

munkaközösség nem új egyesület, hanem a helyi közigazgatási és társadalmi szociális munkát végző szervezetek, egyesületeknek az egyesítése, a helyi szociális teendők megvalósításában való együttes közreműködésre. A munkaközösség gondolatát a Felvidék szerencsés visszatérése alkalmával az úgynevezett »Magyar a magyarért« akcióban próbálták ki és igazolták. Azóta a magyar városokban és falvakban sorra alakultak meg a munkaközösségek. A munkaközösségek, a karitatív feladatok szervezettebb ellátása és a nép- és családvédelmi teendők körén belül vállalt családgondozói hivatás mellett, új és nagyszerű feladatot kaptak a hadbavonultak hozzátartozóinak gondozása terén. A magyar társadalom áldozatkészségét és segítőakarátát ebben a vonatkozásban a munkaközösségek a legszebb eredménnyel tükrözik vissza.

DOROS GÁBOR

Az egészség magyar népszaporodás feltételeinek biztosítása.

MONE Orvostársadalmi Szemle, 16. évf. (1939) 5. sz. 77–80.

Doros Gábor (Székelyudvarhely, 1892. március 24. – Budapest, 1980. február 16.) orvos. Orvosi diplomáját 1915-ben Budapesten szerezte. 1919-ben a régi Szt. János Kórházban Guszman professzor mellett dolgozott, ekkor fordult érdeklődése a bőr- és nemibetegségek felé. 1920-tól 1927-ig a Nékám-klinikán volt gyakornok, majd tanársegéd. 1927-ben nevezték ki az OTI Pestújhelyi Kórházának bőrgyógyász főorvosává, itt tevékenykedett 1945-ig. Közben 1929-ben egyetemi magántanári, 1941-ben rk. egyetemi tanári kinevezést kapott. 1945 után a XIV. ker. Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézet szakfőorvosa lett, egyidejűleg az Orsz. Bőr- és Nemikórtani Intézet munkatársa is volt. 1962-től 1973-ig – nyugalomba vonulásáig – a Ganz-MÁVAG Szakrendelő Intézet bőrgyógyász főorvosaként dolgozott. A bőrgyógyászat és a nemibetegségek, köztük a szifilisz mortalitása vizsgálatában jelentős eredményeket ért el, ezt nagyszámú szakcikke is igazolja. 1945 után publikációinak adatait közli a Magyar bőrgyógyászati és venerológiai bibliográfia.

A demográfia tanulságai rámutatnak arra, hogy a magyarság erőteljes népszaporodása az utolsó évtizedek alatt törést szenvedett, miért is az eddigieknél fokozottabb erőfeszítést kell kifejtenuünk népesedésünk fokozása és egészségessé tétele érdekében. Ismeretes, hogy a népszaporodás két legfontosabb tényezője a születés és a halálozás adataiból tevődik össze, amelyek egyenlege adja az ú.n. „természetes népszaporodás” hányadosát. Minél jobb a közegészségügyi viszonyok, annál alacsonyabb a halálozás relatív száma, ami a „természetes népszaporodás” javára esik. Hazánkban is 1920-tól 1935-ig a mortalitás 21,4-ről 15,3%-re esett és megvan a remény, hogy a halálozás arányszáma még tovább fog javulni. Az emberi életkor határa azonban a végletekig nem tolható ki

és előbb-utóbb bekövetkezik egy optimális határ, amelynek elérése utána a „természetes népszaporodás” emelése tekintetében már egyedül a születések száma játszik szerepet.

Kultúrállamban tehát, ahol a közegészségügy fejlesztése és a mortalitás lehető lecsökkentése az államhatalom elsőrangú feladata, a népszaporodás kialakulását jövőre a natalitás fogja döntően befolyásolni. A natalitás adatait vizsgálva, Magyarországon sajátságos helyzetet látunk, amennyiben hazánk az erős születéscsökkenést mutató nyugati nemzettörzsek és az észak-keleti, keleti és déli bőszejű nemzettörzsek közé ékelve, e tekintetben is válaszfalat alkot a nyugati és keleti Európa között. Nem vigasztalhatjuk magunkat azzal, hogy (1935. évi adatok szerint) a mi 21,2%-os születési arányszámunkkal szemben Anglia csak 15,2%-os, Dánia 17,7%-os, Franciaország 15,2%-os, Németország 18,9%-os, Norvégia 14,5%-os, Svédország csak 13,8%-os születési arányszámot mutatott fel.

