	11.4	10.0	—
Finnország	11.2	11.5	10.6	13.5	9.7	9.5	9.9	9.2	—
Bulgária	15.9	14.0	—	10.9	—	—	—	—	—
Románia	20.2	—	—	19.3	22.2	20.1	20.7	—	—
Németország	16.4	15.2	12.9	14.5	13.1	13.4	13.0	12.2	10.8
Ausztria	19.3	19.0	—	15.6	15.7	15.4	15.6	14.2	—
Svédország	7.1	6.6	6.4	7.0	6.3	6.5	6.3	5.6	6.0
Norvégia	6.6	6.4	5.8	6.2	5.8	5.4	5.5	4.9	—
Svájc	10.4	8.2	8.0	8.2	8.4	7.4	7.0	6.1	—
Dánia	9.8	9.1	8.6	9.2	9.1	7.7	8.5	—	—
Németalföld	10.5	8.8	7.7	8.4	7.3	7.6	6.7	5.7	5.1
Spanyolország	15.2	16.2	15.6	15.6	16.5	14.7	14.2	14.8	14.2
Magyarország	14.8	21.7	—	—	—	—	—	—	—
Csonka-Magyarország	—	—	18.2	15.9	19.3	19.3	19.8	18.4	19.3

* Dr. Saile Tivadar adatai szerint.

II.

A szoptatás jelentősége a gyermekvédelemben, a dajkaság.

A természet berendezkedéseinek holt és céltudatosságát, a természettel ellenkezés káros következményei igazolják. Az emlősállat szülőttének anyjának, illetve saját fajtájának emlőjén kell felnevelődni, minden más táplálás természetellenes. Ezen tétel megtámadhatatlansága a természetellenesen táplált csecsemők minden vonatkozásban kedvezőtlenebb életsorsában, rosszabb életesélyeiben, nagyobb halálozásában nyilvánul meg, még akkor is, ha az egyébként kedvező élet körülmények a természetellenes táplálás káros befolyását ellensúlyozzák, fokozottan pedig akkor, mikor szociális rossz helyzet, egészségtelen életkörülmények a csecsemőszer vezet küzdelmét a mesterséges táplálás ártaival szemben nehezebbé teszik.

Az emberiség története azon legrégebb adatának rejtélyességét, mely szerint az anya emlőjén felnevelődő csecsemőknek jobb az életesélye, az újabb élettani és biológiai kutatások jól megfejtették. Azon életfeltételhez, mely szerint az emlősállat ivadékának nemcsak a szervezet normális életfunkcióihoz szükséges erőforrásokat kell szolgáltatnia, hanem fedeznie kell a sajátos fejlődés anyagszükségletét is, ezen követelményekhez az egyes állatok teje kémiai összetételében, biológiai sajátosságaiban fajlagosan alkalmazkodik.

	Fehérje	Zsír	Cukor	Só	Kalória- érték
1. Női tej	1·3	4·07	7·03	0·4	700
2. Tehéntej	3·5	3·7	4·9	0·7	650
3. Kecsketej	3·7	4·3	3·6	0·8	686
3. Szamártej	2·2	1·6	6·0	0·5	479

A női tej és állati tej összetétele között vegyelemzéssel, mérésel megállapítható durva különbségek nem magyarázzák meg eléggé az emlőn szopó és a mesterségesen táplált csecsemők életsorsában megállapítható különbségek okát. Az újabb kutatások azt részben a táplálkozás folyamatának, az emésztésnek, a vegyi különbségekhez is kötött, az egész szervezetre kiható jelentőségében keresik. Megállapították, hogy a bél hámsejtjei több munkát végeznek akkor, mikor a sokszor mérgezően is ható fajidegen fehérnyét faj azonossá alakítják át. Az emberi tej és az állati tejek zsírhasító, fehérnyebontó, szénhydraterjesztő fermentumai sem összetételükben, sem hatásukban nem azonosak. A különböző tejek egyes alkatrészei közötti vegyi korreláció is figyelembe veendő. A savókban oldott sók között levő mennyiségi és minőségi eltérések sem hanyagolhatók el. Megállapították, hogy a gyomorban az ugyanazon fajú tejet legcélszerűbben és legjobban az ugyanazon fajú oltó csapja ki. A gyomornedvelválasztás fajlagos tejen táplálás mellett a legcélszerűbb összetételű. A gyomoremésztés időtartama, a gyomorkiürülés ideje alkalmazkodik a táplálék fajlagosságához. A bélbeli emésztődésnél a zsírhasítás s a cukorelégés folyamatainál is a mesterségesen táplált csecsemő a szoptatottal szemben hátrányosabb helyzetben van. Az ugyanazon fajú tej emésztődésének végső termékei könnyebben, előnyösebben, jobban szívódnak fel. Az anyatejen felnevelkedő csecsemő gázcseréje jobb, mint a mesterségesen tápláltaké.

A csecsemőszervezet nagy alkalmazkodó képessége révén a mesterséges táplálás, az állati tej megemésztésének nagyobb munkájával megküzdeni igyekszik. Minél fiatalabb a csecsemő, ezen túlmunka sorsára annál végzetesebb és kihat az élet további folyamára is. A tudományos kutatások az elmondottakban megfejtették a természetesen és mesterségesen táplált csecsemők életsorsa közötti különbségek okát. Más kutatások kiderítették, hogy mi magyarázza meg azt a régi, egyértelmű tapasztalatot, mely szerint az emlőn szopó csecsemők egyes fertőző, ragályos megbetegedésekkel szemben látványlag védettebbek, immunisabbak, mint a mesterségesen tápláltak. Megállapították, hogy az anya által átért heveny fertőző betegségek ellenanyagai, ellenmérgei az anya-, illetve női tejjel bejuthatnak a csecsemőszervezetbe. A női tej, illetve koratej közvetlenül passzív immunizálhatja a csecsemőt. Ilyen passzív immunitás fajidegen, állati tej segítségével nem érhető el.

Míg az eddig elmondottakban a csecsemő, a gyermek érdekeinek szempontjából foglalkoztunk a szoptatással, most az anyára térünk át. A terhesség folyamán minden nő alveoláris szerkezetű inaktív mellmirigyei átalakulnak a működésképeséghez szükséges tubuláris alakra. A mirigygyurmának, parenchymának megszaporodásával járó ezen physiologicus terhességi folyamat minden nőnél a lebetegedés idejére befejeződik. Minden női emlőben a mirigyek ilyenkor termelésre képes állapotban vannak. A női emlő főtömegét ilyenkor a tejmirigyek alkotják ugyan, de azok tömege, a tejmirigyek száma, nagysága, fejlettsége egyénenként igen különböző. Az emlőknek a terhesség ideje alatt bekövetkezett átalakulását részben a petefészekből, a sárga testből, részben a megtermékenyített – petéből kiinduló ingeranyagok okozzák. A méhlepénynek, a placentának szerepét illetőleg igen ellentétesek a felfogások. Az egyik elmélet szerint a méhlepényből az anyaszervezetbe kerülő hormonok a terhesség ideje alatt az előbb felsoroltakkal azonos ingerhatást fejtenek ki, a másik nézet szerint a méhlepény akadályozza meg a terhesség alatt átalakult emlők tejtermelő tevékenységének megindulását, ami rendszeren csak a magzatburkok kilökése után néhány nappal, a feltételezett gátló tevékenység megszűnte után, következik be. Ezen elméletekkel foglalkozásnál nem szabad megfeledkezni arról, hogy a terhesség végéig és a gyermekágy első napjaiban is az emlő csak koratejet,

colostrumot termel, és hogy a normális tejtermelőképeség: a terhesség kihordásán kívül a szoptatással járó, vagy azt helyettesítő lefej esnél, leszívásnál ható mechanikus ingerekhez kötött, amelyek jelentőségére élesen reá világít az a tapasztalat, hogy ilyen ingerekkel tejtermelésre lehet bírni érintetlen nők, sőt férfiak[^] emlőit is. Ugyanezen kísérletek állatoknál is azonos ~eredményűek. A gyakorlati életben is a tejtermelődesre érdemleges behatást gyakorló tényezőknek bizonyultak a mechanikus ingerek (lefejtés, leszívás, meggyúrás), viszont hatástalanoknak mindazon részben vegyi, növényi, részben organotherapiás készítmények, melyek a belső nemi szervekből kiindulónak feltételezett hormonhatást fenntartani, illetve fokozni akarják. Ide tartozik az a megállapítás is, hogy a táplálás módjának nincs döntő befolyása sem a szoptató nő tejének mennyiségére, sem minőségére.

A tejtermelődes mechanizmusának kutatása folyamán megállapították, hogy a normális tejtermelődes elsősorban az emlők teljes, rendszeres kiürüléséhez, a szoptatásnál, lefej esnél, leszívásnál, meggyúrásnál szereplő mechanikus ingerhatásokhoz kötött és ezek tervszerű alkalmazásával elég tág határok között fel is fokozható. Ezen élettani megfigyelések gyakorlati alkalmazásával végtelenül megfogytak és csak a bonctani, fejlődési zavarok, emlőbetegségek eseteire szorítkozóknak bizonyultak, a tejet egyáltalában termelni nem tudó agalactiás vagy kórosan kevés tejet termelő hypogalactias anyák. Tévesnek bizonyult az a feltevés, hogy öröklöttség révén gyengébben fejlődnek az emlők, hogy az emlők rendszeres sorvadása bizonyos népszokások következtében gyakori jelenség volna, hogy a szervezetet megtámadó általános ártalmak, főleg az alkoholizmus degenerációs jelenségekképp a szoptatóképeség általánossá váló fizikai képtelenségét okozná.

Az élettani kutatások eredményeképp kiépült a zavartalan tejtermelődes, a szoptatás rendszeres módja, methodikája. A kórtani kutatások megállapították, hogy a szoptatás normális élettevékenység, melynek korlátozása, megakadályozása, eltiltása csak bizonyos betegségek eseteiben indokolt, illetve ilyenkor feltétlenül szükséges is. A szoptatás csak azoknál ellenjavalt, kiknek szervezetét valamely előrehaladt sorvasztó kór életveszélyesen megtámadta. A szervi megbetegedésekben szenvedőknél a következményes működési zavar foka a per-

«döntő. Az anyagcsereforgalmi zavarok súlyosságuk szerint ítélendők meg. Idegrendszeri megbetegedések esetén a csecsemő testi épségének veszélyeztetettségére is tekintettel kell lenni. Heveny fertőző kórok csak életveszély esetén ellenjavallják a szoptatást. Ugyanez áll az egyéb intercurrens betegségekre is. Bujakóros anyánál nemcsak hogy nem ellenjavallt, de a csecsemő életbenmaradása érdekében a legkívánatosabb, hogy szoptasson. Bujakóros anya idegen csecsemőt) nem vehet emlőre. A gümőkór kóroktanában a csecsemőkori és kis gyermekkori fertőzés a legfontosabb momentum. Közvetlenül az anyatejnek a gümőkóros fertőzés közvetítésében kis szerep jut, annál nagyobb a gümőkóros anya által felköhögött levegőnek. A tüdővészes anyák mind fertőzőképesek, de a nyugalmi, inactív állapotban levő körfolyamatai már a terhesség folyamán vagy a szoptatás ideje alatt bármikor kiújulhatnak, aktívvá válhatnak. A fertőzőképesség ezen állapotok bekövetkezetségének felismerését jóval megelőzheti. Úgy az anya, de még inkább csecsemője, a velük együtt élők minden érdeke azt kívánják, hogy egyrészt a tüdővészes asszonyok gyermeket ne szüljenek, másrészt, hogy a gümőkóros anyák lehetőleg hamar különíttessenek el újszülötteiktől; ne szoptassák őket, de ne szoptassanak a tüdőgümőkór bármily alakjában valamikor megbetegedett anyák sem.

A szoptatás ellenjavallatai (contraindicatiói) az elmondottak szerint igen szűk keretbe foglalhatók össze. A mindennapi életben ezen kereteket azonban nagyon kitágítják. Sok asszony nem szoptat, még kevesebb szoptatja ki csecsemőjét. Ezek száma időközönként és a helyi viszonyok szerint változó. Az anyai ösztön megtagadása, a nem szoptatás, a természetellenes akarat kiváltó okai főleg szociális természetűek részben kényelmi, hiúsági szempontokkal, de főleg a kenyérkeresés, a megélhetés módjával kapcsolatosak. A szoptatási képtelenség feltételezése, ezen téves hitben megerősítés a szoptatás eredménytelenségéről, saját tejének alkalmatlanságától való félelem, a szociális természetű nehézségeknél az egyéni kényelmi szempontoknál sokszor még súlyosabban esik latba. Élettani és kórtani kutatások megállapították, hogy úgyszólván minden lebetegedett nő szoptathat, hogy minden anyának tejtermelőképesége célszerű szoptatási technikával oly fokra emelhető, hogy csecsemőjének normális táplálékszükségletét addig, míg a hozzátáplálás ideje el-

következik, feltétlenül fedezi. A gyakorlati élet ezen szakszerű megállapításokat egyértelműen megerősítette. A csecsemőgyógyászat alapköveit élettani és kórtani tudományos kutatásokra rakták le. Ezek sok, ősidők óta nemzedékről-nemzedékre továbbadott téves felfogást a csecsemők életképességét veszélyeztető néphitet döntöttek meg és kártevő népszokásokat irtottak ki. A csecsemő-egészségügyi viszonyok megjavulása, a gyermekhalandóság csökkenése azok körében, kik a csecsemőgyógyászat tanításait követik, igazolják azt, hogy a tudományos kutatások célhoz vezető jó utat törtek, melyen immár mindenkinek haladnia kellene. A megdöntöhetetlennek bizonyult, tudományosan megalapozott tételek közül a legjelentősegteljesebbek: minden csecsemőnek rendszerint jó a saját anyjának teje; az idegen asszonynak, dajkának teje is minden esetben feltétlenül jobb bármiféle mesterséges táplálásnál. Az anya- vagy dajkatejnek vegyi összetétele, feltételezett zsírossága vagy soványsága alig játszik szerepet a csecsemő életsorsában. A kevéstejűség, a csecsemő éhezése jellegzetes tünetekkel jár, kétségtelenül csak az egyes szopásoknak rendszeres, napokon át folytatott lemerésével állapítható meg. Az emésztés zavartalan menetének főfeltétele az, hogy az egyes szoptatások között hosszú, a csecsemő fejlettsége szerint legalább 3, de inkább 4 óras időközök legyenek. A gyakori szoptatás és nem a bőtejűség által okozott túltáplálás zavarja meg a csecsemők emésztését. Azok a csecsemők, akik alig, vagy egyáltalában nem fejlődnek, dacára annak, hogy megfelelő időközökben rendszeresen elég tejet szopnak, azok szülőiktől ezen elmúló fejlődési zavar által jellegzett kóros alkatúságot, úgynevezett constitutionális anomáliát örököltek. Nem az anyában, nem a dajkában, nem azok életmódjában, étrendjében, hanem a csecsemőkben van az ok, mely korhoz kötött, szakszerű diaetikus gyógykezeléssel több-kevesebb sikerrel befolyásolható. Az alkat döntő befolyása azonban sohasem kapcsolható ki. Nem lehet minden csecsemőt felhizlalni, de nem is kell, mert a csecsemők életsorsa, jelene és jövője nemcsak testsúlyához, testméreteihez kötött, hanem egészséges, alkatához alkalmazkodó, normális fejlődésének egyéb ismérveihez.

A kevéstejű emlőn levő, a kóros alkatú csecsemőket előbb vagy utóbb a női tejen kívül mesterségesen is kell táplálni. Sokszor szociális okok, az anya megélhetése, kenyér-

keresete úgy kívánják, hogy az ilyen vegyes táplálásra korán, rendezkedjenek be. Ha ez célszerűtlenül, helytelenül történik, úgy az így keletkező ártalmak lerontják a továbbsoportatás előnyeit is. Ezt a tételt, sajnos, legszomorúbban igazolják hazai viszonyaink. Óriási a csecsemőhalandóságunk annak dacára, hogy asszonyaink országszerte szoptatnak^ de emellett elképzelhetetlenül célszerűtlen, ártalmas módon,, túlkorán etetik is csecsemőiket. Az elválasztás célszerűtlen módja életveszélybe döntheti az emlőn, vagy a vegyes táplálás mellett szépen, egészségesen fejlődő csecsemőket is.

Az egészségügyi gyermekvédelem feladata, hogy a köztudatba vigye azt, hogy a csecsemők életének megtartásában a legdöntőbb tényező a szoptatás. Az elmondott tanok hirdetésével biztosítani kell a célszerű szoptatási módok, a csecsemőkori diaetika tanainak általános követését.

A szociális csecsemővédelem feladata, hogy elhárítsa, kibővítsé azokat az anyagi segítség nélkül többnyire leküzdhetetlen akadályokat, melyek miatt sok anya minden akarata, képessége dacára nem szoptathatja csecsemőjét. A szociális csecsemővédelem ezen cél eléréséhez pénz- és egyéb segéllyel igyekszik a szoptatás miatt elmaradó vagy csökkent keresetet pótolni. A munkahelyek mellett létesített szoptatószobákkal igyekszik lehetővé tenni azt, hogy a munkába álló anyák emellett szoptathassanak is. Bölcsődékben, a kenyérkeresés okából otthonról távollevő anyák helyett gondozzák a csecsemőket és őket lehetőleg célszerűen ezalatt táplálják is. Mind ezen és egyéb csecsemővédelmi intézményekkel külön fogok foglalkozni.

A dajkaság.

Olyankor, mikor az anya helyett más asszony, dajka szoptatja a csecsemőt, olyankor mindkettő egészségi érdekeit kell megóvni. Csak teljesen egészséges asszony vehet emlőjére teljesen egészséges idegen csecsemőt. Dajkavizsgálattal a rendszeres betegvizsgálatnál szokásos fizikális módszerekkel a levetköztetett dajka egész szervezetét gondosan, részletesen meg kell vizsgálni. Nemcsak egészségességét kell megállapítani, de lehetőleg ki kell zárni azt az eshetőséget is, hogy a szoptató dajka bármely ragályos vagy fertőző betegséget közvetíthessen. Ezen keretbe, főképpen a gümőkór, bujakór és a kankó tartozik. A szoptatandó idegen csecsemő

és a dajka saját csecsemője között több hónapos korkülönbség is lehet. A dajka tejtermelőképessége csak 1—2 napi rendszeres tápméréssel (minden egyes szoptatás lemerése) állapítható meg. A dajkatej vegyi, illetve görcsövi vizsgálata fölösleges. Semmiféle értékesíthető adatot nem szolgáltathat. A dajkavizsgálatot a dajkaszolgálatra jelentkező csecsemőjének megvizsgálásával kell minden esetben kiegészíteni, de semmiesetre se maradjon el a feltétlen megbizonyosodás afelől sem, hogy az emlőre kerülő idegen csecsemő egészséges és nem fertőzheti a szoptatásra vállalkozót. A bérdajkát fogadóknál a dajka veszélyeztetettsége ritka jelenség, ellenben a kihelyezett csecsemőt dajkaságba elvállaló szoptató nevelőszülők bujakóros fertőződés veszélyének mindig ki vannak téve, ha újszülöttet vagy alig néhány hetes fiatal csecsemőt vesznek magukhoz, illetve ha a csecsemőjét dajkaságba adó anya egészségességét vérsavóvizsgálatnem állapítja meg.

A szoptatás hygienejére, diaetetikájára, eredményeire vonatkozólag mondtak a szoptató nőt illeték és ezért azonosak olyankor is, mikor dajka, illetve nevelőszülő szoptat.

Bérdajkának, azaz dajkaszolgálatba állónál a dajka saját gyermekéről is jól kell gondoskodni. A szociális világfelfogással sehogysem egyeztethető az össze, hogy a dajka gyermeke kárát vallja annak, hogy az anyja idegen csecsemőt szoptat. Ez a kérdés legjobban tejtestvérséggel oldható meg. Ez könnyen megy, ha már idősebb s így vegyesen is táplálható a dajka gyermeke, mert tejfölöslegét az idegen csecsemőnek juttatja és elválaszthatja saját csecsemőjét akkor, mikor az idegennek már több kell. Dajkaságba kiadásnál minden kihelyezett csecsemő élete veszélyeztetve van, részben a dajkaságra vállalkozók tudatlansága, gondatlansága, részben szándékos, a gyermeket dajkaságba kiadó által sokszor sugalmazott rosszakarat miatt. A dajkaságba kihelyezés és az angyalcsinálás régebben az állami és társadalmi gyermekvédelem megszervezése előtt azonos fogalmak voltak, részben még ma is azok. Ezek megelőzését és korlátozását célzó intézkedések a következők:

A közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk a dajkasági engedélyek kiadását a dajkaságba vett gyermekek gondoztatásának, ápolásának, hogylétének ellenőrzését a községi előjáróság teendőinek körébe sorolja. E törvény kiegészítéséhez 1887. és 1889-ben kiadott belügyminiszteri rendeletek így szólnak:

Dajkálás végett elvállalt gyermek ápolója a gyermekkel való rossz bánásmód esetén előbb hatóságilag figyelmeztetendő. Csak annak hatálytalansága esetén vonható büntetés alá. (Bm. 171/1887.)

