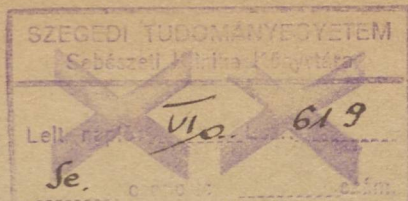


D4251

A SZEGEDI KERÜLETI ORVOSI KAMARA
3. és 4. kiadványa.



A tanyai közegészségügy reformja.
Az iskolaorvosi kérdés reformja.



**A Szegedi Kerületi Orvosi Kamara 1938. évi május hó 1-én Hódmező-
vásárhelyen és május hó 14-én Baján tartott tagértekezletének össze-
foglaló anyaga.**

Közreadja a Szegedi Ker. Orvosi Kamara megbízásából

Dr. ERNYEI ISTVÁN

TITKÁR



D4251

SZTE Egyetemi Könyvtár



J000605268



D 4251

4132/1968.

A tanyai közegészségügy reformja.

A Kerületi Orvosi Kamara 1938. évi május hó 1-én Hódmezővásárhelyen tartott tagértekezletének összefoglaló anyaga.

TARTALOM: Dr. vitéz *Meskó Zoltán*: Elnöki megnyitó. Dr. *Erneyi István*: A tanyavilág mai közegészségügye, elgondolások annak megjavítására. Dr. *Gesztelyi Nagy László*: A tanyavilág szociális kérdései, azok hatósági és érdekképviselési vonatkozásai. Dr. *Mészáros Gábor*: Tanyai népelelmzés. *Hübner József*: Az iskolán kívüli népművelés a tanyai egészségügyi és szociális propaganda szolgálatában. Dr. *Szentkirályi Zsigmond*: Nemibetegségek kérdése a tanyavilágban. Dr. *Gáli Géza*: A tanyavilág tuberculosís-problémája. — *Javaslatok*.

Dr. vitéz *MESKÓ ZOLTÁN*: Elnöki megnyitó:

Tisztelt Tagértekezlet! A MOOSz. minden évben szokásos orvosi továbbképző tanfolyamát ez évben is megrendezte Hódmezővásárhelyen és ezzel kapcsolatban Kamaránk örömmel csatlakozott egy tagértekezlet megtartására, amelynek tárgyául a mai Csonkamagyarország egyik legfontosabb és sürgős megoldásra váró problémáját, a tanya egészségügyét tűzte ki. Nagy múltra visszatekintő nemzetünknek szomorúan kell megállapítania, hogy csaknem ezer év óta fegyverben és fegyverrel eltöltött sok megpróbáltatása közepette a legkevesebbet tudott törödni saját sorsával, főleg saját fajtájának a sorsával. Európa közepén a nyugati kultúra védelmében vérezett el és harcolt a kereszténység, valamint ennek kultúrája megmentéséért és e mellett saját maga ment tönkre nemcsak anyagilag, de számszerűleg is rettenetesen megapadva. Hogy ennek ellenében mi volt a hála, röviden egy szóval jelölhetjük meg: Trianon!

Nemzetünk és magyar fajtánk, sajnos, a múltban a kormányhatóságok részéről elhanyagoltatott, értve ez alatt a színmagyar vidékek elhanyagoltságát, mert a törekvés mindig az volt, hogy a végeket kell erősíteni s így a jövő Magyarország hegemoniáját biztosítani. Az elmúlt évszázadok történelme igazolja, hogy a magyarság az Alföldön tömegesen lakott és élte a maga életét állandó zaklatások és háború közepette, amíg csaknem teljesen eltűnt. A tatárjárás után a török megszállás pusztította el az Alföld városait, falvait, illetve azok lakosságát s így kialakult a mai tanyavilág a maga szétszórtóságában és sokszor alig megközelíthető viszonylatában. Hogy ennek mennyi ke-



serveres következménye volt és van, csak az tudja igazán mérlegelni, aki ismeri az itteni lakosság helyzetét. Elszakítva kultúrájától, a közigazgatástól és a nevelés intenzív lehetőségeitől éli le ma is gondterhes életét a színmagyar lakosságnak egy hatalmas hányada.

Csonka országunk kormányzatának kellett ráeszmélni és tudatára jönni annak, hogy a tanyavilág helyzetén változtatni kell. Az itt lakókról gondoskodni nemzetmentő és nemzetvédelmi kötelesség. A népoktatás reformja mellett fokozottabban kell kifejezésre jutnia sürgősen az egészségügyi intézkedéseknek. Az egészségügyi kormányzat felismerve ennek fontosságát, a tervek egész sorát óhajtja megvalósítani. A zöldkeresztes egészségvédelem, a tuberculosis és a nemibetegségek elleni küzdelem, az Alföld fásítása, bekötőutak építése, vízellátás, orvostelepítés, bábakérdés, a lakosság felvilágosítása, a táplálkozás megjavítása, a háziipar meghonosítása, az építkezés elősegítése és higiénikussátétele, stb. mind olyan kérdések, amelyek megoldásra várnak. Követelnünk kell, hogy az OTI-tartalékpénzek ne csak Budapestnek jussanak, hanem tétessék lehetővé az is, hogy a tanyai lakosság is olcsó kölcsönt kaphasson építkezéséhez. A nagy milliárdos költségvetés és beruházás keretében a nemzetvédelmet szolgáló kérdések egész sorát kell beilleszteni.

Nemzetünknek Európa közepén hivatása volt és van. Ezért fajtánknak meg kell erősödnie minden vonatkozásban. Sorsunknak intézése, miután magunkra vagyunk utalva, csak tőlünk függ. Tőlünk függ, hogy miként sáfarkodunk, felelősséggel tartozunk az elveszett területekért, amelyeket csak úgy szerezhethünk vissza, ha erős elhatározással, komoly célkitűzéssel akarunk gondoskodni a magyar fajról és ennek egyik nevezetes államfenntartó rendjéről: a gazdákról és a vele sorsközösségben élő gazdasági munkásokról is. Történelmi időket élünk s ma már több reménnyel tekinthetünk a boldogabb és jobb jövő felé.

Dr. ERNYEI ISTVÁN kamarai titkár: A tanyavilág közegészségügye, elgondolások annak megjavítására.

Az utóbbi évek alatt fokozottabban fordult az érdeklődés a magyar földnek és a magyar föld népének problémái felé. A múlthoz viszonyított eme fokozottabb érdeklődés és az ennek kapcsán megindult munka azonban nem mindig volt objektív, szakszerű kezek és tervek által irányított és végrehajtott, miért is a nyert eredmények nem mindig tükrözték vissza a valódi helyzetet. Pedig erre volna szükség. Megismerni a maga tárgyilagosa valóságában az adott helyzetet, feltárni az ebből adódó problémákat és törekedni arra, hogy a szűkreszabott anyagi lehetőségek idején is megfelelő módokkal és eszközökkel tervszerű, rendszeres fejlődést tudjunk biztosítani. Ez a kívánság helyénvaló akkor is, ha a megmutatózó kérdéskomplexummal akár in toto, akár részleteiben óhajtunk foglalkozni. Az adódó problémák sokszorosán kapcsolódnak egymásba, ezért egyiket a másik tekintetbevétele nélkül előnyben részesíteni józanul nem lehet. Nem különösen akkor, ha szakszerű meglátások, felismerések és célkitűzések nélkül rapszodikusán történik a reánk váró munka és megoldás.

Az elmondottak egyebek között a közegészségügyre is vonatkoznak. Ha egyoldalúan kiragadnánk a nagy kérdéskomplexumból a közegészségügyi problémákat s ha nem vennénk tekintetbe az egyéb részekhez való vonatkozásokat, elgondolásaink és terveink már a kezdő pillanatban magukon hordoznák a megvalósíthatatlanság bélyegét. Hibát követnénk el akkor is, ha elfogadnánk minden meggondolás nélkül a műveltebb magyar rétegeknek azon eddigi balhítét, hogy a magyar falvak, illetve a magyar Alföld tanyavilágának különböző részei azonos életviszonyokat mutatnak, ha e balhit alapján a feladatokat, azok megoldását sablonosan általánosítanánk. Bizonyos érintkező és általánosítható problémaköröktől eltekintve sokszorosán kell számolni a speciális helyi adottságokkal is, főképen a lakosság számával, a terület nagyságával, a település módjával, úgy a lakosságnak, mint a területnek kultúráltságával. Közegészségügyi szempontból különösen igaz ez a megállapítás, annak dacára, hogy az egyes részletek között mutatkozó arányosság következképpen nem jelent pozitívítást, vagy negativítást.

Sajnos, ma még nincs olyan összefoglaló munka, amely hűen, a speciális viszonyok tekintetbevételével megmutatná a tanyavilág közegészségügyének teljes arculatát. A népmozgalmi és egyéb közegészségügyi adatok a városok, illetve községek belső és külső területein élő lakosságra vonatkozólag ma még szembetűnő módon részletezve nincsenek; ennek folytán csak az egyéb, nem közegészségügyi vonatkozású viszonyok felhasználásával tudunk bizonyos megközelítő következtetéseket levonni és azok alapján egyes jelenségekre magyarázatot nyerni. Szerintem itt igen tág tere nyílik a szakszerű adatgyűjtésnek és a megfelelő elvek alapján lefektetett kutatómunka nemcsak újabb megismeréseket fog jelenteni, hanem sok tekintetben reálisabbá és érthetőbbé tudja tenni a megoldás módozatait, azok terjedelmét és időbeli sorrendjét.

Általánosságban a népmozgalmi adatokat vizsgálva, azt látjuk, hogy azok sokszor lényegesen eltérnek egymástól. Különösen vonatkozik ez az eltérés a születési és halálozási, illetve a kettő összevetéséből nyert természetes szaporodási, még inkább pedig a csecsemőhalálozási arányszámokra. Ezen eltérések területi, népsűrűségi, gazdasági, szociális, kultúrális, és közegészségügyi okokban lelnek magyarázatot.

A területi okok részben közvetlenül, részben közvetve befolyásolják a tanyai lakosság egészségi állapotát. Közvetlenül azért, mert a területnek, mint tulajdonnak az eloszlása lényeges hatást gyakorol gazdasági és szociális vonatkozásánál fogva a tulajdonosok egészségére: a nagyobb birtokkal rendelkező tanyai lakosok jobb anyagi helyzetük következtében relative jobb egészségi helyzetben vannak, mint az apró, sokszor a megélhetésre sem elég földtulajdonnal rendelkezők. Sajnos, nem tapasztaljuk a birtokmegoszlásnak ezt a kedvező közvetlen hatását akkor, ha a birtokmegoszlás olyan, hogy a nagybirtok a kisbirtok rovására megy s ennek következtében megnövekedik a földtulajdonnal nem rendelkezők száma. Hogy ez mennyire így van, egy példát említek fel: Pest vármegyében egymás szomszédságában van a 3500 lakost számláló Sári és az 1117 lakosú Felsődabas. A birtokmegoszlás Sáriban 65% nagybirtok, 35% kisbirtok, Felsődabason 100%-ban törpebirtok. 1000-ne számítva a gümőkóros halálozás volt 1936-ban Sáriban 4,8, Felsődabason 0. A csecsemőhalálozás 100 élveszülettre Sáriban 19,3, Felsődabason 5. A népmozgalmi adatok közül a születések és a természetes szaporodás arányszámai már nem alakulnak ilyen kedvezően, sőt — mondhatnánk — a tulajdonföld nagysága fordított arányban áll a születés-

sel és természetes szaporodással. Sáriban 1936-ban $31.1^0/00$, Felsődabason $17.9^0/00$ volt a születési arányszám; a természetes szaporodás pedig 14, illetve $7.2^0/00$. A túlnyomórészt kisbirtokos által lakott Ősöd és a községszerű települést mutató Szeged-Röske természetes szaporodásának arányszámai az országos átlag alá kerültek, viszont az egészen törpe-birtokos, földbérlo vagy napszámos lakosságból álló községek természetes szaporodása magasan áll az országos átlag felett. (Pl. Kistelek, Nagymágocs, Tápé, stb.). A fordított arány keletkezésében minden bizonnyal a földtulajdon elaprózódásának veszedelmétől való félelem játsza a főszerepet és a tanyai lakosság ezen mentalitásának megváltoztatása igen nehéz feladat épen a szociális és gazdasági okok következtében.

A területi viszonyoknak a közegészségügyre gyakorolt hatása több körülménytől függ. Függ elsősorban attól, hogy milyen a tanyavilág területi kiterjedésének és a népsűrűségnek egymáshoz való aránya. Ott, ahol a nagy kiterjedésű tanyavilágban nagyobb a népsűrűség, szükséges a településnek bizonyos központosítása. E helyeken természetesen előnyösebben alakul a közegészségügy helyzete is. Függ továbbá attól, hogy a tanyavilágban nagyobb számban tartózkodik-e állandóan lakosság, vagy pedig a lakosság túlnyomó része a város, illetve község belterületén bír állandó lakással s onnan jár ki naponta, vagy napokra a földjét megművelni. Érthető, hogy egészen más a közegészségügy helyzete és feladata az előbbi, mint az utóbbi esetben. Végül, de nem utolsósorban függ a közigazgatási adottságoktól, határoktól. Közegészségügyi szempontból is hátrányosnak kell mondanunk az alföldi városok és községek jórészen óriási kiterjedésű és a gyakorlati életnek meg nem felelő közigazgatási határait, amelyek következtében ma a másfélmilliónyi tanyai lakosságból legfeljebb egyharmada kapcsolódik be helyesen a nemzeti termelés és fogyasztás vérkeringésébe és elégeítheti ki primitív életszükségeit. Ott, ahol egy bizonyos város, vagy község külterületének határa 30—40 km. hosszúságban kinyúlik s ahol a külterület sok-sokezernyi holdat foglal magában, valóban nem lehet kihasználni a tanyai településnek előnyeit még közegészségügyi szempontból sem, nem különösen akkor, ha tudjuk, hogy ma a tanyavilág jórészen állandóan nem lakik orvos. Nem csodálkozhatunk így azon, ha a tanyai lakosnak beteg gyermekét 12 km-ről kellett talicskával betolni az orvoshoz, s ha a szülő, illetve vetelő asszonynak el kellett vereznie, amikor az orvosi segítség megérkezett. Továbbmenőleg bizonyos mértékig magyarázatot nyerünk arra is, hogy az ilyen tanyarészekben miért magas a csecsemőhalálozás.

Mielőbb gyökeres változásokra van szükség, amelyek — véleményem szerint, — két úton valósíthatók meg. Közigazgatási szempontból mielőbb meg kell alkotni a közigazgatási törvényt, ennek keretében gondoskodni arról, hogy a nagyobb lélekszámmal bíró, községszerű tanyai központok önálló közigazgatási egységekké alakuljanak át, vagy ha ez az autonómiák mai mentalitása folytán belátható időn belül keresztülvihető nem volna, hogy a tanyavilágban a területi és népsűrűségi szükségleteknek megfelelően a központok kiépítése a mainál fokozottabb mértékben történjék meg. Így közigazgatási és gazdasági szempontból sok panasznak és támadásnak vehetjük elejét, közegészségügyileg pedig könnyebbé és racionálisabbá tehetjük a lakosság gon-

dozását, mert hiszen e tanyai központokban megfelelő lakások építésével orvosokat tudunk letelepíteni s a központ környékén élő lakosság nemcsak a gyógyítás, de az egészségvédelem számára is a mai állapothoz képest összehasonlíthatatlanul jobban hozzáférhetőbbé válik. Örömmel állapíthatjuk meg, hogy az egészségügyi kormányzat maga is elismerte ennek igazát és igyekszik az orvostelepítés gondolatát megvalósulásra bírni. Az orvostelepítésnek, — mint azt legutóbb Pécsen *Johan* államtitkár is kiemelte, — három igen fontos feltétele van: megfelelő lakás, a szükséges orvosi felszerelés és az orvos megélhetésének biztosítása. A lakás kérdését kétféleképpen igyekszik az egészségügyi kormányzat megoldani: egyfelől OTI-, vagy MABI-kölcsönt szerez lakásépítés céljára a község, illetve a város számára, amely aztán az orvos lakáspénzéből törlesztheti a kölcsön egyrészét. Másrészt a magyar társadalom áldozatkészségéből a falusi közegészségügyi munka céljára rendelkezésre bocsájtott 3.5 millió pengőből korlátolt keretekben segínyt tud szerezni a nagyon szegény közületeknek orvosi lakásépítés céljára. Mód van tehát az orvosi lakások megépíthetésére, csupán csak arra van szükség, hogy a közületek ne zárkózzanak el a közegészségügyi segítség rendkívül fontos megvalósítása elől.

Az orvosi felszerelés megszerzését megkönnyíti a Nemzeti Önállósítási Alap a berendezkedni óhajtó orvosnak juttatandó kölcsön révén. Ugyancsak ez az alap segínyt is biztosít azoknak az orvosoknak, akik az általa kijelölt helyeken óhajtanak letelepedni. Ezeken a helyeken az orvosok megélhetése biztosítva van a magyar királyi tiszti főorvosok összeírása alapján.

Kétségtelen, hogy az egészségügyi kormányzatnak és a Nemzeti Önállósítási Alapnak ez az akciója ösztönzően hat a fiatalabb orvosnemzedékre a tanyavilágban való letelepedést illetőleg is, a közegészségügy és az egészségvédelem szempontjából pedig feltétlenül gyakorolni fogja jótékony hatását. Meggyőződésem, hogy az orvosi telepítésnek ezen első fázisát a fejlődés újabb fázisa fogja követni. Egy ténnyről azonban nem szabad megfeledkezni: arról, hogy korlátlan telepítésről nem lehet szó a jövőben sem. Nem pedig azért, mert a mai orvostelepítésnek korlátot szab a községek, illetve tanyarészek lakosságának számbelisége. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy az orvos megélhetése csak ott van biztosítva, ahol a lakosság száma több, mint 2000. Ott, ahol a lakosság kevesebb e számnál, orvos letelepítésére józanul csak akkor gondolhatunk, ha megfelelő állandó javadalmazást tudunk biztosítani az orvos részére. Nagy kérdés, hogy az állam, illetve a városok és községek súlyos anyagi helyzete belátható időn belül nyújt-e erre módot?

Az orvostelepítés kérdésével kapcsolatban önkénytelenül is felmerül egy másik kérdés, az, hogy a tanyavilágban milyen képzettségű orvosokat telepítsünk le? Annak, aki a tanyavilág viszonyát és egészségügyi szükségleteit ismeri, szerintem csak az lehet e tekintetben a felfogása, hogy a tanyavilágba a jó általános orvosi képzettségű egyén való, az a típus, amelyet régen mint a házi orvos típusát ismertük meg. A tanyavilágban a családnak, mint a társadalom legkisebb egységének egészségügyi gondozását csak az az orvos tudja kellőképpen ellátni, aki előtanulmányai során nem merült el az orvostudomány partikularismusában, hanem aki jó általá-

nos gyakorlati kiképzésre tett szert. Ma már megvan a lehetőség erre azáltal, hogy a közkorházakban az egészségügyi kormányzat lehetővé tette a kisegítő orvosi állások megszervezését. További gond, hogy ezt a jó általános orvosi képzettséget megtartani igyekezzünk a tanyavilág orvosában akkor is, amikor már hivatása és lekötöttsége folytán megszűnik a közkorházakkal való szorosabb és gyakoribb érintkezése. Szükséges tehát, hogy szerény anyagi eszközökkel is biztosítható legyen az orvos számára a közkorházakban a gyakorlati továbbképzés lehetősége. A Szegedi Kerületi Orvosi Kamara már megalakulása óta intenzíven foglalkozik e gondolat gyakorlati megvalósításával. Örömkre szolgál, hogy a legközelebbi jövőben a Kamara működési területén e tekintetben a tettek fognak következni az orvosoknak és a magyar közegészségügynek javára.

A tanyavilágban az orvoskérdés mellett igen nagy jelentőséggel bír a bábakérdés. Sajnos, ezen a téren a tapasztalatok ma igen elszomorítóak, egyfelől azért, mert a tanyavilág bábaellátása igen hiányos, másfelől pedig, mert a tanyavilág bábái majdnem minden esetben képzés nélkül nem képzettek, a tisztasággal és az asepsis szabályaival hadilábon állók. Addig azonban, amíg a bábák a mai túlalacsony illetményeket kapják, nem gondolhatunk komolyan arra, hogy képzett bábák menjenek ki a tanyavilágba. Érdeemesnek tartom e helyütt felemlíteni *Sajó* volt szegedi tisztii főorvosnak egészen eredeti elgondolású szabályrendelettervezetét a bábasegedelem biztosításáról, amelyet Szeged törvényhatósága egyhangúlag elfogadott. E szabályrendelet szerint Szegeden a miniszteri jóváhagyás után a bábateendőket nem választott bábák, hanem a polgármester által megbízott magánbábák látnák el, akiknek a részükre kijelölt körzetben kellene lakni. E bábák működésükért havi 50 pengő illetményt, azonkívül a szegény szülőknek ellátásáért esetenkénti díjazást kapnának a város pénztárából. Így a bábák megélhetése biztosítva volna, szívesen kimennének a tanyavilágba is és minden bizonnyal tökéletesebb és becsületesebb munkát tudnának produkálni, mint ma, amikor nehéz anyagi helyzetükben nem riadnak vissza a tiltott műtétek végzésétől sem. Úgy vélem, e szabályrendelet igen komoly megfontolást érdemel az ország egyéb törvényhatóságai részéről is, annyival is inkább, mert szerintem, csak így lehet a bábakérdésben rendet teremteni s csak így lehet biztosítani azt, hogy a községekben és a tanyavilágban is megfelelő legyen a szülési segedelem nyújtása.

Súlyos problémát jelent közegészségügyi szempontból is a tanyavilágban a közlekedési utak kérdése. Addig, amíg a tanyai utak az évnél nagy részében még gyalogos számára is alig járhatók s amíg legalább azt nem tudjuk elérni, hogy megfelelően kövezett összekötő utak tegyék lehetővé az egyes tanyarészek között a közlekedést, a tanyavilág egészségügyi ellátása bizony nehézkes és fogyatékos lesz. A világháborút követő időkben az állam és egyéb közületek fokozottabban fejlesztik az összekötő utak kiépítését; sajnos, azonban a trianoni szegénység erősen korlátozza a jószándék valóraaválását.

A tanyai lakosság közegészségügyi helyzetének ismertetésénél igen nagy súllyal esik latba a lakáskérdés. Hogy e problémával tisztában legyünk, idézem a *Johan* államtitkár által Pécssett felemlített statisztikai számokat. Hazánkban az 1930. évi statisztikai adatfelvétel

1.467.926 lakóházzal számol be. Ezeknek 73,8%-a vályogból épült s ezek kb. egyharmadának volt csak kő-, vagy téglalapja. Van azonban az országnak olyan törvényhatósága is, ahol a lakóházak 93%-a vályogból épült és csak kb. ezek egyötödének van kő-, vagy téglalapja. Ismerve a tanyavilág lakásviszonyait, mondhatjuk, hogy a községek és a tanyák között a lakáskérdést illetően különbségeket nem tapasztalunk, mert a tanyai lakásviszonyok éppen olyan rosszak, mint a községekben.

E tény dacára — véleményem szerint — igen kis gyakorlati haszonnal járna egy olyan propaganda, amely a vályogfalú házakat kivétel nélkül rosszaknak minősítené és már általánosságban állást foglalna a vályogházak építése ellen, mert hiszen a mai kb. 1 millió vályogfalú ház átépítésére belátható időn belül gondolni nem lehet. De hiba is volna, ha már ab ovo kimondanánk, hogy a vályogfalú ház egészségtelen s hogy az ilyen házban való lakás közegészségügyi szempontból káros. Ha az építőanyagul felhasznált vályog teljesen ki van száradva, házépítésre alkalmas és közegészségügyi szempontból nem kifogásolható akkor, ha az ilyenekből készült házak alapjai kőből, téglából vagy betonból készülnek, ha az alap a földön legalább 30—40 cm-re kiemelkedik és a teteje aszfaltlemezzel jól van izolálva. Ne felejtjük el, hogy ez az építési mód még ma is jobban megfelel a községek és a tanyák tradicionális szokásainak és teherbíró képességeinek. Gondoskodni kell azonban arról, hogy a most említett és kellően megalkotott alapra helyezték a kiszáritott vályogtéglából a falat s hogy ezen a falon az ablakok elég nagyok legyenek, így a fal nem lesz nedves és a ház egészségügyi szempontból megfelel, még ha nincs is alapincézve. Hazánkban a lakóházaknak 84,2%-a egyáltalában nincs alapincézve; ennek dacára mégsem mondhatjuk azt, hogy ezek a házak kivétel nélkül nedvesek és egészségtelenek. Fontosabbnak tartanám közegészségügyi szempontból egyfelől azt, hogy a házon belül ki tudjuk küszöbölni a földes padlókat, másfelől pedig, hogy megfelelő nevelés révén reá tudjuk szoktatni a lakosságot a ház belsőiségeinek helyes és egészséges kihasználására. Sajnos, ma azt kell mondanunk, hogy a 100 holdas gazda és a jobb zsellér, mezőgazdasági munkás között a lakás kihasználása és a lakásban folytatott életmód tekintetében legfeljebb csak árnyalati eltérések vannak. A tehetős gazda épített ugyan többszobás lakást, azt be is rendezi, azonban a legtöbbször az történik meg, hogy a több szobából csak egyetlen helyiségben, télen a konyhában szorong a család apraja-nagyja ócska, formátlan bútorokon a földes szoba kikent padlójának gőzölgésétől, a pipafüsttől és az ételszagtól áporodott levegőben, annyival is inkább, mert a lakás szellőztetése. különösen a téli időben, nem nagy erénye a mi tanyai lakosságunknak. Meg lehet érteni, hogy az ilyen helyiségben túlmelegen öltözködő, egyoldalúan táplált és összezsúfolt egyének között miért csökkent a szervezet természetes ellenállóképesége, miért annyi a sany és csenevész gyermek és miért találunk olyan nagy számban közöttük gümőkórosakat. Szakértői megállapítás szerint a gümőkóros házak 90%-a földes.

A tanyai házak, illetve lakások kérdésével szorosan összekapcsolódik a közvetlen környezetnek, a gazdasági udvarnak higiéniája. Ma még e téren igen primitív állapotban vagyunk, pedig a gazdasági udvar berendezése nemcsak a gazdálkodás menetére, az egyes termelési ágak jövedelmezőségére bír befolyással, hanem annak helyes, vagy helytelen berendezése befolyásolja a gazdasági termények fogyasztóinak egészségi állapotát is.

