Statist. O.
997/61
A

O. 997/61/1.

STATISZTIKAI KÖZLEMÉNYEK

SZERKESZTI: Dr ILLYEFALVI I. LAJOS

A NEMI BETEGSÉGEK KÉRDÉSE BUDAPESTEN

ÍRTÁK

Dr DOROS GÁBOR és Dr MELLY JÓZSEF

61.
Ju

61. KÖTET 1. SZÁM

KIADJA: BUDAPEST SZÉKESFŐVÁROS STATISZTIKAI HIVATALA

Ára 5 pengő

STATISZTIKAI KÖZLEMÉNYEK

SZERKESZTI: Dr ILLYEFALVI L. LAJOS

A NEMI BETEGSÉGEK KÉRDÉSE BUDAPESTEN

ÍRTÁK

Dr DOROS GÁBOR és Dr MELLY JÓZSEF

ELSŐ RÉSZ

BUDAPEST SZÉKESFŐVÁROS HÁZINYOMDÁJA 1930 — 5067



I.

Történelmi visszapillantás a nemi betegségek eredetére és elterjedésére.

Az évszázadok leperegnek az idő vén fájáról, generációk eltűnnek a végtelenségben, mint homokszem a Szaharában és kultúrák, korszakok elenyésznek a mult messzi homályában, de bizonyos betegségek dacolnak az idővel s a fertőző csirák, melyeket az eltűnő nemzedékek egymásba oltanak, súlyos átokként jelentkeznek a késői utódokban. Ezek közé a szomorú örökségek közé tartoznak a nemi betegségek is, melyeknek nyomait már a legrégibb írott emlékek között megtaláljuk, de amelyek a »ma« közegészségügyének is egyik legfontosabb problémáját alkotják.

A nemi betegség mindig igen kellemetlen, a probléma pedig szerfölött kényes volt. Amióta azonban — a középkor derekán — a szifilisz mindent elsöprő áradattal robbant ki, azóta a nemi betegségek kérdése több, mint kellemetlen és kényes probléma, már valósággal üldöző réme az emberiségnek. A közhatóságok is csak azóta foglalkoznak a nemi betegségek elleni védekezés megszervezésével, ami a baj nagymérvű elterjedettsége és sokirányú rombolása miatt elsőrangú nemzetvédelmi feladattá lett.

Az orvostudomány irodalmi termékei, melyek a nemi betegségek kórtanával, gyógyításával és leküzdésével foglalkoznak, könyvtárakat töltenek meg. Mégsem sikerült eddig döntő csapást mérni erre a sokfejű hidrára, miért is újabb és újabb eszközöket kell keresnünk ellene. Az egészségügyi küzdelemnek egyik nélkülözhetetlen bázisa és legélesebb fegyvere a statisztikai oknyomozás s a jelen munkánknak épen az a célja, hogy a statisztika kiforrott módszereivel kutassuk a multat, kutassuk a jelent s az így nyert megismeréseket a nemi betegségek elleni hatályos tényezők csatasorába állítsuk.

Ha a multat fel tudnánk mérni, azt látnók, hogy millió és millió ember porlad, akik a szifilisz következtében pusztultak el és milliókra rúg azoknak a száma, akik kankó következtében termékenységüket veszítették el, megfosztva attól az áldástól, hogy utódoknak adhassanak életet. Ha pedig egybefolynék a rengeteg betegnek elnyomott és eltitkolt sóhaja, fülünk nem bírná ki a szenvedésnek ezt a kétségbeejtő hangját. Noha alaposan ismerjük a

nemi betegségeket és az orvostudomány a mai fejlett fokán már kimutatta ezeknek a biztos kórokozóját, mégis örökre csodálattal állunk meg e betegségek előtt és minduntalan felmerül a kérdés, hogy miért és miként sujthatta a természet ezzel a csapással az emberiséget. Zavarba kell, hogy ejtsen mindenkit — aki elmélyed ebbe a kérdésbe — az az ellentmondás, mely a nemiség parancsoló ősenergiája és az azt romboló nemi betegségek súlyos ártalma között jelentkezik. Hiszen a természetnek egyik alapprincipiuma az élőlények fenntartása, miért is a gondviselés a fajfenntartás ösztönét az életfenntartás után a legfontosabb életfunkciónknak állította be. Mégis azt látjuk, hogy a természet ezzel a főösztönnel szemben a nemi betegségek képében ellenségeket teremt, melyek megrövidítik, elpusztítják az életet s az individuumnak a nagy természet szempontjai által előírt egyetlen célja, az utódok teremtése elé akadályokat gördítenek. Olyan kérdések ezek, melyekre a természettudományok körében végzett kutatások egyelőre aligha fognak feleletet adhatni.

Feltűnő azonban, hogy az emberhez közelálló állatvilágban az emberi nemi betegségekhez hasonló jellegzetes ártalmakat egyáltalán nem találunk. Talán azt fogadhatnók el ennek magyarázatául, hogy az állatok nemi életüket egészséges ösztönök szerint, kizárólag a fajfenntartás törvényeinek határai között folytatják. Az ember szexuális élete viszont nagyon elfajult és a természet magas céljait már csak részben követi. Elképzelhető, hogy ez a visszás helyzet és természetellenes adottság teremtette meg az alkalmas talajt a veszedelmes veneriás csirák keletkezésére, melyek már régen elborították az egész emberiséget. Igaz ugyan, hogy általában a természetnek csak fizikai, kémiai, élettani törvényeiről szokás beszélni. De fel kell tennünk, hogy vannak morális törvényei is, melyek fenti elgondolás szerint az olyan látszólagos ellentmondásoknak is magyarázatául szolgálhatnak, mint amilyen a fajfenntartás ösztöne és az azt romboló nemi betegségek között jelentkezik.

Bármi is magyarázza a nemi betegségek fennállásának magasabb törvényeit, e betegségekkel, s azok létével és pusztításával számolnunk kell. Eredetüket illetőleg, úgylátszik, ősrégiek, de napjainkban is széles néprétegek között lelhetők fel s az emberi elmének és az orvostudománynak egyik legfényesebb diadala lesz, ha valamikor sikerül ezeket tökéletesen kiirtani.

Multjukról annál többet tudunk, minél súlyosabb következményekkel jártak. Legkevesebb feljegyzés maradt a relatíve könnyű és jelentéktelen »lágyfekély«-ről, kimerítőbb felvilágosítást nyujtanak a »kankó« orvostörténelmi emlékei, legbőségesebbet pedig a súlyos következményekkel járó »szifilisz«-ről szóló régi adatok.

A lágyfekély szereplését már az ókori egyiptomi és arab orvosok leírásaiban is megtaláljuk. Ezek a leírások persze nem olyan szabatosak, mint a mai meghatározások és csupán az derül ki belőlük, hogy a nemi

részeken fellépő kisebb-nagyobb fekélyekről volt szó. Lehetséges, hogy az ártatlan horzsolásokat is ideszámították, de viszont az sem lehetetlen, hogy ezek már szifiliszes tünetek voltak. Fel kell azonban tételeznünk, hogy a ragályos fekélyek egyrésze a ma is ismeretes »lágyfekély« volt, annál is inkább, mert a régi feljegyzésekben néhol a lágyfekélyhez gyakran társuló lágyékmirigygyulladás (dob) is szerepel. A lágyfekélyt a középkor első felének emlékei között is látjuk itt-ott felbukkanni. A fekély és a folyás azonban nem annyira e korszak orvosainak munkáiban fordul elő, akik — úgylátszik — kevés fontosságot tulajdonítottak a nemi betegségeknek, hanem inkább a középkori német bordélyházak leírásaiban. Ezek a házak és azok szabályai jól ismerték a fekélyes nemi bajokat s némelyik német városban ez időben a városi hóhérok voltak hivatva a prostituáltak vizsgálata kapcsán az ilyen betegségek gyógyítására. A középkor második felében, a nagy szifilisz-endemiák idején, a lágyfekély kérdésében élénk zavar uralkodott, hiszen egész orvosi iskolák voltak, melyek a szifiliszt és a lágyfekélyt azonos betegség különböző megnyilvánulásainak tartották (unitás tana!). Évtizedekig tartó kísérletezés és tudományos vitázás után Bassereau (1852) bizonyította be, hogy a lágyfekély valóban önálló nemi betegség és a szifilisztől teljesen független kórfolyamat, mivel a vegyes fertőzés eseteitől eltekintve, szifiliszes egyén csak szifiliszt olthat embertársába, lágyfekélyes beteg pedig kizárólag lágyfekélyt (dualitás tana!).

A kankóról már valamivel több emlékünk maradt az orvostörténelemben. A babiloniak, asszírok, indusok és görögök mitológiáiban előfordulnak hivatkozások olyan nemi bajokra, melyek magukon viselik a ma ismeretes kankós megbetegedés karakterét.

Az Ebers-féle papyrusban, mely az ősrégi kultúrájú Egyiptomnak gazdag orvosi ismereteit bizonyítja, szó van a húgycsőnyílás gyulladásos folyamatáról, sőt a betegség gyógyítására szolgáló adstringens folyadékok is fel vannak benne sorolva.

A régi zsidók közt a kankó kétségtelenül el volt terjedve. Lehetséges, hogy a szifilisz és a lágyfekély is pusztított közöttük, legalább is erre lehet következtetnünk a körülmetélés ősrégi valláshigiénes szokásából, amely a tisztántartás könnyebbségén kívül elsősorban nyilván a nemi betegségek elleni védekezést és a megelőzést szolgálta. A talmud azonban világosan utal a kankós folyásra és előírja, hogy az olyan egyén, akinek nemi része folyik, tisztátalan és ha nemi részét érintette, megfürödni és ruháit megmosni köteles.

Gumpert említi, hogy Susrutas ayurvedasában, mely a Krisztus utáni IV. században az indiai gyógytudományoknak híres encyklopädiája volt, a kankó tüneteiről egészen pontos leírásokat olvashatunk. A folyáson kívül itt már a phimosis (spanyolgallér) és a heregyulladás is szerepel, sőt a fecskendező eszközök és a fecskendezésre szolgáló arzén- és rézoldatok is le vannak írva.

A kankónak vagy németesen trippernek ma is használatos orvosi elnevezése, a gonorrhoea, görög eredetű. Bizonyos, hogy a régi görögök is ismerték már a kankót, bár Gumpert szerint a gonorrhoea szóval nem a hevenygyulladással járó folyást jelölték meg, hanem a dülmirigy- vagy az ondófolyást, esetleg a krónikus kankós váladékot (γονόῤῥοια, összetételében γονή = ondó + ῥεῖν = folyni). Galenus leírásából is az derül ki, hogy gonorrhoea alatt inkább a prostatorrhoeat értették, a heveny kankós folyást pedig úgy képzelték el, hogy azt a húgycső belsejében fellépő apró, gyulladásos, gennyedő daganatok okozzák. Bloch utal arra, hogy Caelus Aurelianus a Krisztus utáni IV. évszázadban szintén ilyen kis daganatok okozta folyásról beszél, míg Paulus Aegina a húgycső váladékát már fertőzésnek tartja és gyógyítására tej és méz befecskendezését ajánlja. Mindazonáltal általában a betegség ragályozó mivoltával nem voltak tisztában és annak keletkezését egyszer a túlhajtott nemi élet ártalmainak, másszor éppen az önmegtartóztatásnak vagy egyéb, ma már nem helytálló fantasztikus okoknak tulajdonították. Annál pontosabban ismerték azonban már a régi görög és római orvosok a kankó különböző szövődményeit. Így Hippokrates leírja a dülmirigygyulladást, Heliodorus a húgycsőszűkületet, Celsus a mellékheregyulladást és az ondózsinórgyulladást.

A középkorban aztán lassan mind általánosabbá vált az a nézet, hogy a kankó fertőző baj és a nemi érintkezés révén terjed tovább. Keletkezéséről persze ebben az időben még egészen naiv teóriák uralkodtak. Így Gumpert idézi Gerard Berry nézetét, akinek felfogása szerint a kankó akkor támad, ha az ondó a nő méhében megromlik. Az így kifejlődött kankó aztán ragályos és érintkezés útján tovább terjed. Mások Isten büntetését látták benne vagy a középkor fejletlen gondolkozási nívójának megfelelőleg gonosz szellemek csapásának tekintették. Bárminek is tartották ezt a betegséget, tény, hogy az orvosok nem szívesen foglalkoztak vele és a benne szenvedők a közvélemény utálatának voltak tárgyai. Ezzel magyarázható az a már említett körülmény is, hogy a középkori németországi bordélyok egészségügyi felügyelete nem az orvosokra, hanem hóhérokra vagy poroszlókra volt bízva. Mindenesetre már világszerte féltek a nemi betegségek ragályától, ami éppen a legrégibb időkből fennmaradt bordélyszabályzatokból tűnik ki. Így Winchester püspökének 1162-ből származó rendelete szerint a Southwarkban, London egyik külvárosában levő bordélyházban szigorúan tilos volt kankós prostituáltat tartani. Az 1302. évben hozott velencei bordélyszabályzat pedig már szigorú büntetéssel fenyegeti a bordélytartót, ha házába nemi beteg lányt fogad. Persze, a nemi betegségek elleni küzdelmet alaposan megnehezítette, hogy az orvosok húzódoztak az ilyen megvetett betegek gyógyításától. Magyarországon is az 1434-ben létesített pozsonyi városi bordélyház jövedelme és felügyelete a városi hóhért illette. Az itteni prostituáltak egészségügyi vizsgálatáról ugyan nem maradt feljegyzés, de bátran következtethetjük,

hogy a német bordélyokhoz hasonlóan a vizsgálatokat és esetleges kezeléseket Pozsonyban is a városi hóhér végezte.

Érthető, hogy az orvostudománynak és a közvéleménynek ez a visszautasító viselkedése egyáltalán nem vitte előbbre a kankó leküzdését. A közönség körében mindenféle banyák és kuruzslók vették kezükbe a gyógykezelést, akik aztán észszerűtlen, sőt veszedelmes módszereket alkalmaztak. Egyesek ahhoz a kegyetlen eljáráshoz folyamodtak, hogy a húgycsövet valamilyen feszítő eszközzel szétfeszítették, hogy ezáltal a húgycső nyílása állandóan nyitva álljon. Mások még barbárabb gyógyszert hirdettek, mikor azt ajánlották, hogy a kankóban szenvedő férfi szűzlánnyal érintkezzék, amely esetben betegségétől megtisztul. Mindezeknek és ehhez hasonló kuruzslásoknak nemcsak a kankó krónikussá válása, hanem mások sorozatos megfertőzése lett az eredménye. Így következett be az az állapot, amit Bernhard De Gordon »fluxus humani generis«-nek nevezett, miután arra a meggyőződésre jutott, hogy a kankó már az egész emberiséget megfertőzte.

Ha azonban a kankós folyás általános betegség is volt, mégis horderejével nem voltak tisztában és súlyos kórfolyamatnak egyáltalán nem tartották. A közfigyelem csak azután terelődött a kankóra, amikor a szifilisz már az egész világot rémületbe ejtette!

Hogy hazánkban a kankó a XVIII. század elején mennyire elterjedt volt, azt Neuhold komáromi orvosnak 1734-ből származó feljegyzéséből tudjuk meg. Neuhold ugyanis a »fehér folyás« endémiájáról elpanaszolja, hogy »fluorem album in Hungaria malum esse veluti endemium«.

Ebben az időben azonban a kankó pathológiája körül épen olyan zavaros felfogások voltak forgalomban, mint a lágyfekélynek már említett esetében. Az orvosok a kankós folyást is hajlandók voltak a szifilisz egyik megnyilvánulásának tekinteni és ez a téves közfelfogás évszázadokig tartott, míg Ricord 1831-ben kézzelfoghatólag bebizonyította, hogy a két betegségnek egymáshoz semmi köze sincsen. Csak ezután kezd a kankó gyógyítása reális eredményeket felmutatni. A XIX. század közepén használják először befecskendezésre a pokolkőoldatot, amellyel radikális eredményt érnek el. Az első húgycsőtükrözést Desormeaux 1853-ban végezte, míg végül a mult század végén és jelen század elején kezdték bevezetni a modern ezüstfehérje preparátumokkal való fecskendezést s a helybeli kezelésnek az egész szervezet áthangolásával való alátámasztását, a nem specifikus fehérje és a specifikus vaccinaoltások útján.

A szifiliszről vannak a legkimerítőbb orvostörténelmi feljegyzéseink, amit annak lehet tulajdonítanunk, hogy egyrészt a szifilisznek járványszerű fellépése aránylag közelebbi multra, a középkor derekára esik, másrészt, hogy e betegség olyan súlyos tünetekkel jelentkezett és akkora pusztítást vitt végbe, hogy a történelem és az orvostudomány beható figyelmét sehogyan sem kerülhette el.

A szifiliszjárvány az összes történelmi adatok egybehangzó tanusága szerint Európában a XV. század utolsó éveiben robbant ki és félelemmel s borzalommal töltötte meg az egész világot. Ebből és az ezt követő korszakból maradtak fenn azok az írott emlékek, melyekből a nagy járvány keletkezésének körülményeiről fogalmat nyerhetünk.

Az általános nézet az volt, hogy a szifiliszjárvány fellépte VIII. Károly francia király olaszországi hadjáratának idejére esett. A francia király hadserege, amely több nemzetből rekrutálódó zsoldosokból állott, 1494 augusztus 25-én indult el Bécsből és 1495 február 21-én vonult be Nápolyba. A régiek véleménye szerint Olaszországban ekkor már kezdett terjeszkedni a szifilisz és a hadviselő katonaság számos tagja betegedett meg ebben a bajban. Amikor pedig a zsoldosok a hadjárat után hazatértek Európa legkülönbözőbb országaiba, mindenfelé elterjesztették a ragályt. VIII. Károly hadserege franciákból, németekből és svájciakból állt, sőt Bloch szerint magyarok is voltak köztük (bár Grünpeck incunabuluma az utóbbit egyáltalán nem említi!). Így elfogadhatónak látszott az a feltételezés, hogy tényleg ezek a katonák hurcolták Olaszországból a szifiliszt Franciaországba, Németországba, Svájcba és Magyarországba stb.

A szifiliszjárvány korszakában élő orvosoknak és történetkutatóknak arra is megvolt a magyarázatuk, hogy miként került a fertőzés Olaszországba. Szerintük a betegséget az újvilágot felfedező Columbus matrózai hurcolták volna Európába, ahol ez azelőtt ismeretlen volt. Nékám említi, hogy a XVI. század elején a magyar Gyulaffy Lestár is így írja le a szifilisz amerikai eredetét. A spanyol földre visszatérő szifiliszes matrózoktól a bajt elsősorban a spanyol zsidók kapták el, majd a spanyolországi zsidóüldözés elől menekülő és Olaszországban letelepülő zsidók importálták azt Nápolyba és Sziciliába.

Az amerikai eredet és a nápolyi hadviselés által történő ragályterjesztés hosszú időkön át szerepelt magyarázatként, annál is inkább, mert tényleg indokoltnak és elfogadhatónak látszott. Az utóbbi évtizedek szorgalmas kutatásai azonban nagyon meggyengítették a fenti magyarázat hitelét. Kiderült ugyanis, hogy a francia-olasz hadjárat előtt is ismeretes volt itt-ott a szifilisz. Erről a kérdésről hosszas tudományos vita folyt, mely rengeteg érvet hozott fel pro és kontra, amiknek kimerítő tárgyalása azonban itt nem lehet célunk. Csak megemlítjük, hogy a legkülönbözőbb teoriák bukkantak fel, melyek a szifilisz eredetét újabb és újabb világításba kívánták állítani. Így voltak, akik szerint Európában már a XIV. század végén is előfordultak szifiliszesetek. Sőt Durazzoi Kis Károly fiának, a Zágrábban magyar királlyá is megkoronázott Anjou Lászlónak (1375—1414) a betegségét is szifilisznek tartották. László király haláláról a krónika ezt írja: »Da starb der kunig Lasle eines jehen Todes vnd er fullet von seinem Gemechte pis an sein Herze, des tet Im eines Bidermannes Tochter von Noples die er genozoget hatte wider Iren willen.« Mások még régebbinek

gondolják a baj eredetét és kuriózumként említhetjük azt a nézetet, mely szerint a »morbus pannonicus«-nak elkeresztelt szifilisz Magyarországból indult volna ki. Nékám is említi, hogy Schaufuss a magyar cigányokat, Wizmann pláne az erdélyi dákokat hibáztatta e járvány széthurcolásával. De az utóbbi elméletek a tudományos bizonyítékoknak még a látszatával sem bírnak.

Azonban az újabb kutatások szerint valóban úgylátszik, hogy Auvergneben 1493-ban (Torella) fennállt a szifiliszjárvány, sőt tény, hogy 1495-ben, vagyis a nápolyi hadjárattal egyazon évben erről már a wormsi országgyűlésen is beszéltek. Ugyanekkor és még inkább 1496-ban Magyarországon olyan pusztító járvány dühöngött, hogy Hensler adatai szerint II. Ulászló királynak Budáról valósággal menekülnie kellett. Bár Isthvánffy ezt a járványt »pestilentia«-nak nevezi, de ha meggondoljuk, hogy e kor orvosai milyen tájékozatlanok voltak a szifilisz ismerete terén, nem tarthatjuk egészen kizártnak tévedését. Mayer is értékes bizonyítékot közöl a XV. század első feléből. Az egri Lyceum egyik kódexének az említett időből származó receptjére hivatkozik, mely a hímvessző »keményedő« fekélyeinek és kiütéseinek gyógyszerét írja elő. A fekély »kemény« jelzője tényleg szifilisz mellett érvel, a mellékelt illusztráció pedig (vulva és szembefordított penis) a fekély ragályosságát bizonyítja.

Mindezek és más hasonló adatok nagyon valószínűvé teszik, hogy a nápolyi hadjárat előtt vagy azzal egyidőben is előfordultak szórványos szifiliszes fertőzések és lokális ragályhullámok, amit Fulgosi kutatásai is megerősítenek, amennyiben azt bizonyítják, hogy Olaszországban Károly bejövetele előtt már évekkel előbb is voltak szifiliszesetek.

Végül az amerikai eredet ellen is lehet érveket felhozni. Egyesek szerint valószínű, hogy Amerikában Columbus behatolása előtt szifilisz nem fordult elő. Herdlicska a Smithsonian-Institut megbízásából beható vizsgálatokat végzett Amerika területén és arra az eredményre jutott, hogy a Columbus ideje előtti bennszülött sírok csontleletei szifiliszes csontelváltozásokat nem mutatnak fel. Ezzel szemben a XVII. századbeli és későbbi bennszülött sírokban elég gyakran talált szifiliszre jellegzetes csontelváltozásokat. Herdlicska az ilyirányú vizsgálataiból azt a következtetést szűri le, hogy valószínűbb, hogy a szifilisz európai, mint amerikai eredetű és jogosan tételezhető fel, hogy a szifiliszt éppen Columbus matrózai, illetve általában az európaiak hurcolták be Amerikába.

Más amerikai vizsgálatok viszont épen ellenkező eredményről tesznek tanuságot és olyan leletekre utalnak, melyek a praecolumbiárius inka, azték és indián csontvázakon szifiliszes megbetegedések nyomait tüntetik fel.

Ahogyan nem fogadhatjuk el biztosnak a szifilisz amerikai eredetét, éppoly kevéssé látjuk persze bizonyítva annak európai származását is. Mindenesetre

vannak orvosírók, akik Afrikában sejtik a szifilisz kiinduló pontját, legújabban pedig Ázsiában kutatnak nyomok után. Egyesek már a régi zsidóknál keresik a szifilisz jelenlétét, amit különösen a körülmetélés vallásegészségügyi törvényével, mint preventív szifiliszellenes rendszabállyal igyekeznek indokolni. Lannelongh és Gangolph (1912) igen komoly érveket hoznak fel az ázsiai eredet mellett és azt igyekeznek bizonyítani, hogy a szifiliszt az Euphrates vidékéről hurcolták be Európába.

A vita még napjainkban sincsen lezárva és tulajdonképen eldöntetlenül maradt a szifilisz származásának a kérdése. Az orvostörténelem még eddig nem talált döntő súlyú bizonyítékokat egyik felfogás mellett sem s ekként egyelőre holtpontra jutott a kutatás. De ennek a stagnálásnak nagy fontosságot tulajdonítanunk nem szükséges. Hovatovább nagyobb tekintélyre tesz szert ugyanis az a nézet, hogy a szifilisz nem egyetlen gócból, innen vagy amonnan indult világkörüli pusztító útjára, hanem már igen sokkal a XV. századvégi fellángolása előtt is valószínűleg többföld részen is otthonos volt. A szifilisz kórokozója földünknek minden részén, bármilyen klimájában, az összes népfajok között megterem és nincsen s nyilván sohasem volt helyhez vagy emberi fajtához kötve.

Egyelőre tehát e kérdésről a további vita meddőnek ígérkezik és legészszerűbb azt a feltételezést fogadni el, hogy tulajdonképpen a XV. század végén az orvosok által új betegségként felfedezett szifilisz — ha nem is olyan hatalmas mértékben — már azelőtt is pusztított. Valószínűnek látszik, hogy a különféle betegségi tüneteket, melyeket a régi szifilisz okozott és amiket az akkori orvosok egyéb megbetegedések rovására könyveltek el, a XV. századvégi ragály fellobbanásakor alaposabban és közvetlenebbül észlelhették s alkalmuk nyilt megállapítani, hogy ezek mindig egy bizonyos, azonos eredetű bajnak, a szifilisznek sokféle formájú következményei. Emellett szól az a feltűnő jelenség is, hogy a XV. század után a megelőző korszakban járványosan pusztító lepra-betegség tetemesen lecsökkent. Nem lehet elzárkózni annak valószínűsége elől, hogy a lepra-esetek számszerű csökkenése a szifilisz szaporodásával függ össze akként, hogy az azelőtt leprának tartott megbetegedések egyrésze tulajdonképpen szifilisz volt és a szifilisz felismerése utáni korszakban már az utóbbi megbetegedés számát szaporította.

Ha azonban elfogadjuk, hogy a szifilisz a XV. század vége előtt is bujkált az emberek között, meg kell felelnünk arra a kérdésre is, hogy miért és hogyan robbant ki egyszerre olyan hatalmas erővel és miért volt világkatasztrófára emlékeztető járványpusztítása a történelmi források által megjelölt időpontban. A különböző járványok hullámzása, erősödése, majd lefekeződése és ismételt fellángolása a higiénének mindig legnehezebben megfejthető problémája volt. Azelőtt igen sokat beszéltek a »genius epidemicus«-ról, erről a titokzatos és fel nem fedezhető tényezőről, melynek fontos szerepet

szántak a ragályhullámok magyarázásában. Ahol a reális tudomány megállt, ott persze bő talaja nyílott a természetfölötti erők, ismeretlen faktorok, a titokzatos x szerepének. A XV. századvégi szifiliszjárvány idején is minden elképzelhető külső jelenséget bevontak a szifiliszvész kitörésének magyarázatába, elkezdve az Isten büntetésétől a rossz szellemek ártalmáig, a természeti csapásoktól a Saturnus, Jupiter és Mars állásáig, meg egyéb csillagászati mesemondásig s akit mindez az ok nem elégített ki, az a titokzatos genius epidemicust okolta és belenyugodott ennek megfejthetetlenségébe.

Be kell vallanunk, hogy a járványok fellépésének és hullámzásának kielégítő tudományos megfejtésétől még ma is elég messze vagyunk, viszont semmiképpen sem szabad a magyarázatadást ismeretlen tényezők kényelmes hangoztatásával elintéznünk. Könyvünk egyik következő fejezete a statisztikai oknyomozás felhasználásával kimerítően tárgyalja a nemi betegségek járványtanát és a lehetőség határain belül igyekszik minden idevágó kérdésre reálisan megfelelni. Ezen a helyen csak éppen utalni akarunk arra, hogy a XV. század óta eltelt négy és félszázad ködös távlatában is lehetséges találni észszerű indokokat, melyek a szifilisz járványszerű szétterjedését részben megmagyarázzák. Bizonyos népmozgalmak, felfedező utak, a spanyol zsidóüldözések, a cigányoknak keletről való bevándorlása, a néger rabszolgakereskedelem kifejlődése, hadviselések, a leány- (prostituált) kereskedés első nagyszabású ténykedése (Delicadó szerint a szifiliszjárvány kitörésekor Rómában 35.000 mindenféle nemzetiségű courtisane volt!), mind összejátszott a szifilisz hirtelen fellángolásában. Persze ezek a mozgalmak egymagukban még nem képezhettek epidemiás okot. Kellett, hogy a nemi bajok terjedésére a talaj is alkalmas legyen. És tényleg azt látjuk, hogy a szexuális erkölcs az ókori római erkölcspusztulás óta soha olyan mélyre nem sülyedt, mint épen a XV. században.

Talán alig volt korszak, mely a női testtel és női szépséggel olyan kultuszt űzött volna, mint ez az éra. A férfi nem erotikus expanziója odavezetett, hogy a házasság szentségét csak a nők kötelékére vonatkoztatták, maguk pedig semmi szexuális parancsot nem ismertek el. A nőket élvezeti cikké degradálták, ami a prostitució hatalmas fellendüléséhez vezetett. Lábrakapott a phallus-tisztelet, a különneműek közös fürdőzése, az erotikus női divat, a szerelmetfokozó aphrodisiacus szerek alkalmazása, a főurak maitressetartása, a nép erkölcstelensége és a különben értékes renaissancekornak egyéb sajnálatos kinövése. A hazai prostitució történetével foglalkozó XII. fejezetünk kimerítően tárgyalja majd e korszak prostituciójának viszonyait, melyből kiderül, hogy joggal mondhatjuk, miszerint ez volt a prostitució aranykora. Jellemzésül itt csak annyit, hogy a prostituáltak nem lenézett, megvetett és titokban űzérkedő páriák, hanem a XV. évszázad férfijának kedvenc szórakoztatói voltak. És ezekről a prostituáltakról fel van

jegyezve a krónika lapjain, hogy a császárt érkezésekor a város hivatalos fogadásánál bársonyba öltözve várták. Amikor pedig este a császár fényes kíséretével látogatásukra indult, a bordélyhoz vezető utcákat fényesen kivilágították . . .

A talaj tehát a főuraktól a köznépig mindenütt elő volt készítve és mindenképpen alkalmas volt a nemi ragály befogadására, amely a XV. század vége felé aztán tényleg futótűzként terjedt tova.

A járványnak Magyarországon való fellépéséről a Linzbauer kodex-ben következőket olvassuk: »Lues inquinaria (syphilis) in Austria (et Hungaria). Anno 1495 enstund eine neue Krankheit . . . 1495-ben egy új betegség lépett fel Ausztriában, melyről azelőtt még nem tudtak vagy sohasem hallottak. A kórság eredetileg tengerészek révén került az Újvilágból Spanyolországba, onnan katonák és kereskedők révén származott Nápolyba és Olaszországba, innen aztán Francia-, továbbá Németországba és Ausztriába, különösképpen Bécsbe és környékére. Ez a betegség szörnyű állapotot idézett elő, mivel a benne szenvedők egész testén kiütések keletkeztek s gonosz fekélyekkel és egyéb ocsmányságokkal lettek tele. Ebben az állapotban egyesek évekig is sínylődhettek, sok ezren pedig elpusztultak benne. Fürdőkön és bizonyos kenőcsökön kívül, amelyek néha segítettek, semmi egyéb nem használt ellene. És midőn ez a baj az egész országban tombolt, Bécsben a szokásos egyetemi előadásokat is be kellett szüntetni s ez évben az összes iskolák huzamosan zárva voltak.«

Másik helyen ismét ezt mondja Linzbauer forrása: »Egy vad kór (inquinaria) dühöngött az egész világon. Átlag mindenütt három hónapig tombolt, legerősebben a másodikban — és ha egy helyet meg is kímélt egyszer, később visszatért oda. Állítólag az emberiség harmadrésze elpusztult benne. Crems mellett egy szőllőben forrást fedeztek fel, amely ezen ragály ellen nagyon használatos.«

A kódex még más helyen is utal arra, hogy Ausztriában 1495-ben tört ki a járvány és elborzadva ír a pusztításairól. Megemlíti, hogy »Mal à Frances«-nak, »Bös Blattern«-nak vagy »laims der Glieder«-nek nevezik és férfiak között éppúgy szedi áldozatait, mint a nők között.

Elképzelhetetlen, hogy amikor Ausztriában 1495-ben ennyire elhatalmasodott a járvány, Magyarországot elkerülhette volna, annak dacára, hogy a kódex ezt külön nem emeli ki. Ha a feljegyzések szerint Budán 1496-ban dühöngő »pestilentia«-nál nem is látjuk teljesen bebizonyítva, hogy az szifilisz volt, de Hadnagy Bálint 1498-ban említ már beteget »morbo pestifero qui franczvar dicitur« (Magyary-Kossa) és 1499-ben Montagnana már kétségkívül szifiliszes betegeket kezelt Magyarországon. Majd 1500 február 25. dátummal Krausz Bálint brassói orvosnak bizonyító súllyal bíró levele maradt fenn, melyben elpanaszolja, hogy »Gallus apud nos primum incepit saevire atrociter« (kegyetlenül kezd nálunk most

pusztítani a szifilisz!). És hogy nem valami lokális természetű járványról esett szó, hanem az egész ország meg volt támadva, azt különböző más vidékekről származó adatainkból tudjuk. Magyary-Kossa közli, hogy 1501-ben Nagyszebenben a számadáskönyvekben már szerepeltek »infirmi franczasz«. Nékám említi, hogy Stampeiss bécsi tanár 1506-ban a Felvidékről származó szifiliszes beteget kezelt. Az esztergomi káptalannak viszont 1512-ből egy igen érdekes dokumentuma maradt fenn a szifiliszről. Hogy milyen gyakori lehetett ez időben a szifiliszes megbetegedés, azt a káptalannak fenti évről származó miséskönyvének egyik imádságából lehet következtetni (Missa b. Job contra morbum Gallicum), mely a szifiliszből való gyógyulásért könyörög.

A betegség — úgylátszik — valóban rohamosan harapódzott el mindenfelé. A hatása pedig szörnyű lehetett, mert az akkori orvosírók félre nem érthető kórleírásai szerint a XV. század végén járványszerűen kirobbanó szifilisz nem a maihoz hasonló, lassan fejlődő és krónikus elváltozásokat okozó kórság volt, hanem egy hevesen fellépő, igen súlyos destrukciókban nyilvánuló és sokszor gyorsan katasztrófához vezető megbetegedés. A szifiliszneк ez a rosszindulatú és módfelett ragályos formája igen foudroyansan viselkedett és a szervezetben hetek, hónapok alatt hajtotta végre azt a rombolást, amit a ma ismeretes szifilisz — kezeletlenség esetén is — csupán évek és évtizedek alatt végez el. Ha ehhez hozzászámítjuk, hogy a meglepett és a szifilisz borzalmaitól a szó szoros értelmében megfélemlített orvosok teljesen tájékozatlanul álltak e betegség gyógyítását és leküzdését illetőleg, akkor elképzelhetjük azt az emberveszteséget, amit a szifilisz első hatalmas rohama okozott.

Ebből a korszakból persze a halálozásról megközelítő pontosságú statisztikai adatok sem maradtak fenn. Sabellicus azt írta, hogy a lakosságnak $^1/_{20}$-a esett áldozatul. A fentebb említett Linzbauer-kódex forrása szerint a népesség $^1/_3$-a pusztult el. Az ugyancsak egykorú Cataneus pedig azt állítja, hogy az első szifiliszjárvány idején az emberiség fele meghalt. Sudhoff, aki a leghevesebb vitatója annak, hogy a szifilisz a XV. század végén nem mint új betegség lépett fel, hanem csupán akkor ismerték meg az orvosok közelebbről, azt is tagadásba veszi, hogy a járvány tényleg ilyen veszedelmesen pusztító jelleget öltött volt. Szerinte a szifilisztől való borzalom (syphilophobia) és képzelődés következtében erősen túlozták a leírásokat és a veszteségi számot. Ha a Sudhoff előbbi véleménye igen komoly figyelmet is érdemel, a XV. századvégi szifiliszjárvány súlyosságáról és a betegség vészes lefolyásáról viszont annyi pontos orvosi kórleírás maradt fenn, hogy az akkori szifilisz nagyméretű pusztítását nincsen jogunk kétségbe vonni. A Sabellicus által közölt legszerényebb mortalitási adatot fogadva el, persze a lakosság $^1/_{20}$-ának pusztulása is megdöbbentő képet fest e betegség első rohamának szörnyű kimeneteléről!

A nagy veszedelem ez időben teljes erővel a szifiliszre terelte az orvosi világ figyelmét. Rövidesen kiderítették azt, hogy a fertőzés többnyire szexuális úton történik. Poór Ferenc utal rá, hogy Torella (1497) már kifejezetten a nemi szerveken mutatkozó beszüremkedett fekélyben — »ulcus in virga cum quadam duritie« — látja a betegség kiindulását. Widmann (1497) a szifilisszel kapcsolatban óva int mindenkit a prostituáltaktól, mondván, hogy »a prostitutis mulieribus hoc tempore maxima cavendum est«. Wimpheling (1506) pedig egyenesen a prostituáltakat nevezi meg a szifiliszragály főforrásának. Ugyanilyen világos képe volt a szifilisz ragályozásáról Manardus-nak is (1462—1536), ki II. Ulászlónak, majd II. Lajosnak magyar udvari orvosa volt. Herczeg közli ennek a saját korában ugyancsak hírneves professzornak egyik levelét, melyben a szifiliszről a következőket írja: »Ezt a nagyon rossz betegséget ritkán szerzi az ember másként, mint fertőzés útján és nem bármely testrészén, hanem leginkább a nemi szerveken. A fertőzés egy, a coitusnál szerzett genitális fekély következtében támad.«

Látva a szifilisz pusztítását, az orvosokon kívül a hatóságok is foglalkozni kezdtek a kérdéssel. Magyarországon ugyan ebből az időből nem maradt fenn semmi egészségvédelmi törvény vagy intézkedés emléke, hanem a hatóságok megelégedtek azzal, hogy a prostituáltakat, kiket a baj egyedüli forrásának tartottak, tűzzel-vassal kezdték üldözni és kínozni. Az idevonatkozó magyarországi rendelkezésekről könyvünk XII. fejezete majd bőséges felvilágosítással szolgál.

Külföldön azonban néhol mindjárt a járvány első éveiben drákói szigorúságú — ha nem is észszerű és célravezető — rendeleteket bocsátottak ki. VIII. Károly már 1495-ben adott ki szifilisz ellen védekező parancsot. Ezen kívül a francia parlament 1496-ban és 1498-ban is többízben hozott rendelkezést. Mindezek szerint a védekezés alapgondolata a betegek kiűzése volt. Egyik ilyen »bölcs és humánus« határozat például akasztással való halálbüntetés terhe alatt rendelte el, hogy minden szifiliszes idegen 24 óra alatt hagyja el Párizst. A párizsi példát aztán sok autonóm város követte, aminek az lett a következménye, hogy az országutak Besançontól Nürnbergig és Strassburgtól Bécsig megteltek kiüldözött, ragályterjesztő és nyomorultan halódó szifiliszesekkel. IV. Jakab skót király még tovább ment az »egészségvédelem« terén és parancsba adta, hogy az ilyen betegeknek az arcára könnyebb felismerés céljából bélyeget süssenek. Hogy ezek a rendelkezések a szifilisz halálozási arányát növelték, de a ragály terjedését meg nem akadályozhatták, azt fölösleges hangsúlyoznunk!

A járványtól való félelem eltöltötte a lelkeket és igen sok szó esett mindenfelé erről a titokzatosnak látszó és újnak tartott betegségről. Eleinte különféle elnevezésekkel illették, míg aztán végül a szifilisz szó lett általánosan használatossá. A szifilisz (syphilis) szónak külön története van.

A humanizmus korszakában divatos volt a különböző eseményeket és a fontosabb betegségeket vagy járványokat tankölteményekben megénekelni. Ilyen tankölteményt írt az új ragályról 1520-ban Fracastorius, kitől a szifilisz elnevezés származik. Fracastorius meséje a következő: Alcithus királynak volt a szolgálatában egy pásztor, akit Syphilus-nak hívtak. Syphilus nyugtalan lélek volt és erősen panaszkodott a hőség miatt. Szidalmazta és káromolta Apolló istenséget, mint a melegség okozóját, sőt pásztortársait is Apolló ellen ingerelte. Végre az istenség megsokalta Syphilus viselkedését és büntetésből egy szörnyű betegséget küldött rá, amely azután másokra is átragadt. E divatos költemény csakhamar mindenfelé ismeretessé vált s a velencei előkelőségek, kik szerették a visszataszító dolgokat is finoman megjelölni, felkapták a »syphilis« elnevezést, melyet azután az orvosi irodalom is átvett és megtartott.

De számos más neve is volt a szifilisznek, mely országonként és koronként többször változott. A szifilisz elnevezés előtt leghasználatosabb a »morbus Gallicus« volt, miután az volt a közfelfogás, hogy a franciák között különösen gyakori. E betegséget már Linzbauer kódexe is — mint előbb említettük — »Mall à Frances« jelzővel illeti. »Morbus Neapolitanus«-ról, vagyis nápolyi betegségről, sőt »morbus Hungaricus«-ról, »morbus Portugalensis«-ről, »morbus Hispanicus«-ról stb. is beszéltek. A németek, dánok és hollandok előszeretettel nevezték el az új járványt a szerelem istennőjéről Venusseuche-nak, Venussyge-nek, illetve Venusziekte-nek. Igen felkapottá vált azonban a »lues inquinaria«, »lues venerea« vagy egyszerűen »lues« megjelölés is. A magyar nyelvhasználat mindjárt az első időben szívesen vonatkoztatta a bajt a franciákra és Murmellius szótárában már 1533-ban megtalálható a »francu« szó. Később »francu var«-nak, »frantzos nyavalyá«-nak, »frankon nyavalyá«-nak vagy »francá«-nak nevezték. A népies káromkodások és átkozódások között még ma is szerepel a »franc« és a »nyavalya« Ide kell azonban számítanunk a »rossz seb« kifejezést is. A XIX. század elején a magyar irodalom »bujafené«-ről ír, majd a század második felében e betegséget »métely«-nek, »bujavegy«-nek, »bujakór«-nak vagy »bujás betegség«-nek nevezik. Napjainkban a »vérbaj« és a leghelyesebben »szifilisz« elnevezés van közhasználatban.

A szifiliszjárványnak a XV. század végén történt kirobbanásáról elég alapos ismereteink vannak, de a baj további történetéből, sajnos, édeskeveset tudunk. Hogy miként viselkedett a járvány, hirtelen csökkent-e vagy fokozatosan hagyott alább és újra fellángolt-e vagy állandóan lappangott, azt nem tudjuk. Általában a XVI. és XVII. század orvosai igen sokat írtak a szifilisz pathológiájáról és gyógyításáról, melyekből kiderül, hogy a számtalan tévelygés ellenére lassanként rájöttek a megbetegedés lényegére, sőt a gyógyításban is némi sikerrel haladtak előre. Ámde járványtani ismereteinket ezek az orvosi művek és feljegyzések alig gyarapítják és homályban

hagynak arra vonatkozólag, hogy a szifilisz heves fellépését követő századok alatt mekkora lehetett e betegség pusztítása.

A magyar hatóságok — mint említettük — megelégedtek az erkölcstelen élet üldözésével s a prostituáltak kipellengérezésével, kikorbácsolásával és száműzetésével. Csak a XVIII. század közepén kezdtek a prostituáltak nemi betegségeinek kérdésével foglalkozni és még később merült fel az a különben természetszerű gondolat, hogy a beteg prostituáltakat nemcsak büntetni, hanem gyógyíttatni is kell.

Bizonyos, hogy a szifilisz ebben a korszakban már foudroyans, romboló sajátosságát levetkőzte és általában a maihoz hasonló, hosszadalmasan idült betegséggé változott. Mindazonáltal még mindig veszedelmes pusztításokat okozhatott, legalább is erre vall a budai egyetemnek 1782-ből származó felterjesztése, amely többek közt a következőket mondja: »Akadhat-e valaki, aki ne hinne az összes orvosok egyöntetű tanuságának, mely szerint úgy a vidéki népesség, mint a nagy és népes városok lakossága között az úgynevezett lues venerea óriási pusztítást visz végbe, amennyiben e bajban szenvedő mindkét nembeli polgárok vagy elpusztulnak benne vagy legalább is megrokkannak és nyomorékká lesznek, minek következtében a fajfentartásra, valamint más polgári kötelességeik teljesítésére képtelenné válnak. Kétségtelen, hogy ezen módfelett elterjedt lappangó baj következtében az emberi nem egészsége rendkívül leromlott s nagyon kell félni attól, hogy egyik nemzedékről a másikra szállva — hasonlóan a dühöngő pestishez — akár nemzeteket is kiirthat...«

A XVIII. század végéről a budai orvostanárok szakvéleményén kívül más fontos okmányok is maradtak fenn. Így elsősorban az 1784-ből származó rendelet, amely a krassói és az 1786-iki, mely a zalatnai szifilisz-endémiáról ad számot. Végül itt azokat a hivatalos feljegyzéseket is ki kell emelnünk, melyek az 1790-ben kezdődő híres skerlievoi ragályt tárgyalják.

Mindezen adatok alapján mérlegelnünk kell, hogy ezekben az időkben a szifilisz szaporodását csak az egészségügyi haladás és a szifiliszszel való alaposabb foglalkozás tüntette-e fel vagy pedig valóságos járványhullámról volt szó. Azt is meg kell vizsgálnunk, hogy vajjon a XV. századvégi epidémiának felújult fellobbanása szántotta-e végig a veszélyeztetett területeket vagy pedig a XVIII. század végén a szifilisz morbiditásának csupán olyan természetű magasabb hullámával találkozunk, mint amilyet legutóbb az 1914—1918. évi világháború alatt magunk is átéltünk. Mindenesetre kétségtelen, hogy a szifilisznek az átlagos mértéken felüli fellángolása e korban nem terjedt szét a lakosság teljes egészére, miként a XV. század végén, hanem csak bizonyos kisebb-nagyobb területekre szorítkozott és lokális endemiaként jelentkezett.

A krassói szifiliszügyről 1784 május 18-iki dátummal a Linzbauer-kodexben a következőket olvassuk: »Morbus venereus in Comitatu Crasso-

viensi. Ulteriori praelibatae . . . Miután az egyetemnek f. év március 15-ről szóló elénkterjesztett felirata a népesség között bizonyos helyeken elharapózott nemi ragályok csökkentése céljából felállítandó kórházak tárgyában a kimutatott költségvetés alapján elfogadtatott, a helytartótanács ezen egyetemre bízta, hogy írja össze és adja tudtunkra, hogy mely helyiségekben, hány ember van e betegségtől megfertőzve, mennyi idő óta terjed a baj s honnan veszi eredetét, hogy ilymódon a vármegyei orvosnak és a sebészeknek a gyógyszereket és a fertőzöttek ápolására szükséges eszközöket a rendelkezésre lehessen bocsáttani. Tekintettel arra, hogy ezen fontos és szükséges gyógykezelésről való gondoskodás nem várathat soká, valóban sürgős, hogy a szóban forgó két kórház a házipénztár terhére megfelelő módon felállíttassék. Mivel a tekintetes Egyetem úgy találta, hogy egy gyógyításra alkalmas épület már van, amennyiben a kórházi ápolásra még több is szükséges, ezekről a házipénztár terhére kell gondoskodni.«

Megállapítható, hogy az ellenintézkedések dacára a szifilisz ezidőtájt különösen a lugosi és kápolnási járásokban ijesztő méreteket öltött, pedig a fenti rendelet alapján Lugoson, majd Facseten az állami szifiliszkórházakat tényleg felállították, melyek hamarosan megteltek a legsúlyosabb betegekkel.

A két év mulva, 1786 június 13-án kiadott rendelet a Zalatnában »kitört« járványról («wegen den in der Zalathnaer Bergkameral-Herrschaft ausgebrochenen venerischen Uebel«) ad felvilágosítást. Ez a rendelet többek közt a következőket mondja: »Mulhatatlanul szükséges, hogy egyelőre a zalatnai uradalomban levő betegek pontos, tabelláris kimutatásokba foglaltassanak, amelyekben a betegek neve, kora, neme, illetőségi helye, családi állapota, betegségének súlyossága és lakóhelyének a székhelytől való távolsága pontosan fel legyen sorolva. Azokat a betegeket, akik annyira nyomorúságos és szánalmas állapotban vannak, hogy gyógyíthatatlannak minősíthetők, külön kimutatásba kell sorozni, a környezetüktől sürgősen elkülöníteni és kórházban ápolni. Ha a kimutatás elkészült, akkor könnyen lehet tájékozódni, hogy melyek azok a betegek, akiket embertársaitól szeparálva kórházba vagy pedig fürdőhelyre kell küldeni és kik azok, akik megfelelő gyógyszerellátás mellett munkaképességüket megtarthatják és családjuknál kezelhetők. Ilyen és hasonló helyi ismeretek birtokában el lehet majd dönteni, hogy a cél gyorsabb elérése érdekében hasznos volna-e egy nagyobb kórház felállítása vagy pedig megfelelőbb a betegeket egyes különálló házakba, illetve barakokba izolálni.«

A következő, 1787. év február 22-én ismét jelent meg resolutio regia, mely újólag felhívja a figyelmet az erdélyi járványos »Lustseuche«-ra és az érdekelt vármegyéket ezirányban felterjesztésre szólítja fel.

Kétségtelen, hogy az erdélyi szifilisz-endemia eleinte főleg az oláhok között pusztított, később azonban tovább harapódzott és a szomszédos

székely lakosságot is megtámadta. Ezt bizonyítja a Magyary-Kossa által említett Enyedi seborvos feljegyzése is, aki 1801-ben elpanaszolja, hogy »eddig a frantzu esméretlen volt itt Erdélybe a székelyek között, de eközt is kezd terjedni, nem csak a Zalathna körül levő oláh falukban, a holott is már olly közönségessé lett, mint a nagy és népes városokban ; igyekszik is a felséges királyi kormány-szék ezen eláradó nyavallyának ellent állani, mivel majd minden Zalathna körül levő falukban seb-orvosokat rendelt, kiknek is szorgalmatos vigyázások által ezen dögleletes nyavallya orvosoltatik«.

Úgylátszik, hogy az erdélyi járvány körülbelül a XIX. század első évtizedei alatt szűnhetett meg. Az 1808. évben azonban még javában dühöngött, amit abból a királyi leiratból lehet következtetni, amely Bánffy grófnak a nemi betegségek »elterjedésé«-ről szóló felterjesztésére érkezett (»Abschrift der allerhöchsten Entschliesung auf die Noten des Grafen Bánffy von 10-ten Febr. die veroffenbarte Ausbreitung der Lustseuche in Siebenbürgen und in der Wallachei betreffend«). A királyi leirat utal arra, hogy Oláhországban a szifilisz hallatlan mértékben pusztít és kifejezi azt a gyanuját, hogy az erdélyi ragály is onnan táplálkozik. Éppen azért elrendeli, hogy az Oláhországból érkezőket, akár odavalók, akár erdélyiek, szigorú határzárlatnak kell alávetni és betegség esetén őket alapos kúrázás előtt az országba bocsátani nem szabad. Az erdélyi fejedelemség lakosságára vonatkozólag pedig következőket rendeli el : »1. Az olyan falvakban, ahol ragály uralkodik, a seborvosoknak a férfiakat, a bábaasszonyoknak pedig a nőket házról-házra járva kell vizsgálatnak alávetniök és az összes betegeknek talált egyéneket tüstént egy erre a célra felszerelt kórházba (aminek létesítésére egy parasztházat vagy csűrt lehet kiválasztani) izolálniok. 2. Az ilyen kórházakat lehetőleg katonai őrséggel kell ellátni, nehogy valaki onnan megszökhessen vagy a tilalom dacára egészséges egyénekkel érintkezhessen. 3. Az összes szegénysorsú betegek kórházi ápolását a köz terhére kell eszközölni, vagyonosakét azonban saját költségükre. 4. Mielőtt a betegeket a kórházból elbocsátják, a falu lakossága megint átvizsgálandó s az időközben fertőzöttek a felszabaduló kórházi helyekre utalandók. 5. Ilymódon fokozatosan az összes helységeket vizsgálat alá kell helyezni, hogy azok e betegségtől megtisztíttassanak, de szem előtt kell tartani, hogy a tisztogatás a lehetőséghez képest minél több helységben egyazon időben végeztessék.«

Láthatjuk e kevés idevonatkozó adatból is, hogy a XVIII. század végén kezdődő erdélyi szifilisz-endemia még 1808-ban olyan jelentékeny volt, hogy szükségesnek tartották ellene a lehető legradikálisabb eszközöket, a vesztegzárat, kényszervizsgálatot és kényszerkezelést alkalmazásba venni.

Az említett endemiáknál azonban sokkal bőségesebb történeti emlékünk maradt az ugyancsak a XVIII. század végén kezdődő és a magyar tengerparton körülbelül 4—6 évtizeden át dühöngött súlyos szifilisz-járványról.

Az erre vonatkozó folytatólagos okiratok tömkelege 1801-ben kezdődik, azzal a felterjesztéssel, melyet az uralkodónak a fiumei kormányzóság területén és környékén fellépő »ragályos daganatos-nemi betegségről«, valamint Stáhly György pesti orvosprofesszor vezetése alatt e betegség tanulmányozására kiküldött komisszió munkásságáról a Nádor királyi herceg terjesztett fel (»Allerunterthänigster Vortrag des Erzherzog Palatin an Seine Majestät in Betreff einer, vom Fiumaner Guberniums-Präsidenten einberichteten im Commerzial- und Buccaraner Districte beobachteten ansteckenden geschwürig-venerischen Krankheit; verner vorschläge zur Heilung und Ausrottung dieses Uebels: Entsendung des Professors der medizinischen Facultät Georg v. Stáhly. K. ung. Hofkanzlei No. 5242, 5. Juni 1801.«) Folytatódik számos más felterjesztéssel és legfelsőbb elhatározással s rendelettel, melyeket Linzbauer kódexe bőségesen ismertet. Ezekből megismerhetjük a magyar tengerpart veneriás járványának eredetét, lefolyását, a baj jellegét, a különféle orvosi véleményeket, a hatósági intézkedéseket, a betegek számát, a ragálykórházak felállítását, a kórházi ápoltak létszámát, a skerlievo leküzdésére áldozott összegeket és általában a ragály elleni védekezés teljes leírását.

A baj eredetéről Kluky, a partvidék akkori egészségügyi főnöke (protomedicus des Küstenlandes) következőket írja: »A Malattia di Scherlievo, mal Sifilitico ulceroso vagy morbus contagiosus scabioso-venereus név alatt szereplő betegség 1790 előtt teljesen ismeretlen volt és bár annak tulajdonképeni eredete és igazi forrása egész bizonyossággal nem állapítható meg, a legtöbb erre vonatkozó vélemény megegyezik abban, hogy az 1790-ben végződő török háborúból két asszony társaságában négy olyan tengerész tért vissza szülőfalujába, Scherlievo-ba (egy Buccari kerületben fekvő helységbe), akik már ebben a betegségben szenvedtek és akik útján a ragály előbb a fenti község többi lakóira s azután fokról-fokra a szomszédos Kukulianov és Serra Praga községek népességére terjedt. Egyébként senki sem tudja bebizonyítani, hogy ezek a katonák, illetve a velük jött asszonyok már érkezésük idején fertőzöttek voltak vagy pedig, hogy a betegség rajtuk ottartózkodásuk után fejlődött ki, sem azt, hogy kik voltak a legelső személyek, akik tőlük a ragályt megkapták. Másik verzió szerint a török háború kitörésekor valaki Kukulianov faluból a sorozás előli félelmében Dalmáciába szökött, ahol 1790-ig tartózkodott. Mikor aztán szülőfalujába visszatért, ahol 70 éves szüleinél lakott, először ezeket fertőzte meg, akik továbbterjesztették a betegséget, majd a ragály ezúton a szomszédos Serra Praga és Scherlievo helységekbe s innen faluról-falura áradt szét. Annyi mindenesetre bizonyos, hogy ez a betegség a fent említett katonák visszatérése után pár évvel jelentkezett és először Scherlievo faluban észlelték, ahonnan a baj elnevezésének eredete is származik.«

A skerlievo — úgylátszik — valóban igen gyorsan harapódzott el. Stáhly orvostanár a helyszínén tanulmányozta a betegséget és tanácsára mindenekelőtt elrendelték a betegek összeírását. Ezeknek az összeírásoknak eredményéről Kluky többek közt a következőket jelenti: »1790-ben a Buccari kerületben fekvő Scherlievo faluban egy ragályos betegség jelentkezett, mely az orvosok összességének véleménye szerint a nemi betegségeknek egy fajtája és grobnigg vagy skerlievo név alatt vált ismeretessé. Ez a járvány a magyar partvidéken, főként a fiumei kerületben olyan gyorsan és feltartózhatatlanul terjedt, hogy 1801-ben a 38—39.000 lelket számláló lakosságból már 13.000 volt megfertőzve, és pedig 6000 egyén súlyos mértékben, 7000 pedig kisebb fokban. Az 1800. évben a magyar partvidék előző kormányzósága a ragályokozta szörnyű pusztításra figyelmes lett és azt Őfelsége legmagasabb tudomására hozta, mikor is Stáhly professzor a legmagasabb parancsra Fiuméba rendeltetett. Az ő vezetése alatt álló bizottság a betegeket jegyzékbe vette s őket a kerületi orvosok útján otthonukban vagy a kórházakban elég szerencsésen kezeltette. Az eredmény mégsem volt kielégítő, mivel a kórházat is 13 hónap mulva, 1802-ben feloszlatták, anélkül, hogy a ragályozó anyagot elpusztíthatták volna. Emiatt a járvány még mindig terjedőben van, sőt átharapódzik Krajna és Horvátország szomszédos területeire is, úgyhogy az 1808-ban végrehajtott új betegösszeírás ismét 8000 beteget tüntet fel.«

Hogy milyen lehetett a skerlievo lefolyása és milyennek látták azt az akkori orvosok, arról áttekinthető képet nyujt Brunoro-nak 1815-ből származó leírása: »E betegség által okozott állapot úgyszólván minden esetben más és más, általában azonban a következő: Fájdalom az izmokban és a csonthártyában, belső csontfájdalom, azaz osteoscopi, mely főleg este és éjszaka fokozódik, mind olyan tünetei e bajnak, amik a szóban forgó betegségnél pillanatok alatt felismerhetők. Sokaknál azonban ez a nemi baj nem annyira a csontokban, mint inkább a testfelületen jelentkezik. Viszketés és égés kiséretében gonosz, hámló rüh vagy elefantiázis fejlődik ki, mely a homlokon, arcon és fejen különböző apró barna és hámló göböket hoz létre, amik tapadós, szívós és bűzös, mindinkább mélyrehatóbb s az arcra, szemekre, orra stb. terjedő gennyedést okoznak (ilyen nyomorultul tönkrement egyének naponta jönnek a szomszédos vidékről a városba). Egyeseknél a törzsön is jelentkeznek bizonyos fajtájú kiütések, egyeseknél vörös, sötétbarna és másként elszineződött foltok, másoknál viszont kinövések, egyenetlen duzzanatok, rosszindulatú bennéket tartalmazó daganatok, a mirigyek, torok, nyak, hónalj, lágyék daganatai, veneriás herelobosodások és a condylomák legsúlyosabb formái, különösen a nemzőszerveken, a férfi nemirészének teljes elpusztulásával. A női nemnél mindezeken kívül a veneriás fertőzés és a tisztulás elmaradása folytán bekövetkezhet a belső női szervek megkeményedése, az anyaméh megduzzadása s a mell és a méh

veneriás rákosodása, amit számtalan ájulás és halálos fájdalom s végül egész családok kipusztulása követ.«

Brunoro leírásából, melyről hiányosságai dacára is rá lehet ismerni a szifilisz súlyos, rosszindulatú és galoppozó formájára, fogalmat nyerünk a skerlievo megdöbbentő pusztításáról.

A betegek száma az említett 1808-ik év után is igen lassan apadt, bár a hatóságok nagy buzgalmat fejtettek ki a baj megszüntetésére. A védekezés munkáját megakasztotta az is, hogy 1809-ben a tengerpart Napoleon uralma alá került és a visszacsatolás idejéig, 1815-ig a skerlievo szabadon garázdálkodhatott.

De az is baj volt, hogy az orvosok a tüzetes tanulmányozás dacára sem voltak egészen tisztában a skerlievo kórlényegével. Már olvastuk egyik helyen, hogy e betegséget daganatos nemi bajnak mondták, más helyen rühszerű fertőző nemi betegségnek nevezték, de elefantiázisról stb. is beszéltek. Az orvosok nagyrésze azt tartotta, hogy a szifiliszhez hasonló, de azzal nem azonos járványos megbetegedésről van szó. Maga a nagy szaktekintélynek örvendő Frank is könyvében a szifilisznek és a skerlievonak differenciális diagnosztikájáról ír.

Jenniker, aki 1815 után a partvidék protomedicusa volt, e kérdésről már valamivel világosabb képet szerzett: »Mostanáig kétséges volt, — amint írja, — hogy a skerlievo valóságos fertőző nemi baj-e (Lustseuche) és saját magának is be kell vallania, hogy előbbi nézete szerint a skerlievót egy a szifiliszhez hasonló kórnak tartotta, de nem valóságos nemi ragálynak, hanem egy attól nem nagyon különböző kachexiának, amiből azonban a szifilisz kifejlődhetett volna. Csak amióta annyi ezer embernél látta és figyelte meg ezt a betegséget és észlelte, hogy a valódi elsődleges lokális affekció luesnél éppúgy, mint a skerlievónál nem csupán egyetlen tünetet eredményez, azóta jött arra a kétséget nem ismerő egyéni meggyőződésre, hogy a skerlievo valóságos, azonban az átlagnál szelidebb szifilisz, mivel a luesznél és a skerlievónál előforduló foltok, göböcskék, göbök, daganatok, kiütések, csontfájdalmak, csontdaganatok és mirigyduzzanatok azonos sajátságai ezt bizonyítják.«

Az 1818 évben a járvány erejének fokozatos csökkenéséről Jenniker egyik felterjesztésében következőleg vélekedik: »A skerlievo ragályozó anyaga intenzitásában, ragályozó képességében, mint általában egész lefolyásában és terjedésében lényegesen csökkent. Kitörése első éveiben épen olyan epidemiás jelleggel harapódzott el, mint a szifilisz annak idején, legelső kitörése alkalmával. Amint 1801-ben több oldalról megállapították, két-három ember a ragályt rövid idő alatt egy egész községben elterjesztette. Ha a skerlievo ragályozó erejét a mai napig ilyen fokban megtartotta volna, akkor a fertőzöttek számának jelenleg rettentően magasnak kellene lennie. Ha néhány katona és kéjnő 1790-től 1801-ig 3000 egyént tudott megfertőzni,

mennyi embernek kellett volna megfertőződni 1818-ig, hiszen a fertőző csira a népesség között ugyancsak széles rétegben van szétszórva.«

A fentieken kívül a skerlievo történetére, terjedésére és lefolyására bőséges feljegyzéseket és hivatalos felterjesztéseket találunk Dettmayer, Kukatzkay, Nardelli, Cherbetz, Sax, Cambieri, Stifft, Marinich és más egykorú orvosírók munkáiban, amelyekre bővebben kitérni túlmesze vezetne. Ezek közül az adatok közül csak a kórházügyre kívánunk pár szóban kitérni. A kormányzóság legfelsőbb jóváhagyással, a házipénztár terhére egymásután állított fel kórházakat, melyek hosszabb-rövidebb ideig működtek. Ilyen kórházak voltak Fiuméban, Portoréban, Bukkariban, majd Noviban. Jenniker adatai szerint például a fiumei kórházban a skerlievós betegek kincstári ápolására 1818 áprilistól szeptemberig 49.762 forintot és 51 krajcárt fordítottak. A gyógyszerfogyasztás ugyanezen évben a fiumei intézetben nyolc hónap alatt 25.562 forintra, a portorei kórházban pedig 17.483 forintra rúgott. És 1815-től 1818-ig csupán ezen két kórház 252.507 forintot emésztett fel, ami abban az időben igen hatalmas összeget jelentett. A kerületi orvos jelentése szerint 1818 április 1-től november végéig a fiumei kórházba 2383 beteget és 15 újszülöttet vettek fel, akik közül 226 megszökött, 363-at Portoréba szállítottak és 1757-et gyógyultan elbocsátottak. De 52-en, részint elaggott, részint igen súlyosan fertőzött egyének meghaltak és 28-at recidivájukkal ismét állományba vettek. A portorei intézet állománya június 1-től december végéig 1964 beteg és 20 újszülött volt. Közülük 1131-et gyógyultan elbocsátottak, 125 megszökött, 21 recidivált és 76 meghalt. Ezek a számok még 1818 folyamán az endemia jelentékeny kiterjedését és súlyos lefolyását bizonyítják!

A továbbiak során azt látjuk, hogy 1823-ban Ürményi, a magyar tengerpart kormányzója, Cambieri kórházigazgató javaslatára az egész népességre kiterjedő újabb egészségügyi vizsgálatot kért, mivel tapasztalata szerint a ragály ismét sűrűbben mutatkozott.

Az 1826. évben ismételt felterjesztést tettek, melyben most már az isztriai kerület népvizsgálatát is szükségesnek látták. Ez a vizsgálat 1830-ban Voloska, Lippa, Pisino, Veglia és Timferberg kerületekben meg is történt, aminek eredménye 687 skerlievós beteg felfedezése volt.

Azután 1832-ben már valóban lecsendesedett a járvány, legalább is erre mutat a jelzett évben történt népvizsgálat hivatalos eredménye. Az egész magyar tengerpart összlakosságából, 36.904 lélekből ugyanis megvizsgáltak 35.166-ot és közülök csupán 92 egyént találtak fertőzöttnek, akiket azonnal a portoréi kórházba szállítottak. Ezek a betegek főleg Zágráb környékéről származtak.

A következő 1835. évben most már csak a zágrábi kerületben rendeltek el általános egészségügyi vizsgálatot, mikor is itt még 76 skerlievós beteget regisztráltak.

Ugyanekkor a trieszti kormányzóság alá tartozó hét isztriai kerületből is 132 fertőzött beteget mutattak ki, amit a trieszti kormányzóság azzal a panasszal jelentett, hogy a betegek a kórházból gyakran gyógyulatlanul kerülnek haza.

További adatok nem állnak rendelkezésünkre, de abból, hogy a portoréi skerlievokórház gyógyszerkiadása még 1844-ben is 2331 forintra rúgott, azt következtethetjük, hogy a kórház forgalma és a járvány kiterjedése még mindig számottevő volt.

Mindenesetre a baj ezidőtájt már annyira csökkent, hogy újabb népvizsgálatot nem kellett többé tartani. A baj azonban még 1850 után is lappangott és itt-ott felütötte a fejét. A bécsi kormány 1851-ben Sigmundot, majd Hebrát küldte a tengerpartra a betegség tanulmányozására. Sőt 1857-ben Pernhofer, majd 1868-ban a kiváló magyar professzor, Poór Imre vizsgálta a helyszínen a szórványosan felbukkanó skerlievo-eseteket. Mindezek a szakemberek konstatálták, hogy a skerlievo, mint népveszedelem már megszűnt. Megállapították, hogy a betegek túlnyomó többsége tipikus szifiliszinfekció áldozata volt, a járvány kitörésekor mutatkozó zavar és tájékozatlanság idején azonban nyilván közéjük soroztak sok bőrtuberkulózisos, skorbutos, elefantiázisos stb. beteget. A zavart növelte annak idején az is, hogy a magyar tengerparton elhatalmasodó szifiliszjárvány alatt a fertőzések nagyrésze nem szexuális érintkezés által, hanem közvetett úton terjedt, ami az orvosok egyrészénél azt a hitet támasztotta, hogy új ragállyal állanak szemben. A későbbi pontos kórleírásokból és az említett szakemberek határozott véleményadásából azonban ma már teljes bizonyossággal leszögezhetjük, hogy a skerlievo nem valami új vagy a szifiliszhez hasonló megbetegedés, hanem magának a szifilisznek egy endémiás fellángolása volt.

Áttekintve a XVIII. század végén jelentkező szifiliszjárványokat, azt kell mondanunk, hogy ezek a XV. századvégi első nagy járványhoz hasonlítva, bizonyos tekintetben kifejezett hasonlóságot, egyéb vonatkozásban pedig jelentékeny különbséget tüntetnek fel. A hasonlatosság persze a betegség tényleges azonosságán alapul, de kiemeli ezt a szifilisznek foudroyans, galoppozó alakban való megjelenése. A szifilisz a XVIII. században már átalakult idült, lassanölő betegséggé és mint ilyen lappangva szedte országszerte az áldozatait. A XVIII. századvégi endémiák keretében azonban ismét reaktiválódott és bár kétségtelen, hogy a XV. századvégi súlyos járvány pusztító jellegét nem érte el, mindazonáltal az átlagos, idült, nem endemiás szifilisznél sokkal több áldozatot követelt. Másik hasonlatosság — mely a két endemia között a közbeékelődő 300 év dacára felismerhető — abban nyilvánult, hogy a ragályterjesztés terén a szexuális inficiálás mellett domináló fontossághoz jutott az evőeszközök, ruhaneműek, csókolózás, kézfogás stb. álta közvetett fertőzés. Ezáltal a járvány sokat veszített veneriás karakterébő és több hasonlatosságot mutatott fel a középkorban dühöngő többi fertőzés

hez. Legfontosabb különbség viszont a némileg enyhébbnek ítélhető lefolyás mellett az volt, hogy míg a XV. századvégi szifiliszjárvány nemcsak Magyarországot, de úgyszólván egész Európa teljes népességét végigszántotta, a XVIII. század endemiája bizonyos zárt területekre lokalizálódott, a népesség egészét pedig nem fertőzte meg. A magyarországin kívül Norvégiában is volt 1720 után ilyen lokális szifilisz-endémia (spedalsked), továbbá ugyancsak a XVIII. században Skóciában (sibbens), Görögországban (frangó) és Oroszország keleti-tengeri vidékein (kurlandi kór). Ezek a járványok is csak a fenti országoknak bizonyos területeire lokalizálódtak és hevességük tekintetében a XV. század végén szerepelt epidémiát nem érték el.

Összegezve a Magyarországon fellángoló lokális endémiákat, azt látjuk, hogy azok egymástól függetlenül, időrendben egymásután és az országnak különböző vidékein léptek fel. Az első endémia a XVIII. század 9. évtizedének elején, Krassó-Szörény vármegyében a Tiszán túl, illetve Erdély délnyugati szögletében bukkant fel. Ugyanezen évtized derekán a Királyhágón túl, Alsó-Fehér megyében, Zalatna körül, Erdély közepén jelentkezett. Végül a XVIII. század utolsó évtizedében az ország ellenkező szélén, a magyar tengerparton fejlődött ki. Az erdélyi endémia kisebb méretű volt és a XIX. század első évtizedeiben meg is szűnt, a súlyosabb tengerparti járvány viszont a mult század közepéig tartott. Ezen lokális endémiák kifejlődésének és elharapódzásának a főokát az akkori népesség kulturálatlanságában, tisztátlanságában és az egészségvédelmi érzék hiányában kereshetjük, a baj leküzdésének elhúzódását pedig a betegség felismerésének nehézségeivel s a szifiliszkutatás és szifiliszgyógyítás kezdetlegességével magyarázhatjuk.

Visszapillantva a nemi betegségek történetére, nem hallgathatjuk el azt a sok tévedést és rengeteg félreértést sem, mely a középkorban e betegségek felismerése és gyógyítása körül keletkezett. Az a mérhetetlen zavar, mely az orvostudományban a XV. század végén eláradó szifiliszjárvány idején támadt, úgyszólván elmosta a határokat a három nemi betegség, a lágyfekély, kankó és szifilisz között. A járványszerű szifilisz kirobbanása előtt sohasem volt szó róla, hogy valamely szexuális jellegű megbetegedés (nemi szerveken mutatkozó fekély vagy folyás) az egész testre kiterjedő általános tünetekhez vezetett volna. A járvány kitörése után viszont az orvosok a másik végletbe estek és azt hitték, hogy minden nemi részen jelentkező fertőzés általános szifiliszhez vezet. Fallopius (1521—1563.) például gonorrhoea gallicaról, vagyis szifiliszokozta kankóról írt és Jessen (Jeszenszky) János, a magyar származású wittenbergai orvostanár 1597-ben a három nemi betegség azonos eredetét tanította. E probléma felett a köd egy századdal később sem oszladozott és a XVII. század legnagyobb angol orvosa, Sydenham is 1680-ban a különféle nemi bajok azonosságát hirdette. Cockburne (1715) az első búvár, aki bátortalanul a szifilisznek és a kankós folyásnak különböző

és egymástól független voltát meri állítani. Ámde szava pusztába hangzó szó volt és azt teljesen elnyomta korának leghíresebb szifiliszkutatója, a francia Astruc (1740), aki dogmaszerüleg mondta ki, hogy az összes nemi betegségeket egy és azonos kontágium okozza. Astruc ezen tanításával betetőzte az azonosságnak vagy identitásnak elméletét. A XVIII. század második felében azután mégis egyre-másra akadtak orvoskutatók, akik a szifilisz és kankó azonosságát tagadásba vették és erélyesen kezdték támadni az identitás elméletét (Balfour, Ellis, Tode stb.) Valószínűleg sikerült is volna nekik a sűrű ködöt eloszlatni, ha közbe nem jön egy szerencsétlen véletlennel összejátszó kísérlet, mely a világosságot a kérdés elől eltakarta. Hunter volt az, aki 1767-ben az említett nagyjelentőségű kísérletet végrehajtotta. Kísérlete abból állt, hogy orvosszakértők jelenlétében egy beteg kankós váladékát egészséges egyén fitymabőrére oltotta és ezen kísérlet eredményétől tette függővé, hogy a kankó és szifilisz azonos-e. A tétel akként volt felállítva, hogy amennyiben a húgycsőváladék átoltás útján szifiliszt okoz, akkor a kankó és a szifilisz kétségtelenül azonos megbetegedés. A kísérlet az identitás tagadóinak legnagyobb meglepetésére pozitív eredménnyel végződött. Az oltás helyén néhány hét mulva fekélyek léptek fel, két hónapon belül pedig az egész testen mutatkoztak a generális szifilisz tünetei. Ez a szerencsétlen kísérlet minden kétkedőt meggyőzött, miáltal az identitás tanát még jobban megerősítette s az orvostudomány haladását egy emberöltőre visszavetette. Ma már persze ismerjük Hunter tévedést keltő kísérletének magyarázatát és tudjuk, hogy ez csak akként lehetett, hogy a kísérlet alanyát képező beteg húgycsőváladéka szifiliszes húgycsőfekélyből származott vagy pedig olyan egyéntől eredt, akinek a kankón kívül fertőző szifilisze is volt.

Elég az hozzá, hogy Hunter kísérlete után három évtizedig senki sem merte az azonosság elméletét megtámadni. Később Bell (1793), Frank (1797), majd Hermandez (1812) újabb kísérletekkel igyekeznek bizonyítani, hogy a kankó szifiliszt nem okozhat. De csak a mult század közepén sikerült a Hunter szerencsétlen kísérlete nyomán fellépő sötétséget végleg eloszlatni. A kiváló Ricord volt az, aki 1831-ben kezdett sorozatos kísérletei során 667 kankós és másfélezer szifiliszes oltást végzett s megdönthetetlenül bebizonyította, hogy kankós váladék csak kankós, szifiliszes váladék pedig csak szifiliszes fertőzést okoz s ezáltal véglegesen megcáfolta az identitás végzetesen téves elméletét.

A zavar azonban még ekkor sem szűnt meg teljesen. Mert bár a kankó és a szifilisz különállását már bebizonyították, viszont a szifilisz és lágyfekély azonossága még mindig kísértett. Az unitás elméletének hívei voltak azok, akik a szifilisz és a lágyfekély azonossága mellett törtek pálcát (egy ideig Ricord, Zeissl, Sigmund, mindvégig Kaposi, Auspitz és Schwimmer), a dualitás vallói pedig, akik azokat különböző betegségeknek tartották (Bassereau, Laroyenne, Fournier, Diday, Mauriac, Poór Imre, Tóth stb.)

E kérdés körül is rengeteg tudományos vita zajlott le a mult század alatt és ámbár Bassereau 1852-ben — amint a lágyfekély tárgyalásánál említettük — világosan beigazolta, hogy lágyfekélyből feltétlenül lágyfekély, szifiliszes fekélyből pedig mindig szifiliszes fertőzés keletkezik, a vita és bizonytalanság még sokáig tartott, míg végül is a mult század utolsó évtizedei alatt minden orvoskutató elfogadta azt a kétségtelenül helyes megállapítást, hogy a három nemi betegség, a szifilisz, kankó és a lágyfekély egymástól teljesen független, egymásba át nem alakuló betegségek.

Amilyen zűrzavar mutatkozott a multban a szifilisz felismerése körül, ugyanolyan vagy még nagyobb tájékozatlanság és fejetlenség uralkodott annak gyógykezelésében. A XV. századvégi járvány nemcsak megdöbbentette az orvosokat, hanem a therápia tekintetében őket a legnagyobb zavarba hozta. A Galenus-iskola hívei nem találtak semmi régi előírást az új betegség ellen s bátortalan tapogatózással kezdték ellene gyógyító ténykedésüket. Végül is az orvosok egyrésze azokhoz a gyógyszerekhez folyamodott — higanyhoz, kénes vízhez, ólomhoz, violaolajhoz —, melyeket az előző századok alatt már a súlyos bélpoklosság (lepra) gyógyításában alkalmaztak. Ezeket a szereket eleinte csak a szifiliszes sebekre tették, amelyeket néhol ki is égettek. Ezenkívül alkalmaztak a gyógyításra tömjént, szekfüt, szantálfát és majoránnát is, nem is szólva a legnaivabb népies gyógyszerekről, a cserebogárfőzetről, a borbafojtott viperáról, a főtt kigyóról, a varangyosbékáról, a farkasmájról és a teknősbékahúsról stb.

Amikor felismerték, hogy a szifilisz nem helybeli betegség, hanem az egész szervezetet átjáró alkati bántalom, akkor annak a kornak orvosi felfogása szerint a szervezetben felhalmozódott méreg kiürítését igyekeztek elérni. A méregtelenítés céljából alkalmazták az érvágást, a köpölyözést, a hashajtást, vizelethajtást, izzadást és nyálfolyást okozó szereket, amiket többé-kevésbbé szigorú diétázással vagy koplalással kombináltak. Úgy képzelték, hogy az eltávozó vérrel, vizelettel, nyállal, izzadsággal stb. a szervezet mérge is eltávozik. Az eljárást rendesen erős purgálással kezdték, érvágással folytatták és aztán a szerencsétlen elgyöngült beteget még tetejébe valami izzasztó kemencébe dugták, ahova órák hosszat bezárták.

A guajakfát (szent fát) 1508 körül importálták Európába és vették szifiliszelleni gyógyszerként használatba. Teaszerű főzetet készítettek belőle, amit a szifiliszesek étkezés közben fogyasztottak el. Hazánkban Melius (1578) ismertette és mint »francoz-fát« írta le, a »francu-var« kitűnő gyógyszereként. Poll meg éppen azt állította, hogy 3000 embert gyógyított ki vele igen súlyos »morbus gallicus-«ból. De nehézségeket okozott, hogy a guajak rendkívül drága gyógyszer volt, miért is helyette rövid idő alatt felkarolták az 1535 táján forgalomba kerülő chinakérget és a sassafrást, melyeket ugyancsak teának főzve alkalmaztak. Mindezek a szerek nagymennyiségű folyadékban fogyasztva, átmosták a szervezetet s így egyes esetben időleges javulást

eredményezhettek. Lényeges javulást, vagy épen gyógyulást azonban éppoly kevéssé okozhattak, mint akár a viperazsír vagy a teknősbékahús.

Ezek mellett az orvosi körökben a higany alkalmazása mind nagyobb és nagyobb teret hódított. Már Torella (1497) és Aquitanus (1498) is használtak higanyos-kénes kenőcsöket. De az adagolásban való tapasztalatlanság és a mértéktelen alkalmazás eleinte rengeteg súlyos higanymérgezést, sőt halált okozott, miért is egyesek a higany ellen fordultak, akik nyomán egy antimerkuriális orvosi iskola fejlődött ki. Ezek voltak azok, akik később is diétákkal és növényi főzetekkel próbálták a szifiliszt meggyógyítani. A híres Manardus, II. Ulászló magyar király udvari orvosa is higanyellenes volt. De különösen heves ellenzői voltak a németországi galenisták, kik valahányszor higanymérgezésről értesültek, a higanypárti orvosokra gyilkost és hóhért kiáltottak.

Tény az, hogy nem is annyira az orvosok, mint inkább a hallatlanul elszaporodott szifiliszgyógyító kuruzslók túlbőven bántak az éppenséggel nem veszélytelen higannyal. Leírások maradtak fenn arról, hogy egyik-másik ilyen borbély vagy fürdőszolga olyképpen gyógyított, hogy 20—30 szifiliszest zsúfolt össze egy kis fürdőszobába, hol töménytelen higanyos kenőcsöt kent rájuk. Vagy például vásári kuruzslók forróra hevített izzasztókamrákba 10—20 napra bezárták a szerencsétlen betegeket, akik közül némelyiknek a higany hatására a fogai kihullottak, sőt egyesek olyan nyálfolyást és szájgyulladást kaptak, hogy táplálkozni nem tudván, éhenhaltak vagy legalább is egész életükre nyomorulttá váltak. Természetesen, hogy az ilyen embertelen és ostoba kezelésnek nagyon sok áldozata volt, de az is bizonyos, hogy akik a higanymérgezést megúszták, azok közül többen meggyógyultak a szifiliszükből, mint akiket ártalmatlan, de haszontalan teákkal gyógyítgattak.

Almenár már 1502-ben bevezette az első higanyos kenőkúrát, mely abból állt, hogy a beteg bizonyos napokon a test különböző részein bizonyos higanykenőcsmennyiségeket dörzsölt be. Vigo 1511 körül ezeket a kenőkúrákat egészen rendszeressé tette és a kisebb adagok fokozatos alkalmazásával a mérgezés veszélyét némileg lecsökkentette.

Cataneus írja le először 1504-ben a higanyfüstölést, ami olyképpen történt, hogy kisebb zárt területen cinóbert füstöltek, amelynek gőzét a betegnek be kellett lélegzenie. Persze eleinte ezzel is igen gyakran visszaéltek és túlzásba vive alkalmazását, éppen olyan súlyos higanymérgezést okoztak, mint a mértéktelen kenéssel. Különösen veszedelmes volt ez a módszer, ha kenéssel, higanytapaszokkal, izzasztással és purgálással kombinálták. Érdekes egyébként, hogy Jakabházy szerint a Székelyföldön (Firtosváralján és néhány más faluban) még a XX. század elején is alkalmazták a kuruzslók a füstölést. A székelyföldi higanyfüstölést akként végezték, hogy a beteget alacsony zsámolyra ültették és egy nagy káddal takarták le, amely alatt parázson égett és füstölgött a cinóber.

Lassanként az orvosok mind több tapasztalatra tettek szert a higany adagolása körül és azt a XVII—XVIII. század idején már meglehetős ügyességgel alkalmazták. A galenisták emiatt a teáikkal háttérbe szorultak és ebben az időben a higany a szifilisznek úgyszólván egyeduralkodó szerévé lépett elő. Közkedveltségét nem tudták tönkretenni a másféle fémekből készült gyógyszerekkel való próbálkozások sem. Egyesek kísérleteztek a XVI. században az antimoniummal, stibium sulfuratum formájában. Ugyanakkor jött használatba az arany is, melyet sokkal később, a XIX. század közepén Chrestiem, mint pulvis aurit vagy aurum oxydatumot pilulák formájában ismét ajánlott a szifilisz ellen. Gozzi stannummal kísérletezett és platinát is rendeltek egyidőben. Buchner pedig egy tincturával próbálkozott, mely rezet (cuprum oxidatum carbonatomut) tartalmazott stb.

Az antiszifiliszes gyógyszereknek ez a töméntelen mennyisége mutatja, hogy a gyógyeredmények még mindig nagyon tökéletlenek voltak, ami az orvosokat további kutatásra és az igazi ellenszer lázas keresésére ösztönözte. Ezeknek a próbálkozásoknak azonban vajmi kevés sikerük volt s az említett anyagok, mint hatástalan szerek, rövidesen eltűntek a szifilisz terápiájából.

Az 1835. évben nagy feltünést keltett Wallace dublini orvosnak a közlése, aki egy értékes új szert ajánlott a szifilisz ellen, a jódot. Ekkor ismét feltámadt a higanyellenesek elcsendesedett tábora és kezdte egyedül a jódot erőszakolni. A kiváló magyar Poór Imre is a jód mellé állt, nem mintha tagadta volna a higany szifilisz elleni hatását, hanem, mert e szer ártalmait néha az alapbajnál is súlyosabbnak látta. A higany egynémely ellenzőjét a szenvedély ismét annyira elragadta, hogy például Hermann a higany alkalmazásának diszkreditálása céljából következő című füzetet adta ki: »Die Quecksilberkur ist ein Verbrechen an der gesamten Menschheit.« Ezek a kilengések megnehezítették a helyes terápia kifejlődését és további évtizedekbe került, míg végre a mult század utóljan a sok tudományos vizsgálódás után felismerték, hogy a szifilisz gyógyítása terén nemcsak, hogy nem veszélyes, hanem kellően szakszerű adagolás mellett valóban áldásos szer a higany, bár emellett a betegség bizonyos stádiumában a jód is igen eredményesen alkalmazható. Nagy haladás volt a szifilisz terápiájában a Scarenzio által 1868-ban bevezetett kalomel-injekció, amely a higanynak pontos adagolását tette lehetővé. Az injekciós kezelés fontosságát mutatja, hogy csak azóta lehet veszélytelen higanykúrákról beszélni, amióta az injekciós kezelések birtokában vagyunk.

A mult század szifiliszterápiája mindenesetre már mentes volt a régiek túlzásától és tájékozatlanságától s a régieknél kielégítőbb eredményeket produkált. Mindazonáltal lassanként rá kellett az orvosi karnak eszmélnie arra, hogy még mindig igen messze áll a szifilisz tökéletes gyógyításától. A betegség az elmondott kezelések hatása alatt szelídebbé vagy mondjuk

inkább lappangóbbá vált, de a recidivák és a késői súlyos belső elváltozások sehogysem akartak csökkeni. Újabb erővel vetette hát rá magát az orvostudomány a lázas kutatásra és a szenvedő emberiség valósággal messiásként várta a megszabadítót. Fel is bukkant néhány felfedezés (például az Auzias-Turenne-féle szifilizációs oltás stb), amely azonban csak keserű csalódásokat eredményezett. Végre 1910-ben futótűzként járta be a világot az óriási érdeklődéssel és kitörő örömmel fogadott hír, hogy a német Ehrlich, japán munkatársával, Hatával felfedezte a szifilisz gyógyszerét. »Ehrlich 606« név alatt lett ez a szer ismeretessé, mely már a nyilvánosság elé való bocsátása idején a szerzőknek 606-ik kísérleti sorozata volt és később szalvarzán nevet kapott (dioxydiamidoarsenobenzol=C_{12} H_{12} O_2 N_2 As_2).

Ehrlich ezzel az arzéntartalmú új vegyülettel először állatokon kísérletezett és ennek során arra a minden reményt meghaladó eredményre jutott, hogy a szalvarzán egyetlen adagjával sikerült a már-már elpusztulás előtt álló kísérleti állatokat meggyógyítani s vérükből a hemzsegő trypanosomákat eltüntetni. Emiatt az ideális eredmény miatt jelölte Ehrlich a szalvarzánt némi túlzással »therapia sterilisans magna«-nak.

Az arzént az orvosi praxisba legrégebben Davis de Planis Campy 1623-ban vezette be, de akkor még szifilisz ellen nem is próbálták alkalmazni. Később ez a szer egészen feledésbe merült és csak a XIX. században kezdték ismét rendelni. Az ú. n. aromatikus arzénvegyületeket csak a XX. század elején fedezték fel és 1905-ben alkalmazta először sikerrel Thomas metaarzénsavas-anilid formájában a trypanosoma (egy a szifiliszével rokon kórokozó által előidézett betegség) ellen. Ez adta a gondolatot Ehrlichnek arra, hogy aromatikus arzénpreparátumok sorozatát állítsa elő, amely kísérletei kapcsán alakult ki korszakalkotó felfedezése.

A szalvarzán gyógyhatása tényleg frappáns volt. Egy-egy adagja után igazán rohamos javulás mutatkozott és az eddigi gyógyszerektől sohasem látott gyorsasággal tűntek el vagy javultak az összes szifiliszes tünetek, még a legmakacsabb és legkiterjedtebb kiütések és sebek is. Mindazonáltal a 606-os szer az emberi szervezetre néha veszedelmesnek mutatkozott, többszöri alkalmazása pedig aggályos volt. Ehrlichék tehát tovább folytatták kísérleteiket és sikerült is a neoszalvarzánt (a dioxydiamidoarsenobensol formaldehydsulphoxylsavas nátriummal való kondenzációs termékét) megalkotni, mely az ezüstszalvarzánnal s a legújabban izomba is oltható és pilulákban adagolható szalvarzánpreparátumokkal együtt napjainkban a szifilisz leküzdésének pótolhatatlan fegyverét képezi.

Végül a legújabb antiszifilitikum felfedezéséről kell még említést tennünk. A világháború befejezése után közölték Sazerac és Levaditi értékes kísérleteiket, melyek szerint a bismuth — mellyel egyébként 1887-ben Dalché és Villejean már foglalkoztak — a szifilisz gyógyításában kitünően bevált. Közlésüket külföldön Fournier, Guénot, Lévy-Bing, Gerbay, Philippeau

és mások ellenőrizték, Budapesten pedig legelsőknek a székesfővárosi Régi Szent János-kórházban Guszman és a Bőr és Nemikórtani klinikán 1922-ben Doros kontrollálta. A bevezető kísérletekből, valamint a későbbi számos tudományos közleményből egyöntetűen az a vélemény szűrődött le, hogy a bismuthban igen fontos szifilisz elleni szert nyertünk, mely nagy általánosságban a higanynál is értékesebb, de a szifilisz szuverén gyógyszerét, a szalvarzánt semmiképpen sincsen hivatva pótolni, legfeljebb annak gyógyhatását kiegészíteni.

A terápia fejlődésének rövid vázolása után nem fejezhetjük be a szifilisz-ügyre vonatkozó történelmi visszapillantásunkat anélkül, hogy meg ne említsük a szifilisz-vizsgálás legújabb módszerét és döntő fontosságú eredményét, a vérvizsgálatot. A vér vizsgálata azon a felfedezésen alapul, hogy a szifiliszes egyének vérsavójában bizonyos arra alkalmas reakció segítségével kimutatható specifikus anyagok vannak jelen.

Bordet és Gengou találták fel eredetileg azt a reakciót, melyet a szifilisz felismerésére 1906-ban Wassermann alkalmazott. Ez a vérvizsgálati eljárás, amit Wassermann-féle reakciónak nevezünk, a legelterjedtebb szerodiagnosztikai módszer, mely a sok újabb reakció (Sachs-Georgi, Meinicke, Kiss Gyula stb.) mellett ma is a legegyszerűbb és legmegbízhatóbb. A Wassermann-féle komplementkötési eljárást az a törvényszerű jelenség magyarázza, hogy a szifiliszes egyének vérsavója nagyobb affinitással viseltetik a reakció céljaira használt szervkivonatokhoz, mint a nem szifiliszeseké. Ennek megfelelően a szifiliszesek vérsavójánál más reakciót kapunk, mint az egészségeseknél s ezáltal a szifilisz jelenlétét megállapíthatjuk. A szóbanforgó reakciók felbecsülhetetlen fontosságát akkor értjük meg, ha arra gondolunk, hogy a szifilisz tünetekben gazdag, kiütésekkel és egyéb jelenségekkel járó első időszaka után lappangó, tünetmentes stádiumba megy át. A lappangó szifilisz az esetek domináló többségében klinikai megtekintéssel meg nem állapítható, valamint annak végleges gyógyulása külső vizsgálattal el nem dönthető. Az a bizonytalanság és sötétben való tapogatózás, mely e tekintetben uralkodott, csak a vérvizsgálat alkalmazása óta szűnt meg, miért is a szifilisz történetében a Wassermann- reakció felfedezésének dátumát a szalvarzán felfedezéséhez hasonló, korszakalkotó fordulatnak kell tekintenünk.

Az eddig elmondottakban bevezetés céljából visszatekintettünk a nemi betegségek multjára. Utaltunk a lágyfekély és a kankó legrégibb emlékeire. Láttuk a szifilisz járványszerű kitörését s az évszázadokkal később jelentkező lokális endémiákat, amelyek rövidebb-hosszabb fennállás után eltűntek a mult homályában, hogy helyüket mindenütt idültté váló, lassan gyilkoló, lappangó szifilisznek adják át. A történelem távlatában megfigyelhettük azt a zűrzavart, ami a középkor századai alatt a nemi betegségek felismerésében és gyógyításában mutatkozott. És láthattuk végül azt a szédületes haladást, melyet az orvostudomány az utolsó félszázadban a nemibetegségek diagnosztikája és terápia terén felmutatott.

A történelmi visszapillantásnak és a multnak reflektorfénye mellett világosabban érzékelhetjük a jelen viszonyait és tisztábban ítélhetjük meg a »ma« körülményeit. Ezek pedig — amint látni fogjuk — arra mutatnak, hogy hiába ültek el a régi szifiliszjárványok és hogy csak féleredménnyel jártak a nemi betegségek kórtanára, felismerésére és gyógyítására vonatkozó korszakalkotó felfedezések, mert a nemi betegségek ősrégi átkát ma is súlyos keresztként hordozza az emberiség.

A nemi betegségek eredetének és elterjedésének ismertetése után most már át kell tehát térnünk a jelenkor szemléletére s azoknak a tapasztalásoknak a kidomborítására, melyeket az orvostudomány mai állása mellett helyesnek ismerünk el. Látnunk kell továbbá, hogy mennyit javultak a viszonyok a régihez képest. Mennyire csökkent az a veszedelem, mely országunk és elsősorban fővárosunk lakosságát a nemi betegségek részéről fenyegeti. Statisztikai módszerekkel ki kell mutatnunk, hogy melyek azok a számbeli értékek, melyek felvilágosítással szolgálnak népességünk jelenlegi veneriás fertőzöttségéről annak népesedésügyi kihatásáról és arról, hogy a nemi betegségek miatt mekkora halálozási veszteségekkel kell számot vetnünk. És a statisztikai oknyomozás exakt módszereivel gondosan fel kell kutatnunk a nemi bajok társadalomegészségügyi vonatkozásait, hogy a mult tévelygésein és az orvostörténelem tanulságain okulva, ezeknek a szempontjait előtérbe állíthassuk s rámutathassunk azokra a lehetőségekre, melyek alkalmasnak látszanak a veneriás betegségek elleni küzdelem eredményes végrehajtására.

II.

A nemi betegségek kórlényege mai ismereteink szerint.

Az orvostudomány a nemi betegségek csoportjába három betegséget soroz, a lágyfekélyt (ulcus molle), a kankót (gonorrhoea, blenorrhoea) és a szifiliszt (syphilis, lues).

Ezeket a betegségeket bizonyos rokon természetű sajátosságok jellemzik. Így mindhárman elsősorban a nemi részeken fordulnak elő és főleg nemi érintkezés útján terjednek. A tovaterjedés — miként később részletezzük — általánosságban közvetlen, mert ezek a betegségek emberről-emberre ragályoznak, bár bizonyos esetekben közvetítő tárgyak útján is átolthatók. Mindhárom betegség kórokozója kimutatható, kitenyészthető és átoltható, mikor is az újabb oltási infekció mindig a betegalanyéval tökéletesen megegyező kórfolyamatot produkál. — Az előző részben már tárgyaltuk, hogy e betegségek egyik-másika, sőt néha mindhárman is egyazon egyénnél egyszerre előfordulhatnak, ami az úgynevezett vegyes infekciók következménye. Az egyes nemi betegségek azonban egymás mellett, ugyanazon időben is egymástól teljesen függetlenül fejlődnek ki, bakteriológiailag tökéletesen elkülöníthetők és soha másik fajtájú nemi betegséggé át nem alakulhatnak.

Vannak betegségek, melyek gyakorta a nemi részeken vagy azok környékén mutatkoznak, sőt nemi érintkezések kapcsán tovább is terjednek, így a rüh (scabies), a genitális szőrözet tetvei (pediculus pubis), bizonyos bőrmegbetegedések (intertrigo parasitaria) stb. Vannak ezenkívül a bőrfelületnek speciális megbetegedései, melyek néha kizárólag a nemi részekre lokalizálódnak (herpes progenitalis, lichen ruber a penisen stb.), ellenben nemi érintkezés útján tovább nem vihetők. Mindezek tehát a nemi részeken fordulnak vagy fordulhatnak elő, de azért nemi betegségeknek egyáltalán nem tekinthetők s bár a betegeknek, mielőtt orvoshoz fordulnak, nagy nyugtalanságot okozhatnak, különösebb jelentőséggel sem az egyén, sem a társadalom szempontjából nem bírnak.

Az egyes fertőző betegségek fontosságát az egyén és a közösség szempontjából az szabja meg, hogy az illető megbetegedéseknek milyen mérvű

a népesség közötti elterjedése s azok az egyesek egészségét, munkaképességét, élettartamát és mindezek összegezése útján a népek, nemzetek vitalitását mennyiben befolyásolják. Az említett meggondolások szerint a tulajdonképpeni »nemi betegségek« igen súlyosan esnek latba, miért is a közegészségügy szempontjából különös figyelmet és gondos tanulmányozást igényelnek.

Mielőtt azonban rátérnénk e betegségek nagy horderejű társadalom-egészségügyi kihatásának a statisztika exakt módszereivel való vizsgálatára bevezetésképpen szükségesnek tartjuk a nemi bajok rövid kóroktani és klinikai ismeretetését s a betegségformák kórlényegének mai ismereteink szerint való megvilágítását.

Lágyfekély.

A lágyfekély (puha sankér) típusosan lokális nemi megbetegedés, mely speciális kórokozója útján az ember generációk hosszú során keresztül a ma élő nemzedék közé is eljutott. Ezt a megbetegedést olyan természetű bajnak ismerjük, mely soha sem generálizálódik, miért is a klinikai lefolyás, valamint a társadalomegészségügy szempontjából jóindulatú megbetegedésnek kell tekintenünk. Pathológiai kihatása az egyénre egészen felületes s a három nemi betegség közül nemcsak a legenyhébb, de a legritkábban is fordul elő.

A lágyfekélyt a Ducrey által 1889-ben felfedezett streptobacillusok okozzák. Ezek kicsiny, hosszukás, homogén és láncszerűen elrendeződő pálcikaszerű képletek, melyek Gram festési eljárásával könnyen színtelenednek (Gram negatív). Unna megállapítása szerint $1\frac{1}{4}$—2 mikron hosszúak és $\frac{1}{3}$ mikron szélességűek s a friss oltási pusztulából mindig könnyen kimutathatók. Lenglet-nek, Bezancon-nak és Griffon-nak sikerült vér-agaron a streptobacillusok tiszta tenyészetét előállítani. Az ekként készült bacilluskultúrából aztán Tomasczewski majomra, sőt az ennél előidézett lágyfekélyből más majmokra oltotta ugyanazon betegséget át. Ezzel az eljárással sikerült a streptobacillusok pathogen jellegét, valamint a lágyfekély kórokozójával való identikus voltát végérvényesen bebizonyítani.

Amint a fent leírt specifikus kontágium a külső nemi részek bőrfelületének bármely csekély sérülésén át az epidermisbe hatol, többnyire már néhány óra mulva az oltás helyén kis vérbőség okozta pirosság jelenik meg. Általában 24 óra, ritkábban 2—3 nap mulva a fertőzés helyén kis gennyes hólyag (pustula) mutatkozik, amely a 2.—5. napon széthasad. A felhalmozódott genny kiürül, a kis gennyzacskót borító elvékonyodott epidermis lelökődik és ekkor előttünk áll a tipikus lágyfekély, mely ebben az időben alig nagyobb egy köles vagy legfeljebb lencse nagyságánál. A fekély kerek, esetleg ovális, meredekszélű, mintha lyukasztóvassal volna kiégetve s igen fájdalmas. Szélei meredekek, itt-ott kissé cakkosak és helyenként alávájtak. Alapja rendesen süppedékes, egyenetlen, könnyen vérzékeny és sárgás-szürkés

lepedékkel van borítva. Gennyes váladékot bőségesen termel, mely rendkívül fertőző és nemcsak idegen egyénekre veszedelmes, hanem magára a megbetegedett individuumra is, amennyiben a szétfolyó kontágium a környéket minduntalan inficiálja s újabb és újabb fekélyek fellépését idézheti elő (autoinoculatio.)

A lágyfekély — bár jóindulatú — meglehetősen makacs és gyakran igen hosszadalmas lefolyású megbetegedés. Az egyes fekélyek nem igen érik el a tízfilléres nagyságot sem, de minduntalan előfordul, hogy alig kezd az egyik fekély gyógyulni, már is fölbukkan mellette a második-harmadik. Néha több apró sebecske egy nagyobbá olvad össze. A gyógyulás folyamata a leggondosabb kezelés mellett is igénybe vehet 3—4 hetet, viszont a hanyagul gondozott és magára hagyott esetek gyógyulása hónapokig tarthat. A javulás azzal veszi kezdetét, hogy a fekély széleinek pirja és duzzanata alábbhagy, a gennyedés csökken és átlátszóbb nedvezéssé alakul, amely már kevésbbé is infekciózus. A seb alapja feltisztul, a lepedék eltűnik és ehelyett élénk sarjadzás mutatkozik, ami persze néha túlsarjadzáshoz (ulcus elevatum) vezethet. Végül a nedvezés is megszűnik és befejeződik a hámosodás folyamata. A fekély végül mindig maradandó, többnyire a környezetnél valamivel világosabb színű puha heggel gyógyul.

A lágyfekélynek fent vázolt szokásos lefolyásától eltérőleg, ritka esetben súlyosabb kórlefolyások is előfordulnak. Különösen leromlott egyéneknél vagy notórius alkoholistáknál (Joseph) szokott fellépni nagyobb szövetelhalás (ulcus gangraenosum). Az ilyen esetekben a fekélyek zöldes-szürkés vagy sötétbarnás, alapjukhoz tapadó szívós lepedékkel vannak borítva. A szövetelhalás olyan mély lehet, hogy a külső nemi részeken csunya, torzító hegesedéseket és csonkításokat okozhat.

Másik komplikált forma a diftériaszerű fekély (ulcus diphtheriticum), melyet száraz, sárgaszínű tapadós lepedék jellemez. Váladékából a streptobacillusokat ritkán sikerül kimutatni, de a normális folyamatnál makacsabbul gyógyul.

A lágyfekélynek igen ritka és egyedül komoly prognózissal bíró elfajulása a kígyózó fekély (ulcus serpiginosum). Ezt a kórformát az jellemzi, hogy az egyes fekélyek egymás irányába kúsznak s egyik szélükön gyógyulva, a másik irányba karélyosan összefolyva haladnak tovább. A kúszó fekélyek néha hónapokon, sőt kivételes esetben éveken át dacolnak a kezeléssel, mikor is a nemi szervekről széles karéjokban a hasfalra és a combokra kúszhatnak.

Férfinél a lágyfekély a makkon ül vagy a fityma belső lemezén, esetleg a fityma áthajlási redőjében. Előfordul néha a húgycső nyílásában, sőt a húgycsőben is, mikor eleinte kankós gyulladás látszatát kelti. Olyan lágyfekélyeket, melyek a hímvessző külső bőrfelületén ülnek ritkábban látunk s bár ezek szokták a legnagyobb területi nagyságot elérni, könnyű kezelhetésük miatt

a leghamarabb gyógyulnak. A fityma belfelületén és a makkon ülő fekélyek azért különösen kellemetlenek, mert váladékuk a velük összefekvő bőrfelületen könnyen újabb fekélyeket inokulál. Magán a féken is gyakran történik fertőzés, amely rendesen a fék átrágódásához és kellemetlen vérzésekhez vezethet.

Nőknél a lágyfekélyt többnyire a kis- és nagyajak árkában, a kisajkakon vagy a csikló (clitoris) alatt látjuk. A Bartholini mirigyek kivezető nyílásán és a hüvelyben fekély ritkán fordul elő.

Nemi részeken kívüli területen (extragenitálisan) csak egészen kivételesen fordul fertőződés elő. Az irodalomban effajta unikumokat írtak le az ujjhegyen, a combokon, az ajkon, a szemhéjjon stb. Az ilyen ritka infekció a fertőzött testrésznek a lágyfekély gennyes váladékával való közvetlen és intenzív érintkezésével magyarázható.

A lágyfekély, mint említettük, lokális természetű, nem generálizálódó folyamat. Mégis van egy komplikációja, melynél a fekély a közvetlen környékén kellemetlen kórós elváltozást okozhat, ez a környéki nyirokcsomók speciális gyulladása: a dob (bubo). Miekleys vizsgálatai szerint a lágyfekélyekhez az összes eseteknek mintegy 35%-ában társul dob és pedig a baloldali mirigyekben gyakrabban, mint a jobboldaliakban. A nyirokcsomóknak a streptobacillusok általi megfertőzése mindig a legközelebbi körzeti (regionarius) mirigykötegben történik s mivel a lágyfekélyek lokalizációja ritka kivételtől eltekintve a nemi szerveken van, a dob fellépésének tipikus helye a szomszédos lágyékmirigy (bubo inquinalis).

A lágyfekélynek ez a kellemetlen komplikációja néha az első napokban, de nem ritkán már a fekély hámosodása idején kezdődik azzal, hogy a paciens a lágyékhajlatban csekély fájdalmat érez, a nyirokmirigyek táján feszülést jelez és járásnál, valamint fekvésnél óvakodik a lábát egészen kifeszíteni. Az érzékenység pár nap alatt erősen fokozódik, amihez esetenként hőemelkedés társul. Eközben az inficiált mirigy megduzzad, megkeményedik, majd a szomszédságában levő nyirokcsomókat is megfertőzi s ezáltal nagyobb, kiemelkedő, fájdalmas daganattá alakul. A nyirokmirigyet takaró bőrfelület, mely eddig normális képet mutatott, kezd hyperaemiássá válni s a bubós gyulladás a környékre is kiterjed. A láz ilyenkor már tetemes lehet, miután kezdetét veszi a mirigyállomány gennyes beolvadása (bubo suppurans). A folyamat előhaladása folytán a mirigy burka szétreped, a genny pedig a környező szövetek közé hatol. A bőr a duzzanat fölött lividre színeződik, egészen megvékonyodik s tapintáskor alatta a genny hullámzása (fluctuatio) érezhető. Ilyenkor indokolttá válik az elgennyedt mirigy sürgős és kiadós sebészi feltárása, különben a genny egy vagy több apró nyíláson tör át, ami hosszadalmassá teszi a gyógyulás folyamatát. A genny kiürülésével a láz és a fájdalom lényegesen csökken, de kedvező és szabályszerű gyógyulás csak akkor remélhető, ha a genny kivezető kapuja eléggé tág és a feltárt dob

kezelése szakszerű gondossággal történik. Még így is előfordul néha, hogy a dob sebe sankrózussá válik, ami újabb szövetelhalásokkal jár és hátráltatja a gennytasak kitisztulását, valamint a hámosodás bekövetkeztét. Mindezt egybevetve kétségtelen, hogy a lágyfekélyhez társuló dob — ha életveszélyt nem is jelent — elég kellemetlen és hosszadalmas megbetegedés s az egyént súlyos megpróbáltatásnak teszi ki. Megelőzése a lágyfekély szakszerű ellátása, ágynyugalom s a kezdődő bubo korai gyógykezelése útján történik.

Kankó.

A kankó (gonorrhoea, blenorrhoea, tripper, fehérfolyás) specifikus fertőző kontágium által előidézett elváltozás, mely kiindulási helyét illetőleg a külső nemi részek nyálkahártyájának tipikus megbetegedése. A három nemi betegség közül a leggyakoribb. Az esetek túlnyomó többségében a külső vagy belső nemi szervekre lokalizálódik s csak ritkábban kerül a vérpálya útján távolibb régiókba. Így tulajdonképpen a kankót is lokális megbetegedésnek tekinthetjük, mely általában véve nem generálizálódik. Bár maga a folyamat mélyrehatóbb a lágyfekélynél és szövődményei súlyos defektusokhoz vezethetnek, közvetlen életveszedelemmel igen ritkán jár s klinikailag jóindulatú megbetegedés képét nyujtja. Az egyénre, utódra és a társadalom-közösségre azonban — mint később látni fogjuk — sokkal mélyrehatóbb ártalom, miért is a szociális higiéne szempontjából a lágyfekélynél összehasonlíthatatlanul súlyosabban esik latba.

A kankót a Neisser által 1879-ben felfedezett gonococcusok okozzák. Ezek a mikroorganizmusok jellegzetes formájú, gömbölyű, 0·4—0·6 mikron átmérőjű képletek. Egyesével csak kivételként fordulnak elő, szabály szerint párosával mutatkoznak (diplococcusok) s a mikroszkop nagyítása alatt két-két szorosan egymás mellé élére állított és szembefordított kávébabszemre vagy zsemlyére emlékeztetnek. A friss kankó váladékában megfelelő festési eljárással a mikroszkop egyetlen látóterében is számtalan gonococcus-pár mutatható ki. Ezek rendesen fészkeket alkotnak, melyekben a mikroorganizmusok sűrűn egymás mellett a fehér vértesteken belül (intracellulárisan) helyezkednek el. Idült kankó váladékából már gyérebben mutathatók ki, fészkeket ritkán alkotnak s többnyire a fehér vértesteken kívül (extracellulárisan) jelennek meg.

A gonococcusok, ameddig virulensek és életképesek rendkívül ragályozóak. Az emberi szervezetben élősködve igen ellentállóak, ellenben onnan kikerülve még a tiszta vízben vagy a levegőn is rövidesen elpusztulnak.

A kankó specifikus kontágiumát a férfi és nő húgycsövéből, a Bartholini mirigyek váladékából, a méhszájból, fertőzött újszülöttek szemkötőhártya-tasakjából már Neisser kimutatta. A későbbi kísérletezések során aztán Bummnak (1887), majd Wertheimnak (1891) sikerült emberi vérsavóval

kevert agaron a gonococcusok tiszta kultúráját előállítani, azt oltással tovább tenyészteni és ennek termékével emberi húgycsőben ugyanazon kankós folyamatot előidézni. Ezzel a kísérlettel végérvényesen bebizonyosodott, hogy a kankó specifikus kórokozója a fentebb leírt gonococcus Neisseri.

A kankó első tünetei a fertőzés után 3—5 nappal jelentkeznek. Ritkán húzódik el a lappangási (inkubációs) idő egy hétig, még ritkábban két hétig (Schourp) vagy pláne három hétig (Dreyer). Utóbbi kivételes esetek magyarázatát abban kereshetjük, hogy a kontágium a fertőzés pillanatában nem a húgycsőbe, hanem a fitymatasakba, esetleg valamelyik húgycsőmelléki (paraurethralis) járatba kerül, ahonnan csak később juthat a húgycsőbe. Egyébként rendszerint pár nappal a fertőzés után már jelentkezik a húgycső elülső részében az enyhe viszketés, majd némi lokális forróságérzet és kis csípés a vizeléskor. Következő nap már a húgycső nyílása pirosnak és főleg a legelső kankó esetében kissé duzzadtnak látszik. Ugyanekkor nyomásra egy csöppnyi zavaros, savós, utóbb sűrű gennyes váladék jelenik meg, mely a vizeletben kis, átlátszatlan csomókat, felhőket okoz, a fehérneműn pedig tapadós, kemény, sárgás-piszkos foltokat hagy. A gennyedés és a vele járó tünetek a következő napokban még fokozódnak. Némelyik esetben — különösen az első ízben szerzett friss kankónál — a sárgás-zöldes gennyedés olyan mérveket ölthet, hogy a tisztántartás úgyszólván lehetetlenné válik, emiatt a hímvessző makkja és fitymája is gyulladásba jöhet, megduzzadhat s a vizelés már fájdalmassá lesz. Nem ritka komplikáció az sem, hogy a makk gyulladása s a bőven kiömlő genny macerálása folytán a hátrahúzódott fityma annyira megduzzad, hogy előre húzni sem lehet (phimosis). A vizelés idején kívül is fájdalmak lépnek föl, melyek a lágyék, here és gát tájékára kisugárzanak. A nyirokkötegek megduzzadhatnak s tekintélyes láz fellépésével kapcsolatban a lágyékmirigyek érzékenynyé válnak. Viszont máskor — különösen olyan egyéneknél, kik kankón már egyszer vagy többször átestek — a kezdeti jelenségek szelídebbek, a húgycsőnyílás és a makk gyulladásos duzzadása teljesen elmaradhat, vizelési fájdalom alig mutatkozik s a gennyedés lényegesen kevesebb.

Akár hevesebb, akár enyhébb tünetekkel kezdődik a kankó, a gonococcusok okozta specifikus nyálkahártya-gyulladás eleinte mindig csak a húgycső nyílásától a bulbózus részéig terjed. Ezt szoktuk a friss elülsőrész-kankó névvel jelölni (gonorrhoea acuta anterior superficialis), melynek legfontosabb bizonyító jele a vizelet második felének változatlan tiszta volta (Thompson-féle kétpohár-próba)! Az ilyen felületes elülső folyamat a legszerencsésebb esetben (a legelső, még savós váladék idején elkezdett) korai abortív kezeléssel esetleg már 12—15 nap alatt meggyógyítható. De rendszeres kezeléssel 4—6, ritkábban 8 hét alatt föltétlenül gyógyul! Az első két hétben még fokozódnak a tünetek, majd a harmadik hét vége felé a fájdalmak csökkenni kezdenek, a folyás higabbá, fehéresebbé és mind kevesebbé válik.

Utóbb már csak reggelenként lehet a húgycsőből 1—1 csöppet kisajtolni és ha célszerűtlen viselkedés, alkoholfogyasztás vagy nemi excessus miatt nincs visszaesés, bekövetkezik a teljes gyógyulás.

A kankónak azonban az elülső húgycsőrészre való lokalizálódása és általában fentvázolt kedvező lefolyása sajnos csak az esetek kisebb részében észlelhető. A kankós folyamatok többségében a kórokozók — már az első két hét alatt (Lanz) vagy a harmadik hét folyamán — a záróizmon keresztül a húgycső hátulsó részébe hatolnak s előidézik az úgynevezett hátsó kankót (gonorrhoea acuta posterior superficialis).

A kankónak a hátsó részre való terjedése természetesen rendkívüli módon rontja a betegség gyors gyógyulásának esélyeit és a legkellemetlenebb szövődményeknek, heregyulladásnak, hólyaggyulladásnak, dülmirigygyulladásnak és ondóhólyaggyulladásnak kifejlődését teszi lehetővé. Néha leggondosabb kezelés és a beteg óvatos magatartása mellett is bekövetkezhetik a baj hátraterjedése. Az esetek többségében azonban kimutathatólag a paciens könnyelműsége vagy legalább is célszerűtlen viselkedése az oka. Megerőltető mozgások, nagyobb gyalogséták vagy pláne táncolás, lovaglás és egyéb sportolás nagymértékben segítik elő a folyamat hátraterjedését. Még veszedelmesebb a nagymérvű alkoholfogyasztás s a nemi excessus. A kankós folyamat Jadassohn vizsgálatai szerint az eseteknek mintegy 87%-ban átterjed a hátsórészre. Megelőzése a korai szakszerű kezeltetés s a beteg szolid és célszerű viselkedése útján remélhető.

A friss hátsórész-kankó tünetei azzal kezdődnek, hogy a paciensnél — aki rendesen szubjektive már jobban van — hirtelen erős vizelési inger lép fel. A vizelési inger hovatovább mind gyakrabban, esetleg félóránként is jelentkezik és a vizelet kiürítése jelentékeny fájdalommal jár. A húgycső egész hosszában kellemetlen égő-viszkető érzés mutatkozhat, mely kisugárzik a gát- és keresztcsont tájékára s a beteg közérzetét nagyon megrontja. A váladék még bőségesebb lesz s a vizelés vége felé véres cseppek jelenhetnek meg (haematuria.)

Természetesen itt is, miként az elülsőrész-kankónál, a tünetek enyhébbek vagy súlyosabbak lehetnek s a sémától gyakorta eltérnek. Előfordul, hogy a fent leírt vizelési inger, fájdalom stb. csak igen kismértékben és rövid időre jelentkezik, sőt annyira subacutan folyhat le, hogy a beteg maga nem is észleli. Az orvos a folyamat hátraterjedését esetleg csupán gyakori magömlésekből (a caput gallinaginis kankó okozta izgalma), főleg pedig a vizelet-vizsgálatból állapítja meg.

A Thompson-féle kétpohárral végzett próba ugyanis — mint fentebb említettük — az elülső kankónál csak az első pohárba ürített vizelet zavarodását mutatja, a második rész viszont egészen tiszta. Ez a jelenség felületes elülső kankónál érthető is, hiszen az első néhány csepp vizelet a húgycső elülső részében felhalmozódott, hurutos váladékot és kankós gennyet kimossa

s az első pohárba üríti. A második pohárba utóbb kifolyó vizeletrész tehát — semmi sem lévén, ami megzavarosítsa — egészen átlátszó és kristálytiszta. Másként áll a helyzet a hátsórész-kankónál! Itt ugyanis a hátsórész nyálkahártyájának váladéka nem tud az első vizeletrésszel kiürülni, mert megakadályozza abban a záróizom funkciója. Különösen vonatkozik ez a reggeli legelső vizelésre. Éjjel a hátsórészben felhalmozódott genny — Joseph magyarázata szerint — a kompresszor működése miatt nem tud az elülső részbe ürülni, sőt gyakori eset, hogy az a húgycső dülmirigy-részéből (pars prostatica urethrae) az éjjeli vizeletszaporulat folytán kitágult hólyagba regurgitál. A hólyagba hátrafolyt genny súlyánál fogva a hólyag fenekére ülepszik és erre rétegződik a később felhalmozódó vizelet. Ilyenkor aztán a kétpohárpróba következő eredményt adja. Az első pohárba ömlik a húgycső elülső részében felhalmozódott váladék s így ennek megfelelően az zavarossá válik. De ugyancsak zavaros lesz a második vizeletrész is, mert ennél kiürülésre kerül a hólyag fenekén leülepedett, regurgitált genny is. Az utóbbi körülmény magyarázza azt a jelenséget, hogy az ilyen hátsórész megbetegedésnél gyakran a reggeli vizelet utolsó csöppjei a legzavarosabbak. A vázolt objektív tünetek kórjelzik a húgycső hátulsórészének inficiálódását, amikhez még csak annyit kell hozzáfűznünk, hogy a nappali gyakori vizelés kapcsán, mikor a hólyagnak csak kisebb fokú megtelődése következik be s a genny hátrafolyása is kisebb mérvű, a második vizeletrész zavarodása általában sokkal kevésbbé kifejezett.

Ami a friss hátsórész-kankónak a kimenetelét illeti, megint csak azt kell mondanunk, hogy ritkább a kedvező fordulat, a kigyógyulás, mint a bajnak további rosszabbodása. Az esetek jelentékeny hányadában ugyanis a folyamat megrögződik s már is előttünk áll a kankó idült kórképe (gonorrhoea chronica profunda). A krónikus kankónak — mely rendesen a 3. hónap körül szokott kifejlődni — az adja meg a fontosságát, hogy a heveny időszak lecsendesedése után a tünetek lényeges csökkenése dacára a kórokozók a nyálkahártyán tovább tenyésznek s a kankós-gyulladásos folyamat a submucosára is ráterjed.

A krónikus kankó a messze kiható szociálhigiénés jelentőségén kívül — amire később fogunk rátérni — az egyén szempontjából is komoly következményekkel jár. Míg ugyanis a friss kankó kigyógyítása mindig könnyebben, rövidebb idő alatt és biztosabban történik, addig a krónikus kankó tökéletes meggyógyítása nehezebben megy és föltétlenül hosszabb időt igényel. A hosszadalmas kezelések, a nem egyszer igen kellemetlen orvosi beavatkozások (pl. szondászás, dülmirigy-masszirozás stb.) sokszor felőrlik a betegek türelmét s azt eredményezik, hogy — bár a legmakacsabb krónikus kankó is kigyógyítható — a betegek jelentékeny része gyógyulatlan marad.

A krónikus kankó kifejlődését az esetek legnagyobb hányadában maguk a betegek tudatlanságukkal és könnyelműségükkel idézik elő. Mikor

ugyanis a heveny folyamat megenyhül, napközi váladék már csak minimális vagy semmi sem jelentkezik s szubjektíve egészséges és normális a közérzet, a betegek tekintélyes része elmarad az orvosi kezelés alól s így önként segíti elő bajának súlyosbodását. Az így magára hagyott kankós folyamat (amelynél elszórva gonococcus mindig található) látszólag tovább javul, úgyhogy napközben többnyire semmi váladékot sem produkál. Ilyenkor legfeljebb reggel mutatkozik a húgycsőnyílásnak kisebb összeragadása vagy esetleg egy-egy csepp gennyes váladék. A javulás persze csak látszólagos, a baj tovább lappang s az első nagyobb mértékű szeszfogyasztás, megerőltetés, testmozgás és főleg nemi érintkezés után újból és újból kiújuló váladéktermeléssel recidivál.

Az említett esetek egyik részénél rendszeres a reggeli gennycsepp, másik részénél azonban ez csak alig észrevehető és csupán koronként mutatkozik. De vannak indolens betegek, kiknél igen gyakori a nappali váladék is s mégis elmellőzik a bajuk kezeltetését.

A krónikus kankó váladéka nemcsak mennyiségben, hanem minőségben is elüt a friss kankóétól. Míg ugyanis utóbbi hígabb, gennyesebb jellegű, az első friss kankó kezdetén szabály szerint zöldes-sárgás színű, addig a krónikus kankó váladéka inkább nyákos vagy fehéres színű gennyes-nyákos. A vizeletben a tipikus és közismert kankós foszlányok úsznak. Finger megfigyelése szerint azok a krónikus esetek, ahol diffuz zavaros vizeletet látunk, nem nagyon régi eredetűek, mert ezt a friss stádiumból áthajló hurutos váladék és nyálkahártyahámlás idézi elő. Az olyan esetek viszont régi keletűek, ahol kristálytiszta vizeletben látjuk uszkálni a kankós foszlányokat, melyekből arra következtethetünk, hogy a diffuz nyálkahártya-folyamat régebben lezajlott s a krónikus folyamat már csak körülírt apró területekre lokalizálódik.

Ha ezek a foszlányok mindig csak az első vizeletrészben találhatók, az esetben az elülső rész kedvezőbbnek mondható idült kankója (gonorrhoea chronica anterior profunda) forog fenn. Többnyire azonban a hátsó húgycső is részt vesz a megbetegedésben (gonorrhoea chronica posterior profunda, gonorrhoea chronica totalis), mikor is a második vizeletrészben is mutatkoznak a kankós foszlányok. Kezdetben a paciens alig vesz észre az idült hátsórész-kankójából valamit, legfeljebb itt-ott jelentkezik némi kellemetlen viszkető érzés, mely a gát felé sugárzik hátra. Néha a reggeli vizelés kissé kellemetlen kísérő érzéssel jár, ami azonban eleinte el is maradhat s a beteg előtt mindössze a reggeli beragadás tűnik fel. Később azonban, mikor a húgycső hátsó részein (pars membranacea et prostatica) a folyamat a szövetek közé mélyebben berágódik, a tünetek jelentékenyen erősödhetnek. A vizelet második részében — főleg reggel — pontszerű és felkiáltójel alakú foszlányok jelennek meg. A továbbiakban a vizelés erősebb szubjektív kellemetlenségeket is okozhat. Nem a friss hátsórész-kankónál vagy a hólyaggyulladásnál

szokásos gyakori vizelési inger formájában jelentkezik ez, hanem abban, hogy a beteg vizelési ingere — ha normális időközben mutatkozik is — nagyon hirtelen és olyan erővel jelentkezik, hogy a beteg alig tudja vizeletét visszatartani. Ezt a néha alig félig telt hólyagnál is megnyilvánuló hirtelen ingert a caput gallinaginis izgalma okozza. A viszketés, esetleg itt-ott fellépő fájdalom, mely a végbél felé sugárzik tovább fokozódhatik. Emellett újabb tünetek is jelentkezhetnek, mint a gyakori éjszakai magömlések, melyek a beteget rendkívül elgyöngítik. Az esetek egy részében a dülmirigy váladékának spontán folyása is bekövetkezik (prostatorrhoea), amit a betegek magfolyásnak tartanak és ettől érthető módon igen megrettennek. Tényleges magfolyás (spermatorrhoea) szintén előállhat, mikor is — főleg kemény székelés idején — a dülmirigy váladékával együtt ondó is ürül. A krónikus kankónak további ijesztő következménye lehet a koronként fellépő impotencia (impotentia coeundi) is, mely azonban csak átmeneti jellegű szokott lenni. Még súlyosabb következménye lehet az ú. n. húgycsőszűkület (strictura). Ez a krónikus kankó fennállása után legkevesebb 1—2 év mulva, de inkább jóval később fejlődik ki s némelyik nagyobbfokú szűkület előzményében 10—20 évvel ezelőtt szerzett és ki nem gyógyított kankó szerepel. A szűkület lényege abban rejlik, hogy a húgycső bizonyos erre praedisponált részein (az esetek túlnyomó többségében a pars bulbosának a pars membranaceába való átmeneténél) az évekig tartó gyulladásos folyamat a húgycső bizonyos helyeinek kallózus átalakulását okozza. Az így fellépő hegesedés a normálisan tágulékony hugycső rugalmasságát megszünteti és annak mind nagyobb- és nagyobbfokú merev szűkületéhez vezet. A szűkület a vizelet kiürítését természetesen megnehezíti, ami hovatovább vékonyabb sugárban történik és orvosi beavatkozás híján a késői öregkorban a vizelet kiürítésének kínos nehézségeit okozhatja.

Áttérve azokra a főbb komplikációkra, melyeket a kankó férfiaknál okozhat, először is a hólyag kankós gyulladását említjük meg. E megbetegedés (urethrocystitis) a heveny hátsórész-kankónak per continuitatem való tovább terjedése kapcsán szokott fellépni. A húgyhólyagnak a háromszögbe szűkülő területére (trigonum Lieuteaudii) hatolnak először a kórokozók, ahová a húgycső hátsó vége torkollik. Innen aztán fokozatosan az egész hólyagra átterjedhet a folyamat. A tünetek sokban hasonlítanak a heveny hátsórész-kankóéhoz, gyakori, néha akár ötpercenkénti vizelés, vizelési fájdalom, a vizelés görcsös befejeződése, amihez esetleg véres vizelés (terminális hämaturia) is társul. Súlyosabb esetekben némi láz is jelentkezik.

A vizeletvizsgálat azonban a heveny hátsórész-kankó leletétől eltérő eredményt ad. Előbbinél ugyanis — mint említettük — a második vizeletrész zavarodása inkább csak reggel mutatkozik, viszont a hólyaggyulladásnál az napközben is mindig diffuze zavaros, sőt az első résznél lényegesen zavarosabb is lehet.

A kankós hólyaggyulladás igen kellemetlen komplikáció, a gyógyulás idejét tetemesen visszaveti, de maradandóbb következményekkel nem jár. A kankónak a hólyag útján a vesékbe való felterjedése a ritkaságok közé tartozik. Már súlyosabb komplikáció, ha a dülmirigy (prostata) kankós gyulladása következik be. A prostata megbetegedése bekövetkezhetik mindjárt a friss kankó idején, gyakorta a betegek célszerűtlen és könnyelmű viselkedése következtében. Ilyenkor többnyire heves, friss tünetek jelentkeznek (prostatitis acuta), melyek a beteget alaposan megviselik. Az idült kankóhoz csatlakozó krónikus prostatagyulladás (prostatitis chronica) kevésbbé vehemens formában nyilvánul, de annál makacsabb.

A heveny prostatagyulladás többnyire a kankós fertőzésnek a hátsó húgycső-részbe való terjedésével egyidőben lép fel. A gyakori vizelési kényszer mellett jellegzetes feszítő és húzódó érzés mutatkozik a gát és végbél tájékán. A folyamat rendesen lázzal jár, mely magas fokot érhet el. A vizelési inger, valamint a végbéltáji fájdalom rövidesen fokozódik, a vizelet mindkét része erősen zavarossá válik s az utolsó csöppeknél vér ürül, ami a beteget érthetően rémületbe ejti. De nem csak a vizelés, hanem a székelés is kínossá válik.