Csecsemőgyermeknek hatósági engedély nélkül való dajkaságba fogadása és kellő ápolás elhanyagolása által elkövetett kihágás esetén a tartásdíj nem állapítható meg. Az ilyen magánjogi követelés megítélése a kir. bíróság hatáskörébe tartozik. (Bm. 1896/1889.)

Két idevágó kúriai döntvény: Aki a dajkaságba vett csecsemőt kellő táplálkozás és gondozásban nem részesíti és ezáltal a csecsemő három napnál tovább tartó elsatnyulását idézi elő: a szándékosan elkövetett súlyos testi sértés vétségét követi el. (Curia, 742/1893.)

A csecsemő ápolása körül tanúsított gondatlanság, mely a csecsemő halálát idézi elő: emberölés vétségét képezi. (Curia, 3767/1888.)

Ezen törvényekkel és büntetésekkel azonban nem lehetett küzdeni az angyalcsinálás, a dajkaságba kihelyezett csecsemők elpusztítása ellen. Úgyszólván megszűnt, illetve ritka eseménnyé lett, amióta az állami gyermekvédelem oltalmába veszi mindazon gyermekeket, kiket szülők eltartani nem tudnak és amióta a nyílt gyermekvédelem az Országos Anya- és Csecsemővédő Szövetség egyénenkint keresi fel és veszi védelmébe lehetőleg az összes újszülötteket és csecsemőket.

III.

Mesterséges táplálás hygienejének gyermekvédelmi jelentősége.

A szoptatás, az anya vagy dajka emlőjén nevelődés, az egyetlen természetes táplálás. Minden más mód természetellenes. A csecsemőszervezet sajátos anyagcsereforgalma a női tejre van beállítva; az fedezi legjobban a csecsemőszervezet minden életszükségletét. Az biztosítja a homotrophia révén a csecsemőszervezet élettani zavartalan fejlődését. Minden mesterséges táplálási mód a női tej megemésztésétől eltérő emésztési, felszívódási, anyagcsereforgalmi feladatra kényszeríti a csecsemőszervezetet. Ez mindig igénybeveszi a szervezet alkalmazkodóképességét és emellett az egész szervezetet befolyásoló, az általános- ellentállóképességet csökkentő,

kisebb-nagyobb, toxikus, illetve baktériumos természetű táplálási ártalmakkal jár. Míg minden csecsemőnek föltétlenül legjobb tápszer a saját anyjának teje, melynek termelődése, mennyisége természetesen alkalmazkodik a fejlődő csecsemő életszükségletéhez, addig megfordítva, nincs semmiféle olyan összetételű, biztosan megállapított napi és egyes adagú mesterséges tápszerünk, mely minden egyes csecsemőnek egyaránt alkalmas volna. Az öröklődő kóros alkatúságnak, a normális emésztést, fejlődést befolyásoló, hátráltató hatása a mesterséges táplálásnál fokozottan érvényesül. A külső tényezők, az általános életkörülmények, a gondozás módja, főleg az. azzal járó, vagy a csecsemő környezetétől függő fertőződés! lehetőségek (intézeti ápolás, hospitalizmus) együttes vagy külön érvényesülő befolyása, mind csökkentik a csecsemő-szervezet életerőit és ezzel nagyon megnehezítik a mesterséges táplálással járó ártalmakkal való megküzdést.

Az élet megalkuvásokkal jár. A természet parancsait, bölcs rendelkezéseit nem mindig lehet követni. Nem minden csecsemő nőhet fel anyja emlőjén. A legősibb idők óta a csecsemők jelentékeny részét mesterségesen táplálják. Az emberiség javát szolgáló tudományos kutatások kiderítették a mesterséges táplálásnál feltétlenül károsan ható tényezőket. Megtanítottak azok elkerülhetésének lehetőségére. Az egészségügyi gyermekvédelem, a csecsemő-higiene feladata, hogy lehetőleg kizárja a mesterséges táplálásnál kétségtelenül ártó tényezőket.

A legősibb és legáltalánosabb módja a csecsemő mesterséges táplálásának az állati tejek, főleg a tehéntej, kecsketej, nagyritkán a szamártej felhasználása ezen célra. A legegyszerűbb követelmények legfontosabbjait a vegeterianus higiénia, az állategészségügyi kívánságok által megszabottak képezik. Csak egészséges, lehetőleg tuberkulinojtásokkal ellenőrzött, tisztán tartott, jól istállózott, megfelelően etetett állat, egészséges ember által tisztán fejt tejt meleg szűrjék meg, mely az istállószeméttől, közvetlenül a lefejtés után jól lehűtve, teljesen tiszta edényben, lehetőleg jéghidegen szállítsák a fogyasztókhoz. A higienikus, aseptikus, csecsemőtej termelésére berendezkedett modern tejgazdaságokban már nálunk is a hollandi rendszer szerint istállózzák a gondosan kiválogatott, egészséges teheneket. Lemosható, csempézett falú, a világos, jól szellőztetett tehenistálló. Vízáthatlan, lejtős, rövid az álláshely. Vízrel bőven öblített folyókákba ürül

a vizelet, az ürülék. Válaszfalak különítik az állatokat mosható, tiszta kőjászorból esznek; naponta lemossák őket farkukat felkötik, hogy azzal ne csapkodhassanak; irtják a legyeket. A lefejéshez külön helyiségbe vezetik a teheneket. Gondosan összeválogatott, egészséges emberekből áll az istállószemélyzet. Lefejéshez tisztára mosott fehérruhába öltözik, jól megmosakodik, álarcot tesz fel; zománcozott, tiszta fejőedénybe minden lefejéskor váltott betétű szűrőn át folyik a lefejt tej, melyet újabb megszűrés után megfelelő berendezéssel már a fejőhelyiségben azonnal lehűtenek és jól záródó tiszta, csirátalanított kannákban, tartályokban, hűtőkocsikban szállítanak fuvaron, vasúton a rendeltetési helyre.

Általános egészségügyi, főleg gyermekegészségügyi érdekek azt kívánják meg, hogy csak az így termelt tej kerüljön forgalomba. Ez ma a messze jövő utópiai közé tartozik. Hygienikus, aseptikusnak nevezett ilyen tej csak a legtehetősebb társadalom tagjainak, esetleg gyermekvédelmi intézményeknek, kórházaknak jut. Többi lakosság országszerte a kis- és nagygazdák szurtos, piszkos istállójában álló, összevissza mocskolt tehenektől, mosatlan kézzel, tisztátalan, esetleg fertőzött vízzel kiöblített fejőedényekbe fejt, át nem szűrt, melegen továbbított, útközben le nem hűtött — hamisított — tejet issza. Ezen segíteni kell. Meg kell tanítani, reá kell szoktatni minden tehenet tartó gazdát arra, hogy csak egészséges állatot fejjen, hogy tisztán tartsa istállóját, gondozza tehenét, tiszta kézzel, tiszta edénybe fejje le a tejet, szűrje meg, hűtse le és — ne hamisítsa. Akkor kevesebb kárát fogja látni az ország csecsemővilága annak, hogy az anyja teje helyett tehéntejen él.

A tej megvizsgálásának módszereivel más előadások keretében foglalkoznak. A tej vizsgálatnál egyrészt a fajsúlyt, a zsírtartalmat, a savanyúság fokát, a szennyezettséget, a zsírtartalom mennyiségét és minőségét állapítják meg és ezekből következtetnek a tej minőségére, használhatóságára.

A megfelelő nyers tejből a legkörültekintőbb, legszigorúbb teljes tisztasággal (kifőzött edények és eszközök használatassanak) megfelelő hígítással kell készíteni a csecsemőtejet. A csecsemő mesterséges táplálásának sok hátránya a legcélyszerűbben úgy küzdhető le, ha a csecsemőtejet külön ezen célra berendezett üzemekben, tejkonyhákban készítik el és az egyes adagokból összetevődő napi mennyiséget intézetekben osztják ki. Az ilyen intézetek a csecsemővédelemnek legered-

ményesebb intézményei, még tömegellátás mellett is alkalmazkodni tudnak az egyes csecsemők egyéniségéhez, a nekik legjobban megfelelő tejkészítményeket megfelelő adagban juttatják. A tejkonyhákkal kapcsolatos csecsemővédő intézetekben azonnal felismerhetik a bekövetkezett táplálási ártalmakat és azokat megfelelő tápszerekkel lehetőleg hamar megszüntethetik. Míg a külföldön, főleg városokban már jól megszervezetten működik az ilyen csecsemővédelem, nálunk most van kialakulóban. Sajátos földrajzi helyzetünk miatt, gazdálkodó lakosságunknak csak kisebb hányada lakik városokban; ezek is, a falvak is óriási terjedelműek, sokan élnek tanyákon. Ezért a tejkonyhák, csecsemővédő-intézetek nagy számmal nem állíthatók fel. Ezen az úton kisebb eredmények várhatók. Nagyobb, ha országszerte kitanítják, reászoktatják a lakosságot arra, hogy miként kell legjobban, legcélszerűbben elkészíteni a csecsemőtejet, hogy kell azokat eltenni, adagolni és megetetni. Ezen kérdésnek részletei a gyermekgyógyászat keretébe tartoznak. Itt csak arra szorít -kozhatom, hogy a mesterséges csecsemőtáplálás ártalmi és káros következményei nagyon megkevesbednének, ha a mindennapi életben a hamisítatlan jó tehén-, esetleg kecsketejet híg vagy sűrűbb nyákfőzettel, búza- vagy zablisztfőzetekkel hígítanák meg, ha megtanulnák, hogy a feles, illetve kétharmados kevéssé megcukrozott keverékek a legcélszerűbbek. Hogy ezek meg ne savanyodjanak, a felforralt tejet és a hígító folyadékot tiszta edényekben, hűs helyen, külön-külön kell eltenni és az egyes adagok elkészítésekor frissen kell összeönteni. Ha megtanulnák, hogy a csecsemőt kevésszer, 24 óra alatt legfeljebb hatszor, de inkább ötször kell táplálni, ha tudnák, hogy a napi mennyiség kezdetben $\frac{1}{2}$ liter, később is legfeljebb 1 liter lehet. Ha köztudatba menne, hogy tiszta üvegből, lassan kell a csecsemőt etetni, hogy egyszerű, kesztyűújszerű, kifordítható, tisztán tartandó szopókát kell használni. S legfontosabb volna, ha megtanítanának mindenkit arra, ha meggyőznének mindenkit arról, hogy a csecsemő még nem mindent evő ember, hogy a tejhígítások után először hús- vagy lisztleveseket, szitán áttört pépes főzelékeket, tejben főtt pépeket, friss gyümölcsnedvet, illetve kaparékot kaphat, illetve félesztendő kora után rendszeresen kapjon is.

A mesterséges csecsemőtáplálás ezen szabályainak követése mellett mindenféle megkevesbedtek a káros következmények, ritkábbak az emésztési zavarok, egészségesebbek a

csecsemők. Ezért feltétlenül szükséges az, hogy nálunk is mindenfelé, mindenütt, minden társadalmi rétegben felvegyük a harcot a káros népszokásokkal. Csonka országunk gyér lakosságát le kell szoktatni a kártevő, célszerűtlen táplálási módokról. Türelemmel, megmutatással meg kell tanítani őket a csecsemőtáplálás minden egyes legkisebb részletére. Az ilyen irányú népoktatást hozzáértők, szakemberek kezébe kell letenni. Következtesen kell haladni ezen a fáradságos úton. Az idősebb nemzedéket, az öregszerűket meg kell győzni, az ő ellenkezésüket, gátló akadályt gördítő befolyásukat le kell szerelni. Az új nemzedék, a fiatal leányok már az iskolában tanulják meg a csecsemőtáplálás elveit és módjait. Ismétlődő iskolákban fel kell eleveníteni és ébren kell tartani ezeket a tanításokat. Csak így javíthatjuk meg országszerte a nép-egészséget, csecsemőink egészségügyi viszonyait.

A csecsemőkori emésztési zavarokat nem gyógyszerekkel, hanem gyógyító tápszerekkel kezeljük. Ezek összeállításában, alkalmazási módjában, javallataiban különböző alap gondolatok, elméletek érvényesülnek. A gyógyító tápszerek rendelkezése, a gyógyító diätetika szakszerű gyermekorvosi képzettséget tételez fel. A gyógyító tápszerek elkészítéséhez, alkalmazási módjához szakszerű, az egyes beteg egyéniségéhez alkalmazkodó részletes utasításokat kell adni. A gyári készítmények, a különböző csecsemőlisztek és egyéb tápszerek közhasználatra nem alkalmasak, sőt súlyos emésztési zavarokat is okozhatnak, ezért ki kell tanítani a lakosságot arra, hogy csak gyermekorvosi tanács kikérése után vegye igénybe a mesterséges csecsemőtápszereket.

IV.

A gyermekkori heveny fertőző kórok elleni védekezésről.

A heveny fertőző kórok elleni védekezés logikus irányításához elsősorban a fertőzés módozatait, feltételeit kell ismerünk. Nem a fertőző betegségek, hanem a fertőző kórokozók, illetve fertőző anyagok vitetnek át. A nálunk otthonos fertőző bajok közül direkt cseppfertőzés játsza a főszerepet varicellánál, morbillinél és rubeolánál. A variolával együtt alkotják a volatilis contagiumú betegségek csoportját. Közvetlenül a levegő útján, de csak Flügge-féle cseppinfekció közvetítésével terjed az influenza, a Heine—Medin-kór, szamárköhögés,

a járványos agyhártyalob. Influenzát valószínűleg nemcsak a levegő, de a kórokozókkal telített levegőben lebegő por is közvetítheti. Direkt és indirekt kontaktus útján ragályoz a typhus, dysenteria, diphtheria és scarlatina. A tudományos kutatásokból felállított ezen schéma alól gyakran van kivétel. így a bárányhimlőt és kanyarót esetleg közvetítheti indirekt kontaktus is, viszont direkt levegőinfekció útján terjedhet a diphtheria. Az összes heveny fertőző kórok sokszor csak enyhén, abortív alakban betegítik meg az egyéneket. Az ilyen esetek nagyon elősegítik a fertőzés tovavitelének lehetőségét. Bebizonyosodott, hogy typhusnál, dysenterianál, diphtherianál, scarlatinánál a betegség tüneteinek lezajlásával egyidejűleg a kórokozók nem távoznak el a szervezetből. A lábbadozók, meggyógyultak tovább hordozhatják a kórcsirákat, ú. n. bacillushordozókká válhatnak. Csak ez úton magyarázható sok, egyébként epidemiologice megfejtethetlen eset, melyek megértését meg fogja könnyíteni, hogy a diphtheria, dysenteria, typhus, járványos agyhártyalob influenza, Heine—Medin-kór kórcsirajait és talán a scarlatináét is egészséges bacillus-, illetve kórcsirahordozók is tova-vihetik. Typhus, dysenteria, diphtheria, scarlatina kórokozói víz és tápszerek útján is bejuthatnak az emberi szervezetbe. A kanyaró, typhus kórokozói az anyai szervezetből belekerülhetnek a méhmagzatba is. Végtelenül nehéz feladat a fertőző kórok tova-terjedésének megbizonyosodott sokféle lehetősége mellett, velük szemben sikeresen védekezni.

Az egyes fertőző betegségek kórokozóiul felismert csirák sajátosságainak tanulmányozása után állapították meg azon különböző részben fizikai, részben chemiai, sokszor kombinált eljárásokat, melyekkel nemcsak az ezen beavatkozásokkal szemben legellenállóbb kórcsirákat, de azok továbbszaporodását biztosító termékeit (spórákat) is elpusztítják. A dezinficiálás a velejáró általános tisztogatással, szellőztetéssel, ideiglenes kilakoltatással a közegészségügyi viszonyok általános megjavításában igen jelentékeny tényezőnek bizonyult. Kétségszövegvesonhatatlanul korlátozta a fertőző betegségek számát, lehetségessé tette a veszedelmes járványok sikeres elfojtását, ezért világszerte az összes kultúrállamokban berendezkedtek és kiépítették a hatósági kötelező fertőtlenítés rendszerét. Abban, hogy a fertőtlenítő intézetek munkaköre világszerte óriás méretűvé megnőtt, egyaránt része van a dezinficiálást megszervezők ügybuzgalmának, valamint a

laikus közönség fanatikussá nevelt hitének is, mely a dezinficiálásban látja a heveny fertőző kórok elterjedését megakadályozó egyetlen pozitív ténykedést. A dezinfekció hatósági, rendszeres megszervezésével párhuzamosan bekövetkezett eredmények ezen nézetet megerősítették és elhallgattatták azokat, kik kételkedtek abban, hogy csak ez az út vezet a célhoz, mert sokszor a legszakszerűbben végrehajtott dezinfekció dacára nem menekedtek meg a megbetegedéstől az így megóvni akartak. Nem voltak és ma sem tartóztathatók fel csak ezen az úton egyes, gyorsan terjedő, sok áldozatot szedő járványok. A sikertelenségek okát kereső kutatások megállapították, hogy a fertőztelenítések részben azért eredménytelenek, mert a kórházba szállított, vagy otthon elkülönített fertőző (vörheny, diphtheria, typhus, dysenteria stb.) betegek, mikor otthonukban egészségesen visszatértek, bebizonyosodottan többször fertőzték, megbetegítették az otthonmaradtakat, illetve a velük, mint egészségesekkel érintkezőket (visszatérő esetek, return cases), másrészt bebizonyosodott az, hogy fertőző betegségek ismert kórokozói (diphtheria, dysenteria, typhus, cholera) beigazoltan, de minden valószínűséggel a nem ösmert kórokozókat (scarlatina) is, egészséges egyének, mint bacillus-, illetve kórokozó-gazdák továbbhurcolhatják, befertőzhetik a kilehelt levegőt, a lakott helyiségeket és a közelükben volt élettelen tárgyakat. Lehetetlen olyan nagy arányban megszervezni a dezinfekciót, hogy annak keretében ezen ragályozó lehetőségek is ártalmatlanná tétessenek.

A bacillus-, illetve kórokozó-hordozók felfedezése nemcsak a dezinficiálásnak a bakteriológiára felépített alapját ingatta meg, hanem a heveny fertőző betegségek elleni védekezésnek azt a rendszerét is, mely a fertőző lehetőségek korlátozásához a fertőző betegségek környezetében élő egészséges egyének szabad mozgásának korlátozását, kitiltásukat iskolából, hivatalból, munkahelyről honosította meg. Az észszerű intézkedések határát egyrészt a fertőzőképességnek feltételezett megszünte, másrészt az egyidejű, vagy későbbi fertőzéssel bekövetkezett megbetegedés és az így közvetíthető fertőzés lehetőségének elmúlása határozza meg. Ezen elméletileg helytálló követelményeknek mindig nehéz volt megfelelni, de különösen nehezzé vált a bacillus-, illetve kórcsira-hordozók jelentőségének felismerése óta. A bakteriológiai kutatások eredményei a fertőztelenítést a fertőző betegség, illetve a fertőzőképességnek feltételezett elmúlásával

régóta szokásos ú. n. végfertőtlenítést (Schluss-Desinfection) a folytatólagos fertőtlenítés (Fortlaufende Desinfection) rendszeres kiépítésével egészítették ki. Hatósági közegek látogatják az otthonmaradt fertőző betegeket és kitanítják a hozzátartozóikat, hogy célszerű fertőtlenítési eljárásokkal lehetőleg ártalmatlanná tegyék a fertőző beteg által folytatólagosan, állandóan ürített körcsirákat és az általa beszennyezett tárgyakat. Az egészségügyörök gondosan ellenőrzik ezen hatósági intézkedések lelkiismeretes végrehajtását, melyek különben teljesen azonosak a tisztiorvosok által nálunk adott utasításokkal.

A heveny fertőző betegségek körcsirjainak ártalmatlanná tevésére irányuló törekvés, a hatósági dezinficiálás tudatom irányítása csak hatósági bakteriológiai és közegészségügyi vizsgáló intézetek útján történhet.

A fertőtlenítés és elkülönítés átszervezésén kívül a heveny fertőző kórok elleni védekezés kerete a bacillushordozók elleni rendszeres küzdelemmel is kitérült.

