

A NEMI EGÉSZSÉGÜGY PROBLÉMÁI

AZ ORSZÁGOS KÖZEGÉSZSÉGI EGYESÜLET ANTIVENERIÁS BIZOTTSÁGA
MEGBÍZÁSÁBÓL

ÍRTA

D^r DOROS GÁBOR
KÓRHÁZI FŐORVOS

ELŐSZÓVAL ELLÁTTA

D^R SCHOLTZ KÖRNÉL
ÁLLAMTITKÁR, EGYETEMI TANÁR

BUDAPEST, 1928

A M. KIR. NÉPJÓLÉTI ÉS MUNKAÜGYI MINISZTERIUM TÁMOGATÁSÁVAL
KIADTA AZ
ORSZÁGOS KÖZEGÉSZSÉGI EGYESÜLET

ELŐSZÓ.

ELŐSZÓ.

Népbetegségeknek nevezzük a betegségeknek ama csoportját, amelyek nagy elterjedtségük révén nemcsak mint az egyes emberek egyéni bajai, hanem valójukban mint az egész népnek, az egyének összességének betegségei gyanánt reprezentálódnak és tömeges előfordulásukkal és súlyos következményeikkel a nép, a nemzet életképességének, vitalitásának, erejének alászállására vezetnek. A betegségek ezen csoportjában jelentőség dolgában a tuberkulózis mellé közvetlenül sorakoznak a nemi betegségek.

A nemi betegségek jelentőségének szociális politikai értelemben való elbírálásában több körülményre kell figyelemmel lennünk. Az egyik az a kár és veszteség, amelyet emberéletek megrövidítésével okoznak. Ez a veszteség még csak néhány évtizeddel ezelőtt is nem becsültetett különösen nagyra, s a kommentár nélkül készült hivatalos halálozási statisztikák adatai szerint most sem látszik nagynak, mert például a szifilisz okozta halálozások túlnyomóan nagy része, a betegség által megtámadott szervek elváltozásait jelző diagnózissal könyveltetik el. A kórokokat kutató orvostudomány egyre több és több azelőtt ismeretlen eredetű bajról állapítja meg, hogy tulajdonképpeni oka mindig vagy gyakran a szifilisz. Pontos számítások arról, hogy a szifilisz és az általa okozott betegségek miatt hány ember hal meg, a dolog természete szerint ezidőszerint még nincsenek. Becslésen alapuló számítások szerint, amelyeket e munka szerzője végzett, Magyarországon az összes halálozások 4.7 %-a, Budapesten 8.9 %-a

vezethető vissza erre a betegségre. (A tuberkulózis nálunk az összes halálozások 13—17 %-át okozza.) A másik — népesedéspolitikai szempontból különösen figyelembe veendő — körülmény a szifilisz és kankó által okozott szaporodási népvészesség. Ugyanezen szerző évi 30,000 főre becsüli azt a szaporodási hiányt, amely ezen két betegség okozta terméketlenség és elvetélések következménye.

A nemi betegségek elleni védekezés tehát nyilvánvalóan az egészségügyi kormányzatok legelsőrendű, de igen nehéz feladatai közé tartozik. Megnehezíti ezt a védekezést az a pszichikai tényező, amely ezekhez a megbetegedésekhez fűződik. Részint az emberi szeméremérvet, részint az a tény, hogy a legtöbb nemi megbetegedés házasságon kívüli érintkezésből ered, a nemi betegségeket a köztudatban szégyenleni való bajokká bélyegzi, s a benne szenvedőket bajuk rejtegetésére, eltitkolására készteti. Nyilvánvaló, hogy ez a körülmény a sikeres védekezés elemi feltételeinek — a betegek felkutatásának, rendszeres gyógyításának s a gyógyulás ellenőrzésének — biztosítását fölültébb megnehezíti. További nehézség rejlik a prostitúció — úgy a nyílt, mint a titkos prostitúció — problémájában, amelynek megoldása többféle lehet, de tökéletesen kielégítő talán sohasem lesz.

A magyar egészségügyi kormányzat a legutóbbi időkben különös súlyt helyez a nemi betegségek elleni védekezés kérdésére, s ezen a téren már több kezdeményező lépés történt. A helyzet lehető megismerése céljából ezidőszereint egy évig tartó hivatalos statisztikai adatgyűjtés van folyamatban, természetesen a kötelező orvosi titoktartás legszigorúbb biztosítása mellett; előrehaladott tárgyalások vannak folyamatban egyelőre 8—10 nemibeteg gondozó létesítésére az ország nagyobb városaiban; az anyagi lehetőségekhez képest kiterjesztetik a szifilisz leghatásosabb, de sajnos igen drága gyógyszerének, a salvarsan-készítményeknek rendelése az államkincstár terhére, s előkészítés alatt állanak a veleszületett szifilisz elhárítását célzó különféle intézkedések. Ide sorolhatók még a prostitúció korlátozása és eredményesebb ellen-

őrzése céljából legutóbb történt erkölcsrendészeti rendelkezések is. Mindezeknek a nagyfontosságú intézkedéseknek előkészítéséhez és részben végrehajtásához is a kormányzatnak az ügy minden részletét teljesen ismerő szakemberek segítségére volt és van szüksége. A népjóléti és munkaügyi miniszter úr az Országos Közegészségi Egyesületet kérte fel arra, hogy ezeknek a nehéz és kényes feladatoknak megoldásában segítségére legyen. Az egyesület készségesen tett eleget ennek a felhívásnak, s elnökének, *Gerlóczy Zsigmond dr.* egyetemi tanár úrnak, a felsőház tagjának javaslatára e végből saját kebelében külön bizottságot alakított. Ez a bizottság, az Országos Közegészségi Egyesület antiveneriás bizottsága *Basch Imre dr.* székesfővárosi közkórházi igazgató, egészségügyi főtanácsos úr elnöklete alatt immár negyedik éve végzi önzetlenül és sikeresen fáradtságos és felelősségteljes munkáját. Tagjainak, úgyszólván az összes szakorvosoknak bevonásával sűrűen tartott tanácskozásai, s ezek eredményeképpen a helyzet tökéletes ismeretében készített, gondosan megfontolt részletes javaslatai, s különösen a bizottság elnökének a különféle érdekeltségekkel a helyszínen folytatott beható tárgyalásai megbecsülhetetlen hasznára vannak az ügynek.

A bizottság sokfelé ágazó tevékenysége folyamán szükségesnek látta egy oly munka kiadását, amely a nemi betegségek elleni védekezés kérdését lehetőleg minden oldaláról és minden részletében megvilágítja, úgyszólván feltárja a kérdés minden részletét a végből, hogy orvosok és szociológusok, lelkészek és pedagógusok és mindenki, akit csak e problémák érdekelnek, kompendiózus összefoglalásban együtt lássák az elbírálandó és megvitatandó anyagot. A bizottság az a nemi egészségügynek egyik jeles ismerőjét, *Doros Gábor dr.* kórházi főorvos urat bízta meg ennek a munkának előkészítésével, mint aki számos jeles irodalmi közlésével tanúságát adta annak, hogy a szóban levő kérdések minden részletét kitűnően ismeri. A feladat nem volt könnyű. Igen nagy anyagot kellett lehetően rövidre fogva, de kellő alapossággal

és kellő objektivitással ismertetni, s a szerző mindkét követelménynek kitűnően megfelelt. A nemi betegségek elleni védekezés egyes kérdéseiben, így különösen a prostitúció kérdésében a szakemberek között nagy ellentétek vannak. E munka szerzőjének is megvan természetesen a maga erős meggyőződésen alapuló álláspontja, de ezt nem helyezi előtérbe, s fejtegetéseiben az «audiatur et altera pars» kívánalmának is minden tekintetben megfelel. Az a meggyőződésünk, hogy az Országos Közegészségi Egyesület ennek a munkának kiadásával nagy szolgálatot tett a közegészség ügyének.

Scholtz Kornél dr.

államtitkár, egyetemi tanár.

ELSŐ FEJEZET.

I. FEJEZET.

BEVEZETÉS.

A nemi egészségügy fejlődési irányzata
Magyarországon.

A veneriás betegségek által előidézett mélyreható közegészségügyi ártalmak a hatósági igazgatásnak és társadalomnak már évszázadokkal ezelőtt komoly gondokat okoztak, s a higiénének ma is egyik legnehezebb problémáját alkotják.

A szifilisz annak ellenére, hogy idők folyamán sokat vesztett akutan romboló erejéből, mellyel a XV. század utolján először végigszántotta Európát, az emberiségnek napjainkig egyik legveszedelmesebb, lappangva gyilkoló ellensége maradt. De ismeretessé vált a távoli ősmúltból származó kankónak fontos népesedési jelentősége is, s e betegség — melyet a régi világban jelentéktelen folyamatnak, az «identisták» idejében pedig csak a szifilisz egyik könnyű megnyilvánulásának tartottak — ma a higiéné művelői előtt már szintén kellő figyelemben részesül.

Visszatekintve a középkorba, a XV. század végéig hazánkban semmi olyan intézkedésről sem tudunk, ami a veneriás betegségek csökkentését, s ezúton a nemi egészségügy javítását célozta volna. A szifilisz feltűnése után, a XVI. és XVII. század korszakában is úgyszólván kizárólag a sexuális erkölcsök javításával igyekeztek e betegségek pusztításának útjába állni, s ebből az időből sem maradtak fenn kifejezetten veneriás vonatkozású közegészségügyi intézkedések vagy rendeletek. Annál ismeretesebbek azonban azok a szigorú, sőt

kegyetlen eljárások, melyekkel a sexuális kihágásokat e korban megtorolták. A hatóságok valósággal irtó hadjáratot vezettek az erkölcstelenség kipusztítására, mit a pellengérnek, korbácsolásnak, száműzetésnek és helyenként a halálbüntetésnek borzalmas eszközeivel próbáltak megszüntetni. Ezek a büntetések általában a megtévedt nőket, leggyakrabban pedig a prostituáltakat sújtották, kiknek «kiirtásával» vélték e kor intézői a nemi ragályokat megszüntethetni. Ámde a rengeteg hiába ontott vér és könny bebizonyította, hogy *kizárólag hatalmi szóval az emberek sexuális életét kormányozni nem lehet*, s mivel a nemi keveredés a legnagyobb kegyetlenséggel sem volt megszüntethető, a romboló veneriás betegségek változatlan erővel tomboltak és terjedtek tovább.

A XVIII. század utolja felé aztán némileg tisztultabb és humánusabb felfogás kerekedett felül. Belátták végre, hogy a hóhér és poroszló nem alkalmas eszköz a veneriás betegségek meggátlására és megpróbálták a kérdést közegészségügyi intézkedésekkel szabályozni.

II. József idejében már külön egészségügyi rendszeti osztály létesült, melynek hivatása volt a különböző pusztító ragályoknak gátat vetni. Ez a hivatal röviddel megalakulása után felszólította a budai egyetem orvosi fakultását, hogy a szifilisz ellen való országos védekezés módozataira tegyen proposíciókat.

Az egyetemnek 1782-ben kelt szakvéleménye, melyet országos rendelet keretében hoztak nyilvánosságra, korszakot alkotó fordulatot jelent a hazai antiveneriás küzdelemben. A rendelet már nemcsak a «prostituáltak kiirtásával») foglalkozik, hanem az egész népesség nemi egészségügyét teszi vizsgálat tárgyává. A budai orvosi kar a szifilisz rombolásának és az utódokba való továbbvitelének meggátlására többek közt azt ajánlja, hogy *minden lakost* havonként szigorú vizsgálatnak vessenek alá, s mindazokat, kiket betegnek talál-
nak, a többitől elkülönítve kórházi kényszergyógyítás alá helyezzenek. A kar felhívja arra is a figyelmet, hogy mindenféle alorvosok, álsebészek, banyák és koldusok kuruzsolják

a népet, mi a betegség elfajulását okozza. Végül utal a gyógykezelést végző «seborvosok» számának elégtelen voltára és azok tökéletlen gyógyeljárások, mely nem követi elég pontosan az orvosprofesszorok által kiadott kezelési utasítást.

A hatóságok — bár a sok helyes indítványból igen keveset valósítottak meg — e szakvélemény alapján kezdték lassan felismerni, hogy kizárólag a prostitúció ügyével foglalkozni nem elégséges. Két év múlva már újabb rendelet jelent meg, mely Krassó megyében két szifilisz-kórház felállítását rendeli el és egyben felszólítja az egyetemet, hogy írja össze és jelentse, melyik helyiségben mennyi a szifilisz betegnél és hol van az országban kórházak létesítésére, «seborvosok» alkalmazására és gyógyszerek kiutalására szükség.

A tisztultabb felfogás dacára az antiveneriás küzdelem csigalépésekben haladt előre. Az egészségügyi közszellem hiánya, a maradiság és pénztelenség megakadályozott minden eredményesebb akciót.

Mégis 1793-ban újabb nagy lépés történt, mikor legelőször törvényileg kimondták, hogy a szifiliszben szenvedő szegénysorsú adófizető polgárok a házi pénztár terhére bármely kórházban ingyen gyógyítandók.

A sexuális higiéne terén további fontos határkö az 1827. évi rendelet, amely már áttekintőbb szempontokat érvényesít, mikor óva inti a népességet olyan dajkák alkalmazásától, kik szifiliszben szenvednek.

1841-ből találjuk a legrégebb feljegyzést, mely fővárosunkban a szifilisz kórházi statisztikájával foglalkozik.

Végül az 1848. év a nemi bajok elleni küzdelem történetében két szempontból jelent nagyfontosságú fordulópontot. Ekkor vették ki a diplománélküli «seborvosok» kezéből a prostituáltak vizsgálatát és bízták hatósági orvosokra. Egszersmind azt is elrendelték, hogy a tisztiorvosok a prostituáltakat hetenként meghatározott időben, hatósági felügyelet mellett kötelesek vizsgálni. Ez az intézkedés hazánkban tulajdonképpen a reglementációs rendszer első primitív alapját vetette meg.

Amikor nálunk fentiek értelmében a prostituáltak állandó ellenőrzése életbe lépett, külföldön már jóformán mindenütt bevezették a reglementációt.

E rendszer alap gondolata köztudomásúlag azon épült fel, hogy a prostituáltak a nemi betegségek fészkei és hordozói, s így azokat hatósági összeírás, orvosi ellenőrzés és betegség esetén kényszergyógyítás alá kell helyezni, aminek következetes végrehajtása esetén a veneriás bajok tovaterjedése már azok forrásánál lehetetlenné lesz téve. Ezt a közegészségügyi princípiumot a múlt században úgyszólván az összes kultúrállamok elfogadták, s az antiveneriás küzdelmet 1848 után nálunk is erre az alapra fektették.

Az idők folyamán nyert bőséges tudományos és gyakorlati tapasztalat azonban beigazolta, hogy a nemi betegségek leküzdésében a vérmes reményekkel megalkotott reglementáció sem panacea. Ennek a rendszernek sok hiányossága, sőt árnyoldala van, melyek egészségügyi hasznát alaposan lecsökkentik. E mellett közérkölcsiségi, növédelmi és ifjúságvédelmi szempontból hovatovább több és több aggodalom merült fel ellene, melyet a közegészségügyi értékében csalódott szakörök sok helyen a rendszer megbuktatására használtak fel.

A vezető kultúrországok tekintélyes része már a XIX. század végén vagy jelen század elején felismerte a reglementáció hibáit és azt fölöslegesnek minősítve, el is törölte. Viszont az államok másik része — köztük Magyarország — mai napig sem tartotta szükségesnek e rendszerrel szakítani, melytől az antiveneriás küzdelemben sok tekintetben még kedvező eredményt remél. (Bővebbet a prostitúció fejzetében!)

Kétségtelen azonban, hogy az utóbbi évtizedek lefolyása alatt e kérdés megítélése körül nemcsak az abolíciós, hanem a reglementációs mentalitásban is óriási eltolódás következett be és nincsen ma komoly közegészségügyi fórum, mely az általános antiveneriás küzdelem lényegének és főtengelyének a reglementációt tartaná. Világos ugyanis, hogy a nemi ragályok terjesztésében éppenséggel nemcsak a bejegyzett pros-

tituáltak vesznek részt, — miként kezdetben az orthodox reglementáció képzelte — hanem a bejegyzésre nem vállalkozó vagy arra nem kényszeríthető titkos és alkalmi prostituáltak sokszorosán nagyobb kategóriája, *de mindenekfelett az egész férfi és női lakosságnak nemi keveredést (promiscuitas) folytató hatalmas tömege is.*

A veneriás betegségekkel veszélyeztető és veszélyeztetett széles emberréteg közegészségügyi helyzetén a reglementáció egymagában keveset változtat, s így a higiéniének azon irányzata, mely a nemi ragályok kiküszöbölését valaha úgyszólván kizárólag a reglementációval kívánta elérni, tévesnek bizonyult.

A múlt században a nézetek gyorsabb kibontakozását a rendészeti mentalitás egyoldalúságán kívül az is akadályozta, hogy a szifilisz és a kankó pathológiája, diagnosztikája és terápiája még sötétben tapogatózott, s e téren csak a mai generáció tudott eredményesebb haladást felmutatni. Hiszen a kankónak 1879, a szifilisznek 1905 előtt a kórokozóját sem ismerték! A köz- és társadalmi egészségtan némelyik ága pedig, mint tudjuk, még a közelmúlt idején gyermekcipőkben járt, s az általános prevenció elveit alig is ismerve, a nemi bajok elleni védekezés mindössze az akkor még tökéletlen gyógytevékenységre támaszkodhatott!

Az utolsó 150 év alatt vagy *félszáz* hatósági rendelet látott napvilágot, ami a veneriás betegségek leküzdésével és főleg a prostitúcióval kapcsolatos kérdéseivel foglalkozott. A felmutatott egészségügyi eredmények azonban minden várakozáson mélyen alul maradtak!

A közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk — mely legnagyobbbrészt ma is érvényben van — a nemi betegségek ügyére szintén kiterjeszkedett (89., 90., 91. §§), de e kérdést a megoldáshoz közelebb vinni nem tudta. Törvénycikkünk a veneriás betegségekre vonatkozólag ki mondja, hogy «A hatóság intézkedik, hogy . . . nagyobb terjedelemben történt felmerülte alkalmával, az azokban szenvedő egyének gyógykezelés alá vétessenek.»

Bár a nemi bajok kétségkívül mind a mai napig «nagy terjedelemben» pusztítottak, az 1876. évi törvény princípiumainak megfelelő «hatósági intézkedésiből csak nemes szándék és végre nem hajtott előírás lett.

Így lényegében minden a régiben maradt, s az antivenériás védekezés továbbra is néhány kórházi osztály létesítésére és a bejegyzett prostituáltak ellenőrzésére szorítkozott. *Rigler* professzor, a közegészségtan kiváló tudósa élesen világít rá a szifilisz ellen való közhatósági küzdelem korlátozott voltára: «Amidőn még járványos és gyorsan halállal végződő betegség volt a szifilisz, ellene is szigorú hatósági intézkedéseket gyakoroltak. Amióta azonban ilyen alakban nem pusztít, azóta csak a *notórius* fertőzést terjesztők ellen foganatosítanak hatósági intézkedéseket.» (Rigler: Közegészségtan és a fertőző betegségek. 202. old.)

Végre az utolsó évtizedek alatt kezdett az állam és társadalom tudatára ébredni annak, hogy a tuberkulózissal majdnem egyenlő fontosságú *veneriás betegségek ügyét csupán az összes vonatkozásokra kiterjedő, alaposan átgondolt és rendszeresen végrehajtott egészségügyi program segítségével lehet megoldani.*

A nyugati államokban, különösen Németországban — hol a nemi egészségügy kérdéseinek könyvtárra rúgó irodalma van — az 1914—18-as világháború idején a veneriás betegségek közegészségügyi és szociális fontosságával, s azok megelőzésének és leküzdésének problémájával rengeteget foglalkoztak.

Hazánkban az 1916—17-ben *Nékám* professzor vezetése alatt tevékenykedő «Nemzetvédő Szövetség») munkálatai vették meg ez irányban az alapot. A Nemzetvédő Szövetség 1918-ban megszűnt ugyan működni, s a háborús összeomlás miatt programját végrehajtani nem tudta, de *Nékám* munkálatai nagy adatgyűjteménnyel, sok értékes eszmével és tapasztalattal gazdagították szakirodalmunkat, melyek a változó helyzet összevetésével a társadalom nemi egészségügyének fejlesztése körül mindig felhasználhatók lesznek,

A háború és forradalmak utáni konszolidálódás bekövetkeztevel a m. kir. Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium vette kezébe az ország egészségügyi kormányzatát. Minisztériumunk 1925-ben megbízta az Országos Közegészségi Egyesületnek *Basch Imre* vezetése alatt álló Antiveneriás Bizottságát, mint szaktanácsadó szervét, a veneriás kérdések tanulmányozásával. Fenti bizottság azóta a nemi betegségek leküzdésének ügyében — az adott helyzet kívánalmainak és lehetőségeinek keretei között — gyakorlati jellegű javaslatok kidolgozásával áll a kormányzat rendelkezésére.

Hogy a nemi egészségügy javulásában ezek ellenére csak lassú haladást látunk, annak okát nem az illetékes intéző körök buzgalmanak hiányában, hanem egyes néprétegek egészségügyi ismereteinek hiányosságában és főleg a súlyos pénzügyi nehézségekben találjuk. A helyzet még nem régi-ben is az volt, hogy a lakosság a közegészségügynek egyetlen irányát és megnyilvánulását a kórházi intézményben látta és nem hogy kívánta volna a korszerű egészségügyi újításokat, hanem azokkal szemben meg nem értéssel, sőt gyakran ellenséges érzülettel viseltetett. A kormányzat viszont a pénzügyi katasztrófa, majd a regeneráció nehéz ideje alatt közegészségügyünk új alapokra fektetése érdekében köztudomásúlag csak kismérvű áldozatokat hozhatott.

Miután azonban már bizakodással nézhetünk a fent említett akadályozó körülmények fokozatos megszűnése elé, érdemesnek látszik a közegészségügy különböző ágazatainak részleteivel is behatóbban foglalkozni.

Az általános higiénének egyik legfontosabb fejezetét éppen a jelenleg tárgyalt nemi egészségügy alkotja, melynek *gyakorlati problémáit*, s részletkérdéseit ismertetni nehéz és felelősségteljes feladatom.

Első kérdés az, hogy mely szempontok figyelembevételével tűzhetjük ki és osztályozhatjuk államunknak és társadalmunknak az antiveneriás küzdelemben követendő célirányos alapfeladatait.

E tekintetben szakítanunk kell mindazzal az egyoldalú

elgondolással és ferde irányzattal, mely a múltnak imént felsorolt tévelygéseiből maradt reánk. A nemi egészségügy szempontjait a külföldön és már hazánkban is helyesnek elismert irányelvek szerint, jövőre a mindenkit általánosan befoglaló és egyetemes jellegű megítélés alapján kell felállítanunk!

A célkitűzés kérdését teljes értékű felelettel válaszolja meg *Elaschko* professzor, a nemi egészségtan alapvető művelője, kinek klasszikus meghatározása a veneriás ártalmak tekintetében késő nemzedékek számára is iránytű marad: «Két feladat hárul a nemi betegségek elleni küzdelemben a higiénére: egyik visszatartani az egészségeseket a betegetől, vagyis elérni azt, hogy ezek a ragály veszedelmének ne tegyék ki magukat; a másik pedig távoltartani a beteget az egészségesektől, s ily módon odahatni, hogy azok betegségüket továbbterjeszteni ne tudják.» (Weyls: *Handbuch der Hygiene*, 1920, 448. old.)

Ha az antiveneriás küzdelemben követendő módszereket keressük, e tekintetben is a régen alkalmazottaknak újjal való felfrissítése kívánatos. A múlt egészségügyi politikája, főként gyógyászattal foglalkozó ténykedésével, a nemi ártalmak legyőzésében elégtelen eredményeket aratott, miért is nélkülözhetetlen a társadalomegészségtannak bevált új fegyverét, *az általános megelőzés módszerét e téren is csatasorba állítani.*

Ez nem jelenti a gyógyító tevékenység fontosságának lebecsülését, hanem csupán azt, hogy a gyógyítás törekvéseit újabb közegészségügyi faktorokkal kell alátámasztanunk. Természetes tehát, hogy a veneriás betegségek leküzdésére vonatkozó állami és társadalmi feladatok komplexumának is célirányosan kell a megelőző és gyógyító ténykedés között megoszlania.

Fenti közegészségügyi irányelv helyességének megerősítése céljából hivatkozom *Scholtz* prof., államtitkár értékes megállapítására: «A prevenció vagy profilaxis azoknak a sokféle törekvéseknek összesége, melyekkel a meglevő egészség fenntartását, s a megbetegedések számának leszállítását

igyekszünk elérni. A másik, a kuratív higiéné a megbetegedett ember meggyógyításával vagy életének hosszabb-rövidebb időre terjedő meghosszabbításával küzd a népesség megfogyatkozása ellen. Végső céljuk tehát azonos: az emberi élet időtartamának meghosszabbítása. A prevenció elve nyilván fölöttebb racionális, mert egyszerűbb és gazdaságosabb dolog elejét venni valamely bajnak, mint megvárni annak bekövetkezését, s azután küzdeni ellene. Nagy hibát követnénk azonban el, ha a prevenciónak eme észszerű voltára és sikereire hivatkozva az egészségügyi közszolgálat másik nagy tényezőjének, a kuratív higiénének jelentőségét kisebbiteni igyekeznénk.» (Népegészségügy, 1927, 65. old.)

Ezen megállapítást zsinórmértékül fogadva el, igyekszünk fenti osztályozás alapján röviden összefoglalni mindazon 1) *preventív* és 2) *kuratív* feladatokat, melyek a nemzeti egészségügy fejlesztése körül az államra és társadalomra hárulnak.

MÁSODIK FEJEZET.

II. FEJEZET.

A NEMI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉNEK KÉRDÉSE.

1. A nevelés és oktatás tennivalói.

Hogy a sexuális élet különböző veszedelmeivel, különösen a nemi keveredésben fogant veneriás betegségekkel szemben csirájában kezdhessük el a megelőző védekezést, mérlegelnünk kell, hogy a nevelésnek és oktatásnak milyen eszközeivel lehetne népességünk egyedeit a rájuk leselkedő ártalmak ellen még testi és szellemi fejlődésük idején felvértezni.

Külföldön a sexuális pedagógia szükségességéről és irányzatairól az utolsó egy-két évtizedben sok szó esett, s a vélemények nagy többsége megegyezett abban, hogy szakítva a régi «laisser passer» elvével, valamilyen pedagógiai megoldást kell keresni a veneriás bajok keletkezési lehetőségének *gyökér ében* való megelőzésére.

Mindenekelőtt meg kell állapítani, hogy a gyermekben már igen korán jelentkezik bizonyos kívánság a sexuális élet rejtelmeinek ismerete után. Angliában pl. többek közt egy 637 középiskolai diákból álló csoporton tanulmányt végeztek ezirányban, ami azt az átlageredményt adta, hogy *a fiúk már 9 éves korukban nyerték első kifejezett sexuális impressziójukat* és ez idő óta állandóan érdeklődnek a nemi vonatkozású kérdések iránt (Pfeiffer).

Tagadhatatlan ezért, hogy kívánatos volna megfelelő módokat találni ezen eltitkolható ismereteknek olyan formában való átültetésére, mely nem bántja a gyermek szeméremérzetét, s idealizmusát, nem kelti fel kelleténél jobban

érdeklődését, sőt szigorúan csak a szükségeset nyújtja és vég-eredményben az ismeretlen kutató gyermeki elmére megnyugtatólag hat.

Az eddigi rendszer, mely a sexuális nevelést leghelyesebben a nemi vonatkozások tökéletes elhallgatása útján vélte gyakorolni, teljesen célját tévesztett metódus, mert a gyermekek magukra hagyottsága többnyire oda vezetett, hogy sexuálitásuk fejlődése egészen helytelen irányba terelődött. A szülő, nevelő és tanító részéről tapasztalt titokzatos hallgatás csak fokozza a gyermeknek az ismeretlen iránti izgalmat. A sexuális vonatkozású ismereteknek minden legkisebb elhullajtott morzsáját mohón kapja el és a nagyrészt nem kívánatos oldalról jövő szórványos felvilágosítások a gyermeki agyban végül is valami határozatlan, de többnyire káros és minden tekintetben ferde véleményben alakulnak ki. Ez a zavaros ismeret-komplexum a szükséges preventív tudnivalókat nem tartalmazza, ellenben károsan frivol vonatkozásaival sokak sexuális életére örökre rányomja az első gyermekkori benyomás visszás képét.

A nevelésnek azon módja tehát, mely gondosan elrejt minden sexuális vonatkozást, a serdülőket a nemi élet korai megismerésétől általában vissza nem tartja, annak ártalmas gyakorlását meg nem akadályozza és veszedelmes következményeinek megelőzését nem segíti elő.

Ezeket meggondolva könnyű eldönteni, hogy a negatív jellegű sexuális nevelés eredményei sohasem lehettek kielégítőek. Sokkal nehezebb azonban arra a kérdésre válaszolni, hogy mik hát az adott helyzetben konkrét feladataink. A helytelenül alkalmazott pozitív jellegű sexuális nevelés és oktatás ugyanis amannál nem kevésbé káros, és tudni kell, hogy igen sokat nyújtani e téren éppoly veszedelmes, mint túlságosan keveset!

Behatóan vizsgálva a sexuális pedagógia kérdését, azt látjuk, hogy itt az alapelvek tekintetében két ellentétes áramlat küzd egymással: *a)* az «etikai» és *b)* a «naturális» pedagógiai irányzat. Előbbi az erkölcsnek, tisztaságnak, szemérem-

nek és mindenekfelett az önmegtartóztatásnak propagálásával, illetőleg elérésével óhajtja a kívánt célt megközelíteni. Utóbbi viszont a reális élet követelményeként a dolgok tényleges ismeretének szükségességét állítja be és a sexuális élet fiziológiai megnyilvánulásainak feltárása, s általmainak tervszerű ismertetése révén véli a kellő eredményt elérni.

A nemi etikának az az útmutatása, mely a sexuális pedagógiát a tiszta nemi életrevaló nevelés területére kívánja korlátozni, igen tiszteletreméltó irányzat. Az idealizmus, önuralom és akaraterő, melyek ennek az útvonalnak határkövei, a «homo sapiens» jellemének valóban örökre legragyozóbb ékkövei lesznek.

A szülőre, iskolára, társadalomra és államra hárul a nemes feladat, hogy a serdülő ifjúság egyedeit szilárd akaraterő és biztos önuralom birtokosaivá tegye, mert ezek a legkülönb polgári erények, de egyszersmind bármely rendszerű sexuális pedagógia sikerének legfontosabb követelményei. Csak az kerülheti el biztosan a házasságon kívüli nemi élet ártalmait, ki megtanulta akaratának, vágyainak, hangulatának, szenvedélyeinek urává lenni. Ilyenné kell próbálni nevelni systematikus munkával a jövő magyar ifjúságot! Megfékezni az önzést, a részvétlenséget, a durvaságot és élvágyat, melyeknek csirája úgyszólván minden gyermekben benne lapang, és idejében kifejleszteni a női tisztesség tiszteletének, s a lovagiasságnak nemes érzését. De ezeken felül a nevelési rendszabályoknak egész sora kell, hogy vértesse különösen a fiúgyermeket. Megakadályozni minden olyan befolyást, ami a testet elpuhítja, kerülni a tunya, túlbőséges életmódot és alkoholt, mellőzni az egyoldalú szellemi fárasztás és padhoz kötött tanulás rendszerét, de felkarolni a szabadban való oktatást, a testmozgásokat és mindenekfelett a racionális, egészséges sportokat, melyek mind igen alkalmas eszközök arra, hogy megakadályozzák a sexuális érzések túlkorai kifejlődését és rendkívül erős bástyái a veneriás veszedelmek megelőzésének.

A tiszta sexualitás és absztinencia azonban a sexuális etika

minden nemes törekvése ellenére is az ifjúságnak igen szűk területére korlátozódik. A házasságon kívüli önmegtartóztatás ugyanis két faktortól függ, egyik a nemi inger intenzitása, másik az azt legyőzni hivatott akaraterő foka. Egyiket csökkenteni, másikat fokozni testi és szellemi neveléssel képesek vagyunk, de részben konstitucionális tulajdonokról lévén szó, az eredmény bizony gyakorta nem kielégítő. Ilyenkor csődöt mond az etikai nevelés és akarva, nem akarva életbe lép a naturális pedagógia jogosultsága! Ez azonban nem áll fenn mindenütt egyforma mértékben, s természetesen elsősorban a fiúgyermekre vonatkozik, hiszen a leánygyermek specális testi és szellemi alkatuk folytán etikai eredményekre köztudomásúlag lényegesen alkalmasabb talajul szolgálhatnak.

Az igazságnak mindenesetre szemébe kell nézni és sajnálattal elismerni, hogy manapság úgy, mint valaha, nálunk éppúgy, mint külföldön, a szegényebb rétegeknél azonképpen, mint a vagyonosaknál a serdülő férfinépességnek csak kis része marad absztinens (Fournier—Párizs, Welander—Stockholm, Bendig—Stuttgart, Meirowsky—Breslau stb.). Egyes külföldi adatok szerint a fiúgyermeknek középiskolai évei alatt 88.7 %-a önfertőzés 32.9 %-a, tehát egyharmada közösül (Jaffé). Más hasonló statisztikák pl. 4000 főnyi férfianyag ezirányú kikérdezéséről számolnak be, s arra az eredményre jutnak, hogy a gyermekeknek 64 %-a már 15. életéve előtt (!) onanizált. 10,000 férfibeteg adatai viszont beigazolták, hogy ezen tekintélyes statisztikai mennyiségnek 8.2 %-a szifiliszét kora ifjúságában, már 20. életéve előtt (!) szerezte (Good).

Ezek az adatok, melyek minden hozzáértő előtt a tapasztalati igazságok erejével hatnak, komoly meggondolásra készítenek az irányban, hogy vajjon a kizárólagosan etikai pedagógia teljesen elégséges fegyver-e a nemi ártalmak elleni küzdelemben?

Annak fenntartása és *szüntelen* hangsúlyozása mellett, hogy a serdülőkori és minden házasságon kívüli önmegtart-

tóztatás nemcsak hogy ártalmatlan az egészségre, hanem a szexuális higiénének úgyszólván *nélkülözhetetlen feltétele*, sőt a veneriás bajok elleni egyéni küzdelemnek *egyetlen biztos védelmi eszköze*, — a való élet reális követelményeit sem szabad figyelmen kívül hagynunk. A pedagógiának módja van rá, sőt kötelessége az, hogy nevelési rendszerében a fiatalság szemé elé a tiszta ideált állítsa, még akkor is, ha tudatában van annak, hogy ebből a valóságban csak igen kevés megy teljesebbé. De egyszermind fel kell készülnie — a bölcs hadvezérhez hasonlóan, ki már offenzívája közben tarsolyában hordja a szükségessé válható defenzíva tervét — az ideális irányú nevelési rendszer kudarcára és eleve beállítania a reális védekezés pedagógiai módszerét.

A való életnek tehát az a diktátuma, hogy a veneriás veszélynek elsősorban kitett férfinemű ifjúsághoz valahogyan hozzájuttassuk azon ismereteket, melyek előttük az egészséges nemi élet törvényeit és a veneriás bajok veszedelmét a szükséges mértékig feltárják.

A naturális jellegű szexuális pedagógia legnehezebb kérdése, hogy *a)* mely időpontban, *b)* milyen keretek között és *c)* ki által történjen az oktatás. Legcélszerűbbnek tartanám, ha az idevágó pedagógiai anyag úgy az időpontot, mint az oktatás mikéntjét illetőleg két részre tagozódna. Első része lenne a szexuális biológia, melyet az alsóbb osztályok tanulmányai közé kellene osztani, második része pedig a legfelsőbb korosztályok felvilágosítását célzó szexuális higiéné.

A szexuális biológiának az alacsonyabb osztályok anyagában már eddig is rendszeresített természettudományi, illetőleg természetrajzi tanulmányok közé való iktatása nagyobb nehézségbe alig ütközne. A növénytan az első kiinduló pont, melynek keretében a legegyszerűbb biológiai mozzanatoknak, a sejtek oszlásának, a virágok termékenyülésének stb. ténye és magyarázata adná a legprimitívebb szaporodási folyamat első példáját. Az állattanban, hol a jelenlegi tanrendszerben is hivatkozás történik a különféle szaporodású állatfajtákra, — pl. a hüllők, madarak és emlősök osztá-

lyára — az egyes állatcsoportoknak ezen sexuális biológiai különbségét, s így magát a szaporodás jelentőségét bővebben lehetne kifejteni. Elkezdve a táptalajon szaporított mikroobáktól, madarak tenyésztésén át egészen az apró emlősökig (fehér egerek, tengeri malacok, házinyulak stb. tenyésztete), rendkívül tanulságos és az intézeteknek minimális anyagi terhelést jelentő oktató és szemléltető anyagot lehetne összeállítani, mely a gyermekeknek a megismerésen kívül szórakozást is nyújtana.

Az emberi sexuális életre ezen tanulmányokkal kapcsolatban természetesen semmi direkt utalásnak sem szabad történnie, elegendő annak kiemelése, hogy az ember is az emlősök biológiai csoportjába tartozik. Az ember sexuális életének és szaporodásának elgondolását és megértését pedig rá kell bízni a gyermeknek «per analogiam» következtető képességére.

Alig is szükséges különösebben hangoztatni, hogy az egész sexuális biológiai oktatásnak mintegy észrevétlenül kell beolvadnia a természettani anyagba és minden fölösleges kiemelés vagy hangsúlyozás nélkül a legszakszerűbb tárgyalással kell megtörténnie. *A cél az, hogy a gyermek az élőlények sexualitásának alaptörvényéről és a szaporodás mibenlétéről magának helyes és egészséges képet alkosson, s a nélkül, hogy figyelme abnormális úton ráirányíttatnék (ami az eltitkolás mellett gyakran előfordul), hozzászokjon a szaporodással járó biológiai folyamatok magától értetődő és természetes voltahoz. Ugyanekkor a serdülő ifjúság lelkébe be kell véteni a tudatot, hogy az élőlények szaporodásának ténye egy Isten és természet által örök bölcseséggel rájuk rótt magasabbrendű hivatás, melynek biológiai megnyilvánulása nem frivolitást, hanem komoly meggondolást igényel!*

A sexuális pedagógia második, nem kevésbé fontos részének a legmagasabb osztályok érettebb növendékei számára előadott sexuális higiénének kellene lennie. A nemi egészségtan sem lenne önálló tantárgy, hanem a többi tanulmányok közé minden elkülönítés nélkül olvadna be. A közép-

iskolai közegészségtannak átfogóbb keretei pl. mindenesetre módot nyújtanak a sexuális higiéné megfelelő beiktatására, így szükséges volna az általános tájékozódáshoz megkívánható anatómiai és élettani ismeretek rövid előadása, továbbá az egészségügy alapszabályainak, a lakás, táplálkozás, testápolás, ruházkodás, első segélynyújtás, sport stb. higiénéjének ismertetése mellé a legfontosabb heveny és idősült ragályos betegségek főbb tüneteinek és jelentőségének megtanítására, amelyek közé a szifilisz, kankó és lágymély is tartozik.

Ily módon a különböző betegség-csoportok között minden különösebb kiemelés nélkül kerülne a sor az egyes nemi betegségek előadására. A tárgyalás rendszere persze itt is szigorúan ugyanazt a módszert kellene, hogy kövesse, mint bármely másik ragályos megbetegedésnél. Pl. *a)* kórokozó, *b)* tünetek, *c)* a ragályozás módja, *d)* a gyógyulás időtartama stb. Minden infekciózus betegségnél, így a nemi bajoknál is külön kellene részletezni az egyes kórok egyéni és társadalmi kihatását, a betegségek elhanyagolásának súlyos következményeit és az egyes bajok elleni *egyéni védekezés* módozatait.

A veneriás betegségek tárgyalásánál ekkor már nyíltan ki kell térni mindazon etikai mozzanatokra, melyeket az alsóbb osztályok biológiai oktatása közben csak közvetve, mintegy öntudatlanul lehet a serdülők lelkébe csöpögtetni. Az egyéni profilakszis ismertetése mellett is különös hangsúllyal kell hivatkozni a fent kifejtett ideális követelményekre, s a nemi bajok elleni óvszeres védekezés módozatait csak mint utolsó fegyvert ajánlani. Az előadó tendenciájának oda kell hatnia, hogy minden tanítványa azzal a tudattal és meggyőződéssel hagyja el az iskola padjait, hogy a veneriás betegségek ellen a házasság megkötéséig egyetlen igazán helyes és biztos védekezés van: az önmegtartóztatás! Végül a pedagógia hatalmas eszközeivel meg kell próbálni a jövő generációkat, hogy férfivá serkenve *a sexualitásban ne mulandó kéjt, könnyű élvezetet és frivol szóra-*

hozást lássanak, hanem magasrendeltetésű emberi fajtánk és nemes nemzetünk fenntartásának legfontosabb eszközét.

Ami azt a kérdést illeti, hogy kinek a kezébe legyen letéve a szexuális pedagógia, erről külföldi szakkörökben már régóta folyik az eldöntetlen vita. Egyesek kizárólag a szülőket tartják erre hivatottnak, mások az orvosban látják az alkalmas személyt, végül sokan pedagógusokra kívánják bízni ezt a kényes feladatot. Bármily nehéz is azonban e kérdésben az állásfoglalás, egy dolog kétségtelennek látszik, hogy tudniillik a szülők a fiúgyermekekre vonatkozó szexuális nevelés kérdését belátható időn belül helyesen megoldani nem tudják. A szülők ugyanis — tisztelet a kevésszámú kivételeknek — a szükséges ismeretekkel nem rendelkeznek, s ha ilyenek birtokában volnának is, azt megfelelő formában a serdülők lelkébe önteni képtelenek. Nagy többségük azonkívül nem rendelkezik megfelelő intelligenciával, esetleg nincsen elegendő kedve és türelme e feladathoz vagy pedig maga sem áll a nemi etikának azon a magaslatán, mely alkalmassá tenné a szexuális pedagógus szerepére.

Mindezek meggondolása arra a meggyőződésre vezet, hogy a célirányos házi nevelés intenzív segítsége mellett (egészséges szellemi munka, sok sportolás, finom ízlés, lovagias gondolkozás, önuralom, erős akarat stb.) *a tulajdonképpeni szexuális pedagógiát alkalmasabb volna az iskolára bízni.* Hogy az iskola falai között vájjon pedagógus avagy higiénikus legyen erre a feladatra hivatva, az a tárgykör határozhatja meg, melynek keretében a nemi vonatkozású oktatás történik, s így legmegfelelőbb megoldásnak látszik, ha a szexuális biológiát (növényi és állati) pedagógusok, a szexuális higiénét (emberi) pedig orvosok adják elő.

Az ifjúsági szexuális pedagógia kényes anyagának és módszereinek helyes megválasztása, illetőleg előadása az iskola-orvosi kart nehéz feladat elé állítja, miért is a tananyag és annak előadási rendszere speciális előismereteket és alapos tanulmányozást igényel. Sokszoros mértékben áll ez természetesen az illetékes tanerőkre, mivel az egész kérdés-kom-

plexum helyes megfejtésének sikere a pedagógusok kellő felkészültségén, tapintatosságán, diplomatikus ügyességén és odaadó munkásságán múlik.

Itt kell megemlítenem, hogy bár a sexuális pedagógiának véglegesen elfogadott rendszere még sehol sem alakult ki, itt-ott mégis konkrét eredményeket látunk. Budapesten az Állatorvosi Főiskolában és a Műegyetemen tartanak e témából előadásokat. De több külföldön meghonosították már az összes egyetemi hallgatók (nemcsak orvosok) részére tartott nemi egészségügyi kollégiumokat. Ilyen tantárgy pl. a lipcsei egyetemen a: «Sexual- und Fortpflanzungs-Hygiene» stb. Ezekre az előadásokra természetesen a bölcsészeti hallgatók is résztvesznek és ez úton teljesen szakszerű ismeretekhez jutnak. Az Északamerikai Egyesült Államokban is a maga egészében belátták a sexuális pedagógia jelentőségét, s ezen tantárgy fokozatos bevezetésének és kifejlesztésének fontosságát. Ennek következménye, hogy az összes U. S. A. államokban a tanítói kar képzésére szolgáló szemináriumoknak már több mint 65 %-ánál kötelező tárgyként rendszeresítették a «nemi egészségügyet».

A fent részletezett körülmények igazolják az ifjúság nevelésének, illetőleg oktatásának az egészséges sexualitás megőrzésére és a nemi betegségek megelőzésére vonatkozó nagyhorderejű szerepét, s rávilágítanak arra, hogy az államnak és társadalomnak milyen fontos feladata a kérdést komoly mérlegelés tárgyává tenni, s a sexuális pedagógia nehéz problémáját sikeres megoldáshoz vezetni.

2. Propagatív feladatok.

A nevelésnek és oktatásnak a serdülőkorra vonatkozó teendőihez szervesen fűződnek a társadalom felnőtt egyedeinek felvilágosítására szolgáló propagatív feladatok.

Tagadhatatlan, hogy az előbbi fejezetben tárgyalt teendőkünk tágabb perspektívát mutatnak, mert általuk a jövő

nemzedékek sexualitása számára jobb és biztosabb utat verhetünk, s a fejlődő lelkek fogékony talajába a nemi élet preventív követelményeit több kilátással ültethetjük be.

A felnőtt generáció kiforrott életfelfogását és megszokott sexuális berendezkedését megváltoztatni sajnos már alig van mód és e miatt a népesség házasságon kívül élő csoportjából a különböző bajok örök forrását képező promiscuitást kiirtani nincsen sok remény. Ennek dacára azonban a felnőttek társadalmára vonatkozó propagatív tevékenység egyáltalán nem hiábavaló, mert a válogatás nélküli, könnyelmű nemi keveredés és a vele sötét árnyékként járó veneriás betegségek célirányos propaganda segítségével kétségek kívül csökkenthetők és ragályozásukat illetőleg szűkebb korlátok közé szoríthatók.

Talán egyetlen egészségügyi ártalom, illetve betegség sincsen, melynek a közönség részéről való alapos ismerete, s annak a fertőzés módjairól és különböző ragályforrásairól való felvilágosítása olyan fontossággal bírna, mint éppen a nemi betegségeké. Az egészségügyi tanítás és propaganda az emberi életnek és egészségnek bármely természetű ártalmával szemben eredményes lehet. De míg pl. tuberkulózis, tífusz, kolerás vagy bármely más fertőzés elől a baj legjobb ismerete dacára sem lehet teljes bizonyossággal kitérni, addig *a veneriás bajokat megfelelő ismeretek birtokában «abszolte» el lehet kerülni.* Szóval e betegségek igazán megelőzhetők és a szó legszorosabban vett értelmében elháríthatók! Világos tehát, hogy a veneriás betegségek megelőzésének sikere nagyrészt e betegségeknek és terjedési módjaiknak ismeretétől függ.

A nélkül, hogy az egészségügyi felvilágosítástól egymagában teljes értékű eredményt remélnék vagy túloznék annak a nemi egészségügy terén várható hatását, hangsúlyozni kell, hogy már *pusztán a veszélynek a világos tudata is erős védelem a nemi fertőződés ellen.* Vitán felül áll, hogy ha az emberek ismernék a szifilisznek és kankónak súlyos voltát és katasztrofális következményeit, elborzadnának attól, hogy olyan gyak-

ran kitegyék magukat felmérhetetlen veszedelemnek. Ha fel lehetne érdeklődésüket hívni arra, hogy milyen okok és körülmények terjesztik a ragályt, talán meggondoltabban viselkednének. Ha tudnák, hogy az alkohalmámor — miközben lecsökkenti a lélek és test ellentállását — betegesen fokozza a központi sexuális spheera izgalmát, inkább óvakodnának a könnyelműsködéstől. Ha felvilágosítást nyernének arról, hogy a prostituáltak (a rendőri felügyelet alatt állók is), s az összes hasonló erkölcsiségű kategóriák át és át vannak itatva nemi bajokkal, talán jobban elkerülnék azokat. Ha minden férfi és nő meg tudná érteni és bevésné tudatába, hogy a veneriás betegségekkel való fertőződés lehetősége egyenes számtani arányban áll a sexuális viszonylatok változtatásának gyakoriságával, nem keresnék olyan kifogyhatatlan hajszával az örökös «varietas»-t. És végül feltéve, hogy mindezek ismerete sem változtatna a tömegek meggondolatlan sexuális életmódján, de ha ismernék és alkalmaznák az egyéni profilakszis mechanikai és kémiai eszközeit, ezúton is még mindig sok embert lehetne a súlyos következményektől megmenteni.

A nemi felvilágosítás eszközeire fölösleges bővebben kitérni, mivel azok az egészségügyi propagandának többi fajtáitól alig térnek el. *Népnevelés, iskolán kívüli népoktatás, továbbképző tanfolyam, felolvasás, kiadvány, röpcédula, plakát, figyelmeztető felírás, színházi előadás, mozgókép, sajtóközlemény* etc. mind-mind kitűnő alkalom, s a forma szerencsés megválasztása esetén sikeres módszer az antiveneriás propaganda terjesztésére.

A céltudatos ismeretterjesztő propaganda a publikumot legelsősorban a veneriás betegségek megismerésére kell hogy tanítsa, s az ezen bajok forrását szolgáltató könnyelmű promiscuitástól kell hogy óvja. Következő teendő a közfigyelmet ráirányítani arra, hogy ha valaki minden intelem ellenére is nemi keveredést folytat, a megfelelő óvórendszabályokat (egyéni profilakszis) föltétlenül tartsa be. Végül utolsó feladat annak hangsúlyozása, hogy ha bárki is magán valamely gyanús tünetnek legcsekélyebb jelét is észleli, azonnal orvos-

hoz forduljon, s tanácsait a kezelés teljes befejezéséig legpontosabban tartsa be.

Ezek az irányelvek az alappillérei általában az antiveneriás propagandának. *De a forma és rendszer megválasztása a szükséghez és alkalomhoz mértén más és más legyen!* A serdülők oktatása nem történhet azon systema szerint, mint a felnőtteké, a férfiak kioktatása más metódust kíván, mint a nőké. Külön formát kell találni az intelligencia felvilágosítására és a kisebb képességgel bíró osztályok kitanítására, más nívón mozogjon az egyszerűbb és szemérmesebb vidéki nép antiveneriás propagandája, mint a felvilágosodottabb nagyvárosi lakosságé. Azonkívül pedig célszerű a homogén elemeket lehetőleg mindig külön tömöríteni, mert így a propaganda megfelelő formáját jobban meg lehet találni, mint a korban, nemben, foglalkozásban és műveltségben különböző egyének rendszertelen csoportjában.