Megfelelő kezelés mellett a folyamat ebben a stádiumban megállhat és lassan javulásnak indulhat. Súlyosabb esetekben azonban tovább fokozódnak a tünetek, a beteg úgy érzi, mintha izzó vas volna a gát mögötti tájékán (Frank) s a legkisebb mozgás is élénk fájdalommal jár. A vizelés, mely igen nehezen indul, olyan kínos lehet, hogy a paciens csak előre görnyedve tud néhány cseppet kiüríteni. Előfordul, hogy a vizelet teljesen elakad (retentio urinae), mikor is orvosi beavatkozással kell végső szükség esetén, puha kathéterrel csapolást végezni. Legsúlyosabb esetben a prostata mirigyállományában gennyes beolvadás lép fel s a beteg hőmérséklete esetleges hidegrázások után 39—40°-ig ugrik. Ha a genny áttörése a húgycső vagy a végbél felé önként be nem következik, akkor sürgős orvosi segélynyujtás s a tályognak rendszerint per rectum történő feltárása indokolt.

A krónikus prostatagyulladás néha a heveny prostatagyulladás maradványaként, az esetek többségében azonban a krónikus kankós folyamatnak per continuitatem való tovaterjedéseként lép fel. A kankós gyulladás ugyanis a prostata kivezető csöveire, majd a mirigyállományára terjed (prostatitis parenchymatosa) s ott krónikus beszüremkedést okoz. Szubjektíve e megbetegedés néha alig is jár feltűnőbb tünettel, máskor Notthafft szerint isiász-, aranyér-, ondóvezeték-fájdalom érzetét kelti a betegnél. Emellett gyakorta a már leírt prostatorrhoea is jelentkezik. Igazán kórjelző azonban az objektív (digitális) vizsgálat lelete, mely szerint a prostata mindig megnagyobbodott, kemény, érzékeny és helyenként dudoros. A kimasszirozott prostataváladékban gennysejtek és néha gonococcusok mutathatók ki.

Krónikus prostatagyulladás az idősült esetek nagy részéhez társul. Lefolyása hosszadalmas. Különös fontosságot kölcsönöz neki, hogy a krónikus kankó gyakori recidivájának ez a fő fészke, honnan a folyamat minduntalan fellángolhat.

Legjelentősebb kankós szövődmény azonban a férfiaknál a mellékheregyulladás (epididymitis). Ez a komplikáció a régebbi kutatók megfigyelései szerint megdöbbentően magas percentben fordult elő. Így Simonis (1888.) az összes esetek 27·5%-ánál, Tanaka (1906.) 18·2%-ánál észlelte. Az újabb tapasztalatok — nyilván a gyógyító eljárások fejlődése s a betegeknek a felvilágosodással járó célszerűbb viselkedése folytán — jobb arányszámokról tanuskodnak. Így Blaschko (1917) 10—12%-ban, Haustein 10%-ban, mi is a budapesti bőrklinikán 8—10 %-ban találtuk (1923.). A kankós folyamat a mellékherére többnyire a harmadik hét vége felé terjed át, abban a kritikus időpontban, amely általában a fertőzés hátraterjedésének kedvenc időpontja. Természetes azonban, hogy ez a heveny időszak alatt korábban vagy később is bekövetkezhetik. Krónikus kankóval kapcsolatban csak kivételként lép fel s akkor is inkább a betegség kiújulása és hevennyé válása idején. A kankós mellékheregyulladást a gonococcusoknak a mellékhere állományába, helyesebben annak apró kanálisaiba való behatolása okozza.

A tünetek néha prodromális jelenségekkel, némi vizelésingerrel, a gáton végighúzódó viszketéssel, érzékenységgel, esetleg fájdalmas éjjeli magömléssel kezdődnek. Az esetek többségében azonban egész hevenyen jelentkezik. A paciens hirtelen éles fájdalmat jelez a herezacskójában, amely a herezsinór vezetéken át a lágyéktájra sugárzik. A fájdalom rövidesen annyira fokozódik, hogy a beteget munkája abbahagyására és mozdulatlanságra kényszeríti. Néha hidegrázás vezeti be a baj rosszabbodását, de minden esetben jelentékeny láz kíséri a betegség lefolyását. A mellékhere közben rohamosan duzzad és diónyi vagy még nagyobb nagyságot ér el. Ezzel kapcsolatban a hereburok (tunica vaginalis propria) szerózus gyulladása s a herezacskó bőrének ödémás duzzadása következik be, úgyhogy a megbetegedett here gyermek-, sőt férfiökölnyi mekkoraságot is elérhet.

Az esetek egyrészében az ondózsinor megbetegedése (funiculitis gonorrhoica) vezeti be a folyamatot. Máskor később társul ez a mellékheregyulladáshoz vagy pedig egymagában jelentkezik. Ilyenkor az ondózsinor kisujjnyi vastagságra duzzad és még növeli a betegnek amúgy is jelentékeny fájdalmait. Az első napokban a herezacskó bőre a nagy feszüléstől egészen síma és fényes lesz s a legkisebb érintésre is érzékennyé válik. Az ötödik—hetedik napon éri el a megbetegedés súlyosságának maximumát, mikor a paciens rendszerint igen megviselt és elesett benyomást kelt. Ekkor szerencsés esetben a betegség sorsa megfordul, a gyulladás a következő hét végére lecsökkenik s a herezacskó visszanyeri a régi képét. A mellékhere azonban csak még további hetek, sőt néha hónapok alatt nyeri vissza normális nagyságát.

Közben recidivák persze előfordulhatnak. A mellékheregyulladásnak a másik herére való esetleges átterjedése rendesen az első hét alatt következik be. Megemlítendő végül, hogy a kankós váladék bő folyása a mellékheregyulladás kezdetén megszűnik, annak gyógyulása után azonban újra megjelenik. A kankós heregyulladás mélyreható társadalomegészségügyi szerepére itt nem térünk ki, mivel azt a következő fejezetekben kimerítően fogjuk tárgyalni.

Áttérve a nők kankós megbetegedésére, azt találjuk, hogy a kórokozók lényegében itt is ugyanazon jelenségeket produkálják. Friss infekciónál a gonococcusok behatolása elsősorban a húgycsőben és igen gyakran a szeméremrésben fekvő Bartholini-mirigy kivezető csövében okoz gyulladásos, gennyes elváltozást. Utóbbi a gyakori recidiváknak is főfészke szokott lenni. A húgycsőkankó kellemetlen égető érzéssel s a vizelés idején élénk csípő fájdalommal kezdődik. Friss állapotban a többnyire megduzzadt, gyulladásosan vörös urethranyílásból mindig sajtolható ki zöldes-kankós genny, amiben a gonococcusok bőségesen kimutathatók. A női húgycső kankóját azonban kedvező anatómiai helyzeténél és rövidségénél fogva könnyebb a férfi húgycső kankójánál kezelni s így — ha a beteg tudatlansága és indolenciája nem gátolná, — itt sokkal könnyebb volna az esetek krónikussá válását megakadályozni.

Kevés jelentőséggel bír a szeméremrés (vulvitis gonorrhoica) és a hüvely (vaginitis gonorrhoica) kankós gyulladása is. E részek megbetegedése a kis- és nagyajkak gyulladásos vörösségével, a clitoris égető, csípő megduzzadásával s bőséges sárgás-zöldes gennytermelésével jelentkezik, néha pedig kisebb-nagyobb területek felsebesedésével (erosio) szövődik. Hasonló jelenségekkel jár a lánygyermekeknél előforduló vulvovaginitis is.

Az esetleges hólyaggyulladás, mely koronként a leírt elváltozásokhoz társul, a férfiakéval teljesen azonos tüneteket mutat fel. A hólyaggyulladás — bár igen kellemetlen lehet — egymagában itt sem aggasztó komplikáció. A baj csak akkor kezd igazán komoly formát ölteni, mikor a kórokozók a hüvelyen keresztül a méhig hatolnak. Sajnos ennek megtörténte nagyon gyakori. Klein szerint a húgycső kisebb-nagyobb infekciója az esetek 100%-ában, a méhé 14—50%-ban fordul elő. Steinschneider kankós nőbetegeinek 47%-ában találta a méhnyakat (cervix uteri) fertőzöttnek. Wertheimer pláne a kankó kedvenc helyének nevezi a méhnyakat, mely szerinte sokszor direkte inficiálódik, anélkül, hogy azt a külső részek megbetegedése megelőzné.

A méhnyak megbetegedése a betegre különösebb kellemetlenséggel alig jár. Ha a külső nemi részek kankós elváltozása nem okoz nagyobb gyulladást, a beteg az egész folyamatot legfeljebb egy kevés hüvelyváladék megjelenéséből veszi észre. Pedig a méhnyak folyamata határozza meg a betegség további sorsát, ami magára hagyva feltétlenül a méhtestbe, kürtökbe, esetleg a petefészekbe terjed s az egyént hosszú időkre nehezen gyógyítható krónikus beteggé teszi. Ezért a következmények megelőzése szempont-

jából a legfontosabb követelmény a friss kankónak mindjárt a húgycsőben, a vulvában vagy legkésőbb a méhnyakban való korai felismerése és szakszerű gyógykezelése.

A méhnyak friss kankója kifejezett objektív tüneteket mutat. A méhtükörrel való beállításban az egész porció gyulladásosan duzzadtnak látszik. A nyálkahártya bővérű és erősen fénylik. A méhszáj nyílása is duzzadt s a nyakcsatorna élénkvörös nyálkahártyája ajakszerűen előrefordul, váladékkal bevont. A méhszájból nyomásra sárgás-zöldes genny ürül, amely bőségesen tartalmaz gonococcusokat.

Sajnos semmi anatómiai berendezés nem gátolja a kontágiumot abban, hogy tovább hatoljon a belső női nemi szervekbe, sőt a méhizomzat antiperistaltikája azt inkább még elősegíti. Az esetek többsége emiatt a tipikusan ascendáló fertőzés képét mutatja. Az infekció továbbkúszása bármikor bekövetkezhetik, de leggyakrabban a menstruáció idején történik, amikor is a vérbő, felpuhult nyálkahártya igen alkalmas táptalajt nyujt a gonococcusok tenyészésének.

A méhüregből a genny az antiperistaltica segítségével a beletorkoló kürtőkbe (tuba) kerül s ezekből igen gyakran a petefészkekbe (ovarium) jut. A méhkürtökben, ezekben a finom, szűk és kanyargós csövecskékben igen heves friss gyulladások lépnek fel, melyek erős fájdalmakat és lázas mozgalmakat okoznak. A betegség krónikussá válása után pedig exsudátumok halmozódnak fel (adnexitis, perimetritis és parametritis), melyek ökölnyi, sőt még nagyobb hasüri daganatokká fejlődhetnek. Ha a kankós genny a kürt hasi nyitott végén a hasüregbe ürül, — ami szerencsére nem gyakori eset — életveszélyes hashártyagyulladás fejlődhet ki. Végül a petefészkek állományára is átterjedhet a kontágium s előidézi azoknak egy vagy kétoldali gyulladását (oophoritis). Ezzel együtt előttünk áll a belső női nemi szerveknek kankós elváltozása, mely idült elhúzódásával, gyakori recidivájával, koronként fellépő lázas jelenségeivel, az örökös »ölfájás«-sal és leromlással tipikus képét mutatja a közismert és olyan nehezen gyógyuló »női bajok«-nak.

A kankó klinikai pathologiájának leírásához tartoznak még azok a mindkét nemre egyaránt vonatkozó megbetegedési formák, melyeket a gonococcusok nem a nemi szerveken, hanem más testrészekben idéznek elő. Ezeket kórlényegük szerint két csoportba sorozhatjuk és pedig *a)* exogen eredetűekre, melyek külső fertőzések következményei és *b)* endogen származásúakra, melyek vérkeringés útján továbbított kórokozók és kankós toxinok eredményei.

Exogen természetű fertőzések a szemnek és a végbélnek kankós megbetegedései. A szemkankó (ophtalmoblenorrhoea) a régi időkben az újszülötteknél rendkívül gyakori megbetegedés volt. Fellépésének magyarázata egyszerűen az, hogy az újszülött szeme a szülőutakban az anya kankós váladéka által megfertőződik.

Amikor az orvostudomány a kankó ragályozásának körülményeivel és a gyógyítás miként jével még nem volt tisztában, az újszülöttek jelentékeny százaléka fertőződött ilymódon s a heves gyulladással járó, erősen gennyedő kankós szemhurut nagyszámban okozott vakságot. Ma az újszülöttek szemkankója az 1%-os argentum aceticummal történő profilaktikus becsöppentések áldásos következményeként lényegesen lecsökkent. Felnőtteknél a szem fertőzése a nemi szervek kankós váladékának átvitele (autoinoculatio) útján történik s igen heves tünetek között, magas lázzal és rendkívül bőséges gennyedés mellett zajlik le. A megvakulás veszedelme itt is komolyan fenyeget s a megbetegedett szem csak igen korai és nagyon gondos szakszerű ápolással menthető meg.

A végbél nyálkahártyája is alkalmas az exogen fertőződésre s a gonococcusok letelepedésére. Nőknél az autoinoculatio ezen fajtája az anatómiai elrendeződés miatt lényegesen gyakoribb, mivel kellő tisztántartás híján a hüvelyből kifolyó kankós váladék könnyen a végbél nyílásához folyhat, s azt inficiálhatja.

A folyamat élénk viszketéssel, égéssel, néha fájdalommal kezdődik és rövidesen gyakori székelési ingerekhez vezet, ami ugyancsak éles fájdalommal jár. A végbélnyílás környéke vérbő, vörös, ekzémás jellegű. A nyílásban a kissé kifordult és erősen belövelt végbélnyálkahártya látható. Belőle sűrű, sárgás, esetleg sárgás-zöldes vagy nyákos váladék ürül, amelyben gonococcusok bőségesen mutathatók ki. Kellemetlen szövődményei a vérzések és a fistulák. Gyógyulása hosszadalmas és a legsúlyosabb esetek végbélszükülettel végződhetnek.

Az endogen-eredetű kankós megbetegedések közül, melyek szerencsére nem gyakoriak, legfontosabbak a kankós izületi gyulladások (arthritis gonorrhoica) és a kankós eredetű szívbelhártyalobok (endocarditis gonorrhoica).

Az izületi gyulladások ilyen természetű aetiológiája hosszú ideig homályban és bizonytalanságban maradt. Az első nyomós érvvel bíró esetek azok voltak, melyek nem a külső és belső nemi szervek kankós gyulladásával, hanem például a szem kankós fertőzésével kapcsolatban léptek fel s ilyképpen világítottak rá arra, hogy itt tulajdonképpen a gonococcusok tipikus metastasisairól van szó. A megbetegedett izületek exsudatumából már Petrone és Kammerer kimutattak gonococcusokat, de ezen vizsgálatok még nem bírtak a teljes bizonyosság erejével. Deutschmannak azonban már kétségtelenül sikerült a specifikus kórokozókat kimutatni. Végül Neisser, Höck és Finger a kankós izületek exsudatumából a gonococcusok tiszta kultúráját is kitenyésztették s ezzel végérvényesen bebizonyították annak közvetlen aetiológiai vonatkozását. Igen figyelemre méltó végül Eichhorstnak és Ungernek a közlése is, kiknek ilyen betegeknél sikerült a gonococcusokat a vérből is kitenyészteni.

A betegség rendesen azzal kezdődik, hogy valamelyik izület — többnyire minden láz nélkül — hirtelen megduzzad. Fájdalom kezdetben nem jelentkezik vagy legalább is nem magas fokú, az izületet takaró bőr nem szokott kipirosodni és hiányzik annak meleg érzete. Az izület rövid idő alatt lényegesen megduzzad, tetemes exsudatum lép fel (hydarthros. gon.), amely fölött fluctuatio tapintható. A baj rendesen nagyon elhúzódó, legjobb esetben 4 hét alatt, de többnyire 2, sőt 3 hónap alatt gyógyul. Kivételesen azonban olyan súlyos esetek is ismeretesek, melyek minden kezeléssel dacolnak, többször recidiválnak és gyógyulásuk évekig kihúzódhatik. A prognosis azonban általában kedvező és a baj merev izülethez (ankylosis) igen ritkán vezet.

Az izületek kankós lobosodása nem olyan szórványos komplikáció, mint azt általában hiszik. Besnier szerint minden 50, Grisolle szerint minden 35 kankós esetre esik egy. Lehet monoarticularis, mikor egyetlen izületet támad meg és polyarticularis, amely esetben egyszerre vagy egymás után több izület betegszik meg. Az összes kankós arthritisek 70—80%-a a térdizületre esik. Nolens statisztikája szerint a megbetegedés gyakorisági sorrendje izületek szerint a következő: térd, boka, váll, csukló, csípő, könyök, kézujj és lábujj.

A kankós komplikációknak legkomolyabb, szerencsére azonban legritkább alakja a kankós szívbelhártyalob. Keletkezése a vérkeringés útján tovajutott mikrobák által okozott metastasis következménye. A gonococcus-metastasisok keletkezése még a mult században ismeretlen volt s még nem régiben is élénk vita tárgyát képezte. Végül is Wertheim vizsgálatai, aki a kankósan gyulladt hólyag submucosos szövetében valóságos kankós thrombophlebitist mutatott ki, a gonococcusoknak a véráramba jutását s a metastasisok keletkezési módját eléggé megvilágították.

Kiterjedt prostata-tályoggal, kankós hólyaggyulladással kapcsolatos vesegennyedés (pyelonephritis) ritka eseteiben ezelőtt is észlelték néha katasztrófális gennyvérűség (pyämia) vagy általános vérmérgezés (sepsis) kifejlődését, de ennek specifikus voltára nem gondoltak. Később azonban Ahmannak sikerült ilyen esetekben a vérből gonococcusokat kimutatni, ami kétségtelenné tette, hogy a kankó itt általános fertőzéssé fajult.

A vérkeringés útján tovasodort gonococcusok s az azok által létesített metastasisok okozzák a kankós szívbelhártyalobot is. Itt is sokáig az volt a nézet, hogy a szívbelhártyalobot a vérbe kerülő genny váltja ki s a kérdés csak akkor lett világossá, mikor Leidennek, Michaelisnak és más kutatóknak sikerült az endocarditises felrakodásokból a gonococcusokat kimutatni.

Joseph, valamint a fenti szerzők tapasztalata alapján úgy látszik, hogy a kankós szívbelhártyalob endocarditis verrucosa formájában jelentkezik, amely vagy krónikusan zajlik le és fokozatos gyógyuláshoz vezet vagy pedig rosszindulatú ulcerosus alakot ölt és pyämiás tünetek között

halálhoz vezet. Leyden szerint az ilyen endocarditis ulcerosa a nem kankós eredetűtől klinikai tüneteit illetőleg semmiben sem különbözik és diagnózisát legfeljebb a fennforgó kankós szövődmények s a vérből esetleg kimutatható gonococcusok teszik valószínűvé. Biztos megállapítása azonban csupán boncolás útján lehetséges.

Szifilisz.

A szifilisz (lues, helytelenül bujakór vagy vérbaj) specifikus kórokozók által előidézett idült fertőző megbetegedés, melynek komoly veszedelmet jelentő kontágiuma az ember szervezetében kitünő táptalajra talál s ha odajutva elszaporodik, súlyos destrukciókhoz vezethet. Eddig még nem sikerült az embertömegektől és az emberi organizmustól a szifilisz kórokozóit távoltartani s így ezek továbbtenyészése — sajnos — századokon keresztül biztosítva volt. Az egyes embernemzedékek egymásnak adták át a szifilisz kórokozóinak generációit, melyek ily módon a ma élő emberiség sorai közé is eljutottak. A szifiliszt látszólag kevesebb joggal illeti meg a nemi betegség elnevezés az imént tárgyaltaknál, mert a jelenségek nem lokalizálódnak annyira a nemi szervekre, mint a kankónál és a lágyfekélynél s régi tapasztalat bizonyítja, hogy a test bármely részén következzék is be a fertőzés, a szifilisz mindig egy és ugyanazon lefolyást fogja mutatni. Miután azonban az esetek túlnyomó többségében a fertőzés a nemi szerveken át történik s a baj terjedésének útja elsősorban a nemi érintkezés, mégis jogosultnak látszik a szifilisznek a nemi betegségek közé való besorozása.

A szifiliszt mindenekelőtt az különbözteti meg az eddig tárgyalt két nemi bajtól, hogy nem lokális természetű betegség. A szifilisz nem szorítkozik a fertőzés helyére és soha sem marad izolálva a nemi szerveken, hanem mindig és minden körülmények között generalizálódik. Általános, az egész organizmusra kiható alkati megbetegedéssel állunk tehát szemben, mely — amint látni fogjuk — egy szervet sem kerül el, miért is egyetlen olyan része sincsen az emberi testnek, mely a szifilisz esetleges rombolása ellen védve volna. A súlyos szervezeti destrukcióknak megfelelően a szifilisz fontossága nemcsak az egyénre nézve, de a szociálhigiéne szempontjából is mindhárom nemi betegség között legnagyobb horderejű.

A szifilisz kórokozóját a mikroszkopi technika kifejlődése után is sokáig hiába kutatták. Időnként felbukkantak egyes felfedezések, melyek bizonyos ideig tévedésbe ringatták a tudományos világot. Egyszer Salisbury »cripta syphilitica«-it (1868), máskor Lostorfer »syphilis testecskéi«-t (1872), Lustgarten »lues bacillusai«-t (1884) stb. tartották a szifilisz kórokozójának. Miután azonban ezek egyikét sem sikerült kitenyészteni vagy átoltani, a hozzájuk fűzött remények röviden összeomlottak. Végül is csak jelen századunk kezdetén, az 1905. év hozta meg a várvavárt nagy felfedezést. Az egész

kultúrvilág felfigyelt, mikor végre megbízható hírek érkeztek arról, hogy Schaudinn a német birodalmi egészségügyi intézetben Hoffmann vizsgálati anyagán korszakalkotó megfigyeléseket tett, mikor szifiliszes egyének szöveteit tanulmányozva, festetlen, valamint festett (Giemsa) preparatumokon halványan (pallida) előtünő csavaros képleteket talált, melyeket 1905. évi április hó 23.-i közleményében spirochäta pallidának nevezett el. Az orvosi közvélemény azonban a sok csalódás után bizalmatlan volt és várt e kérdésben állásfoglalásával. Egy hónappal utóbb azonban Schaudinn és Hoffmann újabb eredményekről számoltak be, amely szerint a spirochäta pallidát már nemcsak a bőrfelületen levő szifiliszes fekélyekből, hanem a mélyebb szövetekből, a lágyékmirigycsomókból, sőt a lépből is kimutatták. Ezután már egyre-másra jelentek meg a szakközlemények, melyek megerősítették a felfedezők nagyhorderejű állításait. Buschke, azután Beck és Fischer a veleszületett szifiliszes gyermekek különféle szerveiben mutatták ki a spirochätát. Entznek is (1906) igen értékes vizsgálatai voltak a magzathullákon, melyeknek a legkülönbözőbb szerveiben, szívében, mellékveséjében, sőt a mirigyek kivezető csövének falaiban is demonstrálta a kórokozók jelenlétét. A további kutatásokat jelentékenyen elősegítették a Herxheimer, továbbá Volpino és Levaditi által konstruált festési eljárások, melyek megkönnyítették a spirochätáknak a szövetek metszeteiben való kimutatását. Ugyancsak nagy haladást jelentett a Landsteiner és Mucha által bevezetett »sötéttér«-ben való vizsgálás (Dunkelfeld-methode), mely lehetővé tette a szifiliszes fekélyekből vett savóban az élő és mozgó spirochäták megfigyelését.

A spirochäta pallida feltünően hosszú, 5—15 mikron, sőt kivételesen ennél is hosszabb, vastagsága pedig egynegyed mikron. Körülbelül 5—25 meredek, nagyon finom, sűrűn elhelyezkedő csavarulattal bír, ami a dugóhúzóhoz teszi hasonlóvá. Jellemző, hogy csavarulatait a másfajta spirochätáktól eltérőleg nyugalmi helyzetben is változatlanul megtartja. A karcsú, hosszúkás mikrobának mindkét vége kihegyezetten elvékonyodik. Mint a sötéttérben való nativ vizsgálatnál jól látható, hossztengelye irányában élénken mozog előre s emiatt mozgásának típusa némileg a kígyóéhoz hasonló. A spirochäta végén finom csillót mutattak ki, amely ha összekunkorodik, olyan, mintha a kígyószerű mikrobának feje volna. Hogy a spirochäta pallida vajjon a baktériumok vagy a protozoák csoportjába tartozik, még nincsen végérvényesen eldöntve. Fertőző képessége igen intenzív s ha emberi szövetbe kerül, ott rohamosan elszaporodik. De ha a beteg szövettől elválasztják, úgy aerob, mint anaerob viszonyok közt hamar elpusztul. A vízben sem tudnak tenyészni, viszont a kiszáradás is tönkre teszi életképességüket. Szifiliszes fekélyek váladéka is — úgy látszik — csak addig bír veszéllyel, míg be nem szárad, bár néha különféle ruhadarabok és eszközök útján való fertőzés előfordulhat. A szifilisz kórokozóinak tenyészésére legkedvezőbb talaj az élőszövetek nedve s az emberi

test hőmérséklete. Melegebb közegben, valamint erősen lehűtve a spirochäták rövidesen elpusztulnak.

Az átoltási kísérletek fejlődését illetőleg még a mult század végén is az a nehézség forgott fenn, hogy a szifiliszt kizárólag emberi betegségnek tekintették, mely állatra át nem oltható (Neumann, 1896). Igaz, hogy állítólag Auzias Turunne-nak 1844-ben sikerült egyszer emberi szifiliszes fekély átoltásával majmon hasonló fekélyt előidézni. De a szifilisz többi tüneteit sem ő, sem a mult század többi kísérletezői nem tudták produkálni. Emberről emberre oltani pedig a bajt súlyos kimenetele miatt kísérletként nem lehetett! Az 1903. évben állott be e téren jelentős fordulat, amidőn Metschnikoff és Roux emberszabású csimpánzmajmokat oltottak be s ennek következményeként az emberéhez hasonló generális szifilisz fejlődését látták kibontakozni. Később Neissernek és Brucknak alacsonyabb rendű majmoknál is sikerrel járt az átoltási kísérletük. A majmokkal való kísérletezés az állatok nehezen beszerezhető és drága volta miatt csak kis számban történhetett, ép ezért igen fontos volt Bartarelli felfedezése (1906), aki felismerte hogy a házinyulak is fogékonyak a szifiliszes beoltásra. Ennek a felfedezésnek a fontosságát akkor tudjuk igazán megérteni, ha tekintetbevesszük, hogy csak a bőséges kísérleti lehetőség megteremtése útján vált lehetővé Uhlenhuth-nak, majd a szalvarzán világhírű felfedezőjének, Ehrlichnek a szifilisz modern chemotherápiáját felépíteni. Itt kell megemlékeznünk arról, hogy a szifilisz virusát sikerült tengeri malacokra is átvinni, de a lámákba való átoltás lehetősége, — aminek argentiniai orvosi körökből származó hírével pár éve a napilapok is tele voltak — nincsen végérvényesen bizonyítva. A szifiliszes láma-szérum értéke pedig — Mulzer szerint — kétségkívül egyenlő a semmivel. Mindezen állatkísérletekkel kapcsolatban ki kell végül emelnünk, hogy az állatokba való átoltások ugyan az emberi szifiliszhez hasonló generális tüneteket okoznak, de romboló erejükben az emberi szifilisz súlyosságát sohasem érik el, a következtetéseket tehát mindig csak óvatos kautélák felállítása mellett lehet emberre alkalmazni. Az állatkísérleteket 1905 előtt csak klinikailag tudták kontrollálni, a spirochäta pallida felfedezése óta azonban mikroszkópiailag is. E tekintetben többek közt az volt a cél, hogy az állatpassage-okon átvitt kórokozókból kultúrát tenyésszenek ki.

A spirochäta pallida tenyésztése először Schereschewski-nek sikerült lóvérsavón (1909), ez a kultúra azonban nem volt tiszta. A kérdést aztán Hoffmann, Sovade (1911), majd Noguchi oldották meg olyképpen, hogy tiszta spirochäta kultúrát tenyésztettek s azzal házinyúlnál tipikus szifiliszt, majd abból újabb kultúrát állítottak elő.

Amint a fentiekből láthatjuk, rengeteg tudományos búvárlat és kitartó fáradozás után sikerült a vizsgálatokat annyira előrevinni, hogy a szifilisz kórokozójának kérdésére teljes világosság derült. Miután a spirochäták a szifiliszesetek termékeiből minden esetben kimutathatók, azokból bakterio-

lógiailag tiszta tenyészet készíthető s ezen tenyészettel történő állati beoltás fajlagosan ugyanazon szifiliszes megbetegedést idézi elő, a spirochäta pallidát végérvényes bizonyossággal a szifilisz előidézőjének kell tekintenünk.

Áttérve a szifilisz kórlefolyására, mint jellegzetességet újból ki kell emelnünk, hogy e betegség minden esetben generálizálódó, kifejezetten krónikus és rendkívül sokféle megnyilvánulású (polymorph) kórfolyamat. A szifiliszes tünetek, ezek a sokarcú pathológiás jelenségek, a fertőzés helyén kifejlődő fekélytől kezdve a legsúlyosabb belső szervi destrukciókig bizonyos etappe-okban — ha szabad úgy mondani — rohamokban jelentkeznek. Miután a szifiliszes kórokozók nemcsak a kezdeti felületes bőrtünetek termékeiből mutathatók ki, hanem a késői mély elváltozásokból is, kétségtelen, hogy az összes, egymástól bármennyire elütő specifikus tünetek közvetlenül a spirochätáktól származnak s mai tudásunk szerint kizárjuk, hogy olyan szifiliszes termék lehessen, amelyhez ne volna a spirochäta jelenléte kötve (Guszman). Ha ez eddig világos, viszont nehezebben megfejthető, hogy mi okozza a tünetek kifejlődésének bizonyos graduitását, mi idézi elő azt a jelenséget, hogy a magára hagyott (nem gyógyított) szifiliszes egyénnél bizonyos tünetmentes (latens) időközök után más és más, egymástól teljesen elütő, a szifiliszt mégis világosan karakterizáló, ciklusokban mutatkozó specifikus elváltozások jelennek meg és zajlanak le. Éppen a betegség különböző jelenségeinek ciklusos lefolyása vezetett egyeseket ahhoz a feltevéshez, hogy a spirochäta pallida talán egy mikroorganizmusnak csak valamely átalakulási formája (a malária kórokozójához hasonlóan), mely más és más átmeneti alakot öltve, az emberi szervezetben más és más pathológiai folyamatokat hozhat létre. Ez a feltevés azonban csupán teória maradt, melyet mai napig semminemű objektív lelettel alátámasztani nem sikerült. Sokkal kézenfekvőbbnek látszik a tünetek polymorphizmusát azzal magyarázni, hogy a szifilisz virusainak és toxinjainak hatása alatt idővel maga az emberi szervezet reakcióképessége változik meg s emiatt a kórokozókkal szemben a különböző idők és viszonyok között másként viselkedik.

Hogy a különböző időkben mutatkozó és egymástól ugyancsak eltérő szifiliszes jelenségeket sokféleségük dacára könnyebben lehessen felismerni és tárgyalni, szükségesnek látszott azokat valamilyen beosztás kereteibe szorítani. A beosztás többféle lehet s a szokások és vélemények e tekintetben eltérőek. Kétségkívül helyes Nékámnak a felosztása, aki ragaszkodva a spirochäta-hatás reakciójaként kiváltott pathológiai folyamatok sorrendjéhez, a szifiliszes elváltozásokat a fertőzés iniciális jelenségeitől egészen a szervezet végső degeneratiójáig mintegy 8 fejezetre osztja. Gyakorlati szempontból azonban használhatóbb és a syphilidologiában megszokottabb Ricord eredeti felosztása, mely a klinikai tünetek időbeli és alaki sorrendjét véve alapul, a szifiliszt három etappe-ra, primär, secundär és tertiär stádiumra osztja.

Ezekben a stádiumokban sorrend szerint nagy általánosságban azonos lokalizációs tünetek jelennek meg. Vagyis azt látjuk, hogy a kezdeti szakban, a primär és secundär stádium idején általában a bőr, nyálkahártya és nyirokcsomók azok, amelyek szembetünő klinikai elváltozások képét mutatják. A később bekövetkező tertiär szakban inkább a mélyebb destrukciók, gummosus elváltozások, csontok, izületek stb. megbetegedései, majd az érrendszernek és legkülönbözőbb belső szerveknek s végül a központi idegrendszernek szifiliszes elváltozásai dominálnak. Mindez természetesen csak sematikus felosztásként fogadható el és nem jelenti azt, hogy a fenti csoportosításokba az összes eseteknek minden egyes tünetét pontosan be lehet sorolni.

Azt is tudni kell, hogy ezek a tünetek és stádiumok nem egymástól mereven különálló jelenségek, hanem gyakorta egymással egyidőben jelennek meg, sőt egészen egymásba folynak. Persze a szifiliszes kórokozónak biológiai viselkedése s a szervezet védőberendezkedésének reaktív tevékenysége még sok tekintetben vár megvilágításra, hogy ez aztán véglegesen megmagyarázza a szifilisz ciklusos lefolyását s a bajnak különböző időszakokban mutatkozó jellegét és lokalizációját. Tény azonban, hogy a fent elsorolt ciklusos lokalizáció nagy általánosságban helytálló, annak dacára is, hogy a legújabb vizsgálatok számos kivételes esetet derítettek fel, melyeknél például a korai fennállás dacára mélyebb, tertiär szakra emlékeztető belső szervi elváltozások jelentkeztek.

Az imént felsorolt beosztási szempontokat követve, igyekszünk a továbbiakban mi is a szifiliszes virus által az emberi szervezetben előidézett rendkívül változatos és mindig mélyreható jelenségek közül a legjellegzetesebbeket és legfontosabbakat röviden áttekinteni és kiemelni.

A spirochäta pallidának a szervezetbe egy úgynevezett fertőzési kapun kell behatolnia. Ez rendesen a nemi részek valamely hámfosztott területén vagy esetleg szabad szemmel nem is látható hajszálvékony repedésen keresztül történik. Nincsen azonban a nemi részekhez kötve, hanem a behatolás a köztakaró bármely részén bekövetkezhetik, mikor is minden körülmények között és mindenütt a fertőzési kapu jellegzetes képét mutatja. Ezek szerint a szifiliszes fertőződés egyik kritériumának a fertőzési kapu jelenlétét tarthatjuk, noha egyes szerzők (Fournier, Jullien, Bettman) olyan kivételekről is tesznek említést, mikor állítólag minden fertőzési kapu hiányában is megjelentek a generalizált szifiliszes tünetek. A fertőzési kapu elkerülése azonban szerintünk csak úgy képzelhető el, ha a spirochäták direkt a nyirok- vagy vérpályába kerülve árasztják el a szervezetet.

A kültakaró és a szervezet szövetei ott, ahol ez a veszedelmes mikroba beléjük tolakodik, reaktív hatást fejtenek ki s granulatiós szövetből álló körülírt elváltozást, »kemény sankér«-t (primär sclerosis, initialis sclerosis, Hunter-féle fekély) hoznak létre.

Míg azonban a fertőzési kapunak ezen szemmel látható dokumentuma megjelenik, a fertőző kontágium behatolása pillanatától számítva, hosszabb időnek kell eltelnie. Ez az első lappangás (incubatio) korszaka, melyet már a mult század első felének szifilidologusai (Wallace, Vidal, Waller stb.) megállapítottak. A kemény sankér megjelenése a fertőzés bekövetkezte (az esetek túlnyomó többségében a fertőzést okozó közösülés) utáni 3. hét végére tehető, de variálhat ritkábban 2-től 8 hétig. Levaditi ezt a lappangást azzal magyarázza, hogy a szifilisz kórokozóinak ennyi időre van szükségük, hogy alkalmazkodjanak az emberi organizmus szöveteinek ellenállásához, hogy ezt legyőzve, aztán annál gyorsabban szaporodásnak induljanak.

A szifiliszes virus behatolás utáni viselkedésének s az említett lappangásnak mérlegelése igen fontos annak megítélése tekintetében, hogy vajjon a kemény sankér megjelenése idején mentesíthető-e még valami módon a szervezet a generális szifilisz kitörésétől. Külföldön Ricord és Sigmund, hazánkban Poór már igen régen (1864) minden ellenérvvel szemben azt vallották, hogy a kemény sankér egyáltalán nem az a körülírt folyamat, aminek klinikailag látszik, hanem már az szifiliszes fertőzés generalizálódásának a bizonyítéka. Sajnos az említett kutatók igazát azóta az exakt vizsgálatok egész sora igazolta. Ezirányban Levaditi és Manouelian alapvető fontosságú állatkísérleteket végeztek s azt találták, hogy a beoltás helyét 3—5 nap mulva teljesen kimetszve, annak helyén a kemény sankér mégis megjelent. Uhlenhuth és Mulzer pedig kimutatták, hogy a házinyúlnál végrehajtott szifiliszes oltás után egy héttel, — mikor a fertőzési kapuban még semmiféle primär jelenség nem mutatkozott — a belső szervek már át voltak spirochätákkal itatva. Ezek és hasonló más kísérletek kétségtelenné tették, hogy a szifilisz virusa a nyirokpályák révén igen hamar elszéled s az első lappangási idő végén a fertőzési kapuban megjelenő kemény sankér sebészi kiirtásával a generális infekciót meggátolni, sajnos, már nem lehet.

A kemény sankér megjelenésének legelső idején különféle képet mutathat, mely eleinte alig jellemző szifiliszre. Néha kis piros papulát látunk, melynek tetején finom hámlás jelentkezik. Máskor eleinte gennyes pusztula képét utánozza vagy ártatlan hámhiánynak (erosio) tünik fel. Rövidesen azonban mutatkozik rajta egy bizonyos karakterisztikus sajátosság, tudniillik a beszűrődöttség, ami már felkölti szifiliszre a gyanunkat. Nemsokára ezután a tájéki (regionarius) nyirokcsomók is jellegzetesen megduzzadnak s anélkül, hogy fájdalmassá válnának, megkeményednek. A fekély beszüremkedése napról-napra fokozódik s 1—2 hét alatt eléri maximumát, mikor is magára ölti a kemény sankér jellegzetes képét. A típusos Hunter sankér kölesnyi-lencsényi-fillérnyi erosió, melynek alapja szalonnás jellegű, széle határozottan körülírt és mindkettő többé kevésbbé beszüremkedett. Éppen ezért a kemény sankér fekélynek joggal nem nevezhető, mivel nem szövethiány, mint a lágyfekély, hanem inkább ellenkezőleg, szövettöbblet. A beszürem-

kedésen kívül az különbözteti meg a lágyfekélytől, hogy szélei nem alávájtak, nem cikk-cakkosak és sohasem meredekek, mint amazé, hanem kerekek, a bőr szintjében fekszenek és menedékesen lejtenek a sankér közepe felé. A sankér beszüremkedése gyakran olyan fokot érhet el, hogyha szublimátgézen keresztül újjunkkal átfogjuk és megtapintjuk, alatta porcképességű daganatot érzünk. Jellemző végül a Hunter sankérra, hogy barnavörös vagy nyershús színű, lakkfényű, szélei néha fehéresek és mindig fájdalmatlanok (indolens).

A fertőzési kapuban tehát az esetek nagyobbik felében a típusos kemény sankér jelenik meg. Ez azonban korántsem képez szabályt. Aszerint, hogy a spirochäta a szervezetnek melyik részére, annak vér és nyirokerekben s mirigyekben dús vagy szegény területére kerül, a bőrfelületnek anatómiailag milyen rétegébe, a szemölcs rétegébe, az irhába, esetleg a hipodermába fészkeli be magát, más és más konszisztenciájú elsődleges affektust vált ki. Így például különösen férfiaknál a hímvessző glans-án, nőknél a kisajak belfelületén csupán a papilláris réteg felső részéig terjedő felületes, papírvékonyságú beszüremkedést mutató úgynevezett pergament-sankér jelentkezik. A húgycső nyílásánál fekvő sankér viszont tátongó, duzzadt, igen kemény, porctapintatú, vörösudvarú és környékéről zavaros savós-gennyes váladék ürül. A nagy szeméremajkon és néha a fitymabőrén keletkező sankér a nyirokér-kötegek specifikus gyulladása miatt feltünően nagy duzzanattal jár (oedema indurativum). Az emlőbimbó sankérja nagy, kemény, tányéralaku, egyenetlen felszínű és kissé kiemelkedő szélekkel bír. Az ajkon levő affektió többnyire igen éles határú, jelentékeny beszűrődéssel járó elváltozás, mely körül néha mélybe terjedő vérzékeny repedések (rhagasok) láthatók. A fanszőrök között vagy a szakállban keletkező sankér ótvarhoz vagy furunkulushoz hasonlít. Az ujjakon fellépő primär elváltozás pedig első időben a körömágygyulladás kórképére emlékeztet. Ha a sprirochäta pallida által okozott primär infekcióhoz spirochäta refringens és bacillus fusiformis fertőzés társul, a sankér phagedaeniássá válik, ami szürkés, kékes, sőt feketés szövetszéteséssel és bűzös lepedékkel van borítva. Végül, amikor a fertőzési kapun a szifilisz és a lágyfekély kórokozói együttesen és egyidőben hatolnak be, rövidebb incubatiója miatt először a lágyfekély jelenik meg és annak alapján fejlődik ki a lappangási idő elteltével a kemény sankér. Az ilyen vegyes fertőzések primär nyilvánulását vegyes sankérnak (chancre mixte) nevezzük. Láthatjuk, hogy már a kezdeti elsődleges affectio maga is a szervezetnek milyen különböző pontjain és mennyire különböző formában jelenhetik meg. Mindezeket azonban jellegzetes klinikai sajátságaik alapján közös nevezőre lehet hozni és a spirochäta pallida belőlük föltétlenül kimutatható. Meg kell jegyeznünk, hogy a primär jelenségek csekélyebb vagy nagyobb, könnyebb vagy súlyosabb formájából a szifilisz további lefolyására semmi esetre sem következtethetünk.

A szifilisz első stádiumára a primär sankéron kívül különösen kórjelző a nyirokrendszer viselkedése. A spirochäta pallida kifejezetten nyirok- és szövetparazita (s ha már magyar nevet keresnénk a szifilisz meghatározására, inkább találna rá a »nyirokbaj«, mint a »vérbaj«), miért is érthető a nyirokereknek és nyirokcsomóknak vagy kevésbbé helyesen a nyirokmirigyeknek korai affekciója. Amint már említettük, egészen korán, a kemény sankér megjelenése kezdetén észlelhető a környéki nyirokcsomók duzzadása. A külső nemi részeken levő sankérral kapcsolatban a lágyékmirigyeknek ez az elváltozása úgyszólván kivétel nélkül fellelhető, jellegzetessége az erős, többnyire porcszerű beszüremkedés és a fájdalmatlanság (bubo indolens). E mirigyek a lágyfekély dobjától eltérően úgyszólván sohasem szoktak elpuhulni, sem pedig gennyesen szétesni. Bármely testrészen legyen azonban a primär sankér, azok a nyirokmirigyek, melyek az illető testfelülethez vagy szervrészhez tartoznak, mindig megmutatják a fenti jellegzetes elváltozást. Ha például az ajkon van a fertőzési kapu, az áll alatti mirigyek skleradenitisét észleljük, ha az ujjakon, akkor a könyökhajlatban és a hónalj alatti nyirokcsomókban stb. A nyirokér-rendszer általános megbetegedése nyomban követi az előbb leírt folyamatot s a tapasztalat azt mutatja, hogy a környéki nyirokcsomók duzzanata után (adenopathia regionaris) kb. 2—3 hét mulva az egész szervezet nyirokmirigyei kórosan elváltoznak (adenopathia universalis). A mirigyduzzanatok a felszaporodott fehérvértestek mellett mindig a spirochäták tömegeit is tartalmazzák.

Az adenopathia a szifilisznek elengedhetetlen kórtünete. Olyan esetekben, mikor friss fertőzés után nem észlelhető (például a méhszájon keletkező sankér esetében), ennek magyarázata nem a szifiliszes mirigyduzzanat elmaradásában van, hanem a megfelelő tájéki mirigycsomóknak mély fekvésében és tapintásra hozzáférhetetlen voltában.

Az összes fennt vázolt primär szifiliszes jelenségek kifejlődése — mint láttuk — bizonyos időt vesz igénybe. A primär sankér a legkezdetibb stádiumában ártatlan hólyagcsának vagy feldörzsölésnek látszhat, mirigyduzzanat pedig még nem észlelhető. A modern szifilisz-tanban sokat hangozatott tétel, hogy a betegre a mielőbb elkezdett gyógykezelés a legkedvezőbb, miért is kívánatos volna, ha a publikum már a nemi szerveken mutatkozó legcsekélyebb jelenség idején szakemberhez fordulna. A szakembernek viszont feltünő klinikai tünetek jelenléte hijján is gondolnia kell az esetleges infekció lehetőségére és spirochäta-vizsgálattal minden csekély gyanus jelenségből meg kell kísérelnie a baj egészen korai megállapítását. A spirochäta-vizsgálat annál is fontosabb és elmellőzhetetlenebb, mivel a vérvizsgálat (serológiai vizsgálat) a legkezdetibb stádiumban negatív eredményt ad, erre tehát ebben az időben építeni még nem lehet.

Azt az időszakot, mely a primär sankér fellépése és az általános bőrtünetek megjelenése között mutatkozik a régi szifilidologusok a második

lappangás (incubatio) időszakának nevezték. Ez a helytelen elnevezés abból az időből származott, mikor még azt hitték, hogy a primär affektus kizárólag lokális jelenség, az egész bőrfelület szifiliszes elváltozása viszont a generálizálódás, tehát a baj tulajdonképeni kitörésének következménye. Ilyen elgondolás mellett érthető volt egy úgynevezett második lappangás feltételezése. Ma már tudjuk, hogy ilyen második incubatió nincsen. A szifilisz virusa már a kemény sankér kifejlődése idején generálizálódik s a folyamat megszakítás nélkül halad az első pillanattól tovább. Azon bizonyos második lappangás ideje alatt is mozgalmas jelenségek játszódnak le a szervezetben. Így például akkor fejlődik ki az említett általános szifilitikus nyirokmirigyelváltozás (adenopathia universalis). Az újabb vizsgálatok kimutatták, hogy már ebben az időszakban gyakori a lép megnagyobbodása, a vese-irritáció, a fehérjevizelés stb. Láz is gyakran jelentkezik, amely ugyan inkább subfebrilis típusú és a 37·5—38·0 C. fokot alig haladja túl. Némely betegnél feltünő vérszegénység következik be, a vérfesteny tetemesen csökken, ami koronként feltünő sápadtságban nyilvánul. Továbbá rosszullétek és kedélyhullámzások mutatkozhatnak. Mások csontizületi vagy húzó izomfájdalmakról panaszkodnak, de leggyakoribb a fejfájás, mely különösen éjszaka kínozza a beteget (dolores nocturni). A vérvizsgálati (serológiai-) reakció is fokozatosan változást mutat s a fertőzés megtörténte utáni 5.—6. héten már pozitív eredményt ad. Mindezen tünetek élénken bizonyítják, hogy a szifilisz minden megszakítás és lappangás nélkül terjed tovább s a kb. 8.—10. héten fellépő általános bőrtünetek nem a lappangószak megszüntét vagy a generálizálódás bekövetkeztét, hanem csupán a már generalizálódott szifilisznek újabb és szembeötlőbb megnyilvánulást jelentik.

Az általános bőrtünetek feltünésével veszi kezdetét a szifilisz második (secundär) stádiuma. Ezek a bőrtünetek (syphilidek) úgy jönnek létre, hogy a vérpálya útján spirochäták kerülnek a szervezet kültakarójába, amelyeknek ingerhatására a szervezet helyi reaktív lobosodást vált ki. A szifiliszes kiütést (exanthema) tehát a vérkeringés segítségével létrejött spirochäta-áttételnek, bőrmetastasisnak kell tekintenünk.

Egyes esetekben a szifiliszes exanthemák jelentkezése el is maradhat, bár az ilyen észlelések többségében a fájdalom és viszketés nélküli halvány eruptio csupán észrevétlen marad. Jellemző a secundär szifiliszes kiütésekre, hogy hirtelen lépnek fel, többnyire az egész testet elborítják, mindig szimetrikus elrendeződésüek s felületesek, aminek megfelelőleg rövid fennállás után nyom és heg nélkül eltünnek.

Kezdetben eleinte főleg a törzsön jelentkezik néhány lencsényi, ritkábban fillérnyi mekkoraságú, egészen halvány rózsaszínű, elmosódott határú és a bőrszintjéből ki nem emelkedő foltocska, melyet aztán nagyobbára a mellen, hason, háton és gyakran a végtagokon hasonlóak követnek. Ezek a foltos szifiliszes kiütések (s. maculosa, roseola). Az ilyen jelenségek a nyálka-

hártyákon, a torokban, hüvelyben, húgycsőben éles határú, vérbő (hyperaemiás) foltok alakjában észlelhetők.

A secundär szifilisz másik alakja a göbös (papulás) kiütés. Az előbb leírt halvány foltok egyikénél-másikánál beszüremkedés támad, amely ilyen esetben a roseolánál feltünőbb és resistensebb elváltozáshoz vezet. A göbös szifilidek a foltos kiütésekkel egyidejűleg is megjelenhetnek vagy azt néhány nap mulva vagy később kísérik. Noha csak bizonyos testrészen, különösen hajlatokban (combhajlat, hónalj stb.) ütnek ki, de általában éppúgy megvan a szimetriára és generalizálódásra való hajlamuk, mint a roseoláknak. Nagyságuk szerint aprópapulás, középpapulás és nagypapulás kiütéseknek nevezzük őket.

A göbös szifilid a bőr mélyebb, papilláris rétegének specifikus beszűrődése nyomán keletkezik. A foltos szifiliddel szemben jellemzi, hogy élénkebb színű, szembeötlőbb, továbbá a bőrszintje fölé emelkedik és ujjnyomásra nem tünik el. Többnyire lencsényi mekkoraságú (lenticularis) jelenség, mely élénk vörös, néha húsvörös színű, lakkozott felületű, esetleg hámlásokat mutat. Erős pikkelyesedés esetén papulo-squamosus formáról beszélünk. A leírt elváltozás azonban a göbös szifilidnek csupán a fő típusa. Miként a primär sankérnál említettük, a szifiliszes elváltozások más és más külsőt öltenek aszerint, hogy milyen testrészen és milyen anatómiai közegben lépnek fel. Így például zsírosbőrű (seborrhoeás) egyéneknél az orr és ajakredőben, a homlokon, állon erősen kidomborodó, szürkés vagy piszkosbarna, zsírosfényű dudorok alakjában jelentkeznek. Amikor az ilyen típusú szifiliszes göbök a homlokon összefolynak, akkor »corona veneris«-ről beszélünk. Ha a papulák szőrtüszőkben vagy azok közvetlen környékén lokalizálódnak, gyakran egészen apró, sokszögű, igen kemény és barnásan fénylő göböcskék alakjában jelentkeznek, melyek gyógyulásuk után festenyezettséget hagynak hátra (folliculáris és lichenoid papulák). Azokon a testrészeken, melyek vastagabb szaruréteggel bíró bőrréteggel vannak borítva, nagy sárgás papulák keletkeznek, melyek kis tyúkszemekre emlékeztetnek. A környékükön gyakran berepedések (rhagas-ok) láthatók. A papulák máskor különös alakban helyezkednek el a bőrfelületen, egymással kígyózva összefolynak s az ú. n. gyrált vagy serpiginosus formát írják le. Ha pedig sok papula fekszik egy tömegben, melyek középen gyógyulnak, a szélek felé pedig körkörösen tovább terjednek, annuláris szifiliszről beszélünk. Amikor a köralak közepe is ki van töltve papulákkal, akkor az elváltozásnak korong alakú szifilid (nummularis) a neve. Néha a göbös kiütések olyan különleges elhelyezkedést öltenek, hogy valósággal a málna felületére vagy valami apróvirágú csokorra emlékeztetnek (syph. corymbosa). A hajas fejbőrön, hol a fésülés, esetleg vakarás a papulákát könnyen felsérti, belőlük savós, majd gennyes váladék ürül s néha kifejlődik az ú. n. pusztulás alak (syph. papulopustulosa). Rosszindulatú (malignus) bőrszifilisznél lázas mozgalmak

és általános legyöngülés kíséretében hasonló gennyes-pörkös kiütések az egész testen felléphetnek. Néha kisebb területeken, malignus alaknál pedig kiterjedtebb bőrfelületen valóságos fekélyek (syph. ulcerosa) is keletkeznek, melyeknek pörkös, gennyes felszíne összefolyva osztriga héjjára emlékeztető elváltozást (rupia syphilitica) hoz létre. Összefekvő bőrfelületeken, melyek sokat izzadnak és emiatt könnyen macerálódnak, így különösen a combhajlatban, végbél körül, hónalj alatt, emlők körül, herezacskón, szeméremajkakon stb. a szifiliszes papulák különösen nagy tömegben tanyáznak. A macerálódás következtében összefolynak, nedvező, burjánzó és bűzös lepedékkel borított képletekké válnak (condylomata lata). Egészen különleges fajtája a secundär jelenségeknek az ú. n. leukoderma, melynek jellegzetességét a bőr festékanyagának helyenként fellépő hiányossága (pigmentatrophia) nyujtja. A leukoderma kedvenc helye a nyak oldala és a tarkó, hol számos lencsényi-babnyi-fillérnyi festenyszegény foltban nyilvánul, melyet gyakorta pigmentdúsabb bőrterületek választanak el egymástól. Lehetséges, hogy az esetek egyrészében a leukoderma a lezajlott foltos vagy göbös kiütések nyomán fellépő pigment eltolódás maradványa. Többnyire nőknél észlelhető. Végül a secundär szakban mutatkozó jelenségek közül még a nyálkahártyákon, különösen a szájban és a torokban megjelenő szürkésfehér színű, opaleszkáló jelenségeket (plaques muqueuses), valamint a szifiliszes hajhullást (alopecia syphilitica) és a körmök szifiliszes elváltozását (onychia et paronychia) említhetjük meg.

A secundär erupció lezajása után a betegség lefolyásában hosszabb rövidebb ideig tartó látszólagos szélcsend következik be. A maculo-papulás jelenségek, melyeket a teljes felszívódásra való (resolutiv) hajlam jellemez, nyomtalanul eltünnek. Természetesen e kiütések kezelés kapcsán sokkal hamarabb mulnak el, de kétségtelen, hogy hajlamosságuk a spontán felszívódásra is megvan, úgyhogy tapasztalat szerint a secundär jelenségek minden gyógyító beavatkozás nélkül is megszünnek. Az első secundär erupciót követő lappangás, illetve szunnyadás korszakában (latens stadium) a további secundär bőrjelenségek viselkedése azonban már nagymértékben függ attól, hogy a beteg individuum rendszeres és kielégítő antiszifiliszes kezelés alatt áll-e vagy sem. Míg abban az esetben, amikor megfelelő gyógyító eljárást alkalmazunk, a jelzett latens stádium állandósul és a betegség minden újabb tünet produkálása nélkül, klinikailag észrevétlenül megy át a végleges gyógyulásba, addig elégtelen gyógyítás vagy teljes kezeléshiány mellett az esetek túlnyomó többségében újabb és újabb recidivák jelentkeznek, melyek az első években magukon a secundär bőrtünetek jellegzetességét viselik.

A recidivák már az első generális exanthema eltünése után néhány hónappal jelentkezhetnek s későbbi visszatérésük egyszer ritkább, máskor sűrűbb időközökben következik be. Előfordul, hogy egyes papulák mindig

ugyanazon területen, sőt ugyanabban a formában recidiválnak. Itt meg kell említenünk, hogy vannak bizonyos secundär képletek, melyek az első általános erupciókor soha sem szerepelnek, ellenben recidivára egyenesen kórjelzők. Ilyen például a gyűrűs elrendeződésű (annularis) exanthema vagy például a leukoderma, melyeknek jelenléte biztosan utal arra, hogy itt legalább féléve fennálló szifiliszes folyamat recidiv jelenségeivel állunk szemben. A bőrrecidivák korszaka a fertőzés utáni első három évre tehető, de néha az ötödik évig, sőt kivételesen még továbbra is elhúzódik. A régi világban ezek a makacs kiujulások állandó rettegésben tartották a betegeket és sok nehéz küzdelmet okoztak az orvosnak. Ma már erélyes és hatékony antiszifiliszes szereink birtokában nyugodtan állíthatjuk, hogy pontos kezelés mellett recidiv bőrjelenségeknek általában nem szabad előfordulnia! Fontos azonban a gyógyításnak a legkoraibb stádiumban, lehetőleg a primär jelenség legkisebb megnyilvánulásakor (még seronegativ időpontban), de legfeljebb a kemény sankérnak vagy legkésőbb az első generális bőrtünetnek a megállapításakor (a serorreactio pozitivvá válása idején) való elkezdése. Későn vagy erélytelenül kezelt esetek s a hanyag betegek természetesen mindig fognak recidivákat felmutatni.

A fentebb leírt jelenségekkel a szifilisz sekundär szaka lezárul s elkövetkezik a tertiär periódus. A secundär recidivák lassanként mind kisebb területre lokalizálódnak, gyérebb papulákból állnak és mind ritkábban jelentkeznek, míg végül kezelésre vagy anélkül is véglegesen eltünnek. Ekkor újabb és gyakran hosszabb latens korszak áll be, mely idő alatt a szifilisznek semmi külső jele sem mutatkozik. A betegek erőre kapnak, jól és egészségesnek érzik magukat. Az esetek egyrészében a bőrön többé soha nem jelentkeznek elváltozások, másik részben azonban egy vagy több év, sőt évtizedek elteltével feltűnnek a más típusú úgynevezett harmadlagos, tertiär jelenségek. Természetes azonban, hogy ezek sincsenek az előző fajta szifiliszes tünetektől éles határral elválasztva. A betegség belső kontinuitása megvan, amit különböző jelek igazolnak. Bizonyító értékűek e tekintetben például az úgynevezett transitionális tünetek, melyek a secundär és tertiär szak határán jelentkeznek. Ezek késői másodlagos vagy ha akarom korai harmadlagos megnyilvánulások, melyeket az jellemez, hogy papulák ugyan, de már nem felületes jellegűek, hanem mélyreható elváltozások, melyek többé-kevésbbé hegesedéssel gyógyulnak. Láthatjuk, hogy alaposan tévedne, aki a tertiär bőrjelenségeket kizárólag a fertőzés után évtizedek mulva keresné. Általában véve ezek igenis késői jelenségek, de korábban is kifejlődhetnek s időbelileg és pathológiailag átmeneti formát ölthetnek. A tertiär meghatározást tehát nem kizárólag időbeli sorrendre értjük, annál is kevésbbé, mert igen fontos pathologiai megnyilvánulások különböztetik meg a harmadlagos bőrjelenségeket a másodlagosaktól. Így a tertiär megnyilvánulásokat különösen jellemzi, hogy sohasem borítják el az egész

kültakarót és nem jelentkeznek szimmetrikusan, miként a secundär tünetek, hanem rendesen a bőrnek valamely kisebb kiterjedésű részére lokalizálódnak. Általában mélyreható bőrelváltozások, melyek szétesésre hajlamosak és heggel gyógyulnak. Megjelenési formájukat illetőleg inkább policiklikusak, ív, illetve vese alakot vagy kigyózó vonalat írnak le. Néha relatíve kis területen elszórva, sörétlövéshez hasonló elrendeződést mutatnak stb. Gyakori tapasztalás, hogy ezen elváltozások középrészükön gyógyulnak a szélek felé pedig serpiginosusan terjednek tovább. A tertiär tünetek sohasem muló jellegűek, mint a másodlagosak, hanem makacsul fennállnak s kezelés nélkül csak igen ritkán gyógyulnak. A legmélyebben ülő harmadlagos bőrtünet az úgynevezett bőrgumma (gummata gallica), mely Poór Ferenc meghatározása szerint típusa a szifiliszes gócmegbetegedésnek. A bőrgummát a kezdetben épnek látszó bőrfelület alatt babnyi-mogyorónyi-galambtojásnyi nekkoraságú kemény daganatként tapintjuk. Ez a tertiär képlet sarjszövetből áll, mely hosszabb fennállás után zsirosan elfajul és középen elfolyósodik. A sajtosan elpuhult massza mézgára emlékeztet, innen is nyerte elnevezését. Gumma bármely belső szervben képződhet s néha katasztrófális kimenetelű elváltozások okozója. A bőr gummája, mely lehet egészen felületesen ülő vagy mélyebb lokalizációjú többnyire kifelé gennyed és ilyenkor a bőrben tölcsérszerű anyaghiányt, majd csunya mély heget képez.

A fejlett állatoltási kísérletek és spirochätavizsgálatok ideje előtt azt hitték, hogy a tertiär elváltozásokban egyáltalán nincsenek kórokozók s ennek folytán azok teljesen ragálymentesek. Ez a felfogás a régi világban a tertiärismusnak amúgy is bonyolult kérdését még zavarosabbá tette. Tény, hogy a tertiärjelenségekből spirochätát kimutatni ma is rendkívüli nehézségekbe ütközik. De Jadassohn és más kutatók pozitív állatoltásaikkal bebizonyították, hogy a specifikus kontágium a tertiärtermékekben is benne van és mikroszkopikus kimutatásának nehézségeit nyilván csak az okozza, hogy a spirochäták itt sokkal kisebb számban élnek, mint a friss szifiliszes elváltozások termékeiben. Kérdés tehát, hogy miért olyan mélyrehatók és súlyosak a tertiär szifiliszes elváltozások? A tertiär jelenségeknek a kezdeti tünetektől eltérő mivoltát, mélyebbre hatoló és roncsoló természetét a mai ismereteink szerint azzal magyarázzuk, hogy a szervezet reakcióképessége a szifilisz virusának és toxinjainak hosszú időn át történő behatása alatt lényeges változást szenved. Guszman szerint ez a valódi allergiás folyamat az, mellyel kapcsolatban az aránylag kisebb számban jelen levő spirochäták is fokozottabb szöveti burjánzásra, majd destrukcióra vezetnek, ami tehát lényegében »a szöveteknek nagyobbfokú érzékenységét és sérülékenységét« jelenti.

A tertiär bőrjelenségeket három kategóriába szokás sorolni, a foltos (tertiär erythema), göbös (tertiär tuberosus alak) és a gummosus tünetek csoportjára.

Foltos szifilisz a harmadik stádiumban a ritkaságok közé tartozik. Ilyenkor nem univerzális és nem szimmetriás, hanem csak a testfelületnek egy bizonyos körülírt részén fordul elő. Az erythemák rendesen kisszámban vannak jelen, többnyire annuláris formát öltenek és mindig pigment hátrahagyásával gyógyulnak.

A göbös tuberosus szifilidek elemei 6—8 mm. átmérőjű, igen kemény, éleshatárú barnásvörös papulák, melyek többé-kevésbbé a bőrszintje fölé emelkednek. A folyamat az irháig beterjed s ott gyulladásos folyamatot, majd szövetpusztulást okoz, aminek következtében gyógyulás után mindig felületes heget hagy hátra.

Igazi fontossága a gummosus elváltozásoknak van, melyeknek megnyilvánulásait fentebb röviden már érintettük. Keletkezési ideje igen változatos, de leggyakrabban a fertőzés után 3—6 évvel lép fel. Kivételesen azonban nagyon későn is észleltek, például Guszman 48, Fournier 52, sőt Brock 60 évvel látta az infekció után kifejlődni. Előfordulási helye is korlátlan a bőrtakarón, de tapasztalat szerint leggyakrabban az alsó lábszárakra lokalizálódik.

Elég sűrűn keletkeznek szifiliszes gummák a szájüregben is. A nyelven a submucosában felületesen ülhetnek vagy pedig mélyen helyezkednek el az izomzatban. Ha elpuhulnak és áttörik a nyálkahártyát, csunya, fillérnyi-koronányi gummás fekély támad a nyelven. A szájüreg további gummás megbetegedése a kemény szájpadon mutatkozik, ahol ugyancsak felületes és mély gummákat látunk. Az előbbi nem súlyos folyamat csak a nyálkahártyát támadja meg, de a csonthártyára és csontra nem terjed ki. A mély szájpadgummák azonban igen komoly következményekkel járhatnak. A folyamat kezdetben csak igen csekély szubjektív tünettel jár, miközben a kemény szájpadon borsónyi-babnyi mekkoraságú jelentéktelennek látszó kemény dudor támad, mely felett a nyálkahártya kékesvörösen elszíneződik. Indolensebb beteg nem sokat törődik a kis duzzanattal, sem pedig a táplálkozással járó kisebb fájdalommal, míg aztán a felpuhult gumma meglepetésére egyszer étkezés közben áttörik és megjelenik a szájpad gummás fekélye, melynek alapján gyakorta már az usurált csont érezhető. Ha egyidejűleg hasonló destrukció az orralap felől is folyamatban volt, előfordul, hogy kisebb-nagyobb elhalt csontszilánkok kilöködése után a kemény szájpad átfúródik (perforatio palati duri) s ilymódon bekövetkezik a száj- és orrüreg rendellenes összeköttetése. Így aztán a beteg egy napon azt veszi észre, hogy nem tud többé tisztán beszélni, hangja dünnyögővé válik és étkezés közben egyikmásik falat, valamint a szájba vett folyadék az orrán át jön vissza. A kemény szájpad perforációja sajnos már a szervezet által ki nem korrigálható hiányosság, melyen csak a prothesis viselése, esetleg sebészeti műtét tud segíteni.

A szájüregben még előfordul a lágyszájpadnak, inyvitorlának a gummás megbetegedése, továbbá ritkábban az ajkak tertiär szifilisze. Itt kell

megemlékeznünk egy nem gummosus jellegű sajátságos késői tünetről, a leukoplakiáról (leukoplakia mucosae buccae, linquae et labiorum). Ez tejszerű, krétafehér, többé-kevésbbé kiemelkedő száraz foltok és plaqueokból áll, mely igen makacsul persistál, többnyire továbbterjed s teljesen észszerű életmód és gondos kezelés mellett is csak ritkán gyógyul. Egyesek szerint az állandó nikotinhatás lényegesen hozzájárul ahhoz, hogy a nyálkahártyát alkalmassá tegye leukoplakia kifejlődésére. Talán ez az oka annak, hogy férfiaknál 15—20-szor gyakrabban fordul elő, mint nőknél.

Visszatérve a gummosus elváltozások lokalizációs részletezéséhez, azt kell mondanunk, hogy az eddig tárgyaltak quo ad vitam kevés jelentőséggel bírtak. Annál fontosabbak azonban azok a szifiliszes gummák, melyek a tertiär szakban az emberi test legkülönbözőbb belső szerveiben léphetnek fel. Ezek közül következőket említjük fel. A csont és csonthártya gummás elváltozásai, melyek kétféle típusúak lehetnek vagy a környező lágyrészekről terjednek át, vagy pedig magából a csontból indulnak ki. Azután a csontvelő szifiliszes gyulladása (osteomyelitis gummosa), mely néha a csontok különös törékenységét (osteoporosis syphilitica) idézi elő. Az ízületben fellépő gummás elváltozás néha súlyos következményekhez, merev ízülethez (ankylosis) vezet, ami az egyént örökre nyomorékká teheti. Előfordul az izmoknak (myositis gummosa), inaknak (tenditis g.), inhüvelyeknek (tendovaginitis g.) és a nyálkatömlőknek (bursitis g.) gummosus elváltozása. A garat gummái a lélekzést, beszédet és hallást akadályozzák, a nyelőcső gummái pedig veszedelmes nyelési nehézségeket okozhatnak. Előfordulhatnak a gyomorban, bélben és végbél körül is gummák. Elég gyakoriak a májgummák, bár ezeket élőben igen nehéz diagnosztizálni. A szívizomban (myocarditis g.) és a szívburokban (pericarditis g.) is felléphetnek apró gummák. Az erek közül különösen a nagy verőérnek, az aortának nagy fontossággal bíró gummáit említjük fel (aortitis g.), melyek főleg az ér médiáját és adventitiáját támadják meg, de a tunica media ellentállásának csökkentése által életveszéllyel járó értágulláshoz, aneurysmához vezethetnek. Az orrüreg belsejében elég gyakoriak a gummás elváltozások. A submucosa, majd a csonthártya után az orrcsontok gummás beolvadása következik be. Az orrgummát (rhinitis gummosa) gyakran a krónikus náthától s az ezzel járó kellemetlen váladék bűzösségéről (ozoena) lehet felismerni. Ha a gumma csupán a csontokat pusztítja el, az orr formája változatlan maradhat, ha azonban a porcos részek is elhalnak, akkor a két orrlyuk lassanként egyetlen üreggé olvad, majd az orr támasztékát veszítve, besüpped és létrejön az úgynevezett nyeregorr, mely kozmetikai műtéttel is csak részben korrigálható. Tüdőgummát élőben igen nehéz diagnosztizálni, de mégis előfordultak biztosan megállapított és antiszifiliszes kezelés révén ex juvantibus igazolt esetek (Veress). Boncolásnál természetesen gyakrabban lehet ilyen tüdőgummát felderíteni. A lépben és mellékvesében ritkább, a vesében relatíve gyakoribb a gummák előfordulása. Ugyancsak kedvenc

helye a gummáknak a here (orchitis g.), amely a tuberkulotikus heregyulladáshoz való némi hasonlatossága miatt hiányos bajmegállapítás esetén sebészi beavatkozás tárgyát képezheti. A szemben főleg a szivárványhártyának (iritis g.) gummája és a sugártest szifilómája érdemel említést. A belső fülben pedig a hallóideg törzsének apró gummái (neuritis acustica gummosa) jelentkezhetnek, melyek sürgős kezelés híján süketséghez vezetnek. Legsúlyosabb következményekkel járnak végül az agyszövet gummái, amelyek katasztrófális testi és szellemi kieséseket válthatnak ki.

A szifilisz azonban természetesen nemcsak körülírt gummosus elváltozás formájában támadhatja meg a belső szerveket, hamen diffuz, interstitiális jellegű idősült gyulladásokat is létrehozhat vagy pedig a kétféle kórfolyamat kombinációjaként jelentkezhetik. A diffuz szifiliszes szervi elváltozásoknak gyakoriságuknál fogva még az előbbieknél is sokkalta nagyobb a fontosságuk. Ezek a szervi szifiliszes kórfolyamatok néha már a szifilisz korai stádiumában is megnyilvánulhatnak, de ezek a ritkább és többnyire felületes s múló jelenségek. Az esetek túlnyomó többségében azonban a tertiär szakban lépnek fel s ennek megfelelőleg súlyosabb destrukciót hoznak létre. Az ilyen szervi elváltozások kisebb része klinikailag magán viseli szifiliszes eredetének jellegét, nagyrésze azonban a másféle eredetű szervi elváltozásoktól klinikailag úgyszólván vagy egyáltalán semmiben sem különbözik, ami rendkívüli módon megnehezíti a baj alapokának s így okszerű gyógyításának helyes megállapítását. A belorvostan ugyan az utóbbi évtizedekben oly értékes diagnosztikai fegyverekkel gyarapodott (vérsavóvizsgálat, Röntgen-vizsgálat stb.), hogy lehetővé vált e téren is azelőtt teljesíthetetlen feladatok megoldása. Mindazonáltal még ma is sok esetben kétes marad az aetiologia s ilyenkor a belgyógyász a próbaként alkalmazott antiszifiliszes kezelés eredményéből (ex juvantibus) kell, hogy diagnózisát megállapítsa.

Mint már említettük, nincs az emberi testnek egyetlen szerve, egyetlen részecskéje, amit a szifilisz meg ne támadhatna. Nem hiába tanította Jendrassik, hogy »ahol legkevésbbé gondolnánk szifiliszre, ott is gondoljunk szifiliszre.« És tényleg már a régi orvosok is, mikor a belső bajoknál a diagnózisokból s a medikamentumokból kifogytak, jódot rendeltek és számtalan esetben siker koronázta terápiájukat. Sokszor olvassuk mostanában, hogy a szifilisz, mely azelőtt főleg a bőrnek, nyálkahártyának, csontrendszernek stb., szóval inkább a külső szerveknek megbetegedése volt, átalakuláson ment át és inkább a belső szervek megbetegedésévé változott (Finger, Wilmanns, Engel). Nagyon lehetséges, hogy az emberi szervezet az idők folyamán áthangolódott és másként reagál a spirochätafertőzésre, mint régen. Az is valószínű, hogy a bőr- és nyálkahártyajelenségek, valamint a régebben oly gyakori csontgummák stb. a legújabb kor erélyes antiszifiliszes szereinek hatása alatt csökkentek meg. De viszont az is kétségtelen, hogy a modern belorvostan a belbetegedések tizezreiről deríti ki a szifiliszes eredetet olyan

esetekben is, amelyeknél a régi gyógytudomány ennek jelenlétét nem is sejtette. Végül pedig tudnunk kell, hogy míg az említett bőr-, nyálkahártya- és csontjelenségek csökkenésében az idejében alkalmazott modern terápiánknak fontos szerepe van, viszont a ma észlelt késői szifiliszes belső betegek nagyrésze — betegségének kezdeti stádiumában — még nem részesült a szalvarzán és bismuth áldásaiban. Azt a tételt tehát, hogy a szifiliszes belső betegségek megszaporodtak, csak akkor lesz módunkban alapos vizsgálat tárgyává tenni, ha majd néhány évtized mulva a modern terápiában részesülő friss szifiliszes generációk abba a korba kerülnek, mikor mostani tapasztalataink szerint a tertiär belső betegségek dominálnak.

A szifilisz által okozott fontosabb belső szervi bajokat rövid tárgyalás alá véve, legelőször is a vérkeringés szerveinek megbetegedéseit emeljük ki. Ezek közül is legfontosabb a mellkasi nagy verőérnek a szifiliszes elváltozása (aortitis syphilitica). Korai jelentkezése, a fertőzés utáni első években, a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Inkább éppen a legkésőbb mutatkozó szifiliszes elváltozások közé tartozik (úgymint a tabes és a paralysis) s rendesen 15—20—30, sőt 40 évvel a fertőzés után lép fel. Első tünete, melyről a betegek panaszkodnak, a szegycsont markolata táján mutatkozó nyomó fájdalom (aortalgia). A fájás különösen hegyremászáskor, lépcsőn való járáskor mutatkozik, néha kisugárzik a hátra, lapockákra s előbb utóbb fáradékonyság, a munkaképesség csökkenése, munkadyspnoe járul hozzá. Az aorta rugalmasságának csökkenése a szívre nagy munkatöbbletet ró, ami a szív izomzatának megbetegedését (myocarditis) vagy az aortabillentyűk zsugorodását készíti elő s a szívműködés elégtelenségét okozza. Az eseteknek körülbelül egyharmadában angina pectoris is társul a bajhoz, mikor is az aorta megbetegedése a szív koszorús ereinek falára is ráterjed s a beteget az anginával rohamszerűen jelentkező mellszorongások, szívgörcsök és a halálfélelem kínozzák. Vizsgálatnál mindig systoles zörejt, az aorta második hangjának feltűnően ékelt és csengő voltát lehet megállapítani. Prognózisa kedvezőtlen. Néha a folyamat évekre megállapodik, többnyire azonban fokozatosan progrediál és hirtelen szívhalállal vagy lassú szívelégtelenséggel (incompensatio) végződik. Gyakori előfordulása (morbiditása) és magas halálozása (mortalitása és lethalitása) miatt az összes szifiliszes eredetű belbajok közt a legfontosabb.

A szifiliszes aortafalgyulladás egyik következménye vagy komplikációja a nagy verőér zsákszerű kitágulása, az aneurysma. Mai ismereteink mellett nem kétséges, hogy az aorta-aneurysma ritka kivételtől eltekintve mindig a régebben történt szifiliszes infekció távoli következménye, mely először aortitist s annak alapján utóbb értágulást okoz. Az aneurysmák keletkezésének magyarázatául annyit, hogy a mesoarteriitis nyomán a media ruganyos rostjainak és izomrostjainak egy része elpusztul, aminek következtében az érfal körülírt területen elvékonyodik. A gyengébb és rugalmatlanabb terület

a vérnyomásnak nem tud ellentállni s a feszítő erőnek engedve, rajta kiöblösödés, értágulat keletkezik. A kezdetben kisterjedelmű öblös érzsák lassanként ökölnyire, gyermekfejnyire stb. dagadhat, mikor is burkát az érfal elemei helyett már csak kevésbbé resistens rostos kötőszöveti zsák helyettesíti. Kezdeti tünetei a szegycsont mögötti fájdalom, fájdalomkisugárzás a vállak, hát és karok felé. Néha ideiglenes, máskor állandó légszomj kínozza a beteget (a légcső vagy egyik főhörgő összenyomása). Máskor köhögés, rekedtség (n. recurrens pressioja) vagy nyelési nehézség (a nyelőcső összenyomása) stb. jelentkezik. Az objektív vizsgálat a szegycsont markolatán már kezdetben elmosódó tompulatot mutathat, mely később kifejezetté válik. A tompulat állandóan növekedik s a szegycsontot egyik-másik vagy mindkét irányban ívszerű domborodással meghaladhatja, sőt előrehaladt stádiumban már a mellkasfalához fekvő aneurysma-zsák pulzálását is tapintani lehet. A betegség terjedése koronként megállhat, utóbb azonban lassan ismét progrediál. Máskor viszont egészen rapide romlik. Erős fájdalmak jelentkeznek, melyek a beteget gyakran morfinizmusba hajtják. A növekvő aneurysma-zsák arrodálhatja, kimarhatja a szegycsontot, a bordákat, sőt a gerincoszlopot, betörhet a szomszédos mellkasi szervekbe, a hörgökbe, a légzőcsőbe, nyelőcsőbe. A katasztrófa az első tünetek után ½—2 év eltelte után következik be, szerencsés esetekben azonban 3 évnél tovább is késhet. A halált általában szívincompensatio vagy átfúródás idézi elő.

A szívizomzatban nemcsak gummás elváltozás fordul elő, hanem diffuz szifiliszes szívizomgyulladás is, aminek tünetei azonban specifikus ismertető jelekkel nem bírnak s így a más eredetű szívbajtól élőben alig különböztethetők meg. Ha a szifilisz jelenlétét idejekorán meg lehet állapítani, a specifikus kezelés jó eredménnyel kecsegtet. Súlyos anatómiai elváltozások esetén persze a prognózis már nem kedvező.

Az eddig tárgyalt belső kóros elváltozások inkább az idősebb korosztályok megbetegedései. Ezzel szemben például a hypertonia, — az emelkedett vérnyomás, — aránylag gyakran már a fiatalabb korban, a 30-as években jelentkezhetik. A franciák véleménye szerint a fiatal emberek hypertoniája mindig felkölti a szifiliszes eredet gyanuját.

Igen fontos szerepe van a szifilisznek az arteriosclerosis, érelmeszesedés előidézésében is. Tagadhatatlan, hogy itt az alkohol és a nikotin részességét nehéz a baj kifejlődése tekintetében differenciálni, bizonyos azonban, hogy a szifiliszes egyének között feltünően magas számban szerepel arteriosclerosis.

Újabban mind gyakoribb tapasztalatok mutatnak arra, hogy a tüdőszifilisz sem az a ritka betegség, aminek azelőtt hitték. A gummán kívül előfordul a tüdőszifilisznek diffuz kötőszöveti gyulladása is vagy a kettőnek keveréke, az ugynevezett sclerogummosus folyamat. A tüdőszifilisz leggyakrabban idült hörghurut alakjában mutatkozik, máskor széteső gumma

esetében cavernát utánozhat. A betegség rendesen a fertőzés után 10—20 évvel jelenik meg és igen lassan fejlődik ki. Először szórványos, majd gyakori köhögéssel nyilvánul meg s a beteg nyálkás, gennyes köpetet ürít. Feltünő az élénk légzési panaszokkal és fájdalmakkal szemben kezdetben a kevés objektív elváltozás s a beteg jó erőállapota, ami egyszersmind gümőkór ellen szól. Idővel persze specifikus kezelés híján bekövetkezik az általános leromlás és a beteg szívelégtelenségben, vérzésben vagy amyloidosisban pusztul el. A baj felismerését sokszor megnehezíti az, hogy egyidejűleg tuberkulotikus folyamat is szerepel s a köpetben tuberkulozis bacillusok is kimutathatók. Pedig a korai felismerés és a specifikus kezelés életmentő lehet!

Igen sűrűn jelentkező és nagyfontosságú megbetegedés a májszifilisz, melynek gyakorisága közvetlenül az aorta szifilisze után következik. A májat a szifilisz minden stádiumában megtámadhatja s az ilymódon fellépő ártalmak a felületes laesioktól egészen a halálos kimenetelű sorvadásig váltakozhatnak. A májgummától, mint specifikus szifiliszképződménytől eltekintve, a heveny májgyulladás (hepatitis acuta), az acut, subacut és chronikus májsorvadás (atrophia hepatis), valamint a májzsugorodás (cirrhosis hepatis) aetiologiájában is előkelő helyet foglal el a szifilisz.

Egész korai szakban, már a primär és secundär jelenségek idején relatíve gyakran fejlődik ki szifiliszes sárgaság (icterus syphiliticus praecox). A korai specifikus sárgaság kórlényege mai ismereteink szerint abban áll, hogy a máj parenchymájának affectioja folytán a májsejtek diffuzan megbetegednek. Nem igen lehet az epeutak belső elzáródására gondolni, mert a székletét a legtöbb esetben festenyzett marad. A májfunkciós vizsgálatok azonban gyakorta működési zavarokról és funkciócsökkenésről tesznek tanuságot. A vizeletben fokozott urobilinogen és urobilin van. A vérszérum bilirubinjának tükre pedig igen magas értéket ad. A kezdeti szakban fellépő sárgaság, mely a fertőzés utáni első év végéig is jelentkezhetik, lassan, szinte észrevétlenül fejlődik ki. A beteg étvágytalanságról, fejfájásról, gyomorfájásról és gyöngeségről panaszkodik. A májat vizsgálatnál mérsékelten duzzadtnak és nyomásra érzékenynek találjuk. A betegség azonban többnyire múló jellegű és hetek, súlyosabb esetben hónapok alatt meggyógyul.

A vérszérum bilirubinértékének vizsgálata kimutatta, hogy a szifiliszesek jelentékeny százalékánál (saját vizsgálatok szerint 3·8%-ánál) a szifilisz első stádiumaiban a májfunkciónak tetemes zavartsága forog fenn. Ezek azok az esetek, melyekben az imént leírt szifiliszes sárgaság ugyan még nem fejlődik ki, de a baj annak határán mozog (latens icterus). Egyesek e kóros körülményeknek az ugynevezett szalvarzánicterus létrejöttében nagy fontosságot tulajdonítanak. Hogy a szalvarzán mennyiben járul hozzá akár az említett korai icterusnak, akár az egyes szalvarzán kúrák befejezése után hónapok mulva fellépő ugynevezett »Späticterus«-nak a kifejlődéséhez, azt még a maga teljes egészében nem tudjuk. Nem tagadható, hogy a szalvarzán

erős májméreg, de mégis csak az a valószínű, hogy az esetek többségében primären a szifilisz toxinjai támadják meg a májsejteket (esetleg az alkohollal és egyéb ártalmakkal karöltve) s a szalvarzán ily esetekben csupán elősegíti a helyzet további romlását. Mindenesetre, ha szalvarzán-kezelés közben a vér szérumbilirubin tükre emelkedő értéket ad, akkor (saját vizsgálatok szerint) a szalvarzán kisebb-nagyobb ártalmára kell gondolnunk s a szalvarzán-kezelést fel kell függesztenünk, viszont ha ilyenkor a bilirubin csökkenését látjuk, akkor a májfunkciónak a szifiliszes alteratióját kell feltételeznünk, ami a szalvarzán-kúra erélyes folytatását teszi indokolttá.

A korai szifiliszes sárgaság kedvezőtlen kimenetele a máj sárga sorvadásához (atrophia hepatis flava) vezet. A májsejtek hevenyés degenerálódása s a sejtközi kötőszövetállomány szifiliszes megbetegedése az egész parenchyma súlyos gyulladását okozza. A májsejtek állománya úgyszólván szétesik, felszívódik, amit a vizeletben a leucinnak és tyrosinnak a megjelenése is jelez. A máj rohamosan zsugorodik, néha már megkisebbedett tompulata alig is mutatható ki. A beteg állapota többé-kevésbbé rohamosan romlik s a sárgaság nagyon intenzívvé válik. Lázas állapot, teljes étvágytalanság, hányás, hasmenés, a nyálkahártyák vérszegénysége jelzik a baj súlyosbodását. Végül delirium, aluszékonyság, majd coma következik be, mely aztán exitushoz vezet. Néha kritikus állapot után is bekövetkezik a gyógyulás, a kórjóslat azonban mindig rendkívül súlyos.

A késői, tertiär stádiumban a májgumma mellett leggyakoribb a diffuz szifiliszes májgyulladás. Fellépése többnyire a fertőzés után 10—20 év mulva következik be. Az atrophiával ellentétben itt a máj hatalmasan megnagyobbodik, tömött, síma vagy kissé göbös felületű lesz. Idővel a gyomorbéltraktus fokozódó panaszai jelentkeznek, emésztési zavarok, hasmenés, hányás formájában. Néha már ekkor mutatkoznak a hasvízkórnak kezdeti tünetei. Lassanként több hónap, pár év alatt az abnormális nagyságú máj zsugorodásnak indul, felülete mind göbösebbé, dudorosabbá válik. A hasvízkór (ascites) növekszik, a gyomorbélpanaszok — többnyire ijesztő vérhányások kíséretében — hovatovább aggasztóvá válnak. Végül is a májzsugorodás (cirrhosis) erős leromlás, májelégtelenség, ideges tünetek, majd a coma tünetei között exitushoz vezet. A betegség prognozisa mindazonáltal csak akkor reménytelen, ha már kőkemény, teljesen zsugorodott máj és nagyfokú hasvízkór van jelen. Az ascites kezdetén, sőt a máj mérsékelt zsugorodásánál is megfelelő specifikus kezelés kielégítő javulást eredményezhet.

Áttérve a vese szifiliszes eredetű bántalmaira, azt látjuk, hogy ezek a következő öt csoportba sorozhatók (Cumston) 1. Hevenyés és félhevenyés vesegyulladás (acut és subacut nephritis). 2. Idősült nem sorvadásos vesegyulladás (chronikus, nem atrophizáló nephritis), amely vagy az előbbi folyamathoz csatlakozik vagy minden előzmény nélkül, többnyire a szifiliszes fertőződés után a második évben lép fel. 3. Idősült, zsugorvese (chronikus

atrophizáló nephritis), mely azonban a szifilisszel nem fertőzött egyének hasonló természetű bántalmaitól igen nehezen különíthető el. 4. Gummás vesegyulladás (nephritis gummosa syphilitica), mely élőben úgyszólván egyáltalán nem diagnosztizálható. 5. Végül amyloid vesedegeneráció, mely boncoláskor a többi belső szervek késői szifiliszes elváltozásaihoz társulva észlelhető.

A szifilisz secundär stádiumában az esetleges lázas időszak tartama alatt, de anélkül is már mutatkoznak néha jelenségek, melyek a friss szifilisszel kapcsolatos akut veseizgalomra vallanak. Relatíve elég gyakori (saját vizsgálatok szerint az esetek 2—3%-a) a fehérje vizelés, amely azonban minden üledék és veseműködési zavar nélkül jelentkezik s rendesen a specifikus kezelésre rövidesen oldódik. Ezeket a jelenségeket már a tulajdonképpeni vesebajnak, a szifiliszes nephrosisnak legenyhébb, kezdeti alakjaként kell felfognunk, melyek könnyű lezajlásuk mellett is figyelemre méltók, mert lehetséges, hogy a továbbiakra kiható megbetegülési hajlamot hagynak maguk után.

Előfordul már a szifilisz kezdeti szakában, hogy komolyabb vesebántalom jelei mutatkoznak és kifejlődik a korai szifiliszes vesebaj (nephrosis syphilitica praecox). Fejfájás, derékfájás, emésztési zavarok és rossz közérzet mellett hirtelen lecsökken a vizelet mennyisége s a test különböző részein vizenyő (oedema) jelentkezik. A baj néha jóindulatú, de igen gyakran dacol minden kezeléssel.

Máskor a szifiliszes vesebántalmak nem akutan, hanem lappangva, a szifilisz későbbi stádiumaiban lépnek fel. Ilyenkor évek telhetnek el a nephrosis teljes kifejlődéséig. A koronként jelentkező fehérjevizelés (albuminuria) és a cilinderüledékes vizelés (cylindruria) sűrűsbödő recidivák kapcsán állandósul és prolongált, komoly bántalomhoz, a vese parenchymás degenerációjához vezet. A szifiliszes nephrosisokat feltűnően nagy és makacs oedémák szokták kisérni és némileg a hypertensio hiánya, a bal szívgyomrocs túltengése és a II. aortahang ékeltsége jellemzi. A vizelet mennyisége megkevesbedett (napi 5—600) és magas fajsúlyú és fehérje tartalmú (1‰—1%—5% albumen). Az üledékből hiányzik a vér, de szembeötlő a szimpla vagy dupla törésű lipoid anyagok jelenléte és belőle gyakran számos cilinder, epithel, zsírszemcse stb. mutatható ki. Dyspeptikus panasz, hányásra, hasmenésre való hajlam fennáll, ellenben a valódi uraemia és az eklampsiás roham nem tartoznak a szifiliszes vesebántalmat jellemző kórtünetek közé.

A szifiliszes nephrosis specifikus gyógykezelésre gyakorta szépen javul. A kezelés nélkül maradt, valamint a rosszindulatú esetek azonban feltartózhatatlanul romlanak és a vesezsugor (sclerosis) kórképéhez vezetnek. Ilyenkor a prognosis már felette kedvezőtlen. Az idült vesebántalomhoz rendesen más szervek késői szifiliszes elváltozása is társul, ami aztán a katasztrófális szifilisz-kahexiát eredményezi.

A vesegummát élőben igen nehéz diagnosztizálni s az a vérvizsgálat és a vesefunkciós vizsgálat eredményének összevetése segítségével is csak ritkán (Sirovicza) sikerül. Ugyanúgy csupán a kórboncnok szokta kimutatni a vese-amyloidosist is, amely az általános szifiliszes amyloidosis részjelenségét képezi.

A fent vázolt belső megbetegedéseken kívül számos szerv lehet szifiliszes elváltozások tárgya. Ezek közül a tüdő, a mellhártya, a nyelőcső, a gyomor, bél, hasnyálmirigy, lép, pajzsmirigy, mellékvese, thymus, hypophysis, hólyag, prostata, here és petefészek gummás vagy parenchymás megbetegedését emeljük ki.

De igen gyakori ezeken felül például az izületi- és csontszifilisz is. Előfordul továbbá az izmoknak, inaknak, inhüvelyeknek szifiliszes gyulladása. Nagyon fontos a szem szifilisze, különösen a veleszületett szifilisznél annyira gyakori keratitis parenchymatosa és a látóidegnek megvakulással fenyegető szifiliszes sorvadása. Itt említendő a lélekzőcsőnek, gégének, garatnak és az orrnak, úgyszintén a középső, valamint belső fülnek hallászavarhoz és süketséghez vezető elváltozásai.

Legvégül tárgyaljuk a sorrendünkben utolsó, de jelentőségében első helyen álló központi idegrendszeri megbetegedéseket. Ide tartoznak a közismert és rettegett agyszifilisz (lues cerebri), a hátgerincsorvadás (tabes dorsalis) és a terjedő hüdéses elmezavar (dementia paralytica progressiva). Ezeket a súlyos, idegrendszeri megbetegedéseket külön kell tárgyalás alá vennünk, mert sok tekintetben eltérnek a többi következményes megbetegedéstől. Főleg pedig azért érdemelnek megkülönböztetett figyelmet, mivel az eddig érintett belső betegségektől eltérőleg ezeknek az alapoka 100%-ban szifilisz.

A központi idegrendszer korai szifiliszes bántalmai többnyire az agyban, ritkábban a gerincagyban vagy a kettőben egyszerre szoktak megjelenni (s. cerebri, s. spinalis, s. cerebrospinalis). A lues cerebri egyik megnyilvánulása a kephalalgia syphilitica, a makacs, súlyos, főleg éjjel jelentkező, hónapokig, évekig tartó specifikus fejfájás. Objektív tünet itt gyakran hiányzik, de a pozitiv Wassermann és az ex juvantibus gyógyulás fölvilágosítást nyujt a baj alapokáról. Igen gyakori jelenség nőknél, akik fertőzésükről nem tudtak s így teljesen kezeletlenek maradtak. Másik megnyilvánulása az egyes agyidegek bénulása, gyakran a facialis, trigeminus, acusticus, abducens, ritkábban az opticus, oculomotoricus, trochlearis és olfactorius neuroplegiája. Antiszifiliszes kezelésre többnyire rövidesen és nyomnélkül gyógyulnak. A harmadik megnyilvánulása az előbbi kettőnek kombinációjában agykérgi és agyalapi tüneteket mutathat fel. Az agykérgi tüneteket a meningoenkephalitis gummosa váltja ki. Néha neuritis optica vagy pangásos papilla, általános agynyomásos tünetek hívják fel rá a figyelmet. Máskor Jackson-típusú epilepsziás rohamok jelentkeznek. A rohamokat sokszor helyi zsibbadások előzik meg és bénulásokat hagyhatnak maguk

után. Gyakori az aphasia, sőt a paralysisre emlékeztető tünetek fellépése. Az agyalapi tüneteket az agyalap szifiliszes meningitise idézi elő, bitemporalis hemianopsiával, polydipsiával és polyuriával. Ha a folyamat ráterjed a hypophysisre, akkor az óriás növésnek (akromegalia) lehet kórokozója stb. A spinális szifilisz tünetei igen különbözőek, aszerint, amint a koszorus ütér egyes területei külön-külön szenvednek sérülést. Így jön létre a polyomyelitis anterior és a syringomyelia stb. kórképe (Sarbó). A gerincagyhártyaburok specifikus megbetegedését pachymeningitis cervicalis hypertrophica syphiliticának nevezzük. A kifejezetten körülírt gummák klinikai jelenségei többnyire a gerincvelődaganat tüneteit mutatják. Végül az agyszifilisz harmadik formáját, a lues cerebrospinálist említjük fel, melynél az agyvelő és a gerincagy szifiliszes laesioja együtt fordul elő s ennek megfelelőleg a fent vázolt tünetek változatos kombinációját eredményezi.

A hátgerincsorvadás keletkezésének mai ismereteink szerint az a magyarázata, hogy a szifilisz kórokozóinak odavándorlása és a spirochätatoxinok behatása következtében körülírt gerincagyhártyalob, majd a »hátsó gyök«-ökre terjedő laesio keletkezik. Első sorban is a gerincagyhártyán a specifikus ingerre képződő granulációs szövet az érző rostokra gyakorol nyomást s ezek tönkremenésének következménye a »hátsóköteg«-egben fellépő laesio (Schaffer, Sarbó). Az egész, súlyos kórkép alapoka tehát a specifikus eredetű hátsóköteg-degeneráció, amely anatómiai elváltozás lévén irreparábilis. A tabes ezek szerint kifejezetten gerincagyi megbetegedés, ami azonban nem zárja ki, hogy a folyamat az agyvelő felé is tovább terjedjen. Újabban a kutatók mind gyakrabban mutatnak rá arra, hogy a hátgerincsorvadás nem mindig marad meg eredeti lokalizációjában. Az agyidegek kóros elváltozása is különösen gyakori kisérője a tabesnek. Amikor pedig a hátgerincsorvadás az agylágyulással karöltve jelenik meg, akkor a központi idegrendszer legsúlyosabb elváltozását, a taboparalysist látjuk magunk előtt.

A hátgerincsorvadás az úgynevezett lancináló fájdalmak megjelenésével hívja fel magára a figyelmet. A betegek többnyire az alsó végtagokban, de néha más testrészen is pillanatokig tartó, igen éles és heves fájdalomcikkázásokat éreznek, melyek helyüket gyakorta változtatják. A kezdő tünetek közé tartoznak a gyomorjelenségek is, melyeket főként fájdalom, hányás, általános rosszullét jellemeznek. A beteg természetesen eleinte hajlandó az előbbi panaszokat reumás, az utóbbiakat pedig gyomorbajos eredetűnek tartani. Közben azonban a folyamat újabb és újabb szimptomákat hoz. Elég gyakoriak a hólyagzavarok, amelyek nagyobbrészt a vizelet visszatartásának nehézségében (incontinentia), ritkábban pedig a vizelet kiürítésének nehézségében (retentio) nyilvánulnak. Máskor korai kettőslátás mutatkozik. Vagy szokatlan érzések (paraesthesia) lépnek fel a legkülönbözőbb testrészeken, így külö-

nösen hőérzés, hidegségi érzés, zsibbadás, bizsergés, hangyamászás, feszülés vagy pedig némely testrészeken az érzés teljes hiánya (anaesthesia). Egyes esetekben a látás zavarai hívják fel az orvost a tabes kezdetére. Ilyenkor a betegek többnyire a szem alkalmazkodási képességének (különösen sötétben való) romlására panaszkodnak. Ismét máskor a test egyensúlyozása válik zavarttá, gyakran botlik vagy minduntalan megtántorodik a beteg. Végül a járás nehézségei lépnek fel, a beteg bizonytalanul emeli a lábait (ataxia), ami az izmok beidegzésének súlyos zavarából ered. Az ataxia az esetek kisebb hányadában az első időben és hevenyésen kezdődik, úgyhogy a hátgerincsorvadás általa lesz nyilvánvalóvá, az esetek többségében azonban a fentebb leírt tünetek megjelenésével együtt vagy azok után fokozatos tempóban fejlődik ki.

A vázolt szubjektív tüneteken kívül a tabesnek vannak objektív megnyilvánulásai is, melyek az orvos szemében a diagnózist biztosítják. Ezek között legfontosabbak a térdtünet, az Achilles in reflexének hiánya, és a Robertson-tünet. A térdtünet semmi más, mint a térdreflex eltünése, mikor is megfelelően elhelyezett lábak mellett eleinte esetleg csak az egyik, később mindkét térdnek patellakalapáccsal való vizsgálatával az alszár reflektórikus kiugrását csak mérsékelt fokban vagy már egyáltalán nem tudjuk kiváltani. Hasonló jelenség az Achilles in reflexének hiánya is. Végül a harmadik jel az úgynevezett Robertson-tünet, a szem fénybogarának, illetve látájának (pupilla) speciális, kóros viselkedése. Ennek a tünetnek lényege az, hogy fényre a pupilla a nagyságát nem változtatja, fényhatásra nem reagál, de alkalmazkodási és convergentias reakciói épek. (Ha a pupillák utóbbi két reakciója is bénult, akkor agyi daganatra, agygummára stb. gondolunk!) A leírt térd — Achilles — és Robertson-tünet közül az imént jelzett szubjektív jelenségek kíséretében már egynek a jelenléte is biztosítja a hátgerincsorvadás diagnózisát! Ezen fontos jelenségeken kívül meg kell említenünk végül még az úgynevezett Romberg-tünetet, amely annak a következménye, hogy tabesnél az izmok tónusátadó beidegző rostjai is sérültek s így az izmok petyhüdtté, hypotoniássá válnak. A Romberg-tünetet oly módon vizsgáljuk, hogy álló helyzetben a beteg lábait összetétetjük és felszólítjuk, hogy szemeit erősen hunyja be. Pozitív jel esetén ilyenkor a tabeses egyensúlyozása zavarttá válik, a beteg erősen inogni kezd.

A tabes további lefolyása erősen idősült jelleget ölt. A beteg koronként könnyebben érzi magát, majd újabb és súlyosabb rohamok jönnek. Előfordul, hogy a jóindulatú és mérsékelt hátgerincsorvadás folyamata megáll, a beteg jól érzi magát s baja hosszú időn át tényleg nem progrediál. Az esetek többségében azonban fokozódik az ataxia, a járás mindinkább megnehezül. A tabeses beteg a beidegzés bénulása folytán lépés közben nem az egészségeseknél megszokott legrövidebb és legcélszerűbb mozdulatot

végzi, hanem a térdeit magasba emeli, dobja a lábát és talpa helyett a sarokra lép. Az ataxia fokozódása a betegeket rövidesen két bot használatára kényszeríti. Ehhez társulnak azután a többi tünetek. A görcsös »gyök«-fájdalmak, az úgynevezett tabeses krizisek, mind gyakrabban és kínzóbban jelentkeznek. Ezek a türhetetlen fájdalmak legtöbbször a gyomorban mutatkoznak, de lehetnek bélkrizisek, hólyagkrizisek, gégekrizisek stb. A folyamat további romlása folytán az ízületi szalagok — főleg a térdizület körüliek — meglazulhatnak, az izületi végek lemorzsolódnak, elferdülnek, ami bő, lötyögő, nyomorék izületek kifejlődéséhez vezet (arthritis deformans, arthropathia tabetica). Mindezen súlyos és a krizis szakában kínzóan fájdalmas elváltozások mellett a tabeses beteg sokáig élhet. Még leginkább a hólyag beidegzési zavarai bírnak életveszedelemmel, mert felszálló fertőzés folytán előbb-utóbb vesemedencegennyedéshez vezetnek (Sarbó). A gyötrő krizisek csillapításánál elkerülhetetlen morphium alkalmazása az esetek egy részében a morphinizmussal rövidíti meg az életet. Különben pedig a félben maradt (Jendrassik) tabestől eltekintve egyéb szervi szifilisz vagy pedig a mozgásra már képtelenné vált betegeknél fellépő tuberkulózis vezet a katasztrófához.

Áttérve a központi idegrendszer másik késői megbetegedésére, a terjedő hüdéses elmezavarra, állíthatjuk, hogy ennek kórlényege — mai ismereteink szerint — az agyszövet valóságos szifiliszes bántalmazottságában rejlik. Még néhány évtizeddel ezelőtt a tabeshez hasonlóan a paralysis aetiologiája sem volt felderítve. A spirochäta felfedezése és annak a paralysis miatt elhaltak agyszövetében való biztos kimutatása, valamint a vérszérum- és liquor vizsgálatok tökéletesedése óta azonban kétségtelenné vált a terjedő hüdéses elmezavar 100%-os szifiliszes eredete. A folyamat progrediálása és ciklusos volta azzal magyarázható, hogy a spirochäták először csak az agyhártyákra lokalizálódnak s így az általuk kiváltott idősült gyulladásos folyamat csak közvetve hat az agyszövetre. A folyamat újabb és újabb előrehaladása közben a mesodermáról az ectodermára terjed s az agyszövet fokozatos sorvadását, majd az úgynevezett agyvizenyőt (hydrocephalus) idézi elő. A megbetegedés az esetek többségében az agy temporo-frontalis lebenyében zajlik le, ami megmagyarázza, hogy miért találunk a legtöbb paralytikusnál súlyos beszéd- és értelemzavarokat.

A betegség rendesen gyors kifáradással, fejfájással, álmatlansággal és memoriacsökkenéssel kezdődik. Ehhez csatlakozik később a kisebbfokú beszédzavar, nehezebb szavak kimondásának akadályozottsága, betűkihagyás és felcserélés beszéd- és írásközben. A kezdeti jelenségek hónapokig tarthatnak és csupán amikor az imént jelzett tünetek fokozódnak s a betegek gondolkodása, viselkedése, ítélőképessége feltűnően megváltozik, akkor lesz nyilvánvalóvá a baj súlyos volta. Eleinte a páciens maga is észleli a szellemi funkciójának zavarait, a baj progrediálásakor azonban elveszti

megfigyelő képességét. Rendesen a mult eseményeire még emlékezik, de a jelen történések nyom nélkül eltűnnek agyából. Néha különös ingerlékenység lép fel, a beteg minden pillanatban kész az indulatkitörésre, máskor pedig minduntalan elérzékenyül, könnyen és esztelenül befolyásolható. Így lassan kifejlődik az elbutulás, az elmegyengeség.

A vázolt jelenségek a leggyakoribbak, de előfordulnak lényegesen eltérő kórlefolyások is. Ha az agyszifilisz nem a frontális agylebenyben, hanem az agykéreg más részein zajlik le, eleinte nem az elmegyengeség dominál, hanem az egyes testrészeknek vagy az egyik testfélnek bénulása (monoplegia, hemiplegia) stb. Máskor a betegség azzal veszi kezdetét, hogy a páciens melankólikussá válik, depressziók jelentkeznek, önvádakkal kínozza magát, majd egészen szófukar és közönyös lesz s önmagába mélyedve fogadja teljes elbutulását. Végül vannak esetek, mikor a paralysis mániás tünetekkel kezdődik, a beteg izgatottan viselkedik, tagadja betegségét, sőt nagyzási hóbortba esik, dicsekszik, szellemi és anyagi téren legyőzhetetlennek tartja magát. A mániás szak néha könnyű és múló s utána normális szak következhetik, remissziók észlelhetők, de ezt nemsokára felváltja súlyosabb romlás, majd a fokozatos elbutulás. Végül paralysises roham formájában is megjelenhetik a betegség, melyet egyszer helyi, máskor az egész testre kiterjedő görcsös rángás és eszméletlenség kísér. Az eszmélet visszatérése után gyakran marad vissza beszédképtelenség vagy a szellemi funkció súlyos kiesése.

Objektív kísérő jelenségek a hátgerincsorvadásnál leírt Robertson-jel, a pupillák egyenlőtlensége (anisokoria), a mély reflexek hiánya vagy spastikus fokozódottsága, néha a nevetés alkalmával feltünő féloldali bénulás, máskor az ajak és nyelv remegése, az arcizomzat petyhüdtsége és a kifejezéstelen, stupid tekintet. Paralyzisnél éppúgy, mint a tabesnél vannak a specifikus kezelés folytán jóindulatúan végződő, »félbemaradt« esetek. Úgy látszik, hogy ilyenkor a szervezet ellenanyagainak sikerül a spirochätákat még a katasztrófális anatómiai rombolások bekövetkezte előtt legyőznie. Az esetek többségében, különösen a későn kezelésbe kerülő betegeknél, a folyamat örökös remissziók közben feltartózhatatlanul progrediál, az agyállománynak mind kiterjedtebb területét foglalja le a specifikus degenerálódás, míg végül a beteg teljes testi és szellemi összeroskadással kerül az ágyba s a táplálkozás hiánya, cahexia, decubitus és sepsis tünetei mellett következik be exitusa. (Sarbó.)

Az elmondottakból láthatjuk, hogy a szifilisz az emberi szervezet legkülönbözőbb részeiben okozhat súlyos destrukciókat, késői megbetegedéseket. És hogy számszerüleg is jelezzük — amire később részletesen visszatérünk — a szifilisz részesedését a különféle betegségek előidézésében, alább közöljük 23 kutatónak erre vonatkozó megdöbbentő arányszámait:

1. A szifilisznek és következményes ártalmainak az egyes kórformákhoz mért százalékos aránya.

A betegségek megnevezése	A kutatók neve	Az összes esetek közül szifiliszes eredetű %-okban
Világrahozott bujakór	—	100·0
Hátgerincsorvadás	—	100·0
Dementia paralytice progressiva	—	100·0
Aneurysma	Heller szerint	85·0
	Rasch «	82·0
	Malmtim «	80·0
	Renvers «	70·0
	Etienne «	69·0
	Welch «	66·0
	Gerhardt «	53·0
	Leredde «	50·0
	Thibierge «	50·0
	Herberg «	41·0
Hypertonia essentialis	Stoll «	90·0
	Amblard «	78·0
	Castaigne «	60·0
Angina pectoris	Leredde «	75·0
Aortainsufficientia	Citron «	80·0
	Fraenkel «	66·0
Apoplexia	Gerhardt «	41·0
	Leredde «	33·0
Szív- és ütőérbajok együttesen	Leredde «	50·0
	Wittgenstein «	32·0
	Fraenkel «	25·0
Szívbillentyűhiba	Worbjen «	16·0
	Gerhardt «	4·7
Érelmeszesedés	Wittgenstein «	4·5
Májsorvadás	Herxheimer «	38·0
	Umber «	37·0
	Leredde «	33·0
Idősült vesegyulladás	Leredde «	33·0
	Wittgenstein «	25·0
Veseamyloidosis	Engel «	25·0
Ideg- és elmebeteg együttesen	Wender «	17·0
	Sarbó «	14·0
Idegbajosak (tabes és paralys. kivül)	Nonne «	1·5
Csontbajok (a tuberkulózison kivül)	Leredde «	10·0
Gyomorfekély	Aaron «	1·2

Befejezve a »szerzett« szifilisz lefolyásának és következményeinek leírását, röviden még kitérünk a »világrahozott« (congenitalis) szifilisz vázolására. A congenitális szifilisz az orvosok és a közvélemény előtt hosszú időkön át téves megvilágításban állott, amennyiben azt öröklékeny betegségnek tartották. Mai ismereteink szerint azonban már kétségen felül áll, hogy itt ugyan világrahozott, de nem a szó szoros értelmében vett öröklött bajjal van dolgunk. A szifilisz fertőző betegség és természetesen fertőző tulajdonsága a magzatnál is érvényesül. Így történik, hogy a magzat a szifilisz kontágiumával a méhen belüli életben fertőződik s betegségét már magával hozza a világra. Nincsen tehát öröklött szifilisz, csupán a méhen belüli életben szerzett, világra hozott baj.

Egy ideig azt képzelték, hogy az ondószálcsa is fertőzve lehet s a szifiliszes ondószál által megtermékenyített petéből szifiliszes gyermek származik. Utóbb azonban kiderült, hogy az ondószál szifiliszes nem lehet, hiszen a spirochäta nagyobb a spermiumnál s így az bele nem is furódhatik, viszont az ondófolyadékban igenis úszkálhatnak spirochäták, amelyek fertőző képesek. Az ilyen spirochätákkal elárasztott ondófolyadék persze megfertőzheti az anyát, de egészen valószinűtlen, hogy az anya megfertőzésének kizárásával egymagában a termékenyült petét inficiálja. Az meg éppenséggel a lehetetlenség határán mozog, hogy az ilymódon fertőzött pete gyarapodásnak induljon s élő individuummá fejlődhessék.

A vérsavóvizsgálat korszaka előtt különösképen homályba burkolta a kérdést az a mindennapi tapasztalat, hogy teljesen egészségesnek látszó anyáknak születtek szifiliszes kiütésektől borított magzatai. És az akkori tudomány érveivel magyarázhatatlan módon ezek az eminenter fertőző csecsemők, akik idegen dajkákat minduntalan inficiáltak, saját anyjukat sohasem fertőzték meg. Colles (1837), majd Baumes fenti tapasztalat alapján állították fel híres tételüket, mely szerint az a tünetmentes anya, aki szifiliszes magzatot szült, egyáltalán nem kaphat szifiliszt, vagyis e betegséggel szemben immunisan viselkedik. A tétel ma is helytálló, de magyarázata egészen másutt rejlik, mint ahogy akkor képzelték. Az ilyen eseteket ugyanis olyképpen magyarázták, hogy az apai átvitel folytán szifilisszel fertőzött magzatból az anya vérkeringésébe bizonyos védőanyagok jutnak, melyek az anyát a szifilisszel szemben immunissá teszik. Persze ennek az indokolásnak már a maga idejében is sok ellenzője akadt, mert sehogyan sem lehetett megmagyarázni, hogy miként keletkeztek az anyában immunanyagok ugyanakkor, mikor az újszülöttben ezek hiányoztak. Emellett mindinkább szaporodtak a pontos klinikai megfigyelések, melyek arra utaltak, hogy a szifiliszes magzatot szülő »immunizált egészséges« anyák maguk is tünetmentes, latens szifiliszben szenvednek. Végül a vérvizsgálatok felfedezése s a szülőnők ezirányú pontos megfigyelése bebizonyította, hogy az ilyen anyák 90—95%-a biztosan pozitív Wassermann reakciót ad. Mai felfogásunk szerint természetes az, hogy az anya latens szifilisze mellett tünetekkel bíró csecsemő születik, akinek anyja azonban érthető módon betegségét nem kaphatja csecsemőjétől vissza. A szifilisszel született magzat azért nem fertőzheti anyját, mert anyja is szifiliszben szenved, aki saját latens szifiliszének immunizáló hatását élvezi!

Az újszülött esetleges immunitásának kérdése körül is sok zavar mutatkozott a multban. Gyakori tapasztalat volt, hogy az előbbiek fordítottjaként friss szifilisszel bíró anyák egészségesnek látszó gyermekeket hoztak a világra, kik szoptatás közben sem kapták meg anyjuktól a szifiliszt. Ezen tapasztalatok alapján Profeta az ő sokat vitatott törvényében kimondta, hogy a szifiliszes anya a szifiliszmentesen született gyermekét nem fertőzheti

meg, mert az immunitást élvez. A tétel ebben a beállításban téves, mert a későbbi szerológiai vizsgálatok kiderítették, hogy ezekben az esetekben az újszülött latens szifiliszben szenved s immunitásának épen ez a magyarázata. A Profeta törvény legfeljebb csak egy vonatkozásban és ritka kivételként képzelhető el, amikor tudniillik friss szifilisszel bíró anya újszülötténél valóban a legpontosabb klinikai és vérvizsgálati módszerrel sem mutatható ki szifilisznek semmi jele s ennek dacára anyai szoptatásnál mégsem jelentkezik fertőződés. Ha a Profeta-féle immunitást ilyenkor fel is tételezzük, ennek fennállása csak igen ritkán és egészen rövid ideig, mindössze pár hónapig tarthat.

A világrahozott szifilisz kórlényege mai ismereteink szerint röviden a következő.

Az apa friss vagy latens szifiliszével megfertőzi az anyát. Ritkábban az anya viszi a szifiliszt a családba. Az anya a szifiliszének különböző stádiumában kerülve teherbe, a betegségének intenzitásához mérten befolyásolja a magzat sorsát. Az apai átvitel nincsen bizonyítva, bár egyesek (Hochsinger) még ma sem zárják ki ennek lehetőségét. Bizonyos azonban, hogy a fertőzés forrását mai ismereteink alapján a méhlepényben (placenta) kell keresnünk. Az anya a placentáris vérkeringés utján a spirochätákat átszármaztatja magzatába és azt szifilisszel megfertőzi. Általában véve minden gyermeket, aki friss szifilisszel bíró anyától született, szifiliszesnek kell tekintenünk, még akkor is, ha az anya a fogamzás, terhesség és szülés alatt tünetmentes is volt. Ilyen esetben az újszülött klinikai tünetmentessége semmit sem bizonyít a szifilisz ellen. Minél rövidebb idővel fertőződik egy anya a fogamzás megtörténte előtt, annál kedvezőtlenebb a magzat sorsa. Kassowitz törvénye szerint továbbá annál pusztítóbb a spirochäták hatása, minél fiatalabb a méhen belüli lény. A friss fertőzés meg is akadályozhatja a termékenyülés létrejöttét! A terhesség első hónapjaiban bekövetkező infekció elvetélést (abortus) okoz. Igen sok vetélgetésnek ez az egyszerű oka! A későbbi hónapok infekciójának macerált magzat, majd halvaszületett gyermek az eredménye. Ezt kihordott, de szifiliszes tünetekkel született és többnyire pusztulásra szánt gyermek követi. Végül a sorozatot látszólag egészséges, de később mégis szifiliszes tünetekben megbetegedő újszülött zárja be. Történjék az infekció a terhesség nyolcadik hónapja után, akkor a gyermek valószinűleg a szülőutakban, szülés közben fertőződik, de ilyenkor néha mentes is maradhat. Utóbbi ritka esetek azok, mikor tilos az anyának egészséges gyermekét szoptatni! Végül, ha a szülők szifilisze öt évnél idősebb s a terhesség recidivamentesen zajlott le, akkor csak ritkán következik be az utód congenitális fertőződése. Mindazonáltal az átvitel lehetősége néha — úgy látszik — emberöltőkön át fennáll, legalább is ezt bizonyítják a kigyógyítatlan congenitális szifilisznek a második, sőt harmadik generációban is megjelenő esetei. (Tumpeer, Harrison, East, Walker stb.)

A világrahozott szifilisz a születés pillanatában lehet 1. manifest szifilisz, mikor is az újszülött bőrtünetekkel és a legkülönbözőbb szervi szifiliszes elváltozásokkal jön a világra vagy 2. latens szifilisz, melynek első erupciói a születés után hosszabb-rövidebb idővel, de többnyire a 3.—4. héten mutatkoznak és végül 3. késői típusú szifilisz (s. congenitalis tarda), melynél a születés után évek mulva jelennek meg a szerzett szifilisz harmadlagos tüneteihez hasonló súlyos elváltozások. A szifilisszel született gyermek sorsa igen bizonytalan. Az esetek jelentékeny hányadában amúgyis koraszülött, debilis gyermekkel állunk szemben s a debilitást súlyosbítja, hogy a belső szervek többnyire szifilisztől inficiáltak. Az ilyen szerencsétlen gyermekeknél gyakran mutatható ki a tüdő szifilisze, mely egy-két nap alatt halálhoz vezet, de igen súlyos kimenetelűek a szifiliszes bélfekélyek is, a bélnyálkahártya diffuz szifiliszes gyulladása, a hasnyálmirigy, mellékvese, a máj szifiliszes elváltozása stb. A lép és a máj ilyenkor úgyszólván kivétel nélkül igen duzzadtnak tapintható. Különösen rossz jel a pemphigus syphiliticus jelenléte, mely a tenyereken és talpakon képződő típikus szifiliszes hólyagokból áll.

A szifiliszes nátha (coryza syphilitica) egyike a congenitális szifilisz leggyakoribb megnyilvánulásának. Néha ezzel együtt születik a gyermek, máskor a coryza bizonyos idővel a születés után lép fel. Mint száraznátha kezdődik, de az orrnyálkahártya duzzadása igen nagy méreteket ölthet, ami a légzést rendkívül megnehezíti. A csecsemő ilyenkor hátraszegett fejjel fekszik, nagyon szuszog és a lélekzés nehézsége miatt a szopás is lényegesen zavart. A folyamat kellő antiszifiliszes kezelésre néha szépen javul, máskor, különösen minden kezelés híjján fekélyes náthává alakul, mely véres-nyákos váladékot produkál s a porcokra, sőt orrcsontokra is ráterjedhet. Közben a betegség a környezetet is megtámadja, ennek folytán az orrösvény és a szájpad egyes része elhalhat, ami súlyos deformitásokhoz vezet. Így jön létre a korai lapos nyeregorr, a világrahozott szifilisznek egyik maradandó ismertető jele.

A születés után a 4.—6.—8. héten szokott a csecsemőknél kifejlődni az úgynevezett diffuz bőrinfiltráció, a beteg bőrterületek típikus megvastagodása. Ilyenkor főleg a talpak, kezek, a fartájak bőre, valamint az arc- és fejbőr duzzad meg, élénk vörös és fényes lesz, feszül, majd rézvörössé válik és olyannak látszik, mintha be volna lakkozva. Ezek a beteg területek rendkívül hajlamosak berepedésre, minek következtében — különösen az ajkak szélein — gyakran keletkeznek mély rhagades-ok, melyek maradandó heggel gyógyulnak. A jelzett bőrelváltozáson kívül különféle egyéb bőrtünetek is mutatkozhatnak a veleszületett szifiliszben szenvedő csecsemőn. Rupia-szerű, vastag, varas pörkkel fedett fekélyek, körülírt foltok vagy szifiliszes göbcsék, sűrűbb vagy elszórtabb formában, seborrhoeás, lichenszerű, esetleg condylomás jellegű syphilidek stb. Végül nagyon gyakoriak

a nagyhólyagos (bullosus) kiütések, melyek sokszor gennyes, fekélyes, igen súlyos formát öltenek (syphilis congenitalis papulopustulosa).

A bőrtünetek után vagy azokkal egyidejűleg léphetnek fel a gyermekeknél a legkülönbözőbb belső elváltozások. A csont- és izületrendszer szifilisze, májszifilisz (főleg cirrhosis), lépnagyobbodás, specifikus vesegyulladás (diffuz, haemorrhagias glomerulonephritis) stb. Az elég gyakran fellépő korai agyszifilisz jelentkezését erős izgatottság, hányás, felsikoltás, tarkómerevség és görcsök jelzik. Ilyenkor az agyburkok specifikus gyulladása is fennáll és többnyire a születés utáni fél—egyév alatt kifejlődik a vízfejűség (hydrocephalus). Lassan, alig észrevehetően nagyobbodik ilyenkor a koponya, majd a fejtető viszereinek erős tágulása után megjelenik a vízfejű gyermekekre jellemző, előre és lefelé tolódott, kimeredt szemteke. A nagyfokú koponyaűri nyomás néha a szemideg sorvadását (atrophia nervi optici) okozhatja, máskor a szellemi fejlődés teljes visszamaradását eredményezi. A vízfejűség prognózisa mindig komoly, de nem teljesen kilátástalan, mert — különösen idejében kezdett kezeléssel — eredményesen korrigálható.

A csecsemőkori szifilisz lefolyásához az említett specifikus elváltozások szerepe mellett csupán azt fűzzük, hogy a congenitális szifiliszben szenvedő csecsemők rendkívül nehezen fejlődnek, debilisek, ellentállásuk tetemesen csökkent s ha nem is esnek valamely szifiliszes szervi folyamat áldozatául, igen könnyen pusztulnak el minden közbejött másmészetű megbetegedésben.

A világrahozott szifilisz azonban nemcsak a csecsemőkornak, hanem igen gyakran a gyermekkornak, sőt a serdülőkornak is megbetegedése. Ilyenkor vagy a csecsemőkorban jelentkező szifilisz recidivájaként jelentkezik vagy pedig minden előzetesen észlelt tünet nélkül, a congenitális latens szakból lép elő. Ennek megfelelőleg a késői világrahozott szifilisz (syphilis congenitalis tarda) a tertiär jelenségek jellegzetességét viseli magán. Az ilyen késői tüneteknek egy része múlójellegű és harmadlagos bőrkiütésekben, serpiginosus fekélyek és bőrgummák stb. formájában vagy csontgummákban, májzsugorodásban, szifiliszes vesegyulladásban etc. jelentkezik. Vagy pedig olyan természetű elváltozásokhoz vezet, melyek bizonyos maradandó és a világrahozott szifiliszre kórjelző elváltozásokat okoznak. Ezek a tünetek a beesett orrgyök, az orrcsontok gummája folytán képződő nyeregorr, az ajkak körüli hegek és az úgynevezett Hutchinson-féle trias. Utóbbi »hármas jel«-nek egyik tagja a belső fül szifiliszes destrukciója folytán fellépő süketség, másik tagja a szem szifiliszes szarúhártyagyulladása (keratitis parenchymatosa) és harmadik a sarlóalakúan kivájt élű Hutchinson-féle metszőfogak jelenléte. A trias jelenlétét a világrahozott szifilisz diagnózisának felállításánál bizonyító értékűnek szokták venni.

Végül a világrahozott szifilisznek központi idegrendszeri elváltozásait emeljük ki, a hátgerincsorvadást és a progresszív paralysist, melyeknek

MTA KÖNYVTÁR

tünetei lényegileg megegyeznek a szerzett szifilisz következtében keletkező hasonló megbetegedésekével, csak fellépésük nem annyira fokozatos, viszont lefolyásuk és esetleges katasztrófális kimenetelük sokkal gyorsabb tempóban következik be.

A világrahozott szifilisz rombolását a szerencsétlen megfertőzött gyermekek különféle szerveiben a következő táblázatunkkal illusztráljuk:

2. A világrahozott szifiliszes betegeknél fellépő következményes elváltozások gyakorisága.*)

Megnevezés	A vizsgálatot végző kutatók neve				
	Fournier	Rabl	Behring	Hugemir	Hochsinger
Az összes vizsgált esetek száma	212	125	37	185	112
Az összes vizsgált esetek közül szifiliszes elváltozás volt a:					
szemben	101	46	26	74	1
csontokban és ízületekben	87	51	42	26	13
bőrön, bőr alatt, nyálkahártyán	76	20	8	—	—
fülben	40	—	2	20	1
belső (viceralis) szervekben	52	—	—	—	2
orrban, gégében, garatban	82	—	—	17	6
agyban, gerincvelőben	54	1	3	—	89
Hutchinson-féle triasban	—	4	—	11	—
fogakon	—	—	11	55	4
mirigyekben	—	—	19	—	6
légzőszervekben	—	—	—	—	15
sziven és erekben	—	—	—	—	13
valódi infantilis jelenségekben	—	—	—	—	3
általános gyöngeség és vérszegénységben	—	—	—	—	86
egyebekben	15	—	—	—	3

Áttekintve mindezekben a nemi betegségeknek, a lágyfekélynek, kankónak, valamint a szifilisznek fontosabb megnyilvánulásait és feltárva azoknak mai ismereteink szerint való kórlényegét, igyekeztünk rövid, de áttekinthető képet nyujtani azokról a megdöbbentően változatos ártalmakról, melyeket ezek a betegségek az emberi organizmus legkülönfélébb szerveiben idézhetnek elő. Csupán ezek az alapismeretek nyujtanak módot és lehetőséget arra, hogy a nemi bajoknak a továbbiakban következő szociálhigiénés értékelését eredményesen tudjuk abba a szemszögbe beállítani, amelyből az oknyomozó statisztika fegyvereivel e betegségek problémáit tudományos feldolgozás tárgyává tehetjük.

*) Sprinz nyomán.

III.

A nemi betegségek társadalomegészségügyi és járványtani szerepe.

A nemi betegségek már kórlefolyásukban is lényegesen eltérnek a többi heveny- és idült fertőző megbetegedésektől. Ez az eltérés azonban minden egyéb megnyilvánulásukban is kimutatható. Így egészen egyedülálló a nemi betegségek ragályozásának a módja, különlegesek a népesedésüggyel való szoros vonatkozásai, tipikusak a fajegészségügyet érintő kihatásai és egészen speciálisak azok az indokok, amelyek a nemi betegségek terjedését és epidemiológiáját megmagyarázzák.

A veneriás betegségek társadalomegészségügyi szerepét vizsgálva, először is e bajok ragályozási módozatainak kérdését kell kutatnunk. Köztudomású, hogy az infekciós betegségek fertőző csirái különböző utakon jutnak a fertőzött egyének organizmusába. Az egyik már a levegőn át, cseppinfekció alakjában is fertőz (influenza), a másik többnyire élelmiszerek és ivóvíz útján jut a szervezetbe (typhus, cholera), a harmadik gyakran a köpet által fertőz (tuberkulózis) stb. A nemi betegségeknél azt látjuk, hogy az infekció egészen speciális formában, szexuális úton történik. Általában tehát a veneriás betegséggel való fertőzés a szexuális életnek bizonyos különleges adottságát tételezi fel s alapját a nemi közösülés képezi. Nyilvánvaló, hogy a cseppinfekció vagy a tápszer és ital útján stb. által történő megfertőzés is sokkal könnyebben megtörténhetik, mint a közvetlen érintkezésből keletkező szexuális infekció, amiből azt kellene következtetni, hogy az utóbbinak előfordulása ritkább, elkerülése könnyebb. Hogy azonban ez a következtetés — sajnos — nem volna helytálló, azt jelen fejezetünk részletesen meg fogja indokolni.

A fertőzés olyképpen történik, hogy a fertőző mikrobák átszármazva az új egyedre, ott szaporodásnak indulnak és a betegség természete szerint lokális vagy univerzális elváltozásokat létesítenek. Kankónál elégséges a gonococcusokkal telt váladéknak a nemi szervek nyálkahártyáira jutni, ahol rövid úton bőséges szaporodásnak indulnak. A lágyfekélynél és főleg a szifilisznél — úgy látszik — ezenkívül a fertőző csiráknak a bedörzsölése, bemasszirozása is szerepet játszik. Ez az egyik magyarázata annak, amiért

coitus közben olyan gyakran létrejön a szifiliszes fertőzés. A nemi részek surlódása közben alig kerülhető el, hogy nagyobb-kisebb, néha szemmel nem is látható minimális nyálkahártyasérülés vagy repedés be ne következzék, amelyen keresztül a spirochäták a mélybe hatolnak. Régi tapasztalat, hogy a fertőzés bekövetkezése ilyenkor annál valószínűbb, minél kifejezettebbek és frissebbek a fertőző egyén tünetei. Itt azonban nem annyira a fertőzőcsirák qualitatív szerepe érvényesül, mint azok quantitása. A kevésbbé fertőző idült kankónál vagy a latens szifilisznél nem sikerült a mikroorganizmusok fertőzőképességének alászállását elfogadható módon beigazolni s emiatt ezeknek kisebb veszélyeztető képességét kizárólag a csökkent mennyiségben jelen levő gonococcusok, illetve spirochäták quantitativ szerepével magyarázhatjuk. Az elmondottakból következik viszont, hogy friss, bőváladékú kankónál, nyitott, gennyes felületű lágyfekélynél és kiütéses, nedvező szifiliszes tünetek esetén a coitus úgyszólván biztos megfertőzéshez vezet.

A fertőzés módozatainak részleteire térve át, ki kell emelnünk, hogy az infekcióknak az említett, nagy többséget kitevő szexuális típusa mellett aszexuális fertőzési lehetőségek is vannak. Mindkét fertőzési mód lehet továbbá olyan, amely a nemi részekre lokalizálódik (genitális) és olyan, amely a nemi szerveken kívül, a szervezetnek valamely más részén fordul elő (extragenitális). A fertőzési eshetőségek tehát elkülönítő beosztásunk (Doros) szerint következők :

1. Szexuális-genitális. 2. Szexuális-extragenitális. 3. Aszexuális-genitális. 4. Aszexuális-extragenitális.

Példákkal világítva meg ezt a beosztási rendszert, először is : szexuális-genitális fertőzésnek nevezünk minden nemi érintkezés útján a nemi részeken okozott veneriás infekciót. Szexuális-extragenitális fertőzés például a nemiérzés egyik megnyilvánulásának, a csóknak következtében — mondjuk a szájon — keletkezett szifiliszes primär affectio. Aszexuális-genitális fertőzés a gyermek vulvovaginitise, mikor az például az anyja kankós váladéka által inficiálódik. Végül aszexuális-extragenitális infekcióról beszélünk, ha a fertőzés nem nemi úton és nem is a nemi szerveken következett be, mint például a borbély borotvája által az arcon keletkező szifiliszes indurationál.