A gyermekkorban gyakoribb fertőző betegségek közül a diphtheriánál vált a bacillushordozás nyílt kérdéssé. Már a szérumterápia sikereinek első napjaiban vetődött fel azon tapasztalat révén, hogy az antitoxicus savó minden helyi beavatkozás nélkül nagyon megrövidíti a betegség tartamát, de nem korlátozza ezen időszakra fertőző képességüket, mit igazolt egyrészt a lábadozó, meggyógyult diphtherias betegek által beigazoltan közvetített fertőzések megnagyobbodott száma, másrészt a bakteriológikus vizsgálatok eredménye, melyek szerint a megbetegedéstől számítva 14 napig több mint 50%-ukban megmarad az orrgaratüregben a diphtheria-bacillus, 20—25%-nál 20—25 napig, 10%-nál 35—50 napig és aránylag nem kevesnél még hosszabb ideig. Azok, kik különösen gondosan veszik a váladékot és helyszínén oltják be a táptalajt és nem laboratóriumba küldik a beszáradó váladékot, azok, kik nemcsak a torokból, a mandula gödreiből, de az orrüreg mélyéből is veszik, azok nagyobb százalékban és hosszabb ideig találnak diphtheriabacillus-termelőknél, illetve reconvalescensbacillus-gazdáknál diphtheriabacillusokat, valamint azok is, akik negatív vizsgálat után nem egy, de két, esetleg három egyező kontrollvizsgálatot kívánnak meg. Ezen megállapításokból logikusan az következett, hogy mindaddig kórházban, illetve betegszobában tartották a felgyógyult diphtherias beteget, míg bacillus-

hordozó volt és addigra odázták el a fertőztelenítést. Az élet itt is beigazolta, hogy princípiumokat vak következetességgel az abszurdumig követni nem lehet. Nem lehet a diphtherias betegeket kivétel nélkül mindaddig betegszobában, kórházban tartani, míg megállapítottan bacillushordozók, annál kevésbbé, mert többek részéről felvetődött az a kérdés, hogy a fertőzés nem kötött-e csak virulens bacillusokhoz, hogy a soká megmaradó diphtheriabacillusok nemcsak smarotzer-élősdiként tenyésznek buján tovább. Ezen feltevést újabb vizsgálatok nem erősítették meg. E kérdésnek jelentőségét fokozta többeknek azon megállapítása is, hogy az avirulens diphtheriabacillusok nem alakulnak át virulensekké — bár ezt is nagyon sokan tagadják. Mindezen megfontolások révén, másrészt azért, mert túlságosan költséges és nehezen indokolható az ú. n. reconvalescens-otthonok létesítése nagyobb üzemű fertőző-kórházak mellett, ma többen azt tanácsolják, hogy minden esetben a diphtherias betegek szérumkezelése mellett az orrgaratüregben tenyésző diphtheriabacillusok kiirtása is hatásos gyógyszerekkel, rendszeres orrbecsapásokkal, toroköblögetésekkel történjék megszakítás nélkül négy héten át, azután a meggyógyult betegek minden esetben, még ha pozitív is a lelet, bocsájtissanak vissza az életbe. Kétségesnek tekinthető negatív lelet esetén is célszerű az elkülönítést és bacillusirtást négy hétig folytatni»

Amily egyszerű feladat a mesterségesen tenyésztett bacillusoknak, baktériumoknak elpusztítása, oly nehéz és egyelőre kevés pozitív eredménnyel biztat az élő szervezetben tenyésztés befolyásolása. Igazán megszámlálhatatlan, fel nem sorolható mindazon szerek és eljárások száma, mellyel a diphtheriabacillus-hordozók ellen harcra indultak. Csak néhányat sorolok fel: sublimát, kálium hypermanganicum, chlorzink, argentum nitricum, hydrogen hyperoxyd, eucupin, lysol, creolin, benzol, toluol, sozjodol-natrium, pyocyanase és sok más bakteriologikus készítmény. A legújabban ajánlott diphthosan, flavicid, tryptaflavin stb. nevű festékanyagok biztatnak ezidőszert a legtöbb sikerrel.

Az emberi gondolkodás következetlenségére klasszikus példa, hogy míg a diphtherias fertőzés tovavitelében főleg a reconvalescens bacillushordozóknak nagy szerepet tulajdonítanak, nem jelentéktelent a közelében volt egészséges bacillushordozóknak és sokféle úton igyekszünk őket ártalmatlanná tenni, addig a scarlatina elleni védekezés nem halad

ugyanezen úton, pedig majdnem egyértelmű ma az a felfogás, hogy az orrgaratüreg váladéka közvetíti a vörhenyes fertőzést. Erre utal, hogy a kórházból elbocsátott, vagy a betegszobából kijött és fertőzőnek bizonyult betegek legtöbbször olyan, kiknél a heveny időszakban, vagy azt követően esetleg hosszabban eltartó különböző természetű váladék termelésével járt orr-, garat-, fül-folyamatok voltak. Másrészt utal ezen feltevésre az a tapasztalat is, hogy az egymást követő vörheny-eseteknek első forrása, ha nem abortív scarlatina, úgy legtöbbször, egy a környezetben lezajlott angina, melynek scarlatinás voltát esetleg gyanították. Az egyetlen komoly ellenvetés, mellyel érvelni lehet a lezajlott és a hat hétig elkülönített scarlatinás betegek kórcsirahordozása ellen, az, hogy ily hosszú időtartam után gyógyult diphtherias betegek között már nagyon kevés a bacillushordozó. Ezzel szemben utalnom kell azon feltevésre, mely szerint a kórházból gyógyultan elbocsátott vörheny-betegek reconvalescentiájuk ideje alatt kórtermükbe került friss vörhenyesetek virulens kórokozói veszik át és azokat viszik haza. Ezen megfontolások révén az célszerű, hogy fertőző kórházi gyakorlatban minden betegnél, magángyakorlatban pedig azokban az esetekben, hol az orr-, garat-, fül-tünetek fejlődnek, lehetőleg korán és a fertőző kórházban (osztályon), illetve betegszobában időzés egész tartama alatt a leginkább bacillusölőnek bizonyult, vagy a jövőben annak bizonyuló szerekkel (pl. diphthosan, trypaflavin, flavicid stb.) rendszeren orr-, torok-, fülöblögetések történjenek. Az összes súlyos angináknak fertőzőképessége ugyanígy fokoztassék le, ezek is minden esetben hosszú hetekre különíttessenek el. A scarlatinára gyanús esetekből a hosszas elkülönítés és rendszeres orr-, torokfertőztelenítés alól csak azok véteszenek ki, kiknél torok- és garattünetek nincsenek, vagy nagyon jelentéktelenek. Ugyanezt megtehetik a scarlatinás betegeket ápoló és velük foglalkozó orvosok is,

Az eddig elmondottakban a gyermekkori gyakori heveny fertőző kórok elleni védekezésnek azon részével foglalkoztunk, amely ezen kórokozók ártalmatlanná tételével, a szervezetbe jutásuknak megakadályozásával törekszik a célt elérni. Ez a legrégebbi út. A bakteriológia csak következetesen kiépítette. Az immunológia alapköneke véve azon régi tapasztalatot, mely szerint a fertőző betegségek lefolyása nem kizárólag a kórokozónak sajátosságaitól függ, hanem ugyan-

ilyen mértékben a szervezet reakciójától, a védelmet ezen irányban haladással egészíti ki. A diszpozíció *tana* egyrészt kikutatta a szervezet azon sajátosságainak összességét, melyek azt a fertőző kórokban megbetegedés iránt különösen haj'amossá teszik, másrészt keresi azon módokat, melyekkel ezen részben veleszületett, részben szerzett egyéni sajátosságokat ellensúlyozni lehet. A gyermekek természetes immunitása tág, egyéni határok között ingadozik. A legfontosabb tényező a gyermekek természetes immunitásában a szervezet víztartalma. Sok észlelet szól amellett, hogy a gyermekek természetes immunitása akkor a legkedvezőbb, ha az első élethónapoktól kezdve a szervezet víztartalmának csökkentésére törekszünk. *Minden egyoldalú táplálás csökkenti a természetes immunitást.* A zsírmegvonás és pótlása bő szénhidráttal különösen leszállítja az immunitást, éppúgy a purinszegény táplálék is. Célszerűen táplált gyermek kevésbé van kitéve főleg a scarlatina veszélyének. A vitaminoknak is nagy szerepük van a természetes immunitás kialakulásában. A táplálék organikus részeinek, a gyermekszervezet ásványalkatrészei mennyiségének és minőségének is döntő a szerepe. A természetes ellenállóképesség fokában a szabadban élésnek, a napfény sugarainak megmérhetetlen nagy a befolyása.

A szervezet automatikus védekezésének alátámasztásával az ellenanyagtermelésnek művi előidézésével, aktív immunizációval kívánja az immunológia a heveny fertőző kórok elleni védekezést felépíteni. Az aktív immunizáció a legbiztosabb módja a heveny fertőző kórok elleni védekezésnek. Csak gyenge, rövid életű surrogatuma ennek a passzív immunizáció. Ezen ma már életigazságnak mondható megállapításhoz nem az elméleti kutatás, hanem a himlőoltásnak tapasztalaton alapult felfedezése vezetett.

Mínthogy a himlő elleni védekezés ahhoz kötött, hogy elég sok, elég erős himlőméreg vitessék a szervezetbe, kivált az első oltás alkalmából, ezért nem kell a beoltások helyének kevesbítésével az immunizáció fokát és tartamát csökkenteni, emellett azonban tekintetbe kell venni azokat a tapasztalatokat, amelyek a gyenge, sorvadt csecsemők kímélését, az eczémások oltási tilalmát írják elő. Az újraoltásoknak ugyanolyan ellenőrzött következetes rendszerességgel kell megtörténni, mint az első oltásoknak. A közegészségügyi hatóságoknak az újraoltások következetes, rendszeres keresztül-

vitelére, főképpen beköltöző idegeneknél kell berendezkedniök arra, hogy érdemlegesen ellenőrizzék, hogy az oltóanyagok specificitása és virulenssége fenntartassék.

A himlő elleni aktív immunizálásánál a pustulában levő kórokozót oltjuk át. Ugyanezen elv szerint történik a varicella elleni védoltás. Minthogy a bányahimlő csak ritkán súlyosabb megbetegedés, alig okoz halált, ezért a varicella elleni oltásoknak a mindennapi élet számára nincs jelentősége. Haszna csak a csecsemőkórházi házi járványok elhárításában lehetne, mire vonatkozólag még korai volna végleges Véleményt mondani.

A diphtheriának mind gyógykezelésében, mind az ellene való védekezésben döntő fordulatot jelentett az antitoxikus szérum felfedezése.

Kétségtelenül egyértelmű ma már az a meggyőződés, hogy a *diphtheria ellen passzív immunizációval* sikeresen lehet védekezni, de általános alkalmazását, kötelező végzését következő momentumok akadályozzák: a szervezetbe bevitt antitoxin nem kötődik meg a sejtekben, hanem csak a szövetnedvekben kering és ezért elég hamarosan, 3—4 hét alatt elhagyja a szervezetet és ezzel megszűnik a védő hatása, nincs befolyással a szervezetben automatikusan, autointoxikáció útján folyamatban levő, vagy megállapodott antitoxintermelésre. Az állati fajidegen savó beoltása szenzibilizálja az emberi szervezetet. Ezért újabb védoltás, vagy szükségessé váló gyógy oltás esetén 1—2 éven belül nagy az anaphylaxia lehetősége is. A diphtheria az utóbbi két évtizedben általában veszített súlyos jellegéből, megváltozott a *genius epidemicusa*. A korán, az első tünetek megjelenésekor foganatosított, nagyadagú izomzatba, esetleg 'viszérbe történő szérumbefecskendezés többnyire elhárít minden életveszélyt. Ezen megfontolások révén sokfelé abbahagyták a rendszeres passzív védoltásokat. Ez a gyakorlat csak szórványos enyhe megbetegedések idején jogosult. Súlyos járványok idején esetleg időközönként megismételt védoltásokkal kell a veszélyes idő elmúlásához hozzájárulni. Komoly veszély esetén nem szabad késni a második védoltással sem, még akkor se, mikor az első nemrégén történt.

Míg a szervezetben termelődött antitoxin a testben esztendőig megmarad, addig a passzív immunizációval bejutott idegen antitoxin gyorsan lebontatik és néhány hét alatt elhagyja a szervezetet. Minthogy a nagyon mérges toxin az aktív immunizációhoz gyakorlatilag nem volt használható

úgy kellett megváltoztatni, hogy mérgező sajátosságaitól megfosztva váltsa ki az immunitást. Ezen keverékben nem teljesen közömbösítettett a toxin. Állatkísérletekben ezen oltóanyagok ártalmatlanságáról ismételten meggyőződtek. A hatás azon az elveri épült fel, hogy a toxin-antitoxin keverék reverzibilis és hogy valószínűleg a testben hasad le a toxin és így fejt ki antitoxinképző hatását.

Az aktiváló bőrfecskendőes védoltásoknál egy elég erős lokális reakció áll be, esetleg enyhe, általános tünetekkel és intracutan alkalmazásoknál a lokális reakció nem állott be. A diphtheriatoxin-oltás ok káros következményeképp néhány esetben súlyos hűdéses tüneteket, sőt halál bekövetkeztét is észlelték.

A *diphtheria elleni aktív immunizáció* kérdése főképp az amerikai higienikusokat foglalkoztatja, hol az állam termeli a diphtheria ellen immunizáló oltóanyagot és ingyen bocsátja rendelkezésre. Egy próba-oltással (Schick-féle) könnyen meg lehet állapítani, hogy az illető egyén vérsavójában kering-e diphtheria-antitoxin. A tengerimalacra halálos diphtheriatoxin-adagnak V_{50} részét, ha $0,10-0,20 \text{ cm}^3$ -ben intracutan befecskendezünk, 24—48 óra alatt lobos reakció áll be, ha a szervezetben nincsenek diphtheriaellenes védőanyagok. Negatív reagálók nem betegednek meg diphtheriában, míg a pozitív reagálónál fennáll a lehetőség. Minthogy a Schick-próbaoltás s eredményei a diphtherias megbetegedések korszerinti számaival párhuzamosan haladnak, ezért jól volna értékesíthető az aktíve immunizálандók kiválasztásánál. Ezen irányítást az amerikaiak az iskolás koron, a 6 éves koron túl követik.

A diphtheria elleni immunizációhoz hasonló módon kísérleteznek főleg Amerikában, de immár nálunk is a *vörheny elleni aktív immunizálással*. Azon föltevés, hogy a vörheny kóroktanában a streptococcusok döntő szerepet játszanak, újabb kutatások szerint oda módosul, hogy a vörheny kórokozója biológiailag specifikus streptococcus haemolyticus, amely a tonsillán, sebben, anyaméhben lokálisan megtelepszik és toxinjával vörheny exanthemát és általános tüneteket okoz. A vörheny elleni immunitás antitoxinos. Jelenléte megállapítható, mert az immunizáló antitoxikus anyag hiánya, azaz a fogékonyság úgy állapítható meg, hogy a vörheny streptococcusok toxinjának empirice megállapított mennyiségét, ha a bőrbe fecskendjük, jellegzetes, pozitív *Dick-reakció*. *Dick-test* áll elő. Az így fogékonyaknak bizonyult egyének-

nek körülbelül 65% aktíve immunizálható. Az immunizálási eddig eredményesnek bizonyult. Amerikában, ahol általában aktív immunizációval törekednek a heveny fertőző kórok ellen védekezni, mind kiterjedtebben keresik ki Dick-tesztel a vörhenyyel szemben fogékony egyéneket és azokat egy toxin-antitoxin keverékkel vörheny ellen tömegesen immunizálják. Ugyanez történik legújabban nálunk is.

Az aktív immunizáció streptococcus törzsekből készült vaccinákkal a *Gabritschevszky-féle* eljárás nem bizonyult célravezetőnek. *Di Christina* és *Caronia* felfedezését, mely szerint az általuk felfedezett bacillus vona a vörheny kórokozója és; az avval készült vaccinával sikeresen lehetne vörheny ellen, védekezni, más tapasztalatok még nem erősítették meg, sőt mind többen tagadják a *Caronia* által talált kórcsírák és a vörheny közötti kóroktani összefüggést.

Az aktív immunizációs védekezések sorában a *szamárköhögés*, a pertussis elleni vaccina-oltások részben tiszta *Bordet-Gengou* tenyészetekkel, részben többféle baktériumot tartalmazó antivaccinákkal eredményeseknek ígérkeznek.

A kanyaró elleni aktív immunizáció a *Caronia* által felfedezett bacillusból készült vaccinával keveseknek sikerült. Ellenben sikeresen tudunk a *kanyaró ellen védekezni* passzív immunizációval reconvalescens-serum védoltással. A *Degkwitz*. nevéhez fűződő védekezés alap gondolata az, hogy a kanyaród beteg leázatlanodása után a reconvalescencia első napjaiban I a legtöbb kanyaró ellenanyag kering a reconvalescens vérében, úgy, hogy az abból termelt vérsavó kis mennyiségével rövid néhány hétre immunizálni lehet a kanyarós fertőzés veszélyének néhány napig (2—6) kitett gyermekeket. Sajnos, hogy ezen védekezési eljárás csak szűk keretekben alkalmazható. Savót rendszeresen csak kórházakban fekvő kanyarósoktól lehet termelni. A termelés, főleg a vérvétel, sok nehézséggel jár és így minden megszervezés mellett még a gyermekmenhelyek, csecsemőotthonok, óvodák veszedelmessé és nagyarányúvá válható házi kanyaró járványok elfojtásához szükséges savómennyiséget sem tudják az arra berendezett hatósági intézetek termelni, még kevésbé azt a mennyiséget, mely a mindennapi életben járványok korlátozásához, egyesek megóvásához szükséges volna. Nem szabad szem elől téveszteni azt a veszedelmet sem, hogy a kanyaró reconvalescens-szérum befecskendésével a tuberkulózus fertőzés lehetősége nem mindig kerülhető el.

A kanyaró reconvalescens-szérummal való védekezés sikeres mintájára megkísérelték a passzív immunizálást vörheny, szamárhurut, bárányhimlő reconvalescens-savóval, de ezen védekezési eljárások nem eredményesek.

A gyermekkori többi heveny fertőző kórok közül a typhus és vérhas elleni védőtásokkal is kísérleteznek.

Ha végiggondoljuk a gyermekkori heveny fertőző kórok elleni védekezés nagy problémáját, úgy arra a végkövetkeztetésre kell jutnunk, hogy a gyermekkori heveny fertőző kórok ellen sikeresen akkor fogunk küzdeni, ha értékesítjük a tudomány vívmányait, ha úgy a kórokozók ártalmatlanná tevésével, a fertőzés lehetőségeinek korlátozásával, mint az egyéni veleszületett természetes ellenállóképeség fenntartásával, továbbá a lehetőség határai között aktív és passzív immunizációval igyekszünk úgy a ragályozást korlátozni, mint a fertőzéssel való küzdelmet megkönnyíteni.

V.

A gyermekkori idült fertőző kórok (tuberkulózis, syphilis) elleni védelem.

A) Tuberkulózis.

Korunk legveszedelmesebb, legelterjedtebb népbetegsége a tuberkulózis. A legtöbb ember ebben betegszik meg. A kenyeres munkakereső képességet ez a betegség korlátozza a legjobban. A halálokok sorában a tuberkulózis áll az első helyen, ha nem is minden korban, de az élet legértékesebb, fiatalkori időszakában. Ezen régi keletű tapasztalatokkal szemben a tudományos kutatások újabb megállapításai azok a tételek, melyek szerint: 1. a tuberkulózis nem öröklődő, hanem fertőző betegség; 2. a fertőzés legtöbbször a gyermekkorban történik és ezért a tuberkulózis gyermekbetegség, melyet a gyermekkorban kell elhárítani, felismerni, kezelni és meggyógyítani. A tuberkulózis öröklődésének lehetőségét tagadni nem lehet, de a magzatkori fertőzések a legritkább esetségek, feltétlen életképtelenséggel járnak. Ezeket az eseteket jól és könnyen felismerhető tünetek a legritkábban jellegzik. Az öröklődött tuberkulózisban szenvedők ezért legnagyobb-részt az újszülött és csecsemőkori egyéb halálokok, illetve halálesetek között könyveltetnek el. Abban, hogy az élet folyamán történő tuberkulotikus fertőzést követő tuberkulózisban

megbetegedés miképpen folyik le, azt befolyásolja részint az, hogy az ember milyen korban, mennyi és milyen virulenciájú tuberkulózis-bacillussal fertőződik, milyen az illető egyének a tbc.-bacillussal szemben való érzékenysége, milyen a konstitúciója és milyen más ártó tényezők befolyásolják a tbc.-s fertőzés mellett szervezetének egészségi állapotát. Ezen megállapítások magyarázzák meg egyebek közt azt, hogy a csecsemő- és kis gyermekkorban masszív virulens tbc.-bacillus tömegekkel fertőződtek közül miért pusztulnak el a legtöbben. Egyrésztük már hamarosan a fertőződés után fel-tűnően gyakran miliaris tuberkulózisban vagy gümös agyhártyalobban, más részük akkor, mikor kanyaró, szamárkőhögés, egyéb légúthurutos fertőzések (influenza) következtében újból fellángolnak a már nyugovóra jutott csecsemő- és kis gyermekkori folyamatok. Tuberkulózis ellen védőanyagokat a női tej nem tud szállítani; még ha az anya tuberkulotikus is és folyamatával megbékült, mert a tejben ilyen védőanyagok nincsenek. Az inaktív állapotban levő tuberkulotikus szülők gyermekei nem öröklik a tuberkulózist, de az anyjuk teje által nem is immunizálhatják, sőt az is kérdéses, hogy örökölnék-e a tuberkulózis-fertőzésre hajlamosító alkatokat? Az inaktív tuberkulotikus szülők vagy környezet által közvetített nem masszív tuberkulózisos fertőződéssel, ha az nem egész fiatal gyermekkorban, hanem a játszókor végén, az iskoláskor elején történik, a gyermekszervezet mihamarabb megküzd. Nem keletkezik általános toxinhatás. Jelentéktelen helyi elváltozásokat okoz a szervezetbe jutott kevés, kis virulenciájú tbc.-bacillus. A tbc.-s elváltozást normális kötőszövet és hegszövet veszi körül, mely elmeszesedhet és mint kripta zárja magába a továbbra is élve maradt tbc.-bacillusokat. A nem masszív és nem virulens tbc.-bacillusokkal fertőződött gyermeki szervezetet, melyben kisebb-nagyobb helyi, szervi elváltozások maradtak vissza, a fertőzéssel megküzdés közben termelt tuberkulózisos antianyagok megsegítik abban, hogy újabb tbc.-s bacillusinvázió letelepedésének ellentálljon. Ha azonban a szuperinfekciókat, reinfekciókat virulens tuberkulózis-bacillusok közvetítik vagy ha ezek bármely újabb keletű, vagy régebben fennálló sorvasztó betegség következtében legyengült szervezetet érik, úgy az előző, ú. n. immunizáló tbc.-s fertőzés nem menti meg a gyermeki, illetve felnőtt szervezetet a tbc.-s folyamat generalizálásától, attól, hogy valamely fellángoló, régebbi folyamat, régebbi

elváltozás phtisisben, tüdősorvadásban ne folytatódjék. Ugyanez következik be akkor, ha az előző tbc.-s fertőzés által okozott helyi elváltozások nyugalmi állapot után a szervezet bármilyen okból bekövetkezett leromlása következtében kiújulnak vagy továbbterjednek.