Itt ismét ki kell emelni azt a nagyfontosságú szempontot, mely a propagandát végző tényezők előtt állandóan ott kell, hogy lebegjen. *Sohasem szabad az ifjúság előtt ugyanazon fegyvereket használni, mint az idősebbek körében!* Az ifjúsági propaganda főleg a sexuális etika fejlesztésére, a nemi erkölcs megszilárdítására, a «kettős morál» elítélésére, a promiscuitás gáncsolására és a könnyelmű nemi élet veszedelmeinek méltatására kell, hogy a súlyt helyezze. Viszont idősebb férfiak körében, s átlag a meglett korosztályokban, hol tapasztalat szerint a sexuális etika tanításai nagyrészt úgymint terméketlen talajra hullanak, inkább a reális életnek megfelelő praktikus tanácsok és az egyéni profilakszis propagálásával érünk célt.

A propaganda megszervezését illetően is gyökeres újításokra van szükség! Több, nemes célzattal alakult egészségügyi és emberbaráti egyesülés karolta fel a különböző ágazatú, s köztük az antiveneriás közegészségügyi propagandát. Mindezek azonban eddig egymástól függetlenül, gyakorta ellentmondó systemával folytatták munkásságukat, mely ily módon szétforgácsolódott, s nem hozta meg a várt sikert. Ezeket a különböző értékeket feltétlenül közös nevezőre kell

hozni, mert csak a *társadalomegészségügyi munkaközösség* (Gortvay: Népegészségügy, 1927, 1123. old.) megvalósulása után remélhetünk működésüktől komoly eredményt.

A propagatív munkásságnak nehezen legyőzhető akadályai az is, hogy csak igen lassan tud a néprétegek mélyébe hatolni. Akár előadás, akár film vagy nyomtatvány legyen a propaganda terjesztésének módszere, csak ahhoz fér hozzá és az hallgatja, nézi meg vagy olvassa el, kit az idevágó kérdések már amúgy is érdekelnek. «A veszélyeztetettnek nagy tömege azonban sajnos nem érdeklődik, nem olvas és az előadásokat alig látogatja. Ezért az államnak és társadalomnak célszerű volna odahatnia, hogy az antiveneriás propaganda kapcsán ne olyan rendszer érvényesüljön, melynél a szervező közegek passzíve várnak a publikum részvételére, hanem ellenkezőleg *aktív módon vigyék a propagandát a tömegek széles sorai közé.*

Ez olyképpen képzelhető el, hogy az egészségügyi ismeretterjesztés eszközeivel fel kell keresni mindazon különféle emberrétegeket és csoportokat, melyek foglalkozási, gazdasági, kulturális vagy egyéb szempontokból amúgy is tömörülve vannak. Be kell vinni a felvilágosítást nagy gyárainkba és közüzemeinkbe, hol munkahelyeiken a nőmunkásoknak és férfidolgozóknak nagy tömegeit lehet propaganda céljaira felölelni. El kell jutni a felvilágosítás munkájával a különböző szakszervezetek összetömörült csoportjai elé, az egyes foglalkozási ágak nagyszámú gazdasági és kulturális szövetkezeteibe, a katonaság, csendőrség, rendőrség, pénzügyőrség hatalmas számot képviselő testületeihez, a bajtársi egyesületek, továbbá a fővárosi és vidéki levontecsapatok impozáns tömegei közé. Az iskoláknak se csak a sexuális oktatásra legyen gondjuk, hanem a szülők felvilágosítására is, kiket (a német «Elternabend»-ek mintájára) rendszeres csoportokban kell az intézetekbe rendelni, hogy ott a sexuális pedagógiai felvilágosítások mellett kimerítő propagandában részesüljenek stb. stb.

Egyszóval szakítani kell azzal a rendszerrel, mely a régi recept szerint hirdetett előadásait csekélyszámú — főleg

nemi beteg — hallgató jelenlétében, a nagytömegek teljes részvétlensége mellett tartotta meg. A tömegeket ott kell megfogni, ahol vannak, munka- és gyülekező helyeiken, s azoknak is fülébe kell juttatni az ismereteket, kik vesztükre e téren egészen tudatlanok vagy teljes mértékben indolensek. Antiveneriás küzdelmünk tekintetében a társadalomnak mulaszthatatlan feladata az ismeretterjesztő propaganda rendszeres organizálása, ami tetemesen fogja javítani a nemi betegségek leküzdésének jövőendő esélyeit.

3. Kulturális és morális követelmények.

Az előző fejezetben tárgyaltakhoz folytatólagosan kapcsolódnak mindazon követelmények, melyek a nép kulturális és morális helyzetének javítását célozzák.

Érthető, hogy ott, ahol nagyfokú kulturális szegénység vagy szellemi elmaradottság és analfabetizmus uralkodik, kavics közé szórjuk a higiéné nemes magvait, amiből éltető kalász sohasem sarjad.

A kultúra és a sexuális egészségügy közötti összefüggés is kétségtelen, bár indokolatlan túlzás lenne a veneriás morbiditás és a kultúra foka között valami számtani arányt keresni, mert az összefüggés csak *közvetett* és részleges. Tagadhatatlan, hogy vannak igen magas kultúrájú államok, melyekben sűrűbb a nemi megbetegedések száma, mint egyes alacsonyműveltségű nemzetek között és viszont. De hiszen már az eddig tárgyaltakból is tudjuk, hogy a veneriás kórok terjedésében számos egymástól független tényező jut szerephez, s végeredményben ezeknek eredője szolgáltatja e betegségek mindenkori morbiditását. E szerint a fennforgó faktorok egyikét sem lehet úgy felfogni, mint aminek kiküszöbölése egymagában, a többi káros behatások megszüntetése nélkül is teljes sikerre vezethet. Így a műveletlenség leküzdése, s a kultúráltság, bármilyen magasfokú is legyen, a sexuális élet ártalmait egymagában kiirtani nem fogja, ellenben a többi

posztulátum célirányos érvényesítése mellett a nemi betegségek elleni küzdelemnek mindig rendkívül fontos alappillére marad.

Sajnálattal kell megállapítanunk, hogy a magyar népkultúra mai kormányzatunk emberfeletti erőfeszítése dacára is messze áll az ideálistól. Egészségügyi kultúra tekintetében pedig éppenséggel rengeteg a követelnivalónk! Az általános műveltség és az egészségügyi kultúra hiányának következménye azon rengeteg tévhit, mit a népesség köréből kiirtani mulaszthatatlan feladatunk. A veneriológusnak is rendkívüli nehézségekkel kell megküzdenie ott, ahol néprétegeink közé különféle ártalmas és ferde meggyőződés, babona gyökerezett be, mely szerint pl. a kankót az életben csak egyszer lehet megkapni, s a később jelentkezők ennek kiújulásai; a folyás rossz álomnak vagy megzavart érintkezésnek a következménye; a szifilisz pedig nem érdemes kezelteni, mert úgysis gyógyíthatatlan stb.

Míg az ilyen viszonyok gyökeresen meg nem változnak, aligha lehet alapos reményünk a közegészségügyi nehézségek sima leküzdésére. A nemi egészségügyi ismeretterjesztés módzataira előző fejezeteinkben rámutattunk, s e tekintetben csak egy kötelességünk marad: hangsúlyozni, hogy az általános kultúrát, mint a legfőbb emberi és nemzeti kincset, a sexuális kérdések rendezése szempontjából is változatlan ki-tartással kell ápolni és terjeszteni!

Az erkölcsi követelmények sok tekintetben párhuzamba vonhatók a kulturális kívánalmakkal, de problémánk tekintetében még lényegesen fontosabbak. *A kultúra hiánya csak megnehezíti a nemi ártalmak elleni küzdelem lefolytatását, az erkölcstelenség azonban saját maga a legfőbb veneriás veszély!* Az erkölcsiség így közvetlen kihatással van a nemi egészségügyre, s a nemi betegségek sűrűsége mindig fordított arányban áll a sexuális morál fokával.

A nemi erkölcsiség kérdését vizsgálva azt látjuk, hogy úgy az egyházi, valamint világi törvényes felfogás csak a legális sexuális vonatkozást, vagyis a házasság keretében foly-

tátott nemi életet ismeri erkölcsösnek el. Ha pedig felállítjuk a legális sexualitásnak a nemi ártalmakhoz való relációját, azt találjuk, hogy *a szigorúan kötött sexuális viszony a nemi erkölcstelenséggel együtt kizárja a nemi betegségek fellépésének lehetőségét is*. Ezekkel szemben hivatalos egyházi és világi felfogás szerint erkölcstelen bármely házasságon kívüli nemi vonatkozás és ugyanakkor a higiéné tanúsága szerint alkalmas arra, hogy veneriás fertőzések forrása legyen. Aki tehát a sexuális morál követelményeit áthágja, már is kiteszi magát az infekció veszedelmének, — és minél inkább távolodik a nemi erkölcs ideálját képező tiszta házasságtól (vagy legalább a házasságszerű tartós együttéléstől), annál nagyobb a nemi fertőződés valószínűsége. Ezek alapján világossá válik az a tapasztalati arány, mely valamely népesség sexuális morálisa és veneriás morbiditása között állandóan fennforog.

Távol áll tőlem, hogy a moralista hálátlan szerepét keressém, de a nemi egészségügy problémáinak tárgyalásánál lehetetlen a szigorúan vett higiéné területén maradni, s a pedagógiai, kulturális, szociális, jogi stb. szempontok szétágazó vonatkozásai mellett a közerkölcsiség kihatására, mint egészen közelálló tényezőre kell rámutatnom.

A történelmi részben is azt láttuk, hogy a veneriás betegségeknek az erkölcstelen nemi étellel való közvetlen kapcsolatára már igen régen rájöttek. Mint említettük, a szifilisz fellépése idején óriási riadalmat okozott e kórnak vészes rombolása, s középkori hatóságaink *erkölcs-csinálás* címén drákói rendszabályokat léptettek ellene életbe. Hogy a nemi egészségügy terén minden erőfeszítésük dacára sem tudtak előbbre jutni, azt már tudjuk. De a morál javítása körül sem értek el soha eredményt, aminek okát a sexualitás nehezen fékezhető voltán kívül főleg az *irányzat* és *eszközök* téves megválasztásában kell keresnünk. Helytelen volt az irányzat, mert kétféle morált ismert el: külön női erkölcsöt, melyet szigorú korlátok közé szorított és külön férfi morált, melynek sexuális téren mindent elnézett. Helytelenek voltak azonban a középkor által alkalmazott eszközök is, mert erőszakos módon, el-

rettentő törvényekkel, súlyos testi fenyítésekkel, sőt halálbüntetéssel akarták a szexuális életet rendszabályozni, s a köz-erkölcsiséget fenntartani.

Ma e kérdésekről már egészen más a felfogásunk. Helyes *irányzat* csak az lehet, mely a «kettős morál» megszüntetésére, de legalább is visszataszító kinövéseinek hathatós csökkentésére törekszik! Míg a régi világ testileg erős és szellemileg relatíve fejlett férfija a gyöngé nő bizonyos inferioritásban tartotta, magyarázható volt, — bár alig menthető — hogy a durva túlerő önzésével követelte a női tisztaságot, maga pedig erkölcstelen promiscuitásnak élt. Ez volt a «kettős erkölcs» kifejlődésének az alapja. A kultúra, haladás, a nemes értelemben vett szocializmus és női emancipáció hovatovább kiemeli a nőt régi alantas helyzetéből, aminek következtében a nő is részt kér az élet terheiből, de ennek arányában a férfiéhez hasonló jogokat követel.

A nemi erkölcs problémája sok évszázadon át vergődött a «kettős morál» nehezen védhető irányzatának láncaiban, s ha erőszakos módon is, de nagyjából stabilizálva volt. Napjainkban az imént említett fejlődéssel kapcsolatban a szexuális felfogás és maga a nemi élet sok tekintetben válság elé jutott. A ma élő generáció már észlelheti a «szexuális forradalom* első kifejezett jeleit, s törekednie kell, hogy bölcs evolúcióval előzze meg a fenyegető revolúció pusztításait. A női nemnek kulturálisan és szociálisan fejlettebb tömegei kezdenek a «kettős morál» régi uralma ellen fellázadni és készek a nemi erkölcsnek ilyenén stabilitását megingatni. Nyílt hajlandóság mutatkozik a férfiak szexuális szokásainak utánzására, s mindenfelé elhangzik a kérdés, hogy az egyenlő szexuális jogok gyakorlása miért ne volna szabad?

Ha bizonyos fenyegető társadalmi bajokat elleplezünk, azzal a fennforgó ártalmat meg nem szüntethetjük, amiért e tekintetben is legjobb, ha rámutatunk a rideg valóságra: a férfiak szabadabb szexuális életére (*garçonne* rendszer) vágyanak a nők széles rétegei. Aki nyitott szemmel járja a világot, e jelenségeket igen sok helyütt láthatja, s észlelheti, hogy az

emberiséget ez oldalról milyen súlyos veszély környékezi, mely a családi rendszer felborulásával, s a fokozódó promiscuitas arányában a nemi bajok további szaporodásával fenyeget!

Az irányzatnak valóban a kettős morál megszüntetésére kell irányulnia, de nem úgy, hogy a nő is lesüllyedjen a férfi alantas erkölcsi nivójára, hanem akként, hogy a férfi emelkedjen fel a női tisztaságig. Ilyen irányba kell terelni minden erővel az uralkodó felfogást és a közerkölcsöket, ha a család magasabb intézményét, s ezzel a nemzet fenntartásának *egyetlen szilárd* alapját meg akarjuk védeni és fajtánkat a nemi betegségek további pusztításától megmenteni!

Az erkölcsiség javításához az *eszközöket* is már újabb fegyvertárból kell meríteni. A sok évszázados meddő kísérletezés után tisztán láthatjuk, hogy a parancs és erőszak az erkölcstelenségeket meg nem szünteti, legfeljebb rejtőzködébbé, titkoltabbá, s e miatt leküzdhetetlenebbé teszi. A módszereknek nem annyira az immoralitás üldözésében kell kimerülniük, mint inkább *az erkölcsre való nevelésben és az erkölcs védelmében.* A modern jogi és közegészségügyi felfogás mintájára közerkölcsiség tekintetében is a prevencióra kell a főszólyt helyezni, mert egyszerűbb és okosabb dolog az immoralitás kifejlődését megelőzni, mint a már meglévő ártalmak ellen küzdeni.

A közerkölcsiség fenntartásában azért természetesen nem szabad a törvényes rendszabályozás módozatait lebecsülni, de azzal a világos felismeréssel kell alkalmazni, hogy ezek inkább *az erkölcstelenség és erkölcsi kihágás riktó vadhajtságainak lenyészésére* szolgálnak, de erkölcsöt csinálni, s általában a kérdés lényegét megoldani nem hivatottak. Ilyen megfontolás mellett célszerű volna a kéjelgés körébe tartozó összes bűncselekményeknek: *leány kereskedésnek, kerítésnek, csábításnak, alkalomszerzésnek, bordélytartásnak, nemi erőszaknak stb. büntetését szigorítani, valamint bizonyos mulatóhelyeknek, egyes színházaknak, muziknak, a minduntalan felbukkanó pornográfiának stb. durva ártalmait letörni, továbbá az utcának és általában a nagy nyilvánosságnak erkölcsi rendjét stb.*

erélyesebben fenntartani, azon módozatok és keretek között, ahogyan jogtudósaink a Nékám professzor kormánybiztossága idejében tartott törvényelőkészítő értekezleten a legteljesebb szakszerűséggel javasolták. (Nékám: A nemi bajok leküzdésének irányítása, 1918.) Az említett csoporthoz kell végül csatolnunk bizonyos jogi kívánalmakat, melyeknél nem annyira a törvényes megtorlás, mint a valódi jogi prevenció jutna érvényre. A legfontosabb ezek közül *a leányok védett korhatárának felemelése (pl. 14-ről 16 évre), védett korhatár megállapítása fiúkra is (16. évben), fiatalokú nőknek (pl. 30. évig) veszélyeztetett munkakörből (éjjeli kávéházak, szállodák stb.) való szigorú kizárása etc.*

De a közerkölcsiség fejlesztése terén — mint említettem — nem lehet a közrendbe és morálba ütköző kirívó cselekmények korlátozásával megelégednünk. Hiszen felmérhetetlenül nagy annak az immoralitásnak kiterjedése, mely nem üti meg a törvény és rend áthágásának mértékét, s így rendszabályokkal nem is befolyásolható! *Neveléssel kell már gyermekkorban a mindkét nemre vonatkozó szexuális erkölcs alapjait lefektetni*, úgy, amint előző fejezeteinkben kifejtettük. De még erre a lapra sem szabad mindent feltennünk, *hanem az erkölcsvédelemnek intézményes megszervezésével* kell megpróbálnunk kieroszakolni a mindeddig hiába várt sikert!

Intézmények alkotása szükséges, melyek az erkölcs védelmét szolgálják, s a «veszélyeztetettek»-nek nagyobbára fiatalokú tömegei részére olyan bástyákat alkotnak, melyekből több kilátással vehetjük fel az amorális elleni nehéz küzdelmet. *Internátusokat kell létesíteni a tanuló leányifjúság számára*, melyek necsak a szellemi, hanem a kereskedelmi és ipari pályákra készülőknek is otthont nyújtsanak, hol emelkedett valláserkölcsi felfogásra és tiszta sexualitásra neveltessenek. *Kollégiumokat a férfi ifjúságnak*, hogy azok a serdülő ifjak, kik anyagi okok vagy vidéki származás következtében az állandó szülei felügyeletet nélkülöznek, bizonyos erkölcsi korlátozásba kerüljenek és ne «élvezhessék» fölösleges mértékben a fiataloknak veszedelmeket rejtő szabadságát.

Tanoncotthonokat a kereskedői és kézműves pályákra készülő fiúk részére, melyek a hazának dolgozó, erkölcsös és egészséges polgárokat neveljenek. *Állami vagy községi cselédotthonokat*, hol a faluból felkerülő tudatlan és romlatlan leányok ember-séges bánásmódot, nevelést és tanítást nyerjenek, s a mindenünnen fenyegető félrevezetés és csábítás ellen védelmet találjanak. *Átmeneti városi munkaotthonokat*, hol a fiatal foglalkozás nélküli nők ideiglenes munkaalkalmat, gondos felügyeletet és erkölcsös irányítást nyerjenek. *Anyavédő intézeteket* a hűtlenül elhagyott kisgyermekes anyák és szegényben döntött nyomorgó leányok részére, hogy a teljes zülléstől megmentessenek. *Védő otthonokat* a romlásnak kitett, elhagyott csavargó fiúk és leányok számára. *Javító zárt-intézeteket* az elzüllött fiatalokú nők és kiskorú prostituáltak megmentésére stb.

Magyarországon mindezen intézkedésekből és intézményekből eddig csak szórványosan létesült valami, a tennivalók zöme azonban még a jövő feladata. Pedig *igazi erkölcsvédelmet* csak ilyen úton tudunk elképzelni, melynek systematikus felépítése (a németországi Jugendamthoz hasonlóan) valamely népjóléti ifjúságvédő szerv központi organizációjában valósulhatna meg.

A kulturális és morális követelményeket röviden vázolva azzal fejezem be, hogy a benne foglaltak a veneriás probléma átfogó láncának fontos acélszemeit alkotják, melyek, ha hibásan vannak kovácsolva, a nemi bajok elleni küzdelem összes tartó láncai porba hullanak.

4. Szociális tennivalók.

A sexuális életnek az egyedek és tömegek szociális helyzetével számtalan szorosan vett és tágabb összefüggése van. A nemi funkció helytelen végzésének, s az ebből származó egészségügyi ártalmak okainak felkutatásánál bizonyos szociális bajokkal találkozunk, melyeknek kiküszöbölése vagy eredményes csökkentése a veneriás betegségek

leküzdésében hatalmas nyereséget jelentene. Az általános szociális haladásnak és a mindenkori társadalmi nyomorúság enyhítésének közvetett hatása e téren elmaradhatatlan, de ezenfelül speciális természetű szociális kívánalmak is merülnek fel, melyek a nemi betegségek kérdését már egészen közvetlenül befolyásolják.

A külföld szakirodalma régóta foglalkozik e nehéz problémákkal, s nálunk is igen értékes fejtegetések jelentek meg *Nékám* prof. ezirányú munkái között. A szociális tennivalók rendezése persze a higiénikus hatáskörét messze túlhaladja, mindazonáltal a velük kapcsolatos körülmények kiemelése a veneriás betegségek elleni tennivalók boncolása során is mellőzhetetlen feladat.

A szociális kérdések nagy tömegéből mindenekelőtt néhány igazán közelfekvő és alapvető fontosságú problémát ölelve fel, először is oda kell visszatérnünk, honnan a veneriás betegségek örök forrásait származtattuk: a promiscuitás mélyen gyökerező tényéhez. Úgy látszik, hogy a promiscuitás egyik főoka azon körülményben rejlik, hogy az egyedek sexuális érettségének és a házasodás létrejöttének időpontja között egy rövidebb-hosszabb intervallum keletkezik, mely idő alatt, főleg a finemű népesség, váltakozó tárgyú nemi életet él, s ezúton a veneriás betegségeket bőségesen terjeszti tova. *Nékám* professzor megállapítása szerint «Az összeütközésnek lényege az, hogy az ifjú 20—21 éves korában éri el a teljes kifejlődését, házasságot azonban átlag csupán 29, a nő pedig 26 éves korában köthet. Így a teljes ivarérettség és a legális nemi élet megkezdhetése között egy 6—8—9 évig tartó időszak van: ez a nemi élet megromlásának forrása.» (Nép-egészségügy, 1926., 1310. old.) Ha ehhez hozzászámítjuk, hogy az ifjak nagy része sexuális életét a teljes ivarérettség bekövetkezése előtt már évekkal megkezdí, akkor az átlagos házassági korig egy 10—12 évre terjedő extramatrimoniális korszakot nyerünk, tele nemi veszedelmekkel és betegségekkel. Mindezekből önként következik, hogy *mentől hosszabb azon időszak, mely az egyes néprétegek sexuális életének meg-*

kezdése és családalapítási terminusa között eltelik, annál nagyobb ott a veneriás átfertőződés valószínűsége.

Meg kellene tehát keresni a késői házasodás okait és rámutatni azokra a szociális teendőkre, melyek segítségével azon bizonyos 6—12 éves kritikus időszak kiküszöbölhető vagy legalább is jelentékeny mértékben megrovidíthető lenne. A házasságkötés átlagos időpontjának kialakulása számos faktor behatásának végeredménye, melyek közül legjelentékenyebb szerepe van az általános gazdasági helyzetnek, a megélhetési források különböző társadalmi rétegek közötti eloszlási arányának, a középosztály életnívójának, a munkásság esetleges munkahiányának, a nincstelenek nyomorának, az időnként és helyenként felmerülő lakás-krízisnek stb., valamint az egyes néprétegek házasodási életszokásainak és életigényeinek. Speciális okok forognak fenn pl. a katonáskodás éve alatt, továbbá a csendőrség, pénzügyőrség stb. csoportjaiban, hol a kaszárnyarendszer teszi lehetetlenné a házasodást, bőséges alkalmat szolgáltatva a házasságon kívüli excessusra, s a veneriás megfertőződésre.

Az ily természetű kényszerhelyzet eseteitől eltekintve általában azt lehet tapasztalni, hogy a falusi és tanyai nép fiatalabb korában nőszül a városinál, miért is ott rövidebb az egészségügyi veszedelmekkel járó illegális nemi élet tartama. A vidéki lakosság korai házasodásának lehetősége is az imént felsorolt szociális adottságokkal függ össze, a korábbi munka- és kereseti viszonyokkal, könnyebb letelepülési alkalommal, a társadalmi igények szerénységével stb., amit vidéken a nemi ösztön házaságon kívüli kielégítésének bizonyosfokú akadályozottsága is támogat. Bár a vidéki népesség sexualitását illetőleg sincsenek ideális viszonyok, főként a városok és elsősorban a kiterjedt lakosságú nagy helyiségek mutatnak igazán kedvezőtlen képet. A nagyvárosi ifjúság tekintélyes része, a korai házasodás minden lehetőségétől elzárva, nyomorúságos «bútorozott» szobák és kabinok vagy még rosszabb esetben tömeglakások börtönében él, melyeknek rideg homályából kimenekül az utcára, kávéházakba, mulatókba, lebujaikba,

hol minden pillanat promiscuitásra kínálkozik. (Az albérlők száma pl. Budapesten 1925-ben 84,282 volt, kik közül 9312 egyén a bérbeadójával együtt egyszobás lakásban lakott.) Köztudomású, hogy az ágy raj árok ezrei és ezrei nyomorognak a fővárosban! Pedig amíg tömeglakások lesznek, s azok zsúfolt szalmazsákjait idegen férfiak és nők vegyes társasága lakja, alig képzelhető védőgát a promiscuitásnak és a veneriás betegségeknek továbbterjedése ellen.

Azokat a tanulságokat, melyek problémánkat illetően a vidék kedvezőbb helyzetéből következnek, a városok szociális és sexuális bajainak leküzdésénél célszerűen lehetne felhasználni. Városainkban a zabolátlan nemi keveredés alkalmainak csökkentése és a túlzottan magas házassági igények tervszerű redukálása mellett, kétségkívül a megélhetés nehézségeinek és a lakásnyomornak enyhítése alkotják a tömegek házassági lehetőségének legfőbb alapkövetelményeit. Tapasztalati tény, hogy *míg a gyöngye szociális viszonyok között élő városi fiatalság férfitagjainál az anyagi nehézségek a házasság időpontjának késői kitolódását, esetleg teljes elmaradását eredményezik, s őket házasságon kívüli promiscuitásra kényszerítik, addig a fiatalon elhagyatott és nyomorgó nőknél még szörnyűbb veszélynek, az alkalmi vagy állandó prostituálódásnak útját készíthetik elő.* A jelenlegi helyzet súlyosságát bizonyítja, hogy manapság a szociális bajokból származó ilyen sexuális veszedelmeknek a tönkrement középosztályi fiatalsága is majdnem annyira ki van szolgáltatva, mint a nélkülözhető proletariátus!

Fenti bajok hátrányait mélyen átérzi a higiénikus, de a segítség bonyolult módozatait megkeresni a szociálpolitikus nehéz feladata. *Az általános szociális nívó emelése; arányosabb vagyon- és teherelosztás; a nyomor csökkentése; létminimum biztosítása; a munka és kereseti lehetőségek fokozása; mezőgazdasági és ipari többtermelés; hatósági munkanyilvántartás és közvetítés; a munkásbiztosítás és aggkori biztosítás stb. továbbfejlesztése; családfenntartók életbiztosítása; a munkanélküliségi biztosítás megalkotása; a szociális és sexuális rom-*

lást hozó alkoholizmus mérséklése; az alkoholkapitalizmus gyöngítése; tervszerű küzdelem a szexuálkapitalizmus (felhajtók, ügynők, kerítők, némely szállásadók, bizonyos fajtájú kávé-sok, szállodások, egyes varietétulajdonosok, valamint a titkos bordélyosok stb.) ellen; szociális nővédelem; a női munka megszervezése; szociális cselédvédelem; hatósági cselédközvetítés; a lakásnyomor további csökkentése; az ágyrajárás rendszerének kiküszöbölése; nagyvárosok decentralizációja; munkás-villa-telepek létesítése; a házasodás tervszerű megkönnyítése; családok kedvező elhelyezése; nős férfiak pályázati előnye; progresszív gyermekneveltetési segély; sokgyermekes vagyontalan családok adómentesítése; nőtlenek megadóztatása etc. etc. mind szerves része annak a programnak, mely egészében alkalmasnak látszik a házasságon kívüli promiscuitás közvetlen vagy közvetett befolyásolására.

Az egészséges szociális haladás és vele a tömegek külső életkörülményeinek javulása a nemi egészségügy fejlesztése körül ugyanolyan súllyal esik latba, mint a közvetlen védő rendszabályok komplexuma, s a szociális téren mutatkozó feladatok megoldása az antiveneriás küzdelemben is rendkívül kedvező lehetőségeket teremt.

5. Tiltó, büntető és kényszer-rendszabályok.

A szexuális életet valószínűleg már a kultúrfejlődés kezdetén bizonyos szokásjogból fakadó rendszabályok kormányozták. A legelső kultúrnyomokig visszamenőleg megtaláljuk a nemi élet egyes vonatkozásainak korlátozására valló emlékeket, melyeket előbb főként a vallás, később azonban a társadalom, majd az államhatalom is befolyásolt.

Amíg az emberiség abból a zabolátlan promiscuitásból, melynek őskori fennállását kénytelenek vagyunk feltételezni, fokozatosan az egynejtűség tisztultabb és emberibb állapotáig emelkedett, a tiltó, büntető és kényszereszközöknek nyilván egész skáláját kellett alkalmazásba venni. Be kell azonban vallani, hogy ezek dacára a monogám állapot sohasem vált

az emberiség egyedül való sexuális berendezkedésévé és köztudomású, hogy a monogám rétegek mellett állandóan existált egy tekintélyes számú embertömeg, mely zabolátlanul keveredő nemi életét az ősállapot kiirthatatlan maradványaként folytatta tovább.

Az emberiség sexuális élete ma is egyrészt az állam és vallás által védett családi élet keretében, másrészt a hatósági és egyházi védelmen kívül álló, s csupán kényszerűségből túrt promiscuitásban zajlik le. Azon rétegek, melyek az utóbbi sexuális csoportba tartoznak, a magyar államhatalomnak is mindig terhes gondokat okoztak és a hatóság láncolatos büntető rendszabályokkal igyekezett ezek visszaéléseinek, s egészségügyi ártalmainak gátat vetni. Jellemző azonban, hogy az intézkedések túlnyomó többsége úgyszólván kizárólag a női nem morális életének, s főleg a prostitúciónak egyoldalú szabályozására szorítkozott, a férfiak promiscuitása pedig legutóbbi időkig «noli me tangere» maradt.

A közegészségügyünk első generális rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk választja el tulajdonképpen először a nemi betegségek ügyét a prostitúció kérdésétől és állít fel az antiveneriás küzdelemben attól független, újabb irányelveket. Az 1876. évi XIV. t.-c.-nek ma is érvényben levő 89. §-a szerint, mint bevezetésünkben is említettük: «A hatóság intézkedik, hogy ragályos betegségeknek — hova a bujákór is számítandó — nagyobb terjedelemben történt felmerülte alkalmával, az azokban szenvedő egyének gyógykezelés alá vétessenek. Oly bujasenyvesek, kiknek gyógykezelése vagyoni állapotuk vagy házi viszonyaiknál fogva otthon nem eszközölhető, a legközelebbi polgári, sőt ilyenek hiányában katonai kórházba is szállíthatók, hol teljes felgyógyulásukig visszatartathatók.)» Ezek értelmében az állam törvényileg ki nyilatkoztatta és elismerte, hogy egyrészt *a veneriás betegségek, mint ragályos kórok, hatósági gondoskodás tárgyát alkotják, másrészt hogy szükség esetén ezen bajokban szenvedők kórházi kényszerkezelésbe utalhatók és tarthatók.*

A kényszerkezelés elvét azon esetekben, «ha az illető beteg

magát rendszeresen gyógykezeltetni vonakodnék,» a B. M. 1902. évi 83,874. számú rendelet is világosan előírja, s így határozottan a hatóságokra hárítja azt a feladatot, hogy a fertőzések továbbhurcolásának megakadályozása céljából az összes indolens, illetve renitens betegek kezeltetését kényszer eszközeivel hajtsa végre. Az előbb tárgyalt 89. § egyszersmind törvényes módot nyújt az orvosoknak arra, hogy a kórházban levő nemi betegeket «felgyógyulásukig» visszatartsák, miáltal lehetőség nyílik a még infekciózus állapotban levő betegek ragály-terjesztésének megakadályozására.

A fentiekben vázolt törvényes irányelvek szemmeltartása mellett a nemi betegségek elleni küzdelem továbbfejlesztése céljából számos, hasonló irányú rendelet jelent meg, melyeket az Országos Közegészségi Egyesületnek «A nemi betegségekre és azok leküzdésére vonatkozó magyar törvények, rendeletek és határozatok» (Doros) című gyűjteményes kiadványa részletesen ismertet.

Alapvető törvénycikkünk és a rajta felépülő rendeletek princípiuma azonban (a prostituáltakat kivéve) legritkább esetben jutott kifejezésre, s a rengeteg társadalmi és erkölcs-felfogási nehézség miatt gyakorlatilag tulajdonképpen egyáltalán nem érvényesült. A rendszeres betegfelkutatás és kényszerkezelés elvét pl. még a «letartóztatott» egyének át- és átfertőzött csoportjainál sem alkalmazták, holott ez jogi és morális szempontból aligha ütközne nagyobb akadályba. A helyzet ma az, hogy fenti *érvényben levő törvényünk már évtizedek óta lomtárban hever*, s jóformán senki sem gondol arra, hogy egyetlen esetben is hatályt szerezzen neki. E tekintetben legújabbán csak azok a férfiak jönnek kivételszámba, kiket a B. M. 160,100/1926. számú rendelet 13. §-a szerint erkölcsrendészeti razziaák alkalmával titkos prostituáltakkal érnek, mikor is a rendőrség nemcsak a nők, hanem a férfiak nemi egészségi állapotáról is meggyőződést szerez, s olyan esetekben, mikor a betegnek talált férfi személyisége és körülményei az önkéntes kigyógyítást nem garantálják, kórházi kényszerkezelést rendel el.

A hatósággra hárított törvényes feladatok tehát — a prostitúción és a titkos prostituáltakkal ért férfiak jelentéktelen rétegén kívül — az antiveneriás küzdelemben úgyszólván semmi szerepet sem játszanak. Ha viszont magukra *a nemi betegekre hárított törvényes kötelezettségeket* keressük, ilyeneket a hazai törvény- és rendelet-tárunkban egyáltalán nem találunk. Sajnálattal kell megállapítanunk, hogy *semmilyen törvényünk vagy rendeletünk sincs, mely ezen közveszélyes betegek részére általános kezelési kötelezettséget írna elő vagy számukra megfelelő tiltó és büntető rendszabályokat tartalmazna.*

Büntető rendelkezést kivételként egyedül a dajkákra találunk, amennyiben az 1879. évi XL. t.-c. 106. §-a kimondja, hogy «Azon nőszemély, aki tudva, hogy . . . bujakórban szenved, mint dajka szolgálatba lép, . . . két hónapig terjedhető elzárással büntetendő.» Ez mindenestre helyes preventív jellegű törvényes intézkedés, csak egymagában véve hiányos, mert nem tartalmaz rendelkezést azon szülők hasonló megbüntetéséről, kik veneriás betegségben szenvedő gyermekeiket egészséges dajkával szoptatják.

Egyébként joggyakorlatunk a nemi betegekre vonatkozó törvényes előírások hiányán úgy segít, hogy minden esetben, mikor nemi fertőzés panaszával eljárás indul, a magyar bíróság a testi sértésről szóló törvényparagrafusokban előírt büntetéseket (1878: V. t.-c. 301., 302., 303., 310., 311. §§) alkalmazza.

Hogy szükséges-e a fennálló törvényes intézkedések kereteit tovább fejleszteni és célszerű-e a veneriás betegségek leküzdése körül a hatósági védő-, tiltó-, büntető- és kényszer-rendelkezéseknek a meglévőnél nagyobb szerepet juttatni, ez állandóan vita tárgya. Az államhatalomnak föltétlen kötelessége a polgárok nemi egészségügyének védelmét felkarolni, míg azonban ez történhet csupán az antiveneriás küzdelem irányításával és olyértelmű szellemi, illetve anyagi támogatásával, amely megelégszik megfelelő gyógytényezőknek és egészségügyi intézményeknek beállításával, de a preventív védekezés megszervezését magára a társadalomra hárítja, addig elkép-

zelhető ez a harc kiterjedt óvó-, tiltó-, kényszer- és büntető-rendszabályok statuálásával és azok rigorózus hatósági végrehajtásával is. Hazánkban mai napig az előző rendszer dívik, külföldön ellenben egyik fajta berendezkedéstől a másikig a legkülönbélebb systemák változatait látjuk.

Sajnos azonban az összes külföldi országokból ismert antiveneriás rendszabályokat, miután segítségükkel sehol a föld kerekén döntő győzelmet aratni nem sikerült, csupán folyamatban lévő értékes kísérleteknek lehet tekintenünk.

Hogy egyes ellentéteket vegyünk, pl. Franciaországban, hol az egyéni szabadság érinthetlenségére való tekintettel (a prostitúciót kivéve) minden olyan antiveneriás intézkedéstől óvakodnak, melyek polgáraik felelősségrevonására alkalmat nyújtanának, a nemi egészségügy helyzete nem sokkal kedvezőtlenebb, mint pl. az Északamerikai Egyesült-Államokban, hol bizonyos tartományok már valósággal drákói törvényeket hoztak, s a házasság előtti «genitális» vizsgálatról, a nemi betegek «névszerinti» bejelentéséig és kórházi kényszerkezeléséig, valamint a prostitúció irgalmatlan üldözésétől az általános utcai éjszakai razzizásokig, s a házasságon kívüli érintkezésen találtak megbüntetéséig, minden törvényes rendszabály szigorát felhasználták a nemi betegségek elnyomására.

Utóbbi intézkedések eredménytelenségét pl. azzal magyarázhatjuk, hogy a házasulandó párok a genitális vizsgálat előtt a szomszédos U. S. A. államok anyakönyvvezetőihez szöknek, a házasságon kívül érintkezők tettüket nem kötik a hatóság orrára, az orvosok a névszerinti betegbejelentést el-mellőzik, a promiscuitást folytató rétegek, s a prostituáltak a fenyegető Tazziák előtt zárt lakásokba rejtőzködnek, a nemi betegek pedig a névszerinti bejelentés és esetleges kényszer-gyógykezelés előtt a kuruzslók karjaiba menekülnek.

Ahol a törvények irreális követelményekkel lépnek fel, alkalmas talajt készítenek a törvény komolyságába vetett hit megingatására. Az emberek úgyis nagy előszeretettel hágnak át minden rendelkezést, mely őket élvezeteikben vagy

szenvedélyeikben akadályozni törekszik (pl. kártya, alkohol, kokain stb.), de mindenkifelett nehezen engedik nemi ösztöneiket törvényes keretek közé szorítani. Az pedig éppen közismert tapasztalat, hogy a veneriás betegek rendkívül nehezen befolyásolhatók, bajukat elhanyagolják, s sexuális életük korlátozására alig bírhatók rá!

Egynémely kísérlet kudarca vagy félsikere azonban távorról sem jelenti azt, mintha minden reményt fel kellene adnunk, hogy a nemi egészségügy fejlesztését törvényes intézkedések útján segíthessük elő. Az igazság — úgy vélem — itt is közepben van és az *olytermészetű rendszabályok, melyek valamely nép speciális életviszonyainak megfelelnek, s a törvényes intézkedések tekintélyét kivihetetlen követelésekkel nem veszélyeztetik, kitűnő eredménnyel támaszthatják alá a prevenció fontos ügyét.*

Tekintetbevéve az összes felsorolt szempontokat és egybevetve a külföldi rendelkező, tiltó, s megtorló intézkedésekből leszűrt tapasztalatokat, alábbi pontokban lehetne a legszükségesebb törvényes követelményeket vázolni, melyek részint a nemi betegekre, részint az orvosi karra, részint pedig a kuruzslókra vonatkoznak:

a) *A veneriás betegek általános kezeltetési kötelezettsége*, aminek kimondását az antiveneriás küzdelem szempontjából első és legminimálisabb követelménynek kell vallanunk. Valamely nem fertőző betegség kezeltetésének vagy elhanyagolásának kérdése, míg az illető vele másnak kárt nem okoz, az egyén magánügye lehet. Másként áll azonban a dolog a lapangva fertőző nemi betegségekkel, melyek tovaterjedő természetüknél fogva az egyén érdek- és jogkörét messze túlhaladják, s az állam és társadalom közügyévé válnak. Föltétlenül kívánatos tehát, hogy az államhatalom a közveszélyes (fertőző stádiumú) nemi betegektől kényszerkezeltetés terhe alatt követelje meg betegségüknek korai és alapos kigyógyíttatását. — Mielőtt azonban olyan törvényt hozunk, mely kötelezővé teszi a gyógykezeltetést, természetesen gondoskodni kell arról, hogy mindazok, kik anyagi helyzetüknél

fogva rászorulnak, ingyenes kezelésben és gyógyszerellátásban részesülhessenek!

b) *Mindazon egyének törvényes megbüntetése, kik fertőző veneriás bajuk dacára nemi közösülést végeznek.* A veneriás betegségek ellen való védekezésnek egyik alappillére a betegeknek az egészségesektől való visszatartása, s ezúton a ragály tova hurcolásának megakadályozása, melynek elérésére a később tárgyalandó beteggondozáson kívül erélyes tiltó és megtorló rendszabályoknak kell intézkednie. Felháborító, hogy egy relatíve kisebb beteg embercsoport könnyelműsége és lelkiismeretlensége állandóan és büntetlenül veszélyeztethesse az egészséges polgárok tömegét! Az egészségügyi prevenció más területein található büntető rendelkezéseket vizsgálva, joggal vethetjük fel a kérdést, hogy mennyivel bűnösebb pl. az az élelmiszerkereskedő, kit valamely egészségre ártalmas tápanyag árusításáért érzékeny büntetés terhel, mint az, aki tudatosan vagy gondatlanságból veneriás betegé teszi embertársait. Törvénykönyvünknek valóban nagy hiányossága, hogy problémánkat figyelmen kívül hagyta, s annak elbírálására direkt támpontot nem nyújt. Súlyos börtönbüntetést kell statuálni azok részére, kik evidensen tudva, hogy veneriás betegségben szenvednek, nemileg közösülnek (friss szifilisz és kankó: szándékosság esete), és érzékeny pénzbüntetést róni azok megfenyítésére, kik habár fertőző voltak tudatában nem voltak, de azt a körülményekhez képest mégis tudniok kellett volna (latens szifilisz és idült kankó: gondatlanság esete).

c) *Mindazon egyének kötelező megvizsgáltatása, kik nyomós indokok alapján ragályterjesztéssel vagy fertőző betegségük elhanyagolásával gyanúsíthatók.* Ily természetű törvényes eljárás az erkölcsrendészeti hatóságoknak, egészségügyi-, gondozó és szociális-védő intézeteknek, az orvosoknak vagy magán-személyeknek megkeresésére indulhat. A vizsgálat lefolytatására természetesen *kizárólag* egészségügyi hatóság (vagy esetleg az általa megbízott nemi beteg-gondozó állomás) volna hivatott, amely a feljelentő jogi vagy magánszemély körül-

tekintő szóbeli kihallgatása után, kellő gyanúkok fennforgása esetén a hivatali titok és szigorú diszkréció betartása mellett, a gyanúsított egyénektől egyszeri, többszöri vagy sorozatos orvosi bizonyítvány felmutatását követelhetné. Az egészségügyi hatóság csak ismételt felszólítás, eredménytelen egészségügyi kioktatás, jóindulatú rábeszélés és hiábavaló figyelmeztetés után, mintegy végső esetben fordulna az erkölcsrendészeti hatóság fegyvereihez, s alkalmazná szükséghez mérten az 1876: XIV. t.-c. 89. §-a, illetve a B. M. 1902. évi 83,874. számú rendelet értelmében a kényszervizsgálatot és a kórházi kényszergyógykezelést.

d) *Házasulandó felek kötelező orvosi vizsgálata.* Ezt a törvényes rendszabályt elsősorban a családok nemi egészségének védelme, a kankó okozta terméketlenség megelőzésének, s a veleszületett szifilisz elleni hathatós küzdelemnek az érdeke követeli. A könnyelmű, hanyag és tudatlan embereknek (különösen a városi férfinépességnek) jelentékeny százaléka gyógyulatlan nemi bajjal házasodik. De különben is óriási fontossága van a házasság előtti vizsgálatnak azok számottevő rétegeinél, kiknek elszenvedett infekciójukról és különösen lappangó szifiliszükről sejtelmük sincsen (Szentkirályi teljesen heterogén anyagában utóbbi pl. 8.3 %), s életük későbbi évtizedeiben katasztrofális következményes megbetegedések (hátgerincsorvadás, agylágyulás, szívbaj, érbetegségek, máj- és vesebajok stb.) áldozataivá lesznek. — Az általános vérvizsgálat kötelezettsége volna a legideálisabb preventív rendszer, ami azonban természetesen szükségessé tenné legalább is minden megyei közkórház keretében, s a mielőbb kiépítendő nemi beteg-gondozó hálózat minden csomópontjában megbízható serologiai állomás létesítését, hol az e célból beküldött anyag vizsgálatát ingyenesen eszközölnék. Gondoskodásnak kellene történnie arra is, hogy maga a vér- és váladékvétel, s az egészségi bizonyítvány kiállítása az arra szoruló vagyontalanok részére az egészségügyi hatóságok útján díjtalanul végeztessék, de viszont az emberek előítéletével számot vetve, bármely magánorvos bi-

zonyítványa is elfogadható legyen. Az a félelem, hogy a kötelező vizsgálatok a házasságkötések számát csökkentőleg befolyásolhatnák, indokolatlannak látszik, mert sehogy sem képzelhető el, hogy komoly házasuló egy vizsgálat vagy egy tűszúrás miatt ebbeli szándékáról letegyen. Viszont el kell ismerni, hogy pl. negatív serologiai lelet lappangó szifilisz jelenléte ellen nem bizonyíték, s akik ismerik a seroreakciók viselkedését, a házassági vizsgálat előtt végzett erélyes kúrával annak negatívvá tételét érhetik el. De ez alapon egymagában nem lehet a rendszert használhatatlannak minősíteni, hiszen akik már a házasság' előtt ismerik a serologiai lelet negatívvá változtatásának módszerét, azok a házasság megtörténte után is tudni fognak 'élni vele. A házasság előtti serologiai felderítő munkásság súlypontja amúgyis azokra esne, kik tudatukon kívül fertőződtek vagy régen szerzett betegségüket gyógyultnak képzelik. Azok az ellenérvek, melyek a relatíve igen kisszámú «nem szifilisz» pozitív esetre támaszkodnak, aligha bírnak döntő fontossággal, mert pozitív eredmény esetén gondos aetiologiai és klinikai vizsgálat lenne kötelező, s csak ennek egyező lelete alapján lehetne a házassodás ideiglenes tilalmát kimondani. — A házasság előtti kötelező vizsgálat bevezetésének természetesen a technikai és anyagi követelményeken kívül bizonyos jogi feltételei is vannak. Számolni kell többek közt azokkal az esetekkel, mikor a serologiai, illetve górcsövi vizsgálat és a házassodás időpontja közti időben (pl. legénybúcsú!) történik a fertőződés. Azt is tekintetbe kell venni, hogy a házassodás idején negatív látellellettel bíró egyének később recidiválhatnak, s megfertőzhetik házas társukat. Ilyen esetekben a fertőző* vagy fertőzött házastárs a vizsgálatot végző közegre háríthatja a felelősséget, sőt az orvost vagy laboratóriumot kártérítési perrel is támadhatja meg. Ezért az esetleges törvényes rendezés kapcsán világosan ki kell fejezni, hogy a házasság előtti vizsgálat kizárólag pozitívitás esetén bír jogi jelentőséggel, mikor is a fent vázolt egyéb kritériumok jelenlétében a törvényes házasságkötést kizárja. Ezzel szemben a negatív lelet semmi-

nemű jogi következménnyel nem bír, s a birtokosánál később fellépő fertőzés, illetve recidiva esetén a kiállító orvossal szemben nem szolgálhat büntetőjogi vagy polgári peres eljárásra alapul. — Ha a lakosság nagyobbik fele életében legalább egyszer és pedig a jövő generáció szempontjából legfontosabb időpontban kötelező veneriológiai vizsgálatnak lenne alávetve, ez a nemi egészségügy lendületes javulását eredményezné, s gazdag ellenszolgáltatást nyújtana az anyagi, jogi és technikai nehézségek leküzdéséért! Ismételjük, hogy a házasság előtti kötelező serologiai-bakteriológiai vizsgálatnak «sine qua non»-ja elegendő ingyenes vizsgálóállomás létesítése, de meg kell említenünk, hogy a vér- és váladék-vizsgálat kivihetlensége esetén hasznos szolgálatot tehetne a preventív intézkedéseknek egyszerűbben kivihető módozata is: a mindkét nemre, esetleg csupán a férfinenyre vonatkozó házasság előtti általános klinikai jellegű bizonyítvány felmutatásának vagy kölcsönös kicserélésének kötelezettsége.

e) *A nemi betegek kötelező orvosi kiiktatása.* Orvosi karunk átlagának kizárólagosan «gyógyászati» a mentalitása, miért is a társadalomegészségügy problémáival keveset foglalkozik és vitális szempontjait figyelmen kívül hagyja. Pedig tudvalevően az orvos a gyógy ténykedéssel úgy a veneriás bajoknál, mint bármely más ragályozó kórnál csak fél munkát végez, ha nem igyekszik betegét az egészségesek szempontjából ártalmatlanná tenni. Ehhez az első út: a betegeknek különösen gondos felvilágosítása, részletes kitanítása, a betegség minőségének, ragályozó természetének, gyógyulási időtartamának, utóbajainak, a cohabitatio tilalmának, s az esetleges elhanyagolás vagy inficiálás jogi következményeinek alapos ismertetése. Éppen az ilyirányú prevenció fontosságára való különös tekintettel, szükségesnek látszik az orvost törvényileg is kötelezni arra, hogy fertőző veneriás bajban szenvedő betegeit a fent vázolt ismeretekre «szóban és írásban» kiiktassa!

f) *A nemi betegek név nélkül bejelentésének kötelezettsége.* A. B. M. 91,954/1894. számú körrendelet előírja, hogy milyen

fertőző betegségek tartoznak a «névszerinti» kötelező bejelentés alá. A veneriás bajokat speciális természetű társadalmi és morális vonatkozásai miatt ezek sorából kihagyták, s így a nemi betegek mentesültek a bejelentés kötelezettsége alól. A veneriás morbiditás ismerete céljából azonban föltétlenül szükségünk van a betegek «név nélküli» bejelentésére, amire vonatkozólag direkt törvényes rendelkezésünk még nincsen. Igaz ugyan, hogy 1928 folyamán az 1897. évi XXXV. t.-c. alapján beállított költségvetésből már fogantatottak veneriás statisztikai gyűjtést, de az orvosok egy részének húzódozása, sőt távolmaradása miatt indokolt volna a nemi betegek időnkénti vagy állandó «név nélküli» bejelentésének kötelezettségét törvényileg előírni. Igazán racionális nemi egészségügyi politikának első feltétele ugyanis a veneriás betegségek sűrűségének, területenkénti eloszlásának etc. megbízható és pontos ismerete, mert csak ennek segítségével lehet az egészségügyi hatósági gondoskodást megfelelően besztani, s a nemi beteg-gyógyítás és -gondozás szolgáltatásait a veszélyeztetett területekre koncentrálni. Nemi betegekre vonatkozó «névszerinti» bejelentés (tulajdonképpen feljelentés) viszont kizárólag olyankor jöhetne tekintetbe, mikor valamely fertőző nemi beteg a kezelésemből eltűnik vagy indolens és veszélyeztető magatartásával embertársainak egészségét kockáztatja. Ilyen esetekben az illetékes egészségügyi hatóság a c) pontban vázolt előírások szerint intézkedik.

g) *Orvosi reklámok eltiltása.* A magyar orvosi társadalom részéről ez a kívánság orvos-etikai szempontból már régen felmerült, de speciális vonatkozásai miatt az antiveneriás küzdelemben is nagy fontossággal bír. Egyetlen orvosi szakon sem harapózott el annyira a hirdetés, többszínű cégtáblákkal való reklámozás, plakátózás és újságokban való felkínálkozás, mint a veneriológia terén. Az ily természetű visszaélések ártalmi pedig nyilvánvalóak, hiszen közismert dolog, hogy a szemérmes tömegek kritikátlanul tódulnak az ilyen szemérmetlen orvosokhoz, kiknek reménytelenül lesznek kiszolgáltatva. Mivel a veneriás bajok tagadhatat-

lanul árulói az illetők sexuális és főként extramatrimonialis életének, a közönség gondosan titkolja effajta megbetegedését. Az egyszerűbb, főleg vidéki néprétegeknél, de a városi polgárság körében is gyakori eset, hogy inkább a szemfényvesztő hirdető orvosokat keresik fel, semhogy megbízható specialista után kérdezősködjének, s érdeklődésükkel esetleges bajukat elárulják. A nemi egészségügy szempontjából e kérdésnek az ad lényegét, hogy a hirdető orvosok higiénikus és gyógyító ténykedésének értéke alapos joggal vonható kétségbe, mert ha egy orvos elég lelkiismeretlen és alantos gondolkodású ahhoz, hogy betegeit «újsághirdetés» segítségével és «levélbeli» gyógyítás ígérete útján szerezze, orvosi ténykedésében sem lehet tőle különb lelkiismeretességet várni. Már pedig nem szabad tekintet nélkül hagyni, hogy a veneriás betegségek terjedését a komolytalan és szakszerűtlen kezelés nagy mértékben segíti elő. Mindezen tapasztalatok szükségessé teszik, hogy az államhatalom a hirdető orvosok visszaéléseinek végre is erélyes büntető rendszabályokkal vessen véget!

h) *A kuruzslás szigorított büntetése.* A nemi betegségek elleni küzdelem sikerének egyik fő feltétele, hogy a betegek idejekorán megfelelő orvosi kezelésbe kerüljenek. Ennek egyik lényeges akadályát alkotják a kuruzslók, kik haszonlesésből vagy ostobaságból az áldozatokat magukhoz csalják, szakszerűtlen pancsolásaikkal és primitív módszereikkel a betegségek idültté válását, s a ragályozó stádium időbeli elhúzódsát idézik elő. A jelzett okokból kívánatosnak látszik a kuruzslásra és a kuruzslószerekre vonatkozó rendszabályok szigorúbbá tétele, sőt a kuruzslás kritériumának azon megtévedt gyógyszerészekre való kiterjesztése is, kik orvosi rendelvénnyel nélkül antiveneriás gyógyszereket árusítanak. — A magyarországi orvosi gyakorlatra vonatkozó jogszabályok feltételeit az 1876: XIV. t.-c. VI. fejezetének 43. §-a állapítja meg. Ugyanezen t.-c. 52. §-a pedig kimondja, hogy «A jelen törvény VI. fejezetének szabályai szerint orvosi gyakorlatra nem jogosított egyéneknek betegeket keresetképpen gyógykezeltetni és díjazás mellett gyógyszereket ren-

delni tilos.» Fentieket kiegészíti az 1879: XL. t.-c. 92. §-a, mely szerint «200 koronáig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő: 1. aki szabályszerű jogosítvány nélkül fizetésért vagy jutalomért orvosi . . . teendőt végez; 2. aki szabályszerű jogosítvány nélkül gyógyszert betegek számára árul vagy elad . . . Visszaesés esetében . . . egy hónapig terjedhető elzárás és 600 kor.-ig terjedhető pénzbüntetés állapítandó meg.» Ezen rendelkezéseknek alapvető hiányossága, hogy a gyógyítást vagy gyógyszernyújtást orvosi diploma nélküli egyéneknek csak azon esetben tiltja, illetve bünteti, ha ez pénzszerzés céljából történik. A jogi felfogás tehát a gyógyászkodást lehetővé teszi nem orvosnak is, ha az illető érte ellenszolgáltatást nem kér. A közegészségügy szemszögéből ezen jogi álláspont sehogyan sem helyeselhető, mert nemcsak az a cél, hogy az orvos keresete védve legyen, hanem ennél sokkal fontosabb feladat a nagyközönség és speciálisan a nemi betegek egészségügyi érdekének ezen ostoba és ártalmas manipulációktól való erélyes meg védelmezése, még abban az esetben is, ha a kuruzslás talán nem anyagi érdekből történik. A célt kettős úton lehetne sikerrel megközelítem: 1) büntetéssel sújtani az anyagi érdek nélkül elkövetett kuruzslást is és 2) az idevonatkozó törvényes büntetések mértékét tetemesen súlyosbítani!