Ma még a tanyavilág nagyobb részében az igen szűkre méretezett gazdasági udvarban a trágyatelep helyett szemétdombot találunk, ahol nem gondoskodnak a híg ürülékek helyes kezeléséről, hanem az szétfolyik a gazdasági udvaron. Elképzelhető, hogy milyen az ilyen udvar levegője a forró nyári napsütésben. Az udvar végén — igen gyakran a tulajdonos lakásául szolgáló épület folytatásaképpen — találjuk a vert-falú, rogygyant, öklömnyi ablakokkal bíró, szalmafüdeles istállót, melynek hepehupás földjén a tócsában összegyűlt trágyalé orrfacsaró ammoniákibúzzal árasztja el az istálló belsejét. A gondozatlan tehenet piszkos munkaruhájában feji a gazda, mosdatlan kézzel és anélkül, hogy a tehén tőgyét előbb megmosta volna. A fejt tej számára szolgáló edényzet állapota és tisztasága erősen kifogásolható. A fejés közben a tehén a sok legyet farkával hessegeti el, miközben bőségesen seprí le magáról a trágyát és a szennyes szőrszálakat a tejbe, ami fogyasztásra kerülve egész sorát okozza a különböző betegségeknek. — A trágyadomb mellett találjuk az egészen primitív, rozoga fabódéval borított, vagy csak elkerített nyitott árnyékszékot, amelynek bűzét már messzire érezni, amelynek környékén rajokba röpköd ide-oda a légy, viszi az ürülékrészeket az eresz alatt kitett edényekre és élelmiszerekre. Az udvar környékén fa alig van s így a síkságon átrohanó szél telehord porral mindent.

Szomorú kép ez. Más, mint a szépirodalom rántottcsirkés, tejbenvajban fürdő idillikus ábrázolása. Tudjuk, hogy itt sok a csecsemőhalál, sok a gümőkór embernél és állatnál, sok a fertőzőbetegség, főképp a vérhas és a tífusz, rosszul fejlettek a gyermekek és évről-évre silányabb minőségű az innen kikerülő újonczási emberanyag.

Halaszthatatlan szükség van arra, hogy ezt a leverő, honvédelmi, nemzetgazdasági, népesedési, kultúrális, szociális, köz- és állategészségügyi szempontból kiszámíthatatlan károkat jelentő állapotot megszüntessük. Ugy vélem, hogy az építési szabályrendeletek megfelelő átalakításával, propagandisztikus előadások, tanfolyamok tartásával, mintatanyák létesítésével, jutalmazásokkal, kitüntetésekkel, iskolánbeli és iskolánkívüli műveléssel sokat tudunk segíteni. Különösen helyesnek és könnyen keresztülvihetőnek tartom a nevelés szempontjából, hogy az iskolákban a gyermekek a szlőjdoktatás keretén belül maguk építsék meg a helyes gazdasági udvar agyagmodelljét. Meggyőződésem, hogy ez a játszvatanulás többet ér minden elméleti oktatásnál, a gyermekek játék közben tanulják meg a józan irányelveket s ha kis kezük munkáját hazaviszik, ha a modellen elmagyarázzák a hozzátartozóknak, hogy mit miért tettek: a felnőttek is tanulnak és a példát utánozni fogják.

Nehéz kérdés a tanyavilágban az ivóvízellátás kérdése. Ma a tanyai kútak túlnyomó többsége nyitott, gémes-, vagy kerekeskút. A statisztikai adatok azt bizonyítják, hogy e kútak nagyobb többsége egészségügyi szempontból nem megfelelő s hogy a jövőben fokozottabb gondot kell fordítani az ivóvízellátásra, egyfelől úgy, hogy a kútak ellenőrzővizsgálatát hatályosabbá tesszük, másfelől, hogy a kútak építésére, azoknak és azok környékének kiképzésére nagyobb gondot fordítunk. Ma a kifogásolás vagy azért történik, mert a kútak vize fertőzött colibacillussal, vagy mert erősen salétromtartalmú. Ha e két körülmény okait keressük, a magyarázatot legnagyobb részben már az elmondottakban megtaláljuk. Ott ugyanis, ahol a trágyalétől és egyéb ürüléktől erősen szennyezett a talaj felső rétege, a legfelsőbb talaj-

vízréteggig leásott nyitott és kellően ki nem épített kút jó vizet nem szolgáltathat. Nagy közegészségügyi érdekek fűződnek ahhoz, hogy e rossz kútak fokozatosan kicseréltessenek, mert ily módon sok fertőzésnek, gyomor- és bélbetegségnek vehetjük elejét. Túlzás volna azonban a mai viszonyok között az ártézikúttal való ivóvízellátást propagálni. Egészségügyi szempontból kétségtelenül ez a legideálisabb megoldás. Az anyagi nehézségek és a speciális tanyai viszonyok azonban lehetetlenné teszik. E helyett a tapasztalatok azt mutatják, hogy igen sok, 8—10 méter mélységű aknás-kút vize is jó mindaddig, amíg a kútba szennyeződés nem kerül be. Anyagilag pedig óriási különbség van az ártézikút és az ilyen aknás-kútak előállítási költségei között, mert míg az előbbi fúrása több ezer pengőt emészt fel, addig az utóbbi 5—600 pengőbe kerül. Tehát ezeket az aknás-kútakat kell szaporítani a tanyavilágban már az olcsóságuknál fogva is. Ahol pedig akár a közület, akár pedig a tanyai lakosság annyira szegény, hogy még ezt az anyagi megterhelést sem bírja el, legalább arról kell gondoskodni, hogy az ásott kútak 25—30 cm. szélességű agyagréteggel körüldöngöltessenek, hogy a kút fala hézagmentes anyaggal burkoltassék, a talaj felszínén összegyűlő szennyvizek, ürülékek be ne csoroghassanak a kútba és hogy a kút befedessék.

A tanyavilág lakossága hiányos egészségi állapotának létrehozásában az elmondottakon kívül nagy szerepe van annak, hogy a lakosság elégtelenül és egészségtelenül táplálkozik. Nyíltan megmondhatjuk, hogy a mi földművelő lakosságunk étkezése nem más, mint az éhség érzésének valami úton-módon való elcsitítása, az étkezés gondjának minél olcsóbban való elvetése. Ragaszkodik a nehéz, zsíros, nehezen emészthető ételekhez, mert ezek „megülik“ a gyomrot s kitolják az éhség érzetének fellépését. Emiatt a táplálkozás teljesen egyoldalú: a táplálék kenyérből, olcsó tésztafélékből, szalonnából, levesekből, ünnepnapokon ezeken kívül sertéshúsból áll. Főzelék, tej, tojás, gyümölcs nem igen kerül a magyar földműves asztalára, mert szerinte ezekkel „nem tűr a gyomor“, ezek „nem adnak erőt“; legfeljebb a káposzta és a burgonya kerül az asztalra, no meg a hagyma, ez az utóbbi túlon-túl bőségesen. Növeli a táplálkozás egyoldalúsága folytán keletkező hibákat, hogy az étkezésnek és a táplálékmennyiségnek időbeli beosztása sem megfelelő. A téli hónapokban a tanyai ember csak kétszer eszik: reggel és alkonyatkor. Főtt étel csak alkonyatkor van, a reggeli kenyérből, szalonnából, esetleg foghagymás kolbászból áll. A szervezet persze megköveteli a maga jussát: a földműves e két alkalommal eszi meg a szükséges táplálékmennyiséget, ami így jóval nagyobb munkát ró a gyomorra és belekre, mintha az étkezés sűrűbben történnék meg.

A gyermekek táplálkozásával nem sokat törődnek. Ha esetleg valamelyik megéhezne az étkezés szokott idején kívül, úgy a különadag legtöbbször egy karéj kenyérből áll, zsírral megkenve, vagy pedig sóval, paprikával megszórva. Ugyanezt kapja az a gyermek is, aki reggel kilométereket gyalogolva megy a tudást magába szívni az iskolába s aki majdnem minden esetben csak az esti órákban tér vissza fáradtan, kimerülten, kiéhezve az otthonába.

Ilyen viszonyok mellett természetesen megtaláljuk a magyarázatát annak, hogy miért van annyi koravén férfi és asszony, annyi satnya, beteges gyermek a tanyai lakosság soraiban. Ugyanekkor azonban meg kell állapítanunk azt is, hogy a mutatózó hibák és célszerűtlenségek legnagyobb részben a tanyai nőkre vezethetők vissza. A reggeltől napestig nehéz munkát végző férfinak nincs ideje és alkalmja a tanya belsősegeivel, a háztartással, az ételleléssel, nevelési problémákkal foglalkozni. Minden a nőre háramlana. Sajnos, azonban a tanyai nő ma még csak a külsőségekben barátja a haladásnak, egyébként erősen marad gondolkodású, hisz a babonákban és rabja a megrögzött szokásoknak. Épen ezért, ha fejlődést akarunk elérni a tanyai lakosság életmódjában legelőször a nő lelkéhez kell hozzáférnünk, annak gondolkozásmódját, lelkivilágát kell átalakítanunk a helyes irányban. Meg kell tanítani a célszerűségi szabályokra, amelyek segítségével önmagán segíthet, az otthonát kellemesebbé, az étkezést változatosabbá és egészségügyileg megfelelőbbé, gyermekei nevelését helyesebbé teheti és amellett új jövedelmi forrásokat teremthet a maga és családja számára. Kitartó és áldozatkész munkával el lehet érni azt, hogy a magyar tanyai nő örömet lelje a tanyaház mellett létesített kis konyhakertben, abban, hogy háziipari, betegápolási és főzőtanfolyamokon fejleszti a tudását, hogy házatája ragyog a tisztaságtól és esinosságtól, családja tagjainak arca pedig az egészségtől.

Speciálisan a táplálkozást illetőleg fontosnak vélem a tanyai óvodás és iskolás gyermekek étkeztetésének helyes megoldását. Felesleges hangsúlyoznom, hogy óvodákra a tanyavilágban minden szempontból nagy szükség van. Ezek azonban csak akkor felelnek meg rendeltetésüknek, ha egyben napközi otthonok is s ha gondoskodás történik a gyermekek megfelelő étkeztetéséről is. Első pillanatra ez az elgondolás tetemes anyagi áldozatokat kívánna meg. A valóságban azonban könnyen elháríthatók a nehézségek. A napközi otthon vezetője kis fáradtsággal össze tudja gyűjteni a szükséges élelmicikkeket a szülők tanyai gazdaságából (hiszen a gyermekek otthon is táplálkoznak), az edényzetre szükséges anyagiakat pedig elő tudja teremteni, ha alacsony belépődíjak mellett apró versekkel, táncokkal produkáltatja a gondjaira bízott kicsinyeket a szülők és ismerősök előtt. Így kettős cél érhető el: egyfelől megoldható a gyermekek helyes táplálkozása, másfelől pedig a lakosság — látva a szép eredményeket, — örömmel adja be gyermekeit az óvodába. Szeged-Szentmihályteleken kísérletképpen ez a rendszer valósult meg a napközi otthonnal egybekapcsolt óvodákban s az eddig elért eredmények igen nagy biztatást jelentenek a jövőre nézve. Hasonlóképpen megoldható az iskolásgyermekek helyes táplálkozásának a problémája is. Nem nagyösszegű kiadási többlettel bővíteni lehetne a tanító konyháját s a magyar nép sorsa iránt annyi jóindulatot és áldozatkészséget tanúsító tanítói kar bizonyára örömmel járulna hozzá, hogy a tanyavilág kis magyarjai minél tökéletesebben fejlődhessenek.

Az elmondottak után önkénytelenül merül föl a kérdés, hogy milyen munkarendszer mellett tudjuk a tanyavilág közegészségügyének jobbátételét elérni? Szerintem a felelet e kérdésre csak az lehet, hogy a mellett, amelyik a legkisebb anyagi megterhelés mellett általánosságban foglalkozva a tanya lakosságával, a legtöbbet tudja nyújtani. Ez pedig az általános egészségvédelem, a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat munkarendszere, amelyen belül gondoskodva van a különböző

munkaágazatoknak, az anya- és csecsemővédelemnek, a gümőkórosok és nemibetegek gondozásának, a szociális gondozásnak, az otthoni betegápolásnak, az egészségügyi és szociális propagandának megszervezéséről és kiépítéséről. Ha tudjuk azt, hogy e szolgálat szervezete idomul a közigazgatási hatóságok szervezetéhez és azok tagozódásához s ha tudjuk azt, hogy a szervezet központi szerve és a családok életébe betekintő végrehajtószerv, a védőnő között logikus módon a legközvetlenebb kapcsolat áll fenn, arra a megállapításra kell jutnunk, hogy e munkarendszer útján tudunk a tanyavilág közegészségügyi helyzetén legjobban segíteni. Eminens érdeke tehát az államnak és törvényhatóságoknak, hogy ez az egészségvédelmi szolgálat minél jobban kiterjesszessék. Meggyőződésem, hogy ha e szolgálat végrehajtó közegei, az orvosok és védőnők reális és harmónikus kapcsolatokat tudnak teremteni munkaterületükön a hatóságokkal, a kulturális és szociális intézményekkel, ha nemzetmentő feladatuk végzése közben valóban felmelegednek a nagy népi problémák iránt, ha a magyar föld egyszerű fiaiban nem munkaegyedeket, de támogatásra szoruló és segítségre érdemes testvérüket látják, akkor a fagy felenged és a tanyai lakosság engedelmesen engedi vezetetni magát a saját és nemzetünk jobb jövője felé.

H o z z á s z ó l á s :

Dr. vitéz TÓTH BÉLA m. kir. tiszti főorvos:

A tanyai közegészségügy megjavítása elsőrangú nemzeti feladat. Közigazgatásunk vezetőinek meg kell adni a módot és eszközöket, hogy ezt a feladatot elvégezhessék. Főképen közegészségügyi érdekből épen most vannak megvalósulás előtt bizonyos racionalizálási tervek. A hatalmas és egyes városi és községi centrumoktól gyakran 30—40 km-re fekvő tanyai területeket a helyi viszonyok szerint önálló központokká kívánja a kormány kialakítani. E központokat közigazgatási kirendeltségek vezetnék, melyeknek funkcionáriusai között az orvos és a zöldkeresztes védőnő is ott lesz. A terv különben is igen jónak látszik az autonóm életre egyedül alkalmas községek kifejlésére.

A tanyai egészségügyi szolgálat az orvos és újabban a zöldkeresztes védőnő vállán nyugszik. Ezeknek számát kell szaporítani, ami már folyamatban is van. De gondoskodni kell, hogy megfelelő jóléti intézkedésekkel a primitív keretben is otthonosan érezzék magukat. Ne legyen a védőnő abban a helyzetben, hogy fuvarköltését magának kelljen előteremtenie. Annak sem szabad megtörténni, hogy a tanyai hatósági orvost kissé kényelmesebb lakásából ki akarják szorítani, mert az egyik ügybuzgó bürokrata felfedezte, hogy több szobája van a családos tanyai orvosnak, mint ami megilletné az előírás szerint. El akartak venni 5 szobájából kettőt s elvették volna fürdőszobáját is: oda akarták helyezni a járlatírót. Az ilyen ostentatív szemlélet káros a tanyai orvosi szolgálat megkedveltetésére és vállalására.

Szerintem hatalmas fellendülés követné az ötéves kormányprogrammban felvett útpítési terv végrehajtását. E célra mintegy 80 millió pengőt fognak fordítani. Ha az utak nagyobb részét itt építenék meg, ahol olyan nagy a hiány, a termelés és értékesítés javulásának elképzelhetetlen arányai nyílnának meg és a megélhetési gondok csökkennének.

A népnevelés terén igen sokat tehetnének szerintem a Turul munkatáborai. Eredményei fokozhatók volnának, ha a legfelsőbb irányítás önálló egészségügyi minisztérium hatáskörébe utaltatnék.

Dr. RÖTHLER ISTVÁN m. kir. tiszti főorvos.

A tanyavilág egészségügyi struktúrájának kellő megismerése érdekében feltétlenül szükség van a kellő adatgyűjtésre. Gondoskodni kell a tanyai iskolák környezetének helyes egészségügyi kiépítéséről. A tanyai lakások hiányos szellőztetésének az oka a felhozottakon kívül még gazdasági okokban is keresendő.

Dr. GESZTELYI-NAGY LÁSZLÓ mezőgazdasági kamarai igazgató:

A tanyavilág szociális kérdései.

Tizenkét-tizenhárom esztendeje annak, hogy mint az alföldi kamara igazgatója, foglalkozom a tanyavilág népének sorsával és helyzetével. A Duna-Tiszaközi Mezőgazdasági Kamara természeti adottságánál fogva köteles a területéhez tartozó emberek sorsával törődni. Területéhez tartozik Csongrád, Csanád és Békés vármegye. Hatalmas területek vannak itt, s ezeken Kamaránk működése közben állandóan figyel; figyeli főleg a tanyai gazdatársadalmat, mert leginkább ez szorul arra, hogy az ember figyelmet szenteljen neki. Tizenhárom évvel ezelőtt az alföldi tanyavilágban ismeretlen kutató munkát kellett sok tekintetben végezni. A tanyalátogatások kapcsán olyan adatokat gyűjtöttem és olyan tapasztalatokat szereztem, amelyeket feldolgozva egy egész kötetre való munkában adtam ki. A tanyai lakosság helyzetének megismeréséhez személyes tapasztalatok szükségesek. Nekem az volt mindig a kérésem, hogy a miniszteriális és hatósági tisztviselők jöjjenek ki személyesen megnézni a tanyai nép nehéz életét; akkor nem hiszem, hogy legyen hatóság, amely át ne látná annak súlyos és segítségre szoruló helyzetét. A Duna-Tiszaközi Mezőgazdasági Kamara a maga részéről előterjesztéseivel folyton felhívta a figyelmet a tanyavilág sorsára.

Legyen szabad néhány szóval Röthler főorvos úr legutóbbi szavaira reflektálnom, mert tévedésben van, amikor azt mondja, hogy a tanya fogalma nincs körvonalazva és azok is beleesnek, akik tulajdonképpen nem tartoznak a külterülethez. A múlt évben jelent meg a tanyai közigazgatás rendezéséről szóló rendelkezés, amely teljesen tökéletes módon a tanyavilágot új szempontok szerint dolgozza fel. E rendelkezés a városok és községek belterületétől számított 4 km-nyire eső tanyát még nem veszi fel a külterületi tanyák közé, mert ez a rész a belterületről gondozható és ellátható. Ezért mutatkozik különbség az én adatgyűjtésem és az egyéb adatgyűjtések között, mert ez a rész a belterületről gondozható és ellátható. Ezért az én kimutatásom szerint 19 százalék az ország lakóinak számából a tanyai lakos. A Duna-Tiszaközi Mezőgazdasági Kamara ezen a téren úttörő munkát végzett, amikor felrázni igyekezett a kormányzati szerveket, a hatóságokat a tanyai emberek sorsának felismerésére. 1926-ban országos jellegű közegészségügyi és társadalomegészségügyi előadást tartott, amely megindította a munkát ezen a téren, felhívta a hatóságoknak és a kormányzati szerveknek figyelmét a tanyai kérdések jelenlegi állapotára, azok következményeire a nemzet életében és a teendő lépések megtételére.

A tanyavilág helyzetének jobbítását célzandó, annak idején *Scitovszky* belügyminiszter rendeletet adott ki. A Duna-Tiszaközi Mezőgazdasági Kamara 1930. évi március hó 22.-én országos tanyai közegészségügyi ankétot rendezett, majd ugyanezen év december 8.-án Szegeden tartott kongresszust. Ezen a kongresszuson elsősorban is a leg-

fontosabb kulturális feladatok megvitatásával kapcsolatban szöbakerült a tanyai orvosi állások szaporítása, a szülésznők és köztemetők számának szaporítása, valamint a hulla- és húsvizsgálat hathatósabb ellenőrzése. E kongresszuson a tanyai egészségügyben Johan Béla belügyi államtitkár előadói szerepet vállalt. Előadása nem napipolitika volt, hanem egyaránt szolgálta a város és a vidék népegészségügyét és a napi egészségügyi helyzet beszámolójának is tekinthető volt. A kongresszus határozati javaslata a tanya korszerű egészségügyét úgy látta biztosítottának, ha a jövőben minden ember részesül az egészségügyi kultúra áldásaiban. Ennek megfelelően jobb orvosi ellátást kértünk a külterületi lakosság számára. Kértük, hogy az orvosok közül községi, kör- és városi orvosoknak azok jelöltessenek ki, akik megfelelő képesítéssel rendelkeznek. A tanyai kerületek megfelelően beosztandók, az egészségügyet megfelelően képzett orvos és egészségügyi védőnő lássa el, utóbbi látogassa az otthon fekvő betegeket és szükség esetén oktassa ki a beteg hozzátartozóit az ápolásra nézve.

Tavaly egy igen értékes könyv jelent meg a tanyai közegészségügyre vonatkozólag, amely felsorolja azokat a hibákat és hiányokat, amelyek a legsürgősebben orvoslandók. E könyv szerint a tanyavilágban nincs rendszeres egészségügyi szolgálat, nincs orvos, bába, védőnő, halottkém, húsvizsgálat. Mindezen hiányoknál fogva az egyszerű emberek között igen nagy mértékben elterjedt a kuruzslás, a javasasszonyok segítségét veszik igénybe, ami majdnem minden esetben beláthatatlan következményekkel jár úgy testi, mint lelki szempontból. Nincs megfelelő temető, ravatalozó, a lakások kezdetlegeseek és egészségtelenek. Kicsiny ablak van a házon, esetleg csak egy, de még azt az egyet sem nyitják ki szellőztetés céljából télen, mert akkor kihül a szoba és a gazdasági helyzete a tanyai embernek legtöbbször olyan, hogy nem tud tüzelőanyagot beszerezni a meleg pótlására, ennél fogva inkább rossz, bűzös levegőben éli le életét a téli hónapokban. Minden oka megvan tehát a tanyai népnek, hogy most már sürgősen orvoslást kérjen.

A tanyai orvosellátás kérdését megnehezíti az a körülmény, hogy az orvosokat a maga számára vonja el a belterületi lakosság, ahol is könnyebb a megélhetési lehetőség. Most ugyan ezen a helyzeten való változtatás céljából készül a belügyminisztériumban egy olyan elgondolás, amely egyidejűleg anyagi lehetőséget is fog nyújtani a községi pótadókból ennek a kérdésnek a megoldására.

A lakosság arányszámát tekintve, megállapíthatjuk, hogy az elég nagy százalékban lakik a külterületen. Nemzeti érdek, hogy ezen nagy embertömeg épen olyan jó egészségügyi és kulturális ellátást kapjon, mint a belterületen lakó, mert hiszen épen úgy, sőt sokszor jobban adózik, mint a városban lakó és sokkal kevesebb áldását élvezzi a kultúrának, mint amennyit elvárhatna tőle. Kecskeméten a lakosság 56, Kiskunhalason 52, Kiskunfélegyházán 46,9, a megyék közül Csongrád vármegyében 47, Békésben 35, Jász-Nagykún-Szolnok és Bács-Bodrog vármegyében pedig 72%-a lakik a külterületen. E tanyai lakosságnak kulturális fokát nagyon sokszor feldolgoztam. Az analfabéták száma sok mindent megmagyaráz. Megállapításom szerint Hajdúhadházán a lakosság egyharmada, Nyírbátorban pedig 39%-a nem tud írni-olvasni. Vannak azonban olyan helyek is, ahol ez az arányszám 100%-ra emelkedik. Ilyen helyeken szégyelnivalóan tudatlanok az emberek és a

népegészségügy is igen alacsony nívón áll. Legműveltebb rész a szarvasi járás, itt a külterületi lakosok 34.6%-a nem tud írni-olvasni. E körülménynek igen sok oka van. Járhatatlanok az utak, hiányos a vasúti ellátás, posta, telefon, táviratközlekedés nincs. Hiába áll rendelkezésre benn a városban a legmodernebb klinika, kórház, szanatórium, ha nem tud a tanyai ember a városba bejönni. Előfordul, hogy a szülő asszony-nak 30 km-re kell mennie, amíg orvoslakta területre érkezik és nem egyszer előfordul, hogy a szülő asszony elvérzik, a beteg meghal, mire beér a modern eszközökkel felszerelt kórházba, vagy klinikára és mindig csak azért, mert nincs megfelelő út, vasút, telefon, távirat, amelynek segítségével az elsősegélyt megkaphatná rövid időn belül. Látjuk, hogy a belterületen van villany, gáz, járda, a hatóságok készen vannak mindenkor a segítségre, ugyanakkor nincs ebből egy sem a külterületen az ottani lakosság számára, amely pedig ugyanazt a terhet viseli, mint a városi lakosság. Ezt nem lehet túrni, mert lehetetlenség, hogy más osztálybeli polgárok másképen bíráltassanak el, — értve ezen a tanyai lakosságot —, mint a városiak, amikor a teherben egyenlőképpen osztóznak. Az első, ami a tanyai egészségügynek szinte beláthatatlan emeltyűje lenne, az az általános gazdasági és szociális lét emelkedése. A kultúrával bizonyos igények járnak, amelyet az emberek igyekeznek kielégíteni. Ha a nyomor megszűnnék és minden ember nyugodtan tudná a nagyobb darab kenyeret felhasználni, akkor több gondot tudna fordítani más testi kívánságára és lelki életére. Az építkezés kérdésénél is épen ilyen fontosságú szempont az anyagi jólét. A tanyai magyar nem épített nagyobb szobát, magasabbat, nem padoztat, nem készített nagy ablakot, mert nincs pénze. Nagyon fontos volna, hogy a szegény ember meg tudja keresni azt a pár pengőt munkája révén, amelynek felhasználásával megfelelő és egészséges házat tudna építeni. Népesedéspolitikai szempontból vigyázni kell arra is, hogy a magyarság minőségileg is megfelelően szaporodjék. Tessék megnézni az egyes városokhoz csatolt cigánynegyedeket, ahol házasságon kívül romlott húson élnek az emberek: itt van a legnagyobb szaporodás. Nálunk az egészséges magyaroknak kell szaporodni, mert ezen a földön csak a magyar ember az, aki össze tud forrni a földdel és azt szeretni tudja.

A tanyai lakosság táplálkozásából hiányzik a gyümölcs. Ha fogyasztja is, igen csekély mennyiségben. Ez a gyümölcstermelő vidékek lakosságára áll; nem is szólva azokról a helyekről, ahol nem foglalkoznak gyümölcstermeléssel. Pedig adatok vannak arra nézve, hogy azokon a tanyai részeken, ahol gyümölcstermelést folytatnak, sokkal magasabb az emberek életkora és egészségesebb a szervezetük. A vezetésem alatt álló kamara erre vonatkozólag nagyon érdekes adatokat gyűjtött.

Másik igen fontos kérdés, hogy a tanyai magyarság nem tud elegendő cukrot fogyasztani azért, mert azt drágasága miatt nem tudja megfizetni. Kiss Károly tanfelügyelővel folytatott adatgyűjtésem azt bizonyítja, hogy a külterületen lakó ember évi cukorfogyasztása alatta marad a magyar ember átlagos évi 13—14 kg-os cukorfogyasztásának. Sok helyen egyáltalában nem fogyasztanak cukrot.