A gyermekkori tuberkulózis kórtanának az elmondottakban röviden összefoglalt jól tudott megállapításai élesen reámutatnak azon alapelvekre, melyek követésével a leg-sikeresebben lehet védekezni a gyermekkori tuberkulózis ellen és ezzel együtt hogy lehet legjobban biztosítani a felnőttek tüdővése elleni küzdelemnek sikerét. 1. Lehetőleg meg kell akadályozni azt, hogy a csecsemők, fiatal gyermekek tuberkulózissal fertőződhessenek. 2. Minden életkorban, de különösen a fiatal gyermekkorban életveszélyt okozó masszív infekciók ellen kell küzdeni. Az ilyen infekciót közvetítő egyénekkel való életközösséget lehetőleg meg kell szüntetni vagy legalább is ki kell őket tanítani, rá kell őket szoktatni arra, hogy olyan életmódot folytassanak, mely korlátozza az általuk okozható fertőzések mindenkoron újból és újból, folytonosan ismétlődő lehetőségeit. 3. Higiénikus életkörülmények megteremtésével, gondos ápolással, célszerű táplálással, a természet gyógyhatányainak tudatos, szakszerű, következetes, tartós felhasználásával, a csecsemő- és gyermekszervezet természetes ellentálló képességét meg kell tartani, hogy egyrészt védekezhessék a tbc.-s fertőzések ellen, másrészt hogy sikeresen tudjon azokkal megküzdeni és így a bekövetkezett tbc.-s fertőződés következtében bizonyos fokban aktíve immunizálódjék a későbbi tbc.-s fertőzésekkel szemben.

A csecsemő- és kis gyermekkori tuberkulózist aránylag ritkábban közvetítik az anyák, bár elég gyakran bekövetkezik az, hogy az anyák már nyugovóra jutott, inaktívvá vált tuberkulózisa a terhesség folyamán, a szülés alatt, a gyermekágy idején, a szoptatási időszakban kiújul, aktiválódik. Kívánatos az, hogy a tüdővészes nők kitaníttassanak arra, hogy a teherbeeséstől lehetőleg óvakodjanak. Szülőházakban a gümőkóros terheseket, szülőnőket elkülönítetten, külön osztályokon gyűjtsék össze. A tüdővészes anyák által közvetített fertőzések a legveszélyesebbek, csecsemőjükkal a legközvetlenebbül érintkeznek, legszorosabb a velük való életközösség s mindezekért az aerogen infekciónak ilyen viszonyok között legtöbb a lehetősége. Tuberkulózisos anya szervezetének határozottan árt a szoptatás. Tüdővészes,

tuberkulózisos anyától lehetőleg a szüléskor kell elvenni a csecsemőjét és idegen, egészséges, az anya által nem látogatott: környezetben kell őt felnevelni. Semmiféle fertőző tbc.-s beteg; ne lakják együtt csecsemővel, kis gyermekkel, ne legyen velük életközösségben, lehetőleg ne kerüljön közelükbe. Mindenképpen erre kell törekedni, mert kétségtelenül bebizonyosodott az, hogy egyszeri, még inkább többszöri ismétlődő alkalmakkor könnyebben és veszedelmesebben fertőződhetnek a csecsemők és gyermekek, szuperinficiálódhatnak a felnőttek, mint az inaktív stádiumban levő szülőkkel és egyéb családtagokkal való állandó együttélésben. Az ágyához láncolt, súlyosan beteg, lázas phtisikusból, tüdővészestől ma már mindenki fél, még a legkevésbé intelligensek, legtudatlanabbak is. Ezeket kórházba juttatják. Lehetőleg el is különítik. De míg idejutnak, addig a velük érintkezőket, a velük együtt élőket mind megfertőzheték. Ezért elsősorban lakáskérdés a tuberkulózis elleni védekezés. A lakásviszonyok ma országszerte rosszabbak, mint bármikor voltak. Ha ezen nem is lehet hamarosan javítani, a tüdőbetegek fertőzővé válásáról, az ilyen betegek költözködéséről, elhalálzásáról való kötelező bejelentéssel, az ilyen esetekben végzett kötelező, lelkiismeretesen végzett fertőtlenítéssel kell a lakás által közvetített tbc.-s fertőzések lehetőségét korlátozni. A súlyos tüdővészeseknél nem kevésbé veszélyesek a hivatásukat ellátó, az emberek között forgó és mozgó tbc.-bacillusokat bőven ürítő aktív betegek. Ezeknek száma a rossz életviszonyok között, általános ínséges időkben végtelenül megsokasodik, mert a kedvezőtlen életkörülmények sok nyugovóra jutott folyamatot mozgósítanak, inaktív tbc.-s betegeket aktivakká tesznek. Mindezekre is előbb vagy utóbb bekövetkeznek a rossz napok, súlyossá válik a betegségük, ágyba kerülnek; közveszélyességükről ilyenkor már mindenki tud, de ilyenkor annak már csak főleg a velük együtt élők vannak kitéve» A kórházak, szanatóriumok befogadják egy részüket és ezzel csökkentik az általuk közvetíthető fertőzést. De annyi hatalma és pénze nincs egy államnak sem, de legkevésbé van koldusszegény hazánknak, hogy a fennjáró, szabadon mozgó, kenyérkereső tüdőbetegeket az életből kikapcsolja, őket teljesen elkülönítse. Az általuk közvetíthető fertőzések ellen több-kevesebb eredménnyel csak úgy lehet védekezni, ha minden ilyen beteget kitanítanak a köpet ártalmatlanná tételére, ha meg is adják erre a módot, ha reászoktatják

őket olyan életmódra, mely egyrészt felfokozza szervezetük ellentálló képességét, másrészt csökkenti az embertársakkal való együttélésben az általuk közvetített veszedelmet. A csecsemő- és gyermekkori tuberkulózis elleni küzdelemben itt kapcsolódnak bele a tüdőbeteg gondozó intézetek, a diszpenzairék. Főként a tehetősebb társadalomban, a gyermekkori tbc.-s fertőzést közvetítő egyének között, a gyermekek körül foglalatostokodók, köztük a cselédek, nevelőnők, nem eléggé méltányolt szerepet játszanak. Ezek egészségi állapotának ellenőrzését nem szabad elmulasztani.

Ma még csak ott tartunk, hogy a fertőzések elleni védekezéssel azok lehetőségeinek korlátozásával igyekszünk a csecsemő- és kis gyermekvilágot, de még a felnőtteket is a tbc.-s fertőződéstől megóvni. Minthogy még ez a cél sem közelíthető meg, aránylag csak ritka esetekben, ezért kívánatos volna, hogy a heveny fertőző kórok elleni védekezésben legeredményesebben bizonyult aktív immunizáció a tuberkulózis elleni védekezésben is segítségünkre lehessen. Ezzel a problémával régóta többen foglalkoznak. A kérdés még mindig csak a kísérletezés stádiumában van. Pozitív eredmények még nincsenek, sőt még ott sem tartunk, hogy olyan meggyőzőek volnának a közölt adatok, hogy az egyik vagy másik eljárással való nagyobb arányú kísérletezést tanácsolhatnók. A különböző védőtásokat, az általuk közvetíthető veszélyek miatt, egyelőre nem tarthatjuk ajánlatosoknak.

Az állati gümőkórral, bovin-tuberkulózisbacillussal való fertőzés lehetőségére néhány szóval reá akarok utalni. Az óvatosság, az így közvetíthető fertőzés érdekében a csecsemők, gyermekek, felnőttek ne igyanak nyers tejet és lehetőleg pasztörizált tejből készült vaját és tejtermékeket fogyasztanak el.

A csecsemő- és gyermekszervezet ellentállóképességének fenntartása és fokozása előnyös hygiénikus életviszonyok biztosításával, gondos ápolással, az életszükségletekhez alkalmazkodó célszerű táplálással minden körülmények között kívánatos, de életfeltétel azoknál a csecsemőknél és gyermekeknél, kik tuberkulózissal fertőződtek. Mennél korábban mennél fiatalabb korokban következett ez be, annál inkább függ életsorsuk ezen követelmények teljesítésétől. A tuberkulózis elleni védekezésnek, a tuberkulotikus fertőzéssel való megküzdésnek, a tuberkulotikus betegségből való kigyógyulásnak ezen egyedül eredményes módját kellene minden

szülőnek követni. A gyermekkori tuberkulózis ellen megszervezett védelem tulajdonképp csak ezen alapelveknek könnyebb, célszerűbb, tervszerű alkalmazására törekszik. Olcsóbban, jutányosabban a társadalom, a közhatóságok, az állam jótékonyaságából egyszerre sok gyermeket igyekeznek rövidebb-hosszabb időre kedvező, gyógyító, életerőt visszaadó viszonyok közé juttatni. Minthogy a tuberkulózis népbetegség, mint-hogy kivált a városok gyermekei közül legtöbbször fertőződik tuberkulózissal, ezért lehetőleg tág keretekben kellene megszervezni a gyermekkori tuberkulózis elleni védelemnek ezen részét. A nyaraltatás minden gyermeknek javára szolgál, a tuberkulózissal fertőzötteknek életszükséglet. Szünidei gyermektelepekre elsősorban tuberkulózissal fertőzött, tbc.-s fertőzésnek kitett gyermekek kerüljenek. Az ilyeneket iskola-orvosok válogassák ki a többi tanulók közül, hogy összelátással ne az iskola falai között, hanem kerti iskolában tanuljanak.

Míg az egészséges, vagy egyéb betegségből lábadozó nyaraló gyermekeknek nem kell eltérni a mindennapi élet megszokott rendjétől, addig a tbc.-vei fertőzött nyaraló gyermekek életmódját, főképpen a lég- és napfürdőzésnek rendjét, vízben fürdési idejét, testmozgásuk, játékok módját, tartamát, főleg és elsősorban célszerű táplálásukat hozzáértő szakembereknek kell irányítani. Nem költségesen, fényűzően kell ily intézményeket berendezni, hanem lehetőleg arra kell törekedni, hogy minél több tbc.-vel fertőzött városi gyermek tartózkodjék mennél hosszabb ideig az év nem túlzord, nem csapadékos idején kívül bármely évszakban az arra alkalmas, megfelelő klímával bíró, jó földrajzi elhelyeződésű helyeken. Ausztriában, Németországban, Franciaországban stb. a gyermekkori tuberkulózis elleni védekezés ezen módjára tervszerűen, nagy méretekben berendezkedtek. Nálunk még a kezdet legkezdetén vagyunk, jóllehet, hogy a többfelől gyűjtött adatok, az élet megfigyelései mind arról tanúskodnak, hogy a háború és az azt követő idők leromlott általános gazdasági viszonyai következtében beállott kedvezőtlen egészségügyi viszonyok behatása alatt aggasztóan sok gyermekünk fertőződött már a csecsemő- és kis gyermekkorban tuberkulózissal és így legnagyobb aggodalommal nézhetünk a mai gyermekvilág jövő sorsa, tüdővészben elpusztulása lehetőségének réme elé, ha nem sikerül nagy méretekben megszervezni a tuberkulózis elleni gyermekvédelmet.

A tuberkulózis nem öröklődő, de meggyógyuló betegség. A legtöbb laikusnak és sok orvosnak is ezek a megállapítások hihetetleneknek látszanak, de a kutatások, adatgyűjtések egyértelmű megállapításán fölépült ezen tételes igazságához alkalmazkodni kell. A tuberkulózissal fertőzött, a tuberkulózisban megbetegedett szervezet meggyógyulhat, ha felfokozzuk az ilyen szervezet életerőit, ha a tbc.-s betegeket egészségesebb életviszonyok közé helyezzük, ha megszerezzük nekik azt a lehetőséget, hogy a tiszta, ózondús levegőnek, a napfénynek természetes gyógyító erőit kiaknázzák és az ezen tényezők által felfokozott anyagcsereforgalmat célszerű táplálással javukra fordítsák. Előbb a sebészi gümőkóros betegségekről, majd az egyéb, főleg tüdőgümőkóros betegségekről bizonyosodott az be, hogy ezen az úton hosszú évek után kigyógyulhatnak. Sokáig azt hitték, hogy csak a magaslati gyógyhelyek természetes gyógyhatányai, a magaslati napfény az egyedül hatásos természetes gyógytényezők. Kétségbe vonták azt, hogy a mi klímánk, a mi ködön, poron átszűrődő napunk is tud gyógyhatást kifejteni, mert a kémiailag hatásosabb, az ultraviolettsugárzás felé eső sugárféleségek 30—50%-a elvész mielőtt a napsugár a síkság levegőjén áthatol.

A klimatikus helyek pótolhatatlanságába vetett, elméletileg is megalapozott hittell ellentétben a gyakorlat azt mutatja, hogy a gyógyító eredmények nem rosszabbak a síkságon, mint a magaslati gyógyhelyeken, ha beszámítva a sugár elnyelés okozta veszteséget, annyival hosszabb ideig teszik ki a gümőkóros beteget a mi fáradtabb, gyöngébb, napsugarainknak. E hosszabb sugárzásnak is megvannak a hátrányai. A páras, forró napfény, mely úgy felmelegíti a levegőt, hogy csak erős izzadással tudja a szervezet a hőfelhalmozódást kiegyenlíteni, bizonyos mértékig fárasztóbb a betegre. A szívére, lélekzésére nagyobb munkát ró, mintha a napozás 1000 m'-nél magasabb helyen történik, hol a sugárzás intenzívebb, de a levegő megfelelően hűvösebb marad és a lélegzés könnyebb is. Okos beosztással, szakszerű vezetéssel azonban ez a hátrány is kiküszöbölhető. Ennek megvitatása nem e helyre való szakkérdés. Ide tartozik a napfény sugarainak egy részét pótló mesterséges fény-sugarak (kvarc-lámpa, nyitott ívfényű villanylámpa) használata és a természet gyógyító erejének segítése eddig kétes értékűeknek és inkább veszélyt hozóknak bizonyult specifikus oltásokkal. Az elért eredmények bizonyítják, hogy a mi klímánk mellett, a mi időjárás viszonyaink között megcsonkított

hazánk minden széltől védett, pormentes, egészséges fekvésű helyén eredményesen lehet kihasználni a szabad természet gyógyító erőit. A mi napunk sugarai is meg tudják gyógyítani a tbc.-ben megbetegedett gyermekeket.

Az életben mindig lehetőségekkel kell számolni. Az adott viszonyok között rendelkezésre álló eszközökkel kell a bajon segíteni. Minthogy megcsonkított hazánkban nincsenek magaslati gyógyhelyeink, az egyéb legalkalmasabb helyeken kellene egyszerű, olcsó, lehetőleg nagyméretű, sok gümőkóros beteg gyermeket befogadó szanatóriumokat létesíteni, fenntartani és azokban csak szanatóriumi, gyógyintézeti kezelést feltétlenül igénylő tbc.-s beteg gyermeket lehetőleg hosszú időre elhelyezni. Egyébként pedig minden egyes tbc.-ben megbetegedett gyermek szülőit ki kellene tanítani arra, segítségükre kellene lenni, hogy beteg gyermekük részére oly életlehetőséget teremtsenek, mely mellett legjobban elősegíthető tbc.-s gyermekük meggyógyulása.

A tuberkulózis a gyermekkorban kezdődő népbetegség, ép ezért a védekezésnek ezen tételtől kell kiindulni.

B) A veleszületett és gyermekkorban szerzett bujakór elleni védekezés.

Az emberiség legrégebb, legelterjedtebb nyavalyáinak egyike a bujakór. A közvetlenül fertőződött felnőtt egyének sokaságát bujakórosan született ivadékaik megsokszorozzák. A bujakór a népesedési viszonyokra mennyiségileg és minőségileg egyaránt káros befolyást gyakorol. Számottevően csökkenti a születések számát. Bujakóros anyák gyakran vetélnek el, halott macerált magzatot szülnek. Az élveszülötteknek is kisebb az életképességük, több mint a fele az első életéven belül elpusztul. Az életben maradottak is általában testileg és szellemileg gyengébben, silányabban fejlődnek, kevésbé vértettek az élet különböző ártalmaival (angolkór, tbc, heveny fertőző kórok stb.) szemben. Az egyes ember, a család, a társadalom, az állam érdekei életbevágóan követelik azt, hogy ezt a népnyavalyát kiirtsuk vagy legalább korlátozzuk elterjedését, csökkentsük az általa okozott ártalmakat.

A közelmúlt legnagyobb jelentőségű felfedezései közé tartozik e szörnyű nyavalya kórokozójának (*spirochaeta pallida*) felfedezése; a fertőzöttség biztos megállapítása vizsgálatokkal (Wassermann- és hasonló reakciók), olyankor is, mikor

még, vagy már nincs felismerhető nyoma az emberi szervezet megmetelyezettségének. Sok rejtélynek megkaptuk a kulcsát s «ezért megalapozottabb, tervszerűbb és eredményesebb lett ezen népnyavalyával szemben való általános, főleg pedig a veleszületett bujakór elleni védekezés.

A bujakór kórtanából ezen szempontokból tekintve, legfontosabb az az már meggingathatlan tétel, mely szerint a bujakóros újszülöttet mindig az anyja fertőzi, még olyankor is, mikor nincs látható nyoma, tünete az anya bujakórosságának. A bujakór okozói, a spirochaeták az anyai szervezetből a méhlepényen át a terhesség különböző időszakában kerülhetnek a magzat szervezetébe. Részben ezért oly sokfélék a kórképek. Sokféle a szülés közben történő fertőződésnek a lehetősége is. Érdemleges különbségek vannak aszerint is, hogy az anya bujakórral mikor fertőződött, milyen állapotban levő, milyen tünetekkel bíró, milyen virulenciájú bujakórban megbetegedett egyén közvetítette a fertőződést. Ebben a keretben a világrahozott syphilis megjelenésének lehetőségeire befolyást gyakorol az is, hogy az anyai szervezetben mikor és mily tüneteket, mily elváltozásokat váltott ki a bujakórral fertőződés. A kórtani kutatások kiderítették, hogy az anyák tünetnélküli bujakóros fertőződése többnyire úgy történik, hogy az épbőrű és nyálkahártyájú bujakóros férfi ondószálcsáin vagy ondószálcsáiban vannak a spirochaeták és ezek elsődleges odatapadásuk helyén a méh nyálkahártyáján okoznak klinikai tünetekben meg nem nyilvánuló elsődleges folyamatot, amelyhez társuló szövödmények ismét látható tünetek nélkül a hasürben, kis medencében zajlanak le és csak az elvetélésekből, a bujakóros újszülöttekből, illetve csecsemőkből, néha csak a pozitív Wassermann-reakcióból lehet utólag megállapítani, hogy az anya bujakóros.

A kórtani kutatások ezen eredményeihez jelentőség tekintetében mellésorakozik az a tapasztalat, hogy a bujakór, a syphilis kigyógyuló betegség, ami egyebek között megnyilvánul abban, is, hogy bujakórból kigyógyult anyák egészséges, normális csecsemőt szülnek. Ez a cél a legnagyobb valószínűséggel, 80—90% biztonsággal elérhető akkor is, ha a bujakóros anyákat a terhesség folyamán lehetőleg korán, szakszerűen, erélyesen, főként salvarsannal gyógykezelik. Mint-hogy az orvosokat, kórházakat, klinikákat, nyilvános rendeléseket a terhes nők a terhesség folyamán, a lebetegedést jóval megelőzőleg felkeresik, a terhesekkel foglalkozó orvosok minden

esetben, minden klinikai vizsgálati módszerrel kutassanak, bujakóros fertőzöttség után. Egyéb tünet, egyéb adat híján a pozitív szerológiai lelet elbírálásánál lehetőleg körültekintően kell eljárni és csak mindent latba vetve szabad a terhes nő bujakórosságát megállapítani. Minden bujakóros terhes nő, bármily régi (congenitalis lues) vagy állapotú (tabes) is a syphilise, a terhesség folyamán okvetetlenül lehetőleg erélyesen salvarsannal gyógykezeltessek. A bujakóros anyáktól születendő gyermek sorsa mindig a terhesség alatt történő kezeléshez kötött. Egyébként, ha az anya már a terhesség alatt is antiluesesen kezeltetett, ez a gyógykezelés, ha a terhesség folyamán újabb társul hozzá, csak javára szolgál a születendő gyermeknek. Minden szifilises anya lehetőleg már a születést követő legközelebbi hetekben erélyes módon gyógykezeltessek. Olyankor, mikor az anya csak abból, hogy bujakóros gyermeket szült, értesül bujakóros fertőzöttségéről, ilyenkor se maradjon el, teljes tünetnélküliség esetén sem a szülés utáni erélyes antilueses gyógykezelés.