Befejezve az antiveneriás küzdelem terén felmerülő törvényes intézkedések és lehetőségek tárgyalását, hivatkozni kívánok arra, hogy nem volt szándékomban mindazon aprólékos vonatkozásokat összegyűjteni, amelyeknek rendezése törvényes szabályozás alá tartozhat. Azt sem céloztam, hogy a külföldi rendszerekben alkalmazott, de a mi viszonyaink közt részben még időszerűtlen vagy kivihetetlen védő, tiltó és büntető rendszabályok tömegét itt taxatív felsoroljam, hanem csupán, hogy bizonyos tágabb keretekre igyekezzek rámutatni, melyeken belül hazánkban a legfontosabbnak látszó kérdések törvényes szabályozására a jövőben alkalmas mód kínálkozik.

Bár a sexuális vonatkozásoknak és a nemi betegségeknek

titkolt volta minden fajta rendszabály végrehajtása elé speciális nehézségeket gördít, nem szabad e kérdésben a teljes negáció álláspontjára helyezkednünk, mert részleges eredmények eredményében is érdemesnek látszik bizonyos alap-princípiumoknak törvényes keretekbe való iktatása. *A felszínre bukkanó esetek megbüntetése módot nyújt példa statuálására, amely meggondolásra és óvatosságra készíteti az összes érdekelteket. De ezenkívül maga a kötelezettség és büntethetőség váló ténye, s a törvényben foglalt tiltó rendszabályok élő ereje óriási félvilágosító és tanító hatást rejt magában, mély lassan megérleli és elhozza a helyzet javulásának gyümölcseit.*

6. A prostitúció kérdése.

A prostitúció kérdésének rendezésére vonatkozó alaptörvényünk az 1876. évi XIV. t.-c. 91. §-a, mely kimondja, hogy «A kéjelgési ügy, amennyiben a közegészségre vonatkozik, rendeleti úton szabályoztatik».

Az államhatalom tekintettel arra, hogy a sokarcú prostitúció elleni védekezés módozatai állandó fejlődésnek vannak alávetve, a részletes rendszabályokat nem fekteti nehezen módosítható törvényparagrafusokba, hanem rendeleti útra tereli. A prostitúció azonban utóbbi évekig sem erkölcsrendészeti, sem közegészségi szempontból központilag egységes szabályozást nem nyert, hanem általánosan bevezetett jogszokássá lett, hogy az egyes törvényhatóságok saját területük körzetében belügyminiszteri jóváhagyás mellett a rendőrséggel karöltve intézkedtek.

Az egymástól független és kevés megértéssel alkotott vidéki önkormányzati rendszabályok nem produkáltak sem erkölcsrendészeti, sem közegészségi szempontból kielégítő eredményt, miért is már évtizedekkel ezelőtt felmerült az a kívánság, hogy kormányzatunk a prostitúció ügyét az egész országra terjedőleg központi intézkedéssel szabályozza. Ezen régi óhaj eredménye a B. M. 160,100/1926. számú körrende-

let, mely a prostitúció rendszerét fenti kívánalmak alapján egységesíti és reorganizálja.

A rendeletnek néhány fontosabb közegészségügyi vonatkozású pontja a következő: «1. §. Kéjelgést keresetszerűen csak az a nő (kéjné) űzhet, aki magát a rendőrhatóságnál a kéjnékről vezetett nyilvántartásba bejegyezteti és ezzel kapcsolatban magát hatósági rendszeres kötelező orvosi vizsgálatnak aláveti. 9. §. Azt a nőt, akinél akár a bejegyzés előtt, akár a bejegyzés tartama alatt (a kilépés előtt) az orvosi vizsgálat nemi betegséget állapított meg, kötelező gyógykezelésre kórházba kell utalni. 12. §. Fertőző nemi beteg kéjnének (bejegyzett vagy titkos kéjnének), továbbá fertőző nemi beteg férfinak kéjnével nemileg érintkezni tilos. 27. §. 3. Tilos a kéjnének: látogatóul 18 éven aluli fiatakorút fogadni. 49. §. Minden bejegyzett kéjné köteles hetenként legalább kétszer az e célból kijelölt helyen és időben hatósági orvosi vizsgálatra . . . megjelenni és az orvosi utasításnak megfelelni. Kórházbautalás esetén azonnal — amennyiben pedig helyben kórház nincs, a más helyen kijelölt kórházban — köteles a rendőrhatóság által megállapítandó legrövidebb időn belül jelentkezni és magát mindenben az előírt gyógymódnak alávetni ... Az orvosi vizsgálatokat a kinevezett m. kir. állami rendőrorvos, ahol ilyen nincs, a helyben lakó illetékes hatósági tisztí orvos, avagy az ezzel a feladattal megbízandó városi, községi vagy körorvos végzi ... 54. §. ... A rendes keresetforrás nélkül levő azokat a nőket, akik keresetszerű (üzletszerű) titkos kéjelgéssel alaposan gyanúsíthatók, előállításuk esetében a rendőrhatóság vezetője vagy helyettese mindenekelőtt orvossal megvizsgálhatja és nemi betegség esetében a nemi betegek kórházába szállíttatja.»

Amint ezekből láthatjuk, *legújabb hatósági rendszabályunk az orthodox reglementáció rendszerét — egyes modernebb intézkedés beiktatása mellett is — lényegében fenntartotta* és ennek segítségével kívánja a prostitúció által közvetített venerias betegségek leküzdését szolgálani.

A rendszeres rendőrhatósági ellenőrzésen alapuló «regle-

mentáció» és az erkölcsrendészeti bejegyzés systemáját elvető «abolíció» egymással köztudomásúlag több évtizede éles harcban áll. Az államok tekintélyes csoportja az abolíciót ismerte el helyesnek, de másik része megtartotta napjainkig a reglementáció régi rendszerét. Így abolíció van a következő országokban: Anglia, Ausztrália, Csehország, Dánia, Észak-amerikai Egyesült-Államok, Finnország, Hollandia, India, Izland, Kanada, Lengyelország, Lettország, Németország, Norvégia, Oroszország, Svájc és Svédország. — Reglementációs államok viszont: Argentina, Ausztria, Belgium, Brazília, Bulgária, Chile, Franciaország, Görögország, Japán, Jugoszlávia, Kína, Magyarország, Mexikó, Olaszország, Paraguay, Portugália, Románia, Spanyolország, Törökország és Uruguay.

Az abolíciós rendszer keretén belül a különböző országok lényeges fokozati eltérést mutatnak. Egyes államok systemája a teljes szabadosság elvén állva eltűri a prostituáltakat és velük szemben semmiféle egészségügyi vagy megtorló rendszabályt nem alkalmaz (Oroszország). Más állam nem vesz hivatalosan tudomást a prostituáltak létezéséről, de hallgatólagosan tűri azokat és csupán kihágás esetén avatkozik közbe (Anglia), vagy a nemi betegségek ártalmainak leküzdése céljából *általános érvényű* (neoabolíciós) észszerű intézkedésekkel és nagyértékű egészségügyi intézményekkel küzd (Skandináv államok stb.). Ismét másfajtajú abolíciós rendszer kereken megtagadja a prostitúció létjogosultságát és vasszigorral üldözi minden megnyilvánulását (U. S. A.). — Viszont a reglementációnak is számbavehető fokozati különbségei vannak. Néhol a bevezetett utcai prostitúció mellett a régi bordélyrendszer is dívik és bizonyos esetekre még a «kényszerbejegyzés» is fennáll (Franciaország). Más helyen tilos az utcai prostitúció, de megtűrik a bordélyházakat és magánlakó kéjnöket (Olaszország), vagy a bordélyok eltörlése (B. M. 160,100/1926. 28. §) dacára engedélyezik az utcai prostitúciót, s az önkéntes bejegyzés elvét tartják fenn (Magyarország).

Hogy melyik rendszertől várható a közegészségügy és köz-

erkölcsiség javítása tekintetében több eredmény, s hol van tulajdonképpen a sokat keresett igazság, erről a szakkörökben mai napig folyik a kemény vita. Áttekinthetőség céljából megkísérlem mindkét álláspontot megvilágítani, s össze-sűríteni azon szempontokat, melyek az ellentétes rendszerek különbségeit kellően kidomborítják.

Reglementációs érvek a következők:

1. A prostituáltak célszerű hatóságilag bejegyezni és periodikus rendőrorvosi kontroll alatt tartani, mert ily módon a fertőző nemi beteg prostituáltak azonnal felszínre kerülnek, s őket kórházi kényszerkezelésbe lehet vonni.

2. A reglementált kéjnök ellenőrzésének rendszere megfelelő módszer (gyakori, alapos vizsgálatok, kórházi izolálás) és azzal a megnyugtató egészségügyi eredménnyel jár, hogy a bejegyzett prostituáltak az őket felkereső férfinépességet a veneriás fertőződéstől nagymértékben mentesítik.

3. A reglementációs rendszerű prevenciónak az a módja, melynek értelmében a nemi beteg kéjnök kórházba kerül és ragályozásának ideje alatt izolálva marad, rengeteg fertőzéstől óvja meg a lakosságot. (Fournier: ha valamely beteg prostituált naponta x férfit fertőz, akkor rendőri ellenőrzés és kórházi elkülönítés híján egy évben akár $365x$ -et is inficiálhat.)

4. A reglementáció helyességét bizonyítja, hogy a minden oldalról elismert egészségügyi statisztikai adatok szerint a reglementált kéjnök évi megbetegülési százaléka sokkal alacsonyabb a rendőrorvosi kontroll alatt nem álló titkos kéjnökénél (pl. 1923-ban Budapesten a bejegyzett 2056 prostituált 978 alkalommal betegedett meg = 47.6 %, az 1925-ben bejegyzett 1711 kéjnök 468-szor került kórházba = 27.3 %. Ugyanakkor 1923-ban a razzián elfogottaknak 30 %-át, az 1925-ben elfogottaknak pedig 21 %-át találta a rendőrorvosi vizsgálat fertőző nemi betegnek. Ámde kétségtelen, hogy ilyen számítással összehasonlítást tenni nem lehet, mert a bejegyzettek folytatólagosan, hetenként kétszer kerülnek

vizsgálatra, miért is minden egyes fertőződésük és recidivájuk belejut a nyilvántartásba, a titkosak azonban a razziákkal kapcsolatosan évente legfeljebb 1—2-szer kerülnek vizsgálat alá, s így gyakori fertőződésük kimarad a statisztikából. Ha tehát a bejegyzett prostituáltaknál is a titkosakhoz hasonlóan csak *egyetlen* orvosi vizsgálat mérlegét állítjuk fel, akkor a reglementált kéjnök veneriás megbetegedési számát pl. 1923-ban 47.6 % helyett 0.5 %-nak, 1925-ben pedig 27.3 % helyett csak 0.3 %-nak találjuk. Tagadhatatlan, hogy semmiféle számítással sincs mód a két különböző kategória veneriás megbetegülési arányát tökéletes realitással párhuzamba vonni, mindazonáltal bizonyos, hogy a bejegyzettek ragályozási lehetősége a titkosakénál tetemesen alacsonyabb.)

5. A reglementáció egyik előnye abban nyilvánul (Lepine), hogy egészségügyi szempontból a prostituáltakra tanító és felvilágosító hatással bír, kik ily módon a tudatlan alkalmi és titkos prostituáltaknál jobban képesek védekezni és védeni a nemi betegségek veszedelmétől.

6. A reglementáció szükséges rossz, mely a promiscuitásnak levezető zsilipje, a házasságon kívül élő férfilakosságnak kínálatot nyújt és ezáltal a tisztességes nők megrontását megakadályozza.

7. Különösen fontos ezen rendőri rendszer fenntartása olyan államokban (mint Magyarország is), melyben a kultúra és erkölcsi tudat nivója még nem érett az abolíciós irányzat megvalósítására, s a népesség vérmérséklete reglementáció hiányában olyan utakat keresne, mely a közviszonyoknak még nagyobb ártalmára lenne.

8. A reglementáció eredménye annál kedvezőbb, minél tágabb kategóriákat és szélesebb korosztályokat ölel fel, miért a reglementációnak még további kiterjesztése kívánatos (a 18 évben megállapított alsó bejegyzési korhatár esetleges leszállítása, bizonyos «veszélyeztető» foglalkozási csoportok, mint pincérnők, kasszírnök, szállodai szobalányok, kenyeresleányok stb. bevonása).

9. Az erkölcsrendészeti bejegyzés és ellenőrzés nélkülöz-

hetetlen, mert ott, ahol megszüntetik, a veneriás betegségek további elszaporodása következik be.

10. A reglementációnak közegészségügyi hátránya nincsen, csak előnye, így ezen rendszer továbbra is fenntartandó!

Abolíciós érvek a következők:

Ad 1. A prostituáltak hatósági bejegyzése és rendőrorvosi kontrollja jelentéktelen haszonnal kecsegtet, mivel a nemi betegséggel «veszélyeztető» tömegeknek csak minimális töredékét öleli fel. Ezen egyoldalú rendszer keretéből nemcsak az egész veszélyeztető férfilakosság és a női nem promiscuitást folytató széles rétege marad ki, hanem maguknak a prostituáltaknak is mindössze kb. 1/10-ére vagy 1/20-ára vonatkozik. Köztudomású ugyanis, hogy nagyvárosokban a bejegyzetteknél 10—20-szor nagyobb a «titkos» és «alkalmi» prostituáltak száma. Ezeknek egy része ugyan erkölcsrendészeti razziák, feljelentések stb. útján néha felszínre kerül (ami neoreglementációs vagy neabolíciós rendszer mellett is megtörténik), de rendszeres rendőrségi kontroll alá *nem kényszeríthető*.

Ad 2. A reglementáltak egészségügyi ellenőrzésének rendszere tökéletlen, mert *a)* a naponként többszöri kontroll kivihetetlen lévén, egyik vizsgálatól a másikig (3—4 nap) bőséges idő marad fertőző tünetek kifejlődésére és a ragály továbbterjedésére, *b)* a prostituáltak — a nélkül, hogy esetleg saját maguk aquirálnák — egyik férfi fertőző vírusát átolthatják a közvetlen utána következő másik férfiba, *c)* a betegség kezdődő jeleit észlelő prostituáltak, félve a kórházba kényszerítéstől, gyakran megszöknek a kontroll elől és titokban folytatják ragály terjesztő «foglalkozásukat», *d)* a reglementált prostituáltak vizsgálata a nagyvárosokban olyan tömegekben és annyira kevésszámú orvos alkalmazásával történik, hogy lehetlenné teszi a tökéletes alaposágú eljárást, s gyakori hibaforrások becsúsztatására ad alkalmat (Párizsban kb. negyed perc, Budapesten kb. egy és félperc alatt történik egy-

egy vizsgálat), *e*) a bejegyzett prostituáltak fertőzési és újra-fertőződési lehetősége a hatóságilag elősegített nagyforgalmú keveredésük folytán igen jelentékeny (Sperk szerint a bejegyzett kék nők szifilisz megbetegedésének átlagos aránya a reglementáció első évében 14.7 %, második évben 14.3 %, harmadik évben 4.1 %, negyedik évben 1.6 %, ötödik évben 0.9 %, azután évente kb. 0.1 %; Neisser szerint a még kedvezőtlenebb morbiditású kankós megbetegedés a reglementáció első évében 13.2 %, második évben 12.1 %, harmadik évben 7.0 %, negyedik évben 9.6 %, ötödik évben 11.0 %, hatodik évben 9.2 %, hetedik évben 8.1 %, nyolcadik évben 8.5 %, kilencedik évben 3.3 %, tizedik évben 5.5 % stb.), *f*) a reglementáltak utókezelése céljára úgyszólván sehol sem állnak ambulatóriumok rendelkezésre, a kórházi zártkezelés pedig egymagában nem elegendő (friss szifilisz esetében egy-egy kórházi kúrálás után «gyógyult»-an elbocsátott prostituált további kezelés híján rövidesen recidivál, s az ennek megelőzése céljából tervezett periodikus vérvizsgálati eljárást még kevés helyen foganatosították; a kankónál e tekintetben még nagyobb nehézségek merülnek fel, mert a rövid kórházi kezelés befejezése idején a gyógyultság megállapítása éppenséggel problematikus), *g*) a bejegyzettek fertőző állapota a közegészségügy szempontjából bármely más kategóriánál veszélyesebb, mert engedélyezett nyilvános üzemeikkel olyan mérvű promiscuitást fejtenek ki, hogy minden egyes megbetegedésük kapcsán (a következő vizsgálat idejéig is) egész csapat egyént fertőznek meg.

Ad 3. A fertőző reglementált kék nők kórházi izolálása révén a férfilekosság promiscuitást űző egyedei még nem mentesülnek a nemi bajoktól. Mert helyes ugyan a fertőző prostituáltakat elkülöníteni (amint általában helyes ez a bejegyzettekén kívül minden foglalkozásszerű és egyéb közveszélyes kéjelgőnél is), de ezzel csak korlátozott eredményt érhetünk el, ha a nemi keveredést folytató férfitömegekkel nem törődünk, akik közben mindig újabb és újabb (valószínűleg beteg) nyilvános és titkos kénköket keresnek fel.

Ad 4. A bejegyzett prostituáltaknál talált fertőző megbetegedések alacsonyabb száma csak kis részben tulajdonítható a kontrollnak. Főoka ennek az, hogy a bejegyzést rendszeren egy *prostituálódási előszak* előzi meg, mely idő alatt a veneriás betegségek, különösen a szifilisz legveszedelmesebb stádiumai már lezajlanak. A szifilisz legragályozóbb periódusa a fertőződés utáni első három évre esik (gyakori, tünetes reci-divák), azután már kezelés nélkül is fokozatosan csökken. Egyesek azt találták, hogy a bejegyzésre kerülő prostituáltaknak 45.9 %-a szenvedett előzetesen szifiliszben (Pinkus), a budapesti anyagon végzett vizsgálatok pedig azazal az eredménnyel jártak, hogy a prostituáltak 44.3 %-a volt felvétele előtt szifilisz és pedig 29.5 %-a 1—2 év, 14.8 %-a pedig már 3—6 év óta (Doros). A szifilisz (és korlátozott mértékben a kankó) fertőzőképességének fokozatos csökkenését illusztrálják a fenti 2. pont *e)* alatti adatai is. Érthető mindezek szerint, hogy a nagyrészen fiatalok, még az infekció legragályosabb stádiumában szenvedő titkos és alkalmi prostituáltak megbetegüléseinek százalékos aránya magasabb a friss ragályozási szakon régen átesett, öregebb bejegyzett prostituáltakénál. A kezdő titkos prostituáltak jelentékeny része még a 18. éven alul van, s a törvényes bejegyzési lehetőség ideje előtt fertőződik (pl. az 1922-ben Budapesten elfogott 16 éves titkosak 40 %-a, a 17 éveseknek pedig 46 %-a volt beteg), mikor pedig idő multával oda aljasodik, hogy magát nyilvános kéjnének bejegyezteti, akkor a legfertőzőbb időszakon már átvergődött. A bejegyzett kéjnök kedvezőbb megbetegülési arányszáma elsősorban ezekre a körülményekre és nem a kontroll javára írandó, aminek tárgyilagos felismerése a reglementációs rendszer értékét nagyon lecsökkentette.

Ad 5. A reglementáció a lehetőség határain belül valóban megtanítja a bejegyzett prostituáltakat a nemi betegségektől való észszerű óvakodásra és óvásra, — amikor már késő. Ezen rendszer ugyanis akkor veszi egészségügyi őrizetébe a nőt, mikor a szerencsétlen már prostituálódott és a legkülönfélébb fertőzéseken átesett. Az ilyen palliatív rend-

szabály helyett inkább oda kellene hatni, hogy a neoabolíció, szociális higiéné és szociális politika preventív eszközei segítségével ezen páriák prostituálódása és veneriás iníciálódása eleve megakadályoztassék.

Ad 6. A reglementációnak a tiszta női erkölcs védelme szempontjából semmi kedvező hatása sincs. Az a felfogás, hogy nyilvános prostituáltakra szükség van, mert levezetik a nőtlen férfilakosság sexuális szenvedélyét, középkori elgondolásból indult ki. E szerint kétféle nő van (illetőleg lehet): *a)* absztinens vagy tisztességes házaseletet élő nő és *b)* hivattászerű prostituált. Ma tudjuk, hogy ezen két kategórián kívül felmérhetetlen terjedelmű azon nők száma, kik házasságon kívüli promiscuitást üznek, részint direkt anyagi érdekből, részben attól többé-kevésbé függetlenül. Szembeállítva a házasságon kívül élő, nemileg érett férfilakosság tömegeit a nyilvános prostituáltak *relative* alacsony számával (az előbbi pl. Budapesten kerek számban 115,000, az utóbbi pedig 1927 közepén 1500 volt), számszerűleg is bebizonyosodik, hogy a reglementált kéj nők jelentéktelen mértékben vezethetik le a férfiak promiscuitását, s így nem játszanak számbavehető szerepet a többi nők erkölcsiségének a férfiktól való megóvásában. Az ellenben kétségtelen, hogy nyilvános erköcs-telenségük példájával éppen elősegítik a tiszta női morál destrualását.

Ad 7. A reglementáció systemája a tudomány fejlődése szempontjából túlhaladott álláspont, s valamely nép kultúrájának esetleges elmaradottsága e rendszer eltörlésének annál kevésbbé lehet akadály, mert maga az «orthodox» reglementáció megszüntetése vagy észszerű átalakítása a haladottabb kultúrára való törekvés jele, mely némely vonatkozásban éppen a kultúra és erkölcs emelkedését vonja maga után: Olyan rendszert, mely *bizonyos* prostituáltaknak «kéj jelgő foglalkozásira, s utcákon és nyilvános helyeken folytatott «test-áruulás»-ra, iparendélyszerű hatósági szabadalmat ad, nem lehet kulturális rendszernek nevezni, amivel szemben ilyenek kell tartani azt a módszert, mely kivétel nélkül *minden*

prostituáltak hibáztat üzelmeiért, s *minden* sexuális kihágáson vagy ragály terjesztésén ért nőt illetve férfit egyaránt felelőségre von és gyógykezeltet (neoabolíció). Ami az erkölcsi nívót illeti, az pedig Magyarországon semmivel sem alacsonyabb az európai államok átlagánál, sőt bátran állítható, hogy magyar népünk alapjában erkölcsös és mérsékelt temperamentumú faj (még a sok tekintetben kozmopolita jellegű Budapest morális foka is magasabb pl. Párizsnál, Berlinnél, Bécsnél és Prágánál), miért is teljesen indokolatlan attól tartani, hogy az orthodox reglementáció kérdéséhez való hozzájárulás e szempontokból veszedelmet jelent.

Ad 8. A reglementációnak megfelelőbb eredmények céljából való kiszélesítése megvalósíthatatlan. Köztudomású, hogy még a legerősebb terror idején sem sikerült a prostituáltak nagyobbik hányadát bejegyzésre kényszeríteni. A csatlakozó «átmeneti» kategóriák reglementálásának lehetősége pedig éppen a fantázia világába tartozik. Persze bizonyos foglalkozási csoportoknak (pl. pincérlányoknak, szállodai szobalányoknak, kenyereslányoknak, kasszírnöknek, fodrásznőknek, masszírozó nőknek stb.) rendészeti bevonásával a bejegyzett prostituáltak folyton sorvadó száma diadalmasan megduzzadhatna. De az ilyen eljárás a női erkölcsnek és a női tisztességhez való jognak veszedelmes megsebzése lenne, mert ezúton a részben, félig, sőt talán egészen becsületlen nők tömegei kényszerítenének a társadalomból való kiközösítésre, s testük «nyilvános» áruba bocsátására. Világos, hogy a nyilvános bejegyzés a gyalázatnak soha le nem mosható bélyege, s aki az utcákon mindenki szeme láttára árulja magát, az a polgári társadalomba soha sem térhet vissza. A «kényszerbejegyzés»-nek ilyen rendszeréhez csak az volna hasonló, ha a tolvajnak (aki talán egyszer megtévedt, de még könnyen tisztességes útra térhetne) örökre stigmatizáló bélyeggel sütnék a homlokára, hogy lopott. Ami pedig a szélesebb korosztályok bevonását illeti, emberbaráti gondolkozással és orvoshoz méltó mentalitással el sem képzelhető, hogy e célból 16—17 éves megtévedt gyermek-

leánykákat jegyezzenek be, kik még úgyszólván fejletlenek és tiszta tudatában sincsenek a nyilvános prostituálódás egész életre kiható szörnyű átkának!

Ad 9. Az orthodox reglementáció eltörlése vagy korszerű átalakítása sehol sem vezetett a nemi betegségek megszorodásához. Svédország, Hollandia, Dánia vagy Anglia pl. egyáltalán nem irigylik a reglementációs Belgiumnak, Franciaországnak, Ausztriának vagy Magyarországnak nemi egészségügyi helyzetét. Az egyes morbiditási statisztikákból pedig arra az eredményre lehet jutni, hogy a nemi betegségek szaporaságát egészen más faktorok irányítják, mint a reglementáció (pl. Norvégiában — hol 1876 óta kötelező orvosi bejelentés alapján készülő veneriás statisztikák állnak rendelkezésre — azt látjuk, hogy a reglementációnak 1887-ben történt megszüntetése után még egy ideig emelkedett ugyan a szifilisz sűrűsége és 1900 körül 1000 lakosra évente 1 új szifilisz fertőzés esett, azonban a háború kitöréséig minden reglementálás nélkül fokozatosan 0.64% -re esett. A világháború idején a többi reglementációs és abolíciós államokhoz hasonlóan Norvégiában is fellángoltak a veneriás fertőzések, melyek aztán utóbbi évek alatt az összes országokban ismét lecsökkentek). A nemi betegségek statisztikai hullámzását végeredményben a nép kulturális és morális adottságán és vérmérsékleti fokán, valamint a társadalmegészségügyi megelőzés és a gyógyító intézmények, s intézkedések ellenhatásán kívül a szociális-ökonomikus viszonyok változása, továbbá a nagy tömegmozgalmak (háborúk, forradalmak stb.) és a szociálpáthológiának különféle, eddig eléggé fel nem kutatott mozzanatai váltják ki. A veneriás morbiditás azonban kétségkívül független attól, hogy valamely állam reglementáció alapján rendezkedik-e be, vagy sem!

Ad 10. A reglementációnak számos indirekt egészségügyi ártalma van. Ezek közül legfontosabb, hogy e rendszer, melyről köztudomású a bejegyzettek felett gyakorolt állandó rendőrorvosi kontrollja, indokolatlanul szilárd bizalmat kelt az emberekben, kiknek tekintélyes része e miatt minden óvsza-

bályt mellőzve, nagy számban fertőződik. A reglementáció másik indirekt hátránya azzal függ össze, hogy *lényegéből kifolyólag* megtűri, sőt elősegíti a reglementáltak nyilvános felkínálkozását (bizonyos utcákban engedélyezett prostituáltak, rendőrileg bejegyzett nyilvános találkahelyek!). Ennek általában nemcsak a fokozott házasságon kívüli érintkezés a következménye, hanem főként azon férfi-kategóriák *megkönnyített* cohabitációja, kik nemi betegségek tekintetében különösképpen veszélyeztetettek. Ebbe a csoportba tartozik a *serdülő férfifjúság* és az *alkoholos egyének* kategóriája. A tapasztalatlan fiatalság elsősorban az ismert sarkokon felkínálkozó engedélyezett perditákba botlik bele, kik a serdülő gyermekif jakban túlkorai vágyakat gerjesztenek, s azok kielégítésére könnyű alkalmat szolgáltatnak. Tagadhatatlan, hogy nyilvános prostituáltak hiányában a sexuálisan félénk és járatlan fiúgyermek nagy részének jóval később nyílna alkalom a nemi élet megismerésére, mikor már felvilágosodottabb fővel vehetnék fel a nemi betegségek elleni egyéni küzdelmet. A különösen veszélyeztetettek másik csoportja az alkoholmámoros egyének széles rétege, amely ugyancsak sűrűn fertőződik bejegyzett prostituáltak által. Az alkohol a központi sexuális sphaerára erős ingert gyakorol, e mellett súlyosan bénítja az erkölcsi és akaratbeli ellenállóképességet, s így olyan embereket is könnyelmű érintkezésre csábít, kik különben e tekintetben absztinensek lennének. Az akaraterejüktől és tiszta ítélőképességüktől megfosztott mámoros emberek éjszakánként egyenesen belerohannak az utcákon rajzó nyilvános prostituáltak karmaiba, s óvószabályokra ilyenkor nem gondolva, tömegesen esnek a veneriás fertőzéseknek áldozatul. A reglementációnak mindezen kárai a rendszer sovány előnyeivel legalább egyenlő súllyal esnek latba, miért is az orthodox reglementációtól számbavehető egészségügyi eredményt nem lehet remélni, s így további változatlan fenntartása indokolatlan!

Ezek azok a legfontosabb érvek, melyek a prostitúció rendezésének ügyében a reglementáció és abolíció táborában

pro és kontra felmerülnek. A kérdés részletesebb fejtegetésébe, mely fejezetekre rúgó tárgyalást igényelne, e helyen nem mehetek bele. Tagadhatatlan azonban, hogy sok momentumot lehet felhozni, amire egyik fajta egészségügyi rendszer sem tud kielégítő választ adni, s a régi systema hiányosságait elviselhetőbbé teszik az új rendszerek körül is felmerülő nehézségek. Azok, akik a hazai orthodox reglementáció túlhaladottságát vallják és sürgős egészségügyi újításokat követelnek, azzal vigasztalhatják magukat, hogy a kényszerült tétlenség idejét bölcs szemlélődésre lehet fordítani, s megvárva a külföldi kísérletezésekből kikristályosodó, tisztán leszűrt eredményeket, azok végső értékeinek felhasználásával lehet prostitúciós rendszerünket célszerűen megreformálni.

Bármelyik szemszögből nézzük azonban a kérdést, csak olyan reform kívánatos, amely zavart nem kelt, zökkenést nem okoz és a fennforgó károkat ténylegesen csökkenti. Az *orthodox* reglementációnak valóban lényeges hiányai és káros kinövésai vannak, de viszont a másik végletet képviselő *orthodox* abolíció rendszere sem javasolható, mert nem számol a reális étellel, s a közegészségügy mindennél fontosabb követelményeivel. *Helyes irányelvnek azt kell vallanunk, amely e nehéz és nagyhorderejű kérdésekben bölcs mérsékletet tanúsít, s fokozatos fejlődéssel (neoreglementáció, majd neabolíció) próbálja megvalósítani azon reformokat, melyek adott viszonyaink mellett legracionálisabbnak mutatkoznak.* Föltétlenül kívánatos azonban, hogy jövőre e tekintetben ne csak a rendészet véleménye érvényesüljön, hanem a közegészségügynek, veneriológiának és szociálpolitikának hivatott szakemberei is latba vethessék szabad véleményüket. Az ily módon keletkező új systemába pedig valóban csak az kerüljön bele, ami a régiben föltétlen érték volt és a modern rendszerek újításai közül a mi talajunkba eredményesen ültethető át.

Persze az újjászervezés megindításának lehetőségéig is számos egészségügyi teendő merül fel. Mai rendszerünkben a prostituáltak vizsgálata, egy-két nagyobb várostól eltekintve,

nem mozog azon a tudományos szinten, melyet ez ügy megkívánna. Pedig ha az orthodox reglementáció fenntartása nálunk egyelőre hivatalos álláspont, akkor valóban komoly akarással és szakszerűséggel kell törekedni a bejegyzettek által okozott egészségügyi károk eredményes csökkentésére. E tekintetben az adott körülmények között legfontosabb feladat a prostituáltak egészségügyi vizsgálati rendszerét az elérhető legmagasabb nivóra emelni. Szakképzett és jól dotált szakorvosok beállítása a városokban és vidéken, gyakori, precíz vizsgálatok, külön vizsgálati helyiségek, modern felszerelések és vizsgálati laboratóriumok, továbbá központi egészségügyi irányítás, a vizsgálati metódusok egységesítése, felülvizsgálatok bevezetése, a tudomány legújabb módszereinek általános alkalmazása és főként a «rendészeti» reglementáció súlypontjának «egészségügyi» rendszerre való sürgős áthelyezése, — ezek azon eszközök és módozatok, melyek segítségével a bejegyzett prostituáltak ártalmait csökkenteni, s ezúton a nemi egészségügyet a reglementációs keretek között is fejleszteni lehet.

Vérmes reményeket azonban a reglementációnak legfejlettebb reformjához sem fűzhetünk. Ha az egész prostitúció kérdésének mélyébe tekintünk, azt látjuk, hogy *a prostitúció fejlődésének és korlátlan burjánzásának főoka egyebek mellett a szociális és gazdasági körülményekben rejlik. Az egész kérdés-komplexum úgy származásából, mint egészségügyi vonatkozásai-
ból kifolyólag tulajdonképpen elsősorban népjóléti, népgondozási és közegészségügyi terület, s korszerű reformja csak ezen fórumok útján valósítható meg!* Mindezek mellett azonban az erkölcsrendészet nagyértékű szolgálata és támogatása is nélkülözhetetlen, hiszen világos, hogy amíg sexuális kihágás van a földön, rendőrré és rendőrorvosra mindig szükségünk lesz.

A prostitúció ügyének rövid vázolását azzal fejezem be, hogy a prostitúció egészségügyi ártalmai ellen sorompóba állított különféle rendszabályok, bármily szükségesek is, tulajdonképpen *palliatív* természetűek. Ha *radikális* eredmé-

nyéket akarunk, vissza kell mennünk a baj gyökeréig, s irányelvként fogadnunk, hogy *ne csupán a meglévő prostituáltakat igyekezzünk egészségügyileg veszélytelenné tenni, hanem próbáljuk megakadályozni, hogy a nők egyáltalán prostituáltakká váljanak. Szögezzük le végre, hogy a gyökeres védekezés igazi kulcsa a nevelésnek, propagandának, kultúrának, morálnak és szociális haladásnak az előbbieken részletezett megelőző rendszerében: a prostitúció társadalmi prevenciójában rejlik!*

HARMADIK FEJEZET.

III. FEJEZET.

A NEMI BETEGSÉGEK GYÓGYKEZELTETÉSÉNEK ÜGYE.

1. Az általános- és szakorvosokkal való ellátás kérdése.

Amint bevezetésünkben érintettük, a veneriás bajok gyógykezelése a régi időkben primitív módon és igen rendszertelenül történt. A XVI. és XVII. században, mikor a szifilisz népességünk sorai között katasztrofális pusztítást okozott, a lakosságnak kellőszámú orvossal és elegendő minőségű és mennyiségű gyógyanyaggal való ellátása hiányzott, s így a szifilisz leküzdése igen kevés eredménnyel haladhatott előre.

Orvostörténelmi emlékeinkből arra következtethetünk, hogy az orvosok szifilisz ismerete és -gyógykezelése nálunk is megközelítette azt a kezdetleges nívót, mint a külföldön, de a lakosságnak orvosokkal való ellátása aligha érte el a nyugati államok mértékét. Ennek következtében hazánkban talán még nagyobb szerephez jutott a régente amúgyis domináló kuruzslás szokása. Már hivatkoztunk a közép-korban elszaporodott alorvosokra, álsebészekre, javasasszonyokra, kenő-asszonyokra, sebszívó-asszonyokra, banyákra és koldusokra, kik széltében-hosszában foglalkoztak a különböző betegségeknek, de különösen a szifilisznek gyógyításával. A kuruzslóknak a veneriás bajok kezelése körül e korban mutatkozó befolyása és népszerűsége érthetővé válik, ha meggondoljuk, hogy a még alacsony kultúrnívón álló széles néprétegek sexuális eredetű, titkolt betegségeikkel gyak-

rabban fordultak a sötétben bujkáló kuruzslókhoz, mint az orvosokhoz.

E mellett úgy látszik, hogy az orvosok nem is nagyon szívesen foglalkoztak a szifilisz gyógykezelésével. Az első szifilisz-járványok idején rohamosan fellépő tertiár-tünetek, gummosus szövetszétesések, kiterjedt bűzös-gegyes fekélyek, valamint a betegség lenézett és titkolt volta nem tették kívánatosná a beteg körül való ténykedést. De maga a kezelés is piszkos és undorító lehetett. Higanyos zsiradékokkal való bedörzsölés, higanygőzölés, s az ezekkel járó bűzös nyál-folyás stb. mind hozzájárult ahhoz, hogy ha az utasításokat orvos is adta, a kezelés végrehajtását sok esetben nem maga végezte, hanem «seb-orvosok»-ra vagy kenő-asszonyokra bízta.

A szifilisz-korszak első századaiban mindenünnen kikorbácsolt és elüldözött beteg prostituáltak gyógykezelését is nagyrészen ezek a kuruzslók hajtották végre, ami sehogyan sem vált a ragályterjesztés elleni küzdelem javára. A prostituáltak vizsgálására és gyógyítására a diplomás orvosok éppenséggel nem szívesen vállalkoztak, legalább is erre vall, hogy amikor már eljutottak a veneriás bajok elleni küzdelemben addig a pontig, mikor a prostituáltakat már nemcsak vesszőzték és üldözték, hanem elfogatásuk után egészségileg megvizsgálták, sőt úgy, ahogy gyógykezelték, akkor is ez a hatósági feladat nem az orvosokra, hanem az iparendélyszerű jogosítvánnyal bíró «seb-orvosok»-ra hárult. Ezen lehetetlen állapot egészen 1848-ig állott fenn, mikor is végre a kereskedelmi minisztérium 4522. sz. rendeletével a prostituáltak vizsgálatát a tiszti orvosokra bízta és a «városi sebészednek ezután legfeljebb segédkezésre adott jogot.

A múlt század elején még a nagyközönség kezelése tekintetében is hasonló lehetett a helyzet, s a «titkos» bajok gyógyítása jórészen a «titkos» gyógykezelők és a «seb-orvosok» kezében nyugodott. A későbbi évtizedekben aztán, mikor az 1876. évi egészségügyi törvény életbelépése folytán már csakis diplomás orvos lehetett gyógykezelésre jogosult, a nemi

bajok gyógyítását az általános praxissal foglalkozó orvosok vették át. Mivel azonban veneriológiát és dermatológiát a magyar egyetemeken még rendszeresen nem tanítottak, az orvosok a gyógyításnak ezt az ágát aligha művelték kellő szakértelemmel és megfelelő ügyszeretettel. Külföldi végzettségű szakember viszont még ezelőtt 50 évvel nem sok akadt az országban.

Az antiveneriás küzdelemnek pedig valóban az az alfája, hogy elegendő számú orvos álljon a gyógyellátás rendelkezésére, s azok a nemi betegségek kór- és gyógy tanában megfelelő elméleti és gyakorlati jártassággal bírjanak.

Hogy az orvosképzés terén nemrégiben is milyen súlyos hiányok merültek fel, azt bővebb részletezés nélkül is megvilágítja, hogy a budapesti egyetemen bőr- és nemikórtan részére csak 1913-ban állítottak klinikát. Egyetlen vidéki egyetemünkön, Kolozsvárott ugyan valamivel jobb volt a helyzet, amennyiben már 1874-ben dermatológiai-veneriológiai tanszéket (Géber prof.), 1897-ben pedig önálló bőrgyógyászati klinikát (Marschalkó prof.) létesítettek. Ez a tanszék azonban csak kis részben segített a bajokon, mert a lakosság nagyobb részének gyógyítószolgálatát a fővárosban végzett orvosok látták el, kik nemcsak hogy speciális képzettséggel nem bírtak, hanem az általános gyakorlathoz szükséges veneriológiai ismerettel sem rendelkezettek.

Budapesten 1892-ben állítottak fel «bőr- és bujakórtani» tanszéket (Schwimmer prof.), melyet 1898-ban *Nékám* prof. vett át, aki 15 éves megfeszített, küzdelmes szervező munka után 1913-ban végre Budapesten is megnyithatta a bőr- és nemikórtani klinikát. *Nékám* professzornak elévülhetetlen érdeme, hogy a veneriológia tudományának ezt a fővárosi székházát megteremtette, többszöri reorganizálással és kibővítéssel a legújabb kor igényeinek megfelelővé, s a dermatológiai-veneriológiai szakoktatás részére kiválóan alkalmassá tette.

Az orvosképzés és a lakosság szakszerű gyógyellátása tekintetében fontos fordulópontot jelent még az 1901. évi

4593. sz. alatt jóváhagyott szigorlati szabályzat kiadása, mely az orvostanhallgatók részére, az addigi gyakorlattal szemben kötelezővé tette a bőr- és nemikórtan hallgatását, s az abból való szigorlatozást, miáltal biztosította a gyakorló orvosoknak a megfelelő veneriológiai szakismeretekben és gyakorlatokban való kiképzését.

Ma már, hála a budapesti tanszék kitűnő orvosképző munkásságának, melyhez a világháború után a jeles debreceni (Neuber prof.), szegedi (Poór prof.) és pécsi (Beck prof.) bőr- és nemikórtani tanszékek is csatlakoztak, azt hiszem túlzás nélkül mondhatjuk, hogy a magyar orvosi kar általános nemikórtani képzettsége, valamint veneriológus szakorvosaink kvalitása bármely nyugati állam orvosi társadalmával felveheti a versenyt.

Az általános gyakorlatot és a veneriológiai szakkezelést folytató orvosaink száma is elérte idők folyamán azt a mértéket, mely a gyógyellátás tekintetében majdnem kielégítőnek mondható. Ámde kifogásolható, hogy az orvosok eloszlása az országban megközelítően sem alkalmazkodik a lakosság sűrűségéhez és nem követi eléggé az orvoskereslet és gyógykínálat követelményeit sem. Ennek a következménye az, hogy egyes helyeken orvosok tekintetében túlszűfolttság mutatkozik, más helyeken viszont még mindig orvoshiánnyal állunk szemben.

Nem céлом itt ezen hiányosságok okaira kitérni, melyek főként orvostársadalmi és -gazdasági körülményekben rejlenek, hanem megelégszem azzal, hogy az adott helyzetet élő számokkal illusztráljam. Tudomásom szerint eddig senki sem állított össze statisztikai helyzetképet 1) az orvosok összesiségének és 2) a veneriológus szakorvosoknak Magyarországon való pontos eloszlásáról, s így nemcsak az általános higiéné, hanem speciálisan a nemi egészségügy kérdéseinek szempontjából is érdemesnek látszott ezt az adatgyűjtést elvégezni.