A tanyai lakosság orvosellátásával kapcsolatban igen fontos szerepe van az orvosi lakás kérdésének. Magyarországon, sajnos, a legtöbb ta-

nyával bíró városnak nincs az építkezési szabályrendelete a tanyákra is vonatkoztatva, ahol pedig van, ott sincs végrehajtva. A tanyán úgy építkeznek az emberek, ahogy épen kedvük tartja. Ez az oka annak, hogy a tanyai lakások a legkevésbé sem mondhatók egészségeseknek. A teendő itt elsősorban az volna, hogy a szabályrendeletet — ahol van — ki kellene terjeszteni a külterületekre is. Igen nagy eredményeket lehetne elérni azzal, ha pl. ki volna mondva, hogy aki a szabályrendeletben elősorolt ilyen és ilyen, pl. padolt szobás házat épít, kap 5 évi adómentességet, aki e mellett előírt nagyságú ablakot épített bele, az kap 7 évi adómentességet és így tovább. Az építkezéshez a kormány mindenütt tényleg nem adhat pénzt; de itt nem pénzt kell adni, hanem csak bizonyos jogot. Egy-egy ilyen tanyai háznak alig van adója, úgy hogy nem sok hátrányt jelentene az adómentesség; ezzel szemben nagy mértékben lehetne szolgálni ezzel a falu-, illetve tanyahigiénét. Az orvosi lakást illetőleg két évvel ezelőtt nagyszabású tervet dolgoztam ki Johan államtitkár számára, amelyben benne vannak a megoldási módok is. Hogyan tudta néhai Klebelsberg Kunó gróf közoktatásügyi miniszter felépíteni a tanyai iskolákat? Nem az állam pénzéből, hanem érdekeltségi alapon, a közületek, a vármegye, az állam, a község és az uradalmak hozzájárulásával; így tehát érdekeltségi alapon építtettek meg az iskolák. Ugyanezt meg lehetne tenni az orvosi tanyai lakásokkal is. Ahhoz sohasem lesz elegendő pénze az államnak, hogy 1000 házat építtessen orvosi lakás céljaira, de 5—10 év alatt a fent elmondott módon igenis meg lehet építtetni ezeket a lakásokat, ki lehet telepíteni az orvosokat, akiknek elő kell segíteni a megélhetését; akkor bizonyára szívesen mennek ki a külterületre is. A 3.5 millió pengős társadalmi alaptól ilyen célra is lehetne, sőt kellene valamit fordítani.

A tanyavilágban nagyon fontos kérdés, amelynek érdekében igen sok társadalmi akció indult már meg, a gyermekkérdés. Jutalmazzuk a sokgyermekes családokat, küzdünk az egyke és az egyse ellen, de egy lépést sem teszünk a megszületett gyermek érdekében. Ha így haladunk és csak ennyit teszünk a megszületett gyermek érdekében, kérdezem, mi lesz 50—100 év múlva, hogyan fog kinézni Magyarország és a kisentente gyermekanyaga egymáshoz viszonyítva. Ha így haladunk, ahogyan most megyünk, számolnunk kell a következményekkel, amelyek jók nem lehetnek. Nem lehet a magyar közegészségügyet, az emberégségügyet, amely maga a nemzet, oly elhanyagoltan tartani, mint ahogyan az eddig volt. Fontosabb ennek a kérdésnek a rendezése mindennél. *Wekerle* volt pénzügyminiszter mondotta, hogy nem a tőke hatalmas, de a népek ereje a gazdasági haladás legfőbb biztosítéka. Legértékesebb tőke az emberi munka, mert tulajdonképen ez termeli magát a tőkét is.

Nagyon szomorúak az állapotok a közigazgatás terén is. 5748 magyar faluban 3628 jegyző és 3348 más hatósági személy van, de ezzel szemben csak 957 van ellátva orvossal és az állam, amely 14 millió pengőt költ hatósági személyekre, az orvosokra csak 3 milliót fordít évente. Óriási ez az aránytalanság. Az orvos munkájából közvetve nem lát az állam hasznot, de a jegyzőjéből igen, mert az hajtja be az adókat. Ennek a gondolkozásmódnak meg kell változni, mert az orvosi

kar missziót teljesít akkor, amikor mindent elkövet, hogy a tanyavilág egészségügyi helyzetén könnyítsen. Ebben a munkájában az államnak segítő kezet kell nyújtania. A tanyai lakosság orvosi ellátásának kérdésében hasonlóképpen súlyos a helyzet. Itt nagy hiányok mutatkoznak. A szegedi tanyakongresszuson Kiss Károly tanfelügyelővel közösen kértünk intézkedést ebben az irányban is. Az egész világon elismerten legjobban felszerelt klinikák vannak Magyarországon, mégis szülésznő, orvos nélkül jönnek a világra a tanyákon a gyermekek, orvos nélkül pusztulnak el az anyák, férfiak és gyermekek, a babona, a kuruzslás óriási rombolást visz véghez a tanyákon. A több mint 7000 orvos fele Budapesten él, nem akar kimenni vidékre s közben a magyar fajta pusztul, mert jövőjét nem biztosítja senki, tömegbetegségek pusztítanak, a trachoma, golyva, tüdővész, nemibetegségek, stb. Nincsenek egészséges kútak. Szabolcs vármegyében kútak ásását nem tudtam elérni, pedig évek óta küzdök érte. Ugyanez a helyzet általánosságban mindenütt. 20 orvos van a 700.000 ember számára a tanyákon, illetve a külterületekkel együtt 1.800.000 ember számára. Óriási szomorúság ez, de még szomorúbb az, hogy hülyék, nyomorékok, bénák, öröklött betegek egész tömegét találtam, amely betegségek vérbajtól származnak. Ezek az emberek részint nem tudnak egyáltalán betegsükről, részint nem volt alkalmuk ahhoz, hogy magukat gyógykezeltesék, miáltal egész nemzedékek betegen élnek le életüket.

Kozma volt belügyminiszter szerint képtelenség az, hogy valaki potádót fizessen 30—40 km-nyire oda, ahol nem lakik s amely helyiségek semmiféle hasznát nem élvezik. Már említettem, hogy bizonyos intézkedések történtek arra, miszerint törvényhozásilag rendeztessek a kérdések. Kell, hogy történjen valami a tanyavilág érdekében is. Nem lehet a m. kir. tiszti orvosok számának szaporítása nélkül megoldani a tanyavilág egészségügyi problémáját. A tisztiorvosok munkája egészségügyi nevelő és irányító munka volna. Mindent el kell követni, hogy meginduljon országosan a kemény küzdelem a népbetegségekkel szemben. Nagy szükség van a sürgős intézkedésekre, mert ha így haladunk, akkor az ország pusztulásba jut. Pl. Kecskeméten 1910. és 1930. között a belterületen 1.3%-kal fogyott a lakosság, míg a külterületen 34.7%-kal szaporodott. Kecskeméten 1920-ban a belterületen 21.1% volt a gyermektelen férjes asszony, 26% a hatgyermekes anya, a tanyákon pedig 16% a gyermektelen és 43% a hat- és ennél többgyermekes anya. Ezért van szükség a tanyai egészségvédelemre, mert teremt-e Isten több magyart, ha mi is elfogyunk. Honnan fogunk a magunk védelme számára munkáskezet állítani, ha kipusztul a magyarság.

Ha ezek a kérdések rendeztetnek, akkor már nagyon nagy mértékkel haladunk a probléma megoldása felé. Az előttem szóló elmondotta, hogy az Alföld tanyavilágában milyen nehéz és nyomorúságos viszonyok vannak az egészségügyet illetően. Én csak pár dologra hivatkozom. Szeged van legjobban ellátva külterületi orvossal. Debrecennek 163.000 holdnyi külterületén csak négy baba tartózkodik, orvos nincs. Kecskemét tanyavilágában Bugacon egy városi orvos van. Most szó van ugyan három orvosi állás megszervezéséről. Azonkívül négy egészségház is épül a külterületen. Kormányzati intézkedések folytán több or-

vos lesz a külterületekre kihelyezve, akik a Nemzeti Önállósítási Alaptól messzemenő támogatásban részesülnek. Több helyen tervbe van véve egészségháznak, valamint szülőotthonnak építése. Megindultak tehát a lépések az állam részéről, hogy a szociális és gazdasági viszonyokon javítsanak. Azonban még messzemenő intézkedésekre lenne szükség a tanyai körzetek átalakítására vonatkozólag is. És most hivatkozom *Várady László* országgyűlési képviselő egyik képviselőházi beszédére, amelyben a következőket mondotta: „Akadjon meg minden más munka, csak az egészségügy fejlődése ne akadjon meg, mert itt a magyarság megmentéséről van szó.” Ezzel zárom én is szavaimat, mert a tanyavilágban tényleg a magyarság megmentéséről van szó.

H o z z á s z ó l á s :

Dr. DÓSA ISTVÁN, Csongrád vármegye alispánja:

Feltétlenül szükségesnek tartom azt, hogy a közigazgatási határok tekintetében változtatás történjék a mai állapothoz képest s hogy a várostól 30–40 km-nyire lakó embereknek ne kelljen hosszas és körülményes úton eljutni útjuk végére. Megemlítem, hogy a Sövényháza közvetlen szomszédságában levő Algyő község határában olyan siralmas a helyzet, hogy ha az ott lakó embernek szüksége volt közigazgatási ügyben Sövényházára bemenni, akkor esős időben nem tudott oda egyenesen átmenni, hanem kiment a vasútállomásra, onnan vonaton ment el Szegedre, majd Kistelekre és úgy tovább gyalog, amíg a sövényházi községhezért eljutott. Sajnos, ötévi küzdelemben került, hogy azok a területek, amelyek Algyőnél fekszenek, Algyőhöz csatoltattak. A tanya problémáját az adottságokhoz képest megfelelően kell megoldani. A történelmi múltira figyelemmel kell lenni. A tanyai lakosságot a városba hozni nagyon nehéz, nekünk kell oda kimenni. A tanyavilág kérdése, — megítélésem szerint, — legjobban Kiskúndorozmán van megoldva, amelynek 19.000 főnyi lakosságából 11.000 a külterületen, 9.000 pedig a községben él. A külterületi 11.000 lakosnak ellátását igen helyesen oldották meg. A község \surd alakban fekszik Szeged határa mellett. A határ széle a község központjától 33 km-re van. A külterületen négy tanya központ létesült. Az egyikben orvos is van, azonkívül van gyógyszertár, baba, iskola, malom, postaügyi-nőkség, zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat. Ez utóbbit a tanyán idegenkedéssel fogadták, de ma már annyira népszerű lett, hogy a lakosság gyakran keresi fel tanácsadásért az intézményt.

Ma már megállapítható, hogy a tanyai közegészségügy fejlődésének megindításához megvan a megfelelő légkör. Hogy ez a fejlődés tényleg elérhető legyen, az előadók által felhozottakon kívül szükséges még az is, hogy az orvosi kar intenzíve munkálkodjék ezeknek a céloknak elérése érdekében.

Vitéz VÁRADI LÁSZLÓ országgyűlési képviselő:

Nagy örömmel szolgál, hogy a Szegedi Orvosi Kamara ezen tagértekezletén részt vehetek, mert a gazdatársadalom szempontjából nagy jelentőséget tulajdonítok az itt elhangzottaknak. A magam részéről a már elhangzottakon kívül először azt indítványozom, hogy a tagértekezlet táviratilag köszöntse Johan államtitkárt, a magyar egészségvédelem megteremtőjét s biztosítsa őt támogatásáról. Indítványozom továbbá, miszerint az Orvosi Kamara javasolja a kormánynak, hogy ott, ahol három gyermek van és a szülők szegények, ne csak az egy, hanem a kétszobás lakások is adó-

mentések legyenek, mert valláserkölcsi és közegészségügyi szempontból sem helyes, ha ezek az emberek összezsúfolódnak. Nem a gazdagabbakra gondolok, de azokra, akik napszámból élnek. Itt a lakás adómentes legyen s legyen gond arra is, hogy a két szoba valóban ki is használtassék. A temetőkérdésre vonatkozólag indítványozom, hogy az Orvosi Kamara működési területén írjon át minden hatóságnak: vizsgálta meg, hogy a ravatalozó helyiség higiénikus-e. Halottat csak a temetőből legyen szabad eltemetni. Az ellenkező eljárás nagy bajnak lehet okozója. Nemzetünk 70%-a proletár. A szegény ember hat gyermekkel haláleset alkalmával nem maradhat a halottal egy szobában virrasztva.

Igazat kell adnom az előző előadóknak abban, hogy a szaporodásnál nemesak a számszerű, de a minőségbeli szempontokra is figyelemmel kell lenni. Ha így haladunk, 30 év múlva a magyar nemzet 11 millió emberből fog állani, ugyanakkor a környező államok lakossága 40 millió lesz. Kérdezem: maradhat-e ez így? Nagy segítséget jelentene a népszaporodás tekintetében, ha megvalósíttatnék a sokgyermekes családoknak kedvezményekben való részesítése, pl. ha törvényhozásilag kimondatnék, hogy az 1939. évben minden község az olyan családoknak, ahol hét gyermek van, köteles adni — ha kéri, — ingyen telket házépítésre s ezen a telken köteles megfelelő nagyságú názat építeni megfelelő ablakokkal, padlóval és ajtóval ellátva. Ezt a kedvezményt ki kellene terjeszteni 1940-ben a hatgyermekes, 1941-ben az öt- és 1942-ben a négygyermekes családokra is. Ha a szegénysorsban lévő szülő ezt a kedvezményt megkapná a községtől, akkor lakbérre gondja nem volna és sokkal könnyebben tudna megélni. Magyar emberek vagyunk, érezzük, hogy kötelességeink vannak testvéreinkkel szemben. Teljesítsük ezeket a kötelességeket, mert vagy megértjük korunk szavát és biztosítjuk a tejlődést, vagy pedig elpusztulunk.

ELEK PÁL gazdálkodó:

A tanyavilágban az összekötő útnál talán még nagyobb fontossággal bír a gyalogútak kiépítése. Ez lényegesen olcsóbb is, mint az országútak rendbehozása, mert míg az országútépítésnél folyóméterenként kb. 25—30 pengőre van szükség, addig a gyalogútak köbméterenként már 1—2 pengőből is rendbehozhatók. Így a tanyai lakosság télvíz idején is meg tudná közelíteni a városokat, ami egészségügyi szempontból igen sokat jelent. A tanyai lakások hiányos szellőztetésével kapcsolatban az elhangzottakhoz csak azt szeretném hozzáfűzni, hogy a falusi ember nem a friss levegőtől fél, hanem a hidegtől; nincs elegendő tüzelőanyaga, így a kiszellőztetett hideg lakást nem tudja kellőképen újra befűteni. Szükségesnek tartom a tanyavilágban a szegény iskolás gyermekek ingyenes és tejből álló 10 óraijának rendszeresítését, azonkívül pedig gondoskodni kellene arról, hogy a tanyai iskolákban előadás közben a mainál nagyobb szünetek iktassanak be. A tanyai gyermek sokkal inkább van a szabad levegőhöz szokva, mint a városi s így számára kétszeresen ártalmas a fojtott teremben való huzamos ideig tartó bentlét.

HÜBNER JÓZSEF th. népművelési titkár: Az iskolán kívüli népművelés a tanyai egészségügyi és szociális propaganda szolgálatában.

A mai sorsdöntő években minden államnak elsőrendű érdeke, hogy emberanyaga minél nagyobb és minél egészségesebb legyen. A népszaporodás korszerű probléma nálunk is és hála Istennek, ezen a téren korszerű törekvéseket és határozott eredményeket is tapasztalunk már. Ennek a célnak szolgálatában áll az egészségvédelmi szolgálat, amely

az orvosok mellett az egészségügyi védőnőket is beállította az egészségvédelem szolgálatába. Ez a szolgálat nem más, mint egészségügyi nevelés s mint ilyen szorosan hozzátartozik az egységes nemzetneveléshez, amely ma már a bölcsőtől a sírig tart. A felnőttek körében a nemzetnevelésre a népművelés hivatott, jogosan beszélhetünk tehát az iskolánkívüli népművelés és az egészségvédelmi szolgálat szükséges kapcsolatáról.

Az iskolánkívüli népművelés nem más, mint a magasabb szellemi életbe bekapcsoló, a magasabbrendű életre, az emberi élet célszerű, tökéletesebb berendezésére törekvő, korszerű és céltudatos munka megszervezése. Ennek a munkának a célja: minden embert megtanítani élni, hogy munkás életét korszerűen és boldogan élhesse le. Mindenki és minden intézmény, amely népünk sorsának javítására törekszik, népművelési, azaz nemzetnevelési munkát végez. A néppel foglalkozó intézmények nem nélkülözhetik a népművelést, a törvényhatósági népművelési bizottságot, a vallás- és közoktatásügyi minisztérium népművelési ügyosztályát, még akkor sem, ha féltékenységből vagy más okból nem óhajtanak a hivatalos népművelés szerveivel együtt dolgozni.

Ennek az egészségvédelmi — nemzetnevelési munkának ki kell terjednie a tanyavilágra is, mert figyelembe kell vennünk, hogy a magyar tanyavilágnak kb. annyi lakossága van, mint Budapestnek. Országos érdek, hogy ekkora embertömeg ép úgy gondozásban részesüljön, habár nehezebb viszonyok mellett, mint a zárt, egységes tömegben élő városi lakosság. Hála a belügyi kormányzatnak, már a tanyavilágban is megindult az egészségvédelmi szolgálat.

Kérdés már most: 1. milyen egészségügyi nevelést végez a tanyán a th. népművelési bizottság és 2. milyen módon támogathatja a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálatot? Itt tudni kell, hogy a népművelés az egyetlen szervezet az országban, amely a legtávolabbi tanyáig kiépült már. A munka három csoportra osztható: 1. Mit csinálhatunk ott, ahol csak tanító, tanítónő van a tanyán? 2. Mit csinálhatunk ott, ahol orvos és 3. ahol egészségügyi védőnő is van a tanyán?

Véleményünk szerint az egészségügyi nemzetnevelésnek ott is folynia kell, ahol csak tanító van a tanyán. Ezt a munkát megalapozza a mindennapi, majd a továbbképző iskola, ahol a tanyai tanítók korszerű egészségügyi nevelésre törekednek. Az iskolai nemzetnevelés folytatásaként az ilyen helyeken is gondoskodik a népművelési bizottság az egészségügyi oktatásról, nevelésről.

A törvényhatóságok területén működő Iskolánkívüli Népművelési Bizottságok három éves munkaterv szerint dolgoznak. Gondoskodni kell arról, hogy a hároméves munkatervben kellő helyet biztosítsunk az egészségügyi ismeretek terjesztésének. Csongrád vármegye, valamint Szeged város törvényhatósági Iskolánkívüli Népművelési Bizottságainak hároméves munkaterveiben a tiszti főorvossal folytatott beható tárgyalás után a következő egészségügyi előadások megtartásáról gondoskodtunk: Főtárgy: a család egészségügye. Ennek keretében tudatosítandó kérdések: 1. Az egészséges lakás, 2. az egészséges udvar, 3. az emberi és állati fertőzőbetegségek és védekezés azok ellen, 4. egészségügyi intézmények ismertetése, 5. testápolás, 6. helyes táplálkozás,

7. a gyermek helyes ápolása. Természetesen, miután itt az előadó nem orvos, az előadásuk csak általánosságban az alapismeretekre hívják fel a figyelmet. (Kényesebb témáról a népművelésben csak orvos tartat előadást.)

A szorosán vett egészségügyi kérdések alátámasztására gondoskodunk megfelelő természettudományi (pl. a baktériumok élete, levegő, víz, napfény, stb.) és gazdasági ismeretek (a család kertje, kis állatok tenyésztése, a család ételmezése, főzés, otthongondozás, stb.) terjesztéséről is, amelyek mind a család egészségügyét szolgálják.

A hároméves munkatervet minden tanyán élő tanító megkapja, azzal az utasítással, hogy a kijelölt kérdéseket három év alatt fel kell dolgoznia, tehát a törvényhatóság területén három évig egységesen tárgyalják az egészségügyi kérdéseket a népművelési előadók. Kérdés: nem lehetne-e ezt a módszert országosan, az O. K. I. irányítása mellett életbeléptetni? Ez az országos egészségvédelmi szolgálat előkészítése lehetne. Az élőszóval való ismeretterjesztés feladata egyben a babona és a kuzuzslás elleni küzdelem is.

Az élő szóval való ismeretterjesztésen kívül igénybe vesszük a könyv és röpcédulák útján való ismeretterjesztést is. Az előadók használatára vezérfonalul szolgál Dr. Scholtz Kornél: „Egészségügyi ismeretek” című kétkötetes műve. Sajnos, népünk az egészségügyi könyveket nem nagyon olvassa. Ennek magyarázata az, hogy a különböző műveknek írói nem veszik figyelembe a tanyai lakosság primitív lelkületét, kis ismeretanyagát, csekély szókincsét és primitív szociális életkörülményeit. A tanyai lakosságot a maga ősi parasztkultúrájából kiemelni csak hozzáértéssel lehet. A nagy szókincsel írt könyvek értelmetlenek a tanyai lakosság előtt, mert az ő szókincse mindössze kétháromezer szóból áll. Ezért a nép számára írott könyvekben semmiestre sem szabad idegen szavakat használni. A kevés szókincsel megírt, meseszerűen feldolgozott műveket a tanyaiak szívesen olvassák; ezért több egészségügyi meséskönyvről kell gondoskodni. Mindezeknek most itt van a kellő lélektani pillanata, amikor a népművelési ügyosztály főnöke azzal a gondolattal foglalkozik, hogy a nép számára vékony, kevés oldalszámú, de érdekes tartalmú könyveket kell kiadni. Kitűnően lehetne felhasználni a rövid (legfeljebb 4 oldalas) propaganda röpcédulákat, amelyek csak egy-egy egészségügyi kérdéstről beszélnek s rövid egészségügyi jelmondatokba rögzítenék le a leszükségesebb dolgokat. Ezeket a propaganda röpcédulákat a népművelési előadások után kellene szétosztani. Miután az előadáson kiváltottuk a hallgatók hiányérzetét, ennek kielégítésére a röpiratokat el is fogják olvasni.

Ott, ahol tanítónő van a tanyán, a népélelmész javítására főzőtanfolyamokat rendezünk s ezzel egyidőben arra törekszünk, hogy minden tanyai asszony létesítsen háza mellett konyhakertet, amelyből idénycikkkel láthatja el háztartását. Súlyos probléma, hogy a főzőtanfolyamokon mit tanítsunk, mert egységes tanfolyamtervezet még nincs. Szükséges volna, hogy arra illetékes szakorvos állítsa össze azoknak az ételeknek sorrendjét, amelyek megfőzésére a tanyai asszonyokat meg kellene tanítani. A főzőtanfolyam problémájával függ össze a konyhakert problémája is. Nem elegendő azt tanítani, hogy mit és hogyan főzzenek, hanem gondoskodni kell arról is, hogy a szükséges élelmiszereket a konyhakertben termesszék is. Tehát gazdasági tanfolyamot is kell rendeznünk. Ennek a nehéz problémának megoldására törekszenek a

falusi kisgazdasszonyképző tanfolyamok, amelyek az egészségügyi és ételmezési kérdésekkel is behatóan foglalkoznak. A család egészségügyét szolgálják az otthongondozó tanfolyamok is.

Ott, ahol orvos van a tayan, az egészségügyi előadások tartására az orvost kérjük fel. A tanfolyamok tervezetét az orvos állítja össze s itt már nagyobb súlyt helyezünk a rendszeresebb ismeretterjesztésre és külön egészségügyi tanfolyamot is rendezünk.

Ahol védőnő van, ott munkájának megkönnyítésére törekszünk, pl. ismeretterjesztő előadásokon ismertetjük az egészségvédelmi szolgálatot, az egészségügyi védőnő munkáját is és arra törekszünk, hogy a védőnővel szemben bizalmat váltsunk ki a lakosság lelkéből. Munkájának megkönnyítésére továbbmenőleg alkalmat adunk különböző egészségügyi tanfolyamok rendezésére és arra, hogy a leányegyesületekben előadás-sorozatot tartson. A védőnő nevelési munkája tehát szoros összefüggésben van a népművelési bizottság munkájával.

A népművelésnek egyik jelentős feladata az emberi környezet egészséges kialakítására való törekvés, amely magában foglalja a lakás, az udvar, az ivóvíz, a trágyatelep, az istálló, az árnyékszék, az állatgondozás kérdéseivel összefüggő problémák ismertetését. Ezen ismeretterjesztő előadás megrendezésével a népművelés az egészségvédelmi szolgálatot támogatja. A problémával kapcsolatos a munkahely szépsége és az otthon kultusza is. A siker érdekében a tanyai iskolák udvarai sürgősen assanálандók volnának.

A fokozottabb egészségügyi propaganda lefolytatására az egészségvédelmi szolgálatnak a népműveléssel karöltve minden községben meg kellene rendezni az Egészség napját. A kezdeményező itt a törvényhatósági népművelési bizottság lehetne. Megrendezésénél mindig a helyi viszonyokhoz kell alkalmazkodni. Az Egészség napja az életörömet fokozó, felderítő ünnepély legyen.

A tanyai nép élete erős küzdelem. A munkában a test elfárad és pihenésre van szüksége. A munkában azonban a lélek is elfárad és felüdülésre van szüksége. A felüdülésről a városban intézményesen gondoskodnak, a tanyavilágban azonban erre kevés alkalom van. A népművelésnek gondoskodnia kell arról is, hogy a lakosság felüdülési, szórakozási alkalmakhoz is jusson. E célra szolgálnak az ünnepélyek, a műkedvelői előadások és a tánemulatságok. Ma ezeket a mulatságokat különböző kötelező kiadások terhelik, amelyek azt eredményezik, hogy a legtöbb esetben ráfizetéssel végződnek. Ennek a helyzetnek folyománya az, hogy a fiatalság zugbálakat rendez, amelynek kellő ellenőrzés hiányában rendszeren bicskázás a vége, hogy az erkölcsi és egészségrontó következményeket ne is említsük. Szükség van itt a kérdés józan megoldására, amit a megalkotandó népművelési törvénytől várhatunk. A törvényes rendezés jelentős anyagi támogatást biztosíthatna a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálatnak is.

A lelki higiénének kérdését szolgálja a tanulmányi kirándulás is, amelynek az értelmi, a kedélynevelés és a szociális nevelés szempontjából szinte felbecsülhetetlen értéke van. Rendkívül fontos volna, hogy még a tanyavilág népét is vigyük kirándulásokra. Feltétlenül meg kell valósítani Dr. *Antalfia* Antal miniszteri tanácsos elgondolását, hogy a menetrendszerint közlekedő vonatokhoz a törvényhatósági népművelési bizottság kérelmére filléres vagonok csatoltassanak.