A nem intelligens női társadalom tagjainak legnagyobb fokú nemtörődése, indolenciája, lelkiismeretlensége, de főképp sötét tudatlansága miatt a terhes bujakóros nők rendszeres erélyes gyógykezelése igen sokszor nehezen megoldható nagy feladat, de az elérhető eredmények, anya és a születendő gyermek közös érdeke megérik a küzdelmet.

A veleszületett, világrahozott bujakór elleni védekezés súlypontja a megszületés előtti védekezésre helyeződött át, mely azonban eredményes csak akkor lesz, ha vagy a nép-műveltség fokozódása vagy törvények végrehajtott parancs-zavára mindenkorú bujakóros beteg kötelességszerűen rendszeresen fogja magát gyógykezeltetni.

Minden bujakóros újszülöttet, csecsemőt, gyermeket gyógykezelni kell. Jövő életsorsa, életben maradása elsősorban ehhez kötött, de a bujakóros csecsemőkkel, gyermekekkel érintkezők érdeke is azt kívánja, hogy az ilyenek által közvetíthető bujakóros fertőzés lehetősége megcsökkentsék, korlátoztassék. Minden vérbajos (lueses) anya újszülöttje, csecsemője rendszeresen gyógykezelendő, még olyankor is, mikor csak a vérsavvizsgálaton alapul az anya bujakórosságának kórismézése, sőt még a klinikailag és szerológiailag is tünetmentes gyermekét is erélyesen gyógykezeljük, mert minden bujakóros csecsemőszervezetnek kedvező befolyásolását várhatjuk a gyógybeavatkozástól.

A veleszületett bujakór gyógykezelésében mindenekelőtt az újszülött erőbeli állapotának javítására, célszerű táplálására kell törekednünk. A gyógykezelés módja bizonyos fokig alkalmazkodik a csecsemő egészségi állapotához. Ma legelterjedtebb a kombinált gyógykezelés, melynél egy-egy kúra bizonyos számú higanysó- vagy bismuthsó- és bizonyos számú Neo- vagy más Salvarsan-adagok befecskendéséből áll. Két-háromhavi pihenés után, mely alatt szájon át bevehető higanykészítményeket szokás szedetni, a kúrát az első évben 2—3-szor, azután félévenként szokás megismételni. A kezelést a vérsavóreakció negatívvá válása után még további két éven át kell folytatni. Ez a kezelés néha az iskoláskorba is beér. Ezért szükséges volna, hogy bujakóros csecsemőket» gyermekeket ápoló, gondozó külön intézmények létesítenessenek, milyenek külföldön több államban, így Németországban, Franciaországban már működnek is.

A veleszületett bujakór jelentősége nemcsak az ilyen gyermekek életsorsa, hanem az általuk közvetíthető fertőzésnek nagyon messzemenő következményeiben is áll. Minden bujakórral született gyermek anyja látszólagosan immúnis védett gyermekének luesével szemben (a ma is fennálló Colles-Baumés-törvény), mert maga is bujakóros. Minden más egészséges egyént bujakóros csecsemő, gyermek fertőzhet. Ennek különösen nagy a lehetősége dajka, nevelőszülő emlőjére tevésnél, ha nem minden kétséget kizáróan egészséges,, nem bujakóros az idegen asszony emlőjére helyezett csecsemő. Hogy valóban syphilismentes-e valamely, teljesen egészségesnek látszó, néhány hetes, illetve hónapos csecsemő vagy még latens állapotú a syphilise, az teljes biztonsággal nem dönthető el, mert a csecsemőknél a Wassermannreakció nem előzi meg a jellegzetes lueses tünetek jelentkezését. Mindkettő esetleg a csecsemő 4 hónapos koráig is késhet.

Az emlőre tett idegen csecsemő által közvetíthető bujakóros fertőzés lehetőségére minden esetben gondolni kell. A bíróság által bármily nagy összegben megállapított és egyéb természetű kártérítés nem egyenlítheti ki az így keletkező testi-lelki, kereseti, anyagi és egyéb fel nem mérhető károkat. Ezért minden vizsgálati eljárással (vérsavóvizsgálat stb.) biztosítani kell azt, hogy csak egészséges, nem bujakóros anya egészséges csecsemője kerüljön egészséges idegen asszony emlőjére. A mindennapi életben inkább az ellenkező lehetőség ellen igyekeznek ugyanígy védekezni. Az ellen t. i., hogy

bujakóros, lueses dajka ne fertőzhesse az emlőjére vett egészséges gyermeket. Ezen kérdéssel való foglalkozásnál gondolni kell arra a lehetőségre is, hogy egészséges anyák egészséges gyermekük megszülése után is még a szoptatási időszakban fertőződhetnek bujakórral. Szoptató anyák, illetve dajkák ilyen utólagos fertőződése syphilissel nem ritka dolog s ép ezért számba vehető lehetőség.

A veleszületetten bujakóros csecsemők által közvetíthető bujakóros fertőzések lehetőségei közé tartozik a kiújulás tüneteit képező széles függőlyök (*Condylomata lata*), szájfolyamatok által közvetíthető fertőzések. Az ilyen gyermekek ártalmatlanná tévése az együtt élő egészségesekkel való életközösség erélyes megszüntetésével, szakszerű gyógykezeléssel, a legsürgősebb védekezési teendők közé tartozik.

A gyermekkorban szerzett bujakór elleni védekezés tulajdonképpen beletartozik a bujakór elleni általános védekezés keretébe, kivéve azokat a már megbeszélte eseteket, melyekben a bujakóros szoptató fertőzi az emlőjére vett idegen, egészséges csecsemőt. Ehelyütt csak röviden akarok arra utalni, hogy a gyermekkorban szerzett bujakóros esetekben a fertőzés forrásai nagy ritkán a bujakóros felnőttek által használt edények, evőeszközök és egyéb használati tárgyak. Gyakoribbak a gyermekekkel való gondatlan érintkezés, csókolódzás, nem ritkán a fajtalanág és egyéb szemérem elleni bűntények. A rituális körülményekkel megtörténhető bujakóros fertőzések is ezen lehetőségekbe tartoznak.

A bujakór elleni küzdelem a tudomány haladásával, a kutatások eredményeinek felhasználásával kóroktani alapokon épül tovább. Immár számottevően csökkenthetjük a világrahozott, veleszületett bujakóros esetek számát. Ezzel biztosíthatjuk azt, hogy nagyobb arányszámban egészségesek, életképesek lesznek az újszülöttek és egyidejűleg csökken az embertársaikra egyébként veszélyes bujakóros nők száma is.

VI.

Beteg gyermekek védelme.

(Csecsemő- és gyermekkórházak szervezete.)

A gyermekegészségügy közgazdasági jelentőségét, a gyermekbetegségek által okozott közgazdasági károkat állítom ismét az előtérbe, mikor reámutatok arra, hogy a gyermekbetegségek nemcsak költséget okoznak a szülőknek, hanem

őket kenyérkereső képességükben is korlátozzák, amiért semmiféle szociális intézmény semmiféle alakban nem nyújt kárpótlást. Hangsúlyozni akarom azt is, hogy a gyermekszervezet kisebb ellentállóképessége révén megbetegedése esetén felgyógyulásának biztosításához jobban reá van utalva a szakszerű ápolásra, melyet az otthoni szeretetteljes ápolás semmiképp sem helyettesíthet. A megfelelő táplálásra és célszerű elhelyezésre a felnőtt megbetegedetteknek szervezetük szívósságánál fogva kevésbé van szükségük, mint a beteg gyermekeknek. Ezen két körülmény reávilágít a gyermek-kórházaknak úgy közgazdasági, mint közegészségügyi nagy jelentőségére. Az emberek ideális gondolkodására utal, hogy nem ez a materialista gondolkodás, hanem a gyermekek szeretete, a beteg gyermekekről gondoskodni akarás teremtette meg az első gyermekkórházakat. A legelső, a Hôpital des enfants malades-ot Parisban már a XVIII-ik században nyitották meg, azután 1834-ben Szt.-Pétervárott a Nicolai gyermekkórházat, 1837-ben a bécsi Szt. Anna gyermekkórházat. 1840-ben a Pesti Szegény Gyermekkórház kapui nyíltak meg.

A filantrópikus, humanitárius emberi ösztönök megnyilvánulásaképp már a legrégebb idôben az egyesek, a társadalmi és állami jótékonyosság gondozásba vette azokat a csecsemôket, kik legnagyobbbrészt házasságon kívül, törvénytelen ágyból születtek és ezért anyjuk szégyenét képezték, társadalmi helyzetét veszélyeztették, kenyérkeresetét korlátozták, anyagi jólétét csorbították. Mindezen következményektôl való szabadulás okából anyjuk kitévésükkel, meggyilkolásukkal igyekezett tólük szabadulni. Fôleg ezek, de meg az anyátlan, apátlanul árván maradt csecsemôk, nyomorral küzdô anyák csecsemôi részére is már a legrégebb idôkben, még a római császárság korában primitív, késôbb jól megszervezett, meggondolt lelenházakat alapítottak. Ezen intézmények megteremtôinek alapgondolata az volt, hogy az anyák büntetlenül szabadulhassanak meg gyermekeiktôl, ne tegyék ki gyermekeiket, ne gyilkolják meg ôket azok, kik az elôbb elmondott okokból egyébként megtették volna. Ezen célt úgy vélték legjobban szolgálni, hátitokban maradhat az oltalomba vett gyermek eredete, családi helyzete, anyjának, hozzátartozóinak kiléte. A forgóláda útján történt felvétel, a behozott gyermekek személyi adatok nélküli átvételére rendezkedtek be. Az életnek mindenkor küzdelmes, általános nyomorúsága, a közerkölcsök mindenkori lazasága miatt ezek

a lelenházak mindenféle hamarosan megteltek, állandóan zsúfoltak voltak, pedig nagy volt a forgalmuk. A bekerülteknek csak kis részét küldték vissza az életbe, kevésből neveltek embert, a legtöbbjük előbb vagy utóbb temetőbe került. Ezért ezeket az intézményeket mindenféle halottak házának,, maison des morts-nak nevezték s megállapították, hogy ezekben közkölségen, állami segítséggel gyilkolják meg a gyermekeket.

Nem sokkal javultak meg az ilyen intézetekben az; egészségügyi, gyermekhalandósági viszonyok, amikor a legtöbb helyen eltértek az anonymitás princípiumától és intézeti hatósági gondozásba vettek minden oly csecsemőt és gyermeket, kit vagy elhagytak vagy hozzátartozói eltartani; nem tudnak. A lelenházakat felváltó gyermekmenhelyek közül azokban, hol a rendszerváltozással együtt érdemlegesen nem javult az intézeti ápolás, ahol nem csökkent a hospitalizmusnak nevezett intézeti ártalom, még ma is nagy a csecsemőhalandóság.

A beteg csecsemőkkel való kizárólagos szakszerű foglalkozás, a csecsemőgyógyászat alapköveinek letevésekor megteremtett csecsemőgyógyító intézetek, csecsemőkórházak, csecsemő-otthonok minden gyógyító törekvése, gyermekvédelmi szándéka kezdetben ezen intézmények ártalmain hajótörést szenvedett. Nem abban a betegségben, amellyel a kórházba kerültek, de az ott szerzettben halt el nagy hányaduk. Ma az intézeti hygiène, a csecsemőhygiène, csecsemőgyógyászat haladásával a filantrópikus törekvéseket több siker koronázza.

Az orvosi tudomány előrehaladásának mérföldjegyzői,, főleg a laikus világ látószögéből nézve, az elhaltak arányszámainak megfogyatkozásában elért eredmények. A múlt század és napjaink e téren felmutatható sikereiben legnagyobb szerepet játszó tényező az asepsis, a tisztaság térhódítása. A gyermekági fertőzések megelőzése, veszélyének elhárítása, a szülőnők és újszülöttek életének megmentése volt az asepsis elterjedésének első nagy dicsősége. Köztudomású, hogy az asepsis tágította meg a sebészi beavatkozások körét. Az asepsis további diadalútját a beteg csecsemők otthonaiban, kórházai-ban folytatta. A gyermekvédelmi törekvések csak azóta lettek eredményesek.

A csecsemőkórházi fertőzések terjedési útjait illetőleg a vizsgálatok azt derítették ki, hogy a ragályozás tovavitelében a közvetlen érintkezés, a kontaktus és a levegőáttali továb-

jutása a kórcsírának egyenlő jelentőségű szerepet játszanak. A védekezés a csecsemőkórházakban, otthonokban szigorú aseptikus elveket honosított meg. A fertőzés és fertőződhetőségének elleni védekezés teremtette meg a teljes izolációra való törekvést. Ezek a csecsemőotthonok és kórházakban kevéságyú, kis termekre rendezkedtek be. Ezek megépítésénél és berendezésénél arra törekszenek, hogy minden könnyen és alaposan lemosható legyen. Az egyes ágyak közötti levegő-áramlás lehető megakadályozásával igyekeznek megóvni a csecsemőket a fertőző kórokban megbetegedésektől, melyek keretébe a cseppinfekció útján tovavihető minden betegség, tehát minden természetű légúthurut is beletartozik. A magas, de azért felül nyitott, teljesen zárt boxokkal meg lehet óvni a csecsemő- és gyermekkórházba felvetteket a vörhenytől és a minimumra lehet korlátozni diphtheriával, bárányhimlővel, szamárköhögéssel, náthalázzal való fertőzést. Az intézeti védekezésnek ez a módja nagyon költséges, az egyes betegeknek sok helyet juttat és ezzel csökkenti a kórházba felvehető betegek számát. Ezért nem rendezkedtek így be a nagyobbágyszámú, élénkforgalmú intézetek. A levegő-áramlás útján az egyes ágyak között történő fertőzést csökkentik az ágyak egyik oldalára felszerelt vászon-válaszfalak is. A levegő útján történő fertőzés elleni védekezésnek fő feltétele, hogy kívülről, a csecsemőkkel foglalatostkodó anyák, szoptatódajkák, ápolószemélyzet, orvosok, látogatók ne hurcoljanak be fertőzéseket. Ezért ki kell tiltani innen mindenkit, aki fertőző kórokban, légúthurutokban szenved. A ki nem tiltható, nem nélkülözhető ilyen személyek csecsemőkórházakban a kilehelt levegőt megszűrő álarcot hordjanak. A kontaktus útján történő fertőzés elleni védekezéshez a csecsemőkórházakban, de lehetőleg a gyermekkórházakban is minden egyes ágyat felszerelnek mindazon használati tárgyakkal, melyek az ápoláshoz szükségesek. Hogy közös pólyázóasztalt ne használjanak, ezért asztalmagasságban vannak a csecsemőágyak fekvőhelyei, oldalrácsai lebocsáthatók. A fekvőhelyek oly nagyok, hogy ott a csecsemő kényelmesen tisztába tehető. A gyermekágyak fekvőhelyei könnyen felemelhetők, hogy a betegvizsgálat, a beteggel való foglalkozás asztalmagasságú helyen történhessék. Az ágy végére akasztott polcon helyezik el a használati tárgyakat: kenőcségely vagy hintőpor, szappantartó, vattatartó, nyelvlapoc, orvosságmérő-üveg stb.-t.

Minden tárgy az ágyszámot viseli. A fejtábla mellett a hőmérőtartó. Az ágy lábához erősítetten mosdótál van, a törülközőtartó jól van elhelyezve a másik ágylábon. A csecsemőágy lábai közötti polcra egy kis fonott kosárba a csecsemő napi fehérneműszükséglete kerül, a polc alá helyezett fedeles, zománczott, számozott kis éjjeliedénybe a becsúnyított utolsó pelenka. A többi szennyezett pelenka összegyűjtéséhez legalkalmasabb minden kórterem részére egy kereken járó, jól záró, fénymázos kis vasládácska. Minden használati tárgyat gondos tisztasággal le kell mosni. Fokozottan kell ügyelni kontaktfertőzésre, mikor a csecsemő ilyen természetű betegséggel küzd.

Célszerű, ha minden csecsemő részére külön fürdőkád van, de megfelelő, egy-egy kórteremnek teljesen sima, nem repedező felületű, jól desinficiálható fayence, illetve zománczott fürdőkád is. Számítani kell a tollas párnákat. E helyett az angol csecsemőpólyázás mintájára gyapjúpólyába göngyölés a célszerűbb.

A rendszeres gondozás, táplálás biztosítása okából a csecsemő-, illetve gyermekszobákban, kórtermekben felnőttek ne lakjanak, sőt az is kívánatos, hogy az anyák, dajkák lakóhelyei ne ugyanazon folyosón legyenek.

Csecsemők, gyermekek gondozását szakszerűen nevelt gondozónőkre kell bízni, az anyák és dajkák szoptatáson kívül csak házi teendőket végezzenek. Ugyanúgy, mint a szülők körüli segédkeztést, a gyermekágyas ellátását, a sebész körüli segédkeztést stb. csak szakképzett szülésznőkre vagy ápolónőkre lehet bízni, ugyanúgy, vagy még inkább a beteg csecsemők vagy gyermekekkel csak kellő általános képzettségű és intelligenciájú, jólelkű nőkből szakszerű tanítással nevelt és hatóságilag képesített ápolónők foglalatoskodhatnak.

Az ápoláson, fertőzés elleni védekezésen kívül döntő jelentőségű a táplálás. Legjobbak azon csecsemőkórházak, otthonok eredményei, hol anya vagy dajka emlőjére kerülhetnek vagy lefejt női tejjel tápláltak a csecsemők. A mesterséges csecsemőtáplálás hátrányait jól berendezett és szakszerűen vezetett tejkonyhákkal igyekeznek kiküszöbölni. Ezekben nemcsak az egyszerű, hígítós csecsemőtejek, hanem az egyes beteg csecsemők egyéniségeihez alkalmazkodó gyógytápszerek is készülnek. Nemcsak a tejkonyha, hanem a gyermekek részére fenntartott külön diätetikus konyha is hozzátartozik gyermekkórházak, otthonok stb. üzemébe.

Az intézeti tisztaság, a fertőzések elleni sikeres védekezés, a gondos szakszerű ápolás és célszerű táplálás meghonosítása következtében a beteg gyermekeket befogadó intézetek, gyermek- és csecsemőkórházak, otthonok, gyermekmenhelyek ma már nem halottasházak, hanem az egészségügyi gyermekvédelemnek legáldásosabb, leghatásosabb intézményei.

VII.—VIII.

A testi, érzékszervi, lelki fogyatékoságban szenvedő gyermekek védelme.

A) A nyomorék gyermekek védelme.

A nyomorékokat a legrégibb időben a társadalom magából kiközösítette. A spártaiak a taygetosi hegyszakadékokba vetették őket. A nyomorékok az emberiség, a társadalom, az egyesek könyöradományain élőködő száanalomból és száanalomban élő, kitartott tagjai voltak a társadalomnak, míg a szociális gondolkodástól irányított philantropikus újabbkori mozgalmak a nyomorékokat is védelmükbe vették és részben a nyomorékság megszüntetésére a nyomorékság sebészi beavatkozásokra és egyéb gyógy eljárásokkal elérhető csökkentésével a nyomoréksághoz egyénenként alkalmazkodó tanítással, kenyérkereső hivatásra való kiképzéssel, a nyomorékok részére munkaalkalmak teremtésével és munkateljesítményeik értékesítésével igyekeznek azt elérni, hogy a nyomorékok magukat tisztességes munkájukkal egészben vagy részben eltartani tudó hasznos munkás tagjai legyenek a társadalomnak. Főleg Nyugat-Európában és Észak-Amerikában a nyomorékvédelem már óriási léptekkel haladt előre. A nyomorékügyet szabályozó törvényeket hoztak, melyek egyebek között megszervezik a nyomorékoknak hatósági kötelező összeírását és nyilvántartását. A nyomorékok hatósági megvizsgálására, kezelhetőségük idejét, módját megállapító intézeteket, nyomorékokat szakszerűen gyógyító továbbkezelő intézeteket teremtettek meg és gondoskodtak a nyomorék gyermekek tanításáról, ipari kiképzéséről és a mindennapi életben helytállni nem tudó nyomorékok állandó intézeti elhelyezéséről. Az embervédelem ezen ágának költségei aránylag a legkisebbek. A betegsegélyző alapok, munkáspénztárak könnyebben fedez-

hetik, mert a munkaképessé tett nyomorékok keresetének egy része csökkenti a nyomorékvédelem költségeit. A gyermekvédelemnek ez az ága aránylag a legeredményesebb, mert a jól megszervezett nyomorékvédelemmel a nyomorékok 80—85%-át a munkaképesség határáig lehet eljuttatni.