Extragenitális fertőzést mindhárom nemi betegség okozhat. Ezek közül leggyakoribb a kankónak az újszülöttek szemében előidézett gyulladása, a blenorrhoea neonatorum. Az ilyen extragenitális kankós szeminfekció morbiditását statisztikai megállapítás tárgyává tenni még nem lehetett s így annak az összes veneriás fertőzésekhez való arányszáma sem ismeretes. E tekintetben azonban értékes közvetett felvilágosítást nyujt az ilytermészetű extragenitális fertőzések gyakori következménye, a megvakulás. Az 1912. évi hivatalos vakságügyi statisztikai gyüjtés adatai ugyanis — amint később bővebben tárgyaljuk — azt mutatták, hogy az összes megvakulásoknak mintegy 6%-ában az újszülötteknél extragenitális szeminfekció történt.

A lágyfekélynek extragenitális fertőzési eseteit is leírták szórványosan az irodalomban, azonban ezeknek nagy ritkaságuk és következmények nélküli, könnyű lefolyásuk miatt a társadalomegészségügy szempontjából fontosságuk alig van.

Annál figyelemreméltóbbak azonban azok a fertőzési lehetőségek, melyek a szifilisznél extragenitális úton jelentkeznek. Egyes külföldi statisztikából a szifilisznek igen nagymérvű extragenitális szétterjedéséről értesülünk. A fertőzés módja ilyenkor többnyire familiáris, mikor a gyermekek a szülőktől, hozzátartozóinak (aszexuális) csókja útján vagy az evőeszközök, mosakodó-, törülközőeszközök, szükségleti hely stb. útján inficiálódnak. Eképpen terjedt el annak idején hazánkban is a fiumei tengerparton bevezetésünkben említett szifiliszjárvány (skerlievo). Bulkley még 1893-ban is 12.000 extragenitális szifiliszesetet számolt össze a világirodalomban. Különösen szomorúak voltak és még sok tekintetben ma is azok a viszonyok Oroszország bizonyos tartományaiban, ahol egyes falvakban állítólag a lakosság fele szifiliszes. E betegségnek ilyenmérvű, nemre és korra való tekintet nélküli elterjedettsége természetesen csak extragenitális úton lehetséges. A távoli orosz falvak muzsikjai között a kultúra és egészségügy elmaradottságán kívül magyarázatot nyujt a baj veszedelmes elterjedésére az a népszokás is, amely szerint üdvözléskor az idegenek is megcsókolják egymást. Pospendow a megvizsgált gyermekanyagában például még Moszkvában is 4%-ban talált pozitív vérvizsgálati leletet!

Közismerten rosszak voltak a háború előtt a viszonyok Boszniában, ahol Glück egyik kerületben 5 év alatt 3887 olyan szifiliszesetet észlelt, ahol a genitáliákon primär affekciót kimutatni nem lehetett. Ugyancsak ismeretes, hogy Romániában is feltűnő méretű a szifilisz extragenitális ragályozása. Az említett adatokkal összevág a Finger tankönyvében feltüntetett arány, amelynek értelmében az extragenitális szifiliszes fertőzések a Balkánon az összeseknek 50%-át, az orosz Rjäsen kormányzóságban 74%-át, sőt Popow és Bjeloussow adatai szerint az orosz Wladimir tartományban 91%-át teszik ki. Fournier tapasztalatai szerint az extragenitális szifilisz Párizsban 8—9%-ban, Hecht becslése szerint Középeurópában átlag 10%-ban fordul elő. Kétségtelen, hogy minél műveltebb valamely népesség és minél magasabb valamelyik országban az egészségügyi kultúra, annál ritkábban látjuk a fertőzésnek ezt a módját. A Balkántól észak felé és Oroszországtól nyugati irányban mindinkább csökken az extragenitális esetek arányszáma. Hazánk a Hecht-féle becslésnél is kielégítőbb eredményekkel dicsekedhet, mert az eddigi tapasztalatok szerint nálunk az extragenitális szifilisz-infekciók 10%-ot sem érnek el. A budapesti bőr- és nemikórtani klinikának 30 évre visszamenő szifiliszes beteganyagából Herczeg gyüjtötte össze a szifiliszes fertőzések statisztikáját és azt találta, hogy az összeseknek mindössze 5%-a volt extragenitális. Ebből is 0·9% a nemi

szervek közvetlen környékére lokalizálódott (perigenitalis affectio) s így tágabb értelemben genitális, de föltétlenül szexuális eredetű volt. A tisztán extragenitális arány eszerint 4·1%-ra redukálódott. Persze a klinika tekintélyes, de mégis zártkörű anyagából általános érvényű következtetést vonnunk nem szabad és a kérdés további vizsgálatok tárgyát kell, hogy képezze. Mert valószínűleg igaza van Fourniernek abban, hogy a veneriológus az extragenitális fertőzések egy részéről egyáltalán tudomást sem szerezhet, hiszen az ilymódon fertőzött egyének nem ismerve bajuk természetét, másféle szakorvosokhoz fordulnak, sebészhez, szemészhez, orr-gégészhez stb., aszerint, hogy a primär sclerosis melyik testrészükön jelenik meg.

A lokalizációra vonatkozó statisztikákból igen értékes felvilágosítást nyerhetünk a baj terjedésére és szexuális vagy aszexuális voltára. Scherber bécsi adatai azt mutatták, hogy az extragenitális szifiliszfertőzések 22·3%-a az ajakon, 12·5%-a mellen és mellbimbón, 7·3%-a a szájüregben és 5·1%-a a kezeken és ujjakon fordult elő. Herczeg budapesti statisztikája a következő eloszlást tünteti fel:

1. Az extragenitális szifiliszes fertőzések száma és lokalizációja a budapesti bőr- és nemikórtani klinikán. — 1892—1922.

A lokalizáció megnevezése	Férfiak		Nők	
Felső ajak	42		60	
Alsó ajak	58		64	
Mindkét ajak	3	130=51·2%	3	136=74%
Nyelv	5		—	
Mandulák	21		9	
Egyéb szájnyálkahártya	1		—	
Áll	9		2	
Arc	7		7	
Szem	8		3	
Orr	3		—	
Homlok	1		1	
Nyak	3		—	
Emlő	—	8=3%	15	17=9·3%
Hónalj	—		1	
Has	5		1	
Kéz és ujjak	10		3	
Comb	2		3	
Lágyék	2		5	
Szeméremdomb	72		1	
Végbél és környéke	2		3	
Összesen	254		181	

Ezek az adatok is feltűnővé teszik az extragenitális fertőzéseknek arcon és főleg az ajkakon való gyakori előfordulását. Kétségtelen, hogy az ilymódon előálló infekciók egyrésze aszexuális eredetű, túlnyomó többségük azonban csók következtében származik. Igen érdekes megfigyelni, hogy

milyen az eloszlási arány a férfiak és nők között. Először is megállapítható, hogy a férfiak többsége az extragenitális fertőzések terén távolról sem közelíti meg azt a többséget, amit a genitális fertőzéseknél felmutatnak. A nők tehát »relatíve« gyakrabban inficiáltatnak extragenitálisan, mint a férfiak, ami akként magyarázható, hogy a nőknek egy széles csoportja genitális-szexuális érintkezésbe nem bocsátkozik, hanem az extragenitális-szexuális érintkezésnél megmarad. Ilyen esetekben, a szájon való csókolásnál vagy az emlőbimbók csókolásánál stb. a férfinak esetleges szifilisze a fertőzés kapuját nem a genitáliákon, hanem más testrészeken, elsősorban a szájon és emlőkön okozza. Állításunkat igen valószínűvé teszik a fenti számok, melyek szerint a nőknél az összes extragenitális fertőzések 74%-a fejre és 9·3%-a törzsre esik. Tovább részletezve a kérdést, az is kiderül, hogy a csókinfekció által elsősorban veszélyeztett szájon az összes női extragenitális fertőzések 70·1%-ban és a másodsorban veszélyeztetett mellen 8·2%-ban fordultak elő. Az viszont természetes, hogy a csókinfekció a szájon nemcsak az ajkakat, hanem a száj egész nyálkahártyáját, a nyelvet és a mandulákat is érinti, sőt utóbbinak a szájfertőzések között az ajak után legnagyobb szerepe van.

Ami az aszexuális-extragenitális fertőzéseket illeti, az ilyenek előfordulása az előbbieknél tetemesen ritkább. Ezeket ismét három csoportba oszthatjuk, aszerint, hogy *a)* familiáris úton, *b)* foglalkozás közben vagy *c)* véletlen útján terjedtek tovább. Familiáris módon keletkeztek az említett orosz, balkáni és skerlievoi endemiák, amikor a családtagok behurcolták a spirochätákat a familiákba és azokat nemcsak csók által, hanem az evő- és törülközőeszközök, ágynemű, szükségleti hely stb. útján terjesztették szét. A kultúrországokban ma csak szórványosan fordulnak elő súlyosabb családi fertőzések. Ilyen eseteket irtak le Werther, továbbá Gerber Németország különböző városaiban, hol egy-egy infekció 6—9 tagú családot fertőzött meg. Magyarországon nagyobb családi fertőzések előfordulásáról az utolsó évtizedek alatt nincsen tudomásunk, de a budapesti gyermekklinika öt évre (1921—1925.) terjedő szifiliszes gyermekanyagából mégis 9 esetben (918 közül) a familiáris fertőzés kétségkívül megállapítható volt. Foglalkozás közben szerezhet extragenitális fertőzést például a dajka, aki tudtán kívül idegen világrahozott szifiliszes gyermeket szoptat, ami fordított helyzetben, vagyis a dajka betegsége esetén egészséges csecsemőre vonatkozólag éppen olyan mértékben veszélyeztető. Régebben elég gyakori volt a csecsemők megfertőzése szifiliszes dajka által, aminek megelőzésére és büntetésére Magyarország is törvényes rendszabályok felett rendelkezik. Az illegális foglalkozással járó fertőződés vagy fertőztetés egyik módja az, amit bizonyos fajtájú kuruzslásoknál látunk. Némelyik sötétkultúrájú vidéken még ma is szokásban van friss sebek kinyalása (sebszívó asszony!), idegen testnek a szemből kinyalással való eltávolítása, a trachomának nyalogatás útján történő kuruzsló kezelése

stb., ami mind veszedelmes forrása lehet a szifilisz extragenitális terjesztésének. A kellő fertőtlenítés szabályait nem ismerő fogtechnikusok is inficiálhatják áldozataikat, amit egy Herczeg által leírt klinikai eset is bizonyít. Ilyenkor a szifiliszes egyén szájából az eszközökre rátapadt spirochätáknak valamelyik egészséges egyén szájába való inplantációjáról van szó. Veszedelmet rejthetnek magukban a ragályozó szifiliszben szenvedő élelmiszerfeldolgozók, élelmiszerkereskedők és pincérek, kik tartós ragályforrásként szerepelhetnek. A borbélyok borotvája is terjesztője lehet a fertőzésnek, sőt Guszman olyan esetet is leírt, melynél a fodrász fertőzött fésűje oltotta be az infekciót. (Argentinában az ilyképpen előálló fertőzési veszélyt annyira magasra értékelik, hogy megelőzése céljából az élelmiszermunkásokat, pincéreket és fodrászokat időszakos egészségügyi vizsgálatnak vetik alá.) Ide kell még soroznunk az üvegfúvómunkások és a fúvóhangszerrel dolgozó zenészek ragályterjesztő szerepét. Foglalkozási infekció áldozatává lehet az orvos, illetve ápolónő, aki szifiliszes sebeket kezel vagy például a torokban levő plaques ecsetelésnél szembeköhögésnek, illetve köpésnek van kitéve vagy esetleg szifiliszes hulla boncolása közben fertőződik. Végül a véletlen infekció a legkülönbözőbb módokon szedheti áldozatait. Ezek közül első helyen áll a nyilvános étkezdékben és korcsmákban előforduló evő- vagy ivóeszköz fertőzés. Elégtelen lemosás esetén a kanálon vagy még inkább a pohár szélén az ajak- vagy nyelvplaquesban szenvedő egyének szájáról odatapadt spirochäták másik ember szájába kerülhetnek. Tisztátlan szállodában a nem váltott lepedőn, törülközőn is életben maradhatnak a fertőző mikrobák. Elképzelhető az illemhely párkánya útján történő infekció is. Fertőzött dohányzóeszközök, fogpiszkálók stb. is követelhetnek áldozatot. És bár az ilymódon előálló fertőzések a genitális infekciókhoz mérve elenyésző számúak is, mégis ezeknek szociálhigiénés fontosságát nem szabad lebecsülnünk. Beható vizsgálatok igazolták ugyanis, hogy a spirochäta pallidák különféle tárgyakra kerülve, sok órán át életben maradhatnak. Életképességüket a nedvesség kedvező módon fenntartja s így e mikrobák életét például a pohár nedves széle, nedves törülköző, szivacs stb. egészen jól konzerválja, miért is a felsorolt fertőzési lehetőségeket a szifilisz ragályterjedésének megismerése és a bajmegelőzés szempontjából különös figyelemben kell részesítenünk.

Aszexuális-genitális fertőzés főleg gyermekeknél fordul elő. A szifilisz ezen a terrénumon kisebb szerepet játszik, mivel az anyának, rokonnak vagy pláne idegen egyénnek szifiliszes fertőző tüneteiből a spirochäták igen nehezen kerülhetnek a gyermek genitáliáihoz. Legfeljebb a törülköző, szivacs, irrigátor és szükségleti hely által közvetített ritkább fertőzés jöhet tekintetbe, ami természetesen felnőttekre is ragályforrásként szerepelhet. Az aszexuális-genitális fertőzéseknek igazán komoly veszélyt jelentő területe a familiáris kankó. A kankós váladék, különösen a megbetegedés kezdeti stádiumában

rendkívül bőséges, mely a beteg egyén fehérneműjét, ágyneműjét, altesti törülközőjét elárasztja fertőző mikrobákkal. Ezek a ragályforrások — érthető módon — elsősorban a gyermekeket és pedig tapasztalat szerint főleg a leánygyermekeket fenyegetik. Úgylátszik, hogy a tág és nyitott szeméremrés alkalmasabb kaput nyujt az ilyen aszexuális fertőzésre, a fiúgyermekek szűk urethranyílásánál. A fertőzés bekövetkezését nagymértékben elősegítik egyes helytelen népszokások, amilyen például a közös ágyban való alvás. A népesség minden rétegében előfordul, hogy az anya a gyermekét koronként ágyába magához veszi. A gyenge szociális körülmények között élő néprétegeknél pedig a lakás- és fekhelynyomor úgyszólván kényszeríti a szülőket arra, hogy gyermekeikkel közös fekhelyen aludjanak. Néhol több gyermeket, hármat-négyet is egy ágyba fektetnek, míg a többiek szüleikkel alszanak. A ragály veszedelmét ezeken a nyomortanyákon növeli, hogy rokonok, sőt idegenek is alusznak a gyermekekkel. Ilyenkor valamelyik felnőtt beviszi a kankót a családba, esetleg megfertőzi a többi felnőtteket is és kankós váladékával beszennyezi a fekhelyét és törülközőjét stb. A fertőzés aztán rövidesen átszármazik valamelyik gyermekre s innen a közös ágyban alvó többi gyermekekre. A gyermekkori kankó súlyos tüneteket alig okoz, a belső genitáliákra és a hasüregbe csak ritka kivételként terjed és a többékevésbbé bő váladékon kívül legfeljebb itt-ott vizelési ingerben, vizelési fájdalomban, de átlag csak kis helybeli gyulladásban (vulvitis) és viszketésben nyilvánul, amit a szülők ártatlan »kipállás«-nak vagy »feltörés«-nek tartanak és többnyire sem kezelésre, sem figyelemre nem méltatnak. Ezáltal a baj elmakacsosodik, a gonococcusok krónikusan befészkelik magukat a gyermekek vulváris részeibe, amikor is a váladék bősége csökken ugyan, de fertőzőképessége másokra tovább is veszélyt rejteget. A baj ártalmasságát növeli az a tapasztalat, hogy a kislányok váladéka és a velejáró gyulladás viszketéssel jár, irritálja vulvájukat és néha beteges módon, túlkorán kifejleszti kéjérzésüket. Az orvosi kezelés, a szeméremrészek gyakori felfedése pedig kiöli ezekből a gyermekekből a veleszületett és belenevelt szeméremérzést, ami a további életükben szexualitásuk, erkölcsiségük és nemi egészségük szempontjából végtelenül káros hatású lehet. Nem hallgathatjuk el, hogy ilyen fertőzések nemcsak a familiákban fordulhatnak elő, hanem iskolákban, internátusokban, menhelyeken, sőt esetleg kórházakban is. Figyelmet érdemel például Mamotnak az a közleménye, melyben egyik oroszországi gyermekkórház betegeinek gonorrhoea-epidémiáját írja le. Rövid idő alatt itt 11 leánygyermek friss vulvovaginitisét fedezték fel, mikor is a ragályforrás utáni nyomozás kiderítette az egyik beteg gyermeknek már előzetesen is fennálló subacut kankóját, továbbá a 23 tagú ápolószemélyzet közül 5-nek a gonorrhoeáját. A háború óta Németországban is mind gyakrabban mutattak rá a vulvovaginitis blenorrhoica állandó szaporodására. Langer közlése szerint például a berlini poliklinikán 1921-ben pozitív gonococcus-

lelettel 26 gyermeket regisztráltak és kankó gyanujával 26-ot, 1924-ben pedig ezek a számok már 67-re, illetve 101-re emelkedtek. A hannoveri kórháznak az átlagos kankós gyermekbetegforgalma a háború előtt naponként 5—6 volt, a háború után pedig egészen 40-ig felszökött. De nem jobbak a viszonyok más országokban sem, mert Amsterdamban az iskolaorvosok rendszeres vizsgálatokkal kimutatták, hogy az iskolás leánygyermekeknek 1%-a kankós fertőzésben szenved. Hazánkban egyes gyermekorvosok nem tartják a helyzetet ennyire komolynak, de a gyermekklinika statisztikája mégis komoly figyelemre int. Eszerint az öt év alatt (1921—1925.) regisztrált beteganyagból 268 familiárisan szerzett vulvovaginitis fordult elő. Természetes azonban, hogy ez csak minimális töredéke lehet annak a tömegnek, amely más intézetekben kerül vizsgálat alá vagy pedig egyáltalán észrevétlenül marad.

A fertőzés módozatait illetőleg egészen különleges elbírálás alá tartozik a világrahozott szifilisz. A congenitális szifilisz kórlényegével előbbi fejezetünkben részletesen foglalkoztunk s így fölösleges itt ismét rámutatnunk arra, hogy e betegségnél nem öröklésről, hanem veleszületésről van szó. A fertőzés módja tehát lényegében azonos a többi fajta szifiliszes infekcióval, mindössze azzal a fontos különbséggel, hogy ez esetben a fertőzés nem a méhenkívüli életben (extrauterinálisan), azaz születés után, hanem a méhen belül (intrauterinálisan) következik be. Tulajdonképpen tehát az aszexuális-genitális-extragenitális fertőzési módnak egyik egészen különleges és a többitől elütő familiáris formájával állunk szemben, amikor a fertőzés forrása a szifiliszes anya. Ebben az esetben azonban a fertőzési kaput jelző primär affectio természetesen hiányzik, mert a spirochäták az anyai véráramból a placenta útján közvetlenül jutnak a magzatnak közös vérkeringésébe. A congenitális szifilisz társadalomegészségügyi szerepére a legkülönbözőbb szempontokból a megfelelő fejezeteinkben még visszatérünk. Itt az előbb említett statisztikai adatainkkal kapcsolatban csak annyit kívánunk megemlíteni, hogy a budapesti gyermekklinikának a jelzett ötévi beteganyagában 909 világrahozott szifilisz szerepelt, ami egymagában is élénk bizonyítéka e baj elterjedettségének. A külföldi adatok is elegendő súllyal mutatnak rá a congenitális szifilisz fontosságára. Neumann és Oberwarth 69.221 gyermeket vizsgáltak át és közülük 690-et, tehát 1%-ot találtak szifiliszesnek. Cassel arányszámai még rosszabbak, mert 31.306-ot kitevő anyagából 378, azaz 1·2% volt szifilisszel fertőzve.

Az elsősorban szereplő »nemi«-fertőzések és a kisebb számban előforduló »nemen kívüli« ragályozások módozatainak beható mérlegelése után rátérünk a veneriás betegségek társadalomegészségügyi következményeinek tárgyalására. Valamely népbetegséggé fajult fertőző baj ragályozási módozatainak részletezése után mindig célszerű keresni a szóbanforgó betegség népesedésügyi, fajegészségügyi és szociális következményeit, mert csak ezeknek kifejtése teszi lehetővé a baj horderejének helyes megítélését.

A nemi betegségek népesedésügyi vonatkozásai három irányban nyilvánulnak: 1. azokban a népesedési károkban, melyeket a nemi betegségek a népesség szaporodásának csökkentése terén idéznek elő, 2. a nemi betegségben, elsősorban a szifiliszben szenvedő egyének életrövidülésében és 3. a nemi betegségben, főként szifiliszben szenvedők halálozásában. Mindhárom ártalom mennyiségbeli, quantitatív népesedési veszteség, melyek a statisztika eszközeivel többé-kevésbbé exakt módon kimutathatók és érzékeltethetők. A minőségbeli, qualitatív népesedési veszteségeket, amelyek statisztikai okfejtésre csak részben alkalmasak, a következő csoportban, a nemi betegségek fajegészségügyi vonatkozásai között tárgyaljuk.

A quantitatív népesedési ártalmak közül először is azokat véve szemügyre, melyek a születések kérdését befolyásolják, pár szóval a szaporodás folyamatának lényegét kell vázolnunk. Az új egyed a fejlődéstan tanításai szerint az apai ondósejtből (spermium) és az anyai petesejtből (ovulum), azok egyesülése útján keletkezik. A petesejteket a petefészek (ovarium), az ondósejteket pedig a herék (testis) termelik, amely szerveknek a népesedés és fajfenntartás szempontjából a legfontosabb szerepük van. Ezek mellett — anélkül, hogy mélyebb anatómiai és biológiai fejtegetésekbe mélyednénk — a férfi szervei közül a mellékherék fontosságát emeljük ki, mint amelyek az ondósejtek továbbításánál nélkülözhetetlen funkciót töltenek be. Nőknél viszont a pete továbbításában, majd az új egyed méhenbelüli felnevelésében a kürtök (tuba) és az anyaméh (uterus) végeznek végtelen fontosságú munkát. Az elmondottakból következik, hogy mindezen szerveknek és függelékeinek megbetegedése vagy funkciójuk pathologikus csökkenése az új egyedek termelésében katasztrófális zavart okoz. Itt domborodik ki a nemi betegségeknek minden más betegségtől eltérő fontosságú társadalomegészségügyi szerepe. Mert a nemi betegségek azáltal, hogy elsősorban épen a faj fenntartására hivatott nemi szerveket támadják meg, az emberi létnek az alapjait döngetik s nemcsak a ma élő nemzedék közegészségügyére fejtenek ki ártalmas befolyást, hanem az eljövendő generációk sorsára is közvetlen kihatással bírnak.

Népesedésügyi szempontból mindkét fontosabb nemi betegség ártalmas gátlásokat okozhat. A kankó a meddőség (sterilitas), a szifilisz pedig az elvetélések (abortus) és a halvaszületések által. A kankó a férfi nemi szerveiben, elsősorban a mellékherében idézhet elő súlyos destrukciókat. A gonococcusok által létesített gyulladás a mellékherék hajszálnyi finomságú kanyargós kivezető csöveiben olyan intra-, para- és pericanaliculáris elváltozásokat okozhat, mely az ondósejteknek a kijutását és továbbítását lehetetlenné teszi. Ha mindkét mellékhere megbetegszik, a férfi rendszerint terméketlenné válik, mikor is ondófolyadékában ondósejtek többé ki nem mutathatók (aspermia). Lényegében hasonló az az ártalom, amelyet a nők gonorrhoeája okoz. A petefészek súlyos gyulladása nagy nehézségeket létesít a peték

képzésében, a kürtök gyulladásos elváltozása pedig megakadályozza a peték leszállását és az ondósejteknek a petékhez való feljutását. Az ilymódon előállott pathologiás helyzet egyik oldalról vagy mindkét fél részéről meddőséget okoz és a nemi betegségek nagy elterjedettségénél fogva igen jelentékeny születéskevesbedéshez vezet.

Nem kevésbbé fájdalmas az a népesedési veszteség, mely a születések csökkenése tekintetében a szifilisz rovására írható. A spirochäta pallidák és azok toxinjai megtámadják az anyaméhben a megtermékenyült petét és azt elpusztítják. A petének vagy a növekvő magzatnak elpusztulása annak elvetéléséhez, abortálásához vezet. Olyan esetekben, mikor az anyai fertőzés a terhesség előrehaladott hónapjaiban következik be vagy az infekció (régebbi kelete miatt) nem annyira virulens, az anya kihordhatja gyermekét, de az halva jön a világra.

A kankós meddőségek, valamint a szifiliszes abortusok és halvaszületések népesedésügyünknek igen jelentékeny tehertételét képezik. Jelen fejezetünkben azonban, melynek célja csupán az, hogy a nemi betegségek összes társadalomegészségügyi vonatkozásairól áttekintést nyujtson, ezeknek a károsodásoknak számszerű tárgyalásával még nem foglalkozunk.

A nemi betegségek okozta életrövidítés kérdésére térve, itt a szifilisz dominálo szerepét látjuk. A szifiliszről tudjuk, hogy a primär fertőzés után 1—3 évtized mulva elégtelen kezelés esetén a legkülönbözőbb belső megbetegedésekhez vezet, melyek a benne szenvedőket idő előtt sírba döntik. Az ilymódon előálló népesedési veszteség kétségkívül igen tekintélyes, kimutatása azonban a szokásos statisztikai módszerek segítségével alig lehetséges. A kérdésnek megközelítő reálitású megvilágítása csakis zárt embercsoport adataiból történhetik, miután az egész népességre kiterjedő egészségügyi katasztert és ezzel párhuzamos élettartam meghatározást még sehol sem állítottak fel. Igen értékes adatokat szolgáltatnak azonban az említett szempontból a nagyobb életbiztosító intézetek, amelyek biztosított tagjaiknak — a lehetőséghez képest — pontos egészségügyi vizsgálatát és élettartamuk gondos kontrollját végzik. A gothai életbiztosítótársaság vizsgálataiból, amelyek 44 év adatait ölelik fel, kiderül például, hogy míg az összes férfiak átlagos halálozási quotiense = 100, addig a szifiliszes férfiak mortalitási arányszáma = 168. Az összes korosztályok átlagát véve, tehát a szifiliszes egyének halálozási többlete 68-at tesz ki, ami eléggé dokumentálja a szifilisz életrövidítő szerepét. Érdekes a gothai társaság adataiból megfigyelni a szifiliszes halálozás korosztályok szerinti görbéjét, mely azt mutatja, hogy a 15—35. éveseknek 38%-nyi halálozási többlete a 36—50. években 86%-ra rúg, majd az 51—70. évek alatt 61%-ra esik, a 71—90-es korcsoportokban pedig végül 40%-ra csökken. A halálozási többletnek a korcsoportok közötti elosztása világosan mutatja, hogy a 36—50. évcsoport az, amelyben a szifiliszes egyének többsége súlyos életrövidülést szenved. Az amerikai nagy

életbiztosító intézetek kimutatásaiból is kitűnik, hogy azoknak az elhalálozása akik előzetesen szerzett szifiliszüket a társulatnak a tudomására hozták vagy ezt a társulat vizsgálatai kiderítették, 50%-al magasabb mortalitási kulcsot tüntet fel, mint az általános halálozási táblázat alapján várni lehetne. Végül a svéd életbiztosító intézetek által kiadott rizikómeghatározást közöljük, mely szemléltetően állítja szembe az átlagos és a szifiliszes biztosítottaknál várható veszteség arányát.

Halálokok	Rizikó betegségi állapot nélkül	Rizikó szifiliszes állapot mellett
Aggkori elgyengülés	1·30	1·50
Agylágyulás és szélütés	6·71	10·36
Hátgerincbajok	0·37	3·00
Elmebajok	1·09	5·06
Szív- és érmegbetegedések	16·33	29·01
Idült májbetegségek	1·32	1·82
Vesebajok	5·17	7·04

Az itt kimutatott életrövidülés, mely gyakorlatilag a szifiliszes egyéneknek az átlagoshoz képest mintegy 4—5 éves életrövidülését jelenti, a szifilisz relatív népesedésügyi kárait érzékelteti. A szifilisz okozta quantitatív népveszteség abszolut értékeinek kimutatására viszont a szifilisz mortalitási statisztikája szolgál!

A szifilisz magas halálozása mindenki előtt ismeretes, de annak pontos regisztrálása és exakt kimutatása rendkívüli nehézségekbe ütközik. Éppen ezért eddig e veszteségeket illetőleg inkább csak becslési számok felett rendelkeztünk. Ha áttekintjük ezeket a becslési értékeket, akkor a következő megállapításokat látjuk. Franciaországban évente 140.000 ember pusztul el szifiliszben és következményeiben (Couvelaire). Kiszámították hozzávetőlegesen, hogy 1911-től 1921-ig a szifilisz 1·5 millió franciát ölt meg és így az említett tíz év leforgása alatt ez a betegség több áldozatot szedett, mint a négyéves pusztító háború. A szifilisz halálozási száma Belgiumban évi 15.000-re rug (Bayet). A tuberkulózis mortalitása itt 16%, az említett szifiliszhalálozás pedig 11%, ami tehát megközelíti a tuberkulózis pusztításának nivóját. Anglia évi szifiliszes halálozását 60.000 lélekre becsülik (Oslers). Argentinában meg épen 30.000-re teszik a szifilisz évi veszteségét, kétszer annyira, mint a tuberkulózisét! (Carbonell).

Ezek a számok megdöbbentő képet nyujtanak a szifilisz mortalitása által okozott súlyos népesedésügyi veszteségekről. Értékük azonban — mint becslési irányszámok — a statisztikai kutatás szempontjából kétséges. A szifilisz okozta halálozás exakt vagy legalább is reális kimutatási lehetőségének hiánya mindig sok nehézséget okozott e népbetegség társadalom-egészségügyi szerepének alapos mérlegelésében. Ez a hiányosság vezette Leredde-et abban a törekvésében, hogy valamilyen statisztikai kulcsot állítson fel, amelynek segítségével ne csak a congenitális szifiliszben, hát-

gerincsorvadásban és paralysisben elhalt egyének, hanem a szifilisz olyan következményes megbetegedéseiben elhaltak is belejussanak a szifilisz halálozási statisztikájába, amelyeknek tömegei egyébként idegen haláloki rubrikákban kallódnak el. Sikerült is Lereddenek a XVII. londoni nemzetközi orvoskongresszuson ilyen statisztikai megoldást bemutatni, amellyel megközelítő realitású számításokat lehet elérni. Magyarország népességének szifiliszes halálozásáról az említett kulcs alapján 1926-ban készült először kimerítő statisztika (Doros). A szifiliszes halálozás részletes megállapítása azonban munkánk egyik legfontosabb feladata, miért is ennek a továbbiak során két önálló fejezetet szentelünk.

Áttérünk tehát a nemi betegségek fajegészségügyi szerepére, mely a népesedés qualitás szerinti ártalmait tárgyalja. A qualitatív népesedési veszteségeket a quantitatív károk javára nem szabad alábecsülnünk, mert a társadalomegészségügy szempontjából nemcsak a népesség mennyisége, hanem annak minősége is elsőrendű fontossággal bir. A csökkent qualitású, testileg vagy szellemileg értéktelen egyedek ugyanis súlyos tehertételt jelentenek a társadalmi közösségre s emellett a fajfentartás szempontjából gyakorta káros szerepet töltenek be. Problémánk e tekintetben határfelületet képez a fajegészségügy és eugenika területeivel. A nemi betegségek fajkorcsosító hatásával a jövőben végre komolyan számot kell vetni!

Qualitatív népesedésügyi szempontból mindkét fontosabb nemi betegség, úgy a kankó, mint a szifilisz komoly figyelmet érdemel. E kétféle betegség fajegészségügyi szerepe más és másként nyilvánul és ezeknek a megnyilvánulásoknak mindenike beható tanulmányozást igényel.

A kankónak vitalitás-csökkentő szerepe a testi fogyatkozásnak olyan fajtájánál jut kifejezésre, amely úgyszólván súlyosabb bármely másiknál, nevezetesen a vakok szomorú eseteiben. A gonococcusok a szem kötőhártyájára és szaruhártyájára kerülve, ott olyan súlyos gyulladásos folyamatot létesítenek, amely az esetek igen nagy hányadában megvakuláshoz vezet. A gonococcusoknak a szembe való jutása elsősorban az újszülötteknél következik be olymódon, hogy az anya kankós váladéka szülés közben az újszülöttet megfertőzi (aszexuális—extragenitális infekcio). Ilyen szemfertőzés — bár lényegesen ritkábban — a felnőtteknél is előfordul, mikor is hasonló kimenetelű ophtalmoblenorrhoea fejlődik ki. Utóbbi esetben többnyire a beteg urethrális kankós váladékát viszi a szemébe és saját maga oltja be a gonococcusokat. Hogy a kankós szemfertőzés milyen súlyos népesedési qualitásveszteséggel jár, a külföldi statisztikák megdöbbentően magas számokkal igazolják.

Rothschuh közli, hogy a londoni városi vakok intézetének 1100 növendéke szemevilágát gonorrhoea következtében veszítette el. Az Angliában megvakultak teljes számának 24·35%-át teszik ki olyanok, akiknek anamnaesisében kankó szerepel.

Hecht említi, hogy Svájcban 2500 vakot írtak össze, azoknak 12%-a szemkankós eredetű.

Penichet Y. González becslése szerint az Északamerikai Egyesült Államokban a vaksági esetek 25%-át kell gonorrhoea rovására írni.

Hecht adatai szerint Olaszországban azt találták, hogy a vakok közül 20·38% szenvedett el ophtalmoblenorrhoeát.

Kostic Slavoniában 10% kankós kórelőzményt talált és kifejezést ad azon véleményének, hogy Szerbiában ez a szám még lényegesen magasabb.

Finger érdekes összehasonlító statisztikát közöl, melyben megállapítja, hogy a vakok nevelő intézeteiben Berlinben 100 vakra 21·85, Bécsben 31·0, Breslauban 35·1, Budapesten 47·89 és Münchenben 73·75 kankós vakság esik.

Szélesebb áttekintés kedvéért végül megemlítjük Ritschel irányszámait, aki Európa teljes népességének vakságban szenvedő tömegét mintegy 300.000 emberre becsüli, akiknek szerinte körülbelül egytizede, tehát 30.000 egyén gonorrhoeás infekció folytán veszítette el szemevilágát.

A régi világban Magyarországon is igen nagy volt azoknak a száma, kik a blenorrhoea neonatorum következtében már újszülött korukban örökre megvakultak.

Persze, amíg az orvostudomány nem volt tisztában a kankó mibenlétével, nem ismerte a gonococcusokat s a kankós fertőzés megelőzését és gyógyítását, addig teljesen tanácstalanul állott a megvakulásoknak ezzel a szörnyű veszedelmével szemben. A tapasztalatok azonban még a legutóbbi időkben is arra utaltak, hogy igen kiterjedt a csecsemőkori megvakulás s a kankó által az említett úton előidézett qualitás-rombolás még mindig kegyetlenül jelentékeny. Részben ez a tapasztalás vezette egészségügyi kormányzatunkat 1912-ben arra az elhatározásra, hogy a vakságüggyel alaposan foglakozzék. Ily módon jött létre az említett évben Scholtz államtitkár, valamint Grósz és Szily professzorok tervei szerint az országos vakságügyi statisztikai adatgyűjtés, melyet Buday László dr. statisztikai hivatali igazgató hajtott végre. Ez az értékes statisztika, mely megelőzte úgyszólván az összes kultúrállamok hasonló természetű törekvéseit, szomorú fényt vet a gonococcusok pusztítására, mert kimutatja például, hogy a Duna—Tisza közén a csecsemőkori megvakulásoknak nem kevesebb, mint 73%-a az anyai kankó fertőzésére vezethető vissza.

A kérdés kiváló fontosságára való tekintettel az 1912. évi vakságügyi adatgyüjtésre bővebben ki kell térnünk és ennek a statisztikának a nemi betegügy szempontjából való legfontosabb eredményeit a következőkben foglaljuk össze. Mindenekelőtt a szem szaruhártyájának megbetegülési statisztikáját emeljük ki:

2. A szem szaruhártyájának megbetegedése következtében megvakultak száma a Magyarbirodalomban a kórokok szerint. — 1912.

A vakság oka	A cornea tönkremenése miatt megvakultak		
	abszolút száma	százalékokban	az összes vakok százalékában
I. A szaruhártya megbetegedése kötőhártyagyulladások következtében:			
Blennorhoea neonatorum	1.093	17·4	6·0
Blennorhoea adultorum	412	6·6	2·3
Trachoma	1.194	19·0	6·6
Egyéb conjunctivitis	36	0·6	0·2
II. A szaruhártya megbetegedése a szervezet általános betegségei következtében:			
Himlő	917	14·6	5·1
Scrophulosis	517	8·2	2·9
Szifilisz	89	1·4	0·5
Vörheny	137	2·2	0·8
Egyéb betegségek	311	5·0	1·7
III. A szaruhártya önálló megbetegedései			
Szaruhártyafekély	409	6·5	2·3
Szaruhártyagyulladások közelebbi meghatározás nélkül	607	9·7	3·2
A cornea világra hozott hibái	72	1·1	0·4
Ismeretlen ok	485	7·7	2·6
Összesen	**6.279**	**100·0**	**34·6**

A táblázat eredményei felvilágosítást nyujtanak arról, hogy a megvakulás előidézésében milyen fontos szerepe van a szaruhártya megbetegedéseinek, amennyiben kimutatja, hogy az összes vakságoknak 34·6%-át corneális bántalom idézte elő. A részletezés pedig a kankó szerepére igen érdekes világot derít. Kiderül ugyanis, hogy az összes corneális vakságok 17·4%-át az újszülöttek szemkankójára, 6·6%-át pedig a felnőttek szemkankójára lehet visszavezetni. A kankó okozta corneális vakság az összes szaruhártyavakságoknak 24%-át, vagyis közel negyedét teszi ki. Ennek az értéknek a feltünően magas voltát a többi kórokhoz való hasonlítás domborítja ki. Itt azt látjuk, hogy a trachoma, amely közismerten a szemnek egyik legnagyobb ellensége, a kankó 24%-a mellett csupán 19%-ban szerepel, a többi okok pedig ennél is lényegesen alacsonyabb percentben.

Az újszülöttek kankós megvakulásainak számáról a következő adatok nyujtanak felvilágosítást:

3. Az újszülöttek kankója következtében megvakultak száma a Magyarbirodalomban a városokban és a vidéken. — 1912.

A születési hely közigazgatási jellege	A blennorhoea neonatorum következtében megvakultak		100.000 lélekre eső blennorrhoea neonatorum következtében megvakult
	abszolút száma	a vakok százalékában	
Budapest székesfőváros	36	10·5	4·1
Törvényhatósági jogú városok	81	8·6	5·6
Rendezett tanácsú városok	81	7·3	5·0
Községek	893	6·1	5·3
Magyarbirodalom összesen	[1]) 1.091	6·0	5·2

Az 1912. évben 1091 volt tehát azoknak a szerencsétleneknek összes száma, kik újszülöttkori kankós szemgyulladás miatt veszítették el örökre szemük világát.

A születési helyek szerinti eloszlás jellegzetes számokat tüntet fel. Ebből megállapítható, hogy a kulturáltabb fővárosi népességben az összes megvakulások száma kisebb, de a blenorrhoea neonatorum által előidézett kontingens nagyobb a többi közigazgatási területekről kapott eredménynél. Ez természetes is, hiszen a kankós szemfertőzéseknek egyenes arányban kell lennie a népesség gonorrhoeájának abszolut számával. Miután pedig a kankó morbiditása — amint később részletes statisztikai kimutatásokkal dokumentáljuk — általában annál magasabb, minél népesebben lakott valamely helység, érthető, hogy az újszülöttkori szemkankós vakság a fővárosban az összes vakságoknak 10·5%-át, a törvényhatósági városokban 8·6%-át, a rendezett tanácsú városokban 7·3%-át és végül a községekben már csupán 6·1%-át teszi.

Kevésbbé súlyos, de még mindig jelentékeny veszteséget jelent a népesség qualitásának csökkentése terén a felnőttek kankós szemfertőzése. Ezeket a fertőzéseket a ragályozás módját illetőleg kétféle szempontból kell mérlegelnünk és pedig aszerint, hogy a fertőzést más közvetítette-e vagy pedig a kankóban szenvedő egyén saját magának oltotta a szemébe. E tekintetben az 1912. évi vakságügyi statisztika sem nyujthat tökéletesen megbízható képet, azonban a megvakulás idejéről, illetve a megvakultak megvakulási koráról készített kimutatás közvetett úton igen értékes felvilágosítást ad.

[1]) A blennorrhoea neonatorum folytán megvakultak közül kettő külföldön vakult meg.

4. A szerzett kankó (felnőttek kankója) következtében megvakultak száma a Magyarbirodalomban a megvakulás ideje szerint. — 1912.

A megvakulás kora	A biennorrhoea adultorum következtében megvakult					
	férfiak		nők		férfiak	nők
	abszolút száma	%	abszolút száma	%	közül 100.000 ugyanolyan nemű lakosra esett az oldalt megnevezett korcsoportokban	
5 éven alul	46	24·2	46	20·7	3·3	3·4
5— 9 éves	11	5·8	16	7·2	0·9	1·3
10—14 «	14	7·4	18	8·1	1·2	1·5
15—19 «	6	3·2	18	8·1	0·5	1·7
20—24 «	24	12·6	13	5·9	2·9	1·4
25—29 «	19	10·0	14	6·3	2·4	1·7
30—34 «	13	6·9	17	7·6	1·9	2·4
35—39 «	12	6·3	11	4·9	2·1	1·8
40—44 «	11	5·8	15	6·8	1·9	2·6
45—49 «	9	4·7	18	8·1	1·7	3·5
50—54 «	14	7·4	15	6·8	2·8	2·9
55—59 «	4	2·1	8	3·6	1·0	2·1
60—64 «	1	0·5	5	2·3	0·3	1·4
65—69 «	4	2·1	2	0·9	1·7	0·9
70—74 «	1	0·5	5	2·3	0·6	2·9
75—79 «	1	0·5	—	—	1·2	—
80—84 «	—	—	1	0·4	—	2·4
Összesen	190	100·0	222	100·0	1·8	2·1

Korcsoportok szerint a szerzett szemfertőzések legmagasabb száma (férfiaknál 24·2%, nőknél 20·7%) az öt éven aluli korra esett, ami fontos következtetésekre ad alkalmat. Miután ugyanis ebben a kisgyermek korban »szerzett« genitális kankó úgyszólván sohasem fordul elő, a szemfertőzések gyakoriságát ez esetben familiáris infekcióra kell visszavezetnünk. A már említett aszexuális—extragenitális kankós fertőzésnek formája ez, amikor az anya, ritkábban apa, esetleg rokon vagy idegen a gyermek szemébe a kankós fertőzését beoltja. Legvalószínűbb fertőzési forrás ilyenkor maga a gonococcus-tartalmú folyással bíró anya, aki gyermekét befertőzött ágyába veszi vagy pedig fertőzött kezével annak szemét törülgeti. Természetesen nem zárható ki — a felnőttekéhez hasonlóan — az önmaga által történő beoltás (autoinoculatió) esete sem, amely olyképpen következhetik be, hogy a gyermek környezetétől genitális kankót szerez s azután saját kezével viszi fertőző váladékát a szemébe. Ha végig tekintünk az öt évnél idősebbek megvakulási korának kimutatásán, akkor, különösen férfiaknál, feltűnik a számok magas emelkedése a 20—30-as évek alatt. Ez az emelkedés a kankós genitális fertőzések gyakoriságát is mutatja és magyarázatát abban leli, hogy ezekben a korosztályokban éri el a gonorrhoea az elterjedésének maximumát. Nyilvánvaló, hogy minél magasabb valamely korcsoportban a kankó morbiditása, annál több a valószínűsége ugyanakkor az autoinoculátiós ophtalmoblennorrhoeának!

Ha azt kutatjuk, hogy a felnőttek szemkankója a népesség milyen rétegeiben, milyen foglalkozási csoportokban szedi leginkább áldozatait, ugyancsak érdekes eredményekre találunk.

5. A szerzett kankó (felnőttek kankója) következtében megvakultak száma a Magyar-birodalomban foglalkozás szerint. — 1912.

Főbb foglalkozási ágak	Az összes vakok			A blennorrhoea adultorum következtében megvakultak		
	Megvakulásuk előtti foglalkozásuk, illetve eltartóik foglalkozása szerint					
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt
	a) *Abszolút számokban.*					
Őstermelés	6.150	6.128	12.278	117	141	258
Bányászat és kohászat	136	57	193	2	2	4
Ipar	1.216	797	2.013	25	21	46
Kereskedelem és hitel	181	195	376	2	4	6
Közlekedés	151	94	245	3	4	7
Közszolgálat	245	169	414	7	3	10
Véderő	—	—	—	—	—	—
Különböző ágbeli napszámosok	709	827	1.536	21	25	46
Nyugdíjas, magánzók	49	97	146	1	1	2
Házicselédek	63	272	335	3	14	17
Egyéb foglalkozásúak	290	325	615	9	7	16
Összesen	**9.190**	**8.961**	**18.151**	**190**	**222**	**412**
	b) *Százalékban.*					
Őstermelés	66·9	68·4	67·6	61·6	63·5	62·6
Bányászat és kohászat	1·5	0·6	1·1	1·1	0·9	1·0
Ipar	13·2	8·9	11·1	13·1	9·4	11·2
Kereskedelem és hitel	2·0	2·2	2·1	1·1	1·8	1·5
Közlekedés	1·6	1·1	1·3	1·6	1·8	1·7
Közszolgálat	2·7	1·9	2·3	3·7	1·3	2·4
Véderő	—	—	—	—	—	—
Különböző ágbeli napszámosok	7·7	9·2	8·5	11·0	11·3	11·2
Nyugdíjas magánzók	0·5	1·1	0·8	0·5	0·5	0·5
Házicselédek	0·7	3·0	1·8	1·6	6·3	4·0
Egyéb foglalkozásúak	3·2	3·6	3·4	4·7	3·2	3·9
Összesen	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**

Az őstermelés 62·6%-ot kitevő arányszámával föltétlenül dominál. Az alacsonyabb kultúrájú, egészségügyi ismeretekben járatlan falusi, tanyai népesség, hol a tisztálkodás, gyakori fehérneműváltás, fürdés, gyakori kézmosás hiányzik, igen könnyen átszármaztatja fertőző csíráit gyermekének vagy saját magának a szemébe. Utána gyakorisági sorrendben az ipari munkásság és a napszámosok következnek, 11·2%-os viszonyszámukkal. Ezekben a foglalkozási népcsoportokban, amelyeknek nagyrésze a nagyvárosokban zsúfolódik össze, a kankónak nagymérvű elterjedettsége magyarázza a gyakori szemfertőzést. Harmadik helyen állnak 4%-kal a házicselédek, akik ugyancsak feltűnően nagy kontingensét képezik a genitális kankóval kinlódó betegeknek s így bőséges ragályforrásként szolgálnak a szemkankó előidézésében is.

A vakságügyi statisztikának másik fontos fejezete a szifilisz romboló szerepét tárgyalja. Bár a szifilisznek egyéb fajegészségügyi kihatása és qualitás-csökkentő szerepe még súlyosabban esik latba, a vakság előidézésében is lényeges kóroknak mondhatjuk. A szifilisz a szemnek nemcsak a szarúhártyáját pusztítja el, miként a kankó, hanem az alábbi táblázat tanusága szerint úgyszólván mindenik fontosabb részét megtámadhatja.

6. A szifilisz következtében megvakultak száma a Magyarbirodalomban a megbetegedés lokalizációja szerint. — 1912.

A vakságot okozó elváltozás anatómiai helye	A szifilisz következtében megvakult						Esett az oldalt megnevezett csoportokban 100 vakra szifiliszes vak
	férfiak		nők		összesen		
	abszolút szám	%	abszolút szám	%	abszolút szám	%	
Cornea	27	10·1	62	34·8	89	20·0	2·5
Uvea	18	6·7	24	13·5	42	9·4	5·9
Retina	8	3·0	14	7·9	22	4·9	6·6
Látóideg	215	80·2	78	43·8	293	65·7	14·3
Összesen	268	100·0	178	100·0	446	100·0	6·7

Miután a látóideg szifiliszes bántalmazottsága ilyen feltűnő módon dominál, érdemesnek látszik kitérni arra a kérdésre is, hogy az összes látóideg-megbetegedések hogyan oszlanak el a különböző kórokok szerint és mindezeknek milyen százalékát képezi szifilisz.

7. A látóideg megbetegedése következtében megvakultak száma a Magyarbirodalomban a kórokok szerint. — 1912.

A látóideg elpusztulásának oka	A látóideg megbetegedése következtében megvakultak					
	abszolút száma			százalékokban		
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen
Meningitis következtében fellépő neuritisek	66	36	102	5·6	4·1	5·0
Egyéb és ism. okból	39	42	81	3·3	4·8	4·0
Szifiliszből eredő atrophia	7	1	8	0·6	0·1	0·4
Egyéb és ism. okból atrophia nervi optici congenita	59	59	118	5·0	6·7	5·7
Szifiliszből eredő látóideg-	119	40	159	10·1	4·6	7·7
Tabes dorsalisból sorvadások	89	37	126	7·5	4·2	6·1
Egyéb és ismeretlen okból	799	661	1.460	67·9	75·5	71·1
Összesen	1.178	876	2.054	100·0	100·0	100·0

Látni való, hogy a látóidegsorvadás megállapítható okai között mennyire vezet a szifilisz, illetve a szifiliszes eredetű hátgerincsorvadás. Ha a ki nem derített anamnaesisü atrophia-esetek nagy összegét figyelmen kívül is hagyjuk, akkor is kiderül, hogy a szifilisz az összes eseteknek 14%-ában szerepelt a látóidegsorvadás okaként.

A szifilisz következtében megvakult egyének lakóhely szerinti megoszlását figyelve, még fokozottabb mértékben látjuk ugyanazokat a jelenségeket, amiket a kankós vakságnál észleltünk.

8. A szifilisz következtében megvakultak száma a Magyarbirodalomban a városokban és a vidéken. — 1912.

Megvakulás előtti lakhely	Szifilisz következtében megvakultak		Egyéb vakságí okok következtében megvakultak		Összesen	
	abszolút száma	%	abszolút száma	%	abszolút száma	%
Budapest székesfőváros	34	9·9	308	90·1	342	100·0
Törvényhatósági jogú városok	51	5·4	887	94·6	938	100·0
Rendezett tanácsú városok	42	3·8	1.061	96·2	1.103	100·0
Községek	310	2·1	14.350	97·9	14.660	100·0
Külföld	1	0·9	115	99·1	116	100·0
Összesen	438*)	2·6	16.721	97·4	17.159	100·0

A falvaknak relative szifiliszmentes lakosságánál az összes vakságoknak csak 2·1%-a esik szifiliszre, amely viszonyszám a rendezett tanácsú városokban 3·8%-ra, a törvényhatósági városokban pedig már 5·4%-ra emelkedik. Végül a szifilisszel leginkább átitatott fővárosban, az összes ragályoknak 9·9%-a jut e betegségre, tehát úgyszólván az összeseknek egytizede. Körülbelül kétszerannyi szifiliszes megvakulás esik a közép és kisvárosainkra és ötször annyi mennyiség a fővárosra, mint a vidékre. Ezek az viszonyszámok — különösen Budapestre vonatkozólag — talán még kedvezőtlenebbek lennének, ha a kimutatásban a vakon születettek is bentfoglaltatnának.

Igen jellegzetes képet nyujt a szifiliszes vakságoknak korcsoportok szerinti megoszlása.

9. A szifilisz következtében megvakultak száma a Magyarbirodalomban a megvakulás ideje szerint. — 1912.

A megvakulás kora	A szifilisz következtében megvakult				Esett 100.000 oldalt megnevezett korú lakosra ugyanolyan korban szifiliszben megvakult
	férfiak		nők		
	abszolút száma	%-ban	abszolút száma	%-ban	
5 évnél fiatalabb	17	6·3	11	6·2	1·0
5— 9 éves	1	0·4	9	5·0	0·4
10—14 «	7	2·6	5	2·8	0·5
15—19 «	7	2·6	8	4·5	0·7
20—24 «	10	3·7	7	3·9	1·0
25—29 «	9	3·4	14	7·9	1·5
30—34 «	36	13·4	21	11·8	4·2
35—39 «	30	11·2	19	10·7	4·2
40—44 «	41	15·3	19	10·7	5·3
45—49 «	34	12·7	15	8·4	4·8
50—54 «	36	13·4	10	5·6	4·6
55—59 «	15	5·6	15	8·4	3·8
60—64 «	15	5·6	8	4·5	3·5
65—69 «	5	1·9	7	3·9	2·7
70—74 «	4	1·5	5	2·8	2·7
75—79 «	1	0·4	4	2·3	3·0
79 évnél idősebb	—	—	1	0·6	0·8
Összesen	268	100·0	178	100·0	2·1

*) A vakon születettek kivételével.

MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA KÖNYVTÁRA

Azt látjuk, hogy öt éven aluli, kisgyermekekből álló korcsoportban relative gyakori a megvakulás, ami természetes magyarázatát leli a világrahozott szifilisznek az első évek alatt kifejtett romboló hatásában. Azután a szifiliszes vaksági esetek görbéje a mélypontjára esik és csak a 20. életév után éri el az öt éven aluli nívót. A 30. év után azonban rapid emelkedéssel ezt messze túlhaladja és maximumát a 40—44. korcsoportnál éri el. A IV. évtizedben már jelentkeznek a nagyobbára III. évtizedben szerzett szifilisz súlyos következményei, amelyek aztán még inkább érvényre jutnak a hátgerincsorvadás gyakori fellépésével az V. évtizedben. A 40—44. korcsoport specifikus vaksági maximuma is élesen világítja meg a szifilisznek ebben a még fiatal korban okozott fajegészségügyi pusztítását, mellyel a népesség egyrészének qualitását katasztrófálisan lecsökkenti.

Végül még a szifilisz következtében megvakultak foglalkozási eloszlására kell pár szóban kitérnünk.

10. A szifilisz következtében megvakultak száma a Magyarbirodalomban foglalkozás szerint. 1912.

Főbb foglalkozási ágak	Szifilisz következtében megvakultak megvakulás előtti foglalkozásuk, ill. eltartóik foglalkozása szerint		Esett 100.000 oldalt megnevezett foglalkozású lakosra ugyanolyan foglalkozású szifilisz folytán megvakult
	abszolút szám	%-ban	
Őstermelés	183	41·0	1·4
Bányászat és kohászat	4	0·9	2·0
Ipar	105	23·5	3·1
Kereskedelem és hitel	27	6·1	3·8
Közlekedés	16	3·6	2·6
Közszolgálat és úgynevezett szabad foglalkozások	30	6·7	4·4
Véderő	—	—	—
Különböző ágbeli és k. m. n. napszámos	28	6·3	5·6
Nyugdíjasok, magánzók	5	1·1	1·4
Házicselédek	17	3·8	3·9
Egyéb és ismeretlen foglalkozásúak	31	7·0	8·7
Összesen	446	100·0	2·1

Az őstermeléssel foglalkozók, nyugdíjasok és magánzók legkisebb számokkal szerepelnek kimutatásunkban, az ipar és kereskedelem már erősebben van érdekelve. Feltűnő itt is a házicselédeknek magas százalékkal való részvétele. Vezetőhelyen azonban a napszámosok és a közszolgálatnak és szabad foglalkozásúaknak városokban tömörült rétegei állnak, kik között a szifilisz elterjedettsége közismerten a legnagyobb.

Összegezve a vakság útján előidézett fajegészségügyi károkat, azt látjuk, hogy a blenorrhoea neonatorum Magyarországon az összes vakságoknak 6·0%-ban az okozója. Ehhez kell számítanunk a felnőttek kankós szemfertőzése által előidézett vakságoknak 2·3%-ot kitevő eseteit és a szifiliszes meg-

vakulás 2·4%-nyi kontingensét. Láthatjuk tehát, hogy a nemi betegségek milyen tekintélyes mennyiségben, az összeseknek mintegy 10·7%-ában szerepelnek a vaksági statisztikában. A vakság jelentőségét a társadalmi- és fajegészségtan szempontjából az a szomorú helyzet emeli ki, amelybe a megvakult egyének legfontosabb érzékszervük elveszítése miatt kerülnek. E szerencsétlen emberek az elmebetegek után legkevésbbé produktiv tagjai a társadalmi közösségnek. A szociális statisztika szerint csupán 17%-uk képes önmagának eltartására — azoknak is a fele koldulásból, — a fennmaradó 83% részben vagy egészben az állam és társadalom eltartottja. Ezek az adatok kellően kiemelik a nemi betegségeknek e téren mutatkozó qualitás-csökkentő szerepét.

Ámde fajegészségügyi szempontból a tárgyalt veneriás vakságnál — melynek előidézésében a kankó nagyobb szereppel bír a szifilisznél — még súlyosabban esik latba a szifilisz általános és gyakran az utódokra is átszármazó népkorcsosító hatása.

Előző fejezetünkben említettük, hogy exakt értelemben nem lehet szifiliszes átöröklésről szó, hiszen például az ondósejt már azért sem tudja az apai szifiliszt az utódra átvinni, mert a spirochäta pallida nagyobb a spermiumnál s emiatt bele nem fúródhatik. A szifilisz okozta fajegészségügyi ártalom tehát nem hasonló az öröklékeny hajlamú alkoholizmuséhoz vagy az elmebajjal való terheltséghez. Mindazonáltal egyes kutatók, köztük Widakovits azt találták, hogy a szifiliszes egyének bizonyos hányadánál az ondóban gyakrabban fordulnak elő dystrophiás spermiumok, mint az egészséges embereknél, sőt meghatározott kóros formák csak a szifiliszesek spermájában találhatók. Ebből a körülményből arra lehet következtetni, hogy az ilyképpen előálló utódok — ha nem is öröklik a szifiliszt — mégis a normálisnál testileg, esetleg szellemileg debilisebb és vitalitásukban csökkentebb értékű egyedekké fejlődnek.

A fajegészségügy kérdéseit azonban ennél a még be nem bizonyított degenerációs eshetőségeknél közelebbről érinti a »szifiliszes veleszületés« való ténye és annak következményei. Az anyai vérkeringés útján fertőződött magzatok gyakori elpusztulásáról és abortálásáról, valamint a szifiliszes halvaszületések által előálló quantitatív népveszteségről már említést tettünk. Hasonlóan komoly megítélés alá esik azonban az a súlyos qualitativ ártalom is, ami a világrahozott szifiliszes egyedek további sorsát determinálja.

A spirochäta pallidák és azok toxinjai lokális felhalmozódásuk, valamint mérgező távolhatásuk útján bizonyos testrészekben, sőt az egész organizmusban olyan elváltozásokat okozhatnak, melyek a megtámadott egyén életképességét súlyos mértékben lecsökkentik. Előbbi fejezetünkben már közöltünk komoly adatokat a veleszületett szifilisz által okozott specifikus megbetegedések gyakoriságáról és eloszlásáról. Itt most főleg

azokat az elváltozásokat említjük meg, melyek a fajegészségügy szempontjait elsősorban érintik. Ilyenek többek közt az általános jellegű dystrophiák, a törpe- és óriásnövés; fontos külső szervekre: herékre, orra, fogakra vonatkozó deformitások; izület- és csontelváltozások; valamint a véralakelemek abnormitásai, a súlyos anaemia, purpura-formák, haemolytikus ikterus, paroxismális haemoglobinuria stb.

Jelentékeny területét képezik a világrahozott szifilisz qualitás-csökkentő szerepének a beszéd zavaraira, továbbá egyes érzékszerveknek, főleg a látás és hallás szerveinek megromlására vonatkozó ártalmak. A szifiliszes vakság ügyét már behatóan tárgyaltuk s így e helyen csak Morgan statisztikáját fűzzük hozzá, aki kiterjedt gyermekanyagán azt tapasztalta, hogy a vak gyermekeknek 34%-a és a süketeknek 17·25%-a szifiliszes anamnaesissel bír. Egész szifiliszes gyermekanyagából 53% szenvedett keratitis parenchymatosában, 16·6% tartós látászavarokban és 6% süketségben.

A congenitális szifilisz hasonló komoly befolyással bír a szellemi fejlődésre és az utódok elmebeli állapotára is. Leredde szerint ilyen fejlődési rendellenességek szifiliszes szülők gyermekeinél olyankor is előfordulhatnak, amikor az utódnál sem a klinikai, sem a szerologiai vizsgálat nem tudja a szifilisz jelenlétét bizonyítani.

Érdekesek e szempontból a metaszifiliszes anyák utódain tett megfigyelések. Pilcz statisztikája például arról számol be, hogy 32 taboparalysissel regisztrált asszonynak összesen 34 gyermeke született, ebből meghalt 51·5% (az átlagos 28·58%-kal szemben). Az életbenmaradottak közül sikerült megállapítani a következőket: Egy 18 éves egészséges volt, két 14 éves inbecillis, két 9 éves közül az egyik súlyos migránben szenvedett, a másik egészséges volt. Hat hátgerincsorvadásos asszonynak hat gyermeke született, ebből egy meghalt szifiliszes koraszületés következtében, egy veleszületett gyengeségben és négy egészséges maradt. Öt cerebrospinalis szifiliszben szenvedő anyától öt gyermek született, akik közül egy szifiliszes koraszülött volt, egy meghalt szifilisz gummosában és három egészségesen jött a világra.

White és Veeder vizsgálatai szerint bizonyos ideg- és elmebetegségek, illetve zavarok, így az infantilis hátgerincsorvadás és paralysis, szellemi tompultság és morális abnormitások az összes világrahozott szifiliszes eseteknek mintegy 17·8%-ában fordulnak elő. Heller németországi statisztikájában a szifiliszes gyermekek között 13—50%-ban szerepel idegmegbetegedés, 7·1%-ban tompult szellemi képesség és 2·4%-ban kifejezett idiótizmus.

A gyengeelméjű gyermekek között ezért sok helyen rendszeresen kutatják a szifilisz jelenlétét. Atwood például Amerikában az ilyen inbecillis növendékek között 14%-ban, Fraser viszont Angliában 48%-ban mutatott ki pozitív vérvizsgálati leletet.

Ezeket az adatokat a budapesti vizsgálatok teljes mértékben megerősítik. A Budapesti Állami Kisegítő Iskolában (gyengetehetségűek részére) 1923-ban aetiológiai vizsgálatokat folytattak, melyek arra az eredményre vezettek, hogy az intézet kötelékébe tartozó válogatás nélküli 100 gyermek közül 16 ++++, 12 +++ és 16 ++ W. R.-t adott, ami összesen 44%-ot képviselt. Tekintettel azonban arra, hogy ezen gyermekek vérvizsgálati eredménye nagyon ingadozóan viselkedett, a veleszületett szifilisz diagnózisát egyedül csak ebből nem állították fel, hanem egybevetették a szülőkre és testvérekre vonatkozó anamnaesisen kívül anthropológiai-morphológiai és neurológiai vizsgálatokkal, melyeknek szigorúan mérlegelt közös eredményéből is az derült ki, hogy a debilis gyermekeknek legalább 23·6%-ában volt szifilisz megállapítható. Az Állami Gyógypedagógiai Nevelő Intézetben (gyengeelméjűek és idióták számára) végzett vérvizsgálatok szintén 19%-ban erősen pozitív eredményt adtak.

A vakokból, siketnémákból és hülyékből tevődik össze az a kontingens, amely a népesség qualitásának csökkentését okozza. Hozzájuk sorakoznak még a többi különféle elmebetegek, akik nemcsak terhes és improduktív tagjai a társadalomnak, hanem esetleges utódok kitermelésével a jövő nemzedékek minőségének lerontásához is tetemesen hozzájárulnak. Az előbbi fogyatékosságoknak a nemi betegségekhez való viszonyát már letárgyaltuk. Kiderül azonban, hogy azoknak szerepe az idiótizmuson kívül kisebb-nagyobb mértékben a legtöbb elme-megbetegedésre kiterjed. Ha az összes elmebetegek szifiliszes kórelőzményének arányszámát akarjuk kutatni, legcélszerűbb mindenekelőtt a paralytikus betegek mennyiségét, mint olyant megállapítani, melynek a szifilisszel való indentitása, mai tudásunk szerint, kétségen felül áll. A magyarországi elmebetegek részére szolgáló egészségügyi intézetek forgalmáról következő táblázatunk nyujt felvilágosítást:

11. Az elmegyógyintézetekbe és elmebetegosztályokra felvett összes betegek száma Magyarországon nem szerint. — 1915—1925.

Év	Férfi	Nő	Összesen
1915	3.203	1.819	5.022
1916	3.413	2.036	5.449
1917	3.102	2.128	5.230
1918	2.822	2.143	4.965
1919	2.862	2.054	4.916
1920	2.852	1.999	4.851
1921	2.791	1.943	4.734
1922	2.909	2.128	5.037
1923	2.950	2.110	5.060
1924	2.977	2.170	5.147
1925	3.365	2.299	5.664

A regisztrált évtized adatai nagyjából ugyanazon átlagot szolgáltatják, ami érthető is a férőhelyek kötött száma miatt. Meg kell jegyeznünk, hogy a házilag ápolt elmebetegek száma körülbelül ugyanannyit tesz ki, mint az intézeti betegeké, az elmetébolyban szenvedők teljes számát tehát a fentiek kétszeresének kell vennünk. Hogy az intézetekben ápolt elmebetegek közül mekkora volt a paralytikusok aránya, arra vonatkozólag az alábbi kimutatás pontos adatokat szolgáltat:

12. Az elmegyógyintézetekbe és elmebetegosztályokra felvett paralysises betegek száma Magyarországon nem szerint. — 1915—1925.

Év	Abszolút számokban			Az összes felvett betegek %-ában		
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen
1915	823	195	1.018	25·69	10·72	20·27
1916	858	150	1.008	25·13	7·38	18·51
1917	782	149	931	25·20	7·01	17·80
1918	761	178	939	26·96	8·30	18·91
1919	710	174	884	24·80	8·47	17·41
1920	678	178	856	23·77	8·90	17·64
1921	701	164	865	25·11	8·44	18·27
1922	725	213	938	24·91	10·01	18·62
1923	712	226	938	24·13	10·71	18·53
1924	671	211	882	22·53	9·72	17·13
1925	827	226	1.053	24·57	9·82	18·59

Láthatjuk, hogy a terjedő hűdéses elmezavar az összes elmebetegségeknek milyen tekintélyes hányadát teszi ki. Az 1915—1925-ös évtized alatt a paralysis intézeti forgalma lényeges változást, emelkedést vagy csökkenést nem mutatott. Igaz ugyan, hogy a kezdő 1915. évben a legmagasabb volt az arányszám (20·27%), de már a következő 1916. évben arra a nivóra esett (18·51%), amelyet azóta nagyjából állandóan megtartott. Ha mégis valami minimális változás nem tagadható, ez nem annyira az összes intézeti ápolásba kerülő paralytikusak arányszámára vonatkozik, mint inkább arra, hogy a férfiak száma árnyalatilag csökkent, de ugyanakkor és körülbelül ugyanazon mértékben megnövekedett a paralytikus nők mennyisége. A férfibetegek számának apadása olyan csekély, hogy ebből a szifilisz pusztításának csökkenését sehogyan sem képzelhetjük, legfeljebb azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a nőknél némileg növekedik azoknak a kontingense, akik fertőzésükről nem tudva vagy azzal nem törődve, a kezelés hiánya miatt késői idegrendszeri szifiliszes elváltozás áldozataivá lesznek. Végeredményben azonban kimutatásunk lényegét a fajegészségügy szempontjából abban a kétségenfelüli megállapításban látjuk, hogy hazánkban az elmebetegeknek 18—20%-át metaszifiliszes betegek képezik.

Összehasonlításképpen ide iktatjuk a nagy dalldorfi tébolydának paralysis-forgalmáról szóló adatait:

13. Az elmebetegek és paralytikusok száma a dalldorfi tébolydában. — 1892—1902.

É v	Elmebetegek		Ebből paralytikusok		A paralytikus betegek az összes elmebajosok %-ában	
	fi	nő	fi	nő	fi	nő
1892—1893	845	630	266	134	31·5	21·3
1893—1894	755	486	219	109	29·0	22·4
1894—1895	681	419	257	103	37·7	24·6
1895—1896	624	450	229	94	36·7	20·9
1896—1897	756	404	248	86	32·8	21·3
1897—1898	727	429	241	93	33·1	21·7
1898—1899	806	490	228	97	28·3	19·8
1899—1900	900	548	227	127	25·2	23·2
1900—1901	1.000	487	244	96	24·4	19·7
1901—1902	1.076	503	266	90	24·7	17·9
Összesen	**8.170**	**4.846**	**2.425**	**1.029**	**29·7**	**21·2**

A mult század utolsó évtizedének első éveiben itt még lényegesen magasabb arányszámokat látunk, de azok jelen századunk első éveiben már megfelelnek a hazai értékeinknek.

A többi elmebetegségi csoportokban a szifilisz szerepe nem ilyen könnyen és biztosan állapítható meg. Köztudomású azonban, hogy a paralysis progresszivén kívül másfajta elmezavaroknál is gyakran kimutatható a szifiliszes kórelőzmény. Azt hiszem, hogy nem fogunk messze járni a valóságtól, ha a paralysisen kívüli elmebetegségeknek körülbelül 2—4%-át írjuk a szifilisz rovására. Ezeket az eseteket is ide számítva, nyugodtan állíthatjuk, hogy az összes elmebajoknak nem kevesebb, mint 20—22—24%-át szifilisz okozza.

Az 1920. évi népszámlálás idevágó adatai világosságot vetnek a fenntebb említett összes érzéki és értelmi fogyatékosságoknak számszerű jelentőségére. (Lásd a 111. oldalon levő táblát.)

E szerint az utolsó népszámlálás idején országunkban a vakok száma 5783-at, a siketnémáké 9035-öt, a különféle elmebetegeké 10.600-at és külön az idiótizmusban szenvedőké 10.601-et tett ki. Együttesen mintegy 36.019 főre rúgó, nemzetgazdasági, népesedésügyi és fajfenntartási szempontból használhatatlan, sőt káros tömeget. Legmagasabb a fogyatékosak száma a fővárosban (5·6‰), utána jönnek sorrendben a t. j. városok (5·2‰) és legvégül a vármegyék (4·3‰). Ha tekintetbe is vesszük, hogy a fogyatékosak részére szolgáló gyógyintézetek és pedagógiai intézetek a városokban és elsősorban a fővárosban vannak elhelyezve, mégis feltűnőnek kell tartanunk, hogy az érzékszervi és szellemi fogyatékosaknak lakhely szerinti sűrűsége a nemi betegségek morbiditásával egyenes párhuzamot mutat. Az országban minden 1000 lakosra 4·5 súlyos testi vagy szellemi fogyatékosságban szenvedő egyén jut s ha fenti fejtegetésünk alapján meggondoljuk, hogy e fogyatékosságok átlagának óvatos mérlegeléssel is 18—20%-a szifiliszes (illetve a vakság elsősorban kankós) eredetű, akkor könnyű rámutat-

14. Az érzéki és értelmi fogyatkozásban szenvedő népesség Magyarországon törvényhatóságonkint. — 1920.

Országrész, törvényhatóság	Vak	Siketnéma	Elmebeteg	Hülye	Összesen	10.000 lakosra esik
	szám szerint					
Duna jobbpartja.						
Baranya vármegye	223	256	158	309	946	39·4
Pécs tjv.	38	33	311	41	423	88·9
Fejér vármegye	148	264	167	435	1.014	45·4
Székesfehérvár tjv.	31	31	29	47	138	35·3
Győr vármegye	69	186	69	206	530	58·3
Győr tjv.	30	42	37	60	169	33·8
Komárom vármegye	57	149	54	197	457	41·2
Moson «	42	122	37	224	425	82·2
Somogy «	281	503	409	507	1.700	46·1
Sopron «	90	202	137	317	746	53·8
Sopron tjv.	21	35	29	37	122	34·6
Tolna vármegye	192	312	321	380	1.205	45·8
Vas «	184	268	243	370	1.065	39·8
Veszprém «	167	362	247	491	1.267	54·5
Zala «	236	501	366	568	1.671	48·2
Összesen	**1.809**	**3.266**	**2.614**	**4.189**	**11.878**	**47·4**
Duna balpartja.						
Esztergom vármegye	36	85	46	125	292	52·3
Hont «	17	33	17	26	93	34·2
Nógrád «	111	196	256	213	776	43·8
Pozsony «	1	9	24	28	62	405·0
Összesen	**165**	**323**	**343**	**392**	**1.223**	**46·8**
Duna-Tisza köze.						
Bács-Bodrog vármegye	75	99	75	129	378	39·4
Baja tjv.	21	20	179	15	235	121·3
Csongrád vármegye	139	148	144	175	606	42·6
Hódmezővásárhely tjv.	63	57	94	102	316	51·9
Szeged tjv.	128	126	117	153	524	44·0
Heves vármegye	196	330	680	318	1.524	51·2
Jász-N.-K.-Szolnok vármegye	266	337	346	482	1.431	37·0
Pest-P.-S.-Kiskun vármegye	852	1.284	729	1.544	4.409	38·0
Budapest székesfőváros	586	810	3.271	503	5.170	55·6
Kecskemét tjv.	74	73	68	119	334	45·7
Összesen	**3.400**	**3.284**	**5.703**	**3.540**	**14.927**	**45·4**

Országrész, törvényhatóság	Vak	Siketnéma	Elmebeteg	Hülye	Összesen	10.000 lakosra esik
	szám szerint					
Tisza jobbpartja.						
Abaúj-Torna vármegye	59	110	42	106	317	36·9
Bereg { Szabolcs } vm.-hez	4	9	—	3	16	40·2
vm. { Szatmár } csatolt rész	9	30	10	45	94	44·2
Együtt	**13**	**39**	**10**	**48**	**110**	**43·5**
Borsod vármegye	174	296	143	304	917	36·6
Miskolc tjv.	53	45	125	42	265	46·5
Gömör vármegye	9	13	7	13	42	26·3
Ung «	1	9	3	9	22	157·5
Zemplén «	84	166	258	232	740	54·3
Összesen	**393**	**678**	**588**	**754**	**2.413**	**42·2**
Tisza balpartja.						
Békés vármegye	264	304	542	434	1.544	49·6
Bihar «	132	185	94	227	638	39·6
Hajdú «	141	206	130	228	705	41·9
Debrecen tjv.	63	105	69	85	322	31·2
Szabolcs vármegye	201	415	312	399	1.327	39·8
Szatmár «	94	145	83	184	506	46·2
Összesen	**895**	**1.380**	**1.230**	**1.557**	**5.042**	**42·5**
Tisza-Maros szöge						
Arad vármegye	22	20	19	22	83	38·2
Csanád «	87	101	95	125	408	31·4
Torontál «	12	3	8	22	45	28·5
Összesen	**121**	**124**	**122**	**169**	**536**	**32·0**
Mindössze	**5.733**	**9.035**	**10.600**	**10.601**	**36.019**	**45·1**
Ebből { vármegyék	4.675	7.658	6.271	9.397	28.001	43·4
Ebből { tj. városok	1.108	1.377	4.329	1.204	8.018	52·2

nunk arra a szomorú tényre, hogy úgyszólván minden 1000 közül 1 lakosunk nemi betegség folytán vált fogyatékossá. A fajegészségügyi vonatkozások teljes kimerítéséhez tartozik végül annak kiemelése is, hogy a fenti, egymagukban is megdöbbentő számokban csupán a legsúlyosabb, mondhatjuk százszázalékos qualitáscsökkentő elváltozások szerepelnek, viszont például a »gyengetehetségű« egyedek, a szifiliszes eredetű »nagyothallóak«, a specifikus okból »gyengelátásúak«, a paralysisből és egyéb lueses elmebajból »kigyógyult« egyedek és a szifilisz legkülönbözőbb »utóbetegségei« stb. miatt vitalitásban és produktivitásban lényegesen csökkent képességű embertömegek statisztikai kimutatásra hozzáférhetetlenek lévén, abból teljesen kimaradnak.

A nemi bajok társadalomegészségügyi szerepének további részletezése során ki kell térnünk e betegségek gazdasági vonatkozásaira is. Ezek a vonatkozások a megbetegedett személyek egyéni gazdasági helyzetét is érzékenyen érintik, de emellett a közgazdasági státusra is jelentékeny befolyással bírnak.

Alig szorul bizonyításra, hogy még a gyors lefolyású, nyomtalanul gyógyuló és következményekkel nem járó betegség is tehertételt jelent az egyén életében. Ilyen elbírálás alá esik a legkönnyebb természetű nemi baj, a komplikációk nélkül gyógyuló lágyfekély. De még itt is az esetek kisebb hányadában lágyékdob lép fel, ami az egyént munkaképtelenné teszi, hosszasabb kezelésre kényszeríti, sőt gyakorta ágyhoz szegezi. Komolyabb elbírálás alá esik a nép hitében ugyancsak könnyű bántalomnak ismert kankós megbetegedés. Előző fejezetünkből ismeretesek azok a szövődmények, hólyaggyulladás, dülmirigygyulladás, mellékheregyulladás, húgycsőszűkület, kankós ízületi gyulladás stb., melyek lefolyásuknak tekintélyes részében munkaképtelenséggel, másik részükben pedig a munkaképesség lényeges csökkenésével járnak. Nőknél a helyzet az egyéni gazdasági helyzet szempontjából még kedvezőtlenebb a férfiakénál. Náluk ugyanis — amint tudjuk — a belső genitáliákban, az adnexekben és petefészkekben olyan idült gyulladásos elváltozások jönnek létre, amelyek hónapokra, sőt évekre lecsökkenthetik a betegek munkaképességét. Az adnexek gyógyulásának úgyszólván elengedhetetlen feltétele az abszolút pihenés és fontos elősegítője a megfelelő fürdőkúrák alkalmazása. Szegénysorsúaknál ezek a feltételek úgyszólván teljesíthetetlenek, aminek következtében a baj prolongálódik, romlik. Tehetősebbeknek a gazdasági helyzetét pedig a fürdőkúrák, diathermiás és egyéb költséges gyógymódok kiadásai ássák alá. Rengeteg az olyan női munkások és alkalmazottak száma, kik állandó »ölfájásuk« és fáradtságuk miatt munkahelyeiken nem felelnek meg s hanyagság és lustaság indokával alacsonyabb fizetési osztályba sorozás vagy végleges elbocsátás a sorsuk. Az adnex-betegségben szenvedő családanya persze familiájában sem tudja házikötelességét kellő mértékben ellátni, amiből az egész családra kár és

romlás hárul. Az egyén gazdasági helyzetére még súlyosabb következményekkel bír a szifiliszes megbetegedés. A hosszú hónapokon, éveken át tartó kezelés rengeteg kárbaveszett időt, sok-sok hiányzó munkanapot jelent! Azoknál a kategóriáknál, amelyek a társadalombiztosítás keretein kívül esnek, még az ingyenes rendelések igénybevétele esetén is, igen számottevő a gyógyszerekre kiadott összeg, a vasúti vagy villamoskiadás, a perselypénz stb. De anyagi szempontból is legsúlyosabb tehertétel az a veszély, melyet az egyén jövőjére nézve rejt magába ez a betegség. A rengeteg utóbetegség, a különböző belső szervi elváltozások, központi idegrendszeri megbetegedések stb., melyek éppen azoknál a szociálisan kevésbbé erős és az intelligencia alacsonyabb fokán álló tömegeknél pusztítanak elsősorban, kik betegségük kezelését igen gyakran azért mellőzik el, hogy minél kevesebb gyógyszerkiadásuk legyen és minél kevesebb munkaalkalmat veszítsenek. A szifiliszsnek említett következményei korai megrokkanással, időelőtti elbetegedéssel és elgyöngüléssel járnak s az egyedeket éppen abban a korban sujtják le, amely életük delén a gazdasági megizmosodásuk kora lenne. Mindezekhez hozzá kell vennünk, hogy a nemi betegségek fennállásának tudata, legyen az férfinál vagy nőnél, fiatal vagy öregebb korban, az illető betegre súlyos kedélybeli depressziókkal jár. Az emberek tudatában vannak vagy ösztönösen érzik a nemi szerveknek és a nemi egészségnek életbevágó fontosságát. Emellett bajukat a kétségbecsésig szégyellik, titkolják és például szifilisz esetén a titkolózással járó zavart kedélyhangulat évekre, sőt az egész élettartamukra terjed.

A kezelés is fárasztó és terhes, a betegség következményeitől való félelem pedig kimerítő, úgyhogy a nemi betegek nagy részének általános állapota olyanná válik, hogy az már a produktivitásuk rovására megy, munkateljesítményt lecsökkenti és érvényesülését akadályozza. Mindezek a körülmények hozzájárulnak ahhoz, hogy a nemi betegségek a benne szenvedők gazdasági erejét többé-kevésbbé aláássák és szociális helyzetét valósággal megrontják.

A nemi betegségek azonban nemcsak a benne szenvedő egyének anyagi helyzetére bírnak káros kihatással, hanem az egész népesség gazdasági életében is súlyos tehertételt jelentenek. Ha mindazokat a népesedésügyi és fajegészségügyi ártalmakat, melyeket az előzőkben vázoltunk, gazdasági vetületre helyezzük, akkor fogalmat nyerünk a veneriás betegségek által előidézett szociális károkról.

A nagyobb városokban a 20—30 éves férfiaknak tapasztalatszerint például átlag 10%-a megy keresztül gonorrhoeás fertőzésen. Ez a hatalmas tömeg továbbterjeszti a ragályozást és a házasodás korában lévén, gyakran behurcolja a familiákba. A családi kankó által előidézett meddőség, a születési kiesések, a kankó által előidézett vakság stb. mind felmérhetetlen hiányt és veszteséget jelent az államgazdaságra.

A szifiliszes megbetegedések száma ugyan csak kb. ¼-ét teszi ki a kankós infekcióknak, szociális gazdasági jelentősége azonban mégis nagyobb. Micsoda pótolhatatlan veszteség a nemzeti munkateljesítményben az a sok hiányzó lélek, akik a szifiliszes fertőzés következtében még az anyaméhben elpusztultak vagy halva születtek a világra. Milyen súlyos tehertétel a társadalmi közösségben az a rengeteg csökkent értékű, gyengetehetségű vagy pláne inbecillis egyed, akik szifilisz következtében váltak ilyenekké. És végül mekkora gazdasági veszteséget jelent az államnak a szifiliszben szenvedő tömegek korai megrokkanása, az egész népesség gazdasági produktivitásának ez okból bekövetkező csökkenése és a szifiliszes állampolgárok életrövidülése, idő előtti elhalálozása!

Ide kell számítanunk az államháztartásnak és a társadalomnak mindazon súlyos terheit, amelyek a nemi bajokban megbetegedetteknek vagy ezek következtében fogyatékosoknak ellátását célozzák. A kórházak, a rendelőintézetek, a testi és szellemi fogyatékosak pedagógiai intézetei mind horribilis tehertételt jelentenek. De nem szabad elfeledkeznünk arról a negatív értékről sem, amit a nemi betegek által elfogyasztott gyógyszereknek nagy mennyisége képvisel. És utolsónak mindezekhez hozzávesszük a prostitució szabályozására és a prostitució elleni küzdelemre fordított összegeket is, amelyek felhasználása szorosan összefügg a nemi betegségek ártalmainak leküzdésével, akkor a maga egészében világossá válik előttünk a nemi betegségeknek messze kiható gazdasági-szociális szerepe.

Nem áll módunkban, hogy a magyar államháztartásnak és társadalomnak ily irányú gazdasági veszteségeiről exakt statisztikai kimutatást közölhessünk. De a nemi betegek ellátási terheire vonatkozólag mégis felemlítünk bizonyos adatokat. Így 1928-ban az állam, az önkormányzatok és egyesületek összesen 24 speciális kórházi osztályt tartottak fenn nemi betegek részére és ezenkívül 25 vegyes kórházi osztályon adtak helyet veneriás betegek felvételére. Az ilymódon rendelkezésre álló kórházi férőhelyek száma az országban 2057-et tett ki. Nemi betegek részére szolgáló ambulancia ugyanezen évben 67 volt, amiből 36 a fővárosra és 31 a vidékre esett. Az 1928. évben egymagában az Országos Társadalombiztosító Intézet 25 ilyen járóbetegkezelőt tartott fenn, amelyeknek keretében 51 szakorvos és 30 segédorvos működött. Az említett összes számok mögött igen tetemes fenntartási költségek húzódnak meg, amelyek az egészségügyi intézetek helységeinek, berendezési tárgyainak karbantartásából, az orvosikar fizetéséből, az ápolószemélyzet béréből, az államkincstár terhére rendelhető gyógyszerkiadások összegéből stb. tevődnek össze.

Azonban nemcsak a veneriás kórházi osztályokra és ambulanciákra eső közterhet kell figyelembe vennünk, hanem a többi egészségügyi intézményeket is, melyek a nemi betegségeknek és azok távoli következményeinek gyógyításával foglalkoznak. Ide számítatnak elsősorban a belgyógyászati

osztályok, hol a késői szifiliszes belbántalmakban szenvedők kerülnek felvételre. Hogy ez a kontingens milyen megdöbbentően magas, azt a budapesti II. sz. belklinika vizsgálatai igazolták, amelyek szerint minden nyolcadik belső betegséggel felvett beteg pozitív vérvizsgálati eredményt adott. Igen jelentékeny tehertételt jelent a nőgyógyászati osztályok által felvett nagyszámú kankós női beteg kezelése s a gonorrrhoea következtében fellépő súlyos adnexitiseknek gyakran operatív kezelése. A gyermekosztályok anyagának számottevő hányada veleszületett szifiliszes gyermekekből áll és például a budapesti gyermekklinika e célra külön rendelést is tart fenn. De alig van kórházi szakosztály vagy rendelés, ahol a betegeknek kisebb-nagyobb hányadát ne szifilitikus eredetű bajban szenvedők képeznék. Ezek közül mégis ki kell emelnünk az elmeosztályokat, egyrészt, mert az elmebajban szenvedők házikezelésre alkalmatlanok lévén, nagyon huzamos ideig lakói a közösség által fenntartott egészségügyi intézményeknek, másodszor, mert az elmebetegek ellátása kifejezetten hatósági kötelesség és így valóságos közteher. Amint már előbb kimutattuk, az egész országban az intézetekben ápolt elmebetegek száma évente öt- és hatezer között váltakozik. Magában a fővárosban az intézetekben (elmeklinikán, a lipótmezei, az angyalföldi állami elme- és ideggyógyító intézetekben, a gyüjtőfogházi megfigyelőben és a Schwarzer- és Ringer-féle elmegyógyintézetekben) elhelyezett elmebetegek száma csak 1927-ben 4128 volt, ápolási napjaik pedig ezévben 659.710-et tettek ki. Ha most már az intézeti betegeknek előbbi kimutatásuk alapján $^1/_5$-ét paralytikusnak és egyéb specifikus származásúnak vesszük, akkor azt látjuk, hogy a szifiliszes központi idegrendszeri megbetegedésben szenvedő betegek csak magában a fővárosban 13.194 ápolási napot vettek igénybe, ami élénken dokumentálja e betegségeknek a közösségre rótt súlyos terheit.

Végül még csak azokat az állami kiadásokat akarjuk érinteni, amelyek az érzéki és értelmi fogyatékosak nevelésére és intézeti eltartására vonatkoznak. Magában a fővárosban a vakok részére két intézetet állítottak fel, a József Nádor Állami Vakok Nevelő Intézetét és a Wechselmann-féle intézetet. A siketek oktatására a m. kir. Állami Siketnémák Intézete, továbbá a Nagyothallók Fővárosi Intézete és az Izraelita Siketnémák Intézete szolgál. A gyengeelméjű és idióta gyermekek internátusa az Állami Gyógypedagógiai Intézetben van. Az Állami Kisegítő Iskola, valamint a Frimm-féle intézet a képezhető hülyék és a gyengetehetségű gyermekek oktatását végzi. Itt említhetjük még a Nyomorék Gyermekek Otthonát is. Előbbi fejtegetéseink szerint mindezen intézetek növendékeinek számbavehető hányadát a nemi betegségek áldozatai képezik s így fenntartási terheinek jelentékeny része a veneriás bajok gazdasági téren jelentkező káros szerepének tudható be.

A nemi betegségek pusztításai által előidézett szociális-ökonomikus veszteségeket egyes külföldi államokban az általunk felsorolt közvetett adatokon felül közvetlen számítások segítségével is megpróbálták kimutatni.

Ilyen számításokat különösen az Északamerikai Egyesült-Államokban végeztek, hol az ipari érdekeltségek igen sokat foglalkoznak azokkal a gazdasági veszteségekkel, melyeket az egyes betegségek a munkanapok kevesbbítése és a munkabírás csökkenése által okoznak. Ha a 20—50 évek közötti munkások átlagos napibérét 4 dollárnak és a 15—20, illetve 50—60 évesekét napi 3 dollárnak számítjuk, akkor megállapítható, hogy a nemi beteg munkástömegek napi munkabérvesztesége az állam és társadalom szempontjából 4,500.000 dollárt tesz ki. Minden egyes megbetegedésre csupán 12 napi munkaképtelenséget véve, arra az eredményre jutunk, hogy az Egyesült-Államoknak ilyképpen előálló gazdasági vesztesége évente 54,000.000 dollárra rúg. Ezek persze csak spekulatív számok, de ha meggondoljuk, hogy a nők és gyermekek nemi megbetegedése, valamint az államnak és társadalomnak az egészségügyi intézmények fenntartására fordított kiadásai nem foglaltatnak benne, akkor nem fogjuk ezeket túlzottan magasaknak találni!

A nemi betegségeknek az ipari teljesítőképességre vonatkozó befolyására érdekes példát említ fel az Amerikai Társadalomegészségügyi Társulat. Egyik 10.000 munkással dolgozó ipari vállalat megállapította, hogy alkalmazottai közül minden ötödik ember nemi betegségben szenved s a veneriás betegek munkateljesítménye 33%-kal kevesebb az átlagosnál. Erre a vállalat vezetősége elhatározta, hogy munkásai részére szakemberek által vezetett klinikát állít fel, hol a jelentkezők ingyenes vizsgálatban és kezelésben részesülnek. Az intézmény rövidesen igen keresetté vált, miután pedig a jeletkező munkásoknak körülbelül fele önkéntesen hozzájárult valamivel a klinika kiadásaihoz, annak fenntartási költsége a vállalat részére egészen jelentéktelenné zsugorodott össze. Ellenben a munkásság teljesítőképessége rövidesen annyira javult, hogy a vállalat igazgatóságának véleménye szerint a munkásság összkeresete és a vállalat jövedelme mintegy 15.000 dollárral emelkedett. A munkateljesítmény fokozása terén ekként felmutatott eredményes kezdeményezést rövidesen más ipari nagyvállalatok is átvették és ma az Észak amerikai Egyesült-Államok ipartelepein számos hasonló egészségügyi intézetet tartanak fenn.

Az Amerikai Társadalomegészségügyi Társulat beható számításokat végzett, hogy megközelítőleg megállapítsa azokat a szociális-ökonomikus terheket, melyeket a nemi betegségek az államra és társadalomra évente rónak. Ezek következőleg oszlanak meg:

1.	162,250.000	dollár	a prostitúcióval kapcsolatban felmerülő évi költség,
2.	3,000.000	«	a prostituáltak internálására fordított összeg,
3.	51,000.000	«	a régi nemi betegek kezeltetési kiadása,
4.	10,000.000	«	az év folyamán frissen fertőzött betegek kezeltetési költsége,
5.	97,000.000	«	a szifiliszes alapon fellépő elmebajok gazdasági terhe,
6.	300,000.000	«	a nemi betegségek által okozott nemzetgazdasági veszteség,
7.	3,000.000	«	a veneriás eredetű megvakulások okozta károsodás.
Összesen	**626,250.000**	dollár.	

Ezek persze amerikai méretek és amerikai számok, melyek az európai fülnek szokatlanul hangzanak. De megpróbáltak egyes európai államban is olyan mérőszámokat produkálni, melyek a nemi bajok gazdasági jelentőségét megközelítőleg feltüntetik. Ezekből a számításokból is hiányzik azonban a munkaveszteség és a qualitáscsökkenés anyagi értékelése.

Franciaországban Bradley foglalkozott a kérdéssel, aki a háború előtt megállapította, hogy az országban a szifiliszokozta halálozás, halvaszületés és abortus évente 40.000 lelket tesz ki (napjainkban már évi 120.000-ről beszélnek). Bradley számításai szerint a 40.000 lélekveszteség az állam részére anyagi értékelésben 200,000.000 frank károsodást jelent.

Értékesek Mac Alisternek a nemi betegségek társadalomgazdasági kihatására vonatkozó adatai is. Eszerint Angliában pusztán a nemi betegségek gyógykezelésére szolgáló ambulatóriumok fenntartására 1916-tól 1919-ig évente 340.000 font sterlinget és 1920-ban 314.000 font sterlinget fordítottak. A paralysis progressivában szenvedő betegek az államnak már a háború előtt évi 90.000 font sterlingjébe kerültek, amely összeg a többi szifiliszes eredetű elmebajokra kiadott összeggel évi 150.000 font sterlingre rúgott.

Végül, mint legreálisabbat, a dán egészségügyi hatóságok által összeállított gazdasági kiadások adatait közöljük. Ezek szerint Dániában 1922-ben a nemi betegek terhére à 10 koronájával 50 kezelési napot, tehát a szóbanlevő év leforgása alatt fejenként 500 koronát számítottak. Ebben az összegben bennefoglaltatik az ambulánskezelést végző hatósági orvosok és kórházi orvosok honoráriuma, az elhasznált gyógyszer stb. Az országban statisztikailag kimutatható összes nemi betegek kezeltetési költsége 1922-ben végeredményben 2,430.000 koronát tett, amiből 2,100.000 esik kórházi ápolásra és 330.000 ambulánskezelésre. Koppenhágában az említett tételek 1,150.000, illetve 210.000 koronát tettek ki. Egymagában a 12 koppenhágai hatósági specialistára 130.855 korona esett, amiből egyéb kiadásokon kívül 73.848 korona az orvosi honorárium és 27.025 korona a gyógyszerköltség volt. A vidéki kórházak kiadási tétele 950.000-re, a vidéki rendelőintézeteké pedig 120.000 koronára rúgott. A nemi betegségek által okozott közteher minden egyes állampolgárra évente 0·75 koronára és pedig vidéken fejenként 0·40 koronára, a fővárosban pedig 2·0 koronára rúgott.

Mindezek az értékek, melyek részben csak becslési adatok, részben azonban reális számítások alapján készültek, beszédes bizonyítékai annak, hogy a veneriás bajok az egyén és a társadalom szociális-ökönomikus viszonyaira milyen messze kiható vonatkozással bírnak. Ha most már a nemi betegségek *a)* népesedésügyi kárait és *b)* fajegészségügyi ártalmait az általuk előidézett *c)* gazdasági veszteségekkel közös keretbe foglaljuk, akkor kellő megvilágításban láthatjuk e népbetegségeknek teljes társadalomegészségügyi veszedelmét!

Ezek után áttérhetünk a jelen fejezet másik fontos feladatának megoldására, amely kötelességünkké teszi, hogy a nemi betegségek terjedésének okait statisztikai oknyomozás tárgyává tegyük.

A nemi betegségek terjedésének bakteriológiai-pathológiai okait előző fejezetünkben részletesen tárgyaltuk és rámutattunk arra, hogy az egyes nemi betegségeket milyen kórcsirák okozzák s azok behatolása és elszaporodása a szervezetben miként történik. Ezzel azonban egymagában e betegségek terjedése nincsen megmagyarázva, hiszen — tekintettel a spirochäta pallidáknak, a gonococcusoknak és streptobacillusoknak a föld kerekségén való horribilis mennyiségére — egyéb feltételek híján talán már mindenki fertőzve volna. Kétségtelen tehát, hogy a bakteriológiai adottságok mellett egyéb feltételeknek is közrejátszaniok kell, amelyek azokkal együtt fejtik ki közös hatásukat. Az utóbbiakat is valóságos kórokoknak kell tekintenünk, melyeknek jelentősége a társadalomegészségügy szempontjából amazokénál egyáltalában nem kisebb. Ezek az úgynevezett szociális-pathológiai okok, bonyolult, százfelé ágazó szálakkal és szövődményekkel. A továbbiak során látni fogjuk, hogy ezeknek a társadalmi kóros körülményeknek milyen intenzív szerepük van a nemi betegségek terjedése és fennmaradása szempontjából, úgyhogy nyugodtan revideálhatjuk az eddigi tudományos felfogásunkat, mely egyszerűen azt vallotta, hogy a szifiliszt a spirochäta, a kankót a gonococcus és a lágyfekélyt a streptobacillus okozza. Felfogásunkat ma oda kellene helyesbíteni, hogy a szifilisz okai a spirochäta pallidák és a megfelelő szociális-pathológiai okok, a kankóé a gonococcusok, valamint a megfelelő szociális kórokok és a lágyfekélyé pedig a streptobacillusok és ugyancsak a megfelelő szociális kórokok.

A nemi betegségek terjedésének társadalmi okaival már sokat foglalkoztak különösen a németek, de az északamerikaiak, angolok és franciák is. Az idevágó tudományos munkák sok oldalról világítják meg a problémát, anélkül azonban, hogy valami egységes rendszert vagy sémát vezetnének be, hogy ez a bonyolult kérdéskomplexum áttekinthető legyen. A mi célunk az, hogy megpróbáljunk olyan áttekinthető rendszert létesíteni, amelybe a nemi betegségek terjedésének összes főbb társadalomegészségügyi és járványtani okai beilleszthetők.

Mindenekelőtt meg kell állapítanunk a főokot, amely a nemi betegségek terjedésének minden körülmények között való első feltétele s azután kell ezt szétbontanunk olyan másod- és harmadrendű indokokra, amelyek közvetve hozzájárulnak a nemi ragály fennmaradásához.

Ebből a célból vissza kell mennünk az oknyomozás terén egészen a szexuális élet alapjainak vizsgálatáig. A természet kifürkészhetetlen bölcs szabályaival a világegyetemet és a benne lévő élőlényeket igazgató isteni akarat szerint úgy rendezte be, hogy élet örökké legyen. Ezért kioltha tatlan és végtelen erejű ösztönt oltott az élőlényekbe, a fajfenntartás ösztönét,

amely köztudomásulag az életfenntartás ösztöne után életünknek legfontosabb rúgója. Az emberiség fennmaradása szempontjából az egyén életének kétségtelenül legértékesebb funkciója a petesejtek, illetve ondósejtek kitermelése s azoknak a fajfenntartás ösztöne által történő összepárosítása, ami az új egyedek keletkezését eredményezi. Az új egyedek a petesejtek és ondósejtek chromosomái által öröklik az ősök testi és szellemi sajátosságait, bár a chromosomák sajátságos kicserélődése miatt kaleidoszkophoz hasonlatos, örökös változatokat produkálnak. Így mindig más, az ősökhöz többékevésbbé hasonló, de sohasem teljesen azonos formában jelennek meg. Az élőlények rövidebb-hosszabb idő alatt elpusztulnak, miután új egyedeket hoztak a világra, hogy azok vegyék át újból és újból őseik fajfenntartó szerepét. És a folyamat így folytatódik beláthatatlan láncolatban tovább; egy-egy lánc elszakad, helyette azonban újabbak és újabbak keletkeznek és biztosítják az élőlények örök fennmaradását. Ez az életenergia folytonosságának elmélete! Ha a természet nem oltotta volna az élőlényekbe olyan ellenállhatatlan erővel a fajfenntartás ösztönét, ha ez alárendelt fontosságú ösztön volna vagy a véletlen játékára lenne bízva, akkor az élet fennmaradása a világegyetemben problematikussá válnék. Miután azonban ellenállhatatlan ösztön, sőt kifejezett kényszer hajtja az élőlényeket a szexuális ténykedésre, a kontinuitás biztosítva van. Az állatok szexuális életét vizsgálva azt látjuk, hogy az — bár csak ösztönösen — tényleg kizárólag a faj fenntartását szolgálja. Az állatok nemisége bizonyos szabályokhoz, periódusokhoz stb. van kötve és általánosságban úgy van bevezetve, ahogy az a fajfenntartás céljainak legjobban megfelel. Sajnos, ez nem egészen így van az embereknél és ezen a ponton térünk rá az ember nemi életének azokra a gyöngéire, melyek már a nemi betegségek terjedésével legszorosabb kapcsolatban állanak. Az ember évszázadok és évezredek fejlődési szaka alatt a civilizáció és kultúra haladásával magas szellemi nívót ért el, de — úgy látszik — ugyanekkor bizonyos helyes ösztönérzéseit elveszítette, azok letompultak vagy helytelen irányba tolódtak, amit mindenesetre a degeneráció egyik fajtájának kell tartanunk. Ilyen degeneratív elváltozás észlelhető az ember fajfenntartó ösztönében is, amely sok tekintetben elveszítette eredeti célját és rendeltetését. Ennek következménye, hogy az ember nemi élete ma már csak kis részben szolgálja a fajfenntartás mindennél fontosabb céljait. Hiszen az állat sem bír tudomással arról, hogy ösztönétől hajtva, fajának szaporodását készíti elő, de éppen normális ösztönénél fogva szexuális ténykedését mindig olyankor, annyiszor és olyan körülmények között gyakorolja, ahogyan a szaporodás feltételeinek legjobban megfelel. És bár az ember sincsen tisztában szexuális életének ösztönös gyakorlása közben annak igazi céljával, de viszont ösztöne már nem is normális, nem keresi és nem találja meg a fajfenntartás alkalmait. Az emberiség nagyobb részének nemi élete már önmagáért való céllá alakult, melynek az ösztön mindenáron való kielégítésén kívül semmi más feladata

nincsen. Miután pedig az ember épen magas szellemi fejlettségénél fogva — az állattal ellentétben — értékelni tudja bizonyos ösztöneinek kellemes vagy kellemetlen voltát, sőt azokat bizonyos fokig irányítani is képes, a fajfenntartás igazi céljától eltérített szexualitását élvezet céljaira használja fel. Amikor pedig okfejtésünkben eljutottunk odáig, hogy a nemi élet az emberek nagy többségénél kizárólag élvezet szerzését szolgálja, máris magyarázatát adtuk a nemi élettel való számos visszaélésnek és abnormitásnak. Az emberek széles rétegeit hajtja a vágy, hogy földi életük alatt élvezeteiket minél változatosabbá tegyék és minél magasabbra fokozzák. Különösen áll ez éppen a nemi életre, mert az emberek nagy tömegei szexuális életüket túlhajtják s az egészséges és normális követelmények figyelmen kívül hagyásával keresik a nemi ösztönnek minél gyakoribb kielégítését. Ennek lehetősége pedig olyképpen áll elő, ha a változatosság és fokozott szelekció elvei szerint az ilyen pathológiásnak mondható szexualitás kielégítésére minél több és minél megfelelőbb partnerek felkeresésére törekszenek. Ez a jelenség a »nemi keveredés«, a promisciutás, melynek a társadalomegészségügy szempontjából való fontosságát a következőkben részletesen kifejtjük.

Tudjuk, hogy a nemi betegségek olyképpen fertőznek, hogy kontágimuk az egyik emberről — főleg szexuális érintkezés útján — a másikra kerül, aminek valószínűsége annál nagyobb, minél kiterjedtebb a nemi keveredés. Nemi keveredés nélkül a veneriás bajok fennállásának úgyszólván alig van lehetősége, miért is a nemi betegségek terjedésének legelső és legfontosabb társadalomegészségügyi okát a promiscuitásban kell megjelölnünk.

Ha a nemi keveredés máról-holnapra megszünnék és a fajfenntartás ideális elveinek megfelelően nemileg csak házasfelek érintkeznének, akkor a veneriás betegségek 1—2 generáció alatt a földszínéről örökre eltünnének. A promiscuitás azonban állandóan fenntartja és terjeszti a ragályt! Egyszersmind a ragályterjedés mértéke is szoros kapcsolatban áll a promiscuitás fokával és megállapítható, hogy minél nagyobb méreteket ölt valamely népességben vagy néprétegben a nemi keveredés, annál gyakoribb ott a nemi betegségek fellépte. Ezt az állítást példákkal is lehet igazolni. Tegyük fel, hogy a nagyvárosok férfilakosságának 20. és 30. életév között körülbelül 10%-a nemi beteg. Ha ennek a korosztálynak egyik nőtagja egészséges férfival tiszta házas életet él, a fertőzés valószínűségének indexe = 0. Ha azonban két férfival folytat viszonyt, fertőzési valószínűsége 0·20, ha öttel, fertőzési valószínűsége 0·50, ha pedig már tízzel élt nemi keveredésben, valószínűségi indexe = 1, ami már úgyszólván biztos fertőzést jelent. Megfordítva hasonló, csak alacsonyabb értékeket kapunk. Tegyük fel, hogy a nagyvárosok női lakosságának 20. és 30. életév között körülbelül 2%-a nemi beteg. Az a férfi, aki két ilyen korosztályú nővel folytat viszonyt, 0·04 valószínűség szerint, aki öttel keveredik, az 0·10 valószínűség szerint inficiáltatik. Ha pedig ötven nővel folytat promiscuitást, akkor fertőzési valószínűségének indexe = 1, ami ez esetben

is úgyszólván biztos megfertőződést jelent (Doros). A nemi betegségek fellépésének gyakorisága tehát mathematikailag egyenes arányban áll a promiscuitás nagyságával!

A nemi keveredés általában véve a legközvetlenebb oka a veneriás bajok terjedésének. Világos azonban, hogy ez a meghatározás csak akkor állhat fenn, ha a megfelelő ragályforrások adva vannak. A promiscuitás az olyan népesség egyedei között, ahol mindenki mentes a nemi betegségektől (amilyen nincsen!), nem képezhet veneriás ragályozásra okot. Közelebbről meghatározva tehát a dolgot, azt kell mondanunk, hogy a nemi bajok terjedésének főoka a nemi betegek keveredése az egészségesekkel vagy akár fordítva, az egészségesek keveredése a fertőző egyedekkel.

A kérdést ebben a beállításban szemlélve, ki lehetne kapcsolni az egészségeseknek a promiscuitását és a nemi betegségek terjedésének meggátlására elégségesnek tarthatnánk a beteg egyének keveredésének megakadályozását. Sajnos azonban, eddigi tapasztalataink szerint ennek elérésére sincsen sok remény. Az emberek általában összes szenvedélyeikben nehezen mérsékelhetők, még akkor is, ha tudatában vannak ez élvezetek testi, szellemi vagy anyagi ártalmaival, (például alkohol, nikotin, kártya stb!). De még az átlagon felül is vonatkozik ez éppen a szexuális életre, amelynek korlátokat szabni az emberek nagyrészénél úgyszólván megoldhatatlan feladat. Hogy ennek az indoka nem annyira a fiziológiás körülményekben, mint inkább a szexuális élet helytelen megítélésében, az imént említett élvezetvágyban és az önuralom hiányában rejlik, annak bővebb kifejtésére talán nincs is szükség. A szexuális élet korlátozásának nehézségeit az életből mindenki tudja és különösen ismerik ezt azok, akik a szexuális nevelés nehéz kérdésével megpróbáltak foglalkozni. De mindenekfelett tudja az orvos, aki mindenik ragályozó nemi beteget éppen annak jól felfogott érdekében óva inti attól, hogy betegsége alatt nemi életet folytasson és a köz érdekében nyomatékosan eltiltja (vagy legalább is el kellene, hogy tiltsa) minden ilyenfajta keveredéstől. Az orvosnak felvilágosító és tiltó ténykedése még az intelligensebb betegek nagyrészénél is eredménytelen marad, annál inkább jár fiaskóval a betegeknek kevés belátással és hiányos műveltséggel bíró széles rétegével szemben.

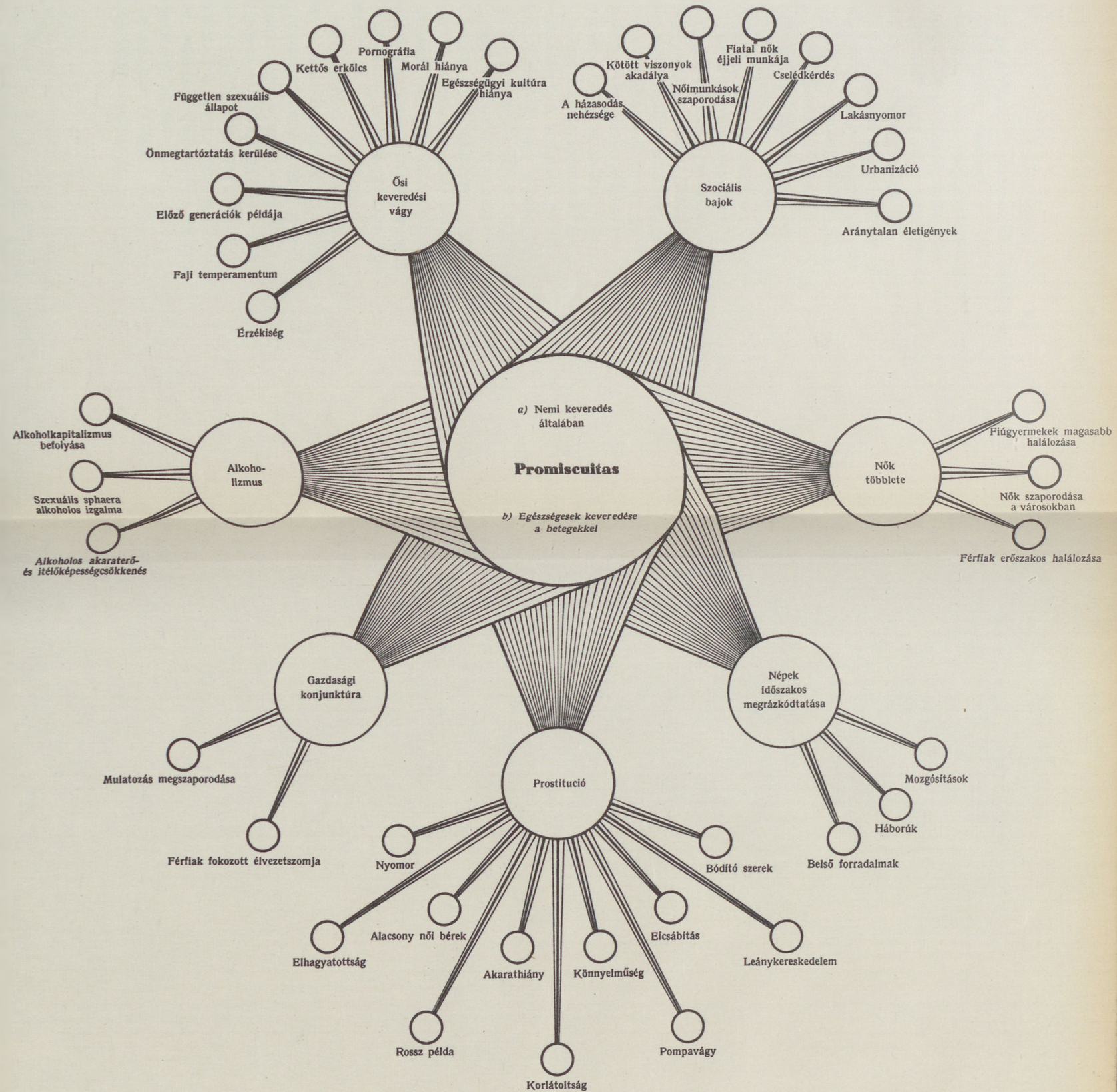
Hogy a nemi betegségek elleni küzdelem legújabb szisztémájával, a nemi beteggondozással és a gondozóintézetek nagyobb számban történő felállításával e téren miért és hogyan remélünk javulást, azt egy későbbi fejezetünkben fejtjük ki. Itt elégséges, ha utalunk arra, hogy az eddigi tapasztalatok azt bizonyították, hogy a fertőző állapotban lévő nemi betegeknek igen jelentékeny hányada folytatja nemi érintkezéseit és ezúton a promiscuitás mathematikai arányában állandóan terjeszti a veneriás ragályt.

A beteg egyének promiscuitásának, mint a nemi betegségek alapvető társadalomegészségügyi okának taglalásánál azonban vissza kell térnünk a veneriás betegségeknek bizonyos jellegzetes sajátosságára, amely az

említett irányban fontos magyarázattal szolgál. Nem tételezhető fel ugyanis, — bár tagadhatatlanul ez is gyakorta előfordul, — hogy a nemi betegek nagyobbik része fertőző állapotának tiszta tudatában folytatná szexuális tevékenységét. Kétségtelen, hogy az olyan esetek, amikor valaki friss fertőzésével nem átallja embertársát is inficiálni, a kultúrállamokban aránylag kisebb számban fordulnak elő s a fertőzéseknek közismerten széles kiterjedéséhez aligha vezethetnek. A fertőzések túlnyomó többsége olyképpen áll elő, hogy a betegek több-kevesebb meggyőződéssel gyógyultnak tartják magukat vagy legalább is feltételezik, hogy betegségük partnerükre nem ragályozó.

Rengeteg az ilyen körülmények között folytatott szexuális érintkezések száma és a veneriás betegségek terjedésének hallatlanul lassú csökkenése elsősorban éppen ezzel a körülménnyel magyarázható. Közismert, hogy az emberek egészségi állapotuknak megfigyelésében milyen felületesek és könnyelműek. Ez a felületesség a nemi betegségek megítélésénél — e bajok sajátosságainál fogva — még talán másternészetű betegségeknél is súlyosabban esik latba. A lágyfekélyről, mint komolyabb következmények nélkül való betegségről nem szólva, úgy a kankónál, mint a szifilisznél azt látjuk, hogy ezek nagyrésze a betegség rövidebb-hosszabb ideig tartó friss időszaka után idültté válik. Ez az állapot kankónál inkább csak a kedvezőtlen lefolyású vagy elhanyagolt esetekben, szifilisznél azonban mindig bekövetkezik. Ilyenkor aztán a kankós folyás megszűnik vagy annyira minimálisra csökken, hogy azt a felületes és könnyelmű beteg esetleg nem is veszi észre. Szifilisznél pedig a »latens« szakban éppenséggel semmi jelenség sem mutatkozik! A betegek nagy többsége ebben a stádiumban betegségét annyira javultnak, esetleg gyógyultnak tartja, hogy ismét elkezdi félbeszakított nemi életét. Az orvos esetleges intő szavát figyelembe sem veszi vagy pedig igen gyakran túlzó és indokolatlan óvatosságnak, sőt nem egyszer a kezelés felesleges elnyujtását célzó akadékoskodásnak tartja. A páciensek egyik része ebben az állapotban be is szünteti az orvosi kezeltetést, de ha azt folytatja is, egyidejűleg már visszatér szokásos szexuális életéhez. A beteg nem tudja vagy nem hiszi, hogy a kankó idült eseteiben a húgycső redőinek mélyén vagy a prostatában, nőknél pedig főleg az adnexekben tovább rejtőzködnek a gonococcusok s adott esetekben kijutva búvóhelyükről, újabb és újabb fertőzéseket okoznak. A krónikus kankóban szenvedő egyének valóságos »bacillusgazdák«, akik maguk igen gyakran nem érzik bajuknak úgyszólván semmi kellemetlenségét, de embertársaikra állandó veszélyt rejtegetnek. A friss, de latens szifiliszes betegek viszont bőven termelik a spirochätákat, amelyek a közvetlen érintkezés útján a másik fél vesztét okozhatják. Itt elég azokra a beható kísérletekre utalnunk, melyek kapcsán a korai latens szifiliszes egyének véréből, ondójából, nyálából, anyatejéből, vizeletéből stb. spirochäta pallidákat olyan sokszor kimutattak, nem is szólva azokról a felületes és a beteg előtt észre-

I. A nemi betegségek terjedésének társadalomegészségügyi és járványtani okai.



vétlenül maradt kis papulákról és plaquesokról, melyek a fertőzéseknek úgyszólván biztos előidézéséhez vezetnek.

A baj lényege tehát abban van, hogy a betegek, mielőtt teljes kezelésüket befejezték volna, nemi érintkezéseket folytatnak. Ennek az állításnak statisztikai módszerrel való bizonyítása természetesen lehetetlen és indokolását csak e körülmény következményeiben, a nemi betegségek állandó terjedésében és annak statisztikai kimutatásában láthatjuk. Vizsgálat tárgyává lehet azonban tenni, hogy a nemi betegeknek mekkora százaléka fejezi be teljes kezeltetését és milyen hányada hagyja abba gyógyulatlanul. Igaz ugyan, hogy ez sem bizonyítja közvetlen módon a promiscuitás fennállását. De ha fel kell tennünk, hogy a betegek egy része már kezelésének ideje alatt is folytat szexuális érintkezést, azt meg éppen bizonyosnak tarthatjuk, hogy kezelésének indokolt vagy indokolatlan megszakítása, illetve befejezése után éppenséggel visszatér a megszokott nemi élethez. Hogy a gyógyulatlanul maradt nemi betegek száma milyen magas lehet, arról fogalmat nyerünk a következő néhány adatból. Caesar 1908-tól 1912-ig regisztrált 1433-at kitevő nemi beteganyagán megállapította, hogy annak 89%-a elégtelen kezelés után szakította meg gyógyíttatását. Pinkus pláne arra az eredményre jut, hogy a szifiliseknek 90%-a elégtelen kezelést végez. Hope a liverpooli anyagán ugyanezt az arányszámot 60%-nak találta. Kaufmann szerint a magasabb szellemi klasszisba tartozó nemi betegeknek 50%-a, a munkásosztálynak pedig 75%-a maradt gyógyulatlan. A budapesti gyermekklinika szifiliszrendelésének szomorú adataiból kiderül, hogy a beteganyagnak 42%-a mindjárt a kezelés legelején eltűnt és további 27%-a csak egyetlen kúrát fejezett be, összesen tehát 69% elégtelen kezelés után hagyta abba gyógyíttatását. Semmi okunk sincsen feltételezni, hogy hazánkban a felnőttek kezelési statisztikája ezeknél vagy a külföldi számoknál sokkal jobb eredményt adna s így a felsorolt adatok is elegendő bizonyítékul szolgálnak arra vonatkozólag, hogy a nemi betegségek terjesztésében a kezeletlen, gyógyítás alatt álló vagy kezeltetésüket időelőtt megszakító betegek promiscuitásával mekkora mértékben kell számot vetnünk.

Ha tehát el kell fogadnunk a promiscuitást, mint legfőbb »közvetlen« társadalmi kórokot a nemi betegségek terjedésének magyarázatául, most már azt kell megkeresnünk, hogy maga a promiscuitás milyen tényezőkre oszlik és hogy azt miféle biológiai, morális, kulturális, szociális stb. körülmények tartják fenn. A probléma bővebb kifejtése és — ahol lehetséges — statisztikai megvilágítása azért nélkülözhetetlen, mert a promiscuitás bonyolult és messzeágazó okainak felkutatása egyszersmind részletes felvilágosítással szolgál a nemi betegségek terjedésének »közvetett« okairól.

A nemi keveredésnek legfőbb okait, fennállásának körülményeit, megnyilvánulásának módozatait és hullámzásának előidézőit a régebbi kísérletektől eltérőleg, következő rendszerbe próbáljuk befoglalni. I. Ősi keveredési

vágy. II. Szociális bajok. III. A nők többlete. IV. Prostitúció. V. Alkoholizmus. VI. Gazdasági konjunktúra és VII. A népek időszakos megrázkódtatása. Első pillanatra meglepő ezen okcsoportoknak különbözősége, melyeknek egyrésze valóban egészen távol esik egymástól, sőt látszólagos ellentétre enged következtetni. Amint azonban látni fogjuk, mindezek kivétel nélkül közvetlen okozati összefüggésben állnak egymással és egészen közeli kapcsolatban vannak a nemi betegségek terjedésének fontos kérdésével.

Hogy az ősi keveredési vágy az emberiség életében ma milyen mértékben áll fenn, ez kétségtelenül a problémának egyik legkiemelkedőbb pontja. De nehéz kérdésnek látszik maga az is, hogy beszélhetünk-e »ősi« keveredési vágyról és ha igen, akkor ez mai életünkben milyen mértékig maradt vissza, illetve a veneriás betegségek terjesztéséhez miképpen járul hozzá. A nemi ösztön kérdését már érintettük és kifejtettük, hogy ennek célja kizárólagosan a fajfenntartás. Helyesebb lett volna tehát ősi fajfenntartási vágyról beszélnünk, ha ezt a fogalomkört meg nem zavarná az a tudatunk, hogy a fajfenntartási vágy igen régen, már évezredekkel ezelőtt, tehát az ősi korban degenerálódott és legalább is a népesség széles rétegeinél keveredési vággyá fajult. Az ősember nemi életéről igen keveset, mondhatni semmit sem tudunk. Hiába tiltakozik ellene jóérzésünk, mégis fel kell tételeznünk, hogy az emberiség ősi állapotában korlátlanul keveredő nemi életet élt. Lehetséges, hogy — amint bizonyos állatfajoknál megfigyelhetjük — a szexuális élet mégis bírt bizonyos nemesebb vonásokkal és feltételezhető, hogy a páros és családi élet bizonyos fokig már ekkor is kialakult. Ez azonban az egyes egyedeknél legjobb esetben is csak az utódok életképes korának eléréséig tartott és akkor újabb és újabb csere és keveredés következett. Sok ezredévnek kellett eltelni, míg az emberiség a vallás és valláserkölcsiség fejlődése kapcsán a házasélet mai magaslatáig eljutott. Közben azonban az ősi keveredés a népesség házasságon kívüli széles rétegeiben tovább tartott és azon rétegek között, ahol ma is fennáll, alighanem durvább formában jelentkezik, mint az ősembernél. A nemi életnek ilyen elfajulását éppen a nemi ösztön többször említett degenerálódásával magyarázhatjuk és ez okozza az ősi keveredési vágynak sajátságos, az állatok életében sokkal kisebb mértékben tapasztalható megnyilvánulásait. Érzékiségnek szoktuk mondani az ősi keveredési vágynak ilyen jelentkezési formáját, amely legtöbb esetben a szerelem tárgyának többé-kevésbbé gyakori változtatásához vezet. A fajfenntartás ösztöne kétségtelenül sokkal erősebb a nőben, mint a férfiban, miért is a nők általában szexuális életüket akaratlanul is inkább alárendelik a fajfenntartás érdekeinek. A nőknek összehasonlíthatatlanul kisebb hányadában mutatkozik az érzékiségnek az a neme, mely a szexuális partnerek gyakori cseréléséhez, vagyis a promiscuitáshoz vezet. Ilyképpen a promiscuitással egyenes arányban álló nemi betegségek is lényegesen alacsonyabb százalékban fordulnak elő a női, mint a férfi nemnél. De az érzékiség nemcsak nemek,

hanem fajok szerint is változhat. Régi tapasztalat, hogy egyes népek fokozottabb szexualitással bírnak másoknál és helyenként az érzékiség magasabb fokra van fejlődve. Így köztudomású, hogy a meleg égöv alatt élő népek nemileg korábban és erőteljesebben fejlődnek, szexuális életük intenzívebb, ami igen sokszor a promiscuitás fokozódását vonja maga után. Részben ezzel magyarázható az a tapasztalat, hogy egyes déleurópai országokban nagyobb mértékben pusztítanak a nemi betegségek, mint a hűvösebb faji temperamentummal bíró északi skandináv népeknél.

Hogy a keveredési vágy a fajfenntartás vágyától széles ívben elkanyarodott, annak okát többféle körülmény magyarázza. Fiziológiai és biológiai momentumok egyedül aligha teszik ezt indokolttá, hanem bizonyos morális és kulturális tényezőket kell ezért felelőssé tennünk. Az ember veleszületik bizonyos fiziológiai és bilológiai adottságokkal, de az erkölcs és civilizáció jó vagy rossz hatása kétségtelenül csak a születés utáni időkben rakodik rá. A civilizációnak a felszámlálhatatlanul sok előnye és fényoldala mellett hátrányai is vannak s ezek közé tartozik elsősorban a nemi élet és nemi erkölcs megrontása. Az ember erkölcse tagadhatatlanul összefüggésben van veleszületett hajlamaival, de óriási túlsúlyban determinálják azok a körülmények, melyek közé az ember a földi léte alatt jutott. Bár kivétel gyakran előfordul, nagy általánosságban mégis kimondható, hogy erkölcsös lesz az az új egyed, aki erkölcsös család sarjadékának született, erkölcsös környezetben, vallás-erkölcsi nevelésben nőtt fel és további élete sem sodorta olyan környezetbe, amely eddigi erkölcsi alapját megváltoztathatta volna. Nemcsak az egyénre, hanem kétségkívül vonatkozik ez az egyes generációkra és az egész társadalomra is. Sajnos azonban, az újonnan felnövő generációk már gyermekkorukban tapasztalják mindenfelé a nemi erkölcs lazaságát, látják az érzékiség gyakori megnyilvánulásait és megtanulják a promiscuitásnak a népesség széles rétegeiben uralkodó szokását. A fiatal nemzedékek az előző generációk példáját, mint természetes örökséget veszik át és fenntartva azt, maguk is rossz példát szolgáltatnak az utódoknak.