Az egészségügyi szolgálat, mint nemzetnevelés csak abban az esetben teljesítheti hivatását, ha a társadalom részéről a legteljesebb támogatásban részesül. Feltétlenül szükséges, hogy a falu és a tanyavilág vezetőiben az együttérzést öntudatossá tegyünk és az egészségvédelem támogatására biztosítsuk. Ennek előfeltétele, hogy a lelkészek, a jegyzők, de főleg a tanítók kiképzésébe az egészségvédelmi szolgálat ismeretét is beleillesszük. Végtelenül fontos volna, hogy a felállítandó tanítói akadémiákon az egészségvédelmi szolgálatot részletesen ismertessék és gyakorlatban is bemutassák. Viszont az egészségügyi védőnőnek ismernie kellene a népművelés szervezetét, működési körét és azt, hogy ebbe a munkába — a maga céljaival — hogyan kapcsolódhatik bele. Ezért a védőnőképző intézetben a népművelést is ismertetni kellene.

Gondoskodni kellene, hogy egészségvédelmi szempontból kifogástalan egészségügyi filmek is rendelkezésére álljanak a népművelésnek. Gondoskodni kellene továbbá arról is, hogy a népművelésnek korszerű, az egyszerű emberek által is megérthető egészségügyi diapositívek álljanak rendelkezésére.

Az egészségvédelmi szolgálat támogatására a leventék részére kötelező népművelési előadások közé egészségügyi előadásokat is iktassunk be. Célszerű volna a kérdést hivatalosan rendezni s az egészségügyi nevelésnek nagyobb teret adni. Az O. K. I. dolgozhatna ki ilyen tanfolyamtervezetet.

A szociális problémákkal kapcsolatban a népművelés vallás-erkölcsi neveléssel, a lakosság érzelmi életére való ráhatással siethet az egészségvédelmi szolgálat segítségére. A cél szolgálatába beállítható a megfelelő propaganda is. A propagandát főleg a társadalmi egyesületekben kellene lefolytatni. Magyarországon az egyesületek évi bevétele kb. 80 millió pengő. Ha minden egyesület évi bevételenek $2\frac{1}{2}\%$ -át volna köteles (törvény alapján) az országos egészségvédelmi szolgálatra befizetni s ha az egyesületek bevételeit csak 40 millió pengőnek vesszük, akkor is évi 1 millió pengő állana az országos egészségvédelem szolgálatára.

A tanyai kultúra problémája nélkül a többi probléma nem oldható meg. Szükséges tehát, hogy az összes kérdéseknél egyöntetűen történjék a jobbulás irányában intézkedés. Dolgozni kell a magyar jövőért, mert ez a munka honvédelem. Ha majd a magyar jövő azt követeli, hogy az ősi, ezeréves határok felé ismét meginduljanak hadosztályaink, akkor nagyszámú és egészséges katonákat indíthatunk majd meg és nem 18 éves gyermekeket.

Dr. MÉSZÁROS GÁBOR egyetemi magántanár: *Tanyai népelelmezés.*

A tanyai emberek élelmezésére vonatkozó közvetlen tapasztalataim és adatgyűjtések azt bizonyítják, hogy az nem elegendő és megfelelő. Ezért feltétlenül kell valamit tenni a helyzet megváltoztatására. A Magyar Nemzeti Népelelmezési Bizottság kiszámította, hogy a mezőgazdasági munkát végző embernek évi átlagban naponta milyen tápanya-

gokra van szüksége s hogy ezeket milyen élelmi anyagok alakjában lehet legolcsóbban megszerezni. Mikép lehet ezeket az élelmi anyagokat a tanyai embernek a maga részére megszerezni? Itt különös problémát jelent a viszonylagos elszigeteltség. Ezért a beszerzés lényegesen nehezebb, mint a városban, vagy akár a faluban is s így bizonyos mértékig a tanyai ember az önellátásra van utalva. Ez elsősorban azokra az élelmi anyagokra vonatkozik, amelyeket hosszabb ideig tárolni nem lehet. Különbséget kell tehát tenni tárolható és így egyszerre nagyobb mennyiségben beszerezhető és nem tárolható élelmiszerek között. A nagyobb mennyiségben való beszerzésnek anyagi nehézségei is lehetnek és gyakran vannak is. Épen ezért ez meglehetősen szűk térre szorul. Az önellátásnak elméletileg komoly nehézségei nem igen vannak. Vizsgáljuk az élelmi anyagokat a fenti szempontból a ma legáltalánosabban szokásos felosztás szerint: energiaforrások és védőanyagok. E felosztást inkább csak a tárgyalás egyszerűsítése végett választjuk, mert a kettő egymástól nem különíthető el.

A magyar ember fő energiaforrása a kenyér, a tésztafélék, a szárazhüvelyesek, a burgonya és a zsír. Közülük védőanyagokat nagyobb számban és mennyiségben szinte csak a burgonya tartalmaz. Épen ezért már most hangsúlyoznunk kell ennek fontosságát. De a kenyéرنél is meg kell állanunk egy szóra. Sok szó esik a magyar kenyér kitűnőségéről. Vajjon tényleg olyan kitűnő? Az alföldi semmiesetre sem. Az Alföldön általában fehér búzakenyeret eszik a nép s azt rendszerint hosszabb időre megsüti. Ez alatt a kenyér kiszárad és íztelessé lesz. A liszt minősége ellen is kifogást kell tenni. A búza energiaforrásai szinte maradék nélkül belejutnak a fehér lisztbe, viszont védőanyagai szinte maradék nélkül kimaradnak. A vitaminok, elsősorban a B₁, a szervezetlen anyagok, a korpába jutnak. Gazdaságilag talán így is értékesülnek, de az ember élelmezése szempontjából elvesztek. A korpás kenyér nem is szárad annyira. Ez az oka annak, hogy az ú. n. egységes lisztet ma a fiziológusok és diatetikusok általánosan ajánlják. Az ilyen kenyér jobban eláll és értékesebb anyagokat is tartalmaz. E tekintetben jelenleg nehézségeket okoz a malomtechnika. Ha azonban ez a kérdés valamilyen módon megoldást nyer, a tanyai embernek ép oly könnyű lesz megkeresni az egységes lisztet, mint ahogy ma megszerzi a fehérebbet.

A burgonya három szempontból kitűnő élelmianyag: mint energiaforrás, mint fehérje- és C. vitaminforrás. Termelése, tárolása különösebb nehézséget nem okoz. Aki nem tudja maga megtermelni a saját szükségletét, az is beszerezheti és elraktározhatja. Ez általában meg is történik, tapasztalataink szerint azonban nem kellő mértékben. Szerintünk egy földműves évi szükséglete mintegy 150 kg.; a fogyasztás ennél lényegesen kevesebb.

A zsírról a tanyai ember sertéshízalás útján gondoskodik. Egy háromgyermekes tanyai házaspárnak mintegy 90 kg. zsírra és szalonnára van összesen szüksége. Ezt egy jól hizott vagy két kisebb disznóból megkapja. Persze kérdés, van-e mit vágni?

A szükséges babot, borsót, lencsét, ha ugyan eszi, könnyen megtermelheti, vagy ha nem, meg is vásárolhatja és elrakhatja. Általában tehát az energiaforrások komoly nehézséget nem okoznak.

Lássuk most a védőanyagokat, elsősorban a fehérjéket. Az állati fehérjeszükségletet három élelmiszerral fedezhetjük: tejjel, tojással és hússal. A tanyai gazda tejfogyasztása vagy kielégítő, vagy teljesen hiányzik. Ha van tehene, az rendszerint eleget ad arra, hogy a család el legyen látva. Ha pedig nincs, még a minimumot sem tudja fedezni. $\frac{1}{2}$ liter tej személyenként olyan minimum, amelyről ma már vitatkozni sem szabad. Sajnos e tekintetben nagyok a hiányok. A tehén ma már szinte vagyont jelent. Itt sokat segíthet egy jó kecske is. Csodálatos, hogy ezzel szemben egyes vidéken milyen ellenszennel viseltetnek. E téren az orvosra igen komoly népnevelő feladat vár. Amilyen szomorú, hogy a tej értékesítése egyes helyeken komoly nehézségeket jelent, éppen olyan szomorú az eloszlás aránytalansága, sőt a termelés elégtelensége is. Nem frázis az, hogy a tej élet, erő, egészség. Orvosok előtt felesleges annak értékét hangsúlyozni. Felesleges, hogy a tej fehérje-, só-, vitamin-, és végül, de nem utolsó sorban zsírtartalmának jelentőségét ismertessük. Elegendő annak hangsúlyozása, hogy a tejszükséglet fedezése már nagyon nagy lépést jelent az élelmezés tökéletesítése terén.

Fontos volna a tojás kérdése is. A lipidoknak ma még eléggé nem tisztázott jelentősége, a tojás értékes fehérjéi, D. vitamin tartalma és mindezek mellett konyhatechnikai kiválósága és közkedveltsége különös jelentőséget ad a tojásnak. E téren a tanyai embernek nagyobb nehézsége nincs. Felnőtt egyénenként két tyúk fedezi az évi tojásszükségletet, feltéve, hogy a tyúkot le nem vágják, vagy a tojást el nem adják. Ez utóbbi célra külön kell tartani baromfit. A hús kérdése tisztán anyagi kérdés. Egy felnőtt embernek évenként 15—20 kg. hús elegendő. A fentemlített családnak fél mázsa fedezi a minimális szükségletét. Ennyit pedig abból az egy-két disznóból megkap, de még a baromfi is jelent valamit. Vadban, halakban gazdag vidéken a kérdés megoldása könnyű. Ahol disznó nincs, a házinyullal lehetne segíteni.

Most elértünk egy másik fontos kérdéskomplexumhoz: a zöldség és gyümölcsök fogyasztásához. Egyes vitaminok, ásványi sók, az étrend változatossága, az élelem ízletessége egyaránt szükségessé teszi ezek fogyasztását. Sajnos a nép ezeket jórészt nem ismeri s főleg el nem ismeri. A gyümölcsöt általában szereti, de pénzt nem igen adnak érte. Az almától eltekintve a tanyai ember nem is tudna gyümölcsöt hosszabb ideig természetes állapotban tárolni. Ezért az egyetlen megoldás, hogy mindazt, amire magának és családjának szüksége van, maga termelje. Sok helyen van is kis konyhakert, melynek azonban a termelése nem mindig észszerű. Hogy mekkora kert szükséges és hogy a talajt milyen módon kell alkalmassá tenni: annak megvilágítása nem az én feladatom. Nekem csak arra kell rámutatni, hogy zöldségfélékre, gyümölcsre minden embernek multhatatlanul szüksége van. Ezért célszerű volna, hogy minden tanya saját maga termelje ezirányú szükségletét. A szilvaíz készítése, a mindinkább szaporodó aszalók igénybevétele, a téli lekvár és aszaltszilva, alma és körte, esetleg szárított zöldségfélék téli szükségletét is biztosítaná.

A fűszerek beszerzése komoly nehézségeket nem okoz, mert általában könnyen tárolhatók. Itt szeretném említeni a cukor kérdését is. *Beznák* szerint mindinkább ér-

vényre jut az a törekvés, hogy a cukor ne energiaforrás, hanem csak izesítő legyen. E felfogással — különösen a gyermekek értelmezése terén, — nem érthetünk egyet. De sajnos, ha a kormány cukorpolitikája meg nem változik, a szegényember még izesítésre is inkább a csempészett „ezerédes“-t, a sacharint fogja használni, mint a hihetetlen árkarriert elért cukrot. Pedig az apró gyermekeknek évenként legalább 10—12 kg., a felnőtteknek pedig 5—6 kg. cukorra volna szüksége. E téren a mai viszonyok között az egyetlen lehetőség a méhészkedés.

Végeredményben tehát a helyes tanyai élelmezés vezérelve a lehetőségig fokozott önellátás kell, hogy legyen. Bolgárkertészet, vagy legalább is konyhakert; tehát, ha nincs, kecske. Egy-két hízó, esetleg házinyúl, baromfi, méhészet, a burgonya termesztésére mintegy 200□-öl föld, ezenkívül a liszthez szükséges gabona és a takarmány termesztésére mintegy 4 hold földterület biztosítja a kb. 3—4 gyermekes család élelmezését.

Nem volna teljes referátumom, ha ki nem terjeszkednék a főzésre is. Sokan túlzottnak tartják azt a megállapítást, hogy a nép nem tud főzni. Pedig ezt az Alföldre vonatkoztatva fenn kell tartanom. Nagyobb helyeken a különböző főzőtanfolyamok valami segítséget már jelentenek. Sajnos az ilyen tanfolyamok nem mind ideálisak. Ahány, annyi-féle. Foglalkozik ezzel a kérdéssel a sok magánegyesületen kívül a kultusz-, földművelésügyi- és belügyminisztérium. Remélhetőleg a Magyar Nemzeti Népelelmezési Bizottság munkája e téren is eredményes lesz és a ma szertefolyó akciók összefoglalása megtörténik. A tanyai leány azonban — sajnos — még a legjobb főzőtanfolyammal sem ér semmit, mert azon nem vehet részt. Ezen a hiányon csak intézményes megoldás segíthet és pedig úgy, ha ezt a kérdést legegyszerűbben, a levante intézményhez hasonló kötelező oktatással oldják meg.

Mindezeket összefoglalva azt kell mondani, hogy a tanyai embernek sok természetes adottsága és lehetősége van arra, hogy úgy maga, mint gyermeke egészségesen, helyesen élhessen. Biztosítsuk számára a lehetőséget, vezessük, tanítsuk, hogy élelmezése megfelelő lehessen.

Dr. SZENTKIRÁLYI ZSIGMOND egyetemi magántanár: Nemibetegségek kérdése a tanyavilágban.

Ismereteink a tanyavilág nemibetegségekkel való fertőzöttségről csak nagyon hozzávetőleges adatokon alapulnak. A tanya lakossága számbelileg állandóan változik és a mezőgazdasági munkák idején sokszor a kétszeresére is megnövekszik. Ez nagyon megnehezíti a tájékozódást és úgy a nemibetegségek számának megállapítása, mint az ellenőrzés és a gyógykezelés tekintetében sokszor megoldhatatlan problémát jelent. Mindenesetre ezt a tényt mindig tekintetbe kell venni.

Kizárólag a tanyai lakosság nemibetegségekkel való fertőzöttségének megállapítására vizsgálatokat az ország területén kevesen végeztek. Ezért Csongrád vármegye területén 1937. évben olyan vizsgálatokat kezdtem végezni, amelyek azon az elven alapulnak, hogy csak a tömegek alapos átszűrése vezethet a nemibetegségek elterjedtségének megismerésére. A vizsgálatok zárt csoportokra vonatkoznak és még most is folyamatban vannak. Szempontunkból most két ilyen zárt csoport adatai a fontosak: a katonáké és az iskolásgyermeké, amelyek a

tanyavilág viszonyait némiképen megvilágítják. A nagymágocsi, derek-egyházi, vásárhelykutasi iskolás gyermekeknél végzett tömeg-serológiai vizsgálatok adatai szerint a vizsgált 411 tanuló közül mindössze öt gyanús, biztosnak egy sem mondható. Ennek a számnak a jelentősége akkor válik nyilvánvalóvá, ha tekintetbe vesszük azt, hogy az 1937—38-ban vizsgált 1023 Mindszenti, tehát községi iskolásgyermek közül 11 már a serológiai vizsgálat alapján is biztosan luesesnek számít és további 16 ugyancsak a serológiai vizsgálat alapján gyanús.

Az 1931-ben általam a vásárhelyi külterületi elemi iskolásoknál és most Csongrád vármegye három tanyavilágában végzett vizsgálat azt mutatja, hogy a tanya állandóbb jellegű lakosságának gyermekei lényegesen kisebb arányszámban szenvednek veleszületett szifiliszben, mint a községi vagy városi gyermekek. Vizsgálataim alapján, ha óvatosan is, de azt a megállapítást kell tennem, hogy a családok fertőzöttsége szempontjából a helyzet az általam vizsgált területeken jobb, mint a faluban és városban.

Nem tagadom azt, hogy a tanyán szétszórta élnek szifiliszes családok és hogy megfelelő vizsgálatokkal ezeknek a számát is meg lehet állapítani. De vizsgálataim azt látszanak igazolni, hogy ezeknek a száma nem lehet túlságosan nagy. Semmiképpen sem állíthatjuk azt, hogy ezek a családok fertőzési gócként szerepelnének.

A Hódmezővásárhelyen állomásozó zászlóaljnál szolgálatot teljesítő 837 honvédra vonatkozó vizsgálati adataim kétségtelenül azt mutatják, hogy a tanyán lakó földműves foglalkozásúak megbetegedési arányszáma lényegesen kisebb. Saját magunk a serológiai vizsgálatainkkal 11 katonánál állapítottunk meg luest. Közülük 8 városi, 2 tanyai és 2 falusi lakos. E számok kétségtelenül az előbbi állítást igazolják. A zászlóalj legénysége közül a vizsgálati idő alatt mindössze hárman fertőzöttek gonorrhoeával, azonban ezek sem a tanyavilágban, hanem városokban vagy községekben. Bár a vizsgálatok mindössze 631 iskolásgyermekre és 837 férfire vonatkoznak, mégis azt hiszem, hogy többet jelentenek minden eddigi vizsgálatnál, miután homogén csoportokra vonatkoznak, amely csoportnak minden tagja megvizsgáltatott. Véleményem az, hogy az autochton nemibetegség a tanyavilágban kisebb számban fordul elő, mint akár a faluban, akár a városban. Ha a helyzet ma, amikor tulajdonképpen semmiféle érdemleges védőintézkedés nem áll fenn, ilyen előnyös, akkor azt hiszem, hogy megfelelő intézkedéssel ezt a helyzetet fenntartani, sőt javítani lehetséges.

A védekezés két sarokpilléren alapszik. Közülük az egyik az állandóan a tanyavilágban élő nemibetegek felkeresése és meggyógyítása, a másik a tanyavilágban csak időszakosan tartózkodók egészségügyi vizsgálata a tanyavilágba költözés előtt. Vonatkozik ez különösen a tanyavilágot időnként nagyobb tömegben előzőnlő időszakos munkásokra. Tapasztalatom az, hogy tömegesen gonorrhoeás és szifiliszes fertőzés a tanyákban akkor történik, amikor aratás, kapálás, stb. munkák elvégzésére sok proletár nő és férfi vonul ki. Ezeknek a hatályos ellenőrzését elengedhetetlennek tartom.

Minden bizonnyal nem könnyű, de nem megoldhatatlan a tanyavilág állandó lakóinak rendszeres átvizsgálása. A gyógykezelés sem üt-

közük különösebb nehézségbe. Alapelvül azt kell kitűznünk, hogy a nemibetegség addig kezeltessek, míg az sem a betegre, sem a környezetre már nem veszélyes. Ma az Arsolal készítményt használok rendszeresen olyan betegeknél, akik nem tudják az orvost rendszeresen felkeresni, mert ezt lakóhelyük távolsága, vagy munkaviszonyuk nem engedi meg. A gonorrhoeára vonatkozólag véleményem az, hogy minden tanyai gonorrhoeást kórházba kell internálni, mert gyógykezelésük a tanyavilágban semmiképen nem képzelhető elő. Az újabb chemotherapy megadja a lehetőséget arra, hogy a gonorrhoeát az eddiginél lényegesen rövidebb idő alatt meggyógyítsuk.

A tapasztalat azt mutatja, hogy a tanyai férfiak, gazdasági cselédek elsősorban a városi prostituáltaktól szerzik nemibetegségüket. Számbajöhető kivétel csak az, amikor a városi beteg nők mennek ki mezőgazdasági munkákra s így a tanyák között is van alkalom fertőződésre. A házasságon kívüli sexualis élet a tanyai lakosoknál igen elterjedt, azonban azt tapasztaljuk, hogy ezen az úton kevés fertőzés történik, legfeljebb abban az esetben, ha egy beteg cselédleány kerül valamelyik tanyába és folytat promiscuitást. A városi és falusi titkos és nyilvános prostituáltak intenzív ellenőrzése tehát nemcsak ezeknek a közületeknek a lakóit védi, hanem egyben a tanyaiak megóvását is jelenti.

Az a vizsgálat sorozat, amelyet Dr. vitéz Tóth Béla vármegyei tisztifőorvos vezetése alatt az Egészségvédő Intézet a hatósági orvosi karal és a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálattal munkaközösségben végez, már eddig is figyelemreméltó. Csongrád vármegye területén a nemibetegek felkutatása és a nemibetegségek felkutatása abban a formában történik, amely egyedül célravezető. A szaktanácsadó irányítja ezt a sajátos munkát. Csak ezen az úton lehet célt elérni és ezért kívánatos, hogy az ország más területén is a venerológus, mint szaktanácsadó, illetőleg az Egészségvédő (nemibeteg gondozó) Intézet, mint irányító szerv az általános egészségvédelmi szolgálathoz az eddiginél fokozottabban vonassék be.

Dr. GÁLI GÉZA szanatóriumi igazgató-főorvos: *A tanyavilág tuberculosis-problémája.*

A tanyavilág nagy problémái közé tartozik a tuberculosis kérdése is. Magyarország tbc.-halálózása a háború előtti 2.94%-ról 1934-ben leszállott ugyan 1.5%-ra, de még mindig rendkívül magas. Abban, hogy a tbc.-halandóság nálunk ilyen nagy, jelentékeny része van az Alföldnek, amelynek tbc.-halandósága különösen a Duna-Tisza közén jóval nagyobb, mint az ország egyéb részein. A tbc.-halálózás a tanyákon nagyobb, mint a városokban, amit érthetővé tesz a tanyai lakosság nagyarányú tbc.-fertőzöttsége. 1925. évben előadott vizsgálataink szerint tanyákon 1—12 éves korig a gyermekek 25%-a reagál tuberkulinra pozitívan, 12—20 éves korig a lakosság 86.3%-a, 20-tól felfelé azonban már csaknem mindenki fertőződött. Ezek a számok azóta sem változtak lényegesen és Dobszay vizsgálatai hasonló eredménnyel végződtek. A magas fertőzöttségi és halálózási számoknak megfelelően a nagy meg-

betegedési számok is. Régebbi vizsgálataink szerint 10—12 éves korig 30%-ban, 20 éves koron felül a 100%-os fertőzéssel szemben csak 28.5%-ban voltak jelen röntgennel is igazolt kifejezett lefolyt, vagy még meg nem gyógyult megbetegedésre utaló tünetek. Nagy számok ezek is, de mégis azt igazolják, hogy népünk ellentálló képessége a tbc-vel szemben elég nagy és hogy konstitúciója jó. Melyek már most azok a tényezők, amelyek egyrészt a gyakori fertőzést, másrészt a konstitúció, az ellenállóképesség olyan legyengülését vonják maguk után, hogy a fertőzés megbetegedésben és elpusztulásban nyilvánul meg? A fertőzés gyakoriságát érthetővé teszi a tanyai lakások túlnyomóan kisméretű és rosszul szellőztetett volta. Hozzájárul ehhez még az is, hogy olyan tanyai csoportokban, ahol a tanyai házak sűrűbben vannak egymás mellett, sokat látogatják egymást és egy megrögzött rossz szokás következtében épen a betegeket látogatják különös szeretettel. Persze vannak tanyai települések, amelyekben a házak egymástól szétszórva vannak és ezért érthető, hogy vannak tanyai területek, amelyekben a fertőzés a belterületinél kisebb. Az ellenállóképesség legyengítésében nagy része van a qualitative és quantitative hiányos táplálkozásnak. Ezt igazolják az 1925-ben végzett saját vizsgálataink és az azóta végzett nagyobb számú egyéb vizsgálatok is. Míg a mezőgazdasági munka átlagos kalóriaszükséglete 3600 fölött van, addig Magyarországon a bevett tápmennyiség kaloriaértéke csak 2500 körül ingadozik. Quantitative is nagy a hiány, mert míg a felnőtt férfi átlagos napi fehérjeszükségletét 70 gr-ra tehetjük, addig a tanyai lakosok élelmezésében ez legfeljebb napi 30—40 gr-t tesz ki és ez a fehérje nemcsak quantitative kevés, de qualitative is. Nagy hiba a táplálék rendkívül egyhangú volta és vitaminszegénysége. E hibák különösen szembőlökké lesznek aratáskor. Az aratás két irányban hathat a konstitúció legyengítésére. Az egyik a nagy munka utáni elfáradás, amelyben természetesen a tüdő is résztvesz, a másik tényezőt a szervezet kémiai összetételében nagy munkák után beálló elváltozások adják: az alapanyagcsere legalább 10%-kal magasabb marad a nyugalmi értéknél még hosszú ideig az aratás után is, a vércukor csökken erősen, a szövetekben fehérjeszétesés következik be, azonkívül csökken a szervezet B. vitamin tartalma, ha a táplálékban nincs nagy feleslegben B. vitamin. Mindezek a körülmények érthetővé teszik amerikai statisztikusok ama vizsgálati eredményeit, hogy 40—45 éven felül a nehéz testi munka, elsősorban a legnehezebb aratás, az élettartamot megrövidíti. Még súlyosabbá válik azonban a helyzet nálunk, ahol a nehéz testi munka nem jár kellő táplálékfelvétellel. *Farkas* professzor vizsgálataiból tudjuk, hogy az arató munkások 5500 kalóriát jelentő táplálék fogyasztása mellett is 13 nap alatt 2.5 kg-t fogytak. Hány arató munkás tápláléka tesz ki az aratás alatt napi 5000 kalóriát. Az aratási munka mellett nem hanyagolható el az a munka sem, amelyet a tanyai lakosok által végeznek, hogy ügyes-bajos dolgaik ellátása, termékeik eladása végett rendkívül sokat gyalogolnak. Minél rosszabb az út, annál nagyobb az energiafogyasztás. Különösen súlyosan esik ez latba fejlődő gyermekeknél, akik hogy a távoli iskolákba eljussanak, rossz ruhában, lyukas cipőben, zimankós időben kilométereket járnak. Sokszor délben sem

esznek meleg ételt, agyoncsigázva érkeznek haza és utána még a házi munkában is résztvesznek. Ez teszi érthetővé, hogy nálunk az Alföldön a 7—14 évesek tbc.-halandósága nagyobb, mint másutt. Az említettek mellett az Alföldön még nagy klimatikus hibák is vannak. Az évi középhőmérséklet ugyan plusz 10° Celsius, de rendkívül nagyok a kilengések, amelyek miatt a hőmérséklet $+40^{\circ}$ C. és -34° C. között ingadozik. Nincsenek erdők, nincs elég fa, azért a szelek akadály nélkül viharzanak végig az Alföldön, port visznek mindenfelé, kiszárítanak mindent. A szabálytalan nagy esőzések rendkívül erősek s ez nagy sárképződéshez vezet. Ez még inkább rontja az amúgy is rossz közlekedési viszonyokat és a tanyáknak ily módon való nehéz megközelíthetősége egyrészt a babonák elterjedéséhez, másrészt az orvosi ellenőrzés hiányához vezet. Olyan sokáig isszák a maguk rendelte terpentint, a feketeterek levét, hogy a beteg későn kerül orvoshoz, nem is beszélve arról, hogy az el nem különített beteg körül a gyermekek folyton ott játszanak, a beteg pedig szerteszéjjel köpi pozitív köpetét és megfertőzi egész környezetét. A rendszeres orvosi ellenőrzés az esetek túlnyomó részében megfelelő intézkedésekkel meg tudná akadályozni a folyamat súlyosbodását. Ez különösen akkor válik szembeötlővé, ha szemügyre vesszük azokat a klinikai formákat, amelyek a tanyai lakosság körében különösen gyakran fordulnak elő. Természetesen nincs olyan tbc.-forma, amely a tanyán ne fordulna elő, vagy amely csak a tanyai lakosokat támadná meg. Több mint 500 tanyai betegre vonatkozó kórtörténeteink feldolgozása kapcsán azonban azt a megfigyelést szűrhettem le, hogy leggyakrabban a jó ellenállóképességre utaló, csak a csúcsra kiterjedő formák észlelhetők, amelyeknek jóindulatúságát nem befolyásolja az sem, hogy oly gócból, amelyek később elmeszesedtek, haematogen szóródás után jöttek létre, vagy hogy hozzájuk pleuritis járult. Ha azonban az ellenállóképesség a fentvázolt körülmények miatt legyengült, vagy egymást követik a masszív reinfeciók, akkor a csúcsban, vagy a csúcs alatt friss infiltratum fejlődik, amely kavernásan széteshet. De régebbi, megnyugvónak látszó gócok haematogen úton szét is terjedhetnek. Ezzel kapcsolatban nem ritka a csontok, ízületek, mirigyek tuberculosisa, amely azonban előfordulhat úgy is, hogy a tüdőben úgy szólván semmi tbc.-s elváltozást sem tudunk kimutatni. Öreg korban nem ritkán fordul elő, hogy egy emphysemásnak tartott egyénnél friss infiltratum lép fel, amely ha idejekorán nem kerül gyógykezelés alá, szét is eshet és számos fertőzés forrása lehet. Nem szabad elfelejteni, hogy régi pleuritisek maradványai mellett is felléphet egy infiltratum évek múlva. Régi kérgesedések, ú. n. cortico-pleuritisek később széteshetnek kavernásan, ami különösen gyerekeknél fordul elő gyakrabban. Régi, megnyugvónak látszó folyamatok, szétszórt meszesedések, lázas mediastinitisekhez is vezethetnek, amelyek a szívre gyakorolt vöngáló hatásuk következtében a szíven zörejképződéssel járva, mint vitiumok szerepelnek, elfedve a tbc. helyes diagnózisát. Sokszor az ilyen mediastinitisek mellett a régi meszes góc körül apró, szinte a miliaris tbc-re emlékeztető gócok lépnek fel, amelyek ha kellő időben kerülnek megfelelő kezelésbe, visszafejlődhetnek. Ha azonban magukra hagyjuk őket, akkor egyik, vagy másik góc kavernásan szétesik. Szerencsére

jobb lefolyásúak és gyakoribbak azok a régi meszes folyamatok és pleuritisek, amelyek a zsugorodás következtében bronchiektáziákhoz vezetnek. Ezek különösen őszi, téli hurutjaikkal nagyon meggyötrik a munkájából élő embert, megakadályozzák a nyári fáradalmak kipihenését és ezért nem szabad ezeket sem gondozás nélkül hagyni.