Nyomorékok azok, kik vagy világrahozott, veleszületett vagy az élet folyamán betegség, baleset stb. következtében támadt testi fogyatékoságban szenvednek, melyek korlátozzák, gátolják az emberi szervezetet jellegző testi mozgásokat, a normális mozgékonyt s ezzel csökkentik a kenyérkereső-és ezzel vagy e nélkül is az életképességet. Mind a veleszületett, mind az élet folyamán támadt nyomorékság oka, főképp a nyomorékság marandóvá válása legérdemlegesebben attól függ, hogy kellő időben megkezdett és következetesen továbbfolytatott szakszerű kezeléssel ellensúlyozzák-e a szervezetnek egyébként nyomorékságra vezető hatóerőit. A nyomorékság megelőzése, a nyomorékság fokának korlátozása orvosi feladat. A nyomorék gyermekekkel való továbbfoglalkozásnál, kiképzetésnél mindenkor döntő jelentőségű szellemi képességük foka. Ennek megállapítása, befolyásolása, a gyógypedagógia irányítása ismét orvosi feladat.

Mint hogy a nyomorék gyermekekkel való foglalkozás főleg a veleszületett nyomorékságoknál alkalmazkodik a nyomorékok szellemi képességéhez, ezért abból indulunk ki, hogy a nyomorék gyermekek egy része teljesen épelméjű, másrésze gyengeelméjű, harmadik része teljesen hülye. Azon betegségek közé, melyeknél a nyomorékság az agy bonctani elváltozásai miatt rendszeren értelmi zavarokkal jár, tartozik a cerebrális gyermekbénulás, melynél az ártalmak az agyat vagy a szülés alatt, vagy a korai gyermekkorban érik. Klinikai alapon féloldali és kétoldali görcsös bénulás különböztethető meg. A féloldali bénulásos alaknál a hirtelen beköszöntő lázas megbetegedést előbb petyhüdt, majd a hevenyidőszak lezajlása után görcsös, idővel javuló és zsugorodásokat okozó végtag-hűdés követi. Posthaemiplegiás jelenségek, remegés, féloldali vitustáncon kívül gyakori szövődménykép epilepsia és idiotia tartozik e kórképhez. A másik alaknál a kétoldali görcsös bénulásnál (Morbus Little) az elváltozások rendszeren veleszülettek, de az általános merevséget, melynek következtében a gyermek ülni, járni nehezebben vagy sohasem tanul meg, lábhegyre lép, lábait keresztezi, rendszeren csak később veszik észre. A mozgási korlátozottság-

hoz, tehetetlenséghez, értelmiségi zavarok, epilepsia ritkán társulnak.

Ezen hüdéses, testi és rendszeren lelki nyomorékokhoz bizonyos fokig hasonló megítélés alá tartoznak azon fejlődési rendellenességekkel, fogyatékoságokkal, tartászavarokkal született gyermekek, kiknél a magzatkori fejlődés gátlása következtében, sokszor terheltségi befolyások mellett szellemiképességük is kisebb-nagyobb fokban korlátolt. A csontváz egyes hiányai által jellegzett kórképeken kívül veleszületett gerinchasadékkal életben maradók, a lólábbal, horoglábbal, lőcslábbal, csípőízületi ficammal, ferde fejtartással születettek tartoznak ide. Ezen nyomoréknak születettek nagy része épelméjű, valamint azok a gyermekek is, kik nem esnek áldozatul a gyermekhüdésnek, a Heine-Medinakórnak, hanem mozgékonyosságukat többé-kevésbé megbénító hüdésekkel menekülnek meg. Ezen sorscsapásnál hirtelen áll be a hüdés, de rendszeren elég gyors is a javulás, mely néha teljes, de többnyire csak részleges. Egyes izmok örökre hüdöttek maradnak, elsovadnak, olykor a sorvadt végtag élettelenül, lazán, petyhüden lóg a törzsön, máskor az egyes izomszövetek hüdésénél összezsugorodnak a végtagok, lötyögősek lesznek az ízületek. A törzs maradandó elgörbülése ritkább következmény, gyakrabban gacsos térdláb, lóláb, lőcsláb fejlődik és így lesz a gyermek nyomorékká. Legszármalmasabbak azok, kik csak kezeiken csúszva bírnak továbbkúszni a földön, mert nemcsak lábizmaik bénultak meg, de farizmaik is. Ezen rendszeren épelméjű nyomorékok csoportjába tartoznak azok a gyermekek is, kik balesetek következtében lettek nyomorékokká, bénultakká. Ide tartoznak továbbá a csontbetegségek, rachitis, osteomalacia által tönkretettek és végül a csont és ízületi tuberkulózis által nyomorékká, csonka végtagúvá lett gyermekek. Mindezen, az épelméjű nyomorék gyermekek csoportjába tartozóknak rendszeren visszamarad a szellemi fejlődése is, mert a betegeskedő, önmagukkal tehetetlen gyermekeket az épeszű és testű gyermekek társadalmá ösztönszerűleg kiközösíti. Sokan közülök nem járhatnak iskolába, nem tanulhatnak rendszeresen. Mindez úgy szellemi, mint jellembeli fejlődésükre károsan hat.

A nyomorékság felismerése, természetének megállapítása általános orvosi képzettséggel ellátható és ezért minden gyakorló és *hatósági* orvos munkakörébe tartozó feladat. A nyomorékság fejlődésének megakasztása, megelőzése,

főképp gyógyítása terén az általános sebészet, különösen pedig egyik ága, a konzervatív és aktív ortopédia csodával határos eredményeket ért el. Ép ezért a nyomorékok sorsát elsősorban a velük szakszerűen foglalkozó orvosok, intézet kezeibe kell letenni. Szó szerint ezen fordul meg jövőjük: azután pedig az egyéniségükhöz alkalmazkodó gyógypedagógián, melynek eredményei nem állanak a gyógyító beavatkozások sikerei mögött.

B) Vak gyermekek védelme.

Vakok azok, kiknek látóképessége gyógyíthatatlanul annyira megfogyott, hogy látást igénylő minden munkára képtelenek. A vakoknak csak $\frac{1}{4}$ -e fiatalkorú egyén, de míg megvakult felnőttek, idősebb egyének élete már fogyóban van, addig a gyermek- és fiatal korban megvakultak életküzdelmét, sorsát, örömeit a vakság feltétlenül hátráltatja. Ha a megvakulás korát tekintjük, úgy fenn kell hogy adjunk azon az adaton, hogy a megvakultak között nagyon sokan a csecsemőkorban vakultak meg. A megvakulás okai között a veleszületett vakság 10—20%-kal, az újszülöttkori kankós szemgyulladás 15%-kal szerepel. Ezek a szemek önálló betegségeinek rovatában vannak elkönyvelve. A megvakultak 33%-a a szemek önálló betegsége következtében lett vak. Az általános betegséghez szövődő megvakulás körülbelül ugyanolyan arányú. Sérülések következtében a vakok 10%-a vesztette el valamikor szemévilágát.

A vak egyének száma bizonyos fokig a népműveltséggel, a kultúrával, az általános higienikus viszonyokkal arányos. A vakságügyi statisztika adatai szerint a lakosság számához való arány nálunk $9\text{—}13\text{‰}$ között váltakozik. Az utolsó arány 9‰ volt, tehát az arányszám magában véve javult ugyan, de más országokat tekintve, hazánk kedvezőtlen helyzete eléggé feltűnő. A legutolsó adatok szerint legtöbb vak volt Portugáliában, hol 10.000-re 20, legkevesebb Hollandiában, hol 10.000-re csak 4*5 esett. A mi arányszámunk ennek a kétszerese.

Ezen adatokból kiviláglik, hogy a vakság elleni küzdelem közegészségügyi kérdés. Elsősorban az az újszülöttkori kankós szemgyulladás, illetve az általa okoztatható megvakulás elleni védekezés. Az első állomásra ma már mindenfelé beérkeztek. A szülőházakban, intelligens környezetben

született újszülöttek közül a legkevesebbnek lesz kankós szemgyulladásos a szeme. Ezek, valamint mindazok, kik korán szakszerű szemorvosi kezelésbe kerülnek, úgyszólván kivétel nélkül mind meggyógyulnak. Sokan megvakulnak azok közül, kiknél elmaradt a születéskori védekezés (Credé-eljárás), kiknek kankós szemgyulladását későn vagy egyáltalában nem gyógyítják, aminek oka a tudatlanság, a babona és káros népszokások.

A megvakulás nagy testi fogyatékoság, de a szemük világát veszített gyermekek nagy tanulékonyáguk miatt jól kitaníthatók kenyérkereső munkára, ha kellő időben és kellő ideig vakokat tanító intézetben neveltetnek. A vakok nevelése gyógypedagógia, melynek sikere és módszerei különbözök, főleg a gondozásba vett vak gyermek általános szellemi képességei, többi érzékszerveinek épsége és működés-képes állapota a vak gyermek általános egészségessége és bizonyos fokig életkora szerint. A vakok tanításának a gyógypedagógia ezen szakmájának részleteit e helyütt nem ismertetem. A törekvés az, hogy legalább a népiskola anyagát végezzék el, hogy megtanulják a tapintva olvasást (Braille-féle pontírás). Azután tovább tanítják őket önálló keresetet adó élethivatásokra. Ezek sorában a zenei kiképzetés áll az első helyen, azután következnek egyes iparágak, kefekötés, kosárfonás és egyéb hasonló. A vakokat tanító intézetek hivatásának egyik fontos része, hogy megtanítsa őket az életben való elhelyezkedésük módjára, kinevelje belőlük fogyatékoságuk révén fejlődő antiszociális érzéseiket. A vakok védelmének mint humanitárius, filantropikus törekvésnek hálás és szép feladata, hogy a gyógypedagógia által kenyérkereső munkára megtanított vakok szerény igényű megítélhetését megfelelő elhelyezésükkel, munkateljesítményeiknek lehető jó és fennakadás nélküli értékesítésével biztosítsa.

C) Süketnéma gyermekek védelme.

A süketnémaság, illetve sükettség ellenes küzdelem eszközei egytől-egyig az orvostudomány haladásával függenek össze. Egybe esnek részben a bujakór, a gümökór, a fertőző betegségek, a sérülések elleni védekezéssel, az örökölt terhelt-ség és a megsüketülést okozó különböző fülbetegségek elleni küzdelemmel. Régebbi statisztika szerint a süketnémák száma Nagy-Magyarországon 23.000 volt, tehát csaknem

$\frac{1}{3}$ -dal több, mint a vakoké. A süketnémák száma természet-szerűleg nem jelenti a süketek számát, mely aránytalanul nagyobb. Hiszen süketnémákká csak azok válnak, kik süketen születnek, tehát a hangbeszédet nem hallhatják, avagy a megsüketülés a gyermekévekben áll be, minek folytán a hangbeszéd emlékképei, ha meg is voltak, lassan teljesen elhalványodnak és a használatból kiesnek. A felnőttkornak megsüketülése és fogyatékoság gyakorlati jelentősége azonban, minthogy némulással nem jár és minthogy ép látás esetén a beszélőmozgások figyelmes leolvasásával messze-memenőleg pótolható, jóval csekélyebb.

A vaksüket némaság esetei többnyire agy-, illetve agyhártyabetegségekhez csatlakoznak, orvosi jelentőségük nagy ritkaságuknál fogva csekélyebb, prophylaxisuk nincs.

Ha a gyermek a fül vagy nyelv hiányos szerkezete miatt a phonetikus beszédet el nem sajátíthatja, akkor ennek helyébe a beszédnek más megnyilvánulása, az arcjáték, kézlegyintés, az írásos vagy tapintásos képek kifejezőmódja lép. A kezek integetésével, az arc játékával kifejezett beszéd összességét jelbeszédnek nevezzük. Ez a süketnémák anyanyelve. Evvel ki tudják fejezni akaratukat, érzéki tapasztalataikat, kívánságaikat és ily módon közvetlen környezetükkel, szülőikkel, testvéreikkel, süketnéma társaikkal elég könnyen érintkeznek is. A beszélőképesség hiányának hátrányai csak akkor mutatkoznak, midőn a süketnéma idegen környezetbe jut, amely jeleit nem érti meg. A süketnémákat az emberi társadalomnak csak úgy lehet visszaadni, ha őket megtanítják szemükkel hallani. A süketnémák nevelőintézetei a süketnéma védelemnek ugyanolyan érdemleges tényezői mint a vakoknak a vakok intézete.

A süketnémák beszéde tanításának első fázisa a hangkiejtés vagy artikuláció megtanítása. A süketnémákat a beszéddel járó látható és kitapintható mozgásokra, rezgésekre, a szájnyílás változó alakjaira figyelmeztetik és reá-bírják arra, hogy ezeket reprodukálják. Az artikulációval egyidejűleg a hang írott képével, a betűvel ismertetik meg őket.

Ezek után a hangkapcsolás, az összefüggő beszéd egyéb alkotórészeinek felépítése, majd a szemléltetésen alakuló beszédoktatás következik. így lassan, de fokozatos biztossággal elérik azt a fokot, mely az egyszerű szóbeli és írásbeli nyelv megértésre vezet.

A süketnéma-oktatás ezen módszerével a hivatásuknak élő gyógypedagógusok süketnémákat tanító intézetekben az egyes gyermekek szellemi képességétől, általános egészségi állapotától befolyásoltan nagy eredményeket érnek el.

D) Az értelmi fogyatékoságú gyermekek védelme.

Az elmebeli fogyatékoságok alsó határai nagyon elmosódottak; a gyengébb tehetségűek keretével határosak. A fokozatok a gyengeelméjűség, imbecilitás, hülyeség, idiotia már jóval kifejezettebbek. A kóroktani kutatások az összes értelmi fogyatékoságok létrejöttében az alkatnak, a constitutionalis döntő befolyást tulajdonítanak. Az alkoholizmus, a bujakór, a tuberkulózis, az öröklődő terheltségek egyenkint és együttesen a csirasejteket érő legfőbb ártalmak. A gyengeelméjű és egyéb elmebeli terheltséggel sújtott családok és családtagok, továbbá a vérrokonok közötti házasságok gyakran szerepelnek mint kórelőzményi adatok. De nagy szerepe jut a gyermekkori heveny fertőző betegségeknek, főleg a járványos agy gerinc, agyhártyalobnak és influenzához társuló agygyuladásnak (encephalitis) is. A pajzsmirigy hibás vagy hiányos működéséből eredő cretinizmus, az agy fejlődési zavarai (microcephalia), sorvadásából (hydrocephalus) és az epilepsia neve alatt összegyűjtött különböző eredetű agyi működési zavarokhoz társuló értelmi fogyatékoságok mind ide tartoznak.

Az értelmi fogyatékoságok gyógykezeléséről a legtöbb esetben szó sem lehet. A pajzsmirigy hibás vagy hiányos működéséből eredő (myxoedemia) a bujakóros eredetű gyengeelméjűség eseteiben számíthatunk komolyabb eredményekre. Nagyon kevés az olyan esetek száma, melyekben műtéti beavatkozással (Balkenstich, agydaganat eltávolítása) sikerül a gyengeelméjűséget fenntartó okot megszüntetni vagy csökkenteni. Ellenben létrejöttük okainak ismerete alapján rendkívül sokat tehetünk az értelmi fogyatkozások keletkezésének megakadályozására. Az alkoholizmus, a bujakór, a tuberkulózis és az öröklődő terheltség elleni küzdelem terén az orvosok részben gyógyítással, hygienikus viszonyok megteremtésével, részben felvilágosítással elősegíthetik a beteg szülőktől eredő beteg csirák, korcs nemzedék keletkezésének meggátlását.

Az értelmi fogyatékoság egyes kórképeivel nem akarok bővebben foglalkozni. Már említettem, hogy a gyermekkori

szellemi korlátoltságnak is sok fokozata van, hogy a hülyeség, a gyengeelméjűség sokszor nem jár semmiféle beidegzést zavarokkal, máskor súlyos vagy ritkán ismétlődő, sokszor eszméletlenséggel járó rohamok is kísérik. Egyrésztük könnyen elviselhető, mélabús, csendes kedélyű, másrésztük örökké nevető, hangos, lármás, izgékony, mozgékony, nyugtalan. Egyrésztük erőteljes, éptestű, másrésztük testileg és lelkileg nyomorék.

A szellemi fogyatékoságú, gyengeelméjű és hülye gyermekek védelmének súlypontja szintén az individualizáló gyógypaedagógia, mely a tanítást a gyengébb tehetségűek részére berendezett külön tanfolyamokkal, a beszédzavarokban szenvedőknek beszédre tanításával, kevésstanulójú, kis osztályokban, megfelelő individualizáló tanszerekkel kezdi meg az értelmi fogyatékoság legkisebb fokainál. Itt érnek el legnagyobb eredményeket, kevesebbet a nehezebben tanítható gyengeelméjűek és hülyék tanításánál. Ezen intézetekben megfelelő tanítással egyrészt a legegyszerűbb disciplinákra, másrészt valamely hasznos munka elvégzésére tanítják meg őket, hogy így maguk munkájával tarsák el magukat, vagy ahhoz legalább is hozzájáruljanak. A hülyéket és gyengeelméjűeket nevelő ilyen intézeteken kívül ezek védelmére oly intézetek is szükségesek, melyek az emberi társadalomban helytállni nem tudó hülyéket és gyengeelméjűeket éltük fogyatéig eltartja, az életbe vissza nem bocsátja. Ez már a szó szoros értelmében vett emberszeretet, állami és társadalmi jótékonyosság feladata.

IX.

Az erkölcsi fogyatékoságú (züllött) gyermekek védelme.

Korunk filantrópikus és szociális fejlődése mindenféle kihatásában nagyjelentőségű állomásra érkezett be akkor, mikor a köztudatba vitte azt a meggyőződést, hogy a bűnözést nem megtorolni, hanem megelőzni kell, hogy a bűnözők ártalmatlanná tevésével, lelkiviláguknak megváltoztatásával kell a társadalmat az általuk okozható károktól megóvni. A bűnözést a modern kriminológia betegségnek fogja fel, melynek kóroktanát, aetiológiáját, kikutatni ez alapon a védekezést, prophylaxist, a bűnözésből kigyógyulást megszervezni törekszenek és csak a társadalmat valóban meg-

károsító súlyos bűnözőket akarják úgy, mint a fertőző tüdővészesekeket, leprásokat stb. a társadalomból hosszú időre kirekeszteni. Ezen nagy téma tárgyalásába nem mehetek bele, csak röviden arra szorítkozom, hogy az elzúllás, a kriminalitás okai exogének és endogének, vagyis külső körülmények és viszonyokban, különféle társadalmi okokban, az egyén testi és szellemi állapotában rejlenek.

Ezen megállapításnál lehetetlen fel nem ismerni azt a hasonlatosságot, mely a lelki fertőzés és pl. a tuberkulózisos fertőzés aetiologiai momentumai között szembe ötlük.

Az elzúllásra, kriminalitásra hajlamosító exogenes okok közül a fontosabbak: a nevelés, az iskoláztatás hiányossága, a kedvezőtlen miljö, a környezet, a társaság ferde, visszas, antiszociális felfoasa, a kedvezőtlen szuggeszció, rossz példaadás befolyása. Az endogen okok főleg konstitucionális tényezők, melyek általános elfajulásban, az ahhoz szegődő vagy azok nélkül megnyilvánuló lelki elfajulásban, érzékszervi, értelmiségi fogyatékoságokban nyilvánulnak meg, melyek bekövetkeztében szereplő okokkal már érdemlegesen foglalkoztunk.

A testi nyomorékság védelme elsősorban orvosi feladat. A nyomorékságra vezető károsodások megelőzése, illetve csökkentése, a munkaképtelen testi nyomorékság munkaképesé átalakítása, a nyomorékvédelem alapkövei. Ugyanúgy a gyermekkori zúllottság, a gyermekkori kriminalitás kérdésével való foglalkozás, elsősorban a gyermekkori psychologia, psychiátria feladata lett. A gyermekkori bűnözők elméje tökéletlenségeinek felismerése, különböző alakjainak meghatározása a nagy keret körvonalai. A kórisme megállapításához, az exogen és endogen kórok, momentumok felismeréséhez alkalmazkodnia kell az individualizáló terápiának, mely megfelelő gyógypedagógiai átalakító neveléssel igyekszik a gyermekek zúllottságát megszüntetni, a kriminalitásra való hajlamukat kiölni, vagy legalább is csökkenteni.

Az endogen tényezők rendszeren kevésbbé befolyásolhatók, ép ezért főleg az exogen tényezők kiküszöbölésére törekszenek. A kártevő környezetből kiragadás, a testi és szellemi megerősítésre törekvés, a következetes, céltudatos foglalkoztatás, a munkára való nevelés, a patronagenak, pártfogásba vételnek nevezett mentő munkának a főbb részletei. Ezen munka részben a bűnösök otthonában vagy az

áthelyezéskor lehető körültekintéssel megválasztott új családi otthonban, részben speciális intézetekben folyik, ahová összegyűjtik a bűnözésre hajlamosnak bizonyult bűnözőt, züllött-lelkű gyermekeket, más intézetekbe a veszélyeztetett, züllésre hajlamosító környezetben levőket.

A modern bűnügyi judikatúra a bűnbe esett fiataloknál nem akarja megtorolni az általuk a társadalomnak okozott kárt, hanem igyekszik őket megjavítani. Ezért megváltoztatták a büntetőtörvénykönyvnek a fiataloknál bűnösökre vonatkozó rendelkezéseit. A fiataloknál részére külön rendőri és törvényszéki bíróságot szerveztek, amelyek ítélezései a megjavulás lehetőségeit igyekeznek szolgálni. Az ítéletek végrehajtását a bűnöző gyermekekkel foglalkozó pártfogók és pártfogó tisztviselők kezébe tették le. Csak a legsúlyosabb esetek, az igazán javíthatatlanoknak bizonyultak részére szervezték meg a javítóintézeteket, hogy a társadalomból kirekesztetésük, letartóztatásuk ideje alatt erkölcsi neveléssel és ipari kenyérkeresetre vagy más hivatásra való jó kiképzéssel elérjék azt, hogy az életbe ha visszatérnek, ne kerüljenek vissza az olyan környezetbe, mely, mint exogen tényező, az ő veleszületett endogen bűnözési hajlamosságukat kifejleszti, avagy ha visszatérnek is rossz környezetükbe, mégis sikerüljön nekik sikeresen megküzdeni ezen exogen, ártó tényezőkkel.