Az elmondottak elsősorban a férfi nemre vonatkoznak, amelyiknél — legalább is a házasságon kívül élők között — általánosnak mondható a kisebb vagy nagyobb mértékben való promiscuitás. A nők, mint említettük, biológiai okokból alacsonyabb százalékban esnek a promiscuitás hibájába, de persze itt is szerepet játszik az előző generációk jobb példája, az előző nemzedék női nemének családi jellegű vagy önmegtartóztató élete. Férfiaknál az önmegtartóztatás nagyon ritka példa és éppen mert ennek hiányában a nemi betegségek terjedésének egyik fontos okát szokták látni, erre a kérdésre is ki kell térnünk. Az önmegtartóztatást egymagában, minden feltétel nélkül, csupán önmagáért szükségtelennek, sőt helytelennek kell tartanunk. A természet nem azért oltotta az emberbe a fajfenntartás ösztönét, hogy azt erőszakkal elnyomja és az élőlénynek a természet magas szempontjai szerint

megszabott végcélját, az élet kontinuitásának fenntartását megakadályozza. Vannak azonban helyzetek és körülmények, mikor az önmegtartóztatás szükséges, sőt helyes. Ezek a helyzetek azonban mindig olyan körülmények között adódnak, amikor a fajfenntartás kérdése amúgy sincsen érintve vagy pedig éppenséggel veszélyeztetve van. Ilyen a helyzet elsősorban a növendékkorban, mikor a szexuális ténykedés még feltétlenül önmagáért való cselekedet, annak valószínűsége nélkül, hogy újabb generációk forrása lehessen. Hogy azonban az önmegtartóztatás kérdésének a promiscuitáshoz és a nemi betegségekhez való vonatkozását helyesen ítélhessük meg, mindenekelőtt el kell döntenünk azt a sokat vitatott kérdést, hogy az önmegtartóztatás az egészségre nem ártalmas-e, tehát kívánatos és kivihető módszer-e a promiscuitásnak, mint a nemi betegségek alapokának kiküszöbölésére. Bloch szerint a nemi önmegtartóztatás felfogásában öt csoport alakult ki. Az egyik csoport az egész élettartamra abszolút önmegtartóztatást követel (Tolstoj, Weininger, Kurnik stb.). A második csoport, főleg orvosok és pedagógusok társasága időleges önmegtartóztatást tart helyesnek, addig, míg elkövetkezik az egészségi szempontból veszélytelenebb nemi élet ideje. A harmadik a kettős erkölcs híve, vagyis e téren a nőknél más követelményeket támaszt, mint a férfiakkal szemben. A negyedik csoport a legideálisabb álláspontón van, vagyis mindkét nemnél a házasság keretein kívüli önmegtartóztatás híve. És végül az ötödik emennek éppen az ellenkezőjét vallja s az önmegtartóztatás lehetőségét kereken tagadja. Az első és ötödik nézet, két szélsőséges és a közre határozottan veszedelmes álláspont! Előbbi ugyanis az emberiség kiveszését szolgálja, utóbbi pedig melegágya a korlátlan promiscuitásnak s ezáltal a nemi bajok terjesztésének. A közbeeső kategóriák véleménye állandó küzdelemben van egymással. A kutatók egyrésze (Marcuse, Erb, Stekel, Rutgers, Waelsch, Eulenburg, Löwenfeld) a tartós önmegtartóztatástól bizonyos többé-kevésbbé súlyos zavarokat vélnek feltételezni, nyugtalanságot, álmatlanságot, pollutiókat, szexuális neurasthéniát, melancholiát, satyriasist, psychosisokat stb. A szerzők másik része szerint azonban (Hecht, Hegar, Nékám, Touton, Doros) az önmegtartóztatás nagy általánosságban semmi komolynak nevezhető egészségi ártalomhoz sem vezet. Különösképpen áll ez a fejlődés korszakára, mikor nem az önmegtartóztatás, hanem ennek hiánya okozza a bajt. Arról itt most nem is téve említést, hogy a túlkorán, úgyszólván a gyermekkorban kezdett szexuális élet a növendékifjak tapasztalatlansága következtében rendkívül magas percentben vezet veneriás megbetegedéshez, csak azt említjük meg, hogy az ilyen abnormális korban folytatott nemi élet a gyermekek jelentékeny részét testi és szellemi fejlődésben visszaveti, sőt az a további nemi életre is következményekkel jár. A nemi mirigyek, herék, petefészkek és azok tartozékai ugyanis nemcsak az ondósejtek és petesejtek kitermelésére szolgálnak, hanem mint belső secretiós mirigyek olyan hormonokat produkálnak, melyeknek felszívódására a szer-

vezet erőteljes kialakításában és fenntartásában rendkívül nagy szükség van. Messze vezetne ennek a bonyolult kérdésnek részletes tárgyalása s így e helyen a belső genitális szervek belső secretiójának fontosságát csak azzal a példával akarjuk érzékeltetni, hogy az olyan abnormálisan fejlett fiúgyermek, akinek herái csökevényesek s emiatt a belső kiválasztást nem teljesítheti, a későbbi életében már külső nemi formájában is feltünően degenerált, szakáll és bajusz nélkül való, kappanhangú emberré fejlődik. Éppen a szexualitás erőteljes kialakulásához szükséges tehát, hogy idő előtt ezeket a mirigyeket meg ne erőltessük s a nemi élet csak akkor vegye kezdetét, mikor az egyén szexualitásának teljes kifejlődése már befejezést nyert. Tagadhatalan, hogy a szexuális funkció első megnyilvánulása a mi földövünk alatt a leánygyermekeknél átlag már 12—14., a fiúgyermekeknél a 14—16. év körül (déli égöv alatt ennél korábban, északinál későbben) jelentkezik, de az egész organizmus tökéletes kifejlődését csak a 20—25. év körül éri el. A közbeeső 5—10—12 év alatt a szervezetnek legnagyobb szüksége van a belső kiválasztásra, mely a szexuális mirigyek túlkorai kifárasztása útján hiányt szenvedhet és az egyén testi és szellemi qualitásának csökkenését vonhatja maga után. Amilyen készségesen elismerjük, hogy a fentebb említett szerzők által észlelt, többé-kevésbbé súlyos következmények a 25 éven felüli, teljesen kifejlett egyéneknél önmegtartóztatás következtében néha felléphetnek, ugyanolyan határozottan állítjuk, hogy a serdülő korban az önmegtartóztatás nem ártalmas, hanem hasznos az egészségre. A családalapítás tehát a 3. évtized közepén úgy egészségügyi, mint fajfenntartási szempontból ajánlható, ami fentebbi hivatkozásunkat — mely szerint az önmegtartóztatás csak olyankor indokolt, mikor a fajfenntartás érdekeit nem keresztezi — teljes mértékben megerősíti. Nem kívánjuk elhallgatni, hogy a növendékeknél, különösen a fiúgyermeknél az önmegtartóztatás, illetve az esetlegesen már feltámadó nemi érzések elfajulása néha kisebb nyugtalanságot okoz, ez azonban helyes neveléssel, a gondolatok elterelésével megelőzhető s az egészséges fárasztásnak, a sportolásnak eszközeivel megszüntethető.

A házasságon kívüli önmegtartóztatás azonban egyik legnehezebben elérhető követelmény! A közhiedelem, különösen férfiakat illetőleg, ezt a követelményt ma még teljesíthetetlennek tartja. Ennek következménye a promiscuitás s a veneriás betegségek terjedése.

Az ősi keveredési vágy természetesen éppen azokban a néprétegekben jelentkezik elsősorban, amelyek független szexuális állapotban élnek. A függő szexuális körülmények között, tehát házasságban élő egyéneknél a promiscuitás az előbbi kategóriáéhoz képest elenyészően csekély. Éppen ezért érdemesnek látszik megemlékeznünk röviden arról, hogy a független állapotban élőknek milyen a statisztikai aránya. Budapestet vizsgálva, e tekintetben azt találjuk, hogy 1920-ban a tágabb értelemben ivaréretteknek tekinthető 20—60 éves korosztályokból 107.512 független szexuális állapotban élő férfi

élt, abból 99.628 nőtlen, 5401 özvegy és 2483 elvált. Ugyanekkor a 20—40 évig terjedő szűkebb korosztályból körülbelül ugyanannyi, pontosabban 106.472 független szexuális állapotban levő nő élt, és pedig 92.776 hajadon, 9923 özvegy és 3773 elvált. A független szexualitásban élő ivarérett népesség a fővárosban összesen 213.984 emberre rúgott, ami az összlakosságnak 23·0%-át, a megfelelő korosztályoknak pedig 44·5%-át, tehát közel felét képezte. Ezekből a magas számarányokból joggal következtethetünk a promicuitás elterjedettségére!

A független szexuális helyzetben élő népesség közül azonban, mint tudjuk, nem egyenlő arányban vesznek részt a promiscuitásban a férfiak és a nők. Igen nagymértékben tartja vissza ugyanis a női nemet a promiscuitástól a kettős morálnak réges-régtől uralkodó követelménye. A kettős erkölcs, mint közfelfogás, megköveteli a nőtől, hogy a házasságban hűséges, a házasságon kívül pedig önmegtartóztató legyen. Ezzel szemben a férfiakat — legalább is a házasságon kívül élőket — semmiféle kötelezettséggel sem terheli és részükre szabad szexuális életet biztosít. A kettős morál elmélete szerint az a nő, aki fenti követelmények ellen vét, tisztességtelen és női erkölcsét beszennyezte. A férfi tisztességét és erkölcsiségét azonban — bármilyen nemi életet él is — legkisebb vád sem terheli. Hogy ez az igazságtalan megkülönböztetés és helytelen állapot kifejlődött s valláserkölcs és polgári etika tanításai ellenére évszázadok és talán ezredek óta fennáll, ezt sehogyan sem lehet a két nem közötti élettani különbségekkel s a nőnek inkább a monogámia felé, a férfinak pedig a polygámia felé hajló vagy legalább is ilyennek mondott hajlamával magyarázni. Nem fogunk messze járni az igazságtól, ha azt mondjuk, hogy itt inkább az ó-kor és közép-kor erős és erőszakos férfijának nyers önzéséről van szó, aki a nőt szűzi ártatlanságban kívánta a házasságba vinni, az asszonytól, aki többé-kevésbbé alárendelt viszonyban élt urával, föltétlen hűséget és engedelmességet követelt, önmagának azonban minden tekintetben, így elsősorban szexualitását illetőleg, korlátlan szabadságot biztosított. Miután pedig végeredményben a testi és szellemi erő tekintetében túlsúlyban levő férfiak kormányozták a közfelfogást, sikerült nekik a monogamiára amúgy is könnyebben hajló női nembe a kettős morál tudatát belekényszeríteni. Vaerting egészen sajátságoasan magyarázza a kettős morál keletkezését, aminek indoka szerinte két nem szexuális ereje közötti biológiai különbség. Ezt akként értelmezi, hogy a nő cohabitatiós képessége, fiziológiai okokból korlátlan, a férfié pedig korlátokhoz szabott. Ez a diszparitás az emberiség évezredes fejlődése során a férfiak rovására hova-tovább fokozódott, amit később a civilizáció szexuális áramai is kimélyítettek. Vaerting szerint tehát éppen azért kellett a férfinemnek a dupla morál uralmát bevezetni, hogy a nőket tisztességes életre és szemérmességre nevelje s a diszparitást ilyképpen tüntesse el. Végeredményben akár a mi valószínűbbnek látszó fenntí elméletünket, akár Vaertingét fogadjuk

el, a kettős erkölcs ma is fennálló uralmának messze kiható következményeivel számolnunk kell. Ennek folyománya ugyanis, hogy a promiscuitás, mint a nemi betegségek főforrása, nemcsak bizonyos fennálló tehertétel, hanem nyiltan jelentkező, megengedett vagy legalább is társadalmilag nem tiltott és nem kifogásolt állapot. A kettős erkölcs — melynek megszüntetése föltétlenül igazságos és kívánatos lenne, de persze csakis olyképpen, hogy a férfi nem emelkedjék fel a női nem erkölcsiségének átlagnívójára és ne a nő zuhanjon a férfierkölcs mélységére — a két nem szexuális életében és veszedelmeiben lényeges különbséget idézett elő. A promiscuitás ugyanis a független szexuális életet élő férfilakosság körében egészen gyakorivá vált, a nőknél azonban a kettős morálnak rájuk vonatkozó szigorú előírása alapján soha sem lett általános, hanem annak nagyobb elterjedettsége mindig csak bizonyos — a társadalmi erkölcs szerint a tisztességes nők tömegeiből többé-kevésbbé kizárt — rétegekre lokalizálódott. Így a fennálló sajnálatos kettős morál szemszögéből kiindulva arra a következtetésre jutunk, amit sikerült más indokok alapján is megállapítanunk, hogy a férfiak szélesebb rétegeire vonatkozó promiscuitás folytán azok nemi megbetegedése lényegesen magasabb morbiditással jár.

Egyéb jelentősebb momentumok is hozzájárulnak az ősi keveredési vágynak ilyen káros megnyilvánulásaihoz, amelyek között a pornográfia ártalmait, a városi erkölcsök káros kinövéseit s az erkölcsi nevelésnek és az egészségügyi kultúrának számos hiányosságát kell még felemlítenünk. Az érzékiségnek és közvetve a promiscuitásnak fenntartása terén igen jelentékeny szerepet játszik a kultúrának az a vadhajtása, amit a pornográfia gyüjtőfogalma alatt szoktunk érteni. Ide tartozik a szennyirodalom a maga teljes egészében, de ezenkívül minden érzéki célt szolgáló ábrázolás, rajz, festmény, szobor, vetített kép vagy bármi egyéb. Az irodalom és a művészetnek bármely ága bensőséges hatással lehet nézetünknek, vágyainknak, érzéseinknek kialakulására. Természetes tehát, hogy az álirodalomnak és álművészetnek azok a termékei, melyek gyakran az igazi művészet leple alatt az érzékek izgatását és ezáltal a közerkölcsiség lerontását célozzák — különösen a fiatalabb egyének között — káros hatásukat nem tévesztik el. A fiatalság mindig keresi az ilyen ártalmas fércmunkákat, amelyek a sötétségből és szennyből a szigorú hatósági üldözés dacára is minduntalan felbukkannak s mohon olvassa, hallgatja vagy szemléli őket és azok hatása alatt erotikussá válik.

De be kell vallanunk, hogy a pornográfiának sehogyan sem minősíthető magasabb irodalom és művészet egy része is helytelen irányban befolyásolja a nemi erkölcsöket. Nem lehet tagadnunk, hogy újabban bizonyos fokig az érzékek játékára van építve a regényeknek, színdaraboknak, szépművészeti produktumoknak, mozidaraboknak stb. keletkezése. Persze ezeknél

is sokkal súlyosabban esik latba például a kabarék, orfeumok és varieték ténykedése, mely utóbbiak már a művészettel ugyancsak vékony szállal vannak összekötve.

Általában véve, különösen a városi polgárság körében, a szórakozásoknak és élvezeteknek azok a formái, melyek az érzékiségre többé-kevésbbé izgatólag hatnak, szembetűnő kedveltségnek örvendenek. Azt lehetne tehát mondani, hogy a művészeteknek és a szórakozásoknak ezek a megnyilvánulásai a publikum követelményeihez idomulnak. De ha ez igaz, viszont kétségtelen, hogy legalább is ugyanilyen felelősség terheli a művészeteket és az azokkal több-kevesebb összefüggésben álló különféle kategóriákat, mert éppen ezek nevelik a publikumot érzékiségre, sőt gyakran erkölcstelenségre, ami a promiscuitásnak és a nemi betegségeknek legfontosabb forrása. A közhangulat különösen a városokban olyan, hogy azt leghelyesebben a »hajsza az élvezetek után« tendenciával lehet jellemezni. Az éjjeli bár-élet rendkívüli méreteket öltött s nagyon feltünő, hogy míg a régi világban annak szereplői csak férfiak és félvilági nők voltak, napjainkban hova-tovább résztvesznek ebben a polgári osztály nőtagjai is. Ezek a körülmények természetesen hozzájárulnak a közfelfogásnak olyan kedvezőtlen átalakulásához, mely a promiscuitás terén ott is engedményeket tesz, ahol azelőtt ezek a legszigorúbb sorompókkal voltak lezárva.

A városokban felnövekedő ifjúság ekként bizonyos morális dekadenciával kerül az élet forgatagába és nem is sejti, hogy az élvezethajsza, a promiscuitás az esetek jelentékeny hányadában, sajnos, a veneriás szakrendelőkben végződik. A bajok eredete persze ott van, hogy a morál hiánya nemcsak bizonyos körülírt osztályokra lokalizálódik, hanem lassanként átcsap a népesség összes rétegeire. Már korántsem áll meg a folyamat a nőtlen férfi-ifjúságnál, hanem több, mint szórványosan a tisztes polgári családok lányai körében is jelentkezik. Nem kíméli azonban, sajnos, a házasságokat sem s kártékony hullámaival feldönti a házasélet szentségét is. A bíróság köztudomásulag csak kivételes esetben mondja ki a válást házasságtörés címén, tényleg azonban az esetek többségében ez a válás igazi oka s ezen a terrénumon nem kisebb százalékban szerepelnek a nők, mint a férfiak. Szaporodnak a házaséletnek azok a visszatetsző »modern« kórformái is, melyekben a házasfelek a nemi élet terén egymásnak nyiltan vagy szembehunyással szabad kezet adnak. A színházi irodalomban olyan gyakran szereplő »háromszög« ennek a jelenségnek csak egyik visszataszító formája. Mindezek a körülmények természetesen oda vezetnek, hogy a promiscuitásnak a nemi betegségek morbiditását illető mathematikai aránya már nemcsak a független szexuális viszonyok között élők tömegeiben, hanem a családban is érvényesül.

A mai erkölcs züllésének okait azonban az előző generáció szokásainak utánzásán és a fennálló erkölcslazító momentumokon kívül a megfelelő

erkölcsi nevelés hiányában kell sejtenünk. Miután pedig a nemi erkölcstelenség elleni küzdelem egyvonalba esik az amoralitás következtében fellépő nemi betegségek elleni küzdelemmel, a kellő egészségügyi nevelés hiánya a promiscuitás felvirágozása terén ugyanolyan szomorú következményekkel jár, mint az erkölcsi nevelés hiánya. Az emberek, különösen a férfiak nagyrészének tudatában legfeljebb halványan él, hogy a nemi keveredés erkölcsi szempontból elítélendő, de még kevésbbé tudják, hogy egészségük tekintetében micsoda veszedelmeket rejt magában. Magasabb egészségügyi kultúrát azonban csak olyan népesség soraiban lehet remélnünk, melyben az általános kultúra már bizonyos nívót elért, miért is a jövendő generációk vitalitásának emelése szempontjából sem szabad megszűnni a kultúrkövetelmények állandó hangsúlyozásának. Sajnos azonban, e tekintetben igen messze állunk az ideális eredményektől és még a magasabb kultúrnívón álló fővárosi lakosságban is igen sok a tennivaló. Ennek a hiányosságnak a feltüntetése céljából reprodukáljuk az analfabétákra vonatkozó és öt évtizedre visszanyúló budapesti anyagot.

15. Az analfabéták száma százalékokban a székesfővárosban. — 1869—1920.

Korcsoportok	Évek											
	1869		1880		1890		1900		1910		1920	
	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
5—10 éves	58·1	64·9	43·2	45·9	38·6	39·8	35·9	36·9	9·8	10·3	14·8	15·1
10—15 «			6·7	10·4	4·1	5·7	1·8	2·7	1·1	1·8	1·0	1·0
15—20 «	13·1	33·6	6·7	16·2	4·7	10·9	1·9	4·2	1·4	2·8	0·7	1·2
20—25 «	13·3	36·9	10·4	23·7	5·2	13·8	3·2	6·9			1·0	1·7
25—30 «	19·5	45·6	13·1	26·4	9·1	18·2	4·7	10·3	3·1	6·1	0·9	2·6
30—35 «	21·5	46·4	14·7	31·9	13·0	23·6	6·3	13·6			1·1	3·6
35—40 «	24·2	51·4	16·6	36·7	16·3	28·3	7·3	16·5			1·4	4·4
40—45 «	23·1	49·7	19·5	40·7	11·3	30·5	8·5	20·3				
45—50 «	24·3	52·5	18·2	40·2	12·0	35·0	8·6	22·3	6·1	14·9	2·9	8·3
50—55 «	22·0	51·5	18·2	44·2	8·8	38·9	9·7	25·3				
55—60 «	23·9	58·9	19·4	43·4	16·8	39·7	10·5	29·5				
60 éves	23·8	51·2	40·5	76·3	16·4	43·8	12·9	35·8	8·3	22·7	5·6	16·4

A nemi veszedelmek szempontjából legveszedelmesebb korcsoportokat ragadva ki, a kultúrnívó emelkedése szempontjából a regisztrált félszázad leforgása alatt tagadhatatlanul jelentős javulást látunk. A 15—20 éves férfiak között 1869-ben 13·1%, 1920-ban már csak 0·7% volt analfabéta. Ugyanezen korcsoportban a nők sorai között 1869-ben 33·6%, 1920-ban pedig csupán 1·2% nem tudott írni-olvasni. De a jelentékeny javulás dacára sem lehetünk még megelégedve, ha arra gondolunk, hogy a felvilágosodottság hiánya s az analfabétizmussal együtt járó élettapasztalatlanság nem utolsó sorban zúdítja a nemi élet veszedelmeit az illetőkre. Különösen rossz eredményeket látunk éppen a serdülő és ivarérett nőknél, akik a promiscuitás és a nemi bajok tekintetében elsősorban vannak veszélyeztetve. Így a 15—20 éves korcsoportban 1·2%, a 20—25 éves korcsoportban 1·7%, a 25—30

évesek között 2·6% és 30—35 éves nők között 3·6% analfabéta van. Az analfabétizmus természetesen a nevelés- és kultúrahiánynak csupán a legszembeötlőbb, mondjuk 100%-os megnyilvánulása, de nem ad felvilágosítást azokról a széles népcsoportokról, amelyek ugyan nem teljesen analfabéták, de még mindig elégtelen kultúrnívón állnak. Viszont a promiscuitás és a nemi fertőzések elleni küzdelem ezen a gáton mindig megtörik, mert erkölcsi és egészségügyi kultúrára képtelen az a népesség, melynek az általános kultúralapja hiányzik. A problémának a mi szempontunkból való fontosságát növeli, hogy az egészségvédelmi kultúra a nemi bajok elleni védekezésnek a leghatékonyabb eszköze. Mert egyetlen ártalomról sem állítható jogosabban, mint a veneriás betegségről, hogy a veszedelem világos tudata egymagában is lényegesen lecsökkenti a veszélyt. Éppen ezért minden optimizmus nélkül állíthatjuk, hogy a jövendő generációk megfelelő nevelése s az erkölcsi és egészségügyi kultúra magasabb nívóra emelése a túlzott keveredési vágyat letompítaná s a promiscuitás csökkentése által a nemi betegségek apadásához vezetne.

A szociális problémákra térve át, mindenekelőtt a házasodás kérdésével kell foglalkoznunk. A házasság intézménye tulajdonképpen a fajfenntartás biztosítására van hivatva és azt célozza, hogy a férfit gyermekeinek anyjához és feleségének gyermekeihez kösse. A szaporodás, a fajfenntartás Istennek tetsző dolog, »áldás«, aminek lehetővé tételére alkották a vallások a régi és a mai formák között a házasságot. A házasság köteléke nélkül a férfi elhagyja a nőt és eldobja magától gyermekeit, akik fenntartó nélkül elpusztulnak vagy az emberiség kártékony elemeiként nőnek fel. A társadalom és államhatalom ezt a körülményt már fejlődésének legkezdetén belátta és az egyház által létesített házassági kötelékeket szokásaival, majd törvényeivel alátámasztotta és megerősítette. Azok az egyházi és polgári kötelékek, melyek a házasság kereteit tartják, egyrészt kötelezik a férfit, hogy családját, gyermekeit egész életének munkásságával eltartsa, de másrészt módot adnak a nőnek arra, hogy az utódait biztos fészekben költhesse s az utódok kitermelésére és felnevelésére vonatkozó örök anyai ösztönének a férfi támasza segítségével eleget tehessen. A házasság intézményét igen sokat támadják és ezerféle érvet hoznak fel tökéletlensége mellett. Azt mondják, hogy igen sok a rossz házasság és ezirányú élettapasztalataikra és a válási statisztikára hivatkoznak, amiből egyesek le is vonják a következtetést, hogy a házasság intézménye egyáltalában rossz. Azt mondják továbbá, hogy a probléma nagyon bonyolult és azt hosszú bölcselkedések keretében fejtegetik. Pedig a kérdés igazán roppant egyszerű: az emberek saját maguk a végtelenül tökéletlenek és hallatlanul rosszak, ez az oka a sok rossz házasságnak, de hát ennek belátása nagy lemondással járna, miért is a felelősséget könnyebb és egyszerűbb a házasság intézményére tolni. Teljesen kilátástalannak kell tartanunk minden »modern« törekvést, mely a házasság mai lényegének

és formájának belátható időn belül való megváltoztatását célozza, mert a legrégebbi kultúremlékektől mai napig senki sem tudott megközelítőleg elfogadható és elképzelhető elméletet sem kitalálni, mely a házasság intézményének pótlására szolgálhatna. Mindezek alapján a házasság magasztos intézményét az emberiség és a nemzet fennmaradásának talpköveként kell elfogadnunk, melynek megingatása az életkontinuitás legmagasabb emberi érdekeinek súlyos válságát idézné elő.

Ha el is tekintünk a házasságot támogató rengeteg emberi, nemzeti, faji, fajfenntartási, eugénikai, jogi, társadalmi, közgazdasági, erkölcsi, filozófiai, etikai stb. érvek tömkelegétől, melyekre itt bővebben nem térhetünk ki, a közegészségi szempontok egymagukban is elegendő súlyú érveléssel szolgálnak a házasság intézménye mellett. A házasság vallási, erkölcsi és jogi korlátai nélkül vagy ezen korlátok nagyobbmérvű meglazulása esetén ugyanis hihetetlen méreteket öltene az érzékiség, korlátlanul tombolna a promiscuitás és a veneriás betegségek veszedelme elborítaná az emberiséget. A vallások nagytöbbsége és az összes kultúrállamok jogi felfogása a házasságot monogamiára építette fel. A házasfelek szexuális életét eképpen meghatározott, erkölcsiségi és egészségi szempontból helyes mederbe szorította, amelyen belül a nemi betegségek veszedelme nagyáltalánosságban nem fenyeget. A házasság megítélésénél a vallási, erkölcsi, jogi és egészségi szempontok teljesen egyvonalba esnek és éppen az összes egyéni és közérdekek egybevágása az, amely megingathatatlanná teszi a házasság intézményes alapjait. A gyakori házasságkötés és a házasságok tisztasága vallási szempontból Istennek tetsző dolog, erkölcsi tekintetből felemelő, jogi felfogás szerint helyes és a közegészségügy szempontjából mindenképpen kívánatos. A házasságkötések ritkulása az erkölcsi viszonyok romlását jelenti és egészségi szempontból sem kívánatos. A házasságtörés végül valláserkölcsi tekintetben bűn, jogilag üldözendő, egészségügyi szempontból pedig a családok nemi betegségekkel való megfertőzésével fenyeget.

Az elmondottak alapján megállapítható, hogy a házasság intézménye a házasságtörések eseteitől eltekintve, a nemi betegségek ellen védelmet nyujt, következésképpen az olyan népesség sorai között, ahol a legtöbb házasságot kötötték és legtisztábbak a házasságok, legkevesebb a veneriás ártalom. Ennek az állításnak fordítottjából önként következik, hogy azokban a néprétegekben, melyekben a házasodástól nagy tömegek tartózkodnak és a családi élet tisztaságát nem őrzik, ott a nemi bajok elterjedése súlyos méreteket ölt. Kétségtelen tehát, hogy a házasságkötések elkerülése, a késői házasságok, a sűrű válások és a gyakori házasságtörések a nemi betegségek terjedésének jelentékeny társadalomegészségügyi okait képezik.

Ha a házasság intézményét a nemi betegségek elhárítása szempontjából mérlegeljük, akkor egyetlen, lényeges hiányosságát találjuk. Ez pedig abban nyilvánul, hogy a házasodás ideje nem esik egybe az emberegyedek ivar-

érettségének és általában teljes nemi életének tartamával. Egészségügyi szempontból kétségkívül az lenne ideális, ha az ifjú egyedek ivarérettségük elérése idején házasságot kötnének és egész életüket monogám szexuális kötelékben töltenék, ami eleve kizárná a nemi bajokkal való fertőződés lehetőségét. Nékám szerint hazánkban az ifjú 20—21 éves korban éri el teljes kifejlődését, házasságot azonban átlag csupán 29, a nő pedig 26 éves korában köthet. Így a teljes ivarérettség és a legális szexuális élet megkezdhetése között 6—8—9 évig tartó időszak van, ami a nemi élet megromlásának egyik legfontosabb forrása. Ehhez nyugodtan hozzá tehetjük, hogy a fiatal férfiak nagyrésze ivarérettségének befejeződése előtt megkezdi nemi életét, úgyhogy a fent jelzett intervallum a házasodás megtörténtéig átlagban 10—12 évre emelkedik. Ez az időszak a promiscuitás korszaka, tele szexuális veszedelmekkel és veneriás betegségekkel. Természetes, hogy minél hosszabb ez az időszak, mely a népesség szexuális életének megkezdése és családalapítási terminusa között eltelik, annál nagyobb a veneriás átfertőződés valószínűsége.

Amidőn tehát a házasodásnak a nemi betegségekkel kapcsolatos szerepét vizsgáljuk, elsősorban azt kell kimutatnunk, hogy népességünk átlaga milyen korban köti házasságát. Kérdés, hogy a házasodás kora az utóbbi évtizedek alatt eltolódott-e s ez az eltolódás a házasságot megelőző ivarérett intervallum meghosszabbodását vagy megrövidülését eredményezte. (Lásd a 16. számú táblát.)

A férfiak házasodási korviszonyai a székesfővárosban az utolsó fél évszázad alatt lassú, de határozott javulást mutatnak. Ez a javulás már a 20 évnél fiatalabb korcsoportnál is észlelhető, de leginkább a 20—25 éves korosztályban jut kifejezésre. Itt ugyanis azt látjuk, hogy 1876—1890 között ezer 20—25 éves férfira 19—22 házasuló esett, 1890—1915 között pedig már 25—33. Az 1915—1920 közötti rendkívüli éveket nem számítva, az 1920—1925 közötti korszakban fenti korosztályból ezerre 45 házasuló férfi jutott, vagyis a fél századdal előbbi mértéket több, mint kétszeresével meghaladta. Az utolsó évek szaporodásra való korai házasodási számait definitív haladásnak lehet tekinteni, de például az 1919-ben mutatkozó feltűnő kiugrás csak kivételes jelenség volt, ami már a következő évben az átlagos értékre esett vissza. Az 1919. évi tömeges házasságkötést azzal magyarázhatjuk, hogy egyrészt a házasodni kívánó egyének ekkor pótolták a háború miatt elmulasztott házasodási lehetőséget, másrészt megindokolhatjuk azt az úgynevezett tanácsköztársaságnak a házasodás és elválás körül tervezett indokolatlan könnyítéseivel. A férfiak többi korosztályainál, az itt-ott mutatkozó hullámzások dacára is, általában javulást észlelünk, úgyhogy végeredményben a főváros férfilakosságának összességét tekintve, az utolsó évtizedek alatt a házasságkötések százalékában némi emelkedést el kell ismernünk. Kevésbbé kielégítőek a nők házasodási viszonyai:

16. A házasuló férfiak korviszonyai Budapesten. — 1876—1927.

Év	Vőlegény kora															
	—20		20—25		25—30		30—40		40—50		50—60		60 —		Összesen	
	Abszolút	Ezer —20 éves férfira esik	Abszolút	Ezer 20—25 éves férfira esik	Abszolút	Ezer 25—30 éves férfira esik	Abszolút	Ezer 30—40 éves férfira esik	Abszolút	Ezer 40—50 éves férfira esik	Abszolút	Ezer 50—60 éves férfira esik	Abszolút	Ezer 60—éves férfira esik	Abszolút	Ezer férfira esik
	a) *Évi átlagok.*															
1876—1880	3	0·05	384	22·62	1.122	60·88	713	23·37	219	10·78	94	8·00	24	2·62	2.559	14·88
1881—1885	1	0·02	338	19·91	1.638	88·87	1.143	37·46	322	15·86	124	10·55	44	4·81	3.610	20·99
1886—1890	2	0·02	506	20·47	1.622	61·35	1.286	29·59	356	13·11	122	9·30	47	3·61	3.941	16·64
1891—1895	1	0·01	726	29·38	2.201	83·25	1.702	39·17	476	17·52	170	12·96	63	4·84	5.339	22·54
1896—1900	4	0·03	1.213	33·88	2.627	66·49	1.623	27·26	457	11·66	168	7·61	61	4·06	6.153	18·12
1901—1905	6	0·05	1.159	32·37	2.769	70·08	1.895	31·83	564	14·39	215	9·74	84	5·59	6.692	19·70
1906—1910	14	0·09	1.568	25·42	3.173	63·98	2.285	31·28	690	14·15	273	8·97	99	4·92	8.102	18·69
1911—1915	66	0·44	1.944	31·51	3.362	67·79	2.416	33·08	780	15·99	305	10·02	112	5·57	8.985	20·72
1916—1920	208	1·53	2.652	51·96	3.609	83·02	3.179	41·16	1.107	18·99	454	11·86	169	6·40	11.378	26·38
1921—1925	94	0·69	2.293	44·92	3.277	75·38	3.143	40·69	1.099	18·86	461	12·05	202	7·65	10.569	24·51
	b) *Évenként.*															
1918	158	1·16	1.882	72·56	2.966	58·11	2.486	57·18	944	12·22	436	11·39	169	6·40	9.041	20·96
1919	508	3·73	5.769	222·43	7.344	143·88	6.344	145·93	1.963	25·41	769	20·09	245	9·28	22.942	53·19
1920	150	1·10	2.548	98·24	3.576	70·06	3.696	85·02	1.101	14·25	420	10·97	186	7·05	11.677	27·07
1921	98	0·72	2.144	82·67	3.303	64·71	3.472	79·86	1.129	14·62	477	12·46	196	7·43	10.819	25·09
1922	116	0·85	2.511	96·82	3.429	67·18	3.538	81·38	1.158	14·99	480	12·54	212	8·03	11.444	26·53
1923	106	0·85	2.512	102·31	3.361	70·96	3.206	66·16	1.133	14·53	442	10·16	200	6·80	10.960	25·00
1924	75	0·60	2.157	87·85	3.098	65·40	2.818	58·15	1.081	13·86	468	10·76	195	6·63	9.892	22·56
1925	77	0·62	2.141	87·20	3.194	67·43	2.682	55·34	996	12·77	436	10·02	205	6·97	9.731	22·19
1926	86	0·69	2.104	85·69	3.288	69·42	2.789	57·55	965	12·38	436	10·02	198	6·73	9.866	22·50
1927	83	0·66	2.168	88·30	3.504	73·98	2.994	61·78	1.066	13·67	513	11·79	209	7·11	10.537	24·03

17. A házasuló nők korviszonyai Budapesten. — 1876—1927.

Év	Menyasszony kora															
	—17		17—20		20—25		25—30		30—40		40—50		50—		Összesen	
	Abszolút	Ezer —17 éves nőre esik	Abszolút	Ezer 17—20 éves nőre esik	Abszolút	Ezer 20—25 éves nőre esik	Abszolút	Ezer 25—30 éves nőre esik	Abszolút	Ezer 30—40 éves nőre esik	Abszolút	Ezer 40—50 éves nőre esik	Abszolút	Ezer 50— éves nőre esik	Abszolút	Ezer nőre esik
							a) *Évi átlagok.*									
1876—1880	72	1·31	445	38·55	725	33·00	702	36·43	441	14·79	142	6·94	32	1·32	2.559	13·93
1881—1885	46	0·84	406	35·18	1.005	45·75	1.148	59·58	715	23·98	229	11·19	61	2·52	3.610	19·66
1886—1890	46	0·61	447	25·61	1.264	42·77	1.065	41·19	824	19·12	225	8·35	70	2·20	3.941	15·78
1891—1895	53	0·71	570	32·66	1.851	62·64	1.302	51·35	1.119	25·97	331	12·28	113	3·55	5.339	21·37
1896—1900	87	0·79	766	29·54	2.281	49·98	1.469	37·25	1.112	19·38	329	8·19	106	2·33	6.150	16·90
1901—1905	78	0·71	732	28·23	2.380	52·15	1.696	43·00	1.264	22·03	410	10·21	132	2·90	6.692	18·39
1906—1910	91	0·73	902	25·34	2.909	51·89	2.009	41·76	1.546	21·30	475	9·81	170	2·79	8.102	18·13
1911—1915	110	0·88	1.048	29·44	3.142	56·05	2.139	44·46	1.802	24·83	539	11·13	205	3·36	8.985	20·11
1916—1920	101	0·90	1.163	36·82	4.241	66·22	2.843	48·78	2.119	23·54	662	10·39	249	3·23	11.378	22·86
1921—1925	78	0·69	956	30·26	3.511	54·82	2.843	48·78	2.309	25·66	634	9·95	238	3·09	10.569	21·24
							b) *Évenként.*									
1918	75	0·67	798	25·26	3.366	52·56	2.314	39·70	1.727	19·19	545	8·55	216	2·80	9.041	18·17
1919	236	2·10	2.521	79·80	8.928	139·41	5.854	100·45	3.891	43·23	1.112	17·45	400	5·19	22.942	46·10
1920	75	0·67	1.162	36·78	4.119	64·32	3.107	53·31	2.359	26·21	632	9·92	223	2·89	11.677	23·46
1921	78	0·69	930	29·44	3.615	56·45	2.949	50·60	2.364	26·26	649	10·18	234	3·03	10.819	21·74
1922	73	0·65	1.018	32·23	3.822	59·68	3.171	54·41	2.462	27·36	643	10·09	255	3·31	11.444	22·99
1923	91	0·86	1.063	31·12	3.713	63·60	2.923	47·29	2.331	23·71	621	8·86	218	2·41	10.960	20·97
1924	78	0·73	930	27·22	3.253	55·72	2.609	42·21	2.144	21·81	637	9·09	241	2·67	9.892	18·93
1925	69	0·65	841	24·62	3·151	53·98	2.563	41·46	2.243	22·82	622	8·87	242	2·68	9.731	18·62
1926	87	0·82	865	25·32	3.148	53·93	2.668	43·16	2.253	22·92	632	9·01	213	2·36	9.866	18·88
1927	73	0·69	962	28·16	3.386	58·00	2.711	43·86	2.464	25·06	669	9·54	272	3·01	10.537	20·17

Hogy a 17 éven aluli nők házasodásának gyakorisága lecsökkent, az érthető, hiszen az újabb idők felfogása is azt követeli, hogy a jövő nemzedék érdekében a gyermekkorban kötött házasságokat szüntessék be. Annál feltűnőbb, hogy a nőknél azelőtt legilletékesebbnek tartott 17—20 éves házasodási korosztály házasodási gyakoriságában is inkább csökkenő tendencia érvényesül. A regisztrált ötven év alatt e tekintetben némi hullámzás mutatkozott, végeredményben azonban ez az érték ugyanazon szinten mozog s így feltűnő diszparitásban áll a 20—25 éves férfikorosztályok kifejezett házasodási szaporulatával. Ha pedig az utolsó évtized egyes éveit szemléljük, — az itt is abnormális 1919. évtől eltekintve, — azt látjuk, hogy a 17—20 éves nők házasodási aránya kisfokú, de határozott csökkenést mutat. Jobbak a viszonyok a többi korosztályoknál és elsősorban a 20—25 éves nők között, ami arra vall, hogy a házasodási lehetőség a 17—20. évekről a 20—25. évekre és a még további korcsoportokra tolódott át. Végeredményben azonban az összes női korcsoportok összességének ezrelékes arányszámait vizsgálva, arra a meggyőződésre kell jutnunk, hogy az utolsó fél évszázad alatt a nők házasodási lehetősége nemcsak későbbi korosztályokra tolódott el, hanem általában a férfiak házasodási arányának gyarapodása mögött hovatovább elmarad.

A házasságkötések idejéről az egész ország lakosságára vonatkozólag következő táblázatunk nyujt felvilágosítást. (Lásd a 18. sz. táblát.)

Az egész ország férfilakosságának házasodási korviszonyai azt mutatják, hogy a 20 éven aluliak, a 20—24 éves, valamint a 25—29 éves korcsoportok házasodási gyakorisága némi hullámzástól eltekintve, az utolsó negyedszázad alatt jelentékeny változást nem mutat. Ezzel szemben feltűnő a 30—39 éves férfiak házasodási arányszámának nem nagyfokú, de egészen határozott emelkedése, ami országos viszonylatban a férfiak házasságkötésének a korábbi évekről a későbbiekre való eltolódását bizonyítja. Nőknél a 17 éven aluliaknak és a 17—19 éveseknek házasodási csökkenését látjuk. A 20—24 éves nőknél alig számbavehető emelkedés mutatkozik, ellenben a 25—29, valamint a 30—39 évesek között erőteljes, mintegy 50%-os gyarapodás jelentkezik. Itt is egészen kifejezett a házassági lehetőségeknek későbbi korra való eltolódása!

Összegezve a házasodások korviszonyaira vonatkozó kimutatásaink eredményeit, a házasodási kedv emelkedését a nemi betegségek terjedésének szempontjából kedvezőnek kell mondanunk, bár ez az emelkedés olyan kismérvű, hogy jelentősebb eredményhez nem vezethet. Ellenben igen kedvezőtlen megítélés alá esik az a kétségtelenül fennálló folyamat, mely a házasodásnak későbbi korra való eltolódását eredményezi. Ennek következtében ugyanis az az intervallum, mely az ivarérettség kora és a házasodás ideje között fennáll, hovatovább kiszélesedik s magával hozza a nemi betegségekkel való megfertőztetés valószínűségének tetemes növekedését.

18. A házasulók kora Magyarországon százalékokban. — 1900—1926.

Év	A vőlegény kora							A házasságok összes száma	A menyasszony kora					
	20 éven aluli	20—24 éves	25—29 éves	30—39 éves	40—49 éves	50—59 éves	60 éven felüli		17 éven aluli	17—19 éves	20—24 éves	25—29 éves	30—39 éves	40—49 éves	50 éven felüli
1900		46·0	31·5		21·0		1·5	100·0	8·3	32·9	36·5	9·9	10·3		2·1
1901	3·6	41·9	31·9	12·9	5·4	2·8	1·5	100·0	7·9	33·7	35·6	10·3	6·8	3·5	2·2
1902	3·7	42·1	31·8	12·9	5·2	2·9	1·4	100·0	7·8	33·5	35·9	10·4	6·7	3·5	2·2
1903	4·0	37·3	34·6	13·8	5·7	3·0	1·6	100·0	7·4	32·4	36·3	10·8	6·9	3·8	2·4
1904	3·8	41·1	32·6	12·8	5·4	2·8	1·5	100·0	7·2	32·1	37·8	10·5	6·6	3·5	2·3
1905	3·3	38·6	34·5	13·6	5·5	2·9	1·6	100·0	6·5	31·4	38·6	10·9	6·7	3·6	2·3
1906	3·4	36·2	36·2	14·0	5·6	2·9	1·7	100·0	6·1	29·8	39·8	11·2	7·0	3·7	2·4
1907	3·2	44·4	31·4	12·2	4·9	2·6	1·3	100·0	7·0	31·4	39·4	10·6	6·2	3·3	2·1
1908	3·1	41·5	32·9	13·0	5·1	3·0	1·4	100·0	7·8	30·6	37·9	11·1	6·8	3·4	2·4
1909	3·0	40·4	33·6	13·2	5·3	3·0	1·5	100·0	8·2	29·6	37·4	11·6	7·2	3·5	2·5
1910	3·3	40·2	33·6	13·2	5·1	3·1	1·5	100·0	8·2	30·6	36·5	11·6	7·2	3·4	2·5
1911	3·9	41·0	33·0	12·8	4·9	2·9	1·5	100·0	8·1	32·2	35·8	11·2	7·1	3·2	2·4
1912	4·6	38·6	33·9	13·7	4·9	2·8	1·5	100·0	8·0	32·6	35·0	11·5	7·3	3·2	2·4
1913	7·1	41·0	30·8	12·7	4·4	2·6	1·4	100·0	8·3	33·4	35·1	11·1	7·0	2·9	2·2
1914	6·0	37·1	32·1	15·4	5·1	2·8	1·5	100·0	7·5	29·7	34·8	12·6	9·4	3·5	2·5
1915	5·3	26·0	25·1	22·1	12·0	6·0	3·5	100·0	3·3	16·4	31·1	17·2	18·3	8·3	5·4
1916	4·8	28·5	26·0	17·4	11·5	7·4	4·4	100·0	3·1	19·2	34·5	14·7	14·1	8·3	6·1
1917	6·2	31·2	28·7	16·3	7·6	6·1	3·9	100·0	3·1	21·3	41·0	14·0	10·6	5·3	4·7
1918	5·6	33·9	32·4	15·8	5·8	4·0	2·5	100·0	2·8	21·8	45·3	14·9	8·9	3·5	2·8
1919	4·4	35·1	34·9	17·9	4·8	1·9	1·0	100·0	2·8	21·6	47·0	16·8	8·4	2·2	1·2
1920	4·4	33·7	33·1	19·9	5·2	2·3	1·4	100·0	3·6	21·7	42·7	18·1	9·7	2·6	1·6
1921	4·1	34·1	31·7	20·6	5·4	2·6	1·5	100·0	3·9	23·1	39·1	18·3	10·9	3·0	1·7
1022	4·0	38·0	28·5	19·5	5·7	2·7	1·6	100·0	4·2	23·5	38·6	17·5	11·3	3·0	1·9
1923	4·0	38·7	28·0	18·6	6·1	3·0	1·6	100·0	4·6	23·6	37·8	16·6	12·1	3·4	1·9
1924	3·7	36·1	31·1	18·2	6·3	2·9	1·7	100·0	4·7	24·6	36·6	16·6	12·0	3·6	1·9
1925	3·5	41·5	28·6	16·3	5·6	2·8	1·7	100·0	4·5	25·4	38·6	15·0	11·2	3·5	1·8
1926	3·7	40·6	30·7	15·5	5·2	2·6	1·7	100·0	4·5	26·0	39·1	14·8	10·5	3·3	1·8

Messze vezetne behatóbban kitérni mindazokra a szociális okokra, melyek a házasodás korának eltolódását s ezáltal a promiscuitásban eltöltött életévek szaporodását okozzák. A házasodás nehézsége napjainkban mindenki előtt ismeretes, aminek legfőbb indokait az általánosan leromló gazdasági helyzetben, a megélhetési források aránytalan elosztásában, a középosztály életnívóján akcsökkenésében, egyes munkásrétegek munkahiányában, a munkanélküliek nyomorúságában és végül nem kismértékben bizonyos házasodási életigények és szokások kedvezőtlen alakulásában kell keresnünk. Bizonyos, hogy a házasodás akadályai között az erkölcsi romlás is jelentős szerepet játszik, mindazonáltal a szociális nehézségek vezetőszerepe nem tagadható. Érdemes ebből a szempontból a házasuló férfiak foglalkozási kategóriáit áttekinteni :

19. A házasuló férfiak megoszlása foglalkozás szerint százalékokban a székesfővárosban. 1901—1927.

Év	Száz házasuló férfi között volt						
	őstermelő	iparos	kereskedő	közlekedés	közszolgálat és szabadfoglalkozású	napszámos	házicseléd
	a) *Évi átlagok.*						
1901—1905	2·0	55·7	14·6	9·5	12·5	2·6	1·0
1906—1910	2·0	56·1	15·0	9·3	12·6	2·3	0·7
1911—1915	1·7	54·8	15·9	9·0	13·7	2·1	0·5
1916—1920	3·2	50·0	16·6	7·6	19·3	1·5	0·2
1921—1925	2·3	47·5	23·2	7·0	15·8	1·4	0·2
	b) *Évenként.*						
1918	3·8	51·5	17·6	7·1	16·0	1·7	0·2
1919	2·8	49·8	14·0	7·3	22·7	1·6	0·2
1920	3·2	47·1	21·9	8·3	17·4	0·8	0·1
1921	2·9	46·6	22·2	7·6	17·1	1·3	0·3
1922	2·3	49·0	22·4	7·4	15·1	1·1	0·2
1923	2·1	47·3	23·8	7·1	15·8	1·2	0·2
1924	2·0	46·1	25·0	6·4	16·0	1·6	0·3
1925	2·3	48·1	22·6	6·4	15·2	1·8	0·2
1926	2·1	47·5	22·7	6·9	15·4	2·1	0·4
1927	1·9	49·5	22·0	5·5	15·5	2·6	0·2

A táblázat százalékokban feltüntetett viszonyszámai azt mutatják, hogy a fővárosnak házasuló férfinépességében 1901 óta az őstermelők — akiknek a mennyisége egyébiránt aránylag jelentéktelen — némi emelkedést mutatnak fel. Hasonló szaporodást tüntetnek fel a mai viszonyok mellett is aránylag kedvező életkörülmények között élő kereskedők, sőt minimális mértékben szaporodtak a házasuló közszolgálati alkalmazottak és szabadfoglalkozásúak is. Ellenben határozottan csökkenő tendenciát mutatnak az iparosok és az ipari munkások nélkülöző tömegei, úgyszintén a közlekedési alkalmazottak és a napszámosok. A házasodás szempontjából legmeredekebb visszaesést a cselédek tüntetik fel, akik különben a nemi betegségek terjesztése szempontjából is közvetlenül érintett tagjai a társadalomnak. A közszolgálati alkalmazottak arányszámában 1901-től 1919-ig lassú emelkedést látunk, 1920 óta azonban a gazdasági helyzetüknek megfelelően itt is visszaesésre találunk. A foglalkozási adatok tehát nagyáltalánosságban igazolják azt a feltevést, hogy a házasodás gyakorisága — különösen a városi lakosságra vonatkozólag — az egyes néprétegek szociális helyzetétől függ s a szociális körülmények romlása a házasságkötések elmaradásához vagy legalább is a házasodási idő kitolódásához vezet, ami a független szexuális élettel járó promiscuitás s a nemi keveredésben fogant veneriás betegségek veszedelmével fenyeget.

A házasságkötések előzményeinek ismeretében vesszük most szemügyre az utolsó 17 év leforgása alatt a házasságkötések és házasságfelbontások számát a székesfővárosban.

20. A házasságkötések és házasságok felbomlása a székesfővárosban. — 1911—1927.

Év	Házasságkötések száma	Házasságok felbomlása			Házasságkötések többlete	1000 lakosra jut	
		halál által	elválás által	összesen		házasságkötés	házasságfelbontás
1911	8.840	5.375	743	6.118	2.722	9·9	6·9
1912	9·288	5.555	876	6·431	2.857	10·2	7·0
1913	9.040	5.536	754	6.290	2.750	9·7	6·7
1914	10.144	6.062	757	6.819	3.325	10·6	7·1
1915	7.614	7.209	482	7.691	—77	7·8	7·9
1916	6.537	7.221	488	7.709	—1.172	6·6	7·8
1917	6.691	8.603	633	9.236	—2.545	6·8	9·3
1918	9.041	10.221	.	.	.	9·3	.
1919	22.942	6.880	.	.	.	24·0	.
1920	11.677	6.944	.	.	.	12·2	.
1921	10.819	6.346	1.538	7.884	2.935	11·6	8·4
1922	11.444	6.641	1.813	8.454	2.990	12·2	9·0
1923	10.960	6.512	1.888	8.400	2.560	11·6	8·8
1924	9.892	6.914	1.655	8.569	1.323	10·4	9·0
1925	9.731	6.156	1.597	7.753	1.978	10·1	8·1
1926	9.866	6.042	2.026	8.068	1.798	10·2	8·4
1927	10.537	6.333	1.645	7.978	2.559	10·8	8·2

Adatainkból nem tudunk a házasodás kérdéséről kedvező képet alkotni. Igaz ugyan, hogy a viszonyok a háborúelőttiekhez viszonyítva a fővárosban nem romlottak, ami egymagában is eredménynek számít. Ez azonban a fajfenntartás és a nemi egészség szempontjából sehogyan sem elegendő. A rendkívüli háborús éveket figyelmen kívül hagyva, azt látjuk, hogy a háborúelőtti években 1000 budapesti lakosra átlag 10 házasság esett s az arány körülbelül ma is ugyanaz. Kedvezőtlen jelnek tekinthetjük azonban azt, hogy a házasságfelbontások száma kifejezetten emelkedő tendenciát mutat s míg a háborúelőtti évek alatt 1000 budapesti lakosra átlag 7 házasság megszűnése esett, addig ez a szám mostanában évente 8-ra, sőt 9-re emelkedett. Ennek a következménye az, hogy ámbár a házasságkötések abszolút száma az utolsó 17 év alatt emelkedőben volt, a házasságkötéseknek a felbontásokkal szemben jelentkező többlete semmi szaporodást sem mutatott.

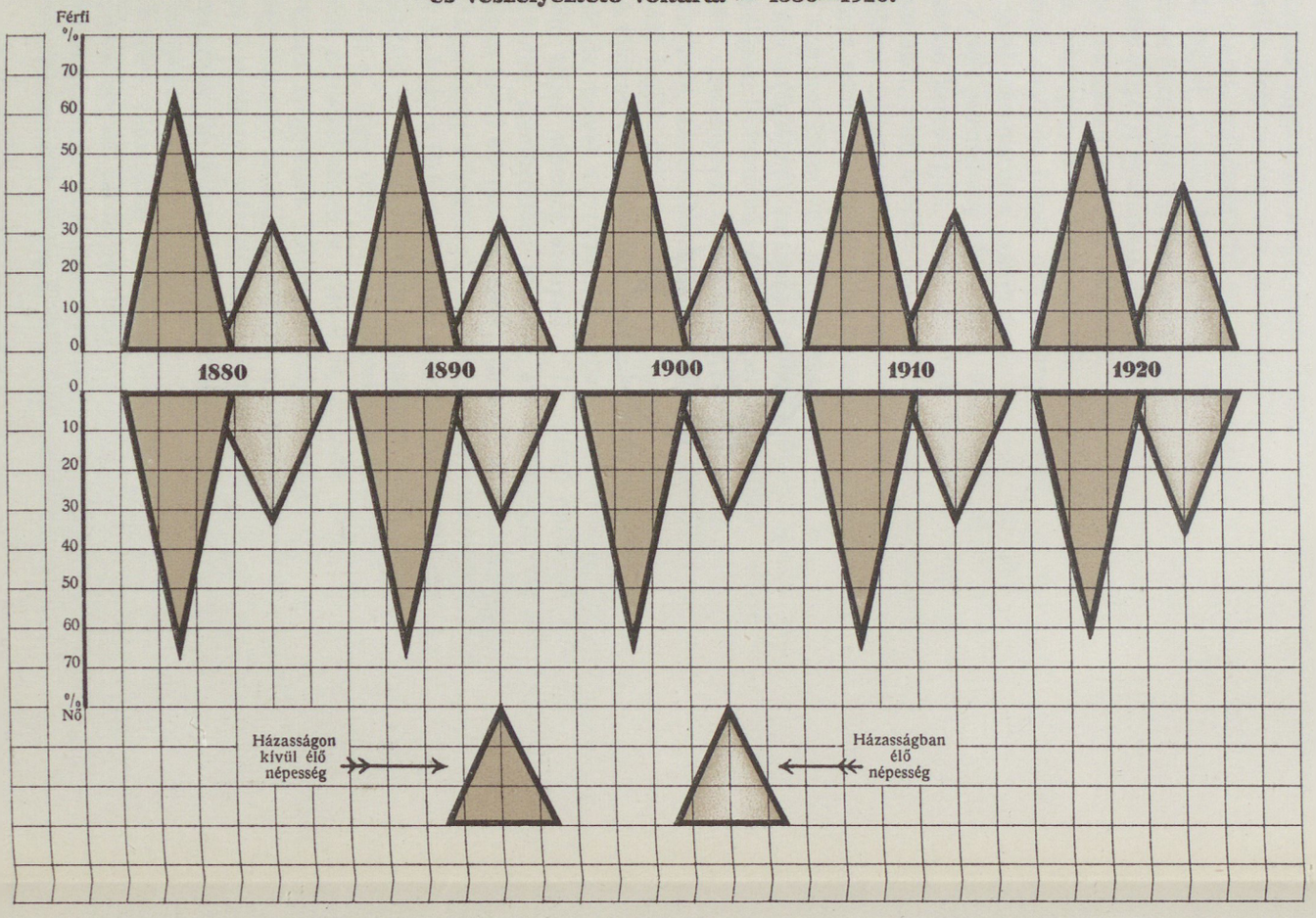
A házasságkötéseknek és felbontásoknak a ténye és mennyisége a lakosság családi és nemi állapot szerinti megoszlása tekintetében, valamint a nemi betegségekkel való veszélyeztetés szempontjából fontos következtetéseket tesz lehetővé, miért is célszerű az idevágó adatokat pontosabb megfigyelés tárgyává tenni.

21. A népesség megoszlása nem és családi állapot szerint százalékokban a székesfővárosban. 1880—1920.

Év	Nem házas		Házas		Özvegy		Elvált		Ismeretlen		Összesen
	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	
1880	60·8	54·1	34·8	32·0	2·9	12·2	0·3	0·6	1·2	1·1	100·0
1890	62·2	55·7	34·5	32·1	2·6	11·3	0·3	0·5	0·4	0·4	100·0
1900	62·0	56·9	35·2	32·7	2·4	9·9	0·2	0·4	0·2	0·1	100·0
1910	61·3	55·5	36·0	33·7	2·3	9·9	0·4	0·9	0·0	0·0	100·0
1920	55·1	50·5	41·8	36·7	2·5	11·5	0·6	1·3	0·0	0·0	100·0

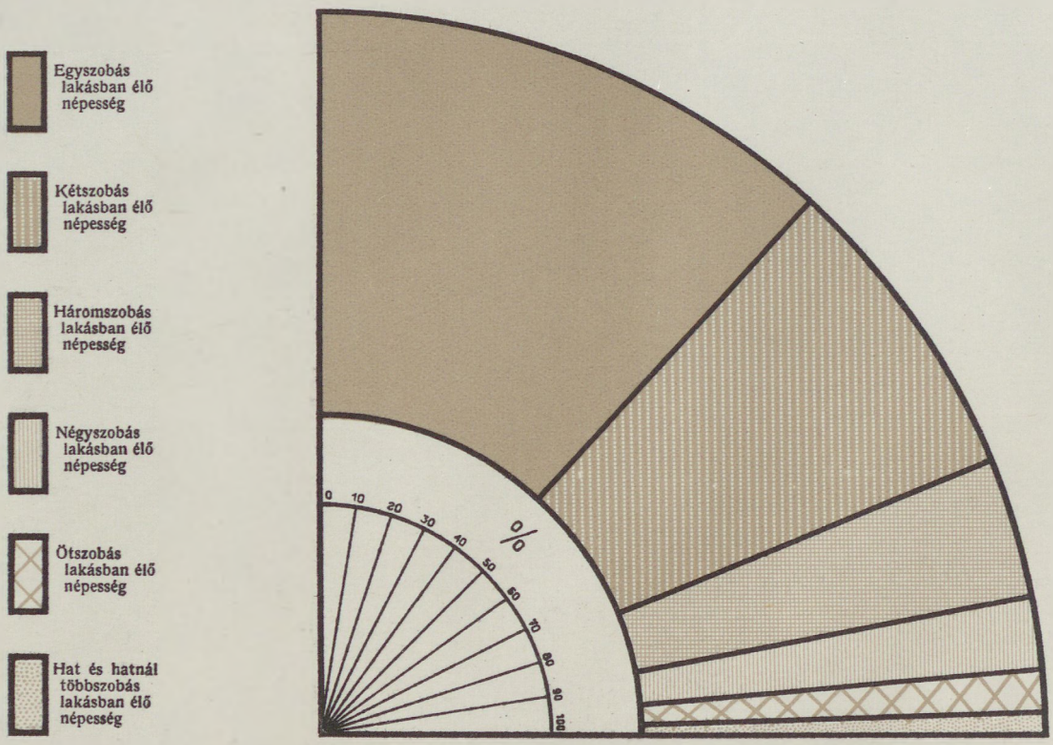
II/a. A házasságban és házasságon kívül élő népesség megoszlása a székesfővárosban,

különös tekintettel utóbbiaknak a nemi betegségek szempontjából való veszélyeztetett és veszélyeztető voltára. — 1880—1920.



II/b. A népesség megoszlása a székesfővárosban a lakások nagysága szerint,

különös tekintettel a zsúfolt lakások egészségi és erkölcsi veszélyeire a nemi betegségek szempontjából. — 1925.



A székesfőváros népességének családi és szexuális tekintetből való megoszlása természetesen olyan százalékos arányszámokat tüntet fel, melyek a házasodási adatoknak megfelelnek. Kiderül, hogy 1880 óta a házasságban élő férfiak aránya nagyobb, a házasságban élő nők aránya kisebb emelkedést mutat, mindazonáltal az utolsó népszámlálás idején a férfiaknál csak 41·8%-ot, a nők között csupán 36·7%-ot ért el. A lakosság nagyobb része tehát házasságon kívül él, ami a nemileg éretlen gyermekektől eltekintve, a veneriás veszélyt gyarapítja. Különösen ki kell emelnünk a 21. táblázatnak »elvált« rovatában szereplő adatokat. Először is bármelyik népszámlálás adatait tekintjük, az elváltan élő nők arányszámát az elvált férfiak kétszeresének találjuk. Ennek oka részben ugyanaz, ami az özvegyen élő nők több, mint háromszoros arányszámának, hogy tudniillik a kordifferencia miatt a nők jelentékeny része túléli hites vagy elvált házastársát. Másik okát abban kereshetjük, hogy az elvált férfiaknak nagyobb hányada köt új házasságot, mint a nőké. De ennél is lényegesebb megfigyelést tehetünk az elválások tekintetében, hogy ha az utolsó 40 év elvált népességének arányváltozását tekintjük. Ebből kiderül, hogy az elválás állandó és visszaesés nélküli szaporodásban van, ami azt eredményezte, hogy az elváltak aránya úgy a férfiaknál, valamint a nőknél 1880-hoz képest elérte a dupláját. Az elválások ilyenmérvű szaporodását az erkölcsi viszonyoknak fentebb megjelölt ellazulásával lehet magyarázni. A nemi betegségek terjesztése szempontjából az elválások jelentőségét a továbbiak során morbiditási adatokkal fogjuk dokumentálni.

A fővárosi viszonyok ismertetése kapcsán még csak azokat az adatokat iktatjuk ide, melyek az utolsó négy évtized alatt a házasságban és házasságon kívül élő teljes népesség arányait a II. számú grafikonban mutatják be.

Ábránk szembeötlően mutatja azt a lényeges differenciát, mely a házasságon kívül élő (nőtlen, elvált, özvegy) és a házasságban élő népesség mennyisége között mutatkozik, az utóbbi rovására. Leolvashatjuk a grafikonból azt is, hogy a férfinépességnek aránylag nagyobb hányada él a házasság kötelékeiben és kisebb hányada házasságon kívül, mint a nőknek. Végül kiderül az is, hogy 1880 óta a házasságban élők aránya úgy a férfiaknál, valamint mérsékeltebben a nőknél is, állandó, kismérvű javulást mutat. A szexuális megoszlást feltüntető grafikon alatt levő ábra a házasodás egyik legfontosabb szociális akadályát, a lakásnyomort érzékelteti, szemléltető indokot szolgáltatva mindjárt arra, hogy többek közt miért emelkedik a házasságban élő fővárosi népesség száma a fenti grafikonban feltüntetett lassú tempóban.

A többi városokkal hasonlítva össze Budapest lakosságának szexuális és családi állapotát, azt látjuk, hogy a nagyvárosi laza erkölcsök és fokozott szociális nehézségek a főváros lakosságának szexuális életberendezésében a kisebb városokétól lényeges eltéréseket eredményeznek.

22. A népesség százalékos megoszlása nem és családi állapot szerint a magyar városokban. 1910—1920.

Városok neve	Százalékokban							
	1910				1920			
	Nőtlen, hajadon	Házas, férjezett	Özvegy	Elvált	Nőtlen, hajadon	Házas, férjezett	Özvegy	Elvált
Budapest székesfőváros	61·3	36·0	2·3	0·4	55·5	33·7	9·9	0·9
Baja tjv.	51·3	40·2	8·3	0·2	47·7	41·7	10·2	0·4
Debrecen «	56·8	36·9	5·8	0·5	54·5	37·9	7·0	0·6
Győr «	60·7	32·8	6·2	0·3	57·5	35·8	6·4	0·3
Hódmezővásárhely «	49·3	43·8	6·4	0·5	48·2	43·1	8·1	0·6
Kecskemét «	58·3	35·8	5·5	0·4	58·6	34·5	6·4	0·5
Miskolc «	58·1	35·0	6·5	0·4	55·1	37·3	7·0	0·6
Pécs «	52·0	39·5	8·0	0·5	47·5	42·7	9·0	0·8
Sopron «	63·1	31·2	5·5	0·2	60·3	33·4	6·0	0·3
Szeged «	55·3	38·5	5·9	0·3	52·6	39·5	7·3	0·6
Székesfehérvár «	58·1	35·3	6·3	0·3	56·3	36·0	7·3	0·4
Balassagyarmat rtv.	56·1	36·8	6·8	0·3	54·3	37·8	7·4	0·5
Békéscsaba «	53·7	41·0	5·1	0·2	54·9	38·4	6·2	0·5
Cegléd «	51·5	42·1	6·0	0·4	51·6	40·7	7·2	0·5
Csongrád «	54·0	41·0	4·9	0·1	54·4	39·2	6·3	0·1
Eger «	56·3	36·7	6·7	0·3	54·0	38·2	7·5	0·3
Esztergom «	57·5	35·3	7·0	0·2	55·3	37·1	7·2	0·4
Gyöngyös «	55·0	38·6	6·3	0·1	54·0	38·4	7·2	0·4
Gyula «	53·8	39·8	6·0	0·4	52·0	40·1	7·1	0·8
Hajdúböszörmény «	55·5	38·9	5·3	0·3	56·3	36·7	6·7	0·3
Hajdúhadház «	55·9	39·1	4·8	0·2	55·2	38·7	5·7	0·4
Hajdúnánás «	49·4	43·7	6·4	0·5	51·1	40·8	7·5	0·6
Hajduszoboszló «	53·3	39·7	6·5	0·5	56·2	36·0	7·1	0·7
Jászberény «	54·2	40·2	5·5	0·1	55·3	38·7	5·9	0·1
Kalocsa «	52·6	40·4	6·7	0·3	52·4	39·6	7·6	0·4
Kaposvár «	52·6	40·5	6·6	0·3	49·4	42·6	7·5	0·5
Karcag «	50·6	43·0	5·8	0·6	49·8	41·8	7·8	0·6
Kiskunfélegyháza «	57·0	37·4	5·5	0·1	57·5	35·9	6·4	0·2
Kiskunhalas «	53·3	40·2	5·9	0·6	52·4	40·3	6·6	0·7
Kispest «	54·6	40·5	4·7	0·2	51·8	41·8	5·9	0·5
Kisújszállás «	48·6	43·3	7·1	1·0	49·5	41·1	8·5	0·9
Kőszeg «	62·8	29·9	7·2	0·1	60·0	32·3	7·5	0·2
Magyaróvár «	59·7	33·5	6·6	0·2	58·0	35·7	6·1	0·2
Makó «	51·3	42·0	6·2	0·5	50·4	41·0	7·9	0·7
Mezőtúr «	52·6	41·2	5·8	0·4	52·8	39·2	7·4	0·6
Mohács «	44·3	48·1	7·3	0·3	41·1	49·1	9·3	0·5
Nagykanizsa «	53·2	39·6	7·1	0·1	52·9	38·9	7·9	0·3
Nagykőrös «	54·0	39·4	6·1	0·5	53·8	38·6	6·9	0·7
Nyíregyháza «	59·3	34·6	5·8	0·3	57·5	35·8	6·4	0·3
Pápa «	58·8	34·3	6·7	0·2	56·2	36·0	7·6	0·2
Pesterzsébet «	55·0	40·5	4·2	0·3	51·3	41·9	6·3	0·5
Rákospalota «	55·0	39·7	5·1	0·2	52·5	40·3	6·7	0·5
Salgótarján «	56·8	37·5	5·6	0·1	55·5	37·9	6·3	0·3
Sátoraljaújhely «	57·2	36·3	6·3	0·2	57·6	35·3	6·8	0·3
Szekszárd «	49·2	42·9	7·5	0·4	46·7	43·6	9·3	0·4
Szentendre «	54·0	38·2	7·6	0·2	51·6	39·2	8·8	0·4
Szentes «	49·8	42·2	7·4	0·6	49·7	41·1	8·6	0·6
Szolnok «	54·2	39·9	5·6	0·3	52·8	40·0	6·7	0·5
Szombathely «	61·7	32·9	5·2	0·2	59·4	34·5	5·8	0·3
Túrkeve «	49·7	43·1	6·7	0·5	48·7	42·2	8·4	0·7
Újpest «	56·2	37·8	5·7	0·3	51·4	40·9	7·1	0·6
Vác «	56·8	36·0	7·0	0·2	53·8	38·4	7·4	0·4
Veszprém «	57·8	34·3	7·6	0·3	56·0	35·5	8·1	0·4
Zalaegerszeg «	60·3	33·0	6·6	0·1	57·7	35·7	6·3	0·3

A vidéki városokban átlag kisebb a nőtlenek, illetve a hajadonok kontingense és lényegesen alacsonyabb az elváltan élő egyének arányszáma. 1920-ban az országnak 53 városa közül csak 16-ban volt magasabb a nőtlenek, illetve hajadonok aránya a fővárosénál, 37-nél viszont alacsonyabb volt. Az elválások pedig csak egyetlen vidéki városban érték el a budapesti mértéket. A törvényhatósági jogú városok közül a nőtlen és hajadon lakosság tekintetében a legmagasabb arányszámot (60·3%) Sopron, utána Kecskemét (58·6%) mutatta, a legkedvezőbbet pedig Pécs (47·5%). Ugyanezen városok között az elvált lakosság arányszámánál fogva viszont éppen Pécs vezet (0·8%), a legelőnyösebb számokat pedig Debrecen és Sopron tünteti fel (0·3%). A rendezett tanácsú városok soraiból a nőtlenek magas arányszámával Kőszeg válik ki (603·0%), idevágó legkedvezőbb adatokkal pedig Mohács rendelkezik (41·1%). Ebben a városcsoportban a legtöbb elvált egyén él Kisújszálláson (0·9%), melynek arányszáma egyedül eléri a fővárosét, a legkevesebb válás viszont Csongrádon és Jászberényben történik (0·1%).

Ha az 1910. és az 1920. évi népszámlálások arányszámait összehasonlítjuk, lényeges eltérést találni nem tudunk. Az utóbbi népszámlálás adatai szerint ugyanis — kevés kivételtől eltekintve — a nőtlen, illetve hajadon népesség arányszáma az összes városokban némi csökkenést mutatott s a házasok száma megszaporodott. Ezt a kis eredményt a szexuális helyzet szempontjából azonban lerontják azok a számok, melyek az elvált lakosság mennyiségére vonatkoznak. Kiderül ugyanis, hogy a regisztrált évtized alatt az egész vonalon emelkedett az elváltan élő népesség arányszáma s az emelkedés tekintetében a vidék városai sem maradtak el Budapest mögött.

23. A nemi betegek száma Hannoverben százalékban családi állapot és korcsoportok szerint 1919. november 20—december 20.

Megnevezés	100 lakosra esik									
	15—21 éves		21—25 éves				25—30 éves			
	nőtlen, hajadon		nőtlen, hajadon		nős, férjezett		nőtlen, hajadon		nős, férjezett	
	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
Friss szifilisz	1·9	2·8	6·7	6·6	3·7	4·0	8·9	6·4	1·0	2·1
Recidiv szifilisz	0·2	0·8	3·2	3·3	1·2	2·5	8·6	3·3	2·2	2·0
Lágyfekély	1·3	0·6	2·9	1·2	2·4	—	4·7	—	1·7	0·2
Friss kankó	5·1	3·1	12·9	5·8	—	1·7	18·6	4·1	4·1	1·6
Krónikus kankó	0·3	0·5	4·2	1·8	1·2	0·7	6·9	3·2	0·7	0·5
Együtt (beleértve a világra-hozott szifiliszt is)	8·9	8·1	30·0	18·8	8·5	9·0	47·9	17·3	9·8	6·4

Miután a házasodás viszonyait áttekintettük és kimutattuk a házasságban és házasságon kívül élők arányát, valamint az utóbbiak csoportjában az elváltak viszonyait, komoly adatokkal bizonyíthatjuk azokat a követ-

kezményeket, melyek az adott szexuális helyzetből folynak. Ha igaz az az állítás, hogy a házasságon kívüli élet promiscuitáshoz vezet, akkor a nőtlenek és elváltak kategóriáinál a nemi fertőzéseket lényegesen magasabb százalékban kell találnunk. Értékes felvilágosítást nyujt e tekintetben a Hannoverben 1919-ben végrehajtott egy hónapra terjedő nemi betegszámlálás, melynek adatai 100 élő egyénre vonatkozólag családi állapot szerint és korcsoportonként tüntetik fel a szifiliszes, lágyfekélyes és kankós betegek számát.

23. A nemi betegek száma Hannoverben, százalékban családi állapot és korcsoportok szerint 1919 november hó 20—december 20. (Vége.)

Megnevezés	100 lakosra esik															
	30—40 éves								40—50 éves							
	nőtlen, hajadon		nős, férjezett		özvegy		elvált		nőtlen, hajadon		nős, férjezett		özvegy		elvált	
	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
Friss szifilisz	7·8	1·3	2·0	0·9	4·7	3·5	—	—	3·7	0·3	1·5	0·3	—	—	—	—
Recidiv szifilisz	9·1	1·5	4·3	2·5	4·7	—	8·5	3·0	4·2	0·3	2·9	1·1	6·9	0·8	—	3·6
Lágyfekély	4·5	0·6	1·0	—	—	—	—	3·0	1·6	—	0·3	—	—	—	—	—
Friss kankó	12·0	1·3	2·4	0·7	9·4	2·3	25·4	—	5·3	—	1·4	0·1	6·9	0·8	—	—
Krónikus kankó	5·8	0·6	1·5	0·6	—	—	8·5	3·0	1·6	—	0·4	0·1	—	—	—	—
Együtt (beleértve a világra-hozott szifiliszt is)	39·2	5·3	11·3	4·7	18·8	5·8	42·4	9·0	16·4	0·6	6·5	1·6	13·9	1·6	—	3·6

A házasságnak a veszélyelhárító szerepe a nemi betegségek tekintetében e táblázatból egész világosan kitünik. A házasságon kívül álló kategóriák erősebb veszélyeztetettsége úgy a nőtleneknél, illetve hajadonoknál, valamint az elváltaknál, sőt özvegyeknél is az egész vonalon érvényesül. Ezt különböző fokban, de minden korosztálynál és mindkét nem tagjai között láthatjuk, bár meg kell jegyeznünk, hogy a házasságban és házasságon kívül élő nők fertőzési gyakoriságának különbözete kisebb a férfiakénál, amit arra vezethetünk vissza, hogy a nők a férfiak promiscuitása miatt a házasságban sem találtak olyan eredményes védelmet a nemi betegségek ellen, mint a férfiak. Általában az összes betegségformáknál, de ezek közül — mint legfontosabbnál — a friss szifilisznél azt látjuk, hogy a nőtlen férfiaknál 100 lakosra a 15—21 éves korosztályból 1·9, a 21—25 éves korosztályból 6·7, a 25—30 éves korosztályból 8·9, a 30—40 éves korosztályból 7·8 és a 40—50 éves korosztályból 3·7 megbetegedés esett, vagyis a veszélyeztetés a 20 és 40 évek között állandóan rendkívüli magas volt. Ezzel szemben a 21—25 éves nős férfiak között friss szifiliszt 3·7%-ban, a 25—30 évesek közt csak 1%-ban, a 30 és 40 évesek között 2%-ban és végül a 40—50 éveseknél csupán 1·5%-ban találunk. Ezek az adatok nemcsak azt bizonyítják, hogy a házasélet a házasságon kívüli élettel szemben komoly anti-

veneriás védelmet jelent, hanem arra is rámutatnak, hogy míg a nőtlen férfiaknál a veneriás veszély a későbbi korban fokozatosan nő, addig a nőseknél ez inkább csökkenő tendenciát mutat. Nőknél lényegében hasonló jelenségeket látunk, azzal a különbséggel, hogy itt a fertőzési maximum a női promiscuitás rövidebb korszakának megfelelően a 20. és 30. év közé jut.

A hannoverinél is jobban használható a házasságon kívüli promiscuitás veszedelmeinek dokumentálására az 1919 végén végrehajtott egyhónapos berlini adatgyüjtés eredménye, mert ebben a statisztikában a nemi betegek nem az egész élő lakossághoz, hanem csupán a 15 éven felüliekhez vannak viszonyítva, ami által elkerülhetővé vált, hogy a gyermekek bevonása miatt a nemi keveredés következményei tekintetében valószínűtlen arányszámokat kapjunk. Némi hiányossága még így is van ez adatgyüjtésnek, amennyiben a szexuális élet szempontjából számba nem vehető idős korosztályok mégis benne szerepelnek, másrészt pedig a különváltan élő, de törvényesen el nem választott egyedek a házasok között voltak regisztrálva s azoknak a morbiditási statisztikáját rontották.

24a. A nemi betegségek számaránya Berlinben családi állapot szerint. — 1919.

Betegség	1000 tizenöt évnél idősebb lakosra esett							
	férfi				nő			
	nőtlen	házas	elvált	özvegy	hajadon	férj.	elvált	özvegy
Kankó	56·0	12·2	23·8	9·7	16·0	4·3	14·3	2·3
Lágyfekély	12·9	2·3	5·1	1·4	1·9	0·4	—	0·1
Friss szifilisz	18·0	3·9	6·8	1·8	10·2	1·8	4·1	1·3

24b. A nemi betegségben szenvedő férfiak számaránya a nőkhöz Berlinben. — 1919.

Családi állapot	A nemi beteg férfiak aránya a nemi beteg nőkhöz			
	Idősült nemi betegségek	Kankó	Lágyfekély	Friss szifilisz
Nőtlen, hajadon	3·1 : 1	3·5 : 1	6·7 : 1	1·7 : 1
Nős, férjezett	2·8 : 1	2·8 : 1	5·7 : 1	2·1 : 1
Elvált	1·9 : 1	1·6 : 1	—	1·6 : 1
Özvegy	3·5 : 1	4·2 : 1	14·7 : 1	1·4 : 1

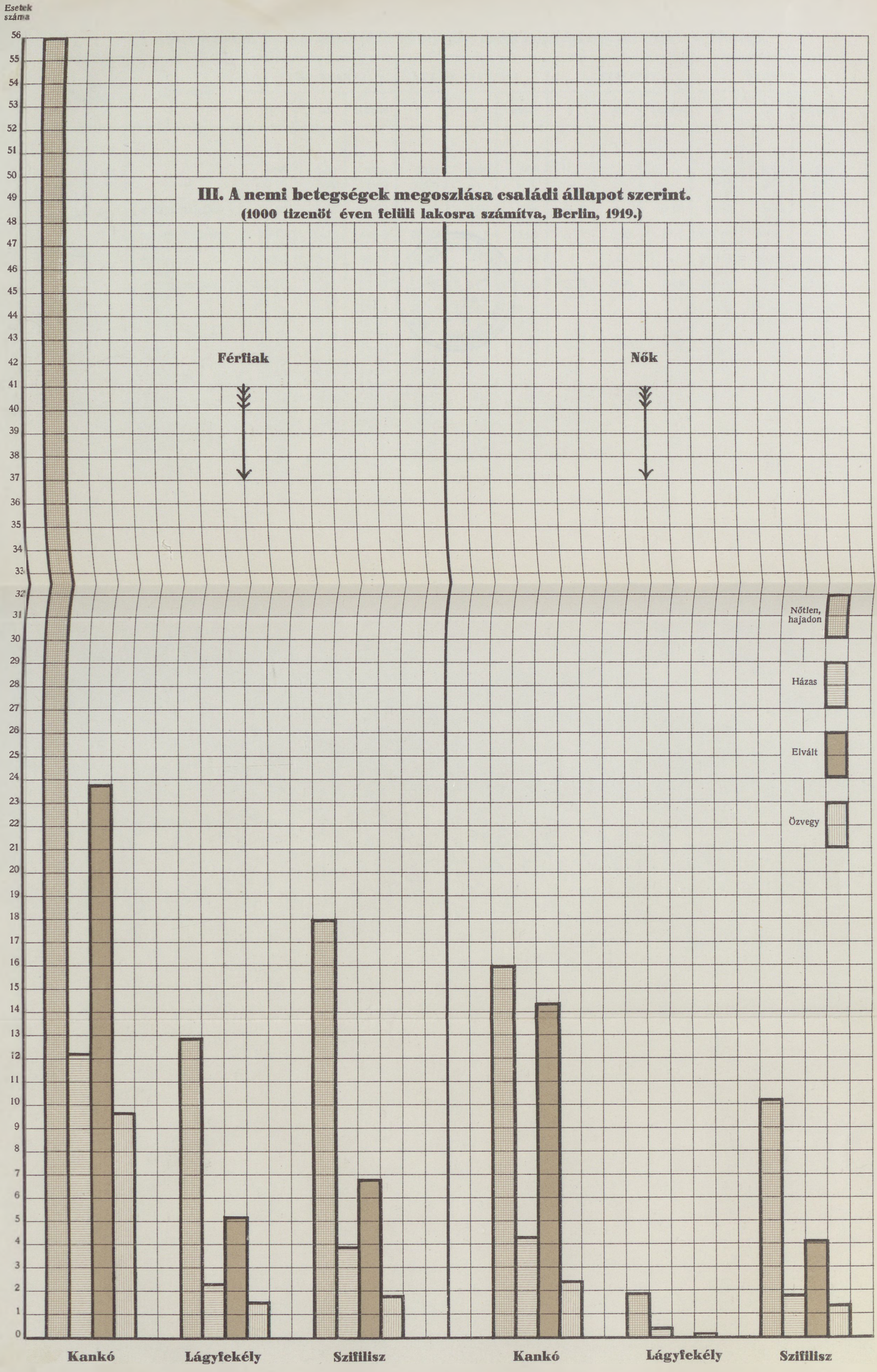
A számarány a kankóra, lágyfekélyre és szifiliszre vonatkozólag úgy a férfiaknál, mint a nőknél azt mutatja, hogy a nemi betegségek leggyakrabban a nőtleneknél, illetve hajadonoknál lépnek fel, gyakoriság tekintetében második helyre kerülnek az elváltak, harmadik helyre a házasok és negyedik

helyre az özvegyek. Legnagyobb a morbiditása a kankónak, utána következik a szifilisz és legvégül a lágyfekély. A családi állapotnak a nemi betegségekkel való vonatkozásában szembetűnő, hogy míg a berlini adatgyüjtés szerint a kankós nőtlen férfiak minden más kategória felett domináltak s a gyakoriságban utána következő elvált férfiak kankós megbetegedési száma annak felére sem rúgott, addig az elvált nők kankós morbiditása a III. számú grafikon tanusága szerint a hajadonokéval majdnem egyenlő magasságot ért el.

A házasságban és a házasságon kívül élő népesség nemi fertőzési viszonyaira kétségtelenül legalaposabb felvilágosítást a Svájcban 1920—1921-ben végrehajtott egyéves statisztikai gyüjtés adatai szolgáltatnak.

A svájci adatok az előzőkkel egybevágnak a tekintetben, hogy általában a házasságon kívül élő kategóriák magas veszélyeztetettségét fejezik ki. De elütnek az előbbi statisztikáktól a házasságon kívüli kategóriák részvételének arányában, mert azt látjuk, hogy a 21 évesektől egészen a magas korosztályokig mindenütt az elváltak többsége dominál.

Egyébiránt a 25. táblázatunkból megállapítható, hogy a nőtlen férfiak megbetegedésének gyakorisága a maximumát a 6. évötödben éri el, bár a 4. évtizedben még megközelítőleg ugyanazon magasságban marad. Viszont a hajadonok fertőzési aránya legmagasabb nívóját az 5. évötödben éri el, ahonnan fokozatosan alább és alább száll. A házas férfiaknak a nemi betegségek által történő veszélyeztetettsége a nőtlenekének csak egyharmadát teszi ki. Viszont a svájci adatok szerint a férjes nőknek a házasság általi egészségvédelme a férfiakénál sokkal kevésbbé hatásos, mert a 20—24. évcsoportban a férjes nők fertőzési száma majdnem eléri a hajadonokét s a 25—30. korcsoportban is azokénál csak egyharmad mennyiséggel kevesebb. Ebből ismét csak a férjek révén történő gyakori megfertőztetésekre kell következtetnünk, bár e tekintetben a különélő, de hivatalosan el nem választott férjes nők ugyanezen rubrikában szereplő tömegének promiscuitása is fontos szerepet játszhat. Az elváltak és különösképpen az elvált asszonyok szerepe különös jelentőséggel bír a nemi betegségek terjesztésében, ami minden statisztikából kidomborodik, de ebben a méretben mégis a svájci viszonyok specialitása. Az elvált férfiak fertőzési aránya a 20—24 éves korosztályban kétszer olyan magas, mint a nőtleneké, a 25—30 éves korcsoportban háromnegyedszer, sőt a továbbiakban is majdnem hasonló méretű. Nőknél a viszonyok még rosszabbak, mert a 20—24. évcsoportban az elváltak morbiditása majdnem kétszeresével haladja meg a hajadonokét, a 25—30. korcsoportban hétszeresével, sőt még az azutáni korosztályban is több, mint négyszeresével. A könnyelműen kötött és rosszul végződő házasságok elvált tagjai fejtik ki — úgy látszik — a legnagyobb promiscuitást s a ledér életet élő nők nagy többsége Svájcban — nyilván — az elvált asszonyok soraiból kerül ki.


Esetek száma
III. A nemi betegségek megoszlása családi állapot szerint.
(1000 tizenöt éven felüli lakosra számítva, Berlin, 1919.)
Férfiak
Nők
Nőtlen, hajadon
Házas
Elvált
Özvegy
Kankó
Lágyfekély
Szifilisz
Kankó
Lágyfekély
Szifilisz

25. A nemi betegségek száma Svájcban, 10.000 lakosra, nem, családi állapot és korcsoport szerint. — 1920/1921.

A betegek életkora	Családi állapot	Friss kankó			Friss szifilisz			Lágyfekély			Együtt		
		fi	nő	összesen	fi	nő	összesen	fi	nő	összesen	fi	nő	összesen
0— 4 éves	—	1·56	3·62	2·58	2·04	2·09	2·06	—	—	—	3·60	5·72	4·65
5— 9 «	—	0·10	2·70	1·40	0·05	—	0·02	—	—	—	0·16	2·71	1·42
10—14 «	—	0·20	0·77	0·48	—	0·05	0·02	—	0·05	0·02	0·20	0·87	0·53
15—19 «	nőtlen, hajadon .	11·44	6·66	9·03	2·20	2·87	2·54	0·36	—	0·18	14·02	9·54	11·75
	házas	—	3·53	3·17	—	0·70	0·63	—	—	—	—	4·24	3·80
20—24 «	nőtlen, hajadon.	79·13	20·36	49·90	19·65	16·11	14·95	1·77	0·33	1·05	100·66	30·81	65·92
	házas	24·74	17·73	19·72	4·64	10·70	8·98	—	—	—	29·38	28·43	28·70
	elvált	109·89	40·16	58·82	109·89	—	29·41	—	—	—	219·78	80·32	88·24
	özvegy	—	27·17	19·69	—	54·35	39·37	—	—	—	—	81·52	59·06
25—29 «	nőtlen, hajadon.	105·76	15·81	62·28	23·95	8·03	16·25	2·23	0·38	1·33	131·94	24·21	79·86
	házas	27·38	10·54	17·51	10·13	5·90	7·65	0·71	0·13	0·37	38·23	16·56	25·52
	elvált	170·94	91·65	117·24	42·74	112·02	89·66	—	—	—	213·68	203·67	206·90
	özvegy.....	41·72	39·15	39·89	41·72	11·19	19·94	—	—	—	83·45	50·34	59·83
30—39 «	nőtlen, hajadon.	70·16	6·94	37·83	20·01	4·58	12·12	2·74	—	1·34	92·91	11·52	51·29
	házas	24·09	5·63	14·56	6·23	2·48	4·29	0·61	0·05	0·32	30·92	8·16	19·17
	elvált	69·38	34·31	47·05	18·50	23·75	21·85	—	—	—	87·88	58·06	68·90
	özvegy	36·53	6·24	14·86	15·66	2·08	5·95	2·61	—	0·74	54·80	8·31	21·55
40—49 «	nőtlen, hajadon.	19·93	0·65	9·29	6·11	0·86	3·21	0·27	—	0·12	26·31	1·51	12·62
	házas	11·40	1·45	6·57	2·85	1·06	1·98	0·37	0·06	0·22	14·62	2·57	8·76
	elvált	17·48	4·19	9·17	17·48	4·19	9·17	3·50	—	1·31	38·46	8·39	19·66
	özvegy	30·70	0·48	8·47	5·34	3·84	4·24	1·33	—	0·35	37·37	4·32	13·06
50— «	nőtlen, hajadon.	3·64	—	1·43	2·50	—	0·98	—	—	—	6·15	—	2·41
	házas	2·41	0·16	1·41	0·79	0·27	0·56	0·13	0·05	0·10	3·32	0·49	2·07
	elvált	4·57	1·35	2·55	6·85	1·35	3·39	—	—	—	11·41	2·70	5·94
	özvegy	2·85	0·07	0·84	1·71	0·29	0·69	—	—	—	4·55	0·37	1·53
	Összesen	**21·04**	**5·32**	**12·90**	**5·59**	**2·70**	**4·09**	**0·55**	**0·06**	**0·30**	**27·17**	**8·08**	**17·28**

Mindezek az adatok kellően megvilágítják a házasodásnak és a nemi betegségeknek egymáshoz való viszonyát s a nőtlen, valamint elvált állapotnak a promiscuitás kifejtésében megnyilvánuló szerepét. Még csak az 1919. évi hannoveri statisztikai gyüjtés alábbi értékes adatait említjük fel, melyek a házasságot teljesen elkerülő agglegények fertőződési viszonyait tárgyalják:

26. Az 50. életéven felüli agglegények nemi megbetegedései 15 éves koruktól kezdve Hannoverben. — 1919.

Életkorok	100 ötven évnél idősebb nőtlen férfinél előfordult			
	kankó	lágyfekély	friss szifilisz	friss nemi fertőzés összesen
15—21 években	16·62	4·56	4·98	26·1
21—25 «	28·12	7·84	7·36	43·3
25—30 «	47·50	14·20	12·50	74·2
30—40 «	56·10	13·40	29·40	98·9
40—50 «	18·90	6·30	6·30	31·5
Összesen	167·24	46·30	60·54	274·0

A hannoveri adatokból az következik, hogy a nőtlenül maradt férfiak közül több, mint minden második egyén szifiliszt szerzett, majdnem minden másodikra esett lágyfekélyes fertőzés és átlagban mindenik egy és félszer kapott kankót, úgyhogy végül is a háború utáni állapotokat véve alapul, Hannoverben és a hozzá hasonló, nemi bajokkal elárasztott nagyvárosokban, egész ivarérettségének ideje alatt minden nőtlen férfi 2, illetve 3 nemi fertőzést szenvedett.

Az összes felsorolt adatok élénken dokumentálják a házasodásnak a nemi egészségügy szempontjából való fontosságát és bizonyító erővel mutatnak arra, hogy azok a szociális-gazdasági nehézségek, melyek a házasságkötéseket megakadályozzák, a korai nősülést lehetetlenné teszik és nem egyszer elváláshoz vezetnek, a promiscuitásnak és a vele járó nemi betegségeknek egyik legfontosabb társadalomegészségügyi okát képezik.

Nem mehetünk el szó nélkül a házasodás kérdésének tárgyalása során a házassághoz hasonló jellegű, de mégis attól fontos szempontokból elütő azon szexuális viszonylat mellett, amely erkölcsi tekintetben alig védhető, de a nemi betegségek ellen a promiscuitásnál kevesebb veszedelmet jelent. Ez pedig a törvényen kívüli együttélés. A törvénytelen együttélés, legyen

az vadházasság vagy hosszabb-rövidebb ideig fennálló viszony, abban az esetben, ha a kötött viszony kezdetén mindkét fél egészséges volt és a viszony tartalma alatt semmiféle promiscuitásba sem bocsátkozott, annak fennállása idejére a nemi betegségekkel szemben mentességet biztosít. Az illegálisan kötött viszonyoknak a fenntartásában lényegileg ugyanazon gazdasági okok idéznek elő nehézséget, mint a házasságkötéseknél. Emiatt az ilyen viszonylatok túlnyomó többségben futójellegűek s az illetőket csak rövid ideig tartják vissza a promiscuitástól. Így a »kötött« illegális viszonyok fennállása a veneriás bajok elhárítása terén csak jelentéktelen szerepet kap, ellenben a közerkölcsi viszonyok züllesztése miatt mindenképpen káros. A férfiak promiscuitásától eltekintve, aminek kérdését a kettős morállal kapcsolatban már kifejtettük, itt különösen a nők veszélyeztetettsége áll előtérben, mert az illegális szexuális viszonyok — ha házassággá nem alakulnak — hosszabb-rövidebb idő után föltétlenül szakítással végződnek, mikor is a szexuális életbe belekóstolt nő minden bizonyossággal la promiscuitás áldozatává és a nemi bajok terjesztőjévé válik.

Tovább menve a promiscuitás szociális okainak kutatásában, a női munkásság szaporodásának problémájára térünk át. Itt természetesen nem a vidéki, mezőgazdasági munkásságról van szó, hol a nők mindig tetemes részt vettek a falusi mun' ákban, hanem a városok női munkásságáról, amely úgyszólván az utóbbi félszázad alatt tört elő és amint látni fogjuk, az általunk fejtegetett kérdés-komplexummal szoros összefüggésben áll. Hogy az egyszerű és általában véve tisztességesebb gondolkozású falusi népesség nőtagjai önálló munkások-e vagy saját otthonukban, illetve gazdaságukban foglalatoskodnak, a közerkölcsiség és közegészség szempontjából jelentékeny különbséget nem jelent. Annál nagyobb szexuális veszedelem a nő önálló exisztenciája a városokban és elsősorban a nagyvárosokban! A falusi lány felkerül a nagyvárosba és itt munkát vállal, keresetéből önállóan él és családjától távol, tehát könnyen esik csábítás és nemi betegség áldozatául. A polgári osztály lányai, kiket azelőtt óvtak az egyedülléttől és a nyilvánosság veszedelmeitől, most elárasztják a legkülönbözőbb kereseti ágakat és mint foglalkozással, keresettel bíró nők, több önállóságot, sőt szexuális szabadságot engednek meg maguknak. Az önállóan kereső nőt már alig lehet anyai gyámkodás és felügyelet alatt tartani s nagy többségükben lassanként megérlelődik az a káros meggyőződés, hogy önfenntartó munkásságuk megadja nekik a jogot és lehetőséget arra, hogy szexuális életüket saját akaratuk és tetszésük szerint rendezzék be. A főveszedelmet tehát az képezi, hogy a női munkások szaporodása fo'ytán mind tágabbra nő azon kategóriák terjedelme, amelyek kikerülnek a családi védelem tiszta szexuálitásának légköréből és hovatovább szaporítják a promiscuitást folytató nők számát.

A női munkásságnak az utolsó évtizedek alatt történt rohamos szaporodását szemléltetően látjuk a német birodalmi statisztikákból, melyek az önálló foglalkozást folytató népesség körében 1882-től 1925-ig a következő változást mutatják:

1882	13,372.905 = 60·38%	önálló foglalkozást folytató férfinépesség	4,259.103 = 18·46%	önálló foglalkozást folytató női népesség
1895	15,506.482 = 61·03%		5,264.393 = 19·97%	
1907	18,583.864 = 61·01%		8,243.498 = 26·37%	
1925	20,531.155 = 68·00%		11,477.684 = 35·60%	

Németországban tehát a férfiak csekély szaporodásával szemben a női kereső népesség 43 év alatt megkettőződött, ami főleg az ipari és kereskedelmi női munkások számának rohamos emelkedésére vezethető vissza. Ha most azt vizsgáljuk, hogy a női munkásság az egyes korosztályokban miként oszlik meg, akkor meglepő eredményeket találunk. Az 1907. évi németországi adatfelvétel szerint például a következőket látjuk:

14 éven alul	1·1%
14—16 évek alatt	44·0%
16—18 « «	56·0%
18—20 « «	56·6%
20—30 « «	42·5%
30—40 « «	32·6%
40—50 « «	35·7%
50—60 « «	36·6%
60—70 « «	30·0%
70 éven felül	15·0%

Kiderül tehát, hogy a 14—18 éves korig, vagyis épen a szexuális fejlődés korában, a női lakosságnak kereken fele űz foglalkozást, a 18—20 éves korban több, mint fele, a 20—30 éves korosztályban majdnem fele, míg a IV. évtizedben már csak egyharmada. Világos, hogy az önálló foglalkozást űzés maximuma a szexuális ténykedés maximumának idejével teljesen összeesik és arra fontos kihatással bír. Különösen ki kell emelnünk a serdülő korosztályok szerepét, a 14—18 éves leánykákat, akik a városok műhelyeibe, üzleteibe, hivatalaiba kerülve, tapasztalatlanságuk és fejletlenségük miatt igen figyelemre méltó szexuális veszedelembe sodródhatnak.

A budapesti viszonyokat vizsgálva, a foglalkozással bíró női lakosság szaporodási és foglalkozási csoportok szerinti elosztását következő táblázatban mutatjuk be:

27. A kereső népesség megoszlása nem és foglalkozási főcsoportok szerint a székesfővárosban. 1900., 1910. és 1920.

Foglalkozási főcsoportok	Év	Kereső férfiak		Kereső nők		Összesen	
		abszolút	%	abszolút	%	abszolút	%
I. Őstermelés	1900	4.730	83·57	930	16·43	5.660	100·0
	1910	4.605	86·99	689	13·01	5.294	100·0
	1920	4.260	81·89	942	18·11	5.202	100·0
II/a Bányászat	1900	231	96·25	9	3·75	240	100·0
	1910	361	92·80	28	7·20	389	100·0
	1920	609	85·41	104	14·59	713	100·0
II/b Ipar	1900	122.162	75·86	38.877	24·14	161.039	100·0
	1910	164.258	75·32	53.810	24·68	218.068	100·0
	1920	136.049	72·42	51.815	27·58	187.864	100·0
II/c Kereskedelem	1900	38.609	82·62	8.122	17·38	46.731	100·0
	1910	52.240	80·52	12.641	19·48	64.881	100·0
	1920	60.826	73·41	22.033	26·59	82.859	100·0
II/d Közlekedés	1900	21.894	95·76	969	4·24	22.863	100·0
	1910	28.443	93·37	2.019	6·63	30.462	100·0
	1920	26.527	83·36	5.297	16·64	31.824	100·0
III. Közszolgálat	1900	24.361	77·98	6.879	22·02	31.240	100·0
	1910	32.318	73·86	11.435	26·14	43.753	100·0
	1920	39.965	63·08	23.392	36·92	63.357	100·0
IV. Véderő	1900	15.846	100·00	·	·	15.846	100·0
	1910	16.636	100·00	·	·	16.636	100·0
	1920	16.846	100·00	·	·	16.846	100·0
V. Napszámosok	1900	11.429	59·54	7.766	40·46	19·195	100·0
	1910	7.738	67·37	3.747	32·63	11.485	100·0
	1920	3.391	61·63	2.111	38·37	5.502	100·0
VI. Vagyonukból élők	1900	5.274	41·35	7.482	58·65	12.756	100·0
	1910	6.341	40·15	9.454	59·85	15.795	100·0
	1920	10.245	41·62	14.371	58·38	24.616	100·0
VII. Egyéb és ismeretl.	1900	5.102	37·61	8.465	62·39	13.567	100·0
	1910	5.761	35·79	10.334	64·21	16.095	100·0
	1920	5.439	29·26	13.149	70·74	18.588	100·0
VIII. Házicselédek	1900	2.161	3·78	55.043	96·22	57.204	100·0
	1910	2.195	3·13	67.922	96·87	70.117	100·0
	1920	1.280	2·45	50.895	97·55	52.175	100·0

A női foglalkozások között Budapesten legmagasabb abszolút számokkal szerepel az ipar és a cselédség, legalacsonyabb számokkal a bányászat és őstermelés. Az utolsó három népszámlálás adatait tekintve, 1900-tól 1920-ig a női munkások abszolút száma állandó folytonossággal emelkedett a bányászatban, kereskedelemben, közlekedésben és közszolgálatban. Őstermelésben a női alkalmazottak mennyiségének mélypontja nem 1900-ban, hanem 1910-ben volt, az iparban és háztartásban alkalmazottaknál viszont az utóbbi évben érte el a maximumot és ahhoz képest 1920 mély visszaesést eredményezett. Egyedül a női napszámosok abszolút mennyisége fogyott állandóan, amit a bér- és életigények emelkedésével lehet összefüggésbe hozni. Még sokkal érdekesebb eredményre jutunk, ha nem az abszolút számokat vesszük vizsgálat alá, hanem a női munkásságnak a férfimunkássághoz viszonyított arányszámát. Itt ugyanis az egész vonalon emelkedett a nők arányszáma, sőt még a napszámosoknál is csak jelentéktelen visszaesés jelentkezett. Az ipari munkásnőknek a férfiakhoz való aránya 1900-tól 1920-ig a közbejött kedvezőtlen ipari viszonyok dacára is 24·14%-ról 27·58%ra emelkedett, a kereskedelemben meg épen 17·38%-ról 26·59%-ra, a közszolgálatban pedig 22·02%-ról 36·92%-ra ugrott. A női cselédeknek amúgy is magas arányszáma még tovább fokozódott és 1900-tól 1920-ig 96·22%-ról 97·55%-ra emelkedett.

Ha a budapesti női munkásság részvételét korcsoportok szerint vesszük, lényegileg ugyanarra az eredményre jutunk, mint a németországi eredményekből láttuk.

Az összes foglalkozási ágakban dominálnak a fiatalabb korosztályok. A mi szempontunkból aránylag a közszolgálatban a legkedvezőbbek a viszonyok, mert itt a női alkalmazottak legnagyobb tömegeit nem a serdülő és egészen fiatal korban, hanem a 26—30. évek között találjuk. Ezután következik a 21—25 éves korcsoport és utána a 31—35 éves. Már rosszabb valamivel a helyzet a kereskedelemben, hol a női alkalmazottak maximuma a 21. és 25. évek között van, mely után a 26—30 éves korcsoport, majd a 31—35 éves korcsoport következik. Legrosszabbak az állapotok az iparban, hol a nők egész fiatalon, sőt úgyszólván gyermekkorban már alkalmazásba kerülnek s kikerülve a családi felügyelet alól, könnyen a nemi promiscuitás veszedelmébe süllyednek. Az ipari munkásnők között legmagasabb számban szerepelnek a 16—20 éves serdülő lányok, azután következnek a 21—25 évesek és csak utánuk a 26—30 évesek, de számottevő még a 11—15 évesek mennyisége is.

Az ipari munkásnők a nemi betegségekkel való fertőződés és fertőzés szempontjából jelentékeny súllyal esnek latba, miért is érdemesnek látszik a budapesti ipartelepek munkásságának viszonyait közelebbről megismerni.

28. A kereső női népesség megoszlása a székesfővárosban korcsoport és foglalkozás szerint. 1925.

A foglalkozás megnevezése	Korcsoportok									
	11—15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	50—	Összesen
I. Őstermelés	3	30	32	33	35	35	41	50	208	467
II. *a)* Bányászat	—	1	1	8	1	1	2	1	1	16
II. *b)* Ipar:										
Vas- és fémipar	21	56	101	88	43	37	35	31	105	517
Gépgyártás stb.	13	38	107	76	46	34	27	17	37	395
Kő-, föld-, agyag- stb. ipar.	32	89	65	52	43	36	28	34	90	469
Fa- és csontipar	13	33	54	41	33	29	16	24	52	295
Bőr- stb. ipar	3	21	33	24	13	9	12	7	21	143
Fonó- és szövőipar	37	403	284	157	113	64	57	37	94	1.246
Ruházati ipar	185	4.629	4.043	3.252	2.458	1.884	1.452	1.045	2.111	21.059
Papirosipar	12	178	212	221	191	89	59	48	52	1.062
Élelmezési ipar	29	151	251	205	173	179	153	112	252	1.505
Vegyészeti ipar	11	16	30	50	31	23	12	12	15	200
Építőipar	14	7	22	29	23	24	23	24	74	240
Sokszorosító- és műipar	11	155	302	347	291	196	108	92	156	1.658
Szállodai stb. ipar	20	140	435	554	459	408	325	287	548	3.176
Egyéb iparágak	263	2.019	1.755	1.202	818	623	508	353	677	8.218
Ipar összesen	664	7.935	7.694	6.298	4.735	3.635	2.815	2.123	4.284	40.183
II. *c)* Kereskedelem:										
Állatokkal, mezőgazdasági term. való kereskedelem	1	8	32	47	56	67	67	59	124	461
Fával, erdei term. való kereskedelem	—	6	18	18	14	26	25	24	57	188
Vas- és fémipari kereskedés	2	11	16	22	18	15	15	21	44	164
Agyag- és üvegáru keresk.	1	—	3	4	4	5	6	2	15	40
Fa-, bőr- stb. áru keresk.	—	—	15	20	15	15	16	20	42	143
Fonó-, szövőipar stb. árukkal való kereskedelem	9	53	96	98	94	84	67	62	162	725
Élelmezési stb. cikkekkel való kereskedelem	17	39	88	153	147	223	217	212	456	1.552
Gyógy- és vegyészeti árukkal való kereskedelem	—	7	15	18	13	9	9	4	19	94
Könyv- és műkereskedés	2	15	28	32	33	28	14	21	50	223
Vegyeskereskedési ágak	—	6	20	20	25	19	28	25	68	211
Kereskedelmi segédszemélyzet	67	952	1.848	1.641	1.142	854	691	570	1.279	9.044
Kereskedelem összesen	99	1.097	2.179	2.073	1.561	1.345	1.155	1.020	2.316	12.845
II. *d)* Ügynökök, pénz, hitel és biztosítás	7	71	412	503	318	243	138	97	183	1.972
II. *e)* Közlekedés	41	50	364	537	586	512	337	261	432	3.120
II. Bánya, ipar, keresk. össz.	811	9.154	10.650	9.419	7.201	5.736	4.447	3.502	7.216	58.136
III. Közszolgálat és szabadfoglalk.:										
Közigazgatás	34	91	532	801	582	499	380	260	410	3.589
Igazságszolgáltatás	1	13	58	74	52	37	23	29	36	323
Egyházi szolgálat	3	49	191	252	219	135	119	118	316	1.402
Tanügy	33	239	922	1.383	1.226	1.083	813	564	924	7.187
Közegészségügy	8	103	326	627	521	400	317	242	363	2.907
Irodalom, művészet	6	76	281	339	234	238	137	107	161	1.579
Egyéb értelmiség	32	1.375	3.704	2.803	1.528	824	407	313	463	11.449
Közszolgálat összesen	117	1.948	6.014	6.279	4.362	3.216	2.196	1.633	2.673	28.436
IV. Véderő	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Napszámosok	62	280	368	303	338	361	359	342	1.214	3.627
VI. Nyugdíjasok és vagyonukból élők	58	244	459	657	856	1.159	1.447	1.828	10.584	17.292
VII. Egyéb és ismeretlen foglak.	1.775	15.848	16,538	12.579	8.336	5.782	4.294	3.171	7.961	76.284
Főösszeg	2.828	27.502	34.061	29.270	21.128	16.289	12.784	10.528	29.856	184.242

29. A budapesti ipartelepeken alkalmazott munkások megoszlása kor és nem szerint. 1923., 1925. és 1926.

É v	Az előmunkások, szakmunkások és napszámosok között				Összes munkások száma	
	felnőtt (18 éves és annál idősebb)		serdülő (12—17 éves)			
	férfi	nő	fiú	leány	férfi	nő
	a) *abszolút számokban.*					
1923	53.325	17.585	2.253	4.006	55.578	21.591
1925	49.060	18.822	2.075	4.375	51.135	23.197
1926	52.046	20.172	1.955	4.306	54.001	24.478
	b) *százalékban.*					
1923	95·9	77·7	4·1	22·3	100·0	100·0
1925	95·9	81·1	4·1	18·9	100·0	100·0
1926	96·3	82·4	3·7	17·6	100·0	100·0

Az ipartelepek munkásságában a férfiak abszolút száma 1923-tól 1926-ig állandó, mérsékelt visszaesést, a nők száma pedig állandó szaporodást jelez, amennyiben utóbbiak ma-holnap elérik a férfimunkások számának felét. A kormegoszlás tekintetében a női munkásoknál igen kedvezőtlen viszonyokra találunk, mert míg a férfiaknál csak 3·7—4·1% esik a serdülő korra, addig a női munkásoknak 17·6—22·3%-a 12—17 éves korú. Ezeknek a gyermeklánykáknak nemi veszélyeztetettsége vitán felül áll és így bővebb kifejtést nem igényel.

A budapesti viszonyokkal való összehasonlítás céljából itt közöljük a törvényhatósági jogú városaink ipari népességéről tájékoztató adatainkat.

30. Ipari foglalkozású kereső népesség megoszlása a törvényhatósági jogú városokban nem szerint. — 1910. és 1920.

A városok megnevezése	Önálló				Segédszemélyzet			
	1910		1920		1910		1920	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
Baja	813	346	874	378	1.963	370	1.715	393
Debrecen	2.258	1.084	2.724	1.390	8.036	2.374	7.684	1.777
Győr	1.223	615	1.513	682	6.148	1.650	6.135	1.512
Hódmezővásárhely	1.401	414	1.467	550	2.552	365	2.372	400
Kecskemét	1.199	648	1.387	689	2.885	636	2.406	578
Miskolc	1.295	660	1.531	778	6.297	727	6.187	841
Pécs	1.187	690	1.503	856	5.618	1.108	4.948	1.224
Sopron	738	338	806	431	2.711	730	2.594	633
Szeged	1.999	989	2.447	1.388	8.163	2.555	7.543	2.596
Székesfehérvár	910	455	1.039	526	3.274	467	3.458	476

Azt látjuk, hogy az ország törvényhatósági jogú városaiban a segédszemélyzetből a női ipari munkásság a férfiakénak általában csak egyhatodát, legfeljebb egynegyedét éri el, az önálló iparosoknál azonban megközelíti a felét. Legnagyobb számú női munkássága van Debrecennek, utána Szeged,

Győr, majd Pécs következik. 1910-től 1920-ig az önálló női iparosok száma mindenütt megnövekedett és pedig magasabb arányban, mint a férfiaké. Az ipari segédszemélyzet között a regisztrált évtized alatt a férfinépesség átlaga inkább csökkenő, a női népesség viszont inkább emelkedő tendenciát mutatott. Azok a szociális és szexuális körülmények tehát — melyeket a fővárosra vonatkozólag vázoltunk — kisebb mértékben a vidéki városainkban is határozottan fellelhetők és mindenképpen figyelmet érdemelnek.

Úgy ezekből, mint főként a fentebb tárgyalt fővárosi adatainkból kétséget kizárólag kitűnik az önálló keresetű nők előretörése. Ennek a társadalmi átalakulásnak a szexuális életben okozott felforgató hatását mindenütt észlelhetjük. Az önálló kereset a nők gondolkozásában és cselekedeteiben nemcsak azért eredményez mélyreható változást, mert a családi ellenőrzés ezáltal lazábbá válik, hanem mert a nők önérzetét felfokozza és az önálló életberendezkedést ezáltal részükre kívánatossá és lehetővé teszi. A gyári munka egyhangúsága és az üzleti vagy hivatali tevékenység unalma után a nők is szórakozásra vágynak s a férfias munkával szerzett pénzt a férfiakéhoz hasonló élvezetekre akarják elkölteni. Ennek a következménye, hogy a városok és főként a nagyvárosok női lakosságának széles rétegei, munkásnők, üzleti alkalmazottak, hivatalnoknők belekerülnek a garszonélet forgatagába, ahol már úgyszólván elkerülhetetlen számukra a promiscuitás és igen gyakran a szexuális fertőződés.

A női alkalmazottak és munkások különböző rétegeit azonban nem szabad a promiscuitás szempontjából ugyanazon szemmértékkel mérni. Ezek között ugyanis vannak olyan kategóriák, melyek éppen különleges alkalmaztatásuk miatt elsősorban említendők és főveszélyt képeznek. Először is általában az éjszakai alkalmazottakat és munkásnőket emeljük ki, akik az éjszaka leple alatt könnyebben elromlanak, hamarabb elcsábulnak és megfelelő felügyelet híján egyhamar a promiscuitás áldozatává lehetnek. Alig képzelhető el, hogy a szegény munkásleányért, aki éjszaka például valamely élelmezési cikket gyártó üzemben dolgozik, a munkában fáradt anyja érte menjen és őrködjék afelett, hogy leánya hazamenet a hajnali órákban tilos utakra ne térjen. Még kevésbbé valószínű ez a vendéglői és kávéházi iparban vagy mondjuk az éjszakai virágárus leányok esetében, hiszen ezek a foglalkozások annyira magukban hordják a nemi veszélyeztetettség bélyegét, hogy a szülő részéről történő beleegyezés az ilyen alkalmaztatással járó veszélyek világos ismeretét tételezi fel. Különben is közismert, hogy azokban a néprétegekben, hol a szociális helyzettel járó nyomorúság a fiatal nőket ilyen éjszakai munkára kényszeríti, ott a szexuális tisztaság iránti érzék már többé-kevésbbé kiveszőben van.

A budapesti ipartelepek gyári munkásainak statisztikáját vizsgálva, nem találunk az éjszakai női munkásokra vonatkozólag túlságosan kedvezőtlen adatokat, mégis érdemes azokat pontosabban megfigyelni.

31. A budapesti ipartelepeken éjjeli munkára alkalmazott nők száma 1923-ban 1925-ben és 1926-ban.

Ipari főcsoportok	Év	18 évesnél idősebb munkásnők száma	18 évesnél fiatalabb munkásnők száma	Összes éjszakai munkásnők
I. Vas- és fémipar	1926	30	4	34
	1925	12	3	15
	1923	—	—	—
II. Gépgyártás	1926	—	—	—
	1925	2	—	2
	1923	—	—	—
II/a Közhaszn. villamos áramfejlesztő-telepek	1926	—	—	—
	1923	—	—	—
	1923	—	—	—
III. Kő-, agyag-, aszbeszt- és üvegipar	1926	1	—	1
	1925	18	—	18
	1923	50	—	50
IV. Fa- és csontipar	1926	2	—	2
	1925	14	2	16
	1923	12	3	15
V. Bőr-, sörte-, szőr-, toll- és ruggyanta-ipar	1926	—	—	—
	1925	21	9	30
	1923	—	—	—
VI. Fonó- és szövőipar	1926	58	3	61
	1925	129	12	141
	1923	51	12	63
VII. Ruházati ipar	1926	—	—	—
	1925	—	—	—
	1923	1	—	1
VIII. Papirosipar	1926	12	—	12
	1925	3	1	4
	1923	—	—	—
IX. Élelmezési és élvezeti cikkek gyártása	1926	232	30	262
	1925	210	8	218
	1923	195	5	200
X. Vegyészeti ipar	1926	—	—	—
	1925	8	—	8
	1923	10	—	10
XII. Nyomdaipar	1926	52	—	52
	1925	49	—	49
	1923	30	7	37
Együtt	1926	387	37	424
	1925	466	35	501
	1923	349	27	376

A többi számokkal egybevetve, főleg az élelmezési és élvezeti cikkek gyártásában alkalmazott éjszakai női munkaerők túlsúlya domborodik ki. A táblázatnak »együtt« rovatából kitünik, hogy a budapesti ipartelepeken évente átlag 400—500 éjszakai női alkalmazott dolgozik, ami persze az átlagos promiscuitásnak és a veneriás infekcióknak a szaporításában lényeges tétel alig lehet. Annál szomorúbb azonban, hogy közöttük még mindig találunk 18 évesnél fiatalabb leánygyermekeket, akiknek száma nem annyira fogyó, mint inkább növekedő tendenciát mutat. Ilyenek 1923-ban 27-en, 1925-ben 35-en és 1926-ban 37-en voltak alkalmazásban. Eltekintve attól, hogy az éjszakai munka ezeknek a gyermekeknek testi és szellemi fejlődését aláássa, erkölcsi tekintetből is mindenképen kifogásolható s a nemi egészség tekintetében az illetőkre állandó veszedelmet jelent.

A társadalmi közösség szempontjából a promiscuitás komoly veszedelmét persze a női alkalmazottaknak az a csoportja jelenti, mely a kávés, vendéglős és szállodás iparban talál elhelyezkedést. A vendéglők, de különösen a korcsmák késő esti órákig nyitva vannak s az ott kiszolgáló női személyzet a férfiak állandó csábításának van kitéve. Kávéházakban, különösen zenés helyiségekben, hasonló a helyzet. A fiatal, tapasztalatlan pincérlányok, kenyereslányok rövidesen hozzászoknak a zenés, alkoholos éjszakai környezethez és nemsokára már odafordul a helyzet, hogy ők képeznek a férfiak egészsége szempontjából veszélyt.

Budapesten egymagában is feltűnően magas az említett kategóriákhoz tartozó nők száma:

32. A budapesti vendéglők, szállodák, kávéházak stb. női alkalmazottainak száma 1920-ban.

Alkalmazás minősége	Vendéglők, szállodák, korcsmák női alkalmazottai	Kávéházak, kávémérések, tejcsarnokok női alkalmazottai	Vendéglők, korcsmák, kávéházak női segéd-személyzete	Összes női alkalmazottak
Tisztviselő	348	369	29	746
Segítő családtag	272	107	—	379
Üzletvezető stb.	45	13	—	58
Inas, tanuló	8	1	—	9
Szolgáló	2.576	884	2	3.462
Segédmunkás, napszámos { 16 éven alul	3	7	1	11
Segédmunkás, napszámos { 16 éven felül	537	569	104	1.210
Összesen	3.789	1.950	136	5.875

Láthatjuk, hogy a vendéglők, korcsmák és szállodák női alkalmazottai 3.789-re rugó számukkal határozottan túlsúlyban vannak. Sajnos, a forrásunkat képező statisztikai évkönyvben csak a segédmunkások életkora van megadva és ott is csak a 16 éven aluliak és azon felüliek korosztálya tekintetében, pedig éppen az lett volna a legérdekesebb megtudni, hogy a veszélyeztetett foglalkozási ágakban mekkora a 16—20 éves fiatal lánykák csoportja. Az összes alkalmazottak száma 5.875-öt tesz ki, ami jelentékeny tömeg ahhoz, hogy az ezen kategóriába eső nők szerepe a promiscuitás általános elterjedettségére kedvezőtlen kihatással legyen.

Itt meg kell jegyeznünk, hogy a vidéki városokban a szállodai, kávéházi és vendéglői alkalmazottak talán még jelentősebb részt vesznek a nemi ragály terjesztésében, mint a fővárosban. A pincérlányok, a kávéházi pénztároslányok, a szállodai szobaasszonyok a vidéki ifjúság promiscuitásának főtárgyai s mellettük a kisvárosok más kategóriái e szempontból teljesen eltörpülnek. A pincérnők sűrű nemi megbetegedésének, illetve az általuk terjesztett ragályozás jelentékeny voltának kidomborítását célozza a IV. sz. grafikonunk, mely a különböző kategóriák promiscuitását, illetve fertőzési arányát tünteti fel.

Ebből megtudjuk, hogy a prostitució által képezett I. legfőbb ragályforrás után sorrendben a II. helyen közvetlenül a pincérnők kasztja következik, ami világosan mutatja az éjszakai női munka veszedelmeit. Érdemes azonban a grafikont általában a női önálló munka szempontjából is tekintetbe venni, mikor is kiderül, hogy a tizenöt kategória közül csupán a IV., VII. és IX. sorozható a családban élő nők közé, a többi tizenkét veszélyeztető kategória mind az önálló foglalkozást folytató nők csoportjaiból kerül ki.

Budapest viszonyait vizsgálva, utolsónak hagytuk azt a táblánkat, mely a nemi betegségek által különösképpen veszélyeztetett és veszélyeztető női foglalkozási ágakat foglalja egybe.

33. Kimutatás a székesfőváros kereső női népességének nemi betegségek által különösen veszélyeztetett kategóriáiról. — 1925.

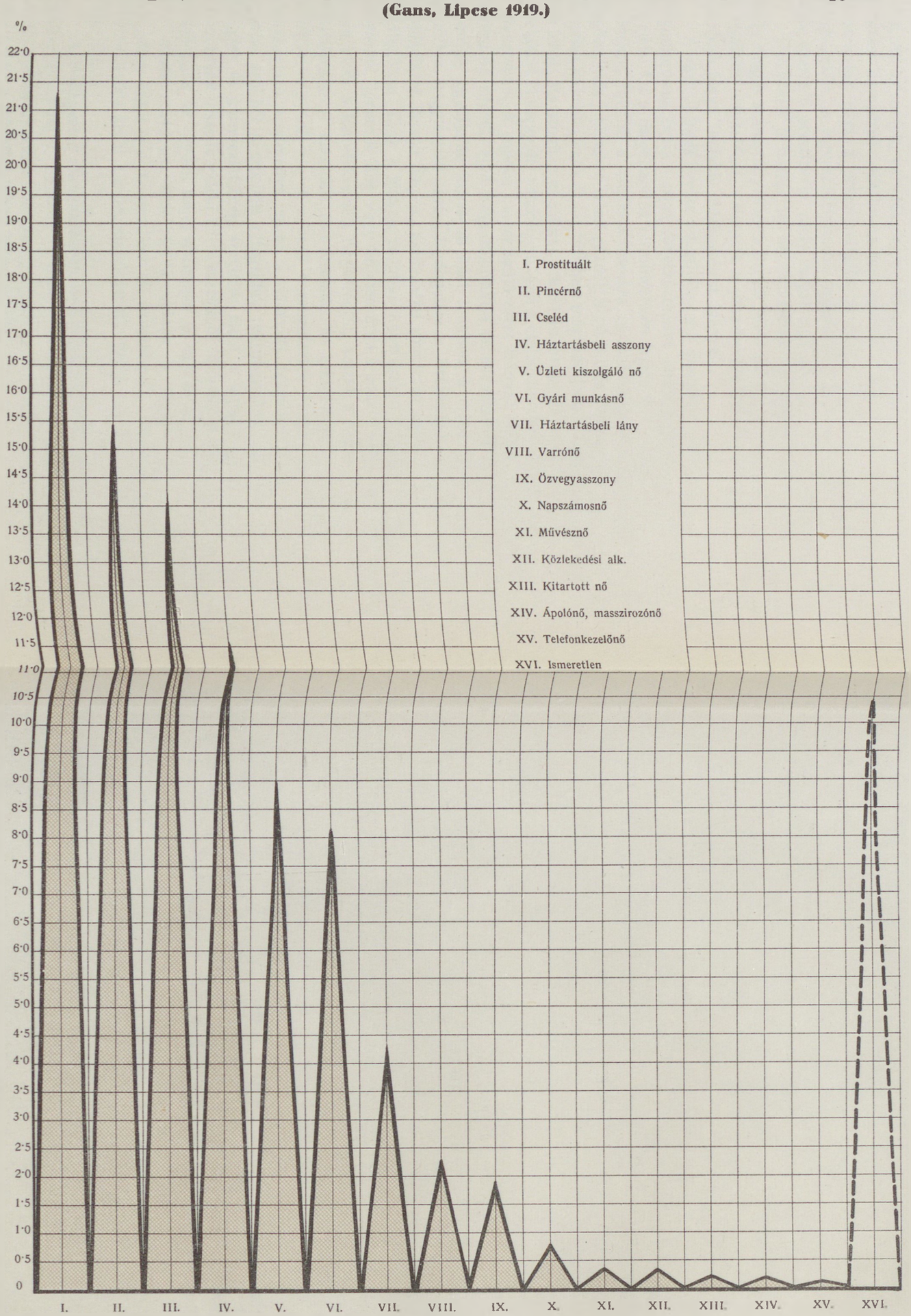
Foglalkozás	Nők összesen	Foglalkozás	Nők összesen
Borbély és fodrász	465	Színésznő	667
Fésülőnő (házakhoz járó)	36	Kórista	44
Manikür, pedikür	506	Artista	338
Pincérnő	248	Mutatványos, kötéltáncos	14
Kávéházi ipar	597	Cseléd, szakácsnő, szobaleány,	
Kávémérő	294	mindenes, dajka	60.995
Tejcsarnokos	122	Takarítónő, bejárónő, házakhoz járó	
Fürdőipar (fürdősnő)	143	főzőnő	7.130
Egyéb vendéglős- és fürdőipar	143	Kéjnő *)	516
Pénztárosnő	748	Bordélyos	27
Virágárus (utcai és kávéházi)	91		
Kenyérárus (vendéglői, kávéházi)	190	Összesen	73.314

Táblázatunkban az eddig elsősorban tárgyalt, éjszakai foglalkozással bíró foglalkozási ágakon, a pincérnőkön, kávéházi, vendéglői, kaszirnői, virágárus és kenyérárus alkalmazottakon kívül ujabb kategóriákkal találkozunk. Mindenekelőtt a magasabb szellemi klasszisba tartozó foglalkozási csoportról emlékezünk meg, a színésznőkről, akik természetesen a többi kategóriák felett állnak s azokkal csupán egy szempontból jöhetnek többékevésbbé hasonló elbírálás alá, nevezetesen az éjszakai vagy késöesti foglalkozással és az önállósággal járó szexuális veszedelem szempontjából. Anélkül, hogy ez általánosításra okot adhatna, meg kell állapítanunk, hogy a színművészettel és hasonló rokonszakmákkal foglalkozó önálló nők egy csoportjára nézve igen magas a szexuális veszélyeztetettség.

*) Hiányos adat!

IV. A női ragályforrások megoszlása 1000 nemi beteg katona vizsgálata alapján.

(Gans, Lipcse 1919.)



További, eddig még nem szereplő foglalkozási ágak az artisták és mutatványosok. Itt az előbbinél már sokkal súlyosabban kell megítélnünk a helyzetet. Az orfeumok, varieték, bárok és egyéb mulatóhelyek, hol ezek a foglalkozási kategóriák alkalmaztatást nyernek, úgyszólván elkerülhetetlenül belesodorják őket a promiscuitásba és azzal együtt nagyrészüket a nemi betegségekbe. A legveszedelmesebb foglalkozási ág természetesen a táblázat végén szereplő prostitució, mely magát a promiscuitást foglalkozásként űzi.

Utolsónak a háztartási alkalmazottak kategóriáját emeljük ki, mint amely magas számarányával az összes többi női foglalkozási ágat felülmúlja és szociális helyzeténél, valamint a promiscuitásban való jelentékeny részvételénél fogva bővebb megbeszélést igényel.

A cselédkérdés egyike a legtipikusabb szociális problémáknak. Eredete a nyomorúság, egyik fontos következménye pedig a gyakori szexuális eltévelyedés. Ez a megállapítás természetesen legkisebbb mértékben vonatkozik a vidékre, inkább a vidéki városokra és legfőképpen a fővárosra. A régi világban még jobbmódú falusi gazdák is elküldték lányaikat szolgálni, hogy a városban művelődjenek és sok mindent megtanuljanak, amit falun elsajátítani nem lehet. Ma azonban ez sokkal ritkábban fordul elő, mert már közismert az az erkölcsi és szexuális veszedelem, ami a cselédlányokat környezi, elsősorban a fővárosban. A gondos parasztszülő ezért leányát legfeljebb a szomszédos kisvárosba engedi, ahol meglátogathatja és ellenőrizheti és hol a kisvárosi viszonyok egyáltalán kevesebb kárt tehetnek a leány erkölcseiben. Mégis azt látjuk, hogy ennek dacára Budapestre is hatalmas tömegekben tódulnak a szolgálatot kereső lányok, akik aztán rövidesen elmerülnek a nagyváros forgatagában. Ezek a lányok azonban nagyrészben teljesen szegény szülők gyermekei, jórészük félig vagy teljesen árva s emiatt senki sem tartja őket vissza attól a kenyérkereseti lehetőségtől, amely a nagyvárosban vaióban felkínálkozik. A szexuális élet veszedelmei tekintetében az egész fővárosi cselédállománynak $^1/_{10}$-ét képező bennszülöttek éppoly kevéssé nyujtanak megnyugtató eredményt, mint a vidékről felözönlő tömegek. Előbbiek ugyanis azokból a szociális rétegekből rekrutálódnak, amelyeknek morális felfogása és környezetüknek szexuális élete a legsötétebb képet mutatja. Az utóbbiak viszont vidéki környezetükből többé-kevésbbé érintetlen erkölcsi felfogást, de egyben teljes naivságot és együgyűséget hoznak magukkal, ami miatt rövidesen áldozataivá válnak a nagyvárosi romlottságnak. Így aztán végül is a bennszülött és bevándorolt cselédség ugyanarra az erkölcsi nivóra kerül s a promiscuitásnak egyik legjelentékenyebb faktorává válik.