Ha segíteni akarunk, akkor prophylaktikus és therapiás intézkedésekre van szükség. Az előbbi szempontjából elsősorban szükség van a lakás- és táplálkozási viszonyok javítására. A gyermekek iskoláztatásának megkönnyítése végett célszerű a tanyai iskolákat internátussal összekötni, ahol legalább a legrosszabb időjáráskor laknának a gyermekek. Ahol ez keresztülvihetetlen, ott az iskola mellé étkezőhelyiségeket kellene építeni. Az iskolában, különösen az ismétlődő iskolában, a gyermekek higiénés oktatásban részesüljenek, a leányok oktatást nyerjenek a helyes főzésben. Az orvosi ellenőrzés fokozására a tanyák által könnyen megközelíthető tüdőbeteggondozókat kell felállítani minél nagyobb számban. Segítséget jelent e tekintetben a vándorgondozó is, különösen, amíg útaink rosszak és nincsenek tanyaközpontok. Ezeknek a gondozóknak feladatává kellene tenni a gyermekek időszakos ellenőrzésén kívül az aratóknak ellenőrzését az aratás előtt és után. Időnként ellenőrizni kell a teheneket is. Végül a profilaktikus intézkedések közé tartozik az Alföld fásítása és erdősítése, amely lényegesen javítaná az Alföld éghajlati viszonyait.

A prophylaxison kívül oly intézkedésekre van szükség, amelyek részint szociális, részint klinikai értelemben vett therapiát jelentenek. Elsősorban a gyógyintézeti ágyak szaporítása révén meg kell akadályozni azt, hogy jóindulatú zárt folyamatok rosszindulatú nyílt folyamatokká váljanak; ugyancsak a férőhelyek szaporítása révén kell a súlyos betegeket izolálni. Lehetővé kell tenni a légmellkezelés gyakoribb alkalmazását, mert ezáltal acut esetekben legalább 70–80%-os gyógyulást lehet elérni. Általa és egyéb műtétek révén a chronicus esetek jelentékeny százaléka szintén gyógyíthatóvá lesz.

A földműves munkája nagyon nehéz munka, ezért a földművesek egyrészét, azokat, akiknél ezt a kórfolyamatot szükségessé teszi, más foglalkozási ágra kell átnevelni. Ez okból különösen az alföldi szanatóriumokat ki kell bővíteni, angol és holland mintára higiénés műhelyekkel ellátni, úgy, hogy munkatherápiára alkalmasak legyenek. Ipari gépek könnyű kezelésével járó munkákon kívül célszerű, ha a szanatóriumokban tanulják meg azok, akik nem tudják, a háziipar különböző formáit is. A szorosán vett háziipar prophylaktikus szempontokból azért is, mert a nyári sokszor szűkös keresetet ezáltal ki lehet egészíteni, ami által a tanyaiak gazdasági ereje növekszik és ellenállóképességük nagyobb lesz. Itt nem szabad elfeledkezni arról sem, hogy a tanyákról kerül ki a háztartási alkalmazottak nagyrésze. Ezeknek az átnevelése is igen fontos probléma s ennek a megoldására a háziipar látszik igen alkalmasnak. Mindezek a prophylaktikus és therapiás intézkedések természetesen nagyobb anyagi erőt igényelnek. Már 1925-ben rámutattam arra, hogy ez csak a mezőgazdasági munkásbiztosítás révén lehetséges. Tudom, hogy ez sem könnyű feladat, de Olaszország példája, ahol tulajdonképpen csak tbc.-elleni biztosítás van, irányadó lehet, hogy a mezőgazdasági munkások betegségi ágazatában egyelőre csak a legfontosab-

bat, a tbc.-elleni biztosítást vezessük be. Olaszország tbc.-mortalitása a biztosítás révén az 1927. évi 60.000-ról 1936-ban 35.000-re szállott alá. A példa tehát követésre méltó.

H o z z á s z ó l á s:

Dr. MÜLLER FERENC tüdőszakorvos:

A hódmezővásárhelyi tüdőbeteg gondozó intézet által a múlt évben megvizsgált 7829 óvodás és iskolás gyermek közül 1085 reagált positive, vagyis 13.85%. A gyermekek vizsgálatán kívül úgy a bel-, mint a külterületen megvizsgáltattak az óvónők, óvodai dajkák, tanítók, tanítónők és iskolaszolgák is. A vizsgálatokkal kapcsolatban egészségügyi ismeretterjesztő előadások is tartattak, amelyeknek hatása alatt még a legtávolabbi iskolákból is csaknem valamennyi Pirquet-positív gyermeket behozták az intézetbe röntgenvizsgálatra. A vizsgálatokat az idén folytatják és megfigyelésüket három irányban terjesztik ki: 1. A múlt évben vizsgálat alá nem került gyermekek közül milyen arányban mutatkozik a positiv reactio s ez az arány milyennek mutatkozik a múlt évi átlaggal szemben? 2. A múlt évben Pirquet-negatív gyermekek között az idén mutatkozik-e Pirquet-positív, vagyis időközben létrejött fertőzés kimutatható-e? 3. A tbc.-vel való fertőzöttségen kívül a figyelem a gyermekek vagyoni viszonyaira is kiterjesztetik, hogy a Pirquet-positív és emellett szegénysorsú gyermekek az ebédeltetési és tejsegéllyel, fokozott ételmezéssel minél erősebbekké tétessenek. Ily módon remélhető, hogy az amúgy is eléggé kedvező hódmezővásárhelyi tbc.-viszonyok a jövőben még kedvezőbbekké válnak.

*

A Kerületi Orvosi Kamara a tagértekezlet vitaanyagának felhasználásával a következő konkrét javaslatokat terjesztette a m. kir. kormányhoz:

1. Rendeltessek el a szakszerű és az egészségügyi kormányzat irányításával történő közegészségügyi adatgyűjtés külön a tanyavilágra vonatkozólag is öt éves időközben. Az adatgyűjtéssel kapcsolatban történjék gondoskodás arról, hogy az adatgyűjtésre hivatott tényezők előzőleg megfelelő oktatásban részesüljenek a különböző közigazgatási hatóságok egészségügyi szakközegei részéről.

2. Létesíttessék megfelelő összegű, állami és társadalmi hozzájárulásból fedezetet nyerő tanulmányi alap a tanyai közegészségügy speciális jelenségeinek tudományos feldolgozására.

3. Hajtassanak végre mielőbb a telepítési törvény rendelkezései; fokozott adókedvezményekben részesüljenek a sokgyermekes családok az egy gyermekkel bíró, vagy gyermektelen családok, illetve családnélküli férfiak terhére.

4. Fokozatosan emelkedő szociális juttatásokban és kedvezményekben részesülhessenek a sokgyermekes és elégtelen megélhetéssel bíró családok. Ezek keretén belül ne csak pénzjutalmazásokról, apróbb adományokról történjék törvényerejű intézkedés, de arról is, hogy minden szegénysorsú és hét gyermekkel bíró családnak a reá illetékes közület házépítésre biztosítson az 1939. évben megfelelő nagyságú telket és ezen a telken az egészségügyi követelmények betartásával megépített házat. Ez az ingyenes telek- és házjutatás terjesztessék ki 1940-ben a hat, 1941-ben az öt és 1942-ben a négy gyermekes családokra is.

5. A mezőgazdasági munkásoknál a családi munkabérrendszer szem előtt tartásával rendeztessek intézményesen a munkabérekérdés és az öregkori, rokkantsági és

balesetbiztosításon túlmenőleg szerveztessék meg mielőbb a betegség esetére szóló kötelező biztosítás. Ez utóbbi terjesztessék ki a törpebirtokosokra is.

6. Fejlesztessék az általános társadalmi propaganda és intézményes felvilágosítás.

7. Vétesse nek figyelembe és valósíttassanak meg a magzatelhajtás elleni védekezés kérdésével kapcsolatban mindazok a javaslatok, amelyeket a Szegedi Kerületi Orvosi Kamara terjesztett elő a m. kir. belügyminiszternek.

8. Alkottassék meg mielőbb a közigazgatási és a tanyatörvény; ennek keretében történjék gondoskodás arról, hogy a már meglévő, nagyobb lélekszámmal bíró, községszerű tanyai központok önálló közigazgatási egységekké alakuljanak át. Amennyiben ez utóbbi belátható időn belül keresztülvihető nem volna, történjék törvényes intézkedés arról, hogy a tanyavilágban a szükségleteknek megfelelően központok építtessenek ki s e tanyai központokban megfelelő szerv álljon rendelkezésre a mindennapos közigazgatási, kulturális, gazdasági és egészségügyi funkciók elvégzésére. E központok posta- és telefonállomással birjanak; építtessék ki a korszerű mentőszolgálat.

9. Törvényhozásilag mondassék ki, hogy a tanyai lakosság által a közületek számára történő anyagi juttatásoknak, adóknak egy hányada másra, mint a tanyavilág rendezésére, nem használható fel.

10. Érvényesíttessék mielőbb az 1936. évi IX. t.-c. 9. és 10. §-a. Az újonnan szervezett állások a tényleges szükségletek figyelembevételével elsősorban a városok, illetve községek tanyavilágában élő lakosság egészségügyét legyenek hivatottak szolgálni; az állásra kinevezett orvosok tartózkodási helye a tanyavilágban legyen.

11. Az 1936. évi IX. t.-c. 17. §-a alapján rendelje el a m. kir. belügyminiszter, hogy az egészségvédelemre szükséges költségeknek a költségvetésbe felvett keretein belül a törvényhatóságok, megyei városok, valamint a nagy- és kisközségek a higiéné követelményeinek megfelelő orvosi lakások építtetési költségeiről is gondoskodjanak. Ott, ahol erre nincs megadva az anyagi lehetőség, az OTI és MABI nyújtson kölcsönt az öregségi alapból. Ahol még ez sem vihető keresztül, segély nyújtassék, részben a falusi közegészségügyi munka céljaira rendelkezésre bocsátott 3 és félmillió pengős társadalmi alapból, részben pedig az 1 milliárd pengős beruházási alapból.

12. A Nemzeti Önállósítási Alaptól kölcsönt, illetve segélyt elsősorban azok a fiatal szegénysorsú és universalisan jólképzett orvosok kapjanak, akik a tanyavilágban, illetve községekben óhajtanak letelepedni.

13. A tanyavilágba csak olyan orvos legyen kinevezhető városi, illetve községi orvosnak, akinek legalább három évi közkórházi gyakorlata van s aki ezen gyakorlati időn belül legalább félévi szülészeti és negyedévi gyermekgyógyászati működést tud igazolni. A tanyavilágban letelepedett orvosok gyakorlati továbbképzésének biztosítása végett adassék ki mielőbb a 253.382/1938. B. M. sz. rendelet végrehajtási utasítását tartalmazó belügyminiszteri rendelkezés.

14. A Szeged sz. kir. város által a bábasesedelem nyújtására alkotott szabályrendeletnek tekintetbevételével az 1928. évi II. t.-c. novel-láris módosítása révén a tanyavilág részére is biztosíttassék a korszerű bábaellátás; a tanyai kisbirtokos lakosság körében előforduló szülési eseteket illetőleg nyhíttessenek a 6000/1931. M. E. sz. rendelet intézkedései; a zöldkeresztes általános egészségvédelem keretein belül létesüljenek a nagyobb tanyai központokban kisebb szülőotthonok.

15. Az alföldi tanyavilág összekötő útjainak fokozatos fejlesztése tartassék állandó evidenciában és az 1 milliárdos beruházási alap egy hányada biztosíttassék e célra.

16. Hívja fel a m. kir. kormány a törvényhatóságokat a már elavult építési szabályrendeletek záros határidőn belül való olyértelmű újraalkotására, hogy azok ne csak a városok, illetve községek belterületein építendő házakra és egyéb építményekre tartalmazzanak rendszabályokat, hanem a külterületekre is.

17. Házadómentesség biztosíttassék nemcsak az egy, de a kétszobakonyhás tanyai házakra is abban az esetben, ha a házat építő egyén szegénysorsú és legalább három gyermeke van. Tétessék lehetővé, hogy aki az újraalkotandó építési szabályrendeletekben felsorolt követelményeknek fokozottabban tesz eleget, magasabb időtartamú házadómentességben részesüljön. A házukat és gazdasági udvarukat helyesen felépítő és a higiéné elveinek megfelelően karbantartó tanyai lakosok kitüntetésekben, jutalmazásokban részesüljenek. A tanyai iskolák és tanítói lakások, valamint környezetük úgy az építés, mint a berendezés és a környezet beállítottságát, karbantartását és tisztaságát illetőleg mintául szolgáljanak a tanyai lakosságnak.

18. A népiskolai tanterv keretén belül fokozottabb mértékben jusson szóhoz a tanyai házak és gazdasági udvarok higiénikus építési és berendezési módja, nemcsak elméletileg, de gyakorlatilag is a szlőjdoktatás felhasználásával. Az iskolán kívüli népművelés a maga részéről is fejtsse ki e tekintetben a legmesszebbmenő felvilágosító propagandát. A cél elérése érdekében a m. kir. vallás- és közoktatásügyi minisztérium gondoskodik arról, hogy az előadók részére megfelelő modellek és filmek álljanak rendelkezésre. A téli gazdasági tanfolyamok tantervében a mainál szélesebb keret biztosíttassék a tanyai lakóházak és gazdasági udvarok higiénéjének megismertetésére.

19. Országos kútkataszter felvétele után a tényleges szükségletek szemmel tartásával tíz évre elosztva tétessék lehetővé a tanyai, illetve falusi lakosság higiénikus ivóvizellátása. A kiszámított kb. 19 millió pengő szükséglet előteremtésében 20% erejéig anyagban, munkában és készpénzben vegyenek részt a községek és törvényhatóságok. Az állami költségvetésben szereplő évi kb. 300.000 pengő tízévi összegén, 3 millió pengőn felül a 80%-os költségből fennmaradó 12 millió pengő hiány fedeztessék a beruházási hitelből.

20. Rendeleti úton tétessék vizsgálat tárgyává, hogy az 1876. évi XIV. t.-c.-nek a temetők létesítésére vonatkozó rendelkezései megvalósíttattak-e, a különböző törvényhatóságoknál a tanyavilágra vonatkozólag is s hogy a már létesített temetők helye és nagysága megfelel-e azoknak a követelményeknek, amelyeket a települési határok és nápsűrűségi adottságok, továbbá a közegészségügyi viszonyok írnak elő. Ugyancsak rendeleti úton tétessék vizsgálat tárgyává, hogy a már létesült temetők rendelkeznek-e közegészségügyi szempontból kielégítőnek nyilvánítható ravatalozó helyiséggel. Amennyiben az országos érvényű vizsgálat azt állapítaná meg, hogy új temetők létesítése, a meglévőknek korszerűvé átalakítása, esetleg áthelyezése, új ravatalozó helyiségeknek felállítása, vagy a már meglévőknek modernizálása szükséges, úgy köteleztessenek a törvényhatóságok a szükségessé váló intézkedéseknek záros határidőn belül való foganatosítására. A temetői ravatalozás a belterületi és külterületi lakosságra egyaránt kötelező legyen.

21. A telepítési törvény rendelkezéseinek végrehajtásánál fokozottan vétessenek figyelembe azok az adottságok és lehetőségek, amelyek biztosítani tudják az ön-ellátáson alapuló helyes és higiénikus népélelmezést.

22. Fejlesztessék az általános propaganda és intézményes felvilágosítás népelelmezési tekintetben is. Az e téren ma tevékenykedő kü-

lönböző hivatalos, vagy egyesületi jellegű szervek központi irányítás és felügyelet alatt munkaközösségre lépve egységes tervezet alapján végezzék munkájukat. A leventeoktatáshoz hasonlóan szerveztessék meg a tanyavilág leányainak intézményes és kötelező oktatása, különös tekintettel a népélelmezési és főzéstechnikai követelményekre.

23. A tanyai óvodák alakíttassanak át napközi otthonokká s úgy e napközi otthonokban, mint a tanyai iskolákban történjék gondoskodás a gyermekek higiénikus és helyes étkeztetéséről.

24. A tanyai központok felhasználásával fokozatosan terjesztessék ki a zöldkeresztes általános egészségvédelmi tanácsadás. Az Országos Stefánia-Szövetség tanyai védőintézeteinek szakvédelmi gondozása általános egészségvédelmi gondozássá alakíttassék át. A szakvédelmi kiképzésben részesült és érdekelt tanyai Stefánia-védőnők képeztesenek át az általános egészségvédelmi gondozásra. Az általános egészségvédelmi és szakvédelmi gondozás között munkaközösség szerveztessék intézményesen és országosan. Ezt elérendő, létesíttessenek az egyes járások, illetve törvényhatóságok székhelyein szakemberek által vezetett és megfelelően berendezett tüdő- és nemibeteg gondozó intézetek, valamint vándortüdő gondozók. Praetuberculotikus iskolás gyermekek számára orvosi és pedagógiai szakfelügyelet alatt üdülő iskolák létesíttessenek.

25. Alkottassék népművelési törvény. A népművelés keretében rendszeresíttessék az Egészség Napja. A tanítói akadémiákon, nyári népművelési tanfolyamokon, közigazgatási tanfolyamokon részletesen ismertettessék az egészségvédelmi szolgálat, a védőnők képző intézetekben pedig az iskolán kívüli népművelés. Egészségügyi keskeny filmek, korszerű egészségügyi diapositívek, egészségügyi mesekönyvek és propaganda iratok bocsájtassanak a népművelés rendelkezésére. Az elemi és továbbképző iskolák bizonyítványjaiban rendszeresíttessenek a tisztasági érdemjegyek. A levétek vonassanak be a rendszeres egészségügyi nevelésbe. Az egészségvédelmi szolgálat érdekében tartott szórakoztató alkalmak mentesíttessenek az illetékektől és a vigalmi adótól. Minden társadalmi egyesület jövedelmének bizonyos százalékát köteles legyen egészségvédelmi szolgálatra befizetni. A korezmák által rendezett tánmulatságok betiltandók. Létesíttessék a mainál szorosabb kapcsolat az Országos Közegészségügyi Intézet és a népművelés között, valamint a m. kir. tiszti főorvosok és a népművelés között.

26. Az önálló magyar népegészségügyi minisztérium megalkotásáról terjesszen a magas királyi kormány törvényjavaslatot az országgyűlés két háza elé. A megnövekedett szükségleteknek megfelelően szaporíttassék a m. kir. tiszti főorvosok és tiszti orvosok száma.

Zusammenfassung.

Neugestaltung des Gesundheitswesens auf den Farmen (tanya). (Vorschläge der Bezirksärztekammer in Szeged anlässlich der Mitgliederversammlung am 1. Mai 1938. in Hódmezővásárhely).

1. Statistische Aufzeichnungen über das Gesundheitswesen auf den Farmen in Zeitabständen von je 5 Jahren. 2. Gründung eines Studienfonds zur wissenschaftlichen Verarbeitung des Gesw. der Farmen. 3. Möglichst baldige Durchführung des Kolonisationsgesetzes. 4. Progressive soziale Unterstützung und Steuerbegünstigungen für die kinderreichen und unbemittelten Farmerfamilien. 5. Regelung des Arbeitslohnes bei landwirtschaftlichen Arbeitern unter Berücksichtigung des Familienarbeitslohn-Systems. 6. Allgemeine soziale Propaganda und systematische Aufklärung. 7. Möglichst

Baldige Bildung der administrativen Farmbezirke. 8. Ein Teil der durch die Farmer an die Behörden geleisteten materiellen Beiträge darf bloss zur Instandhaltung der Farmengebiete benützt werden. 9. Baldigste Geltendmachung der § 9. und 10. des Ges. A. IX./1936. 10. Bau von Ärztewohnungen im Bereiche der Farmen. 11. Ärzte sollten erst nach dreijähriger Krankenhauspraxis zu Kreis- (Bezirks-) Ärzten der Farmenbereiche ernannt werden. 12. Steigerung der Möglichkeit, Hebammen in Anspruch zu nehmen. 13. Strassenbau. 14. Neugestaltung der Wohnbauvorschriften, die auch den Ansprüchen der Farmer gerecht werden sollen. 15. Steuerfreiheit der Wohnhäuser kinderreicher und armer Farmerfamilien. 16. Erweiterung des Unterrichtsplanes in den Volksschulen unter Berücksichtigung der hygienischen Anforderungen. 17. Aufstellung eines Landes-Brunnenkatasters sowie Ausarbeitung eines 10-Jahreplanes zur Versorgung der Farmer mit einwandfreiem Trinkwasser. 18. Regelung der Leichenbestattung und des Aufbahrens. 19. Rationalisierung der Volksernährung. 20. Überwachung der Kinderspeisung in den Kindergärten und Schulen vom Standpunkt der Hygiene. 21. Verallgemeinerung der „Grünkreuz“- und Gesundheitsschutzberatung. 22. Volksbildungsgesetz. 23. Gründung eines selbständigen Ministeriums für Volksgesundheit.

Summary.

PUBLIC HEALTH REFORM OF THE FARM. (TANYA). (Proposals of the Medical Chamber of Szeged made at the meeting held in Hódmezővásárhely May 1st 1938.)

1. Statistical registrations referring to farm's public health at 5 years period.
2. To raise an adequate fund to work up farm's public health plan.
3. The earliest realisation of Settlement Bill.
4. Helping indigent farmers' families and those with many children and making them due concessions, similarly abatement of taxes.
5. Regulation of wages for agricultural labourers taking in consideration family wage-system.
6. A general social propaganda and systematical instruction.
7. The earliest organisation of farm-, respectively of districts' administration and decentralisation of administration.
8. A proportional share of taxes paid by farmers is to be used strictly for farm purposes.
9. The earliest carrying ins effect of §§. 9 and 10 of Act IX. 1938.
10. To build hygeinic lodgings for physicians in the farms.
11. Village and district health officers shall be appointed after having a three-year practice in a hospital.
12. To render possible for farmers' wives to avail themselves of midwives.
13. Making main-, and connecting roads.
14. To carry through an adequate modification of rules and regulations relating to building including of course farm building.
15. Exemption from house duty of indigent farmer families and those with many children.
16. A proper reform of elementary education including hygienic requirements.
17. Accurate registration of all the wells in the whole country and on basis of a ten-year scheme provide de country with absolute pure drinkingwater.
18. Regulation of burial and laying out of corpse.
19. Rationalisation of food-supply for the people.
20. An increased control of children' feeding and nourishing in infant- and elementary schools from sanitary point of view.
21. Full realisation of „Green Cross“ action and generalisation of health defence.
22. Framing laws for popular education.
23. Organisation and establishing of an independent public health ministry.



Résumé.

LA RÉFORME DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE DES HAMEAUX (TANYA).

Propositions de la Chambre des Médecins du District de Szeged,
lors de la réunion de ses membres le 1er Mai à *Hódmezővásárhely*.