Minden nemzet állami létét és sorsát geográfiai helyzete szabja meg! Az egymással szomszédos nyugati és északnyugati európai államok népesedési egyensúlyát fenntartja az a körülmény, hogy natalitás tekintetében úgyszólván mindenik hasonlóan csökkenő tendenciát mutat. Ezzel szemben a magyarságra a sors e téren is súlyos helyzetet rótt, mert északkeleti, keleti és déli szomszédai Európa bővebb szaporaságú nemzettörzsei. Figyelmünket állandóan ezekre a körülményekre kell, hogy összpontosítsuk és egy pillanatra sem szabad szem elől tévesztenünk, hogy (1935. évi adatok szerint) a mi 21,2%-os születési arányszámunkkal szemben Olaszország 40%-os, Románia 30,7%-os és Jugoszlávia 31%-os születési arányszámokat tüntetett fel. Ha pedig abban bizakodnánk, hogy a szomszédos nemzetek bőszejű születési nyereségét a magas halálozás kiegyenlíti, súlyos tévedésbe esnénk, mert a „természetes szaporodás” adatai az ottani magasabb mortalitás dacára azt bizonyítják, hogy míg pl. 1936-ban Magyarországon ezer lakosra 6,0, addig Romániában 11,7, Jugoszláviában pedig 12,9 évi embertöbblet esett. Tagadhatatlanul fennáll az a komoly helyzet, hogy az utódállamokban a népesség szaporodása kétszer olyan mérvű, mint a csonka magyar hazában! [...]

A családvédelem az embervédelemnek legújabb ágazata, amely – eltekintve az ókori ilyen irányú kezdeményezésektől – alig egy-két évtizedes múltra tekint vissza. Valamilyen mérvű családvédelem ugyan mindig volt, amióta az ember a civilizáció első lépcsőfokára lépett és megalkotta a családi rendszert. Ámde régebben alig mutatkozott hiány a családalapítási hajlandóságban, ellenben a házasságok mindenkor rendkívül gyümölcsözőek voltak. A legutóbbi korszak említett társadalmi rákfenéje, a házasságtól és főként a gyermekáldástól való tartózkodás tette szükségessé, hogy az embervédelem ezen új ágazatát kialakítsuk. A családvédelem, mint a népesedéspolitikai gyakori tényezője, három irányban kell, hogy hatását kifejtsen: 1. a morális családvédelem (a családi eszme megszilárdítása, vadházasságok és válások elleni küzdelem, az egykevesz erkölcsi okainak megelőzése), 2. a szociális családvédelem (a házasulandók, a családosok és főként a sokgyermekesek anyagi felkarolása) és végül 3. a fajnemesítő családvédelem (a házasság és főként a lennedő utódok eugeniai védelme) területén. A családvédelem célja: elhárítani igyekezni mindazokat a morális és szociális okokat, amelyek a házasságkötéseket és gyermekáldást akadályozzák. A probléma lényegében

inkább szociál- és morálpolitikai és nem annyira egészségpolitikai, hiszen – sajnos – a legkitűnőbb közegészségi állapotok sem segítik elő akár a házassági kedvet, akár a gyermekakarást. Még a fajnemesítés is legfeljebb határterület, mert hiszen itt nem az élő egyedről és nem az emberanyagnak fogamzástól-halálózástól terjedő egészségügyi védelméről van szó, hanem a még nem élő, a majdan megfogamzó, jövődö teremtmények védelméről. A családvédelem problémáinak társadalmi művelésével is egy olyan szervezet: A Magyar Családvédelmi Szövetség van megbízva (B. M. 179.058/1937-VII. a. sz. rend.), amely a kérdést elsősorban a szociálpolitika és a morálpolitika esz-közeivel kívánja előbbre vinni. Ámde emellett a bajokon való segítség tekintetében az orvosi karra hárul a főfeladat, amely természettudományi és társadalomtudományi képzettségénél fogva az embervédelem minden ágazatában vezetésre hivatott. [...]

A családvédelem gyakorlati feladatainak ismertetése után ki kell emelnünk az eugenia tudományos feladatait és felosztását is, amely a kérdés megvilágítását még teljesebbé teszi.

A pozitív eugenia feladata az erősebb és egészségesebb egyedeket kiválasztani és azok szaporodását elősegíteni. [...] az erősebb és egészségesebb fiatalok korai és kedvező összeházasodását és gyermekeik felnevelését igyekszünk előnyben részesíteni és elősegíteni. Ebbe a feladatkörbe sorozható a vértisztaság védelme és káros faji keveredések kiküszöbölése.