A Budapesten alkalmazásban levő cselédek szociális helyzetére vonatkozólag Illyefalvi I. Lajos dr. a Székesfővárosi Statisztikai Hivatal kiváló igazgatója, rendkívül értékes adatgyüjtést végzett, amelyből a minket érdeklő részleteket a következőkben reprodukáljuk:

34. A női háztartási alkalmazottak szociális helyzete a székesfővárosban. — 1927.

Megnevezés	Női alkalmazottak: mindenes	szakácsnő	szobaleány	gyermekleány	mosogatóleány	dajka	házvezetőnő	komorna	egyéb	Összesen
1. Életkor szerint.										
—12 éves	9	—	1	2	—	—	—	—	—	12
12—15 «	912	1	30	53	24	19	—	—	9	1.048
15—20 «	11.951	245	1.223	239	115	59	4	7	64	13.907
20—25 «	10.604	727	1.826	168	76	51	11	14	122	13.599
25—30 «	5.955	1.031	1.288	86	41	39	42	30	119	8.631
30—35 «	3.440	1.153	613	37	21	20	55	35	77	5.451
35—40 «	1.720	929	336	15	9	16	47	22	68	3.162
40—50 «	1.536	1.314	286	10	16	33	56	28	59	3.338
50—60 «	695	642	98	1	14	38	34	14	40	1.576
60—70 «	314	297	37	2	6	16	18	6	21	717
70— «	63	55	9	—	1	4	2	—	4	138
Ismeretlen	18	3	7	1	1	—	1	—	—	31
Összesen	**37.217**	**6.397**	**5.754**	**614**	**324**	**295**	**270**	**156**	**583**	**51.610**
2. Családi állapot szerint										
Hajadon	33.518	4.499	5.279	603	275	213	159	138	419	45.103
Férjes	1.472	619	171	3	15	19	32	9	70	2.410
Özvegy	3.335	382	152	4	20	43	52	3	60	2.551
Törvényesen elvált	833	356	122	3	9	14	24	3	26	1.390
Közös háztartásban él	31	13	5	—	2	2	2	2	6	63
Ismeretlen	28	28	25	1	3	4	1	1	2	93
Összesen	**37.217**	**6.397**	**5.754**	**614**	**324**	**295**	**270**	**156**	**583**	**51.610**
3. Születési hely szerint.										
Budapest	1.603	233	360	64	14	19	15	15	68	2.391
Magyarország tjv.-ai	753	193	162	15	7	10	14	3	26	1.183
Magyarország vármegyéi	30.231	4.297	4.177	362	253	209	144	76	273	40.022
Magyarország (Ausztriához csatolt rész)	71	19	33	—	4	1	2	2	—	132
Magyarország (Jugoszláviához csatolt rész)	268	132	78	6	1	4	8	7	17	521
Magyarország (Romániához csatolt rész)	1.591	582	359	23	8	18	27	10	39	2.657
Magyarország (Csehszlovákiához csatolt rész)	1.783	705	379	31	23	17	30	20	51	3.039
Európa egyéb országa	753	219	196	111	10	17	29	23	109	1.467
Más világrész	56	2	4	2	2	—	1	—	—	67
Ismeretlen	108	15	6	—	2	—	—	—	—	131
Összesen	**37.217**	**6.397**	**5.754**	**614**	**324**	**295**	**270**	**156**	**583**	**51.610**
4. A Budapesten való tartózkodás tartama szerint.										
— 1 hó	344	6	40	7	4	1	1	—	3	406
1— 3 «	3.394	198	217	58	48	14	6	8	31	3.974
3— 6 «	7.663	489	729	138	72	50	11	9	59	9.220
6— 9 «	1.930	139	211	48	11	14	3	3	22	2.381
9—12 «	1.469	138	178	30	16	9	4	3	11	1.858
1— 2 év	4.270	422	701	78	39	18	21	12	51	5.612
2— 3 «	3.126	415	610	39	34	21	8	7	40	4.300
3— 4 «	2.126	302	419	33	15	17	7	6	33	2.958
4— 5 «	1.767	314	420	27	8	11	13	3	29	2.592
5— 6 «	1.442	299	286	16	4	11	7	2	20	2.087
6— 7 «	1.105	259	214	15	2	5	15	6	13	1.634
7— 8 «	726	154	126	11	2	2	11	3	10	1.045
8— 9 «	866	199	120	17	6	9	8	9	27	1.261
9—10 «	627	161	182	9	5	4	7	9	15	1.019
10—15 «	2.357	820	472	30	23	26	43	23	66	3.860
15—20 «	1.534	671	329	24	5	18	25	20	46	2.672
20—30 «	1.492	748	308	26	11	29	33	23	62	2.732
30—40 «	483	370	98	3	5	19	25	5	21	1.029
40— «	314	224	55	2	8	11	20	3	20	657
Ismeretelen	182	69	39	3	6	6	2	2	4	313
Összesen	**37.217**	**6.397**	**5.754**	**614**	**324**	**295**	**270**	**156**	**583**	**51.610**
5. A szülők életbenléte szerint.										
Mikor háztartási alkalmazott lett: mindkét szülője élt	20.171	2.288	3.005	150	151	118	121	68	133	26.205
csak atyja élt	4.764	1.439	697	141	34	35	18	12	157	7.297
csak anyja élt	6.691	1.196	1.263	190	81	66	25	31	174	9.717
teljesen árva volt	5.583	1.416	789	133	58	76	106	45	119	8.325
ismeretlen	8	58	—	—	—	—	—	—	—	66
Összesen	**37.217**	**6.397**	**5.754**	**614**	**324**	**295**	**270**	**156**	**583**	**51.610**

34. A női háztartási alkalmazottak szociális helyzete a székesfővárosban. 1927. (Vége.)

Megnevezés	Női alkalmazottak									Összesen
	mindenes	szakácsnő	szoba-leány	gyermek-leány	mosogató-leány	dajka	házvezetőnő	komorna	egyéb	
6. A havibér nagysága szerint.										
1— 5 pengő	63	—	—	1	—	—	—	—	—	64
6— 10 „	190	15	24	9	9	5	1	1	21	275
11— 15 „	787	7	7	27	9	6	—	—	6	849
16— 20 „	3.824	51	107	99	47	27	7	2	31	4.192
21— 25 „	5.533	150	279	89	44	25	13	3	29	6.165
26— 30 „	4.211	115	177	28	27	13	2	2	45	4.620
31— 35 „	9.575	409	689	88	56	27	33	4	70	10.951
36— 40 „	6.988	1.344	1.779	133	77	46	80	21	104	10.572
41— 45 „	1.262	76	79	1	3	2	1	—	11	1.435
46— 50 „	3.027	1.607	1.422	73	24	44	68	27	67	6.359
51— 55 „	397	73	64	2	7	1	1	2	15	562
56— 60 „	833	1.160	694	25	11	25	22	28	57	2.855
61— 65 „	258	893	294	19	5	22	21	34	40	1.586
66— 70 „	28	28	15	1	2	1	1	1	3	80
71— 75 „	22	153	45	2	—	7	5	3	9	246
76— 80 „	25	242	57	4	—	31	6	22	38	425
81— 85 „	1	2	5	1	—	—	—	—	—	9
86— 90 „	1	2	—	—	—	—	1	—	—	4
91— 95 „	5	1	1	—	—	—	—	—	—	7
96—100 „	1	29	3	1	—	9	1	4	8	56
101—105 „	1	8	—	—	—	1	—	—	—	10
106—110 „	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
111—115 „	—	6	—	—	—	—	—	—	—	6
116—120 „	—	6	1	—	—	—	1	2	2	12
121—125 „	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
126—130 „	—	3	1	—	—	1	—	—	—	5
130— „	6	1	—	1	—	1	—	—	2	11
Ismeretlen	182	16	9	10	3	1	6	—	25	252
Összesen	37.217	6.397	5.754	614	324	295	270	158	583	51.610
7. Iskolai végzettség szerint.										
Iskolába nem járt	1.846	367	25	5	26	13	—	4	28	2.314
Az elemi iskola 1. osztályát végezte	905	113	51	20	6	7	10	—	11	1.123
2. „ „	1.884	252	153	39	25	19	22	—	21	2.415
3. „ „	3.235	445	311	77	31	21	1	2	32	4.155
4. „ „	8.124	1.354	1.118	98	64	51	20	21	69	10.919
5. „ „	3.814	470	523	63	27	30	30	7	51	5.015
6. „ „	15.963	2.880	2.889	106	132	107	80	70	151	22.378
A középiskola 1. osztályát végezte	196	43	61	51	—	4	28	4	32	419
2. „ „	558	210	242	87	7	10	50	14	27	1.205
3. „ „	290	86	110	30	2	9	16	10	33	586
4. „ „	344	138	156	14	3	20	2	22	94	793
5. „ „	14	5	12	3	—	—	9	1	13	57
6. „ „	5	9	8	6	—	1	—	—	11	40
7. „ „	1	1	1	1	1	—	1	1	3	10
8. „ „	1	2	2	12	—	1	—	—	6	24
Ismeretlen	37	22	92	2	—	2	1	—	1	157
Összesen	37.217	6.397	5.754	614	324	295	270	158	583	51.610
8. Szórakozóhelyek látogatása szerint.										
Januárban nem volt szórakozóhelyen	19.225	3.510	2.595	313	209	193	241	77	534	26.897
„ 1 alkalommal v. szórakozóh.	6.677	1.100	1.193	121	57	49	10	26	19	9.252
„ 2 „ „ „	4.943	741	857	94	30	31	5	21	12	6.734
„ 3 „ „ „	2.492	357	388	38	10	14	—	13	2	3.314
„ 4 „ „ „	1.647	202	221	21	4	2	1	3	2	2.103
„ 5 „ „ „	611	83	92	7	3	1	—	5	—	802
„ 6 „ „ „	304	67	57	5	1	—	—	—	—	434
„ 7 „ „ „	137	18	19	2	—	1	—	1	—	178
„ 8 „ „ „	118	9	11	3	—	—	—	1	—	142
„ 9 „ „ „	45	11	7	1	1	1	—	—	—	66
„ 10 „ „ „	52	10	14	2	—	—	—	—	—	78
„ 11 „ „ „	26	1	4	—	—	—	—	—	—	31
„ 12 „ „ „	23	2	2	—	—	—	—	1	—	28
„ 13 „ „ „	15	—	2	—	—	—	—	1	—	18
„ 14 „ „ „	16	1	—	—	—	—	—	—	—	17
„ 15 „ „ „	12	1	3	—	—	1	—	—	—	17
15-nél több alk. v. szórakhelyen	37	9	6	2	1	—	—	1	—	56
Ismeretlen	837	275	283	5	8	2	13	6	14	1.443
Összesen	37.217	6.397	5.754	614	324	295	270	158	583	51.610

Mindenekelőtt meg kell állapítanunk, hogy Budapest lakosságának egészen jelentékeny hányadát képezik a női háztartási alkalmazottak. Teljes számuk 1927-ben 51.610 volt, ami a főváros összes lakosságának 5·3%-át érte el. Már magas számarányánál fogva is különös tekintettel kell lennünk ennek a foglalkozási ágnak a szociális viszonyaira és a vele sokféleképpen összefüggésben álló szexuális körülményeire.

Alig érdekel bennünket a háztartási alkalmazottaknak különféle alcsoportokba való megoszlása (mindenes, szakácsnő stb.), mivel a nemi betegségekkel való veszélyeztetés tekintetében itt különbséget nem ismerünk. Annál fontosabb azonban az I. csoportban feltüntetett korviszonyok szerint való megoszlásuk, amelyből igen fontos következtetéseket vonhatunk le. Ebből ugyanis kitünik, hogy a háztartási alkalmazottak között legtöbben (13.907) a 15—20 éves korban vannak, tehát a szexuális fejlődés korában, amikor emiatt, meg az említett tapasztalatlanságuk következményeképpen legkönnyebben esnek a promiscuitás hibájába. Második helyen állnak (13.539) a 20—25 évesek, tehát még mindig egészen fiatal korban levő cselédlányok és csak aztán következnek (8.631) a már kifejlett és szexuális téren megfontoltabb korban élő 25—30 évesek. Ha az első és második csoportot összeadjuk, akkor azt látjuk, hogy a 15—25 éves cselédlányok az összes háztartási alkalmazottaknak több, mint felét képezik. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a 15 éven aluli cselédlányok száma is 1.060-ra rúg, ami azt mutatja, hogy elég nagy azoknak a gyermekeknek a száma, kik a fővárosi háztartási szolgálatban erkölcsi leromlásnak vannak kitéve.

A 2. pont családi állapot szerint részletezi a háztartási alkalmazottakat és azt a közismert tényt erősíti meg, hogy a cselédeknek túlnyomó többsége családi szempontból független életet él. Eszerint a fővárosi cselédek közül csak 2.410 van férjnél és 63 közös háztartásban (4·7%), tehát az összeseknek 95·3%-a házasságon kívül él.

A 3. csoport a háztartási alkalmazottak születési helye szerint van összeállítva. Ha eltekintünk a megszállott területeken és a külföldön születettektől, akkor azt látjuk, hogy a cselédlányok közül 1183 született törvényhatósági városban, 2391 Budapesten és 40.022 vidéken. Az egész összeget véve figyelembe azt találjuk, hogy a háztartási alkalmazottaknak csupán 4%-a bennszülött, 96%-a pedig bevándorolt.

Igen fontos következtetéseket vonhatunk a 4. csoportban közölt eredményekből is. Ezek a számok ugyanis azt a hatalmas forgalmat tüntetik fel, melyet a cselédeknek a fővárosban és onnan való visszaözönlése hoz létre. A cselédeknek a Budapesten való tartózkodását jellemző adatok szerint a legnagyobb tömeg (9220) csak 3—6 hónapot tölt a fővárosban, az utána jövő csoport (5612) 1—2 évet, az azutáni (3974) pedig csupán 1—3 hónapot. Végül is kiszámíthatjuk, hogy az összes háztartási alkalmazottaknak több, mint fele három évnél kevesebb időt tölt a fővárosban, hogy azután visszatérve

vidékre, ujabb tömegek felözönlésére adjon lehetőséget. Ennek a körülménynek a mi szempontunkból kettős fontossága van. Az első az, hogy az állandó hullámzás miatt mindig újabb és újabb fiatal és romlatlan vidéki lányok kerülnek a fővárosba, akik itt rövidesen a csábítás, promiscuitás és igen sokszor a nemi betegségek áldozataivá lesznek. Másik jelentősége pedig az, hogy a fővárosban rövidebb-hosszabb ideig tartozkodó és erkölcsileg, esetleg egészségileg megromlott háztartási alkalmazottak visszaáramlása lassanként a vidék erkölcsi és egészségi viszonyait is romlással fenyegeti.

Az 5. pont a háztartási alkalmazottakat a szülők életbenléte szerint részletezi. Az 51.610 cseléd közül 25.339 árva, és pedig ennek harmada, azaz 8325 teljesen árva volt. Az árvaság a nyomorúság mellett kétségen kívül a legfontosabb szociális ok, amely ezen kereseti lehetőséghez való özönlést s a benne élők erkölcsi és egészségi elhagyatottságát magyarázza.

A 6. csoport a háztartási alkalmazottak havi keresetét mutatja ki. Legmagasabb azoknak a száma (10.951), akik havonta 31—35 pengőt keresnek, utánuk következnek (10.572) a 36—40 pengő fizetésűek. De 6.165-re rug az olyan cselédlányok száma is, akik csak 21—25 pengőt és 4.192-re, akik csupán havi 16—20 pengőt keresnek. Hogy a fővárosi magas igények, a felfokozott szórakozási és öltözködési vágy a cselédlányok ilyen szerény kereseti lehetősége mellett hová vezet, azt a fővárosi cselédek jelentékeny részének züllött szexuális életéből láthatjuk.

A 7. pont az iskolai végzettséget tárgyalja és azt mutatja, hogy a cselédeknek több, mint $^3/_5$-e 4—6 elemi iskolát végzett, ami mindenesetre megadja nekik azt a szerény képzettséget, ami munkájuk elvégzéséhez nélkülözhetetlen. A fennmaradó többlet azonban úgy oszlik meg, hogy egyik részének a tanultsága úgyszólván a semmivel egyenlő, a másik rész pedig több képzettséggel bír, mint a mi a háztartási alkalmazott foglalkozásához szükséges. Mindkét körülmény egyenlő veszedelmet jelent a szexuális élet szempontjából. Az a teljesen tudatlan, írni-olvasni sem tudó vagy alig tudó vidéki lány tapasztalatlanságában a leghamarabb esik bele a csábítás veszedelmébe és annak következményeibe. De hasonló baj támad abból is, ha egy-egy háztartási alkalmazott magas iskolázottsággal és teljes szociális felvilágosultsággal bír. Statisztikánkból azt látjuk, hogy 1205 olyan cseléd él Budapesten, aki 2 középiskolát végzett, sőt 24 van olyan is, aki mind a 8 középiskolának birtokában van. Nem képzelhető el, hogy ezek a háztartási alkalmazottak sorsukat megnyugvással tűrjék, hiszen tanultságuk sokszorosan érezteti velük szociális nyomorukat. Ezek az elemek minden eszközzel igyekeznek változtatni sorsukon, ami többnyire azonban csak a szexuális eltévelyedés révén sikerülhet.

Az utolsó, 8. pont végül a háztartási alkalmazottaknak a szórakozó helyeken való részvételéről ad érdekes képet. Itt is veszedelmes extremitásokat találunk. Mert azokban a cselédekben (26.897), akik egy hónap

alatt egyszer sem jutnak szórakozáshoz, a fővárosi légkör hatása alatt úgyszólván biztosan feltámad az ellenállhatatlan vágy ennek az alkalomnak megteremtésére. Miután pedig itt elsősorban a pénzhiány okozza a szórakozások hiányát, annak megszerzéséhez megkeresik a legkönnyebb utat, az ismeretségkötést. Ez viszont a promiscuitás és a nemi betegségek előidézése tekintetében igen jelentékeny tényezőt jelent. A másik extremitást jelzik azok az esetek, ahol szórakozás havonta 6—10—15-ször, sőt ennél gyakrabban is előfordult, ami a csekély cselédbéreket tekintve, egymagában is bizonyítja a szórakozási alkalmaknak többé-kevésbbé tisztességtelen úton való megszerzését.

A cselédkérdés szexuális tekintetből és a veneriás betegségek szempontjából mindenesetre fogas probléma. A nagyvárosokba többé-kevésbbé ártatlanul kerülő lányokat mindenünnen veszély fenyegeti. A legnagyobb baj, hogy a női cselédek nemcsak a házon kívül romolhatnak el, hanem azokban a családokban is, ahol szolgálnak. Köztudomású, hogy az ifjúság első szexuális tanulmányait igen gyakran a házicselédeken kezdi, amelyen bizony igen sok helyen semmi megütközni valót sem találnak. A felháborodás az ilyen derék familiákban csak akkor tör ki a cselédlány ellen, mikor az elrontott kis cseléd egyszer csak kívülről hoz be valamilyen infekciót s azzal a család férfitagjait megfertőzi. Pedig bizonyos mértékig éppen azoknak a munkaadó familiáknak kellene pótolni a szülői felügyeletet, ahol a cselédlányok szolgálatot teljesítenek. Ha a munkaadók nem helyezkednének a tökéletes nemtörődömség álláspontjára, hanem háztartási alkalmazottaikat erkölcsi és egészségi tanácsokkal ellátnák, ezek közt a nagyrészt tapasztalatlan lányok között tetemesen lefékeződnék a veneriás betegségek terjedése.

A cselédkérdés után másik nagyfontosságú szociális problémára térünk át, a lakásnyomorra, amely ugyan a nemi betegségek ügyével csak közvetett módon áll kapcsolatban, mindazonáltal ilyirányú káros kihatása sokkal jelentékenyebb, mint azt a közvélemény gondolná.

A lakás és az otthon életünknek szerves részét képezi. Nemcsak az a megállapítás helyes, hogy a lakás milyenségéből, berendezéséből, tisztaságából stb. fontos következtetéseket vonhatunk a benne lakókra, hanem ellenkező irányban következtetve is kétségtelen, hogy a lakás, az otthon rányomja a benne élő és felnövő egyénekre a bélyegét. Sokféle vonatkozásban lehetne ezt bizonyítani, minket azonban e helyen csak a szexuális vonatkozások és azok káros és kóros következményei érdekelnek. E tekintetben pedig legfontosabb a lakás nagyságának kérdése, és pedig kétféle okból, először is a serdülő új generáció, másodszor az esetleges családhoz nem tartozók közerkölcsisége tekintetében. Régi szociális igazság, hogy az emberi jogok, az erkölcsiség és az egészség követelményei szerint minden családnak legalább kétszobás lakásra lenne jogosultsága. Sajnos azonban, ettől a követelménytől még napjainkban messzi távolságban állunk. A szociális nehézségek, a nagy

szegénység, a nyomor olyan mérveket ölt, hogy az ember minimális emberi igényeinek sem képes eleget tenni. Tudjuk, hogy a kétszobás lakás a fővárosi lakosság széles rétegei előtt még ma is elérhetetlen vágyakozás tárgya : utópia. Hatalmas tömegek laknak egyszobás lakásokban, amelyeknek egyéb vonatkozású egészségügyi hátrányaira, elsősorban a tuberkulózis terjedésére stb. itt nem térhetünk ki. Közvetlenül érdekel azonban minket az a kedvezőtlen erkölcsi miliő, amely minden ilyen nyomorlakásban feltalálható. A legnagyobb veszedelem abban van, hogy az idősebb és a fiatalabb generáció egy-egy szűk szobában szorul össze. A gyermekeknek úgyszólván szemük előtt zajlik le a szülőik szexuális élete. Sokszoros veszedelem van persze ott, ahol a szülők élete erkölcstelen és ez a lakásnyomor miatt nem titkolható el a gyermekek előtt. A gyermekek a szülőkkel vagy pedig a gyermekek egymással közös fekhelyen alszanak, ami a veneriás betegségek terjedésére tápot ad. Végül is a legnagyobb lakásnyomorúság, az úgynevezett ágyrajárás, az éjszakai ágybérlet nyujtja ezen a téren a legszomorúbb képet, mely a legsúlyosabb erkölcsi romlásnak, az idegen ágyrajárók egymásközti promiscuitásának és nemi betegségekkel való elárasztásának lehetőségét teremti meg.

Mindezek szerint a lakáskérdésnek — főleg nagyvárosokban — a nemi betegségek terjedésével olyan közvetlen kapcsolata van, hogy szükségesnek látszik ebből a szempontból Budapest lakásviszonyait alaposabban megvilágítani. Először is általános tájékozódás céljából tekintsük át a főváros lakásainak megoszlását a lakók számával való kombinációban.

35. A rendes lakások lakóinak száma a székesfővárosban lakásnagyság szerint. — 1925.

Megnevezés	Lakók száma lakóval												Összesen
	1	2	3	4	5	6—10	11—15	16—20	21—30	31—40	41—50	51—	
Konyhából álló lakás	80	390	528	400	235	307	35	—	—	—	—	—	1.975
1 szobás lakások	7.302	48.222	77.979	89.440	74.505	121.589	6.322	312	22	—	—	—	425.693
2 » »	1.904	15.358	36.348	49.708	47.685	77.796	4.487	138	—	—	—	—	233.424
3 » »	338	3.142	13.218	22.760	26.185	45.288	2.263	70	24	—	—	—	113.288
4 » »	100	782	4.116	8.696	12.165	28.726	1.125	69	—	—	—	—	55.779
5 » »	48	142	852	2.416	3.820	14.174	834	100	22	—	—	—	22.408
6 » »	13	60	216	560	990	5.912	602	49	—	—	42	—	8.444
7 » »	8	14	39	120	350	2.494	558	18	22	—	—	—	3.623
8 » »	3	6	9	48	70	980	244	36	—	—	—	—	1.396
8— szobás lakások .	6	8	18	48	40	769	723	227	147	—	—	—	1.986
Összesen ...	9.802	68.124	133.823	174.196	166.045	298.035	17.193	1.019	237	—	42	—	868.016

Budapest teljes lakosságának lélekszáma 1925-ben 960.995, az összes lakóhelyek száma pedig 252.717 volt. A lakóhelyek közül »rendes lakás« volt 212.215, rendkívüli háztartás 469 és egyéb, lakásnak nem nevezhető helység 40.033. Budapest teljes lélekszámából 868.016 rendes lakásban élő lakót regisztráltak, amiből 1.975 csak konyhából álló, 425.693 egyszobás és 233.424 kétszobás lakásban lakott, a többi a többszobás lakások között oszlott meg. Látni való, hogy durva számítással a lakosságnak fele az egyszobából álló, egynegyede kétszobából és a fennmaradó negyede három—

tíz szobából álló lakásban élt. Ez a tény a fentebb érintett szexuális szempontból már egymagában is kedvezőtlen prognózist jelent. Még szomorúbb képet nyerünk, ha végig tekintünk a táblázat második haránt rubrikáján, amiből kitűnik, hogy az egyszobás lakásokban 121.589-en hatod-tized magukkal laktak, 89.440-en negyed magukkal és 77.979-en harmad magukkal. Milyen szexuális viszonyokat várhatunk azoktól a tömegektől, ahol az egyszobás lakás nyomorúságában 4—10 személy zsúfolódik össze? De még a harmadik haránt rubrika adatai is megszívlelendők, amelyek szerint 77.796-an olyan kétszobás lakásban laktak, ahol 6—10 személy és 4.487-en pedig olyanban, ahol 11—15 személy élt együtt. Nyilvánvaló, hogy az esetek többségében nem soktagú családokról, hanem idegen családok összezsúfolásáról van szó, ami illuzóriussá teszi a kétszobás lakásoknak szociális és egészségügyi szempontból való elégséges voltát is. Egyébként Budapest lakosságának lakásnagyság szerinti elosztását tűnteti fel a korábban közölt II. számú grafikonunk alsó ábrája is, amely szemléltetően tárja elénk a lakáskérdésben megnyilvánuló jellegzetes és elszomorító aránytalanságot.

A lakásnyomor tekintetében a ma élő lakosság helyzetén semmit sem segít, de a jövőre nézve némi vígaszul szolgál, hogy a multhoz viszonyítva állandó és folytonos javulás mutatkozik. Erről a lassú javulásról a laksűrűségi statisztika nyújt felvilágosítást.

36. A népesség megoszlása a lakások szobáinak száma és a szobánkénti laksűrűség szerint a székesfővárosban. — 1880—1925.

Megnevezés	Évek						
	1880	1890	1900	1906	1910	1920	1925
1. Népesség:							
0 szobás lakásban	—	—	—	Részletezés hiányzik	1.448	2.232	1.975
1 « «	191.913	261.214	364.798		402.326	403.346	425.693
2 « «	75.047	104.963	179.899		207.270	236.179	233.424
3 « «	34.747	47.090	77.101		95.465	117.513	113.288
4 « «	18.057	25.011	39.821		52.228	58.168	55.779
5 « «	10.205	13.707	15.964		22.337	24.125	22.408
6 « «	5.269	7.029	7.294		10.119	9.129	8.444
7 « «	2.686	3.563	3.926		5.145	3.882	3.623
8 « «	1.516	1.960	1.968		2.707	1.501	1.396
8— « «	2.986	4.222	3.336		4.783	2.294	1.986
Összesen	**342.426**	**468.759**	**694.107**	**728.327**	**803.828**	**858.369**	**868.016**
2. Szobánkénti laksűrűség:							
1 szobás lakásban	4·51	4·48	4·30	Részletezés hiányzik	4·34	3·75	3·74
2 « «	2·64	2·67	2·61		2·50	2·18	2·09
3 « «	1·88	1·90	1·82		1·73	1·61	1·54
4 « «	1·60	1·52	1·53		1·42	1·34	1·27
5 « «	1·32	1·30	1·33		1·21	1·21	1·12
5 « «	1·24	1·19	1·23		1·10	1·12	1·00
7 « «	1·21	1·12	1·19		1·01	1·02	0·93
8 « «	1·12	1·02	1·12		0·89	0·98	0·87
8— « «	1·16	1·02	1·09		0·90	1·18	0·71
Összesen ...	**2.51**	**2.47**	**2.48**	**2·50**	**2·60**	**2·33**	**2·29**

Az 1880. évtől 1925-ig Budapest szobánkénti átlagos laksűrűsége 2·51-ről 2·29-re esett vissza, ami az eltelt 45 év mérlegében ragyogó eredményt igazán nem jelent. Mindazonáltal tagadhatatlan javulást mutat. A részletezésnél már kevésbbé látunk kielégítő eredményt, ami csak akként állhatott volna elő, ha a sokszobás lakások sűrűsége növekszik vagy legalább is állandósul, ellenben a kislakások sűrűsége tetemesen csökken. Ehelyett az egész vonalon körülbelül egyforma mértékű esést látunk. Mégis örömmel állapítjuk meg, hogy az egy- és kétszobás lakásokban is van némi javulás, mert az előbbiek laksűrűsége 1880 óta 4·51-ről 3·74-re, az utóbbiaké pedig 2·64-ről 2·09-re esett.

Visszatérve a lakásprobléma legszomorúbb pontjára, az összlakások felét képező egyszobás lakások kérdésére, mindenek előtt azt kell megvizsgálnunk, hogy milyen ezekben a gyermekek helyzete és eloszlása.

37. Egyszobás lakások a főbérlő gyermekeinek száma, lakásnagyság és társadalmi rétegek szerint a székesfővárosban. — 1925.

Megnevezés	Lakások száma													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12—	Összesen
	gyermekkel														
Munkások egyszobás lakásai	22.660	12.366	9.281	5.091	2.609	1.149	535	231	89	20	11	1	—	—	54.043
Közsz. alk. egyszobás lakásai	3.553	2.685	2.191	1.192	511	220	83	30	15	1	—	—	—	—	10.481
Iparosok egyszobás lakásai..	2.122	1.293	1.127	557	264	107	66	22	10	1	—	—	—	—	5.569
Keresk. egyszobás lakásai...	1.844	916	604	338	154	63	22	13	9	1	3	—	—	—	3.967
Magántisztv. egyszobás lakásai	2.882	1.232	650	270	130	36	17	10	1	—	—	—	—	—	5.228
Köztisztv. egyszobás lakásai	2.905	1.018	558	224	69	36	15	3	1	1	—	—	—	—	4.830

Mindenekelőtt szemünkbe ötlik, hogy a munkásság 54.043-at kitevő egyszobás lakásával milyen domináló mértékben vezet a lakásnyomor helyzetrajzában. Ha ezekben a kislakásokban a gyermekek számát vizsgáljuk, bizony elrettentő adatokra találunk. Mert 22.660 egyszobás munkáslakásban egyáltalában nincsen gyermek, ami elsősorban éppen a szociális nyomorúságban találja magyarázatát. De 12.366 egyszobás munkáslakásban 1 gyermek, 9281-ben 2 gyermek és 5091-ben 3 gyermek él. A gyermekeknek a felnőttekkel való együttlakásáról a szexuális erkölcs és nemi egészség szempontjából már megemlékeztünk. Nem tarthatjuk tehát kívánatosnak az eddig felsorolt adatok mögött rejlő viszonyokat sem, bár az igazi nyomorúság csak a következő számokból lesz nyilvánvaló. Azt látjuk ugyanis, hogy 2609 egyszobás munkáslakás van olyan, melyben 4 gyermek, továbbá 1149, melyben 5 gyermek és 887 szobalakás, melyben 6—11 gyermek lakik. A közszolgálati alkalmazottak az egyszobás lakások közül 10.481-et bérelnek, az iparosok 5569-et, a magántisztviselők 5228-at, a köztisztviselők 4830-at és a kereskedelmi alkalmazottak 3967-et. Mindezekben az egyszobás lakásokban a gyermekek elosztási aránya megközelítőleg a munkásokéhoz hasonló sivár képet tüntet fel.

A gyermekek szexuális nevelése tekintetéből a kétszobás lakás a gyermekeknek a felnőttektől való szeparálása miatt jelentékenyen kedvezőbb. Mindazonáltal meg kell említenünk, hogy itt is látunk anomáliákat, mert a székesfőváros statisztikai évkönyvének adatai szerint 411 kétszobás lakásban 6 gyermek, 219-ben 7 gyermek, 55-ben 8 gyermek és 39-ben 9—12 gyermek lakik. Természetes, hogy ilyen tömegáldás mellett a gyermekeket egyszobában összezsúfolni nem lehet s emiatt a gyermekek egyrésze mégis csak a felnőttek ágyába kerül.

Sajnos nem készültek arról statisztikai felvételek, hogy a lakássűrűséggel párhuzamban milyen a gyermeksűrűség. A fenti adatok is csupán a főbérlők gyermekeire vonatkoznak, de nem tüntetik fel, hogy ugyanott albérlők vagy esetleg ágybérlők gyermekei is laktak-e? Szexuális szempontból pedig különös érdekessége lett volna ennek az adatgyüjtésnek, mert ez fényt vetne arra, hogy ezekben a zsúfolt kislakásokban és tömegszállásokon milyen mértékben élnek és nőnek fel a gyermekek idegen szállásrajáró felnőttek társaságában. Itt ugyanis már nemcsak az általános morális szempontok jönnek tekintetbe, hanem a serdülő lánykák korai elcsábítása és a közös ágyban a gyermekek gyakori veneriás megfertőztetése is.

Az albérlők és ágybérlők az illegitim szexuális viszonyoknak jelentékeny tényezői s a nemi betegségek terjesztése szempontjából különös figyelmet igényelnek, miért is elhelyezkedésük közelebbi részletezést igényel. Budapest rendes lakásait albérlet szempontjából vizsgálva, következő képet nyerjük:

38. Albérlős lakások a lakók száma és lakásnagyság szerint a székesfővárosban. — 1925.

Megnevezés	Lakások száma										Összesen
	1	2	3	4	5	6—10	11—15	16—20	21—30	31—	
	lakóval										
Konyhából álló lakás .	4	28	26	30	11	14	1	—	—	—	114
1 szobás lakás.....	171	2.120	4.221	4.625	3.850	6.170	349	14	—	—	21.520
2 « «	29	785	2.063	2.445	2.181	3.898	228	5	—	—	11.634
3 « «	6	132	562	1.003	1.049	1.902	106	2	1	—	4.763
4 « «	1	23	134	310	371	1.018	44	4	—	—	1.905
5 « «	2	6	18	62	95	372	28	2	—	—	585
6 « «	—	1	8	12	30	157	12	1	—	—	221
7 « «	—	3	1	3	8	55	18	—	1	—	89
8 « «	—	—	—	1	2	20	6	—	—	—	29
8— « «	—	—	—	1	—	12	7	1	1	—	22
Összesen	213	3.098	7.033	8.492	7.597	13.618	799	29	3	—	40.882

Az 1925. évben a 212.215 rendes lakás közül 40.882, tehát a lakások egyötöde volt albérlettel terhelve. Ennek a lakásmennyiségnek fele (21.520) egyszobás, egynegyede (11.634) kétszobás lakásra esett és csak a fennmaradó negyedrész jutott többszobás lakásra. Ez a tény az egy- és kétszobás lakásoknak amúgy is kedvezőtlen helyzetében további rosszabbodást jelent.

Lényegileg ugyanezt az eredményt kapjuk, ha nem az albérleti lakások, hanem benne lakók számát tesszük mérlegelés tárgyává. Azt látjuk ugyanis, hogy Budapestnek 868.016 rendes lakásban élő lakója közül 205.851, azaz közel egynegyede albérletben lakik. Ez mindenesetre hatalmas tömeg, amely a főváros életében minden vonatkozásban figyelmet igényel. Szexuális szempontból is sokkal nagyobb az albérletben való lakás jelentősége, mint az első pillanatra gondolnánk. Itt először tekintetbe kell vennünk, hogy az albérlők nagy hányada nincsen a házasság kötelékében. Nagyrészük fiatal férfi és fiatal nő, akik vidéki származásúak vagy ha bennszülöttek, a szülei házból valami ok miatt elkerültek. Utóbbi esetben a főok többnyire az önálló életre való vágy, ami igen gyakran a szexuális függetlenséggel való visszaéléshez vezet. A promiscuitásban élő és nemi betegségekkel elsősorban veszélyeztetett lakosság zöme nyilvánvalóan a függetlenül élő albérlők soraiból kerül ki. Ki ne ismerné az albérleti lakást kereső ifjúságnak azt a kívánságát, hogy szobája »sturmfrei« legyen? De ez a szempont már hovatovább nemcsak a férfi ifjúságnál érvényesül, hanem az önállósági hajlamai miatt szüleitől elköltöző kenyérkereső női ifjúságnál is.

Ha azonban az említettektől eltekintünk és pusztán az albérletben való lakás természetes következményeit vizsgáljuk, abból is nyilvánvaló annak a szexuális életre gyakorolt döntő kihatása. Az albérleti szoba vagy kabinszerű helység, esetleg bérletbe adott cselédszoba, alig töltheti be a bennlakók részére az igazi otthon szerepét. Már a lakáskérdés megbeszélésének kezdetén kifejeztük azt a véleményünket, hogy az otthon az egyénre minden tekintetben, még szexualitása terén is rányomja a bélyegét. És valóban senki sem csodálkozhatik azon, hogy az albérleti szobákban lakó férfi és női fiatalság, lakását nem tekinti vonzó otthonnak, amely őt leköti és szolid, kellemes tartózkodást nyujtva, otthon tartsa. Még kevésbbé képzelhető ez el a nyomorúságos, sötét udvari vagy világítóudvari szobácskáknál, ezeknél a levegőtlen, szomorú oduknál, ahonnan a fiatalság kikívánkozik a fényre, a szebb és szórakoztatóbb miliőbe. Köztudomás, hogy az albérleti ifjúság úgyszólván csak aludni jár a lakásba, ideje nagy részét az utcán, a kávéházban, a mulatókban és lebujokban tölti el, ahol bőséges alkalom kínálkozik a promiscuitásra s a nemibetegségekkel való megfertőzésre. Ez a veszedelem nagyáltalánosságban az albérlők egész tömegére vonatkozik, de közelebbről szemlélve, annál nagyobb arányban növekedik, minél nyomorúságosabbak az albérlet körülményei. A 205.851 albérlő közül 102.621, tehát éppen a fele,

egyszobás lakás albérlője volt, 58.942 egyén, tehát az összeseknek több, mint negyede, kétszobás lakásban bérelt és csak a fennmaradó töredék lakott, mint albérlő többszobás lakásban. Látnivaló, hogy az albérlőknek háromnegyede a legnyomorúságosabb lakások albérlője volt, ami az imént felsorolt érvek szerint, azok szexuális életére és nemi betegségekkel való veszélyeztetettségére a legsötétebb képet veti.

Az albérlet tekintetében ugyanazt mondhatjuk, amit a laksűrűség vizsgálatánál. A ma élő és Budapesten nyomorgó albérlőkön és ágyrajárókon nem segít, de a jövőre nézve némi megnyugvással szolgál, hogy az előbbi évtizedekhez viszonyítva, az albérlet kérdésében némi javulás mutatkozik.

39. Albérlők és ágyrajárók szaporulata. — 1880—1925.

Év	Össznépesség	Szaporodás								
		1880-hoz képest				Időszak	évi szaporodás			
		abszolút		%			abszolút		%	
		Össznépesség	Albérlők, ágyrajárók	Össznépesség	Albérlők, ágyrajárók		Össznépesség	Albérlők, ágyrajárók	Össznépesség	Albérlők, ágyrajárók
1880	370.767	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1890	506.384	135.617	18.444	36·6	36·2	1880—1890	13.561	1.844	3·7	3·6
1900	733.358	362.591	34.906	97·8	68·5	1890—1900	22.697	1.646	4·5	2·4
1906	791.748	420.981	59.320	113·5	116·4	1900—1906	11.678	4.882	1·6	5·7
1910	880.371	509.604	76.686	137·5	151·0	1906—1910	17.724	3.473	2·2	3·1
1920	928.996	558.229	46.939	150·6	92·1	1910—1920	4.862	2.974	0·5	2·3
1925	960.995	590.228	33.342	159·2	65·5	1920—1925	6.400	2.719	0·7	2·8

Táblázatunkból kitűnik, hogy az albérlők szaporodása 1880-hoz viszonyítva az 1906—1910. évötödben érte el legmagasabb mértékét, azóta fokozatosan visszaesik. Ezt a kedvező eredményt azonban némileg lerontja az évi szaporodás statisztikája, amiből azt olvashatjuk le, hogy míg a budapesti összlakosság százalékos szaporodása az 1880—1925. évi intervallum alatt, némi hullámzással 4·5%-os maximumról 0·5%-ra zuhant, addig az albérlők 5·7%-os évi szaporodási maximuma csak 2·3% mélypontig esett le.

Érdemes a további tájékozódás szempontjából az albérlőknek és ágybérlőknek családi állapot szerinti megoszlására is tekintetet vetni.

40. Az albérlők és ágybérlők családi állapot szerint. — 1927.

Megnevezés	Albérlő családfők száma						Összesen
	férfiak			nők			
	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	
Nőtlen, hajadon	12.125	700	12.825	3.609	331	3.940	16.765
Házas, férjes	2.100	8.130	10.230	559	280	839	11.069
Özvegy	392	91	483	830	529	1.359	1.842
Törvényesen elvált	686	70	756	588	143	731	1.487
Közös háztartásban élő	217	307	524	82	37	119	643
Ismeretlen	164	12	176	34	1	35	211
Összesen	15.684	9.310	24.994	5.702	1.321	7.023	32.017

Megnevezés	Ágybérlő családfők száma						Összesen	Albérlő és ágybérlő családfők összesen
	férfiak			nők				
	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt		
Nőtlen, hajadon	12.400	196	12.596	3.054	156	3.210	15.806	32.571
Házas, férjes	3.299	1.494	4.793	543	74	617	5.410	16.479
Özvegy	653	24	677	799	113	912	1.589	3.431
Törvényesen elvált	635	19	654	355	51	406	1.060	2.547
Közös háztartásban élő	493	100	593	134	43	177	770	1.413
Ismeretlen	177	8	185	30	—	30	215	426
Összesen	17.657	1.841	19.498	4.915	437	5.352	24.850	56.867

Ezek az adatok értékes felvilágosítással szolgálnak az al- és ágybérlők családi és szexuális körülményeiről. Az albérlő családfők száma 1925-ben 32.017 volt, amiből 11.069, vagyis alig valamivel több, mint egyharmada élt házasságban, a többi házasságon kívüli viszonylatban. Az ágyrajárók között még rosszabb a helyzet, mert itt azt látjuk, hogy a 24.850-et kitevő ágybérlőcsaládfők közül mindössze 5410, tehát az egésznek alig több, mint egyötöde volt házas, illetve férjes.

A szexualitás szempontjából ugyancsak jellegzetes képet nyerünk, ha a lakásügynek a törvénytelen házasságokkal való kombinációját szemléljük és megfigyeljük e szempontból az albérlők és ágyrajárók szerepét.

41. Törvénytelen házasságok gyakorisága a székesfővárosban lakásnagyság szerint, különös tekintettel az albérlőkre és ágybérlőkre. — 1925.

Lakásnagyság	Törvényes és törvénytelen házaspárok számaránya								
	Főbérlő			albérlő és ágyrajáró			Összesen		
	törvényes	törvénytelen		törvényes	törvénytelen		törvényes	törvénytelen	
		absz.	%		absz.	%		absz.	%
0 (csak konyha)	358	31	8·7	13	18	138·5	371	49	13·2
1 szoba	77.972	1.851	2·4	4.510	193	4·3	82.482	2.044	2·5
2 „	38.835	219	0·6	3.447	74	2·2	42.282	293	0·7
3 „	17.429	108	0·6	1.301	2	0·2	18.730	110	0·6
4 „	8.440	7	0·1	645	14	2·2	9.085	21	0·2
5 „	2.925	1	0·0	217	8	3·7	3.142	9	0·3
6 „	953	—	—	106	4	3·8	1.059	4	0·4
7 „	376	1	0·3	45	—	—	421	1	0·2
8 „	132	—	—	19	—	—	151	—	—
8— „	129	—	—	18	—	—	147	—	—
Összesen	147.549	2.218	1·5	10.321	313	3·0	157.870	2.531	1·6

A törvénytelen együttélés a nemi betegségek szempontjából tagadhatatlanul előnyösebb, mint a korlátokhoz nem kötött promiscuitás. Komoly eredmények azonban ettől még sem várhatók, mert azt illegitim mivoltából kifolyólag könnyen meg lehet szakítani és a viszonylat gyakorta változtatható. Emiatt a veneriás veszedelmek szempontjából talán közelebb is áll a promiscuitáshoz. A szexualitás és a morális felfogás tekintetében a törvénytelen házasságok adataiból mégis hasznos útmutatásokat nyerhetünk. Először is a főbérlők csoportját véve, a törvénytelen együttélések 0 pontját az ötszobás lakások lakói között találjuk, ahonnan a többszobás, de főleg a kevesebbszobás lakások felé emelkedésnek indul. Táblázatunk a hétszobás főbérlőknél 0·3% törvénytelen együttélést mutat ki, ami egyes gazdag emberek szexuális immoralitását jelzi. Az ötszobás lakásokban lakók 0 pontjától a kisebb és kisebb lakások felé a törvénytelen együttélések arányszáma mindinkább növekedik, míg végül az egyszobásoknál 2·4%-ot, a csak konyhában lakóknál pedig 8·7%-ot ér el. Az albérlőknél és ágyrajáróknál ez a görbe nem ilyen szabályos, mert a szóban forgó egyének szociális helyzetére kevesebb fényt vet az a körülmény, hogy hány szobás lakásból bérelnek maguknak albérletet. De itt is egészen jellegzetesen emelkedik az arányszám a legnyomorúságosabb lakásokban és egészen szembeötlő, hogy az egyszobások között 4·3%, a csak konyhában lakó albérlők, illetve ágyrajárók között meg különösen 138·5% él törvénytelen viszonyban. Ezek a számok persze csak óvatosan értékesíthetők a promiscuitás és a veneriás betegségek kérdésében, de mindenesetre éles világosságot vetnek *a)* az általános szociális helyzet, *b)* a lakásnyomor és *c)* a szexuális vonatkozások közötti tagadhatatlan összefüggésre.

Ennek a hármas összefüggésnek kidomborítása céljából közöljük alábbi, 42. számú táblázatunkat, mely az ágyrajárók szociális helyzetét tüzetesen ismerteti:

42. Az ágybérlők szociális helyzete a székesfővárosban. — 1927.

Megnevezés	Ágybérlő családfők száma						Összesen
	férfiak			nők			
	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	
	1. Az ágybérlet tartama szerint.						
— 1 hó óta	1.428	104	1 532	315	17	332	1.864
1— 2 «	877	76	95	202	13	215	1.168
2— 3 « «	485	61	546	120	4	124	670
3— 6 « «	1.282	139	1.421	361	25	386	1.807
6— 9 « «	1.166	96	1.262	300	28	328	1.590
9—12 « «	789	83	872	208	21	229	1.101
1— 2 év óta	1.999	224	2.223	508	58	566	2.789
2— 3 « «	1.333	132	1.465	370	27	397	1.862
3— 5 « «	2.453	261	2.714	415	57	472	3.186
5—10 « «	2.726	367	3.093	833	80	913	4.006
10—15 « «	1.148	111	1.259	558	47	605	1.864
15—20 « «	735	75	810	218	20	238	1.048
20—30 « «	527	47	574	190	22	212	786
30—40 « «	270	18	288	91	5	96	384
40—50 « «	67	1	68	27	1	28	96
50—60 « «	16	1	17	20	—	20	37
60— « «	10	45	55	3	—	3	58
Ismeretlen	346	—	346	176	12	188	534
Összesen	**17.657**	**1.841**	**19.498**	**4.915**	**437**	**5.352**	**24.850**
	2. Iskolai végzettség szerint.						
Az elemi iskola:							
1. osztályát végezte	89	16	105	99	5	104	209
2. « «	271	35	306	227	26	253	559
3. « «	631	79	710	353	34	387	1.097
4. « «	2.998	385	3.383	880	106	986	4.369
5. « «	1.662	168	1.830	595	34	629	2.459
6. « «	7.226	733	7.959	1.332	124	1.456	9.415
A középiskola:							
1. osztályát végezte	244	23	267	51	—	51	318
2. « «	925	84	1.009	252	15	267	1.276
3. « «	538	45	583	124	4	128	711
4. « «	1.720	133	1.853	464	33	497	2.350
5. « «	94	9	103	15	—	15	118
6. « «	182	14	196	17	2	19	215
7. « «	56	8	64	6	—	6	70
8. « «	394	17	411	23	—	23	434
Főiskola:							
Gazdasági akadémia	4	—	4	—	—	—	4
Iparművészeti főiskola	2	—	2	—	—	—	2
Keleti kereskedelmi akadémia	6	—	6	—	—	—	6
Képzőművészeti főiskola	1	—	1	—	—	—	1
Közgazdasági egyetem	3	—	3	—	—	—	3
Ludovika akadémia	2	—	2	—	—	—	2
Polgári iskolai tanárképző	1	—	1	—	—	—	1
Tud. egyetem jog- és államtud. kar	11	1	12	—	—	—	12
« « bölcsészeti kar	1	—	1	—	—	—	1
« « orvosi kar	5	—	5	—	—	—	5
« « gyógyszerészeti szak	3	—	3	—	—	—	3
Műegyetem	6	1	7	—	—	—	7
Egyetem meghatározás nélkül	1	—	1	—	—	—	1
Zeneművészeti főiskola	2	—	2	1	—	1	3
Nem járt iskolába	272	60	332	422	54	476	808
Ismeretlen	307	30	337	54	—	54	391
Összesen	**17.657**	**1.841**	**19.498**	**4.915**	**437**	**5.352**	**24.850**

42. Az ágybérlők szociális helyzete a székesfővárosban. — 1927. (Folytatás.)

Megnevezés	Ágybérlő családfők száma						Összesen
	férfiak			nők			
	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	
	3. Foglalkozás szerint.						
Bányászat:							
tisztviselők	1	—	1	—	—	—	1
segédszemélyzet	2	—	2	—	—	—	2
Ipar:							
önállók	895	18	913	3	—	3	916
tisztviselők	20	—	20	1	—	1	21
alkalmazottak	9.352	805	10.157	851	75	926	11.083
gyári munkások	927	166	1.093	528	70	598	1.691
kézimunkából élő nők	—	—	—	376	—	376	376
Kereskedelem:							
önállók	130	4	134	4	1	5	139
járó-kelő kereskedők, kofák	229	15	244	91	5	96	340
tisztviselők	16	1	17	8	—	8	25
alkalmazottak	1.026	44	1.070	228	13	241	1.311
takarékpénztári tisztviselők	14	1	15	1	—	1	16
« altisztek	15	2	17	—	—	—	17
Közlekedés:							
önállók	2	1	3	—	—	—	3
tisztviselők	10	—	10	—	—	—	10
alkalmazottak	836	68	904	4	—	4	908
Közigazgatás:							
állami tisztviselők	70	3	73	33	2	35	108
vármegyei «	2	—	2	—	—	—	2
városi «	35	2	37	2	—	2	39
állami altisztek	153	21	174	6	—	6	180
vármegyei «	—	—	—	—	—	—	—
városi «	93	12	105	9	2	11	116
Igazságügy:							
bírák, ügyészek	—	—	—	—	—	—	—
ügyvédek	1	—	1	—	—	—	1
ügyvédsegéd, -jelölt	1	—	1	—	—	—	1
tisztviselők	6	—	6	1	—	1	7
altisztek, börtönőrök	30	2	32	—	—	—	32
Tanügy:							
felsőiskolai tanár	—	—	—	—	—	—	—
középisk,. polg. iskolai tanár	3	—	3	3	—	3	6
elemi isk. tan. (nő), óvónő	4	—	4	8	—	8	12
Közegészség:							
orvos	3	1	4	—	—	—	4
gyógyszerész	2	—	2	—	—	—	2
gyószerészsegéd	1	—	1	2	1	3	4
szülésznő	—	—	—	3	2	5	5
egyéb közegészségügy	33	5	38	84	3	87	125

42. Az ágybérlők szociális helyzete a székesfővárosban. — 1927. (Folytatás.)

Megnevezés	Ágybérlő családok száma						Összesen
	férfiak			nők			
	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	
Irodalom, művészet	52	1	53	16	—	16	69
Mérnök, építész, vegyész	48	1	49	—	—	—	49
Diákok, tanulók	167	3	170	31	1	32	202
Egyéb értelmiség	35	1	36	12	2	14	50
Véd-erő:							
tiszt, tisztviselő	1	—	1	—	—	—	1
altiszt, legénység	47	4	51	—	—	—	51
Napszámosok	1.726	335	2.061	1.201	51	1.252	3.313
Szolga, cseléd, hordár	348	54	402	644	138	782	1.184
Nyugdijasok	95	7	102	23	3	26	128
Vagyonukból élők	24	—	24	66	9	75	99
Gyámolitásból élők	12	—	12	14	1	15	27
Magántisztviselők	296	12	308	154	7	161	469
Egyéb foglalkozásúak	781	228	1.009	120	9	129	1.138
Ismeretlen	113	24	137	388	42	430	567
Összesen	**17.657**	**1.841**	**19.498**	**4.915**	**437**	**5.352**	**24.850**
	4. Hálóhelyek szerint.						
Szobában:							
ágyban	13.188	1.453	14.641	3.444	343	3.787	18.428
pamlagon	2.132	66	2.198	749	28	777	2.975
szalmazsákon	241	20	261	84	11	95	356
egyéb helyen	41	5	46	24	—	24	70
együtt	**15.602**	**1.544**	**17.146**	**4.301**	**382**	**4.683**	**21.829**
Hálófülkében:							
ágyban	22	—	22	3	—	3	25
pamlagon	2	—	2	1	—	1	3
szalmazsákon	—	—	—	—	—	—	—
egyéb helyen	—	—	—	—	—	—	—
együtt	**24**	—	**24**	**4**	—	**4**	**28**
Konyhában:							
ágyban	853	154	1.007	252	48	300	1.307
pamlagon	252	12	264	36	5	41	305
szalmazsákon	91	6	97	19	1	20	117
egyéb helyen	13	1	14	10	—	10	24
együtt	**1.209**	**173**	**1.382**	**317**	**54**	**371**	**1.753**
Előszobában:							
ágyban	18	—	18	3	—	3	21
pamlagon	5	—	5	3	—	3	8
szalmazsákon	2	—	2	—	—	—	2
egyéb helyen	—	—	—	—	—	—	—
együtt	**25**	—	**25**	**6**	—	**6**	**31**

42. Az ágybérlők szociális helyzete a székesfővárosban. — 1927. (Vége.)

Megnevezés	Ágybérlő családok száma						Összesen
	férfiak			nők			
	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	magánosok	családtagjaikkal együtt lakók	együtt	
Cselédszobában:							
ágyban	3	1	4	3	—	3	7
pamlagon	—	—	—	—	—	—	—
szalmazsákon	—	—	—	—	—	—	—
egyéb helyen	—	—	—	—	—	—	—
együtt	3	1	4	3	—	3	7
Fürdőszobában:							
ágyban	2	—	2	2	1	3	5
pamlagon	—	—	—	—	—	—	—
szalmazsákon	2	—	2	—	—	—	2
egyéb helyen	—	—	—	—	—	—	—
együtt	4	—	4	2	1	3	7
Éléskamrában:							
ágyban	3	—	3	5	—	5	8
pamlagon	—	—	—	—	—	—	—
szalmazsákon	—	—	—	—	—	—	—
egyéb helyen	1	—	1	—	—	—	1
együtt	4	—	4	5	—	5	9
Egyéb helyen:							
ágyban	20	8	28	9	—	9	37
pamlagon	3	—	3	—	—	—	3
szalmazsákon	16	2	18	—	—	—	18
egyéb helyen	2	1	3	—	—	—	3
együtt	41	11	52	9	—	9	61
Ismeretlen helyen:							
ágyban	413	93	506	165	—	165	671
pamlagon	112	5	117	36	—	36	153
szalmazsákon	17	2	19	7	—	7	26
egyéb helyen	203	12	215	60	—	60	275
együtt	745	112	857	268	—	268	1.125
Összesen:							
ágyban	14.522	1.709	16.231	3.886	392	4.278	20.509
pamlagon	2.506	83	2.589	825	33	858	3.447
szalmazsákon	369	30	399	110	12	122	521
egyéb helyen	260	19	279	94	—	94	373
együtt	17.657	1.841	19.498	4.915	437	5.352	24.850
5. A használt ágynemű tulajdona szerint.							
Saját ágyneműt használ	5.254	1.043	6.297	1.016	—	1.016	7.313
Idegen « «	9.970	775	10.745	3.775	437	4.212	14.957
Ismeretlen « «	2.433	23	2.456	124	—	124	2.580
Összesen	17.657	1.841	19.498	4.915	437	5.352	24.850

Mindenekelőtt meg kell állapítanunk, hogy Budapesten az ágyrajárók száma 1927-ben 24.850 volt, tehát olyan jelentékeny tömeg, mint például Gyula r. t. város teljes lakossága. A székesfővárosi népességnek összesen 2·5%-a ágyrajáró és nem szerint olyképpen oszlik meg, hogy 19.498, tehát körülbelül négyötöde férfi és 5352, azaz körülbelül egyötöde nő. Így a helyzet az, hogy minden átlagos 1000 lakosra kerek számban 20 férfi és 5 női ágyrajáró esik, ami a szociális- és különösképpen lakásnyomornak ugyancsak jellegzetes képét mutatja. A legtöbb ágyrajáró (4006) 5—10 év óta él, mint ágyrajáró Budapesten, utána sorrendben azok következnek (3186), akik 3—5 éve ágyrajárók, majd (2789) akik 1—2 év óta bérelnek ágyat. Az összeírás idején 1864-en béreltek egy hónap óta ágyat, ami azt bizonyítja, hogy a friss ágyrajárók száma elég magas és az ágyrajárók osztálya mindig újakkal pótlódik. Iskolai végzettség tekintetében is megdöbbentő adatokra bukkanunk. Azt látjuk ugyanis, hogy 808 ágyrajáró egyáltalán nem járt iskolába. De kiderült viszont, hogy 5492, tehát az összmennyiségnek egyötöde több-kevesebb középiskolai végzettséggel bír és mégis ilyen nyomorult viszonyok közé került. Feltűnést kelthet, hogy 434 ágyrajáró nyolc középiskola elvégzését igazolta. A legszomorúbb azonban, hogy 51 ágyrajáró egyetemi végzettséggel is bírt. A foglalkozási kataszter nagyjából megfelel az iskolai végzettség statisztikájának. Az ipari alkalmazottak vezetnek 11.083-ra rúgó létszámukkal, utánuk a napszámosok (3313), gyári munkások (1691), továbbá a kereskedelmi alkalmazottak (1311), majd a szolgák, cselédek és hordárok (1184) következnek.

A szellemi foglalkozást folytató ágyrajárók közül ki kell emelnünk a 202 diákot, 108 állami tisztviselőt, 69 irodalommal és művészettel foglalkozó egyént, 49 mérnököt, építészt, vegyészt, 6 gyógyszerészt, 4 orvost és 2 ügyvédet. A szomorú listát azonban ezzel még nem zárhatjuk le, hanem meg kell keresnünk, hogy ezek a szerencsétlen emberek hol és milyen körülmények között bérelik éjjeli fekhelyüket. Statisztikánk rámutat arra, hogy ez az ágybérlet történhetik szobában, hálófülkében, konyhában, előszobában, cselédszobában, fürdőszobában, éléskamrában és egyéb helyen, mikor is az egyéb hely alatt már alig is tudjuk, hogy mit értsünk, hacsak nem a folyosóra vagy a szükségleti helyre gondolunk. Még ezen »egyéb helyen« is 61 ágyrajárót regisztrál statisztikánk! A fekvőhely tekintetében az ágyrajárókat aszerint lehet osztályoznunk, hogy némelyike ágyban, másik pamlagon alszik vagy pedig szalmazsák vagy egyéb alkalmatosság a fekhelye. Ágyban alszik 20.509 ágyrajáró! De hogy vajjon milyen ez az ágy és hogy hányan alszanak felnőttek, esetleg felnőttek gyermekekkel együtt egy ágyban, arra még ez a kitűnő gonddal összeállított fővárosi statisztika sem tud választ adni. És 3447-en fekszenek pamlagon, 521-en szalmazsákon és 373-an egyéb helyen. »Egyéb hely« alatt itt nyilván padlót, asztalt vagy más kuckószerű alvóhelyet kell értenünk. Az ágy-

neműről szóló statisztika is értékes fel- világosítást nyujt, amennyiben kitűnik belőle, hogy 14.957 ágyrajáró idegen fehérneműt, 2580 pedig ismeretlen eredetűt használ, amennyiben talán egyáltalán semmiféle ágyneműje sincsen.

Önkéntelenül felmerül az a kérdés, hogy egyáltalában lehet-e az ágyrajárásnak ilyen körülményei között erkölcsiségről és szexuális etikáról beszélni. Emberek, akiknek nagy tömegei évek óta élnek a leírt miliőben, nyilván elveszítik az érzéküket minden morális és higiénikus tisztaság iránt. Férfiak és nők, akiknek az iskolázottsága a minimumnál is kevesebb, ugyanoda jutnak, ahová a közép- vagy főiskolát végzett ágyrajárók sülyednek. A nyomorúság az idejutott egyének lelkében kiegyenlíti a differenciákat és lerombolja az iskola által belénevelt etikát, eltünteti a szexuális morált. Aligha lehet elképzelni, hogy a vérségre és nemre egymástól idegen egyének között, kik a tömeglakások közös ágyaiban vagy zsúfolt szalmazsákjain alusznak, a szemérem és tartózkodás legkisebb szikrája is égve maradjon s a szemérem és etika pusztulása nyomán a promiscuitás lángra ne lobbanjék. A nemi fertőzést a tudatlan, könnyelmű és magasabb szempontok iránt elfásult fiatalok behurcolják a tömeglakásokba és egyrészt szexuális promiscuitásukkal, másrészt a higiéne követelményeit megtagadó ágyneműjük útján vagy a köztük sínylődő gyermekek megfertőzése révén terjesztik tovább.

Azokat a további szociális eredetű okokat kutatva, melyek a promiscuitás fokozásához tetemes mértékben járulnak, az urbanizáció kérdéséhez érkezünk. A civilizáció, a kultúra, a technika és főleg az ipar és kereskedelem eddig sohasem látott méretű fejlődése az emberek letelepedési viszonyaiban az utolsó évszázad alatt óriási változásokat idézett elő. Ezen változások következtében hovatovább mindnagyobb tömegek tódulnak a városokba, ott keresve a jelzett fejlődés nyomán adódó munkát, egzisztenciát. Ezt a folyamatot — amely Magyarországon a mult század közepe óta öltött kiterjedtebb méreteket — a »városiasodás« folyamatának, urbanizációnak nevezzük. A városi népesség abszolút és relatív számának gyarapodásával egyenes arányban áll a lazább városi erkölcsiség elterjedése s ekként a városi élvezet-élet mindnagyobb tömegeket ejt rabjául, ami a promiscuitásnak majdnem feltartózhatatlan fokozódásához vezet.

Hogy az urbanizáció fontos népesedésügyi és szociális problémáját kellően értékelni tudjuk és a nemi betegségek kérdésével okszerű összefüggésbe hozhassuk, szükségesnek látszik, hogy a fővárosnak, majd a vidéknek bizonyos népesedési viszonyaira kitérjünk. Mindenekelőtt vessünk egy pillantást Budapest népességének az utolsó két évszázad alatt bekövetkezett gyarapodására.

43. A székesfőváros népességének gyarapodása. — 1720—1925.

Év	Népszám	Év	Népszám
1720	12.200	1857	187.891
1780	35.215	1869	280.349
1787	47.290	1875	309.208
1799	54.176	1880	370.767
1810	60.259	1886	422.557
1813	70.219	1890	506.384
1821	78.599	1896	617.856
1826	89.028	1900	733.358
1831	102.702	1906	791.748
1836	101.752	1910	880.371
1841	107.240	1920	928.996
1845	121.901	1925	960.995
1850	178.062		

Ebben a táblázatban az urbanizáció klasszikus példáját mutatjuk be, amelyből kitünik, hogy székesfővárosunk lakossága 1720-tól 1925-ig 12.200 lélekről 960.995-re szaporodott, vagyis az eltelt kétszáz év alatt lakosságának nyolcvanszorosát érte el.

Másik, ugyancsak szemléltető összeállításunk ennek a szaporodásnak évenkénti mértékét tünteti fel abszolút számokban és ezrelékekben:

44. A székesfőváros népességének szaporulata abszolút számokban és 1000 lakóra. 1720—1925.

Év	Népszaporodás évenként abszolút	‰
1720—1780	383	31·4
1780—1799	998	28·3
1799—1810	553	10·2
1810—1821	1.667	27·7
1821—1831	2.410	30·7
1831—1841	453	4·4
1841—1850	7.869	73·4
1850—1869	5.385	30·2
1869—1880	8.220	29·3
1880—1890	13.562	36·6
1890—1900	22.697	44·8
1900—1910	14.701	20·0
1910—1920	4.863	5·5
1920—1925	6.400	6·9

Különösen tanulságosak az ezrelékes arányszámok, amelyek felvilágosítanak bennünket arról, hogy a regisztrált két évszázad alatt az évenkénti relatív szaporodás maximumát az 1841—1850-es évek alatt, minimumát pedig az utolsó évtizedben érte el. Az abszolút szaporodás legnagyobb az 1890—1900. évek közötti gazdasági fellendülés idején volt (évente 22.697), de még a mai nyomorúságos szociális-ökonomikus elesettségünkben is eléri az évi 6400 szaporulatot. Kétségtelen azonban, hogy helyzetünk jobbrafordulása után ez a szám rövidesen magasba ugrik és a relatív szaporodási index is jelentékeny emelkedést produkál.

Köztudomásulag a nagyvárosok népességének gyarapodása csak kisebb részben származik természetes szaporulatból, nagyobb hányadát a bevándorolt és letelepedett lakosság képezi. Amint alábbi, 45. táblázatunk igazolja, ez az általános tétel Budapestre nézve is hiánytalanul fennáll.

45. Budapest népessége származás szerint. — 1880—1925.

1. *Abszolut számokban.*

Megnevezés	1880	1890	1900	1910	1925
Benszülött	151.960	191.217	258.358	311.107	369.074
Bevándorolt	203.722	295.454	445.090	569.264	591.921

2. *Százalékban.*

Benszülött	42·7	39·3	36·7	35·3	38·4
Bevándorolt	57·3	60·7	63·3	64·7	61·6

A százalékos viszonyszámok azt bizonyítják, hogy a régebbi időkben relatíve nagyobb volt a benszülött népesség és magasabb volt annak természetes évi szaporulata, az újabb években pedig ez mindinkább lesorvadt. Szóval a benszülöttek számaránya az évtizedek forgása alatt fogy, a bevándoroltaké viszont ennek arányában növekedik. Ez a folyamat az urbanizációnak tipikus jellemvonása, amit azzal lehet magyarázni, hogy a nagyvárosnak hatalmas méretekben növekedő ipari, kereskedelmi stb. forgalmát a benszülött lakosság nem tudja lebonyolítani s emiatt a népességnek a vidékről való jelentékeny mérvű rekrutálását idézi elő. Ha Budapest lakosságának fejlődését a kereseti ágak szerint vizsgáljuk, akkor kielégítő választ kapunk arra a kérdésre, hogy milyen foglalkozási csoportok azok, melyek a népesség fentebb vázolt fejlődésének tempóját és jellegét diktálják.

46. A kereső népesség fejlődése Budapesten foglalkozás szerint. — 1890—1920.

Megnevezés	Kereső népesség				Százalékokban			
	1890	1900	1910	1920	1890	1900	1910	1920
1. Őstermelés	5.616	5.660	5.294	5.202	1·9	1·4	1·0	1·1
2/*a*) Bányászat	87	240	389	713	0·0	0·1	0·1	0·1
2/*b*) Ipar	104.966	161.039	218.068	187.864	36·7	41·7	44·2	38·4
2/*c*) Kereskedelem, hitel	28.196	46.731	64.881	82.859	9·9	12·1	13·2	16·9
2/*d*) Közlekedés	16.102	22.863	30.462	31.824	5·6	5·9	6·2	6·5
3. Közszolgálat, szabad foglalk. .	18.182	31.240	43.753	63.357	6·4	8·1	8·9	12·9
4. Véderő	14.147	16.484	16.636	16.846	4·8	4·1	3·4	3·5
5. Napszámosok részletezés nélkül	35.908	19.195	11.485	5.502	12·6	5·0	2·3	1·1
6. Vagyonukból élők	10.287	12.756	15.795	24.616	3·8	3·3	3·2	5·0
7. Háziseléd	43.053	57.204	70.117	52.175	15·1	14·8	14·2	10·7
8. Egyéb es ismeretlen	9.470	12.929	16.095	18.588	3·2	3·5	3·3	3·8
Összesen	**286.014**	**386.341**	**492.975**	**489.546**	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**

Az 1920. évi népszámlálás idején bekövetkezett szociális-gazdasági összeomlás természetesen olyan adatokat eredményezett, melyek bizonyos mértékig megzavarják az urdanizációs görbének azt a törvényszerű kialakulá-

sát, amely a vesztett háború és a forradalmak nélkül bekövetkezett volna. Még így is látható azonban, hogy az iparral foglalkozó népesség 1890-től 1920-ig 36·7%-ról 38·4%-ra emelkedett (1910-ben elérte a 44·2%-ot!). Jelentékeny fejlődést mutat a kereskedelmet űző népesség, amelynek százalékos aránya 9·9%-ról 16·9%-ra ugrott. Legnagyobb emelkedés azonban a közszolgálat és a szabad foglalkozás terén mutatkozik, melynek 6·4%-os aránya a regisztrált harminc év alatt 12·9%-ra emelkedett, tehát megduplázódott. Hogy például a házicselédek arányszámában kisebb, a napszámosokéban nagyobb hanyatlást látunk, az is a momentán gazdasági pangásnak a jele, amely a szociális körülmények javulásával feltétlenül meg fog változni. Eltekintve tehát a háború és következményei által okozott zavaró jelenségektől, adataink mégis kielégítő képet nyujtanak arról, hogy az urbanizáció folyamatában milyen foglalkozási ágak szerepelnek leginkább.

Az urbanizációnak a nemi betegségekkel való viszonylatában igen fontos eldöntenünk, hogy vajjon a városiasodásban résztvevő tömegek korbeli viszonyai milyenek. Kétségtelen ugyanis, hogy a veneriás bajok terjesztéséért csak olyan néprétegek tehetők felelőssé, melyek szexualitásuknak teljességében vannak és promiscuitás kifejtésében részesek. Kérdés tehát, hogy a 45. táblázatunkban kimutatott bevándorolt népesség, mely a vidékről beáramolva az urbanizációnak a lényegét megadja, a gyermek, ifjú, felnőtt vagy öreg korosztályokból került-e ki. Sikerült a városoknak és vidéknek a népesség korcsoportjaival való kombinációját összeállítanunk, ami erre a kérdésre teljes értékű feleletet ad.

47. A népesség megoszlása Magyarországon korcsoportonként a város és vidék feltüntetésével. — 1920.

Területi egység	Fi											
	Összesen	éves 0—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	91—100 éves és azon felüli	Ismeretlen korú
	a) *Abszolút számban.*											
Budapest	431.290	67.347	79.120	92.486	75.827	56.607	36.179	17.551	5.152	754	34	233
Tj. városok és rt. városok Budapest nélkül ...	828.219	172.375	182.784	147.239	109.887	87.732	65.932	43.581	15.316	2.489	85	799
Vidék.....	2,611.395	627.071	600.026	364.317	303.513	259.605	226.222	160.129	60.231	9.399	287	595
Összesen ...	3,870.904	866.793	861.930	604.042	489.227	403.944	328.333	221.261	80.699	12.642	406	1.627
	b) *%-ban.*											
Budapest	100·0	15·6	18·3	21·4	17·6	13·1	8·4	4·1	1·2	0·2	0·0	0·1
Tj. városok és rt. városok Budapest nélkül ...	100·0	20·8	22·1	17·8	13·3	10·6	8·0	5·2	1·8	0·3	0·0	0·1
Vidék.....	100·0	24·0	23·0	14·0	11·6	9·9	8·7	6·1	2·3	0·4	0·0	0·0
Összesen ...	100·0	22·4	22·3	15·6	12·6	10·5	8·5	5·7	2·1	0·3	0·0	0·0

47. A népesség megoszlása Magyarországon korcsoportonként a város és vidék feltüntetésével. — 1920. (Vége.)

Területi egység	Nő											
	Összesen	éves 0—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	91—100 éves és azon felül	Ismeretlen korú
	a) *Abszolút számban.*											
Budapest	497.706	66.173	90.562	119.772	87.827	61.391	39.263	22.668	8.105	1.296	74	575
Tj. városok és rt. városok Budapest nélkül ...	873.272	171.152	187.554	156.913	125.010	93.111	68.664	47.276	19.097	3,540	189	766
Vidék.....	2,738.261	619.008	597.144	439.687	355.014	276.186	223.083	156.590	60.083	10.077	513	876
Összesen ...	4,109.239	856.333	875.260	716.372	567.851	430.688	331.010	226.534	87.285	14.913	776	2.217
	b) *%-ban.*											
Budapest	100·0	13·3	18·2	24·1	17·6	12·3	7·9	4·6	1·6	0·3	0·0	0·1
Tj. városok és rt. városok Budapest nélkül ...	100·0	19·6	21·5	18·0	14·3	10·7	7·8	5·4	2·2	0·4	0·0	0·1
Vidék.....	100·0	22·6	21·8	16·1	13·0	10·1	8·1	5·7	2·2	0·4	0·0	0·0
Összesen ...	100·0	20·8	21·3	17·4	13·8	10·5	8·1	5·5	2·1	0·4	0·0	0·1

A százalékos eredményeket vizsgálva, az ország férfilakosságánál következő érdekes megoszlást találunk. A 0—10 éves gyermekek legnagyobb számban a falvakban élnek (24·0%), második helyre kerülnek a vidéki (törvényhatósági jogú és rendezett tanácsú) városok (20·8%) és legkisebb arányszámban élnek Budapesten (15·6%). A 11—20 éveseknél a sorrend a nagyváros, kisváros és falu közt ugyanolyan marad (23·0%, 22·1%, 18·3%), de azért feltűnő eltérés mutatkozik, amennyiben az előbbi korcsoport arányszámához képest a falun némi csökkenés, a vidéki városban kisfokú, a nagyvárosban pedig nagyobb fokú emelkedés jelentkezik. A 21—30 éves férfiak korcsoportjában aztán már a sorrend is gyökeresen megváltozik, amennyiben itt már az előbbiekhez képest megfordítva, Budapest arányszáma vezet (21·4%), utána jönnek a vidéki városok (17·8%) és utolsó helyre jutnak a falvak és tanyák (14·0%). Ez a sorrend a 31—40 és 41—50 évesek korcsoportjában is megmarad és csak az azután következő öregebb korosztályokban kapja vissza a vidék a vezető szerepét. Nőknél a helyzet nagyjából ugyanez és itt legfeljebb azt kell kiemelnünk, hogy Budapesten a 21—30 éves női korosztály a 24·1%-nyi arányszámával még a férfinépesség arányánál is relatíve erősebben van képviselve.

Mindebből azt olvashatjuk le, hogy elsősorban a nagyváros népességében, másodsorban a kisvárosokéban a 20—50 évesek korosztálya a falusi népességhez viszonyítva erős túlsúlyban van, viszont a falukon és tanyákon a gyermekkorban és öregkorban levő népesség aránya dominál. Az urbanizáció folyamatába kapcsolódó tömegek életsorrendjében ez azt

jelenti, hogy a városok népességének természetes szaporodása kisebb, a falué lényegesen nagyobb. Emiatt a gyermekek és serdülők relatív többsége a 21. életévig vidéken található. Budapest népességének 11—20 éves korcsoportja is feltünően emelkedik, tehát már ekkor megkezdődik a vidéki serdülő fiatalságnak a fővárosba való áramlása, ami tetőpontját a 21—50 éves munkaerős korosztályoknál éri el. Világos tehát, hogy éppen azok a korosztályok kerülnek a nagyváros forgatagába, amelyek teljes szexuális képességgel bírnak s a promiscuitás veszedelmének leginkább ki vannak szolgáltatva. Ez is egyik fontos magyarázata, hogy relatíve miért nagyobb a városok veneriás morbiditása a vidékénél.

Az urbanizáció folyamata évtizedről-évtizedre fokozatos tempóban, de — úgylátszik — feltartózhatatlanul halad előre. Ennek az átalakulásnak a kapcsán a legkisebb helységek lakossága sorvad a leginkább és a leglakottabb városok gyarapodnak a legrohamosabban. A kisebbedő falusi népesség a növekvő városi lakosságot duzzasztja, az utóbbinak szexuális erkölcseit veszi át és annak következményeit viseli. Az alább következő 48. sz. táblázat a lakosságnak 1880-tól 1920-ig történt eltolódását tünteti fel és az urbanizáció számszerű jelentőségét dokumentálja.

48. A népesség tömörülése Magyarországon. — 1880—1920.

A községek csoportjai lakosság szerint	A lakosok összes száma									
	1880-ban		1890-ben		1900-ban		1910-ben		1920-ban	
	szám-szerint	%-ban	szám-szerint	%-ban	szám-szerint	%-ban	szám-szerint	%-ban	szám-szerint	%-ban
100 lakosig....	18·586	0·14	12·531	0·08	8·752	0·05	506	0·0	300	0·0
101— 200 „	151·912	1·10	128·426	0·85	109·582	0·66	15·430	0·2	17·323	0·2
201— 300 „	345·630	2·51	298.853	1·97	263.335	1·57	56.625	0·8	50.436	0·6
301— 500 „	1,088.600	7·92	1,023.295	6.75	970:668	5.81	214.149	2·8	210.851	2·7
501— 700 „	1,230.486	8·95	1,206.327	7·96	1,201.548	7·18	289.490	3·8	288.233	3·6
701—1000 „	1,576 187	11·46	1,652.959	10·90	1,688.650	10·10	442.270	5·8	438.180	5·5
1000 lakoson alul ...	4,411.401	32·08	4,322.391	28·51	4,242.535	25·37	1,018.470	13·4	1,005.323	12·6
1.001— 1.500 lakosig	1,902.239	13·84	2,026.279	13·36	2,175.860	13·01	674.927	8·9	661.840	8·3
1.501— 2.000 „	1,271.116	9·24	1,271.537	9·05	1,487.404	8·90	537.041	7·1	508.911	6·4
2.001— 3.000 „	1,500.280	10·91	1,709.259	11·27	1,849.675	11·06	733.996	9·6	779.810	9·8
3.001— 5.000 „	1.372·200	9·98	1,685.990	11·12	1,956.276	11·70	949.810	11·2	916.788	11·5
1.001— 5.000 „	6,045.835	43·97	6,793.065	44·80	7,469.215	44·67	2,795.774	36·8	2,867.349	36·0
5.001—10.000 „	1,100.489	8·01	1,346.680	8·88	1,593.789	9·53	892.669	11·7	896.666	11·2
10.000 lakoson felül..	2,191.878	15·94	2,700.852	17·81	3,416.935	20·43	2,990.058	38·1	3,210.805	40·2
Összesen ...	13,749.603	100·00	15,162.988	100·00	16,721.574	100·00	7,606.971	100·0	7,980.143	100·0

Tabellánk Magyarország népességét a lakóhelyek lélekszám szerinti nagysága szerint tizenkét kategóriába osztja. A 100 lakoson aluli helységek, melyek még 1880—1900-ban fennálltak, ma már meg is szüntek, beolvadtak a nagyobb falvakba. De csökkenést látunk az elmult negyven év alatt a 101—200, 201—300, 301—500, 501—700, 701—1000, 1001—1500, 1501—2000 és a 2001—3000 lakosú helységek népességében is. Meg kell jegyeznünk, hogy a csökkenés legnagyobb a legkisebb lélekszámú falvakban és annak

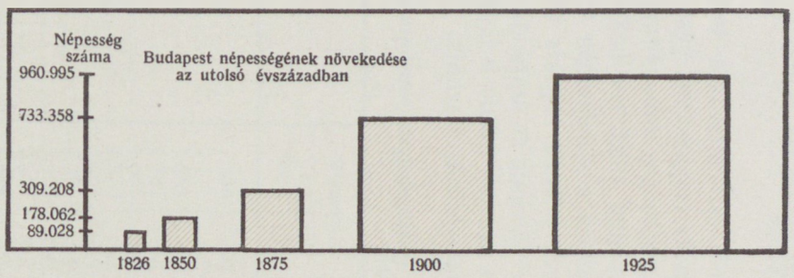
arányában fogy a csökkenés, ahogy a 3000 lakosú helységek felé közeledünk. Ekkor aztán teljesen megfordul a helyzet s a 3001—5000, 5001—10.000 és 10.000-en felüli helységeknél már emelkedést látunk. A legnagyobb ez a létszámemelkedés a legtöbb lélekszámú helységek csoportjában.

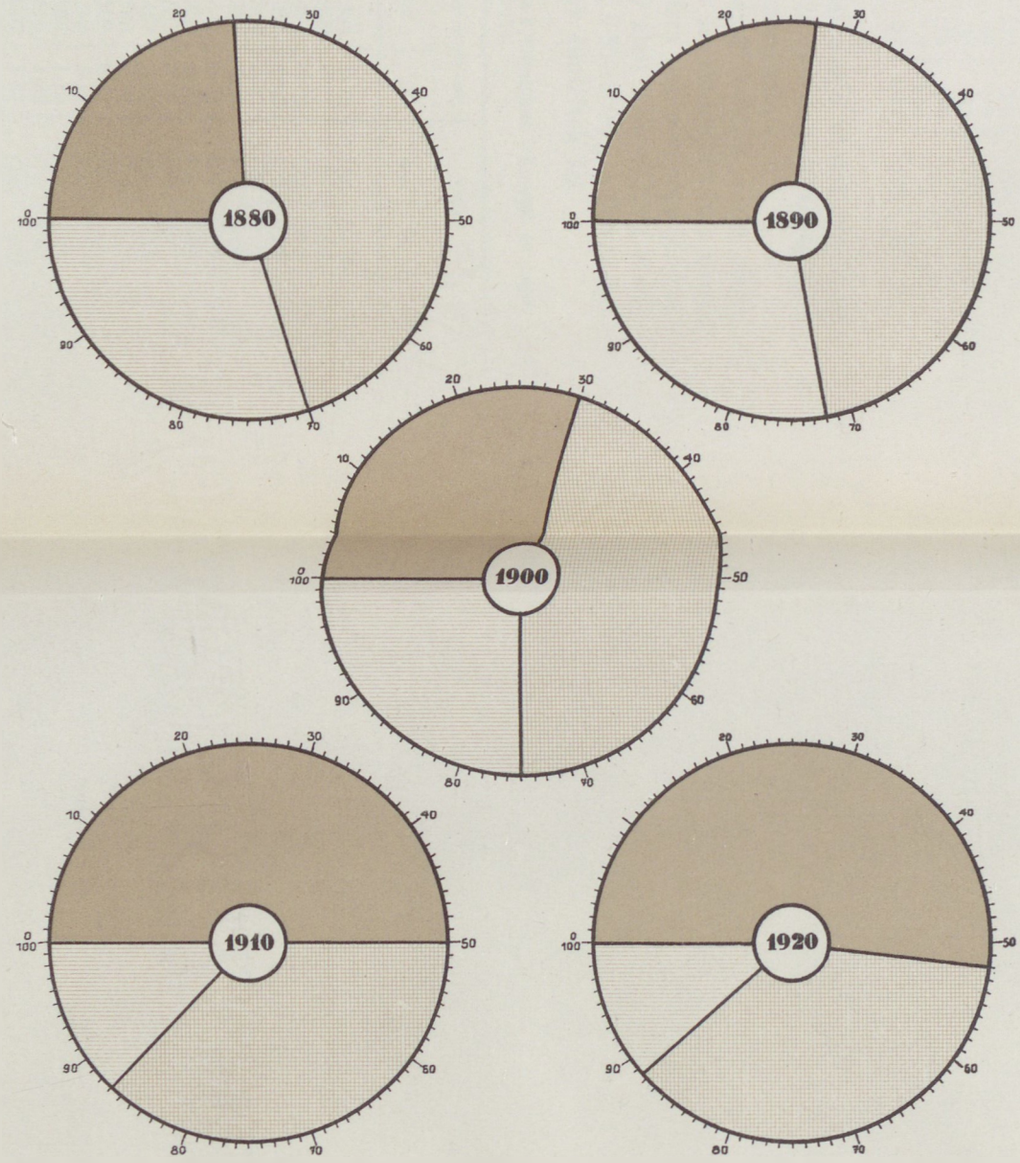
Az urbanizáció folyamatát érzékelteti az V. számú grafikonunk is, melynek sötét satirozású szegmentumai azt mutatják, hogy az 5000 léleknél magasabb népességű városok lakossága, mely még 1880-ban az ország összlakosságának negyedét sem érte el, ma már egész lakosságunk több, mint felét jelenti.

Az elmondottak azt bizonyítják, hogy a városi lakosság a falusi lakosság rovására állandóan növekedik, ami a nemi egészség tekintetében kettős veszélyt jelent. Egyik veszedelem általában a laza szexuális erkölccsel bíró városi népesség szaporodása, annak a vidéki népességnek rovására, amely ezzel az amorális közfelfogással nincsen megfertőzve s a promiscuitást kerüli vagy legalább is nem űzi olyan mértékben, mint a városi lakosság. Itt említhetjük meg a városiasodásnak azt a káros kihatását, ami az életigények aránytalan felfokozásában mutatkozik. Ez a városi tömegek szexuális életével olymódon kerül kapcsolatba, hogy a városba vándorolt igénytelen rétegeket a fokozódó szociális igények az egyszerűbb körülmények között való élettől eltérítik s jobb kereseti viszonyok híján a családalapítástól visszatartják. Közismert, hogy a falusi lakosság szerényebb életigénye miatt szűkösebb viszonyok között is megházasodik s ezáltal a promiscuitás lehetőségét általában megszünteti. Az urbanizáció áramlásával a nagyvárosokba kerülő népesség viszont az itt szerzett magasabb életigényeiről lemondani nehezebben tud és a családi élet terheit kerülve, inkább a promiscuitásnak él. Ezen a ponton kapcsolódik össze a kétféle szociális adottság, az urbanizáció és a vele járó magas életigény, hogy a kettő együtt a nemi betegségek további terjedését eredményezze. Az urbanizáció másik veszedelme pedig abban rejlik, hogy az a tömeg, mely a városok ipartelepeinek, kereskedelmének, közhivatalainak és proletariátusának népességét duzzasztja, a munkakereső és munkabíró fiatal néprétegekből, vagyis a nemi betegségek által veszélyeztetett korosztályokból rekrutálódik. Ha tehát elfogadjuk azt a tételt, hogy a nemi betegségek terjedésének nagyobb-kisebb mértékben való terjedése jórészben a népesség települési strukturája által van feltételezve, valamint annak a nagyvárosban, kisvárosban és vidéken történő megoszlásától függ, akkor el kell fogadnunk azt a következtetést is, hogy az urbanizáció feltartóztathatatlannak látszó folyamata a promiscuitásnak és a nemi betegségeknek állandó további terjedését eredményezheti, ha csak megfelelő szociálhigiénés rendszabályokkal azt a jövőben megakadályoznunk nem sikerül.

Hogy a nemi betegségek gyakorisága valóban a népesség letelepülési strukturájától függ és számtani arányban emelkedik a lakóhelyek lélekszámának növekedésével, például álljanak a következő esztországi adatok:

V. A népesség tömörülésének eltolódása Magyarországon a sűrűn lakott, nemi betegségek által inkább veszélyeztetett helyiségekbe. — 1880—1920.





5000 lakoson felüli helységekben lakó népesség

1000—5.000 lakossal bíró helységekben lakó népesség

1000 lakoson aluli helységekben lakó népesség



49. A friss nemi betegségek megoszlása Esztországban város és vidék szerint. — 1923.

Helyiség	Népesség száma	Friss szifilisz		Lágyfekély		Friss kankó	
		absz.	‰	absz.	‰	absz.	‰
Reval	122.419	177	1·4	116	0·95	1.869	15·3
Dorpat	50.342	69	1·4	5	0·10	329	6·5
Narva	26.912	36	1·3	17	0·60	140	5·2
Pärnu	18.499	10	0·5	—	—	41	2·2
Egyéb kisebb városok	45.252	8	0·18	1	0·02	30	0·7
Falvak	827.583	87	0·12	12	0·01	269	0·3

Ugyanezt a következetes eloszlási arányt tünteti fel Dániának rendszeresen és nagy alapossággal készült 24 évre terjedő adatgyüjtése, melyet VI. számú grafikonunk segítségével érzékeltetünk.

E grafikon vertikális hullámzásának okairól majd később fogunk beszámolni. A népességnek a helységek lélekszámához és a veneriás morbiditáshoz való arányát illetőleg csak arra utalunk, hogy Koppenhága friss szifiliszes morbiditása az ábrázolt 24 év alatt 2·10—5·80‰ között mozgott, míg ugyanekkor a vidéki városok csak 0·55—2·0‰, a falvak pedig csupán 0·06—0·22‰ szifiliszes sűrűségi arányt tűntettek fel.

50. A friss szifiliszes megbetegedések száma Dániában városok és vidék szerint. 1900—1924.

Év	Koppenhága		Egyéb városok		Vidék		Egész Dánia	
	absz.	‰	absz.	‰	absz.	‰	absz.	‰
1900	1.799	5·0	384	0·73	131	0·08	2.314	0·95
1901	2.171	5·7	398	0·71	151	0·09	2.720	1·11
1902	1.853	4·6	403	0·72	128	0·08	2.404	0·96
1903	1.787	4·3	368	0·65	135	0·09	2.290	0·91
1904	1.667	3·9	360	0·63	123	0·08	2.150	0·85
1905	1.376	3·2	328	0·55	104	0·06	1.802	0·70
1906	1.422	3·3	345	0·58	104	0·06	1.871	0·72
1907	1.971	4·5	455	0·75	107	0·06	2.533	0·96
1908	2.473	5·6	565	0·91	175	0·11	3.211	1·21
1909	2.213	4·9	447	0·71	149	0·09	2.813	1·05
1910	2.454	5·3	540	0·84	164	0·10	3.109	1·14
1911	2.696	5·8	599	0·92	185	0·11	3.480	1·26
1912	2.383	5·0	758	1·15	204	0·12	3.141	1·13
1913	1.713	3·5	784	1·16	163	0·12	2.497	0·87
1914	2.214	4·5	819	1·20	211	0·11	3.033	1·06
1915	2.275	4·6	1.023	1·45	223	0·13	3.298	1·10
1916	2.498	4·9	1.366	1·94	253	0·15	3.864	1·32
1917	2.321	4·4	1.291	1·79	286	0·17	3.612	1·22
1918	2.364	4·4	1.420	1·96	316	0·18	3.784	1·25
1919	2.981	5·4	1.490	2·00	295	0·16	4.471	1·46
1920	2.879	5·2	1.450	1·89	339	0·19	4.329	1·40
1921	2.496	4·4	1.050	1·27	409	0·22	3.955	1·20
1922	1.515	2·7	773	0·92	323	0·17	2.611	0·79
1923	1.338	2·3	851	1·09	307	0·16	2.496	0·75
1924	1.245	2·1	740	0·88	227	0·12	2.212	0·66

Nyilvánvaló, hogy Koppenhága szifiliszes morbiditásának aránya 4—5-ször nagyobb a vidéki városokénál és kb. 40—50-szer magasabb a falu morbiditásánál, ami teljes mértékben igazolja azokat a feltevéseket, melyeket az urbanizációról szóló fejtegetések kapcsán hangoztattunk. Az egész 24 év eredményét tekintve, Koppenhágában a regisztrált időmennyiség vége felé (1922 óta) a szifilisz terjedésében némi csökkenést látunk. Feltűnő azonban, hogy ugyanekkor a kisvárosok és főleg a falu népessége között a 24 év előtti viszonyokhoz képest jelentékeny emelkedés mutatkozik. Ennek az okát is — habár első pillanatban talán ellentmondásnak látszik — az urbanizáció közvetett befolyására vezethetjük vissza. A folytonos belső vándorlás, a vidéknek a városba való áramlása, majd visszatelepülése egyrészt a falu szexuális erkölcsét aláássa, másrészt pedig a városi időszaki munkások és visszatelepülők (cselédek stb.) révén a falusi endemia nívója lassanként emelkedik.

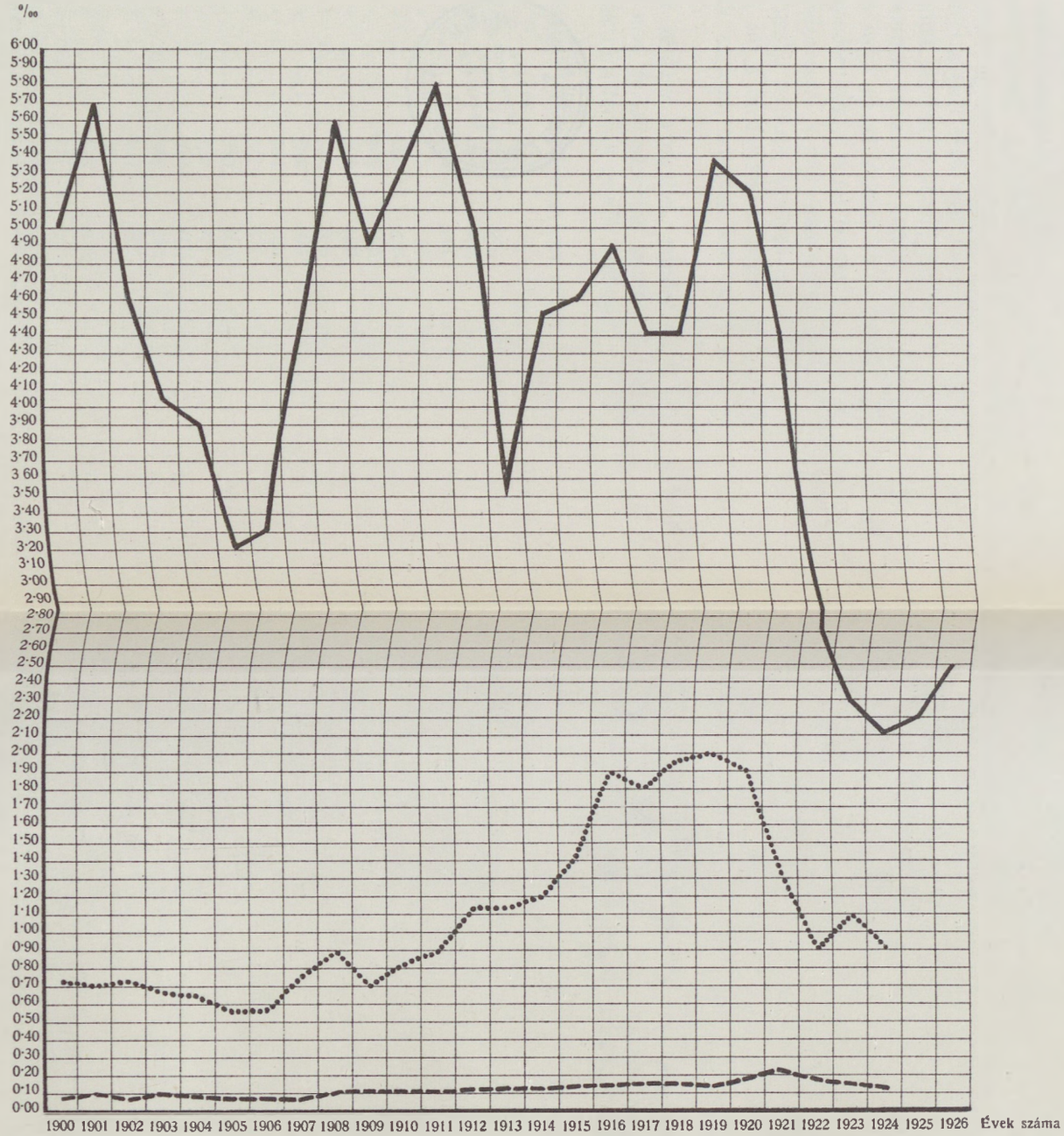
Összes adataink figyelembe vétele után meg kell állapítanunk, hogy a promiscuitásnak és a veneriás betegségeknek egyik igen lényeges társadalomegészségügyi okát az urbanizáció folyamatában találjuk.

Tovább kutatva azokat a tényezőket, melyek a promiscuitás indokolásául szolgálnak, a nők többletének kérdésére térünk át. A női nem többlete a férfigyermek születésének túlsúlya dacára onnan ered, hogy a fiúgyermekek halálozása messze felülmulja a leánygyermekekét, továbbá, hogy a férfiak halálozása az életmódjuk és nehezebb teherviselésük következtében átlagban korábban következik be, mint a nőké és végül onnan, hogy az erőszakos halálnemek (háborúk, forradalmak) mindig a férfiak sorait ritkítják. Ezek a körülmények okozzák, hogy a nők állandóan többségben vannak a férfiak felett, hiszen az idevágó adatok szerint 1910-ben Európa 460 millió lakosa között 9 és fél millióval több nő élt, mint férfi.

A nők népszáma ezóta még lényegesen emelkedett és ha meggondoljuk, hogy Európában nagyobb a női fölösleg, mint az egész mai Magyarország teljes lakossága, akkor lehetetlen szónélkül elsiklani amellett a kérdés mellett, hogy szexuális szempontból ezzel a horribilis női többlettel tulajdonképpen mi történik. Ez az a pont, ahol százszázalékig még az az ideális elgondolásunk sem segít, hogy a házasság intézménye kiküszöbölhetné a promiscuitás veszedelmét. Hiszen, ha minden szexuálisan érett férfi és nő házastársi kötelékre lépne, még akkor is fennmaradna a sokmillióra rúgó női fölösleg. Ez a női többlet, amely minden szociális okon és a véletlen egyéb játékán kívül, egyenesen a számtani törvények alapján maradt ki a házasság kereteiből, követeli jussát az élettől és tekintélyes része, amely az önmegtartóztatásnak az egész életre terjedő nemes, de igen nehéz formáját nem képes vállalni, a nemi kielégülést a házasságon kívüli életben keresi meg. Ha tehát most eltekintünk azoktól a férfitömegektől, amelyek

VI. A friss szifiliszes fertőzések megoszlása a nagyvárosban, a többi városokban és a vidéken.

(Dánia, 1900—1926.)



szociális vagy egyéb okok miatt nem nősülnek, a fent tárgyalt női fölösleg, amely számtani arányánál fogva marad ki a házasságból, egymagában véve is örök forrása lesz a promiscuitásnak. Ez a többlet, — eltekintve a tisztességes, lemondó nők kisebbtömegű kasztjától — az érdektelen barátnőtől és a kitartott nőtől egészen a grisette-típusig és a közönséges prostituáltig jellegzetes skáláját mutatja a férfi után való törekvésnek. Ennek a törekvésnek, valamint a könnyű sikerek és lehetőségek fennállásának a tudata aztán elősegíti a férfinemnek fejezetünk előbbi szakaszában részletezett hajlamát a promiscuitás iránt és az ekként különböző okokból mindkét nemnél bekövetkező promiscuitás a nemi betegségek kiirtását majdnem kivihetetlenné teszi. Mindenesetre a nők többletének kérdése a promiscuitás leküzdésének legdesperátusabb területe, amelyen mai elgondolásunk szerint olyan szociális reformok, sőt a társadalmi struktura olyan mélyreható átalakulásai sem tudnának segíteni, amelyek sok egyéb nehézséget bizonyosan kiküszöbölnének.

A nők többletének kérdését vizsgálva, mindenekelőtt tekintsük át Budapest népességének nem és korcsoportok szerinti halandóságát, hogy először is ezzel világítsunk rá a férfiak és nők arányának eltolódására.

51. A népesség halandósága a székesfővárosban nem és kor szerint. — 1927.

Kor	Fi	Nő	Összesen
0— 1 évig	1.187	866	2.053
1— 5 «	437	402	839
5—10 «	194	161	355
10—15 «	111	96	207
15—20 «	255	326	581
20—25 «	405	399	804
25—30 «	395	400	795
30—35 «	366	396	762
35—40 «	368	371	739
40—45 «	484	426	910
45—50 «	511	471	982
50—55 «	595	506	1.101
55—60 «	622	451	1.073
60—65 «	674	506	1.180
65—70 «	648	594	1.242
70—75 «	520	626	1.146
75—80 «	381	553	934
80—85 «	179	306	485
85— «	111	204	315
Ismeretlen	12	14	26
Összesen....	8.455	8.074	16.529

A korcsoportok és nemek halálozási arányát még szemléltetőbben mutatja a halandóság százszázalékos megoszlása.

52. A népesség halandóságának százalékos megoszlása a székesfővárosban nem és kor szerint. — 1927.

Kor	Fi	Nő	Együtt
0— 1 évig	14·04	10·73	12·42
1— 5 «	5·17	4·98	5·08
5—10 «	2·29	1·99	2·15
10—15 «	1·31	1·19	1·25
15—20 «	3·02	4·04	3·52
20—25 «	4·79	4·94	4·86
25—30 «	4·67	4·95	4·81
30—35 «	4·33	4·90	4·61
35—40 «	4·35	4·59	4·47
40—45 «	5·72	5·28	5·51
45—50 «	6·04	5·83	5·94
50—55 «	7·04	6·27	6·66
55—60 «	7·36	5·59	6·49
60—65 «	7·97	6·27	7·14
65—70 «	7·67	7·36	7·51
70—75 «	6·15	7·75	6·93
75—80 «	4·51	6·85	5·65
80—85 «	2·12	3·79	2·93
85— «	1·31	2·53	1·91
Ismeretlen	0·14	0·17	0·16
Összesen....	**100·00**	**100·00**	**100·00**

Láthatjuk, hogy 1927-ben egyéves korig 14·04% jut a fiúgyermekek és csak 10·78% a leánygyermekek halálozására, tehát már az első életévben ennyivel magasabb volt a férfihalandóság a nőinél. A férfiak halálozásának többlete egészen a 15. életévig tart, amikor a nők fölöslege már tetemes fokot ér el. Csak ekkor fordul meg az arány, úgy, hogy 40 éves korig magasabb a nők mortalitása a férfiakénál. A 40. évtől a 70. évig ismét a férfiak vezetnek, hogy aztán a további életévek alatt — hosszabb életkoruknak megfelelően — ismét a nők magasabb halálozási aránya dominéljon.

1928-ra vonatkozólag a következő mortalitási megoszlást találjuk:

53. A népesség halandósága a székesfővárosban nem és kor szerint. — 1928.

Kor	Fi	Nő	Együtt
0— 1 évig	1.175	888	2.063
1— 5 «	452	366	818
5—10 «	195	180	375
10—15 «	80	95	175
15—20 «	247	316	563
20—25 «	408	383	791
25—30 «	414	406	820
30—35 «	401	427	828
35—40 «	379	371	750
40—45 «	491	404	895
45—50 «	520	420	940
50—55 «	622	418	1.040
55—60 «	682	489	1.171
60—65 «	653	476	1.129
65—70 «	600	526	1.126
70—75 «	520	565	1.085
75—80 «	387	531	918
80—85 «	188	308	496
85— «	106	206	312
Ismeretlen	7	13	20
Összesen....	**8.527**	**7.788**	**16.315**

Ez a tapasztalás nem véletlen játéka! Bármelyik esztendő anyagát vesszük elő, lényegileg ugyanazokat a hullámzásokat észleljük, mint az 1927. évben. Ennek szemléltetésére az 1928. esztendőről is közöljük a halandóság korcsoportok és nem szerint való százalékos megoszlását.

54. A népesség halandóságának százalékos megoszlása a székesfővárosban nem és kor szerint. — 1928.

Kor	Fi	Nő	Együtt
0— 1 évig	13·78	11·40	12·64
1— 5 «	5·30	4·70	5·01
5—10 «	2·29	2·31	2·30
10—15 «	0·94	1·22	1·07
15—20 «	2·90	4·06	3·45
20—25 «	4·78	4·92	4·85
25—30 «	4·86	5·21	5·03
30—35 «	4·70	5·48	5·08
35—40 «	4·44	4·76	4·60
40—45 «	5·76	5·19	5·49
45—50 «	6·10	5·39	5·76
50—55 «	7·29	5·37	6·37
55—60 «	8·00	6·28	7·18
60—65 «	7·66	6·11	6·92
65—70 «	7·04	6·75	6·90
70—75 «	6·10	7·26	6·65
75—80 «	4·54	6·82	5·63
80—85 «	2·20	3·95	3·04
85— «	1·24	2·65	1·91
Ismeretlen	0·08	0·17	0·12
Összesen....	100·00	100·00	100·00

Itt is az első életév alatt a fiúgyermekek lényeges megritkulását látjuk. Annyiban van az előző évi mortalitáshoz viszonyítva eltérés, hogy a nők a vezetőszerepet már a 10. évnél átveszik, de az előzőkhöz hasonlóan csak a 40. évig tartják meg. A 40—70 éves korosztályokban van a férfinépesség második súlyos veszteségi periódusa, azután pedig az 1928-i adatok szerint is a nők aránya dominál. Lényegében tehát az idézett két év mortalitásának eredménye teljesen kongruál és abban csúcsosodik ki, hogy a nagyobb számban születő fiúgyermekek magasabb halálozásuk miatt rövidesen minoritássá törpülnek, amit a férfinépességnek negyven évnél kezdődő súlyos halálozási indexe még tovább fokoz.

Ezek a kedvezőtlen számok a békés évekre vonatkoznak, de ezeket még tetemesen súlyosbítja az a veszteség, amit a férfilakosság a háborúk és véres forradalmak alatt szenved. Ha csak az utolsó évszázadok közeli történetébe lapozunk, az emberiség széles rétegeiben alig találunk itt-ott egy-két generációt, amelyet a háborúk meg nem tizedeltek. Háború esetén aztán a férfiak mortalitása a nőkkel szemben nemcsak a gyermek és negyvenen felüli korban, hanem az ifjú, hadköteles időszakban is dominál, ami a nők többletének még további katasztrófális gyarapodását eredményezi és káros kihatását évtizedekkel a háború lezajlása utánra is érezteti.

Ismeretes, hogy I. Napoleon idejében, a franciák európai háborúja után Franciaországban a férfinépesség annyira megritkult, hogy 1000 férfire 1059 nő esett. VII. Károly csatái után (1700—1718) Svédországban még nagyobb méreteket öltött a nők fölöslege, mert itt 1000 férfira meg éppen 1250 nő jutott.

De nem kell bizonyítékokért a történelemben ilyen messzire visszalapoznunk, mert az 1914—1918. évi világháború is döntő adatokat szolgáltat. Hecht adataiból azt látjuk, hogy Oroszországban a háború előtt 1000 férfilakosra 1042 nő jutott, ma pedig 1229 nő. Németországban ugyancsak a háború előtt az arány 1000 : 1026 volt, ma 1000 : 1100. Ausztriában a lakosság úgy oszlódott meg, hogy 1000 férfira 1047 nő jutott, ma pedig 1069. Jugoszláviában a háború előtti arányszám 1000 : 945 volt, ma 1000 : 1042, Romániában azelőtt 1000 : 979, ma 1000 : 985, Görögországban a háború előtt 1000 : 980, most 1000 : 1013. Anglia lakosságából a háború előtt 1000 férfira 1067 nő, azóta pedig 1093 esett. Végül Magyarország népessége a férfiak és nők megoszlása tekintetében az 1910. és az 1920. évi népszámlálás adatai szerint olyan eltolódást szenvedett, hogy a háború előtti 1000 : 1017, 1920-ban 1000 : 1062-re emelkedett.

Kétségtelen, hogy a nők túlszaporodásának aránya a békés időkben is lassú növekedésben van, de egy-egy nagy háború a férfilakosság ritkítása folytán ezt a folyamatot erős lökésekkel segíti elő. Hecht becslése szerint Európa női lakosságának többlete ma 20 milliónál magasabb számot jelent, amit összehasonlítva a háború előtti 9 és fél milliónyi többlettel, kitünik, hogy a háborús népesedési eltolódások következtében a női fölösleg több, mint kétszeresére emelkedett. A szexuális etikának és higiénének egyik legnehezebb feladata ennek a házasság révébe be nem evezhető hatalmas női tömegnek a promiscuitástól való visszatartása.

Székesfővárosunk viszonyait illetőleg, a nők többletének gyarapodásában az imént leszögezett törvényszerűséget teljes egészében érvényesülni látjuk. A népességnek nemek szerinti megoszlása ugyanis az utolsó 45 év alatt (1880—1925) következő jellegzetes eredményt mutatja:

55. A népesség megoszlása a székesfővárosban nemek szerint a nők többletével. 1880—1925.

Év	Polgári népesség		Katona	1000 fi-re jut nő	
				exkluzive	inkluzive
	férfi	nő		katonaság	
1880	172.021	183.661	10.216	1.068	1.008
1890	236.850	249.821	14.147	1.055	995
1900	339.649	363.799	16.484	1.071	1.022
1906	377.300	397.264	17.184	1.053	1.007
1910	416.968	446.767	16.636	1.072	1.030
1920	431.290	497.706	—	—	1.154
1925	438.456	522.539	—	—	1.142

Míg 1880—1890 körül még körülbelül egyenlő volt Budapesten a férfiak és nők száma, ez az arány 1900-ban már lényegesen eltolódott a nők rovására, úgy, hogy ekkor 1000 férfira már 1022 nő jutott. A nők többlete a következő évtödben ugyan visszaesett és csak 1000 : 1007 volt az arány, azonban ez a nyilván gazdasági körülményekkel összefüggő változás csak rövid átmenet volt, hogy aztán 1910-ben a nők többlete ismét elérje, sőt túlhaladja (1000 : 1030) a tíz évvel azelőtti státust. Ennek a jelenségnek magyarázatául ki kell emelnünk, hogy amikor nem az ország teljes népességének nemek szerinti megoszlását kutatjuk, hanem — mint jelen esetben is — az ország lakosságának csak egy bizonyos hányadát tesszük vizsgálat tárgyává, olyankor a szaporodási faktorokon kívül egyéb szempontokat, elsősorban a belső vándorlást és a letelepülés körülményeit is szemelőtt kell tartanunk. Ez a tényező szorosan összefügg a már tárgyalt urbanizáció problémájával és a vidéki női tömegeknek a fővárosba való özönlése vagy az onnan gazdasági okokból való visszahúzódása az országos számoktól eltérő hullámzásokat eredményezhet. Ilyen süllyedő tendenciájú hullámnak kell tartanunk 1906-ban a női többlet csökkenését, melyre aztán rövidesen bekövetkezett a reakció. A nemek arányának tipikus háborús eltolódását látjuk az 1910. és az 1920. népszámlálás eredményeiben, amelyek szerint a nők többlete 1000 férfihez viszonyítva 1030-ról 1154-re, tehát több, mint ötszörösére ugrott fel. Problémánk szempontjából nagyon aggasztók az 1925. évi adatok is, amelyek azt mutatják, hogy a többletnek a háború okozta magas nívója nemcsak hogy megmaradt, hanem a nehéz szociális-ökonomikus körülmények dacára — amik a nőknek a fővárosba való áramlását a normális idők viszonyaihoz mérve nem teszik kívánatossá — még tovább emelkedett. Ennek következtében a jövőre azzal az eshetőséggel kell számolnunk, hogy a háború okozta férfi-ritkulás folytán előállott magasszámú nőtöbblet egy bekövetkezendő gazdasági fellendülés esetén a belső vándorlás emelkedésével még magasabb arányszámot érhet el, ami a promiscuitás további fokozódását vonhatja maga után. Ha a székesfőváros népességének szaporodását vizsgáljuk, akkor lényegileg szintén az előbb kifejezett következtetésekhez kell jutnunk :

56. A népesség szaporulata a székesfővárosban nem szerint. — 1873—1925.

Nem	Tényleges össznépesség az év végén						
	1873	1880	1890	1900	1910	1920	1925
	a) *Abszolút számokban.*						
Férfi	147.345	184.154	252.668	360.683	433.604	431.290	438.456
Nő	149.522	186.613	253.716	372.675	446.767	497.706	522.539
Összesen	**296.867**	**370.767**	**506.384**	**733.358**	**880.371**	**928.996**	**960.995**
	b) *Százalékokban.*						
Férfi	49·6	49·7	49·9	49·2	49·3	46·4	45·6
Nő	50·4	50·3	50·1	50·8	50·7	53·6	54·4
Összesen	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**

A százalékos arányszámok könnyen áttekinthetővé teszik, hogy a női lakosság némi hullámzással ugyan, de állandó természetű emelkedő tendenciát jelez. Az 1873. évben a férfiak a főváros teljes népességének 49·6%-át, a nők 50·4%-át képezték. A nők aránya 1890-ben 50·1%-ra esett vissza, de azóta folytonos emelkedésben van és 1925-ben elérte az 54·4%-ot. Ez a 4·4% alkotja tehát a nők veszedelmet jelentő többletét.

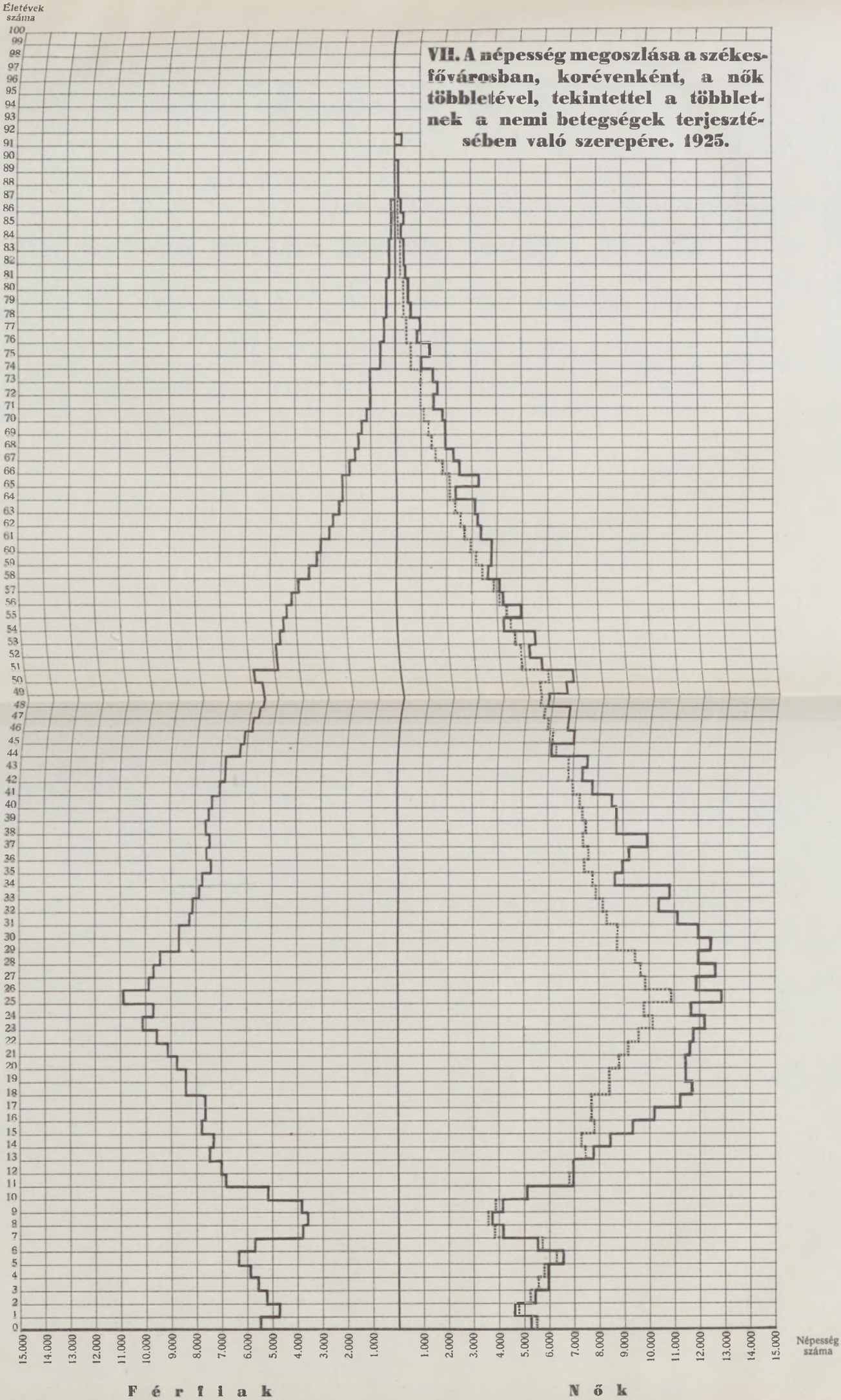
A promiscuitásnak és a nemi betegségeknek társadalmi vonatkozásait kutatva, a női többlet problémáival kapcsolatba még arra a kérdésre kell feleletet kapnunk, hogy ez a többlet az életkorok és évcsoportok közül melyikben dominál? E célból az 57. táblázatunkban közöljük Budapest népességének korévenkénti megoszlását, a nők többletével, az 1925. esztendőben.

Öt korosztályban, vagyis a 0—1., továbbá 1—2., 6—7., 44—45. és 54—55. évesek csoportjában negatív a többlet, azaz a férfiak vannak túlsúlyban. Ezek közül az első két életév adatainak van csak jelentősége, amennyiben itt a férfiak többségét a fiúgyermekek magasabb születési aránya magyarázza. Az 1925. évben Budapesten 155-tel volt több 0—1 éves fiúgyermek, mint leány, de már csak 25-tel több 1—2 éves. A fiúgyermekeknek — már előbb említett — magasabb halálozása okozza, hogy a 3. évben már a leánygyermekek többsége dominál, ami aztán egy-két kivételes évfolyamtól eltekintve, az összes korévekben megmarad.

Ha a népességnek korévek szerinti megoszlását és az egyes korévekhez tartozó férfi és női népesség kombinációját érzékeltetjük, akkor igen érdekes ábrát kapunk (Altersaufbau), amelyet VII. számú grafikonunkban mutatunk be.

Mindenekelőtt szemünkbe ötlik a grafikonnak sajátságos orsószerű alakja, amely akként áll elő, hogy a gyermekkorban levő népességnek alacsonyabb száma alkotja az orsó alsó szűkületét, a számbelileg dominálló ifjúkor az orsónak kidomborodó hasát, a kb. 40 éven felüli kor az orsó felső szűkülését és végül az öreg- és aggkor az orsónak fokozatosan keskenyedő csúcsát. A vetületnek a korosztályok számbeli arányából következő sajátságos formája teljesen jellemző a nagyvárosok népességi strukturájára. Itt nem a születések magas száma és nem a gyermekkor dominál, hanem az ifjúkor számbeli többsége domborodik ki. Persze, ha az urbanizáció folyamatából következő bevándorlás nem befolyásolná a kép kialakulását, akkor az nagyjából szabályos kúpalakot mutatna, mely az alapjánál lenne legszélesebb, az újszülöttek és csecsemők ábrázolásánál és a lakosság kihalásával párhuzamban, fokozatosan keskenyednék a kúpnak az öregkort érzékeltető csúcsa felé. Grafikonunkból azonban szemléltető módon kiviláglik, hogy a születések s általában a gyermekkorban élő egyének száma relatíve mennyire alacsony, amit azonban az ifjú- és meglett korban beözönlő újonnan letelepülők pótolnak és nagymértékben kiszélesítenek.

VII. A népesség megoszlása a székesfővárosban, korévenként, a nők többletével, tekintettel a többletnek a nemi betegségek terjesztésében való szerepére. 1925.



57. A népesség megoszlása a székesfővárosban korévenként a nők többletével. — 1925.

Korév	1925		
	fi	nő	nők többlete
0— 1	5.498	5.343	155
1— 2	4.757	4.732	25
2— 3	5.215	5.350	135
3— 4	5.596	6.006	410
4— 5	5.880	6.044	164
5— 6	6.304	6.590	286
6— 7	5.659	5.537	122
7— 8	3.832	4.065	233
8— 9	3.695	3.824	129
9—10	3.907	4.121	214
10—11	5.115	5.142	27
11—12	6.939	6.995	56
12—13	7.014	7.041	27
13—14	7.519	7.849	330
14—15	7.343	8.259	916
15—16	7.798	9.366	1.568
16—17	7.711	10.073	2.362
17—18	7.746	11.088	3.342
18—19	8.413	11.670	3.257
19—20	8.394	11.404	3.010
20—21	8.782	11.424	2.642
21—22	9.144	11.550	2.406
22—23	9.627	11.736	2.109
23—24	10.076	12.125	2.049
24—25	9.738	11.542	1.804
25—26	10.860	12.870	2.010
26—27	9.852	11.909	2.057
27—28	9.658	12.563	2.905
28—29	9.351	12.023	2.672
29—30	8.739	12.447	3.708
30—31	8.657	11.904	3.247
31—32	8.177	11.147	2.970
32—33	8.146	10.361	2.215
33—34	7.919	10.657	2.738
34—35	7.753	8.643	890
35—36	7.395	9.048	1.653
36—37	7.572	9.215	1.643
37—38	7.420	9.985	2.565
38—39	7.494	8.663	1.169
39—40	7.445	8.691	1.246
40—41	7.335	8.558	1.223
41—42	7.030	7.801	771
42—43	6.796	7.379	583
43—44	6.809	7.589	780
44—45	6.197	6.126	71
45—46	6.090	7.009	919
46—47	5.912	6.682	770
47—48	5.652	6.652	1.000
48—49	5.611	5.843	232
49—50	5.583	6.470	887
50—51	5.879	6.817	938
51—52	4.914	5.588	674
52—53	4.945	5.216	271
53—54	4.610	5.428	818
54—55	4.376	4.222	154
55— 56	4.252	4.980	728
56— 57	4.084	4.220	136
57— 58	3.862	4.086	224
58— 59	3.462	3.674	212
59— 60	3.072	3.799	727
60— 61	3.030	3.770	740
61— 62	2.724	3.393	669
62— 63	2.593	3.189	596
63— 64	2.320	3.105	785
64— 65	2.050	2.295	245
65— 66	2.074	3.239	1.165
66— 67	1.890	2.518	628
67— 68	1.596	2.276	680
68— 69	1.528	2.020	492
69— 70	1.297	1.982	685
70— 71	1.149	1.878	729
71— 72	1.040	1.548	508
72— 73	952	1.554	602
73— 74	965	1.503	538
74— 75	708	1.036	328
75— 76	684	1.320	636
76— 77	496	868	372
77— 78	477	952	475
78— 79	327	634	307
79— 80	296	533	237
80— 81	272	451	179
81— 82	220	415	195
82— 83	176	346	170
83— 84	156	266	110
84— 85	109	177	68
85— 86	105	264	159
86— 87	57	156	99
87— 88	52	115	63
88— 89	20	97	77
89— 90	27	100	73
90— 91	16	44	28
91— 92	11	158	147
92— 93	10	24	14
93— 94	5	28	23
94— 95	5	43	38
95— 96	16	28	12
96— 97	1	2	1
97— 98	—	3	3
98— 99	—	—	—
99—100	—	—	—
100—101	—	—	—
101—102	—	—	—
102—103	—	—	—
103—104	1	1	—
104—105	—	—	—
105—106	—	—	—
106—107	—	—	—
107—115	—	1	1
116—119	—	—	—
120—	—	—	—
Ismeretlen	4.390	3.066	1.324
Összesen	438.456	522.539	84.083

Grafikonunk ezenkívül feltünteti a férfiak és nők eloszlási arányát is, ami azáltal válik jellegzetessé, hogy az orsó nem szimmetriás, hanem a női népességet érzékeltető fele a férfiakénál tetemesen szélesebb. A pontozott vonal itt a férfikorosztályok által alkotott görbének a tükörképét mutatja. A pontozott vonal és az orsót határoló folytonos görbe közötti terület pedig a nők többletét érzékelteti. Ez a többleti terület már a gyermekkorban, valamint a késői öregkorban is mutatkozik, igazán jelentékennyé azonban a fiatal- és érettkorban növekedik. A 15. évtől a 41. évig húzódik a pontozott vonal által határolt női többlet maximuma, az 59. táblázatban feltüntetett részletes adatoknak megfelelően. Eszerint Budapesten 1925-ben a 15. életévig terjedő korosztályokban a nők többlete 1000 alatt maradt, a 15. év utáni években 1000-en felül volt, majd a 41. év után ismét alá esett. A női többlet maximuma a 29—30 évesek korosztályánál mutatkozott, ahol 3708-cal több nő volt kimutatható, mint ugyanazon korcsoportbeli férfi. Az összes korosztályok többletét összeadva azt a szomorú eredményt nyerjük, hogy fővárosunkban 1925-ben 84.083-mal több nő élt, mint férfi. Tehát a nők többlete Budapesten olyan hatalmas népmennyiséget tesz ki, mint például Győr és Szentes városok lakossága összeadva.

Egyrészt tehát a nők többletének quantitása, másrészt az a körülmény, hogy ez a többlet az urbanizációnál mutatkozó törvényszerűségnek megfelelőleg olyan qualitású, mely a nagyvárosban éppen munkakereső és munkaképes voltánál fogva a fiatal korban kerül túlsúlyba, a promiscuitás veszedelmét mindenképen magával hozza. Nem vitatható ugyanis, hogy azoknak a fiatal korosztályoknak jelentékeny része, melyekben a női többlet maximumát éri el, a házasodás lehetőségének hiányában, házasságon kívül leginkább a promisciuitásban él nemi életet. Mindezek a körülmények eléggé indokolttá teszik azt a megállapításunkat, hogy a promiscuitásnak és a nemi betegségek terjedésének egyik igen fontos társadalomegészségügyi okát a nők többletében kell keresnünk.

Fejtegetéseinkben továbbhaladva, most a prostitució fontos problémáját érintjük, amely köztudomásúlag a nemi betegségek terjedésével ugyancsak szoros kapcsolatban áll. Ez a kapcsolat annyira szembeötlő, hogy hosszú időkön, évszázadokon át a prostituciót tartották a nemi betegségek szuverén okának s emiatt a nemi betegségek ellen való társadalmi küzdelem a prostitución keresztül akarta a veneriás betegségekben rejlő veszélyt leküzdeni. A régi felfogás, sőt sokaknak mai nézete is, már nem állhat meg, mert összetéveszti az okot az okozattal és emiatt ferde következtetésekhez jut. Egyedül c: ak a promiscuitást tekinthetjük a nemi betegségek terjedésének generális okául, a prostitució pedig ennek az oknak okozata, szerves folyománya. A promiscuitásra való hajlam váltotta ki a prostitució megszületését és évszázadokon, talán ezredeken át való fennmaradását s a higiéne

szempontjából nem tekinthető egyébnek, mint a promiscuitás legvisszataszítóbb formájának.

A prostitució kérdését e helyen csak a nemi betegségek terjedésének kóroktani szempontjából való vizsgálata kedvéért érintve s e pillanatban mellőzve annak minden erkölcsi, etikai, jogi, rendészeti stb. vonatkozását, azt kell mondanunk, hogy a prostitució a veneriás betegségek terjesztéséért kizárólag olyan mértékig tehető felelőssé, amilyen kiterjedésben a promiscuitást űzi. Hivatkoznunk kell tehát a fejezetünk elején tett azon megállapításunkra, hogy valamely egyénnél a nemi fertőzés valószínűsége a kifejtett promiscuitással áll egyenes arányban. Ez alól a törvény alól természetesen senki sem bújhat ki és a prostituáltra épp n úgy — másoknál nem nagyobb és nem kisebb mértékben — vonatkozik. Miután azonban kétségtelen, hogy a prostituáltaknál a keresetképpen folytatott promiscuitás az összes többi néprétegnél nagyobb, természetes, hogy a prostituáltak nemi fertőződése igen hamarosan bekövetkezik és magas percentuációt ér el. Ha pedig visszaemlékezünk arra a megállapításunkra, hogy az embe ek, még veneriás betegségük fennállása dacára is, milyen nehezen függesztik fel nemi életüket, akkor nem fogunk csodálkozni azon, hogy éppen a prostituáltak, akik etikai és lelkiismeretbeli tekintetben minden más népréteg alatt állnak, üzletszerűleg és megélhetés céljából űzött promiscuitásukat fertőző bajuk dacára sem korlátozzák. Emiatt válnak a prostituáltak a legfontosabb fertőzési forrásokká, amely a nemi betegségek terjedését állandóan táplálja. Hogy azonban nem a prostitucióban, hanem a promiscuitásban kell mégis a veneriás bajok alapokát keresnünk, amit még nemrégiben is tagadtak, azt egyszerű példával lehet bizonyítani. Prostituált az a személy, aki anyagi ellenszolgáltatásért személyválogatás nélkül promiscuitást űz. Ha feltételezzük, hogy van olyan (nyilvános, titkos vagy alkalmi) prostituált, aki mondjuk hetenként egyszer, válogatás nélküli személlyel pénzért folytat promiscuitást és ezt szembeállítjuk olyan férfival vagy akár nővel, aki anyagi érdek nélkül — tehát a prostitució fogalmának alapfeltétele nélkül — hetenként akár ötször más és más személyekkel szeretkezik, akkor el kell ismernünk, hogy a példaként szereplő prostituált, kisebb fokú promiscuitásánál fogva, a vele szembeállított nem prostituáltnál ötször kevesebb veszélyt jelent. Példá k persze csak a promiscuitás és a prostitució közötti viszony megvilágítását célozta. Tény azonban, hogy a prostituáltak — keresetük fokozása céljából — a nem prostituált nőknél, sőt a házasságon kívül élő fiatal férfilakosságnál is magasabb promiscuitást űznek és emiatt nemi betegségekkel való veszélyeztetés szempontjából a legelsőrendű kategóriákat alkotják.

Ennek tudatában a prostituciót már régtől fogva igyekeztek kiirtani vagy legalább is terjeszkedését a legkülönbözőbb eszközökkel megakadályozni. A prostitució leküzdésére hivatott valláserkölcsi, etikai, rendészeti és egészségvédelmi küzdelmeknek azonban mindeddig minimális sikere volt, aminek

okát az összes eddig felsorolt szociális és morális körülményekben kell keresnünk. A prostitució kitermelődésénél és fennmaradásánál is hivatkozhatunk az ösi keveredési vágy fogalmánál felsorolt körülményekre, az érzékiségre, faji temperamentumra, az előző generációk rossz példájára, a kettős erkölcs káros uralmára, a pornográfia hatására s a morális és egészségügyi kultúrának hiányosságaira. De ugyanilyen nyomós érvek a különböző szociális adottságok, a házasságkötés nehézsége miatt házasságon kívül élő tömegek szexuális helyzete, a női munkásság szaporodása, a nők éjszakai munkája (a pincérnő pl. a prostituálódás előfoka) stb. Nem kevésbbé fontos volna a cselédkérdés megoldása, hiszen a prostituáltaknak igen jelentékeny hányada éppen ebből a foglakozási ágból rekrutálódik. Jelentékeny kihatása van a prostitució kialakulására a lakásnyomornak, az urbanizációnak, a nők többletének és az alkoholizmusnak is. Láthatjuk tehát, hogy mindezeket a megvitatott részletkérdéseket nemcsak a promiscuitással, hanem annak legvisszataszítóbb következményével, a prostitucióval is, a legszorosabb szálak fűzik össze.

Ha megkíséreljük most összefoglalni, hogy az egyént mi hajtja és sülyeszti le a prostituálódás mocsarába, akkor a következő okokat lehet elsősorban megemlítenünk: *a)* nyomor, *b)* elhagyatottság, *c)* alacsony női munkabérek, *d)* a rossz példa, *e)* akarathiány, *f)* korlátoltság, *g)* könnyelműség, *h)* pompavágy, *i)* elcsábítás, *j)* leánykereskedelem és *k)* különböző bódító szerek.