1. Notes statistiques ayant trait à l'hygiène publique des hameaux par périodes de 5 ans. —
 2. Institution d'un fonds spécial satisfaisant pour la mise en application du système concernant l'hygiène publique des hameaux. —
 3. Réalisation au plus vite de la loi sur la colonisation intérieure.
 4. Secours et faveurs spéciaux (réduction des impôts, etc.) aux familles nombreuses et nécessiteuses des hameaux. —
 5. Réglementation des salaires des ouvriers agricoles en considération du système de salaires de famille. —
 6. Propagande sociale générale et éclaircissements systématiques. —
 7. Organisation au plus tôt de l'administration des hameaux sous forme de districte et décentralisation de l'administration. —
 8. Un quotient convenable des impôts payés par la population des hameaux devra être spécialement utilisé aux fins des hameaux. —
 9. Application au plus tôt des paragraphes 9 & 10 de la Loi IX de 1936.
 10. Construction d'habitations hygiéniques pour les médecins dans les hameaux. —
 11. Les médecins municipaux et de district pour les hameaux devront pouvoir être nommés seulement après 3 ans de pratique de clinique. —
 12. Il faut assurer la possibilité d'avoir régulièrement recours aux services de sages-femmes.
 13. Construction de routes et de routes auxiliaires. —
 14. Procéder à une réforme utile des règlements de construction d'habitations de façon à y inclure également des règlements pour la construction des hameaux. —
 15. Exonération des impôts sur les maisons des familles nombreuses et nécessiteuses.
 16. Réforme utile de l'enseignement élémentaire de façon à y inclure aussi des questions d'hygiène. —
 17. Tenir un état exact de tous les puits du pays et sur la base d'un plan décennal, alimenter le pays entier d'eau potable saine. —
 18. Réglementation des ensevelissements et enterrements. —
 19. Rationalisation de l'alimentation populaire. —
 20. Contrôle plus sévère, au point de vue de l'hygiène, des repas donnés aux enfants dans les écoles maternelles et autres. —
 21. Application intégrale de l'action de la „Croix Verte“ et généralisation de la protection sanitaire. —
 22. Création d'une loi de culture populaire. —
 23. Organisation et établissement d'un ministère indépendant de l'hygiène publique.
-

Az iskolaorvosi kérdés reformja.

A Kerületi Orvosi Kamara 1938. évi május hó 14-én Baján tartott tagértekezletének összefoglaló anyaga.

TARTALOM: *Dr. vitéz Meskó Zoltán*: Elnöki megnyitó. *Dr. Lőrincz Ferenc*: Az iskolaorvosi kérdés. *Báró Gröer Ferenc dr.*: Újabb eljárás a gyermekkori tuberculosia vizsgálatában. *Dr. Gaál András*: Az iskola és az egészségvédelmi szolgálat. *Dr. Petrányi Győző*: Az iskola és a népbetegségek. *Dr. Hamar Pál*: Iskolafogászat. *Dr. Alföldi József* és *Dr. Grauaug Armin*: Iskolaegészségügy és tuberculosis-prevenció Baján. — Javaslatok.

Dr. vitéz MESKÓ ZOLTÁN : Elnöki megnyitó.

Tisztelt Tagértekezlet! Kamaránk a rendtartásban lefektetett komoly elvekre hivatkozással ez alkalommal immár negyedik tagértekezletét tartja. Ezen értekezlet tárgya az iskolaorvosi és iskolaegészségügyi probléma és annak megoldása. Hosszú évtizedes tapasztalatok jutnak ma itt kifejezésre. A magyar ifjúság egészségügyi viszonyainak állandó megfigyelése régóta megoldatlan problémája a középiskolai tantervnek. Az óvodai, elemi és a középiskolai nevelés idejében igen nagy fontossággal bír a fejlődő szervezetnek nemcsak szellemi, de fizikai tekintetben is való állandó ellenőrzése és szakfelügyelet alatt tartása. Mindezideig nélkülözzük erre a törvényes rendelkezéseket abból a szempontból, hogy szakemberek irányítsák, figyeljék és ha kell: tegyék meg a szükséges óvó intézkedéseket az egészség megtartása érdekében. Szükség van erre úgy az iskolahigiéne, mint az egyén szempontjából. A fejlődő szervezet felügyelet nélkül egész sorát rejti magában a komoly elváltozásoknak, amelyek sokszor gyógyíthatók, vagy megállíthatók. Fontos ez a sportolás szempontjából is, mert hiszen tudjuk, miszerint egész sora a defektusoknak fokozott sportolás után már jóvá nem tehető elváltozásokban jelentkezik. Bátor vagyok a nép- és középiskolai ifjúság egészségének megóvása érdekében e helyütt is kifejezésre juttatni, amit már eddig a felsőházban ismételten hangoztattam, hogy nekünk orvosoknak, de a magyar társadalomnak és a szülőknek is az az óhaja, hogy az oktatásra hivatott tanítói és tanári testület egészségi állapota megvizsgáltassék. Erre a fontos körülményre nyomatékosan felhívni kötelességemnek tartom a kultuszminiszter és belügyminiszter urak figyelmét.

Kamaránk ezeknek ismeretében és tudatában kérte fel az erre leghivatottabb szakembert, *Dr. Lőrincz Ferenc* egyetemi tanár urat, hogy az általa kijelölt szakelődök támogatásával vizsgálta meg részletesen az idevonatkozó kérdést és adjon teljes áttekintést a fontos kérdés megoldására. A pedagógus bekapcsolódása nélkül minden célki-

tűzés meddő volna. Végtelen nagy fontossággal bír azonban a családnak, a szülőknek a támogatása. A pedagógus csak akkor teljesíti jól kötelességét a nevelés terén, ha sohasem feledkezik meg a lelki és szellemi művelés mellett az egészségügyi viszonyok fontosságáról. Igen nagy szerepe van az iskolán kívüli népművelésnek, főleg a falu és a tanya szempontjából. Nem mulaszthatom el kifejezésre juttatni, hogy az egészségtannak intenzív szakszerű oktatását és kötelezővé tételét, valamint vizsgatárgyként leendő elbírálását és az iskolaorvosnak a tanári karba leendő besorolását igen fontosnak tartjuk. Hiszem, hogy a döntésre hivatott kormányzervek mérlegelés tárgyává teszik ezeket a kérdéseket és végre közmegelégedésre minden iskolának meg lesz a maga orvosa és ezzel a nemzet jövő reménysége szakavatott kezeknek felügyelete alá kerül. A honvédelem után ennél fontosabb nemzetvédelmi ténykedés és befektetés alig képzelhető el, mert hiszen a honvédelemnek alapja az egészséges fiatalság. A nemzet áldozatkészségéről a nagy, milliárdos beruházás tesz tanúságot. Tudatában vagyunk annak, hogy sok mindenre kell ebből, és pedig elsősorban a honvédelmi kérdés megoldására, azután azonban a szociális kérdések megoldásának kell előtérbe lépni és itt rangsorban az első helyek egyikét foglalja el mai tárgyalásunk kérdése is. Ennek az újabb nemzetmentő munkának a megvalósításához kérem a jelenlevők szíves érdeklődését és kérem a mindenható Isten áldását magyar hazánk javára.

Dr. LŐRINCZ FERENC egyetemi tanár: Az iskolaorvosi viszonyok jelenlegi állása, elgondolások azok megreformálására.

A referáló felfogása az, hogy a közegészségügyi ismeretek nélkül nyújtott egészségügyi tanácsok, de még a szociális segély sem éri el teljesen célját, ha valamely ország lakossága bármilyen primitív, de megfelelő egészségügyi ismeretekkel nem rendelkezik. Ez ismeretek terjesztésére elsősorban a családi otthonon túl az iskolák valók, melyeken az ország lakossága maradék nélkül áthalad, és épen abban a korban, amikor a nevelésre, új impressziók befogadására a legalkalmasabb. Magyarországon az iskolát közelről sem használja ki az államhatalom arra a célra, hogy megfelelő higiénés ismeretekkel lássa el jövő állampolgárait, de hiányosan teljesíti abbéli vitathatatlan kötelességét is, hogy az iskolára kötelezett állampolgárainál megfelelő orvosi beavatkozás révén a családból hozott vagy egyéni adottságból származó egészségügyi hiányosságokon segítsen.

Magyarországon az alsó- és középfokú iskolák orvosi ellátására tagadhatatlanul vannak törvényes intézkedések. Ezeknek végrehajtása azonban, a székesfőváros és néhány vidéki központtól eltekintve, legalább is nagyon hiányos, de az említett helyeken sem a kor igényeinek, sem a célnak nem felel meg a fennálló szervezet. Az egészségügyi ismeretek terjesztése, vagyis az egészségtan-tanítás szempontjából hazánkban nemcsak hiányosságok, hanem rendszertelenség is uralkodik, amely nemcsak abban nyilvánul meg, hogy iskolatypusonként a legváltozatosabb tantervek, óraszám, stb. mellett hol orvos, hol nem szakember tanítja az egészségtant, hanem e melléktárgy tanítása és általában az iskolaorvosi működés ellátása nagy mértékben a helyi

adottságoktól függően történik. A higiénés ismeretek terjesztése mellett az iskoláskorú gyermekek orvosi ellátása is kétségtelenül csakis a gyermekanyag sajátságainak megfelelő, de egységes systema szerint történhetik.

Az iskolák orvosi ellátásának, másfelől az egészségtan tanításának egységesítését indokolja az a nagy nemzeti cél, hogy az iskolákból kikerülő ifjúság minél hibátlanabb testi kondícióval és lehető helyes és kielégítő egészségügyi fogalmakkal bírjon. Csakis egységes rendszer mellett képzelhető el a hibák megfelelő korrigálása, illetőleg az iskolaorvosi és egészségtanári működés megfelelő ellenőrzése.

Az iskolaorvosi és egészségtanári functio specialis ismereteket, részben pedig specialis adottságokat igényel, nem űzhető melléfkoglalkozásként, hanem az erre a munkára választott szakember azt élethivatásának kell tekintse és ezért e munkája számára megélhetést kell biztosítani.

A jelenleg fennálló törvényes intézkedések és a meglévő iskolaorvosi és egészségtanári szervezet ismertetése után a következő javaslatot teszi:

1. Miután a népiskoláknál és egyéb alsófokú iskoláknál az iskolaorvos feladatának súlypontja valóban nem az egészségtannak, mint tantárgynak a rendszeres tanítása, hanem az, hogy orvosi ismereteit a tanulók egészségi állapotának és az iskola egészségügyi kellékének ellenőrzésére alkalmazza, továbbá mivel ezek országos átlagban földrajzilag szétszórt és kicsiny egységek, ezekhez az iskolákhoz külön iskolaorvos alkalmazását szükségtelennek tartjuk. Miután azonban a hatósági orvos, — kire ezek az iskolák jelenleg bízva vannak — másirányú elfoglaltságai miatt is ezekkel az iskolákkal kapcsolatos kötelességeinek nem tud kellően eleget tenni, egyelőre legalább minden vármegyei m. kir. tiszti főorvos mellé egy diplomás iskolaorvos kinevezését tartjuk szükségesnek. Ez a szakorvos tiszti orvosi statusban a megszervezendő vármegyei iskolaorvosi hivatal vezetőjeként ellenőrzene a hatósági orvosok, illetve az egészségügyi szolgálatok iskolaegészségügyi működését az összes népiskolákban, szükség esetén abban nekik segítséget nyújtana. Ennek a szakembernek működésére szükség van és szükség lesz ott is, ahol az általános egészségvédelmi szervezet teljes kiépülése az alsófokú iskolák egészségügyi ellátását megoldja. Ez lenne hivatva arra, hogy egyben a V. K. M. szakközegyeként a működési területére eső iskolákban a tanulónak az egészségtan tanításban elért eredményeiről időközönként osztálylátogatásai során meggyőződjék, hiányok észlelése esetén azok pótlásáról közvetve gondoskodjék (tanítók számára egészségügyi továbbképző előadások tartása, stb.). Ide koncentrálnának az éveleji és az időszakos orvosi vizsgálatok eredményei és ez a szakközeg volna hivatva arra, hogy az adatok helyességéről meggyőződjék, az észlelt hiányok okait kutassa és az adott intézkedések végrehajtását ellenőrizze. A szolgálat a kultuszminisztérium közreműködésével a belügyminisztérium által volna megszervezendő, a szükséges anyagi feltételek biztosítását esetleg a két tárca közösen vállalhatná.

A közép- és középfokú iskolákra vonatkozóan a megfelelően képe-

sített orvosi karra várna úgy az iskolaorvosi, mint az egészség-tanári feladatok ellátása. E kettős munkakörnek kielégítő ellátását csak olyan orvosoktól lehet várni, kik megfelelő képesítés birtokában e munkaterületet élethivatásuknak tekintik, más szóval, akik munkájukért nemcsak a megélhetésüket biztosító anyagi kárpótlásban részesülnek, hanem akik számára az előrehaladás lehetősége is biztosítva van. Véleményünk szerint a kérdés csak úgy oldható meg, ha a V. K. M. a középiskolai tanári statuson belül iskolaorvosi és egészség-tanári állásokat szervez. Az ide kinevezett orvosok a kezdő rendes tanárokat megillető fizetésben részesülnének és fizetésük szolgálati éveik számával emelkednék. Nem tartjuk célszerűnek, hogy az iskolaorvos és egészség-tanár közigazgatási statusba tartozzon, mint ahogy azt a székesfővárosban tervezik. Annak a tanári statusban van a helye és a tantestület rendes tagjának kell lennie, épen úgy, mint ahogyan a tantárgyát is a rendes tantárgyak közé kell emelni. Csakis így lehet elérni ennek a fontos munkakörnek egységes megszervezését, irányítását és ellenőrzését.

Érthetően nem minden egyes közép-, illetve középfokú iskolához volna szükséges külön iskolaorvos, hanem megfelelő beosztás mellett egy kinevezett orvos egy helyiségen belül több intézményt látna el, esetleg több szomszédos helyiség iskolája tartoznék hatáskörébe. Az ilyen iskolaorvosi körzetek nagyságát nem annyira a földrajzi viszonyok, mint az ellátandó tanulók, illetve az egy szakember által ellátandó intézmények száma határozná meg. A fővárosi, de külföldi tapasztalatok szerint is 1200—1400 gyermek ellátása lehetséges egy orvos által úgy, hogy az nemcsak mint tömeget érintő általános ellátás legyen, hanem kiterjedjen az iskolás gyermekekre individualisan is.

Ugy vagyok informálva, hogy a kultuskormány jövő évi költségvetésébe 80.000 pengőt állított be iskolaorvosi állások szervezése és dotálása céljára. Az elgondolás szerint egyetemi városokban, illetve tanterületi főigazgatóságok székhelyein gondol a kormányzat arra, hogy próbaképen — havi 200 pengő fizetéssel — iskolaorvosokat nevezzen ki és az első esztendő tapasztalatai szerint tágítaná a jövőben ezt a keretet. Abban a biztos reményben, hogy ez az összeg a költségvetésben felhasználható lesz, szerény véleményem az, hogy ez összeg felhasználása előtt az említett körzetbeosztásra kellene az előzetes terveket elkészíteni és a kinevezendő iskolaorvos-egészségtanárokat már ilyen keretben kellene próbaképen beállítani.

Nem kívánok e helyen annak a kérdésnek kutatásába belemenni, hogy vajjon az iskolaorvos — egészség-tanár számára a magángyakorlat megengedhető-e vagy sem, ennek a kérdésnek előnyös és hátrányos oldalai egyaránt, gondolom, mindnyájunk előtt ismeretesek. A magam részéről a magángyakorlat ellen foglalnék állást. A kinevezett iskolaorvos és egészség-tanár szolgálatilag és fegyelmileg tanártársaival egyenlő elbírálás alá esik, természetesen az elengedhetetlen, hogy működésről az I. fokú egészségügyi hatóságnak jelentést tegyen, miként azt megteszik a székesfőváros által alkalmazott iskolaorvosok is. Általában az iskolaegészségügyi kérdésben az egészségügyi és a köz-

oktatásügyi kormányzat között az összműködés intenzívebben kiépitendő volna.

3. Megreformálásra szorul hazai iskoláinkban az egészségtan oktatása. Az óraszám, iskolatypusonként a tantervezet megállapítására gyakorlati pedagógusokból, iskolaorvosokból és higienikusokból álló bizottság összehívását tartjuk szükségesnek, mivel az e tekintetben döntő országos közoktatásügyi tanács épen a közegészségtan tanításának reformjához, sajnos, eddig nem szerencsés kézzel nyúlhatott hozzá.

4. Az iskolaorvosi és egészségktanári tanfolyamok és képesítés kérdése olyan értelemben veendő újabb tárgyalás alá, hogy ezek a tanfolyamok hazánkban egységes tanterv szerint terveztessenek, tantervükben — különösen ami a pedagógiai vonatkozásokat illeti, — gyakorlatiak legyenek. A tanfolyam — mely jelenleg két hónap alatt mindössze 130—170 órát vesz igénybe — legalább két hónappal meghosszabbítandó volna. Mielőtt azonban e tekintetben változás történék, feltétlen az iskolaorvosi állások volnának megszerzendők, különben a tanfolyam elvégzése válna a jövőben illuzóriussá, mint ahogy ez a körülmény eddig kétségtelenül nem növelte az e tanfolyamok értékét. Természetesen e tanfolyamok rendezésénél egyebütt szerzett tapasztalatok tanúságait fel kellene használni olyan értelemben, hogy szigorú szelekció alkalmazásával az iskolaorvosokban kerülni kellene az egészségtelen tulproduktiót.

5. A modern igényeknek megfelelőleg a szóbanforgó kérdés rendezésére új törvényes intézkedések szükségesek, vagyis az 1876. évi XIV. t. c., valamint az ezt kiegészítő és módosító rendelkezések iskolaorvosi vonatkozásai felfrissítendőek volnának, az iskolai építkezések, az iskolák egészségügyi felszerelése tekintetében fennálló rendelkezések szigorú végrehajtásáról kellene épúgy gondoskodni, mint a meglevő régi iskolaépületek tűrhető állapotba helyezéséről.

A mai időkben szokásos az, hogy mindenki, aki még kéretlenül is közügyekkel foglalkozik, sürgősen meg akarja menteni a nemzetet. A felvetett problémákat felvetőik mindig minden más probléma előtt sürgetik megvalósítani. Nem szeretnék e hibákba esni és azt a látszatot kelteni, mintha az iskolaegészségügyi problémákkal eddig senki sem foglalkozott volna s így reám maradt volna a feladat, hogy — mint ma szokás — „az utolsó órában“ húzzam meg a bajokra figyelmeztető harangot. Szeretném azonban azt, hogy a mai nap által hangsúlyozódjék ki sok szakember korábbi figyelmeztetése után ennek a problémának nagy jelentősége és ha teszünk valamit a hibák orvoslása és a hiányok pótlása érdekében, az a ma igényeinek megfelelő irányban történjék. Bármilyen szerény kezdeményezés lehessen alapja olyan komoly organizációnak, mely a modern követelményeknek megfelelő és melyre érdemes fáradságot, pénzt áldozni.

H o z z á s z ó l á s :

Dr. SCIPIADES ELEMÉR egyetemi tanár:

Mint a pécsi tudományegyetem képviselője, kötelességemnek tartom, hogy a kérdéshez hozzászóljak, mert az iskolaorvosi működés és az egészségktanítás ma kissé mostohán bánik a nőorvosokkal. Nőgyógyászati kérdésekről nem hallok tárgyalni az

iskolákban, de a továbbképző tanfolyamokon sem, miért is mi Pécsen arra kényszerültünk, hogy a kérdésnek utána nézzünk. Ekkor láttuk, hogy a kérdések a tankönyvekben is hiányoznak. Az iskolaorvosoknak nagy feladatuk van, elsősorban keresniök kell fejlődési rendellenességeket. Ezt nem úgy képzelem el, hogy az iskolaorvos vizsgálja meg tüzetesen a leányhallgatókat, hanem hogy az iskolaorvos tartson értekezleteket a szülőkkel s itt figyelmeztesse őket arra, hogy amikor a leánygyermkeket tisztántartják, figyeljék meg genitális szerveiket, s ha valami rendellenesség van, akkor a szülők vigyék őket orvoshoz gyógykezelés céljából. A szülőkből teljesen hiányzik a tudás, mely az időszakonként visszatérő változásokat felöleli és átérti. Nagy szükség van arra, hogy az anyákat e tekintetben szülői értekezleteken kioktassák s hogy megfelelő táblázatok állíttassanak fel, amelyek pontosan tisztázzák az időszakonként visszatérő változások kezdetét, lefolyását, tartamát és a folyamat lényegét. Ekkor pontos és igen értékes kimutatást fogunk nyerni. A harmadik kérdés a leányiskolákban a pubertás idején a nemi élet kibontakozása. Előfordul az a helyzet, hogy a leány szerelmes lesz a tanítójába, a leányok egymással csókolóznak, ami a nemi kibontakozás kezdetét jelenti. Az érzelmi életnek a helyes útra terelése igen nagy fontossággal bír, kihathat az egész életre és hatásai később a házasesetben nagyon kellemetlenül mutatkozhatnak meg. Ha mindezekre kellő időben megtörténik a kioktatás, úgy elkerülhetők lesznek. Helyes irányban kioktatandók a serdülő leányok a homoszexuális érzés elkerülésére. A testnevelés kérdésével kapcsolatban hangsúlyozom, hogy más az életfeladata a férfinak és a nőnek, épen ezért egyformán tornáztatni nem lehet őket. A leányokat nőorvos vizsgálata nélkül nem szabad tornáztatni engedni. Az iskolaorvos feladata megállapítani azt, hogy a torna megfelelő időben használ-e a leányoknak, vagy nem. Középiskolás és egyetemi hallgató leányoknál divatos a cigaretta, coctail, amelyeknek rendszeres használata súlyos változásokat idéz elő. Ezekre figyelmeztetni kell feltétlenül a serdülő leányokat.

HÜBNER JÓZSEF th. népművelési titkár:

Az iskolaorvosi intézményt a pedagógus is a legnagyobb örömmel üdvözölheti, mert a szervezet egészséges fejlődése a pedagógiai munkát is elősegíti. Ma a pedagógusnak is a fokozottabb egészségügyi nevelés szolgálatába kell állnia, mert ez hivatásától, a nemzetneveléstől el nem választható. Az iskola nevelő munkájának az egészségügyi nevelés szolgálatában iskolaegészségügyi szokásokat kell meghonosítani. Az alsóbb fokú iskolákban rendszeresíteni kell a tisztasági érdemjegyet. A tantervben érvényesüljenek a korszerű egészségügyi követelmények és az iskolaegészségügyi kérdések szakember előadásában tárgyalassanak meg szülői értekezleteken. A tanítók és tanárok az oklevél kiadása előtt külön egészségtani vizsgát tegyenek. A tanügyi hatóságok az iskola felülvizsgálatánál az egészségügyi nevelést szigorúan ellenőrizték a m. kir. tisztí orvosokkal együtt. Az iskola higiéniéje a legnagyobb gonddal karolandó fel. Az egészségügyi nevelés érdekében a tanuló családi és szociális viszonyai is figyelemmel kísérendők. A beteg gyermek kötelező gyógykezelésének határideje 7 évről 12-re emelendő fel, azonkívül a beteg gyermeket az iskola és az orvos egyaránt kísérje figyelemmel.

Dr. ZEMPLÉNYI IMRE bányorvos :

Az iskolaorvosi intézmény megvalósításának személyi és tárgyi akadályai vannak. A személyi akadályoknak oka az, hogy mindazok, akik hivatásuknál, vagy foglalkozásuknál fogva arra lennének hivatva, hogy a kérdést megoldáshoz segítsék, a

kérdést sem elméletileg, sem gyakorlatilag nem ismerik. E téren javulás nem érhető el addig, amíg a tanítóság kiképzésében állandó alapos munkát nem végeznek. Addig nem számíthatunk a pedagógus támogatására, különösen a közép- és felsőiskolában, amíg az alapvető kérdésekkel tisztában nem vagyunk, s amíg nekünk az egészségtanítás terén gyakorlati tapasztalataink nincsenek. Ugyanez vonatkozik a tanügyi hatóságok intézkedéseire is. A személyi vonatkozás terén javaslatom az, hogy a Szegedi Orvosi Kamara intézzon felterjesztést a m. kir. kormányhoz, szólítsa fel csatlakozásra a társkamarákat és az Országos Orvosi Kamarát is, miszerint legelőször a pedagógusok iskolaorvosi kiképzése szerveztessék meg, különösen népiskolai szempontból. — A növendékek között számosan vannak olyanok, akik aktív tuberculosiban szenvednek. Ezeknek az egészségesek közül való kirekesztésére semmi sem történik. Nagyon sokszor előfordul, hogy maga a tanító is nyílt tbc-ben szenved. Szükséges, hogy a pedagógusok is megvizsgáltassanak. Középfokú iskolában sokkal rosszabb a helyzet, mint az elemi iskolában. A középiskolai tanárság ilyen irányú kiképzése teljesen hiányzik, ezek 90%-a olyan iskolába kerül ki, ahol szakszerű iskolaorvosi munka nem is volt, az egyetemen ez szóba nem került; így teljesen tájékozatlan adandó alkalommal. Következő dolog a tárgyi nehézség. Tudjuk, hogy a magyar állam költségvetésének nagyobbik felét a személyi kiadások teszik ki. Minden olyan megoldás, amely az állami költségvetést terhelné meg, azzal fenyeget, hogy bizonytalan időre kitolódik a kérdés intézése. Javaslatom a következő: Iskolaegészségügyi alap létesíttessék, amely az állami költségvetést nem terelné. Ez vagy úgy létesítendő, hogy bevezetjük a tandíjpótlék rendszerét olyképen, hogy iskolánként, fejenként és havonként minden tanuló után szerény összeg fizetendő, pl. elemi iskolában 20, középiskolában 50 fillér, egyetemen 1 pengő, internátussal egybekötött intézetnél 1.50 pengő. Ezt mindenki elbírja. Elemi iskolában az egészségtan tanítása kötelező, a szegények száma azonban igen nagy. Akik fizetni nem tudnak, azok után megfelelő igazolással havi 20 fillért fizessen ki a szegényalap; életbiztosító társaságok, betegbiztosító intézmények családtagonként fizessenek az előírtnak megfelelő összeget. Ha a mezőgazdasági segélyezés is megvalósul, akkor a mai szegénybetegek nagyrésze után is a biztosító intézménytől befolyik a megfelelő összeg. Ha ezek után az iskolaegészségügyi alap megteremtődik az állami költségvetés megterhelése nélkül, igen jelentősen tehermentesíttetik az Országos Betegápolási Alap és akkor nem kell lassú ütemben megvalósítani azt, amit egyébként lehetetlen elkerülni. Ha az anyagi alap megvan, akkor az általános munka megindulhat. Ha egyenlőre nem is lesznek elsőrendűen képzett iskolaszakorvosok, a munka megindulása révén fokozatosan olyan eredmény érhető el, amely biztosítja az egészséges, életerős generációt.

Dr. SZENTKIRÁLYI ZSIGMOND egyetemi magántanár:

Az egészségtan gyakorlati alkalmazását az elemi iskolában az ifjúsági vöröskereszt egyesület, a középiskolákban a cserkészlet műveli. E tényezőkről az iskolai egészségügyi oktatás keretében nem szabad megfeledkezni. A leventék egészségügyi oktatásával behatóan kellene foglalkozni. A szexuális etikai művelés kérdése ma még teljesen megoldatlan, ezért javasolom, hogy a Kerületi Orvosi Kamara a kérdés megvitatására külön tagértekezletet hívjon egybe.