Az Országos Statisztikai Hivatalnak fel nem dolgozott adataiból, az igazgatóság szíves támogatásával, sikerült 1926-ra részletesen megállapítanom az ország lakosságának

orvosokkal való ellátását. A statisztikai anyag beállításánál némileg eltértem a szokásos közigazgatási keretektől, amennyiben nem azt vizsgáltam, hogy egy-egy törvényhatóság népességének milyen az orvosokkal való ellátottsága, hanem világosabb áttekinthetőség okából a vármegyék földrajzi területén élő összlakosságot, illetve annak lakhelyszerinti csoportosítását vettem alapul. Ilymódon összeállítottam azt, hogy milyen mérvű egy-egy vármegye területén az orvosi ellátás a járásokban (az összes községekben és tanyákon együtt), továbbá egyenként a vármegyéhez tartozó rendezett tanácsú városokban és a vármegye területén fekvő önálló törvényhatósági jogú városokban. Ezzel az eljárással azt céloztam, hogy világos képet nyerjünk magának a falusi népességnek, valamint a városi lakosságnak orvosokkal való elláttságáról. Fenti számítások a következő eredményekhez vezettek:

Vármegye	A természetes szaporulat alapján kiszámított évrégi népesség száma 1926-ban	Az orvosok száma 1926-ban	Egy orvosra esik lakos
Abaúj-Torna vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	93,777	28	,349
Összesen :		28	
Bács-Bodrog vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	101,695	34	2,991
Baja t. j. v. _ _ _ _ _	19,153	29	660
Összesen :		63	
Baranya vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	233,397	51	4,587
Pécs t. j. v. _ _ _ _ _	47,134	116	406
Mohács r. t. v. _ _ _ _ _	16,139	15	1,076
Összesen :		182	

Vármegye	A természetes szaporulat alapján kiszámított évvégi népesség száma 1926-ban	Az orvosok száma 1926-ban	Egy orvosra esik lakos
Békés vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	257,053	114	2,254
Békéscsaba r. t. v. _ _ _ _	47,072	32	1,471
Gyula r. t. v. _ _ _ _ _	24,710	28	882
Összesen :		174	
Bihar vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	173,829	59	2,946
Összesen :		59	
Borsod, Gümör, Kishont vm.			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	289,243	73	3,962
Miskolc t. j. v. _ _ _ _ _	58,580	83	706
Összesen :		156	
Csanád, Arad, Torontál vm.			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	140,976	50	2,819
Makó r. t. v. _ _ _ _ _	38,102	23	1,656
Összesen :		73	
Csongrád vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	91,804	27	3,400
Szeged t. j. v. _ _ _ _ _	123,642	139	889
Hódmezővásárhely t. j. v. _ _	62,199	45	1,382
Szentes r. t. v. _ _ _ _ _	33,276	26	1,280
Csongrád r. t. v. _ _ _ _ _	27,402	15	1,827
Összesen :		252	

Vármegye	A természetes szaporulat alapján kiszámított évvégi népesség száma 1926-ban.	Az orvosok száma 1926-ban	Egy orvosra esik lakos
Fejér vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — —	240,756	71	3,391
Székesfehérvár t. j. v. — —	39,554	54	732
Összesen :		125	
Győr, Moson, Pozsony vm.			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — —	150,197	48	3,130
Győr t. j. v. — — — —	51,187	76	674
Magyaróvár r. t. v. — — — —	7,476	5	1,495
Összesen :		129	
Hajdu vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — —	102,730	37	2,776
Debrecen t. j. v. — — — —	107,181	157	683
Hajduböszörmény r. t. v. —	30,455	9	3,384
Hajduszoboszló r. t. v. — —	18,744	7	2,677
Hajdunánás r. t. v. — — — —	18,219	7	2,603
Hajduhadház r. t. v. — — — —	11,383	3	3,793
Összesen :		220	
Heves vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — —	268,275	75	3,577
Eger r. t. v. — — — —	29,457	27	1,091
Gyöngyös r. t. v. — — — —	19,700	19	1,037
Összesen :		121	

Vármegye	A természetes szaporulat alapján kiszámított évvégi népesség száma 1926-ban	Az orvosok száma 1926-ban	Egy orvosra esik lakos
Jász-Nagykun-Szolnok vm.			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — — —	264,825	93	2,848
Szolnok r. t. v. — — — — —	34,011	34	1,000
Jászberény r. t. v. — — — — —	33,907	14	2,422
Mezőtúr r. t. v. — — — — —	28,707	12	2,392
Karcag r. t. v. — — — — —	23,628	13	1,818
Kisújszállás r. t. v. — — — — —	14,485	10	1,448
Túrkeve r. t. v. — — — — —	13,380	5	2,676
	Összesen :	181	
Komárom, Esztergom vm.			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — — —	156,304	66	2,368
Esztergom r. t. v. — — — — —	18,203	23	791
Komárom r. t. v. — — — — —	6,342	3	2,114
	Összesen :	92	
Nógrád, Hont vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — — —	192,998	53	3,642
Salgótarján r. t. v. — — — — —	16,236	18	902
Balassagyarmat r. t. v. — — — — —	11,084	15	739
	Összesen:	86	
Pest-Pilis-Solt-Kiskun vm.			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — — —	856,815	329	2,604
Budapest sz.-főv. — — — — —	928,626	2,609	356
Kecskemét t. j. v. — — — — —	77,716	42	1,850
Újpest r. t. v. — — — — —	58,041	65	893
Kispest r. t. v. — — — — —	52,395	34	1,541
Pesterzsébet r. t. v. — — — — —	42,270	18	2,348

Vármegye	A természetes szaporulat alapján kiszámított évvég: népesség száma 1926-ban	Az orvosok száma 1926-ban	Egy orvosra esik lakos
Kiskunfélegyháza r. t. v. _ _ _	39,657	16	2,478
Cegléd r. t. v. _ _ _ _ _	38,293	16	2,393
Rákospalota r. t. v. _ _ _ _	36,761	16	2,297
Nagykőrös r. t. v. _ _ _ _ _	29,920	15	1,995
Kiskunhalas r. t. v. _ _ _ _	27,491	13	2,114
Vác r. t. v. _ _ _ _ _	19,904	15	1,327
Budafoék r. t. v. _ _ _ _ _	14,438	12	1,203
Kalocsa r. t. v. _ _ _ _ _	12,689	9	1,410
Szentendre r. t. v. _ _ _ _ _	6,088	4	1,522
Összesen :		3,213	
Somogy vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	354,556	110	3,223
Kaposvár r. t. v. _ _ _ _ _	29,493	47	627
Összesen :		157	
Sopron vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	150,356	40	3,758
Sopron t. j. v. _ _ _ _ _	36,294	38	955
Összesen :		78	
Szabolcs, Ung vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	331,171	85	3,896
Nyíregyháza r. t. v. _ _ _ _	46,022	46	1,000
Összesen :		131	
Szatmár, Ugoeaa, Bereg vm.			
A vármegye járásai (községek, tanyák) _ _ _ _ _	150,029	37	4,054
Összesen :		37	

Vármegye	A természetes szaporulat alapján kiszámított évvégi népesség száma 1926-ban	Az orvosok száma 1926-ban	Egy orvosra esik lakos
Tolna vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — —	261,571	77	3,397
Szekszárd r. t. v. — — — —	13,463	18	748
Összesen :		95	
Vas vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — —	242,937	77	3,155
Szombathely r. t. v. — — — —	36,717	46	798
Kőszeg r. t. v. — — — —	8,802	10	880
Összesen :		133	
Veszprém vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — —	212,619	55	3,866
Pápa r. t. v. — — — —	19,962	20	998
Veszprém r. t. v. — — — —	15,565	18	865
Összesen :		93	
Zala vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — —	326,087	89	3,664
Nagykanizsa r. t. v. — — — —	30,143	35	861
Zalaegerszeg r. t. v. — — — —	13,340	18	741
Összesen :		142	
Zemplén vármegye			
A vármegye járásai (községek, tanyák) — — — —	127,593	36	3,545
Sátoraljaújhely r. t. v. — — — —	21,421	32	669
Összesen :		68	

AZ ORVOSOK MEGOSZLÁSA MAGYARORSZÁG VÁROSAIBAN.

1000 lakosra esik orvos 1926-ban :

Budapest szőv.	2,8 %	
Pécs t. j. v.	2,5 %	
Kaposvár r. t. v.	1,8 %	
Baja t. j. v.	1,5 %	
Sátonyaljuhely r. t. v.	1,5 %	
Győr t. j. v.	1,5 %	
Debrecen t. j. v.	1,5 %	
Miskolc t. j. v.	1,4 %	
Székesfehérvár t. j. v.	1,4 %	
Balassagyarmat r. t. v.	1,4 %	
Zalaegerszeg r. t. v.	1,3 %	
Szekszárd r. t. v.	1,3 %	
Esztergom r. t. v.	1,3 %	
Szombathely r. t. v.	1,2 %	
Nagykanizsa r. t. v.	1,2 %	
Vasvár r. t. v.	1,2 %	
Köszeg r. t. v.	1,1 %	
Gyula r. t. v.	1,1 %	
Szeged t. j. v.	1,1 %	
Újpest r. t. v.	1,1 %	
Salgótarján r. t. v.	1,1 %	
Sopron t. j. v.	1,0 %	
Pápa r. t. v.	1,0 %	
Nyíregyháza r. t. v.	1,0 %	
Szolnok r. t. v.	1,0 %	
Gyöngyös r. t. v.	1,0 %	
Mohács r. t. v.	0,9 %	
Eger r. t. v.	0,9 %	
Budafok r. t. v.	0,8 %	
Szentes r. t. v.	0,8 %	
Véc r. t. v.	0,7 %	
Hódmezővásárhely t. j. v.	0,7 %	
Kalocsa r. t. v.	0,7 %	
Kisujzállás r. t. v.	0,7 %	
Békéscsaba r. t. v.	0,7 %	
Magyaróvár r. t. v.	0,7 %	
Szentendre r. t. v.	0,7 %	
Kispest r. t. v.	0,6 %	
Makó r. t. v.	0,6 %	
Karcag r. t. v.	0,5 %	
Csongrád r. t. v.	0,5 %	
Kecskemét t. j. v.	0,5 %	
Nagykörös r. t. v.	0,5 %	
Kiskunhalas r. t. v.	0,5 %	
Komárom r. t. v.	0,5 %	
Rókospalota r. t. v.	0,4 %	
Pesterzsébet r. t. v.	0,4 %	
Mezőúr r. t. v.	0,4 %	
Cegléd r. t. v.	0,4 %	
Jászberény r. t. v.	0,4 %	
Kiskunfélegyháza r. t. v.	0,4 %	
Hajdúnánás r. t. v.	0,4 %	
Turkeve r. t. v.	0,4 %	
Hajdúszoboszló r. t. v.	0,4 %	
Hajdúszörmény r. t. v.	0,3 %	
Hajdúhadháza r. t. v.	0,3 %	

Tervezte: Dr. DOROS GÁBOR.

Egészségügyi Múzeum és Társadalom-egészségügyi Intézet Budapest

A kimutatásból kitűnik, hogy Csonka-Magyarország 1926-ra kiszámított 8.457,852 lakosának gyógyító szolgáltatását összesen 6088 orvos végezte. Tehát egy orvosra országos átlagban 1390 egyén egészségügyi ellátása esett.

Ha a részleteket vizsgáljuk, azt találjuk, hogy — amint köztudomású is — Budapest van a legjobban dotálva. A főváros 928,626 lakosának gyógyító szolgáltatását 2609 orvos, vagyis az összes orvosoknak mintegy 43 %-a végzi. Ennek arányában egy fővárosi orvosra átlagban mindössze 350 egyén egészségügyi ellátása hárul.

A fennmaradó 57% az országban úgy oszlik el, hogy 1665 orvos jut a többi 55 város 1.757,633 lakosára és 1814 orvos az 5.771,593 lelket számláló falusi népességre. Vidéki városaink között Pécs vezet, ahol egy orvosra átlag 400 egyén ellátása esik. Utána sorrendben Kaposvár (1:630), Baja (1:660), majd Sátoraljaújhely (1: 670) következnek. Nagy törvényhatósági jogú városaink közül feltűnően rosszul van dotálva Hódmezővásárhely, hol egy orvosra 1380 egyén jut, de különösen Kecskemét, hol egy-egy orvosra 1850 (!) személy egészségügyi ellátása esik. Az összes városok között legutolsó helyre kerülnek a hajdumegyei gazda-városok, melyek közül Hajdúböszörményben egy orvosnak átlag 3380, Hajduhadházán pedig 3790 (!) egyén gyógyítását kell végeznie.

Ha a falusi és tanyai népességnek orvossal való ellátását vizsgáljuk, akkor feltűnik a városokkal szemben mutatkozó nagy elhagyatottságuk. Relatívén a legjobban vannak ellátva a békésmegyei falvak, hol egy orvosra átlag 2250 lakos jut, legrosszabbul pedig Baranya vármegye falvai, ahol egy-egy orvosra 4590 (!) személy egészségügyi ellátása hárul.

Az általános közegészségügyi helyzet javulását kétségkívül nagymértékben hátráltatja az egyes vidéki városokban, valamint a falusi népesség körében kimutatott relatív orvoshiány. Természetesen a nemi betegségek leküzdésének kérdésében is szerephez juthat a falunak e téren mutatkozó hiányossága, bár jól ismerve a veneriás bajok gócpontjait és terjedési sugarait, az antiveneriás gyógyító tevékenység

súlypontját inkább a városoknak orvosokkal való ellátására kell helyeznünk. Mindazonáltal a veneriás fertőzéseknek kevésbé kitett falusi lakosság közegészségügyi érdeke sem hanyagolható el, s mindenképpen kívánatos lenne, ha kielégítőbb fizetés nyújtásával, megfelelő orvoslakások építésével és esetleg erre a célra kihalított törpe, haszonélvezeti földek juttatásával az orvosokat a távoli, nem kívánatos vidékeken való letelepülésre csábítanák, akik ott elhanyagolt falusi és tanyai népünk körében a közegészségügynek és kultúrának igazi úttörői lehetnének.

Fenti orvoseloszlási táblázatok egymagukban is sok hiányosságra mutatnak rá. Igazán tanulságosak azonban akkor lesznek, ha a veneriás betegségek elterjedéséről megbízható statisztikai helyzetképpel fogunk rendelkezni. Az orvossűrűségi kimutatásoknak a veneriás morbiditás sűrűségi képével való egybevetése ugyanis világosságot fog deríteni arra, hogy a nemi betegségek gyakoribb fellépését mely területen okozhatja a gyógylehetőség hiánya és hol forognak fenn ettől független, egyéb szociál-pathológiai kórokok.

Áttérve a szakorvosokkal való ellátás kérdésére, azt látjuk, hogy itt is körülbelül ugyanazon jelenségek mutatkoznak, mint az általános orvosi ellátás tekintetében. Veneriológus szakorvos ma az országban már elegendő számban működik, de eloszlásuk sok aránytalanságot mutat fel.

Az N. M. M. 76,846/1927. szám alatt nyilvánosságra hozott szakorvosi névjegyzék alapján, mely az 1926. évvégi állapotot tünteti fel, összeállítottam előbbi részletezésem szerint a magyarországi veneriológus szakorvosok táblázatát. A szakorvosi névjegyzékben külön szerepelnek a «bőr- és bujabetegségek»-et, valamint a «húgy- és ivarszervi bántalmak»-at gyógyító specialisták. Ezeket alábbi kimutatásban összevontam, amely e szerint az ország területén 1926-ban működő összes dermatológusokat, veneriológusokat és urológusokat feltünteti:

Vármegye neve	Helység neve	Veneriológusok száma
Abauj-Torna vm. _ _ _ _ _	Szikszó nk. _ _ _ _ _	1
Bács-Bodrog vm. _ _ _ _ _	Baja t. j. v. _ _ _ _ _	2
Baranya vm. _ _ _ _ _	Pécs t. j. v. _ _ _ _ _	11
Békés vm. _ _ _ _ _	Békéscsaba r. t. v. _ _ _	2
	Gyula r. t. v. _ _ _ _ _	1
Bihar vm. _ _ _ _ _		
Borsod, Gömör, Kishont vm.	Miskole t. j. v. _ _ _ _ _	9
Csanád, Arad, Torontál vm.		
Csongrád vm. _ _ _ _ _	Szeged t. j. v. _ _ _ _ _	15
	Hódmezővásárhelyt. j. v.	2
Fejér vm. _ _ _ _ _	Székesfehérvár t. j. v. _ _	3
Győr, Moson, Pozsony vm.	Győr t. j. v. _ _ _ _ _	6
Hajdu vm. _ _ _ _ _	Debrecen t. j. v. _ _ _ _ _	12
Heves vm. _ _ _ _ _		
Jász-Nagykun-Szolnok vm.	Szolnok r. t. v. _ _ _ _ _	2
Komárom, Esztergom vm. _ _		
Nógrád, Hont vm. _ _ _ _ _	Balassagyarmat r. t. v. _ _	3
Pest-Pilis-Solt-Kiskun vm.	Budapest sz.-főv. _ _ _ _ _	254
	Kecskemét t. j. v. _ _ _ _ _	2
	Újpest r. t. v. _ _ _ _ _	3
	Kispest r. t. v. _ _ _ _ _	2
	Kiskunfélegyháza r. t. v.	1
	Pestszentlőrinc nk. _ _ _ _ _	1
	Pestújhely k. _ _ _ _ _	1
	Dunaharaszti k. _ _ _ _ _	1
	Kecel k. _ _ _ _ _	1
Somogy vm. _ _ _ _ _	Kaposvár r. t. v. _ _ _ _ _	3
Sopron vm. _ _ _ _ _	Sopron t. j. v. _ _ _ _ _	3
Szabolcs, Ung vm. _ _ _ _ _	Nyíregyháza r. t. v. _ _ _	3
Szathmár, Ugocsa, Bereg vm.		
Tolna vm. _ _ _ _ _		
Vas vm. _ _ _ _ _	Szombathely r. t. v. _ _ _	6
Veszprém vm. _ _ _ _ _	Pápa r. t. v. _ _ _ _ _	2
Zala vm. _ _ _ _ _	Nagykanizsa r. t. v. _ _ _	3
Zemplén vm. _ _ _ _ _	Sátoraljaújhely r. t. v. _ _	1
	Összesen :	356

A táblázatból kitűnik, hogy *1926-ban Magyarországon összesen 356 veneriológus működött.* Ennek megfelelően egy veneriológusra országos átlagban 23,750 lakos esett, ami persze csupán-teoretikus értékű adat, hiszen a szakorvosok működési tere mindenütt egészen szűk körben terjed ki. Ezt mutatja egyébként az is, hogy az ország hat vármegyéjében és pedig Bihar, Csanád-Arad-Torontál, Heves, Komárom-Esztergom, Szatmár-Ugocsa-Bereg és Tolna megyékben egyáltalában nincsen veneriológus.

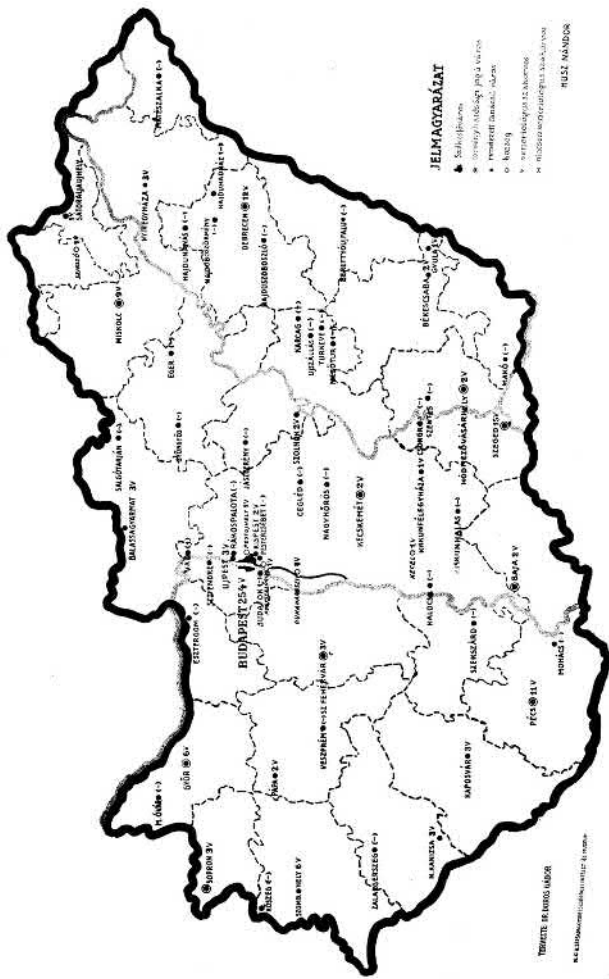
A városok közül természetesen *Budapest van legjobban ellátva, ahol a szükségletet messze túlhaladva, 254 veneriológus zsúfolódik össze. A fővárosban működő veneriológusok az összeknek 70 %-át teszik!* Elhelyezkedésük olyan, hogy az I. kerületre esik 9, a II. kerületre 5, a III.-ra 1, a IV.-re 34, az V.-re 33, a VI.-ra 63, a VII.-re 56, a VIII.-ra 40, a IX.-re 12 és a X. kerületre 1 veneriológus. Az egyes kerületek között túlszűfoltság tekintetében a VI. kerület vezet, utána a VII., majd a VIII. következik. Feltűnően elhanyagolt viszont a III., X. és II. kerület. Az összes kerületek átlagát véve azt találjuk, hogy a fővárosban egy veneriológusra 3650 lakos esik!

A 102 vidéki veneriológus eloszlása az országban akként történik, hogy 24 vidéki városnak és 5 községnek, tehát összesen 29 helyiségnek van szakorvosa. Ezek közül legjobban dotáltak az egyetemi városok, elsősorban Szeged, majd Debrecen és Pécs, relatíve legrosszabbul pedig Kecskemét és Hódmezővásárhely.

Ami azonban a szakorvosokkal való ellátás kérdését illeti, *legsajnálatosabb, hogy míg Budapesten két és félszáz veneriológus tolong, addig Csonka-Magyarországnak 32 vidéki városában egyetlen nemi bajokat gyógyító szakorvos sincs!*

Tagadhatatlan, hogy a kisebb vidéki városok, főleg a földműves jellegűek, a szakorvosok letelepedésére nem sok anyagi és erkölcsi kilátást nyújtanak. Különösen vonatkozik ez éppen a veneriológusokra, kiknek a felkeresésétől a kisvárosi álszemérem a lakosságot nagymértékben tartja vissza.

A VENERIOLOGUS SZAKORVOSOK MEGOSZLÁSA MAGYARORSZÁGON 1926-BAN.



Viszont a nemi egészségügy közérdeke mégis megkívánja, hogy 32 város (köztük pl. Cegléd 38,293, Makó 38,102, Jászberény 33,907, Szentes 33,276, Eger 29,457, Gyöngyös 19,700, Esztergom 18,203, Veszprém 15,565 lélekkel és még 12 város 15,000-en felüli lakossal) szakorvosi ellátás nélkül ne maradjon. A hiányokon csak egyféleképpen lehetne segíteni, ha a szakorvosoknak a vidéki városokba való letelepedését kecsegtetővé tennék. Köztudomású, hogy a veneriológusoknak egy része Budapesten már nem talál biztos megélhetést, de a vidéktől az ennél is kedvezőtlenebbnek látszó körülmények mégis visszatartják. Már pusztán e szempontból is kívánatos lenne a kormányhatalomnak és helyi hatóságoknak odahatnia, hogy a vidéki városokban veneriás kórházi osztályok, valamint nemi beteg-kezelő és -gondozó intézetek létesíttessenek. Az osztályvezetéssel járó működési és anyagi lehetőségek a fővárosban összezsúfolódtott veneriológusok egy részét minden bizonnyal vidékre vonzanák, miáltal elérhetővé válna a vidék lakosságának is kellőszámú szakorvossal való ellátása!

3. A kórházügy a nemi betegségek szempontjából.

A középkorban kórházainknak a veneriás bajok elleni küzdelemben kifejtett szerepéről keveset tudunk.

Alig maradtak feljegyzések arról, hogy a XV. század végén és a XVI. század folyamán tömegesen fellépő súlyos szifilisz járványok elnyomására kórházak vagy asyllumok hol és milyen mértékben létesültek. Éppen ezirányú orvostörténelmi adataink hiánya azonban arra enged következtetni, hogy a múlt századokban kórházpolitikánk nem fejlődött systematikusan, és speciálisan a nemi betegségek elnyomásánál nem volt számbavehető szerepe. Ismeretesek ugyan a középkorban a járványokkal szemben alkalmazott általános rendészeti eljárások (pl. a vesztegzár és a veszélyeztető területek kikapcsolása), továbbá bizonyos ragályozó betegeknek menhelyszerű kórházakba (pl. leprosoriumokba)

való izolálása, de ily természetű intézkedésekről a szifiliszragály feltartóztatása tekintetében Magyarországon megbízható feljegyzés nem maradt.

Egyik legrégebbi biztos adatot a veneriás kórházügy szempontjából az 1784. évi királyi leirat szolgáltatja, mely a Krassó vármegyében rendkívüli módon elharapózott szifilisz-szes megbetegedések miatt két kórháznak «a házi pénztár terhére» való felállítását rendeli el. Ezek valószínűleg kifejezetten szifilisz-kórházak voltak!

Ettől eltekintve is találunk ezidőből intézkedéseket, melyek arra vallanak, hogy a szifilisz-esek kórházi gyógyításának kérdésével már behatóbban kezdtek foglalkozni. 1793-ban jelent meg ugyanis az a rendelet, mely először mondta ki törvényileg, hogy a szifiliszben szenvedő szegénysorsú polgárok a «házi pénztár» terhére bármely kórházban ingyen gyógyítandók.

A fővárosban az első rendszeres «bőr és bujakóros» osztályt 1858-ban a Szent Rókus-kórházban állították fel. Majd a XIX. század második felében egymás után létesültek a Barakk-kórház (1875), a Szent István-kórház (1886), továbbá az Új Dolog-kórház (1893) dermatoveneriológiai osztályai stb.

A XIX. század végén, amikor kórházpolitikánk már számottevő eredményeket mutatott fel és nemcsak a fővárosban, hanem a vidéken is több veneriás kórházi osztály keletkezett, szükségesnek látszott a nemi betegek ápolási költségeinek kérdését újból törvényes rendelkezések alá vonni. Ekkor alkották meg az 1898: XXI. t.-c. 9. §-át, mely kimondja, hogy: «Az államkincstár fizeti: a kórházakban és gyógyintézetekben vagy hatósági megbízásból házilag gyógykezelt, bujakórban szenvedő szegények ápolási és esetleg szállítási költségeit..

A kórházügy veneriás vonatkozásában azért is fontos dátum az 1898. év, mert ekkor látott napvilágot egy nagyhorderejű belügyi rendelet, melynek végrehajtásától joggal lehetett az antiveneriás küzdelem nagyobb sikerét remélni. A szóbanforgó B. M. 1898. évi 133,000. sz. rendelet 5. §-ának

2. pontja így rendelkezik: «Kózkórházak. Ezekről megköveteltetik, hogy a 3. §-ban említett kellékeken kívül *külön* belgyógyászati, sebészi és *bujakóros osztállyal* és elmebetegek ideiglenes elhelyezésére legalább két cellával bírjanak.»

A múlt századvégi kórházpolitikánknak fenti rendeletben megnyilvánuló elgondolása a legnagyobb elismerést érdemli meg. A rendelet élő tanúsága annak, hogy alkotói mennyire átlátták a veneriás betegségek leküzdésének speciális osztályok létesítése által adott lehetőségét, s ha e rendeletet 30 évvel ezelőtt nem bocsátották volna ki, akkor valóban ma kellene azt megcselekedni!

Mély sajnálattal kell azonban megállapítani, hogy az eltelt három évtized nem volt elégséges ahhoz, hogy az idézett rendeletben lefektetett principiumok való tényékké váljanak. Az egyes törvényhatóságok, mint a kózkórházak fenntartói nem támogatták kellő megértéssel a kormányhatalom helyes intencióját, nem értékelték eléggé a veneriás kérdés fontosságát, s a «bujakóros» osztályok kötelező felállítása elől sükségtelenség vagy pénztelenség indokával elzárkóztak.

Ez a magyarázata annak, hogy a B. M. 133,000/1898. sz. rendelet ellenére a vidéki kózkórházaknak (a nyilvános jellegűeket nem is számítva ide) kb. 60%-a ma sem rendelkezik «külön bujakóros osztály»-lyal.

A népjóléti és munkaügyi minisztérium támogatásával alkalmam volt a Csonkaország kórházainak nemi betegek felvételére szolgáló férőhelyeiről pontos statisztikát összeállítanom. Az N. M. M. 125,474/1927. I. sz. adatgyűjtő körrendeletre beérkezett jelentésekből alábbiakban részletezett helyzetkép alakult ki.

Veneriás férőhelyek szempontjából a kórházakat három csoportra lehet osztani.

Az első csoportba tartoznak azok a köz- és nyilvános jellegű kórházak, melyek a B. M. 133,000/1898. számú rendelet követelményeinek teljes mértékben eleget tesznek és szakorvos vezetése alatt álló *önálló veneriás osztállyal* bírnak.

Második csoportba sorozhatjuk azon köz- és nyilvános jellegű kórházainkat, melyek csak részben felelnek meg fenti rendeletnek, s bár nemi betegek elhelyezésére *bizonyos számú külön ágygal* rendelkeznek, ezek nem önálló veneriás osztály, hanem valamely *nem veneriás szakorvos vezetése alatt álló vegyes* (többnyire bel- vagy sebészeti) *osztály* keretében vannak elhelyezve.

Végül harmadik csoportba kellett sorozni az olyan köz- és nyilvános kórházakat, melyek az említett kórházrendeletnek egyáltalán nem felelnek meg, s bár némelyiknek egyik-másik osztályára esetenként néhány nemi beteget felvesznek, *sem önálló veneriás osztállyal, sem vegyes osztályon fenntartott külön ágyakkal nem rendelkeznek.*

Ezzel a csoportosítási rendszerrel 1928 elején vármegyénként a következő nemi betegek részére szolgáló férőhelyeket lehetett kimutatni:

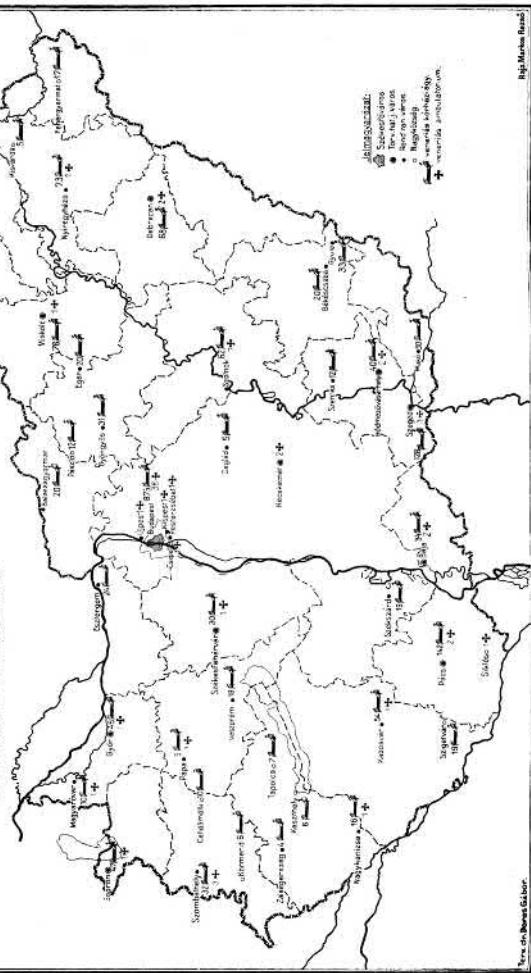
Vármegye és helység neve	Kórház neve	Szakorvos vezetése alatt álló veneriás osztlaly ágyszama		Nem szakorvos vez. alatt álló vegyes osztlalyon nem betegek részere fenntartott ágyszama		Összes veneriás férő-helyek száma
		férfi	női	férfi	női	
Abaúj-Torna vm.						
Bács-Bodrog vm. Baja t. j. v.	Baja t. j. város köz-kórháza	17	17			34
Baranya vm. Pécs t. j. v.	M. k. Erzsébet Tud. Egyet. Bőr- és Nemi-beteg Klinika	78	64			142
Békés vm. Gyula r. t. v. Békéscsaba r. t. v.	M. k. Állami köz-kórház Békéscsaba r. t. város köz-kórháza			13 10	20 10	33 20
Bihar vm.						
Borsod, Gömör, Kishont vm. Miskolc t. j. v.	Borsodmegyei vármegyei Erzsébet köz-kórház	38	38			76
Csanád, Arad, Torontál vm. Makó r. t. v.	Szent István vármegyei köz-kórház			14	16	30
Csongrád vm. Szeged t. j. v.	M. k. Ferenc József Tud. Egyet. Bőr- és Nemi-beteg Klinika Szeged t. j. város köz-kórháza	36 18	62 12			98 30
Hódmezővásárhely t. j. v.	Hódmezővásárhely t. j. város Erzsébet köz-kórháza	20	20			40
Szentes r. t. v.	Csongrád vármegyei köz-kórház			6	6	12
Fejér vm. Székesfehérvár t. j. v.	Fejérvármegyei Szt. György köz-kórház	14	16			30

Vármegye és helység neve	Kórház neve	Szakorvos vezetése alatt álló veneriás osztály ágyszáma		Nem szakorvos vez. alatt álló vegyes osztályon nemi beteg részére fenntartott ágycs száma		Összes veneriás férő-helyek száma
		férfi	női	férfi	női	
Győr, Moson, Pozsony vm. Győr t. j. v. Magyaróvár r. t. v.	Győr t. j. város Szent-háromság közkórháza	23	23			46
	Mosonvármegyei Karolina nyilv. jellegű kórház			5	5	10
Hajdu vm. Debrecen t. j. v.	M. k. Tisza István Tud. Egyet. Bőr- és Nemikórtani Klinika	38	30			68
Heves vm. Eger r. t. v. Gyöngyös r. t. v. Pásztó nk.	Irgalmasrend nyilv. jellegű férfi-kórháza			10	10	20
	Gyöngyösi alapítványi közkórház			15	16	31
	Alapítványi Margit nyilv. jellegű kórház			6	6	12
Jász-Nagykunszolnok vm. Szolnok r. t. v.	I. Ferenc József vármegyei közkórház	24	38			62
Komárom, Esztergom vm. Esztergom r. t. v.	Esztergom r. t. város közkórháza			12	12	24
Nógrád, Hont vm. Balassagyarmat r. t. v.	Mária Valéria vármegyei közkórház	10	10			20
Pest-Pilis-Solt-Kiskun vm. Budapest szföv.	K. m. Pázmány Péter Tud. Egyet. Bőr- és Nemikórtani Klinika	45	47			92
	K. m. Pázmány Péter Tud. Egyet. Urológiai Klinika (nemibeteg osztály)	10	4			14
	Szföv. Szt. István közkórház	109	182			291

Vármegye és helység neve	Kórház neve	Szakorvos vezetése alatt álló veneriás osztály ágyszáma		Nem szakorvos vez. alatt álló vegyes osztályon nemü betegek részére fenntartott ágyak száma		Összes veneriás férőhelyek száma
		férfi	női	férfi	női	
Pest-Pilis-Solt-Kiskun vm. Budapest szfőv.	Szfőv. Régi Szt. János közkórház		188			188
	Szfőv. Új Szt. János közkórház	30				30
	Szfőv. Szt. Rókus közkórház «Kun-utcai fiókkórház»-a	54	36			90
	Irgalmasrend nyilván. jellegű kórháza	60	20			80
	Fehér Kereszt Gyermek-kórház	10	18			28
	A budapesti m. k. államrendőrség közkórháza	8	16			24
	Pestvidéki Kir. Törvényszék zárt-osztálya			16	4	20
	Budapesti Kir. Törvényszék zárt-osztálya			6	12	18
	Cegléd r. t. v.	Cegléd r. t. város nyilván. jellegű kórháza			2	3
Somogy vm. Kaposvár r. t. v. Szigetvár nk.	Somogy vármegye kaposvári közkórháza	26	28			54
	Somogy vármegye szigetvári közkórháza			12	7	19
Sopron vm. Sopron t. j. v.	Sopron t. j. város Erzsébet közkórháza	25	22			47
Szabolcs, Ung vm. Nyíregyháza r. t. v. Kisvárdai nk.	Szabolcsmegyei Erzsébet közkórház	32	41			73
	Szabolcs megye kisvárdai megyei közkórház				5	5

Vármegye és helység neve	Kórház neve	Szakorvos vezetés alatt álló veneriás osztály ágyszáma		Nem szakorvos vez. alatt álló egyes osztályon nem beteg részére fenntartott ágyak száma		Összes veneriás férőhelyek száma
		férfi	női	férfi	női	
Szatmár, Ugocsa, Bereg vm. Fehérgyarmat nk.	Szatmármegyei vármegyei közkórház			7	10	17
Tolna vm. Szekszárd r. t. v.	Ferenc vármegyei közkórház			12	7	19
Vas vm. Szombathely r. t. v.	Vas megye és Szombathely r. t. város közkórháza	10	10			20
	Emberbaráti nyilv. jellegű kórház			6	6	12
Celldömölk nk.	Nagy Sándor vármegyei közkórház			5	5	10
Körmend nk.	Körmendi nyilv. jellegű kórház			3	3	6
Veszprém vm. Veszprém r. t. v. Pápa r. t. v.	Veszprém r. t. város nyilv. jellegű kórháza Irgalmasrend nyilv. jellegű kórháza			10	9	19
				5	5	5
Zala vm. Nagykanizsa r. t. v. Zalaegerszeg r. t. v.	Nagykanizsa r. t. város közkórháza			8	8	16
	Zalaegerszeg r. t. város közkórháza			2	2	4
Keszthely nk.	Keszthelyi nyilv. jellegű kórház			3	3	6
Tapolca nk.	Tapolcai nyilv. jellegű kórház			4	3	7
Zemplén vm.						
	Összesen :	735	942	187	193	2057

A NEMI BETEGEK RÉSZÉRE SZOLGÁLÓ KÖRHÁZI FÉRŐHELYEK
 ÉS A VENERIÁS AMBULATORIUMOK ELOSZTLÁSA
 MAGYARORSZÁGON 1928-BAN.



Az első és második csoportba sorozott kórházak veneriás férőhelyeinek viszonyait fenti táblázatunk egyenként részletezi.

A harmadik kategóriába tartozó kórházak csoportjait — melyek sem önálló veneriás osztállyal, sem vegyes osztályon fenntartott férőhelyekkel nem rendelkeznek, de azért szóróványosan nemi betegeket felvesznek — a következők alkotják: Mohácsi «László» vármegyei közkórház, Siklói «Eerenc» nyilv. jellegű községi kórház, Jászberényi «Erzsébet» városi közkórház, Kecskeméti városi nyilv. jellegű kórház, Kiskunhalasi «Bessenyei István» nyilv. jellegű városi kórház, Marcali vármegyei közkórház, Kapuvári vármegyei közkórház, Csornai vármegyei közkórház, Kőszegi «Betegház» nyilv. jellegű kórház, Sárvári nyilv. jellegű községi kórház, Körmenyi nyilv. jellegű községi kórház, Zirci «Erzsébet» nyilv. jellegű községi kórház, Devecseri «Berta» járási kórház, Sümegi nyilv. jellegű községi kórház és Sátoraljaújhelyi «Erzsébet» vármegyei közkórház. Itt említendő a nőgyógyászati klinikák és osztályok, továbbá a gyermekklinikák, s a budapesti «Stefánia», «Fehér Kereszt» és «Bródy Adél» gyermekkórházak, melyek nemi betegeket (gyermekeket) esetenként szintén állományukba vesznek.

Ha most az egész kórházi anyagot áttekintjük, azt látjuk, hogy a mai Magyarországnak kereken 30,000-nyi kórházi ágyszámából jelenleg 1677, azaz 5.6% esik önálló veneriológiai osztályokra. Ez a szám a vegyes osztályok fenntartott veneriás férőhelyeinek 380-at tevő számával 2057-re, vagyis a teljes országos ágyszám 6.8%-ára rúg.

Az összes veneriás férőhelyek közül 1182 = 57.5% esik a vidéki és 875 = 42.5% a fővárosi kórházakra.

Egy átlagos kórházi ágyra országos viszonylatban nálunk 280 lakost számítunk. (Romániában pl. 590-et, viszont Németországban 120-at.) Speciálisan a nemi betegek részére szolgáló kórházi ágyak aránya pedig olyan, hogy egy-egy veneriás férőhelyre az országban átlag 4110 lakos és Budapesten 1060 lakos jut.

A fenti statisztikán kívül esnek a katonai kórházak, melyek kizárólag a hadkötelesek kórházi ellátására szolgálnak, s így egészen külön elbírálás alá tartoznak. A teljesség kedvéért azonban közöljük, hogy a budapesti II. sz. honvéd- és közrendészeti kórház nemi betegosztálya 100 ágygal, a budapesti III. számú honvédkórház 85 ágygal, a pécsi honvéd- és közrendészeti kórház 80 ágygal, a miskolci 66, a székesfehérvári 36, a szombathelyi 80, a szegedi 78, a debreceni 70 ágygal, az egész haderő tehát összesen mintegy 595 veneriás férőhellyel rendelkezik.

Mindezen férőhelyek statisztikai értékelésénél számba kell venni, hogy azok betöltése nem történik teljes egészében nemi betegekkel, hanem egy részük bőrbetegek gyógyítását szolgálja. A nemi-és a bőrbetegek igénybevételi aránya persze nem állandó, s így meghatározni nem lehet. Bizonyos azonban, hogy az oktatás céljait szolgáló klinikákon a férőhelyek jelentékeny része, talán fele, állandóan dermatológiai esetekkel van betöltve. A nemi betegek javára már jobb az arány a fővárosi kórházi osztályokon, a vidéki veneriás osztályok pedig úgyszólván teljes egészükben nemi betegek befogadására szolgálnak.

Összegezve a polgári kórházi statisztikánkat, azt látjuk, hogy eddig 24 önálló veneriológiai osztály és 25 veneriás férőhelyekkel ellátott vegyes osztály felett rendelkezünk. 15 városunkban van szakember vezetése alatt működő veneriás osztály és 14 városban, továbbá 8 nagyközségben vegyes kórházi osztályon fenntartott veneriás férőhely. Tehát 2057 veneriás kórházi ágyunk az országnak összesen 37 helyiségében oszlik el.

Ezzel szemben meg kell állapítani, hogy három vármegyében, és pedig Abaúj-Tornában, Biharban és Zemplénben egyáltalán nincsen nemi betegek részére külön férőhely. Nagyobb vidéki városaink fölött tartva szemlét, a kórházi veneriás férőhelyek hiánya különösen feltűnik pl. Kecskemét t. j. (77,716 lakos), továbbá Újpest (58,041), Kispest (52,395), Jászberény (33,907), Hajdúböszörmény (30,455), Kiskun-

halas (27,491), Sátoraljaújhely (21,421) rendezett tanácsú városokban stb.

Mérlegelve mindezek alapján a kórházi veneriás férőhelyek elégséges vagy elégtelen voltának kérdését, következő eredményre juthatunk.

Hála a múlt századvégi és jelen kórházpolitikánk aktív és eredményes voltának, általános kórházi férőhelyekkel való ellátásunk nemzetközi összehasonlításban is megállja a helyét. Ha ennek megfelelően összes köz- és nyilvános jellegű kórházunk az 1898. évi kórházrendelet értelmében veneriás osztállyal fel volna szerelve, a nemi betegek kórházi ellátása tekintetében sem merülhetnének fel nagyobb kifogások, Így azonban bizonyos reorganizáció és kibővítés elengedhetetlennek látszik.

Igaz ugyan, hogy a nemi betegek befogadására szolgáló férőhelyek hiánya nem tartozik a közegészségügy mindennapos panaszai közé és látszólag a kórházi gyógykínálat és a veneriás fekvőhely-kereslet egymással kielégítő egyensúlyban van. Ennek azonban egészen különleges indokokban keresendő a magyarázata. A fővárosban, hol úgyszólván minden ezer emberre esik veneriás férőhely, valóban nincsen égető hiány, s e miatt panasz alig is mutatkozik. Vidéken viszont látszólag azért elégséges a kevés számú veneriás ágy, mert abnormálisan kevés annak a kereslete. Utóbbi körülményt érthetővé teszi, hogy a legtöbb «bujakóros» osztály részben vagy egészben reglementált prostituáltak kényszerkezelését szolgálja. Ezek az osztályok a rossz hírnevükkel, s kétes társaságból összeverődött beteganyagukkal mindenkit elriasztanak a bentfekvő kezeléstől. Egyik-másik ilyen osztályon csakugyan alig is lehet prostituálton, kóborló cigányokon és csavargókon kívül más beteget találni. E baj fokozásához járul, hogy fenti részletezésünk értelmében a kórházak tekintélyes hányadában a felvételre kerülő nemi betegeket nem szakember, hanem idegen szakos orvos kezeli. Ezek a főorvosok, ha itt-ott kellő szakértelemmel, de minden esetben kevés kedvvel és ambícióval látják el a szakmájuktól

idegen veneriásokat, akiket nyilvánvalóan kellemetlen tehernek tekintenek. Csak ilyen körülmények között fordulhat elő, hogy néha ezek a korlátozott számban fenntartott ágyak sem telnek meg, ami ambiciózus szakember vezetése alatt álló, jól felszerelt osztályon aligha következhetnék be.

De egy másik szempontra is rá kell mutatni, ami már nemcsak vidéken, hanem a fővárosban is lecsökkenti a veneriás férőhelyek keresletét, s így közvetve akadályozza a nemi betegségek kórházi kezelésének tágabbkörű kifejlődését. Ez a körülmény a veneriás betegek jól ismert kórháziszonya. Az emberek minden betegségnél idegenkednek a kórházi fekvő-kezeléstől, ami még fokozottabb mértékben jelentkezik a nemi bajosoknál, kik a veneriás osztályra való felvételük esetén nemi betegségüknek és gondosan titkolt szexuális életüknek leleplezésétől tartanak. Ezt az akadályt növeli még a veneriás betegek szociális és megélhetési szempontja is, ami szintén gyakran visszatartja őket a kórházi fekvő-kezeléstől. A nemi betegeknek túlnyomó hányada ugyanis még friss vagy tünetes korában is munkaképes, s így a kórházi kezelés kedvéért nem szívesen kockáztatja nehezen szerzett munka- és megélhetési lehetőségét.

Mindezen nehézségeket a betegség természete, a veneriás kórházügy különleges kialakulása, s az élet gazdasági követelménye hozta magával. Nem kívánatos azonban, hogy ismerve a fennforgó bajokat, ezeket változhatatlanoknak ismerjük el, s minden további nélkül megállapítsuk, hogy a férőhely-kereslet csekély lévén, tehát a nemi betegeknek minimális töredéke igényel kórházi kezelést, akiknek ellátására a meglévő ágyszám is bőséges alkalmat szolgáltat.

A nemi egészségügy problémáinak megítélésénél a veneriás betegségek ragályozási természete a legfontosabb szempont. E szerint a veneriás kórházügyet is a gyógyítás elsőrendű érdeke mellett ebbe a szemszögbe kell beállítanunk.

De ha pusztán a gyógyító ténykedést vesszük, akkor is a lehetőség és szükségesség határain belül a kórházi kezelés

elsőbbsége mellett kell állást foglalnunk. A szakszerű, rendszeres, gondos és felügyeletes gyógykezelésnek és ápolásnak mindig több lehetősége van a kórházi osztályokon, mint a házi vagy ambuláns kezelésben. Ez vonatkozik a nemi bajokra is és kétségtelen, hogy a beteg érdekében való lenne, ha pl. a kankós szövődmények, a mellékheregyulladások, hólyaggyulladások, prostata-gyulladások, ízületi- és szívlobok nem a beteg lakásán vagy ambulanter, hanem kórházi szakosztályon kezeltetnének. Ugyanez áll a szifilisz tünetes stádiumaira is. A friss fertőzésben szenvedő szifilisz egyén súlyos, általános infekció áldozata, s ugyancsak téved az, aki a primár sclerosist vagy a papulomaculás elváltozásokat felületes bőr jelenségeknek minősíti, s ez alapon ítéli meg, hogy kórházi állandó kezelésre szorul-e vagy sem. Ha arra gondolunk, hogy a friss szifiliszeseknél milyen kiterjedt a nyirokutak specifikus elváltozása, mennyire gyakoriak a szervezet általános megrázkódtatására valló, sokszor észre sem vett korai vese- és máj-irritációk, valamint a hátgerinc-liquor korai elváltozásai, akkor látjuk igazán, hogy a friss szifiliszeseeknek már kezdetleges bőrjelenségük idején milyen mélyreható és súlyos a bántalmuk. Ezek a szempontok a friss, tünetes szifiliszeseeknek pár hetes kórházi kezelését a beteg érdekében föltétlenül indokoltá teszik.

Visszatérve azonban a fentebb említett ragályozási szempontra, itt még sokkal parancsolóbb indokát találjuk a veneriás betegek bizonyos csoportjának kórházi zárt-kezelésére. A gyógyítás és a beteg egyéni érdeke mellett előtérbe nyomul a «köz»-nek mindennél előbbre való követelménye, ami pedig a legfertőzőbb állapotban levő nemi betegek kórházi izolálását kívánja meg.

Tudjuk, hogy a «heveny» fertőző megbetegedések bejelentés kötelezettségével bírnak (B .M. 1894. évi 91,954. sz.), s ezzel kapcsolatban a benne szenvedők ragálycédulával lezárt lakásban vagy zárt kórházi osztályon nyernek elhelyezést és gyógykezelést. Ezzel szemben az «idült» fertőző megbetegedéseknél, főleg a népbetegségeknek nevezett tuber-

kulözisnál és szifilisznél hasonló radikális intézkedés kivitele teljességgel lehetetlen. Akadályozza ezt ezen betegségek óriási kiterjedése, lappangó volta, évekre terjedő elhúzódása stb., a nemi bajoknál pedig ezenfelül a megbetegedések sexuális eredete és minden leleplezés elől gondosan titkolt mivolta. A «teljes izolálás» rendszere az idült fertőző betegségeknél különben is a lehetetlenség határán mozog, mert sem most, sem a belátható jövőben nem tudunk elképzelni olyan anyagi és hatósági eszközökkel rendelkező államot, mely pl. összes tuberkulotikus és szifilitikus betegeit a végleges gyógyulás bekövetkeztéig kórházi ingyenes kezelésbe kényszeríthesse és tarthassa.

A tuberkulózis ragályozásának feltartóztatása terén talán még nagyobbak a nehézségek, mint a szifilisznél, mert a betegség legfertőzőbb szaka nem különíthető el olyan feltűnő jelenségek által, mint emennél. A szifilisznél tudjuk, hogy a fertőzőképesség maximuma a bőrön és nyálkahártyákon mutatkozó primär és secundär jelenségek fennállásának idejére esik. A primär sclerosisben, a nedvező papulákban és a nyálkahártyák plaques-jaiban a kórokozó spirocháta pallidák milliói nyüzsögnek, természetes tehát, hogy az ilyen fertőző jelenségekkel bíró egyén a vele érintkező embertársaira közvetlenül (sexuális és asexuális úton), sőt közvetve (használati tárgyai: evőeszköz, borotva, törülköző, szükségleti hely stb. útján) rendkívüli veszélyt jelent.

Ezek az eminensen fertőző jelenségek azonban hála magasan fejlett therápiáinknak igen gyorsan és jól befolyásolhatók, s erélyes salvarsan-higany, salvarsan-bismuth stb. kombinált kezelési móddal sokszor már napok alatt elmulaszthatók. Kórházi kezelésben, hol ezen gyógyszerek az állandó orvosi felügyelet biztonságában nagyobb kezdő-adagokkal alkalmazhatók és esetleg pl. aktiváló hatású protein-therápiával etc. fokozhatók, néha éppenséggel varázslatos gyorsasággal tűnnek el. *A külső tünetek elmúlásával egyidejűleg pedig a beteg ragályozó képessége legalább 90%-kal csökken!*

Mindeme körülmények arra mutatnak, hogy *egyrészt az*

izolálás, másrészt a specifikus jelenségek gyorsabb megszüntetése céljából a friss, tünetes szifiliszeteknek minél szélesebbkörű kórházi elkülönítésére kell törekednünk. Ez természetesen a friss kankónál legtöbb esetben kivihetetlen, de alkalmazható annak szövődményeinél, amelyeknek szakszerű, körültekintő kórházi kezelésével a folyamat protrahálását és krónikusan fertőző elhúzódását előzhetjük meg.

A frissen ragályozó szifiliszések izolálásának és általában a gyakoribb kórházi stationär kezelésnek elérésében (a notórius fertőzésterjesztőktől stb. eltekintve) persze nem gondolhatunk hatósági vagy általában imperatív intézkedésekre. Itt pusztán arról lehet szó, hogy *az orvosok és a nemi betegek körében a közegészségügy követelményei élő erővé váljanak, s a néhány napig, pár hétig tartó kórházi elkülönítés szükségessége teljesen beivódjék a köztudatba!*

Ez volna az a kívánatos momentum, mely a nemi betegek férőhely-keresletét jelentékenyen fokozná! Miután pedig a friss veneriás betegek ily természetű izolálásától a nemi egészségügy javítása terén tetemes eredményeket várhatunk, systematikusan kell ezt a lehetőséget elősegítenünk. Itt valóban eredményes lehet az áldozatkész kórházipolitika intenzív bekapcsolódása, mely *a régi osztályok újszerűvé tételével, az elrettentő «prostituált-osztályok» kihelyezésével, illetve megszüntetésével és új kórházak, továbbá veneriás osztályok létesítésével módot nyújthat az orvosoknak a friss szifiliszések elhelyezésére, s egyben lehetővé és kívánatossá teheti a betegek részére a kórházban való gyógyíttatást.*

Mindenekelőtt célszerű lenne, ha azokban a köz- és nyilvános jellegű kórházakban, hol vegyes osztályon nemi betegek részére férőhelyek vannak, ezek a vegyes osztályból kiszakíttatnának és szakorvos kinevezésével önálló, jól berendezett veneriás osztályokká alakíttatnának. A nemi egészségügy fejlődése alig remélhető addig, míg a nemi bajosak a kórházak mostoha gyermekei, s gyakori eset, hogy a kórházi betegek gyógyítója veneriás szakképzettséggel nem is rendelkezik.

Azok a nagyobb vidéki kórházak, melyeknek külön ágyaiból legelsősorban lehetne önálló osztályokat létesíteni, következők: a békéscsabai, esztergomi, gyulai, makói, nagykanizsai, szekszárdi, szentesi, gyöngyösi, szigetvári és zalaegerszegi közkórházak, s az egri és veszprémi nyilván. jellegű kórházak.