Mindezek a tényezők oda hatottak, hogy az egész világon kialakult egy — régi idők óta fennálló — prostituciós kaszt, mely az urbanizáció szabályainak megfelelően annál kiterjedtebb, minél nagyobb valamely lakóhely lélekszáma. Miután pedig a többször említett törvényszerűség szerint, a prostituáltak a sűrű promiscuitásuk arányában, jelentékeny veneriás veszélyt jelentenek, a városokban és főleg nagyvárosokban, a nemi betegségek terjedésének egyik igen fontos okát képezik. Kétségtelen tehát, hogy a prostitució kérdése problémánknak egyik alapvető tengelye, amely különleges figyelmet igényel. Éppen ezért a prostitució okait, annak kifejlődését, jelentkezési formáit, nemi betegségekkel való fertőzöttségét és ragályozási képességét e fejezetben csak futólag és csupán a teljesség kedvéért érintettük, nehogy ezek a fontos körülmények a nemi betegségek társadalomegészségi okainak felsorolásából kimaradjanak. De a prostitució szövevényes és jelentőségteljes problémájára valójában csak később térünk rá s e kérdés-komplexum alapos kifejtésére könyvünknek teljes II. részét szenteljük.

A prostitució ártalmas szereplése mellé közvetlenül kell ideiktatnunk az alkoholizmusnak a prostitució előidézése körül, de ettől többé-kevésbbé függetlenül jelentkező társadalomegészségügyi kihatását is. Az alkoholizmus az emberiségnek egyik legsúlyosabb tömegártalmassága, a melyet — azon egészségromboló következmények miatt, melyeket az emberi organizmus

különböző szerveiben, elsősorban az idegrendszerben okoz — méltán sorozunk a tuberkulózis és nemi betegségek mellé a népbetegségek csoportjába. Jelen munkánkban nem lehet célunk az alkoholkérdés összes részleteire kitérni, de problémánknak a nemi betegségekkel való vonatkozása annyira fontos, hogy azzal legalább röviden foglalkoznunk kell. Hogy az alkoholizmusnak és a venerizmusnak egész szoros kapcsolatban kell egymással lennie, az már az alkoholfogyasztásnak és az erotikának párhuzamos megjelenéséből is következik. Az egész modern nagyvárosi élvezet-élet, a túlhajtott nagyvárosi élvezethajhászás összes mulatóhelyeivel és örömtanyáival, képben, plasztikai formában, táncban, zenében, a női test kultuszában való megjelenésében, mind az erotikát szolgálja. De az erotikát szolgálja a szervezetbe bevitt alkohol is, amely alkalmas arra, hogy felköltse a hajlamot az élvezethajhászás iránt és lépcsőfokul szolgáljon az erotika felfokozásához. Haustein nagyon élesen világítja meg az alkoholizmus szerepét, mikor azt mondja, hogy az alkoholmámor egyik fontos oka a nők lezüllésének és a prostitució fentartásának, de ugyanakkor a prostitució a legerősebb doppingja az alkoholfogyasztás fokozásának, ami ismét a két faktor behatásaként a nemi betegségek terjedését vonja maga után. Tehát lényegében circulus vitiosussal állunk szemben, amely a szociális higiénének egyik legnehezebben megoldható problémája: az alkoholizmus—prostitució—venerizmus!

A kérdés fontosságára való tekintettel, érdemesnek látszik mindenekelőtt a fővárosi alkoholtermelést és alkoholfogyasztást statisztikai mérlegelés tárgyává tenni. E célból alább közöljük a budapesti szeszgyárak és sörgyárak évi alkoholtermelését, amelyből fogalmat nyerhetünk a szükséglet horribilis mennyiségéről.

Táblázatunk a háború óta termelt szeszmennyiséget tünteti fel. Kilenc év alatt Budapest gyárai közel 4 millió hektoliter sört és több, mint 25 millió hektoliter szeszt termeltek. Ebből a sörmennyiség teljesen élvezeti célokat szolgál, a szeszmennyiségnek egy részét ipari célra használják fel, másik részét azonban szeszesitalok formájában hozzák forgalomba. Ezeken a mennyiségeken kívül esik még a fogyasztás alá eső teljes bormennyiség, mely nem gyárilag készül s így ebben a statisztikában nem szerepel. Adatainkból nemcsak az tűnik ki, hogy micsoda horribilis alkoholmennyiség kerül forgalomba, hanem meggyőződhetünk arról is, hogy az alkoholtermelés a háború utáni első évekhez képest állandóan növekedik. Az utóbbi évek alatt a szesztermelés az 1918—1920. évi termelésekhez képest három-négyszeresét érte el s ha e tekintetben azzal vigasztalnók magunkat, hogy a termelésgyarapodás kizárólag az ipari alkoholszükséglet fokozódását szolgálja, akkor ebből a reményből is kiábrándít a sörgyáraknak kizárólag italfogyasztás céljait szolgáló termelési eredménye. Ugyanis a sörgyártásban is jelentékeny fellendülést látunk, ami kitűnik abból, hogy az 1918—1920. évi termelésnek két-háromszorosát itt is elértük.

58. Sörgyárak és szeszgyárak évenkénti termelése a székesfővárosban hektoliterekben. — 1918—1927.

Megnevezés	1918—1919	1919—1920	1920—1921	1921—1922	1922—1923	1923—1924	1924—1925	1925—1926	1926—1927
a) *Sörgyárak. Termelt sör.*									
Dreher Antal gyára hektoliter	62.244	154.336	107.198	189.280	86.996	—	—	—	—
Első magy. részv. serfőző «	70.020	93.420	105.300	174.600	115.110	263.880	362.520	265.860	397.980
Kőbányai polgári serfőző «	75.420	92.160	77.910	144.900	75.150	93.000	133.340	93.750	145.320
Haggenmacher serfőző «	3.200	—	—	—	—	—	—	—	—
Fővárosi serfőző «	26.760	41.760	51.390	79.320	31.590	33.360	53.310	43.840	64.860
Együtt	**237.644**	**381.676**	**341.798**	**588.100**	**308.846**	**390.240**	**549.170**	**403.450**	**608.160**
b) *Szeszgyár.*									
Fogyasztási adó alá eső szeszfőzdék száma	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Fogyasztási adó alá eső szeszfőzdék termelése[1])....	1,127.819	903.123	2,125.212	3,324.530	3,289.862	3,320.549	3,546.146	3,857.083	4,523.786
Termelési adó alá eső közp. szeszfőzdék száma	1	1	1	1	1	1	2	2	2
Termelési adó alá eső közp. szeszfőzdék termelése[1])....	10.844	19.355	—	—	—	19.106	19.566	41.178	30.909
Termelési adó alá eső egyéb szeszfőzdék száma	2	2	3	3	3	3	4	4	3
Termelési adó alá eső egyéb szeszfőzdék termelése[1])....	15.181	19.893	—	—	—	21.983	13.250	59.343	39.381

[1]) Hektoliterfokokban.

A gyárak termeléséből persze csak az általános szükségletre tudunk távoli következtetést vonni, hiszen a budapesti gyárak a vidéket is ellátják, sőt bizonyos mértékben külföldre is exportálnak. A budapesti fogyasztásra vonatkozólag közelebbi következtetést vonhatunk le a fővárosban megadóztatott szeszmennyiség kimutatásából, mely a legkülönbözőbb alkoholformáknak, köztük a bornak a quantumát is tartalmazza.

59. A székesfővárosban megadóztatott szeszmennyiség. — 1927—1928.

Megnevezés	Szesz, fokozható	Likőr	Bor	Bormust és szőlőcefre	Borseprő	Gyümölcsbor	Sör
	hl. fok	liter					
1927.							
Január	310.598	3.330	2,104.894	35	9.242	10	.
Február	325.583	3.283	1,770.155	120	7.053	238	.
Március	283.979	3.010	1,994.262	2	6.899	7	.
Április	250.583	5.505	1,718.187	1.683	1.873	22	.
Május	221.262	2.517	1,523.556	100	2.198	34	.
Június	186.881	2.291	1,241.175	—	1.110	12	.
Július	247.550	2.222	1,064.845	243	54	69	.
Augusztus	258.146	2.995	1,087.698	12.807	—	78	.
Szeptember	304.384	2.661	1,257.376	293.727	—	107	.
Október	414.112	3.926	1,684.535	899.863	—	298	.
November	469.281	4.155	2,427.821	31.240	13.362	183	.
December	461.158	5.646	2,282.046	1.424	5.218	22	.
Év	**3,913.517**	**41.541**	**20,156.550**	**1,241.244**	**47.009**	**1.080**	.
1928.							
Január	395.749	11.587	1,768.944	3.287	9.678	20	1,044.746
Február	324.108	6.540	1,565.292	36	8.812	21	1,029.948
Március	394.206	10.035	1,777.566	3	3.021	35	1,384.133
Április	277.611	7.684	1,331.470	3	2.618	2	1,878.448
Május	287.662	9.782	1,352.882	344	909	—	2,885.818
Június	286.466	8.807	1,168.276	—	—	144	3,338.478
Július	303.953	9.933	933.750	—	1.469	10.080	4,148.503
Augusztus	326.454	7.296	1,208.372	934	362	13	5,236.668
Szeptember	367.008	14.741	1,679.251	171.330	10	75	4,491.342
Október	461.352	5.347	1,631.305	1,835.713	250	99	2,640.345
November	448.733	5.009	2,169.672	169.415	2.621	71	1,352.226
December	607.139	6.492	2,369.108	2.466	1.778	23	1.239.268
Év	**4,480.441**	**103.253**	**18,955.888**	**2,183.531**	**31.528**	**10.583**	**30,669.923**

Itt is jelentékeny számokat találunk, amelyek szerint Budapesten az 1928. évben megadóztatásra és nagyrészben fogyasztásra 4,480.441 hl. fok szeszmennyiség, 103.253 l. likőr, 18,955.888 l. bor, 2,183.531 l. bormust és cefre, 31.528 l. borseprő, 10.583 l. gyümölcsbor és 30,669.923 l. sör került. A megadóztatás alá kerülő bormennyiség az előző évhez képest némi csökkenést mutatott, de jelentékenyen növekedett a szesz és a sör quantuma.

A megadóztatás nem mutatja a tényleges fogyasztás pontos mennyiségét, amiről áttekinthető kimutatást nehezebb szereznünk. De jellegzetes képet nyújt e tekintetben bizonyos szeszárusító üzemek évi forgalma. Példaként álljon itt a Köztisztviselők Szövetkezetének 1918—1927. évi italforgalma.

60. Italforgalom a Magyar Köztisztviselők Fogyasztási, Termelő és Értékesítő Szövetkezetében. — 1918—1927.

Év	Italok pengő értéke
1918	1,035.561·23
1919	261.528·90
1920	201.006·33
1921	522.241·90
1922	454.835·03
1923	483.135·35
1924	821.115·40
1925	1,728.504·24
1926	1,570.967·30
1927	2,011.607·29

Eszerint a háború utáni években az italforgalom, — nyilván a gazdasági és politikai zavarok következtében — az előzőnek közel egyötödére esett, de már 1921-ben fokozatos emelkedésnek indult és 1925-ben már meghaladta, sőt 1927-ben úgyszólván megkétszerezte az 1918. évi italforgalmat. Természetesen ebből a kiragadott példából általánosítanunk nem szabad, de ez mégis a fogyasztás fokozódására enged következtetni.

Exaktabb számokat csak a székesfőváros területén kiadott italmérési engedélyek statisztikája nyújt, amelyből az alkoholfogyasztás mértékét még inkább van módunk kiolvasni.

61. Az italmérési engedélyek száma a székesfővárosban kerületenként. — 1927.

Megnevezés	Korlátlan italmérési engedélyek				Korlátolt italmérési engedélyek				Kismértékbeni italmérési engedélyek				Összesen			
		Az év folyamán				Az év folyamán				Az év folyamán				Az év folyamán		
	Év elején	kiadatott	megszünt	Év végén	Év elején	kiadatott	megszünt	Év végén	Év elején	kiadatott	megszünt	Év végén	Év elején	kiadatott	megszünt	Év végén
I. kerület	150	20	24	146	110	20	7	123	190	30	10	210	450	70	41	479
II. „	99	9	17	91	61	—	—	61	42	8	3	47	202	17	20	199
III. „	157	30	24	163	68	2	5	65	18	7	1	24	243	39	30	252
IV. „	62	8	10	60	47	1	1	47	45	1	4	42	154	10	15	149
V. „	165	18	22	161	78	7	4	81	71	12	4	79	314	37	30	321
VI. „	372	24	62	334	184	31	13	202	113	14	15	112	669	69	90	648
VII. „	358	33	38	353	174	6	7	173	107	23	17	113	639	62	62	639
VIII. „	304	48	47	305	143	8	11	140	94	12	13	93	541	68	71	538
IX. „	234	20	31	223	91	4	8	87	65	11	13	63	390	35	52	373
X. „	189	19	34	174	89	1	6	84	36	5	2	39	314	25	42	297
Budapest	2.090	229	309	2.010	1.045	80	62	1.063	781	123	82	822	3.916	432	453	3.895

Táblázatunk kimutatja, hogy 1927 végén Budapesten összesen 3895 italmérési engedély volt érvényben. És pedig 2010 engedély korlátlan mennyiségű italmérésre adott lehetőséget, 1063 korlátolt és 822 kismértékbeni italkiszolgálásra. Legtöbb szeszáruló hely a VII. és VI. kerületben, legkevesebb a II. és III. kerületben volt. Ha az italmérések számát arányba állítjuk a főváros lakosságának számával, kiderül, hogy Budapesten kerek számban

minden 240 emberre esik egy italmérés, ami az alkoholfogyasztás horribilis mértékét kellőleg bizonyítja. De rávilágít arra is, hogy a szeszkapitalizmus kiváló szervezkedésével a fogyasztás növelése érdekében minden emberhez közel szállítani igyekszik végtelenül ártalmas produktumait.

Végül még a legfontosabb felvilágosítást a bor és sör fejkvótájának Magyarországon való évenkénti változásából kapjuk, amely 1921—1927-re vonatkozólag literekben a következő számokat tünteti fel:

Év	Bor	Sör
1920/21.	20·91	5·48
1921/22.	28·10	9·47
1922/23.	49·21	4·31
1923/24.	49·30	5·10
1924/25.	14·72	7·41
1925/26.	36·53	5·44
1926/27.	13·46	8·15

Az alkohol fejkvótája meglehetősen ingadozó számokat tüntet fel. Ha azonban a legmélyebb értékeket ragadjuk is ki, de figyelembe vesszük, hogy azok az összes népességnek a gyerekekkel, nőkkel, aggokkal való átlagára vonatkozik, akkor azt igen tetemesnek kell tartanunk. Az alkoholfogyasztás fentiek szerint legmagasabb volt az 1923/24. évben, azóta némi visszaesés mutatkozik. Érdekes azonban megfigyelni, hogy azokban az években, melyekben a bor fogyasztásának mennyisége lecsökkenik, a sör fejkvótája viszont magasabbra ugrik s így azt többé-kevésbbé kompenzálja.

A fenti adatokból világosan kitűnik, hogy hazánkban és fővárosunkban az alkohol élvezete milyen vészes mértékben pusztít. És nem hallgathatjuk el, hogy e tekintetben nemcsak az emberek mámorvágya és a később tárgyalandó szexuálkapitalizmus vonható felelősségre, hanem az alkoholkapitalizmus is. A szesz- és sörgyárak, valamint a szeszkereskedelem és a vendéglő- és korcsmaipar minden módot megragadnak és tömérdek reklámot felhasználnak mérgező árucikkeik terjesztésére, amit az állam a szeszfogyasztásból származó jelentékeny, de kétesértékű és még kétesebb eredetű adóhaszon érdekében korlátozás nélkül eltűr, sőt sok tekintetben támogat. Ez az alkoholkapitalizmus további fejlődését, hatalmasodását és gazdagodását eredményezi, ami az alkoholtöbbtermelésben fog kifejeződésre jutni. Érthető nehézségek mutatkoznak a bortermelés korlátozásában is, hiszen ez már nem egyes nagyiparosok hatalmának letörését jelentené, hanem igen kiterjedt és nemzeti szempontból értékes mezőgazdasági társadalom szociális romlását okozná. Már pedig mind ez ismeretes nehézségek figyelembevétele mellett is, határozottan ki kell jelentenünk, hogy mindaddig, míg az államhatalom az alkoholkapitalizmust le nem töri és legalább a legmérgezőbb italtermékeknek, pálinkának (45—50%-os),

rumnak (50—70%-os), konyaknak (40—50%-os), likörnek (35—45%-os) stb. a termelését minimumra nem korlátozza, addig teljesen meddő a higiénikusok küzdelme az alkoholizmus veszedelme ellen.

Hogy az alkoholizmusnak a nemi betegségek kérdésével való kapcsolatát alaposan szemügyre vehessük, vizsgáljuk meg legelőször is, hogy mi az alkohol és milyen hatást fejt ki a szervezetre. Az élvezeti célra szolgáló alkohol nem egyéb, mint »aethylalcohol«, amit a gyárak keményítőben gazdag növényekből, burgonyából és gabonafélékből állítanak elő, olyképpen, hogy a keményítőt a diastase segítségével maltosévá alakítják, ami bizonyos élesztőgombák hozzáadása után alkoholra és szénsavra bomlik ($C_6H_{12}O_6 = 2C_2H_2OH + 2CO_2$). Az így keletkezett aethylalcohol jellemző szagú, színtelen, könnyen párolgó folyadék, mely a tömény italokban a fent már jelzett százalékban, a könnyű asztali borban 5—7%-ban, a nehéz borokban és pezsgőben 8—12%-ban, viszont a sörben csak 2—4%-ban található.

Kis adagban az alkohol izgatja a sejteket, nagy adagban viszont bénítólag hat reájuk. Ennek az a magyarázata, hogy az alkoholhatás kezdetén a gátló apparátusok csökkent működése a sejtek tevékenykedését fokozza, ami látszólagos izgalomhoz vezet. Az alkoholhatásnak ismert kutatója Meyer ezt az idegrendszerre vonatkozólag úgy értelmezi, hogy az alkohol felszívódása a nagyagy gátló és bezáró funkcióját bénítja, ami miatt a központi idegrendszer centripetális és centrifugális működése bizonyos mértékig kontroll és irányítás nélkül marad. Ebből érthető aztán, hogy a nagyagy normális gátló szerepe az alkoholhatás alatt lecsökkenvén, az alkoholhatásnak hosszabb ideig ellentálló, alacsonyabbrendű idegcentrumok tevékenykedése lép előtérbe. A nagyagy kontrolljának bénulása persze rendezetlen, koncentrálatlan és emiatt tervszerűtlen reakciók formájában nyilvánul. Ennek jele az alkoholmámoros ember dülöngőzése, bőbeszédűsége, indokolatlan nevetése, esetleg sírása vagy dühöngése stb. Az alkoholfogyasztás további nagyobb mértékénél a bénulás az alsóbb idegcentrumokra is átterjed és végül is valóságban általános alkohol-bénuláshoz, a mély alvással és érzéketlenséggel járó súlyos részegséghez vezet.

Ha most már ezek alapján megpróbáljuk az alkoholnak a szexuális sphaerára kifejtett hatását jellemezni, akkor azt kell mondanunk, hogy itt is kisebb adag után izgalmat, nagyobb adag után pedig bénulást látunk. Lehetséges, hogy a kezdeti szexuális izgalom tényleg csak akként áll elő, hogy a nagyagy gátlószerepének csökkenése a szexuális sphaera tevékenységét előtérbe engedi. Bizonyos azonban, hogy a nagyobbmérvű alkoholfogyasztás a szexuális központot is bénítja és nagyon ittas ember közösülésre teljesen képtelen. A dolog azonban nem ilyen egyszerű és sok minden vonatkozásban magyarázatra szorul. Véleményünk szerint ugyanis nem tagadható, hogy a nagyagy gátlóhatásának bénításán kívül a mérsékelt mennyiségben felszívódásra kerülő alkohol a szexuális sphaerára direkt úton is izgatólag

hat. Ennek megértéséhez tudnunk kell, hogy az idegrendszernek van egy központi (centrális) szexuális sphaerája (libidó-centrum) és egy környéki (peripheriás) szexuális sphaerája (libidó-peripheria). Az előbbi a központi idegrendszerben székel s a nemi vágyat kormányozza, az utóbbi viszont a központi idegrendszer ingerhatásának kapcsolását és a nemi szervek idegellátását végzi. Normálisan a központ adja meg az impulzust, amire a periferiás sphaera izgalmi reakcióval válaszol. De nincsen a nemi szervek periferiás sphaerája minden esetben a centrum ingerhatása alatt, hanem előfordulnak esetek, mikor a nemi részekben a libidó-központ tudta és részvétele nélkül keletkezik izgalom (például a férfiak reggeli merevedése, amit kizárólag a reggelre megtelődő hólyag feszítése vált ki!). Mindezeket azért bocsájtottuk előre, hogy magyarázni próbáljuk azt a tapasztalást, amivel eddig még alig foglalkoztak, hogy miért viselkednek a többé-kevésbbé mámoros egyének szexuális szempontból feltűnően aktív módon. Hogy az alkohol az ítélőképességet és akaraterőt is bénítja, — amire később még visszatérünk — ez persze szexuális szempontból is sokat magyaráz, de nem mindent. A szexuális sphaera izgalmát ugyanis sok embernél olyankor is észlelhetjük, amikor a minimális alkohol-quantumnak megfelelően komoly ítélőképesség- és akaraterőcsökkenésről beszélni még alig lehet. Egészen közismert e tekintetben a pezsgő hatása, amely ital az alkoholnak és szénsavnak olyan speciális keveréke, amelyről fel kell tételeznünk, hogy minden nagyagyi gátlást bénító hatása mellett a periferiás szexuális sphaerára is affinitással bír. Mindenesetre szexuális téren az alkoholélvezet következtében egészen különös jelenségek állnak elő. Néha azt látjuk, hogy már kevés alkohol hatására a periferiás sphaera izgalma jelentkezik. Máskor viszont, főleg nagyobb alkoholfogyasztás után, inkább a libidó-központ izgatottsága észlelhető, mikor is belső vágy jelentkezik szexuális partner után, anélkül, hogy előzetesen a periferiás részek kifejezett izgalma állna fenn. Végül a harmadik eset, mikor a centrális sphaera izgalma dominál ugyan és intenziven hajtja az alkoholmámoros egyént vágyának kielégítésére, de a periferiás centrum bénulása már olyan fokú, hogy az érintkezés csak igen nehezen vagy pedig sehogyan sem következhetik be. Mindezek alapján fel kell tételeznünk, hogy az alkoholhatás a nemi életet nemcsak úgy befolyásolja, hogy a nagyagyi gátlásokat csökkenti, hanem akként is, hogy a centrális és periferiás nemi ingerhatás kapcsolatát megzavarja és abban inkoordináltságot létesít.

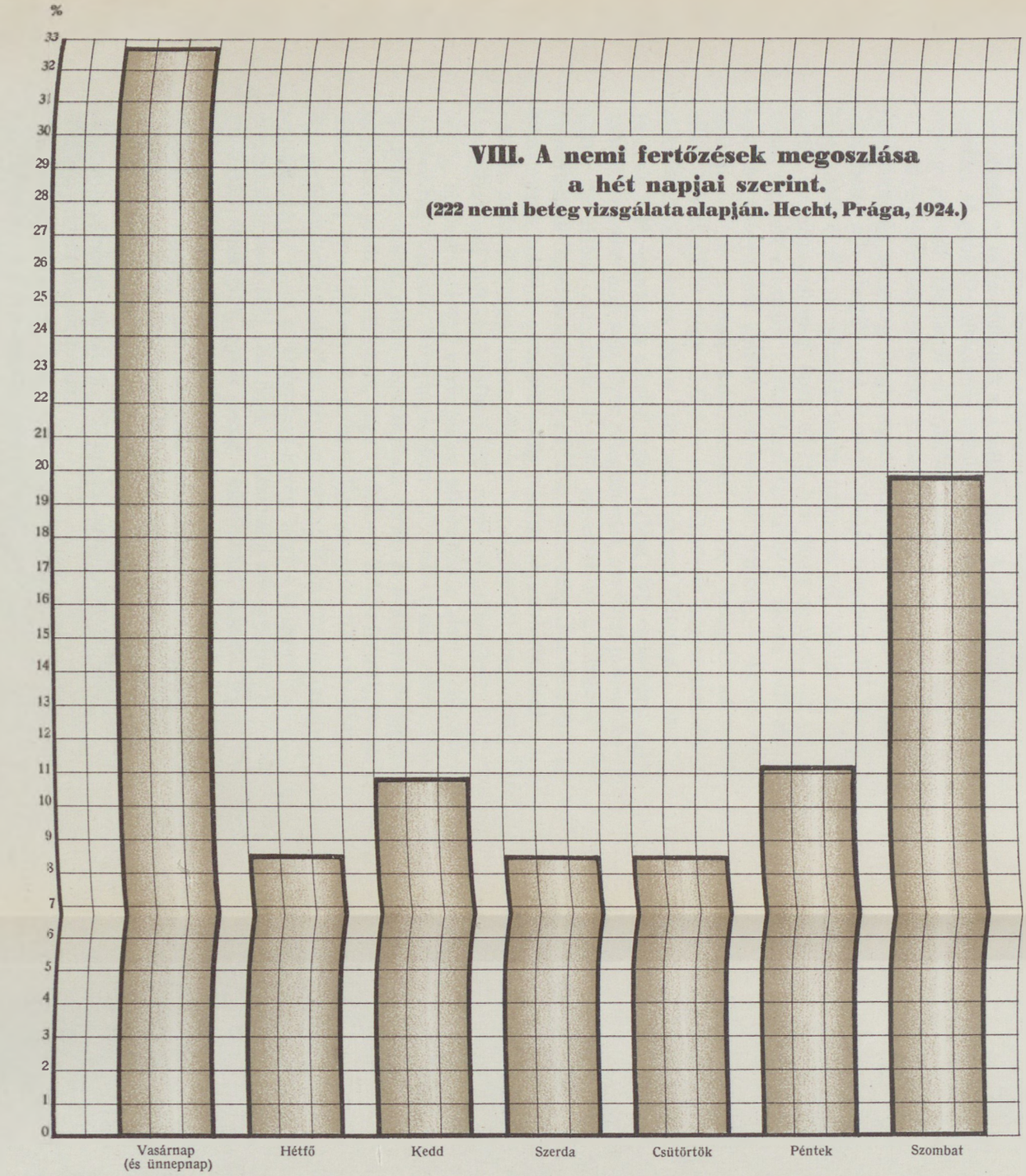
Akármint is áll a dolog, tény, hogy az alkoholhatás a szexuális tényked és gyakoriságát szaporítja és a promiscuitást növeli. Az első alkoholstádium alatt, mikor az ítélőképesség és akaraterő fokozatos csökkenésével párhuzamban a mámorral együtt alkoholos jókedv (euphoria) is jelentkezik, az embereknek nagy része nemcsak külső mozdulataiban, beszédében stb. változik meg, hanem gondolkozásában, jellemében és ennek folytán cselekedeteiben is. Hallgatag, szerény, megfontolt emberekből lármás, tolakodó,

harcias egyének lesznek. Az erkölcsös individuumokból nem egyszer morál- és etikaszegény emberek, akik másnap sok mindent megbánhatnak, amit mámorukban mondtak vagy elkövettek. A szexuális téren tartózkodóak vagy óvatosak pedig gyakran bocsájtkoznak olyan kalandokba, amelyeket józanul sohasem követnének el. Ez az a körülmény, amit a szexuál-kapitalizmus olyan kitűnően kihasznál a saját hasznára és az emberiség anyagi, erkölcsi és egészségügyi kárára!

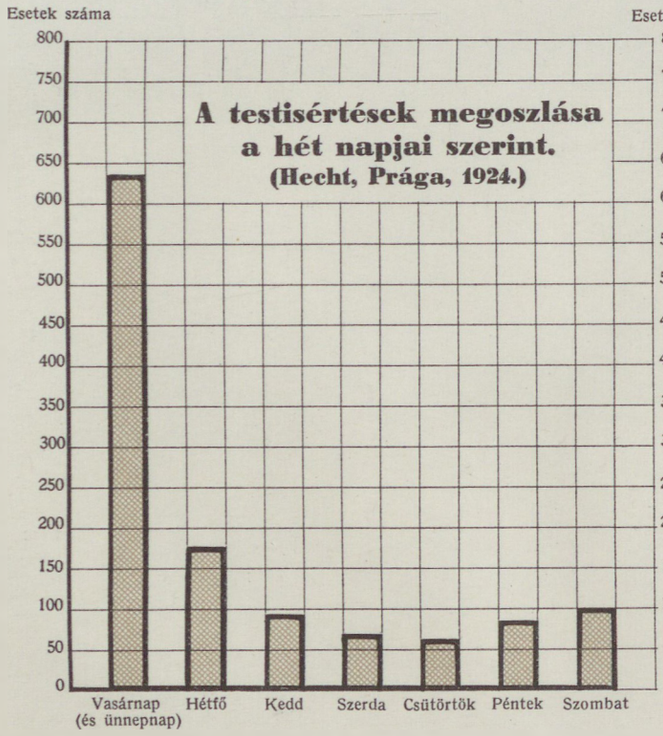
A szexuálkapitalizmusnak — ahová szorosabb értelemben a bordély- és találkahelyfentartókat, garni-hoteltulajdonosokat, a titkos leánykereskedőket és általában a kerítők legkülönbözőbb csoportjait, tágabb értelemben pedig az összes könnyűvérű éjszakai mulatóhelyeknek, különösen az orfeumoknak, varietéknek, bároknak és egyéb effajta lokáloknak a fentartóit kell soroznunk — a boldogulása, gazdagodása az alkoholfogyasztáshoz van kötve. Mindezek a kevés erkölcsi, de annál nagyobb anyagi tőkével dolgozó foglalkozási ágak, melyek a szexuálkapitalizmus parazitáinak kényelmes, sőt esetenként horribilis jövedelmet biztosítanak, egyforma hasznot húznak a prostitució és az alkohol legkülönbözőbb nemeiből és minőségeiből. Az alkohol mesterségesen felkorbácsolja a nemi érzéseket és hajtja a férfiakat a prostitució karjaiba. A prostituáltak viszont — vendégeik kontójára — ugyancsak jó alkoholfogyasztók és mindig vigyáznak arra, hogy a vállalkozásnak jól jövedelmező alkohol árusítása az ő segítségük és erős tempójuk által maximálisá növekedjék. Alkohol nélkül a szexuálkapitalizmus nem tudna boldogulni! Kell ez nekik a prostitució fentartásához, amiből kellő hasznot húznak, hiszen a prostituáltak lényeges hányada éppen alkoholhatás alatt sülyedt erre a foglalkozásra. Szükségük van rá, hogy a férfiakat az alkoholhatás segítségével a prostitucióhoz csalogassák s így a prostitució révén még nagyobb jövedelemhez jussanak. És végül kell nekik az alkoholfogyasztás abból az egyszerű okból, mert ez maga az egyik főjövedelmi forrásuk. Az alkoholnak és a szexuálitásnak üzleti érdekcéljaira való közös kihasználásáról Flexner a párizsi Rue Pigalle példájában kitűnő esetet említ. Itt ugyanis közvetlenül egymás mellett tánclokál, éjjeli kávéház és találkahely működik. Az elsőben összeismerkednek az emberek, a másikban az ismeretség felmelegítését elvégzi az alkohol és a harmadikban — no ott jó pénzen szerzik: a nemi betegségeket. A legérdekesebb, hogy Flexner példája esetében a három »intézet« ugyanannak a tulajdonosnak a kezében volt.

Régi dolog, hogy az alkohol a legnagyobb kerítő. Wislouch Moszkvában 548 prostituáltat ez irányban tüzetesen kikérdezett. Ebből 473 állandóan fogyasztott alkoholt. De a többség már elzüllése és prostituálódása idejében alkoholista volt és pedig 183 nagymértékben, 219 pedig közepesen. De 321 prostituáltat arra vonatkozólag is kihallgatott, hogy a legelső nemi érintkezésük alkalmával alkoholhatás alatt álltak-e? Így derült ki, hogy csak 56 volt józan, 192 könnyen mámoros és 73 teljesen részeg, tehát virgósága

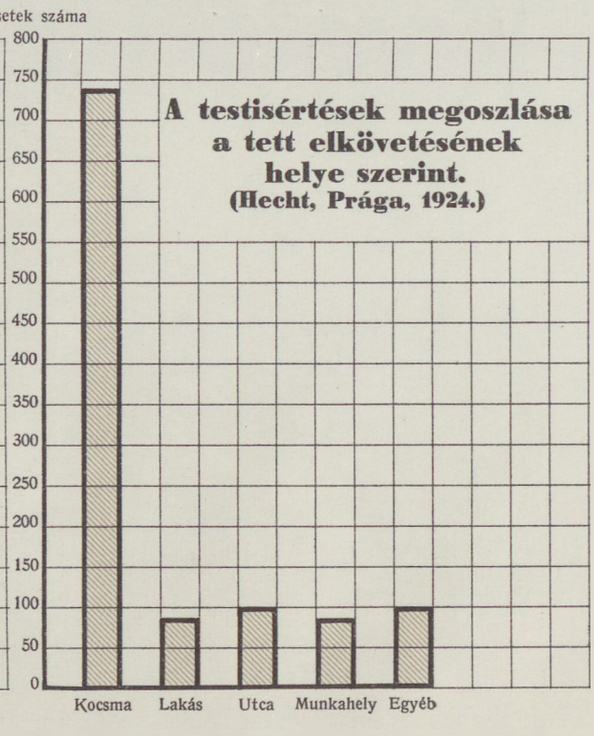
MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA



VIII. A nemi fertőzések megoszlása a hét napjai szerint.
(222 nemi beteg vizsgálata alapján. Hecht, Prága, 1924.)



A testisértések megoszlása a hét napjai szerint.
(Hecht, Prága, 1924.)



A testisértések megoszlása a tett elkövetésének helye szerint.
(Hecht, Prága, 1924.)

elveszítése pillanatában a vizsgált perditáknak csak $^1/_6$-a volt alkoholhatástól mentes. Mindez érthető, ha meggondoljuk, hogy az alkohol a szexuális sphaera izgatásán és a gátlás lefokozásán kívül az ítélőképességet és akaraterőt is tetemesen csökkenti. Emiatt a férfiak agresszivakká válnak s minden erkölcsi felelősségérzet híján csábítják el a fiatal nőket. A nők pedig elveszítik akaraterejüket és gyakorta ellentállás nélkül adják oda magukat olyan esetben is, amikor józanul föltétlenül ellentálltak volna.

Ilyen körülmények között a szexuális izgalom fokozása és a határtalan könnyelműség rengeteg megbetegedésnek válik forrásává. Langstein 179 nemi beteg nőt vizsgált meg az alkoholhatás szempontjából és azt találta, hogy ebből 43·8% az inficiálás idején mámoros volt. Möller az általa kikérdezett férfianyagnál meg épen 67·7%-ban talált olyanra, aki alkoholhatás idején végzett szexuális közösüléssel fertőződött. Doros 1926-ban a budapesti bőrgyógyászati klinika nemi beteg anyagából — egyéb vizsgálatok közben — a fertőzés körülményeire 150 beteget kérdezett meg, mikor is azt találta, hogy 38·6% az infekció idején kifejezetten alkoholhatás alatt állott és coitusa olyan volt, amit józanul föltétlenül elkerült volna. További 5·4% szintén az alkohol izgató hatása alatt cselekedett ugyan, de a szexuális partner nem volt olyan rétegből való, amelytől józanul tartózkodott volna. Az előbbi, magasabb százalék eseteiben az alkoholhatás többnyire prostituáltak felkereséséhez, vagy ad hoc ismeretségekhez vezetett, az utóbbi alacsonyabb százalék eseteiben pedig inkább hosszabb-rövidebb udvarlásoknak az alkohol hangulatában történő kimélyítéséről vagy pedig szexuális elcsábíttatásról volt szó. Notthaft 1225 nemi beteget kérdezett ki, akik közül 17·7% biztosan, 11·4% valószínűleg alkoholhatás alatt fertőződött. Hecht 1000-re rúgó veneriás beteganyagában 43%-nál talált alkoholfogyasztást, mint anamnaesist. Külön regisztrálta a nőtlen és nős nemi betegeket és arra az érdekes eredményre jutott, hogy a nőseknek 60%-a fertőztetése idején ittas volt. Végül Wein moszkvai statisztikáját említjük fel, aki 7000 ambuláns betegénél adott fel ez irányban kérdőpontokat. Wein közlése megerősíti a Hecht adatait, mert ő is azt az eredményt kapta, hogy a nőtlenek között a fertőzési coitus idején csak 30% volt ittas, de azoknál a nős egyéneknél, kik családjuktól külön élnek 51%, akik pedig családjukkal együtt laknak 71—72%.

Az alkoholnak a nemi fertőzésre vonatkozó közvetlen hatása abból is kiderül, ha megfigyeljük a veneriás infekcióknak a hét napjai szerinti megoszlását és azt egybevetjük az alkoholfogyasztás közismert napjaival. Hechtnek sikerült 222 nemi betegétől a fertőzés pontos napjait kitudni, ami igen érdekes eredményt mutatott. Ezeket az adatokat a mellékelt VIII. számú grafikonunkban szemléltetjük.

Világosan látható, hogy a nemi fertőzéseknek 32·7%-a, azaz kereken egyharmada a legtöbb alkoholfogyasztás idejére, vasár- és ünnepnapra esik, 19·8%-a, kereken egyötöde pedig szombat estére, míg a fenmaradó mennyiség

a hét többi napjai között majdnem egyenlő arányban oszlik el. Grafikonunk alsó két ábrája az alkoholhatásnak egy másik veszedelmes megnyilvánulását, a kötekedő hajlamot, a verekedést, testi sértést tünteti fel, egyrészt a hét napjai szerint, másrészt a testisértések elkövetésének helyei szerint. Nyilvánvaló, hogy a testisértések domináló többsége vasárnapon, és pedig a korcsmákban történik. Így egészen feltünő a mellékelt három ábra hasonlatossága, ami az alkoholhatás egyöntetűségét s a korcsmának, nemi fertőzésnek és testi sértésnek kölcsönhatását domborítja ki.

Az alkoholfogyasztás és a nemi betegségek statisztikája között sok rokonvonást tudunk felfedezni, ha az iszákosság miatti kihágások kimutatásait vizsgáljuk. E tekintetben pontos és megbízható adatokra találunk Norvégiában, hol azokat helységenként, családi állapot szerint és a korcsoportok figyelembevételével csoportosították.

62. Az iszákosság miatti kihágásért megbüntetett egyének száma Oslóban és a többi norvég városokban 1000 lakosra, családi állapot és korcsoportok szerint. — 1911.

Korcsoportok	Oslo					A többi városok				
	nőtlen hajadon	nős férjezett	özvegy	elvált	összesen	nőtlen hajadon	nős férjezett	özvegy	elvált	összesen
	a) *Férfiak.*									
15—19	71·1	(185·2)	—	—	71·6	59·4	(218·8)	—	—	60·3
20—29	195·2	140·3	(246·6)	176·5	180·2	203·2	91·1	197·0	500·0	169·6
30—39	297·8	121·3	226·7	275·4	167·7	297·8	76·7	133·3	620·0	127·7
40—49	344·0	111·9	222·0	186·3	148·0	330·0	69·2	180·6	383·0	104·8
50—59	290·3	91·5	235·6	184·6	125·8	245·9	52·4	140·4	255·8	77·6
60—69	148·6	47·6	137·1	130·4	71·5	170·7	30·8	75·8	—	48·4
70—	57·7	17·1	30·5	—	25·3	48·2	9·8	18·5	—	15·9
Együtt	**169·8**	**105·4**	**154·4**	**195·8**	**135·9**	**160·1**	**63·5**	**85·3**	**336·9**	**104·7**
	b) *Nők.*									
15—19	6·0	17·2	—	—	6·3	1·1	—	—	—	1·1
20—29	9·5	10·1	26·8	104·2	10·0	3·0	2·7	3·4	142·9	3·0
30—39	10·6	8·1	26·9	62·8	10·2	2·5	2·1	9·7	54·0	2·8
40—49	5·0	9·1	13·6	107·6	9·4	2·3	2·5	6·1	25·9	2·9
50—59	4·5	5·3	7·4	25·6	5·7	0·5	1·7	3·3	36·6	1·9
60—69	1·9	2·9	2·3	69·0	2·7	0·4	0·5	0·4	—	0·4
70—	—	1·3	—	—	—	—	0·4	0·5	—	0·4
Együtt	**7·6**	**7·8**	**6·5**	**70·3**	**7·9**	**2·0**	**2·0**	**2·4**	**40·5**	**2·2**

E táblázat arányszámai valóban sok tekintetben emékeztetnek a nemi betegségek megoszlásának arányszámaira. Először is a főváros általában több iszákosság miatti kihágást tüntet fel, mint a vidéki városok. Másodszor a férfiak aránya sokkal magasabb a nőknél. Harmadszor itt is a fiatal korosztályok, főleg a 20—29 évesek, majd utánuk a 30—39 évesek dominálnak. De a családi állapot szerinti csoportosítás is sok hasonlatosságra emlékeztet. Itt ugyan az elváltak szerepe még inkább előtérbe kerül, mint a nemi betegségeknél, amennyiben az iszákosság miatt megbüntetettek maximális számaránya úgy Oslóban, mint a vidéki városokban, úgy a férfiaknál, mint a nőknél az elváltak közül kerül ki. Utánuk a férfiaknál sorrendben a nőtlenek,

azután az özvegyek, majd a nősek jönnek, nőknél viszont az elváltakat a férjesek, illetve özvegyek, azokat pedig a hajadonok követik.

Fenti adatok már egymagukban is a két tárgyalt tényező hasonló eredetét és közös indokait engedik sejteni, de az alkoholfogyasztás és a nemi ragály terjedése közötti kapcsolatot még exaktabb módon kidomborítja a nemi betegek morbiditásának a kihágások miatt büntetettek számával való összehasonlítása. Ez az alkoholfogyasztás mértékére megközelítő pontosságú következtetéseket enged vonni, mert a Norvégiában történő kihágási büntetéseket kevés kivétellel iszákosság miatt foganatosítják.

A regisztrált 40 év statisztikai eredményei szerint a szifilisz morbiditásának és a büntényeknek, de főleg a kihágásoknak hullámzása között valami összefüggés van, ami épen az alkoholfogyasztás mértékével függ össze és abból származik, hogy minél nagyobbfokú az alkoholélvezés, többnyire annál gyakoribb egyrészt a kihágás, másrészt a nemi fertőződés. Az 1877. esztendőtől 1916-ig a szifilisz és a kihágások görbéje többször is mutat parallel hullámot. Először, amikor 1886 és 1889 között a szifilisz morbiditása mélypontra esett és a kihágások száma is 2—3‰-kel alább szállt. A jelzett periodust követő évek alatt viszont az alkoholos kihágásoknak és a szifiliszes megbetegedéseknek a száma is emelkedést mutatott. Újabb mélyhullám következett be mindkét részről 1904 után, ami a kihágások rubrikájában már 1910 körül, a szifilisznél pedig 1916 körül alakult át emelkedő hullámmá.

A közelebbről vett, úgynevezett szexuális bűntényeknek és kihágásoknak (erőszakos nemi közösülés bűntette, szemérem elleni erőszak, megfertőztetés, vérfertőzés, szemérem elleni kihágás stb.) számottevő statisztikái és az alkoholfogyasztással összehasonlítható adatai nem állanak rendelkezésünkre. Kétségen felül áll azonban, hogy a szexuális bűntényeknek és vétségeknek nagyrésze az alkoholizmussal legszorosabb kapcsolatban van. Az alkoholmámor — különösen krónikus formájában — nemcsak az etikai felfogást és az ítélőképességet fokozza le, hanem degeneratív elváltozásokat is létesít, melyek természetellenes szexuális cselekedetekhez vezethetnek. Stelzner például leírja, hogy az általa észlelt 11 erőszakos nemi közösülést elkövető egyén közül, hétnél tudta az idült alkoholizmust kimutatni. Itt azonban ki kell emelnünk, hogy gyakorta nemcsak az akut alkoholbódulat szexuális sphaerát izgató és az erkölcsi tudatot bénító szerepe vagy az idült alkoholista degeneratív immoralitása érvényesülhet, hanem az alkoholista szülőktől örökölt degeneratív hajlam is. Ez a probléma tárgykörünket nemcsak szexuális vonatkozásainál fogva érinti, hanem azért is, mert a szexuálisan abnormális alkoholista egyének még a nagyátlagnál is indolensebbek és rendszerint tele vannak nemi betegségekkel, melyekkel legkevesebbet sem törődnek. Ez a magyarázata annak, hogy a legtöbb erőszakos nemi közösüléshez vagy szemérem elleni erőszakhoz veneriás infekció is társul, ami természetesen az elkövetőre nézve súlyos bűnhalmazotot jelent.

63. A szifiliszes megbetegedések, a bűntények és a kihágások száma Norvégiában. 1877—1916.

Év	Szifiliszes betegek		Bűntények miatt megbüntetettek		Kihágások miatt megbüntetettek	
	abszolút számban	az összlakosság ‰-ében	abszolút számban	az összlakosság ‰-ében	abszolút számban	az összlakosság ‰-ében
1877	1.525	0·83	3.271	1·77	33.036	17·83
1878	1.639	0·87	3.254	1·73	29.324	15·61
1879	1·680	0·89	3.097	1·63	25.782	13·53
1880	1.946	1·02	3.277	1·71	25.769	13·47
1881	2.102	1·09	3.318	1·73	25.369	13·26
1882	2.176	1·13	3.593	1·88	24.263	12·70
1883	1.674	0·87	3.185	1·66	25.977	13·56
1884	1.742	0·91	3.012	1·56	25.814	13·37
1885	1.423	0·73	2.803	1·44	24.382	12·52
1886	1.476	0·75	2.742	1·40	22.590	11·51
1887	1.407	0·71	2.932	1·49	22.664	11·49
1888	1.361	0·69	2.753	1·39	21.755	10·99
1889	1.264	0·60	2.938	1·48	24.926	12·58
1890	1.837	0·92	2.603	1·42	25.248	12·58
1891	1.900	0·95	2.548	1·39	28.360	14·04
1892	2.070	1·03	3.252	1·62	29.528	14·69
1893	1.911	0·95	3.208	1·59	30.660	15·18
1894	2.100	1·03	3.173	1·56	28.825	14·20
1895	2.213	1·08	3.044	1·48	34.626	16·85
1896	2.083	0·99	3.298	1·58	43.733	20·99
1897	1.908	0·90	3.644	1·73	47.849	22·68
1898	2·301	1·08	3.985	1·86	47.922	22·40
1899	2.305	1·06	3.838	1·77	54.459	24·66
1900	2.171	0·99	4.305	1·96	55.187	24·99
1901	2.019	0·91	4.067	1·83	52.656	23·63
1902	1.716	0·77	3.602	1·61	49.236	21·98
1903	2.076	0·92	3.480	1·53	46.545	20·52
1904	1.491	0·66	3.442	1·51	40.798	17·93
1905	1.639	0·72	2.920	1·28	35.795	15·66
1906	1.500	0·66	2.970	1·29	35.429	15·43
1907	1·530	0·66	2.654	1·15	37.289	16·17
1908	1·587	0·68	2.817	1·21	43.045	18·54
1909	1.661	0·71	2.967	1·27	42.858	18·33
1910	1.594	0·69	2.982	1·27	49.368	20·98
1911	1.655	0·69	2.952	1·25	56.931	24·01
1912	1.537	0·64	2.925	1·22	63.875	25·28
1913	1.535	0·65	3.045	1·25	60.491	26·29
1914	1.560	0·64	3.424	1·40	59.512	24·26
1915	1.756	0·71	3.211	1·30	63.964	25·94
1916	2.136	0·85	3.559	1·42	75.429	30·20

Több más árnyoldala is van az alkoholizmusnak a nemi betegségek terjedése tekintetében, amelyeket elmellőznünk nem szabad. Mindenekelőtt ki kell emelnünk, hogy a nemi betegségek elleni egyéni védekezést az alkoholmámor igen gyakran megakadályozza. Mert nem elég, hogy ilyenkor az emberek hallatlanul könnyelműekké válnak és szexuális partnerüket egyáltalában nem válogatják meg, hanem éppen az alkoholnak az ítélőképességet és akaraterőt bénító hatása következtében a nélkülözhetetlen óvó intézkedéseket, az egyéni prophylaxist is elhanyagolják. Az alkoholfogyasztás főideje köztudomásúlag az éjszaka. Ilyenkor az ittas férfiak csak az utcákon lesben álló vagy lokálokban működő nyilvános és titkos prostituáltakat kereshetik föl, akik persze bőséges ragályforrásul szolgálnak. Ennek dacára az alkoholmámoros férfiak a szükséges óvszerekről nem gondoskodnak és emiatt a fertőztetés lehetőségét igen magasra fokozzák.

Magánál a coitus tényénél aztán külön veszélyt rejteget magában az a körülmény, amit már előbb érintettünk, hogy az alkoholfelszívódás nagyobb foka után — a libidó-centrum izgalmával ellentétben — a periferiás nemi sphaera mind tompultabbá válik. Ilyenkor aztán a közösülés aktusa durvábbá lesz, elhúzódik, megerőltetéssel jár. Már pedig hosszabb ideig tartó, erőszakolt coitus alatt nagyobb a valószínűség a gonococcusoknak a húgycsőbe jutására s a spirochätáknak a bőr és nyálkahártyafelületbe való bemasszírozására s ekként a nemi bajok terjesztésére.

Még további kellemetlenségeket okoz az alkoholizmus akkor is, amikor az egyén már veneriás betegséggel fertőződött. Az alkoholélvezés széles elterjedettsége mellett érthető, hogy a nemi betegek jelentékeny hányada bele esik abba a kontingensbe, amely koronként vagy állandóan alkoholt fogyaszt. Az ilyen alkalmi vagy állandósult alkoholisták nagy részét nemi betegségük idején is hiába tiltja el az orvos az italok fogyasztásától, azok a tilalmat minduntalan megszegik, mert szenvedélyükről lemondani átmenetileg sem tudnak. Már pedig az alkoholizmus a nemi betegségek gyógyulását minden esetben hátráltatja és azok következményeit súlyosabbá teheti. A kankós nyálkahártyagyulladás az alkoholfelszívódás következtében fokozódik, a betegség lefolyása protrahálttá, fájdalmassá és kellemetlenné válik. Emiatt könnyebben lépnek fel komplikációk, gyakoribbá lesznek a hólyag- és heregyulladások és a folyamat így mindinkább elhúzódik. Közben az alkoholfogyasztás hatása alatt a kezelés, fecskendezés stb. is rendetlenebbül történik, sőt akárhányszor előfordul, hogy az ittas ember gyógyulatlan, ragályozó nemi bajával közösülést folytat. Ennek csak kisebbik következménye, hogy a coitus az illetőt gyógyulásában erősen visszaveti és veszedelmes szövődményeknek teszi ki, súlyosabb folyománya a másik egyén veneriás megfertőzése. Pedig az eddig elmondottak alapján egészen plauzibilis, hogy az olyan gyógyulófélben levő, de még ragályképes nemi betegek, kiket józanul az egyéni felelősségérzet a könnyelmű lépésektől visszatart, az

alkoholnak morál- és ítélőképesség bénító hatása alatt kalandokba bocsátkozhatnak és megfertőzhetik embertársaikat. Hecht szerint előfordul, hogy a különben normálisan gyógyuló szifiliszes primär affectió az alkoholfelszívódás következtében üszkössé válik. Sőt egyes szerzők, így Haslund, Christián és Nobl alkoholistáknál olyan szifilisz-eseteket írtak le, amelyek direkt az alkoholfogyasztás következtében váltak rosszindulatúakká (syphilis maligna). Ezek mind olyan jelenségek, melyek nemcsak az egyes nemi betegek gyógyulására és további sorsára bírnak fontos kihatással, hanem a nemi betegségek súlyosbítása és elnyújtása folytán a ragályozási lehetőség idejét is mesterségesen kitolják s ekként a fertőzések gyakoriságának valószínűségét tetemesen növelik.

Egészen speciális megítélés alá esik az alkoholizmusnak a szifiliszes betegek további sorsára és a szifilisz következményeire gyakorolt káros szerepe. Lacapére azt találta, hogy összehasonlítva az alkoholt fogyasztó európai szifiliszesek és az alkoholmentesen élő arab szifiliszesek statisztikáját, lényeges eltérések mutatkoznak. Míg ugyanis az araboknál inkább a heves, de végeredményben benignusabb késői bőr és csontelváltozások dominálnak, addig az európaiak között inkább a katasztrófális idegrendszeri szifilisz van túlsúlyban. Egyébként azt a feltevést, hogy a metaszifilisz gyakoribb fellépésében az alkoholizmusnak is szerepe van, támogatni látszik az a tapasztalat is, hogy a kevesebb alkoholt fogyasztó női nemben relative alacsonyabb a hátgerincsorvadás és a paralysis százaléka, de viszont az alkoholista prostituált nők között eléri a férfiak arányszámát. Vitán felül áll, hogy az alkoholisták szervezetébenaz ellentállásnak bizonyos hiánya jelentkezik és olyan defektusok keletkezhetnek, melyek a talajt a spirochäták súlyosabb pusztítására alkalmassá teszik. Előző fejezetünkben tárgyaltuk, hogy a szifilisz különösképen praedisponál az érbetegségek, szívbetegségek, májbajok stb. kifejlődésére. Ha most már figyelembe vesszük, hogy ugyanezen szervekben az idült alkoholizmus magában is ellentállásCsökkenést (locus minoris resistentiae) vagy pedig direkt elváltozást okoz, akkor tisztán láthatjuk, hogy a gyógyulatlan szifilisz utókövetkezményeinek és a krónikus alkoholizmus rombolásainak egyesült ártalma az életerőt korán és végzetesen megtámadja. Hogy a különböző betegségi csoportokban és azok mortalitásában az alkoholizmusnak milyen jelentékeny szerepe van, arról tüzetes felvilágosítást nyújt a 64. számú táblázatunk.

Ha a lipcsei betegpénztárnak 1887-től 1905-ig nyilvántartott férfitagjairól készült és az általános megbetegülési, illetve halálozási indexet az alkoholisták megbetegülési, illetve halálozási indexével állítjuk szembe, a következő eredményekre jutunk. A 25—34 éves korcsoportban az alkoholisták megbetegedései az összes egyéb betegedési csoportban inkább dominálnak a nemi betegeknél. Emiatt a veneriás csoport a tizenhárom betegségcsoport között a tizenkettedik helyre kerül, ami azzal magyarázható, hogy a szifilisz

64. A különböző betegségek, betegségi napok és halálesetek megoszlása általánosságban és az alkoholistáknál a lipcsei betegpénztár nyilvántartott férfitagjai között. — 1887—1905.

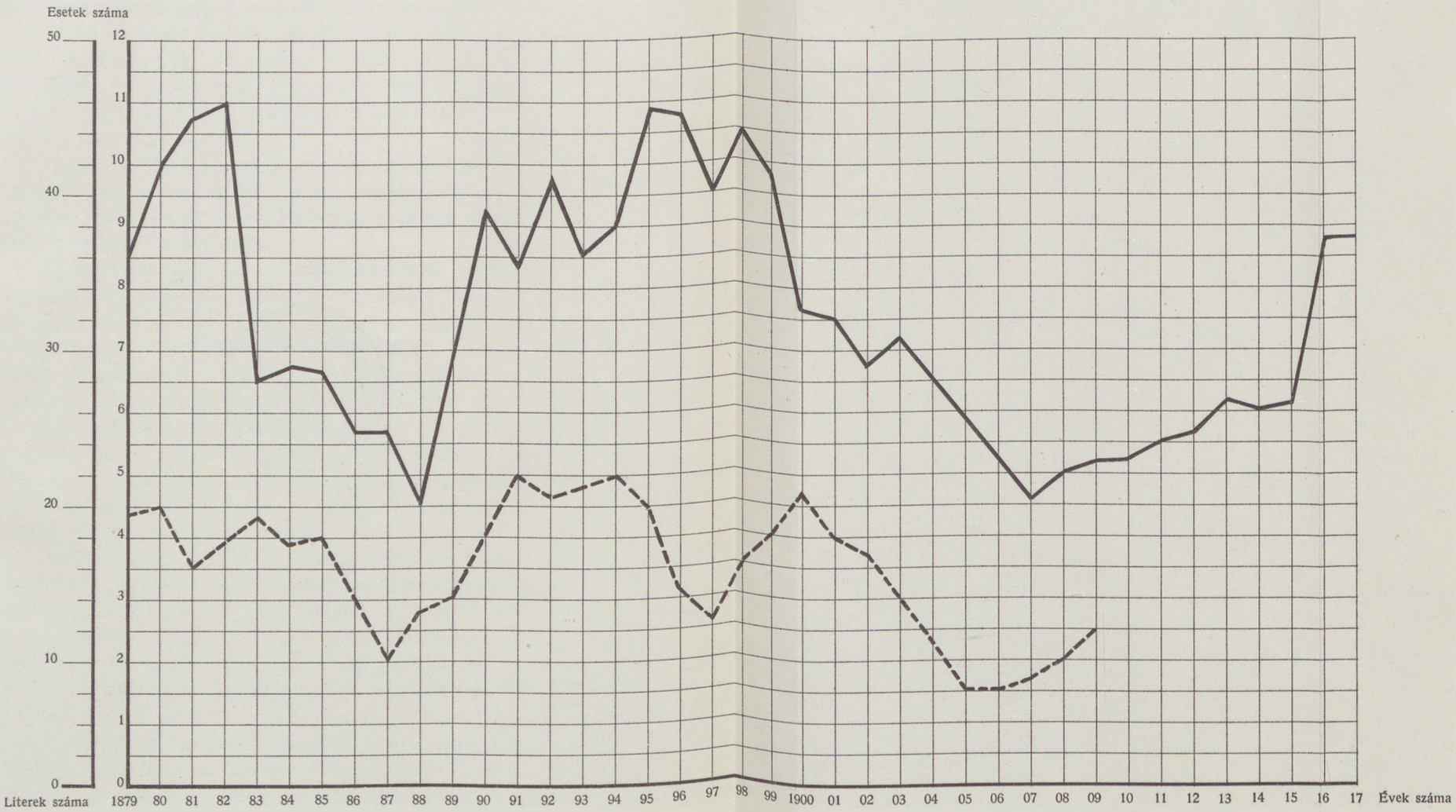
Betegségek	100 megfigyelt beteg közül																	
	a 25—34 éves korcsoportban									a 35—44 éves korcsoportban								
	Általában	Az alkoholisták között	Az alkoholisták megbetegedései az általános megbetegedések százalékában	Általában	Az alkoholisták között	Az alkoholisták betegségi napjai az általános betegségi napok százalékában	Általában	Az alkoholisták között	Az alkoholisták halálesetei az általános halálesetek százalékában	Általában	Az alkoholisták között	Az alkoholisták megbetegedései az általános megbetegedések százalékában	Általában	Az alkoholisták között	Az alkoholisták betegségi napjai az általános betegségi napok százalékában	Általában	Az alkoholisták között	Az alkoholisták halálesetei az általános halálesetek százalékában
	volt megbetegedési eset			volt betegségi nap			volt haláleset			volt megbetegedési eset			volt betegségi nap			volt haláleset		
Az összes betegségcsoportok együtt	36·8	97·3	264·4	753	1.929	256	0·53	1·22	226·42	42·2	119·6	283·4	1.003	2.713	270	0·97	2·84	292·78
Fertőző és parazitás betegségek	5·1	7·6	149·0	141	169	120	0·27	0·41	151·85	5·5	7·7	140·0	169	174	103	0·37	0·37	100·00
Egyéb általános betegségek	0·8	4·6	575·0	24	111	463	0·01	0·16	1600·00	1·0	4·7	470·0	34	106	312	0·02	0·32	1.600·00
Az idegrendszer betegségei	1·2	4·5	375·0	39	146	374	0·02	0·08	400·00	1·9	8·1	426·3	71	211	339	0·06	0·16	266·67
A légzőszervek betegségei	5·2	11·4	219·2	131	289	221	0·09	0·16	177·78	6·0	16·0	266·7	166	457	275	0·18	1·16	666·67
A vérkeringés szerveinek betegségei	0·9	2·1	233·3	23	58	252	00·3	0·16	533·33	1·0	2·3	230·0	31	89	287	0·08	0·11	137·50
Az emésztőszervek betegségei	6·1	18·3	300·0	90	271	301	0·03	—	—	5·7	18·3	321·1	100	393	393	0·06	0·16	266·67
A nemi betegségek és a húgyszervek betegségei	0·5	0·3	60·0	12	4	33	00·1	—	—	0·4	1·4	350·0	12	49	408	0·03	0·11	366·67
A kültakaró betegségei	3·0	5·8	193·3	45	98	218	0·00	—	—	3·2	8·9	278·1	61	175	287	0·00	—	—
A mozgatószervek betegségei	4·5	14·5	322·2	82	236	288	0·00	—	—	6·7	19·0	283·6	137	369	269	0·01	—	—
A fül betegségei	0·2	0·2	100·0	4	2	50	0·00	—	—	0·2	0·3	150·0	4	4	100	—	—	—
A szemek betegségei	0·7	0·9	128·6	12	6	50	—	—	—	0·8	1·6	200·0	16	21	131	0·00	—	—
Sérülések és külső behatások	8·2	26·6	324·4	142	528	372	0·04	0·16	400·00	9·5	30·7	323·2	192	612	319	0·07	0·21	300·00
Egyebek és meghatározatlan diagnózisú betegségek	0·2	0·6	300·0	4	12	300	0·03	0·08	266·67	0·2	0·4	200·0	4	13	325	0·06	0·21	350·00

és alkoholizmus együttes utókövetkezményei ebben a korban még úgyszólván egyáltalában nem jelentkeznek. Az alkoholisták legmagasabb megbetegülési indexe ebben a korcsoportban a sérülések és külső behatások betegedési csoportjában látható (l. testisértések). A helyzet azonban már gyökeresen megváltozik a következő 35—44. korévek alatt, amikor úgy a szifilisznek, mint az alkoholizmusnak a késői következményei mutatkozni kezdenek. Ebben a korcsoportban az alkoholista nemi betegek megbetegülési aránya már pontosan három és félszeresét éri el az átlagosnak (0·4 : 1·4) és az általános betegségek és az idegbetegségek után az összes betegségi kategóriák sorrendjében a harmadik helyre ugrik. Az alkoholista nemi betegek betegségi napjai is lényegesen felemelkednek, úgy, hogy az átlagos nemi betegek betegségi napjainak több, mint négyszeresét teszik (12 : 49). Az alkoholizmus következményeit azonban legszomorúbb számokkal illusztrálja a halálozási rubrika, amely szerint az alkoholista nemi betegek (túlnyomó többségben szifiliszesek) mortalitása a nem alkoholista nemi betegekének több, mint három és félszeresét képezi (0·03 : 0·11), mikor is az arányszám magasságát tekintve, az általános betegségek és a lélekzőszervek betegségei után az összes betegségkategóriák között a harmadik helyre kerül.

Az összes felhozott pathológiai és statisztikai érvek kellően kidomborítják az alkoholizmusnak a nemibetegségek kérdésével való szoros kapcsolatát. Az alkoholizmus a laza erkölcsi közfelfogás megteremtésétől a prostitució kialakulásáig, a szexuális könnyelműségtől a ragályforrások felkereséséig, az óvóintézkedések elmellőzésétől a veneriás bajok nehezebb gyógyíthatóságáig és végül a nemi betegségek komplikációitól egészen a szifiliszes alkoholisták magasabb halálozásáig a legközvetlenebb kihatással van a nemibetegségek viselkedésére. Az alkohol szerepel az esetek nagyhányadánál a fertőződés első pillanatában és ott van a befejezésnél a szifiliszes mortalitás rubrikájában is. Mindezek nyomatékosan utalnak arra, hogy az alkoholizmus a nemibetegségek társadalomegészségügyi okai között milyen előkelő helyet foglalnak el, amiből természetszerűleg következik, hogy a nemi betegségek kérdésének megoldása nagyrészben az alkohol-kérdés megoldásától is függ.

Az alkohol és a nemi betegségek közeli vonatkozásainak ismeretében, vizsgáljuk meg most már azokat a gazdasági okokat, amelyek az alkoholfogyasztás mértékét szabályozzák és a nemi betegségek epidemiologiájával szoros összefüggésben állnak. Minden részletezés nélkül is nyilvánvaló, hogy az egyes társadalmi rétegeknél mutatkozó konjunktura vagy még inkább az általános gazdasági fellendülés az emberek életkedvét és szórakozási vágyát felfokozza. Ilyenkor a konjunktura emelkedésével egyenes arányban növekszik az alkoholfogyasztás mértéke is, ami viszont a férfiak élvezetvágyát jelentékennyé fokozza. Haustein találó megállapítása szerint a maximális gazdasági

IX. A friss szifiliszes megbetegedések gyakorisága és az alkoholfogyasztás mennyisége (Osloban, 1879—1917).



A friss szifiliszes megbetegedések gyakorisága 10.000 lakosra számítva.

Az alkoholfogyasztás mennyisége fejenként, literekben.

konjunktúra és a pénzbőség a gyárak, üzletek, hivatalok és egyéb munkahelyek alkalmazottaiban bizonyos belső feszülést vált ki, ami levezetésre törekszik. A fényűzés fellendül, a nők igényei felfokozódnak és a luxus-élet legkülönbözőbb megnyilvánulásokban nyer kielégítést. A férfiak élvezetszomja dominálja a kedélyeket, a szórakozóhelyek zsúfoltsága, a színház, orfeum, varietélokálok keresettsége szembeötlő. A belső feszülés a férfiakat az éjjeli mulatóhelyek felé sodorja, ahová az alkoholmámor s a kéznél levő és vásárolható szerelem csábítja. Mindez a szexuális erkölcsök csökkenéséhez vezet s a promiscuitás fokozódása által a veneriás bajok megszaporodását eredményezi. Tagadhatatlan, hogy ez a nemi betegségek járványtani okai közül a legfontosabb, ami okadatolja a veneriás morbiditás hullámzásának látszólag szeszélyes görbéit!

Hogy a gazdasági konjunktúrának s a vele kapcsolatos alkoholfogyasztásnak a nemi betegségek járványszerű fellobbanásaira és hullámaira milyen közvetlen hatása van, azt a Haustein nyomán szerkesztett IX. számú grafikonunkban érzékeltetjük.

Egészen frappáns az a szabályszerűnek mondható hasonlatosság, mely az alkoholfogyasztás és a szifilisz görbéjének lefutása között található. Úgy a szifiliszes morbiditásnak, valamint az alkoholfogyasztásnak bizonyos hullámmagasságát és hullámmélységét észleljük, amelyek exakt statisztikai adatok ábrázolásának eredményei. A norvég adatok igen megbízható képet nyujtanak a helyzetről, mert állandó statisztikai felvételeik már a mult század 3. negyedében igen pontosak voltak s a nemi betegségek kötelező bejelentése már 1879-ben folyamatban volt. Ezért is választottuk a nemi betegségek epidemiológiai viselkedésének megvilágítására éppen a norvég példát, amelyhez hasonlóval — némelyik északeurópai államon kívül — egyetlen állam sem dicsekedhetik.

Grafikonunk a szifilisz gyakoriságát illetőleg három magaslati pontot tüntet fel és nagyjából az alkoholfogyasztás maximuma megfelel ugyanezen hullámmagasságoknak. A hullámoknak a mélybe való kanyarodásánál azonban feltűnik, hogy az alkoholgörbe mélypontja úgyszólván mindig megelőzi egy-két évvel a szifiliszgörbe mélypontját, ami a figyelmes szemlélőben azt a határozott meggyőződést kelti, hogy bizonyos speciális járványtani szabállyal állunk szemben, amely szerint az alkoholfogyasztás csökkenése a nemi betegségek számának apadását vonja maga után. A maximumok viszont a gazdasági konjunktúra kifejlődésével vannak kapcsolatba, amit a következő részletes adatok bizonyítanak. Az 1879—1917. évek alatt Norvégia gazdasági helyzete több ellentétes változáson ment át. A 70-es évek közepén az előzetesen fennálló gazdasági pangás gyors javulás jeleit mutatta, ami 1882-ben érte el legmagasabb konjunkturális fokát. Haustein adatai szerint ez évek alatt az iparnak és kereskedelemnek, különösen a bányászat termékeinek, valamint a fakitermelésnek, ásványanyagoknak, textil-

anyagoknak és a halexportnak erős fellendülése volt észlelhető. A munka- és kereseti lehetőségek aztán a mulatozás megszaporodását, tetemes alkoholfogyasztást és a fokozódó promiscuitásnak megfelelően magasabb veneriás morbiditást eredményeztek. Az 1787—1788. években gazdasági krizis jelentkezett, ami az alkoholfogyasztás lecsökkenését és a szifiliszhullám kedvező sülyedését eredményezte. A következő maximum 1890-től némi hullámzással 1900-ig tartott és az Oslóban, de bizonyos mértékig Bergenben, Trondhjemben és a többi vidéki városokban is jelentkező hatalmas építkezési konjunktúra jellemezte. A spekulatív építkezések 1889-ben érték el tetőpontjukat, amely év után néhány nagybank bukásával bekövetkezett a túlhajtott konjunktúrát rendszerint követő összeroppanás. A nagybankok bukását követték a kisbankok, kereskedőházak és egyéb vállalatok csődjei, amelyek száma 1890-ben már 876-ra, 1903-ban 932-re emelkedett. A gazdasági krizis kulminációs pontja 1905—1907. évekre esik, amely azután lassú, fokozatos javulásba ment át, majd 1915—16-ban a háborús államok részére történő szállítások idején ismét magas konjunktúrába csapott át. Ha a vázolt ökonomiai kilengéseket és a szifilisz morbiditásának görbéjét egymásmellé állítjuk, akkor a gazdasági konjunktúrák epidemiológiai jelentőségét a nemi betegségek terjedésében nem vonhatjuk kétségbe.

Nem akarunk azonban szónélkül elmenni azon látszólagos ellentétek mellett sem, melyek éppen utóbbi fejtegetésünkből következnek. A nemi betegségek társadalomegészségügyi okainak kutatásánál kifejezetten hangoztattuk ugyanis, hogy a szociális nyomor és egyes társadalomcsoportok gazdasági romlása, a nemi betegségek szaporodásához vezet, amely állítás azonban a konjunktúráról szóló érveinknek tényleg csak látszólagosan mond ellent. Hiszen kétségtelen, hogy a nyomorúság, az anyagi és erkölcsi elhagyatottság a fiatal nőket a prostituálódás és veneriás fertőződés karmai közé taszítja. Tagadhatatlan, hogy a házasodás szociális akadályai, az éjszakai munkára kényszerülő női munkásság szaporodása, a lakásnyomor stb. mind elősegítik a promiscuitás és a nemi betegségek terjedését. Mégis el kell ismernünk, hogy a szociális fellendülés és a gazdasági konjunktúra idézi elő a szexuális életben a mélyrehatóbb változásokat. A prostitúciónak a kialakulásában is úgyszólván ellentétes indítóokok játszanak szerepet, mert a munkahiány és a nyomor a prostituálódás felé hajtja az elhagyott női elemeket, de a prostitúció igazi szaporodását mégis olyankor látjuk, mikor általános fellendülés van folyamatban. Különböző tényezők rakják tehát össze a promiscuitás kialakulásának végső eredőjét, amelyeknek az exakt hatását lemérni ugyan nem lehet, de azért elmellőznünk vagy lebecsülnünk egyiket sem szabad. Végeredményben a sokféle tényező közül az érvényesül leginkább, amelynek súlya a többi felett áll és ez jelen esetben a gazdasági konjunktúra elsőbbségét hirdeti. A prostitúciónál is, mint minden üzletszerű folyamatnál, a kereslet és kínálat törvényszerűsége érvényesül, aminek következtében

a prostituáltak mértéktelen szaporodását akkor észleljük, amikor a gazdasági fellendüléssel együttjáró mulatási és élvezetvágy arra erős impulzust ad.

A gazdasági konjunktúra idején fellépő promiscuitás mértékére és a nemi bajok egyidejű elterjedésére több példát lehet felhozni. A francia kutatók Párizs életében a mult évszázad leforgása alatt három ilyen hullámról számolnak be. Parent—Duchatelet említi, hogy az első ilyen konjunktúra 1814—15-ben volt, mikor Franciaországnak, sőt egész Európának az aranya Párizsba ömlött, mikor a pénzbőség, a könnyű kereseti alkalom és a fokozott mulatási kedv a nemi betegségek feltűnő elszaporodásához vezetett. A másik epoche 1823-tól 1828-ig tartott, mikor az általános gazdasági fellendülésben a vállalkozók vagyonaikat, az alkalmazottak pedig fizetéseiket megduplázták, de ugyanezen idő alatt a szakemberek a veneriás betegségek különös mérvű terjedését észlelték. A harmadik hatalmas gazdasági konjunktúra 1878-ban, a párizsi világkiállítás idején volt. Mauriac írja le, hogy a már 1876-ban megkezdődő szédületes méretű építkezések és egyéb előkészületek a munkásoknak és vállalkozóknak óriási tömegét vonzották Párizsba. A kereseti viszonyok optimálissá váltak s az emberek éltek a pénzükkel és betöltötték az éjszakai Párizst. Ehhez jött aztán a vidéki és a hatalmas méretű külföldi forgalom, mely úgyszólván elárasztotta a világkiállítást. Az utasok az egész földről özönlöttek a francia fővárosba, hogy elköltsék és elszórakozzák a pénzüket. Mauria cszerint a párisi könnyűvérű nők, főként hivatásos és alkalmi prostituáltak, a nagy kereslet és a jó kereseti lehetőség hatása alatt óriási módon elszaporodtak és világhírüknek mindenképpen igyekeztek megfelelni. A nemi betegségek azelőtt nem látott méretekben szaporodtak és a külföldiek nemcsak a kiállítás értékeit, hanem a nemi betegségeket is nagy arányokban exportálták.

A járványos és ragályozó betegségeknek időnként való fellobbanása, elcsendesülése és újrafellángolása a higiénének egyik legnehezebben megoldható problémája, amiért is azt szokták mondani, hogy az epidémiák kitörését és hullámait ismeretlen erők és fel nem fedezett törvények szabályozzák. Nem akarjuk azt állítani, hogy a nemi betegségek járványtani törvényeivel tisztában vagyunk, mert az eddig kifejtett számos okozati komponens annyira szövevényes összhatást fejt ki, hogy azt matematikai pontossággal meghatározni vagy szétbontani lehetetlen. De kétségtelen, hogy a veneriás betegségek járványtani okait a többi, különösen akut fertőző betegségekénél jobban ismerjük és ezek közt a gazdasági konjunktúrával összefüggő promiscuitás-szaporodásnak elsőrendű helyet kell biztosítani. Sajnos azonban, az utóbb kifejtett szociálpathológiai és járványtani ismereteinket a nemi betegségek leküzdésében nem egykönnyen értékesíthetjük, mert a gazdasági fellendülést és általános szociális jólétet a vele járó veneriás veszedelem dacára is kívánatos és szükséges követelménynek kell tartanunk.

A tanulságok levonása azonban még sem felesleges, csakhogy azokat olyan irányban kell felhasználnunk, hogy a gazdasági konjunktúra idején fellángoló veneriás veszély a közegészségügyi szakköröknek és a közönségnek eleven tudatába kerüljön s így annak megelőzésére és leküzdésére úgy az államhatalom és a törvényhatóság, valamint a társadalom teljes készenlétben álljon.

A nemi betegségeknek egy másik, igen fontos járványtani okát a népek súlyos megrázkódtatásában, mozgósításokban, forradalmakban, háborúkban találjuk. Már a részleges mozgósítások és lokális forradalmak is egyes néprétegek szexuális életében olyan változásokat idéznek elő, melyek a promiscuitás jelentékeny megszaporodásához vezetnek. Még súlyosabb elbírálás alá esnek a hosszabb-rövidebb ideig tartó háborúk s a nemzeteknek ekként bekövetkező súlyos megrázkódtatása. Ez a megrázkódtatás részben az imént tárgyalt konjunkturális, illetve dekonjunkturális viszonyokkal függenek össze. Bizonyos néprétegek ugyanis a háborús zivatar forgatagában olyan anyagi veszteségeknek vannak kitéve, amelyek — különösen a női nemnél — súlyos erkölcsi válsághoz, esetleg elzülléshez és prostituálódáshoz vezetnek. A háború azonban általános dekonjunktúrát többnyire csak elfoglalt területeken okoz, egyébként gyakorta természetellenes fellendülést eredményez, ami az óriási méretű lőszer- és hadseregfelszerelés gyártásának és a hadseregélelmezéssel járó konjunkturális viszonyoknak a következménye. Az utolsó világháborúból is jól emlékszünk a háborús konjunktúra kinövéseire, a női munkások hallatlan megszaporodására, az egészségtelen pénzbőségre s a velejáró mulatozásokra. Még jobban emlékünkben van a háború hiénáinak mértéktelen gazdagodása, a hadseregszállítók milliomosodása és visszatetsző pénzpocsékolása. Amíg az igazi férfiak a fronton védték a hazát, ezek az elemek itthon dőzsölő életmódot folytattak. A varieté és bordélyüzem soha nem látott méreteket öltött s a fellángoló promiscuitás sűrűn terjesztette a veneriás ragályt.

A népek háborús megrázkódtatásának azonban vannak olyan momentumai is, melyek függetlenek az ökonómikus epidemiológiai okoktól. Háború esetén az egész társadalmi berendezkedésnek és a családi életnek olyan gyökeres felforgatása következik be, mely a szexuális életet szokatlan vágányokra löki. A mozgósítás során hatalmas férfitömegek mozdulnak ki megszokott családi környezetükből és kerülnek a hadműveletek céljai szerint más és más területre. A háborús viszonyok a férfiak tíz- és százezreit szakítja el a feleségtől vagy a szülei ház erkölcsi oltalmából, akik idegen vidékekre kerülve vagy utazva át, rövid lefolyású ismeretségeket kötnek és szaporítják a promiscuitást. Fiatal férjek és ifjú emberek, akik hónapokon, féléveken át távol vannak feleségeiktől, otthonuktól, elfeledkeznek a tartózkodás követelményeiről. Az ütközetek utáni pihenés ideje, a harcvonal átcsoportosítása, újabb és újabb városok érintése a sokáig nélkülözött szexuális élet újrafelvételére kitünő alkalomként kínálkozik. Nem szabad elfeled-

keznünk arról a különös pszichikai momentumról sem, amely ilyenkor elfogja a katonák többségét, akik a komoly életveszedelemmel fenyegető hadifelvonulások előtt még egyszer, talán életükben utoljára ki akarják élvezni az életet. A hadizsold módot nyujt erre s a pihenések és átcsoportosítások idején bőségesen folyik a mulatozás, amely többnyire a szexuális vágyak durva kielégítésével végződik. A katonaságnak ilyenirányú veszélyeztetettsége már a régi világban is ismeretes volt és Mária Teréziának is egész sorozat rendelete maradt fenn, mely a katonák nemi fertőzésektől való megóvását célozta. Minden háború alatt és után fellángolt a nemi betegségeknek epidemiaszerű szétáradása, de talán a legutóbbi világháború vezet e tekintetben, amin nem is csodálkozhatunk, ha meggonduljuk, hogy megközelítő számítás szerint az egész világon mintegy 60 millió 18—40 éves, szexuális javakorában levő férfi volt mozgósítva.

Miután a háborút viselő hadsereg tagjainál csak a hirtelen kötött és ugyanúgy elmuló ismeretségek jönnek figyelembe, a szexuálitásuk tehát egyedül promiscuitás formájában nyilvánulhat. Ennek arányában növekszik a nemi betegségek terjedése,amelyeket a katonák városról-városra, faluról-falura hurcolnak tovább. A helyzet rosszabbodását nagyon sietteti a női nemnek a háborús szexuális morálhoz való akklimatizálódása. A rövid lefolyású ismeretségek magas kereslete rövidesen megtermi az óriási kínálatot, aminek következtében hallatlanul megszaporodik a könnyűvérű nők száma. Kiterjedt méreteket ölt a nyilvános és alkalmi prostitució, de az érdek nélkül, szórakozásvágyból született promiscuitás is. Az életért való remegés, a bizonytalan holnap, a nőket is a mulatozás karjaiba dobja és ha a nők ezen rétegénél az első katonacsapat távozása még fájdalmas lemondást okoz, rövidesen hozzászoknak ahhoz a gondolathoz, hogy mindig újabb és újabb csapatok fogják őket megvigasztalni. A nők szexuális erkölcsének romlása mind szélesebb társadalmi osztályokra csap át, amit elősegít az is, hogy a fiatal asszonyok hatalmas tömegei maradnak otthon hónapokig, sőt évekig, »háborús szalmaság«-ban. Hiányzik a családfő, a férj, az apa és a felügyelet hiánya gyakran felbolygatja a család tiszta hírnevét. Így folynak egymásból ezek a szexuális körülmények, melyek a nők és férfiak promiscuitásának s a nemi bajoknak háborús elszaporodásához vezetnek.

Fentiekben vázoltuk nagyáltalánosságban a háborúnak a nemi betegségek terjesztése körül kifejtett epidemiológiai szerepét. Ennek exakt kimutatása csak azért ütközik némi nehézségbe, mert a legutóbbi világháborút éppen azok az államok viselték, amelyekben akkor a folytatólagos veneriás adatgyüjtés még nem volt rendszeresítve. A hadseregek nemi betegségekről szóló kimutatásai viszont a legtöbb államban a háborús évek alatt szüneteltek. Mégis találunk olyan francia statisztikát, mely az 1914. és 1915. évtől eltekintve, 1911 és 1925 között a hadseregnek folytatólagos veneriás kimutatását közli.

65. A nemi betegségek morbiditása a (belföldi) francia hadseregben. — 1911—1925.

Év	Friss szifilisz		Lágyfekély		Friss kankó	
	absz.	‰	absz.	‰	absz.	‰
1911	786	1·62	635	1·31	8.404	17.30
1912	877	1·83	866	1·80	8.736	18·20
1913	534	1·06	519	1·04	5.858	11·70
1914	—	—	—	—	—	—
1915	—	—	—	—	—	—
1916	11.251	14·16	5.235	6·63	36.808	46·65
1917	15.341	21·10	8.853	12·18	39.983	55·01
1918	13.858	20·29	9.068	13·28	34.391	50·37
1919	7.894	11·51	7.444	10·85	22.905	33·40
1920	1.797	6·43	1.419	4·12	7.066	20·21
1921	1.244	3·27	631	1·66	6.182	16·27
1922	889	2·63	438	1·29	5.552	16·37
1923	693	2·18	259	0·82	5.012	15·80
1924	465	1·60	293	1·01	4.622	15·90
1925	482	1·63	352	1·19	4.950	16·70

Sajnálatos, hogy 1914-ben és 1915-ben, a háború kezdő és második évében hiányzanak az adatok s így nem láthatjuk a békében regisztrált morbiditás háborús átmenetét. A két üres rubrika után azonban meredeken ugrik fel a veneriás megbetegedések száma és a háborúelőttihez képest hallatlan gyarapodást mutat. Míg ugyanis a háborúelőtti években (1911—1913.) friss szifilisz 1000 katona közül 1·06—1·83-nál jelentkezett, az első két háborús év eltelte után, 1916-ban már 14·16-nál. A szifilisz a maximális terjedését 1917-ben érte el, amikor minden 1000 francia katona közül 21·10-nek volt friss szifilisze, azután csökkenni kezdett, 1918-ban 20·29‰, majd a háborút követő 1919. évben már ennek csak úgyszólván fele, azaz 11·51‰, 1920-ban 6·43‰, 1921-ben 3·27‰ és például 1925-ben már csak 1·63‰ volt. Az ulcus molle minimuma a háború előtt 1·04—1·80‰-et, a háborús maximuma alatt 13·28‰-et mutatott, hogy a háború utáni években ismét az előbbi minimumra, sőt az alá zuhanjon. Végül a kankónál a háború előtt 11·70—18·20‰ morbiditást regisztráltak, 1917-ben 55·01‰-et, 1925-ben pedig ismét 16·70‰-et.

Ezek a számok ellentmondást nem tűrő módon igazolják a háborús megrázkódtatással járó járványszerű veszedelmet és exakt érvekkel mutatnak rá arra, hogy a nemi betegségek epidemiológiájában a háborús mozgalmak milyen fontos helyet foglalnak el.

Nem szabad azonban elfeledkeznünk arról, hogy a hadsereg nemi egészségi állapota egyáltalán nem egyedülálló jelenség, hanem az összlakosság veneriás fertőzöttségének általános képét mutatja. A katonák sűrű fertőződése feltételezi a női ragályforrások erős szaporodását, viszont maga a katonaság is gyakori állomásváltoztatásával, mulatásvágyával és egyéb körülményei miatt a legveszedelmesebb ragályforrásokat szolgáltatja. Így aztán a háborút viselő katonaság, a katonákkal elegyedő női népesség és az utóbbiakkal érintkező polgári lakosság a promiscuitás közös örvényébe kerül, ahol sűrűn cseréli ki a nemi betegségek fertőző csiráit s a nemi betegségeknek általános, a népesség minden rétegére kiterjedő járványszerű szétáradását eredményezi. Ebből a folyamatból aztán nem marad mentes a család sem és számtalan az olyan esetek száma, — amilyet a háborús praxisából minden orvos ismer, — ahol a hazatérő katonaférj fertőzi meg veneriás betegségével az asszonyt vagy az itthon maradt feleség lepi meg a hazatérő férjet egy-egy infekció átoltásával.

Fenti tapasztalatokból, valamint az egészségügyi intézetek és katonai hatóságok statisztikáiból le kell szűrnünk azt a szabályszerűséget, mely a nemi betegségek epidemiológiájában a háborús mozgalmak idején mutatkozik, miért is háborúk esetén e betegségek megelőzésére és lokalizálására a higiénének minden rendelkezésre álló eszközét szintén mozgósítani kell.

Miután az eddig feldolgozott egész anyagunk alapján kimerítően megvizsgáltuk a nemi betegségek sokfelé ágazó társadalomegészségügyi és járványtani okait, befejezésül vessünk egy tekintetet arra, hogy mindezen komponensek a nemi betegségek morbiditási görbéjének végső kialakulását miként befolyásolják. A kérdés az, hogy növekedik-e, stagnál-e, vagy apad a földön a nemi betegségek száma és a higiéne ezirányban milyen prognózist tud mondani. Ennek a problémának a mérlegelésénél sem tudunk hazai adatokra támaszkodni, hanem az évtizedek óta folytatólagosan vezetett külföldi statisztikák közül a legtökéletesebb északeurópai veneriás kimutatásokra hivatkozunk. Tekintsük tehát meg a Norvégiában bevezetett pontos statisztikai rendszer eredményeit a szifilisz morbiditására vonatkozólag.

A 46 év alatt készült norvég statisztikai anyag értékes felvilágosítással szolgál a szifilisz morbiditásának hullámzásáról. Ez a hullámzás a fejezetünkben elmondott társadalomegészségügyi és járványtani okok sokféle komponenséből kialakult eredő, mely végeredményben a szifilisz görbéjére mégis a konjunkturális helyzet bélyegét nyomta rá. Legkevésbbé kedvező Oslo szifiliszgörbéje, amely a kimutatás legutolsó évében, 1922-ben is történetesen ugyanazt az arányszámot (3·1‰) mutatja, mint 1877-ben. Lényegesen jobb azonban a helyzet Norvégiában Oslo nélkül vagy pedig egész Norvégiában, mert ezek szifiliszes görbéje a mult század utolsó negyede óta kismérvű, de határozott esést mutat.

66. Osloban, egész Norvégiában és Norvégiában Oslo nélkül jelentett szifiliszesetek száma. 1877—1922.

Év	Osloban									Egész Norvégiában		Norvégiában Oslo nélkül	
	szerzett			világrahozott			A népesség összességének ‰-ében						
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	abs. sz.	‰	abs. sz.	‰
1877	—	—	297	—	—	33	—	—	3·1	1.525	0·83	1.195	0·69
1878	—	—	311	—	—	31	—	—	3·0	1.639	0·87	1.297	0·74
1879	211	154	365	21	15	36	5·2	2·7	3·4	1.680	0·89	1.279	0·71
1880	268	156	424	21	22	43	5·2	2·8	3·9	1.946	1·02	1.479	0·82
1881	302	151	453	33	39	72	5·9	2·8	4·3	2.102	1·09	1.577	0·88
1882	308	188	496	21	23	44	5·8	3·2	4·4	2.176	1·13	1.636	0·91
1883	175	111	286	21	15	36	3·4	1·9	2·6	1.674	0·87	1.352	0·75
1884	172	126	298	17	22	39	3·2	2·1	2·7	1.742	0·91	1.405	0·70
1885	148	123	271	33	29	62	3·0	2·1	2·5	1.423	0·73	1.090	0·60
1886	163	101	264	25	14	39	3·1	1·6	2·3	1.476	0·75	1.173	0·64
1887	175	97	272	21	23	44	3·2	1·6	2·3	1.407	0·71	1.091	0·59
1888	103	109	212	18	14	32	1·9	1·6	1·8	1.361	0·69	1.117	0·60
1889	187	107	294	10	22	32	3·0	1·6	2·3	1.264	0·60	938	0·51
1890	330	178	508	16	13	29	5·0	2·3	3·5	1.837	0·92	1.300	0·70
1891	303	170	473	10	10	20	4·4	2·1	3·1	1.900	0·95	1.407	0·76
1892	355	208	563	9	18	27	4·9	2·6	3·7	2.070	1·03	1.480	0·80
1893	278	229	507	12	15	27	3·8	2·6	3·2	1.911	0·95	1.377	0·74
1894	353	193	546	25	17	42	4·7	2·2	3·4	2.100	1·03	1.512	0·81
1895	518	206	724	26	14	40	6·5	2·2	4·2	2.213	1·08	1.549	0·82
1896	498	235	733	32	28	60	6·0	2·5	4·1	2.083	0·99	1.284	0·67
1897	450	233	683	25	25	50	5·1	2·4	3·6	1.908	0·90	1.175	0·61
1898	565	259	824	25	27	52	5·8	2·4	4·0	2.301	1·08	1.425	0·74
1899	543	221	764	35	34	69	5·5	2·1	3·7	2.305	1·06	1.472	0·76
1900	457	195	652	28	26	54	4·7	1·7	3·1	2.171	0·99	1.465	0·74
1901	432	208	640	23	17	40	4·5	1·8	3·0	2.019	0·91	1.439	0·71
1902	368	196	564	20	28	48	3·8	1·8	2·7	1.716	0·77	1.104	0·52
1903	431	183	614	24	20	44	4·5	1·6	2·9	2.076	0·92	1.418	0·69
1904	355	154	509	26	34	60	3·9	1·5	2·6	1.491	0·66	922	0·45
1905	340	128	468	24	26	50	3·6	1·2	2·3	1.639	0·72	1.121	0·54
1906	302	129	431	19	16	35	3·1	1·1	2·1	1.500	0·66	1.034	0·50
1907	251	123	374	10	25	35	2·5	1·2	1·8	1.530	0·66	1.121	0·54
1908	278	134	412	24	26	50	2·9	1·2	2·0	1.587	0·68	1.125	0·54
1909	315	142	457	31	27	58	3·2	1·3	2·1	1.661	0·71	1.146	0·54
1910	332	141	473	27	13	40	3·3	1·1	2·1	1.594	0·69	1.081	0·51
1911	356	163	519	19	17	36	3·3	1·3	2·2	1.655	0·69	1.100	0·51
1912	372	164	536	22	18	40	3·5	1·3	2·3	1.537	0·64	961	0·45
1913	404	169	573	27	25	52	3·8	1·4	2·5	1.535	0·65	910	0·42
1914	411	145	556	24	14	38	3·8	1·2	2·4	1.560	0·64	966	0·44
1915	407	178	585	31	16	47	3·8	1·4	2·5	1.756	0·71	1.124	0·50
1916	631	229	860	28	17	45	5·7	1·8	3·5	2.136	0·85	1.231	0·55
1917	600	266	866	19	18	37	5·3	2·0	3·5	2.358	0·92	1.378	0·59
1918	464	213	677	18	20	38	4·1	1·7	2·8	2.096	0·80	1.381	0·58
1919	656	258	914	11	12	23	5·7	1·9	3·6	2.360	0·92	1.423	0·61
1920	495	218	713	14	12	26	4·3	1·6	2·8	1.959	0·75	1.220	0·51
1921	430	202	632	20	18	38	3·8	1·5	2·6	1.832	0·69	1.162	0·49
1922	551	220	771	13	14	27	4·9	1·7	3·1	1.594	0·60	796	0·33

A kérdés megvilágítására ugyancsak értékes adatokat szolgáltat a kitűnő dán statisztika, amely századunkban a következő veneriás megbetegedéseket mutatta ki.

67. A friss nemi betegségek száma Koppenhágában. — 1900—1926.

Év	Szifilisz		Kankó		Lágyfekély	
	absz.	‰	absz.	‰	absz.	‰
1900	1.799	5·0	4.632	12·94	592	1·7
1901	2.171	5·7	5.238	13·75	896	2·4
1902	1.853	4·6	5.216	12·69	568	1·4
1903	1.787	4·3	5.230	12·54	438	1·1
1904	1.667	3·9	4.861	11·5	485	1·1
1905	1.376	3·2	4.849	11·4	447	1·1
1906	1.422	3·3	4.848	11·2	795	1·8
1907	1.971	4·5	5.684	12·9	728	1·7
1908	2.473	5·6	6.320	14·2	1.164	2·6
1909	2.213	4·9	6.029	13·4	1.034	2·3
1910	2.454	5·3	6.076	13·2	848	1·8
1911	2.696	5·8	6.500	14·0	692	1·5
1912	2.383	5·0	5.786	12·2	670	1·4
1913	1.713	3·5	5.860	12·1	518	1·1
1914	2.214	4·5	6.931	14·1	596	1·2
1915	2.275	4·6	7.220	14·7	779	1·6
1916	2·498	4·9	7.342	14·4	863	1·7
1917	2.321	4·4	7.067	13·5	544	1·0
1918	2.364	4·4	8.530	15·8	494	0·9
1919	2.981	5·4	8.783	15·9	684	1·2
1920	2.879	5·2	7.279	13·1	732	1·3
1921	2.496	4·4	6.584	11·7	571	1·0
1922	1.515	2·7	6.067	10·6	337	0·6
1923	1.338	2·3	6.241	10·9	253	0·4
1924	1.245	2·1	6.015	10·3	178	0·3
1925	1.279	2·2	6.234	10·6	137	0·2
1926	1.511	2·5	6.737	11·4	153	0·3

A koppenhágai adatok megerősítik a norvég statisztika tapasztalatait, mert ugyancsak a szifilisz lassú csökkenéséről tesznek tanuságot. Azt látjuk, hogy a szifiliszgörbe évszázadunk első negyedében három maximumot tüntet fel. Az első 1900. körül volt (5·0‰), a második 1911 körül (5·8‰), a harmadik pedig a háború végén, 1919-ben (5·4‰). Az egyes maximumok között mélyhullámok voltak, amelyek közül azonban az első mélyhullám csak 3·2‰-et jelzett (1905.), a második meg csak 3·5‰-et (1913.), de a jelenlegi mélyhullám elérte a 2·1‰-et (1924.), ami végeredményben határozottan kedvező jelenségnek tekinthető. Hasonló javuló tendenciát mutat a lágyfekély görbéje is, mert e betegség számaránya a század elején regisztrált összegen mélyen alul marad. A harmadik nemi betegség, a kankó, szembetűnően kedvezőtlen lefolyást mutat fel és noha itt is érvényesültek az epidemiológiai hullámok, azok mélypontjai relatíve magasan maradtak, úgy, hogy a koppenhágai statisztika alapján a kankó morbiditását a század elején felmutatott nivójához képest javuló irányzatúnak alig mondhatjuk.

A nemi betegségek számának gyarapodását vagy csökkenését, valamint az epidemiológiai görbék hullámzását és hullámnívóját a legszembetűnőbben grafikonnal tudjuk szemléltetni.

A X. számú garafikonunk a három nemi betegségnek 1876-tól 1924-ig regisztrált morbiditási adatait tünteti fel Norvégiában, 10.000 lakosra számítva. A háromféle betegség előfordulási gyakoriságának megfelelőleg a kankó görbéje halad legfelül, azután a szifiliszé következik és legalul a lágyfekélyé fut. A három görbe bizonyos tekintetben rokonlefutást mutat és mégis lényeges eltéréseket tüntet fel, ami bővebb megvitatást igényel.

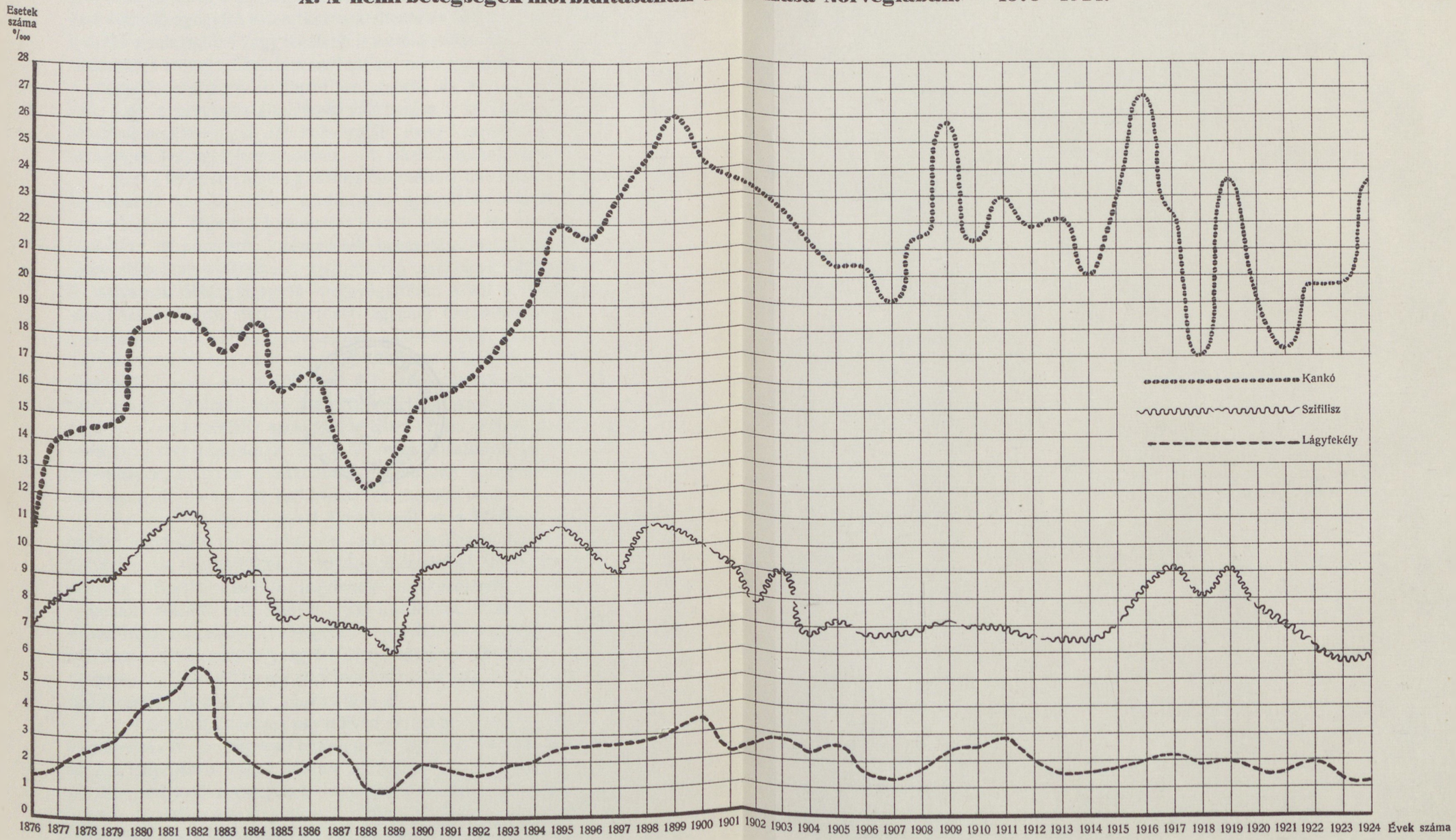
A legsúlyosabb nemi betegségen kezdve, a szifilisznél azt látjuk, hogy 1876 óta a kisebb oszcillációktól eltekintve, három lényegesebb maximumot ért el, 1881—1882-ben, azután 1895—1898-ban és legutóbb 1917—1919-ben. Az első maximum 1·13‰, a második 1·8‰, az utolsó pedig 0·92‰ szifiliszt, tehát hovatovább alacsonyabb ezrelékes számokat tüntet fel, ami grafikonunkban azáltal jut kifejezésre, hogy a második hullámtető az elsőnél, a harmadik pedig a másodiknál is alacsonyabb magasságot ér el. A görbének a mélyszakaszaiban is három helyen jut érvényre a minimum. Az első 1889-ben (0·60‰), a második 1912-ben, illetve 1914-ben (0·64‰), a mostani pedig 1923-ban (0·55‰). A három mélypontot összehasonlítva, azt látjuk, hogy a második minimum az elsőhöz képest némi emelkedést mutat, de az utolsó mélypont mindkét előzőnél alacsonyabb. Végeredményben tehát a szifilisz morbiditási grafikonja olyan hullámzást ír le, melynek hullámai magasságukból fokozatosan veszítenek, mélységükben pedig megnövekednek, ami a szifilisznek, mint népbetegségnek, kedvező prognózisát jósolja.

Lényegében hasonló vonalat ír le a lágyfekély görbéje is. Ennek első és legmagasabb maximuma 1882-ben (0.56‰), azután 1900-ban (0.35‰) és 1911-ben (0·28‰) és az utolsó 1917-ben (0·22‰) volt. A hullámcsúcsok magasságának csökkenése itt is a betegség fokozatos apadását bizonyítja.

A kankó morbiditási görbéje viszont ellentmond a másik két nemi betegség lassan javuló tendenciájának. Ennek az első maximumát, amely 1881-ben tünt elő (1·87‰) jóval felülmulta a második, 1899-ben bekövetkező emelkedése (2·59‰). Úgyszólván ugyanezt elérte az 1909-iki harmadik maximum (2·58‰), még túlhaladta az 1916. évi negyedik maximum (2·67‰), amiből csak keveset engedett az 1919. évi újabb (2·35‰) és az 1924. évi legújabb hullámcsúcs (2·35‰). A kankós morbiditás kedvezőtlen voltát legjobban dokumentálja, hogy az 1907. évi mélypont (1·90‰) magasabban feküdt az 1881. évi maximumnál (1·87‰), sőt az 1918. évi (1·69‰) és az 1921. évi (1·73‰) minimumok is csak árnyalatilag kerültek annál alacsonyabb nívóba. Ezek az adatok beszédesen utalnak arra, hogy a kankónak, mint népbetegségnek a prognózisa a másik két nemi betegséggel ellentétben, mai megfigyelésünk és tudásunk szerint kedvezőtlennek mondható!

A veneriás görbék kialakulásánál, illetve a három nemi betegség morbiditásának egyenlőtlen hullámzásánál különböző tényezőket kell figyelembe

X. A nemi betegségek morbiditásának hullámzása Norvégiában. — 1876—1924.



vennünk, amelyek nemcsak az elmondott társadalomegészségügyi és járványtani okokban nyerik magyarázatukat, hanem e betegségek leküzdését célzó preventív és kuratív eljárások lehetőségeiben is. Az előidéző okok és a leküzdést szolgáló gyógyító beavatkozások ellentétes hatást fejtenek ki és egymás hatását semlegesíteni vagy legalább is lecsökkenteni képesek. Egy-egy olyan elementáris erővel fellépő járványtani ok, mint valamely háborús mozgalom, a gyógyítás eredményeit illuzóriussá teheti, de arra igen komoly remény van, hogy a gyógyítás általánossá váló hatása a kevésbbé elementáris erejű társadalomegészségügyi kórokok erejét lecsökkentheti és valaha a nemi betegségek lényeges leapadásához, sőt lokalizálásához vezet.

Erre a feltevésre éppen a szifilisz morbiditási hullámzásánál tapasztaltak jogosítanak fel. A szifilisz eredményes gyógyítása a szalvarzán általános használatának ideje óta hatalmasat lendült előre és így egyéb fontos szociálhigiénikus és preventív intézkedések bevezetése mellett, a szifiliszes fertőzések számának csökkenését a szalvarzán hatásának kell tulajdonítanunk. A szalvarzán áldása az egyén meggyógyításán kívül a közegészségügyet is igen közelről érinti, mert a fertőzött egyének fertőzőképességét megrövidíti s ezáltal az infekció továbbvitelének valószínűségét lecsökkenti. Bayet és Malvolz becslése szerint a megfelelő szalvarzántherápia a szifilisz ragályozó stádiumát $^3/_4$—$^4/_5$-ére rövidíti, amiből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a szalvarzánhatás alatt álló betegekkel érintkező szexuális partnereknek csak $^3/_4$—$^4/_5$-e fertőződik azok partnereihez képest, akik megfelelő szalvarzánkezelésben nem részesültek. Ezt a feltevést valószínűvé teszik azok a biztos eredmények, amelyek a Skandináv államokban a szifilisz morbiditásának mérsékelt, de határozott csökkenésében mutatkoznak!

Az ulcus molle kifejezett javulásánál az a körülmény játszik közre, hogy a lágyfekély tulajdonképpen részben piszkossági betegség, mely a nép kultúrájának, tisztaságának, egészségügyi érzékének emelkedésével természetszerűleg ritkábbá válik. A lágyfekély kórokozójának legyőzése az orvostudomány részéről nem igényel olyan küzdelmet, mint a szifiliszé és annak elpusztítására az esetek többségében — úgylátszik — az enyhe dezinficienssel való lemosás is elegendő. A lágyfekély terjedésének csökkenése tehát jórészben ezeknek a fertőtlenítő szerek általános használatának s a hovatovább kifejlődő néptisztaságnak a javára könyvelhető el.

A kankónál azonban úgyszólván semminemű haladásról sem tudunk beszámolni. A gonorrhoea terápiája a rengeteg új gyógyszer bevezetése dacára, lényegében vajmi keveset fejlődött s az akut és krónikus ragályforrások infekcióképességének megakadályozására nem áll olyan erélyes fegyver rendelkezésünkre, mint a szifiliszesetekben a szalvarzán. Ennek az eredménye, hogy Stockholmban a szifiliszes megbetegedések száma a kankóéhoz képest 50%-kal jobban apadt. Még 1913-ban 1 szifiliszesetre itt 5·8, 1925-ben már 20·8 kankó esett. Helsingforsban szintén javult a szifilisz

aránya, mely a kankóhoz viszonyítva, 1913-ban 1 : 3·5, 1925-ben pedig 1:7·8 volt. Berlinben is 1913-ban 1 friss szifiliszre 3 friss kankóeset jutott, 1927-ben pedig 5. Ezek az adatok mind kedvezőek a szifilisz morbiditására és annak lassú apadását jelzik, de a kankót illetőleg teljes stagnálást jelentenek.

A nemi betegségek további járványtani viselkedésének elbírálására az elmondottak szerint indokolatlan a pesszimizmus! A szifilisz és lágyfekély morbiditásának az utolsó félszázad alatt mutatkozó hullámai arra vallanak, hogy itt kedvező tendencia érvényesül, aminek alapján joggal remélhetjük, hogy a valószínűleg elkövetkező újabb szifiliszhullámok a régiek magasságát nem fogják többé elérni, hanem fokozatosan további apadást tüntetnek fel.

Ugyanilyen indokolatlan volna azonban a nemi betegségek népegészségügyi prognózisa tekintetében minden túlzó optimizmus. Különösen a kankó morbiditása szempontjából ennek helye egyáltalán nincsen! De a szifilisz morbiditásának megítélésénél is tájékozatlanságra vallottak azok az optimista vélemények, melyek a háború utáni javulást örökösnek tekintették és már is hajlandók lettek volna a szifiliszkérdést eltemetni. A szifilisz görbéje egyes helyeken már is kezd idegesen viselkedni és mélypontjából elmozdulni. Míg például Oslóban 1922 óta a szifiliszes fertőzések száma állandónak látszó mélyponton volt, sőt Helsingforsban 1925-ben lefelé tendáló oszcillációt végzett, addig Koppenhágában és Stockholmban 1926-ban az esetek száma már ismét emelkedett. Párizsból és Bécsből is 1924 óta némi emelkedést jelentenek ami megfelel a legutóbbi évek tapasztalatainak Budapesten.

Ne feledjük el Dürings megszívlelendő véleményét, aki a háborús évek után bekövetkező jelentékeny morbiditáscsökkenést azzal magyarázza, hogy a háború évei alatt olyan tömegek betegedtek meg, amelyek normális viszonyok között később és arányosabb megoszlásban fertőződtek volna. A görbének tehát a mélypontja tulajdonképpen csak kiegyenlítődési folyamat, melyet természetszerüleg ezután újabb emelkedőhullám követ.

Akár elfogadjuk azonban Dürings teoriáját, akár nem, azt a szabályszerűséget, mely a félszázados skandináv feljegyzésekből szűrődött le, tagadásba vennünk nem lehet. Ez a törvényszerűség pedig arra tanít, hogy a nemi betegségek morbiditása hullámzó vonalat ír le, amely maximumok és minimumok között váltakozik. A hullámtetőt mindig hullámvölgy, ezt pedig ismét hullámtető követi, miért is számítanunk kell arra, hogy a nemi betegségek hullámzásának az a mélypontja — amilyent pár évvel ezelőtt is észleltünk — előbb vagy utóbb jelentékeny emelkedésnek lendülhet. Ezért kell a nemi betegségek problémáját állandóan a közérdeklődés tengelyében tartani, anélkül, hogy akár a túlzó optimizmusnak vagy akár a túlzó pesszimizmusnak átengednénk a teret.

IV.

A veneriás betegségek, mint népesedési ártalmak.

A statisztika fejlődésében már jó egynéhány évtizeddel ezelőtt keletkezett kutató irányzatnak kedvenc témája volt a népesedés kérdéseivel való foglalkozás. Különösen Malthusnak 1798-ban kiadott műve keltett nagy érdeklődést és adott számos vitára alkalmat, midőn szinte elrettentően sötét pesszimizmussal festette meg a túlnépesedés rémét. Malthus feltevéseinek és számításainak legpregnánsabb cáfolata, hogy ma mindenütt éppen ellenkezőleg a depopuláció megakadályozása a legsürgősebben megoldásra váró probléma. A XVIII. és XIX. században azonban még más volt a helyzet, mert az európai népek szaporodása eléggé megnyugtató, sőt talán kissé jogosan aggodalmat is keltő képet mutatott. Európa népeinek gyarapodásáról Woytinski adatai tájékoztatnak, melyek szerint 1350-ben az itt élő népesség 100 millióra, 1700-ban 110 millióra, 1800-ban 187 millióra, 1850-ben 267 millióra, 1890-ben 365 millióra, 1900-ban 406 millióra, 1910-ben 443 millióra s végül 1920-ban 449 millióra rúgott. Tehát a szaporodás a tizennegyedik századtól a tizenhetedikig elég lassú, a tizennyolcadik században már gyorsabb s a tizenkilencedik században már meglepően hatalmas arányú volt. Ugyancsak Woytinski érdekes adatai jellemzik az egyes európai államok népnövekedését, melyek szerint a népszám ezrekben így alakult:

	1480	1580	1680	1780	1880	1920
Anglia	3.700	4.600	5.532	9.561	35.004	46.873
Franciaország ...	12.600	14.300	18.800	25.100	37.400	39.210
Poroszország	800	1.000	1.400	5.460	27.279	37.485
Oroszország	2.100	4.300	12.600	26.800	84.440	101.410
Olaszország	9.200	10.400	11.500	12.800	28.910	38.836
Spanyolország ...	8.800	8.150	9.200	9.960	16.290	21.338

A népszám emelkedése minden államban csak a halandóság tekintélyes apadása révén következhetett be, mely a már a háborúelőtti évtizedekben jelentkező születésfogyást is eléggé kiegyensúlyozta. És ha a négy és fél évszázadra visszavezető mérőszámainkat pontosabban vizsgáljuk, tüstént kiderül, hogy Anglia, Poroszország és Oroszország népessége gyarapodott leg-

intenzívebben, legkevésbbé pedig Franciaország lakossága, melynek szaporodása 1880 óta erősen lefékeződött. Grotjahn még pontosabb adatokat is közölt, melyek szerint a XIX. században Románia népessége szaporodott legerőteljesebben, évenként 1·94%-kal, alig valamivel kisebb mértékben növekedett a lakosok száma Boszniában 1·60%-kal, Bulgáriában 1·54%-kal, Görögországban 1·52%-kal és Szerbiában 1·51%-kal. Ezek után a sorrendben Németország következett 1·46%-os népszaporodással, majd Oroszország 1·37%-kal, Lengyelország 1·37%-kal és Finnország ugyancsak 1·37%-kal. Kissé hátrább pedig következőképen alakult a sorrend: Hollandia 1·23%-os népszaporodással, Dánia és Norvégia 1·11%-kal, Svájc 1·09%-kal, Magyarország 0·98%-kal, Belgium 0·98%-kal, Anglia 0·90%-kal, Ausztria 0·90%-kal, Olaszország 0·69%-kal és végül Franciaország 0·15%-kal. Ez a jelentékeny népszaporodás természetes következménye volt annak, hogy azok az akadályok: háborúk, járványok, éhínségek, melyek a multban szinte állandóan útjában álltak a népesség gyarapodásának, már elég szűk korlátok közé voltak szorítva. És az egészségvédelmi kultúra minden áldásának fokozatos érvényrejutása mellett egy jóideig még nem jelentkeztek azok a veszedelmes tényezők, melyek ma a népszaporodást fenyegetik.

És nem kelt bennünk csodálkozást, hogy a népapadás kezdetét eleinte nem vették észre, hiszen ezt ma is csak a nagyvárosokban észleljük kézzelfoghatóan, ahol is az urbanizáció erőteljes folyamata a természetes szaporodás gyengülését sokáig kiadósan elleplezte. Csak a világháború borzalmas emberirtása s ezzel egyidejűleg a születések számának imminens esése fedte fel kérlelhetetlenül a való helyzetet s állította előtérbe a népesedési problémákat. A visszapillantás pontosabb megvizsgálása azután kiderítette, hogy a születések számának apadását az elhalálozások csökkenése már régebben nem tudta követni s így a természetes szaporodásra épített népesedési mérleg mind kedvezőtlenebbül alakult ki. Mind erőteljesebben bontakozott ki az a megismerés, hogy ez a jelenség nemcsak a világháborúval kapcsolatos abnormális népmozgalom eredménye, hanem beigazolást nyert, hogy a népszaporodás tempójának ellanyhulása attól függetlenül, már a háborút megelőző esztendőkre vonatkozólag is érzékelhető.

A kultúrnépek számszerű apadása se teljesen újszerű esemény a világ történetében. A világtörténelemben szerepelt népek is gyarapodtak, virultak és később lassan elsatnyulva, helyüket másoknak adták át. Szinte természetesnek tartjuk, hogy ez így történt, holott az elsatnyulás csak az egyedekre vonatkozólag normális jelenség, az egyfajtájúak csoportjára nézve abnormális. A kínaiak ötezer évre visszamenő históriája és a népesség vitalitásának megmaradása valamely nép örökéletűségének abszolút értékű példájául szolgál. A nemzettörzs épségét csak a családi élet megbecsülése őrizheti meg. Az egyiptomi őslakókat még máig se lehetett kiirtani. A görögök és rómaiak történetének eseményeit túlértékeljük, holott ezek a népek a lakható

földterületnek csak nagyon csekély részét birtokolták. A járványos betegségek grasszálása, valamint gazdasági és morális okok játszottak közre, hogy ezek a népek eltűntek a föld színéről. Minden valószínűség szerint Görögország népessége a virágzás korában se haladta meg a négymilliót s míg folyt a kolonizáció, addig a népszaporodás se fékeződött le. Róma pusztulása is hasonló okokra vezethető vissza. A második pún háború idejében körülbelül hárommillió ember élt Itáliában. Az állandó hadviselés következményeképpen 17-től 37 éves korig a férfiaknak katonáskodniok kellett, mely szigorú coelibátussal volt egybekötve. A kialakult nagybirtokrendszer se kedvezett a népszaporodásnak, mely a munkát rabszolgákkal végeztette el. A lex Pappia-Poppea se menthetett már semmit és bizony nem annyira a népvándorlásban előretörekvő barbár törzsek, hanem a belső rothadás törte le a világot uraló Rómát. Még az elsőnek előretört népcsoportok se maradhattak fenn, mert nem tudták célul kitűzni a népszaporodás biztosítását. Csak a zsidók maradtak itt, ugyan erősen szétszórva, mert náluk vallási törvények írták elő a gyermekáldás propagandáját. A kereszténység elterjedése tette lehetővé, hogy a föld intenzívebben benépesüljön. Erőteljesen gyarapodott a népesség, melyen ugyan a harmincéves háború kegyetlen eret vágott, de később a felesleget viszont a XVIII. századtól kezdődőleg Amerika kiadósan átvette. Ma már ebben a tekintetben is súlyos nehézségek vannak s a kivándorlás erősen kontingentálódott.

Mai felfogásunk szerint egyes, a történelemben nagy szerepet vitt népek kipusztulását etikai, politikai és gazdasági okok váltották ki és úgy vélekedünk, hogy a testi elsatnyulás csak ezeknek az okoknak volt a velejárója. A messze multról csak politikai és legfeljebb gazdasági vonatkozású feljegyzésekkel rendelkezünk s így ma már nem lehet eldönteni, hogy nem a testi elsatnyulás volt-e a primär folyamat? Sokan Darwin elméletét igyekeztek az emberi nem szaporodásával kapcsolatba hozni, mely szerint ebben is a kiválasztás és alkalmazkodás szerepelne. De valószínű, hogy ha az emberi nem szaporodásában a kiválasztás és alkalmazkodás közrejátszik, úgy az nem a Darwin-féle természetes kiválasztás, hanem inkább olyan, melyet a gazdasági és szociális közviszonyok determinálnak. Még ezt a feltevést se fogadhatjuk el általánosságban, mert az idevágó tapasztalások szerint éppen a kedvezőbb körülmények között élő családok kihalása gyakoribb, holott a jellegzetes degenerációs és depravációs betegségek ezeknél ritkábban észlelhetők. Pontos feljegyzések demonstrálják, hogy a kedvezőbb életkörülmények között szülöttek és azok között élő egyedek általában erőteljesebbek, egészségesebbek, sőt hosszabb életűek is. A magasabb társadalmi osztályok számszerű apadásának így nem az elnyomorodás, hanem a késői házasság, gyakori nőtlenség, valamint és talán elsősorban az akaratlagos termékenységi profilaxis az oka. Ezt mutatta ki Fahlbeck a svéd nemesség kihalását analizáló klasszikus monografiájában. Nem azért apadnak a felsőbb társa-

dalmi osztályok, ha az alsóbbaktól nem kapnak felfrissülést, mert elsatnyult egyedekből állanak, hanem azért, mert nem produkálnak elég utódot.

Azt a veszedelmes népesedési jelenséget, melyet ma a születések fogyásának nevezünk, néhány kiváló kutató már a háborút megelőző években is beható megfigyelés alá vette. Nem elégedtek meg a születések arányszámainak megállapításaival, hanem különleges termékenységi indexeket számítottak ki, úgy hogy a születéseket esztendőnként 1000, 15—50 éves nőlakosra osztották el. Hindelang változtatott ezen a számításon és az évi születések számát 1000, 15—50 éves házasságban élő asszonyra osztotta szét. Adatai szerint 1000 férjes, 15—50 éves asszonyra jutott születés:

	1876—1885	1886—1895	1896—1905	Csökkenés
Németországban	268	258	243	25
Angliában	250	229	203	47
Belgiumban	264	236	213	51
Hollandiában	294	286	272	22
Dániában	244	235	217	27
Franciaországban	167	150	130	37

Az adatok szerint a legalacsonyabb indexeket általában Franciaország rovatában látjuk, de legszembetűnőbb a csökkenés Belgiumban és Angliában.

Mások, így Kahle, egyszerűen a születési indexeket állították sorba és ezzel törekedtek a népapadás fenyegető jelenségét szemlélhetővé tenni. És tényleg, hogyha tudjuk, hogy a halandóság számszerű apadása a születések számának csökkenését alig képes követni, úgy már a születési indexek lemorzsolódásából meglehetős bizonyossággal tudunk a depopuláció veszélyére következtetni.

1. A születési arányszámok néhány európai államban. — 1861—1925.

Megnevezés	Németország	Ausztria	Magyarország	Svájc	Norvégia	Dánia	Anglia	Skócia	Hollandia	Olaszország	Svédország	Franciaország
1861—1870	37·2	38·2	43·0	29·7	30·9	30·7	35·2	35·0	30·7	37·6	31·4	26·3
1871—1880	39·1	39·0	43·4	30·8	30·9	31·9	35·5	34·9	31·5	36·9	30·5	25·4
1881—1890	36·8	38·0	44·2	28·2	31·0	32·0	32·5	32·3	32·0	37·6	28·3	23·9
1891—1900	36·1	37·1	40·5	28·2	30·3	30·2	29·8	30·3	30·2	34·9	27·2	22·2
1901—1902	35·4	37·0	38·3	28·9	29·2	29·5	28·5	29·3	32·0	32·9	26·7	21·8
1903—1904	33·9	35·5	36·8	27·3	28·3	28·8	28·2	29·2	31·5	32·3	25·7	21·0
1905—1906	33·0	34·6	36·3	26·9	27·0	28·4	27·2	28·6	30·6	32·4	25·7	20·5
1907—1908	32·2	34·0	36·8	26·3	26·4	28·4	26·6	27·9	29·8	32·7	25·6	19·9
1909—1910	30·4	33·0	36·7	25·2	26·3	27·8	25·4	26·7	28·8	33·0	25·1	19·5
1911—1912	28·4	31·4	35·6	24·1	25·7	26·7	24·1	25·7	27·9	31·9	23·8	18·8
1920	26·8	22·4	31·4	21·0	26·8	25·4	25·5	28·1	28·3	29·4	23·6	21·3
1921	26·1	22·8	31·8	20·8	24·4	24·0	22·4	25·2	27·4	28·1	21·4	20·7
1922	23·7	23·1	30·8	19·6	24·2	22·3	20·6	23·5	25·9	30·2	19·6	19·3
1923	21·7	22·8	29·2	19·4	22·5	22·3	19·7	22·8	26·2	29·3	18·8	19·2
1924	21·9	21·4	26·9	18·8	21·7	21·9	18·9	21·9	25·1	28·2	18·1	18·8
1925	21·1	.	28·3	18·4	20·0	21·9	18·3	21·3	24·3	.	17·5	19·1

Ezek a fenti adatok azután már egyáltalában nem tűrik, hogy a születések fogyását átmeneti jelenségnek tartsuk, mert azt mutatják, hogy az az európai államokban általános és makacsul konstans tünet. Az indexek apadása Franciaország rovatában a legvehemensebb, de a szomorú rekordot az 1925. évi 17·5‰ arányszámmal Svédország tartja. A születési indexek végigpillantása után nagyon érthető, hogy a XIX. század elején Franciaországnak 27 millió, Németországnak 23 millió, valamint Angliának és Walesnek 9 millió lakosa volt s a század végére a kivándorlások ellenére is Anglia és Wales lakossága 31 millióra, Németországé 53 millióra, de Franciaországé csak 39 millióra gyarapodott. Kétségtelen bizonyságai ezek a számadatok annak, hogy a kultúra fejlődésével a születések mesterséges korlátozása, valamint a koncepciót tömegesen akadályozó veneriás betegségek milyen járványszerűen terjedtek szét Európában. A morális érzék megromlása, a gazdasági közviszonyok súlyosbodása miatt alig lehet ez ellen hatályos védekező eszközöket találni. Különösen a koncepció mesterséges akadályozása ellen nehéz a harcot felvenni, mert a jobbmódúak azért védekeznek a gyermekáldás ellen, mert vagyonukat nem akarják jobban szétbontani, a szegényeknek viszont nincs elég anyagi erejük ahhoz, hogy több gyermeket felneveljenek. A neomalthusianismus egyenesen amellett csinált, hamis jelszavakkal a közvéleménybe belopott propagandát, hogy a jobb jövőt csak a születések erőteljes korlátozásával lehet biztosítani. Ez a veszedelmes irányzat minden emberi nyomor forrását a korlátlan népszaporodásban látta. Ha ez a káros mozgolódás intenzitásában nem is nyert nagyobb teret, mégis általánossá lett a születések fogyása. A legnagyobb veszély tehát abban rejlik, hogy ezt a folyamatot nem a propaganda váltotta ki, amit ellensúlyozni lehetne, hanem az magából a népességből indult ki. Ebben tehát inkább a gazdasági közállapotok leromlását kell, mint okot gyanuba vennünk, amit azután a mindjobban kifejlődő materialisztikus gondolkodás s ezzel a valláserkölcsi nevelés hatásának gyengülése veszedelmesen támogatott.

Grotjahn nyomatékosan hangsúlyozza, hogy a születések fogyásának egyáltalában nincsenek biológiai okai. Nézete szerint nem a termékenység apadása, hanem a koncepciós profilaxis végtelen kifinomodása és elterjedése a natalitás lesorvadásának oka, mert a termékenység annyira a csiraplazmához kötött sajátosság, hogy azt a miliő aligha változtathatja. Számos adattal igyekszik Grotjahn elméletét támogatni. Felemlíti, hogy a születési indexek alakulását a házasságkötések száma nem befolyásolja, hiszen Berlinben sok házasságot kötnek s mégis alacsonyak a születési arányszámok. Véleménye szerint a csecsemőhalandóság apadása se magyarázza a natalitás csökkenését, mert nem lehet igaz az a magyarázat, hogy régebben a sok elhalt csecsemőt igyekeztek a szülők pótolni. Már azt a feltevést, mely szerint a jólét, a vagyonegyüttartás nagy hajtóereje a születések fogyásának, Grotjahn is elfogadja, amennyiben kétségtelen, hogy a születések számszerű apadása a magasabb,

főleg jobbmódú egyedekből álló társadalmi osztályokban kezdődött, de gyorsan terjedt lefelé, mert különben nem öltött volna ilyen ijesztő méreteket. Az alsóbb néposztályokban ma már azonban éppen ellenkezőleg, a nyomor váltja ki ezt a folyamatot s a nyomasztó gazdasági kényszer s a nagy tömegeknek a népapadást illető tudatlansága, mely a veszedelem jelentőségét felismerni lehetetlenné teszi, zúdítja reánk ezt a megpróbáltatást.

Hogy a születések fogyása a magasabb társadalmi osztályokban indul meg, azt Bertillon már 1910-ben igazolta, midőn kimutatta, hogy az 1000 férjes és 15—50 éves korban levő asszonyra számított termékenységi indexek társadalmi tagozódás szerint így alakulnak :

	Párizs 1886—1895	Berlin 1886—1895	Wien 1891—1894
Nagyon gazdagoknál	69·1	122·0	71·0
Gazdagoknál	93·9	146·4	107·0
Elég jómódúaknál	98·7	177·7	153·0
Jómóduaknál	111·2	195·4	155·0
Szegényeknél	128·9	206·0	164·0
Nagyon szegényeknél	140·4	221·7	200·0

A legalacsonyabb termékenységi koefficiensek Párizs rovatában találhatók, de talán a legnagyobb ellentétet mégis Wien rubrikájában láthatjuk. A nagyon gazdagok rovatától a nagyon szegények felé haladva, az arányszámok emelkedése nagyon jellegzetes. Azóta ezt a tényt, akár a foglalkozással, akár a jövedelmi adatokkal kombinálva számosan illusztrálták. Így Woytinski szerint a születések száma egy-egy házasságra vonatkoztatva és foglalkozási főcsoportok szerint így alakult Poroszországban az 1896—1901. esztendőkben :

Mezőgazdasági munkásoknál	5·32
Kő- és földmunkásoknál	4·53
Gyári munkásoknál	4·37
Szövőgyári munkásoknál	4·31
Fémipari munkásoknál	3·33
Közszolgálatban állóknál	3·23
Művészeknél, íróknál	2·55
Orvosoknál, gyógyítási segédszemélyzetnél	2·25

Ezekhez az adatokhoz kommentár se kell annak bizonyítására, hogy minél nagyobb az intelligencia a koncepciós profilaxisra, annál kisebb a születések viszonyszáma. Ehhez hasonlóan jellegzetes adatokat publikált Feld zürichi anyagán. Nevezetesen kiszámította, hogy 100 házasságra hány százalék esik a három gyermeknél kevesebbel és hány százalék a négy és több gyermekkel bíró családokra, de társadalmi tagozódás szerint.

	Kevesebb, mint három gyermek	Három, vagy több gyermek
Gyárosoknál, nagykereskedőknél, akadémiai műveltségűeknél ..	58·6%	41·4%
Hivatalnokoknál, tanítóknál, magánalkalmazottaknál	47·8%	52·2%
Kisebb kereskedőknél és kézműveseknél.....	42·7%	57·3%
Tanult munkásoknál	38·3%	61·7%
Napszámosoknál	38·1%	61·9%

A jómódúak és magas műveltségű családokban tehát leginkább kevesebb van három gyermeknél, de amint lefelé haladunk a társadalmi rétegződés létráján, mindjobban szaporodik a népesebb családok száma.