Báró GRÖER FERENC dr. egyetemi tanár (Lemberg): *Ujabb eljárás a gyermekkori tuberculosis vizsgálatában*

A lengyel nép bámulattal adózik a magyar nép akaraterejének és a magyar orvostudománynak a tbc. elleni küzdelemben elért eredmé-

nyeivel kapcsolatban. A tuberculosisban szenvedő egyénnel való érintkezés még nem betegség. Ehhez még más is szükséges, és pedig a fertőzés. Minél gyakrabban ismétlődik meg ez az infectio, annál nagyobb a lehetősége annak, hogy a tuberculosis betegséggé válik. Elősegítik a betegség kifejlődését a rossz szociális, lakás- és ételmezei viszonyok. Szociális tekintetben két lehetőség mutatkozik. Először elfojtani a tuberculosis-fertőzést. Ezt azonban gazdag társadalmak hajthajtják végre. Mi Európában szegények vagyunk. A második út az, hogy a fertőzött gyermekeknél akadályozzuk meg a betegség kitörését. Ezt elérhetjük úgy, hogy a gyermeket fokozatosan resistensekké tesszük. Hogy a resistensséget megállapíthassuk, szükség van a gyermekek kiválogatására. A tünetmentes gyermekeknél erre alkalmas az allergometria. Ezen eljárás alapján a gyermekkori tuberculosis ellen való védelem új értelmet nyert és remélhető, hogy ha ez a módszer teljesen kiépítődik, akkor elérhetjük azt, hogy minden különösebb oltás és egyéb különlegesebb eljárás nélkül is meg tudjuk akadályozni az aktív tuberculosis kitörését. (Az előadó külön az orvosok számára az allergometriáról mozgófényképek demonstrálásával hosszabb előadást tartott. Az eljárás lényegére vonatkozó ismeretek megtalálhatók később Dr. Alföldy és Dr. Grauaug előadásában.)

Dr. GAÁL ANDRÁS egyetemi magántanár: Az iskola és az egészségvédelmi szolgálat.

Az én feladatomban az, hogy a zöldkeresztes egészségvédelem munkájának azon részletét ismertessem, amelyet az az iskolában, elsősorban pedig az óvodában végez. A zöldkeresztes szolgálat különös gondot veszi figyelembe az iskolás korban lévő gyermekeket, mert ez az a kor, amikor javítani lehet olyan bántalmakat, amelyeket a gyermek magában hord. Olyan helyen, ahol a gyermekek óvodában vannak, évente egyszer vizsgáljuk őket végig. Ahol nincs óvoda, ott kisgyermek-tanácsadókkal gondoskodunk a cél eléréséről. Az elemi iskolákban az a szokás, hogy a gyermekeket az 1., 3. és 6. osztályban kell tüzetesen megvizsgálni. Az iskolaorvosi munka három részből áll: 1. orvosi vizsgálat, 2. a védőnő által végzett tisztasági vizsgálat, 3. egészségügyi tevékenység. Az iskolaorvosi vizsgálatot az iskolában végezzük el. Hátránya ennek, hogy a rendelkezésére álló osztályok nem elég nagyok arra, hogy ott egy-egy osztály tanulóit megvizsgálhassuk. Megkönnyítené ennek a vizsgálatnak elvégzését, ha a tanítók szolgálatunkra állnának egy-egy osztály fegyelmezése és rendbentartása tekintetében. Ezt a munkát a védőnő és az orvos egyedül nem tudja elvégezni. Szükséges volna továbbá minden ilyen vizsgálathoz a gyermekek szüleit is meghívni. Ez az eljárás hozzászoktatná a szülőket egyrészt az orvosi vizsgálat szükségességéhez, másrészt pedig már a vizsgálat alkalmával meg lehetne beszélni a szülővel a bántalom gyógyítása tekintetében követendő eljárást. Az iskolaorvosi vizsgálatot a védőnő készíti elő. Elvégzi azt, amit orvos nélkül meg lehet csinálni: magasságot, testsúlyt, mellkas-szélességet, hőmérsékletet mér. Ezeket az adatokat a védőnő megfelelő nyomtatványokra feljegyzi s a tulajdonképeni gondo-

zási munka csak ezután következik. Az iskolába való belépést a zöldkeresztesek részére lehetővé teszi egy vallás- és közoktatásiügyi miniszteri rendelet, amely figyelmébe ajánlja a tanítósnak, hogy az orvost és a védőnőt szívesen fogadják. A védőnő független munkája, amelyet minden osztályban elvégez: a tisztaság ellenőrzése. Megállapítottuk, hogy vannak olyan osztályok, ahol a tanulók 60—70%-a tetves. A védőnő e vizsgálatot különféle módon eszközli és felhasználja az alkalmat, hogy ilyenkor a tanulókat apróbb egészségügyi dolgokról tájékoztassa: 5—8 percig beszél az osztálynak értelmiségüknek megfelelő módon. Az iskolás gyermekek egészségügyi nevelésére igen sok helyen az orvosok gondolnak, akik a szolgálatot vezetik és maguk is tartanak rendszeres előadásokat, nemcsak az elemi, de az ismétlődő iskolákban is. Nagy jelentőséggel bír az iskolai zuhanyfürdő, amellyel az egészségházak felszereltettek. Nagy jelentőséggel bír azért, mert a szeptembertől júniusig mindennap fürdőző gyermek megszokja a tisztaságot s azt átviszi felnőtt korában is, házatája és gyermekei bizonyosan tisztán lesznek tartva. Azonkívül ez a mindennapi fürdőzés nagyban elősegíti az egészség megtartását.

A zöldkeresztes iskolaorvosi intézmény az elmondottaktól eltekintve fontos azért is, mert a gyermek korán megszokja, hogy az orvossal állandó érintkezésbe kerül s hogy az orvoshoz menni érdemes. Munkánk fontos része a fogyatékoság kiküszöbölése. Mi nem elégszünk meg a baj megállapításával, hanem minden erőnkkel azon vagyunk, hogy a fogyatékoságon segítsünk. Felhasználjuk erre az Országos Betegápolási Alap által nyújtott előnyöket, a szegény kórházi ágyakat. Igyekezzünk ezek igénybevételére a szülőket rábeszélni.

Az iskolaorvosi munkának egyik legfontosabb fejezete, hogy évről-évre nagyobb területen biztosítsa a szakorvosi vizsgálatokat. Az általános gyakorlatot folytató orvos főként szűrővizsgálatot végez. E szűrővizsgálatoknak feladata az, hogy a beteg gyermeket bajával megfelelő szakorvosokhoz utasítsák. Az első ilyen szakorvosi kiválasztás az iskolafogászat volt. Az iskolafogászok rendszerint mozgófogászok voltak. Az iskolafogászok minden gyermeket végig vizsgálnak és a betegnek talált fogakat kezelik. A múlt évben 21 iskolafogász dolgozott, akik igen nagy munkát végeztek el. Kilátás van arra, hogy másfél éven belül 60—65 fogászunk lesz. Nagyon fontos szakorvosi vizsgálat a szemszakorvosi vizsgálat is. Az első vizsgálatnál kiválasztják a betegszemű gyermekeket, amely munkát rendszerint megfelelően végzett egyetemi ember végez el s a hibás látásuak számára szemüveget rendel. A sebészeti orthopaed vizsgálat terén fontos lépést tett *Johan* belügyi államtitkár, akkor, amikor lehetővé tette, hogy a zöldkeresztes szolgálat igénybevételével a beteg gyerekeket a budapesti kórházakban elhelyezzék. Tehát módunkban van most már az ilyen bántalmakban szenvedő gyerekeket is megfelelő kezelésben részesíteni. Nagy pusztítást végzett az iskolás gyermekek körében a tuberculosis. E téren különösen nagy fejlődést mutat az utolsó másfél esztendő. A tuberculosis-betegek átvilágítása és gyógykezelése lehetővé teszi, hogy felismerve a betegségeket, azoknak terjedését meggátoljuk és a betegséget meggyógyítsuk. Itt a gyógykezelés nagyjából úgy történik, hogy a központban (járá-

si székhelyen) lévő intézet megy ki vidékre vagy hozzá jönnek be a betegek, vagy ha mozgóröntgen van, akkor azzal szakorvos megy ki vidékre és vizsgálja meg a gyermeket. Fontos még az idegorvos bevonása az iskolás gyermekek vizsgálatának körébe.

A különböző szakorvosok, akiket bevonnak a vizsgálat keretébe, csupán a véleményt adják, a gondozás egy kézben marad. A család egyes tagjait a szakorvossal a zöldkeresztes védőnő kapcsolja össze. Így tehát a kérdés falun, vagy kisebb helyeken meg van oldva, ha külön iskolaorvos nincs is alkalmazva. A munka folytatólagosan folyik s így nem esik ki senki a nyilvántartási körből. A zöldkeresztes szolgálatnak megvan az a nagy előnye, hogy évenként rendszeresen megismétlődik, a gyermekeket éveken át figyelemmel kíséri és egészségi állapotukról megfelelő módon gondoskodik. Nagyon fontos dolog a védőnőnek bekapcsolási lehetősége az iskolaorvosi munkába. Az orvosnak nem lehet kötelessége és nincs is ideje ahhoz, hogy az egyes családokkal behatóan foglalkozzék. Itt veszi át a szerepet a védőnő, aki a család anyagi, erkölcsi és szociális viszonyait személyes tudakozódás útján is megismeri, azokat az illetékeseknek tudomására hozza és a szükséghez képest intézkedik. Hangsúlyozom, ha megvalósul is az iskolaorvosi intézmény, a védőnőt mindenképen be kell kapcsolni a munkába. A budapesti iskolaorvosi intézménynél tanítónők vannak alkalmazva. Mi nagyon jól tudjuk, hogy iskolaegészségügyi munkánk sok kiegészítésre szorul és épen ezért készek vagyunk arra, hogy mindazt, ami munkánkat megfelelőbbé teszi, megvalósítsuk. A zöldkeresztes egészségügyi intézmény országosan van megszervezve. Ez állami munka, felesleges más munkát, intézményt létesíteni, csupán a meglévőt kell tökéletesíteni. Ujabbat ne csináljunk, mert az ilyen munka nem válik senkinek sem hasznára.

Nagyon kérjük azt, hogy mindenki, akinek módjában áll, legyen segítségünkre úgy tanáccsal, mint munkával. Elsősorban a tanítóság segítségét kérjük. Sokkal többre tudunk menni, ha a munkát, illetve annak jelentőségét megértetjük a tanítósággal, aki felismerve annak nagy nemzetmentő értékét, minden tekintetben segítségünkre siet. De a társadalom segítségére is szükségünk van. Találkozunk ugyanis az életben nagyon sokszor olyanokkal, akiknek nincs meg a megfelelő testsúlyuk amiatt, mert megfelelően táplálkozni nem tudnak. Ezeket táplálni kell, hogy a betegségekkel szemben ellenállóbbak legyenek. Mi azonban csak a reánk szabott munkát végezhetjük el, a szociális munkát másnak kell átvenni, mert csak ilyen összefogás útján lehet azt az eredményt elérni, amire a gyermekek egészségessé tétele szempontjából szükség van.

H o z z á s z ó l á s:

Dr. TOMCSIK JÓZSEF egyetemi tanár:

Gaál András előadásához hozzászólva, hangsúlyozom, hogy a zöldkeresztes iskolaegészségüggyel kapcsolatban csak az elemi iskolákról beszélünk, a középiskolákról nem, mert itt külön rendszer szerint iskolaorvosi és egészségtanári állásra van szükség.

Az elemi iskolákkal kapcsolatban ma az a helyzet, hogy sok helyen működik már a zöldkeresztes szolgálat, amely terjeszkedni fog mindaddig, amíg az összes falvak el nem láttatnak zöldkeresztes intézménnyel, ezeknek a száma kb. 800—1000 lesz. Ha mindez megvan, akkor a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat keretén belül a népiskolákra vonatkozólag megoldódik a szükséges munka. Azt a javaslatot, hogy egyelőre a vármegyei tisztii főorvosok mellett létesíttessék iskolaorvosi állás, amely felülvizsgálja az iskolaegészségügyi tevékenységet, nem tudom magamévá tenni, de azt sem, hogy erre ne legyen szükség. Lőrincz professzor javaslatát a magam részéről úgy módosítanám, hogy amíg nincs az iskolaegészségügyi szolgálat kiépítve, addig a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat lássa el a szükséges feladatok elvégzését. Zemplényi javaslatára csak azt mondhatom, hogy ha a társadalom elő tudja teremteni a pénzt, annak az állam csak örül. A magam részéről azonban úgy vélem, hogy az államnak is ki kell vennie a maga részét a teher viseléséből.

*Dr. PETRÁNYI GYÖZŐ egyetemi magántanár:
Az iskola és a népbetegségek.*

A népbetegségek közül az iskolát a trachoma, a nemibajok és a tuberculosis érintik. Az iskolavizsgálatok során sok trachomás beteget találnak ugyan, azonban az ellene való küzdelem teljesen eredményes, mert ez az egyedül megoldott probléma. A venereás megbetegedéseket illetőleg az iskolában a lues és a gonorrhoea jön szóba. *Neuber* és *Szentkirályi* vizsgálatai azt mutatták, hogy az iskolás gyermekeknek kb. 2^o/_o-a szenved luesben. Ez azonban öröklött lues, amelynek mint fertőző forrásnak jelentősége nem igen van. A szegedi és pécsi vizsgálatok eredményei kedvezőbbek, mert csak 1^o/_o-os lueses beteget találtak. A második betegség a gonorrhoea, amelyre nézve *Dobszay*, *Neuber* és *Szentkirályi* adatai alapján alkothunk magunknak véleményyt. Pécselt 17.000 iskolásgyermek közül 0.8^o/_o bizonyult gonorrhoeásnak; közülök 1.4^o/_o fiú, a többi leány volt. *Dobszay*nak *Bánossal* végzett vizsgálataiban a tanulók 1^o/_o-a bizonyult gonorrhoeával fertőzöttnek. E vizsgálatok kapcsán *Dobszay* kimutatta, hogy bizonyos tárgyak (törülköző, illemhely, bőr, szennyezett kéz) szerepelnek a fertőzés tovavitelében. Az iskola, mint a fertőzés helye, különösen azért jöhet számításba, mert a leánygyermeknek genitális szervei igen alkalmasak arra, hogy a gonorrhoeás megbetegedést fertőzés útján megkapják. E megbetegedések eredetét kutatva, arra a megállapításra jutottunk, hogy az ilyen betegségek 42^o/_o-a közvetett fertőzés útján jött létre. Az iskola, mint fertőzési forrás, a tuberculosis tekintetében a nyílt gümőkóros gyermekek részéről jöhet számításba. A budapesti tüdőbeteg gondozó intézet által elvégzett iskolavizsgálatoknál 34.418 gyermek közül 57 volt Koch-positív. A pécsi és szegedi vizsgálatoknál $\frac{1}{2}$ —1^o/_o volt a fertőző gyermekek száma. A fertőzés forrásául számíthat az iskolában a gyermekeken kívül a tanszemélyzet és a gyermekek mellé beosztott segédszemélyzet is. A bajai idevonatkozó vizsgálat azt mutatta ki, hogy a tanszemélyzet tagjai közül 9 nyílt gümőkórban szenvedett. *Detre* a budapesti OTBA-rendelőintézetben vizsgálatra került 1800 közalkalmazott tanítónak 20^o/_o-át találta nyílt gümőkórosnak. Olyan iskolában, ahol nyílt gümőkóros tanító tanított, a gyermekek 12^o/_o-a volt kezelésre

szoruló aktív gümőkóros. *Kaiser* szerint a gümőkóros tanítók elhelyezése után még évek múlva is rosszabb a helyzet a tanított ifjúság között, mint ott, ahol a fertőző tanító nem tanított. Az iskolának, mint fertőző forrásnak a népbetegségek terjesztése szempontjából igen nagy jelentősége van. Az 1868. évi XXXVIII. t.-c. kötelezővé tette a népiskolai oktatást. Nekünk az a kötelességünk, hogy ezen kötelező oktatásból kifolyólag senkit veszély ne fenyegetsen. Ebben kitűnő szolgálatot teljesít az iskolaorvosi intézmény létesítése.

Egészségvédelmi szempontból ma még csak a trachoma kérdése van országos viszonylatban eredménythozóan megoldva. A venereás betegségek problémája megoldatlan. A lues tekintetében a felkutatás nemzeti szempontból fontosnak tekintendő azért, hogy a fertőzött családot kezelésbe vegyük. A luesnél azonban a kankó sokkal súlyosabb, mert nagyobb a fertőzési lehetőség. Ennek a kérdésnek a megoldását feltétlenül meg kell találni. Az iskolaegészségügynek azonban kétségtelenül legsúlyosabb problémája a tuberculosis. Legfontosabb a tuberculosis megelőzése, mert egy cseppnyi fertőzés nagyobb körzetben is számos fertőzést idézhet elő. Ha tudomásul vesszük, hogy nálunk évente 15 ezer ember hal meg tbc-ben, akkor könnyen kiszámíthatjuk, hogy egy emberöltőn keresztül ez 1 millió magyarnak a halálát jelenti. Ha tudomásul vesszük, hogy egy súlyos tuberculotikus egyének kezelése minimálisan hat hónapot vesz igénybe s ha tudjuk, hogy e kezelés egyénenként kb. 1000 pengőbe kerül és az eredmény még ekkor sem teljesen biztos, akkor feltétlenül be kell látunk, hogy a tuberculosis kifejlődésének megakadályozása végett vissza kell mennünk az iskolába. A vizsgálatot ki kell terjeszteni a tanítóságra is és őket el kell távolítani megfelelő anyagi biztosítás mellett az iskolából, az aktív tbc-s gyermekeket pedig gondozásba kell venni. Az egyik feladat ezen a téren a megfigyelés, a másik pedig a betegnek és a környezetnek racionális szociális védelme.

A magyar gyermekanyag nagyon szomorú eredményeket tár elém a jövő szempontjából. Feladatunk az, hogy mindent elkövessünk az új nemzedék megvédésére, mert ezzel tartozunk nemzetünknek és hazánknak.

H o z z á s z ó l á s :

Dr. SZENTKIRÁLYI ZSIGMOND egyetemi magántanár:

A szifilis megállapítása a vizsgálatoknál nem könnyű; itt okvetlenül szakorvosra van szükség. A betegség megállapítása és kezelése közül több fokozat van: 1. Az általános gyakorlatot folytató orvos felismeri a tüneteket. 2. Serológiai vizsgálat, amelyet központilag kell elvégezni. Az eddigi tömegvizsgálatok azt mutatják, hogy lényeges különbség a városi, falusi és a tanyai iskolás gyermekek között a világra hozott szifilisz szempontjából. A városi típusban általában 2%-on felül találunk öröklött szifiliszt, falun az arányszám általában lényegesen jobb, 1%, vagy ennél kisebb. A tanyavilágban még ennél is alacsonyabb arányszámmal számolhatunk. Az öröklött szifilisz elleni küzdelemben igen fontos, hogy a városban dolgozó szakgondozó intézetek egymással a legszorosabb együttműködésben legyenek. A falusi és tanyai együttes egészségvédelmi szolgálatban feltétlenül be kell vezetni a szakemberek tanácsadói és irányítói munkásságát.

Dr. HAMAR PÁL poliklinikai assistens:
Iskolafogászat.

A fogszuvasodásra vonatkozó magyarországi vizsgálatok megállapították, hogy a fogszuvasodás százaléka a gyermekkorban sem marad alatta a felnőttkorinak. Ezért, ha a fogszuvasodás elleni küzdelemben eredményt akarunk elérni, akkor az ellene való küzdelemnek általánosnak, racionálisan vezetettnek és már a gyermekkorban megkezdettnek kell lennie.

A fogszuvasodás oka ma még nem teljesen tisztázott és ezért nem áll rendelkezésünkre sem olyan gyógyszer, sem más tényező, amelynek alkalmazásától a fogszuvasodás fellépésének megakadályozását várhatnók. Addig is azonban, amíg ezt a megelőzést elérni nem tudjuk, valamilyen más módot kell választanunk a fogazat megmentésére és a következményes betegségek megelőzésére; ez a mód a beteg fogak korai stádiumában való meggyógyítása. A korai kezelés nem fogszűprevenció. Ha azonban azt tekintjük, hogy e korai munkával megakadályozzuk a fogak elpusztulását és biztosan kiiktatjuk a foghíjasság és a fogszuvasodás összes konzekutív betegségeit és így megszüntetjük a fogszuvasodásnak úgy az egyént, mint a nemzetet károsító hatását, akkor ezt a munkát feltétlenül egészségvédelmi munkának kell tekinteni és az általános egészségvédelmi munka keretében megoldáshoz juttatni. Ezt a korai kezelést, szájhigiénére való nevelést és a már ismert fogszűmegelőzést szolgáló tényezők alkalmazását van hivatva végezni az iskolafogorvosi intézmény, amelynek munkája arra irányul, hogy az iskolához tartozó összes tanulók 12 éves korukban hiánytalan és egészséges állandó fogazattal, a fogápolást megszokva, kerüljenek ki az iskolából. Ez az eredmény csak az ú. n. systémás rendszerben végzett iskolafogorvosi munkával érhető el.

A systémás iskolafogorvosi munka *Kanntorovitz* elgondolásán épült fel, amely szerint minden teljesen tönkrement, vagy nagyon beteg fog valamikor, mint egészen kicsiny szuvasodás kezdett romlani, amely megbetegedést ekkor pár perces, legtöbbször fájdalomtalan munkával meg lehetett volna gyógyítani. Hogy ez a korán alkalmazott gyógyítás kivihető legyen, van szükség a már kora gyermekkorban kezdődő és systémásan ismétlődő fogvizsgálatra és kezelésre.

A fogszű nem iskolabetegség és mégis az iskola különösen alkalmasnak látszik e rendszeres korai kezelés végzésére. Ennek oka 1. hogy a 6 éves korban életbelépő általános iskolai kötelezettség lehetővé teszi egyrészt az összes 6—12 éves gyermekek hiány nélkül való fogvizsgálatát, másrészt hogy a szükséges fogászati felügyelet és kezelésbevonás az első állandó fogak előretörése után azonnal megkezdődhetik és úgy szólván az egész fogváltás alatt tart. Ezzel lehetővé válik az előretörő fogak fejlődési hibáinak az előretörés után azonnali korrekciója, a szuvasodásoknak kezdeti stádiumban való meggyógyítása. 2. A 6 éven keresztül tartó iskolai kötelezettség lehetővé teszi a gyermekek fogazatának 12 éves korig e módon történő teljes épségben tartását. 3. Megadja az iskola a lehetőséget a gyermekek szájhigiénére való ránevelésére. 4. Igen fontos segítő körülményt nyújt a gyermekek kezeléséhez az iskola mielője.

Az iskolafogorvosi intézmény úgyszólván 100%-os munkaered-

ményt érhet el akkor, ha a tanulókat évenként egyszer, de inkább kétszer megvizsgálja és utána azonnal kezelésbe veszi, a gyermekeket a helyes fog- és szájapolásra megtanítja, felhívja a szülők figyelmét gyermekük fogazata épségének és fogápolása ellenőrzésének szükségességére és a már ismert fogszu megelőzését szolgáló beavatkozásokat alkalmazza olyan intézményekkel kapcsolatosan, amelyek a gyermek általános egészségvédelmével foglalkoznak.

Az iskolás gyermekek fogkezelése vagy a szabadorvosválasztáson alapuló ú. n. mannheimi rendszer szerint a fogorvosok magánrendelőjében történik, — tanítási időn kívül, — vagy hivatalos iskolafogorvosi rendelőkben tanítási idő alatt. Az előbbi munka drágább és kisebb eredményt felmutató, mint az utóbbi, ezért úgyszólván mindenütt az utóbbi rendszerben építik ki az iskolafogorvosi intézményt.

Az iskolafogorvosi munka nagyvárosokban vagy centrálisan elhelyezett központi rendelőkben folyik, vagy decentralizáltan vannak a kisebb rendelők a város egyes kerületeiben, rendszerint iskolaépületekben elhelyezve. Ez az utóbbi rendszer a gyakorlat számára megfelelőbb és Budapest is így oldotta meg a rendelők elhelyezését. A falvak a kis tanulólétszám miatt nem tudnak egy iskolafogorvosi rendelőt egész iskolaéven át foglalkoztatni és ugyancsak képtelenek egy rendelő teljes pénzügyi fedezetét egyedül előteremteni. Ezért a szükséghez képest több-kevesebb község közösen tart fenn és foglalkoztat egy ú. n. körzeti iskola-fogorvosi rendelőt. Ezeknél vagy gondoskodni kell a gyermekeknek a rendelőbe szállításáról, vagy a rendelő felszerelését kell kivinni az egyes községekbe és ott, a helyszínen végezni el a gyermekek fogkezelését. Ez utóbbi, az ú. n. vándor-fogászat rendszere vált be és honosodott meg mindenütt leginkább. Vándorfogorvosi rendelő céljára a megszokott stabil rendelő felszerelésektől eltérően a célnak megfelelő ú. n. mobil felszerelés alkalmazása vált szükségessé. E felszerelést illetőleg két típus alakult ki. Az egyiknél egy nagy autóbuszba építettek be fogorvosi műtőt, a másikonál könnyen szétszedhető és szállítható felszerelést készítettek. Az autóklinikák rendszerint nagyobb városok környékén nagyobb munkaterületeken működnek és kitűnően beválnak. Hátrányuk, hogy drágák, fenntartásuk költséges és csak megfelelő úton használhatók. A szétszedve szállítható felszerelések a legkülönbözőbb formában készülnek. A külföldön forgalomban lévő rendelőfelszerelések a költségek nagysága és útaink állapota miatt nálunk nem jöhetnek számításba. Ezért 1927-ben az első iskola fogorvosi rendelő megnyitásakor Johan államtitkár megbízásából összeállítottam egy, a mi pénzügyi és szállítási lehetőségeinknek megfelelő vándor-fogászati felszerelést.

Vándor-fogorvosi berendezéseknél fontos követelmény, hogy az könnyen szállítható és gyorsan felállítható legyen. A felszerelésnek hosszú éveken keresztül nagy munkateljesítmény végzésére kell alkalmasnak lennie. A felszerelésnek magában kell foglalnia mindazt a műszert és bútort, amelyre a fogorvosok munkája közben szükséges lehet. Nem lehet a felszerelés drága, de nem szabad költségkímélés miatt tökéletlennek vagy hiányosnak lennie, mert jó felszerelésen olcsóbb, célszerűtlen felszerelésen igen drága a munka. Az OKI iskolafogásza-

tainak felszerelése kb. 2000 pengőbe kerül és a felsorolt követelményeknek megfelel.

Az általános ismertetés után ismertetem a már normálisnak elfogadott hazai vándor-rendelés szervezetét és munkáját. E rendelők munkája szorosan beilleszkedik az általános egészségvédelmi munkába. A rendelők adminisztratív tekintetben a járási egészségvédelmi szolgálatok vezetőihez tartoznak, a szakorvosi munka irányítása és ellenőrzése az OKI külső munkák osztályának van alárendelve.