A negatív eugenia feladatai közé tartozik: 1. A házassági szelekció a házassági tanácsadás útján. Ennek mai legcélszerűbb formája a fakultatív tanácsadás, de jövőben a diagnosztika további fejlődése és megfelelő szakintézetek létesítése után az imperatív megoldását is programba kell vennünk. 2. Az internálás, amely főként az elmebetegek, gyengeelméjűek és a bűnözők izolálására vonatkozik és 3. A sterilizálás, mely az örökletesen kóros géneket tartalmazó csírák termelési lehetőségének megakadályozását célozza. Mint ismeretes, több külállam a fakultatív sterilizálást törvényhozásilag engedélyezte és szabályozta. Németország az 1935. évi törvényében kötelezőleg írta elő a sterilizálást olyan esetekre, amikor kb. 50% valószínűséggel az utódok súlyos örökléses betegség áldozatává eshetnének. A probléma kényes és nehéz, aminek megítélésénél hivatkozhatunk Darányi Gyula professzor véleményére, aki úgy véli, hogy a magyar álláspont eldöntése előtt célszerűnek látszanék megvárni a nagyszabású német kísérlet eredményét, s addig legfeljebb a fakultatív sterilizálási eljárás kérdését tenni mérlegelés tárgyává.

Bizonyos, hogy a minőségi népesedésvédelem semmivel sem kevésbé fontos a mennyiségi embervédelemnél. Szomorú, hogy a miközben a demográfia adataiból azt látjuk, hogy születési arányszámunk vészes tempóban zuhan, ugyanakkor minőségileg is romlunk, s a contraselectio következtében a gyengébb értékű és degenerált egyének száma egyre szaporodik. Nem kell erre vonatkozólag egyebet felhoznom, minthogy a vakok, süketek, süketnémák, idioták és elmebetegek száma az országban 1920-tól 1930-ig 36 019-ről 41 648-ra emelkedett. Durva becsléssel 200 000 tuberkulotikus és 100 000 luetikus egyénnel kell a magyarságnak számot vetnie, úgyhogy az örökletes, s időszakonként többé-kevésbé fertőző emberállományunk mennyisége 3–400 000 körül van, akiknek tömege veszélyezteteti az eljövendő generációk mennyiségét és minőségét, épségét és életerejét.

Mindezek alapján megállapítható, hogy mindenáron tevékeny, sőt expansiv népesedéspolitikát kell folytatnunk, amely azonban figyelembe veszi, hogy a magyar népállomány ne csak mennyiségileg, hanem minőségileg is gyarapodjék, mert csak fajegészségileg kitűnő és nagyszaporaságú magyar generációkkal tudjuk fenntartani a magyarság szupremációját és biztosítani a Kárpátok övezte Dunamedencében nemzetünk örök fennmaradását.

JOHAN BÉLA

Zöldkeresztes egészségvédelmi munka

In: Johan Béla: Gyógyul a falu.

Budapest, 1939, Országos Közegészségügyi Intézet. 249–266.

Johan Béla (Pécs, 1889. szeptember 6. – Budapest, 1983. április 11.) orvos, egészségpolitikus. 1912-ben szerzett orvosi diplomát a Budapesti Egyetemen, de már 1909-től dolgozott az egyetem Anatómia Intézetében. 1919-től egyetemi magántanár, egyben a Szent István Korház főorvosa, 1927-től nyilvános és rendkívüli tanár volt. 1922–1923-ban Rokefeller ösztöndíjjal az USA-ban, 1923–1925-ben több nyugat-európai országban tanulmányozta a közegészségügyi és a humán oltóanyag kutatásokat. Közreműködött az Országos Közegészségügyi Intézet felállításában, melyet 1925 és 1935 között igazgatott. Vezetésével építették ki a Zöldkeresztes hálózatot, a falusi egészségvédelem rendszerét. 1934–1943 között a Népszövetség Egészségügyi Bizottságának tagjai között szerepelt. 1935 és 1944 között a közegészségügyért is felelős belügyi államtitkárként dolgozott. Több törvénytervezetet dolgozott ki, irányította a tisztiorvosi és községi-körorvosi kar állami státuszba helyezését. Ő kezdeményezte a diftéria elleni kötelező védőoltás bevezetését (1938). 1941-ben a Szent István Akadémia, 1942-ben az MTA levelező tagjává választották (1949-től rendes tag). 1945-be döntő szerepe volt a humán-oltóanyagtermelés újraindításában. 1948-ig a Phylaxia Oltóanyagtermelő Vállalat kutatója volt, és eredményei alapján készült az első magyar penicillin-készítmény. 1949-ben rövid időre az ÁVH őrizetbe vette. 1950-től a Chinoin, 1957-től ismét a Phylaxia, majd 1962 és 1980 között a Kőbányai Gyógyszerárugyárban dolgozott kutatóként.

A zöldkeresztes egészségvédelmi munka a magyar falu különleges igényeihez és lehetőségeihez szabott családi (általános) egészségvédelmi szolgálat. Célkitűzésében nem különbözik más államok ún. általános („polyvalens”) egészségvédelmi munkarendszerétől. A keresztülvitel módjában, személyzetében, a munka legfőbb irányításában azonban vannak eltérések.

A zöldkeresztes egészségvédelmi munka kezdete hazánkban egybeesik az Országos Közegészségügyi Intézet felállításával. Az Intézet egyik igen fontos feladata