Visszatérek a többször említett hasonlathoz. A tuberkulózis nem öröklődő, de fertőző betegség. Az általános életviszonyok megromlása csökkenti a tuberkulózissal szemben való ellenállóképeséget és megsokszorozza a tbc.-vei fertőződés lehetőségét. A züllésre, a kriminalitásra való hajlam öröklődése nem oly általános, nagybefolyású endogen tényező, mint amennyire kiölik az általánosan rossz erkölcsi nyomorúságos gazdasági viszonyok nagy tömegekből a társadalmi együttélés etikai erkölcsi alapját és helyette az antiszociális gondolkodást, a társadalomellenes felfogást általánosítják. Minden filantrópikus, humanitárius törekvés hajótörést szenved ezen. Ugyanazon, főleg gazdasági tényezők ezek, melyek miatt a tuberkulózis feltartóztatlan népbetegség.

X.

A zárt gyermekvédelem.

A szó legszorosabb értelmében vett filantrópikus indító okokból fakadó gyermekvédelem volt és részben még ma is a gyermekvédelemnek egyik legkedveltebb iránya a zárt gyermekvédelem. Ez a védelemben, pártfogásba vett gyermekeket kiemeli régi, înséges, szegényes vagy rossz befolyású környezetüktől és elhelyezi őket a jötevők által létesített, azok egyéni kívánságaihoz, céljaihoz alkalmazkodóan megszervezetten épített zárt intézetekben. Ebbe a keretbe tartoznak a különböző árvaházak, a felnőttekkel együtt gyermekeket is befogadó szegényházak és egyéb nevű, gyermekeket gondozó nevelőintézetek. Egyértelmű ma az a megállapítás, hogy a zárt gyermekvédelem a jó célt nagy általánosságban rosszul szolgálja. Először a rendszer egészségi hátrányait akarjuk előtérbe állítani. A gyermekek tömeges együttartása az intézeti ártalom, hospitálizmus néven ismert egészségi károsodásokkal jár, melyek között úgy a heveny, mint az idült fertőző kórokkal, főleg a tuberkulózissal való gyakrabban bekövetkező fertőződés az első helyen áll. Az intézeti zárt élet, a rossz levegőjű, nem kellően szellőztetett helyiségekben való állandó tartózkodás, a kevés mozgás, a szabadban való ritka és rövid idejű tartózkodás, a rendesen egyhangú, egyoldalú táplálás mind oly tényezők, melyek a zárt intézetekben felnevelt, védelemben vett gyermekek fejlődő szervezetére többé-kevésbé károsan hatnak. Kétségtelen, hogy ezen momentumok hygienikusan épített és berendezett és így vezetett intézetekben kevésbé vagy alig érvényesülnek, de egyrészt az ily intézetek berendezkedése, belétele többnyire nagyon kötött az alapítók és fenntartók nehezen megváltoztatható, az egészségügyi szempontokkal alig méltányoló akaratahoz, másrészt a hygienikus elvek érvényesítése, a zárt gyermekvédelemnek különben is nagy költségeit számottevően nagyobbítja és így a rendelkezésre álló anyagiak jótéteményeiből nagyon kevesen részesülhetnek.

A zárt gyermekvédelem röviden érintett egészségügyi hátrányaihoz szegődnek azok, melyek a zárt intézetekben felnevelődő gyermekek az élet küzdelmeihez való reátermességét és képességét csökkentik. A zárt intézetekben felnevelő gyermekek nem ismerik, nem látják az életet, nem hallanak

a mindennapi kenyér megkereséséért folytatott küzdelemről»
 Ők meghatározott időkből mindig terített asztalhoz ülnek,,
 nem tudják, hogy máskor és mást is lehet enni, hogy néha
 még száraz kenyér sem jut éhező, hasonló társadalmi helyzetű,
 de az intézetek oltalmába be nem kerülő embertársaiknak.
 Ha a zárt gyermekvédelemben felnevelt gyermekek az életbe
 kikerülnek, teljesen más életviszonyokhoz kell hozzászokniuk.
 Ez elhelyezkedésüket az életben megnehezíti. A zárt gyermek-
 védelem védettjeinek, kivált az árváknak, azoknak, kiknek
 az intézeti felnevelés alatt családi kötelekeik megszakadtak
 vagy meglazultak, mire az életbe kikerülnek, nincsenek hozzá-
 tartozóik, bizalmas szerető tanácsadók. A gyermekek lelki
 világának fejlődésére a zárt gyermekvédelem különböző befo-
 lyást gyakorol. Az intézetek vallásos, erkölcsös nevelése sok-
 szor jó irányba tereli vagy abba vissza vezeti a védelemben
 vettekét. Máskor a züllött erkölcsű, rossz hajlamú társakkal
 való együttélés jobban kifejleszti a bűnözésre való hajla-
 mosságot.

Mindezen megállapításokból és elgondolásokból az követ-
 kezik, hogy a zárt gyermekvédelem nem lehet a gyermek-
 védelemnek általános módszere, hanem hogy az kívánatos,
 hogy így csak a zárt intézeti gondozásra feltétlenül reászoruló
 gyermekek gondoztassanak. Ezek keretébe elsősorban a testi
 és lelki fogyatékosoknak tartoznak, azután a züllésre hajlamos
 gyermekek. A többi, védelemre szoruló gyermekvilágról a
 nyílt gyermekvédelem útján kell gondoskodni.

A két gyermekvédelmi rendszert áthidaló rendszerrel
 szervezték meg a magyar állami gyermekvédelmet.

A magyar állami gyermekvédelem.

Rövid ismertetésénél nem indulok ki történetének el-
 mondásából, csak arra szorítkozom, hogy a szociálpolitika
 érvényesülése teremtette meg nálunk az állami gyermek-
 védelmet. Előbb a társadalmi gyermekvédelem lelkes apostolai
 hirdették azt a veszedelmet, mely az ország jövőjére vár a
 nagy gyermekhalandóság következtében. Azután a politika
 emberei, a kormány, élükön *Széll* Kálmánnal, a közhangu-
 latban felkeltett tenniakarás vágyát az állami gyermek-
 védelem megszervezéséhez kötötte. A gyermekhalandóság
 elleni küzdelem érdekében megteremtett állami gyermekvéde-
 lem abból az alap gondolatból indult ki, hogy a gyermek-

főleg a csecsemőhalandóság okai között a legfontosabb tényezők a szegénység, a nyomor, az elhagyatottság. Az állami gyermekvédelmet létesítő 1901. évi VIII. és XXI. törvény-cikkek végrehajtása ügyében kiadott miniszteri rendeletekkel következőkép van ezidőszerint megszervezve:

Állami gyermekmenhelybe felvételre igénye van annak a gyermeknek, ki életének 15. évét még nem haladta meg és akinek anyagi vagy erkölcsi elhagyatottsága megállapított. Anyagilag elhagyatottnak kell nyilvánítani azt a tizenötödik életévét meg nem haladott vagyontalan gyermeket, akinek akár mint ismeretlen eredetű talált gyermeknek, akár egyéb okokból eltartásra és nevelésre köteles és erre képes hozzátartozói nincsenek és akinek eltartásáról és neveléséről rokonok vagy jóttevők, továbbá jótékony intézetek vagy egyesületek nem gondoskodnak. Erkölcsi elhagyatottság alapján, anyagi helyzetére tekintet nélkül, elhagyatottnak kell tekinteni azt a 15-ik életévét meg nem haladott gyermeket, akit nevelésének elhanyagolása vagy környezetének káros behatása erkölcsi romlás veszélyeinek tesz ki vagy aki az előbb megjelölt okokból vagy hajlamai következtében züllésnek indult, kivéve, ha a javító nevelést a bíróság elrendelte. A gyermek elhagyatottá nyilvánítása felől az árvaszék határoz. Budapest székesfőváros árvaszékének nevében és megbízásából az előljáróságok intézkednek. Másodfokon a magyar kir. munkaügyi és népjóléti miniszter határoz, akinek határozata ellen jogorvoslat nincs.

Az elhagyatottság kérdését eldöntő határozat jogerőre emelkedése előtt és ennek bekövetkezéséig terjedő ideiglenes hatállyal a m. kir. állami gyermekmenhely *köteles* felvenni azt a gyermeket, kinek felvétele iránt a gyermek létérdekét fenyegető veszély elhárítása céljából a járási főszolgabíró, polgármester, kir. előljáróság, államrendőrség vagy bíróság megkeresi.

Ideiglenesen fel kell venni a gyermeket akkor is, ha felvételét törvényes képviselője, hozzátartozója, azután valamely közigazgatási hatóság, fiatakorúak felügyelő hatósága, végül valamely gyermekvédő vagy patronage-egyesület kéri, feltéve, hogy a m. kir. állami gyermekmenhely az elhagyatottá nyilvánításnak meghatározott feltételeit megállapíthatóknak látja. Az állami gyermekmenhely igazgatója a maga hatáskörében is felvehet ideiglenesen minden oly gyermeket, kinek anyagi és erkölcsi megmentése sürgősen szükséges.

A községek kötelesek azokról a területükön tartózkodó 15 évnél fiatalabb gyermekekről, akikre az elhagyatottá nyilvánítás feltételei megvannak, az árvaszékhez és a m. kir. állami gyermekmenhelyhez haladéktalanul jelentést tenni és sürgős esetekben ideiglenesen felvétetni.

Az állami gyermekmenhely, ha a gyermek testi vagy erkölcsi fejlődése érdekében szükséges, az elhagyatottá nem nyilvánítható 15 éven aluli gyermeket is felveheti a gyermekmenhely kötelékébe, feltéve, hogy a gyermek hozzátartozói a költségek megtérítését vállalják és megfelelően biztosítják.

A m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter az árvaszék javaslatára az állami gyermekmenhely kötelékébe felvett gyermek gondozási idejét 18-ik életévének betöltéséig meghosszabbíthatja, ha ez akár a gyermek testi vagy szellemi fogyatkozása miatt, akár más fontos okból kívánatos.

A m. kir. állami gyermekmenhely kötelékébe felvett gyermek gondozási költségét a törvényhatóságok hozzájárulásából kell fedezni. A m. kir. állami gyermekmenhely a gondozási költség megtérítését követelheti azoktól, akik a magánjog szabályai szerint a gyermek eltartására kötelesek.

Az elhagyatottság alapján akár közigazgatási beutaló határozattal, akár menhelyi igazgatói rendelettel az állami gyermekmenhelybe felvett gyermek mindenkoron *előzetes orvosi* vizsgálat alapján kerül az intézetbe. A *beteg* felvettek a *menhely kórházi osztályára* kerülnek és meggyógyulásuk után onnan helyzetnek ki külső gondozásba, az *egészségesen* felvettek a *menhely szállóházába*, átmeneti osztályába tereitétnek és onnan lehetőleg rövid úton helyzetnek ki.

Mint hogy a csecsemők életbenmaradásának, zavartalan jó fejlődésének esélyei aránytalanul jobbak, vagy mondjuk biztosabbak ha emlőn tápláltnak, ezért csecsemők, azaz az egy évnél fiatalabb gyermekek mindig *csak anyjukkal együtt vétetnek* fel. Csak betegség okából menthetők fel az anyák a szoptatás kötelezettsége alól. A kevéstejűségen szakszemkezeléssel igyekszik a menhely minden esetben és a legtöbbször teljes sikerrel segíteni. A felvett csecsemők szoptatni nem tudó, de azért a kötelező menhelyi szolgálat alól fel nem menthető anyáiból áll a menhely házimunkáit elvégző személyzete.

A legjobban veszélyeztetett az életük azoknak a csecsemőknek, kiket anyjuk maga akaratóból, de legtöbbször

munkaadójának, cselédtartójának rábeszelésére magándajkaságba adta ki és akik ott ellenőrizetlenül gondoztatnak» Közülök a legtöbb, köztudomás szerint is, megbetegszik, angyallá válik. Egyrészüket betegen vagy azért, mert a magándajkaság költségeit viselni nem tudják, később mégis állami gondozásba adják. Az anya nélkül az állami gyermekmenhelybe felvett csecsemők egy kis része valóban talált lelencgyermek, másrésztől anyátlan, árva kised, vagy súlyosan betegen fekvő anya gyermeke, harmadik részük oly anyaké, kik saját elhatározásukból, vagy munkaadók rábeszelésére is csecsemőjüket előzetesen elválasztották, gyermekük kiszoptatásának kötelezettsége alól menekülni akartak. Ezen anyátlanul felvett, mindenképp rosszabb sorsben levő csecsemők közül aránylag több hal el.

A menhelybe egészségesen felvett gyermeket mihamarabb a betegsége okából nevelőszülőjétől a menhelybe visszaillesztett gyermeket felgyógyulása után a menhely külső gondozásba helyezi ki oly községekbe, hol az állami gyermekmenhelynek gyógyító és ellenőrző közegei, azaz orvosai és felügyelőnői és a község lakosságából alkotott, társadalmi támogatást biztosító ügynevezett telepbizottságai vannak» Ugyanis az állami gyermekvédelmi közigazgatás telepnek nevezi azon községeket, ahová így megszervezetten az állami gondozásba vett gyermekek kihelyeztetnek. Szoptató anyjukkal együtt felvett csecsemők mindig meghagyatnak az anyjuk emlőjén és vele együtt helyeztetnek ki. Anyátlan csecsemők telepekre csak szoptató nevelőszülőhöz kerülhetnek, ezek hiányában mesterséges táplálásra csecsemők lehetőleg csak a menhely városának területén lakó nevelőszülőkhöz helyeztetnek ki, mert ezeket az ezen célra külön alkalmazott csecsemőtelepfelügyelőnök nemcsak szorgalmasan látogathatják, de táplálásukat, gondozásukat irányíthatják, ellenőrizhetik. Csecsemőkorban állami gondozásba vett gyermeket anyjával a menhely családi hozzátartozókhöz, szülőkhöz, nagyszülőkhöz, helyez el, esetleg a csecsemőt magához az anyához is kihelyezi. A csecsemőkor eltelte után a gyermekek elsősorban vérszerinti hozzátartozójukhoz vagy hatóságilag kiválasztott nevelőszülőkhöz, kivételesen intézetekben helyeztetnek el.

A nevelőszülői jogosítványt, az engedélyt ahhoz, hogy állami gondozásba vett gyermeket neveljen fel, a telepi orvos véleménye s a telepfelügyelőnök jelentése alapján, mely szerint mindazon feltételek megvannak, melyek az oda kihelyezendő

gyermek jó sorsát lehetőleg biztosítják, a község elöljárósága állítja ki.

A nevelőszülőkhöz kihelyezett gyermekek eltartásáért az állami gyermekmenhely tartásdíjat fizet, a gyermekeket ruházza, azonban az ellenszolgáltatások sokkal kisebb értékűek, semhogy a gyermekek befogadásában és felnevelésében az emberszeretet, a jót tenni akarás és a felnövekedő gyermekben nyert házi-kisegítő munkaerőnek biztosítása nem volna a döntő tényező.

A menhely helyi ellenőrző közegeinek, a telepfelügyelőnőknek feladata, hogy a kihelyezett gyermekek lehető jó sorsáról gondoskodjanak azon elv szem előtt tartása mellett, hogy lehetőleg biztosítani kell azt a lehetőséget, hogy a családi hozzátartozóitól megvált, állami gondozásba vett gyermek nevelőszülőjének váljék családi hozzátartozójává, belenőj jön azon család kötelékébe, mely őt az állami gyermekvédelem megbízásából felnevelte.

Akkor, mikor az állami gondoztatás korhatárát, a 15-ik életévet ezen gyermekek megközelítik, mikor 12-ik életévüket betöltik, jövő sorsuk biztosításánál az állami gyermekvédelem ugyanezen cél biztosítását tűzte ki, emellett lehetőleg önálló kenyérkeresetet biztosító életpályákra, iparosokká, képzett gazdasági munkaerőkké stb. igyekszik őket nevelni és mindenképpen szűk korlátok közé szorítani azok számát, kikből háztartási alkalmazottak lesznek, mert ez a társadalmi osztály, mely, hogy úgy mondjam, termeli az állami gondozásba kerülő gyermekeket.

A felnevelésen, kitanításon kívül az állami gyermekvédelem gondozottainak egészségéről, betegség esetén gyógyításáról gondoskodik. Kis díjazással a telepen, községekben lakó hatósági, illetve magánorvosokat telep orvosoknak alkalmazza. A gyógyszerzsükséglet költségei az országos betegápolási alapot terhelik.

Az állami gondoztatás korhatára a betöltött 15. év, annak elmúltával az állami gyermekmenhely kötelékében felnevelkedettek, elsősorban a nevelő szülőknél maradnak; az eltartásra köteles hozzátartozóik is visszakaphatják és csak ha egyik eshetőség sem látszik célszerűnek, akkor adatnak át az illetőségi községnek úgy, hogy további felügyeletükre pártfogókat kér fel a felnevelkedett gyermekeket kötelékéből elbocsátó állami gyermekmenhely.

Mínthogy az állami gondozás igénybevéve állampolgári jog, ugyanazon az alapon az állami gondozásba adott gyermeket eltartásra köteles hozzátartozói bármikor magukhoz visszavehetik, ha az elhagyottságot kimondó gyámhatóság előtt igazolják, hogy az állam gondjaira bízott gyermeket most már eltartani, felnevelni képesek, illetve a gyermek érdekének veszélyeztetése nélkül szülői jogokkal élhetnek. Ugyanúgy, mint a felvételnél, a kiadatásnál is a menhely igazgatóira körülírt, azonnali feltételes intézkedési jog ruháztatott.

Az elmondottakban vázolni igyekeztem az állami gyermekvédelem kereteit. Az 1901-iki törvények által megteremtett állami gyermekvédelem 1902 május hó 2-ikán lépett életbe. Az állam átvette a Fehér Kereszt Országos Lelece-Egyesülettől és a Budapesti Első Gyermekmenhelyegyesülettől az általuk addig állami megbízásból gondozott gyermekeket. Az állam Arad, Budapest, Debrecen, Gyula, Kassa, Kecskemét, Kolozsvár, Marosvásárhely, Munkács, Nagyszöllős, Nagyvárád, Pécs, Rimaszombat, Szabadka, Szeged, Szombathely, Temesvár és Veszprém városokban létesített állami gyermekmenhelyeket. Ezek összeomlásunkig nagyméretű áldásos munkát fejtettek ki. Megcsonkításunkkal megszűnik ez a munkakör is. Az 17-ből csak 7 állami gyermekmenhely maradt meg. Az emberszereteten felépült rendszer alapján ingott meg az összeomlást követő általános lerongyolás, emberi gyűlölködés, társadalmi fölborulás szomorú korszakában. Elmúltak ezek az idők is. Újraépülésünk nagy munkájába az állami gyermekvédelem újból sikeresen bekapcsolódott és érdemleges részt vesz úgy egészségügyi viszonyaink megjavításában, mint az államra háramló szociális filantrópikus munkák teljesítésében.

XI.

A nyílt csecsemő- és gyermekvédelem.

A gyermekvédelmi törekvések a segítségre szoruló gyermekeknek testi és lelki bajain igyekeznek segíteni. A legjelentősebb eredményeket az a gyermekvédelem tudja felmutatni, amely a gyermekek veszélyeztetett egészségét, életét igyekszik megmenteni. Más szóval a nagy csecsemő- és gyermekhalandóság leküzdésére törekszik. Ezen célt szolgáló gyermekvédelmi munkásságok két különböző, de egymással

kapcsolatos alapgondolatból indulnak ki. Az egyik a csecsemő- és gyermekhalandóságnak, a gyermekek rossz sorsának okai között a legfontosabb tényezőnek a szegénységet, a nyomort, az elhagyatottságot tekintette és ezért a szociális viszonyok megjavításával, az egyes ínséges, rossz sorsban levő gyermekekről való szociális gondolkodással akart az egyes gyermekek rossz sorsán javítani, a veszélyeztetett gyermekegészségügyi és kétségbeejtő gyermekhalandósági viszonyok ellen küzdeni.. A másik gyermekvédelmi munkairány abból a gondolatból indult ki, hogy részben ugyanazon tényezők, a nyomor, a szegénység által reáknyszerített alkalmazkodás, de főleg a tudatlanság és az öröklődött népszokások befolyása alatt, kivált a szegény, kulturálatlan emberek közül sokan oly életmódokra, házirendre rendezkedtek be, amelyek nem egyeznek meg az emberi szervezet természetével és főleg károsan befolyásolják a csecsemő és fejlődő gyermeki szervezetet, azt megbetegítik, meggyógyulását hátráltatják, halálát siettetik. A csecsemő- és gyermekgyógyászat haladásának útja a csecsemő- és gyermekkori életviszonyokhoz alkalmazkodó egészségtan felépítésével indult meg. Helyenkint gyorsan, másutt lassan tör előre, aszerint, amint a népnevelés, a gyermekhygiene tanainak a köztudatba vitelével a gyermekápolás,, gondozás, táplálás módjainak az élettani követelményekhez alkalmazkodó megváltoztatásával, a népszokások átalakításával, a babona kiűzésével sikeresen tudja a csecsemők és gyermekek egészséges fejlődésének lehetőségét megteremteni és megszerezni.