Azon veneriás férőhellyel nem bíró nagy kórházak pedig, mélyekben mielőbb speciális osztályokat kellene felállítani, a következők: a jászberényi, sátoraljaiújhelyi közkórházak és a kecskeméti és újpesti nyilván. jellegű kórházak.

Indokolt lenne, ha a jövőben létesítendő kórházaknál a köz vagy nyilvánossági cím és jelleg használatának joga szigorúan ahhoz köttetnék, hogy önálló, modern veneriás osztállyal rendelkezzenek.

Ami végül Budapestet illeti, ahol relatíve kielégítő a veneriás férőhellyel való ellátás, még itt is bizonyos sürgős kívánalmaknak kell hangot adnunk. *A nemi betegségek és a prostitúció elleni társadalomegészségügyi küzdelem elősegítése terén ugyanis értékes nyereség volna, ha fővárosunk a nemi beteg bukott leányok, fiatalon elhagyott anyák, megtévedt kiskorú nők és a kezdő prostituáltak részére egy legalább 200 ágyas, munkatöbblettel kapcsolatos gyógyító és gondozó menhelyet állítana.* Ezenkívül az Országos Társadalombiztosító Intézetnek hiányzik egy legalább 150 ágyas veneriás kórháza Budapesten, amelynek létesítése a szifilisztes alapon fellépő korai rokkantság megelőzését tekintve, a rokkantbiztosítás miatt is racionálisnak látszik. E téren ugyan jogi és pénzügyi akadályt jelent a B. M. 1901. évi 16,016. sz. rendelet és a közigazgatási bírósági 1905. évi 4270. sz. határozat, melyek szerint a munkásbiztosítónak saját magánkórházában ápolt veneriás betegek ápolási költségét nincsen joga az államkincstártól igényelni, de azt hiszem, ez az akadály megfelelő úton-módon nehézség nélkül elhárítható lenne.

Kórházügyi fejtegetésemet azzal végzem, hogy ha az új vidéki osztályokra számított szerény 150—200 ággyal és a fővárosra eső esetleges 350 új ággyal a 2057-t tevő országos ágyszámunk két és fél ezerre szaporodna, már ezzel a vene-

riás férőhely-mennyiséggel is eredményesen lehetne a kórházak áldásos harcát a nemi betegségek elleni küzdelemben felvenni.

3. Veneriás ambulatóriumok és gondozó intézetek.

A régi világban kétféle módon nyílt lehetőség a betegségek gyógykezelésére: a kórházi és a magán gyógyszolgáltatás útján. Miután azonban a kórházi ellátás a férőhelyek csekély száma, a magánorvosi gyógyító eljárás pedig az anyagi lehetőségek hiánya miatt csak a népesség kis részének egészségügyi gondozására szorítkozott, szükségessé vált olyan kezelési alkalmak létesítése, amelyek szélesebb néprétegek részére is hozzáférhetőek legyenek, így alakultak ki világszerte a nyilvános ambulatóriumok.

A járóbeteg-rendelések szerepe a nemi betegségek gyógykezelése terén elsőrangú fontosságú. Amint előző pontunkban tárgyaltuk, kórházi állandó kezelés csak a nemi betegek kis töredékénél, főleg a tünetes friss szifilisznél, (a késői szifilisz következményes súlyos elváltozásainál) és a kankó szövődményeinél vihető ki. Ezzel szemben a sima lefolyású kankóban és latens szifiliszben szenvedő tömegek hosszadalmas kezelését csak oly módon lehetett és kellett megoldani, hogy a gyógykezelés a betegeket életkörülményeiknek és munkájuknak elhagyására ne kényszerítse.

A veneriás ambulatóriumok szükségessége természetesen elsősorban ott jelentkezett, ahol a nemi betegségek nagyobb terjedelemben pusztítottak.

Falukon, tanyákon, hol ritkább a veneriás baj, a hatósági orvosi vagy magánorvosi gyógyellátás is elegendőnek bizonyult.

Középvárosainkban nagyobb tömegek zsúfolódnak össze, lazább az erkölcs és több a ragályozási alkalom, tehát lényegesen magasabb a nemi bajok morbiditása is. Itt már gondoskodni kellett hozzáférhetőbb gyógyító lehetőségről — és külföldön is azt látjuk, hogy a bizonyos (Olaszországban pl.

30,000, Svédországban 20,000) lakosszámmal bíró városok egészségügyi ellátására törvényileg előírt veneriás ambulatóriumokat létesítettek.

Legnagyobb szükség azonban a nagy városokban merült fel, melyek sűrű lakottságukkal, amorális közfelfogásukkal, promiscuitásban élő tömegeikkel állandó és mindeddig kiapadhatatlan forrásai a veneriás bajoknak. Itt élnek az utolsó század alatt rohamosan megduzzadt ipari munkástömegek is, valamint a nincstelen városi proletárrétegek, kiknek gyógyellátása csak az effajta közcélú, ingyenes ambulatóriumok rendelkezésére bocsátásával történhet.

Magyarországon a XIX. század utolsó és a XX. század első évtizedeiben fejlődtek ki a fővárosban és a nagyobb vidéki gócpontokban veneriás ambulatóriumok. (A legrégebbiek Budapesten többek közt a Poliklinika ambulanciája 1874 óta, a kir. Tud. Egyetem dermatológiai ambulatóriuma 1884-ben, a Teleia Egyesület rendelőintézete 1893 óta stb.)

Mindeddig azonban hiányzott a nemi betegek járó-kezelésére szolgáló hazai gyógyintézetek hivatalos kimutatása, s e miatt nehéz volt ezeknek elégséges vagy elégtelen voltáról pontos képet alkotni. A népjóléti és munkaügyi minisztérium támogatásával sikerült e téren áttekintést nyernem, s a törvényhatóságok adatai alapján a járóbeteg-rendelések statisztikáját összegyűjtenem.

Az N. M. M. 154,549/1928. II. sz. adatgyűjtő körrendeletre beérkezett jelentésekben szereplő veneriás ambulanciákat áttekinthetőség okából három csoportba soroztam és az alábbi összeállításban e szerint részleteztem.

Az első csoportot alkotják a «nyilvános» ambulanciák (klinikák, kórházak vagy egyesületek által fenntartva), melyek bármely szegénysorsú nemi betegnek válogatás nélkül ingyenes kezelést nyújtanak.

Második csoportba osztottam a munkásbiztosító intézetek (Társadalombiztosító, Kereskedelmi, Hajózási stb.) ambulanciáit, melyek a társadalombiztosítás alá eső széles rétegek egészségügyi ellátását végzik.

Végül a harmadik csoportba kerültek bizonyos egyesületek és testületek (rendőrség, egyetemi hallgatóság stb.) veneriás ambulatóriumi, melyek kizárólag a tagjaik sorába tartozó korlátolt számú csoportoknak nyújtanak gyógyszolgáltatást.

Ezen csoportosítási rendszerrel 1928 elején vármegyénként a következő, nemi betegek részére szolgáló járóbeteg-rendeléseket lehetett kimutatni:

Vármegye és helység neve	Nyilvános ambulatóriumok	Biztosító intézetek ambulanciája	Egyesületek, testületek ambulanciája	Összes veserifás ambulanciák száma
Abaúj-Torna vm.				
Bács-Bodrog vm. Baja t. j. v.	Baja t. j. város közközbizá- nak ambulanciája	Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		2
Baranya vm. Pécs t. j. v.	M. kir. Erzsébet Tud. Egyet. Bőr- és Nemibeteg Klinika ambulanciája	Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		2
Siklós nk.	Tüdő- és Verőajtosok Siklósi Gondozója			1
Békés vm.				
Bihar vm.				
Borsod, Gömör, Kisközt vm. Miskolc t. j. v.		Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		1
Csanád, Arad, Torontál vm.				
Csongrád vm. Szeged t. j. v.	M. kir. Ferenc József Tud. Egyet. Bőr- és Nemibeteg Klinika ambulanciája Szeged t. j. város közköz- bizának ambulanciája	Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		3
Hódmezővásárhely t. j. v.	Hódmezővásárhely t. j. vá- ros Erzsébet közközbizá- nak ambulanciája	Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		2

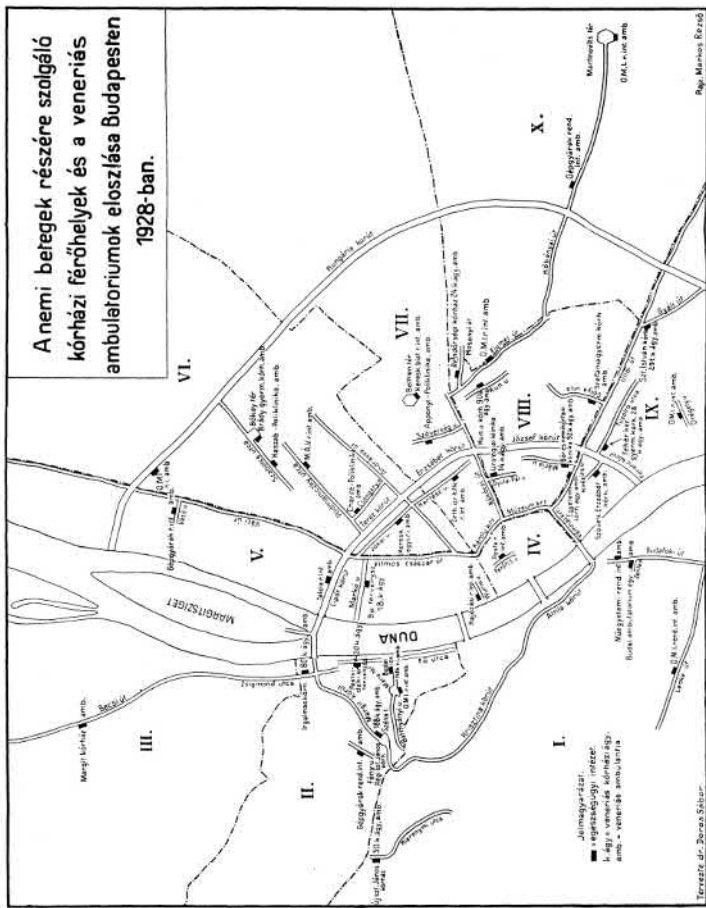
Fejérv. vm. Székesfehérvár t. j. v.	Fejérvármegyei Szé. György közkórház ambulanciája			1
Győr, Moson, Pozsony vm. Győr t. j. v.		Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		1
Magyaróvár t. l. v.		Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		1
Hajdu vm. Debrecen t. j. v.	M. kir. Tisza István Tud. Egyet. Bőr- és Nemikór- tani Klinika ambulanciája	Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		2
Heves vm.				
Jász-Nagykun-Szolnok vm. Szolnok t. l. v.		Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		1
Komárom, Esztergom vm.				
Nógrád, Hont vm.				
Pest-Pilis-Solt-Kiskun vm. Budapest sz.-főv.	K. m. Pázmány Péter Tud. Egyet. Bőr- és Nemikór- tani Klinika ambulanciája K. m. Pázmány Péter Tud. Egyet. Urológiai Klinika ambulanciája Szfőv. Szé. István közkórház ambulanciája	Orsz. Társadalombiztosító Int. közp. rendelőintézete Orsz. Társadalombizt. Int. Lenke-úti rendelőintézete Orsz. Társadalombizt. Int. Mária-téri rendelőintézete	Bp. m. k. államrendőrség közkórházának ambulanc- ciája Szövetkezetek Erzsébet kör- házának ambulanciája Kir. József Műgytemem reu- delőintézete	

Vármegye és helység neve	Nyilvános ambulatóriumok	Biztosító intézetek ambulanciája	Egyesületek, testületek ambulanciája	Összes veneriás ambulanciák száma
Pest-Pilis-Solt-Kiskún vm. Budapest sz.-főv.	Szóf. Régi Szt. János kórház ambulanciája Szóf. Új Szt. János kórház ambulanciája Szóf. Szt. Rókus közkórházi «Kun-utcai fiókkórház» ambulanciája Szóf. Szt. Margit közkórház ambulanciája Irgalmasrend nyilv. jellegű kórházának ambulanciája Stefánia Gyermekkórház szilifisz-ambulanciája	Orsz. Társadalombiztosító Int. Hungária-úti rendelőintézete Orsz. Társadalombiztosító Int. Drégely-utcai rendelőintézete Orsz. Társadalombizt. Int. Martinovics-téri rendelőintézete Budapesti Kereskedelmi Be- tegségi Biztosító Int. ambulanciája M. k. Államvasutak Betegségi Biztosító Int. ambulanciája Bp. Gégyárak Vállalati Betegsegélyző Szövetségének Kőhányai-úti ambulanciája Bp. Gégyárak Vállalati Betegsegélyző Szövetség Véső-utcai ambulanciája Bp. Gégyárak Vállalati Betegsegélyző Szövetség Fény-utcai ambulanciája	Egyetemek Kórházegyleteinek ambulanciája Kereskedelmi Segélygyelet rendelőintézete	

«Teleia» egyesület ambulanciája	Magyar Hőjázási Betegségek Bizt. Int. ambulanciája	36
«Charitász» Poliklinika ambulanciája	M. k. Posta Betegségek Biztosító Int. ambulanciája	2
Budapesti Gr. Apponyi Albert Poliklinika ambulanciája		1
Kaszab Aladár és I. Poliklinika ambulanciája		1
Budai Ambulatórium Egyesület rendeltése		1
Budai izraelita hitközség nyilv. rendelőtintézete		
Budapesti aut. orth. izr. hitközség nyilv. rendelőtintézete		
Kecskemét t. j. város köz-kórházának ambulanciája	Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája	
Újpest t. l. v.	Orsz. Társadalombiztosító Int. és a Közgazdasági Egyetem nemi beteg-gondozó intézete	
Kispest t. l. v.	Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája	
Pesterzsébet t. l. v.	Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája	

Vármegye és helység neve	Nyilvános ambulatóriumok	Biztosító intézetek ambulanciája	Egyesületek, testületek ambulanciája	Összes venerális ambulanciák száma
Pest-Pilis-Solt-Kiskun vm. Csepel nk.		Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		1
Somogy vm. Kaposvár r. t. v.		Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		1
Sopron vm. Sopron t. j. v.		Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		1
Szabolcs, Ung vm. Nyíregyháza r. t. v.		Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		1
Szatmár, Ungocsa, Bereg vm.				
Tolna vm.				
Vas vm. Szombathely r. t. v.	Vas megye és Szombathely r. t. városi körkórház ambulanciája Teleia egyesület «Sanitas» ambulatóriuma	Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		3
Veszprém vm. Pápa r. t. v.	Irgalmasrend nyílv. jellegű kórházának ambulanciája			1
Zala vm. Nagykanizsa r. t. v.		Orsz. Társadalombiztosító Int. ambulanciája		1
Zemplén vm.				
Összesen :	30	32	5	67

A nemi betegek részére szolgáló
kórházi férőhelyek és a veneriás
ambulátoriumok eloszlása Budapesten
1928-ban.



E szerint a fővárosban jelenleg 36 veneriás ambulancia (54 %), vidéken pedig 31 (46 %), összesen 67 járóbeteg-rendelés működik. Országos átlagban egy-egy nemi betegek részére szolgáló ambulatóriumra 126,240 egyén, budapesti átlagban viszont 25,800 lakos esik.

Részletezve a kérdést, azt látjuk, hogy eddig összesen 21 városunk és 2 nagyközségünk rendelkezik veneriás ambulatóriummal. Ezek közül «nyilvános» járóbeteg-rendelés 10 városban és 1 nagyközségben van, a fennmaradó 11 városban és 1 nagyközségben pedig csupán az Országos Társadalombiztosító Intézet tart fenn tagjai részére ambulatóriumot.

Budapest 36 veneriás járóbeteg-rendelése közül 18 a szó szoros értelmében vett «nyilvános» ambulancia, 13 a különböző biztosító intézetek, 5 pedig bizonyos egyesületek és testületek birtokában van. A «nyilvános» ambulatóriumok közül 13 jelentékeny betegforgalommal rendelkezik, a többi 5-nél ez kevésbé számottevő. A «nyilvános» rendelő intézetek eloszlása a fővárosban olyan, hogy az I. kerületre 2 esik, a II.-ra 3, a III.-ra 1, a IV.-re 0, az V.-re 1, a VI.-ra 3, a VII.-re 2, a VIII.-ra 4, a IX.-re 2 és a X.-re 0. «Nyilvános» ambulanciákkal tehát legjobban a VIII. kerület, legrosszabbul a IV. és X. kerület van ellátva.

Külön részletezve az Országos Társadalom (Munkás) biztosító Intézetnek a nemi betegek járó-kezelése terén felmutatott nagyfontosságú tevékenységét, a következő adatokat nyerjük. Az intézet a fővárosban 6*, a vidéken 19, tehát együtt 25 veneriás ambulanciát tart fenn, ami az összes ilyen ambulatóriumok 37 %-a. Ezen rendelőintézetek keretében 51 szakorvos (osztályvezető, illetve szaksegéd) és 30 segédorvos működik. Az országnak összesen 20 helyiségében van társadalombiztosítási veneriás rendelés, melyeknek számát az intézet a jövőben még fokozatosan bővíteni fogja.

A fentebb felsorolt pozitív eredményekkel szemben ter-

* A statisztika lezárása óta létesített 2 új O. T. J. veneriás rendeléssel (III. ker., Pacsirtamező-utca és VI. ker., Gömb-utca) eddig már 8 l

mészetesen számos negatívumra kell rámutatni. 10 vármegye területén egyáltalán nincsen semmiféle veneriás ambulatórium. Törvényhatósági jogú városaink közül pedig pl. Győr, Miskolc és Sopron nem rendelkeznek «nyilvános» járóbeteg-rendeléssel, csupán társadalombiztosítási ambulanciával. (A létesítés alatt álló nemi beteg-gondozó intézetekről később szólunk!)

Végignézeve csonkaországunk többi városait, azt látjuk, hogy a 30,000 körüli lakosságú helységek közül (lásd: olasz rendszert!) a következőkben nincsen sem nyilvános, sem biztosítási veneriás ambulancia: Békéscsaba (47,072 lakos), Kiskunfélegyháza (39,657), Cegléd (38,293), Makó (38,102), Rákospalota (36,761), Jászberény (33,907), Szentés (33,276), Hajdúböszörmény (30,455), Nagykőrös (29,920) és Eger (29,457). Ezen városok egy részében — mint előző fejezetünkben ismeretes — kórház sincsen, s így a veneriás járókezelés egyelőre csak önálló rendelőintézet formájában volna megoldható.

Kisebb lakosságú, de nagyforgalmú és számottevő veneriás morbiditású városainkban is kívánatos lenne járóbeteg-rendelések mielőbbi felállítása. Különösen célszerű, volna ez ott, ahol kórház amúgyis van, ami kapcsolatos nyilvános ambulatórium létesítésére alkalmas bázist teremt, Így különösen ki kell e szempontból emelnünk Gyulát (24,710 lakos), Sátoraljaújhelyét (21,421), Gyöngyöst (19,700), Esztergomot (18,203), Veszprémet (15,565), Szekszárdot (13,463) és Balassagyarmatot (11,084), melyeknek mindenike rendelkezik kórház felett, de sem azzal kapcsolatosan, sem önállóan működő veneriás ambulatóriuma nincsen.

Az ambulatóriumok kérdésével egyidejűleg ki kell térnem a serologiai vizsgáló-állomások ügyére is. Az 1925. évi XXXI. t.-eszerint «az ország területén működő vagy jövőben létesülő intézetek és intézmények a hatóságok részére közegészségügyi vonatkozású vizsgálatokat csak a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter engedélyével teljesíthetnek. A miniszter az engedély megadása előtt a M. kir. Országos

Közegészségügyi Intézet igazgatóját meghallgatja. Az említett intézeteknek és intézményeknek e szakasz rendelkezései alá eső működését a M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet irányítja.»

A citált törvényszakasz tehát módot fog nyújtani arra, hogy a serologiai állomások és a Wassermann-vizsgálatok ügye, a dán rendszerhez némileg hasonló módon, egységes irányítás alá kerüljön.

Johan prof. vezetésével az Országos Közegészségügyi Intézetnek eddig 5 vidéki fiókállomása létesült (Pécs, Debrecen, Székesfehérvár, Győr és Miskolc), melyek a napokban megkezdik működésüket. *Johan* prof. szerint ezen meglevő és jövőben létesítendő fiókintézetek bármely, *hatóságok által beküldött szérum vizsgálatát teljesen díjtanul fogják végezni*. Ha azonban magánorvos kér Wassermann-vizsgálatot, ezt ingyenesen csak az esetben teljesítik, ha az illető beteg igazoltan szegény és nem tagja valamely társadalombiztosító intézetnek.

Az Országos Közegészségügyi Intézet behatóan foglalkozik a serologiai vizsgálatok mikéntjének problémájával. Egy éve folyik már öt külföldi intézettel a vizsgálati anyag kontrollkicserélése. Hasonló összehasonlító munkát végez egyes hazai laboratóriumok között is, amelyet hova-tovább tágabb körben kíván fogatosítani.

Ezenkívül sor kerül valószínűleg az összes magyarországi laboratóriumok összeírására, bizonyos fajta reagensek hatósági ajánlására, sőt esetleg egy meghatározott eljárásnak (a szabadon választhatók melletti) kötelezővé tételére.

A serologiai állomások ügye szakavatott kézben van, kívánatos azonban, hogy a szervezés a nemi egészségügy szempontjait továbbra is kidomborítsa, s az antiveneriás küzdelem irányításával szoros párhuzamban, azzal intim munkaközösségben történjen. —

Átérve a nemi betegek gondozásának kérdésére, mindekelőtt utalnunk kell arra, hogy miért nem elégséges az ambulatóriumok eddigi munkája és miért van szükség újszerű, nemi beteg-gondozó intézetek létesítésére.

Ambulatóriumaink, különösen a fővárosiak, melyek hatalmas betegforgalommal rendelkeznek, a gyógyítás terén megbecsülhetetlen értékű tevékenységet fejtettek ki. De mégis az eredmények úgy nálunk, mint külföldön azt mutatták, hogy a nemi betegségek nem gyógyultak és nem apadtak a kifejtett intenzív munkásság arányában, s így az ambulatóriumok a nemi egészségügy javításához nem járultak olyan sikerrel, mint ahogy elvárható lett volna.

Lassanként világossá vált, hogy hiányos az ambulanciák munkássága, amely kizárólagosan a tömeges gyógyítás tényével foglalkozott. Ezen hiányosság több tekintetben is megnyilvánult, így legelőször a tömegkezelés veleszületett hibájában, mely oda vezetett, hogy főleg egyik-másik fővárosi veneriás ambulancia relatíve kevés orvos közreműködésével rövid idő alatt óriási beteganyagot kellett, hogy ellásson. Ilyen körülmények között az alapos, gondos és individualizáló kezeléstől, mely minden orvosi ténykedésnek az ideálja, mindinkább eltávolodott és valóságos gyorsüzemű «egészségügyi gyár»-rá devalválódott.

A másik hiba az, hogy az ambulanciák tömegrendelése nem számol a veneriás betegek sexuális szemérmével, s a nemi eredetű betegségek titkolt voltaival. A betegeknek egymás előtt való levetkőzése, szegyeit és titkolt betegségüknek kényszerült feltárása sok nehézséget és akadályt rejt magában. Gyakori eset, hogy a betegek, mikor látják vagy megtudják, hogy betegségük nem részesülhet eléggé diszkrét elbánásban, szorongva hagyják el a tömegrendelőt. Ezen egyének további sorsát, kik többnyire szegénysorsúak és magánorvoshoz nem fordulhatnak, nem lehet követni, de elképzelhető, hogy az ilyen esetek a nemi egészségügy érdekeit nagy mértékben veszélyeztetik.

A legnagyobb baj azonban, hogy a veneriás ambulatóriumok kizárólag a gyógykezeléssel törődnek, s a betegek gondozásával és ellenőrzésével nem foglalkoznak.

Itt ki kell emelnem a budapesti gyermekklinikát, amely relatíve kevés számú szifilisz gyermekanyagánál az egészség-

ügyi gondoskodásnak és felügyeletnek hazánkban eddig egyedülálló példáját mutatta. Kívülről azonban legutóbbi időkig *egyetlen intézetünk vagy ambulatóriumunk sem volt, amely hivatásának érezte volna, hogy a nemi bajosak kikezelésének perfektuálásával, azok végleges gyógyulásával és általában a betegek további sorsával törődjön.*

Tagadhatatlan, hogy járóbeteg-rendeléseinken a betegek általában teljesen kielégítő gyógyellátásban részesülnek. De kórházaink és ambulatóriumaink számára a beteg csak addig létezik, míg az intézet kapuján belül tartózkodik, távozása pillanatában azonban vele mindennemű kapcsolata megszűnik. Ilyen rendszer mellett természetesen a betegek felügyelet, gyámolítás és irányítás nélkül maradnak, s a könnyelműbb és felvilágosulatlanabb része célszerűtlen viselkedésével saját magára és a társadalomra mérhetetlen veszedelmet zúdít.

Tudjuk, hogy a veneriás betegségek terjedésének oka a promiscuitásban rejlik. De nem az egészségesek, hanem éppen a beteg egyének promiscuitásában, kiknek tekintélyes része a fentebb tárgyalt ambulatóriumokat látogatja. És állandó az a panasz, hogy a betegek gyógyulatlan állapotban, ragályozó voltak dacára folytatják sexuális keveredésüket, miáltal a nemi betegségek vírusait hólabda-rendszer módjára közvetítik embertársaik között.

A kankó, valamint a szifilisz akut, illetve erupciós állapota, mely az indolensebb betegek figyelmét is felhívja, rövidebb-hosszabb idő alatt krónikus, illetve latens stádiumba megy át, mikor a ki nem kezelt kankó csak minimális, a szifilisz esetleg már semmi külső jelenséget sem produkál. A gondozás és felügyelet nélkül álló betegek jelentékeny része a képzelt gyógyulás hamis látszata folytán szakítja meg terhes és fölöslegesnek vélt kezeltetését, teszi ki magát súlyos következményeknek és terjeszti a veneriás ragályt tovább.

Az ambulatóriumoknak e téren felmutatott hiányosságain, s a veneriás egyének ön- és közveszélyes viselkedésének hi-

báin kellene a nemi beteg-gondozásnak segítenie. Halaszthatatlanul *szükségesnek látjuk a nemi beteg-gondozás általános megszervezését és kiterjesztését, mert ha ennek segítségével lehetőségessé válna a fertőző egyének számottevő részét felkutatni, felvilágosítani és szakszerű gondozás révén az egészségesektől visszatarítani, főleg pedig rendszeres ellenőrzés segítségével őket pontos kezelésre szoktatni, s a veneriás betegségek fertőző stádiumát minimumra rövidíteni, ezáltal a nemi egészségügy problémáinak legnehezebbikét sikerülne megoldanunk.*

Az egészségügyi gondoskodás modern szerveinek az orvosi kezelésen és egészségvédelmi ellenőrzésen túl persze bizonyos szociális lehetőségek teremtésével is kellene foglalkoznia. Nem szabad elfeledni, hogy az ambulatóriumok ingyen kezelést nyújtanak, de nem segítenek azokon a legszegényebb rétegeken, kik pl. annyi anyagi erővel sem bírnak, hogy távolibb vidékről a kezelőállomás megközelítéséhez szükséges villamos- vagy vasútjegyre való csekély összeget előteremthessék. Még fokozottabb mértékben áll ez a szociális nehézség a drága antiveneriás gyógyszerekre (salvarsan, bismuth stb.). E bajok tekintetében elsősorban a szociális, kulturális és morális helyzetük szerint legmélyebben álló néprétegekre gondolok, minők pl. a városi alkalmi munkások, szakképzettség nélküli napszámosok, rokkantak és a munkanélküli tömegek, kik a társadalombiztosítás intézményének gyógyító szolgáltatását sem élvezhetik. Ezeknek az anyagi gondozásáról a jövő újszerű intézményeinek legalább annyiban kell föltétlenül gondoskodnia, hogy őket ingyenes gyógyszerekkel ellássa, amire egyébiránt az egészségügyi kormányzat támogatása meg is van ígérve. De kötelességévé kellene tenni ezen szociálegészségügyi gondozóintézeteknek, hogy az olyan betegeknek minimális anyagi támogatását is megszerezzék (a népjóléti és munkaügyi minisztérium által fenntartott jóléti szervek, a fővárosi kerületi előljárásságok szociálpolitikai és közjótékonyági közegei, szociális misszió-egyesületek, valamint egyéb társadalmi és jótékonyági egyesületek stb. útján), kik ezen segítség híján ingyenes gyógyítás és gyógyszer

nyújtása mellett sem vehetnék igénybe az intézet szolgáltatásait.

A nemi beteg-gondozó intézetek elhelyezését illetően az ambulatóriumok rendszerétől eltérően szintén vannak bizonyos kívánságaink. Itt elsősorban azt kell figyelembe venni, hogy a veneriás betegeket minél kevesebb feltűnésnek tegyük ki és ezáltal a közönség bizalmát, s az intézetek látogatottságát biztosítsuk. Ezt az igyekezetet már némelyik külföldi ország felfogásában is megtaláljuk (Anglia, Svédország, Franciaország), hol a veneriás dispensairek felállításának előírása megköveteli, hogy ezen intézetek a betegek bajának természetét *a)* egymás előtt és *b)* a külvilág előtt a lehetőségig elleplezzék.

Fenti irányelveknek adott körülményeinkhez képest talán oly módon lehetne megfelelni, ha vidéki városainkban a veneriás gondozóintézetek a kórházak keretébe illesztetnének, ami a különböző osztályok és rendelések forgalma között a nemi betegek látogatásait feltűnés nélkül lehetővé tenné. Ahol persze kórház nincsen, ott vagy az Országos Társadalombiztosító Intézet esetleges rendelő helyiségének vagy más egészségügyi intézménynek a keretébe lehetne beiktatni. A fővárosban viszont kétségtelenül legideálisabb megoldás az, aminek tervezetét a VII. kerület részére Csordás tiszti főorvos napjainkban készítette el. Ez a nemi beteg-gondozó intézet egy ú. n. «egészségháza»-nak vagy egészségvédelmi központ»-nak lenne szerves része, melyben a nemi beteg-gondozón kívül tüdő-gondozó, elme- és idegbeteg-gondozó, házassági tanácsadó és esetleg más egészségügyi szervek, csecsemővédő intézet, napközi gyermekotthon, népfürdő stb. jönnének. Az ilyen vagy hasonló egészségügyi komplexumok legalkalmasabb megoldást nyújtanak a veneriás gondozóintézetek diszkrét elhelyezésére!

A belső berendezés tekintetében irányelvnek kell tartanunk, hogy a férfiaknak a nőktől teljesen szeparált, távol-eső bejárásuk legyen, s lehetőleg minden beteg olyan különvetközöfűlkével rendelkezzen, mely közvetlenül a vizsgáló-

helyiségbe vezet. A tömegkezelés pedig mindenáron kerü-
lendő, miért is arra kell törekedni, hogy a rendelőhelyiségben
egyszerre csak egyetlen beteg tartózkodjék. Csupán ily módon
lehet igazán individuális gondozó-kezelést folytatni, s a bete-
gek részére a tökéletes diszkréciót biztosítani.

Ezen elvek, melyek a nemi beteg-gondozó intézetek alap-
pillérei, egyben a régitípusú ambuláns-kezeléssel szemben
való előnyeit is jelzik. Az új elgondolásnak nyilvánvaló előnyei
miatt kívánatos volna, ha a jövőben régirendszerű veneriás
ambulancia többé egyáltalán nem létesülne, sőt a meglevők
is a lehetőséghez mérten a gondozóintézetek szellemében
alakulnának át.

Az egészségügyi kormányzat teljesen átlátta a nemi beteg-
gondozás felkarolásának fontosságát és tervbe vette az orszá-
gos nemi beteg-gondozó hálózat fokozatos kiépítését. Az az
elv alakult ki, hogy a létesülő nemi beteg-gondozó intézeteket
a helyi hatóságok (városok) az Országos Társadalom (Munkás)-
biztosító Intézettel közösen, a népjóléti kormányzat támoga-
tása mellett hozzák létre, amely kooperáció a (társadalom-
egészségügyi munkaközösség. tervének is egyik értékes lán-
cszeme lesz.

Scholtz prof. államtitkár a nemi- és tüdőbeteg-gondozó
intézetek aktuális kérdésére vonatkozólag a következő irányí-
tást adja: «Ne tartson külön gondozót a község és a munkás-
biztosító, történjék ez a munka egy helyen, egyöntetűen,
mindkét tényező közösen megállapítandó anyagi hozzájárú-
lása mellett. A nemi beteg-gondozókban folyó munkánál figye-
lembe kell venni, hogy ennek természete lényegesen eltér
attól, ami a tüdőbeteg-gondozók feladata. Amíg az utóbbi
leghelyesebben teszi, ha gyógyítással nem foglalkozik, a nemi
beteg-gondozónak az odaforduló betegek gyógyítását is el
kell intéznie. A tüdőbeteg dispensaire gondozása elsősorban
a beteg életviszonyainak megjavítására irányul, a nemi beteg-
gondozónak egyik fő feladata az, hogy a beteg gyógyulásának
menetét végig figyelemmel kísérje, s utánjárással, szorgal-
mazással elejét vegye annak a, sajnos, igen gyakori jelenség-

nek, hogy a beteg a feltűnőbb betegségi tüneteknek megszűntével tudatlanság vagy könnyelműség folytán a kezelésből elmarad. Mindkét intézménynek közös teendője a beteg környezetének megfigyelése, s a fertőzéstől megóvása.» (Nép-egészségügy, 1928, 250. old.)

Ezen elvek alapján már meg is indult a nemi beteg-gondozó intézetek országos szervezése. (N. M. M. 86,357/1928. I. sz. körrendelet!) Eddig két gondozó nyílt meg, egyik a Közgazdasági Egyetem Szociálpolitikai Intézete és az Országos Társadalombiztosító Intézet által közösen fenntartott jelentékeny forgalmú nemi beteg-gondozó intézet Újpesten, a másik a kisebb «Tüdő és vérbajosak Gondozó Intézete» Siklóson. Ezenkívül egyes vidéki városok *Basch* igazgató-főorvosnak, az O. K. E. Antiveneriás Bizottsága elnökének közben jötté ve már megállapodást létesítettek az Országos Társadalombiztosító Intézet igazgatóságával, úgy hogy ezen nemi beteg-gondozó intézetek napjainkban Baján, Miskolcon, Hódmezővásárhelyen és Győrött működésbe is lépnek. További nemi beteg-gondozó intézetek felállítása a közeljövőben következő városokban van tervbe véve: Pesterzsébet, Kispest, Nagykanizsa, Székesfehérvár, Kaposvár, Nyíregyháza, Szolnok és Sátoraljaújhely. A székesfőváros egyelőre két gondozó-intézetet tervez, az egyiket a VII., másikat a IX. kerületbe, amelyekkel együtt a már működő és a tervbevett nemi beteggondozó intézetek első csoportjának száma elérné a 16-ot.

Mindezen intézetek eleinte talán nehézségekkel fognak küzdeni, előreláthatólag keresztülesnek gyermekbetegségeikön is, s tapasztalat és pénz híján a szorosán vett gondozás munkáját csak hiányosan fogják végezhetni. Ha azonban arra gondolunk, hogy a német «Beratungstelle»-k 1914 óta, mikor az első próba-tanácsadóállomást Hamburgban felállították, mennyi nehézségen estek diadalmasan át, akkor bízunk kell abban, hogy a mi jövődő gondozó-hálózatunk, melynek elgondolása bizonyos szempontokból a németekénél is teljesebbnek látszik, idővel szintén meghozza a maga gyümölcsét.

Hogy az ideálisnak elképzelt nemi beteg-gondozó tevékenysége milyen tág munkaterületet ölelhet fel, erre vonatkozólag múlt évi összeállításomra hivatkozom (Népegészségügy, 1927. évi 23. szám), mely szerint az ilyen típusú intézetek feladatait a következőkben lehet körvonalazni:

a) A betegek individuális vizsgálata és gyógykezelése a diagnosztika és terápia legújabb eszközeivel.

b) A betegek alapos kioktatása betegségük mineműségére, azok gyógyulási tartamára és ragályosságára.

c) A betegek felvilágosítása (szóban és írásban) az egészségesek védelméről és az általuk okozott esetleges fertőzés erkölcsi és büntetőjogi következményeiről.

d) A betegek szociális viszonyainak tisztázása (esetleges ágyrajárás, másokkal való közös ágyban alvás, teljes anyagi nincstelenség stb.).

e) A betegek családi viszonyainak megvizsgálása (a másik házassággal való szexuális élet felfüggesztése; a házastárs esetleges fertőződése; utódoknál a veleszületett szifilisz vagy a familiárisan szerzett kankó és szifilisz jelenléte).

f) *Belső, adminisztratív gondozó munka* (karthoték-rendszer és határidőnaplár segítségével a kezeltetés pontosságának tervszerű ellenőrzése; a hanyag betegek és a szociális gondozást igénylők nyilvántartása; a rászorulóknak egészségügyi és szociális gondozásba vétele az orvosi és hivatali titoktartás legszigorúbb szemmel tartásával).

g) *Külső, gyakorlati gondozó-munka* (az orvosok és gondozó-nővérek helyszíni látogatásai; rendetlen gyógykezelés vagy teljes elmaradás esetén meggyőző, diszkrét rábeszélés; nemi kicsapongások, egészségtelen szokások, ártalmas életmód, alkoholizmus stb. tapintatos kinyomozása; gyakorlati tanács- és segélynyújtás).

h) Fertőzési források felkutatása; a «veszélyeztető» egyének felvilágosítása, gyógyítása és gondozásba vétele.

i) Terhesek vér- és váladékvizsgálata (a veleszületett szifilisz és az asexuálisan szerzett kankó antenatális megelőzése).

j) Csecsemők vizsgálata, különös tekintettel a szemkankóra és a veleszületett szifiliszre.

k) Congenitalis szifilisz, vulvovaginitis és egyéb gyermekkori megbetegedések felkutatása (intézetekben, árvaházakban, menhelyeken, lelenházakban, nyomortanyákon stb.).

l) Az erőszakos nemi érintkezés és az elcsábítás útján inficiált fiatalok és a «veszélyeztetett»-ek felkeresése és gondozása (erkölcsrendészeti razziák, feljelentések, gyermekbíróságok anyaga stb.).

m) Önkezelő fülkék létesítése olyan betegek számára, kik családi és lakásviszonyaik vagy egyéb okok miatt az elrendelt önkezelést otthon nem végezhetik.

n) Desinficiáló állomás fenntartása rendszeres éjjeli szolgálattal az eredményes egyéni profilaxisis lehetővé tételé céljából.

o) Házasság előtti tanácsadás, minden vonatkozásra kiterjedő rendszeres klinikai és laboratóriumi vizsgálat alapján.

p) Magtalan házaspárok speciális tanácsadása (spermavizsgálat, belső női genitáliák vizsgálata stb.) és tervszerű gyógykezelése.

q) Az egészségesekre vonatkozó megelőző propagatív munkásság széleskörű megszervezése.

A veneriás fertőzések lehetősége már a termékenyülés pillanatában felmerülhet és attól kezdve végigüldözi az egyént a születés előtti korszakon, majd születése percétől egész életén át. A nemi beteg-gondozás intézményének az élet mindezen időszakaira figyelemmel kell lennie és az egyedeket gondozó munkásságával úgyszólván egész életükön végigkísérnie, hogy a nemi egészségügy céljait valóban eredményesen szolgálhassa.

*

Áttekintve az egész eddig tárgyalt anyagot, alig lehetne a felsorolt főbb preventív és kuratív feladatok közül egyet is kiemelni, mely fontosság tekintetében a többi túlszárnyalná.

Ugyancsak problematikus kísérlet lenne e tennivalók között elsőbbségi sorrendet keresni, mert azok egyike sem maradhat sürgősség tekintetében a másik mögött. A nemi ártalmak leküzdésének folyamata mozaikszerű komponensekből tevődik össze, s *az eddig leszűrődött tapasztalataink szerint csak az összes rendelkezésre álló megelőző és gyógyító eszközök koncentrikus felhasználásával lehetne e téren döntő sikert aratni.*

Már a történelmi részből láthattuk, hogy a veneriás bajok leküzdése tekintetében az egyes korszakok bizonyos vezérelveket és egyedül üdvözítőnek képzelt eszközöket kaptak fel. A XVI. század körül pusztán az erkölcsök javításával akarták a nemi bajokat megszüntetni. Azután a prostituáltak «kiirtását» és a radikális rendészeti eszközöket tartották célravezetőnek. A XIX. században — mint láttuk — a reglementációt állították oda panaceának. A XX. század első évtizedében pedig a gyógyítás ügyét helyezték előtérbe, s egyedül annak tökéletesítésétől («therapia sterilisans magna?») várták a megváltást. Minden korszakban valami divatos jelszó után indult a nemi egészségügyi felfogás, ami alól — úgy látszik — a tudományos világ sem tudta emancipálni magát, Így többnyire egyetlen kártyára tették az antiveneriás küzdelem ügyét, az eredmény pedig örökös csalódás és kiábrándulás lett!

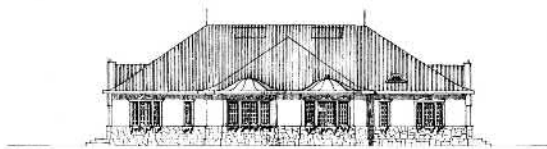
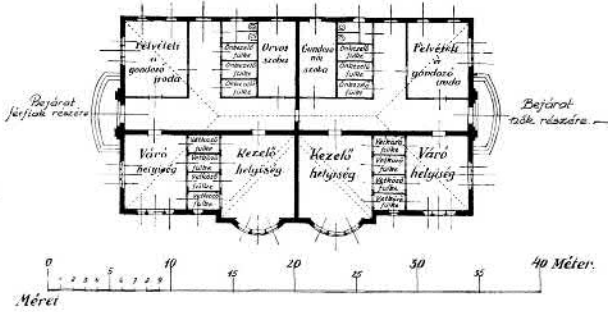
A múlt bőséges tapasztalatai után a megfelelő eszközök kiválasztása már nem probléma, s a siker nem annyira ezen eszközök felkutatásán, mint inkább azok alkalmazási lehetőségének megteremtésén múlik.

A felsorolt preventív és kuratív eszközökből összefonódó láncszem-sorozat valamennyi tényezőjének alkalmazására meg kell tehát teremteni a hatósági és társadalmi lehetőségeket! Mert hiábavaló lenne, teszem, a veneriás kórházi osztályok szaporítása, ha ugyanekkor a továbbkezelésre elegendő dispensaire nem létesül. Korlátolt lesz azonban a dispensairek haszna is, ha azok szimpla tömegkezelőkké válnak, s nem foglalkoznak beható alapossggal a betegeknek és környezetüknek sorsával. De a legtökéletesebben elképzelt gondozó-ellátás

sem lesz kivihető, ha nem áll elégséges szakorvos a vidék rendelkezésére. Mindez persze együtt sem vezethet addig sikerre, míg az egészségügyi népfelvilágosítással az eddiginél sokkal nagyobb eredményeket nem mutatunk fel. A propaganda viszont mitsem ér ott, ahol nem nevelik már gyermekkoruktól kezdve az emberekbe a sexuális morált. Ugyanígy hiába küzdünk a prostitúció ártalmai ellen is, míg a legkezdetlegesebb szociális nő- és gyermekvédelmet sem tudjuk megközelíteni — és így tovább . . . Végül, ha mindezekkel nem foglalkozunk kellő körültekintéssel, hatástalanok lesznek a legmodernebb antiveneriás törvények is, noha ezeket éppen az erkölcs védelem megszervezése, az általános felvilágosodás terjesztése, s a sexuális kihágások és bűnök lecsökkentése, egyszóval a nemi egészségügy eredményes fejlesztése érdekében nélkülözhetetleneknek kell mondanunk.

Körkörösén záródnak tehát mindezen láncszemek, s az általuk képezett, egységesen koordinált rendszer eredője az, ami mai felfogásunk szerint legközelebb vezet a kívánt sikerhez. A nemi bajok szerencsére már «gyógyítható» és a szó szoros értelmében «megelőzhető» betegségek, miért is az ellenük vezetett tervszerű küzdelem kedvező kilátásokkal kecsegtet. *A céltudatos megelőzés és a kielégítő gyógyszolgáltatás eszközeinek előadott rendszere már néhány generáció alatt döntő eredményeket produkálhat, s így ma is meg lehet állapítani, hogy az emberiség, korunk legborzalmasabb tömegbetegségei, a tuberkulózis, rák és a veneriás bajok közül az utóbbiaktól fog leghamarabb megszabadulni!*

ALAPRAJZ.



Főhomlokzat



Oldalhomlokzat



Kerztsznetszei

NÉMIBETEG-KEZELŐ ÉS GONDOZÓ INTÉZET
VÁZLATTERVE.

Tervezte: Dr. DOROS GÁBOR.

M. kir. Társadalomgyógyászati Intézet a. 112. sz. emelet

NEGYEDIK FEJEZET.

IV. FEJEZET.

A GYERMEKKORBAN ELŐFORDULÓ NEMI BAJOK KÉRDÉSE.

1. A gyermekek veneriás betegségeinek speciális vonatkozásai.*

A csecsemő- és gyermekkorban előforduló nemi bajok leküzdésére lényegileg ugyanazon irányelvek szolgálnak, mint a felnőttek veneriás betegségeinek elfojtására. Módot kell keresni arra, hogy a betegek még egyrészt bajuk kezdeti stádiumában szakszerű gyógykezelésbe kerüljenek, másrészt, hogy ezen közveszélyes betegségek tovaterjedésének megakadályozására az összes célszerű védőintézkedések megtörténjenek.

A módszerek és eszközök azonban, melyek fenti célok elérésére szolgálnak, a veneriás betegségek két említett csoportjánál lényegesen különböznek, s közös keretekbe nehezen szoríthatók, miért is áttekinthetőség okából célszerűnek látszott a csecsemő- és gyermekkor veneriás betegségeinek kérdését külön fejezetbe sorozni.

A szakszerű gyógykezelés általános kiterjesztése gyermeknél és felnőttnél egyforma fontosságú dolog, ámde a gyógykezelés mikéntjében, s főleg a prevenció rendszerében lényeges eltérések mutatkoznak. Magyarországon a felnőttek fertőzése kb. 95—98%-ban szexuális úton történik, a védekező intézkedéseknek tehát főleg ezen területre kell kiterjeszkednie, melynek szabályait és lehetőségeit II. fejezetünk már tüzetesen tárgyalta. Viszont a *csecsemő- és gyermekkor veneriás*

* Megjelent a «Népegészségügy» 1927. évi 12. számában.

megbetegedései — a serdülő kiskorúak szerzett eseteitől eltekintve — csak elenyésző százalékban támadnak szexuális úton, túlnyomó többségben veleszületett bajnak, kisebb részben pedig asexuális (nemi közösülésen kívüli) fertőzések következményei, miért is a betegségek ilytermészetű fellépése ellen sok tekintetben az eddig tárgyaltaktól eltérő irányú orvoslást kell találnunk.

A gyermekkorban fellépő veneriás bajok leküzdésének különös akadálya, hogy azok nehezen fedezhetők fel, s e miatt többnyire hosszú ideig teljesen rejtve maradnak. A csecsemő nem tudja elpanaszolni fertőző baját, a gyermek pedig — fájdalomtanság esetén — ügyet sem vet rá, s ily módon tág tere nyílik a fertőző állapot elhúzódásának, a többi gyermek megfertőzésének, sőt egész családok infekcióval való elárasztásának.

Ha a védekezés lehetőségének módozatait akarjuk megkeresni, mindenekelőtt figyelembe kell vennünk, hogy a gyermekkor egyes szakaiban és a különböző betegségek szerint más és más a fertőzés módja!

Az újszülött a veleszületett szifiliszét magával hozza méhen belüli életéből vagy ritkábban születése alatt, a szülőutakban szerzi azt.

A szülés pillanatában való fertőzés az újszülöttek szemkankójánál fordul gyakran elő.

Csecsemőkorban a szifiliszese dajka útján való fertőzés jön tekintetbe (esetleg a dajka tünetmentes, latens szifiliszese esetén is!)

Kis gyermekeknél pedig a kankónak (vulvovaginitis blenorrhoica) szülői részről történő átvitel dominál.

Helytelen népszokások is gyakran terjesztői lehetnek a bajnak, így néhol a jobbmódúak között is divatos a gyermekeket közös ágyba fektetni, de még általánosabb szokás ez a mostoha szociális viszonyok miatt lakásnyomorban élő családoknál, hol a gyermekek közt az esetleges fertőzés továbbterjedése majdnem bizonyossá válik. Ilyen esetekben az infekció első góca rendszerint valamelyik szülőnek vagy felnőtt rokonnak a genitális kankója. *A közös ágyban a fertőzés*

felőltről a gyermekekre, majd további terjedési vonalában egyik gyermekről a másikra kúszik.

Ezen «családi» infekciókon kívül tekintetbe jönnek bizonyos más természetű közösségekben előforduló asexuális fertőzések. Különösen internátusokban, árvaházakban, menedékhelyeken, sőt néha kórházakban fordulhatnak elő a gyermekek közt szórványos vagy csoportos infekciók. *A fertőzés közvetítői pedig rendszeren beszennyezett fehérneműk, ágyneműk, törülközők, közös edények és más használati tárgyak, valamint a közösen használt fürdőkád és közös szükségleti hely.*

Megemlítendő még *egyrészt a kivételesen kis gyermekek közt is észlelt szexuális fertőzés, másrészt azon szórványos fertőzések, melyeknek bestiális felnőttek nemi erőszakja (stuprum) kapcsán esnek áldozatul a gyermekek.*

Utolsónak emeljük ki a gyermek- és serdülőkori veneriás betegek azon *tekintélyes csoportját, melyet a csábítás útján megrontott kiskorúak tömegei alkotnak.*

Az elsorolt fertőzési lehetőségek valószínűleg több veszélyt rejtenek magukban, s a kis áldozatok száma lényegesen nagyobb, mint azt egészségügyi közvéleményünk és közönségünk hinné. Franciaországban pl. a veleszületett szifilisz már valóságos nemzeti katasztrófaaként kezelik. Németországban pedig legutóbb különösen arra hívták fel a figyelmet, hogy a congenitalis nemi bajokon kívül a familiáris úton átragadt veneriás betegségek is megdöbbentő mértékben jelentkeznek. De nem jobbak a viszonyok más külföldi országokban sem és pl. Amszterdamban az iskolaorvosok rendszeres átvizsgálás segítségével kimutatták, hogy az iskolás leánygyermekek között 1%-ban (!) fordult kankós fertőzés elő.