Az egészségvédelmi kultúra fejlődése áldásos hatásait kezdetben elsősorban a nagyvárosokban észlelhettük. Számszerűleg nézve ez a jelenség abban nyert kifejezést, hogy a nagyvárosok mortalitási indexei a XIX. században élénk tempóban apadtak, de ezzel szemben a natalitási arányszámok nívón maradtak, miért is állandóan aktív volt a népszaporodás mérlege. A századforduló körül már változott a helyzet, mert a születések fogyása először éppen a nagyvárosokban következett be, mint egyideig azokra korlátozott jelenség. Már ebből az egyetlen tényből is kitűnik, hogy a nagyvárosok egészen különleges társadalomcsoportok, melyekben egészen különleges népesedési ártalmak mutatkoznak. A nagy háború előtt még 1912-ben felhívta a közfigyelmet Silbergleit arra, hogy Berlin népessége a népszámlálások által megállapítottan 1876-tól 1911-ig száz százalékkal gyarapodott és pedig annak ellenére, hogy a születések fogyása miatt 1911-ben 1464 gyermekkel kevesebb született, mint 1876-ban. A natalitás tehát 54·1%-al apadt és pedig elsősorban azokban a kerületekben, melyekben a jobbmódú népesség lakik. A népszám tekintélyes növekedése tehát kétségtelenül csak a városbatömörülés, az urbanizáció folyamatának tudható be, mit részben a termelés racionalizálása, részben pedig a higiéne hatalmas fejlődése támogatott. A régen rettegett járványok leküzdése, a közlekedési hálózat kiépítésével a tömegélelmezés lehetőségeinek biztosítása, a városrendezési technika haladása mind közrejátszottak a nagyvárosok kialakulásában. Mert megszüntették mindazokat az akadályokat, melyek régebben a néptömörülés útjában állottak. Míg a középkorban a járványok, éhínségek elsősorban a városok lakosságát tizedelték, addig ma az egészségügyi közviszonyok alakulása, a népélelmezés szervezettsége inkább a nagyvárosokban mutat előnyös képet. Bár a falusi élet az ember egészségének megóvása nézőpontjából kedvezőbb, mégis a néptömörülés határozott kiváltója a kultúra haladásának, melynek egyik integráns része az egészségvédelem magasabb fokú szervezettsége is. Ez azután, mint azt számtalan meggyőző adatból kiolvashatjuk, a falusi élet által adott természetes előnyöket jórészben kiegyensúlyozza. A régi időkben a járványok gátolták a városok nagyobbszabású fejlődését, sőt időnként még bevándorlás nélkül fennmaradását is, ma pedig a születések fogyása vette át ezt a dicstelen szerepet s fenyegeti mind keményebben a városok népszaporodási mérlegének aktivitását.

Midőn a születések fogyása révén a nagyvárosok jövőjét fenyegető veszedelem manifesztálódott, élesszemű kutatók visszapillantó vizsgálódásai megállapították, hogy a városok és vidék mortalitási indexei között már jó egynéhány évtizedre visszamenőleg érzékelhető különbségek vannak. Grotjahn szerint Poroszországban a városok és vidéki kerületek natalitási indexei így alakultak:

Év	Városok	Vidéki kerületek	Év	Városok	Vidéki ker.
1881—1890	35·1	38·3	1901—1905	31·7	37·4
1891—1895	34·3	38·7	1906—1910	29·0	35·2
1896—1900	33·2	39·0	1911—1914	25·1	31·6

Láthatjuk tehát, hogy míg a városok natalitási arányszámainak lesorvadása már az 1881—1890. évtizedben megkezdődött s tart azóta kontinuensen, addig a vidéki kerületek születési indexei a századfordulóig még növekedtek s a lefékeződés csak azóta indult meg. És nagyon jellemző, hogy a városi arányszámok csökkenése 1881—1890-től 1911—1914-ig 39·8%, a vidéki kerületeké pedig csak közel ennek fele, 21·2%.

Még a mult század derekán is olyan magas volt a halandóság, hogy csak az egészségvédelem gyorstempójú kifejlődése tette lehetővé, hogy voltak városok, melyek egyideig természetes úton gyarapodtak. A születések számának vehemens apadása azonban mihamarabb gátat vetett ennek olyannyira, hogy egyes szerzők a városbatömörülést már mint elkorcsosodást okozó tényezőt kezdték emlegetni. Élénk cáfolatát látjuk ennek a feltevésnek az ipari és eminenter városias jellegű Anglia népesedési viszonyaiban, ahol az erős néptömörülés ellenére a lakosság intenzíven gyarapodott, holott a szaporodást az elég tekintélyes kivándorlás is gyengítette. Valószínűleg a városok alapos asszanálása, a kertváros-szisztéma bölcs támogatása, valamint okos iparegészségügyi rendszabályok végrehajtása váltották ki a kedvezőbb népesedési viszonyok kialakulását. A népesség elkorcsosodását a tömegmegfigyelés módszereivel különben is nehéz volna vizsgálni, mert számszerűleg nagyon aktív népszaporodás mellett se lehetne a lakosság qualitatív szempontból való visszaesését kizárni. Erről csak pontosabb nyomorék-, elmebeteg- és öngyilkossági statisztikák alapján, továbbá csak az iskolásgyermekek, esetleg az egész népesség részletesebb biometrikus vizsgálatának segítségével, mely egyelőre kivihetetlen, lehetne beszélni. Német iskolaorvosok azonban máris azt állítják, hogy a gyermekeknek körülbelül egyharmada szellemileg és testileg az átlagnál értéktelenebb. Ha a betegség esetére való biztosítási rendszer, mely ugyan az orvosi nívót erősen fenyegeti, még tovább is ilyen tempóban fog kiépülni, akkor meglesz a lehetősége annak, hogy legalább egyes társadalomcsoportok fizikai és pszichikai státusáról pontosabb adatokkal rendelkezzünk. A társadalomegészségtan sürgeti ennek a problémának kivizsgálását is, mert ez a tudományszak nemcsak az

élő népesség egészségügyi közviszonyainak kutatásával foglalkozik, hanem az utódok jövendő sorsával is.

Nem látunk tisztán még ma sem azokban a biológiai folyamatokban, melyek az utódok értékét determinálják. De tudjuk, hogy vannak pathologiai okok, melyek a népesség értékét erősen rontják azzal, hogy a fiatal, jól fejlett egyéneket pusztítják el időnek előtte. Ide tartoznak elsősorban a balesetek, valamint a hevenyfertőző betegségek. Ezzel szemben vannak olyanok, amelyek szinte a jótékony szelekciót szolgálják s épen az értéktelenebb egyedeket zárják ki a szaporodásból. És ismerünk olyan kórformákat is, melyek vagy terméketlenné tehetik az embert (gonorrhoea) vagy pedig szellemileg és testileg tönkreteszik, sőt utódaikat is elnyomorítják (alkoholizmus). A népesség elsatnyulását csak akkor lehetne kizárni, ha aktív népszaporodás mellett a nyomorékokról, elmebetegekről felvett adatok számszerűleg apadást mutatnának és a lakosság biometrikus ellenőrzése se utalna szomatikus hanyatlásra.

A születések számának apadása Magyarországon is bekövetkezett. Már fentebb, az 1. számú táblázatban foglalt adataink demonstrálták, hogy a natalitási indexek, más európai államokéhoz hasonlóan, Magyarországra vonatkozóan is lemorzsolódtak. A Doros Gábor egyetemi magántanár által 1926-ban közölt adatok is ezt demonstrálják:

Év	Népszám	Élveszületések abszolút	‰
1875	13,471.740	608.440	45·2
1880	13,719.953	589.277	42·9
1885	14,353.001	644.381	44·9
1890	15,112.121	615.169	40·7
1895	15,877.069	659.273	41·5
1900	16,742.870	655.674	39·2
1905	17,467.012	620.176	35·5
1910	18,181.904	644.012	35·4
1915	18,852.085	445.426	23·6
1920	7,940.272	249.458	31·4
1925	8,321.605	235.480	28·3

Születési arányszámaink mindig kedvezőbbek voltak, mint Németországé s mégis, míg hazánk népessége 1871-től 1914-ig 13·2 millióról 18·8 millióra növekedett, addig Németország lakossága 40·9 millióról 67·9 millióra. És tekintve, hogy a magyar születési indexek voltak mindig magasabbak, élénken demonstrálódik, hogy csak a születési arányszámokból a népesség gyarapodását megítélni nem lehet. Nem változtat ezen a tényen, hogy az alacsony natalitási indexekkel bíró Franciaország lakossága a fentjelzett idő alatt mindössze 35·9 millióról 39·7 millióra emelkedett. A székesfőváros népmozgalmának részletes taglalására még visszatérünk, de tanulságos lesz azért már itt reprodukálni Doros idevágó adatait:

Év	Népszám	Élveszületések abszolút	‰
1875	307.777	13.429	43·6
1880	360.308	13.356	37·1
1885	373.771	15.399	41·2
1890	491.938	16.986	34·5
1895	515.373	21.381	41·5
1900	704.267	23.499	33·4
1905	802.776	21.385	26·6
1910	873.214	22.206	25·4
1915	940.740	17.825	18·9
1920	929.489	21.068	22·7
1925	926.369	17.330	18·7

Ha ezeket a mérőszámokat az előzőkkel összevetjük, úgy kitűnik, hogy míg 1875-ben az országos index alig volt magasabb a székesfővárosénál, a differencia ezer születésre csak 1·6, addig 1925-ben az eltérés már 9·6-re rúgott s a székesfőváros natalitási coëfficiense már lecsúszott a 20·0‰ alá, a veszélyes zónába. De más úton is demonstrálhatjuk azt a szédületes romlást, mely a székesfőváros natalitásában bekövetkezett. Nevezetesen könnyen kiszámíthatjuk, hogy 1875-től 1925-ig az országos születési arányszám apadása 37·4% volt, ezzel szemben a székesfővárosé jóval magasabb, mert az pontosan 57·1%-al lett ugyanazon idő alatt kisebb.

Minden valószínűség szerint az ország natalitási coëfficiensét csak a városok rontják. És erről meggyőződhetünk ugyancsak Doros egyik közléséből kiemelt adatok segítségével, melyek a magyar törvényhatósági jogú városok natalitását illusztrálják 1925-ben.

Városok	Népszám	Élveszületések abszolút	‰
Budapest	926.369	17.330	18·7
Szeged	122.118	3.119	25·5
Debrecen	105.851	2.868	27·1
Kecskemét	76.275	2.266	29·7
Hódmezővásárhely	61.693	1.285	20·8
Miskolc	58.016	1.412	24·3
Győr	55.855	1.082	19·4
Pécs	46.864	1.360	29·0
Székesfehérvár	39.308	823	20·9
Sopron	35.927	735	20·5
Baja	19.076	527	27·6

Tehát Budapesten kívül még egyik törvényhatósági jogú városunk natalitása se zuhant a veszélyes zónába, de nagyon közel járnak ehhez Hódmezővásárhely, Székesfehérvár és Sopron indexei. De 1925-ben mégis akadt két olyan törvényhatósági jogú városunk (Pécs és Kecskemét), melynek születési arányszáma az országos átlagot is meghaladta. A helyzet legfenyegetőbb Budapesten, miért is nagyon indokolt, hogy a székesfőváros népmozgalmáról jóval bővebb tájékoztatást nyujtsunk. Budapest, bár a natalitási indexek lesorvadásáról már fentebb meggyőződtünk, 1872 óta, amióta a testvér-

városokat Budát, Pestet és Óbudát egyesítették, valóságos világvárossá növekedett s e tekintetben túltett Európa valamennyi nagyvárosán. Hogy ezt az amerikai méretű gyarapodást pontosabban észlelhessük, pillantsunk végig a következő adatokon, melyek két évszázadra visszamenőleg jelzik a népesség szaporodását:

Év	Népszám	Év	Népszám
1720	12.200	1857	187.891
1780	35·215	1869	280.349
1787	47.290	1875	309.208
1799	54.176	1880	370.767
1810	60.259	1886	422.557
1813	70.219	1890	506.384
1821	78.599	1896	617.856
1826	89.028	1900	733.358
1831	102.702	1906	791.748
1836	101.752	1910	880.371
1841	107.240	1920	928.996
1845	121.901	1925	960.995
1850	178.062		

Az itt felsorakozó számok minden bővebb indokolás nélkül is jellemzik a lakosság szaporodását, de már a gyarapodás tempója is valószínűvé teszi, hogy ebben nemcsak a természetes szaporodás, hanem külső okok, főleg időnként a gazdasági fellendülés által kiváltott bevándorlás jutott előkelő szerephez. Ha a részleteket nézzük, úgy meggyőződhetünk arról, hogy a szaporodás 1720-tól 1845-ig elég egyenletes s az első hirtelen emelkedés 1845-től 1850-re mutatkozik. A következő nagyobb és hirtelenebb emelkedések az 1857—1869., 1875—1880., 1890—1896., 1896—1900. s végül az 1900—1906. esztendők közé esnek. A lassú emelkedés a természetes szaporodás, a hirtelen gyarapodás viszont a vándormozgalom élénkségének eredménye. Az 1910. év óta a népesség gyarapodása már elég mérsékelt, amiből a bevándorlások elapadására lehet elsősorban következtetni.

Még sokkal szemléltetőbbek a következő adatok, melyek már a szaporodási indexeket is felsorolják:

Év	Évente abszolút	Évente ezer lakóra
1720—1780	383	31·4
1780—1799	998	28·4
1799—1810	553	43·5
1810—1821	1.667	10·2
1821—1831	2.410	27·6
1831—1841	453	30·7
1841—1850	7.869	73·4
1850—1869	5.385	30·3
1869—1880	8.220	29·3
1880—1890	13.562	36·6
1890—1900	22.697	44·8
1900—1910	14.701	20·0
1910—1920	4.863	5·4
1920—1925	4.200	4·4

Az álló népesség számához korrigált szaporodást az indexek jelzik s ezeknek elemzéséből kiderül, hogy az évi átlagos népgyarapodás maximuma a székesfővárosban az 1841—1850. években található (73·4‰) ,azután az 1890—1900., 1799—1810., 1880—1890. esztendőkben magasak az arányszámok. Mivel az utolsó huszonöt esztendőben a népszaporodás indexe alig haladja meg a természetes szaporodást, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a stagnálás oka elsősorban a bevándorlás csökkenése volt. Ezt a véleményt támogatják az alant bemutatandó mérőszámok is, melyek a székesfőváros népességének származás szerint való megoszlásáról tájékoztatnak.

2. Budapest népessége származás szerint. — 1880—1925.

Megnevezés	1880	1890	1900	1910	1925
	1. Abszolút számokban.				
Bennszülött	151.960	191.217	258.358	311.107	369.074
Bevándorolt	203.722	295.454	445.090	569.264	591.921
	2. Százalékban.				
Bennszülött	42·7	39·3	36·7	35·3	38·4
Bevándorolt	57·3	60·7	63·3	64·7	61·6

A táblázat a székesfőváros népességét származás szerint százalékokban is feltünteti s így kiderül, hogy a lakosságnak nagyobbik fele nem helyben született, hanem bevándorolt. A bevándoroltak száma 1910-ig állandóan növekedett (64·7%), azóta azonban már szembetűnő a visszaesés. Valóság tehát, hogy Budapest népessége elsősorban az urbanizáció révén fejlődött s enélkül aligha lett volna olyan gyors tempóban világvárossá. A bevándorlás elapadásával nagyon legyengült a népszaporodás, ami ismét azt a megismerést látszik támogatni, hogy a bevándoroltak gyorsan akklimatizálódnak s mihamarabb mindazon tényezők hatása alá kerülnek, melyeknek eredménye a születések számának lefékeződése.

A népesség, mint említettük, amerikai méretekben gyarapodott s azért a dolog természetéből kifolyólag nem volt képes az egészségvédelmi követelményeknek megfelelően elhelyezkedni. Annál kevésbbé, mert az építkezések a népszaporodással nem tudtak lépést tartani. És ennek okszerű következménye lett, hogy a lakásoknak emberi használatra való standardja leszállott, erősen kifogásolható helyiségekbe, pincékbe telepedtek be emberek. Aggályos zsúfoltság keletkezett, mely azután a különböző ragadós betegségek terjedését elősegítette s nagymértékben hozzájárult a közercsölcsök süllyedéséhez. Kétségtelen, hogy a népesség kedvezőtlen elhelyezkedése mellett az egészségvédelmi hivatalos szolgálat fejletlensége, a köztisztaság elhanyagoltsága, a csatornázás nélkülözöttsége és az ivóvízellátás primitívsége, mind eredendő okai voltak az egészségügyi közállapotok leromlottságának.

Nagyon sok volt a tennivaló! De a törvényhatóság feladatának magaslatán állott s még a mult század vége felé létesítette a pesti oldal erdőövezetét, a vízvezetéket, a csatornázást és szervezte a köztisztasági szolgálatot. Már kevesebb sikerrel járt a népélelmezési viszonyoknak és a lakásmizériáknak szanálása, bár bizonyos, hogy az ebben az irányban történt kezdeményezéseket legnagyobb részben a világháború tette meddőkké.

A székesfőváros egészségvédelmi kultúrájának fejlődéséről így egész röviden és nagy vonásokban tájékoztatást nyujtva, nagyon érdemes lesz mélyebben belepillantani az itt lejátszódott népmozgalomba. Pest városának 1869-ben felállított statisztikai hivatala közérdekű tevékenységét 1874-ben az egyesített székesfővárosra kiterjesztette s így már ettől az időponttól kezdve eléggé megbízható adatokkal rendelkezünk. A népmozgalomról képet festő adatokat túloldali 3. számú tabellánkban foglaltuk össze.

Táblázatunk első rovata a népszám csodálatot keltő gyarapodásáról tájékoztat, midőn előtárja, hogy az 1874-től 1928-ig, az utóbbi évek súlyos eseményei dacára több, mint háromszorosára emelkedett. Kevesebb örömünk telik a bennünket most elsősorban érdeklő következő rovat vizsgálatában, mely arról számol be, hogy a születések gyakorisága messze elmaradt a népesség szaporodásától. A népnövekedést korrigáló indexek, melyek a harmadik rubrikában foglalnak helyet, még élénkebben rávilágítanak erre a szomorú jelenségre. Bizony még a hetvenes években abszolút kiváló 40‰ körül járó natalitási indexeink a legutóbbi esztendőkben már a veszélyes zónába, 20‰ alá csúsztak vissza. Némi vigasztalást találunk a harmadik rovatban, mely arról tanuskodik, hogy a székesfőváros halandósága se követte szerencsénkre a népszaporodás tempóját s ez még szembeötlőbb, ha egyenesen az indexeken futunk végig.

Végtelenül rontják a székesfőváros halandóságát az itt bejelentett lakással nem bírt és elhalt idegenek. A halandóságot egészen pontosan regisztrálni nagyon nehéz volna, mert míg az itt elhalt idegenek rontják, addig az idegenben elhúnyt helybeliek indokolatlanul javítják a mortalitási coëfficienseket. És arra is gondolnunk kell, hogy a bevándorlás a javakorbeliek korcsoportjait duzzasztja, melyeknek mortalitása alacsonyabb s így a bevándoroltak, kik általában fiatal, munkabíró egyének, jóval érzékelhetőbben jelentkeznek a népszám növelésében, mint a halandóságban. Mégis, mert az idegenben elhalt helybeliek száma csekély, közelebb jutunk az igazsághoz, ha az itt elhalt idegeneket a székesfőváros halandóságából levonjuk. Ezt már azért is meg kell cselekednünk, mert míg a népesség 1874-től 1928-ig több, mint háromszorosára, addig az idegen halottaké több, mint ötszörösére emelkedett. A világháborúval terhelt esztendők abnormális mérőszámaitól eltekintve, évente körülbelül 3000 idegen halott rontja a székesfőváros mortalitását. Míg a messzebb multban az idegenekkel és idegenek nélkül kiszámított mortalitási indexek eltérése csekélyebb volt, addig az idők haladásával az eltérés mind szembetűnőbbé vált.

3. A népmozgalom legfontosabb eredményei a székesfővárosban. — 1874—1928.

Év	Népszám	Élveszületések		Halálozások				Természetes szaporodás			
				abszolút		‰		abszolút		‰	
		abszolút	‰	összesen	ebből idegen	összesen	idegenek nélkül	összesen	idegen halottak nélkül	összesen	idegen halottak nélkül
1874	298.932	13.194	44·1	12·869	514	43·0	41·3	325	839	1·1	2·8
1875	303.062	13.429	44·3	12·026	481	39·7	38·1	1.403	1.884	4·6	6·2
1876	315.737	13.760	43·6	12.294	491	38·9	37·4	1.466	1.957	4·6	6·2
1877	328.796	13.193	40·1	12.644	505	38·5	36·9	549	1.054	1·7	3·2
1878	341.856	12.879	37·7	12.874	514	37·7	36·2	5	519	0·1	1·6
1879	354.915	13.080	36·9	12.139	485	34·2	32·9	941	1.426	2·7	4·0
1880	367.975	13.356	36·3	12.312	492	33·5	32·1	1.044	1.536	2·8	4·2
1881	377.393	13.193	35·0	13.055	522	34·6	33·2	138	660	0·4	1·8
1882	390.646	14.047	36·0	12.885	515	33·0	31·7	1.162	1.677	3·0	4·3
1883	403.899	14.222	35·2	12.300	601	30·5	29·0	1.922	2.523	4·8	6·2
1884	417.152	14.557	34·9	12.751	476	30·6	29·4	1.806	2.282	4·3	5·5
1885	430.405	15.399	35·8	12.658	579	29·4	28·1	2.741	3.320	6·4	7·7
1886	443.658	15.638	35·2	16.724	701	37·7	36·1	—1.086	385	—2·4	0·9
1887	456.911	16.267	35·6	13.854	691	30·3	28·8	2.413	3.104	5·3	6·8
1888	470.164	16.491	35·1	14.021	856	29·8	28·0	2.470	3.326	5·3	7·1
1889	483.417	17.283	35·8	13.341	678	27·6	26·2	3.942	4.620	8·2	9·6
1890	496.670	16.986	34·2	14.506	661	29·2	27·9	2.480	3.141	5·0	6·3
1891	517.616	18.527	35·8	14.335	731	27·7	26·3	4.192	4.923	8·1	9·5
1892	540.079	18.397	34·1	14.732	755	27·3	25·9	3.665	4.420	6·8	8·2
1893	562.543	19.836	35·3	14.459	1.044	25·7	23·9	5.377	6.421	9·5	11·4
1894	585.008	20.385	34·8	13.511	962	23·1	21·5	6.874	7.836	11·8	13·3
1895	607.471	21.381	35·2	14.708	1.072	24·2	22·4	6.673	7.745	11·0	12·8
1896	629.934	21.694	34·4	14.780	1.046	23·5	21·8	6.914	7.960	11·0	12·6
1897	652.397	22.507	34·5	13.803	1.108	21·2	19·5	8.704	9.812	13·3	15·0
1898	674.862	22.737	33·7	14.306	1.195	21·2	19·4	8.431	9.626	12·5	14·3
1899	697.325	23.061	33·1	15.041	1.218	21·6	19·8	8.020	9.238	11·5	13·2
1900	719.788	23.499	32·6	14.802	1.230	20·6	18·9	8.697	9.927	12·1	13·8
1901	738.720	22.779	30·8	13.923	1.269	18·9	17·1	8.856	10.125	12·0	13·7
1902	749.444	23.054	30·8	14.732	1.381	19·7	17·8	8.322	9.703	11·1	13·0
1903	760.168	21.923	28·9	15.059	1.559	19·8	17·8	6.864	8.423	9·0	11·1
1904	770.892	21.998	28.6	15.435	1.540	20·0	18·1	6.563	8.103	8·5	10·5
1905	781.616	21.385	27·4	16.094	1.574	20·6	18·6	5.291	6.865	6·8	8·8
1906	791.748	21.382	27·0	15.121	1.762	19·1	16·9	6.261	8·023	7·9	10·1
1907	811.445	21.260	26·2	16.184	1.912	19·9	17·5	5.076	6.988	6·3	8·6
1908	831.138	21.654	26·1	15.612	2.042	18·8	16·3	6.042	8.084	7·3	9·7
1909	850.831	22.176	26·1	15.975	2.288	18·8	16·1	6.201	8.489	7·3	10·0
1910	870.524	22.206	25·5	16.129	2.216	18·5	16·0	6.077	8.293	7·0	9·5
1911	891.650	22.514	25·3	17.323	2.538	19·5	16·6	5.191	7.729	5·8	8·7
1912	914.209	23.327	25·5	16.876	2.706	18·5	15·6	6.451	9.157	7·1	10·0
1913	936.769	23.315	24·9	17.441	2.796	18·6	15·5	5.874	8.670	6·3	9·3
1914	959.328	23.257	24·2	18.763	3.890	19·6	15·5	4.494	8.384	4·6	8·7
1915	975.918	17.825	18·3	21.150	5.760	21·7	15·8	—3.325	2.435	—3·4	2·5
1916	986.755	14.973	15·2	20.854	5.637	21·1	15·4	—5.881	—244	—6·0	—0·2
1917	988.927	14.699	14·9	24.371	7.106	24·6	17·4	—9.672	—2.566	—9·7	—2·5
1918	972.153	14.768	15·2	29.903	8.524	30·8	22·0	—15.135	—6.611	—15·6	—6·8
1919	955.379	19.488	20·4	20.887	3.457	21·9	18·2	—1.399	2.058	—1·4	2·2
1920	938.562	21.068	22·4	22.053	3.352	23·5	19·9	—985	2.367	—1·1	2·5
1921	933.340	19.627	21·0	18.981	3.279	20·3	16·8	646	3.925	0·7	4·2
1922	939.526	18.741	19·9	19.054	3.374	20·3	16·7	—313	3.061	—0·4	3·2
1923	945.712	17.159	18·1	18.549	3.278	19·6	16·1	—1.390	1.888	—1·5	2·0
1924	951.898	16.284	17·1	18.644	3.183	19·6	16·2	—2.360	823	—2·5	0·9
1925	958.084	17.330	18·1	15·749	2.935	16·4	13·1	1.581	4.516	1·6	4·7
1926	964.386	16.767	17·4	15.301	2.990	15·8	12·8	1.466	4·456	1·5	4·6
1927	971.170	15.809	16·3	16.529	3.372	17·0	13·5	—720	2.652	—0·7	2·7
1928	977.954	17.137	17·5	16.315	3.612	16·7	13·0	822	4.434	0·8	4·5

Ha a halandóság vizsgálatában figyelembe kellett vennünk az itt elhalt idegeneket, kiket a székesfőváros kórházai állandóan idevonzanak, még inkább kötelességünk ezt számontartani, ha a székesfőváros természetes szaporodását kívánjuk analizálni. Az idevágó adataink azt mutatják, hogy a természetes szaporodás már az egyesítést követő esztendőkben sem volt valami kiváló, de tüstént kedvezőbbek lesznek az indexek, ha az idegeneket leszámítjuk. A kedvező natalitási arányszámokat teljesen lerontotta a magas halandóság. A nyolcvanas években javult a természetes szaporodás annak eredményeképpen, hogy a halandóság apadása kiadósabb volt, mint a natalitásé. A kilencvenes években adataink szerint székesfővárosunk nemcsak bevándorlás, hanem természetes szaporodás útján is megnyugtatóan gyarapodott. Nagyon lehetséges, hogy ezt a még nem akklimatizálódott bevándorlóknak köszönhetjük. És annál valószínűbb ez a feltevésünk, mert amint a bevándorlás megszűnt, a természetes szaporodás nívója is lecsúszott. Körülbelül tíz esztendő óta nagyon gyengék a természetes szaporodás indexei, de egyúttal még élénkebben kidomborítják az idegenek szerepét az összhalandóság növelésében. Ha ugyanis az itt elhalt idegeneket nem vonjuk le, úgy az utolsó esztendők kivételével, 1915 óta majd minden esztendőben negatív eredménnyel záródott a székesfőváros népszaporodási mérlege.

De ha az idegeneket, amire jogunk van, levonjuk, akkor csak a három legkeservesebb esztendőben, 1916-, 1917- és 1918-ban állapíthatjuk meg a népesség apadását. Sőt ilyen számítás alapján megállapíthatjuk, hogy az utolsó esztendőkben a népszaporodás kezd lassan a békeévek nívója felé felkapaszkodni.

Egyes esztendők adataiból következtetni veszedelmes dolog s ezért állítsuk össze most a fenti eredményeket évötödönként, átlagokban.

4. A népmozgalom legfontosabb eredményei a székesfővárosban évötödönként. — 1874—1925.

Év	Népszám ezrekben	Élve születések		Halálozások				Természetes szaporodás			
				abszolút		‰		abszolút		‰	
		abszolút	‰	összesen	ebből idegen	összesen	idegenek nélkül	összesen	idegen halottak nélkül	összesen	idegen halottak nélkül
1874—1875	301·0	13.311	44·2	12.447	497	41·3	39·7	864	1.361	2·8	4·5
1876—1880	341·9	13.253	38·9	12.452	497	36·4	35·1	801	1.298	2·4	3·8
1881—1885	403·9	14.283	35·4	12.729	538	31·6	30·3	1.554	2.092	3·8	5·1
1886—1890	470·2	16.533	35·2	14.489	717	30·9	29·4	2.478	2.915	5·2	6·1
1891—1895	562·5	19.705	35·0	14.349	912	25·6	24·0	5.356	6.269	9·4	11·0
1896—1900	674·9	22699	33·6	14.546	1.159	21·6	19.8	8.153	9.312	12·0	13·8
1901—1905	759·6	22.228	29·3	15.048	1.464	19·8	17·8	7.179	8.645	9·4	11·4
1906—1910	831·1	21.735	26·1	15.804	2.044	19·0	16·5	5.931	7.975	7·2	9·6
1911—1915	935·6	22.047	23·6	18.310	3.538	19·6	15·8	3.737	7.275	4·1	7·8
1916—1920	968·4	16.999	17·6	23.613	5.615	24·4	18·6	−6.614	− 999	−6·7	−1·0
1921—1925	945·7	17.828	18·8	18.195	3.209	19·2	15·8	− 367	2.840	−0·4	3·0
	+214·2%	+33·9%	−57·5%	+46·2%	+545·6%	−53·5%	−60·4%	−142·5%	+108·8%	−114·2%	−33·3%

Az évtödönként összeállított eredmények szerint a népszám 1874—1875-től 1921—1925-ig 214·2%-kal növekedett. Már a születések abszolút száma a tekintélyes népnövekedés dacára csak 33·9%-ot jelent, amiből természetesnek látszik, hogy az indexek apadása elég tekintélyes: 57·5%. A halálozások abszolút mérőszámainak gyarapodása 46·2%, de ebben is az idegenek részvétele már 545·6%-kal növekedett. Az indexek alapján a székesfőváros halandóságának csökkenése idegenekkel 53·5%, idegenek nélkül még ennél is kiadósabb, 60·4%-ot reprezentál. A természetes szaporodás abszolút értékei 1874—1875-től 1921—1925-ig az idegen halottak levonása nélkül 142·5%-kal kevesbedtek, de ha az idegeneket levonjuk, úgy az apadás helyet már 108·8% az emelkedés. A természetes szaporodás indexei is megmutatják ezt a nagy differenciát, mert míg az idegen halottak levonása nélkül az indexek apadása 114·2%, addig azok jogos levonásával csak 33·3%.

Sikerült azonban a népesség növekedését a természetes szaporodás alakulásával is összevetnünk, amiről az alanti számok beszélnek.

5. A népesség szaporulata a székesfővárosban. — 1869—1925.

Megnevezés	Népszaporodás ‰	Természetes szaporodás ‰		Természetes szaporodás a népszaporodásban %	
		idegen halottak levonása nélkül	idegen halottak levonásával	idegen halottak levonása nélkül	idegen halottak levonásával
1869—1880	29·3	2·6	4·2	8·8	14·3
1880—1890	36·6	4·5	5·6	12·3	15·3
1890—1900	44·8	10·7	12·4	23·7	27·6
1900—1910	20·0	8·3	10·5	41·1	52·1
1910—1920	5·4	—1·3	3·4	—	62·9
1920—1925	4·4	—0·4	3·0	—	68·2

Ez a táblázat még szembetűnőbben demonstrálja, hogy a székesfőváros népességének gyarapodása 1910 óta milyen hirtelen elakadt. De világosan kitűnik, hogy a természetes szaporodás is, még pedig akár az idegenekkel vagy akár azok nélkül számítunk is, nagyon hűségesen simult az összes gyarapodáshoz. Ennek a tapasztalásnak megfelelő eredményeket olvashatunk ki táblánk két utolsó rovatából, melyek szerint a székesfőváros népszaporodásában az utóbbi években már körülbelül 70% a természetes szaporodásra esik. Egyszerűbben kifejezve ez annyit jelent, hogy Budapest már aligha növekedhetik, egyelőre bizonyosan nem, abból az emberenergiából, amit felszív, hanem most már saját lakosságának gyarapodására van utalva.

A székesfőváros népmozgalmát jellemző eredményeken végigfutva, most már tüstént rátérhetnénk tulajdonképeni tárgyunkra, annak megállapítására, hogy a születések és természetes szaporodás megfogyatkozásában mennyire gyanusíthatók a veneriás betegségek. Még mielőtt erre, valamint ezzel kapcsolatosan a székesfőváros népmozgalmi adatainak további boncolására vállalkoznánk, nemzetközi megvilágításban is kénytelenek vagyunk a székesfőváros népesedéspolitikai helyzetét bemutatni. Ebből a célból,

régebbi munkáink principiumaihoz alkalmazkodva, negyven európai városból gyüjtött adatokat fogunk felhasználni. Ezeknek a városoknak népszámát következő 6. számú táblánk sorolja fel. Az összehasonlítás céljaira felvett városok között vannak igazán nagy, több millió lakossal bíró metropolisok, vannak továbbá a székesfővárossal közel egyező népességűek és végül vannak annál kisebbek is. Táblázatunkban mégis leginkább közép- és nyugateurópai városok szerepelnek, melyeknek kultúrája általában haladottabb, olyannyira, hogy jövő fejlődésünk perspektíváját azok népesedési viszonyaiból szinte előre kiolvashatjuk.

6. Néhány európai város népszáma.

Városok	1910	1915	1920	1924
Budapest	880.371	975.918	928.996	960.535
Wien	2,031.421	.	1,841.326	1,868.021
Berlin	3,734.258	.	3,804.048	3,938.868
Hamburg	952.973	886.301	1,025.502	1,045.876
Köln	600.304	559.585	640.938	690.114
München	596.467	.	655.023	671.548
Leipzig	644.644	.	636.438	663.548
Dresden	608.841	.	587.758	608.025
Frankfurt a/Main	414.576	.	433.002	457.831
Düsseldorf	358.728	.	407.342	429.576
Stuttgart	298.975	.	323.572	384.272
Bremen	244.875	257.424	266.919	287.840
Prága	616.631	.	676.657	696.251
Bukarest	299.440	341.321	.	675.725
Szófia	102.012	.	154.025	192.440
Bern	90.937	.	104.626	106.148
Zürich	190.733	.	207.161	204.570
Genf	132.777	131.568	138.503	126.880
Basel	135.918	.	140.708	142.632
Brüsszel	177.078	.	154.801	214.614
Antwerpen	301.766	323.271	302.085	302.186
Párizs	2,888.110	.	2,906.472	.
Firenze	232.680	.	253.565	256.982
Róma	542.123	.	691.661	730.274
Napoli	668.633	719.298	770.611	769.061
Milano	599.200	680.666	718.800	864.790
Genova	272.221	.	316.307	.
Amsterdam	591.000	641.000	683.166	712.222
Rotterdam	417.989	480.240	516.271	543.694
Hága	278.538	330.195	363.354	391.369
London	4,521.685	.	4,484.523	4,586.000
Glasgow	784.496	.	1,034.174	1,095.696
Birmingham	840.202	.	919.444	944.386
Valenzia	233.348	240.776	252.112	270.384
Kopenhága	453.576	490.715	556.944	584.281
Stockholm	365.386	398.639	419.440	438.896
Oslo	240.178	255.148	260.920	257.719
Helsingfors	147.218	178.951	197.848	202.795
Riga	446.100	507.635	181.443	337.699
Varsó	781.179	884.544	936.046	965.257

A fent felsorolt negyven városban történt születéseket emeltük ki először a nemzetközi statisztikai évkönyvből.

7. A születések száma néhány európai városban. — 1911—1926.

Abszolút számokban.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Budapest	22.514	23.327	23.315	23.257	17.825	14.973	14.699	14.768	19.488	21.068	19.627	18.741	17.159	16.284	17.330	16.767
Wien	41.030	39.801	37.632	36.442	28.990	23.484	20.424	18.610	24.347	27.821	28.924	29.982	27.765	27.049	26.048	23.078
Berlin	43.185	42.562	40.832	37.509	31.000	22.712	18.725	20.228	27.829	33.469	53.901	45.686	38.924	41.546	47.071	45.273
Hamburg	20.662	21.248	21.914	21.312	16.278	11.202	9.263	9.674	15.137	20.105	18.118	16.141	14.873	15.086	15.772	14.833
Köln	14.187	14.232	14.170	15.985	13.499	10.474	9.097	9.355	13.010	16.852	15.547	14.478	12.379	12.906	.	.
München	13.497	13.458	13.169	12.436	10.162	8.354	8.394	9.122	11.427	13.114	11.791	10.613	9.298	9.307	10.085	9.848
Leipzig	13.409	13.400	13.300	12.816	10.656	7.442	6.055	6.505	10.066	13.403	12.159	11.387	9.766	8.867	9.982	9.932
Dresden	11.100	11.301	11.297	10.895	8.521	6.655	5.648	5.993	8.207	11.436	11.006	9.811	8.483	7.767	8.857	8.472
Frankfurt a/Main	9.209	8.984	8.927	8.651	6.884	5.182	4.496	5.009	7.347	9.127	8.185	7.163	6.249	6.048	6.350	6.320
Düsseldorf	9.899	10.155	10.298	10.070	8.152	6.413	5.608	5.828	7.106	8.884	8.719	7.546	6.399	6.556	6.982	6.808
Stuttgart	7.059	7.371	7.279	6.901	5.860	4.638	4.483	4.777	5.995	7.079	6.606	5.821	5.101	5.468	6.398	6.270
Bremen	6.400	6.376	6.551	6.308	4.890	3.531	3.197	3.253	4.755	6.177	6.057	5.455	4.929	4.854	4.906	4.567
Prága	3.339	3.264	3.274	2.969	2.112	1.892	1.659	1.590	2.437	3.509	11.534	11.522	10.493	9.523	9.711	10.088
Bukarest	9.619	9.976	9.975	10.485	10.601	10.289	5.932	3.931	8.137	9.694	10.300	10.616	10.529	10.348	9.928	9.699
Szófia	2.907	3.138	2.451	3.293	3.579	2.492	1.962	2.007	3.098	4.200	4.605	.	.	.	.	.
Bern	1.916	1.913	1.977	1.835	1.650	1.662	1.588	1.494	1.658	1.806	1.808	1.725	1.760	1.559	1.594	1.564
Zürich	4.086	4.133	3.966	3.541	2.929	2.749	2.757	2.755	2.784	3.048	2.954	2.841	2.799	2.724	2.838	2.853
Genf	2.184	2.249	2.253	2.241	1.773	1.646	1.675	1.553	1.903	2.120	1.997	1.759	1.634	1.513	1.485	.
Basel	2.799	2.778	2.832	2.632	2.097	1.897	1.787	1.690	1.737	2.119	2.021	1.867	1.797	1.822	1.743	1.749
Brüsszel	3.121	3.030	2.956	2.831	2.340	1.770	1.515	1.288	2.007	2.813	3.398	3.198	2.994	3.079	2.673	2.597
Antwerpen	6.199	6.571	6.269	5.749	3.809	2.690	2.114	2.102	4.454	6.613	6.286	5.623	5.524	5.282	5.187	5.030
Párizs	48.962	48.277	48.746	45.167	30.334	28.298	32.830	30.417	38.621	55.813	52.011	46.943	46.733	46.094	47.198	46.122
Firenze	5.003	5.122	4.839	4.714	4.547	3.555	2.968	3.099	3.333	5.195	4.957	4.483	4.248	3.971	.	.
Róma	14.388	15.199	15.122	15.540	15.082	12.753	11.799	10.421	11.682	16.215	16.332	17.498	18.019	17.806	18.929	19.568
Napoli	18.526	18.765	18.388	19.044	18.225	16.327	15.678	14.063	13.393	19.234	19.858	19.388	19.858	19.507	.	.
Milano	14.264	14.394	13.990	13.597	12.429	9.788	8 447	8.008	8.764	12.783	12.432	11.673	10.908	10.410	.	.
Genova	5.958	5.804	5.803	5.992	5.515	5.174	4.850	4.630	4.610	6.248	5.710	5.039	4.780	4.734	5.044	4.754
Amsterdam	13.086	13.637	13.800	14.373	13.280	14.540	14.123	13.681	12.590	15.149	15.009	14.143	14.328	14.236	13.826	13.610
Rotterdam	12.486	12.786	13.623	13.827	12.795	12.716	12.292	11.310	10.867	13.636	12.963	12.119	12.369	11.899	11.730	11.558
Hága	7.000	6.863	7.207	7.208	7.109	7.384	7.484	6.995	6.495	8.143	7.908	7.651	7.912	8.058	7 578	7.531
London	111.783	111.567	110.503	109.952	102.117	99.336	80.550	70.976	82.525	120.529	99.839	94.792	91.662	85.147	82.401	[1]) 78.825
Glasgow	21.569	21.850	28.691	29.462	27.943	27.094	24.030	23.524	18.237	32.626	29.712	28.298	26.702	25.330	25.422	24.542
Birmingham	14.704	22.168	23.812	23.207	21.187	20.618	17.706	16.840	19.335	25.069	22.134	19.850	19.069	18.390	17.836	17.932
Valenzia	6.023	5.984	6.200	6.210	5.957	5.804	5.800	5.912	5.504	6.199	6.530	6.354	6.572	6.247	.	.
Koppenhága	11.469	11.836	11.683	11.646	11.442	12.069	11.636	11.878	11.285	13.017	12.757	11.528	11.553	10.778	10.505	10.232
Stockholm	7.751	7.436	7.754	7.566	7.013	6.700	6.690	5.914	5.544	7.218	6.446	5.826	5.559	5.399	5.376	5.163
Oslo	5.760	5.799	5.732	5.748	5.473	5.303	5.278	5.162	4.682	5.511	4.903	4.716	4.330	3.916	3.451	3.329
Helsingfors	3.722	3.608	3.378	3.443	3.170	3.078	2.932	2.616	1.956	2.931	2.816	2.516	2.572	2.648	2.496	.
Riga	10.455	11.218	11.233	11.431	6.842	2.667	2.230	1.990	2.212	2.741	4.316	4.758	5.007	5.348	5.356	4.977
Varsó	21.929	21.732	22.860	21.777	16.576	14.342	14.100	10.987	22.876	27.407	20.849	22.058	22.939	20.658	22.725	21.655

[1]) Ideiglenes adatok.

8. A születések száma néhány európai városban. — 1911—1926.

1000 lakóra kiszámítva.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Budapest	25·2	25·5	24·9	24·2	18·3	15·1	14·9	15·2	20·4	22·4	21·0	19·9	18·1	17·1	18·1	17·4
Wien	19·9	19·0	17·6	16·6	.	.	.	.	.	15·1	13·2	16·2	14·9	14·5	13·9	12·3
Berlin	20·8	20·4	19·6	18·5	16·5	12·7	10·7	11·5	14·6	17·3	13·9	11·6	9·9	10·5	11·7	11·0
Hamburg	21·8	21·8	21·4	20·9	16·4	11·4	9·4	9·9	15·4	19·6	17·5	15·2	14·0	14·1	14·6	13·6
Köln	27·1	26·8	25·9	26·0	23·4	18·8	16·4	16·0	20·6	25·9	23·5	21·4	18·0	18·6	.	.
München	22·3	21·7	20·9	19·3	16·1	13·4	13·7	15·1	17·7	20·2	18·0	16·0	13·9	13·9	14·8	14·4
Leipzig	22·6	22·2	21·6	20·5	18·4	13·1	11·0	11·9	16·8	21·6	19·3	16·9	14·4	13·0	14·6	14·5
Dresden	20·1	20·2	20·1	19·2	15·5	12·5	10·9	11·7	15·4	21·2	18·7	16·1	13·9	12·7	14·3	13·6
Frankfurt a/Main	22·1	20·9	20·3	19·4	15·9	12·3	10·9	11·5	16·7	19·7	17·4	15·0	13·1	12·8	13·4	13·4
Düsseldorf	26·8	26·3	25·6	25·5	22·5	17·3	14·2	14·8	17·4	21·4	20·6	17·6	15·0	15·5	16·2	15·6
Stuttgart	24·3	24·7	23·8	22·1	20·3	16·0	15·5	16·5	19·4	22·5	21·0	17·8	15·6	16·6	18·6	17·9
Bremen	26·2	25·2	25·2	23·7	18·6	13·8	12·6	12·8	18·7	23·6	22·5	19·3	17·4	17·4	16·6	15·4
Prága	14·9	14·4	14·2	13·2	9·7	8·9	7·7	7·1	10·1	14·6	16·9	16·7	15·1	13·5	13·5	13·8
Bukarest	32·0	29·2	29·0	30·3	30·4	29·5	18·9	.	.	.	.	.	16·5	15·3	15·3	13·3
Szófia	26·6	27·6	20·7	26·7	27·8	18·7	14·1	13·8	20·5	26·7	28·1	.	.	.	.	.
Bern	21·9	21·4	21·4	19·4	17·3	17·2	16·0	14·8	15·6	17·3	17·5	16·7	16·9	14·8	14·9	14·5
Zürich	21·1	20·8	19·7	17·7	14·9	13·6	13·2	13·0	13·2	14·7	14·6	14·3	13·9	13·3	13·7	13·5
Genf	16·4	16·7	16·5	16·2	13·5	12·1	12·0	11·1	13·9	15·2	14·7	13·4	12·7	11·9	11·8	.
Basel	20·4	19·9	19·9	18·4	15·0	13·6	12·9	12·2	12·6	15·1	14·4	13·3	12·7	12·8	12·2	12·0
Brüsszel	17·6	17·3	16·7	16·5	13·5	10·4	9·0	7·8	12·8	18·1	16·0	14·9	13·9	14·4	12·5	12·2
Antwerpen	19·5	20·4	19·4	17·6	11·8	8·5	6·8	6·7	13·6	19·3	20·1	18·3	17·9	17·0	16·8	16·3
Párizs	16·9	16·7	16·8	15·6	10·5	9·8	11·3	10·5	13·3	19·2	17·9	16·1	16·0	15·8	16·2	16·1
Firenze	21·2	21·4	20·2	19·6	18·2	14·2	11·9	12·4	13·3	20·8	19·5	17·6	16·5	15·2	.	.
Róma	26·5	26·2	25·3	25·3	24·0	19·9	18·2	16·1	17·7	23·9	23·6	25·0	25·2	24·4	24·7	24·3
Napoli	27·3	27·0	26·1	26·7	25·3	22·3	21·3	18·9	17·9	25·0	25·6	24·9	25·3	24·5	.	.
Milano	23·6	23·4	22·1	20·8	18·2	14·0	12·1	11·3	12·3	18·1	17·4	16·1	15·0	14·2	.	.
Genova	21·8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	18·0	15·8	14·7	14·3	15·2	13·9
Amsterdam	22·7	23·4	23·4	23·9	21·7	23·5	22·3	21·4	19·6	23·5	21·9	20·4	20·4	20·1	19·3	18·8
Rotterdam	28·9	28·9	30·1	29·7	26·8	26·3	24·9	22·6	21·6	26·7	25·0	23·0	23·1	22·0	21·4	20·7
Hága	24·7	23·7	24·4	23·8	22·8	22·9	22·5	20·6	18·7	23·1	22·1	21·0	20·9	20·8	19·2	18·6
London	24·7	24·7	24·5	24·3	22·6	21·5	17·9	16·0	18·2	26·9	22·1	20·9	20·1	18·6	17·9	[1] 17·1
Glasgow	27·5	27·8	27·9	28·6	27·0	26·0	22·9	22·3	17·2	30·6	27·6	26·1	24·5	23·1	23·2	22·1
Birmingham	—	26·0	27·8	26·3	23·7	23·0	19·7	19·3	21·2	27·5	24·1	21·4	20·4	19·4	18·8	18·7
Valenzia	25·7	25·4	26·3	26·0	24·7	24·0	23·7	23·9	22·2	24·6	21·8	24·5	24·8	22·9	.	.
Koppenhága	24·7	25·0	24·2	23·8	23·1	23·4	22·2	20·3	20·6	23·3	22·6	20·1	19·9	18·4	17·9	17·3
Stockholm	22·5	21·3	20·5	19·7	18·0	16·6	16·3	14·4	13·4	17·3	15·3	13·8	13·0	12·4	12·2	11·5
Oslo	23·4	23·3	22·9	22·9	21·6	20·7	20·4	19·9	18·0	21·1	18·9	18·2	16·7	15·2	13·4	13·1
Helsingfors	24·6	22·7	20·4	20·2	18·0	16·8	15·5	13·8	10·2	15·0	14·2	12·5	12·7	12·8	11·9	.
Riga	22·3	23·2	22·6	22·6	18·0	11·1	9·9	9·0	11·1	13·7	16·9	16·7	16·4	16·6	15·7	14·4
Varsó	27·1	26·0	26·4	24·9	20·2	19·0	17·7	13·9	26·0	29·0	21·8	23·0	23·8	21·1	22·6	21·2

[1]) Ideiglenes adatok.

A népszámok, mint arra már utaltunk, annyira eltérnek egymástól, hogy az abszolút számok részletes megbeszélésére egyáltalában nem alkalmasak. A korrigált adatok, az 1000 lakóra kiszámolt indexek is rendelkezésünkre állottak, miért is azokat a 243. oldalon levő tabellába fogtuk össze.

Ha most már az indexek tömegét futjuk végig, úgy a születések fogyása, mint domináló jelenség fog szemünkbe ötleni. Míg a háborút megelőző években az indexek a 20‰-es határt általában meghaladták, addig az utóbbi esztendőkben, ritka kivételektől eltekintve, ezt már alig érik el. Ez már nagyon kedvezőtlen tünet, mert ugyan Ott szerint még 17‰-es natalitás mellett is biztosítva van kedvező körülmények között — normális méretű halandóságot tételezve fel — valamely nép fennmaradása, de ez a számítás csak olyan alacsony csecsemő- és gyermekhalandóság mellett helytálló, mit általánosan egyelőre nem láthatunk. Ezért kell arra az álláspontra helyezkednünk, hogy csak 20‰ az a natalitási coëfficiens, melyet minimálisnak elfogadhatunk. És ugyanerre az eredményre jutunk, ha abból indulunk ki, hogy az európai kultúrnépeknél az átlagos életkor körülbelül 50 év s a normális korcsoport megoszlású népesség átlagos halandósága 20‰ volna. Ezt legalább 20‰ magasságú natalitás tudná biztosan kiegyensúlyozni.

9. A születések száma néhány európai városban sorrendi hely szerint. — 1911—1926.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Budapest	12	11	12	13	20	21	19	14	8	16	15	13	12	14	9	9
Wien	34	35	35	35	·	·	·	·	·	33	39	24	26	24	24	28
Berlin	31	32	33	31	27	29	33	28	25	29	38	38	39	39	34	32
Hamburg	28	24	23	21	28	33	35	33	23	24	26	30	29	28	21	22
Köln	6	6	8	8	9	14	14	13	5	7	7	8	13	11	·	·
München	23	25	24	29	29	27	22	15	17	22	23	28	30	29	20	18
Leipzig	21	23	21	23	19	28	30	26	20	17	20	20	28	32	22	16
Dresden	33	33	30	30	31	30	31	27	24	19	22	27	31	36	23	23
Frankfurt a/Main	25	29	28	28	30	31	32	29	21	23	29	31	34	33	27	25
Düsseldorf	7	7	9	9	13	16	20	16	18	18	17	18	25	19	15	14
Stuttgart	17	16	16	20	16	20	17	10	10	15	16	17	22	16	8	8
Bremen	10	13	11	17	18	24	25	23	12	11	9	14	15	13	13	15
Prága	39	39	39	39	38	37	37	36	37	37	30	21	23	30	26	21
Bukarest	1	1	2	1	1	1	10	·	·	·	·	·	18	20	17	26
Szófia	8	4	25	5	2	15	21	21	7	6	1	·	·	·	·	·
Bern	26	27	22	27	26	17	16	17	22	31	27	23	16	23	19	17
Zürich	30	30	32	33	33	25	23	22	31	36	35	33	33	31	25	24
Genf	38	38	38	37	35	32	27	31	26	32	34	35	38	38	33	·
Basel	32	34	31	32	32	26	24	25	33	34	36	36	37	35	31	30
Brüsszel	36	36	37	36	34	35	36	35	32	28	32	32	32	25	29	29
Antwerpen	35	31	34	34	36	38	38	37	27	25	18	15	14	15	12	12
Párizs	37	37	36	38	37	36	29	32	29	26	25	25	21	18	14	13
Firenze	29	26	29	26	21	22	28	24	30	21	19	19	19	21	·	·
Róma	9	8	10	10	7	12	11	11	16	10	6	2	2	2	1	1
Napoli	4	5	7	4	5	9	7	9	15	8	3	3	1	1	·	·
Milano	18	19	20	22	22	23	26	30	34	27	28	26	24	27	·	·
Genova	27	·	·	·	·	·	·	·	·	·	24	29	27	26	18	20
Amsterdam	20	18	17	14	14	5	5	4	9	12	12	11	9	8	5	5
Rotterdam	2	2	1	2	4	2	1	2	3	5	4	6	6	5	4	4
Hága	15	17	14	16	11	8	4	5	11	14	11	9	7	7	6	7
London	14	15	13	12	12	10	12	12	13	4	10	10	10	10	10	11
Glasgow	3	3	3	3	3	3	3	3	19	1	2	1	4	3	2	2
Birmingham	—	10	4	6	8	7	9	8	4	3	5	7	8	9	7	6
Valenzia	11	12	6	7	6	4	2	1	2	9	14	4	3	4	·	·
Koppenhága	13	14	15	15	10	6	6	6	6	13	8	12	11	12	11	10
Stockholm	22	28	26	25	25	19	15	18	28	30	33	34	35	37	30	31
Oslo	19	20	18	18	15	11	8	7	14	20	21	16	17	22	28	27
Helsingfors	16	22	27	24	23	18	18	20	36	35	37	37	36	34	32	·
Riga	24	21	19	19	24	34	34	34	35	38	31	22	20	17	16	19
Varsó	5	9	5	11	17	13	13	19	1	2	13	5	5	6	3	3

10. Néhány európai város összhalálozása. — 1911—1926.

Abszolút számokban.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Budapest	17.323	16.876	17.441	18.763	21.150	20.854	24.371	29.903	20.887	22.053	18.981	19.054	18.549	18.644	15.749	15.301
Wien	33.684	32.141	32.314	33.268	37.018	37.631	46.131	51.497	40.932	34.197	28.297	30.068	25.480	25.177	24.352	25.380
Berlin[1] [3]	32.307	29.981	28.067	29.664	28.572	27.147	34.138	35.764	31.307	30.982	47.012	52.984	49.832	47.179	45.651	45.412
Hamburg[3]	13.972	13.250	13.024	13.494	12.921	12.340	14.860	15.782	13.940	13.986	12.516	14.022	13.363	12.454	12.286	12.120
Köln	9.360	7.683	7.622	8.839	8.646	8.915	9.908	11.635	9.483	9.266	8.805	8.943	8.591	7.704	.	.
München	9.551	9.024	9.160	9.623	9.387	9.422	9.755	11.915	10.422	9.442	8.906	8.857	9.137	8.596	8.861	8.407
Leipzig	9.480	7.714	7.884	11.374	12.137	11.553	12.724	14.387	9.495	8.807	8.005	8.666	8.432	7.610	7.711	7.792
Dresden	8.066	7.310	7.329	9.784	9.506	9.769	11.405	13.555	8.478	7.650	7.472	8.096	7.830	7.223	6.932	6.972
Frankfurt a/Main[3]	5.275	5.138	5.132	5.203	5.208	5.092	6.034	6.702	6.319	6.066	5.212	5.581	4.979	4.941	4.931	4.735
Düsseldorf	5.333	4.607	4.573	6.397	7.190	6.552	7.306	8.458	5.517	5.479	4.998	5.087	4.988	4.204	4.315	4.181
Stuttgart[3]	4.178	4.104	4.182	4.198	3.870	3.922	3.930	4.908	4.047	4.081	3.995	4.020	4.071	3.820	3.788	3.511
Bremen[3]	3.444	3.625	3.433	3.332	3.103	3.133	3.624	4.211	3.706	3.734	3.275	3.666	3.452	3.193	3.098	3.025
Prága[3]	3.945	3.861	3.328	3.219	3.158	3.231	3.828	4.023	3.346	3.264	8.202	8.428	7.797	8.332	8.353	8.246
Bukarest	7.845	7.561	7.943	8.176	8.296	10.557	11.448	13.631	10.307	8.927	7.555	8.484	8.819	7.856	7.265	8.392
Szófia	1.624	1.768	2.453	1.668	2.415	2.618	2.560	2.115	1.901	2.581	2.700	.	.	.	.	.
Bern	1.123	1.152	1.148	1.190	1.078	1.069	1.095	1.790	1.282	1.226	1.057	1.180	1.108	1.088	1.044	1.140
Zürich	2.292	2.224	2.239	2.139	2.002	2.097	2.187	3.012	2.280	2.386	2.043	2.108	1.920	2.157	2.090	2.049
Genf	2.161	2.026	1.890	2.032	1.985	1.758	1.835	2.713	1.985	2.045	1.754	1.728	1.655	1.744	1.713	.
Basel	1.763	1.583	1.671	1.466	1.552	1.392	1.590	2.213	1.720	1.645	1.532	1.578	1.425	1.580	1.513	1.517
Brüsszel[3]	3.351	3.392	3.150	3.224	3.072	3.301	4.071	4.921	3.173	2.821	3.188	3.326	2.905	2.738	3.094	3.686
Antwerpen[3]	4.485	4.204	4.317	4.743	3.113	3.097	4.510	5.381	4.788	3.980	3.789	4.070	3.541	3.653	3.749	3.845
Párizs[4]	48.942	47.059	44.624	45.972	43.068	43.450	44.597	49.658	44.936	43.082	41.955	40.583	40.325	41.639	42.720	43.552
Firenze	5.195	4.486	4.643	4.751	4.922	5.543	5.848	9.544	5.165	5.091	4.256	4.548	4.005	4.374	.	.
Róma[3]	11.127	9.512	10.203	10.499	10.936	11.210	11.067	19.283	11.288	12.098	11.262	12.031	11.550	12.051	12.587	11.826
Napoli	12.460	12.287	13.250	14.581	14.425	15.695	14.939	25.217	17.524	14.930	13.288	14.849	12.919	15.488	.	.
Milano	12.062	9.726	10.702	10.113	10.960	11.042	11.790	18.403	11.829	11.516	10.135	10.368	9.746	9.623	.	.
Genova	5.763	5.082	5.102	5.064	5.627	5.093	5.636	8.826	5.900	5.553	4.730	5.048	4.644	4.641	4.724	4.781
Amsterdam	7.143	6.567	6.731	6.981	7.060	7.636	7.885	10.182	8.137	7.206	7.039	7.309	6.530	6.322	6.607	6.510
Rotterdam	5.242	4.987	4.861	5.074	5.289	5.748	5.901	7.808	6.547	5.572	4.974	5.066	4.584	4.498	4.597	4.778
Hága	3.603	3.163	3.310	3.346	3.606	3.647	3.916	4.732	4.262	3.704	3.450	3.572	3.464	3.518	3.559	3.603
London[5]	68.505	62.517	64.510	66.037	72.393	62.325	63.406	75.928	59.114	57.232	56.259	61.221	51.991	55.887	54.591	52.431
Glasgow	13.656	13.503	17.693	17.522	20.159	16.601	16.691	18.362	18.237	16.765	15.623	17.848	14.875	16.874	15.339	15.731
Birmingham[3]	[6] 8.892	12.005	12.962	13.026	12.816	12.081	11.274	13.175	12.000	11.409	10.361	11.212	10.248	11.181	11.102	10.847
Valenzia	5.297	4.748	5.115	5.154	4.022	4.969	5.647	7.512	7.036	5.878	5.148	5.425	5.436	5.303	.	.
Koppenhága	6.866	6.621	6.493	6.892	6.797	7.770	7.279	7.621	7.178	7.754	6.374	6.937	6.611	7.101	6.845	7.107
Stockholm[7]	4.751	5.251	5.183	5.653	5.213	5.113	5.100	6.982	5.989	5.058	4.856	4.980	4.792	4.737	4.946	5.085
Oslo	3.332	3.436	3.186	3.281	3.018	3.317	3.054	3.872	3.148	3.057	2.804	3.211	2.973	2.808	2.807	2.702
Helsingfors	2.068	2.302	2.269	2.218	2.288	2.240	2.376	4.595	2.847	2.197	1.985	2.059	2.068	2.292	2.227	.
Riga[3]	7.754	8.369	8.672	9.636	8.678	7.091	8.814	8.796	12.903	3.860	3.651	3.944	3.868	4.582	4.562	4.583
Varsó[6]	15.424	14.009	14.962	16.297	21.193	18.510	34.693	24.477	18.896	19.134	14.114	14.622	13.554	14.173	13.976	14.534

[1]) 1921-től 1926-ig az adatok Nagy-Berlinre vonatkoznak. — [2]) A háborúban elhalt katonák nélkül. — [3]) Idegen halottak nélkül. — [4]) Idegen halottak nélkül; 1914-től 1919-ig a háborúban elhalt katonák nélkül. — [5]) Idegen halottak nélkül; 1915-től csak a polgári népesség. — [6]) A város régi területére vonatkozik. — [7]) 1924-ig idegen halottak nélkül; 1924-től ideiglenes adatok.

11. Néhány európai város összhalálozása. — 1911—1926.

1000 lakóra kiszámítva.[1])

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Budapest	19·4	18·4	18·6	19·6	21·7	21·1	24·6	30·8	21·8	23·5	20·3	20·3	19·6	19·6	16·5	15·9
Wien	16·3	15·3	15·2	15·1	.	.	.	.	.	18·6	12·9	16·3	13·7	13·5	13·0	13·5
Berlin	15·6	14·4	13·5	14·6	15·2	15·1	19·5	20·5	16·5	16·0	12·1	13·5	12·7	12·0	11·3	11·1
Hamburg	14·8	13·6	12·7	13·2	13·0	12·5	15·0	16·2	14·1	13·6	12·1	13·2	12·5	11·6	11·4	11·1
Köln	18·0	14·4	14·0	14·4	14·9	16·0	17·9	19·9	15·0	14·1	13·3	13·3	12·5	11·1	.	.
München	15·8	14·6	14·5	14·9	14·9	15·1	15·9	19·7	16·1	14·6	13·6	13·4	13·7	12·8	13·0	12·3
Leipzig	15·9	12·7	12·8	18·2	20·9	20·3	23·1	26·4	15·8	14·2	12·8	12·8	12·4	11·2	11·3	11·4
Dresden	14·6	13·1	13·0	17·3	17·3	18·3	22·0	26·5	15·9	14·2	12·7	13·3	12·8	11·8	11·2	11·2
Frankfurt a/Main	12·6	12·0	11·7	11·7	12·0	12·1	14·6	15·4	14·4	13·1	11·1	11·7	10·5	10·5	10·4	10·0
Düsseldorf	14·5	11·9	11·4	16·2	19·9	17·7	18·5	21·4	13·5	13·2	11·8	11·8	11·7	10·0	10·0	9·6
Stuttgart	14·4	13·8	13·7	13·4	13·4	13·6	13·6	16·9	13·1	13·0	12·7	12·3	12·5	11·6	11·0	10·0
Bremen	14·1	14·4	13·2	12·5	11·8	12·2	14·3	16·6	14·5	14·3	12·2	13·0	12·2	11·5	10·5	10·2
Prága	17·6	17·0	14·5	14·3	14·5	15·3	17·8	18·0	13·8	13·6	12·1	12·3	11·2	11·8	11·6	11·3
Bukarest	26·0	22·2	23·1	23·7	23·8	30·4	36·6	.	.	.	.	.	13·8	11·6	11·2	11·5
Szófia	14·9	15·5	20·7	13·5	18·8	19·6	18·4	14·6	12·6	16·4	16·5	.	.	.	.	.
Bern	12·9	12·9	12·4	12·6	11·3	11·0	11·0	17·8	12·1	11·7	10·2	11·4	10·7	10·4	9·8	10·6
Zürich	11·8	11·2	11·1	10·7	10·2	10·4	10·5	14·2	10·8	11·5	10·1	10·6	9·5	10·5	10·1	9·7
Genf	16·3	15·1	13·8	14·7	15·1	13·0	13·2	19·3	14·6	14·8	12·9	13·2	12·9	13·7	13·6	.
Basel	12·9	11·3	11·7	10·2	11·1	10·0	11·5	16·0	12·5	11·7	10·9	11·2	10·1	11·1	10·6	10·4
Brüsszel	18·9	19·3	17·8	18·8	17·7	19·3	24·1	29·8	20·2	18·2	15·0	15·4	13·5	12·8	14·5	17·3
Antwerpen	14·2	13·0	13·4	14·5	9·6	9·8	14·5	17·2	14·6	11·7	12·2	13·2	11·5	11·8	12·1	12·5
Párizs	16·9	16·3	15·4	15·9	14·9	15·0	15·4	17·1	15·5	14·8	14·4	13·9	13·8	14·3	14·7	15·2
Firenze	22·0	18·7	19·4	19·7	19·7	22·2	23·4	38·2	20·7	20·4	16·8	17·8	16·0	16·7	.	.
Róma	19·7	16·4	17·1	17·1	17·4	17·5	17·1	29·8	17·1	17·8	16·3	17·2	16·1	16·5	16·4	14·7
Napoli	18·4	17·7	18·8	20·4	20·1	21·5	20·3	34·0	23·4	19·4	17·1	19·1	16·4	19·4	.	.
Milano	20·0	15·8	16·9	15·4	16·0	15·7	16·8	26·1	16·7	16·4	14·2	14·3	12·0	13·1	.	.
Genova	21·2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	15·0	15·8	14·3	14·1	14·2	14·0
Amsterdam	12·4	11·3	11·4	11·6	11·6	12·3	12·5	15·9	12·7	11·2	10·3	10·5	9·3	8·9	9·2	9·0
Rotterdam	12·1	11·3	10·7	10·9	11·1	11·9	12·0	15·6	13·0	10·9	9·6	9·6	8·6	8·3	8·4	8·6
Hága	12·7	10·9	11·2	11·0	11·6	11·3	11·8	13·9	12·3	10·5	9·6	9·8	9·2	9·1	9·0	8·9
London	15·2	13·8	14·3	14·6	16·8	14·7	15·7	19·2	13·6	12·8	12·5	13·5	11·4	12·2	11·9	11·6
Glasgow	17·4	17·2	17·3	17·0	19·5	15·9	15·3	17·4	17·2	15·7	14·5	16·5	13·7	15·4	14·0	14·2
Birmingham	17·0	14·1	15·1	14·8	14·4	13·5	12·5	15·1	13·2	12·5	11·3	12·1	10·9	11·8	11·7	11·3
Valenzia	22·6	20·2	21·7	21·6	16·7	20·5	23·1	30·4	28·3	23·4	17·2	20·9	20·5	19·5	.	.
Koppenhága	14·8	14·0	13·5	14·1	13·7	15·2	13·9	14·2	13·1	13·9	11·3	12·1	11·4	12·1	11·7	12·0
Stockholm	13·8	15·0	13·7	14·7	13·4	12·7	12·4	17·0	14·5	12·1	11·5	11·8	11·2	10·9	11·2	11·4
Oslo	13·5	13·8	12·7	13·1	11·9	12·9	11·8	14·9	12·1	11·7	10·8	12·4	11·5	10·9	10·9	10·6
Helsingfors	13·7	14·5	13·7	13·0	13·0	12·2	12·6	24·2	14·9	11·2	10·0	10·2	10·2	11·1	10·6	.
Riga	16·5	17·3	17·5	19·1	22·8	29·5	39·2	40·4	64·5	19·3	14·3	13·8	12·7	14·2	13·4	13·3
Varsó	19·1	16·8	17·3	18·6	25·8	24·5	43·5	31·1	21·5	20·2	14·8	15·3	14·1	14·5	13·9	14·2

[1]) Jegyzetet lásd az előző oldalon.

A fenti adatok tanusága szerint székesfővárosunk a negyven város között a világháború előtt a 11—13. helyeket foglalta el s a két legutóbbi esztendőt figyelmen kívül hagyva a háború utáni esztendőkben már a 13—17. helyekre csúszott vissza. Ez annak bizonysága, hogy találtattak olyan nagyobb városok is, melyeknek natalitása kevésbbé apadt, mint a székesfővárosé. A két utolsó esztendő sorrendi hely szerint nagyon előnyösnek jelzi Budapest natalitását, de ez csak látszólagos, mert néhány rendszerint kedvezőbb natalitást mutató város adata hiányzik. A sorrendi táblából kitűnik, hogy a legkedvezőbb születési arányszámokat az olasz és hollandi városok mutatják, a legkedvezőtlenebbeket a német, svájci és skandináv városok. Székesfővárosunk, egyelőre legalább, inkább a kedvezőbb indexekkel szereplő városok között helyezkedik el.

A természetes szaporodás a natalitás és mortalitás különbsége s hogy ezt megismerhessük, a mortalitási adatokat is elő kell terjesztenünk.

Miként azt fentebb láthattuk, a népszámok eltérései olyan nagyok, hogy az abszolút számokból megbízható véleményt nem lehet kiformálni. Annyit mégis kiolvashatunk az abszolút eredményekből, hogy az olasz és német városok is kiheverték nagyjából azokat a bajokat, melyek a mortalitás időleges emelkedését okozták. Az általunk megfigyelt időszak legutóbbi két esztendejében a székesfőváros halandósága is kedvezőbbnek látszik.

12. Néhány európai város összhalandósága sorrendi hely szerint. — 1911—1926.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Budapest	34	35	34	35	35	33	35	33	34	38	39	37	38	39	34	31
Wien	24	25	26	24	.	.	.	.	.	32	24	32	30	28	25	25
Berlin	20	20	16	18	22	20	28	24	27	27	16	24	24	22	17	13
Hamburg	17	12	10	11	12	11	17	11	15	17	15	20	22	17	18	12
Köln	30	19	21	16	18	25	25	23	22	19	25	22	21	12	.	.
München	21	22	24	23	19	19	21	22	26	23	26	23	28	26	24	22
Leipzig	22	8	11	31	34	31	32	27	24	21	22	16	19	13	16	18
Dresden	15	11	12	30	26	28	30	29	25	20	21	21	25	19	15	14
Frankfurt a/M.	4	7	7	6	10	7	16	7	16	14	9	8	8	7	7	6
Düsseldorf	14	6	5	27	32	27	27	25	12	15	13	10	16	4	5	4
Stuttgart	13	14	18	12	14	16	12	13	9	13	20	13	20	15	12	7
Bremen	11	18	13	7	8	9	14	12	17	22	17	17	18	14	8	8
Prága	29	31	23	15	17	22	24	19	14	16	14	14	11	20	19	15
Bukarest	40	39	39	39	37	38	36	.	.	.	.	.	31	16	14	16
Szófia	18	26	37	13	29	30	26	4	6	28	35	.	.	.	.	.
Bern	6	9	8	8	5	4	2	18	2	6	5	7	7	5	4	10
Zürich	1	2	2	2	2	3	1	2	1	5	4	5	4	6	6	5
Genf	23	24	20	20	21	14	11	21	19	24	23	18	26	29	27	.
Basel	7	3	6	1	3	2	3	10	5	8	8	6	5	10	9	9
Brüsszel	32	37	33	33	28	29	34	30	31	31	32	30	27	25	31	32
Antwerpen	12	10	14	17	1	1	15	16	20	9	18	19	15	18	23	23
Párizs	26	28	27	26	20	18	19	15	23	25	29	27	32	32	32	30
Firenze	38	36	36	36	31	35	33	36	32	36	36	35	35	36	.	.
Róma	35	29	29	29	27	26	23	31	29	30	34	34	36	35	33	29
Napoli	31	34	35	37	33	34	29	35	35	34	37	36	37	37	.	.
Milano	36	27	28	25	23	23	22	26	28	29	27	28	17	27	.	.
Genova	37	.	.	.	.	.	.	.	.	.	33	31	34	30	30	26
Amsterdam	3	5	4	5	7	10	8	9	7	4	6	4	3	2	3	3
Rotterdam	2	4	1	3	4	6	6	8	8	2	2	1	1	1	1	1
Hága	5	1	3	4	6	5	5	1	4	1	1	2	2	3	2	2
London	19	15	22	19	25	17	20	20	13	12	19	25	13	24	22	20
Glasgow	28	32	31	28	30	24	18	17	30	26	30	33	29	34	29	28
Birmingham	27	17	25	22	16	15	9	6	11	11	11	12	9	21	21	17
Valenzia	39	38	38	38	24	32	31	32	36	37	38	38	39	38	.	.
Koppenhága	16	16	15	14	15	21	13	3	10	18	10	11	12	23	20	21
Stockholm	10	23	19	21	13	12	7	14	18	10	12	9	10	9	13	19
Oslo	8	13	9	10	9	13	4	5	3	7	7	15	14	8	11	11
Helsingfors	9	21	17	9	11	8	10	26	21	3	3	3	6	11	10	.
Riga	25	33	32	34	36	37	37	37	37	33	28	26	23	31	26	24
Varsó	33	30	30	32	38	36	38	34	33	35	31	29	33	33	28	27

A legkedvezőbb indexeket a hollandi és svájci városok rovatában látjuk, de nagyon alacsonyak a skandináv városok arányszámai is. Abszolút érvényű konkluziókra azonban ezek nem elég megbízhatók, mert az idegen halottak figyelembe vétele vagy mellőzése nagyon zavarja a tisztánlátást. Durva hibákat okoz az a körülmény, hogy teljesen egységesen feldolgozott anyaghoz nem lehet hozzájutni. Vannak ugyanis egyes városok, melyek csak idegenek nélkül közlik a halandóságot, miért is ezeknek mortalitási indexei már ezért alacsonyabbak. Az idegenek aránya az egyes városok halandóságában más és más, mert olyan országokban, hol több nagyváros van megfelelő kórházakkal és egyéb gyógyintézetekkel, ott az idegenek aránya a városok halandóságában jobban megoszlik s a halandósági arányszámok általában alacsonyabbak lesznek. A mortalitási indexek szerint is sorbaszedtük a negyven várost, mint azt a következő 12. számú táblánk illusztrálja.

Ez az összeállítás már nagyon kedvezőtlen színben tünteti fel Budapest szanitárius közállapotait. Világos, hogy már 1911-ben se állottunk a kedvező halandóságot mutató városok között s utánunk csak balkáni, néhány abban az időben elhanyagolt olasz, valamint Spanyolország egyetlen figyelembe vett városa következtek sorjában. Sajnos, a háborús évek alatt s méginkább a világháború megszünése után ezek annyira megelőztek, hogy székesfővárosunk ezekben az esztendőkben majdnem mindig az utolsó helyet foglalja el. A halandóság részletes elemzése csábító probléma és sokat lehetne vitatni, hogy kedvezőtlen halandóságunk okai csak a gazdasági közviszonyok siralmas leromlottságában, avagy azzal együtt egészségvédelmi felkészültségünk hiányaiban is keresendők. Minden valószínűség amellett érvel, hogy a gazdasági közviszonyok leromlását semmiféle speciális, közegészségügyi beavatkozással se lehet kiegyensúlyozni. De ezzel a kérdéssel tovább nem foglalkozhatunk, hiszen a halandóságot kizárólag azért bocsátottuk most közre, hogy a természetes szaporodás abszolút mérőszámait és indexeit kiszámíthassuk.

A negyven európai város természetes szaporodását abszolút számokban a szemközti oldalon levő táblánkba foglaltuk össze.

Az előzőkben már többször hangoztatott okok miatt az abszolút számok itt se lesznek alkalmasak részletesebb megvitatásra, de néhány jellegzetes tünet mégis kiolvasható belőlük. Szinte meglepetés erejével hat, hogy egyes városok népszaporodása adataink szerint már a béke éveiben megakadt. Általában Brüsszelben és Prágában észlelünk a békeévekre vonatkozólag népapadást és Szófiában valószínűleg egészen speciális befolyás révén (járvány, háború) 1913-ban. A háborús esztendőkben ezeken kívül először Párizsban és Firenzében lett negatív a népszaporodási mérleg, de később a hadviselő, majd a semleges államokban is népapadás mutatkozott. Az 1918. évi influenza pándémia pedig olyan keményen rányomta bélyegét az európai városok demografiai mérőszámaira, hogy a holland városok, két angol város és Oslo kivételével, ebben az esztendőben a többiek mind negatív szaporodási mérleget mutatnak.

13. A természetes szaporodás néhány európai városban. — 1911—1926.

Abszolút számokban.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Budapest	5.191	6.451	5.874	4.494	— 3.325	— 5.881	— 9.672	—15.135	— 1.399	— 985	646	— 313	— 1.390	— 2.360	1.581	1.466
Wien	7.346	7.660	5.318	3.174	— 8.028	—14.147	—25.707	—32.887	—16.585	— 6.376	627	— 86	2.285	1.872	1.696	— 2.302
Berlin	10.878	12.581	12.765	7.845	2.428	— 4.435	—15.413	—15.536	— 3.478	2.487	6.889	— 7.298	—10.908	— 5.633	1.420	— 139
Hamburg	6.690	7.998	8.890	7.818	3.357	— 1.138	— 5.597	— 6.108	1.197	6.119	5.602	2.119	1.510	2.632	3.486	2.713
Köln	4.827	6.549	6.548	7.146	4.853	1.559	— 811	— 2.280	3.527	7.586	6.742	5.535	3.788	5.202	.	.
München	3.946	4.434	4.009	2.813	775	— 1.068	— 1.361	— 2.793	1.005	3.672	2.885	1.756	161	711	1.224	1.441
Leipzig	3.929	5.686	5.416	1.442	— 1.481	— 4.111	— 6.669	— 7.882	571	4.596	4.154	2.721	1.334	1.257	2.271	2.140
Dresden	3.034	3.991	3.968	1.111	— 985	— 3.114	— 5.757	— 7.562	— 271	3.786	3.534	1.715	653	544	1.925	1.500
Frankfurt a/M.	3.934	3.846	3.795	3.448	1.676	90	— 1.538	— 1.693	1.028	3.061	2.973	1.582	1.270	1.107	1.419	1.585
Düsseldorf	4.566	5.548	5.725	3.673	962	— 139	— 1.698	— 2.630	1.589	3.405	3.721	2.459	1.411	2.352	2.667	2.627
Stuttgart	2.881	3.267	3.097	2.703	1.990	716	553	— 131	1.948	2.998	2.611	1.801	1.030	1.648	2.610	2.759
Bremen	2.956	2.751	3.121	2.976	1.787	398	— 427	— 958	1.049	2.443	2.782	1.789	1.477	1.661	1.808	1.542
Prága	— 606	— 597	— 54	— 250	— 1.046	— 1.339	— 2.169	— 2.433	— 909	245	3.332	3.094	2.696	1.191	1.358	1.842
Bukarest	1.774	2.415	2.032	2.309	2.305	— 268	— 5.516	— 9.700	— 2.170	767	2.745	2.132	1.710	2.492	2.663	1.307
Szófia	1.283	1.370	— 2	1.625	1.164	— 126	— 598	— 108	1.197	1.619	1.905	.	.	.	.	.
Bern[1])	793	761	829	645	572	593	493	— 296	376	580	751	545	652	471	550	424
Zürich[1])	1.794	1.909	1.727	1.402	927	652	570	— 257	504	662	911	733	879	567	748	804
Genf	23	223	363	209	— 212	— 112	— 160	— 1.160	— 82	75	243	31	— 21	— 231	— 228	.
Basel[1])	1.036	1.195	1.161	1.166	545	505	197	— 523	17	474	489	289	372	242	230	232
Brüsszel	— 230	— 362	— 194	— 393	— 732	— 1.531	— 2.556	— 3.633	— 1.166	— 8	210	— 128	89	341	— 421	— 1.089
Antwerpen	1.714	2.367	1.952	1.006	696	— 407	— 2.396	— 3.279	— 334	2.633	2.497	1.553	1.983	1.629	1.438	1.185
Párizs[1])	20	1.218	4.122	— 805	—12.734	—15.152	—11.767	—19.241	— 6.315	12.731	10.056	6.360	6.408	4.455	4.478	2.570
Firenze	— 192	636	196	— 37	— 375	— 1.988	— 2.880	— 6.445	— 1.832	104	701	— 65	243	— 403	.	.
Róma	3.261	5.687	4.919	5.041	4.146	1.543	732	— 8.862	394	4.117	5.070	5.467	6.469	5.755	6.342	7.742
Napoli	6.066	6.478	5.138	4.463	3.800	632	739	—11.154	— 4.131	4.304	6.570	4.539	6.939	4.019	.	.
Milano	2.202	4.668	3.288	3.484	1.469	— 1.254	— 3.343	—10.395	— 3.065	1.267	2.297	1.305	1.162	787	.	.
Genova	195	722	701	928	— 112	81	— 786	— 4.196	— 1.290	695	980	— 9	136	93	320	— 27
Amsterdam	5.943	7.070	7.069	7.392	6.220	6.904	6.238	3.499	4.453	7.943	7.970	6.834	7.798	7.914	7.219	7.100
Rotterdam	7.244	7.799	8.762	8.753	7.506	6.968	6.391	3.502	4.320	8.064	7.989	7.053	7.785	7.401	7.133	6.780
Hága	3.397	3.700	3.897	3.862	3.503	3.737	3.568	2.263	2.233	4.439	4.458	4.079	4.448	4.540	4.019	3.928
London	43.278	49.050	45.993	43.915	.	.	.	.	.	63.297	43.580	33.571	39.671	29.260	27.810	26.394
Glasgow	7.913	8.347	10.998	11.940	7.784	10.493	7.339	5.162	—	15.861	14.089	10.450	11.827	8.456	10.083	8.811
Birmingham[1])	5.812	10.163	10.850	10.181	8.371	8.537	6.432	3.665	7.335	13.660	11.773	8.638	8.821	7.209	6.734	7.085
Valenzia	726	1.236	1.085	1.056	1.935	835	153	— 1.600	— 1.532	321	1.382	929	1.136	944	.	.
Koppenhága	4.603	5.215	5.190	4.754	4.645	4.299	4.357	4.257	4.107	5.263	6.383	4.591	4.942	3.677	3.660	3.125
Stockholm	3.000	2.185	2.571	1.913	1.800	1.587	1.590	— 1.068	— 445	2.160	1.590	846	767	662	430	78
Oslo	2.428	2.363	2.546	2.467	2.455	1.986	2.224	1.290	1.534	2.454	2.099	1.505	1.357	1.108	644	627
Helsingfors	1.654	1.306	1.109	1.225	882	838	556	— 1.979	— 891	734	831	457	504	356	269	.
Riga	2.701	2.849	2.561	1.795	— 1.836	— 4.424	— 6.584	— 6.806	—10.691	— 1.119	665	814	1.139	766	794	394
Varsó[1])	6.505	7.723	7.898	5.480	— 4.617	— 4.168	—20.593	—13.490	3.980	8.273	6.735	7.436	9.385	6.485	8.749	7.121

[1]) Kevésbbé pontos adatok.

14. A természetes szaporodás néhány európai városban. — 1911—1926.

1000 lakóra kiszámítva.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Budapest	5·8	7·1	6·3	4·6	—3·4	—6·0	—9·7	—15·6	—1·4	—1·1	0·7	—0·4	—1·5	—2·5	1·6	1·5
Wien	3·6	3·7	2·4	1·5	.	.	.	.	.	—3·5	0·3	—0·1	1·2	1·0	0·9	—1·2
Berlin	5·2	6·0	6·1	3·9	1·3	—2·4	—8·8	—9·0	—1·9	1·3	1·8	—1·9	—2·8	—1·5	0·4	—0·1
Hamburg	7·0	8·2	8·7	7·7	3·4	—1·1	—5·6	—6·3	1·3	6·0	5·4	2·0	1·5	2·5	3·2	2·5
Köln	9·1	12·4	11·9	11·6	8·5	2·8	—1·5	—3·9	5·6	11·8	10·2	8·1	5·5	7·5	.	.
München	6·5	7·1	6·4	4·4	1·2	—1·7	—2·2	—4·6	1·6	5·6	4·4	2·6	0·2	1·1	1·8	2·1
Leipzig	6·7	9·5	8·8	2·3	—2·5	—7·2	—12·1	—14·5	1·0	7·4	6·5	4·1	2·0	1·8	3·3	3·1
Dresden	5·5	7·1	7·1	1·9	—1·8	—5·8	—11·1	—14·8	—0·5	7·0	6·0	2·8	1·1	0·9	3·1	2·4
Frankfurt a. Main	9·5	8·9	8·6	7·7	3·9	0·2	—3·7	—3·9	2·3	6·6	6·3	3·3	2·6	2·3	3·0	3·4
Düsseldorf	12·3	14·4	14·2	9·3	2·6	—0·4	—4·3	—6·6	3·9	8·2	8·8	5·8	3·3	5·5	6·2	6·0
Stuttgart	9·9	10·9	10·1	8·7	6·9	2·4	1·9	—0·4	6·3	9·5	8·3	5·5	3·1	5·0	7·6	7·9
Bremen	12·1	10·8	12·0	11·2	6·8	1·6	—1·7	—3·8	4·2	9·3	10·3	6·3	5·2	5·9	6·1	5·2
Prága	—2·7	—2·6	—0·3	—1·1	—4·8	—6·4	—10·1	—10·9	—3·7	1·0	4·8	4·4	3·9	1·7	1·9	2·5
Bukarest	6·0	7·0	5·9	6·6	6·6	—0·9	—17·7	.	.	.	.	.	2·7	3·7	4·1	1·8
Szófia	11·7	12·1	—0·0	13·2	9·0	—0·9	—4·3	—0·8	7·9	10·3	11·6	.	.	.	.	.
Bern[1])	9·0	8·5	9·0	6·8	6·0	6·2	5·0	—3·0	3·5	5·6	7·3	5·3	6·2	4·4	5·1	3·9
Zürich[1])	9·3	9·6	8·6	7·0	4·7	3·2	2·7	—1·2	2·4	3·2	4·5	3·7	4·4	2·8	3·6	3·8
Genf	0·1	1·6	2·7	1·5	—1·6	—0·9	—1·2	—8·2	—0·7	0·4	1·8	0·2	—0·2	—1·8	—1·8	.
Basel[1])	7·5	8·6	8·2	8·2	3·9	3·6	1·4	—3·8	0·1	3·4	3·5	2·1	2·6	1·7	1·6	1·6
Brüsszel	—1·3	—2·0	—1·1	—2·3	—4·2	—8·9	—15·1	—22·0	—7·4	—0·1	1·0	—0·5	0·4	1·6	—2·0	—5·1
Antwerpen	5·3	7·4	6·0	3·1	2·2	—1·3	—7·7	—10·5	—1·0	7·6	7·9	5·1	6·4	5·2	4·7	3·8
Párizs[1])	0·0	0·4	1·4	—0·3	—4·4	—5·2	—4·1	—6·6	—2·2	4·4	3·5	2·2	2·2	1·5	1·5	0·9
Firenze	—0·8	2·7	0·8	—0·1	—1·5	—8·0	—11·5	—25·8	—7·4	0·4	2·7	—0·2	0·5	—1·5	.	.
Róma	6·8	9·8	8·2	8·2	6·6	2·4	1·1	—13·7	0·6	6·1	7·3	7·8	9·1	7·9	8·3	9·6
Napoli	8·9	9·3	7·3	6·3	5·2	0·8	1·0	—15·1	—5·5	5·6	8·5	5·8	8·9	5·1	.	.
Milano	3·6	7·6	5·2	5·4	2·2	—1·7	—4·7	—14·8	—4·4	1·7	3·2	1·8	3·0	1·1	.	.
Genova	0·6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3·0	—0·0	0·4	0·2	1·0	—0·1
Amsterdam	10·3	12·1	12·0	12·3	10·1	11·2	9·8	5·5	6·9	12·3	11·6	9·9	11·1	11·2	10·1	9·8
Rotterdam	16·8	17·6	19·4	18·8	15·7	14·4	12·9	7·0	8·6	15·8	15·4	13·4	14·5	13·7	13·0	12·1
Hága	12·0	12·8	13·2	12·8	11·2	11·6	10·7	6·7	6·4	12·6	12·5	11·2	11·7	11·7	10·2	9·7
London	9·5	10·9	10·2	9·7	.	.	.	.	.	14·1	9·6	7·4	8·7	6·4	6·0	5·5
Glasgow	10·1	10·6	10·6	11·6	7·5	10·1	7·6	4·9	—	14·9	13·1	9·6	10·8	7·7	9·2	7·9
Birmingham[1])	.	11·9	12·7	11·5	9·3	9·5	7·2	4·2	8·0	15·0	12·8	9·3	9·5	7·6	7·1	7·4
Valenzia	3·1	5·2	4·6	4·4	8·0	3·5	0·6	—6·5	—6·1	1·2	4·6	3·6	4·3	3·4	.	.
Koppenhága	9·9	11·0	10·7	9·7	9·4	8·2	8·3	6·1	7·5	9·4	11·3	8·0	8·5	6·3	6·2	5·3
Stockholm	8·7	6·3	6·8	5·0	4·6	3·9	3·9	—2·6	—1·1	5·2	3·8	2·0	1·8	1·5	1·0	0·1
Oslo	9·9	9·5	10·2	9·8	9·7	7·8	8·6	5·0	5·9	9·4	8·1	5·8	5·2	4·3	2·5	2·5
Helsingfors	10·9	8·2	6·7	7·2	5·0	4·6	2·9	—10·4	—4·7	3·8	4·2	2·3	2·5	1·7	1·3	.
Riga	5·8	5·9	5·1	3·5	—4·8	—18·4	—29·3	—31·4	—53·5	—5·6	2·6	2·9	3·7	2·4	2·3	1·1
Varsó[1])	8·0	9·2	9·1	6·3	—5·6	—5·5	—25·8	—17·2	4·5	8·8	7·0	7·7	9·7	6·6	8·7	7·0

[1]) Kevésbbé pontos adatok.

A háború után a születések száma emelkedett, a halálozásoké viszont érthető okokból csökkent s így természetes, hogy ismét kedvezőbb természetes szaporodási coëfficiensek alakultak ki. Ma már megint az a helyzet, hogy Berlin, Wien és Brüsszel kivételével az általunk figyelt városok természetes szaporodása többé-kevésbbé aktív, bár szaporodásuk békebeli nívóját talán egyik se érte el. (Lásd a 246. oldalon levő 14. számú táblát.)

Mivel a halandósági eredmények közléséből arra a következtetésre jutottunk, hogy a mortalitási eredményeket nem egységes principiumok szerint állítják össze, természetes, hogy a 14. számú táblánkban felsorakozó indexek se tarthatnak számot teljes értékre. Valószínűleg az adatgyüjtés és közlésből származó eltérések okai annak a furcsaságnak, hogy nagyjából egyforma kultúrnívón álló városok, melyek közel, egy államban fekszenek, elég szembeötlően eltérő szaporodási indexekkel tűnnek fel. Erre a körülményre Brüsszel és Antwerpen indexei hívják fel többek között a figyelmünket. A könnyebb áttekintés kedvéért a szaporodási indexek szerint is sorrendbe állítottuk a negyven európai várost.

15. A természetes szaporodás néhány európai városban sorrendi hely szerint. — 1911—1926.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Budapest	26	26	26	26	32	32	29	32	25	36	38	36	38	39	25	25
Wien	31	34	34	34	.	.	.	.	.	37	39	34	31	33	31	31
Berlin	30	31	27	29	26	28	28	23	26	30	35	38	39	36	32	29
Hamburg	21	22	16	16	22	24	26	18	17	20	22	29	30	21	18	18
Köln	15	4	7	6	8	14	18	15	9	7	9	6	13	7	.	.
München	24	27	25	27	27	27	20	17	16	22	26	25	36	32	24	22
Leipzig	23	15	15	32	31	34	33	28	18	16	19	19	28	24	17	17
Dresden	28	28	22	33	30	31	31	30	21	17	21	24	32	34	19	21
Frankfurt a. Main	13	19	17	17	20	19	21	16	15	18	20	22	24	23	20	16
Düsseldorf	2	2	2	12	23	20	23	21	12	14	11	13	20	12	10	9
Stuttgart	10	10	12	13	11	16	12	8	7	9	13	15	21	15	7	6
Bremen	3	11	6	8	12	17	19	13	11	12	8	11	14	11	11	12
Prága	39	39	38	38	35	33	30	26	28	32	23	18	18	25	23	19
Bukarest	25	29	29	21	14	21	35	.	.	.	.	.	23	18	15	23
Szófia	5	6	37	2	7	22	24	9	3	8	6	.	.	.	.	.
Bern	16	21	14	20	15	8	8	12	13	23	17	16	12	16	13	13
Zürich	14	14	18	19	18	13	11	10	14	28	25	20	16	20	16	15
Genf	35	36	33	35	29	23	17	22	22	34	36	32	37	38	33	.
Basel	20	20	20	15	21	11	13	14	20	27	30	28	25	27	26	24
Brüsszel	38	38	39	39	33	36	34	34	34	35	37	37	35	28	34	32
Antwerpen	29	25	28	31	25	25	27	25	23	15	15	17	11	13	14	14
Párizs	36	37	35	37	34	29	22	20	27	25	29	27	27	29	27	27
Firenze	37	35	36	36	28	35	32	35	33	33	33	35	33	37	.	.
Róma	22	13	19	14	13	15	14	27	19	19	16	8	7	5	6	4
Napoli	17	17	21	23	16	18	15	31	31	21	12	12	8	14	.	.
Milano	32	24	30	24	24	26	25	29	29	29	31	31	22	31	.	.
Genova	34	.	.	.	.	.	.	.	.	.	32	33	34	35	30	30
Amsterdam	7	5	5	4	3	3	3	7	5	6	5	3	3	3	3	2
Rotterdam	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hága	4	3	3	3	2	2	2	2	6	5	4	2	2	2	2	3
London	12	9	10	10	.	.	.	.	.	4	10	10	9	9	12	10
Glasgow	8	12	9	5	10	4	6	5	.	3	2	4	4	4	4	5
Birmingham	—	7	4	7	6	5	7	6	2	2	3	5	6	6	8	7
Valenzia	33	33	32	28	9	12	16	19	32	31	24	21	17	19	.	.
Koppenhága	9	8	8	11	5	6	5	3	4	10	7	7	10	10	9	11
Stockholm	18	30	23	25	19	10	9	11	24	24	28	30	29	30	29	28
Oslo	11	16	11	9	4	7	4	4	8	11	14	14	15	17	21	20
Helsingfors	6	23	24	18	17	9	10	24	30	26	27	26	26	26	28	.
Riga	27	32	31	30	36	37	37	36	35	38	34	23	19	22	22	26
Varsó	19	18	13	22	37	30	36	33	10	13	18	9	5	8	5	8

A sorrend szerint hollandiai városok foglalják el a vezetőhelyet, még pedig minden megfigyelt esztendőben. Már a legalacsonyabb szaporodási indexeket mutató városok nem azonosak teljesen a háború előtti, illetve utáni esztendőkben. A világháború előtt ugyanis Prága, Brüsszel, Párizs, Firenze, Róma és Valencia szerepelnek az utolsó helyeken, a háború után pedig Genf, Berlin, Róma, Genova, Firenze és Napoli az utolsók. Hogy ebben az eltolódásban mennyi a realitás és abból mennyi esik az adatgyüjtés eltéréseire, arra csak további és még behatóbb vizsgálat után lehetne becsületes választ adni. Mindenesetre kedvező szimptóma, hogy a székesfőváros sorrendi helye az utóbbi időben valamit javult, bár a szaporodási indexek még nagyon messze esnek a háború előtti években látott arányszámoktól.

A születések magasabb indexeiből egyáltalában nem következik, hogy a természetes szaporodás valamelyik városban kielégítő lesz, mert nyomatékkal szól bele ebbe a halandóság viselkedése. Ha az eddig bemutatott tábláinkat ebből a nézőpontból végigpillantjuk, úgy találunk majd olyan városokat, hol aránylag sok gyermek születik s annak ellenére, hogy sok pusztul el, marad elég felesleg ahhoz, hogy aktív legyen a népszaporodási mérleg. De bekövetkezik ez a helyzet, különösen a kultúra magasabb fokán álló népeknél úgy is, hogy relatíve ugyan kevesebb gyermek születik, de kevesebb pusztul el s így adódik tényleges népgyarapodás. És bizonyos, hogy a városokban a születések apadása, illetve a halandóság csökkenése mind teljesebb érvénnyel determinálja a népesség természetes szaporodását és éppen ezért, mert a születések apadását a halandóság csökkenése alig tudja követni, mind jobban fenyegetve van az aktív szaporodási mérleg kialakulása.

A régebbi időkben, mikor még a naiv népszaporodási típus dominált, a házastársaknak annyi gyermekük volt, ahány koncepció bekövetkezett. Az asszonyok élete jórészben a terhességgel, a szüléssel, a gyermekággyal és a szoptatással tellett ki. Abban az időben különösen sokáig szoptatták a csecsemőket, mert a szoptatás tényleg bizonyos intervallumot létesíthet az egyes koncepciók között. Ma már — sajnos — tökéletesebb technika lett általánossá, miért is a naiv népszaporodási típus még a falvakon is kipusztulóban van, pedig ott a gyermeknevelésnek kevesebb az akadálya. A mindinkább elharapódzó egyke, valamint a kétgyermekrendszer ellen nagyon nehéz eredményes harcot folytatni s ezért inkább az a törekvés látszik sikerre vezetőnek, mely ugyan a bőségesebb gyermekáldás mellett élénk propagandát csinál, de ezzel párhuzamosan, minden erővel a már megszületett csecsemők életének fenntartását, sőt egészségének preventív megóvását állítja előtérbe. Ezt a felfogást nemcsak humanitárius eszmék támogatják, de emellett szól az emberökonómia mindjobban elismerésre érdemes vezérprincipiuma is.

Az eddig letárgyalt anyagunk a népszaporodást, különösen a nagyvárosokban elég részletesen ölelte fel, de csakis a legegyszerűbben összeállított adatokra támaszkodtunk. Most azonban, mielőtt a születések fogyá-

sának okait keresnők, még más, bonyolultabb módszerekkel is igyekezni fogunk azt a veszedelmet megvilágítani, mely a nemzettörzs fennmaradását a születések fogyása révén fenyegeti. Minden valószínűség szerint közelebb jutunk célunkhoz, ha az úgynevezett szaporodási coefficienseket is kiszámítjuk. Nevezetesen kimutatjuk, hogy egy átlagos nő termékenységének teljes ideje, körülbelül 31 év alatt hány élő gyermeket szül. Ha az évi születések számát az ugyanazon esztendőben élt 15—45 éves nők összegére vonatkoztatjuk, úgy megállapítottuk az egy évre eső szaporodási coefficienst. És ha ezt harminceggyel megszorozzuk, úgy az egész termékenységi időre nyerünk átlagos szaporodási viszonyszámot. Doros egyik nem régen megjelent munkájában ezeket a viszonyszámokat megállapította, melyeket így módunk van reprodukálni.

16. A szaporodási coefficiensek Magyarországon és Budapesten. — 1880—1920.

Megnevezés	Élveszületések száma	A 15—45 éves nők száma	Egy átlagos nőnek az adott évre vonatkozó szaporodási coefficiense	Egy átlagos nőnek az egész termékenységi korára vonatkozó szaporodási coefficiense
	a) *Magyarország.*			
1880	589.277	3,357.493	0·176	5·5
1890	615.169	3,507.335	0·175	5·4
1900	655.674	3,837.290	0·171	5·3
1910	644.012	4,105.978	0·157	4·9
1920	249.458	2,033.975	0·123	3·8
	b) *Budapest.*			
1880	13.356	105.451	0·127	3·9
1890	16.986	147.214	0·115	3·6
1900	23.499	216.082	0·109	3·4
1910	22.206	266.161	0·083	2·6
1920	21.068	303.647	0·069	2·1

Azok az eltérések tehát, melyeket a természetes szaporodás egyszerűen mért indexei alapján város és vidék között találtunk, most íme, ismét előtűnnek a fenti tabellában. Budapest szaporodási coefficiense 1880-ban se volt sokkal magasabb, mint az országos viszonyszám 1920-ban. És nagyon jellemző, hogy míg az 1880-tól 1920-ig eltelt negyven esztendő alatt az ország szaporodási coefficiense csak 30·9%-kal csökkent, addig a székesfővárosé 46·2%-kal. Világos és cáfolhatatlan bizonyítéka ez annak, hogy azok a tényezők, melyek ennek a veszedelemnek kialakulásában közreműködnek a nagyvárosokban, hazánkban elsősorban Budapesten éreztetik vészes hatásukat. Egyszerű matematikai megfontolás szerint minimumnak a 2·0 szaporodási coefficienst tarthatnánk, mert ez esetben számszerűleg a két szülőt két új egyed váltaná fel s a népesség státusa fennmaradna. Ez a számítás azonban

nem reális ,mert tudjuk, hogy a magas csecsemő- és gyermekhalandóság miatt ennél magasabban kell a minimális követelményt megszabni. Grassl szerint 3·4 gyermeknek kellene minden férjes asszonyra jutnia, hogy a népesség fennmaradjon. Schlossmann igen szellemes számítással viszont arra a konkluzióra jut, hogy 2·7 gyermek születése a minimum. Ha ezt a minimális értéket vesszük alapul, akkor az országos termékenységi coefficiensek szerint még kisebb a veszedelem, bár a viszonyszámok csökkenő jellege nem sok jót ígér. A székesfőváros szaporodási coefficiensei azonban már szinte vigasztalanok, mert már 1910-ben a minimális standardon alul maradtak. Ez sürgős cselekvésre késztet, mert különben a bevándorlás elapadásával mihamarabb megindul Budapesten az elnéptelenedés kegyetlen folyamata.

Régebben azt hitték, hogy a házasságban élők száma, a házasságkötések szorosabb összefüggésben vannak a natalitással s ennek révén a természetes szaporodással. Annak igazolására, hogy ez a feltevés már egyáltalában nem helytálló, következő táblázatunkban a házasságkötések számszerű alakulását is bemutatjuk és pedig 1874-től 1928-ig.

17. A házasságkötések a székesfővárosban. — 1874—1928.

Év	Házasságkötés		Év	Házasságkötés	
	abszolút	‰		abszolút	‰
1874	2.526	8·4	1901	6.441	8·7
1875	2.429	8·0	1902	6.420	8·6
1876	2.412	7·8	1903	6·358	8·4
1877	2.295	7·2	1904	7.097	9·2
1878	2.374	7·1	1905	7.151	9·2
1879	2.822	8·1	1906	7.564	9·6
1880	2.894	7·9	1907	8.216	10·1
			1908	8.317	10·0
1881	3.161	8·4	1909	8.139	9·6
1882	3.419	8·7	1910	8.275	9·5
1883	3.613	8·9			
1884	3.952	9·5	1911	8.840	9·9
1885	3.904	9·1	1912	9.288	10·2
1886	3.911	8·8	1913	9·040	9·7
1887	3.935	8·6	1914	10.144	10·6
1888	3.874	8·2	1915	7.614	7·8
1889	3.874	8·0	1916	6.537	6·6
1890	4.110	8·3	1917	6.691	6·8
			1918	9.041	9·3
1891	4.389	8·5	1919	22.942	24·0
1892	4.702	8·7	1920	11.677	12·2
1893	5.516	9.8			
1894	5.878	10·0	1921	10.819	11·6
1895	6.210	10·2	1922	11.444	12·2
1896	5.626	8·9	1923	10.960	11·6
1897	6.018	9·2	1924	9.892	10·4
1898	6.234	9·2	1925	9.731	10·1
1899	6.564	9·4	1926	9.866	10·2
1900	6.327	8·8	1927	10.537	10·8
			1928	10.894	11·1

18. A házasságok termékenysége a székesfővárosban. — 1911—1928.

Megnevezés	Halál által felbontott házasságok száma, melyekből gyermek született																							Házasságok száma	Gyermekek száma
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
1911.																											
— 5 éves házas	153	66	32	10	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	264	174
5—10 « «	89	34	51	41	9	8	4	1	2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	242	411
10—20 « «	163	43	62	50	58	39	27	20	12	7	6	6	4	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	501	1.439
20— « «	160	91	80	103	107	107	76	76	80	50	33	18	24	13	7	4	2	5	4	1	—	1	—	1	—	1.043	4.996
Összesen....	**585**	**234**	**225**	**204**	**175**	**156**	**107**	**97**	**94**	**59**	**39**	**25**	**28**	**13**	**9**	**4**	**4**	**5**	**4**	**1**	—	**1**	—	**1**	—	**2.050**	**7.020**
%....	27·56	11·41	10·98	9·95	8·54	7·61	5·22	4·73	4·59	2·87	1·90	1·22	1·37	0·63	0·43	0·20	0·20	0·24	0·20	0·05	—	0·05	—	0·05	—	100	.
1912.																											
— 5 éves házas	149	52	23	13	6	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	246	178
5—10 « «	98	31	43	25	15	8	4	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	227	340
10—20 « «	159	60	77	58	39	31	20	17	8	8	4	2	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	487	1.188
20— « «	166	92	100	105	100	115	85	63	51	43	37	23	36	19	13	3	3	3	3	—	—	—	—	—	—	1.060	5.010
Összesen...	**572**	**235**	**243**	**201**	**160**	**156**	**109**	**82**	**60**	**52**	**41**	**25**	**38**	**20**	**13**	**4**	**3**	**3**	**3**	—	—	—	—	—	—	**2.020**	**6.716**
%....	28·32	11·63	12·03	9·95	7·92	7·72	5·40	4·06	2·97	2·57	2·03	1·24	1·88	0·99	0·64	0·20	0·15	0·15	0·15	—	—	—	—	—	—	100	.
1913.																											
— 5 éves házas	81	55	35	11	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	186	180
5—10 « «	45	10	21	25	14	6	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	126	246
10—20 « «	63	22	26	27	26	18	15	11	13	6	7	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	236	767
20— « «	88	36	55	61	56	60	48	37	32	27	23	21	14	4	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	566	2.638
Összesen...	**277**	**123**	**137**	**124**	**99**	**84**	**66**	**49**	**46**	**33**	**31**	**22**	**15**	**4**	**3**	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	**1.114**	**3.831**
%...	24·87	11·04	12·30	11·13	8·89	7·54	5·92	4·40	4·13	2·96	2·78	1·97	1·35	0·36	0·27	—	0·09	—	—	—	—	—	—	—	—	100	.
1914.																											
— 5 éves házas	70	44	21	8	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	146	124
5—10 « «	42	19	24	22	8	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	121	200
10—20 « «	73	29	35	28	8	21	13	11	2	3	2	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	228	576
20— « «	85	40	49	54	59	48	47	34	26	25	20	16	16	13	4	3	2	3	—	—	1	—	—	—	—	545	2.670
Összesen...	**271**	**131**	**129**	**112**	**77**	**72**	**62**	**47**	**28**	**28**	**22**	**18**	**16**	**13**	**4**	**3**	**3**	**3**	—	—	**1**	—	—	—	—	**1.040**	**2.569**
%...	25·96	12·69	12·40	10·77	7·40	6·92	5·96	4·52	2·69	2·69	2·12	1·73	1·54	1·25	0·39	0·29	0·29	0·29	—	—	0·10	—	—	—	—	100	.

18. A házasságok termékenysége a székesfővárosban. — 1911—1928. — (Folytatás.)

Megnevezés	Halál által felbontott házasságok száma, melyekből gyermek született																							Házasságok száma	Gyermekek száma
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
1915.																											
— 5 éves házas	63	42	23	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	136	116
5—10 « «	60	29	33	27	7	6	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	168	270
10—20 « «	96	29	34	44	22	15	12	7	2	5	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	269	605
20— « «	116	49	55	60	64	57	59	28	40	22	17	14	14	10	6	4	1	1	1	—	—	—	1	—	—	619	2.787
Összesen...	**335**	**149**	**145**	**135**	**97**	**78**	**77**	**35**	**42**	**27**	**19**	**15**	**14**	**10**	**6**	**4**	**1**	**1**	**1**	—	—	—	**1**	—	—	**1.192**	**3.778**
%...	28·11	12·50	12·17	11·33	8·14	6·54	6·46	2·94	3·52	2·27	1·59	1·26	1·17	0·84	0·50	0·34	0·08	0·08	0·08	—	—	—	0·08	—	—	100	.
1916.																											
— 5 éves házas	90	47	22	12	3	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	178	160
5—10 « «	44	29	34	26	10	8	5	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	161	324
10—20 « «	111	46	37	30	26	23	9	11	8	9	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	314	750
20— « «	119	45	55	65	66	57	45	35	32	31	24	15	28	10	7	—	1	3	2	—	—	—	—	—	—	640	3.021
Összesen...	**364**	**167**	**148**	**133**	**105**	**91**	**60**	**49**	**41**	**40**	**26**	**16**	**30**	**10**	**7**	—	**1**	**3**	**2**	—	—	—	—	—	—	**1.293**	**4.255**
%...	28·15	12·92	11·45	10·29	8·12	7·04	4·64	3·79	3·17	3·09	2·01	1·24	2·32	0·77	0·54	—	0·08	0·23	0·15	—	—	—	—	—	—	100	.
1917.																											
— 5 éves házas	69	60	35	11	5	2	2	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	188	234
5—10 « «	76	36	46	17	12	5	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	196	279
10—20 « «	90	48	47	40	33	21	15	14	13	9	8	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	339	965
20— « «	119	71	67	75	73	65	60	42	40	36	25	15	26	11	5	2	6	1	2	—	—	—	—	—	—	741	3.464
Összesen....	**354**	**215**	**195**	**143**	**123**	**93**	**79**	**60**	**55**	**45**	**33**	**15**	**26**	**12**	**5**	**2**	**6**	**1**	**2**	—	—	—	—	—	—	**1.464**	**4.942**
%....	24·18	14·69	13·32	9·77	8·40	6·35	5·40	4·10	3·76	3·07	2·25	1·02	1·77	0·82	0·34	0·14	0·41	0·07	0·14	—	—	—	—	—	—	100	.
1918.																											
— 5 éves házas	192	76	43	8	5	4	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	332	253
5—10 « «	144	75	71	43	16	10	5	1	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	368	528
10—20 « «	126	60	69	58	48	26	19	9	2	4	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	424	958
20— « «	156	77	83	86	95	69	67	57	33	34	30	19	15	9	10	2	2	—	3	—	—	—	—	—	—	847	3.659
Összesen...	**618**	**288**	**266**	**195**	**164**	**109**	**93**	**68**	**38**	**38**	**30**	**21**	**15**	**10**	**10**	**3**	**2**	—	**3**	—	—	—	—	—	—	**1.971**	**5.398**
%....	31·35	14·61	13·50	9·89	8·32	5·53	4·72	3·45	1·93	1·93	1·52	1·07	0·76	0·51	0·51	0·15	0·10	—	0·15	—	—	—	—	—	—	100	.

18. A házasságok termékenysége a székesfővárosban. — 1911—1928. — (Folytatás.)

Megnevezés	Halál által felbontott házasságok száma, melyekből																								Házasságok száma	Gyermekek száma
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	gyermek született																									
1919.																										
— 5 éves házas	104	47	17	5	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	176	113
5—10 „ „	75	42	49	26	9	5	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	211	311
10—20 „ „	107	36	40	31	38	12	15	7	3	3	2	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	296	657
20— „ „	120	60	66	87	68	49	56	36	35	21	23	8	10	2	—	1	4	1	—	—	—	—	—	1	—	648	2.610
Összesen...	**406**	**185**	**172**	**149**	**116**	**67**	**74**	**45**	**39**	**24**	**25**	**8**	**11**	**2**	**1**	**1**	**4**	**1**	—	—	—	—	—	**1**	—	**1.331**	**3.691**
%...	30·50	13·90	12·92	11·19	8·71	5·03	5·56	3·38	2·93	1·80	1·88	0·60	0·83	0·15	0·08	0·08	0·30	0·08	—	—	—	—	—	0·08	—	100	.
1920.																										
— 5 éves házas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5—10 „ „	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10—20 „ „	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20— „ „	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen...	406	231	173	168	109	89	64	65	40	23	24	16	12	4	1	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1.431	4.049
%...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1921.																										
— 5 éves házas	112	59	12	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	190	105
5—10 „ „	58	23	26	15	2	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	129	156
10—20 „ „	103	33	26	33	29	14	7	6	3	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	257	513
20— „ „	131	40	66	57	56	41	37	28	19	20	11	9	13	4	3	1	1	2	—	—	1	1	—	—	1	542	2.111
Összesen...	**404**	**155**	**130**	**111**	**88**	**58**	**45**	**35**	**22**	**21**	**11**	**10**	**13**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	—	—	**1**	**1**	—	—	**1**	**1.118**	**2.885**
%...	36·14	13·86	11·63	9·93	7·87	5·19	4·03	3·13	1·97	1·88	0·98	0·89	1·16	0·35	0·27	0·18	0·09	0·18	—	—	0·09	0·09	—	—	0·09	100	.
1922.																										
— 5 éves házas	108	68	17	5	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	202	135
5—10 „ „	69	33	24	15	7	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	153	180
10—20 „ „	109	33	53	33	21	20	8	5	3	4	3	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	296	642
20 „ „	144	48	75	93	62	51	50	28	23	20	16	6	8	7	2	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	639	2.378
Összesen...	**430**	**182**	**169**	**146**	**93**	**75**	**60**	**33**	**26**	**24**	**19**	**8**	**9**	**8**	**2**	**2**	**2**	**1**	**1**	—	—	—	—	—	—	**1.290**	**3.335**
%...	33·33	14·11	13·10	11·32	7·21	5·81	4·65	2·56	2·02	1·86	1·47	0·62	0·70	0·62	0·16	0·16	0·16	0·07	0·07	—	—	—	—	—	—	100	.
1023.																										
— 5 éves házas	122	49	14	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	191	100
5—10 „ „	62	14	29	17	6	1	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	134	185
10—20 „ „	87	34	43	27	14	5	7	4	7	1	—	3	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	234	479
20— „ „	128	66	61	73	46	45	28	34	24	24	20	10	12	2	—	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	577	2.174
Összesen....	**399**	**163**	**147**	**122**	**66**	**51**	**38**	**39**	**33**	**25**	**20**	**13**	**13**	**2**	—	**1**	**2**	**2**	—	—	—	—	—	—	—	**1.136**	**2.938**
%....	35·12	14·35	12·94	10·74	5·81	4·49	3·35	3·43	2·90	2·20	1·76	1·14	1·14	0·18	—	0·09	0·18	0·18	—	—	—	—	—	—	—	100	.

18. A házasságok termékenysége a székesfővárosban. — 1911—1928. — (Vége.)

Megnevezés	Halál által felbontott házasságok száma, melyekből gyermek született																								Házasságok száma	Gyermekek száma
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1924.																										
— 5 éves házas	92	45	13	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	152	78
5—10 « «	60	34	19	5	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	125	118
10—20 « «	92	28	53	32	19	6	9	4	5	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	250	477
20— « «	139	54	67	82	60	45	28	28	28	16	16	12	11	6	6	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	601	2.265
Összesen...	**383**	**161**	**152**	**120**	**84**	**54**	**37**	**32**	**33**	**17**	**17**	**12**	**11**	**6**	**6**	**1**	**1**	**1**	—	—	—	—	—	—	—	**1.128**	**2.938**
%....	33·95	14·27	13·47	10·63	7·45	4·79	3·28	2·84	2·93	1·51	1·51	1·06	0·98	0·53	0·53	0·09	0·09	0·09	—	—	—	—	—	—	—	100	.
1925.																										
— 5 éves házas	77	39	10	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	129	72
5—10 « «	109	45	32	19	4	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	213	205
10—20 « «	109	53	50	43	19	13	9	6	3	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	309	581
20— « «	147	85	115	112	116	87	71	48	50	43	20	23	28	11	4	4	7	2	—	1	—	—	—	—	—	974	4.312
Összesen...	**442**	**222**	**207**	**176**	**139**	**102**	**81**	**56**	**53**	**46**	**20**	**24**	**28**	**11**	**4**	**4**	**7**	**2**	—	**1**	—	—	—	—	—	**1.625**	**5.170**
%...	27·20	13·66	12·74	10·83	8·55	6·28	4·98	3·45	3·26	2·83	1·23	1·48	1·72	0·68	0·25	0·25	0·43	0·12	—	0·06	—	—	—	—	—	100	.
1926.																										
— 5 éves házas	79	36	13	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	134	83
5—10 « «	65	37	30	18	5	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	158	187
10—20 « «	102	30	36	26	19	15	8	7	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	250	487
20— « «	126	62	72	94	78	53	41	31	20	15	25	7	10	6	3	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	647	2.460
Összesen...	**372**	**165**	**151**	**142**	**103**	**71**	**50**	**38**	**24**	**18**	**25**	**7**	**10**	**6**	**3**	—	**2**	—	**1**	—	**1**	—	—	—	—	**1.189**	**3.217**
%...	31·29	13·88	12·70	11·94	8·66	5·97	4·21	3·20	2·02	1·52	2·10	0·59	0·84	0·50	0·25	—	0·17	—	0·08	—	0·08	—	—	—	—	100	.
1927.																										
— 5 éves házas	101	42	18	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	165	93
5—10 « «	95	46	45	18	8	3	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	217	253
10—20 « «	92	37	39	26	17	7	6	3	4	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	235	424
20— « «	159	74	96	74	83	41	31	37	19	27	9	11	6	5	6	1	2	—	—	—	—	1	—	—	—	682	2.365
Összesen...	**447**	**199**	**198**	**120**	**109**	**52**	**38**	**40**	**23**	**30**	**10**	**11**	**7**	**5**	**6**	**1**	**2**	—	—	—	—	**1**	—	—	—	**1.299**	**3.135**
%...	34·41	15·32	15·24	9·24	8·39	4·00	2·93	3·08	1·77	2·31	0·77	0·85	0·54	0·38	0·46	0·08	0·15	—	—	—	—	0·08	—	—	—	100	.
1928.																										
— 5 éves házas	88	39	11	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	139	65
5—10 « «	95	50	40	26	8	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	224	268
10—20 « «	105	33	39	26	22	10	4	5	4	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	253	469
20— « «	120	66	81	73	54	56	39	34	27	14	20	12	12	4	2	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	617	2.363
Összesen...	**408**	**188**	**171**	**125**	**85**	**68**	**46**	**39**	**31**	**17**	**20**	**13**	**12**	**5**	**2**	**2**	—	—	—	—	**1**	—	—	—	—	**1.233**	**3.165**
%...	33·09	15·25	13·87	10·14	6·89	5·52	3·73	3·16	2·52	1·38	1·62	1·05	0·97	0·41	0·16	0·16	—	—	—	—	0·08	—	—	—	—	100	.

A házasságkötések nem egyszerű demografiai jelenségek, melyek csak a közgazdasági tényezők és az erkölcsi közviszonyok hatása alatt állanak. Azokat ugyanis biológiai sajátosságok is befolyásolják, mert egészen érthető, hogy a házasságkötéstől való tartózkodásban leggyakrabban bizonyos autoszelekció nyilvánul meg. Az újabban sokat hangoztatott agglegényadó bevezetésének éppen ez a biológiai megismerés a legerősebb ellenérve. De mindezek dacára valami szerény összefüggés a házasságkötések és születések száma között, különösen régebben mutatkozott, mert hiszen a születések száma, ha nem is kizárólag, de részben mégis a házasságban élők tömegétől függ. És a házasságban élők számszerű viselkedését szociálhigiénikus nézőpontból nemcsak a várható gyermekáldás kalkulálása miatt kell gondosan figyelni, de azért is, mert a tapasztalások szerint a házasok tovább élnek, mint az agglegények vagy hajadonok s így az emberanyag konzerválására való törekvés is kívánatossá teszi — egyebek mellett — a házasodás, férjhezmenés propagálását. Ha ebben a folyamatban tisztán akarunk látni, akkor nemcsak a házasságkötések indexeit kell vizsgálnunk, hanem a házasulók korviszonyaira is ki kellene terjeszkednünk, mert éppen a városokban magasabb a házasulók életkora, amit már régebben egyik legnehezebben leküzdhető szociális ártalomnak ismertek fel. A késői házasságkötés miatt nemcsak a szaporodás lehetőségei korlátozottak, hanem sajnos elég gyakori eset, hogy a hosszabb extramatrimoniális nemi élet révén elszenvedett és legtöbbször elégtelenül gyógykezelt genitális fertőzések útján az infekció beleplántálódik a családba.

A születések egyre jobban fenyegető fogyása nem függ a házasságokkal szorosabban össze. Adataink élénken dokumentálják, hogy a házasságkötéseket regisztráló indexek az utóbbi esztendőkben állandóan olyan nívón mozognak, melyet, több mint ötven esztendőre visszapillantva, alig találunk. A házasságkötések indexeivel meg lehetnénk elégedve, de, sajnos, a házasságok termékenysége apadt el exogén és endogén okok következtében. Mindkét megismerést még további adatokkal is támogathatjuk. Nézzük csak végig a következő viszonyszámokat, melyek a székesfőváros népességének nem és családi állapot szerint való megoszlásáról tájékoztatnak.

Megnevezés	Fi		Nő	
	1910	1920	1910	1920
Nem házas	61·3	55·1	55·5	50·5
Házas	36·0	41·8	33·7	36·7
Özvegy	2·3	2·5	9·9	11·5
Elvált	0·4	0·6	0·9	1·3
Ismeretlen	0·0	0·0	0·0	0·0
Összesen	100·0	100·0	100·0	100·0

A legutóbbi két népszámlálás között nagy eltolódás ment végbe! A nemházasok rovata a natalitás lesorvadása révén apadt, a házasoké pedig emelkedett és pedig jobban a férfiak rovatában. Mindezekből következik,

hogy a társadalomplazmában a házasok tömege gyarapodott s mégis megfogyatkozott a születések száma. Így a szomorú eredményt nem magyarázhatja más, mint a házasságok termékenységének lefékeződése. A hivatalos statisztikai adatgyüjtés természetszerűleg évről-évre csakis a halál által felbomlott házasságokat regisztrálja, de ebben a feldolgozásban alig lehetünk tekintettel a házasságok tartamára, mert különben nagyon részleteznünk kellene az anyagot. Erre terünk nincsen s csak általában vetjük össze a százalékos viszonyszámokat (18. számú tábla.)

Halál által felbontott házasságok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
0 gyermekkel.....	27·6	28·3	24·9	26·0	28·1	28·2	24·2	31·3	30·5
1 «	11·4	11·6	11·0	12·7	12·5	12·9	14·7	14·6	13·9
2 «	11·0	12·0	12·3	12·4	12·2	11·4	13·3	13·5	12·9
3 «	9·9	10·0	11·1	10·8	11·3	10·3	9·8	9·9	11·2
4 «	8·5	7·9	8·9	7·4	8·1	8·1	8·4	8·3	8·7

Halál által felbontott házasságok	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
0 gyermekkel.....	—	36·1	33·3	35·1	33·9	27·2	31·2	34·4	33·1
1 «	—	13·9	14·1	14·3	14·3	13·7	13·9	15·3	15·3
2 «	—	11·6	13·1	12·9	13·5	12·7	12·7	15·2	13·9
3 «	—	9·9	11·3	10·7	10·6	10·8	11·9	9·2	10·1
4 «	—	7·9	7·2	5·8	7·5	8·6	8·7	8·4	6·9

A halálozások által felbomlott házasságok javarészét régebben kötötték, midőn még a gazdasági és főleg az erkölcsi közviszonyok a maihoz képest kiválóak voltak s mégis nem sok fantázia kell ahhoz, hogy a fenti adatokból egyfelől a meddő és alacsony gyermekszámú házasságok kontinuens szaporodását, másfelől a magasabb gyermekszámmal bírók apadását kiolvashassuk. Meggyőződhetünk tehát arról, hogy a házasságok termékenységében van a hiba. Más úton, de nagyjából hasonló eredményre jutott Blaschko berlini anyagán, melyet 19. sz. tabellánk segítségével teszünk szemlélhetővé.

Blaschko a Berlinben házasságban élt nőket és a törvényes születéseket állította párhuzamba. A mult század hatvanas és hetvenes éveiben az arányszámok (‰) 200 fölött variáltak, a nyolcvanas esztendőkben leszálltak majd 150-re, a kilencvenes években már közel százra s végül a századforduló utáni első évtized végén már száz alá. Az indexek ilyetén süllyedése tehát több, mint százszázalékos. Nem csoda, ha a házasságkötések nívónmaradása mellett a natalitás és természetes szaporodás Berlinben is a veszélyes zónába csúszott le. És ezzel most már beigazoltnak tekintjük, hogy a természetes szaporodás megakadása nagyon is a házasságok termékenységének meggyengülésével függ össze. Rátérhetünk tehát most már azoknak az endogén és exogén tényezőknek kifürkészésére, melyek ennek a nemzetpusztító folyamatnak létrejöttében joggal gyanuba vehetők.

19. Élveszülöttek Berlinben a házasságban élő nők számához viszonyítva. — 1861—1910

Év	A házasságban élő nők száma	Törvényes születések összes száma		Év	A házasságban élő nők száma	Törvényes születések összes száma	
		abszolút	‰			abszolút	‰
1861	79.490	17.117	215·3	1886	234.753	41.205	175·5
1862	82.785	17.740	214·3	1887	243.476	42.566	174·8
1863	87.423	19.238	220·1	1888	252.762	43.476	172·0
1864	93.049	20.733	222·8	1889	262.414	44.292	168·8
1865	98.832	21.895	221·5	1890	272.695	44.638	163·7
1866	103.132	23.887	231·6	1891	281.236	46.676	166·3
1867	108.051	23.332	215·9	1892	287.140	45.572	158·7
1868	113.431	24.952	220·0	1893	292.420	44.303	151·5
1869	118.132	25.302	214·2	1894	297.177	42.745	143·8
1870	122.964	27.324	222·2	1895	301.304	41.741	138·5
1871	127.282	24.990	196·3	1896	307.189	42.420	138·1
1872	133.439	30.868	231·3	1897	315·318	43.049	136·5
1873	141.869	31.230	220·1	1898	325.997	43.177	132·4
1874	151.181	34.880	230·7	1899	335.843	43.155	128·5
1875	159.400	37.921	237·9	1900	345.967	43.947	127·0
1876	167.725	40.302	240·3	1901	354.273	44.370	126·2
1877	175.458	39.743	226·5	1902	360.179	43.403	120·5
1878	180.899	39.767	219·8	1903	366.417	41.825	114·1
1879	186.596	39.896	213·8	1904	373.861	42.468	113·6
1880	192.390	39 565	205·6	1905	383.043	42.678	111·4
1881	198.312	39.129	197·3	1906	390.646	43.980	112·6
1882	204.727	39.872	194·8	1907	395.134	43.050	109·0
1883	211.314	39.773	188·2	1908	396.759	41.219	103·9
1884	218.409	40.095	183·6	1909	398.034	38.190	95·9
1885	226.428	40.626	179·4	1910	401.360	36.331	90·5

Adataink szerint Európa minden kultúrállamában veszedelmesen csökkent a népszaporodás. És pedig nemcsak quantitative, hanem, különösen a német iskolaorvosok megfigyelésére gondolva, valószínűleg qualitative is. Ha az így kialakult helyzetet vizsgáljuk, nem helyezkedhetünk arra az álláspontra, hogy csak a natalitást vagy csak a természetes szaporodást kutassuk. Figyelmünket mindkét jelenségre egyaránt koncentrálnunk kell, mert egyfelől a magas natalitás dacára — ha magas a mortalitás — alacsony lehet a természetes szaporodás. Viszont, ha alacsony a natalitás —alacsony a mortalitás — ugyan látszólag elég kedvező lehet a népszaporodás. A valóságban azonban megismerhetjük a népesség korcsoportok szerint való tagozódásában mutatkozó eltérést, az alacsony korosztályok lesorvadását, a magas korcsoportok megduzzadását, ami világosan utal a termékenység süllyedésére. A nemzettörzs épségét mindkét esetben egyaránt nagy veszedelem fenyegeti. Természetes, hogy a legnagyobb veszteséget a magas csecsemőhalandóság okozza, mely a legveszélyeztetettebb korosztály mortalitását illusztrálja. Elsőrendű állampolitikai feladat tehát a csecsemőhalandóság leküzdése, a már megszületett emberegyedek legmesszebbmenő védelme. A csecsemőhalandóság részletes és pontos megfigyelése nemcsak a születések, halandóság és természetes szaporodás népesedéspolitikai jelentőségéből folyik, de abból a megismerésből is,

hogy a csecsemő veszélyeztetettsége már az élet első hónapjában rapidan esik. Dietrich szerint a csecsemők egytizenötöde az első 15 napon belül, egyharmada az első hónapban elpusztul. Már ezek az adatok is arra utalnak, hogy a csecsemők gondozását tüstént a megszületés vagy helyesebben már az intrauterin élet ideje alatt kell megkezdeni. Azokkal a tényezőkkel, melyek a megszületett csecsemők sorsát determinálják, itt most nem foglalkozhatunk, csak egészen röviden rámutatunk arra, hogy a házasságban született csecsemők sorsa lényegesen biztosabb, mint azoké, kik házasságon kívül születtek, de különösen azoké, kiket nem mesterségesen, hanem anyatejen nevelnek. Ezeken kívül függ a csecsemőhalandóság az időjárástól és erőteljes hatást gyakorol a csecsemők sorsára még a szülők szociális helyzete is.