Egy-egy vándor-rendelő munkatere a körzethez tartozó községek nagyságához mérten 1—20 községre terjedt ki. E rendelőkben a tanulók gyógykezelése díjtalanul történt és csak azok a tanulók fizettek részvételi díj címén 50 fillért, akiknek ezt megfizetni módjukban állott. A tanulók csakis előzőleg adott szülői beleegyező nyilatkozat alapján részesültek kezelésben. Legtöbb rendelőben csak a szegénysorsú tanulók fogait kezelték, míg a jobbmódú szülők gyermekeit magánorvosi kezelésbe utasították. A vándor-rendelőket vagy egészségügyiáznak, vagy iskolák valamely megfelelő helyiségében helyezték el, a felszerelés kiszállításáról az illető községek előljárósága gondoskodott. Ugyancsak ő gondoskodott a helyiségek takarításáról és fűtéséről is.

Az iskolafogorvosi rendelőkben folyó munka fősúlya az állandó fogakra esett. Az iskolafogorvosok havonta végzett munkájukról az egészségvédelmi szolgálat vezetőjéhez és az OKI-hez beküldött havi jelentésükben számolnak be, azonkívül minden egyes község vizsgálati és kezelési eredményét évenként statisztikailag feldolgozzák.

Az iskolafogorvosi rendelőknek anyagokkal való ellátása az OKI gondnoki hivatal útján történt. Az anyagellátásnak ez a rendszere egyrészt olcsóbb és jobb anyagbeszerzést tesz lehetővé, másrészt mentesítette az orvosokat a vásárlási és pénzkezelési gondoktól.

Az itt ismertetett vándor-iskolafogorvosi rendszer nálunk bevált és az iskolafogorvosi intézmény további kiépítésénél mintául fogadhatjuk el.

Émlítettem, hogy az iskolafogorvosi munkának bele kell illeszkednie az általános egészségvédelmi munkába, de bele kell illeszkedni szűkebb körben az iskolaegészségügyi munkába is, úgy azonban, hogy az intézmény mindig önálló egészet alkotson. Bele kell kapcsolódnia az iskolaegészségügyi munkába azon rendkívül szoros és sokirányú összefüggés miatt, amellyel a fogak megbetegedése a gyermek egész szervezetével van, de külön is önálló egészet kell alkotnia azon nagytömegű gyermekeket felölelő munka miatt, amely az intézmény keretében folyik. Ilyen nagytömegű gyermek kezelése csak központi, egységes irányítású és racionálisan végzett munka mellett lehet eredményes.

Rendkívül fontos, hogy az ország összes iskolafogorvosi rendelőjében a kezelés a már kipróbált és bevált azonos elvek szerint egyöntetűen történjék. Szükség van erre azért is, mert az a pénzügyi fedezet, amely rendelkezésére fog állani, előreláthatólag nem lesz elég ahhoz, hogy a 900.000 elemi iskolás tanuló tej- és állandó fogazatát maradék nélkül meggyógyítsuk. A kezelési határokat ezért szigorúan meg kell szabni. Az iskolafogorvosi rendelők központi irányítása és egységes munkarendszere lehetővé teszi, hogy a rendelkezésére álló pénzből mindig a maximális teljesítményt hozzuk ki. Fontos kérdés, hogy mely közületek gondoskodjanak az iskolafogorvosi rendelők felállításáról és fenntartásáról? A fenntartási költséget azoknak a közüle-

teknek kell viselniök, amelyeknek az intézmény munkájából majdan akár politikai hasznuk van, mint az államoknak, akár pénzügyi előnyük, mint a megbiztosítással foglalkozó intézeteknek, vagy amely közületek a szegénybeteg-ellátásra már eddig is kötelezve voltak, mint a városok, vármegyék és falvak.

Ugy az állam, mint az egyéb közületek részéről már eddig is hajlandóság mutatkozott a teherviselésre, ezzel szemben a megbiztosító intézetek részéről ilyen irányú megértést nem tapasztaltunk. Pedig a legtöbb külföldi államban azt látjuk, hogy a megbiztosító intézetek felismerve azt a nagy gazdasági előnyt, amit az iskolafogorvosi intézmény munkája jelent nekik, nagy összegekkel támogatják a rendelőket.

Az iskolafogorvosi rendelők megszervezésére vonatkozólag azt kell mondanunk, hogy minden közületnek joga lehet ilyen rendelőt felállítani, sőt bizonyos körülmények között nemcsak joguk, de kötelességük is. Azonban bármely közület tartja fenn a rendelőt, meg kell felelnie mindazon kívánalomnak, amelyet az országos iskolafogorvosi intézményt centrálisan irányító közegészségügyi hatóság minimális követelményként előír.

Az iskolafogorvosi intézmény országos szervezésére vonatkozóan Johan államtitkárnak mintegy két év előtt egy tervezetet nyújtottam be. Az abban alapulvett számításaimat a gödöllői és mezőkövesdi járásokban már hosszú évek óta működő négy iskolafogászati rendelő évek óta állandónak mutakozó költségvetése alapján végeztem. E rendelők havi átlagos munkateljesítménye 339 vizsgálat és 142 tanuló teljes gyógykezelése volt. Havi fenntartási költség 771 pengőt tett ki. A négy iskolafogorvosi rendelő egy évi fenntartási költsége 611.80 pengő volt, ugyanekkor a két járásban az általános egészségvédelmi munka költsége évi 91.866.14 pengőt tett ki, lakosonként számítva 0.61 pengőt. Az iskolafogorvosi munka költsége a fenti összeg 7%-át tette ki, lakosonként számítva 4.3 fillért. A fenti adatok alapján számítva egy rendelő egy iskolaév alatt kb. 3000 tanuló tud fogászati gondozásban tartani, ha megelégszünk a kétévenkénti rendszeres kezeléssel.

Budapest elemi iskolás tanulóinak leszámítása után kb. 900.000 elemi iskolás tanuló fogászati ellátásáról kell gondoskodni. Ehhez két éves kezelési tervezet mellett, rendelőnként 10 hónapi munkaidőt és 3000 tanuló ellátását véve számításba, 150 iskolafogorvosi rendelőre lenne szükség. Ma az országban elszórtan 20 iskolafogorvosi rendelő működik, tehát még 130 új rendelő felállításával az összes elemi iskolai tanulók korai fogkezelése biztosítható lenne. Egy-egy rendelőhöz 6000 tanuló tartozna, akik másodévenként kerülnének kezelésre. 6000 tanuló kb. egy 50.000 lakosú járás gyermeklétszámának felel meg. E szerint nagyjában minden járásban egy iskolafogorvosi rendelőre lenne szükség, amelynek költségeit a járás összes községei közösen viselnék, de fenntartásához még a már előbb említett közületek támogatását is igénybe vennék. A községek és egyéb közületek hozzájárulásukat a járási egészségvédelmi szolgálat vezetőjéhez fizetnék be, aki a rendelő anyagi ügyeit intézné. Bizonyos nagyobb közületek által önállóan fenntartott rendelők anyagi ügyeit maguk a fenntartók is intézhetnék, de szak szempontból ezek is állami felügyelet alá tartoznának. A végzett munka megfelelő voltát biztosítandó, szükséges, hogy a körzeti kezelőorvosokat a legfelsőbb egészségügyi hatóság nevezze ki, míg az egyes közü-

letek által önállóan fenntartott rendelők vezető orvosainak megbízatása előzetes jóváhagyástól tétessék függővé. Meghatározott nagyságú területen működő rendelők felett (20—25) a felügyeletet egy, a körzet területén lakó iskolafogász-főorvos látná el, aki ezen munkája mellett saját kisebb körzetében kezelést is végezhetne. E szerint az ország hatnyolc iskolafogászati körzetre lenne osztandó, amelyeknek vezető orvosai közvetlenül a belügyminisztérium közegészségügyi osztálya alá tartoznának, ahol szakember kezébe futna össze az országos szervezés, irányítás és ellenőrzés munkája. Számításom szerint már évi 400.000 pengőből biztosítható lenne a fenti elgondolás szerinti iskolafogászati ellátás.

Befejezésül a következő javaslatokat terjesztem elő: 1. Adassék ki törvényerejű rendelkezés az országos iskolafogorvosi intézmény megszervezésére. 2. Hozzon az Országos Orvosi Kamara határozatot, hogy az iskolafogorvosi rendelőkben csak szociális támogatásra szoruló vagy jómódú tanulók is kezelésben részesülhetnek-e? 3. Köteleztessenek a szülők gyermekük fogazatának gyógykezeltetésére. 4. Az OKI dolgozzon ki részletes tervezetet az ország egész területének szisztémás rendszerben működő iskolafogorvosi ellátásra. 5. Hívja fel az OKI az e rendelők fenntartására hivatott közületeket a rendelők mielőbbi megszerzésére, azokat a közületeket pedig, amelyeknek köteleességükké lehet tenni az anyagi hozzájárulást, ezen támogatás megadására. 6. Nyújtsa az állam a lehetőségekhez képest támogatást az iskolafogorvosi rendelők felállítását szándékozó közületek részére. 7. A rendelők szervezésének megkönnyítésére készíttessen az OKI egy szervezési sémát, amelyből minden szükséges felvilágosítás megkapható. 8. Minden egyes iskolafogorvosi körzet megszervezésének tervezetét a szervező közület legyen köteles felülbírálni az OKI-hez beküldeni és a megszervezésben legyen köteles az OKI utasításait követni. 9. Szorgalmazza az OKI az iskolákban a szájhigiénére való nevelést. 10. Hasson oda az egészségügyi főhatóság, hogy a tanítóképzés keretében az iskolahigiéné és a gyermekegészségügyi felvilágosítás az eddiginél sokkal nagyobb teret kapjon. 11. Iskolafogorvos csak fogszakorvos lehessen, akinek kötelessége a gyermekfogászatban való jártasságnak és szisztémás munkarendszer ismeretének igazolása.

*Dr. ALFÖLDY JÓZSEF és Dr. GRAUAUG ÁRMIN főorvosok:
Iskolaegészségügy és tuberculosis-prevenció Baján.*

A tuberculosis egész pathogenesiséről alkalmazott mai felfogásunkból következik, hogy a tuberculosis preventioja a fertőzött iskolás gyermek védelménél kezdődik s ennek sikerességén áll vagy bukik. Ez a szempont indokolja, hogy a tuberculosis-prevenció kérdésének tárgyalása során a mai alkalommal kizárólag iskolavizsgálatainkkal foglalkozzunk. A bajai tüdőbeteg gondozó intézetet e vizsgálatok során elsősorban az a szempont vezette, hogy az iskolán belüli fertőzéseket a lehető minimumra szorítsa le. Így már évek óta sikerült rendszeresíteni a tanfelügyelő és az iskolák igazgatóinak megértő támogatása révén a tanítószemélyzet röntgenvizsgálatát, amelynek eredmé-

nye gyanánt az évek folytán 5 tanítót kellett az iskolából kiemelni, mert Koch-positivak voltak.

Rendszeres iskolavizsgálattal 15 év óta foglalkozik a tüdőgondozó intézet, mely idő alatt a végzett növendékvizsgálatok száma meghaladja a 25.000-t. Az első években különféle módszerek szerint dolgoztunk, 1925 óta azonban rendszeresen selectáló vizsgálatokat végeztünk a Pirquet-féle cutan módszerrel s ehhez csatlakozott a positiv gyermekek obligat röntgen-átvilágítása. A középiskolásoknál kizárólag röntgenszűrést végeztünk időszakonként. A kisedővódában átlag 12% a Pirquet+tanulók száma. E gyermekek környezetvizsgálata 30—40%-ban positiv eredménnyel járt. Az elemi iskolás korban a Pirquet-próba vizsgálatainknál 23%-ot hozott ki átlagban, míg ugyanezen anyagon a később inaugurált intracutan módszer már 36.5% fertőzött, tuberculin+tanulót produkált. Természetes, hogy a környezetkutatás itt már nem hozott közel sem oly eredményt, mint az óvodásoknál.

1935. végén kezdtünk a tüdőbeteg osztály beteganyagán, valamint iskolavizsgálataink keretében allergometriával foglalkozni, amelynek jelentőségére és eredményeire *Kramár* professzor hívta fel figyelmünket. Akkoriban a szegedi gyermekklinikán kiterjedt vizsgálatok folytak az allergometriával s az iskolavizsgálatokat már *Gröer* módszerével végezte *Petrányi*. A nagyszámú klinikai és iskolavizsgálat eredménye az volt, hogy a tuberculin+tanulók egy része, kiknél egyéb klinikai eltérés nem mutatható ki, a primär fertőzést immunbiológiai értelemben még nem küzdötte le s a szervezet láthatatlan egyensúlya ezeknél még nem állott helyre. Ezeket a gyermekeket *Petrányi* biológiailag activnak nevezte el. A tanulók e csoportját csak az allergometria segítségével kereshetjük ki a többi, tuberculin+tanulók közül s az a csoport, mellyel gondozási munka szempontjából elsősorban foglalkoznunk kell, miután felfogásunk szerint túlnyomórészt ezekből fognak később a pubertáskor manifest phthisikus betegek kikerülni, ha kedvezőtlen körülmények közé sodorja sorsuk és nem lesz, aki segítőkészet nyújt feléjük. *Petrányi*, *Szegezky* és *Füle* eredményeinek hatása alatt elhatároztuk, hogy áttérünk az allergometriára. 1936-ban, hogy az összehasonlítás részére basist találjunk, a gondozó-intézet által átpirqueztett és positivnak talált tanulók közül 321-nél végeztünk Gröer szerint intracutan oltásokat. 1937—38-ban 1897 tanulónál végzett vizsgálatunk volt, amelyekhez 354 ismételt Gröer-féle meghatározás járult.

Az 1937. év folyamán az egész selectiós iskolavizsgálatot már az allergometriával végeztük. E vizsgálatok során 1513 elemi iskolás tanulónál végeztünk allergometriát. Ezek közül 552 volt positiv, ami 36.4%-ot jelent, amely szám jelentékenyen több a cutan módszer 23%-ánál. Az allergia helyzet ezeknél a tanulóknál a következőképen osztott meg: 49% pleurgia, 23% homodynamia és 28% pleoaesthesia. Ez azt jelenti, hogy a túlnyomórészt szegény és rossz gazdasági körülmények közt élő szülők gyermekei jórészt a kisgyermekkorban fertőződnek s az elemi iskolába a fertőzöttek fele már megnyugodott állapotban kerül, egynegyed részben a megnyugvás felé vezető úton van és csak egynegyed része jut el úgy az iskolába, hogy még fertőzése meg nem nyugodott, biológiailag activ, vagy még egészen friss. Ez az

egynegyed rész az, amely gondozási munkára elsősorban szorul rá. Tisz-tán látszik már e kevés adatból is, hogy az allergometria a pozitív tanulóknak az egyébként egyhangú és szét nem választható tömegében milyen finom analizálást tesz lehetővé.

Ha a pozitíven reagáló tanulókat osztályok szerint csoportosítjuk, úgy azt látjuk, hogy valamennyi iskola első osztályában átlagban 30% a + tanulók száma, ez a szám azonban nem emelkedik egyenletesen a IV. osztály átlagos 41%-ig, hanem a II. osztályban hirtelen ugrik 30—37-re. Ennek magyarázata véleményünk szerint nem lehet más, mint az, hogy az iskoláskor kezdete a gyermeki szervezetre különféle újabb megterhelések és ártalmak, továbbá fokozatos fertőzési lehetőségek által kedvezőtlenül hat s e kedvezőtlen hatás az allergia helyzetének eltolódásában is kifejezésre jut.

A pozitívknak talált tanulók között 107 olyan gyermeket találtunk, akik kisgyermekkorbeli elváltozások, familiáris terheltség, exponáltság, vagy más ok miatt állandó ellenőrzés és gondozás alatt állanak, vagy állottak. Ezeknek átlagos allergia helyzete rosszabb az átlagnál, viszont lényegesen jobb azon gyermekek átlagos allergia helyzeténél, akik biztosan fertőző környezetben vagy erős familiáris terheltség mellett igen rossz higiénikus körülmények között élnek. Az allergometria itt is hűen tükrözi vissza a valóságot.

Az átvizsgált gyermekek röntgenleleteinek érdekelésénél ugyancsak az allergometria eredményeit kellett segítségül hívunk. 447 pozitíven reagáló tanulónál végeztünk a lehető leggyakoribb gonddal mellkasátvilágításokat, mindenkor ketten, egymást kontrollálva. A leleteket négy csoportba osztottuk. Éspedig: R1-1 jelöltük a negatív leleteket. R2—R3-1 azokat, hol előrement, specifikus elváltozás biztosan kimutatható gyógyult maradványait találtuk, még pedig R2-nél kisebb, R3-nál nagyobb kiterjedésben. R4-el a manifest tbc-s elváltozásokat jelöltük. A 447 röntgenleletből R1 volt 142, R2 287, R3 17, és R4 1. A röntgenleleteket súlyosságuk szerint csoportosítottuk és vizsgáltuk: miként oszlanak meg az egyes csoportokon belül az allergia helyzetek. Azt láttuk, hogy a pleoaesthesiás allergia helyzet százalékos száma a röntgenelváltozások kiterjedésével párhuzamosan emelkedik és hogy a teljesen negatív átvilágítási lelet mellett is nemesak lehetnek fertőzöttek, azaz tuberculin pozitívak a gyermekek, de azok egyrésze még biológiailag aktív is lehet. Ha a röntgenleleteket osztályonként csoportosítjuk, úgy azt látjuk, hogy pl. az R2 leleteknél az I. osztályban a pleoaesthesia átlagos száma 57, míg a IV. osztályban már csak 42%. Ez a tapasztalat is mutatja, hogy a klinikai és rentgenológiai gyógyulás határán jóval túl folytatódik az immunbiológiai, vagyis a valódi gyógyulás és e gyógyulási folyamatnak a korral egyik haladó pályáját kizárólag az allergiahelyzet meghatározásával követhetjük. Természetes dolog, hogy ennek a gyógyulási folyamatnak minél pontosabb követése a tbc-preventio szempontjából eminens jelentőségű.

Kétségtelennek látszik ezek után, hogy az allergometriának nemcsak a gyermeki tuberculosis klinikájában van nagy fontossága és jelentősége, hanem azáltal, hogy segítségével kijelölhetjük a védelemre és gondozására szoruló gyermekek csoportját, a felnőtt és serdülőkor phthisisének preventiojában is döntő szerepe van.

Ilyen megoldások vezették a szegedi gyermekklinikát még 1936-ban abban, hogy az allergometriával felderített és gondozásra szoruló iskolás gyermekek részére iskolai fekvőcsarnokokat létesítsen. Mióta mi is rendszeres allergometriás iskolavizsgálatokat végeztünk, nekünk is módunkban volt pleoaesthesiás, biológiailag aktív elemi iskolás gyer-

mekeinket felkutatni. Ezek részére létesítettük erdei üdülőiskolánkat.

A selectio menete a következő volt: valamennyi elemi iskolás tanulónál allergometriás vizsgálatot végeztünk. Az így adódott 36.5% pozitív tanulónál röntgenátvilágítást végeztünk, hogy az esetleges beteg gyermekeket azonnal kiemelhessük. Az allergometriás vizsgálatok során talált 160 pleoaesthesiás tanuló képezte azonban főgondunkat. Ezek közül a jobbmódúak szüleit értesítettük arról, hogy gyermekeiket fokozottabb gondozásban és ellenőrzésben kell részesíteniök házi orvosuk által. A szegénygyermekeket sorozás alá vettük és külön csoportba soroltuk azokat, akik pleoaesthesiájuk mellett szegénységük, elhagyatottságuk, expositio vagy familiáris terheltség által a legveszélyeztetettebbeknek látszottak. Ezekből kerül ki a 80 üdülő iskolai tanuló zöme. A többiek a tüdőgondozó intézet ellenőrzése alá és egyéb szociális támogatás és segítség révén fokozottabb gondozásba kerültek. Tudjuk jól, hogy munkánk akkor volna teljesebb, ha az üdülő-iskola hálótermekkel is fel volna szerelve s így gyermekeinket teljesen kiemelhetnénk káros környezetükből. Örömmel jelenthetem ki, hogy ebben a városban minden hivatalos tényező tudja és átérzi ennek szükségességét és legjobb reményünk van rá, hogy e tervünk hamarosan meg is fog valósulni.

A fentiek ismertetése után a tuberculosis elleni küzdelem hatásab-
bátétele érdekében a következő javaslatokat terjesztjük elő: 1. Építte-
sék ki a csecsemő- és kisgyermekkor fokozott tbc-preventioja, külön-
ösen a Stefánia-Szövetséggel, illetőleg a zöldkereszttel karöltve. Min-
den születés bejelentési adata tétessék át a tüdőgondozó intézethez,
mely intézet minden esetben környezetkutatást végez és pozitív ered-
mény esetén gondoskodik a csecsemő BCG-oltásáról, illetve a környe-
zetének lehetőségig való szanálásáról. 2. Az iskoláskor fokozottabb vé-
delme érdekében kívánatos a Gröer-féle allergometria széleskörű be-
vezetése az iskolavizsgálatokba. Az így selectált biológiailag activ tan-
ulók részére iskolai fekvőcsarnokok, preventoriumok, vagy üdülő-
iskolák volnának minél nagyobb számban létesítendőek. 3. A felnőtt-
kori phthisikus megbetegedések prophylaxisa szempontjából legfonto-
sabb a praepubertas és pubertas korának fokozottabb védelme. E kor
rendszeresített röntgenvizsgálata elengedhetetlenül szükséges. A tanon-
cok vizsgálata már felvételüknél kezdődjék s a tanonciskolában foly-
tatódjék. Az ú. n. tanoncnyaraltatás minél intensivebbé és általánosab-
bá tétele felette kívánatos. 4. Az iskolán belüli fertőzési lehetőségek
esökentése érdekében a tanszemélyzet rendszeres, kötelező röntgenvizs-
gálata valósíttassék meg, de ezzel egyidőben történjék gondoskodás a
tüdőbeteg tanító anyagi helyzetének biztosításáról, illetve kártalanítá-
sáról.

*

A Kerületi Orvosi Kamara a tagértekezlet vitaanyagának felhasználásával a következő konkrét javaslatokat terjesztette a m. kir. belügyminiszterhez és a vallás- és közoktatásügyi miniszterhez:

1. A zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat iskolaegészségügyi gondozása terjedjen ki az összes alsófokú iskolákra.
2. Az alsófokú középiskolákban az iskolaorvosi funkciót képzett szakorvos lássa

el és az egészségtan-tanítást ő irányítsa. E célból körzetenként iskolaorvosi állások rendszeresíttessenek.

3. A középfokú középiskolákban az iskolaorvosi és egészségтанtanári teendőket megfelelő képesítéssel rendelkező és a rendes tanári statusba sorozott szakorvos lássa el.

4. Az iskolák tanszemélyzete kiképzése idején egészségügyi kérdésekben megfelelően kiképzendő. Történjék gondoskodás továbbá arról, hogy később is továbbképzésben részesülhessenek az iskolaszakorvosok által.

5. Történjék gondoskodás arról, hogy az iskolaorvosi és egészségтанtanári tanfolyamokon a hallgatók sportegészségügyi kiképzést is kapjanak.

6. Adassék ki törvényerejű rendelkezés az országos iskolafogorvosi intézmény megszervezésére.

Zusammenfassung.

NEUGESTALTUNG DES SCHULARZTEWESENS.

(Vorschläge der Bezirksärztekammer in Szeged, anlässlich der Mitgliederversammlung in Baja am 14. Mai 1938.)

1. Ausbreitung der Schulgesundheitsfürsorge des Gesundheitsschutzes „Grünes Kreuz“ auf alle Volksschulen (Elementarschulen) des Landes. 2. In den Mittelschulen niedrigerer Stufe soll die Stelle des Schularztes durch einen entsprechend gebildeten Facharzt besetzt werden, der den Unterricht in der Gesundheitslehre leitet. Zu diesem Zwecke sind Kreis- (Bezirks-) Schulärztestellen ins Leben zu rufen. 3. In den Mittelschulen mittlerer Stufe hat die Aufgabe des Schularztes und Gesundheitslehrers durch einen über die nötige Qualifikation verfügenden Facharzt versehen zu werden, der dem Stand der ordentlichen Mittelschullehrer angehört. 4. Das Lehrpersonal der Schulen ist während der Studienzeit auch in Fragen des Gesundheitswesens entsprechend heranzubilden. 5. In den Lehrkursen für Schulärzte und Gesundheitslehrer sollen die Hörer auch in der Sporthygiene unterwiesen werden. 6. Ausbreitung der Einrichtung des Schulzahnärzteswesens über das ganze Land im Rahmen einer Landesinstitution. 7. In gewissen Zeitabständen sind sämtliche Lehrkräfte pflichtgemäß ärztlich durchzuuntersuchen.

Summary.

REORGANISATION OF SCHOOL-PHYSICIANS' EDUCATION.

(Proposals of the Medical Chamber of the district of Szeged made at the meeting held in Baja May 14th 1938.)

1. To spread and aid the action of school health defence of the „Green Cross“ in all Board Schools (elementary) of the country. 2. In the lower intermediate schools instead of a common school-physician a properly learned specialist shall be employed who is then in charge of teaching hygiene. For such purpose district school-physicians' positions ought to be created. 3. In the middle intermediate schools the task of school-physicians and sanitary instructors is to be performed by a physician possessing beside the necessary qualification a specialisation who belongs then to the ordinary grammar-school teachers' staff. 4. The teaching staff of the schools is to be instructed in hygienic problems also during the terms. 5. Persons attending courses for school-physicians and sanitary instructors shall be instructed also in

sport hygiene. 6. To spread odontological instructions in all schools of the country as a state-institution. 7. At certain intervals have all the teachers as in duty bound to pass a medical visit.

Resumé.

RÉORGANISATION DU SYSTÈME DE MÉDECINS SCOLAIRES.

Propositions de la Chambre des Médecins du District de *Szeged*,
lors, de la réunion de ses membres le 14. Mai, à *Baja*.

1. Extension des soins médicaux scolaires de la „Croix-Verte“ (Institution pour la sauvegarde de la santé publique) à toutes les écoles élémentaires du pays. —

2. Les fonctions de médecin scolaire dans les cours élémentaires supérieurs doivent être confiées à un médecin spécialisé qui assure l'enseignement de la santé et de l'hygiène. — Dans ce but des postes de médecins scolaires d'arrondissement (district) sont à créer. —

3. Dans les écoles moyennes le poste de médecin scolaire enseignant en même temps le santé et l'hygiène devra être confié à un médecin spécialisé disposant de la qualification nécessaire et appartenant au corps enseignant des écoles moyennes. —

4. Les membres du corps enseignant des écoles devront recevoir une préparation dans les questions d'hygiène publique déjà au cours de leurs études.

5. Aux cours faits pour médecins scolaires et instituteurs enseignant l'hygiène, les participants devront également recevoir un enseignement concernant l'hygiène sportive.

6. Extensions du système de dentiste scolaire à tout le pays dans le cadre d'un institut national. —

7. Tous les membres du corps enseignant devront être soumis périodiquement à un examen médical obligatoire. —