Magyarországon a veneriás csecsemőkről, ill. gyermekekről való gondoskodás az utóbbi időig a közegészségügy mostoha gyermeke volt. Egyelőre tájékoztató értékű statisztikai adataink sincsenek, de nem rendelkezünk veneriás gyermekek részére szolgáló gyógyító, gondozó vagy nevelő intézményekkel sem. A veleszületett szifiliszeselek számára mindössze egyetlen speciális ambulatóriumunk van, a Stefánia gyermek-

kórház, illetve a Pázmány Péter Tudomány Egyetem Gyermek-klinikájának kebelében, mely (1922 óta) úgyszólván egymagában küzd az ár ellen. Itt is azonban azt látjuk, hogy pl. öt évnek (1921—1925) a teljes beteganyagában mindössze 1186 veneriás gyermek szerepelt, kik közül 909 veleszületett szifiliszben, 9 familiárisán átoltott szifiliszben és 268 családi eredetű kankóban szenvedett. Többi intézeteink veneriás gyermekanyaga még ezen számok mögött is messze elmarad, s így tájékozásul nem használható.

Idegen statisztikákból azonban — mint említettem — ismeretes, hogy a gyermekkor nemi betegségei milyen aggasztó mértékben vannak elterjedve, és optimizmus volna feltételezni, hogy nálunk a viszonyok a külföldinél sokkal kedvezőbbek lennének. Megdöbbenéssel állunk meg tehát azon ránk meredő kérdés előtt, hogy tulajdonképpen hová tűnik el népességünknek esetleg számottevő veneriás gyermek-állománya. Mi történik azokkal a segítség nélkül hagyott ártatlan gyermekekkel, kik védekezni, még csak panaszkodni sem tudva, a familiáris kankó oly keserves-nehezen gyógyítható áldozataivá válnak! De főleg mi lesz a veleszületett szifiliszben szenvedő sok nyomorult emberpalántából, kiket gyógykezelés híján az a veszély fenyeget, hogy rövid, szenvedésteljes napok, illetve hónapok után szomorú kis koporsójukba zárnak vagy pedig szájalomraméltó életüket mint süket-némák, vakok, gyengeelméjük és hülyék tengetik végig, az államnak, családjuknak és önmaguknak keserves terheként!

Sürgős feladatunk tehát körültekintően mérlegelni, hogy mit lehet tenni egyrészt a gyermekkor veneriás bajainak általános prevencióját illetőleg, másrészt ama gyermekek felkutatása és megmentése érdekében, kiket végzetük még jóformán öntudatuk ébredése előtt sodort a legborzalmasabb betegségekbe.

Először is az a kérdés merül fel, hogy tulajdonképpen mely faktorok vannak hivatva ezt a nagyhorderejű kérdést kezükbe ragadni! Mint irányító tényező itt kétségkívül első-sorban az államhatalom jön tekintetbe, mely egyik leg-

kimagaslóbb közegészségügyi és népesedéspolitikai feladatának tekinti a csecsemő- és gyermekbetegségeknek, valamint a gyermekhalálozásnak a leküzdését. A kisebb közösségek, így az egyes önkormányzatok, megyei, városi, községi hatóságok e küzdelemben második sorban foglalnak helyet, míg végül harmadik étappe-ban a közegészségügyi vonatkozású tudományos és társadalmi egyesületek összeségei kapcsolódnak be.

Az államhatalomnak említett domináló jellegű gyermekvédelmi politikája bővebb megbeszélést igényel. Már fél-századdal ezelőtt alkotott egészségügyi alaptörvényünk arra az álláspontra helyezkedett, hogy *a gyermek egészségének kérdése közügy*. A közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. te. 19. §-a ugyanis kimondja, hogy «A gyermekek egészségi állapota hatósági felügyelet és intézkedés tárgyát képezi.» A felnőtt önálló ítélő- és cselekvőképességgel bír, tehát annak egészségi állapota — amennyiben a közre nem veszélyes — nagyrészen az egyén magánügye. Egészen más a helyzet az ítélőképesség felett nem rendelkező gyermekek-nél, kiknek egészségi állapotát illetőleg az államhatalom kell, hogy őrködjön. Ha valaki egészségét elhanyagolja vagy azt tönkreteszi (feltéve, hogy embertársainak nem árt vele), kérdőre sem vonható, de felelősséggel tartozik és meg is büntethető az a szülő vagy gyám, ki gyermekének egészségét elhanyagolja vagy megrontja.

Az 1876: XIV. te. 20. §-a elrendeli, hogy «Aki a gyermekek ápolására és gondozására törvényszerűleg hivatva van vagy azt magára vállalta, tartozik a hét évnél fiatalabb gyermeket megbetegedés esetén mielőbb orvosi segélyben részesíttetni.» Hasonló szellemű az 1877: XX. te. 92. §-a, mely kimondja, hogy «Tartozik a gyám a kiskorú testi épségének fenntartása felett szigorúan őrködni, s betegség esetében őt gyógyíttatni.. Az 1876: XIV. te. 21. §-a pedig a fenti paragrafus áthágásánál alkalmazandó pénzbüntetésről, illetőleg elzárásról intézkedik.

A B. M. 39,088/1917. XII. számú, továbbá B. M. 135,840—

1917. XIV. számú nagyjelentőségű miniszteri rendelet az anya- és csecsemővédelmet állami feladatnak minősíti, s a védelem megszervezésével és végrehajtásával a rendelet által előírt alapelvek szellemében az Országos Stefánia Szövetséget bízza meg. Azoknak a csecsemőknek helyzetéről, illetve egészségügyéről, akik dajkaságba kerülnek, az 1876: XIV. te. 24. és 25. §-a külön intézkedik. Ezen a lapon említendő a nemi beteg dajkára vonatkozó fontos büntető szankció is. Az 1879: XL. te. 106. §-a ugyanis — mint a II. fejezet 5. részében már tárgyaltuk — kimondja, hogy «Azon nőszemély, aki tudva, hogy ragályos betegségben vagy bujakórban szenved, mint dajka szolgálatba lép, vagy ha szolgálatbalépte után esik ragályos betegségbe vagy bujakórba, ezen körülményt, mihelyt annak tudomására jő, azonnal fel nem fedezi, két hónapig terjedhető elzárással büntetendő.»

Ami a gyermekeknek és serdülő kiskorúaknak sexuális eredetű nemi betegségeit illeti, mely ritka kivételtől eltekintve mindig az elhanyagolt nevelésnek, a szülei gondosság hiányának és a családban gyökerező erkölcsi hiányosságnak a következménye, törvényeinkben szintén értékes védőrendszabályokat találunk, Így az 1877: XX. te. 90. §-a kimondja, hogy «A gyám köteles arról gondoskodni, hogy a kiskorúak vallásos, erkölcsös és hasznos polgáraivá váljanak a hazának.» Ugyanezen te. 94. §-a pl. előírja, hogy «Ha a gyám megengedi, hogy gyámoltja szolgálatba lépjen, kötelessége arról gondoskodni, hogy a kiskorú csak oly helyen vállaljon szolgálatot, hol erkölcsi veszélynek kitéve nincsen . . .» Általában az 1877. évi XX. törvénycikk, mely az árvaszék ügykörét öleli fel és a gyámsági vagy gondnoksági ügyek rendezéséről szól, irányt mutat a tekintetben, hogy az államhatalom a gyermekeknek és serdülő kiskorúaknak erkölcsi züllése (és így a rendesen ezzel járó veneriás megfertőztetése) ellen a közhatósági felügyeletnek milyen eszközeivel kíván harcolni. Mert ha az atya vagy gyám nem akar vagy nem képes eleget tenni azon kötelezettségének, mely gyermeke erkölcsiségének és testi jólétének megvédésére vonatkozik, idézett törvényünk

értelmében a gyámhatóság köteles gondoskodni a kiskorú felügyeletéről és érdekeinek megvédéséről olyképpen, hogy a szülőt, illetve gyámot mulasztásaiért megdorgálja, esetleg megbüntetését kívánja, sőt atyai vagy gyámi hatalmát fel is függesztheti. A gyermeknek zülött környezetéből való el-távolítása vagy megjavítása céljából pedig szükség esetén a B. M. 60,000/1907. értelmében az állami gyermekmenhely kötelékébe való utalását rendelheti el.

Amint láthatjuk, törvényeink és rendeleteink között szá-mos olyan bölcs meghatározást és a szociális higiéné köve-telményeinek megfelelő intézkedést találunk, melyek a «vele-született», «családi» és «szerzett» gyermekkori veneriás beteg-ségek megelőzésében értékes támpontul szolgálnak és azok leküzdésében igen fontos szerephez juthatnak. Az állam ezek szellemében kétségkívül elsősorban hivatott a gyermekkor betegségei, köztük a veneriás betegségek elleni küzdelem irányítására. A nehézség nem is abban van, mintha a köz-ponti államhatalom vonakodnék a törvényeinkben lefek-tetett irányelveket érvényre juttatni. E tekintetben legfeljebb azt lehet kifogásolni, *hogy az a feladat-komplexum, mely a gyermekkor és a serdülő ifjúság sexuális erkölcsiségének védel-mére és nemi egészségügyének ápolására vonatkozik, a legkülön-bözőbb minisztériumokhoz tartozó hatóságok közt van szétosztva, noha elsősorban mindez kétségkívül népjóléti és közegészségügyi alapterület, s egységesen átfogó kormányzással több sikerrel volna megoldható.* A fő akadály azonban ott merül fel, hol egyrészt a hatóságok némelyikének a közegészségügy egyes kérdéseiben mutatkozó meg nem értő magatartása, másrészt népes-ségünk egészségügyi és morális közszellemének hiányossága, a legjobb törvényeink és rendeleteink végrehajtása elé is nehezen áttörhető gátat von. A közegészségügyi problémák, köztük a gyermekkori veneriás betegségek iránti közérdek-lődés hiánya mellett azon népünkbe gyökerezett meggyőződés is öreg hiba, mely szerint minden óvoszabálynak és intézke-désnek egyedül az államhatalomtól kell jönnie. Holott nyilvánvaló, hogy mindezen kérdésekben csak általános koope-

ráció útján lehet sikert elérni, s a gyermekkori veneriás betegségek elleni küzdelemben is az államhatalom irányító tevékenysége, szellemi és anyagi támogatása mellett a köznek, a társadalomnak, az intézményeknek és egyesületeknek, szóval mindenkinek részt kell vennie.

A teendő kettős: egészségügyi és szociális. Ezen kétfajta tennivaló itt is szervei összefüggésben áll, s egymástól úgyszólván el sem választható!

Ezzel szemben azonban célszerűen széttagozhatók a veneriás csecsemő- és gyermekbetegségek elleni küzdelemnek sorrendbeli fázisai, melyek egyrészt megelőző, másrészt felkutatató, harmadrészt gyógyító ténykedésből alakulnak ki.

A szociális és szexuális higiéné legfontosabb fegyvere a gyermekek nemi egészségének megőrzése tekintetében is a prevenció, mely a szóbanforgó betegségek keletkezésének lehetőségeit igyekszik felkeresni és azok feltételeit megsemmisíteni.

Ahol azonban a profilaxis már sikerre nem vezet, ott a második eszközt, vagyis a betegségek korai felkutatását kell alkalmazásba venni, ami a gyermekkor veneriás megbetegedéseinél éppoly fontos, mint körülményes és nehéz feladat.

Végül utolsó egészségügyi követelmény a szakszerű gyógyításra való alkalmasság és a kezeltetésnek, valamint a betegek tervszerű ellenőrzésének gondos megszervezése.

Mellőzve itt e három fázis részleteinek terjedelmes fejtegetését, arra szorítkozunk, hogy alábbiakban az egyes lehetőségeket és módozatokat rövid pontokba foglaljuk, s a csecsemő- és gyermekkor veneriás ártalmainak leküzdésére vonatkozó közegészségügyi feladatainkról áttekinthető képet igyekezzünk nyújtani.

2. Megelőző munkásság.

a) A prevenció munkáját már ott kell elkezdeni, hol a nemzet ifjú egyedei családot alapítva új generációk támadásának vetik meg alapjait. Célszerű volna e szempontból ki-

indulva az anyakönyvvezető hivataloknak kötelességévé tenni, hogy a jelentkező házasulandó feleknek megfelelően formulázott felvilágosító füzetet adjanak át, mely tüzetesen ismerteti az utódokat fenyegető veleszületett bajokat, valamint a szülők révén «asexuálisan» szerzhető nemi betegségeket.

b) Kívánatos lenne, hogy legfontosabb közegészségügyi intézményeink, a népjóléti és munkaügyi minisztériumnak alárendelt Propaganda Központ és a népesség hatalmas tömegeit felölelő Országos Társadalombiztosító Intézet, valamint nagyjelentőségű társadalom-egészségügyi egyesületeink, az Országos Közegészségi Egyesület, a Magyar Vöröskereszt Egylet, továbbá az Országos Stefánia Szövetség, Országos Gyermekvédő Liga, Teleia Egyesület stb. a gyermekkori veneriás betegségek megelőzésének érdekében munkaközöséget alkossanak, s fokozott propagatív működést fejtsenek ki.

c) Prevenció terén a legideálisabb eredményt az általánosan kötelező terhes-bejelentéssel és az ehhez kapcsolt vér- és váladékvizsgálatokkal lehetne elérni. Miután azonban ennek kivihetősége elé egyelőre számos akadály tornyosul, közelebbi programként a gravidák önkéntes vizsgálatára vonatkozó minél szélesebbkörű propagandát lehetne megjelölni.

d) Az Országos Stefánia Szövetségnek kellő anyagi támogatás mellett már mai keretei között is korlátlan lehetőségei nyílnának a «születéselőtti» prevenció kiépítésében. Ez a Szövetséggel érintkezésbe kerülő összes terhes nőknek kétirányú átvizsgálásával volna elérhető, egyrészt a graviditás első felében bevezetett serológiai vizsgálatokkal a veleszületett szifilisz megelőzésére, másrészt rendszeres gonococcusvizsgálattal az esetleges «familiáris» fertőzés megakadályozása érdekében. Míg a Szövetségben orvosi tanácsadáson megjelent terhes nők száma igen tekintélyes összeget tesz: 1922-ben 20,327, 1923-ban 18,857, 1924-ben 15,991, 1925-ben pedig 16,871, addig Wassermann-vizsgálat 1923-ban csupán 415, 1924-ben 474, 1925-ben pedig mindössze 623 esetben

volt, ami általános prevenció szempontjából tekintetbe alig vehető eredmény. A terhéseknek kankóra vonatkozó mikroszkópi vizsgálása még kevesebb számban fordult elő. A Stefánia Szövetség közismerten áldásos tevékenységét a terhéseknek veneriás prevenció szempontjából történő rendszeres átvizsgálása révén újabb eredményekkel gazdagítaná!

e) A gyermekkori veneriás betegségek megelőzésében a gravida-vizsgálat révén messze kiható fontosságú szerep vár az Országos Társadalombiztosító Intézetre. Szociális biztosító intézetünk ugyanis az általa nyújtott terhessegély folytán abban az előnyös helyzetben van, hogy a terhesvizsgálatot bármikor rendeleti úton kötelezővé teheti. Ilyképpen mód volna a terhessegély kiutalását attól tenni függővé, hogy a biztosítás alá tartozó gravida alávetette-e magát az Intézet által végrehajtandó serologiai és váladék-vizsgálatnak vagy sem.

f) Elengedhetetlen követelmény az ország összes szülészeti intézeteiben és osztályain kötelezővé tenni a gravidák váladékvizsgálását és a terhesség első felében megfigyelés alá kerülő terhések serologiai (adott esetekben provocativ) vizsgálatát.* A magánprakszist folytató szüléseknek a profilakszis ezen munkájába való bekapcsolódása jelentékenyen segítené elő az óhajtott eredményt.

g) Kívánatos volna, hogy az iskolaorvosok különös figyelmet szenteljenek a veneriás prevenció kérdésének. Ha nálunk a gyermekek rendszeres genitális átvizsgálása hollandi példa szerint nem is végezhető, de megvalósíthatók lennének — a már előbb említett német «Elternabend» mintájára — az iskolaorvosok vagy megfelelő veneriológus szakemberek által tartott szülői értekezletek bevezetése, melyeknek tárgya felölelné a veleszületett szifilisz problémáját, valamint a szülők,

* A terhések serologiai vizsgálatának a kórházak, nyilvános rendelő intézetek és a Stefánia Szövetség keretében való fokozatos kötelezővé tételét a N. M. M. 125,471/1927. sz. rendelet időközben már jelezte.

nevelőnők és cselédek esetleges szifiliszé vagy kankója révén fenyegető veszélynek a kérdését. Ezenkívül általában hasznos volna az összes tanároknak, tanárnőknek, tanítóknak és tanítónőknek, továbbá az óvónőknek, hivatásos nevelőnőknek és az összes gondozónőknek a gyermekvédelem ezen ágazatára való rendszeres és szakszerű kiképzése.

h) A prevencióval kapcsolatban az általános jóléti intézkedések és intézmények szükségességén kívül a szociális kérdéseknek egy speciális területére kell rámutatnom. Ezen téren a lakásügy, mely a veneriás gyermekbetegségek problémáját égető közelségben érinti, s így figyelmet érdemlő vonatkozásaira e helyen ismét ki kell térnem. A szociális lakáspolitikája jelentőségét a sok nyomós érv alapján már minden fórum elismerte és így a gyermekegészségügy és a gyermekkori veneriás betegségek leküzdésének célkitűzése csak egy újabb szempontból világít rá a kérdés különös fontosságára. Ha az utolsó népszámlálás adatai közül kiragadjuk a fővárosunkra vonatkozó összeírási eredményeket, elszomorító tényekre találunk. Kiténik, hogy 1920-ban az egyszobás lakások száma Budapesten 108,696 volt, ami az összes lakásoknak (206,467) több mint felét tette. Ez már magában is sötét képet tár elénk, mert a XX. század szociálpolitikusi egyértelműen elismerik, hogy minden családnak emberi joga volna legalább két szobából álló lakáshoz, s ezt a megállapítást a szociálhigiénikus a maga szempontjából fokozott eréllyel támasztja alá. A helyzetet azonban még lényegesen súlyosbítja, hogy az egyszobás lakások 20-3%-ában az ottlakó családon kívül összezsúfolva albérlők, helyesebben ágyrajárók is élnek. 1920-ban az egyszobás lakások közül 21,889 volt kiadva, éspedig 10,459 egy ágyrajárónak, 5742 kettőnek, 5033 három—öt egyénnek, 654 hat—nyolcnak és 101 szobalakás kilencnél több ágyrajárónak. Így a budapesti egyszobás lakások nyomorúságában 1920-ban 403,346 (!) ember zsúfolódott össze. Ha most ugyanezen lakásokban a gyermekek számát vizsgáljuk, azt találjuk, hogy 24,986 egyszobás lakásban élt olyan család, ahol egy gyermek volt, 17,462-ben lakott

két gyermek és 10,444-ben három. Még elszomorítóbb, hogy 5468 egyszobás lakásban élt négy gyermek, 2861-ben öt gyermekes 2241-ben hatnál is több! Az illetékes faktorok teljes erővel igyekeznek ezen bajokon enyhíteni, de köztudomásúlag a pénzügyi nehézségek miatt fenti vigasztalan számok csak lassú tempóban apadnak. A lakásnyomor, zsúfoltság, a közös ágyban való alvás pedig legfőbb forrása a gyermekek «famiális» nemi fertőződésének! Ehhez járul, hogy az ágyraj arás felnőttet és gyermeket egyaránt demoralizál, alkalmat szerez a stuprálóknak, s miután az idegen felnőttekkel való együttlakás a gyermekekből a tartózkodás, szemérem és gyakran az erkölcs utolsó szikráját is kiöli, alkalmas talajt készít a serdületlen kiskorúaknak tömegesen előforduló elcsábítására és veneriás megfertőzésére.

i) A megelőzés tekintetében szerephez jut a szülők fokozott felelősségének kérdése is. Eltekintve a veleszületett szifilisztól, — amely problémájának bonyolultabb volta miatt ilyen megítélés alá alig eshet — úgy a «famiális» szerzett gyermekkori bajok, valamint a stuprum és elcsábítás útján történő fertőzések kihívják a szülő vagy gyám felelősségrevonásának szükségességét. Felmerül a kérdés, hogy nem tartozik-e felelősséggel a törvény előtt az a szülő, illetve gyám, ki tudva, hogy ragályos szifiliszben vagy kankóban szenved, mégis gyermekével egy ágyban alszik, s vele közös törülközőt és evőeszközöket használ! Ily esetek felderítése és a Btk. 310. §-a értelmében «gondatlanság által okozott testi sértés» címén kiszabott megbüntetése másokat kétségkívül felelősségük tudatára ébresztene, de az elrettentésen kívül általános népnevelő hatással is bírna. Súlyt kellene helyezni a «nemi erőszak» minden esetének felfedezésére és leleplezésére, hogy a bíróság a Btk. 232. §-a szerint eljárva a tettest a törvényileg előírt súlyos büntetéssel sújthassa; ámde ily esetekben mindig hivatalból kellene megállapítani azt is, hogy a szülő, illetve gyám hanyagságának a gyermek romlásában nincsen-e része. Népnevelés szempontjából hasonló fontosságú lenne a szülő, illetve gyám törvényes felelősségre-

vonása oly esetekben, mikor a serdülő kiskorú csábítás útján lesz veneriás fertőzés áldozatává, aminek foganatosítására a fentebb tárgyalt 1877. évi XX. t.-c. az árvaszékre ruházott jogok és kötelességek révén alkalmas módot nyújt. Az árvaszék preventív tevékenységét hatásosan emelhetik a különböző patronázs és egyéb védő egyesületek, melyeknek nyomozó és óvó munkássága az intézkedő hatáskörrel bíró árvaszékre támaszkodva, sok erkölcsileg veszélyeztetett és veneriás fertőzésnek kitétt gyermeket és serdülőkorút menthet meg a romlástól. Hogy ezen veszélyeztetett gyermekek fokozott védelme nemcsak morális, hanem egészségügyi szempontból is mennyire fontos, a rendőri gyermekbíróságnak nyilvánosságra hozott statisztikai (1918—1921) megdöbbentő számokkal bizonyítják. Az 1918. év folyamán a gyermekbírósághoz került és orvosilag megvizsgált 541 kiskorú leány között 1 tizennégy éven alulit és 306 tizennégy éven felülit találtak szüzességétől megfosztottnak, közöttük 35-öt veneriás betegnek. Az 1919. évi statisztikában 130 lánygyermek szerepelt, kik közül 78 volt deflorálva és 9 nemi beteg; 1920-ban 319 leány közül 296-ot találtak deflorálnak és 53-at fertőzöttnek. Az 1921-re publikált adatok végül azt mutatták, hogy a megvizsgált 251 leánygyermek közül 221 volt szüzességétől megfosztva és 33 nemi beteg. Mindezen számok természetesen csak egy rendőrorvosok részére hozzáférhető kis csoportnak a morális és veneriás állapotát tüntetik fel, az erkölcsileg és egészségileg fertőzött gyermekek nagy tömege azonban, sajnos, egészen eltűnik szemeink elől!

3. Felkutató tevékenység.

a) Úgy a veleszületett szifilisz felkutatása szempontjából, mint a csecsemőegészségügy általános megjavítása tekintetében legideálisabb eszköz az orvosi újszülöttszemle kötelezővé tétele volna. Miután azonban ennek még valószínűleg sokáig elvi és pénzügyi akadályai lesznek, arra kell törekednünk,

hogy propagatív úton az újszülöttek önkéntes orvosi megvizsgáltatásának minél szélesebb körökben szerezzünk teret.

b) A bábáknak a veleszületett szifilisz felkutatásánál és a fenyegető kankós ragály megállapításánál igen jelentékeny szerepe lehet. Célszerű volna azért a bábákat a veleszületett szifilisz klinikai jelenségeinek felismerésére és az ellene való küzdelem fontosságára szakszerűen kioktatni. Amint a B. M. 1912. évi 151,403/VII. *d)* sz. körrendelet minden bábát kötelez az újszülöttek szemkankója elleni profilaktikus becsempentésre, ugyanúgy kötelezni lehetne őket, hogy a terhesség ideje alatt az anyánál, szülés után pedig az újszülöttnél a szifilisz, illetve kankó tünetei után kutassanak, az esetleges bajra az anya figyelmét idejében felhívják és kezelés céljából orvoshoz utasítsák. Egyszersmind praktikus volna a bábákat a «veleszületett» és «f amiliárisan» szerzett gyermekkori nemi betegségek felismerésére vonatkozó felvilágosító nyomtatványokkal ellátni, melyeknek az érdekeltek közötti szétosztása minden felmerülő gyanú esetén kötelező lenne.

c) A csecsemővédő és -gyógyító intézetekben rendszeresítendő veneriás vizsgálatoknak, illetőleg az általuk történő felkutató tevékenységnek kiváló fontossága nyilvánvaló, s így bővebb tárgyalást nem igényel.

d) Ugyanilyen áldásos szerepet tölthet be az Országos Társadalombiztosító Intézet, ha csecsemő- és gyermekvédelmi intézkedései közben a veneriás megbetegedések felkutatására különösebb súlyt fektet.

e) A felkutatás fontosságát ki kell emelnünk a gyermekek azon csoportjai között, hol tapasztalat szerint a veleszületett szifilisz tömegesen szokott előfordulni. Ezek között elsősorban a süketnéma, látászavarokban szenvedő, gyenge tehetségű és idióta gyermekek jönnek tekintetbe. Az ilyen fogyatékoságban szenvedő gyermekek nagy része — különösen a fővárosban — valamely szeparált intézetbe kerül, hol bőséges alkalom nyílna az seriologiai kutatásra és a baj alapokának gondos felderítésére. Ámde ezen intézetek nem egészségügyi, hanem pedagógiai célokat szolgálnak, miért e helyeken

veleszületett szifilisz utáni kutatás egyáltalában nem, vagy csak nagyon korlátozott mértékben történik. Pedig — úgy vélem — a tervszerű aetiologiai kutatás azért is elengedhetetlen, mert az esetleg megállapítható veleszületett szifilisz rendszeres kezelése a növendékeknek, különösen a gyenge-
 tétségű gyermekeknek pedagógiai haladását is jelentékenyen elősegítené. A testi és szellemi hibákban szenvedő gyermekek részére szolgáló pedagógiai intézetek közül a Budapesti Állami Siketnémák Intézetében, a Nagyothallók Fővárosi Intézetében és a József Nádor Állami Vakok Nevelő-Oktató Intézetében rendszeres vérvizsgálat és szifilisz-kezelés egyáltalán nem történik. A Budapesti Állami Kisegítő Iskolában (gyenge-
 tehetségűek részére) 1923-ban folytak aetiologiai próba-vizsgálatok, melyek arra az eredményre vezettek, hogy az intézet kötelékébe tartozó válogatás nélküli 100 gyermek közül 16: + + + +, 12: + + + és 16: + + Wassermann reakciót adott, ami összesen 44 %-ot képviselt. Tekintettel azonban, hogy a gyermekek seroreakciója labilisán viselkedett, a veleszületett szifilisz végleges diagnózisát egyedül ebből nem állították fel, hanem egybevetették a szülőkre és testvérekre vonatkozó adatokon kívül antropológiai-morfológiai és neurológiai vizsgálatokkal, melyeknek szigorúan mérlegelt közös eredményéből is az derült ki, hogy szifilisz e debilis gyermekeknek legalább 23.6 %-ában biztosan fennforog. Az ÁllamiGyógypedagógiaiNevelő Intézetben (internátus gyenge-
 elműjük és idióták számára) szintén csak 100 esetben kutattak próbaképpen veleszületett szifilisz után, hol a vizsgálat cca 19 %-a ismételten is erős pozitív seroreakciót eredményezett. Mindezen intézetekben a veneriás betegségek rendszeres felkutatását a gyermekek megmentése érdekében feltétlenül szorgalmazni kell!

f) Utolsónak említhető, hogy célszerű volna a gyermekek részére szolgáló összes internátusokban, menhelyeken stb. felvételtkor klinikai és serologiai vizsgálatot tartani, mely eljárás a beteg gyermekek felkutatását eredményesen segítené elő.

4. Gyógyítás és gondozás.

a) Kívánatos volna, hogy addig is, míg a pénzügyi viszonyok remélt javulásával, s a közegészségügy fokozott felkarolásával az összes nemi betegek ingyenes kezelése és gyógyszerekkel való ellátása bekövetkezhetik, a veneriás gyermekbetegek díjtalan orvosi-, valamint gyógyszerellátása és gondozása valamilyen módon biztosíthatnák.

b) Nagyobb szülészeti és bábaképző intézeteinkkel és osztályainkkal kapcsolatban a szifilisz anyák és congenitalisan fertőzött gyermekeik kezelésére külön ambulanciákat kellene létesíteni. (Couvelaire-rendszer.)

c) A Stefánia Gyermekkórház veneriás ambulatóriumának mintájára minden nagyobb gyermekkórház, illetve rendelő intézet, speciális ambulancia vagy legalább szeparált rendelés bevezetésével támogathatná a gyermekkorban előforduló veneriás betegségek gyógyításának fontos ügyét. Ezeknek a speciális rendeléseknek azért lenne különös jelentősége, mert a csecsemők veleszületett szifiliszének felismerése gyakorta későn történik, s kezelésük e miatt mulasztást szenved. Holott tudjuk, hogy a szifilisszel született gyermekek gyógyulásának sorsa főként az idejében való felismerésen és a korai szakszerű kezelésen múlik. E mellett azonban igen lényeges az is, hogy jól megszervezett gondozással és ellenőrző eljárással (karthoték-rendszer, egészségügyi gondozószolgálat) a szifilisz és kankós gyermekek gyógykezelésének következetes pontosságát segítsük elő.

d) Sürgős követelmény a süket, süketnéma és látászavarokban szenvedő, továbbá gyengegethetségű, gyengeelméjű, valamint idióta gyermekek ápoló és nevelő iskoláiban, illetve intézeteiben a szükséghez mért antiszifilisz kezelés rendszeres bevezetése.

e) Végül rá kell mutatnunk arra a sajnálatos tényre, hogy szifilisz gyermekek részére egyetlen menedékhelyünk vagy gyógyintézetünk sincs. A veleszületett szifilisz gyógyítása

körül a két-három évig tartó zártintézeti kezeléssel relatíve kitűnő eredményeket értek el (Welander-rendszer), mely systema azonban nálunk még eddig követésre nem talált. Ezen hiányosság mielőbbi pótlása elsősorú közegészségügyi feladataink közé tartozik.

*

Az elmondottakban igyekeztünk rámutatni azokra a forrásokra, melyekből a gyermekkorban előforduló venerias betegségek táplálkoznak és rávilágítani bizonyos észszerű eszközökre, melyek segítségével ezen elkorcsosító és gyermekpusztító kórok megelőzését és leküzdését megkezdhetjük. Az idevonatkozó közegészségügyi feladatok természetesen az államhatalmat és társadalmat súlyos nehézségek elé állítják, miért is megvalósításuk csupán azok fokozatos munkájától várható. De a lassú fejlődés is haladást jelent, s minden lépés áldásos, mely előbbre viszi a gyermekvédelem ezen ágának fontos ügyét, mert egyetlen gyermekélet megmentése is pótolhatatlan értékkel gyarapítja jövőendő emberállományunk féltett nemzeti kincsét!

ÖTÖDIK FEJEZET.

V. FEJEZET.

A KÜLFÖLDÖN FOLYÓ ANTIVENERIÁS KÜZDELEM.

1. Anglia.

Angliában a nemi bajok elleni küzdelem elsősorban társadalmi úton történik, s a hatósági rendszabályoknak csak másodsorban jut szerepük.

A veneriás betegségek ügyéről külön törvény nem intézkedik, ellenben a sexuális élet bizonyos kártékony kinövésével szemben az 1898-ban alkotott «Vagrancy Act», továbbá az 1912-ből származó «Criminal Law Amendment» és néhány más törvény idevonatkozó fejezete hatékonyan küzd. Legfontosabb rendelkezések e tekintetben a következők:

16 éven aluli leánygyermek elcsábítása elzárással büntetendő cselekmény. (Offences against the Person Act 1861, 53—55.)

Kihágást követ el és büntetendő, aki nyilvános helyen egynél több személy előtt tisztességtelen durva cselekményt űz. (Stephens Digest of the Criminal Law 1904, 190.)

Minden közönséges prostituált, aki az utcán vagy bármely nyilvános helyen megbotránkoztatóan és tisztességtelenül viselkedik, egy hónapi, illetőleg megismétlődés esetén több hónapi elzárással büntethető. (Vagrancy Act, 1824, 3—4.)

Az a személy, aki prostituálttal együtt él, illetve a prostituált nőkre felügyeleti vagy egyéb természetű befolyást gyakorol, s a törvény előtt ellenkezőjét igazolni nem képes, úgy tekintendő, mint aki részben vagy teljesen a prostitúció

tudatos kizsákmányolásából él, s bűnhalmozás esetén 6 hónapig terjedhető nehéz munkával súlyosbított elzárással, formális feljelentés esetén pedig 2 évig terjedhető börtönnel, sőt visszaesésnél *botbüntetés*-sel is büntethető. (Vagrancy Act, 1898, 1.; Criminal Law Amendment Act 1912, 7.)

Bűncselekmény valamely asszonyt vagy leányt rábeszélni, illetőleg valami úton-módon rávenni arra, hogy *a)* közönséges prostituálttá legyen, *b)* a Királyságból külföldi bordélyban való alkalmaztatás céljából eltávozzon, *c)* prostituálódás okából otthonát elhagyja. (Criminal Law Amendment Act, 1885, 2. és 1912, 2.)

Bármely rendőr fel van jogosítva, hogy az olyan személyeket, kik fenti bűntények elkövetésének gyanújában állnak, minden külön felhatalmazás nélkül letartóztasson. (Criminal Law Amendment Act, 1912, 1.)

Angliában viszont nincsen törvényes lehetőség valamely hanyag vagy veszélyeztető nemi beteggel szemben kényszer alkalmazására. A jogi és közfelfogás a teljes egyéni szabadság álláspontján van és a nemi betegek kezeltetését is az egyén privát jogának tekinti. Éppen ezért az orvosok és veneriás kezelő-állomások nincsenek hivatva a fertőző források felkutatására és hatósági bejelentésére. Sőt az antiveneriás küzdelemben még az orvost sem terheli speciális törvényes kötelezettség, s a nemi betegeknek sem név nélküli, sem nominatív jelentése nincsen kimondva. Nincsen külön törvényes rendelkezés a fertőzés büntetéséről, s a nemi betegek házassági tilalmáról.

Ellenben szigorú tiltó rendelkezések vannak pl. a kuruzslás megakadályozására (1917 máj. 21. törvény), amely hatékonyan védi a kuruzslóktól a nemi betegeket. Úgyszintén súlyos büntetés terheli a veneriás betegségek gyógykezelésére való felkínálkozást és a reklámozást!

Mivel a nemi betegségeket nem tekintik a többi megbetegedéstől eltérő olyan bajnak, ami külön törvényes rendszabályokat igényel, a prostituáltakra vonatkozólag is csak a fen-

tebb felsorolt törvényekben térnek ki és külön rendszabályokat nem állítanak fel.

A reglementációnak Britannia magas kultúrájú, szabad és erkölcsös népében sohasem volt mély a gyökere. Köztudomásúlag innen indult ki a reglementáció elleni küzdelem, mely a legtöbb kulturáltamban napjainkban már diadalt aratott. 1875-ben kezdődött Butler Josefine vezetése alatt az abolicionisták küzdelme, mely egy évtized alatt meghozta teljes gyümölcsét, minek következtében a nagyobb angol városok rövid életű reglementációs rendszerét már 1886-ban egyszer s mindenkorra eltörölték.

Az angolok a megszüntetett systema helyett másikat nem állítottak, s mai napig az orthodox abolíció hívei. Hogy ennek dacára a prostitúció és a veneriás betegségek hullámai nem borították el Angliát, az a társadalmi úton történő antiveneriás harcon és a bőségesen nyújtott gyógyító alkalmakon kívül főleg az angol nép erkölcsösségének, magas kultúrájának és higgadt temperamentumának köszönhető.

A prostituáltak létezését Angliában hivatalosan nem ismerik el, de ténykedésüket hallgatólagosan elnézik és mindaddig tűrik, míg közfeltűnést nem keltenek, s egyes személyeknek vagy a köznek kellemetlenségeket nem okoznak. Férfiak a nőket büntetlenül megszólíthatják, ha azzal az illetőnek alkalmatlankodást, a nyilvánosság részére szemérem sértést és botrányt nem okoznak, de a prostituáltaknak a férfiak kihívó megszólítása és általában nyilvános felkínálkozásuk tilos.

Az ilytermészetű kihágások ellenőrzésére a rendőrség hivatott, mely az utca erkölcsvédelmének sikerebb és humánusabb felkarolása céljából sok városban női erkölcsrendészeti rendőröket és detektíveket alkalmazott. A megtévedt fiatalokúakat gondozónók kezére adják, akik őket ellenőrzik és gyámolítják. A 16 éven aluli prostituáltak javítóintézetekbe, a 16 éven felüliek pedig zárt-intézetekbe kerülnek.

A nemi betegségek elleni küzdelem irányításának közép-

ponti szerve a közegészségügyi minisztérium antiveneriás osztálya, mely a minisztérium épületében, a londoni Parlament Streeten székel.

A minisztérium 1916 július 12-én rendeletet bocsátott ki, amely irányvonalakat tűz ki a nemi betegségek elleni küzdelemben és a veneriás betegek gyógykezelését bizonyos kezelő központok létesítésével biztosítja.

Ennek a rendeletnek alapján épült ki a nemi beteggyógykezelő hálózat, melynek rendelőintézetei a kisebb-nagyobb helyiségekben szükséglet szerint vannak felállítva. A veneriás kezelő-állomásból 1924-ben Angliában és Wales-ben 191, Skóciában 36 és Írországból 2, az egész brit királyságban összesen 229 működött.

A kezelőintézeteknek a minisztérium intenciói szerint lehetőleg úgy kell berendezve lennie, hogy minden beteg részére külön vetkőző cella álljon rendelkezésre, s a betegek ne láthassák egymást. Az intézetek nemcsak ingyenesen gyógykezelnek bárkit, hanem betegek részére díjtalanul szolgáltatnak salvarsant és egyéb gyógyszereket.

Az antiveneriás küzdelem előmozdítása céljából a közegészségügyi minisztérium elrendelte, hogy az összes gyógyintézetek és nyilvános laboratóriumok kötelesek a gyakorló orvosok által beküldött vérnek és váladéknak teljesen ingyenes vizsgálatát elvégezni.

Deziniciáló állomások is létesültek egy időben Angliában, így pl. Manchesterben 1920-ban két ilyen intézmény nyílt meg, melyekben az oda fordulók cohabitatio utáni profilaktikumokkal látták el. Másfél év alatt 11,782 egyén kereste fel ezen intézeteket, kik közül csak 775-nél lehetett a dezinficiálás ellenére fertőzést megállapítani. Dacára azonban ezen érdemesnek látszó eredményeknek, morális természetű elvi okokból, a közvélemény erős nyomása alatt a dezinficiáló állomásokat két év múlva megszüntették.

Az egészségügyi minisztérium antiveneriás osztályának jelentése szerint Anglia összes gyógyintézeteiben 1920-ban 83,089, 1921-ben 65,166, 1922-ben 55,239 és 1923-ban 64,835

beteg jelentkezett friss szifilisszel és friss kankóval. Az összes kiadások 1920/21-ben 470,000 fontra, 1921/22-ben 452,000-re, 1922/23-ban 399,000-re, 1923/24-ben 303,000-re, 1924/25-ben 298,000-re és 1925/26-ban 307,000 fontra rúgtak, amely összegből 82 % esett a kezelő állomásokra, 12 % laboratóriumokra, 1.5 % magánorvosoknak kiosztott salvarsanra, 2 % propagandára és 2'5 % egyéb vegyes kiadásra. Az összes kiadásoknak 75 %-át vállalja az államkincstár, 25 % pedig az illetékes városi tanácsot terheli. A dispensairek gyógyeredményei kielégítőek. Az intézetek betegeiket állandóan ellenőrzik, aminek következtében — a közegészségügyi minisztérium jelentése szerint — a betegeknek mindössze 12 %-a tűnik el gyógyulatlanul.

Ezen rendelőintézeteken és kórházi osztályokon kívül Angliában bizonyos speciális zárt-intézetek vannak az erkölcsileg különösképpen veszélyeztető vagy veszélyeztetett nemi beteg nők részére. Eddig 14 ilyen «Hostels» működik, melyekben pl. 1926-ban több mint 1000 asszony és leány nyert elhelyezést. A zárt női intézetek nagy része is 75 %-os támogatást élvez az államkincstártól. A «Hostels»-ekben a hontalan nemi beteg nők huzamosabb ideig igazi otthonra és rendkívül gondos gyógykezelésre találnak. Ez intézetek azonban nem annyira kórház jellegűek, mint inkább gondozó-, oktató- és munka-helyek, hol a megtévedt nőket a szükséges gyógykezelés szolgáltatása mellett rendszeres munkásságra nevelik, sőt távozásuk után munkaalkalmakba el is helyezik.

Az antiveneriás küzdelmet társadalmi téren egy ezen célra alakult angol egyesület vezeti, mely a közegészségügyi minisztériumnak úgyszólván végrehajtó szerve és annak hathatós támogatását élvezi. 1914-ben vetették meg a «National Council for Combating Venereal Diseases (Nemzeti tanács a nemi betegségek leküzdésére)» alapjait, mely azóta sok fejlődésen és átalakuláson ment át. Az egyesület tagjai sorában nemcsak veneriológusok és általában orvosok, hanem egyéb foglalkozású férfiak és nők is foglaltak helyet, kik az egyesület munkásságának irányításában puritán felfogásukat erő-

sen érvényesítették. Ennek tudható be, hogy az egyesület kifejezetten arra az álláspontra helyezkedett, hogy a nemi betegségek elleni küzdelmet a felvilágosítás mellett kizárólagosan szexuális etikai neveléssel és általában az erkölcsi közfelfogás nivójának emelésével kell szolgálni. Azok, kik a veneriás bajok leküzdését pusztán morális eszközök útján kivihetetlennek tartották, külön tömörültek, s megalakították a «Society for the Prevention of Venereal Diseases» (Egyesület a nemi betegségek megelőzésére) című társulatot, mely fő eszközének az egyéni profilaxisz propagálását tekintette. Ez a két ellentétes tábor éles elvi harcot folytatott egymással, s a közvéleménynek mindkét oldalról rengeteg támadó és védekező morális-higiénikus eszmecserében volt része, míg végül is néhány évvel ezelőtt győzött a bölcs mérséklet álláspontja, s mindenki elismerte, hogy egyikfajta küzdelem sem vezethet a másik eszközei híján kielégítő sikerre. Ekkor alakult meg a már hatalmas szervezettel bíró «British Social Hygiene Council» (Angol társadalomegészségügyi tanács), melybe a két régi szövetség fenntartás nélkül beolvadt.

Ennek a nagy egyesületnek ma 94 vidéki fiókközpontja van, melyeket a vidéki hatóságok ugyanolyan előzékeny támogatásban részesítenek, mint a londoni központot az egészségügyi minisztérium. A vidéki szervezeteket a központ látja el propagandaanyaggal, nyomtatványokkal, filmekkel, plakátokkal stb. Gyakran küld a vidéki fiókokhoz előadó orvosokat, a propagandaanyagot pedig 4 autóval szállítja a különböző előadási helyekre. A kormány jelentékeny segélyekkel, a publikum önkéntes adakozásokkal, a napi sajtó pedig lelkes felhívásokkal támogatja az akciót.

Az angol antiveneriás egyesület nagyszabású propagatív ténykedésének méreteiről képet nyerünk, ha tekintetbe vesszük, hogy pl. 1918-tól 1924-ig 2.300.000 nyomtatványt osztottak az országban szét, 11.000 előadást tartottak a publikumnak és 250 speciális kurzust rendeztek a tanárok és tanítók részére!

2. Argentína.

Argentiniában külön törvényes rendszabályok a nemi betegséget illetően nincsenek. Úgy a bejelentési kötelezettség, valamint minden büntető és kényszerrendszabály hiányzik.

Ezzel szemben fennáll a prostituáltak orthodox reglementálása, s az argentiniai bordélyok még mindig tele vannak Európából (a múlt században főleg Magyarországból) exportált nőkkel. A reglementáció rendészeti szabályai igen szigorúak, az egészségügyi vizsgálatok azonban sok kívánni valót hagynak hátra. A jelentkező bejegyzett prostituáltakon kívül bizonyos vonatkozásban rendőrorvosi ellenőrzés alá tartoznak egyes veszélyeztető foglalkozású nők (pincérleányok, kasszírók stb.), sőt némely foglalkozási ághoz tartozó férfiak is (pincérek, fodrászok stb.).

A felvilágosítás és szociális profilaxisz céljait az «Argentiniái liga» szolgálja, mely a nemi betegségek elleni propagatív füzeteknek és röpiratoknak százezreit osztja szét. A liga sorozatos előadásokat és propagandafilmeket rendez a vasút, katonaság, tengerészet és a nagyipari munkások tömegei előtt, súlyt helyezve arra, hogy a női csoportok előtt nő-orvosok, férfiak előtt férfi-orvosok végezzék a felvilágosítás feladatát.

3. Ausztrália.

Ausztráliának hat állama elfogadta és bevezette a nemi beteg kötelező kezeltesének törvényét.

Ugyancsak elrendelték az összes ragály terjesztésre gyanús egyének kényszervizsgálatának és kényszergyógyításának végrehajtását.

Ausztráliában reglementáció nincsen, bordélyokat nem tűrnek. A prostitúció veneriás ártalmait ellen a fenti általános jellegű törvényekkel és neoabolíciós eszközökkel küzdenek.

5. Belgium.

Belgium, mint francia kultúrhatás alatt álló állam már a XIX. század eleje óta a reglementációs rendszer híve. A múlt század első felében még csak rendszertelenül történtek a bejegyzések, de a belga kormányzat 1859-ben már egységes reglementációs irányelveket állapított meg. Ennek alapján bocsátották ki Brüsszelben 1887-ben, Liege-ben 1896-ban és Antwerpenben 1901-ben a prostitúciót szabályozó rendeleteket.

Belgium ma is az antiveneriás küzdelem egyik sarokpontjának tartja a reglementációs rendszert, melyet orthodox formájában tart fenn.

Emellett természetesen egyéb eszközöket is alkalmazásba vesznek. Számos jól felszerelt rendelőintézetben nyújtanak a nemi betegeknek ingyenes gyógykezelést. Az antiveneriás propagandát pedig a királyné védnöksége alatt álló, kitűnően szervezett liga fejtí ki, mely pl. az utóbbi három év alatt is kb. másfél millióra rúgó hallgatóság előtt 2500 népszerű felolvasást rendezett és 550 színházi előadást tartott.

6. Brazília.

Rio Grandé do Norte 1921 márc. 28-án adott ki rendeletet a nemi betegségek, és pedig elsősorban a szifilisz leküzdése tárgyában. A rendelet főbb pontjai a következőket tartalmazzák:

2. §. Intézkedik az egészségügyi propagandaszolgálat megszervezéséről és a szükséges profilaktikus szerek közkézre bocsátásáról.

3. §. Kimondja, hogy a kormányzat gondoskodik eleendő antiveneriás gyógyszer (különösen neosalvarsan) beszerzéséről, s azoknak a rendelőintézetek és a publikum közt való szétosztásáról.

4. §. Ezen anyagoknak beszerzésétől és árusításától a gyógyszerészeket és droguistákat eltiltja. (Valószínűleg ha-

4. Ausztria.

Ausztriában eddig speciális törvények nem intézkedtek a veneriás betegségek elleni védekezésről. Az 1872 óta fennálló reglementációt tekintették a nemi bajok elleni küzdelem egyik főváranak, társadalmi úton pedig bizonyos egészségügyi vonatkozású alakulatok igyekeztek felvilágosító munkát kifejteni.

1918 november 21-én a «Staatsamt für Volksgesundheit» a következő főbb pontokból álló rendszabályokat és utasításokat ajánlotta elfogadásra:

1. §. Meghatározza, hogy melyek a rendelkezés keretébe tartozó nemi betegségek.

2. §. Kimondja a fertőző nemi betegek kezeletési kötelezettségét. Ennek megtörténtéért a felnőttek saját személyükben felelősek, kiskorúaknál és gyámoltaknál pedig az arra hivatott szülő, illetőleg gyám.

3. §. A nemi betegségre gyanús egyének megvizsgáltatását rendeli el és kimondja, hogy mindazon személyektől, kikről alapos joggal tehető fel, hogy fertőző bajukat nem kezelik, az egészségügyi hatóság orvosi bizonyítványt követelhet, sőt szükség esetén kényszervizsgálatot rendelhet el.

4—5. §§. Az orvos minden olyan esetben, mikor valamely kezelése alatt álló betegnél ragályterjesztéstől lehet tartani, az egészségügyi hatóságnak jelentést tenni tartozik.

6. §. A nemi betegségek leküzdése céljából egészségügyi hatósági felügyelet alatt álló tanácsadó- és kezelő-állomások létesítését rendeli el.

7—10. §§. Az egészségügyi hatóságok és a tanácsadó állomások hatáskörét szabályozza. Az egészségügyi hatóságok az átutalt és feljelentett egyéneket vizsgálat céljából a tanácsadó és kezelő-állomásokhoz utasítják. Az itt történő vizsgálat alapján és az illető egyén körülményeihez képest döntenek el, hogy a beteg eddigi kezeletési helyén megmaradhat-e vagy nyilvános kezelő-állomásba utalják, esetleg kórházi kezelésre kényszerítik.

11. §. Minden orvosnak kötelessége a kezelésébe kerülő nemi beteget bajának természetéről, a környezetet fenyegető veszélyről és a betegség ideje alatt fennálló közösülési tilalomról szóbelileg és hatósági nyomtatvány segítségével kioktatni.

12. §. Eltiltja a levélben történő kezelést, az orvosoknak újságokban való felkínálkozását stb., mely tilalom áthágását pénzbüntetéssel vagy három hónapig terjedő börtönbüntetéssel terheli.

13. §. Az általános büntető rendszabályokat tárgyalja, melyek szerint olyan esetekben, mikor egyéb bűncselekmény a kihágást nem súlyosbítja, a törvény megszegése pénzbüntetéssel és két hónapig terjedhető elzárással büntethető.

Ezek a pontok sok elvi újítást tartalmaznak, de pl. a prostitúció kérdésének mélyére nem hatolnak. A reglementáció változatlanul fennáll, bár szakkörökben (prof. Finger és iskolája) a legnagyobb elítéléssel nyilatkoznak róla.

A reglementáció módját rendőrségi szabályok írják elő. Hetenként kétszeri vizsgálat kötelező, s a lakásbejelentés és nyilvános megjelenés szabályai nagyjából hasonlóak a Magyarországon bevezetett rendszabályokhoz.

Ellenben a gyógyalkalmak szaporítása terén számbavehető eredményt értek el az osztrákok. A háború óta 39 anti-veneriás állomást létesítettek, melyek az arra szorulóknak ingyen kezelést és gyógyszert szolgáltatnak. Ezen kezelő-állomások közül 22 van Bécsben és 17 vidéken.