Azt a törekvést, mely elsősorban a gyermekek rossz szociális viszonyain akar javítani, tágabb értelemben vett zárt gyermekvédelemnek lehet nevezni, mert az ilyen gyermekvédelem az anyagi lehetőségek által zárt körre szorítkozik és kisebb vagy nagyobb részben zárt intézetekben ilyen intézmények keretein belül működik. A nyílt gyermekvédelemnek nevezett irány, illetve rendszer főtörekvése a minél tágabbkörű népnevelés, a gyermekegészségügyi viszonyok általános megjavítása és csak részben az egyes, valóban reászorultak szociális rossz helyzetén való segíteni akarás.

A népneveléshez jól képzett néptanítók kis körzetekben sűrűn felállított, célszerűen, jól berendezett iskolák szükségeseik. A gyermekegészségtan, a gyermekhygiene, a csecsemő- és gyermekszervezet normális és kóros viszonyainak ismeretén, az életfolyamatok és betegségek miként történő befolyásol-

hatóságának a tudásán, célszerűnek, jónak bizonyult gondozási, táplálási módszerek gyakorlati kitapasztalásán épül fel. A gyermekegészségtan tanítását a gyermekegészségügyi intézkedések, intézmények vezetését csak jól képzett, főleg csecsemőgyógyászattal behatóan foglalkozó gyermekorvosok kezébe kell letenni. Intézményesen kell biztosítani azt, hogy lehetőleg minél több anyának, gyermeket gondozó hozzátartozónak vagy idegennek az egyes gyermek egyéniségéhez alkalmazkodó, szakszerű tanácsot, útbaigazítást lehetőleg ők adhassák meg. Gyermekorvosoknak kell vezetniök, nekik kell tanítaniok a gyermekgondozói tanfolyamokon. Ezekén jól kiválogatott, hivatott nőkből az egészségügyi nyílt gyermekvédelem segéd-személyzetét neveljék meg. Ezek lehetőleg minden csecsemőt kevés kis gyermeket keressenek fel egyrészt azért, hogy felkutatásák a valóban rossz hygienikus viszonyok közt levőket, a rosszul ápoltakat, célszerűtlenül tápláltakat. Az ilyen gyermekek szomorú sorsáról hűen értesítsék az egészségügyi gyermekvédelmi intézetük vezetőségét. A segítségre, tanácsra szorultakat lehetőleg tereljék oda. Az ő teendőjük az is, hogy a tanácsadó intézetben az orvos által adott utasítások szakszerű végrehajtására a gyermekek hozzátartozóit aprólékosan, gondosan kitanítsák.

Az egészségügyi gyermekvédelem legfőbb törekvése, hogy lehetőleg biztosítsa azt, hogy a csecsemő az anyja emlőjén, az anyja gondozásában maradjon meg, hogy az elszakadást siettető okokat lehetőleg elhárítsa és elválászással, mesterséges táplálással járó esetleges károsodásokat megelőzze célszerű mesterséges táplálás megszervezésével, esetleges csecsemőtápszer kiosztásával. Csecsemőtej-konyhák, csecsemőtej - kiosztás ezért rendesen függelékai a csecsemővédő intézeteknek. A nélkülözhetetlen és szegénysorsúak által be nem szerezhető csecsemőkelengyék kölcsönadása szintén beletartozik a csecsemővédő intézetek munkakörébe.

Az elmondottakban kifejtett alapelvek szerint megvalósított tágkörű, nyílt csecsemő- és gyermekegészségügyi védelem első hazája 1890 körül Franciaország volt és Budin nevéhez fűződik. A németek majdnem egyidőben szervezték meg, majd gyors egymásutánban a külföldi államok építették ki a nyílt csecsemő- és gyermekvédelem szervezeteit. Mindenfelé arra törekedtek, hogy a nagy munkakörbe belekapcsolják a társadalmi jótékonytságot, a társadalmi gyermekvédelem együttműködését, de a vezetést a kitűzött elvek következetes betar-

tásának biztosításához mindenütt hatóságilag megbízottak kezébe tették le. Nálunk is előbb a magánjótékonyosság, az összeomlásunk idején nyomorgó, veszélyeztetett gyermekvilágunk segítségére sietett amerikai Vörös Kereszt Egylet szervezte meg intézményesen a még háború előtt, 1916-ban megalakult »Országos Stefánia-Szövetség az anyák és csecsemők védelmére« című intézményünk felkarolásával a nyílt anya- és csecsemővédelmet. Azután a felszerelt intézeteket átadta ugyanezen intézménynek, mely állami átvitt hatáskörrel működik. Ügyszólván minden lebetegedő anyának adott, elsősorban egészségügyi tanáccsal igyekszik biztosítani azt, hogy az anya a szülés előtt és után lehetőleg célszerű, egészséges módon éljen, bebiztosítani törekszik azt, hogy az anya gyermekével együtt maradhasson, kitanítja az anyákat a szoptatás, a csecsemő- és gyermekápolás legfontosabb tudnivalóira, szociális tanácsokkal látja el őket.

Az *Országos Stefánia-Szövetség* e célok elérésére a következő tevékenységet fejt ki: *a)* propaganda-akciójában tanfolyamokat, ismeretterjesztő előadásokat, kiállításokat, iskolai ünnepélyeket rendez, melynek során igyekszik az anya- és csecsemővédelem tudnivalóit a legszélesebb körben a köztudatba átvenni; népszerű kiadványokat, röpiratokat, plakátokat, naptárt ad ki a nép szemléltető kioktatására; *b)* védőnők és gondozónők képzésére állandó tanfolyamai vannak internátussal ellátva; *c)* Budapesten és vidéken védőintézeteket állít fel szakképzett orvosokkal, képzett védőnőkkel, melyeknek célja az anyáknak tanácsadás, a csecsemők gondozása; *d)* tejkonyhákat állít fel a mesterséges táplálás hygienikus voltának biztosítására; *e)* anya-otthonokat, szülőházakat, csecsemőkórházat és laboratóriumot tart fenn; *f)* anya- és csecsemővédelmi múzeumot létesít a vonatkozó anyag egybegyűjtésére; *g)* közreműködik az állam és városoknak a gyermekvédelem körébe eső jótékony tevékenységében.

Míg a *Stefánia-Szövetség* főleg a városokban igyekszik megszervezni az anya- és csecsemővédelmet, addig a »*Faluszövetség*« főleg a falu népének gyermekegészségügyi viszonyait igyekszik megjavítani, főleg népszerű tanításokkal, egészségügyi kiállításokkal. Ugyanilyen munkakörrel, főleg a fiatalság gondolkodását igyekszik a hygiene tanításai felé terelni a *Vörös Kereszt Egylet ifjúsági szervezete*. A nyílt csecsemővédelemnek nagyméretű fővárosi szerve az »*Ingyen-tej*«-egyesület. Ezen keretbe tartoznak a bölcsődék is.

A szorosán vett gyermekegészségügyi védelem eszköze a *Gyermekvédő Liga*ig mint az állami gyermekvédelmet kiegészítő állami támogatás mellett működő társadalmi szervezet anyagi segéllyel, ingyenes jogi tanáccsal és útbaigazítással, közigazgatási gyámügyi hatóságoknál való közvetlen eljárással segítségére igyekszik lenni azon rossz, ínséges sorsban levő gyermekek hozzátartozóinak, kik ezen támogatás mellett nem szorulnak arra, hogy a gyermeküktől megváljanak és azt állami gondozásba adják.

Mínt hogy az állami gondoztatáshoz való jogosultságot a közigazgatási hatóságok, árvaszékek, közigazgatási bizottságok a gyermek hozzátartozóik viszonyainak hatósági kutatása alapján állapítják meg, oly esetekben, midőn ezen ténymegállapítások életbevágó nagy érdekekbe ütköznek, mikor valóban feltétlenül szükséges a titokbantartás, ily esetekben az »*Országos Gyermekvédő Liga*« veszi gondjaiba az ilyen gyermekeket. Az ilyenek részére szülőotthont és gyermekotthonokat tart fenn. A fő munkaköre a »Gyermekvédő Ligának« a hadi árvákról gondoskodás nevelőintézetek útján, a züllött gyermekekről, javító nevelésre utalt fiatalokokról való gondoskodás, ezek számára nevelőintézeteket, tanoncotthonokat tart fenn, ugyanígy gondoskodni igyekszik a testi fogyatékosokban szenvedő nyomorék és lelkileg fogyatékos hülye gyermekeken is. Nagyméretű munkakör ezidőszerint főképp a beteges gyermekek nagyméretű külföldi, újabban itthoni üdültetése, ingyenes orvosi rendelőintézetek fenntartása is beletartozik.

Ezek a nyílt gyermekvédelem főbb hazai intézményei. A kitűzött cél nagy jelentőségéről a társadalom meg van győződve. Kellő lelkesedéssel szolgálja a gyermekegészségügyeit, de az anyagi lehetőségek korlátoltsága, különösen napjainkban a nyílt gyermekvédelem kereteit is túlon túl korlátozza.

XII.

Az egészségügyi anyavédelem.

A fajfenntartás ösztöne azt kívánja meg minden nőtől, hogy anyává legyen. Az öntudatos emberi akarat ezen ösztönt ébrentartani, korlátozni és elnyomni képes. Ugyanezt teszik a nő egészségére, szervezetének épségére befolyást gyakorló tényezők. A nők szociális védelmének keretébe egyebek

között beletartozik minden olyan törekvés is, mely egyrészt biztosítani akarja a nők önrendelkezési jogát a szexuális életterén is, másrészt az anyává levés esetén már a teherbeesés-idejétől elkezdve az anyának a megszületendő vagy megszületett gyermekének lehetőleg jogi helyzetet igyekszik biztosítani úgy a házasságon belül, mint házasságon kívüli életben. A nők egészségi védelme elhárítani, korlátozni igyekszik: a szexuális élettel bekövetkező egészségi ártalmakat. Biztosítani akarja a terhesség lehető zavartalan lefolyását; a lebetegedéssel, szüléssel járó vagy járható veszélyek lehető elhárítását; a gyermekágyi időszak normális menetét és úgy az anya, mint gyermeke érdekében a szoptatás lehetőségét.

A nők egészségi védelmének az elmondottakban körvonalozott keretében mindenekelőtt az kívánatos, hogy a szexuális élet ne kezdődjék meg korán, lehetőleg ne már az ivarérettség kezdetén, hanem lehetőleg a test teljes kifejltség, közelében. A korai teherbeesés és szülés hátráltatja a normális testi fejlődést és korán, időelőtt csökkenti a munkaképességet. A gyermekanyáktól szülöttek átlagban kevésbé életképesek is. A szexuális élet megkezdésének idejét tulajdonképpen csak a társadalom erkölcsi felfogása szabályozza. Ez eltilt, erkölcsbe ütközőnek bélyegez meg minden házasságon kívüli cohabitatiót. A házasságkötetés idejét pedig törvény szabályozza, nálunk a korhatár a 16-ik év. A büntető törvénykönyv csak a gyermekkor korhatárán belüli nemi életet, illetve annak megkísérlését, egyébként az erőszakosságot torolja meg.

A nemi felvilágosítás, melynek szükségességét illetőleg általános a meggyőződés és csak a mikéntjét és idejét illetőleg vannak ellentétes felfogások, csak a fiúk felvilágosításánál szokott reámutatni a korai nemi élet ártalmaira és a nemi betegségek veszedelmére. Nagyon kívánatos az, hogy nemcsak az erkölcsösség, a becsületes jó hírnév megóvása érdekében tartsák vissza a fiatal leányokat, nemcsak a házasságon kívüli, de általában a korai nemi élettől. Élénken színezzék ki előttük egészségügyi káros következményeit. Ugyanakkor és eléggé sokszor nem ismételt alkalmakkor a felvilágosított fiatal leányokat, fiatal és érettebb korú nőket ki kell tanítani a mindennapi életben rendszeren nem eléggé méltányolt venerikus bajoknak messze kiható veszedelmeire, káros következményeire. Meg kell értetni, hogy a leggyakoribb

nemi baj: a kankó a nőben rendszeren több kárt tesz, mint a férfiban; hogy a semmibe sem vett fehérfolyás előbb vagy utóbb súlyos, fájdalmas, ágyhoz kötő munkaképtelenséget, csökkent kenyérkereső lehetőséget okozó hasüri betegségekkel (méh- és petefészekgyulladások, daganatok stb.) szövődhet. A syphilis nemcsak a megfertőződött nő életét teheti tönkre, testi épségét sokféle vonatkozásban veszélyeztetheti, nemkülönben érzékszerveinek, központi és környi idegrendszerének zavartalan működését, nemcsak megakasztja a nők fajfenntartó, ivadékot nemző képességét, de ugyanúgy fertőzi és azonos életveszedelmeknek, jóvá alig tehető károsodásoknak teszi ki a megszületendő gyermeket is. Mikor a korszellem hirdeti a nőknek a férfiakkal azonos szekszuális önrendelkezési jogát, akkor a nőket fenyegető szekszuális veszedelmek elhárításához egyidejűleg jól kell megszervezni a nemi felvilágosítás keretében a szekszuális étellel járó egészségi károsodások lehetőségéről való kitanítást.

Ugyanezenkeretben és nem az államérek, a büntetendőség szempontjából akarok foglalkozni a fogantatás megakadályozásával, a terhesség szándékos megszakításával, a nem orvosi javallatra történő művi elvetélésekkel. Az állami, nemzeti, faji érdekek egyértelműen azt parancsolják, hogy a befolyásolhatóság, a szuggestió minden eszközével ellensúlyozzák a természetes fajfenntartási ösztön megtagadásával járó azon önrendelkezési akaratot, mellyel a nők a gyermekszülésnek, főképpen a többgyermekszülésnek úgyszólván világszerte ellenszegülnek. A rossz gazdasági viszonyok nem oly általánosak, mint amily általánossá vált az anyagi, önző gondolkodás. Azt hiszem, hogy itt a saját egyéni érdekeknek, az egészség, az élet veszélyeztettségének kellő hangsúlyozásával lehetne legközelebb hozzáférközni a női akaratot egyedül befolyásoló lelki momentumokhoz. Úgy vélem, hogy talán már a nemi felvilágosítás idején, de ha még nem akkor, úgy a serdültebb női kor küszöbén, a férjhezmenetelkor, a házasság folyamán kellően ki kell tanítani a nőket az elvetéléssel, a művi koraszüléssel járó sokszor el nem kerülhető, hozzá nem értő kezek között pedig feltétlenül bekövetkező nagy veszedelmektől. A bűnözéstől való félelem, az anyagi érdekek mind kisebb befolyású lelki momentumok, mint az életfenntartási ösztön a testi épség megtartásának akarása. Ezen ösztönök megtagadása kóros lelkiállapot, ha általános, úgy tömegpsyhosis. Kétségtelenül így fogandó fel a nőknek

mai általános szekszuális eltévelyedése: a férfias külsőre való törekvés és az anyaságtól való irtózás.

A nők lelki világához kell hozzáférközni, hogy az anyává letelés megelőző nemi élet ártalmait kikerüljék. Hogy azok bennük nagyobb kárt ne tegyenek. A felvilágosítás, a védekezés egyetlen lehetőségei. A miként, hogy és mikort illetőleg csak arra szorítokozom, hogy ma, mikor a leányok, nők szabad felügyelet nélküli élete mindinkább általánossá válik, az szükséges, hogy ez a kitanítás már az ivarérettség jelentkezésekor történjék meg, sokszor megisméltessék és hozzáértő, ezen kérdésekben szakképzett vagy legalább jól kitanított a serdülő leány, a fiatal asszony bizalmát bíró, arra érdemes egyén kezébe legyen letéve. A többi részlet annyi egyéni szempont mérlegelését követeli, hogy csak ezen két irányelv kitűzését látom célszerűnek.

A teherbeeséssel kezdődik az anyaság. Az anya és gyermeke érdekeinek védelméről lehetőleg korán kell gondoskodni. Ehelyütt csak az egészségi védelem kérdésével foglalkozunk. A terhesek egészségi védelmének célja elkerülni vagy idejekorán megelőzni azokat a halálos veszedelmeket, melyeket a legegészségesebb, legvirulóbb asszony terhessége is magában rejthet. A terhesség életrendszabályainak ismerete és pontos betartása ezt a célt szolgálja.

A terhesség halálos veszedelmei főként a szűk medencés szülés, a hibás helyen tapadó lepényű, a terhességi mérgezések mint a vesebaj és a rángató görcs és a fertőzés. A terhesek felügyeletével mindezen halálos veszedelmek legtöbbször idejekorán megelőzhetők. Ha meg a halálos veszedelmek már elkerülhetetlenek, akkor a halálos szövödmény szerencsés megoldása, a szülőnő és születendő magzat egészségének és életének megőrzése csakis és egyedül jól berendezett szülőintézetekben, nagy gyakorlatú szülészorvosok segítségével biztosítható. Ezért minden, nem teljesen rendes lefolyásúnak ígérkező, veszedelmesnek látszó szülést lehetőleg ilyen helyre vagy legalább szakember segítségéhez kell juttatni.

A szüléssel járó veszedelmeknél nem kisebbek a szülés és gyermekágy idején történhető fertőzések következményei. Az asepsis legszigorúbb szabályait itt minden vonatkozásban be kell tartani és sajátos, különböző viszonyokhoz való alkalmazkodással kell megadni a szükséges tanácsokat, rendelkezéseket. A legnélkülözhetetlenebb berendezésekből, szükségletekről kellő időben, minden lehetőség igénybe-

vételével kell gondoskodni. A gyermekági fertőzés ellen védekezni kell. Bekövetkeztekor szakszerű gyógyítással, lehetőleg szülőházba juttatással kell a nagy életküzelemből kikerülés minden lehetőségét biztosítani.

A gyermekágyasok egészségügyi védelme azt kívánja meg, hogy őket a szó legszorosabb értelmében súlyos betegeknek tekintsék, akiknek életben maradása, felgyógyulása, egészségük, munkaképességük visszatérése, a szakszerű gyógyításhoz, ápoláshoz, a gyermekágyasok részére előírt életrend pontos betartásához kötött. Az egészségügyi anyavédelem egyik legfontosabb feladata, hogy lehetőleg biztosítsa ezen életbevágó kérdések teljesítését.

Ugyanezen keretbe tartozik, de nemcsak az anya, de megszületett gyermekének is közös érdeke az, hogy minden anya szoptassa gyermekét. A szoptatás gyermekvédelmi jelentőség egy előbbi fejezetben (II. 189. oldal) részletesen elmondtam ezen kívánság élettani, abszolút, általános lehetőségét. Az anya- és csecsemővédelem legmesszebb kiható jelentőségű feladata az, hogy egyrészt biztosítsa az emlőn táplálás célszerű módjának általánossá válását, másrészt leküzdjön minden szociális akadályt, mely a szoptatás lehetőségét megnehezíti.

A szociális anyavédelem azonban nem itt kezdődik, de már a teherbeesettek szociális megsegítésénél. Megfogyatkozott munkaképességük, lebetegedésük előtti és utáni időben beálló keresetképtelenségük által bekövetkező anyagi károsodásuk csökkentése, elviselhetővé tétele ezen szociális nagy feladat fő momentumai.

Az életproblémák igazságos megoldása az volna, ha a szükséges anyagi segítséget, támogatást minden reászorult megkaphatná. Ezen keretben, az ezen célra törekvő útnak csak a legkezdetén vagyunk. A lebetegedést megelőző és gyermekági anyagi segítség ma még csak a Munkásbiztosító Pénztár tagjainak van biztosítva. Az állami gyermekvédelem csecsemőjével együtt a szoptatás egész tartama alatt eltart minden oly anyát, ki gyermekét bebizonyítottan eltartani nem képes. A társadalmi anya- és gyermekvédelmi intézményeink egeseinek is ily irányú a tevékenysége.

A szociális segítség, az anyagi támogatás mindig csak szűk határok közé korlátolt fog maradni. Kihatása sohasem fog vetekedni az egészségügyi anyavédelemmel, mert a legjobb anyagi viszonyok között is bekövetkehetnek oly életbe-

vágó egészségi károsodások, melyek az anyaegészségtan tanainak köztudata kerülésével elkerülhető lesznek. Ezért kell jól megszervezni az egészségügyi anyavédelmet. Intézményeiként ezidőszerint nálunk főképpen a *Stefánia-Szövetség* már ismertetett tanácsadó intézményei és védőnői, a munkásbiztosító pénztárak tanácsadó rendelkezései szolgálják ezt a célt. Az anyák és gyermekek egészségügyi érdekei sürgetik, hogy ezen keretek minél hamarább, minél jobban táguljanak, hogy lehetőleg minden terhes asszony, minden lebetegedő, minden csecsemőjét szoptató, gondozó anya egyénenként gondos kitanításban, segítségben részesüljön.



„Pátria” R.-T., Budapest, IX., Üllői-út 25.

Felelős nyomdavezető: Mészáros Vilmos