A nemi betegségek elleni küzdelem tekintetében felemlítésre méltó végül a Bécsben működő házassági tanácsadó-állomás, mely a tisztí főorvosi hivatal közelében van elhelyezve. A házassági tanácsadó minden odaforduló házassulót bőségesen ellát a veneriás betegségekre vonatkozó felvilágosítással és kívánságára alapos veneriológiai vizsgálatnak vet alá. Ezen intézmény népszerűsítése érdekében széleskörű propagandát fejtenek ki, minek folytán a tanácskérők száma évről-évre rohamosan emelkedik.

misítások és visszaélések indokolják ezt a nálunk szokatlan-
nak látszó rendelkezést. Szerző.)

13. §. A kezelőállomások működéséről intézkedik és el-
rendeli, hogy ezek nyilvántartás céljából kötelesek minden
egyed betegről pontos feljegyzéseket vezetni.

15. §. Kötelezi az orvosokat, hogy a hanyag vagy keze-
lésből eltűnt betegeket az egészségügyi hatóságnak jelentsék,
hogy az az illetőket felelősségre vonhassa.

Braziliában reglementáció van, rendőrhatalóságok vigyáz-
nak az utca rendjére és a feltűnő felkínálkozást, valamint
az engedély nélküli zugbordélyok tartását nem tűrik.

7. Bulgária.

Bulgária kórházi osztályaival és rendelőintézeteivel, to-
vábbá a társadalmi egyesületek útján kifejtett propaganda
segítségével igyekeznek a nemi betegségeket korlátozni.

Az antiveneriás küzdelemben még szerepet szánnak a
prostituáltak reglementálásának. Orthodox reglementációs
rendszer van bevezetve, mely elsősorban a bordélyokba tör-
ténő elhelyezésre törekszik, de néhol magánlakó kéjnöket
is megtűr. Utóbbiakat a rendőrorvosok a lakáson is vizsgál-
hatják, mikor is a prostituáltaknak kétszeres díjazást kell
fizetniök. A kasszírnöket, pincérlányokat stb. szintén szigorú
felügyelet alatt tartja a rendőrség. Gyanú esetén rendszeres
vizsgálatok alá vetik őket, sőt ismételt kihágások kapcsán
kényszer-reglementálással sújtják.

A prostitúció ártalmát oly módon próbálják preventív
úton csökkenteni, hogy az összes bordélyok szobáiban az
egyéni profilakszis módozatait feltűntető hatósági nyomtat-
ványokat függesztenek ki.

8. Chile.

Chilének nincsen külön törvénye a nemi betegségek elleni
küzdelem szabályozására.

A prostitúció ártalmait ellen a régi reglementáció eszkö-

zeivel küzdenek. A prostituáltak bejegyzésére és rendőrorvosi ellenőrzésére vonatkozó rendeletek 1889-ből és 1898-ból származnak. A bordélytartás megengedett dolog és szabályzata szerint a bentlakó prostituáltaknak az orvosi ellenőrzésen való pontos megjelenéséért elsősorban a bordélyos felelős.

A reglementáció megszüntetésének kérdése körül napjainkban heves vita folyik. A radikálisok a reglementáció fenntartása mellett érvelnek, a klerikálisok pedig eltörlését követelik.

9. Csehország.

A csehszlovák állam megalakulása után a közegészségügyi és testnevelési minisztérium rövidesen hozzáfogott a veneriás betegségek leküzdését és a prostitúció kérdésének újjárendezését célzó törvényjavaslat elkészítéséhez.

A tervezetből 1922. évi július 11-én vált hatályos törvény, melynek végrehajtási utasítását a cseh közegészségügyi és testnevelési minisztérium 1923-ban bocsátotta közre.

Az 1922. évi cseh antiveneriás törvény főbb pontjai a következőket tartalmazzák:

1. §. Meghatározza, hogy melyek a törvény rendelkezései alá tartozó nemi betegségek.

2. §. Törvényileg kimondja, hogy nemi betegségét mindenki köteles kezelteni. Ezen kezeltetési kötelezettség kiterjed úgy a betegségek ragályozó időszakára, valamint mindazon állapotokra, melyek alkalmasak arra, hogy belőlük visszaesés folytán infekció keletkezessen.

3. §. A szegénysorsúak ingyenes gyógyíttatásáról gondoskodik.

4. §. A ragályterjesztéssel gyanúsítható egyének kötelező orvosi megvizsgálatajáról intézkedik. Ha alapos gyanú merül fel, hogy valamely nemi beteg gyógykezelését elhanyagolja, s ezáltal embertársait veszélyezteti, az erre hivatott hatósági orvos őt felülvizsgálat céljából magához idézheti. Ott, ahol hatósági orvos nincsen, a felülvizsgálattal magán-

orvos, lehetőségig szakember bízandó meg. Ha a nemi beteg vagy betegséggel gyanúsított egyén azt kívánja, hogy a vizsgálatot magán-szakorvos végezze, ez megengedhető, de az illető akkor is tartozik a magánorvostól kiállított bizonyítványt az egészségügyi hatóságnak beszolgáltatni. Mindazonáltal ilyen esetekben is, ha a hatósági orvosnak különös indokai vannak rá, az illető újabb vizsgálat céljából valamely nyilvános intézetbe (klinika, dispensaire) utasíthatja.

6. §. Kórházi kényszergyógykezelést rendel el az olyan egyének részére, kik a gyógykezelés renitens mellőzése vagy veszélyeztető és erkölcstelen életmód által mások egészségét kockáztatják. (A 4—6. §§ intézkedései elsősorban azoknál jönnek tekintetbe, akik *a*) razziák alkalmával vizsgálatra kerülnek, *b*) mint a kezelés alól kibúvó nemi betegek a hatóságnál nyilván vannak tartva és ennek dacára promiscuitást űznek, *c*) prostituáltaknál és *d*) bizonyos egyéb veszélyeztető foglalkozási ágaknál, mint a borbélyoknál, vendéglősöknél, élelmiszer-előállítóknál- és árusítóknál, szülésznőknél, betegápolóknál stb. Szerző.)

7. §. Kötelezi az orvost, hogy a hanyag és a kezelésből kimaradó beteget, valamint a kinyomozott ragály forrás címét az egészségügyi hatósággal zárt borítékos levélben tudassa. Köteles továbbá az orvos páciensét nemi betegségének természetéről, ragályozó voltáról, a betegség elhanyagolásának következményeiről, az inficiálás büntetéséről stb. szóban és írásban behatóan kioktatni. Az összes orvosi és hivatali ügykezelés tekintetében a legszigorúbb titoktartás és a legmesszebbmenő tapintatosság kötelező.

8. §. A név nélküli betegbejelentés kötelezettségét mondja ki. 10—11. §§. A levélben történő tanácsadást és az orvosi reklámozást tiltja el.

13—14. §§. Areglementáció teljes megszüntetését mondja ki.

15. §. A fiatalkorú prostituáltak gondozását és javítását célzó intézetek létesítését helyezi kilátásba.

16. §. A 18 éven aluli ifjúság erkölcsi és egészségi védelméről intézkedik.

17. §. Büntető rendelkezéseket tartalmaz és kimondja, hogy a felsorolt paragrafusok rendszabályainak áthágásáért — amennyiben súlyosabb bűnhalmazat esete nem forog fenn — pénzbüntetés és 30 napig terjedhető elzárás jár.

18. §. A nemi betegséggel való veszélyeztetés és megfertőzés büntetéséről intézkedik. Ha valaki gondatlanságból embertársát veneriás betegségnek teszi ki, pénzbüntetéssel és egy naptól egy hónapig terjedhető büntetéssel büntethető. Aki tudatosan teszi ezt, az 14 naptól hat hónapig terjedhető súlyos börtönnel lakol. Ha pedig nemcsak veszélyeztetés, hanem tényleges fertőzés történt, az esetben a büntető törvénykönyvnek a gondatlanságból, illetve szándékosan történő testi sértésről szóló paragrafusa szabja meg a büntetést. Végül, ha a fertőzést előidéző érintkezés nyereségvágyból történt, a fenti büntetésekhez külön pénzbírság is társul.

19. §. Azon szifiliszos dajkák megbüntetéséről intézkedik, kik egészséges csecsemők szoptatását vállalják, valamint az olyan szülők, illetve gyámok felelősségrevonásáról, kik szifiliszos csecsemőikhez egészséges dajkát fogadnak.

20—22. §§. A nyilvános felkínálkozás és a nyilvánosság előtti megbotránkoztató viselkedés büntetését határozza meg, különös tekintettel a 16 éven aluli ifjúság védelmére.

27. §. Az összes régebbi intézkedéseket hatályon kívül helyezi.

29. §. A törvény végrehajtását a többi érdekelt minisztérium támogatása mellett a közegészségügyi és testnevelési minisztériumra bízta.

Ezen modern neoabolíciós alapokon felépített törvény és rendszer hat éve van Csehországban érvényben, eredményeiről azonban az ellentétes véleményekből még nem lehetett tiszta képet alkotni.

A dispensairek, melyekről a törvény megemlékezik, lassú ütemben épülnek, márpedig kellő ingyenes gyógyalkalom híján a kötelező gyógykezelést nagyon nehéz keresztülvinni.

Az antiveneriás kérdés fontosságát egyébiránt Csehország-

ban minden faktor elismeri. A morbiditás megállapítása céljából 1921 február hónapjában próba-statisztikai gyűjtést is tartottak, melynek eredményei azt mutatták, hogy évi átlagban 100,000 lakosra 716 veneriás férfi és 169 nő esik. Az összes nemi betegek aránya 8.8‰-et, az összes szifiliszesek aránya pedig 4.7‰-et mutatott. Miután azonban az egy hónapi gyűjtés nagyon kevés anyagot ölelt fel, s az orvosoknak kb. fele tartózkodott a jelentések beküldésétől, a cseh statisztikai eredményeket nem lehet értékesnek tekintenünk.

10. Dánia.

A nemi betegségek elleni védekezés kérdését először az 1874. évi április 10-iki, azután az 1895 március 1-i, végül teljesen modern közegészségügyi felfogás szerint az 1906. évi március 30-iki törvény rendezte.

Az 1906. évi dán «lex veneris» főbb pontjai a következőket tartalmazzák:

1. §. A prostitúció rendőrségi engedélyezésének, s a reglementációnak tilalmát mondja ki.

2. §. Az erkölcstelenkedésre csábító egyének, a nyilvánosan felkínálkozók és szeméremsertő viselkedésű személyek büntetéséről (elzárás, majd kényszermunka) intézkedik.

5. §. A nemi betegségek kötelező gyógykezelését rendeli el.

6. §. Kimondja, hogy az orvosok kötelezettek mindazon betegek hivatalos bejelentésére, kik a kezelésből igazolatlanul elmaradtak.

7. §. Elrendeli, hogy minden orvos oktassa ki nemi betegét bajának jelentőségéről, ragályosságáról, s az inficiálás büntetéséről.

9. §. Büntetés terhe alatt megtiltja, hogy szifiliszese dajka egészséges csecsemő szoptatását vállalja és szifiliszese csecsemőt egészséges dajkával szoptassanak.

10. §. Kimondja, hogy olyan esetekben, mikor a fertőzés

továbbhurcolásával gyanúsított egyén törvényes beidőzésre nem jelentkezik, a törvényszék az erkölcsrendészet útján kényszervizsgálatot rendel el.

14. §. Megtiltja, hogy kórházi gyógykezelés alatt álló nemi betegek kórházukat az orvos engedélye nélkül elhagyhassák.

Ezeken kívül kimondja a törvény a szabad orvosválasztást, elegendő ingyenes gyógyító alkalom szervezését, s a tudatosan fertőző nemi betegek megbüntetését.

A nemi betegséggel való tudatos fertőzés súlyos büntetését már az 1866. évi 181. § is elrendeli. Ilytermészetű büntető eljárás azonban Dániában nem gyakori. Évente átlagban mindössze 30—50 esetben hoznak nemi betegséggel való megfertőzés miatt büntető ítéletet, de ennek is igen eredményes elrettentő és népnevelő hatása mutatkozik.

Gyógyító alkalmak teremtéséről a törvény értelmében a kormányzat megfelelő mértékben gondoskodik. Nagyobb városokban kivétel nélkül vannak speciális osztályok és rendelések, kisebb helyiségekben pedig a hatósági orvos van kötelezve a nemi betegek ingyenes kezelésére. Kopenhágában a kórházi osztályokon és poliklinikákon kívül egészen speciális rendszer van bevezetve, mely a dán jelentések szerint kitűnően bevált. Ez a rendszer abból áll, hogy a város különböző részein mintegy 12 fixfizetéses specialista magánorvost bíztak meg, hogy privát rendelőikben (azokra való tekintettel, kik a nyilvános intézetben való kezeltetéstől idegenkednek, de vagyoni állapotuk a magánorvosi gyógyítást különben lehetlenné teszi) ingyenes rendelést tartanak.

Veleszületett szifilisz gyermekek tartós kezelésére Kopenhágában 1905 óta és Helsingörben 1918 óta van egy-egy Welander-otthon.

A vérvizsgálati laboratóriumok ügye egységes rendszerrel, államilag van szervezve. A serologiai kontroll-munkásság központja a dán «Állami Serum-intézet», mely ellenőrző felügyeletét az összes Dániában működő serologiai állomásokra

kiterjeszti. A vidék szükségletét ennek a központnak a fiókintézetei látják el.

A családok és a következő generációk nemi egészségügyének preventív védelmére is vannak bizonyos rendszabályok Dániában. Nemi beteg — büntetés terhe alatt — csak akkor köthet házasságot, ha orvosának közben jötté vei választottját a fennforgó betegségről és annak várható következményeiről felvilágosítja. Ha a másik házasulandó fél tudatosan vállalja a rizikót, a házasság elé nem gördítenek akadályt. De ha a házasság megkötése után kiderül, hogy valamelyik házaspár fertőző nemi baját elhallgatta, ez egyéb törvényes következmények mellett egyben válóok is.

A prostitúció kérdését illetőleg Dánia klasszikus képét mutatja a «neabolíció» rendszerének. 1874-ben vezették be a reglementációt, de rövidesen rájöttek közegészségi gyarlóságára és közerkölcsiségi ártalmaira, aminek következtében már 1901-ben véglegesen megszüntették.

Mindazonáltal a csavargásról szóló dán törvény 2. §-a és az 1906. évi törvény 1. §-a elégséges módot nyújtanak a hivatásszerű prostituáltak ellenőrzésére és szükséghez mért megvizsgálására. Ezalatt természetesen nem reglementációféle ellenőrzés értendő, hanem alkalmoszerű egészségügyi vizsgálat és kényszergyógykezelés. Kopenhágában pl. az erkölcsrendészeti hatóságok évente kb. 1000 nőt állítanak elő közerkölcsiségi és kéjelgési kihágások miatt, kiket orvosi vizsgálatnak vetnek alá. A nemi betegnek találtakat kórházi kezelésbe utalják. Az egészséges prostituáltak és megtévedt nők első alkalommal intést kapnak, második alkalommal szigorú dorgálásban van részük és csak gyakoribb visszaesés után kerülnek bírósági (nem rendőrhatalósági) fórum elé, mely őket börtönre vagy kényszermunkára ítélheti.

A dánok a fent elsorolt törvényeikkel, intézkedéseikkel és egészségügyi berendezkedéseikkel elismerésreméltó példát statuáltak a nemi betegségek elleni harcban. Az egész rendszer Dánia népének közegészségügyi érzékét, tudásának fejlettségét, szervezőképességét és humanizmusát dicséri. Az ered-

menyek valóban kielégítőnek ígérkeznek, s a szifilisz-mortalitásnak 1912-től 1922-ig mutatkozó 33%-os visszaesése nagyrésztben fenti rendszer következményének tudható be.

11. Északamerikai Egyesült Államok.

Amerikában a XX. század első és második évtizedében kezdtek a veneriás betegségek kérdésével behatóan foglalkozni.

Egyetlen állam sincs, mely a nemi bajok ártalmait ellen annyiféle rendszabályt állított volna csatasorba, mint az Északamerikai Egyesült Államok. A törvények ilyen tömeges alkalmazására talán magyarázatul szolgálhat, hogy az amerikai közfelfogás némileg túlbecsülte a nemi betegségek elleni óvó-, tiltó-, büntető- és kényszerszabályok értékét, másrészt, hogy az U. S. A. számos állama egymástól többé-kevésbé eltérő törvényes rendszabályokat léptetett életbe.

A veneriás betegségek elleni hatósági küzdelem Amerikában nem egyöntetűen és nem ugyanazon időben kezdődött.

New-Yorkban pl. már 1912 május 1-én hatályba lépett egy törvény, mely elrendelte, hogy az összes nyilvános intézetek, kórházak, klinikák, ambulatóriumok, menedékhelyek, otthonok stb. kötelesek a nemi betegekről pontos feljegyzéseket vezetni, s a betegek adatait, teljes nevet, nemet, kort, nemzetiséget, fajt, házassági állapotot, betegségi állapotot és pontos lakcímet az egészségügyi hatóságnak jelenteni. Magánorvosokra a név és lakcím jelentésén kívül ugyanez a kötelezettség hárul.

New-York példája után a többi államok is később fokozatosan bevezették a beteg-bejelentés kötelezettségét. 1917-ig 13, 1920-ig pedig már 43 állam fogadta el ezt a törvényt. A 43 állam közül 7 rendelt el névszerinti beteg-bejelentést.

Az erkölcsi és a nemi egészség védelmére eddig 28 állam mondta ki törvényileg, hogy a házasságtörés büntetendő cselekmény!

Washingtonban a lányok és fiúk védett korhatárát 18

évre emelték fel és nemcsak azt a férfit büntetik, aki 18 éven aluli lánnyal közösül, hanem a nőt is, aki védett korhatáron aluli fiút elcsábít.

44 állam vezette be a ragály terjesztés gyanúja alatt álló egyének kényszervizsgálását, s az ekként felszínre bukkanó betegeknek «megfigyelő állomások»-on való izolálását.

New-Yorkban pl. éjszakánként erkölcsrendészeti különítmények járják az utcákat, a közerköles és közszemérem ellen vétőket összefogdossák, s az egész éjjel üléselő «Night Court» nevű bíróság elé állítják, mely a vétkeket azonnal elítéli, a ragálygyanúsakat pedig az előbb említett megfigyelőkbe internálja.

Ugyancsak New-York államban 1919-ben törvénybe iktatták, hogy a nemi beteget már a fertőzéssel való veszélyeztetésért is büntetés terheli, amit erősen súlyosbít az, ha az inficiálás be is következett.

Montana 1919-ből származó rendeletében kötelezi az orvosokat és a közönséget, hogy minden olyan egyént, aki erkölcstelen viselkedése és váltakozó érintkezése miatt embertársai egészségét veszélyezteti, az egészségügyi hatóságnak jelenteni kötelesek. Ha valakinek ilyen eset tudomására jut és a feljelentést elmellőzi, azt büntetés illeti.

Jowa 1919-ben elrendelte a fent jelzett izoláló állomások létesítését, de megengedte, hogy a razziák és feljelentések folytán ezen megfigyelő állomásokra összegyűjtött egyének közül a nem kifejezetten közönséges prostituáltak 1000 dollár kaució lehelyezése és eskütétel után szabadlábra helyezhetők. A nemi betegséggel való megfertőzést Jowában súlyos börtönnel büntetik, ezenkívül azonban a tettes a szenvedő félnek jelentékeny anyagi kártérítéssel is tartozik.

A nemi betegségeknek a házasodással kapcsolatos vonatkozására is számos törvényes intézkedést találunk. 1918-ig 11 állam jelentette ki a nemi betegségeket házassági akadállyának. A következő, 1919. évben pedig újabb sorozat idevágó törvényt léptettek életbe.

Meine speciálisan a szifilisz egyének házassági tilalmát

rendelte el, s ezen tilalom áthágóinak megbüntetését mondta ki. Egyben büntetés terhe alatt kötelezte az orvost, hogy mindazon szifiliszos betegeiről, kiknek házassági szándékáról tudomást szerez, az egészségügyi hatóságnak haladéktalanul jelentést tegyen. Ilyen esetekben az egészségügyi hatóság a tényállásról a másik házasulandó felet hivatalból értesíti.

Oklahoma bármely fertőző nemi betegség fennállása idején fogatosított házasságkötést bűncselekménynek minősíti.

Alabama viszont elrendeli, hogy házasságkötés előtt minden férfi orvosi bizonyítvánnyal köteles igazolni nemi betegségtől való mentességét.

Más természetű preventív indokból pl. 31 államban statuáltak az U. S. A.-ban eddig törvényt arra, hogy bizonyos foglalkozási ágak (főként élelmiszerrel dolgozó üzemek) alkalmazottai csak nemi egészségüket is igazoló orvosi bizonyítvány felmutatása esetén alkalmazhatók.

Végül 1921-ben 40 állam iktatta törvénybe az újszülöttek szemkankós fertőzése elleni profilaktikus védő eljárások kötelezettségét, valamint a titkos és kuruzslószerek hirdetésének és árusításának tilalmát stb.

Ami a prostitúció kérdését illeti, Északamerika éppúgy, miként a testvér Anglia, az abolicio álláspontján van. A két angolszász állam hivatalos felfogása közt mégis sok különbség mutatkozik, mert míg Anglia hallgatólagosan tűri a prostitúciót, s csak feltűnő kihágások esetén bünteti, addig az Északamerikai Egyesült Államok törvényes felfogása e szempontból szigorúbb, s pusztán a prostitúció tényét is üldözendő cselekménynek minősíti.

Az 1917 május 18-án kelt ú. n. «Draft Act» ismételten súlyos büntetés terhe alatt tiltja el a bordély tartást, amely rendelkezést az 1918 július 9-iki törvény is megerősíti.

Ezenkívül 42 államnak vannak külön intern törvényei a bordélytartás tilalmáról.

44 állam bűncselekménynek deklarálta a prostituálásra való csábítást és rábírást.

46 állam kimondta, hogy büntetendő cselekmény, ha valaki közvetlen vagy közvetett úton prostituáltak keresetéből él vagy abból hasznot húz.

28 állam úgy intézkedik, hogy a prostituáltak a csavargásról szóló törvény intézkedései alá esnek és mint «csavargó nők» lesznek elbírálva.

Wisconsin törvénye, mely 1915-ből származik, különösen szigorú, mert nemcsak a nőkre szab büntetést, kik bordélyban vagy valamely rosszhírű házban laknak, hanem azokra a férfiakra is, akik őket meglátogatják.

A «Vice Repressive Law»-t 10 államban emelték törvényerőre. Ennek meghatározása a prostitúciónak általánosan elfogadott jogi és erkölcsi definícióját megmásítja, s nemcsak a pénzért válogatás nélkül közösülő nőt minősíti prostituáltnak, hanem az érdek nélkül promiscuitást űző nőt is.

Valamely háznak vagy lakásnak erkölcstelen üzelmek céljára való átengedése szigorúan tilos, sőt büntetendő minden ilyen üzletben való részesség vagy segélynyújtás is.

Érdekes a rendelkezésnek az a pontja, mely még arra is kiterjed, hogy büntető eljárással sújtson minden soffőrt és kocsist, ki elősegíti vagy eltűri, hogy közlekedési eszköze erkölcstelen üzelmek céljait szolgálja.

A titkos találkahelyek és a bordélyok felkutatása, s a bordély tulajdonosok megbüntetése az erkölcsrendészet feladata. Ugyancsak a rendőrség jár el az utca rendjének és erkölcsiségének fenntartása körül, a nyilvános felkínalkozás és a tolakodó utcai megszólítások stb. ügyében is. Kivételt e téren csak két állam tesz, mely e célra külön egészség- és erkölcsügyi szervezetet tart fenn.

New-Yorkban 1910 óta a prostituáltak személyazonosságának felismerésére hasonló eszközöket használnak, mint másfajta bűnözőknél, így minden szajhálkodás miatt megbüntetett nőtől ujjlenyomatot vesznek. Ennek legfőbb célja, hogy a visszaeső bűnösök személyazonosságát könnyebben megállapíthassák. A többször visszaeső elítélteket, különösen a fiatalokú prostituáltakat, speciális gondozóintézetekbe

utalják vagy pedig három évig terjedhető időtartamra javító-intézetekbe (House of the Good Shepherd, In wood House, House of Mercy) internálják.

Az Északamerikai Egyesült Államokban a nemi betegségek elleni küzdelmet a törvényes rendszabályok védő és büntető intézkedésein kívül is igen széles körben terjesztették ki, melynek úgy gyógyászati részére, valamint társadalmi preventív megszervezésére rengeteget áldoztak.

1918. évi július 6-án iktatták be a «Chamberlain-Kahn» törvényt, melynek intézkedése szerint az északamerikai központi közegészségügyi hivatal kebelében a nemi betegségek leküzdésére külön főosztály létesült. Az «Interdepartmental Social Hygiene Board» irányítja központilag az antiveneriás küzdelmet, de a végrehajtás az egyes államok egészségügyi hivatalának kezében van letéve. Az Északamerikai Egyesült Államok antiveneriás budget-je pl. 1919-ben 100,000 dollár, 1920-ban ismét 100,000 és 1921-ben 85,000 dollár volt.

A központi egészségügyi hivatal támogatása mellett 1924-ben már 427 intézet foglalkozott a nemi betegek speciális gyógyításával, melyekben egy év alatt 185,000 beteg fordult meg. Ezek közül az egészségügyi hivatal jelentése szerint 41,000 teljesen gyógyultan távozott.

A klinikák, kórházak és egyéb nyilvános gyógyintézetek 1919-től 1921-ig 491,686 serologiai vizsgálatot és 430,019 váladékvizsgálatot végeztek.

Az északamerikai orvosi kar a központi egészségügyi hivatalnak 1919-ben 239,502 veneriás beteget jelentett, 1920-ban 326,117-et, 1921-ben 434,713-at és 1922-ben 337,184-et. A statisztikai eredmények nem adnak az amerikai morbiditásról teljesen megbízható képet. Az első években az orvosoknak csak kb. fele jelentette pontosan eseteit. Ezenkívül az amerikai közvélemény szerint az új betegeknek még mindig jelentékeny része kerül kuruzslók kezébe, amit nem annyira az egészségügyi köztudat elmaradottsága, mint inkább a túlságosan szigorú törvényes rendszabályok következményeitől való félelem magyaráz.

A jól megszervezett orvosi és társadalmi akció a közegészségügyi hivatal vezetésével hatalmas propagatív működést fejt ki. Állítólag nem kevesebb, mint 60,000 amerikai orvos kötelezte magát a nemi betegségek elleni küzdelem hatékony felkarolására. 20,000 újság igazgatósága támogatja az orvosok működését és tagadja meg újságjaiban a nagy számot kitevő kuruzslóknak és kuruzslószereknek a hirdetését.

A nemi egészségtan oktatására is rendkívüli súlyt helyeznek. Az alsóbbfokú iskolákban a tanítói karra bízzák a célszerű szexuális nevelést és oktatást. Hogy maguk a tanítók a nemi egészségtan és a veneriás betegségek kérdéseiben szakszerű tájékozottsággal bírjanak, arról a tanítóképző-intézetek gondoskodnak. Eddig a tanítóképzők 65%-ában van a szexuális higiéné mint kötelező rendes tárgy bevezetve.

A népies oktatás és propaganda is amerikai méreteken történik, aminek hatalmas voltáról fogalmat nyerünk, ha meggondoljuk, hogy pl. 1919-től 1921-ig az Északamerikai Egyesült Államok területén 26.339,886 röpiratot és felvilágosító füzetet osztottak szét. 29,560 előadást tartottak a veneriás kérdésről, melyeken 4.659,025 hallgató volt jelen. És 5239 mozgóképelőadást rendeztek, melyeken 1.987,266 néző vett részt.

Ha azonban mindent egybevetve az Északamerikai Egyesült Államokban foganatosított rengeteg törvényes rendszabályt, a gyógyalkalmak hatalmas méretű szaporítását, a gigantikus propagandát stb. az elért eredményekkel párhuzamba állítjuk, némi pesszimizmussal kell az amerikai anti-veneriás küzdelemre tekintenünk.

Mikor 1924-ben az U. S. A. és Kanada veneriológusait magábazáró «Amerikai urológiai társaság» a nemi egészségügy helyzetére vonatkozólag tagjaitól felvilágosítást kért, 294 szakember 129 különböző városból odanyilatkozott, hogy az utolsó tíz év alatt a veneriás betegségeknek valami fel-tűnő csökkenése nem volt észlelhető.

Kétségtelen, hogy a szexuális immoralitás az összes fent

elsorolt törvényes intézkedések és berendezések mellett is sok helyen fennáll, s a promiscuitás változatlanul virágzik (Wolbarst!), már pedig ezen ártalmak leküzdése vagy legalább tetemes csökkentése nélkül a veneriás betegségeket sem lehet kiirtani. Amerika antiveneriás törvényei, úgy látszik, némileg túllőnek a célon, a bőséges gyógyalkalom és propaganda pedig egymagában nem vezet teljes sikerhez!

12. Finnország.

Finnországban a nemi betegségek elleni küzdelem az 1894. évi törvényen és az ennek alapján kiadott egészségügyi rendeleteken alapszik.

Ez a törvény irányvonalat szab az ifjúság felvilágosító propagandájára, az állami és községi beteg-férőhelyek és rendelőintézetek szaporítására, a munkáspénztárak feladataira vonatkozólag stb.

Elrendeli, hogy az orvos köteles betegét bajáról tüzetesen kioktatni és annak fertőzési forrása után kutatni.

Intézkedik a ragályforrásként szolgáló egyének és a ragályterjesztéssel gyanúsítható személyek egészségügyi hatósági ellenőrzéséről.

Az 1899. évi törvény 20. fejezetének 13. §-a súlyos büntetéssel sújt mindenkit, aki nemi betegségének tudatában, közösen és ezáltal embertársát megfertőzi.

1894 óta (!) kötelező statisztikai bejelentés dívik. Városokban hetenként, vidéken havonta kell az orvosoknak a friss veneriás eseteket bejelenteni.

Az antiveneriás küzdelmet külön «Egészségügyi hivatal a nemi bajok leküzdésén» vezeti.

A reglementációt a finnek 1847-ben tették általános rendszerré. Helsingforsban ez időben kéthetenkénti, majd 1859-ben hetenkénti rendőrorvosi vizsgálatot rendeltek el. 1884-ben újra szabályozták a prostitúciót és kimondták, hogy több mint két prostituált együtt nem lakhat. Ez az intézkedés Finnországban már 1884-ben (!) megtiltotta a bordélyrend-

szert. Végül 1907-ban végleg megszüntették a reglementációt, s azóta neoabolíció van.

Finn rokonaink a veneriás kérdés rendezése terén is tanúságot tettek fejlett erkölcsiségi és közegészségi érzékükről és kiváló kultúr-képességeikről!

13. Franciaország.

Franciaországban az 1917 július 5-én kelt belügyminiszeri rendelet szab irányt a nemi betegségek elleni küzdelemben.

Ez a rendelet elsősorban a gyógyszolgáltatás kérdését rendezi és lényege az, hogy az ingyenes gyógyíttatást általánosságban lehetővé teszi. A rendelet kimondja a veneriás kezelő-állomások szaporításának szükségességét, s a nemi betegeknek úgy az ambulanciákon, valamint a kórházi osztályokon az államkincstár terhére történő ingyenes kezeltetését. Ezenkívül a rendelet ingyenes gyógyszer bocsát az intézetek rendelkezésére, sőt előírja, hogy a kezelőállomások működési területük kibővítése céljából a távol lakó betegek részére utazási költséget folyósítsanak.

Egyébiránt Franciaországban a nemi betegségek elleni küzdelmet törvényileg nem szabályozták. Nem terheli a nemi beteget kezeltetési kötelezettség és nincsen büntető szankció a fertőzés továbbterjesztésére. Az orvosokra vonatkozólag sincsenek előírások és veneriás statisztika-gyűjtés nem történik.

Ellenben a prostitúció rendőrségi és rendőrorvosi ellenőrzésére ma is nagy súlyt fektetnek, s ezt a rendszert a nemi betegségek elleni küzdelem fontos tartó-oszlopának tekintik. Franciaország az újkori reglementációnak a szülőanyja (először a «bureau des moeurs» 1793-ban rendelte el a reglementálást) és úgy látszik, az összes államok között a leginkább ragaszkodik orthodox reglementációs rendszeréhez.

A reglementáció kiviteli módjait és szabályait az egyes törvényhatóságok és városi tanácsok egymástól függetlenül határozták meg.

Párizsban lényegében mai napig az 1878 okt. 15-én kelt szabályrendelet van érvényben. Ez megkülönböztet önkéntes bejegyzést (*inscription volontaire ou sur demande*) és kényszerbejegyzést (*inscription d'office*). A nagykorúak önkéntes bejegyzése egyszerű rendőrhivatali eljárás útján történik. Kiskorúak bejegyzésére és a kényszerbejegyzésre külön bizottság hivatott, mely egy elnökből, alelnökből és két rendőrtisztviselőből áll. A rendőrorvosi vizsgálatokat hetenként kétszer foganatosítják, a betegnek talált prostituáltakat pedig kórházi kényszerkezelésbe utalják.

1916-ban újra rendezték a kitarók és bordélyosok ügyét.

1917-ben rendeletileg szigorították a kerítők elleni büntető eljárást.

1919-ben pedig a fentemlített reglementációs szabályzatot egynémely újabb kiegészítéssel látták el, aminek következtében kiskorút csak kivételes esetben jegyeznek be, bordélyba lépést pedig 21. év előtt nem engedélyeznek.

A felügyelet tekintetében azonban még mindig túlteng a rendőri hatáskör, s a reglementáció súlypontja nem annyira egészségügyi, mint inkább rendészeti.

Az orvosi ellenőrzés meglehetősen lazán folyik és a vizsgálat pl. magában Párizsban csekélyszámú orvos közreműködésével olyan tömegekben történik, hogy egy-egy prostituált megvizsgálására mindössze kb. negyedperc esik!

A francia fővárosban a háború óta 31 zárt bordélyház (*Maisons de tolerance*) és kb. 220 nyilvános ház (*Maisons de rendezvous*) van nyilvántartva. Ujabbakat lakáshiány miatt egyelőre nem engedélyeznek, ami állítólag ahhoz az anomáliához vezetett, hogy mintegy 60 titkos lokál létesült.

A párizsi bordélyházaknak hatalmas forgalmuk van és kiszámították (*Bizard*), hogy ezeket évente állítólag 1.200.000 férfi keresi fel, s egy-egy lokálban vasárnaponként átlag 1000 ember (!) fordul meg.

Az általános antiveneriás küzdelmet a francia egészségügyi minisztérium külön osztálya vezeti. Ez az osztály Párizsban a Rue Saint Romain-on székel és «Service de Prophylaxie

des Maladies Vénériennes» nevet viseli. Innen indul ki a propaganda-akció, az egész országot ellátó propagandaanyag, röpirat, film stb. Az ügyosztály antiveneriás budget-je pl. 1924-ben 3.000,000 frank, 1925-ben 3.950,000 frank volt.

Társadalmi és különböző fajtájú egészségügyi egyesületek is támogatják a «Service de Prophylaxie» munkásságát. Itt kell megemlíteni, hogy a nemzetközi antiveneriás egyesületnek, az «Union internationale contre le peril vénérien»-nek is Párizs az állandó székhelye, mely egyesület koronként összegyűjti a világ legkülönbözőbb nemzetjeinek veneriológusait, s a Népszövetségnek Genfben székelő egészségügyi osztályával kooperálva, bizonyos általános érvényű nemzetközi megállapodásokat létesít.

A francia antiveneriás küzdelem súlypontja a reglementáláson kívül kétségtelenül a gyógyalkalmak szaporítására, s általában a gyógyászati ténykedésre esik, ami a fentemlített budget-nek kevés híján teljes összegét emészti fel.

Párizsban többek közt 1916 óta működik egy intézet, mely «Institut prophylactique» nevet visel. Célja a vizsgálat, kezelés, serologiai kontroll, az egyéni és általános profilakszisra való tanítás. De itt is a gyógyítás az első és legfontosabb cél, mert az intézet igazgatóságának véleménye szerint a legeredményesebb profilakszist az idejében történő, kielégítő kezelés nyújtja.

A veleszületett szifilisz elleni preventív küzdelem céljait az ú. n. Couvelaire-féle dispensairek szolgálják, melyeknek fő sajátossága, hogy szülészeti intézetekhez vannak kapcsolva, s így már a terheseknél, továbbá a szülő és szoptató nőknél ellenőrizhetik a szifilisz esetleges jelenlétét. Ezek a speciális dispensairek gondozó tevékenységet is fejtenek ki, betegeiket ellenőrzik és gondozó-nővéreik segítségével gyámolítják. Ilyen Couvelaire-dispensaire 1923-ban Párizsban 5, vidéken 4 működött. Francia jelentések szerint a számuk azóta meg-többszöröződött.

A gyógyítás könnyebbé és népszerűbbé tétele céljából a minisztérium a dán systemával is próbálkozott és helyenként

minta járásokat rendezett be, ahol magánrendelőkből állami fizetéssel bíró szakorvosok ingyen rendelkeznek a nemi betegnek.

A veneriás betegek részére szolgáló közönséges kezelő-állomások szaporodása az egészségügyi minisztérium támogatása mellett gyors ütemben haladt. 1916-ban még csak 40 ilyen állomás volt Franciaországban, 1922-ben már 119, napjainkban pedig összesen 395 dispensaire működik. Ezeknek nagy része csupán a szifilisz elleni küzdelem céljait szolgálja, kankó gyógykezelésével közülük mindössze 66 intézet foglalkozik.

14. Görögország.

Görögországban nincsen külön törvény, amely a nemi betegségek elleni küzdelmet szabályozza.

A régi reglementációs rendszer van érvényben, melynek az antiveneriás küzdelemben nagy jelentőséget tulajdonítanak.

A prostituáltakat a rendőrség bejegyzi és nyilvántartja. Ezek hetenként kétszeri vizsgálatra kötelesek megjelenni, honnan a betegeket kórházi kezelésbe internálják.

A bordély tartás mai napig engedélyezve van. A bordély-előírások különös súlyt fektetnek arra, hogy minden bordélyház saját kis házi patikával bírjon és elegendő mennyiségű profilakszisra használható dezinficienssel rendelkezzen. Athénban az egyes bordélyházakban egyéni profilakszis céljára szolgáló fülkék vannak berendezve.

15. Hollandia.

Külön törvény nem rendelkezik a nemi betegségek elleni küzdelem végrehajtásáról. A közfelfogás is inkább a felé hajlik, hogy a veneriás ügyet a közérkölciség fenntartása mellett nem annyira tiltó és büntető, mint inkább védő intézkedésekkel kell szolgálni.

Csupán a kerítők, leánykereskedők és bordélytartók ellen

lépnek fel szigorú eréllyel, akiknek esetleges üzelmeit az erkölcsrendészet nyomozza ki.

A reglementáció soha gyökeret nem vert és általánossá nem lett. Bordélyok voltak néhol a múlt században, de azokat 1897-ben Hágában és 1902-ben Rotterdamban végleg be-tiltották.

A holland erkölcsrendészet egyébként nem a reglementációt, hanem éppen az abolíciót szolgálja. Ilyenformán nevének igazi értelmét képviseli, hatékonyan védi a közerkölcsöt és munkásságának nagyobbik felét az ifjúság erkölcsvédelmének területére helyezi. Nagyvárosokban az erkölcsrendészetnek gyermekvédelmi osztálya van, melynek kebelében jól képzett és tapasztalt gondozónők is működnek.

A kuruzslást nem tűrik Hollandiában, sőt az 1868 december 25-i törvény alapján szigorúan üldözik.

A gyógyszolgáltatás tekintetében hiány nem merül fel, s a nemi betegek ingyenes gyógyításának céljaira elegendő kórházi osztály és ambulatórium áll rendelkezésre.

Az antiveneriás küzdelmet intenzíven támogatják az iskolaorvosok is. A rendszeres vizsgálatokra és a systematikus kezelésre igen nagy súlyt fektetnek, mert Hollandiában a gyermekkori veneriás bajok nem tartoznak a ritkaságok közé. Éppen az iskolaorvosi vizsgálatok mutatták ki, hogy a fővárosban a leánygyermekeknek 1 %-a vulvovaginitis blenorrhoicában szenved.

A társadalmi akciókat és az antiveneriás propagandát a «Hollandi egyesület a nemi betegségek leküzdésére. folytatja. Az egyesületnek külön folyóirata is van, a «Sexuelle Hygiene», mely az államtól jelentékeny fenntartási segélyben részesül.

16. India.

India a nemi betegségek tekintetében nem rendelkezik speciális törvények vagy rendeletek felett, s az antiveneriás küzdelem főleg csak a gyógyalkalmak szaporítása útján történik.

A prostitúció Bombayban meglehetősen kiterjedt méreteket öltött. Bordélyházai a múlt század második felében a nemzetközi leánykereskedelemnek busásan jövedelmező gócpontjai voltak, ahová annak idején nagyon sok magyar leányt csempészték ki.

Bombayban 1868-tól 1872-ig reglementáció volt. Ezután 1880-ig abolíciós korszak következett, mely idő alatt a prostituáltaknál kényszerrendszabályokat nem alkalmaztak. A veneriás betegségek azonban olyan mértékben terjedtek tovább, hogy célszerűnek látták ismét visszatérni a reglementáláshoz. 1880-tól 1888-ig tartott az újabb reglementációs korszak, amely a nemi betegségek elleni küzdelemben újabb negatívummal végződött, s így 1888-ban véglegesen az abolíció álláspontjára helyezkedtek.

Az abolíció alkalmazása mellett azonban elmulasztottak egyéb rendszabályokat életbe léptetni, nem kerestek módot a nagyméretű városi prostitúció korlátozására és főként szemet hunytak a titkos bordélyok felburjánzásával szemben.

A prostitúció és a nemi betegségek ügyében 1923-ban szakbizottságot küldtek ki, mely alapos vizsgálat és hosszas tárgyalás után az abolíció fenntartása mellett döntött (14 bizottsági tag közül 10-en szavaztak az abolíció és 4-en a reglementáció mellett).

A «Social Purity Committee» 1926-ban újabb vizsgálatokat folytatott a Bombay-i prostitúció viszonyairól és megállapította, hogy kb. 5000 prostituált él mintegy 900 titkos bordélyházban, hol egészen rabszolgasorsra vannak kárhóztatva. A komité akciót indított a bordélytartók üzelveinek megakadályozására, s a prostitúciónak, valamint a veneriás betegségeknek társadalmi úton való leküzdésére.

17. Izland.

Izland 1923 június 20-án hozott törvényt a nemi betegségek leküzdése tárgyában.

Az új törvény főbb pontjai a következők:

1. A nemi betegek kötelező név nélküli bejelentése.
2. A nemi betegek kötelező ingyenes kezeltetése.
3. A kezelésből gyógyulatlanul eltűnt betegek névszerinti jelentési kötelezettsége és azok kényszergyógykezelése.
4. A betegek kötelező kitanítása.
5. Orvosi rendelés nélküli gyógyszerek árusításának tilalma.
6. Kuruzslásnak és kuruzslószernek forgalombahozatalának tilalma.

Izlandi jelentések szerint a fenti törvényes princípiumokon nyugvó antiveneriás küzdelem az eddig mutatkozó jelek szerint kielégítő eredménnyel kecsegtet.

18. Japán.

Japánban a nemi betegségek elleni küzdelem egyrészt a megfelelő kórházi osztályok és rendelőintézetek szaporításán, másrészt a prostituáltak reglementálásán alapul.

A prostituáltak általában mindenütt külön városrészekben laknak.

1896-ban a városok prostitúcióját európai mintára szabályozták. Rendszeres bejegyzés és nyilvántartás van bevezetve. Minden prostituált-negyednek saját rendőri kirendeltsége van, mely a közrendre felvigyáz. Az illetékes rendőrhatalóság engedélye nélkül egyetlen prostituálnak sem szabad a városrészt elhagynia. Külön rendőrorvosok nincsenek, hanem a bordélyház- és teaháztulajdonosoknak saját költségükön kell orvost szerződtetni és a prostituáltak ötnaponkénti vizsgálatára szigorúan felügyelni.

Tokió prostituált negyedének külön 500 ágyas prostituált-kórháza is van.

Japán adatok szerint egész Japánban 52,200, magában a fővárosban 5000 reglementált kéjő él.

1927 április havában törvényjavaslatot nyújtottak be a reglementáció eltörlésére, amelyet azonban további tanulmányozás és előkészítés szükségességének indokával elejtettek.

19. Jugoszlávia.

Jugoszlávia — mint a közegészségügy egyéb területein — a nemi betegségek leküzdése érdekében is nagy erőfeszítést végez és 1918 óta számottevő organizációs munkát hajtott végre.

A régi Szerbiának alig volt néhány gyengén felszerelt kórháza, ma már számos új és jól felszerelt osztállyal rendelkezik. Az egészségügyi kormányzat azonban az antiveneriás küzdelemben a kisebb gyógyító-állomások szaporítására helyezte a súlyt és Jugoszlávia eddig kb. 50 kitűnően felszerelt dispensaire-rel dicsekedhetik. Ezen intézetekben, melyek az antiveneriás küzdelemnek legfőbb gócpontjai, állami specialisták vannak alkalmazva.

Szerbiában a reglementációt 1871-ben, 1881-ben, majd 1884-ben szabályozták. Bejegyzés alá nemcsak a jelentkező prostituáltak esnek, hanem bizonyos veszélyeztető foglalkozással bíró nők is (pincérnők, kasszírnők stb.), ha titkos kéjelgésen találják őket.

A bordélyok a mai Jugoszláviában is sok helyen fennállnak. Az osztrák-magyar fennhatóság idején létesített sarajevói bordély-utca pl. ma is megvan és külön rendészeti őrséggel, valamint vizsgáló-állomással rendelkezik. A szerb fővárosban megszüntették a bordélyokat.

A reglementált prostituáltak egészségügyi kontrollja eléggé pontosan történik. Hetenként kétszer tartanak szigorú rendőr-orvosi vizsgálatot. Az összes prostituáltaknál állítólag hetenként végeznek mikroszkopikus váladékvizsgálatot és egy-két hónaponként serologiai vizsgálatot.

20. Kanada.

1918-ban léptették életbe a nemi betegségek leküzdésének végrehajtásáról intézkedő törvényt. (Venereal Diseases Prevention Act.)

Ezen törvény legfontosabb intézkedései a következők:

1. A nemi betegek kötelesek betegségüket kezelteni.
2. Az orvosok tartoznak a nemi betegeket név nélkül bejelenteni.
3. Az orvosok kötelesek mindazon betegeiket, kik kezelésüket elhanyagolják vagy betegségükkel embertársaikat veszélyeztetik, név szerint jelenteni.
4. Az egészségügyi hatóság kötelessége a hanyag vagy veszélyeztető nemi beteg egyéneket megvizsgáltatni és szükség esetén izoláló kény szerkezelésbe utalni.
5. A hatóság kötelessége a ragály terjesztést üldözni és a nemi betegséggel való inficiálást szigorúan büntetni.

Kanadai jelentések szerint a betegbejelentés elrendelése csak mérsékelt sikerrel jár, de a ragály terjesztésre gyanúsak kényszer vizsgálata és kényszerkezelése jó eredményekkel kecsegtet.

A gyógyalkalmak szaporítása céljából a különböző városokban mintegy 50 «klinikát» állítottak fel, hol a veneriás betegek ingyenes ambuláns kezelést nyernek. Ezek az intézetek este is rendelkezésre állnak. Gondozónők ellenőrzik a betegeket és látogatják a nemi beteg familiákat.

21. Kína.

Kínában a nagymértékben elterjedt nemi betegségek leküzdésére különösebb rendszabályok nem állnak rendelkezésre. Az óriási számot tevő prostituáltak, kik laza reglemen-táció fegyelmi szabálya alá tartoznak, egész városnegyedeket foglalnak el.

22. Lengyelország.

Lengyelországban eddig 16 «társadalmegészségügyi központot» állítottak fel, melyek a különböző népbetegségek elleni küzdelmet irányítják. Ezek a centrumok az antiveneriás megelőző és gyógyító tevékenység központjai is.

Ezenkívül számos kórházi osztályt és veneriás ambulatóriumot létesítettek.

Lengyelországban törvényesen el van rendelve a nemi betegek gyógyíttatási kötelezettsége.

A ragályforrásként szereplő egyéneket az egészségügyi hatóság megvizsgáltatja és szükség esetén kényszergyógyítás alá helyezi.

Az orvosokra kötelező a nemi betegek névtelen bejelentése.

Az orthodox reglementációt megszüntették és jelenleg az abolíciónak egy átmeneti formája áll fenn. A prostitúciót modern gondozó-nevelő intézetek szaporításával igyekeznek csökkenteni. Eddig 6 zárt intézet működik Lengyelországban, melyekbe főként fiatalkorú prostituáltakat helyeznek el. Az intézetbe kerülő prostituáltak nevelésben, szociális gondozásban és szükség esetén szakszerű gyógykezelésben részesülnek.

23. Lettország.

Lettország kötelező «névtelen» orvosi bejelentést vezetett be. Az orvosok minden hó 15-ig tartoznak az egy hónap alatt kezelésükbe kerülő új nemi betegeket, valamint a gyógyultan elbocsátottakat jelenteni.

A reglementációt megszüntették és neoabolíciós rendszer uralkodik.

A prostituáltak szabad lakhatása meg van engedve, mindazonáltal az erkölcsrendészet üzelmeiket szemmel tartja és megbotránkoztató életmód, valamint egyéb túlkapások esetén közbelép.

Azokat, kiknél sűrű nemi keveredéssel kapcsolatos botránkoztató viselkedést észlelnek vagy nemi ragály terjesztésére gyanúsnak találják, az erkölcsrendőrség a városi vizsgáló állomásokon megvizsgáltatja. A nemi betegnek talált egyéneket állami kórházba küldik, hol a kincstár terhére gyógyítják.

A nemi betegségek ellen a társadalmi felvilágosító hadjáratot a lett «Fehér kereszt» vezeti. Ez az egyesület két veneriás ambulanciát is létesített, s a megtévedt és megbetegedett nők részére egy 50 ágygal bíró asylumot tart fenn.

Az antiveneriás küzdelem tudományos tanácsadó szerve a lett «Dermatológiai és Veneriológiai Egyesület..

24. Mexikó.

Mexikóban még változatlanul fennáll a reglementáció. A bejegyzett és rendőrileg nyilvántartott prostituáltakat hetenként egyszer kötelezik rendőrorvosi vizsgálatra.

A mexikói reglementációnak a többi hasonló rendszertől eltérő, különleges szabálya is van, amely kimondja, hogy minden prostituált köteles a bejegyzésből való törlése után még félévig állandó rendőrorvosi ellenőrzésen megjelenni.

Ez az intézkedés egészségügyi szempontból talán indokolható, de erkölcsileg teljesen visszás helyzetet teremt, mert a kilépő és tisztességesebb útra térő (foglalkozást vállaló, házassodni akaró stb.) prostituáltat régi foglalkozásához minduntalan visszatéríti.

25. Németország.

Németországban rendkívül sokat foglalkoztak a veneriás veszedelem kérdésével. Számos törvény és rendelet támasztja alá a nemi betegségek elleni küzdelmet, melyet állam és társadalom egyaránt felkarol.

Németországban köztudomásúlag a legutóbbi időkig reglementáció volt, melyet rendeletileg szabályoztak. A legrégebb berlini bordély-szabályzat 1700-ban kelt.

Mellőzve azonban a régi hatósági intézkedéseket, csak a világháború befejezése óta kelt törvényekre utalok.

Ezek közül legfontosabb az 1918. évi december 11-i birodalmi kormányrendelet volt, mely 2. §-ában többek közt kimondta, hogy «az olyan nemi beteg személyek, kiknél az a

veszély áll fenn, hogy betegségeket továbbterjesztik, kényszereljárás útján kezelés alá vétetnek vagy ha a ragály terjesztés megakadályozása céljából szükségesnek látszik, kórházba kényszerítetnek.»

1920 február 20-án a porosz nemzetgyűlés határozatot hozott, melyben felhívta a birodalmi kormányt, hogy rövidesen terjesszen elő törvényjavaslatot, mely a prostitúció ellenőrzését lényegesen átalakítja. Rendőrségi és rendészeti kivétel-intézkedések mellőzendők, s az eddigi erkölcsrendészet — elválasztva a büntető rendészettől — kizárólag egészségügyi és gondozási célokat szolgáló hivatallá alakítandó át».

A porosz nemzetgyűlésnek ezen határozata alapvető fontosságú volt és nagyrészen ennek köszönhető az új német birodalmi törvény, melyre később térünk ki.

Közben azonban a német társadalom és a hatóságok a régi reglementációs rendszer fokozatos átépítése érdekében lerakták a legfontosabb «intézményes» pilléreket. Az egyes városi tanácsok úgyszólván megelőzték az új német törvény rendelkezéseit és már saját hatáskörükben igyekeztek a rendészeti rendszert gondozó és egészségügyi rendszerre átszerezni.

Altona, Drezda, Görlitz, Hamburg, Rostock stb. egymásután létesítettek ú. n. «Pflegeamt»-okat. Ezeken kívül is 1924-ben már 46 «Polizeifürsorgeanstalt» volt felállítva Németországban és 1926-ig 61-re szaporodott azon városok száma, hol speciális előképzettséggel bíró gondozónők vagy női rendőrtisztviselők végezték az erkölcsmentés munkálatait.

A gondozóhivatalok az erkölcsrendésztől teljesen függetlenül, kizárólag az erkölcsileg veszélyeztetett nők védelmére és gondozására voltak hivatva. A gondozóhivatalt egy szociális gondozásban alaposan képzett nő vezette, ki intézkedései tekintetében az erkölcsrendészet megfelelő osztályának jogász-tisztviselője alá volt rendelve, s annak jogi tanácsai szerint járt el. A gondozóhivatal vezetőnöje mellé

hivatásos védőnők és önkéntes gondozónők voltak beosztva.

A gondozóhivatal hatáskörébe tartoztak:

1. Mindazon szóbeli vagy írásbeli feljelentések, melyekben nemi betegségekre, illetőleg nemi betegség terjesztésére vonatkozó gyanú foglaltatott vagy szajhálkodás vádjáról volt szó, feltéve, hogy a szóbanforgó személy az utolsó két esztendő alatt nem szerepelt a bejegyzett prostituáltak listájában és nem volt többszörösen visszaeső bűnös.

2. Az összes olyan nők, korra való tekintet nélkül, akik feltűnő erkölestelenkedés vagy hivatásszerű szajhálkodás miatt először kerültek a rendőrséggel összeütközésbe.

3. Minden 18 éven aluli nő, aki ellen erkölcsi kihágás miatt indult eljárás.

4. Azon megbüntetett nők, kik a büntetés felfüggesztésére vagy kegyelmezésre érdemesnek látszottak, feltéve, hogy nem tartoztak a szigorúbb «Wohlfahrtstelle» hatáskörébe.

5. Mindazon nők, kik bejegyeztetésre jelentkeztek, de az erkölcsrendészet fiatal koruk vagy egyéb indok miatt visszautasította.

6. Azok az egyének, kiket erkölcsi épségüket veszélyeztető körülmények miatt jelentettek be, vagy akik ilyen okból kifolyólag a hatóságnál önként jelentkeztek.

7. Végül a gondozóhivatal hatáskörébe tartozó feladat volt minden «hatósági» érdeklődésnek eleget tenni, ami a gondozása alá tartozó egyének morális helyzetére vonatkozott.

A kérdéses személyeket a továbbiakban a gondozóhivatal kihallgatta és védőnői segítségével az illetők otthonát és egyéb viszonyait helyszíni tanulmány tárgyává tette. Azután következett a gyanúsítottaknak a «tanácsadó állomás»-okon való megvizsgálata. A betegeket ahhoz képest, hogy viszonyaikmelyik eljárást tették szükségessé, zárt kórházi kezelésbe utalták vagy pedig a gondozóhivatal további felügyelete mellett ambuláns-, illetve magánkezelésbe helyezték.

A gondozóállomástól függetlenül működtek az ú. n. jóléti állomások (Wohlfahrtstelle), melyek az előbbinél súlyosabb és szigorúbb hatáskörrel rendelkeztek. Ezek tulajdonképpen a rendőrségnek közvetlen alosztályai voltak, melyeknek elbírálása alá tartoztak:

1. Az erkölcsrendészet által több ízben kihágáson ért nők, kivéve a 18 éven aluliakat.

2. Az erkölcstelen üzemek és hivatásszerű szajhálkodás miatt letartóztatott és elítélt nők, kivéve a bejegyzetteket és az először büntetett egyéneket.

3. Az összes nagykorú nők, kik bejegyeztetésre jelentkeztek.

4. Az összes prostituáltak, kik a bejegyzésből való törlésüket kérték.

5. Mindazon fiatalokú nők, kik a büntető rendszertől (nem erkölcsrendészeti ügyben) büntetés alá voltak vetve.

6. Végül a jóléti állomás hatáskörébe tartozó feladat volt minden «hatósági» érdeklődésnek eleget tenni, ami a felügyelete alá tartozó személyek morális helyzetére vonatkozott.

Ezen intézkedések és intézmények létesítése már évekkel előre jelezte, hogy a prostitúció kérdésében nemcsak az orvosi közvélemény, hanem a hatósági felfogás is gyökeres változáson ment át, s a rendészeti szellem uralmának letűntével a prostitúció ügyét a közgondozás módszereivel kívánják újjárendezni.

Közben a már tíz éve vajúdó német «lex veneris» beiktatása, dacára, hogy a birodalmi országgyűlés több ízben visszavetette, mindinkább közeledett a megvalósulás felé.

Lassacskán az illetékes minisztériumok és az országgyűlés zöme arra az egyöntetű véleményre jutottak, hogy a nemi betegségek elleni védekezést egységes birodalmi törvénnyel kell szabályozni és az antiveneriás küzdelmet mindenkire egyaránt vonatkozó, modern védő-, tiltó-, büntető- és kényszer-rendszabályokkal kell alátámasztani.

Ilyen körülmények között szavazták meg 1927 február

18-án az új német törvényt, mely 1927 október 1-én lépett hatályba.

A német «lex veneris» paragrafusainak rövid tartalma a következő:

1. §. A törvény rendelkezései alá tartozó nemi betegségek (szifilisz, kankó, lágyfekély) meghatározása.

2. §. A nemi betegségek kezelései kötelezettségének kimondása. Az anyagilag rászoruló betegek köz terhére való kezelésének elrendelése.

3. §. Meghatározza, hogy a törvény végrehajtása a tanácsadó és gondozó intézményeknek, valamint a rendőrségnek és erkölcsrendészetnek a támogatása mellett az egészségügyi hatóságok feladata.

4. §. Kimondja, hogy az illetékes egészségügyi hatóság indokolt gyanú esetén bárkitől orvosi bizonyítványt (szükség esetén ismételt is!) követelhet, betegség fennforgása és ragályterjesztés gyanúja esetén pedig ambuláns vagy kórházi kezelést rendelhet el. Eljárást csak a feljelentő szóbeli nyomós vallomása alapján szabad foganatosítani. Kényszereszköz pedig csak olyankor alkalmazható, ha valaki a hatósági felszólításnak nem engedelmeskedik.

5. §. Ha valamely ragályos nemi beteg közöszlést folytat, három évig terjedhető börtönre büntetendő. Eljárás csak feljelentésre indul.

6. §. Aki nemi betegsége dacára házasságot köt, a nélkül, hogy betegségéről házastársát értesítette volna, három évig terjedhető elzárással büntetendő.

7. §. Kezelésre csak németországi diplomával bíró orvos jogosult. Tilos a hirdetés vagy levél útján való kezelés, valamint az önkezelés ajánlása. Ezen paragrafus áthágása egy évi elzárást vagy súlyos pénzbüntetést von maga után.

8. §. Az orvos köteles betegét betegségéről szóban és írásban kioktatni.

9. §. Ha egy beteg a kezelésből gyógyulatlanul eltűnik, az orvos köteles az illetőt az egészségügyi hatóságnak (vagy

amennyiben ez úgy rendelkezik, a tanácsadó állomásnak) névszerint bejelenteni.

10. §. Az illetékes orvosok és hivatalnokok titoktartásra kötelesek, aminek megszegése egy évig terjedhető elzárással vagy pénzbüntetéssel büntetendő. A titoktartás fel van függesztve bizonyos hivatalokkal és az olyan egyénnel szemben, kik az illető beteg által veszélyeztetve vannak.

11. §. Mindazok, akik gyógyítást, gyógy módokat vagy gyógyszereket hirdetnek, illetve jogosulatlanul árusítanak, hat hónapig terjedő börtönnel sújthatók. Nem tartoznak ezen paragrafus rendelkezései alá a gyógyszerészek és a szaklapok.

12. §. Felvilágosító iratok, röpiratok, előadások stb., melyek a nemi betegségek leküzdését szolgálják, szintén büntetlenek, ha nem esnek a 7. §. terhére.

13. §. Nemi betegségek ellen szolgáló profilaktikus szerek csak a kormányzat által elrendelt vizsgálat után, külön engedéllyel hozhatók forgalomba. Áthágásért hat havi elzárás jár.

14. §. Azon nemi beteg nő, ki egészséges idegen gyermeket szoptat, valamint az a szülő vagy gyám, ki nemi beteg gyermekét egészséges dajkával szoptatja, egy évi fogsággal és pénzbüntetéssel büntethető.

15. §. Százötven márkáig terjedhető büntetést kap *a)* aki orvosi bizonyítvány nélkül dajkaságot vállal és *b)* aki gyermekét orvosi bizonyítvány nélkül dajkaságba adja.

16. §. A Büntető Törvénykönyv 180. §-a oly módon egészített ki, hogy a «Kuppelei», illetve kerítés fogalmába és büntető szankciójába a bordélyoknak, továbbá a bordélyszerű üzemeknek a csoportja is beletartozik.

Aki 18. életévét betöltött személynek lakást ad, az előbbi meghatározás alapján csak akkor büntethető, ha azzal a lakásban elhelyezett személynek szajhálkodásra való csábítása vagy ily természetű kihasználása van egybekötve.

A Büntető Törvénykönyv 361. §-ának 6. pontja, mely a bejegyzett prostituáltak rendszabályellenes viselkedésének, továbbá a titkos prostituáltak üzelveinek büntetésére vonat-

kozott, következőképpen változik: «Aki nyilvánosan, erkölcsöt, illetve tisztességet sértő vagy másokat zaklató módon szajhálkodásra csábít vagy arra ajánlkozik. . . .

17. §. Tilos épületeknek és utcáknak a prostitúció céljaira való felhasználása.

18. §. Ezen törvény végrehajtása, valamint a szociális gondozó hatóságokkal való együttműködés megszervezése a tartományfőnökségek feladata. A költségeket illetőleg az egyes tartományok saját hatáskörükben intézkednek.

19. §. A törvény 1927 október 1-én lép életbe, mikor az összes eddig érvényben levő hasonlóirányú rendelkezések hatályukat veszítik.

Fenti törvény életbelépésével Németországban is az északeurópai államok rendszeréhez hasonló systema alakult ki, a nemi betegek jelentési kötelezettségével, a ragályforrás felkutatásával, kezelési kötelezettséggel, a másokat megfertőző egyének büntetésével stb.

A 16. és 17. §§ pedig újra szabályozza a prostitúció kérdését is, amennyiben kijelenti, hogy minden «bordélyszerű» üzem (bordély, találkahely, garni szálló stb.) fenntartása büntetendő cselekmény, valamint bármely formája a prostitúció kihasználásának kerítés. A lakáskérdést (a régi reglementációs rendelkezésekkel szemben, melyek szerint prostituáltak csak rendőrség által engedélyezett lakásokban volt szabad laknia) az új törvény odamódosította, hogy nagykorú nőnek bárki adhat szállást, ha ez nincsen kerítéssel vagy kihasználással kapcsolatban. Végül a 16. § az utca rendjét is szabályozza és (a reglementált prostituáltak egykori szabadalmával ellentétben) kimondja, hogy szemérmetlenül felkínálkozni és megbotránkoztatóan viselkedni a nyilvánosság előtt senkinek sem szabad!

Ezek a rendelkezések véglegesen megszüntetik a rendőri reglementációt és a prostitúció ügyét a neoabolíció vágányára terelik.

Ami az ingyenes gyógyalkalmakat illeti, Németországban régen is nagy súlyt helyeztek az ambulatóriumok és gyógy-

intézetek kellő szaporítására, s e tekintetben már 1914 előtt kielégítőbb viszonyok uralkodtak, mint a legtöbb államban.

De idővel rájöttek a németek arra is, hogy egymagában a sűrű gyógyalkalom és ingyenes kezeltetési lehetőség nem elegendő, hanem a betegek felkutatása, szakszerű tanácsokkal való ellátása és további sorsuknak kontrollálása is rendkívüli fontosságú.

Ezen elgondolás alapján 1914-ben létesítették Hamburgban a legelső «Beratungstelle für Geschlechtskranke» nevű intézményt, melyet a betegpénztár tartott fenn.

Az első kísérlet szép eredményekkel kecsegtetett, úgy hogy rövidesen több német városban is létesítettek hasonló tanácsadó-állomást. Sőt a kormányzat teljes erkölcsi és anyagi támogatásának latbavetése mellett utóbb már odatörekedett, hogy ezen nemi beteg tanácsadó-állomásokot a betegpénztár, az országos biztosító intézet, az állam vagy város és a helyi orvosszövetségek közösen létesítsék, illetve tartsák fenn, hogy ezáltal minél szélesebb hatáskört érjenek el.

A végleges kialakulás után a németországi tanácsadó-állomások nemi betegek következő forrásokból rekrutálódtak: 1. a Pénztárak egészségügyi intézeteiből, 2. a Pénztárak kezelő orvosaitól, 3. a kórházakból, 4. a magánorvosoktól, 5. a katonai hatóságoktól, 6. különböző egyéb hatóságoktól és egyesületektől és 7. az önként jelentkezők csoportjából.

A német rendszer princípiumai szerint a Beratungstelle-k gyógyítással egyáltalán nem foglalkoznak, csupán vizsgálat, ellenőrzéssel és tanácsadással.

A tanácsadó-állomások rohamosan szaporodtak Németországban és számuk 1923-ban elérte a 188-at. Napjainkban pedig már teljes hálózatot alkotnak, s a 283 «Beratungstelle» a szociális «Fürsorgestelle»-k, a megfelelően átszervezett «Pflegeamt»-ok és «Wohlfahrtstelle»-k segítségével az új német törvény alapos végrehajtására szilárd támpontot nyújtanak.

Az államhatalom, városi hatóságok és társadalom egyaránt felkarolja a nemi betegségek elleni általános küzdelmet. A fő-

város különösen sok áldozatot hoz és pl. 1926-ban 50,000 M-t, 1927-ben 230,000 M-t szavazott meg az antiveneriás védekezés céljaira. Magának az új német törvénynek végrehajtása is hatalmas anyagi áldozatot követel a fővárostól és az egyes vidéki önkormányzatoktól!

A szakemberek és a társadalom részéről a «Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten» nevű tekintélyes egyesület készítette elő és szervezte meg a nemi betegségek elleni küzdelmet, melynek alapjait 25 évvel ezelőtt *Blaschko* és *Neisser* professzorok vetették meg. Az egyesület központi irányító szerve és számos kerületi szervezete a propaganda terén példás munkásságot fejt ki és tudományos folyóiratával (*Mitteilungen D. G.B. G.*), népies felolvasásokkal, film- és színházi előadásokkal, propagandafüzetekkel, röpcédulákkal stb. az ügynök óriási szolgálatokat tesz. Az egyesület elévülhetetlen érdemei közé tartozik az is, hogy a veneriás kérdés törvényes rendezése céljából sorozatos tervezeteket készített, s az 1927. évi febr. 18-i törvényt megvalósuláshoz segítette.

26. Norvégia.

A nemi betegségekre vonatkozólag külön törvényt Norvégiában nem alkottak.

A veneriás bajok elleni védekezés az 1860-ban szentesített közegészségügyi törvényen alapszik, mely általában a «közveszélyes ragályozó megbetegedések. ügyét tárgyalja. Ezen törvénycikk nem részletezi, hogy melyek a közveszélyes ragályozó kórok, s a norvég joggyakorlat szerint sok rendelkezés, ami általában a fertőző betegségekre vonatkozik, a nemi bajoknál is alkalmazást talált.

Ezen alapon Christiániában már 1876-ban (!) elrendelték, hogy az orvosok az összes nemi betegeiket «névtelenül», a hanyag és közveszélyes életet élő beteg egyéneket pedig «névszerint» jelentsék az egészségügyi hatóságnak, továbbá közöljék a betegek útján kitudódott ragályforrások adatait.

Az ily módon felszínre kerülő ragályforrások vagy ennek gyanújában álló egyének — függetlenül attól, hogy férfiak vagy nők, prostituáltak vagy sem — az egészségügyi hatóságtól felszólítást kapnak, hogy vizsgálatra haladék alánul jelentkezzenek vagy orvosi bizonyítvánnyal igazolják egészségi állapotukat.

Ha valaki az egészségügyi hatóság felszólítását nem veszi figyelembe, az illetőt a rendőrség állítja elő. Ilyen esetekben az 1860. évi közegészségi törvény 18. és 21. §§ érteimében az előállított beteg kórházi kényszerkezelésbe kerül, mikor is az ápolási költségek megtérítése az államkincstárt terheli.

Más esetekre nézve a nemi betegeknek nincsen kifejezetten törvényszerű ingyenes kezeltetési joga, bár erre a norvég városokban az ambulatóriumok lehetőséget nyújtanak.

Ami a kényszervizsgálatokat illeti, az egészségügyi hatóságok vigyáznak arra, hogy férfiak vizsgálatát férfi-, a nőké pedig nő-orvos végezze.

Különös súlyt helyeznek továbbá arra, hogy a nemi betegeket bajuk mineműségéről és különösen a ragályterjesztésnek a büntető törvénykönyv 1900. évi 155. és 358. §§-aiban lefektetett büntethetőségéről felvilágosítsák.

Az ambulatóriumok és kórházak az olyan betegektől, kik kezeltetésüket nem végezték be teljesen, az elbocsátás alkalmával reverzálist vesznek, melyben a beteg kijelenti, hogy tudatában van a szóbanforgó idült nemi betegség gyógyulatlan voltának és ismeri a fertőzés továbbhurcolására vonatkozó büntető paragrafusokat. Indokolt esetekben a magánorvos is jogosult hasonló reverzálist kérni.

Házasságkötés előtt a hatóságok orvosi bizonyítvány felmutatását követelik, s az engedély kiadását nemi betegeknek megtagadják. A hamis egészségi bizonyítványt kiállító orvost érzékeny büntetés terheli.

A veleszületett szifilisz gyermekek gyógyítása és megmentése céljából az országban három gyógyító és gondozó asylum létesült, Christiániában, Bergenben és Trondhjemben.

A reglementáció korszaka Norvégiában hivatalosan mind-

össze három évig tartott. 1884-ben szervezték meg az egyes nagyobb városokban, de 1887-ben meg is szüntették.

A reglementáció bevezetésére az adott okot, hogy a nemi betegségek állandóan terjedtek, s ezen rendszerrel próbáltak a veneriás veszélynek útjába állni. A reglementáció azonban javulást nem hozott, miért is az utóbb említett évben már eltörölték.

A pontosan vezetett norvég veneriás statisztika azonban azt mutatta, hogy a neoabolíciós védekezés dacára még 1900-ban folytonos emelkedés mutatkozott. Ez időtáiban újabb vita is indult a reglementáció esetleges visszaállításáról, de mivel a tárgyalások tartama alatt a statisztikai görbe megfordult, s a morbiditás fokozatos csökkenést mutatott, a reglementáció újrafölvétele véglegesen elmaradt.

E helyett a norvégok az ingyenes gyógyalkalmak szaporításával, kiterjedt felvilágosító munkássággal, s a fent elsorolt törvényes eszközökkel védekeznek a nemi betegségek elhatalmasodása ellen, amely rendszer segítségével az antiveneriás küzdelemben kielégítő eredményeket érnek el.

21. Olaszország.

Olaszországban a nemi betegségek elleni védekezés a Crispi által 1888 július 19-én kibocsátott «Regolamento sui dispensarii celtici» című rendeleten alapszik.

Ezen rendelet az antiveneriás küzdelmet a reglementációs szabályok mellett főleg bőséges gyógy alkalmasszerzésre, ingyenes dispensariumok létesítésére és díjtalan gyógyszer-szolgáltatásra helyezte, s ezirányú kezdeményezésével a legtöbb kultúrállamot megelőzte.

A Oispi-féle rendeletet az olasz Dermatológiai Társaság 1922-ben újabb pontokkal kívánta kiegészítem, s e tárgyban javaslatot terjesztett a kormányhoz.

Így látott napvilágot 1923 március 25-én a 846/1923. számú olasz királyi dekrétum, mely a nemi betegségek elleni

küzdelmet újra szabályozta. A rendelet főbb pontjainak tartalma a következő:

1. §. A rendeletben szereplő nemi betegségek meghatározásáról szól.

2. §. Az egészségügyi közhatósági tevékenységről intézkedik és pedig *a)* az arra szoruló egyének ingyenes kezeléséről és *b)* az arra szoruló helyiségeknek megfelelő kórházakkal, illetőleg kórházi osztályokkal való ellátásáról.

4. §. Elrendeli hogy a nemi betegek ingyenes kezelése céljából az összes nagyvárosok, továbbá a 30,000-nél nagyobb lakosságú helyiségek specialisták vezetése alatt veneriás gyógyintézeteket létesítsenek. A felállítás költségeit az állam és a városok, illetve községek közösen viselik.

6. §. A megyei előljáró az olyan ipari telepeken, hol évi átlagszámban 2000-nél több munkás dolgozik és nemi betegségek feltűnően sűrűn fordulnak elő. ilyen speciális intézet felállítását bármikor elrendelheti. A költségeket ezen esetben az ipartelep tulajdonosa, illetve tulajdonosai viselik.

12. §. A bordélyházak engedélyezésének, nyitásának és bezárásának módozatait tárgyalja.

13. §. A prostituáltak egészségügyi felügyeletéről intézkedik.

18. §. A megbetegedett prostituáltakra vonatkozó eljárásokat írja elő.

19. §. A bordély tulajdonosok jogait és kötelességeit részletezi.

20. §. Büntető rendelkezéseket tartalmaz mindazon prostituáltakkal szemben kik foglalkozásukat az arra kijelölt és engedélyezett helyeken kívül üzik.

23. §. A prostitúció felügyeleti hatóságait jelöli meg.

Ezeken kívül az orvosokra nézve is tartalmaz a rendelet bizonyos előírásokat, így elsősorban a ragályozó stádiumú szifiliszesekeknek a kötelező bejelentését.

Ami általában a prostitúció rendezésének kérdését illeti, Olaszországban már régen eltértek az orthodox reglementációtól és olyan neoreglementációs rendszert vezettek be,

melyben nem annyira a rendészeti, mint inkább az egészségügyi felfogás dominál.

1855 július 22-én jelent meg a «Regolamento Ratazzi», mely korát messze meghaladó intézkedéseivel úgyszólván első volt a világon, mely a prostitúció reglementációját humanusabb alapokra fektette. Ezen rendelet a prostituáltak nyilvántartását és egészségügyi ellenőrzését kivonta a rendőrség hatásköréből és az egészségügyi hatóság felügyelete alá helyezte. Ezenkívül ugyanakkor intézkedéseket léptetett életbe, amelyek a prostitúció szociális leküzdésére vonatkoztak.

A rendszeren további módosításokat végzett az 1860 febr. 15-én megjelent «Regolamento Cavour», majd az 1888-ban kiadott «Riforma Crispi», továbbá az 1891 október 27-ről származó «Regolamento Nicotera», melyek mind egy-egy lépcsőfokát képezték az 1923-ban betetőzött neoreglementációs olasz systemának.

Az utcai prostitúció engedélyezése be van szüntetve, de a bordélyok fennállnak. Ha két prostituált együtt lakik, az már bordélynak van deklarálva. Az erkölcsrendészeti hatóságok legszigorúbban gondoskodnak arról, hogy a bordélyosok a prostituáltakat ki ne uzsorázhassák, s a bevétel fele a leányok részére mindenütt biztosítva legyen.

Rendőrorvosi vizsgálat tulajdonképpen egyáltalán nincsen. Minden prostituált szabadon választhatja ingyenes ambulatóriumát vagy magánorvosát az egészségügyi kontroll céljaira. Természetes azonban, hogy a prostituáltak a rendszeres ellenőrzés megtörténtét az egészségügyi hatóságnak igazolni tartoznak. A hatósági specialista orvosok a vizsgálati lapokat, valamint a bordélyok higiénéjét és rendjét koronként ellenőrzik. Eertőző nemi betegség esetén a prostituáltakat Olaszországban is kórházi kényszerkezelésbe utalják.

Tanulságosnak tartjuk itt kiemelni azt az éles különbséget, ami az olasz és magyar reglementáció között mutatkozik. A magyar rendszerben túlteng a rendőri szerep, sőt maga az egészségügyi kontroll is a rendőrhatalom kezében

van. Az olasz systema viszont az egészségügyi részt domborítja ki, s a szabad orvosválasztás alapján áll. Nálunk megszüntették a bordélyokat, de korlátlanul engedélyezik az utcai prostitúciót. Olaszországban eltűrik a bordélynőket, s párosával lakó prostituáltakat, — ha azok zárt falak között maradnak — de tiltják az utcai prostitúciót és szigorúan büntetik a nyilvános keresetszerű felkínálkozásnak az utcára való hurcolását.

A reglementációnak számos hiányosságát természetesen az olasz rendszer sem tudta kiküszöbölni, de kétségtelen, hogy az orthodox systemát sok tekintetben felülmúlja.

28. Oroszország.

Oroszországban a nemi betegségek elleni küzdelem tekintében a szabadosság elve érvényesül,

A védekezés egyrészt gyógyító és gondozó intézmények létesítése, másrészt propaganda kifejtése útján történik. Tiltó, kényszer és büntető rendszabályok nincsenek érvényben. Büntető rendelkezés alá mindössze a ragályterjesztés esik. Az 1851 óta fennálló rendőrségi reglementáció a szovjeturalom kezdetén megszűnt és a prostituáltakkal szemben ma mindennemű büntető vagy kényszerrendszabályt mellőznek.

A közerkölcsiség védelméről, valamint a prostituáltak kizsákmányolójának, a kerítőknek és titkos bordélytartóknak büntetéséről az orosz büntető törvénykönyv 155. és 168—171. §§-ai intézkednek.

A rendőrség instruálva van, hogy szigorúan nyomozza ki mindazon helyeket, ahol elvetemült emberek a gazdasági és egyéb okokból védtelenül kiszolgáltatott és magára hagyott nőket prostituálódásra csábítják és kizsákmányolják.

Minden titkos bordélyost, kitartót és leány kereskedőt azonnal le kell csukni és törvényszék elé állítani! Ezen kizsorázó személyek felkutatása céljából köteles a rendőrség az alaposan gyanúsítható kávéházakat, vendéglőket és más

helyeket, nyilvános kerteket, fürdőket, sőt a kétes magánlakásokat is szemmel tartani.

A rendőrség tisztviselői karát és legénységét olyan értelemben oktatják, hogy a prostituáltakkal szemben ember ségesen bánjanak, mivel — az utasítás szerint — ezek a páriák szerencsétlen gazdasági körülményekből és elhagyatottságukból kifolyólag váltak prostituáltakká. A prostituáltakat és látogatóikat nem szabad büntetni és molesztálni, s a kerítő vagy bordélyos elleni eljárás kapcsán legfeljebb mint tanukat lehet őket törvényszék elé idézni. Annál szigorúbb és könyörtelenebb eljárásra utasította a szovjet-kormányzat a rendőrséget a kerítőkkal és kizsákmányolókkal szemben!

Orosz jelentés szerint az «októberi forradalom» után bevezetett ultra-radikális gazdasági berendezkedés alatt a prostitúció jelentékeny csökkenését észlelték. Az utóbbi évek újabb gazdasági rendszere idején, mely az «államkapitalizmus» mellett a korlátozott magánvagyonot ismét megtűri, a prostitúciónak állítólagos újabb szaporodását észlelték.

A prostitúció társadalmi betegségének megelőzésére és leküzdésére Oroszországban nemcsak az antiveneriás küzdelem szempontjából, hanem attól függetlenül is igen nagy súlyt helyeznek.

A küzdelem szociális és ökonomikus eszközökkel folyik. Női munkásosztagok létesítése, munkából elbocsátott nőkről való gondoskodás, árva és magárahagyott nők felkarolása, a hontalanság megszüntetése, a prostitúció veszedelmeiről való széleskörű propagatív felvilágosítás — ennek a munkásságnak főbb vonalai. Az ifjúság védelmét és erkölcsi nevelését igyekeznek rendszeresen kiépíteni, s a fiatal nők gondozását megszervezni.

A prostituálódás veszedelme előtt álló leányok, valamint a már prostituálódott nők megmentése céljából legújabban «prophylaktorium»-okat létesítenek. Ezek az angol «Hostels»-hez hasonló, asylum-szerű intézmények, melyekben a foglalkozás nélküli, gyanús életmódú nemi beteg nőket huzamosabb ideig tartják, gyógyítják és gondozzák. Ezen intézetek-

ben külön műhelyek vannak, hol a bentlakókat rendszeres foglalkozásra tanítják és szoktatják. Szent Pétervárott pl. egy 25 ágyas ilyen intézet létesült. Moszkvában nagyobb, 200 ágyas prophylaktorium működik, egy második pedig megnyitás előtt áll.

A szovjet-uralom 1918-ban állította fel a közegészségügyi népbiztosi hivatalt, amely röviddel megszervezése után az antiveneriás küzdelem irányítására külön osztályt létesített.

A közegészségügyi népbiztosság ezen ügyosztályának legfontosabb szerve az «Állami Veneriológiai Intézet», melynek tudományos, oktató és gyakorlati feladatai a következők:

a) vezető orvoshivatalnokokat és szociális proülakszissal foglalkozó orvosokat képezni, kik a nemi betegségek elleni küzdelmet speciális szaktudással vezetik,

b) alkalmat nyújtani az arra hivatott gyógyító orvosok veneriológiai szakképzésére,

c) a teória és praxszis által felvetett tudományos kísérleti és gyakorlati problémák kidolgozása,

d) előadások tartása, közlemények közreadása, tudományos ülések és kongresszusok rendezése és vezetése.

Ezeknek a céloknak megfelelően az Állami Veneriológiai Intézet organizációja olyan, hogy azt alapjában két részre tagozza:

1. A klinikai és szociális veneriológia, szifilidológia és dermatológia intézetére, mely ambulatóriumokból és klinikai fekvő-osztályokból áll (külön a szifiliszések, a szifiliszes utóba jókban szenvedők, bőrbetegek, urológiai betegek és lágycékélyesek), amikhez még következő segéd tudományokkal foglalkozó alosztályok csatlakoznak: fizikai therápia, operatív gyógykezelés osztálya, múzeum, könyvtár, fénykép- és moulag-e műterem és gyógyszertár.

2. A kísérleti veneriológia, szifilidológia és dermatológia intézetére, mely a következő részekből áll: tudományos kísérleti osztály, serologiai osztály, pathologiai anatómia, cythologia, hsematologia, kémiai osztály, vaccin-laboratórium és analízis osztály.

Az Állami Veneriológiai Intézetnek a munkássága szervesen egybekapcsolódik a klinikai és szociális gyakorlatot folytató kórházakkal és dispensaikkal.

A közegészségügyi népbiztosság eleitől kezdve nagy súlyt helyezett az ingyenes gyógykezelések szaporítására. Míg a nemi betegek részére szolgáló kórházi ágyaknak a lakossághoz viszonyított arányszáma 1919-ben 1: 24,000 volt, addig ez már 1923-ban 1: 9600-ra javult.

Másik kézzelfogható eredménye ezen hatósági antiveneriás küzdelemnek a dispensaikkal rohamos szaporítása. Ezeknek az intézeteknek a vállán nemcsak az ambuláns tömegek gyógykezelése nyugszik, hanem a betegek egészségügyi és szociális gondozása is.

1924-ben Oroszországnak 44, Ukrainának 35 dispensa-je volt. 1925-ben azonban szovjet jelentés szerint ez a szám Oroszországban már 70-re, Ukrainában 51-re rúgott. A centrumokon kívül állítólag mintegy 105 kisebb kezelőállomás is működik, úgy hogy a veneriás rendelőintézeteknek a lakossághoz viszonyított arányszáma — mely 1918-ban 1: 120,000 volt — 1925-ben 1: 44,000-re emelkedett. A dispensaikkal fenntartása tetemes áldozatot kíván a köztől. Az államiak budget-je évi 17,000 rubelt, a helyi hatóságoké pedig 60—70.000 rubelt tesz ki.

Az antiveneriás propagandát az Állami Veneriológiai Intézet irányítja, de annak végrehajtó szervei tulajdonképpen az imént felsorolt dispensaikkal. A propaganda, tekintettel az Oroszországban még gyakori extragenitális fertőzésekre, nemcsak a szexuális, hanem az asexuális infekciók elleni védekezés módjait is kiterjeszkedik. Legszélesebb propagatív működést az iskolai ifjúság, a gyári munkásság és a katonaság tömegei közt fejtik ki.

A fent vázolt intenzív antiveneriás védekezésnek komoly morbiditási indokai vannak, melyeket szemléltetően illusztrál, hogy pl. Szent Pétervárott 24,000 iskolás gyermeknek kalikóra vonatkozó átvizsgálásánál 0.85 %-ot betegnek találtak. A moszkvai egyetemi hallgatóság teljes számánál azt az ered-

ményt nyerték, hogy az ifjúságnak 19.3 %-a veneriás fertőzéssel egy vagy több ízben átesett, s közülök 1.2 % szifilisz volt. Óriási munkástömegek átvizsgálása alapján végül azt is megállapították, hogy a fiatalkorosztályú munkásságnak 20.0 %-a kankós és 1.5 %-a szifilisz megbetegedésben szenved.

29. Paraguay.

Paraguayban nincsen külön törvény a nemi betegségek elleni küzdelem irányítására.

Az egészségügyi hatóságok a városokban elegendő ingyenes gyógyalkalmat, poliklinikákat és ambulatóriumokat teremtetek. Az antiveneriás propagandát az egészségügyi hatóságok vezetik.

A kuruzslás és kuruzslószeres árusítása szigorú törvényes intézkedésekbe ütközik.

Prostitúció tekintetében orthodox reglementáció áll fenn!

30. Portugália.

Portugália a nemi betegségek elleni küzdelemben újszerűbb vívmányokkal nem rendelkezik.

A nagyobb városokban veneriás ambulatóriumok állnak rendelkezésre, de kötelező ingyenes kezeléssel nincsen. Úgyis hiányzik minden rendszabály a fertőzési források felkutatására, a fertőzés büntetésére, s a különböző prevenciók eljárásaira.

A prostitúció a régi reglementációs előírások alapján van szabályozva!

31. Románia.

Az 1875. évi román egészségügyi törvény a reglementációt az egész országban egységesen szabályozta. A rendszer bázisa a bordély, melynek szigorú rendszabályai vannak.

Az 1913. évi egészségügyi törvény 61. fejezete újra rendezte a prostitúció ügyét. A paragrafusok a szokásos orthodox

reglementációs rendelkezéseket tartalmazzák: bejegyzés, hetenként kétszeri rendőrorvosi vizsgálat, a nemi beteg prostituáltak kórházi kényszergyógykezelése, a prostituáltak utcai viselkedésének szabályozása stb.

Állítólag készülöben van egy törvénytervezet, mely a bordélyok megszüntetését tervezi, az összes veneriás betegre kötelező ingyenes gyógykezelést ír elő és a nemi bajjal való megfertőzést büntettnek minősíti.

32. Spanyolország.

1919-ben a veneriás betegségek leküzdésének irányítására királyi dekrétum alapján központi bizottságot állítottak fel, amely hatósági jelleggel bír. Ezen intézmény a kormány szaktanácsadó szerve, mely a felmerülő kérdésekben indítványozás jogával rendelkezik és gondoskodik az országos antiveneriás propaganda megszervezéséről.

A bizottság 1919 óta két helyen nemi betegek részére szolgáló tanácsadóállomást rendezett be, melyek az antiveneriás küzdelemnek helyi gócpontjai.

Prostitúció tekintetében az orthodox reglementáció rendszere áll fenn. Madrid városának a szabályzata pl. eredetileg még 1877-ből származik.

Legutóbb az 1918-ban kiadott királyi dekrétum szabályozta újra a reglementációt. Bejegyzés, a szokásos erkölcsrendészeti kontroll és periodikus orvosi vizsgálat van előírva. Bejegyezni azonban 23. éven aluli egyént nem lehet.

Az orvosok többsége abolicionista felfogású, de a hatóságok véleménye szerint a spanyol nép kultúrnívója még nem érett meg (?) a reglementáció eltörlésére.

33. Svájc.

Svájc egészségügyi kormányzata az ország magas műveltségéhez és kedvező gazdasági körülményeihez mérten bőséges ingyenes gyógyító alkalmat, kórházakat, polikliniká-

kat, dispensaireket állít az antiveneriás küzdelem rendelkezésére.

A propagatív munkát az egészségügyi kormányzat támogatása mellett társadalmi egyesületek végzik.

A prostitúció nincsen egységesen szabályozva. Genfben pl. még most is vannak bordélyok, bár egy ízben már 1914-ben megszüntették őket. Ellenben Zürich városában a bordélyházakat 1897-ben végérvényesen bezárták és azóta is neoabolíciós szellem uralkodik.

Egészeben Svájcban a neoabolíció rendszere van bevezetve, amit különösen a német kantonok vesznek szigorúan. A francia kantonok egyes városaiban azonban még fennáll a reglementáció.

A bordélyoknak az egész országban való végleges betiltására törvénytervezet van készülóban.

Svájcban 1920 október 1-től 1921 szept. 30-ig terjedő egy-éves veneriás statisztikai adatgyűjtést tartottak. Az adatgyűjtés az összes kezelés alá kerülő új és régi nemi betegek vonatkozott, s névtelen jelentési rendszer alapján folyt le. Összesen 15,600 beteget jelentettek, ami az egész lakosság 4‰^e teszi ki. Kankó volt ebből 2-4 ‰, szifilisz pedig 1-7 ‰- Tekintettel, hogy az adatgyűjtésben csak az orvosi kar 75%⁷ -a vett részt, az eredmények a feltételezett dupla-jelentések dacára is minimumnak tekintendők.

34. Svédország.

Svédország egyike azon kultúrállamoknak, melyekben legrégebben kezdődött systematikus küzdelem a nemi betegségek leküzdésére.

Már 1817-ben (!) törvényileg rendelték el a nemi betegek szükségéhez mért ingyenes kényszergyógyítását és 1818-ban külön adónemet vetettek ki az ily módon előálló költségtöbblet fedezésére.

1839-ben királyi leirat rendelte el, hogy a Stockholmban

vészesen terjedő nemi betegségek ellen hatékony egészségügyi-rendészeti intézkedéseket foganatosítsanak.

1847-ben pedig dekrétum alapján vezették be Stockholmban a rendőri reglementációt, melynek továbbfejlesztését szolgálta az 1859-i rendelet.

1890-ben azonban már a neoabolíciós systemához közeledő általános jellegű rendelkezések léptek életbe. Az 1890. évi rendelet 28. §-a ugyanis kimondta, hogy az egyes kerületi orvosok a körzetük területén lakó szifiliszes egyéneket a fölöttes egészségügyi hatóságnak jelenteni tartoznak. Amennyiben ezen jelentett egyének záros időn belül nem igazolták, hogy kielégítő orvosi kezelés alatt állnak, a körzetorvos intézkedett kórházi kényszer-elhelyezésükről.

1903-ban a svéd parlamentben indítvány hangzott el a nemi betegségek kérdését tanulmányozó szakbizottság kiküldésére. Még ez évben megtörtént királyi leirattal a bizottság kiküldése, mely 1910-ig négy vastag kötetre rúgó tanulmányt és helyzetjelentést terjesztett be. 1915-ig a központi egészségügyi hatóság áttanulmányozta a kérdést és 1918-ban törvényjavaslatot nyújtott a parlament elé, melyet az vita nélkül, egyhangúlag elfogadott.

Az 1918 június 20-áról datált svéd «lex veneris» a következő főbb rendelkezéseket tartalmazza:

1. §. A törvény értelmében nemi betegségek a szifilisz, kankó és lágyfekély, és pedig mindazon stádiumokban, melyek fertőzőek.

2. §. A nemi betegségek leküzdésére alkotott rendszabályok foganatosítása az egészségügyi hatóságok hatáskörébe tartozik.

3. §. Minden nemi beteg, aki ragályozó állapotban van, köteles magát kezeltetni.

4. §. Mindenkinek, aki azt gyanítja, hogy nemi beteg, joga van magát az illetékes hatósági orvossal vagy poliklinikával megvizsgáltatni. Betegség esetén pedig jogosult ingyenes kórházi vagy ambuláns kezelésre.

5. §. Ahol szükségesnek mutatkozik, szakorvosokat kell

kinevezni. A 20,000-nél nagyobb lakosságú helységek kötelesek poliklinikát berendezni, melynek elhelyezése és besztása olyan legyen, hogy az azt felkereső egyének betegségének mibenlétét ne árulja el. Ezen intézetek felállítási költsége az illető városokat terheli, a fenntartás, a gyógy-személyzet, a serologiai-bakterologiai laboratórium, az összes gyógyszerek stb. viszont az államkincstárt terhelik.

8. §. Az orvosoknak a betegek kioktatására vonatkozó kötelezettségét tárgyalja.

9. §. Az orvos köteles olyan betegét, ki nem tartja be kezeltetési előírását vagy kezeléséből igazolás nélkül elmarad, a fölöttes egészségügyi hatóságnak jelenteni.

10. §. Az orvos köteles olyan betegét, ki fertőző nemi baja dacára házasodni akar, az egészségügyi hatóságnak sürgősen írásban jelenteni.

11. §. A ragályforrás felkutatásáról és annak bejelentéséről rendelkezik.

12—14. §§. A különböző kihágásokon ért vagy mulasztásokért feljelentett egyénnel szemben alkalmazandó hatósági eljárást szabályozza.

15. §. A kihágáson ért vagy mulasztásért feljelentett egyén tartozik rendszeres kezeltetését orvosi bizonyítvánnyal igazolni. Szükség esetén az egészségügyi hatóság kórházi gyógykezelést rendel el.

16. §. Ellentállás esetén az egészségügyi felügyelő köteles kényszer útján való gyógykezelést alkalmazni.

25. §. A szigorú hatósági és orvosi titoktartásról intézkedik.

31. §. A prostituáltak rendőrségi bejegyzését és rendőrorvosi vizsgálatát eltörli, s a reglementációt megszünteti.

Ezeken kívül bizonyos intézkedések vannak a családok egészségének védelmére. Házasság előtt mindenki köteles orvosi bizonyítványt felmutatni, amely fertőző nemi bajtól való mentességét igazolja. Ilyen orvosi bizonyítvány nélkül senkit sem esketnek össze.

Említésre méltó, hogy Svédországban szigorú büntető ren-

delkezések vannak érvényben a fertőzéssel való veszélyeztetésnek és a tényleges megfertőzésnek megtorlására. (Ötven korona pénzbüntetéstől két évig terjedhető fegyház.)

A veleszületett szifilisz gyermekek megmentése céljából Svédország létesítette a legelső speciális asylumot. *Welander* svéd professzor volt az, aki 1900-ban Stockholmban megvetette az alapját egy ilyen intézménynek, melyet 1917-ben Göteborgban, majd 1922-ben Malmöben újabb *Welander*-otthon felállítása követett. Ezekben a zárt intézetekben, hol a szerencsétlen veleszületett szifilisz gyermekeket 2—3 évig ápolják és gyógyítják. «relative» kitűnő therápiás eredményeket érnek el.

Svédországban állandó veneriás statisztikai adatgyűjtés folyik, melynek tanúsága szerint 1919 jan. 1-től 1923 jan. 1-ig a nemi betegségek morbiditása 50%-kal csökkent. Ez a hatalmas javulás a kedvezően fejlődő svéd gazdasági, szociális és kulturális viszonyokon kívül nagy részben a fenti törvény alapján folytatott rendszeres antiveneriás küzdelemnek tulajdonítható.

35. Törökország.

A nemi betegségek elleni küzdelmet Konstantinápolyban a világháború utáni időszak alatt a «Commission interallié de Prophylaxie antivenerienne» irányította. Ez a bizottság több gondozó állomást létesített, s az egyéni prevenció céljaira ú. n. «Cabines prophylactiques»-t rendezett be.

A nemi betegségek elleni küzdelmet az új házassági törvény bizonyos intézkedései is hatékonyan támogatják. Mindenkinnek orvosi bizonyítvány felmutatása kötelező, amely kifejezetten feltünteti, hogy az illető szifiliszmentes. A vizsgálatot hatósági orvos végzi, de ez elfogadhatja megbízható magánorvosok bizonyítványát is. A vizsgálat nőknél csak a látható testrészekre és a szájnyálkahártyára, férfiaknál a nemi részekre is kiterjed. Nemi betegség esetén a házasulandó egyén

ingyenes kezelésre jogosult, aminek igazolt befejezése után megkapja a házassági engedélyt.

Az 1915 okt. 5-i rendelet, majd az 1921 febr. 5-i törvény is foglalkozik az antiveneriás küzdelem kérdéseivel. A törvény szerint a szifilisz kezeltetése mindenkire kötelező. Az orvosok a betegeket felvilágosító irattal látják el, s a hatóságnak névtelenül jelentik az előforduló eseteket.

Törökország a XIX. század vége felé vezette be a reglementációt, de végrehajtása mindig nagyon felületesen történt.

A szövetségközi ellenőrző bizottság 1922-ben felülvizsgálta a prostitúció rendőregészségügyi ellenőrzését és szabályait jelentékenyen szigorította.

Ma kb. 2—3000 bejegyzett prostituált van Konstantinápolyban. A titkos prostituáltakat és egyéb razzsián elfogott nőket pénzbüntetéssel és elzárással sújtják, a betegeket pedig kórházi kényszerkezelésbe utalják.

36. Uruguay.

Uruguayban egy 1917 máj. 23-án kelt rendelettel központi «Prophylaktikus Intézet»-et létesítettek, melyet az antiveneriás küzdelem szervezésével és vezetésével bíztak meg.

Azóta több városban kezelő- és gondozóállomásokat létesítettek, s mindenütt élénk propaganda-tevékenység indult meg.

A nemi bajjal való megfertőzés, valamint a kuruzslás súlyos büntetés alá esik.

A prostitúció Uruguayban orthodox reglementációs alapon van szabályozva.

1920 aug. 27-én törvényt alkottak, melynek I. fejezete a nemi betegségek elleni küzdelem elősegítése céljából külön adónemet állapít meg (hektáronként 1 centimé).

A II. fejezet ezen antiveneriás alapot felhasználás okából az említett állami Prophylaktikus Intézet rendelkezésére bocsátja.

A III. fejezet részletezi az intézet feladatait, mely többek közt az antiveneriás alapból a veszélyeztetett helyeken kórházakat és rendelőket állít fel.

A IV. fejezet elrendeli, hogy a Prophylaktikus Intézet a köztársaság fővárosában oktatás és propaganda céljait szolgáló múzeumot létesítsen.

Az V. fejezet végül intézkedik, hogy az intézet a hatáskörébe tartozó egészségügyi szervezeteknek, továbbá az orvosoknak és a publikumnak beszerzési áron neosalvarsant és más antiveneriás gyógyszereket juttasson.

TARTALOMJEGYZÉK.

Oldal	
Előszó	3

ELSŐ FEJEZET.

Bevezetés	9
<i>A nemi egészségügy fejlődési irányzata Magyarországon.</i>	

MÁSODIK FEJEZET.

A nemi betegségek megelőzésének kérdése.

1. A nevelés és oktatás tennivalói.....	23
2. Propagatív feladatok	31
3. Kulturális és morális követelmények	36
4. Szociális tennivalók	42
5. Tiltó-, büntető- és kényszer-rendszabályok	46
6. A prostitúció kérdése	59

HARMADIK FEJEZET.

A nemi betegségek gyógykezelésének ügye.

1. Az általános és szakorvosokkal való ellátás kérdése.....	77
2. A kórházügy a nemi betegségek szempontjából.....	91
3. Veneriás ambulatóriumok és gondozóintézetek	107

NEGYEDIK FEJEZET.

A gyermekkorban előforduló nemi bajok kérdése.

1. A gyermekek veneriás betegségeinek speciális vonatkozásai .	131
2. Megelőző munkásság.....	138
3. Felkutató tevékenység	143
4. Gyógyítás és gondozás	146

ÖTÖDIK FEJEZET.

A külföldön folyó antiveneriás küzdelem.

1. Anglia; 2. Argentína; 3. Ausztrália; 4. Ausztria; 5. Belgium; 6. Brazília; 7. Bulgária; 8. Chile; 9. Csehország; 10. Dánia; 11. Északamerikai Egyesült Államok; 12. Finnország; 13. Franciaország; 14. Görögország; 15. Hollandia; 16. India; 17. Izland; 18. Japán; 19. Jugoszlávia; 20. Kanada; 21. Kína; 22. Lengyelország; 23. Lettország; 24. Mexikó; 25. Németország; 26. Norvégia; 27. Olaszország; 28. Orosz- ország; 29. Paraguay; 30. Portugália; 31. Románia; 32. Spanyolország; 33. Svájc; 34. Svédország; 35. Török- ország; 36. Uruguay.....	151
--	-----