20. A csecsemőhalandóság a székesfővárosban. — 1874—1926.

Év	Csecsemőhalandóság		Év	Csecsemőhalandóság	
	abszolút	100 új szülöttre		abszolút	100 új szülöttre
1874	4.608	34·9	1901	3.358	14·7
1875	3.818	28·4	1902	3.439	14·6
1876	4.041	29·4	1903	3.128	14·3
1877	3.889	29·5	1904	3.218	14·6
1878	3.754	29·2	1905	3.434	16·1
1879	3.637	27.8	1906	3.063	14·3
1880	3.637	27·2	1907	3.300	15·0
			1908	3.208	14·3
1881	3.616	27·4	1909	3.437	15·5
1882	3.551	25·3	1910	3.274	14·7
1883	3.328	23·4	1911	3.640	16·2
1884	3.472	23·9	1912	3.283	14·1
1885	3.404	22·1	1913	3.488	15·0
1886	4.179	26·7	1914	3.596	15·5
1887	3.769	23·2	1915	3.096	17·4
1888	3.840	23·3	1916	2.281	15·2
1889	3.732	21·6	1917	2.710	18·4
1890	4.015	23·6	1918	2.627	17·8
1891	3.905	21·1	1919	3.025	15·5
1892	3.916	21·3	1920	3.819	19·1
1893	3.974	19·8	1921	3.149	16·1
1894	3.765	18·2	1922	3.146	16·8
1895	4.003	18·5	1923	2.846	16·6
1896	4.133	18·9	1924	2.511	15·5
1897	3.993	17·7	1925	2.157	12·6
1898	3.968	17·3	1926	1.917	11·1
1899	3.817	16·5	1927	2.053	13·0
1900	3.825	16·2	1928	2.063	12·0

A fenti tábla a székesfőváros csecsemőhalandóságának tekintélyes apadásáról tanuskodik. Az első rovatban az egy éven aluli korban elhaltak abszolut számai vannak feltüntetve, a másodikban a száz élveszülöttre vonatkoztatott arányszámok. A csecsemőhalandóság regisztrálása körül még sok vita folyik, hiszen pontos adatokat csak akkor nyerhetnénk, ha sikerülne megállapitani, hogy valamely esztendőben hány gyermek született s ezek

közül hány érte el az egyéves életkort. A statisztikai megfigyelés hivatalos adatokra támaszkodva ilyen pontosan nem tud disztingválni s így megtörténik, hogy előző évben született, de még egy éves életkort el nem ért gyermekek elhalálozásait, egy utóbbi esztendő natalitásához mérjük. Ha a csecsemőhalandóság nívója elég egyenletesen mozog, úgy praktikusan véve, a használt számítási módszer kielégítő képet ad.

A székesfőváros csecsemőhalandóságának megítélésében is vigyáznunk kell két körülményre. A székesfővárosban született csecsemők egy része vidékre kerül dajkaságba s az ezek közül elhaltak indokolatlanul javítják a csecsemőhalandóságot. Pikler a csecsemőhalandóság 2%-ára becsülte ennek a jelenségnek a csecsemőhalandóságot javító hatását. Igaz, hogy viszont az itt elhalt idegen csecsemők rontják a székesfőváros viszonyszámait. Ha mindezekre a jelenségekre gondolunk, mégis örömmel kell konstatálnunk, hogy a székesfőváros csecsemőhalandósága 1874-től 1928-ig közel egyharmadára esett vissza. A tudatos és komoly szociálhigiénikus munka sikereire utalnak az utóbbi esztendők kedvezőbb viszonyszámai, ami kétségtelenül a Stefánia Szövetség szervezetének kiépítésében leli magyarázatát. A szövetség lelkes vezetősége nemzetmentő munkájában nem ismer akadályokat s bizonyos, hogy a szakszerű és átfogó tevékenység további eredményei se fognak elmaradni. A csecsemőhalandóság apadása lényegesen hozzájárult az összhalandóság csökkenéséhez s így végeredményében kedvezőbb természetes szaporodási arányszámok kiformálódásához.

Említettük már, hogy a halandóság milyen keményen befolyásolja a természetes szaporodás indexeit, de talán annak viselkedését valójában mégis a natalitás szabja meg. Különösen támogatást nyer ez a felfogásunk abból, hogy az alacsonyabb mortalitás révén kialakult kedvezőbb természetes szaporodás inkább csak átmeneti jellegű s egyáltalában nem jelenti annak a veszedelemnek csökkenését, mely a születések fogyása következtében a nemzettörzs fennmaradását fenyegeti. Egyelőre az okokat nem keressük, csak egyszerűen számszerűleg állapítjuk meg, hogy a házasságok egy jó része, sajnos, meddő. Doros az 1920. évi népszámlálás adataiból kiszámította, hogy a férjes nők száma a csonkaországban 1,642.175-re rúgott, kik közül 294.007 volt gyermektelen, miért is 100 férjes nőre 17·9 gyermektelen asszony jutott. Ez a szám országos viszonylatban talán túlságos magas, aminek ellenőrzésére Doros a nő halála által megszakadt házasságok termékenységéről készült feljegyzéseket használta fel. Ennél azonban a rövid tartamú, valamint az idős korban kötött házasságok révén közrejátszó hibákat nem lehetett kiküszöbölni. Nagy-Magyarországon a halál által megszünt házasságok a következő százalékokban voltak meddők:

1906—1908. évek átlagában	17·6%	1915-ben	16·1%
1909—1912. « «	16·7%	1916-ban	15·8%
1913-ban	16·3%	1917-ben	16·0%
1914-ben	16·7%	1918-ban	15·5%

További időkre vonatkozó adataink nincsenek. A fenti viszonyszámok középarányosa 16·3, mely az említett hibák miatt a ténylegesnél valamivel magasabb, miért is azt kell mondanunk, hogy a házasságoknak az 1906—1914. évek átlagában kereken 16%-a volt meddő. A székesfővárosra vonatkozólag is rendelkezünk idevágó adatokkal, melyeket a 18. számú táblánkból emeltünk ki. A meddő házasságok viszonyszáma a székesfővárosban 1911-től 1928-ig így alakul:

	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Halál által felbontott házasságok 0 gyermekkel.....	27·6	28·3	24·9	26·0	28·1	28·2	24·2	31·3	30·5
	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Halál által felbontott házasságok 0 gyermekkel.....	—	36·1	33·3	35·1	33·9	27·2	31·4	34·3	33·1

A három utolsó békeesztendőben átlagban a házasságoknak 26·9%-a volt meddő, tehát már akkor messze voltunk az országos viszonyszámoktól, a három utolsó esztendő eredményeinek átlaga szerint pedig már a házasságoknak 32·8%-a volt gyermektelen. Tehát a népszaporodás aktivitásán a termékenység lefékeződése nagyot rontott.

Elsősorban az elmaradt születések rontják a natalitási arányszámokat, de kisebb mérvben csökkentik a vetélések, valamint a halvaszületések is. Fáy szerint Németországban a vetélések számát 10%-ra becsülik, a halvaszületések száma pedig 2—4% között váltakozott. Magyarországon az 1906. évben 1·8%-nak, 1907-ben 1·9%-nak, 1909-ben 2·0%-nak, 1911-ben 2·0%-nak, 1912-ben 2·1%-nak és 1913-ban 2·1%nak találjuk a viszonyszámokat. A világháború után Szél adatai szerint pedig a törvényes és törvénytelen születések megkülönböztetésével ezek a halvaszületési viszonyszámok voltak kiszámíthatók:

	Törvényes	Törvénytelen
1919	22·9‰	33·4‰
1920	24·4‰	37·3‰
1921	23·9‰	38·7‰
1922	24·7‰	38·5‰
1923	25·6‰	41·0‰
1924	27·6‰	44·2‰
1925	26·4‰	40·1‰

Tehát nemcsak az elmaradt születések, hanem még a halvaszületések száma is megszaporodott, ami fokozottabban rontja az amúgy is megcsúszott natalitásunkat. Vajmi gyenge vigasztalásunk, hogy a nyugati kultúrállamokban magasabb a halvaszületések viszonyszáma, mint nálunk. Szerencsére azonban ezt a veszedelmet a többesszületések gyengítik, mert átlagban száz születésre 1·2 többesszületés jut, ami lényegében 2·4 gyermeket jelentve, a halvaszületések által okozott veszteséget kiegyenlíti.

21. Élve- és halvaszületések, elvetélések a székesfővárosban. — 1874—1928.

Megnevezés	Népszám	Születések		Élveszületések		Halvaszületések		100 születésre jut halvaszülött	Elvetélések	
		abszolút	‰	abszolut	‰	abszolút	‰		abszolút	‰
1874	298.932	.	.	13.194	44·1	1.505	2·5	5·35	129	0·2
1875	303.062	.	.	13.429	44·3					
1876	315.737	.	.	13.760	43·6	802	2·5	5·51	86	0·3
1877	328.796	.	.	13.193	40·1	758	2·3	5·43	139	0·4
1878	341.856	12.754	37·3	12.879	37.7	669	2·0	4·94	217	0·6
1879	354.915	12.957	36·5	13.080	36·9	632	1·8	4·61	290	0·8
1880	367.975	13.261	36·0	13.356	36·3	649	1·8	4·63	391	1·1
1881	377.393	13.080	34·7	13.193	35·0	730	1·9	5·24	328	0·9
1882	390.646	13.931	35·7	14.047	36·0	713	1·8	4·83	308	0·8
1883	403.899	14.112	34·9	14.222	35·2	765	1·9	5·10	334	0·8
1884	417.152	14.416	34·6	14.557	34·9	780	1·9	5·09	351	0·8
1885	430.405	15.268	35·5	15.399	35·8	783	1·8	4·84	388	0·9
1886	443.658	15.477	34·9	15.638	35·2	848	1·9	5·14	365	0·8
1887	456.911	16.132	35·3	16.267	35·6	918	2·0	5·34	351	0·8
1888	470.164	16.347	34·8	16.491	35·1	869	1·8	5·01	682	1·5
1889	483.417	17.121	35·4	17.283	35·8	795	1·6	4·40	889	1·8
1890	496.670	16.834	33·9	16.986	34·2	753	1·5	4·24	829	1·7
1891	517.616	18.381	35·5	18.527	35·8	925	1·8	4·76	813	1·6
1892	540.079	18.243	33·8	18.397	34·1	965	1·8	4·98	908	1·7
1893	562.543	19.660	34·9	19.836	35·3	861	1·5	4·16	999	1·8
1894	585.008	20.224	34·6	20.385	34·8	1.022	1·7	4·77	1.094	1·9
1895	607.471	21.276	35·0	21.381	35·2	1.046	1·7	4·66	1.284	2·1
1896	629.934	21.442	34·0	21.694	34·4	879	1·4	3·89	1.626	2·6
1897	652.397	22.247	34·1	22.507	34·5	736	1·1	3·17	2.063	3·2
1898	674.862	22.498	33·3	22.737	33·7	684	1·0	2·92	2.374	3·5
1899	697.325	22.811	32·7	23.061	33·1	789	1·1	3·31	2.612	3·7
1900	719.788	23.245	32·3	23.499	32·6	687	1·0	2·84	2.619	3·6
1901	738.720	22.536	30·5	22.779	30·8	732	1·0	3·11	2.432	3·3
1902	749.444	22.811	30·4	23.054	30·8	701	0·9	2·95	2.431	3·2
1903	760.168	21.708	28·6	21.923	28·9	717	0·9	3·17	2.473	3·3
1904	770.892	21.773	28·2	21.998	28·6	730	0·9	3·21	2.669	3·5
1905	781.616	21.178	27·1	21.385	27·4	628	0·8	2.85	2.560	3·3
1906	791.748	21.152	26·8	21.382	27·0	627	0·8	2·85	2.763	3·5
1907	811.445	21.014	25·9	21.260	26·2	687	0·8	3·13	2.861	3·5
1908	831.138	21.439	25·8	21.654	26·1	762	0·9	3·40	2.708	3·3
1909	850.831	21.977	25·8	22.176	26·1	716	0·8	3·13	2.875	3·4
1910	870.524	21.963	25·2	22.206	25·5	747	0·9	3·25	2.988	3·4
1911	891.650	22.272	25·0	22.514	25·3	673	0·8	2·90	2.928	3·3
1912	914.209	23.084	25·3	23.327	25·5	810	0·9	3·36	3.170	3·5
1913	936.769	23.083	24·6	23.315	24·9	728	0·8	3·03	3.319	3·5
1914	959.328	23.007	24·0	23.257	24·2	767	0·8	3·19	2.942	3·1
1915	975.918	17.657	18·1	17.825	18·3	576	0·6	3·13	2.027	2·1
1916	986.755	14.846	15·0	14.973	15·2	596	0·6	3·83	2.008	2·0
1917	988.927	14.541	14·7	14.699	14·9	522	0·5	3·43	1.779	1·8
1918	972.153	15.154	15·7	14.768	15·2	534	0·5	3·49	1.875	1·9
1919	955.379	19.941	21·1	19.488	20·4	642	0·7	3·19	1.882	2·0
1920	938.562	21.645	23·3	21.068	22·5	774	0·8	3·54	1.855	2·0
1921	933.340	20.102	21·7	19.627	21·0	670	0·7	3·30	1.853	2·0
1922	939.526	19.268	20·7	18.741	19·9	715	0·8	3·67	1.727	1·8
1923	945.712	17.618	18·8	17.159	18·1	631	0·7	3·55	1.577	1·7
1924	951.898	16.741	17·8	16.284	17·1	628	0·7	3·71	1.550	1·6
1925	958.084	17.766	18·8	17.330	18·1	633	0·7	3·52	1.462	1·5
1926	964.386	17.252	18·1	16.767	17·4	653	0·7	3·75	1.545	1·6
1927	971.169	16.247	16·9	15.809	16·3	601	0·6	3·66	1.376	1·4
1928	977.952	17.650	18·0	17.137	17·5	668	0·7	3·75	1.552	1·6

A székesfővárosra vonatkozó idetartozó adatokat a 21. számú táblánkban foglaltuk össze. A születések és élveszülések rovatának eltérései egyfelől a többes születésekben, másfelől pedig a halvaszületésekben találnak magyarázatot. A halvaszületések indexei erősen lesorvadtak, ami a székesfőváros szülőosztályainak tevékenységét dícséri. Hasonlóan viselkednek a száz születésre kalkulált viszonyszámok is, de nagyon meglepő, hogy ezek általában mindig magasabbak, mint az országos eredmények. Szinte nevetséges, hogy a vetélések rovata az utóbbi esztendőkben még abszolút számokban mérve is apadást jelent, ami az indexek szerint elég tekintélyes volna, ha nem tudnánk egészen bizonyosan, hogy a vetéléseknek csak elenyésző töredéke kerül bejelentésre és ennek alapján hivatalos feljegyzésre. Nem lehet kétség abban, hogy a koncepció mesterséges akadályozásával együtt éppen a mesterséges vetélések a legsúlyosabb okai a születések fogyásának.

A születések fogyásának okait kutatva azoknak két nagy csoportját kell megkülönböztetnünk. Az első csoportba azok az okok tartoznak, melyek a születések csökkenését akaratlagos módon váltják ki, a másikba pedig azok, melyek az emberi akaraton kívül sorvasztják a nemzet vitalitását. Ismerjük a születések számának veszedelmes apadását, de nem lehet a pathologiai okok olyan mérvű elterjedésére gondolni, amely ezt létrehozhatná. Bár kétségtelen, hogy egyes betegségek gyakoriságának emelkedése (szifilisz, kankó, diabetes stb.) nagyon is közrejátszik a natalitás lefékeződésében s az egyre rosszabbodó gazdasági viszonyok a népszaporodásban elsőbbrendű faktorokat, a nőket is bérmunkára kényszerítették, hogy a család exisztenciája fenntartható legyen s a nehéz ipari munka a különféle méregártalmakon felül egymagában számos véletlen vetélés oka lehet, mégis leginkább a koncepció profilaxisa, valamint a mesterségesen bevezetett vetélések szorítják le a natalitási coefficienseket. A koncepció megakadályozása régebben brutális, ma azonban már mind raffináltabb eszközökkel történik. És nagyon nehéz ebben a kérdésben véleményt mondani, mert valószínű, hogy a profilaktikumok üldözése és forgalombahozásának erélyes megszorítása talán nem annyira a születések, hanem inkább a kriminális vetélések még intenzívebb megszaporodásához fog vezetni. A falun, egyes vidékeken elharapódzott egyke talán inkább az egyéni önzésnek vagy akár az egygyermek iránt érzett beteges majomszeretetnek a következménye. A vagyon együttartása vagy esetleges gyarapítása a cél, mit az egyke útján akarnak elérni. Ilyen egyke ellen más eszközzel, mint az örökösödés rendjének megszorításával megküzdeni nem lehet. De ez is nagyon nehezen volna keresztülvihető, mert egyes esetekben, mint arra még rátérünk, nem akaratlagos, hanem biológiai avagy pathologiai okok szerepelnek s ilyen eseteket büntetni nem lehet. A népesedési kérdések fontosságának propagálásán kívül, a vallásosság és erkölcsi érzés kimélyítésével lehet az akaratlagos meddőség és egyke ellen való küz-

delmet a siker reményével folytatni. Az egyházak papjai valóban nemzetmentő működési teret találhatnak ebben a tevékenységi körben.

A városokban különösen a háborús évek alatt és azóta csökkent erősen a születések száma. Már egymagában ez a tapasztalás azt a felfogást erősíti, hogy a születések számszerű viselkedése nagyon is az általános gazdasági helyzet szerint igazodik. Az akaratlagosan korlátozott szaporodás, mely bizonnyal a legnagyobb kontingens, szerves velejárója az életstandard szomorú hanyatlásának. A háború alatt és azóta a közszükségleti cikkek folytonos drágulását a kereseti lehetőségek nem tudták követni s így nagyon valószínű, hogy a teljes elnyomorodástól való félelem állott a gyermekáldás útjába. A szinte idültté vált lakáshiány, a munkaalkalmak összezsugorodása mindjobban gátolja a korai házasságot, holott tudjuk, hogy a harminc éven felüliek házasságában átlag legfeljebb három gyermek várható. Tehát a gazdasági közviszonyok leromlása járult leginkább ahhoz, hogy a koncepció megakadályozását, mely a régebbi időkben csak a magasabb társadalmi osztályokban volt elterjedve, a szegényebb népesség is eltanulta. Ha a születések mesterséges apasztására irányuló törekvések csak egyes társadalmi rétegekre korlátozódnak, szintén nagy veszedelmet jelent, mert így minden valószínűség szerint a nagyobb biológiai értéket jelentő egyedek szaporodása akad meg s a népesség qualitása romlik. De ha ez a folyamat a társadalom minden rétegét szaturálja, akkor már a nemzettörzs fennmaradása is veszedelembe kerül. A qualitásban való leromlás veszedelmét súlyosbítja, hogy a magasabb néposztályokba tartozók általában később házasodnak s így az egyes generációk közötti intervallum hosszabb. Henz mutatott rá az ebből eredő károsodásra, midőn arra hívta fel a figyelmet, hogy azonos lélekszám mellett, ha egyiknek 33 éves intervallumot számítva három-három gyermeke van, a másiknak 25 éves intervallumot kalkulálva négy, akkor száz esztendő mulva a lélekszám aránya 17·5 : 82·5-höz, háromszáz esztendő mulva pedig már 0·9 : 99·1-hez eredményt kapjuk. Hasonló körülmények között pusztult ki a svéd nemesség, melynek Fahlbeck szerint 80 (nemesek), illetve 64%-a (grófok, bárók) nincs többé. Flügge szerint 1913-ban a német nemesség natalitási indexe is csak 13·7‰ volt, holott 20‰-nek kellett volna lennie ahhoz, hogy ez a társadalomcsoport lélekszámban ne apadjon.

És mindezek a megismerések cáfolhatatlanul igazolják, hogy a születések számának mesterséges korlátozásában palliativ eszközökkel célt nem érhetünk. Ennek az ártalomnak elhárítása túlnőtt az orvosi, szociálhigiénikus tevékenység keretein. Minden olyan akció, mely ezt a társadalompathologiai jelenséget orvosi, szociálhigiénikus problémának állítja be, egyértelmű azzal a hamis célzatossággal, mely a kérdés kisiklatását igyekszik elérni. Csak átfogó és jól megfontolt nemzetgazdasági, szociálpolitikai akciók vezethetnek ezen a téren sikerre, melynek keresztülvitelére csak a leghatalmasabb organizáció, maga az államhatalom képes s ezért egyúttal hivatott is.

Egészen más konkluziókra jutunk, ha a születések vészes csökkenésének most már a nem akaratlagos, nem szándékos okait keressük. A régi időkben a meddőséget a sors kifürkészhetetlen játékából eredő jelenségnek tartották, melyből egészen furcsa magánjogi következtetéseket is vontak. Ma már tudjuk, hogy az akaratlan meddőség biológiailag, pathológiailag pontosabban körvonalozható és az okai egyik vagy másik, avagy mindkét szülőben megtalálhatók. De még ma is vannak esetek, melyeket mással, mint a csiraplazma kimerülésével nem tudunk okadatolni. Különösen geneológusok írtak le idevágó jellegzetes eseteket, jegyezték fel egyes családok hirtelen magvaszakadását. Minden valószínűség szerint ez nem szándékos családöngyilkosság, hanem önkéntelen kimerülési jelenség. Ennek a kimerülésnek előjelei a fiatal férfisarjadék halálozásának gyors és nagymérvű emelkedése, valamint a nemek eltolódása, amennyiben sokkal több leány születik, mint fiú. És pedig úgy, hogy közvetlenül a család kihalása előtt hirtelen megszaporodik a fiúk száma. Az irodalomban leggyakrabban II. Miksa császár családjának sorsát szokták idézni, kinek 6 fiú- és 2 leánygyermeke volt. Mind elérték a felnőtt kort és a császárnak mégse volt egyetlen férfiunokája. Fáy Aladár Buttler János báró családjáról is hasonló sorsot mutatott ki. A bárónak két nejétől tizenkét gyermeke született, de ezek közül, 1749-ben kelt végrendeletekor már csak három leány és egy fiú volt életben. Ennek a fiúnak négy fiú és tíz leánygyermeke volt, kik azonban mind magtalanul haltak meg. Az ilyen kihaló családok tagjai külsőleg semmiféle degenerációs jelet nem viselnek, miért is valószínű, hogy van a csiraplazmának a szómától teljesen független, önálló elfajulása is. Az ilyen esetek gyakoriságát még becslés útján se tudjuk megállapítani, de felette valószínű, hogy ez a társadalomplazmában nem nagyon sűrűn előforduló jelenség s a pontosabban definiálható okok miatt jelentkező meddőség esetei túlnyomó többségben vannak. Éppen ezért itt már komoly szó eshetik ezeknek az okoknak orvosi, szociálhigiénikus beavatkozással történendő elhárításáról, még inkább megelőzéséről. Nagyon komplex okok szerepelnek ebben s ezért érthető, hogy a védekezés céljából ajánlott módszerek nagyon szétágazók.

A meddőség újabban nagyon fontos népesedéspolitikai kérdéssé lépett elő, tehát nagyon indokolt, hogy ezzel a problémával is megismerkedjünk. Számos szerző számol be újabban arról a jelenségről, hogy elég gyakran jelentkeznek orvosi tanácsért olyan asszonyok, kik szeretnének, de nem tudnak anyákká lenni. A női szervezetnek kétségtelenül magasztos élettani feladata a fajfenntartás s ha ezen feladatának biológiai vagy pathológiai okokból megfelelni nem képes, beszélhetünk meddőségről. A női szervezet egyfelől érett petesejteket termel, másfelől a hím csirasejteket felveszi, tovaszállításukat elősegíti és eljuttatja a petesejthez. A petesejtet pedig a megtermékenyítés után a petetartóba, a méhbe szállítja, ott teljes kifejlődéséig magában hordozza s végül kilenc hónap eltelte után a méhen kívüli életre képes magzatot

világra hozza. Már a magzat teljes kifejlődéséhez szükséges kilenc havi idő determinálja, hogy normális esetben a házaséletben egy bizonyos idő szükséges ahhoz, hogy gyermek szülessék. Az idevágó adatgyüjtések szerint ugyanis csak az eseteknek körülbelül 15%-ában következik be az első szülés a házasság megkötése utáni 10. hónapban. A gyermekszületéseknek 6%-a bizony akár három vagy több esztendeig késik. A többi normálesetnek tekinthető 79% a második esztendőre esik. Eltérők a vélemények, hogy melyik házasságot tekintsük meddőnek. Mégis általában két évi gyermektelen házasságban már megnehezített a fogamzás s három év után már meddőségről lehet beszélni. De még 5 év után is fogamzik az asszonyok egy negyvenede.

Kétféle meddőséget különböztethetünk meg. Elsődlegeset, amikor a megtermékenyítés elő sem állhat, mert hiányoznak a termékenyítéshez szükséges és alkalmas csirasejtek, avagy azoknak egyesülése nem következhetik be. Meddőségről azonban akkor is szólhatunk, midőn a megtermékenyítés bekövetkezik ugyan, azonban az asszonyi szervezet képtelen a magzat kiviselélésére. Van tehát sterilitás, illetve nemzőképtelenség a férfi és fogamzási képtelenség a nő részéről, de van infertilitás, képtelenség a magzat kiviselésére a nő részéről. Ma már tisztán látjuk, hogy eleink mennyire tévedtek, midőn a meddőség okát csak a nőben keresték. Noeggerath érdeme, hogy ismereteink ezirányban bővültek, mert már 1872-ben felhívta a figyelmet, hogy a meddő házasságokban a férfi többször okolható, mint a nő. Talán erősen túlozott, amikor azt hirdette, hogy a férfiak 80%-a házasság előtt gonorrhoeán esik át s ezeknek 90%-a gyógyulatlan marad. És azok közül a nők közül, kik ilyen férfiakkal kötnek házasságot, 90% fertőződik gonococcussal. Mindenesetre azonban a férfi közvetlenül oka lehet a meddőségnek azzal, hogy a nemi mirigyei által termelt ondófolyadék magtalan, termékenyítésre képtelen (aspermia, nekrospermia), de közvetve is, amennyiben az asszonyt fertőzi s ezzel szaporodásképtelenné teszi. Pontosabb számítások szerint a férfi direkte az esetek egyharmadában, indirekte szintén egyharmadában, viszont a nő egyáltalában csak az esetek egyharmadában oka a házasságok sterilitásának. Komoly szerzők véleménye szerint 70%-ban a férfi és nő gonorrhoeája az akaratlan meddőség oka. Átlagban a házasságok 10%-a gyermektelen. Másodlagos meddőség esete akkor forog fenn, ha egy szülés vagy talán még gyakrabban egy vetélés után nincs többé fogamzás. Ilyen esetekben, az úgynevezett egygyermekes sterilitásnál olyan elváltozások jönnek létre a fertőződés révén az első gyermekágyban, melyek a további koncepciót megakadályozzák. Még abszolút és relatív meddőségről is szoktak a szakemberek szólani. Előbbi esetben a termékenyítésről szó se lehet, második esetben azonban a fogamzás inkább csak meg van nehezítve. Nőknél gynatresiák, petefészeksorvadás, előrehaladott méhkürtbetegségek lehetnek a fogamzás abszolút akadályai. A relatív okok között pedig, melyek a koncepciót megnehezítik, a külső

méhszájszűkület, a méh kóros helyzetváltozásai vagy infantilismus szerepelhetnek.

Említettük már, hogy a női nemi szerveken olyan fejlődési rendellenességek is észlelhetők, melyek a kohabitációt lehetetlenné teszik, de vannak olyan enyhébb anatómiai hibák is, melyek a hüvely kedvezőtlen formájában jelentkeznek, miért is az így nem képes az ondóváladékot magábantartani. A hüvely gyulladásos folyamatai megváltoztathatják a hüvely baktériumflóráját és kémiai jellemét, amiáltal a bejutott spermiumok számára kedvezőtlen viszonyokat teremtenek. A hüvely daganatai és helyzetváltozásai is szerepelhetnek, mint fogamzási akadályok. A méhszáj és méhnyak szűkülete szintén elég gyakori oka a meddőségnek, mert súlyos akadályt állít az ondósejtek felvándorlása elé. A méhnyak és méhtest kóros szöglettörése szintén mechanikus akadály lehet. A méhnyálkahártya gyulladásai inkább infertilismusnak okozói, mert a bekövetkezett fogamzás megtartására lesz az ilyen méh képtelen. A méh daganatai aránylag ritkán okai a meddőségnek,a myoma esetleg mechanikus akadály lehet, rák azonban inkább a magasabb életkorban lép fel, amikor a fogamzás már úgyis ritkább. A méhkürtök megbetegedései, gyulladásai nagyon gyakori okai lehetnek a meddőségnek, különösen, ha mindkét oldalon jelentkeznek. A petefészek normális funkciója elengedhetetlen a fogamzás folyamatában s így minden olyan kóros eltérés, mely ide lokalizálódik, egyúttal meddőséget is válthat ki. A petefészek gyulladásos megbetegedései, daganatai akadályozhatják az érett peték zavartalan kilépését és a méhkürtökbe való bejutását. Még a hashártya gyulladásai és összenövései is megnehezíthetik a fogamzást, amennyiben az ivarszervek kóros helyzetváltozásait s nyílásaik elzáródását, megszűkülését idézhetik elő. Egyes szerzők arról is beszámolnak, hogy a fogamzáshoz libido, sőt orgasmus kívántatik, aminek azonban ellenemond az a tapasztalás, hogy egészen frigid nők is fogamzanak.

Mások szerint vannak azonban a meddőségnek olyan ritkább esetei, melyek mindezekkel az elváltozásokkal se magyarázhatók. Idetartozik a csirasejtek úgynevezett diszharmóniája, amikor mindkét házastárs egészséges és mégis egymással nem, de külön-külön egy harmadikkal nemzőképes. Ez a jelenség szolgál a vérrokonok körülbelül 32%-os meddőségének plauzibilissá tételére is. A sterilitás egyes eseteiben a magtalanságnak belső szekréciós zavar az oka, mely az egyensúly helyreállításával meggyógyulhat. A belső szekréciós mirigyek közül a pajzsmirigy, a hypophysis, a mellékvese, a thymus és a petefészek betegségei befolyásolhatják a termékenységet.

Eddig csak a női szervezetben kerestük a meddőség okait s ha nem akarunk a régi orvosok hibájába esni, most a férfinem részéről eredő okokat is fel kell sorolnunk. Azt már említettük, hogy a kankós eredetű meddőség oka az esetek egyharmadában direkt, további egyharmadában indirekt a férfiben keresendő, amiből következik, hogy a társadalomplazmát ilyen módon

károsító jelenségben a férfinem a veszélyesebb tényező. A férfiak részéről eredő meddőségnek okait szintén két főcsoportba oszthatjuk be. Az első csoportba azok az okok sorolandók, melyek a kohabitációt akadályozzák. Ilyenek a nemi szervek rendellenességei, lelki bajok, a szexuális neuraszténia és a környéki idegrendszer betegségei, amely utóbbiak gyakran idült kankóból származnak, ha a kankó nem kerül szakszerű, alapos kezelésbe. A második csoportba azok az okok tartoznak, melyek a spermiumok hiányával vagy elfajulásával állanak szerves kapcsolatban. Ilyen esetekben az ondóváladékban spermiumok egyáltalában nincsenek, vagy ha vannak, azok nem mozognak, fejletlenek vagy elhaltak. A férfiak ilyen módon keletkező sterilitása leggyakrabban szintén kankó következménye. Ha ugyanis ez a kórfolyamat a húgycsőből tovább terjed a mellékherékre, akkor ott olyan pusztítást visz végbe, mely a koncepcióképes ondó képződését, illetve fiziologiás kijutását az ember egész életére lehetetlenné teheti. Ezért kell arra törekedni, hogy minden kankós beteg idejében alapos és szakszerű kezelés alá vétessék, mert amennyire sikerrel kecsegtet az idejében megindított gyógyítás, olyannyira nehéz, sőt a termékenyítőképesség szempontjából majdnem reménytelen a teljes eredmény akkor, midőn az infekció a nemi mirigyekre terjedt s ott helyrehozhatatlan rombolást okozott.

Az elmondottak szerint talán leghelyesebben így csoportosíthatjuk a nem akaratlagos, illetve nem szándékosan előidézett meddőség okait:

1. kedvezőtlen miliőből eredő okok:

   a) kedvezőtlen klimatikus viszonyok (európai asszonyok a trópusok alatt meddők lehetnek);

   b) rossz táplálkozás (a szervezet védekezik, hogy rossz kondicióban fokozottabban megterheltessék);

   c) káros életkörülmények (nehéz munka, esetleg az alkohol, morfium, cocain csiraplazmát rontó hatása);

2. biológiai okok:
   öröklött hajlamok, vérrokonság, szexuális averzió vagy antagonizmus, csiraplazma kimerülés;

3. pathologiai okok:
   a) belső szekréciós zavarok (a szexuális mirigytevékenység lefékeződése);
   b) genitális fejletlenségek, abnormitások, melyek a szexuális funkciót zavarják;
   c) egyes pontosabban körülírott kórformák (adipositas, Basedow-kór, myxoedema, Addison-kór, diabetes, dementia paralytica, dementia praecox, anaemia, chlorosis);
   d) veneriás betegségek (kankó, szifilisz).

Lojálisan elismerjük, hogy a fentebb felsorolt okok, kisebb-nagyobb mértékben mind közreműködnek a népszaporodás fatális csökkenésében, mégis minden tapasztalás amellett szól, hogy az elsőség szomorú dicsősége a veneriás betegségeket, nevezetesen a kankót és a szifiliszt illeti. Végtelen és szinte alig mérhető az a veszteség, melyet a veneriás betegségek a társadalomban okoznak. Ezeknek egyrészét munkánk előző fejezetei már bemutatták s itt bennünket e helyen csak azok a károk érdekelnek, melyek a veneriás betegségek széleskörű elterjedése révén a népszaporodásban jelentkeznek.

A részletekbe pillantva tüstént átlátjuk, hogy a veneriás betegségeknek a népesedési és népszaporodási problémákkal való összefüggése kétirányú. Először is a fentebb előadottak szerint nem lehet vitás, hogy a veneriás bajok, nevezetesen a kankó és szifilisz direkt akadályozzák a népszaporodást. Láttuk, hogy általában a házasságok 10—15%-a meddő s a nem akaratlagos gyermekhiány 75%-ában a legtöbb szakértő a kankóra vezeti vissza a magtalanság okát. Másodszor ott mutatkozik a szerves összefüggés, hogy ugyanazok a kedvezőtlen gazdasági közviszonyok, melyek a nemi élet normális kereteit széttörik, egyúttal nagyon hozzájárulnak a nemi betegségek terjedéséhez és az említett következményeinek előidézéséhez.

Blaschko professzor a kérdés egyik legalaposabb ismerője figyelmeztetett arra, hogy a kérdést két módszerrel lehet vizsgálat tárgyává tenni. Először is megkísérelhetjük azt, hogy valamelyes úton adatokat szerezzünk a veneriás betegségek elterjedéséről, de ezzel párhuzamosan igyekezzünk megállapítani azok sterilizáló formáinak gyakoriságát. A két eredmény összevetése azután beszámol a veneriás betegségeknek a népszaporodást gátló, nemzetölő szerepéről. A másik irányban végzett vizsgáló módszer szerint abból indulunk ki, hogy a meddő házasságok számát állapítjuk meg s ezután törekszünk annak elbírálására, hogy ebben mennyire gyanusíthatók a veneriás betegségek. Mind a két kutatási irány nehéz feladat elé állítja a szakembereket. Különösen kemény munka a veneriás betegségek elterjedettségéről való tájékozódás, mert a rövid időtartamú statisztikai felvételek csak nagyon óvatos következtetésekre nyujtanak alapot. Az ilyen felvételek megbízhatósága már azért is kétes, mert még mindig nem rendelkezünk olyan biztos kritériumokkal, amelyek a betegség fennállását a gyógyulástól exaktan szétválasztanák.

A kankó a legjobban elterjedt veneriás megbetegedés, miért is valószínű, hogy a népszaporodás akadályozásában a legnagyobb jelentőséggel bír. Ezért legcélszerűbb lesz fejtegetéseinket a kankó sterilizáló hatására vonatkozó megismerések összefoglalásával folytatni. Bármennyire enyhén számítsunk, valószínű, hogy nagyvárosokban a férfiak 50%-a már házassága előtt fertőződik gonococcusokkal, másik része, mely ugyan jelentősen kisebb tömeg, csak később. Köztudomású, hogy férfiaknál egy vagy

méginkább kétoldalú mellékheregyulladás vezet a nemzőképesség felfüggesztődésére, de bizonyos körülmények között ezt a dülmirigy s az ondóhólyagok kankós infekciója is elősegíti. Ha így áll a dolog, akkor elsőrendű fontosságú, hogy a kankónak ezt a leginkább sterilizáló formáját gyakorisága tekintetében számszerűleg is megismerjük. Blaschko kitűnő munkájában Lilienthal adatait citálja, melyek szerint 2000 betegéből, kik kankóban szenvedtek 6·8%, kereken 7% kapott epididymitist, mellékheregyulladást. Ez Blaschko nagy tapasztalatai szerint aránylag alacsony viszonyszám, mert Lilienthal betegei munkások voltak, kik betegségük elején tüstént szakorvoshoz fordultak, sokan közülük kórházat kerestek fel, hol gondos ápolást találtak. Ezért, Blaschko szerint, valószínű, hogy általában magasabbra, 9—10%-ra kell tennünk ezt a viszonyszámot! A kétoldali kankós mellékherelob minden valószínűség szerint a nemzőképesség elvesztésével jár, az egyoldali mellékherelobnál még nincs pontosabban eldöntve, hogy hány százalékban befolyásolja a potentia generandit. Kétoldali herelob eseteiben Fürbinger 242 betegnél 207-szer, Liégois 83 beteg közül 75-ször, Godard 38 betegéből 34-szer állapította meg a nemzőképesség elsorvadását. Általában úgy látszik, hogy 10 ilyen eset közül 9-ben az impotentia generandi feltartóztathatatlanul bekövetkezik. Legújabban Zigler azt állítja, hogy olyan esetekben, midőn a kankó a mellékherére, dülmirigyre és ondóhólyagokra átterjedt, csak 25%-ban következik be nemzőképtelenség. Ő arra hivatkozik, hogy 50%-ban konstitutionális, 25 %-ban pedig mechanikai tényezők az okai az impotentia generandinak. Read véleménye ezzel nem egyezik és 253 meddő házasság vizsgálata alapján a kankó túlsúlyát bizonyítja. Eredményei alapján arról számol be, hogy a spermafolyadék az eseteknek csak 34%-ában volt normális, 66%-ban rendellenes és pedig ennek $^1/_3$-ad része kompletten, $^2/_3$-ad része részlegesen volt aspermiás. Az ondófolyadék teljes magtalanságának okai Read szerint 3·5%-ban trauma, 13%-ban a here fejlődési rendellenességei, 1·7%-ban influenzás eredetű lobosodás, 17%-ban ismeretlen természetű gyulladás és 64%-ban kankó. A részleges aspermia okai, szintén Read szerint, 7%-ban a here fejlődési rendellenességei, 1%-ban influenzás eredetű lobosodás, 39%-ban ismeretlen természetű gyulladás s végül 52%-ban ugyancsak kankó.

A férfiak egész tekintélyes tömege lesz tehát a kankó miatt nemzőképtelenné, de ezzel a kérdés még nincs kimerítve. Sajnos nagyon sok férfi gyógyulatlan állapotban köt házasságot s a házasságban megfertőzi az asszonyt, akinél vagy azonnal vagy az első gyermek megszületése után a méh, a méhkürtök és petefészkek megbetegedése útján beáll a meddőség. Burkardnak munkásokon végzett vizsgálatai szerint 249 kankóval inficiált házasságból — 8·7 esztendős átlagos házassági időt számítva — 523 gyermek született, viszont 356 fertőzésmentes házasságból, 8·9 esztendős átlagos házassági idő alatt 1119 gyermek. A kankó népsterilizáló hatása tehát

abban jelentkezett, hogy száz fertőzésmentes házasságból 318 gyermek származott, száz kankóval fertőzöttből pedig 33%-al kevesebb, vagyis csak 210. Benzler vizsgálatai anyagában a következő megállapításokra jutott:

	abszolút sterilitás %	egy gyermekes sterilitás %	összesen %
Egyszerű kankó esetében	10·0	17·3	27·3
Egyoldali mellékherelob esetében	23·4	13·5	36·9
Kétoldali mellékherelob esetében	41·7	20·8	62·5

A komplikált kankó eseteiben tehát erősen emelkedik a bekövetkező sterilitás eseteinek száma, különösen olyankor, midőn a mellékherelob mindkét oldalon jelentkezik. Ugyancsak Benzler szerint 1000 házasságból, mely kankófertőzéssel volt terhelve, 10% mellékherelobot véve számításba, 124 egészen steril, 187 pedig egykés marad, tehát 311 házasságból csak 187 gyermek születik. Hogy a meddő házasságok legnagyobb részében a férfiak a bűnösök, erre Flesch adatai is élénk dokumentumok. Ezek szerint a férfi kankós megbetegedési eseteiből 7%-ban teljes, 9%-ban egygyermekes sterilitás az eredmény. Bumm pedig az összes meddő házasságra 25%-ában a férfi kankójában találta az okot, de ez a viszonyszám Zimmermann szerint a 30%-ot is eléri. Winter megállapította, hogy a sterilitás oka egyharmadrészben direkt a férfiben, másik harmadrészben a nőben keresendő, de ezekben az esetekben is leggyakrabban indirekte a férfiak részéről származik a fertőzés. A férfi kankója így direkt és indirekt módon az esetek kétharmadában oka az akaratlan meddőségnek. Az ondó vizsgálata a következő eredmények megismerésére vezetett:

Szerző	Spermavizsgálatok száma	aspermia %	olygospermia %
Kehrer	96	30	11
Lier és Ascher	132	32	12
Schenk	110	33	12
Karr	72	25	25

Az aspermia, mint azt már hangsúlyoztuk, bizonyosan, az olygospermia pedig az esetek tekintélyes részében szintén meddőséget eredményez. Benzler egy másik nagyon tanulságos közlésében 474 kankón átment férfi házasságát figyelte meg. Ezeknek házasságkötése után három esztendő mulva feleségeik közül 64 (13·5%) még sohasem volt állapotos, 78-nak pedig csak egy gyermeke volt (16·5%). Még részletesebben vizsgálva az anyagot, kitűnt, hogy a 474 kankós férfi közül 111 esetben komplikálódott az eset mellékheregyulladással. Ezeknek számát levonva megállapította, hogy 363 asszony közül 38 nem volt állapotos (10·5%), 63 pedig csak egygyermekes (17·3%) volt. Végeredményében a kankót átszenvedett férfiak házassága mellékheregyulladás nélkül 10·5%-ban, egyoldali mellékheregyulladással 23·4%-ban, kétoldali mellékheregyulladással 41·7%-ban lett meddő.

A férfiak indirekt úton az esetek további egyharmadában okai a meddőségnek. Noeggerrath világította meg először ezt a kórjelenséget, midőn megállapította, hogy a férfi nemzőképességét megtarthatja ugyan, de fertőzi az asszonyt, miáltal a belső női nemi szervekben olyan kóros elváltozások, gyulladások keletkeznek, melyeknek meddőség a folyománya. És pedig akár úgy, hogy a koncepciót egyáltalában lehetetlenné teszik, akár úgy, hogy az első gyermek születése után válik az asszony további fogamzásra képtelenné (akaratlan egyke). — Még jobban megvilágítja a kankó nagymérvű elterjedettségében rejlő népesedéspolitikai veszedelmet Schäffer közleménye. Az osztályán jelentkezett 5196 berlini munkásnő közül 500 (9·6%) sohasem koncipiált, azaz primären volt steril, 596 pedig (11·5%) másodlagosan volt meddő (egyszer szült vagy legfeljebb kétszer vetélt gyermektelen nők). Az elsődlegesen meddő nők közül 304 esetben (60·8%-ban) a kankót, mint a meddőség okát ki lehetett mutatni. — Zimmermann 200 meddő nőt vizsgált s 83 esetben (41·5%) az adnexeket betegeknek találta. — Winter 155 meddő nőt vett alapos vizsgálat alá s a meddőség okát illetőleg a következő eredményeket nyerte:

Elváltozás	Primär sterilitás abszolút	%	secundär sterilitás abszolút	%
Infantilitas	15	12	—	—
Stenosis orificii externi	37	30	2	6
Méh helyzetváltozásai	28	23	—	—
Méhsülyedés	—	—	12	35
Adnex-betegségek	24	20	8	23
Endometritis, fluor	17	14	7	20
Para et perimetritis	—	—	5	15

Még alaposabbak Weissenburg legújabb adatai, melyek 256 nő meddőségének okairól tüzetesen tájékoztatnak:

I. Primär okok:

A belső genitális szervek teljes fejletlensége	8
Különböző fokú hypoplasia	24
Teljes amenorrhoea, normális genitáliák mellett	2
Hosszabb ideig tartó amenorrhoea	18
Cervix-polyp	1
Uterusmyoma	4
Ovarium cysta	3
A gát fejlődési rendellenességei	6
Kettős szervek	1
A méh helyzethibája, gyulladás nélkül	24
Dyspermia	6
Obesitas	4
A hüvelyváladék savi vegyhatása	4
	105

II. Secundär okok:

Peritonitis a gyermekkorban	5
Kétoldali ovariotomia	1
Operált méhenkívüli terhesség	2
Lázas szülési folyamatok, tapintható komplikáció nélkül	14
Blennorrhoea, tapintható komplikáció nélkül	13
Endometritis	21
Pelveoperitonitis	39
Adnexitis	55
	150

Weissenburg adatai alapján nem lehet már kétségünk, hogy a szimplex kankó, endometritis, pelveoperitonitis, továbbá az adnexitis révén bekövetkezett meddőség az összes eseteknek 50%-ára tehető. És így nagyon valószínűvé válik, hogy Burkard kimutatása, mely szerint minden blenorrhoeával fertőzött házasságból az átlagnál egy gyermekkel kevesebb születik, nagyon is megfelel a valóságnak.

Nékám professzor a hazai viszonyok legmesszebbmenő figyelembevételével már 1917-ben rendkívül érdekes számításokat végzett a kankó sterilizáló hatásának illusztrálása céljából. Mivel 1910-ben az élveszületések száma 644.012 volt, a kankó leküzdése esetén és egyébként analóg termékenység mellett a natalitás, az eddigi eredmény 47/41-szeresére, tehát kereken 740.000-re emelkednék. A kankó sterilizáló hatása miatt évenként körülbelül 96.000 lelket vesztettünk el Nagymagyarországon. Ezt az eredményt Nékám professzor szerint kissé mégis le kell szállítani, mert míg Schäffer anyagában a steril házasságok viszonyszáma 21·1% volt, addig hazánkban az 1910-ben a halál által befejezett házasságokból számítva csak 16·8%. De ha csak a 11·6%-ot tesszük meg a kankó sterilizáló hányadosának, akkor is ennek kiküszöbölése a termékeny asszonyok viszonyszámát 83·2%-ról 94·8%-ra emelné, ami évenként még mindig 90.000 lélek megmentését jelentené. És ha ezt az eredményt alapul véve a megfigyelést több évtizedre kiterjesztjük, akkor megismerjük, hogy — mint azt Nékám professzor megállapította — 1876-tól 1907-ig Magyarország népvesztesége kereken kétmillió lélek volt. Ha ezt a kétmillió lelket sikerült volna megmenteni, úgy ezzel a kivándorlással bekövetkezett népapadás iziben kiegyenlítődött volna.

A kankónak a népszaporodásban való dicstelen szerepét így röviden körvonalozva, rátérhetünk most már azoknak a népesedési ártalmaknak megbeszélésére, melyek a másik, ugyan kevésbbé gyakori, de talán még veszélyesebb nemi betegség: a szifilisz révén fenyegetik a nemzetek fennmaradását.

Kétségtelen, hogy a szifilisz is nagyon erős fékező hatást gyakorol a népszaporodásra, hiszen Leredde becslése szerint Franciaországban évente 40.000 gyermeket pusztít el, viszont Routh szerint Angliában és Walesben is nem kevesebb, mint 27.000 azon gyermekek száma, kik esztendőnként a méhen belül vagy röviddel megszületésük után szifilisz miatt elpusztulnak. Világos, hogy az átvészelés is változtatja valamely zártabb társadalomcsoportban a szifilisz gyakoriságát. Németországban a szakértők a népesség 10%-át, Marokkóban 80%-át tartják fertőzöttnek.

Paracelsus már 1529-ben hirdette, hogy a szifilisz örökölhető, de ma már bizonyosan tudjuk, hogy a szifiliszes veleszületés ténye az anyai vérkeringés útján való infekció. A spirochäták és szifilotoxinok felhalmozódnak a méhben fejlődő fiatal szervezetben vagy annak egyes részeiben s ott olyan elváltozásokat okozhatnak, melyek az életképességet megtörhetik vagy súlyosan megkárosítják.

A népesedési szempontokat előtérbe helyezve, a szifilisz káros hatása két irányban nyilvánul meg. Először is primär sterilitást okoz, ami azt jelenti, hogy fogamzás egyáltalában nem következik be. Másodszor és ez a gyakoribb eset, hogy még olyankor is, ha a fogamzás megtörtént, a magzat a spirochäták és szifilotoxinok hatására előbb-utóbb elpusztul. Winckel szerint 60, Reiszling szerint pedig akár 91%-ban. Régebben a szifilisz primär sterilizáló hatását nem ismerték, holott sok olyan változás észlelhető a női genitáliákon, mely ezt a felfogást egészen plauzibilissá teszi. Jakobovici, Ishida, Gaifami és mások leírták az uterus gumma eseteket, melyeket Paladini olyan gyakoriaknak tart, hogy nézete szerint minden méhdaganat esetében meg kellene csináltatni a Wassermann-reakciót. Barbara salpingitis syphilitica esetéről számolt be, Kubinyi és Johan pedig olyan kioperált ökölnyi hydrosalpinxról, mely syphilisgummának bizonyult. Williams pedig a petefészek, méhkürt és féregnyúlvány konglomerált tumorát távolította el s abban azután spirochätákat mutatott ki. De még számos más bizonyítékot is tudunk felsorolni, melyek a szifilisz primär sterilizáló hatását igazolják. Spalding meddő nőknél jóval magasabb százalékban talált pozitív szerológiai eredményt. Míg terhes nőknél legfeljebb 8%-ban, addig meddőknél 16%-ban! Fullerton 10%-ra becsülte a szifilisz sterilizáló hatását. A szakértők szerint a terhesség megszakadása függ a fertőzés aquirálásának idejétől és annak a petére való kiterjedésének megtörténtétől. Matusovszky beszámolt arról, hogy Budapesten, a szülészeti klinikán a szifilisszel fertőzött anyáknak csak 40%-a szült normális idejű gyermeket, viszont 60%-a abortussal, koraszüléssel, tehát idő előtt fejezte be a terhességét. Ugyancsak Matusovszky közlésében olvashatjuk, hogy az abortus miatt gyógykezelt nők 20·8%-nál volt pozitív a vérvizsgálat eredménye. Heynemann ilyen betegeknél 25%-ban állapított meg szifiliszt. És 156 asszony közül, kik vetéltek, 60, tehát 51% volt fertőzött és 119 közül, ki koraszülöttet szült, 50, tehát 42%. Általában azok közül, kik idő előtt abnormálisan fejezték be terhességüket 60% volt szifilisszel inficiálva. Más szerzők is hasonló eredményre jutottak, nevezetesen ezt a viszonyszámot Heynemann 60%-nak, Ruge 80%-nak, sőt Seitz 91%-nak találta. Matusovszky ellenőrző próbákat is tett s így megállapította, hogy olyan asszonyok közül, kiknek anamnézisében vetélés vagy koraszülés szerepelt, 52·8% volt szifiliszes. A magzat elhal, de csak később születik s időközben macerálódik. A szülészeti klinikán Matusovszky értékes kutatásai szerint 117 foetus maceratus anyáinak 70%-a szifilisszel volt inficiálva. Az idevágó külföldi közlések szerint Kehrer 41·3%, Heynemann 60%, Brisch 84%, Saenger 88·9%-ban talált szifiliszt. Praktikusan véve tehát úgyszólván minden macerált magzat szifiliszesnek tekinthető. A szülészeti klinikán három és fél esztendő alatt 173 olyan szifiliszes anya szült, ki előzőleg még nem volt kezelve. Ezek közül 63 (36·4%) tünetmentes élő magzatot szült (40 érett, 23 kora). Az első héten elpusztultakat levonva, a szifiliszben szenvedő szülőknek csak 26%-a hagyta

el egészségesnek látszó csecsemővel a klinikát. A többi vagy szifiliszes gyereket szült (15·6%) vagy halott magzatot (6·3%) vagy macerált magzatot (35·2%). Az újszülöttek 50%-a került élve a világra, ezek között 30% szifiliszes jelekkel, 70% pedig anélkül. Ezeket a sovány eredményeket is lerontja még az a közlés, hogy a szifiliszes jeleket mutató csecsemők 80%-a, a jeleket nem mutatók 30%-a az első héten elpusztult.

A nők organizmusában a szifilisz kegyetlenül sterilizáló hatást fejt ki, de nem kíméli néha a férfiakat sem. A herék gummás megbetegedése elég gyakori kórfolyamat, hiszen Hoffert és Paronnagian több ilyen esetet írtak le. Symers 171 szifiliszes hulla heréjét vizsgálta és 39%-ban talált orchitis gummosat s még hozzá az esetek egynegyedében mindkét herében. Müller pedig jávai férfihalottak boncolásából 4·14%-ban derített ki orchitis syphiliticát, Akiyama és Zuleger a mellékhere gummáját észlelték, de Rolnick már arra is figyelmeztet, hogy a mellékhere-szifilisz sokkal gyakoribb, mint azt a szakirodalom közléseiből sejtenénk. A szifilisz secundär stádiumában az epididymitis syphilitica néha semmiféle kellemetlenséget nem okoz, máskor azonban akut vagy subakut hydrokele hívja fel rá a figyelmet. A tertiär stádiumban orchitis formájában jelentkezik s ilyenkor gyakran téveszthető gümős folyamattal vagy rosszindulatú daganattal össze. Bruno és Nogues a prostata szifiliszes, gummosus folyamatairól számoltak be, Frank pedig az ondóhólyag bántalmazottságát írta le. Az 1910. esztendőben Pinard genitalis tünetek nélkül való egyén ondójában is kimutatta a spirochäta pallidát, sőt később, 1920-ban Hoche-al együtt megfigyeléséhez újabb adatokat szolgáltatott. Widakovich alapos kísérletei is rávilágítottak arra, hogy szifiliszes egyének ondójában sokkal gyakoribbak az abnormális spermiumok, sőt egyes jellegzetes alakok éppen csak szifiliszes egyének ondójában láthatók. Strandberg 250 szifilisszel terhelt házasságot figyelt meg és megállapította, hogy az utódok 27·6%-ában semmiféle abnormitás nem jelentkezett, viszont 72·4%-ban a szaporodás részlegesen vagy egészen akadályozott volt. Azokban a házasságokban, melyekben a férfi volt fertőződve, 39·7%, amelyekben viszont a nő volt inficiálva, 51·7% volt a meddőség viszonyszáma.

Az összes abortusok száma bizonyára mindenfelé ijesztően magas, sajnos azonban pontos adatfelvétel útján fel nem mérhető. Emiatt az abortusok által okozott népveszteség értékelésénél a becslések kétséges irányszámaira vagyunk utalva. Franciaországban Ranzel és Wyder szerint az összes vetélések száma esztendőnként 500.000-re, Németországban 200.000-re, az amerikai Egyesült-Államokban 100.000-re tehető. Bumm későbbi közlése Németországra vonatkozólag már 300.000 abortust említ. Doros becslése szerint Csonka-Magyarországon évente 20.000—22.000 vetélés fordul elő. Nürnberger kutatásai azt látszanak igazolni, hogy minden 15 szülésre jut egy vetélés. Egy kicsit kétkedéssel kell fogadnunk Siegel megállapítását, mely szerint Németországban az abortusok 85%-a lépne spontán fel s a művileg előidé-

zettek viszonyszáma 15% volna. Jóval kisebb, ami ismerve a közviszonyokat aránylag is nagyon csekély volna. A vetélés igen gyakori jelenség, amennyiben Hirsch szerint is minden száz termékeny házasságra 87 abortus esik. Eléggé pontos adatokkal azonban nem rendelkezünk, miért is végtelenül nehéz a szifiliszes abortusok révén keletkezett népesedési kárt is felbecsülnünk. Vannak azonban már eziránybán tett kezdeményezések, melyekről itt meg kell emlékeznünk. Cassel nagyobb berlini munkásanyagon végzett vizsgálódásai a következő eredményekre vezettek:

	Terhesség	Vetélés	Élveszületés
Egy egészséges házasságra jutott	5·8	0·74	5·08
Egy szifiliszes házasságra jutott ..	3·5	0·80	2·30

A szifiliszes házasságnak a népszaporodásban való értéktelenebb volta fenti adatokból is kiderül, de maga Cassel is hangsúlyozta, hogy minden valószínűség szerint még kedvezőtlenebb a szifiliszes házasságok amúgy is kétes értékű termékenysége. Harman 150 német munkás házasságára átlagban 651 gyermeket és 61 abortust mutatott ki s ezzel szemben ugyancsak 150 szifiliszszel fertőzött munkás házasságára csak 380 gyermeket, de 92 abortust. Tehát szifiliszeseknél 34%-al több a vetélés! Leredde közlése arról számol be, hogy 47 veleszületett szifiliszes asszony 164 terhessége csak 54%-ban végződött élő gyermek szülésével, 46%-ban abortussal vagy halvaszületéssel. Fournier nagyon pontos adatokat szolgáltat, midőn a házastársak szifiliszes disztinkciójával a következő eredményre jut:

	Abortusok, halvaszülöttek halálesetek közvetlenül a szülés után	A gyermek beteg
Csak az apa beteg	28·0%	37·0%
Csak az anya beteg	60·0%	84·0%
Mindkét szülő beteg	68·5%	92·0%

Ha mindkét szülő beteg, akkor nemcsak 68·5%-ban abnormális a terhesség befejeződése, hanem még hozzá a megszületett élő gyermekek majd mindegyike beteg. Még további adatokkal is szolgálhatunk! Süssenguth (Göttingen) 165 szifiliszes beteg házasságát elemezte s kimutatta, hogy 19 házasság volt meddő. A 165 házasságból 528 gyermek származott, de az esetek 37·7%-ában a magzatok halva születtek. A 491 élveszülöttből 95 (19·4%) még csecsemőkorában meghalt s a második életévet csak 396 gyermek érte el. Általában csak 2·5 gyermek jutott egy-egy házasságra. Kaufmann és Wolff (Heidelberg) kutatásai még kedvezőtlenebb eredményre vezettek. Látens szifilisz 19 esetében 81 terhességet figyeltek meg, melyből 28 abortussal, koraszüléssel végződött. A megszületett gyermekek közül 20 korán meghalt s csak 34 élt tovább, úgy, hogy egy házasságra csak 1·3 élő gyermeket lehetett számítani.

Klinikai és kórházi anyagon ebben a tekintetben egészen jellegzetes megfigyelésekre jutottak. Junius és Arndt a berlini elmegyógyintézetekben 1486 dementia paralyticában szenvedő (1057 fi, 429 nő) beteg eseteit vizsgálva meggyőződtek arról, hogy 100 házasságra jutott:

	Meddőség %	Halvaszületések %	Vetélés %	Vetélés és halvaszületés együtt %	Gyermektelen %	Gyermekek száma	Gyermekek száma a meddő házasságokat levonva
Dementia paralyticás férfi házasságában	23—26	5—7	24—26	29—30	29—33	2·0	2·6
Dementia paralyticás nő házasságában .	36—40	6—14	32—38	42	47—49	1·5	2·4
A népességben általában	7—15	3·5—3·6	15	—	16—20	3·0	4·0

A nők szifilisze kétségtelenül markánsabb hatást gyakorol a szaporodásra, de arra is gondolni kell, hogy a férfi leginkább mégis csak akkor köt házasságot, ha relatíve gyógyult. A veszteség 1·0—1·5 gyermek házasságonként, ami már közel áll a kankó által okozott szaporodáscsökkenéshez.

Doros a budapesti egyetemi bőrklinika beteganyagából 300 válogatás nélkül kihallgatott ambuláns nőbetegnek idevágó adatait gyüjtötte össze. Az általa regisztrált abortusok bizonyossággal vagy legalább is teljes valószínűséggel a fertőzést követő időből származtak és mindenféle erőszakos eljárás vagy művi beavatkozás nélkül spontán következtek be. Doros eredményeit így foglalta össze:

Szifiliszes abortusok száma volt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	—
Szifiliszes férjes nők között	123	53	33	20	5	5	2	2	1	244
Szifiliszes férjetlen nők között ...	39	14	3	—	—	—	—	—	—	56
									Összesen	300

Még a férjetlen nőknél is, kik a koncepciót természetesen minden eszközzel igyekeztek megakadályozni, ugyancsak elég sok abortus fordult elő. A 244 férjes asszony közül 121-en vetéltek, 123 nem, tehát körülbelül 50%. A 121 abortált asszonyra 258 vetélés jutott, átlagban egyre több, mint kettő. A 300 asszony közül tehát 138 vetélt s összesen 278 magzatot veszítettek. Tekintve, hogy a fiatalkorú hajadonoknál még több abortus volt várható, minden szifiliszes házasságra átlagban 1 szifiliszelvetélést kell számítanunk.

Arról megemlékeztünk már, hogy a halvaszületések is nagyon rontják a népszaporodási mérleget. Doros közleményéből idevágó hivatalos adatokat is bemutathatunk. (Lásd a szemközti oldalon levő 22. táblát.)

A halvaszületések úgy Magyarországon, mint Budapesten eléggé rontják az akaratlagos korlátozás mellett amúgy is meggyengült natalitást. Nehéz volna megállapítani, hogy ebből mennyi esik a szifilisz rovására, de miként azt Doros is megállapította, nem járunk messze az igazságtól, ha Ross felfogását tesszük magunkévá, ki a halvaszületések 40%-át tartotta szifiliszes aetiologiájúnak.

22. A halvaszületések Magyarországon és Budapesten. — 1919—1925.

Megnevezés	Évközépi népszám	Halvaszületések	
		abszolút	‰
	a) *Magyarország.*		
1919	7,870.384	5.347	0·68
1920	7,940.272	6.659	0·84
1921	8,022.840	6.546	0·82
1922	8,163.501	6.584	0·81
1923	8,181.307	6.579	0·80
1924	8,284.046	6.592	0·80
1925	8,321.605	6.656	0·80
	b) *Budapest.*		
1919	955.379	642	0·70
1920	938.562	774	0·80
1921	933.340	670	0·70
1922	939.526	715	0·80
1923	945.712	631	0·70
1924	951.898	628	0·70
1925	958.084	633	0·70

Elérkeztünk ahhoz a pillanathoz, hogy eddigi eredményeinket összegezzük! Megállapítottuk, hogy a népesség fogyása mind ijesztőbb méreteket ölt s hovatovább már a kultúrnépek fennmaradását fenyegeti. Minden jel arra mutat, hogy errefelé indul, sajnos, Magyarország, különösen Budapest sorsa is! Ennek a veszedelemnek kiformálódásában szereplő okokat két csoportba osztva tárgyaltuk, mert megkülönböztettük a szaporodáscsökkenés akaratlagos és nem akaratlagos okait. Az első csoport kétségteleneül dominál a születések fogyásában s azt kizárólag a koncepció mesterséges akadályozása, valamint a kriminális vetélések töltik ki. A második csoportba számos okot kellett besoroznunk, de ezek között messze kiemelkednek a veneriás betegségek, nevezetesen a kankó és a szifilisz. Mindkét irányban elindulva igyekeztünk a veneriás betegségeket, mint népesedési ártalmakat bemutatni. Kutattuk a meddő és korlátolt gyermekszámmal bíró házasságokat s ezek ismerete alapján igyekeztünk a veneriás betegségek népírtását megrajzolni. Majd arra törekedtünk, hogy a veneriás bajok sterilizáló formáinak gyakoriságából vonjunk messzebbmenő következtetéseket.

Spekulatív számításokkal, — úgy, amint azt Nékám is az 1876—1907. évekre vonatkozólag tette, — a veneriás betegségek által okozott születési kieséseket az egész népességre meg lehet állapítani. Ezek a spekulatív mennyiségek természetesen nem exakt értékek, de igen jól használható irányszámok és útmutatók. Doros megállapítása szerint a kankós meddőség által okozott veszteség Magyarországon az 1920. évben élveszületettek számának egytizenkettedrészét éri el, azaz kereken 20.000 lélekre rúgó kankós szaporodási veszteségre becsülhető. Ha csak ezen az alapon számítunk, úgy ezt a veszteséget az 1921—1925. esztendők átlagában a székes-

fővárosra vonatkozólag évi 1500 lélekre kell tennünk. Ugyancsak Doros számította ki, hogy Magyarországon az 1920-ben regisztrált halvaszületések 40%-a, 2600 szifiliszes élveszületési hiányt jelent, az évi abortusok 34%-a pedig további, körülbelül 7000 szifiliszes szaporodási kiesést. Igy a kankó és szifilisz által okozott népszaporodási veszteség miatt az országban összesen megközelítőleg évi 30.000 lélek elsikkadására kell számítanunk. Nem vesszük külön számításba, hogy Budapesten a meddő házasságok száma közel százszázalékkal haladja meg az országos átlagot s az esztendőnként előforduló abortusokat csak 6000-nek számítjuk, tehát nagyon optimisták vagyunk és mégis kiderül, hogy a székesfővárosban az 1921—1925. évek átlagában a 656 halvaszületés 40%-a révén 263, az abortusok 34%-a folytán 6000-ből kereken 2000 s végül a kankó pusztítása következtében meddő házasságok miatt évi 1500 lélek, tehát összesen 3763, kereken 3800 lélek a szaporodási kiesés. Ez a veszteség talán így nem látszik elég ijesztőnek, de megfontolásra késztet az a megismerés, hogy enélkül a 18·8‰-re lesorvadt natalitási indexünk iziben körülbelül 23‰-re emelkednék fel s így tüstént kijuthatnánk a natalitás veszélyes zónájából.

A születések fogyása a XX. század egyik legsúlyosabb problémája! Általános európai veszedelem, különösen nagyvárosokban, mely hazánkat és székesfővárosunkat se kíméli. A születések akaratlagos korlátozása ellen folytatott küzdelemben az orvosi, illetve szociálhigiénikus tevékenység nem rendelkezik eléggé hatékony eszközökkel. Ezt a pandémiássá fajult társadalmi betegséget palliatív beavatkozásokkal meggyógyítani lehetetlenség. Csak átfogó és széles alapokon indított szociálpolitikai akció vezethet eredményekre, melynek keresztülvitelére kizárólag maga az államhatalom hivatott. A szociálhigiéne keretein belül maradva a születések akaratlan korlátozódása ellen kell küzdenünk! És nemcsak azért kell a veneriás betegségek elleni védekezés apparátusát kiépíteni, mert ezek a bajok az emberi élet keserveit fokozzák, hosszabb-rövidebb ideig tartó munkaképtelenséggel járnak, sőt elhanyagolt esetekben súlyos, végzetes kórfolyamatokat okoznak az emberi szervezetben s annak idő előtti pusztulását okozzák, hanem azért is, mert ezzel a küzdelemmel a népszaporodási mérleget is érzékelhetően javítjuk. A nem akaratlagos meddőség és egyke ellen annyival inkább szembe kell szállanunk, mert a tudomány fejlődése erre a célra ma már elegendő fegyvert adott a kezünkbe. Kötelességünk tehát, hogy a magyar nemzet megmentéseért töretlen akarással legalább ott indítsuk meg a harcot, ahol legközelebbről csillog a siker reménysége.

V.

A nemi betegségekre vonatkozó statisztikák forrásai.

Anélkül, hogy a betegágy mellett szerzett megismerések értékét legkevésbbé is lebecsülnénk, mégis nyomatékkal kell hangsúlyoznunk, hogy csak ezzel a módszerrel kutatva nem lehet reményünk arra, hogy a kórfolyamatok aetiologiáját minden vonatkozásban tisztázzuk. Ennek a felfogásnak legmesszebbmenő konzekvenciáit a haladás akkor vonta le, midőn a társadalomegészségtan, mint önálló diszciplina megszületett. Az új tudományszak kialakulása és gyors tempóban történt fejlődése szinte megtestesülése volt annak a gondolatnak, mely a pathologiai gondolkozás felszabadulását hirdette abból a makacs megkötöttségből, ahová az a bakteriológia, különösen kezdetben, frappáns sikereinek szuggeszciója révén jutott. Ma már talán senki se tagadja, hogy a kórfolyamatok aetiologiájának kutatásában az ember teljes környezetét kell figyelnünk, tehát mindazokat a tényezőket, melyek az ember egészségét akár a fizikális miliő részéről, akár a szociális berendezkedés hiányosságaiból eredőleg fenyegetik. A beteg ember gondos észlelése, az elhaltak szakszerű obdukciója még ma is termékeny vizsgálati módszerek, melyeknek segítségével a diagnosztika és therapia kincsesháza állandóan gazdagodik. De ha ezenfelül valamelyik pathologiás folyamat kórlényegét kívánjuk megismerni, úgy vizsgálati módszerünk között előkelő helyet kell a tömegmegfigyelésnek is biztosítanunk.

A tömegmegfigyelés módszere teszi csak lehetségessé, hogy kutatásunkat a beteg ember teljes miliőjére kiterjesszük s az így nyert eredményeket a betegágynál, boncasztalon szerzett tapasztalatokkal összevetve, törekedjünk az egyes kórfolyamatok lényegének megismerésére. Nincs kétségünk abban, hogy egyik módszer a másik nélkül aligha vezet el a célhoz. Martius már a mult században, pontosan 1899-ben megjelent kiváló munkájában felhívta a közfigyelmet arra, hogy a kórcsirák csak a betegséget kiváltó tényezők és hogy a kórcsirák, valamint a diszpozíció egyenlő értékű tényezők a fertőző betegségek keletkezésében. Mayr pedig a mult század utolsó évtizedének derekán hangsúlyozta, hogy a szociális tényezők befolyása a betegségek keletkezésére és lefolyására kétségtelen s azt csak két momentum előtérbe

állítása homályosíthatja el. És pedig a klima és faj gyüjtőneve alatt összefoglalt fogalmak! Az angol Westergaard azonban már világosan meglátta, hogy két nép halandóságának különbségét az itt vagy amott folyó élet kevésbbé magyarázza, mint a szociális rétegeződés, a szociális berendezkedés eltérései.

Azoknak a kóros elváltozásoknak pontosabb meghatározása, melyek az emberi szervezetben a kedvezőtlen szociális körülmények révén bekövetkeznek, vetette meg alapját a társadalomegészségtan egyik nagy fejezetének, a szociálpathologiának. A szociális kórtan, mint tudományos diszciplina, egyfelől a betegágynál, illetve az obdukciók útján, valamint a laboratóriumi kísérletezés révén nyert eredményekre, másfelől azonban a tömegmegfigyelés módszerével gyüjtött tapasztalásokra támaszkodik. A szociális helyzet szerepének a kórfolyamatok keletkezésében való tisztázására egyetlen módszerünk a statisztikai megfigyelés. Ilyen fontos kérdések eldöntésére az egyes eseteket feljegyző vizsgálódásnak nincs elegendő ereje, hiszen törvényszerűségek megállapítása csak számos hasonló eset összegyüjtése, tömegmegfigyelés útján lehetséges. A statisztika nagyon kiforrott, sőt kifinomodott módszere szerencsére igen alkalmas az egészségügyi közállapotok felmérésére. Bizonysága ennek, hogy az első statisztikai hivatalokat épen közegészségügyi érdekekből állították fel. Az 1831—1832. évi súlyos kolerajárvány lezajlása után ugyanis Angliában a közvélemény követelte annak kivizsgálását, hogy a járvány egyes helyeken miért pusztított jobban, mint más vidékeken.

A szociális kórtani kutatás vizsgálati módszere tehát a statisztika. Már ez a tény egymagában is leszögezi a szociális pathologia első fontos nézőpontját, mely szerint a ritkán előforduló s egyébként igen érdekes kórformákkal ez a tudományszak nem foglalkozik. Ezzel szemben a szociálpathologiai kutatások tárgyai csak a gyakorta, sűrűn előforduló kóros elváltozások lehetnek. Így egészen enyhe jellegű, de sűrűn jelentkező megbetegedések is vizsgálódás tárgyát képezhetik. Másik lényeges alapfeltétele az ebben az irányban megindított kezdeményezéseknek, hogy csak olyan pathologiai elváltozások vizsgálhatók, melyeknek megjelenési formája úgy klinikai, mint szociálpathologiai szempontból legalább többé-kevésbbé egyöntetű. Olyan kóros elváltozások ugyanis, melyek nem azonos szociális környezeti hatásokra állanak be, a tömegmegfigyelés módszerével nem kutathatók. A szociális pathologia abszolút kóroktani vizsgálódást követel s az emberi szervezetben észlelhető kórjelenségek okának kifürkészésében nem tartja a kérdést valamelyik betegségcsira felfedezésével elintézettnek, nem elégszik meg még a szociális környezet általánosságban való figyelembe vételével sem, hanem különlegesen előírja, hogy a vizsgálódást milyen szempontok szerint kell irányítanunk. Figyelnünk kell először is arra, hogy a rossz szociális körülmények milyen kóros elváltozásokra teremtenek hajlamosságot és hogy miképpen segítik elő a kóros elváltozások kifejlődését.

De a szociális kórtan nézőpontjából arra is gondolnunk kell, hogy egyes kórtünetcsoportok betegség formájában való megjelenésének alapja egyenesen a kedvezőtlen szociális helyzet lehet. Az idők haladásával cáfolhatatlanul beigazolódott, hogy vannak olyan betegségek, melyeknek terjesztésében dicstelen szerepet játszanak a rossz gazdasági közviszonyok. S végül azt se lehet felednünk, hogy a szociális környezet egyes betegségformák lefolyását is kegyetlenül determinálja. A szociális miliő tehát komoly és súlyos hatást gyakorol a betegségek keletkezésére, kimenetelére és elterjedésére, de viszont az is valóság, hogy úgy a betegségek, mint annak következményei : a gyógyulás meglassúbbodása, az esetleg bekövetkezett halálozás, elnyomorodás, rokkantság pedig a társadalmi helyzet még kedvezőtlenebbre való változását okozhatják. Bővebb magyarázat se kell annak kidomborítására, hogy ezeknek a tényezőknek, jelenségeknek alapos ismerete nélkül a betegedések okainak megismeréséről szó sem lehet.

A szociális pathologiának két önállóbb kutatási iránya alakult ki, melyek közül az első bizonyos zártabb társadalomcsoportok szociális-egészségügyi viszonyainak pontosabb megfigyelésével s az eredmények gondos rögzítésével foglalkozik. Ez a szociális pathologiának úgynevezett leíró része. A másik irányban történő vizsgálódás a nagy tömegben és hosszabb időn keresztül gyüjtött adatokból törvényszerűségeket igyekszik kihámozni, tehát lényegében a multat kutatja egy jobb jövő biztosítása érdekében. Ez viszont a társadalomkórtannak általánosító vagy normatív része. A szociális kórtan tehát olyan megismeréseknek gyüjteménye, melyek a betegedések okairól igyekeznek tájékoztatást nyujtani, de persze ez a diszciplina nagyon csonka maradna, ha a tapasztalások konzekvenciáit nem vonnánk le s nem foglalnánk össze a szociális profilaxis és szociális therápia égisze alatt. A szociális pathologia ezek szerint nemcsak akadémikus érvénnyel és értékkel bíró diszciplina, hanem talán elsősorban gyakorlati tudományszak, mely a gyakorlati lehetőségek keresésére mutat irányt.

A szociális kórtan, mint mondottuk, a betegágynál, a boncasztalon s a laboratóriumokban szerzett megismerésekre támaszkodva a statisztikai megfigyelés módszerével törekszik tudásunkat gyarapítani. A statisztikai vizsgáló módszernek kétségtelenül vannak hibái, korlátai, de ha ezekkel eleve számolunk és a túlzott követelményeket lefékezzük, úgy ennek a módszernek segítségével elért eredmények belső érték tekintetében semmiben se fognak elmaradni azoktól a tapasztalásoktól, melyek a laboratóriumokból származnak. A statisztikának, ennek a végtelenül értékes munkamethódusnak fejlődése se volt mentes a zökkenőktől, a ballépésektől. Hosszú esztendőkre, mondhatnók évtizedekre volt szükség ahhoz, hogy az egységes vezérprincipiumok kialakulhassanak. Amióta Graunt London egyik heti halálozási jegyzékét a XVIII. század második felében tanulmányozni kezdte s kijelölte, hogy melyik betegségtípusok azok, melyek inkább a gyermekeket s melyek

azok, amelyek inkább az aggokat pusztítják, állandóan haladunk a szociális kórtan modern értelmű kifejlődéséig. Az újabb idők határmesgyéjén először az egészségügyi közviszonyok, nevezetesen a halandóság viselkedésének vizsgálatában a pauperizmus jelentőségét igyekeztek megváltoztatni. Már Villermé kijelentette, hogy a szegénység, ha nem is egyedüli, de igen nagy oka a magasnívójú halandóságnak, sőt Neumann egyenesen arra utalt, hogy a betegségek jórészét nem természetes, hanem a társadalmi fejlődés által teremtett mesterséges okok idézik elő. Ezeket a ma is nagyon helytálló megfigyeléseket csakis a tömegészlelésnek köszönhetjük. A további kutatások kezdeményezői között megemlítendők Conrad, ki Hallében és Kőrösy, ki Budapesten indította meg a szociális helyzetnek a betegedések alakulása szempontjából való kivizsgálására irányuló munkát. De Galton, Westergaard, Levasseur, a két Bertillon, valamint az újabb időkre vonatkozólag Prinzing, Gottstein és Grotjahn rendkívül értékes tevékenységéről is meg kell emlékeznünk.

A szociális viszonyok, mindenekelőtt a pauperizmus hatása a halandóság alakulására már a régebbi vizsgálódásokból egészen világosan kiderült. Mégis akadtak olyanok, kik ezzel a felfogással szembeszálltak, azt mondván, hogy a konstituciót a miliő már nem tudja megváltoztatni. Ez a kifogás nem állhat meg, mert ma már biztosan tudjuk, hogy a konstitucionális hibák inkább a jómódúak társadalmi rétegében fordulnak gyakrabban elő s mégis ezek morbiditása alacsonyabb. Hol kereshetnénk okát ennek, ha nem abban, hogy a jó szociális viszonyok még a rossz konstituciót is megjavíthatják. A pauperizmusnak a halandóságra gyakorolt markáns hatását felismerve, először Németország vonta le a gyakorlati következtetéseket, midőn már 1881-ben megvetette a kötelező társadalombiztosítás alapjait.

Mindezek a megismerések csak tömegmegfigyelés útján voltak megszerezhetők, melynek módszere a statisztikai munkamethódus az egészségügyi közállapotok felmérésére kiválóan alkalmas. Természetesen biztos következtetéseket csak akkor vonhatunk, ha az adatszolgáltatás, az adatgyüjtés és annak szakszerű feldolgozása tisztán áll előttünk. Az egységes principiumok alapján szervezett, állandó jellegű adatgyüjtésnek mérhetetlen előnyei vannak, mert csak ez teszi lehetővé a nyersanyagnak különböző kombinációk szerint való feldolgozását. Enélkül, csak a nyers számokat vizsgálva, alig volnánk képesek fogalmat alkotni valamelyik népcsoport egészségügyi közviszonyairól. Csak a népesség egyszerű szaporodása, a korcsoportok időnként mutatkozó eltolódása olyan lényegesen befolyásolják a nyers számok viselkedését, hogy azok messzebbmenő következtetésére alkalmatlanok. Az adatokat tehát előbb közös nevezőre kell hozni ahhoz, hogy azok a további munkában felhasználhatók legyenek. Ezek a tapasztalások vezettek el az arányszámok alkalmazásához. Ilyeneket azonban csak az álló népesség összetételének és a

népmozgalom eredményeinek ismeretében lehet megállapítani, miért is nagyon indokolt, hogy a statisztikai adatgyüjtés minden részletének szálai egy kézben fussanak össze, ami az egész bonyolult művelet megbízhatóságának legerősebb záloga.

Az egészségügyi közigazgatás szakembereit természetesen minden adat érdekli, mely az ember születésére, életére és halálára vonatkozik, de ma már azokat a mérőszámokat se mellőzhetjük, melyek ugyan a demográfia primitívebb elemein kívül esnek, de a társadalmi rétegeződés tekintetében végtelenül fontos iránymutatással szolgálnak. A hosszabb időkön keresztül készült statisztikai feljegyzéseket elsősorban arra tudjuk felhasználni, hogy a hivatalos beavatkozás helyét, idejét és intenzitását meghatározzuk. Ha azonban valamely intézkedés vagy intézmény létesítése útján tett beavatkozás eredményességét akarjuk ellenőrizni, úgy megint csak a statisztikai gyüjtésekhez kell folyamodnunk, mely erről is hűségesen tájékoztat. Az egészségügyi közállapotokra jellemző adatok gyüjtése már elég hosszú idő óta folyik, de számtalanszor beigazolódott, hogy azok elemzésében nem tanácsos a messzebb multba visszamenni, mert az adatgyüjtés tökéletesedése, valamint az adatszolgáltatók műveltségének fokozódása a feljegyzéseken erős nyomot hagyott. És nemcsak a régmult adatainak helytelen felhasználása, de a jelen időkben nyert statisztikai eredményeknek szakszerűtlen, rapszódikus értékelése is sok keserves csalódást okozhat. A statisztikai, különben nagyon értékes adatok felhasználásában tehát nagyon gondosan és körültekintően kell eljárni.

Haustein citálja, hogy Casper professzor, porosz királyi titkos egészségügyi tanácsos már 1835-ben azt írta, hogy miként az államtudomány, úgy az orvostudomány is csak hasznot meríthet a statisztikai módszerrel történt kutatásokból. De csak akkor, ha a módszert egyáltalában nem állítjuk olyan kérdések elé, melyek a lehetőségek határán kívül vannak. Érdekes, hogy ma viszont épen egyes orvosok támadják leginkább a tömegmegfigyelés eszközével végzett kísérleteket, talán azért, mert a módszerben való járatlanságuk miatt ők maguk követik el a legtöbb hibát. Egyre-másra publikálnak eredményeket, melyek szerint valamelyik kórház beteganyagában vagy valamelyik prosectura boncolási esetei között egyik vagy másik kórforma hány százalékban fordul elő. Nagyon hasznos megállapítások ezek, de ha velük visszaélnek s ebből akarják valamelyik betegség gyakoriságát megállapítani, úgy már súlyos hibába esnek. A statisztika kritikájára kell a fősúlyt helyezni, mert helytálló következtetésekre csak akkor juthatunk, ha adataink eredetére a legnagyobb figyelemmel vagyunk. Bármennyire is közös nevezőre hozzuk például Norvégia és Szászország egészségügyi közállapotait jellemző adatainkat, mégis az azokból vont következtetésekben mindig számolnunk kell azzal a ténnyel, hogy Szászország lakosságának mennyivel nagyobb tömegei élnek városokban és foglalkoznak ipari munkával. Az erősebb urbanizáció,

az erősebb indusztrializáltság bizony már egymagában is egészen különleges hatást gyakorol a morbiditás, mortalitás, valamint a natalitás viselkedésére.

A társadalom kórjelenségeinek illusztrálására különböző adatgyüjtéményeket szokás felhasználni. Ezek között a dolog természetéből kifolyólag vannak olyanok, melyeket csak kisebb-nagyobb óvatossággal lehet egyik vagy másik kórforma szociálpathológiai viselkedésének kutatásában hasznosítani. Ha a különböző adatgyüjtéseket csoportosítani kívánjuk, úgy először a morbiditásra, másodszor a mortalitásra vonatkozó eredményeket kell egymástól elválasztanunk. A betegedésekre vonatkozólag ugyancsak többféle forrásból szerezhetünk tájékozódást. Az idetartozó források: *a)* becslések, *b)* a kórházak betegforgalmi kimutatásai, *c)* egyes, nagyobb anyagot felölelő biztosító intézetek feljegyzései, *d)* egyes városokban záros időben történő s a teljes lakosságra vonatkozó névtelen adatgyüjtések, *e)* az egész népességre vonatkozó ad hoc névtelen adatgyüjtések *f)* az egész népességre kiterjesztett állandó jellegű névtelen adatgyüjtések, *g)* s végül az egész népességre vonatkozó állandó névszerinti adatgyüjtések. Az adatgyüjtés mindegyik típusának alkalmazásáról találunk a kultúrállamokban példát, melyek éppen a veneriás betegségek elterjedettségét kutatták felette változatos módszerek alkalmazásával. A legnagyobb hiba abban rejlik, hogy a módszer tekintetében volt sok eltérés, olyannyira, hogy a nyert eredmények összehasonlításokra alig használhatók fel. A hiba kiküszöbölése érdekében a »Société internationale contre le péril vénerien« csak a közelmultban tartott tárgyalásán foglalkozott a veneriás betegségek elterjedettségének bemutatására szolgáló adatgyüjtések egységesítésével. Reméljük, hogy a nemzetközi megmozdulásnak kézzelfogható sikere lesz s ezáltal a tájékozódás mai, szinte leküzdhetetlen nehézségei egycsapásra meg fognak szűnni.

Az egyes kórtipusok gyakoriságát illusztráló adatgyüjtéseket most sorbavesszük. De mert azok értékét nemcsak a veneriás betegségek szempontjából elemezzük, kénytelenek leszünk a fenti sorrendtől valamennyire eltérni.

A betegedési és halálozási esetek feljegyzésére használjuk a statisztika kiforrott módszereit annál is inkább, mert ezekről a társadalompathológiai eseményekről másképpen aligha tudnánk tájékozódni. Enélkül már csak a nagy hibákkal dolgozó becslésekre lennénk utalva. A veszedelem rapszódikus megvilágítására ez a módszer is elegendő, de nem eléggé pontos ahhoz, hogy az komoly asszanáció iránymutatója lehessen. Couvelaire kizárólag becslés alapján hangsúlyozta, hogy Franciaországban évenként körülbelül 140.000 ember pusztul el szifilisz következtében s így 1911-től 1921-ig körülbelül másfélmillió áldozata volt a szifilisznek, több, mint a négy esztendeig dühöngött világháborúnak. A morbiditási statisztika, mely ugyan szintén nem mentes a hibáktól, már lényegesen közelebb visz a célhoz. Ilyen adatgyüjtésre, melynek alapja a kötelező bejelentés rendszere, elsősorban a mar-

kánsabb megjelenésű és hevenylefolyású fertőző betegségek alkalmasak. Újabban azonban már egyes idült fertőző bajok, a gümőkórosok és veneriás betegségekben szenvedők reglementálására is történnek intézkedések. Hazánkban a hevenyfertőző betegségek bejentését elsősorban az 1876. évi XIV. t.-c. 80. §-a teszi az orvosok, lelkészek, tanítók és mindenkinek kötelességévé, akinek ilyenekről csak tudomása lehet. A törvény és az egészségügy legfelsőbb vezetésére hivatott minisztérium rendelkezései szerint a fertőző betegedések egész sorát kell bejelenteni a hatóságoknak. A 91.954/1894. B. M. számú rendelet és az azóta megjelent más rendelkezések köteleznek erre. Az országos érvényű rendelkezések alapján bejelentendők:

a diftéria, a dysenteria, a febris puerperalis, a meningitis cerebrospinalis epidemica, a morbilli, a parotitis, a pertussis, a scarlatina, a cholera, a trachoma, a typhus abdominalis, a typhus exanthematicus, a variola, a varicella a pestis, a pellagra, a lyssa, a polyomyelitis anterior acuta, a febris recurrens, az encephalitis disseminata epidemica, a paratyphusok és a szövődményes influenza, valamint a nyilt tuberculosis esetei.

A székesfővárosban a 22.480/1881. számú tanácsi határozat 1881 július 1-én léptette életbe a bejelentési rendszert s így a hevenyfertőző betegségekről 1882 óta van morbiditási statisztikánk. Az »Eljárás ragadós betegségeknél« című utasítás legújabb 6662/1922. tfhsz. kiadása szerint a székesfőváros területén bejelentésre kötelezett fertőző betegségek a következők:

anthrax,
blenorrhoea neonatorum,
cholera asiatica,
diphteria, croup,
dysenteria,
encephalitis disseminata epidemica,
febris puerperalis,
febris recurrens,
gennyes kötőhártyagyulladások,
gombák okozta hajbetegségek,
Heine—Medin-kór acut időszaka,
influenza epidemica,
lepra,
lyssa,
malaria,
typhus abdominalis,
typhus exenthematicus,
varicella,
molleus,
meningitis cerebrospinalis epidemica,
morbilli,
paratyphus és húsmérgezések,
parotitis epidemica,
pediculosis,
pellagra,
pertussis,
pestis,
polyomyelitis anterior acuta,
scabies,
scarlatina,
trachoma,
trichinosis,
tuberculosis (nyilt esetek),
variola és
legújabban a tonsillitisok is.

A bejelentésre kötelezett megbetegedéseknek ez már lényegesen hosszabb lajstroma, de bizonyos, hogy az ennek alapján történt adatgyüjtést is csak némi óvatossággal lehet felhasználni. Hiányozhatnak ebből az adatgyüjtésből az olyan esetek, melyeket orvos sohasem látott s amelyek így talán

sohasem jutnak a hatóság tudomására. Régebben leginkább a szűkös anyagi viszonyok voltak az okai annak, hogy elmulasztottak orvost hívni. Ma azonban a betegbiztosítási rendszer kifejlődésével ez a hibaforrás mind jobban elveszíti jelentőségét. Viszont a betegedések tudatos eltitkolása még ma is szóba kerülhet! Valószínű, hogy a morbiditási adatszolgáltatás állandóan javul s ezt az eredmények elemzésében sohasem szabad figyelmen kívül hagyni. És nagyon kell disztingválni a morbiditási statisztika egyes rovatai között, mert bőséges tapasztalás alapján mondhatjuk, hogy minél magasabb valamelyik hevenyfertőző betegség lethalitása, annál megbízhatóbbak a rávonatkozó bejelentési adatok. Így tehát a typhus abdominálisra, a scarlatinára és a diftériára vonatkozó morbiditási adatok jóval megbízhatóbbak, mint azok, amelyek az enyhébb jellegű morbilli, varicella vagy pertussis gyakoriságáról adnak tájékoztatást. A halálozástól való félelem, mely az esetet amúgy is a hatóság tudomására adja, teszi a súlyosabb lefolyású hevenyfertőző betegségek bejelentését megbízhatóbbá. És nemcsak a fertőző betegségek kórismézésében történt haladás, hanem a lakosság higiénikus érzékének kifínomodása is, mely a bejelentések fölött közérdekű ellenőrzést gyakorol, nagyon hozzájárult a bejelentések pontosságának javulásához.

Kevés reményünk van arra, hogy a bejelentési rendszer a közel jövőben fejlődni fog, pedig nagyon értékes anyaghoz jutnánk, ha ez megvalósulna. Nehéz volna azonban az orvosokat további és díjazatlan kötelezettségekkel terhelni, hacsak ezt a munkát külföldi példák szerint a hatóságok esetenként és rendszeresen nem díjaznák. Tudományos szempontból is végtelenül fontos volna a morbiditási statisztika fejlesztése, mert ilyen módon még a gyógyult esetek számáról is tájékozódhatnánk. A háborúelőtti Oroszország volt az egyetlen állam, mely minden orvostól és felcsertől egyaránt megkövetelte, hogy az általuk gyógykezelt betegeket a kórokok feltüntetésével bejelentsék. Ez a módszer, bár sok hibával dolgozott, nagyjából mégis betekintést engedett az egyes betegségek gyakoriságának alakulásába. Roesle épen az oroszországi adatok felhasználásával csak legutóbb mutatott rá a parotitis epidemicának a különböző adatgyüjtésekben való eltérő viselkedésére. A parotitis epidemica 1911-ben Angliában és Walesban 49, Németországban pedig 7 esetben szerepelt, mint halálok, tehát 100.000 élőre kiszámítva 0·14 és 0·01 voltak az arányszámok. A német közkórházakban az 1911. évben parotitis epidemicával 410 gyermeket vettek ápolásba, miért is 100.000 lakóra vonatkoztatva már 0·65 volt az index. Az európai Oroszországban ugyancsak 1911-ben 214.106 parotitis epidemica eset került bejelentésre, melynek ismét 100.000 lakóra kiszámolt indexe 165·1 volt. Élénken demonstrálják ezek a példák, hogy valamelyik betegség elterjedéséről csak jól szervezett bejelentési rendszer segítségével tájékozódhatunk. Annak ellenére, hogy a morbiditási statisztikában a kettős jelentések fenyegetik a gyüjtés

exaktságát, mégis mindenképen kívánatosnak tartjuk a rendszer további kiépítését. Az orvostudomány és az egészségvédelmi kultúra haladásával ugyanis számolnunk kell azzal, hogy egyes kórformák mindjobban kitörlődnek a mortalitásból s így ha ezek gyakoriságát keressük, úgy mind intenzívebben kell majd a morbiditási statisztikához fordulnunk.

Ha most a morbiditási statisztikát a veneriás betegségekre vonatkozólag vesszük szemügyre, akkor kitűnik, hogy a blenorrhoea neonatorumtól eltekintve ezek a kórformák még a székesfővárosban se szerepelnek a bejelentésre kötelezett megbetegedések között. Az emberiség álszemérme miatt, mely ezeket a bajokat »titkos« betegségekké deklarálta, nem volt lehetséges bejelentésüket nálunk kodifikálni. Pedig a kettős bejelentések hibaforrása dacára annál inkább jelentene nagy értéket a veneriás betegségekről készült morbiditási statisztika, mert ez mindhárom betegségtípus elterjedéséről beszámolna. Tudjuk, hogy a kankó által okozott halálesetek csak nagyon elvétve fordulnak elő s hacsak a mortalitási adatgyüjtéshez fordulunk, akkor legfeljebb a szifilisz elterjedettségéről szóló adatokat találhatunk. Ennek a principiumnak messzemenő következményét néhány állam már régebben levonta, midőn a veneriás betegségeket a bejelentésre kötelezett kórtípusok közé sorozta be. Az északi államok jártak elől ebben a tekintetben, hiszen Dániában már 1854 óta az évi, 1875 óta a havi, 1888 óta a heti jelentésekben is be kellett számolni a veneriás betegedésekről, sőt 1906 március 30 óta egészen modern törvény alapján történik a veneriás morbiditás regisztrálása. Norvégiában 1874 óta, Finnországban 1879 óta, Svédországban 1912 óta van a betegedések névnélküli bejelentése megszervezve, de a városokat illetőleg már régebbi statisztikákat is ismerünk. A világháború megszünése óta számos állam fogadta el ezt a rendszert és pedig az Amerikai Egyesült-Államok (1918), Lengyelország (1918), Kanada (1918). A tapasztalások szerint a kettős bejelentések nem olyan gyakoriak, hogy a statisztika értékét nagyon lerontanák, különösen az északi államokban, hol a praxis az orvosokat óvatosságra oktatta, melynek folyományaképpen mindig megkérdezik az új beteget, hogy nem járt-e már másutt betegségének gyógyítása végett. Még megbízhatóbb statisztikát nyerünk, ha elsősorban a friss esetek bejelentésére helyezzük a hangsúlyt. Ha azonban a teljességre törekszünk, úgy minden eset bejelentését kívánhatjuk, a friss esetek különlegesebb megjelölésével. Ezt a rendszert még csak néhány államban vezették be, általános elterjedése még a jövő reménye. A legnagyobb akadálya a rendszeres morbiditási adatgyüjtésnek az a makacs és beteges előítélet, mely ezeket a nemi bajokat még mindig valamelyes misztikus ködfátyolba burkolja. Mégis lassan oszlik a köd s reményünk lehet, hogy az asszanációs munkát mihamarabb mindenütt a becsületes morbiditási statisztika világító fáklyája fogja vezetni. Ez annál inkább kívánatos, mert a kankó és lágyfekély elterjedettségéről biztos képet csakis a morbiditási statisztika tud nyujtani.

Mivel az emberi kicsinyességgel és prüdériával még a komoly tudomány se tudott sokáig megküzdeni, kénytelen volt a helyzettel megalkudni s a veneriás betegségek elterjedettségét csak időnként tartott speciális felvételekkel kutatni. Az ilyen felvételek végtelen nehézségekkel járnak, mert az adatokat szolgáltatók csak ritkán értik meg a komoly célt s így a nemes törekvést leginkább az a veszély fenyegeti, hogy a közönyösségen és rosszakaraton hajótörést szenved. Ezek azok az inkább lelki motívumok, melyek a sikert veszélyeztetik. De ezenfelül kétségtelen, hogy egyszerűbb technikai akadályok is tornyosulnak a felvételek eredményessége elé. Régi tapasztalás, hogy az újonnan megindított adatgyüjtések eleinte csak kisebb-nagyobb zökkenőkkel vihetők keresztül s bizony elég időbe telik, míg az adatokat szolgáltatókat annyira sikerül diszciplinálni, hogy a nyert eredmények a kritikát kiállják. Még a kisebb körre, esetleg csak a városokra szorítkozó felvételek nagyobb garanciát nyujtanak arra, hogy a nyert adatokat bátrabban felhasználhassuk. Az ilyen időszakos adatgyüjtéseket nagy körültekintéssel kell megindítani, megfelelő propagandával előkészíteni, hogy az érdekelteket az ügynek eleve megnyerjük.

A veneriás betegségek elterjedésének különböző időtartamú felvételek útján való kutatása kedvenc módszerré vált, hiszen ma már az ezekből eredő eredmények szinte kötetekre terjednek. Az első kísérletek még a mult század utolsó évtizedeire nyúlnak vissza. Nevezetesen ezt a módszert először Baselben 1880—1881-ben, valamint Rostockban, 1897—1903-ban és Kielben 1898—1903-ban alkalmazták. Az első nagyobb szabású, de csak egy napot felölelő adatgyűjtést Poroszországban, 1900 április 30-án hajtottak végre. Frankfurt am Mainban már kisebb területre korlátozódott a felvétel, mert 1903 január hó 15-én csak a város területén s egy napon folyt a veneriás betegek összeírása. Mannheimben egy esztendővel később, 1904-ben április hó 11-től 1905 március 31-ig tartott az adatgyűjtés. Zürichben a következő évben ismét huzamosabb időn keresztül, 1906 november 1-től 1907 október 31-ig gyűjtöttek adatokat. Braunschweig félesztendeig tartó (február 1-től július 31-ig) gyűjtéssel elégedett meg 1909-ben. Időrendben a legkiterjedtebb akció következik, amennyiben a német városi statisztikusok kongresszusa 1913-ban november 20-tól december 20-ig terjedő egy hónap alatt rendezte a felvételt, mely Németország majdnem minden jelentősebb városára kiterjeszkedett, mert abban Berlin, Breslau, Cassel, Chemnitz, Danzig, Dresden, Essen, Fürth, Halle, Hamburg, Hannover, Kiel, Königsberg, Leipzig, Magdeburg, München, Nürnberg, Plauen, Posen, Stettin, Strassburg és Wiesbaden vettek részt. Közvetlenül a világháború kitörése előtt még Hollandiában irták össze a veneriás betegeket, majd a fegyverek zaja öt esztendőre elnyomott minden tudományos jellegű megmozdulást. A háború után Lengyelországban indult meg az akció és négy éven át, 1918-tól 1923-ig mindig egy-egy hónapon keresztül tartott a betegek feljegyzése. De a német kutatás megindu-

lása se váratott sokáig magára, mert 1919. évi november hó 15-től december 14-ig tartó nagyszabású adatgyüjtést organizáltak, melynek során különösen Hannover szolgáltatott nagyon értékes eredményeket. Azután Mainzban volt helyi felvétel 1920 november 15-től december 15-ig. Svájcban is megindult a kutatás s a nagyszabású és később mintaszerűen feldolgozott gyüjtés 1920 október 1-től 1921 szeptember 30-ig tartott. És ugyancsak 1920-ban november 15-től december 14-ig Ausztriában is összeírták a veneriás betegeket. Most ismét helyi adatgyüjtés következik időrendben, mert Mecklenburgban 1921 október 1-től 31-ig tartott a felvétel. Csehországban pedig 1921 február hónapban. Érdekes, hogy egyes helyeken több esztendőn át egy-egy hónapig jegyezték fel a betegeket. Így Nürnbergben 1921-től 1924-ig november, illetve május hónapokban, Bremenben pedig 1919-től 1925-ig három-három hónaponként, Neumünsterben 1923-tól 1926-ig mindig októberben s végül Frankfurt am Mainban 1926-ban négyszer egy-egy napra terjedő felvételt szerveztek. Közben 1925-ben az osztrák legfelsőbb egészségügyi hatóság a klinikákat, kórházakat és rendelőintézeteket szólította fel, hogy a jelentkezett veneriás betegek számát és az összes betegforgalmat jelentsék be. Végül az 1928. évben pedig a m. kir. Központi Statisztikai Hivatal Magyarországon organizálta a veneriás betegedések egy évig tartó időszakos regisztrálását.

A veneriás betegedések számszerű kutatására irányult akciók elősorolása is tekintélyes feladat és már ebből is kitűnik, hogy milyen nagy energiát fordítottak morbiditási statisztikák létesítésére, mert átérezték, hogy enélkül a társadalmat fenyegető ezen veszedelmek ellen, eredményekkel kecsegtető hadjáratot vezetni nem lehet. Ezeknek a felvételeknek eredményeit még a magyarországi adatgyüjtés részletes megtárgyalásánál fel fogjuk említeni.

A veneriás betegségek morbiditásának tanulmányozásában igen értékes anyagot találhatunk a hadseregekre és haditengerészetekre vonatkozó statisztikákban. A hadsereg harckészségét károsító veneriás betegségek jelentőségét korán felismerték, miért is általában 1873 óta az európai államok, az Amerikai Egyesült-Államok, sőt részben a keletázsiai nagyhatalom, Japán idevágó anyagát eléggé ismerjük. Tekintve a veneriás betegségeknek a katonák és tengerészek között való veszedelmes elterjedettségét, a katona- és tengerészorvosok ebben a diszciplinában elég jól voltak kiképezve, olyannyira, hogy az idevágó adatgyüjteményt megbízhatónak kell tartanunk. A katonaság és haditengerészet körében szerzett statisztikákat két csoportban közölték, nevezetesen egyikben a hadseregben előfordult eseteket, másodikban pedig a sorozások alkalmával megállapított betegek számát. A két anyagot együtt már nehéz volna felhasználni, mert a sorozások a hadkiegészítő kerületben folytak le és lehet, hogy egyik-másik helyen nagyon kedvező eredménnyel. Ha a besorozott legénységet aztán valamelyik nagyvárosba vonultatták be állomásra, megtörténhetett, hogy az újoncozásnál talált kedvező arányszámok dacára a katonák morbiditási indexei miharabb

felszöktek. És mivel a hadsereg egyes ezredei elég sűrűn változtattak állomáshelyet, a katonák megbetegedésének gyakoriságáról messzebbmenő következtetéseket csak országos vonatkozásban lehetett vonni. A székesfővárosban állomásozó katonaság veneriás morbiditásáról adataink nincsenek, a részletes tárgyalásnál erre csak röviden térünk vissza, s így már most említjük fel, hogy a régi magyar-osztrák hadseregben a temesvári VII. hadtest mutatta a legnagyobb és az innsbrucki XIV. hadtest a legalacsonyabb veneriás morbiditást. Úgy látszanék ebből, hogy a wieni és a budapesti hadtestekben jobbak voltak a viszonyok. De ezek az adatok nem fedik eléggé a való helyzetet, mert a régi monarchiában az ezredek nem állomásoztak kizárólag a hadkiegészítési területen s így a katonai morbiditási statisztikák helyi vonatkozásban jóval többet nyujtottak volna, ha nemcsak a hadtestek, hanem az állomáshelyek szerint is publikálták volna állandóan a begyüjtött eredményeket. Így a hadseregre, haditengerészetre vonatkozó veneriás morbiditási adatokat csak országos relációkban lehet értékelnünk.

Helyi vonatkozásokat tartva szemünk előtt, már jóval magasabbra kell becsülnünk a klinikák, kórházak és más gyógyintézetek betegforgalmi kimutatásait. A kórházakban, klinikákon minden technikai segédeszköz rendelkezésre áll, mely a biztos diagnózis felállításához szükséges, miért is a diagnosztikai tévedések ebből az anyagból praktikusan véve kizárhatók. Különösen akkor, ha tudjuk, hogy a kétes lethalis esetek leggyakrabban boncolás alá kerülnek, ami azután lehetőséget nyujt az esetleges tévedés korrekciójára. A kórházi betegforgalmi jelentésekben a morbiditási adatok úgyszólván egyenlő értékűeknek vehetők a halálozást jelző mérőszámokkal s így egyes betegségek lethalitására is következtethetünk.

A kórházi statisztikai adatgyüjtéseknek ezzel szemben komoly hibái is vannak. Elsősorban nem kétséges, hogy a kórházak morbiditási és mortalitási adatait nagyon változtatja az ágyaknak az egyes speciális szakmák szerint való megoszlása. A gyógyíthatatlan betegeket ápoló osztályok magas ágyszáma mellett magas lesz valamelyik kórház mortalitása is, annak ellenére, hogy a betegforgalom alacsony, mert minden beteg hosszú időt, esetleg hónapokat tölt haláláig a kórházban. A tisztánlátást nagyon megnehezíti a kórházi betegeknek az össznépességtől elütő korcsoportok szerint való megoszlása. Ebből folyik azután, hogy mig az összhalandóságban aránylag sok gyermek szerepel, addig a kórházi halottak között kevés gyermeket találunk. A hospitalizáció nagyon változó intenzitású s az általában függ a kórház topografiai elhelyezésétől. Ezenfelül azt se hallgathatjuk el, hogy a kórházi adatközlések nemcsak azzal veszélyeztetik az anyag belső értékét, hogy túlságosan részletezn k, hanem azzal is, hogy nincsenek egységes principiumok szerint szerkesztve s így összevetésre alkalmatlanok. Legnagyobb hibája mégis ezeknek a statisztikáknak az, hogy eredményeik valamely zártabb társadalmi csoportra nem vonatkoztathatók. Ezért nem

lehet a kórházak forgalmának növekedéséből vagy apadásából az egyes kórtípusok általános gyakoriságának emelkedésére vagy apadására következtetnünk.

Nem kétséges, hogy a kórházi statisztikáknak számos előnyük, de viszont hátrányuk is van, ami mindenesetre arra indít, hogy ezeket az eredményeket csak nagy óvatossággal használjuk fel. És ha most mindezeknek figyelembevételével azt keressük, hogy a nemi betegségek elterjedettségének elbírálásában mennyire tudjuk a kórházak adatközléseit felhasználni, úgy különös nehézségekre bukkanunk. A veneriás betegségek eleinte nem okoznak olyan súlyos helyi és általános tüneteket, hogy a beteg okvetlenül kórházi ápolásra szorulna. És tekintve a társadalomba krónikusan beleivódott prüdériát, bizonyos, hogy aki csak teheti, ilyen betegsége esetén nem kórházhoz, hanem magánorvoshoz fordul. Ebből azután az következik, hogy egyfelől a kórházi anyagban csak a súlyosabb eseteket találjuk meg, másfelől pedig, hogy olyan időkben, midőn a gazdasági közviszonyok kedvezőek, csökken, ha pedig kedvezőtlenek, akkor emelkedik a kórházak betegforgalma. A kórházakkal, klinikákkal kapcsolatos vagy külön e célra létesített rendelőintézetek betegforgalmi kimutatásai teljesen hasonló hibákkal vannak teli. Ha tehát bizonyos szempontokból a veneriás betegségek elterjedésének megítélésében, méginkább az egyes kórtípusoknak egymáshoz való számszerű viszonyításában, a kórházak és rendelőintézetek adatközléseit felhasználjuk, mindig gondolnunk kell arra, hogy a publikált eredmények a véletlen változásoknak vannak alávetve s így valamely zárt társadalom csoportra vagy az egész népességre nem vonatkoztathatók.

A társadalomélet és különösen kórjelenségeinek vizsgálatában további adatokat találhatunk a betegpénztárak és biztosítóintézetek gyüjtéseiben. Utóbbiak inkább pro domo készülnek és kevésbbé hozzáférhetők, előbbiekből azonban több-kevesebb az évi jelentésekben publikációra kerül. Napjainkban, midőn a társadalombiztosítás nagy néptömegeket ölelt fel, a biztosítottak száma, Flesch Nándor szerint Budapesten szinte a népesség 70 %-át jelenti, ezek a statisztikák mind nagyobb fontossággal bírnak. Az Országos Társadalombiztosító Intézet vezetősége nagyon átérzi a tagok egészségügyi viszonyai megfigyelésének szükségességét s bizonyára nincs messze az ideje annak, hogy az értékes adatgyüjtés szakszerű feldolgozásban közlésre kerül. Addig azonban se a veneriás betegségek, se más kórformák kutatásában idevágó adatokat nem tudunk produkálni.

Rendkívül érdekesek a szülőintézetek s újabban más kórházak Wassermann statisztikái, melyek a szifilisz morbiditás viselkedésébe engednek betekintést. Budapestre vonatkozólag csak az I. számú női klinika és a II. számú belklinika anyagán végzett értékes vizsgálatokról lesz módunk beszámolni, mert más adatokkal nem rendelkezünk. De már itt felemlítendőnek tartjuk azokat a fontos eredményeket, amelyeket Szentkirályi közölt Hódmezővásárhelyről.

Az egyes betegségtípusok gyakoriságának megállapítása céljából folytatott kutató munkában legnagyobb bizalommal a haláleseteknek halálokok szerint való csoportosítása útján készült mortalitási statisztikai adatgyüjteményekre támaszkodhatunk. A halandóságnak ez az elég régi feldolgozási formája már mélyebb betekintést enged, különösen akkor, ha annak megfelelő rovatait a megszokott demográfiai kombinációk: nemek, korcsoportok, hitfelekezetek és foglalkozás szerint is sikerül szétbontani. A haláloki táblázatok összeállításához szükséges adatok beszolgáltatása a művelt államokban törvényes úton van rendezve. Hazánkban ezt a kérdést az egészségügyi törvény, az 1876. évi XIV. t.-c. 109—111. §-ai szabályozzák. Ezek szerint a halál tényleges bekövetkezését kell megállapítani, de egyúttal gondosan figyelni kell arra is, hogy ez nem valami bűnös cselekedet következményeképen állott-e be? A halottkémlelés az egész országban kötelező hatósági tényked és a halottkém bizonyító írásbeli nyilatkozata nélkül senkit eltemetni nem szabad. A halottkémlést részletesebben és a törvényben nyert felhatalmazás alapján a 31.025/1876. B. M. sz. rendelet írja elő, melynek 18. §a szerint a kezelőorvosok az általuk gyógykezelt és elhalt egyének betegségéről, illetve a bekövetkezett halál okáról előírott szövegű értesítést tartoznak a halottkémnek megküldeni. Talált hulláknál, hirtelen haláleseteknél orvosrendőri szemlét ir elő a törvény és alapos nyomozást kíván a halálokot illetőleg. Az egészségügyi törvény 111. §-a értelmében orvosrendőri boncolást kell foganatosítani: talált hullákon, járványos vagy ragályos betegségek megállapítása végett és ha egyébként a hatóság azt köztekintetekből szükségesnek tartja. A 18.197/1887. B. M. rendelet a székesfővárost illetőleg némileg módosította a 31.025/1876. B. M. sz. rendelkezést, mert az újabb rendelet szerint a székesfővárosban a rendkívüli haláleseteknél való eljárásra a kerületi rendőrkapitányságok illetékesek. A bírói és rendőri hullavizsgálatról szóló 78.879/1887. B. M. sz. rendelet 1. §-a is kimondja, hogy ha a fennforgó körülmények kétessé teszik, hogy valaki természetes halállal mult ki, úgy a halottkém azt a községnek, a székesfővárosban a kerületi rendőrkapitányságnak bejelenteni tartozik. A gyakorlat szerint a székesfővárosban a hatóság a rendőri boncolatot kívánja mindazon haláleseteknél, midőn valaki meghalt, de előzőleg orvos nem kezelte, nem vizsgálta s az erről szóló igazolványt a hozzátartozók felmutatni nem tudják.

A székesfővárosban tehát a halálesetek körül nagy gondossággal járnak el, hogy a haláloki adatszolgáltatás megbízhatóságát növeljék. A kerületi tiszti orvosok az elhaltak hozzátartozóit kérdőív segítségével hallgatják ki, melyen mindazok a kérdések szerepelnek, amelyekre a halálokok kombinatív összeállításánál szükség van. Az így kitöltött bárcák azután a statisztikai hivatalba jutnak, ahol is a hivatalos haláloki táblát az anyakönyvi hivataloktól befutó ellenőrző jelentésekkel való összevetés után nagy gondossággal összeállítják. A haláloki táblázatok nomenclaturája, névjegyzéke

nagyon sarkalatos pontja a haláloki adatgyüjtésnek. A régebbi időkben a haláloki névjegyzékek nagyon eltérők voltak egymástól, ma már azonban mégis leginkább az 1910. évben szerkesztett Bertillon-féle nemzetközi halálokrendszer van használatban. A székesfőváros statisztikai hivatala is saját 83 pontból álló rendszerét használja, de emellett a csak 38 halálokjelzést számláló nemzetközi nomenclaturát szintén feltünteti. Nagyon nehéz a kétféle táblát igazságosan elbírálni, mert míg a kevesebb rovattal dolgozó táblában elvesznek a részletek, addig a túlzott elaprózás okvetlenül az adatközlés megbízhatóságát gyengíti. A betegágynál sokszor nehéz olyan fínom diagnózist csinálni, hogy a túlrészletező rovatokba hiba bele ne csússzék. Mindenesetre a haláloki táblák megbízhatóságának súlypontja a gyakorló orvosokon nyugszik, mert a halottkémek a bejelentett halálok megjelölésen már aligha tudnak változtatni.

Poroszországban 1875 március 6. óta már statisztikai hivatalok végzik az adatgyüjtés nehéz munkáját s kezdetben a nyert halálozási adatokat csak harminc halálokot feltüntető táblázatba sorozták be. A londoni William Far és a genfi d'Espime kezdeményezései nyomán ugyancsak már 1875-ben készült el Wirchow haláloki táblája, melyet egyes módosításaiban még ma is használnak. Bertillon 1891-ben ismét más névjegyzékű táblázatot állított össze, melyet később 1910-ben a wieni nemzetközi kongresszus is elfogadott. Közben azonban a Wirchow-féle táblát is módosította Hirschberg professzor s mivel a rovatok számát szaporította, a tábla már 100 halálokot sorolt fel. A két Bertillon-féle táblát, melyek közül az egyik 1913 óta 189 halálokjelzést sorolt, a másik pedig csak 38 jelzést, mégis a legáltalánosabban használják. Sajnos, a különben nagyon fejlett statisztikai szolgálattal bíró német városok újabban ismét más névjegyzéket alkalmaznak a halálokok szerint való feldolgozásban, mely 23, illetve 42 halálok szerint differenciál. Az angolok által leginkább használt táblázat 190, az olaszoké 174 halálok megjelölését sorolja fel.

Magyarországon a statisztikai adatgyüjtés az 1897. évi XXXV. t.-c.-re, illetve most már az 1929. évi XIX. t.-c.-re van felépítve. A m. kir. központi statisztikai hivatal az ország különleges helyzetével számolva, kétféle haláloki táblát használ. Az első 165 halálokmegjelölést ölel fel s ezt olyan anyag feldolgozására alkalmazzák, melynél az elhalálozások okait orvoshalottkémek szolgáltatták. A halálokmegjelölések így következnek sorjában :

1. Ázsiai kolera.
2. Hólyagos himlő.
3. Bárányhimlő.
4. Kanyaró.
5. Vörheny.
6. Kiütéses hagymáz.
7. Visszatérő láz.
8. Influenza.
9. Szamárhurut.
10. Fültőmirigylob fert.
11. Roncsoló toroklob.
12. Járv. agy- és gerincvelőgyulladás.
13. Hasi hagymáz.
14. Pellagra.

15. Bélhurut (fertőző).
16. Gyermekek hasmenése.
17. Vérhas.
18. Váltóláz (Malaria).
19. Veszettség.
20. Takonykór.
21. Gümőkór.
    a) Tüdőgümőkór, tüdővész.
    b) Bélgümősödés.
    c) Agyhártyagümősödés, heveny agyvízkór.
    d) Csontgümősödés.
    e) Bőrgümősödés.
    f) Görvélykór.
    g) Egyéb szervek gümőkórja.
    h) Gümőkór k. m. n.
22. Bujakór.
23. Fertőző húgycsőlob következményei.
24. Pokolvar. Lépfene.
25. Orbánc.
26. Gennyesvérűség.
27. Gyermekágyi láz.
28. Dermedés, fertőző.
29. Szájpenész.
30. Sugárgomba betegség.
31. Hólyagféreg.
32. Rák.
33. Egyéb rosszindulatú álképlet.
34. Heveny, csúz és következményei.
35. Idült csúz és következményei.
36. Köszvény.
37. Angolkór.
38. Petecskór.
39. Vérszegénység, sápkór.
40. Cukorvizelés.
41. Vérzékenység.
42. Gyermekaszály.
43. Süly.
44. Szeszmérgezés (Delirium).
45. Koraszülés.
46. Veleszületett gyengeség.
47. Fogzás.
48. Tüdőelégtelenség.
49. Kékkór.
50. Hasadt gerinc.
51. Csukott végbélnyílás.
52. Farkastorok.
53. Aggkori végkimerülés.
54. Agy- és agyhártyagyulladás.
55. Gutaütés. Véres agyguta.
56. Agylágyulás.
57. Féloldali agyi eredetű bénulás.
58. Gerincvelőbénulás.
59. Remegő hűdés.
60. Elmebajosok bénulása.
61. Vitustánc.
62. Nehéznyavalya.
63. Görcsök. Rángások.
64. Hangrés-görcs.
65. Dermedés. Állgörcs (nem fertőző).
66. Basedow-kór.
67. Egyéb agy- és idegbántalmak.
68. Füllob. Fülfolyás.
69. Orrbetegségek. Orrvérzés.
70. Szembetegségek.
71. Szervi szívbaj.
72. Szívburoklob.
73. Szívtúltengés.
74. Szívgörcs.
75. Szívhűdés. Szívbénulás.
76. Értágulás. Érrepedés.
77. Aggkori úszók.
78. Értömülés. Érdugaszolódás.
79. Vivő érlob.
80. Vivő ércsomó.
81. Légcsőgyulladás.
82. Croup (nem fertőző).
83. Hörggyulladás.
84. Tüdőgyulladás.
85. Mellhártyagyulladás.
86. Tüdőlégdag. Nehéz légzés.
87. Tüdőhurut.
88. Tüdőhűdés.
89. Tüdőúszók.
90. Szájgyulladás.
91. Bárzsing-elzáródás.
92. Emésztési zavarok.
93. Vérhányás.
94. Gyomorbaj k. m. n.
95. Gyomorhurut.
96. Gyomorfekély.
97. Gyomor- és bélhurut.
98. Bélhurut. Béllob (nem fertőző).
99. Bélfekély. Bélátfúródás.
100. Bélelzáródás. Bélsárhányás.
101. Bélcsavarodás.
102. Béltüremlés.
103. Sérvek.

104. Bélsipoly.
105. Hashártyagyulladás.
106. Vízibetegség. Hasvízkór.
107. Epekövek.
108. Májzsugorodás.
109. Májsorvadás.
110. Májlob.
111. Sárgaság.
112. Egyéb emésztőszervi betegségek.

113. Nyirkmirigybetegségek (nem fertőző).
114. Lépbetegségek.
115. Bronchokele.
116. Addison-kór.

117. Heveny vesegyulladás.
118. Bright-kór. Fehérnyevizelés.
119. Húgyvérűség.
120. Húgyrekedés.
121. Húgykő.
122. Vérvizelés.
123. Húgyhólyag- és dülmirigybetegség.
124. Petefészekbetegség.
125. Méh- és hüvelybetegség.
126. Havivérzés zavarai.
127. Medencetályog.
128. Gáttályog.
129. Mony, herék és herezacskó betegségei.

130. Elvetélés. Koraszülés.
131. Elvérzés.
132. Elülfekvő méhlepény.
133. Gyermekágyi őrjöngés.
134. Gyermekágyi görcs.
135. Fájd. emlőtályog.
136. Nehéz szülés.
137. Méhrepedés.
138. Gyermekágy k. m. n.

139. Csontszú (nem gümős).
140. Csont- és csonthártyagyulladás.
141. Csontüszkösödés.
142. Csontlágyulás.

143. Felfekvés.
144. Alszárfekély.
145. Bőralatti kötszövetlob (nem fertőző).
146. Eccema.
147. Bubo (nem bujakóros).
148. Egyéb bőrbántalmak.

149. Tüdővizenyő.
150. Kimerülés, elgyengülés.
151. Láz.
152. Hurut.
153. Vándorvese.
154. Üszök.
155. Tályogképződés különböző szerveken.
156. Vízrák. Noma.
157. Fekélyek.
158. Be nem sorozható.

159. Baleset.
160. Öngyilkosság.
161. Gyilkosság.
162. Bírói kivégzés.
163. Bizonytalan eredet.
164. Rögtönös halál.
165. Meg nem állapítható betegség.

A laikus halottkémek által megállapított halálokok besorozására természetesen egyszerűbb a táblázat s ez már csak 31 halálokjelzést sorol fel. Ezek a következők:

I. Fertőző betegségek:

1. Hólyagos himlő.
2. Kanyaró.
3. Vörheny.
4. Kiütéses hagymáz.
5. Szamárhurut.
6. Roncsoló toroklob.
7. Hasi hagymáz.
8. Gyermekek hasmenése.
9. Vérhas.
10. Veszettség.
11. Gümőkór.
12. Pokolvar.
13. Orbánc.
14. Gyermekágyi láz.

II. Egyéb betegségek:

15. Gyermekaszály.
16. Veleszületett gyengeség.
17. Aggkori végkimerülés.
18. Gutaütés.
19. Elmebaj.
20. Görcsök.
21. Tüdő- és mellhártyagyulladás.
22. Sérvek (szakadás).
23. Vízibetegség.
24. Gyermekágy.

III. 25. Egyéb haldlokok.

IV. Erőszakos haldlokok.

26. Baleset.
27. Öngyilkosság.
28. Gyilkosság.
29. Bírói kivégzés.
30. Bizonytalan eredetű erőszakos halál.
31. Ismeretlen okok.

Mindkét táblázat a pathologiai felfogás átalakulása, valamint az orvosi műnyelv örvendetes fejlődése miatt is erős revizióra szorul. De érthető, hogy ettől az érdekelt hivatalok húzódoznak, mert a módosítás a régebbi gyüjtéseknek legalább részben való átcsoportosítását involválja, ami nem csekély költséggel jár.

A székesfőváros statisztikai hivatala, mint már említettük, megint más nomenclaturával dolgozik, mely XII. csoportba osztva 83 halálokmegjelölést sorol fel, de ezzel párhuzamosan adja a Bertillon-féle egyszerűbb névjegyzék számjelzéseit. A székesfővárosi nomenclatura a következő halálokokat differenciálja:

Folyószám	Halálok	Nomenclatura internat.[1])
I.	1. Hasi hagymáz	1
	2. Küteges hagymáz	2
	3. Váltóláz	3
	4. Himlő	4
	5. Kanyaró	5*
	6. Kanyarós tüdőlob	5*
	7. Vörheny	6
	8. Hökhurut	7
	9. Croup-diphtheria	8
	10. Influenza	9
	11. Ázsiai kolera	10
	12. Gyermekágyi láz	31
	13. Veleszületett bujakór	12*
	14. Orbánc	12*
	15. Geny- és evvérűség	12*
	16. Vérhas	12*
	16/a Egyéb fertőző bajok	12*
II.	17. Tüdővész	13
	18. Gümős agyhártyalob	14
	19. Egyéb gümős bajok	15
	20. Újképlet[2])	16*
	21. Nyelv-, bárzsing- és gégerák	16*
	22. Gyomorrák	16*
	23. Bélrák	16*
	24. Májrák	16*
	25. Emlőrák	16*
	26. Méhrák	16*
	27. Egyéb rák	16*
	28. Húsdaganat	16*
	29. Egyéb újképlet	16*
	30. Cukros húgyár	37*
	31. Egyéb alkati bajok	37*
III.	32. Agykérlob[2])	17
	33. Ránggörcs	37*
	34. Terjedő hüdés	18
	35. Egyéb agybajok	37*
	36. Hátgerincsorvadás	37*
	37. Egyéb gerincbajok	37*
	38. Egyéb idegrendszeri bajok	37*
IV.	39. Szervi szívbaj[2])	37*
	40. Szívizombajok	19*
	41. Szívszelephibák	19*
	42. Egyéb szívbajok	19*
	43. Ütérmeszesedés	37*
	44. Agyguta	37*
	45. Egyéb vérkeringési bajok	37*
V.	46. Hörglob, heveny	20*
	47. Hörglob,[2]) 0—5 évesek	20*
	48. Hörglob, idült	21*
	49. Hörglob,[2]) 5 éven felül	21*
	50. Hurutos tüdőlob	23*
	51. Tüdőlob[2])	22*
	52. Tüdőlob rostonyás	22*
	53. Tüdőtágulás	23*
	54. Mellhártyalob	23*
	55. Egyéb légzőszervi bajok	23*

Folyó-szám	Halálok	Nomenclatura internat.[1])
VI.	56. Gyomorbajok	24
	57. Bélhurut, 0—2 évesek	25
	58. Bélhurut, 2 éven felüliek	37*
	59. Európai kolera	11
	60. Féregnyujtványlob	16
	61. Kizárt sérv	27*
	62. Egyéb bélelzáródás	27*
	63. Egyéb bélbajok	27*
	64. Májzsugor	28
	65. Egyéb májbajok	37*
	66. Hashártyalob	37*
	67. Egyéb emésztőszervi bajok	37*
VII.	68. Veselob (Bright-kór)	29
	69. Egyéb húgyszervi bajok	37*
VIII.	70. Ivarszervi bajok [2])	30
	71. Terhesség, gyermekágy [3])	32
IX.	72. Bőr-, izom-, kötőszöv. bajok	37*
	73. Izületi és csontbajok	37*
X.	74. Veleszületett gyengeség	33
	75. Gyermekaszály	37*
	76. Aggaszály	34
XI.	77. Szívhűdés	38*
	78. Egyéb hiányos jelzés	38*
XII.	79. Baleset	35*
	80. Öngyilkosság	35*
	81. Emberölés	35*
	82. Kivégzés	35*
	83. Erőszakos eset [2])	35*

A székesfőváros statisztikai hivatala a táblázathoz a következő megjegyzéseket fűzi:

»[1]) Ezen számok azon helyet jelzik, melyet az illető halálok az 1910-iki Bertillon-féle nemzetközi halálokrendszerben elfoglal; ahol a Bertillon-féle rendszer valamely haláloka a mi rendszerünkben behatóbban van részletezve, ott az illető Bertillon-féle számhoz egy *-ot tettünk; ez esetekben tehát a mi halálokaink közül többen összeadva adják ki a Bertillon-féle halálokot. — [2]) Közelebbi meghatározás nélkül. — [3]) Gyermekágyi láz nélkül.«

Az a táblázat, melyet a m. kir. központi statisztikai hivatal az orvos-halottkémek által szolgáltatott anyag feldolgozására használ, sokkal részletesebb, mint a székesfőváros statisztikai hivataláé. De már alig lehet kétséges, hogy az a részletesebb feldolgozási módszer az adatok megbízhatóságát rontja. Újabban a negyedik revizión átesett Bertillon-féle rendszer 200 halálokot sorol fel s ehhez a nemzetközi nomenclaturához Magyarország is csatlakozott, tehát a jövőben úgy a m. kir. központi statisztikai hivatal, mint a székesfőváros statisztikai hivatala ezt a névjegyzéket fogja anyagának közzétételében alapul venni.

A mortalitási statisztikát az utóbbi időkben nagyon sok támadás éri. Felemlítik, hogy pontos és biztos diagnózist csak boncolással lehet megállapítani s így az enélkül feljegyzett halálokok gyakran hibásak. Ebben az ellenvetésben sok igazság van, azonban a hibák praktikusan véve periodikusan ismétlődnek, azokat ismerjük s így az anyag kellő kritikája mellett nagyon téves következtetésekre nem juthatunk. Sokszor hangoztatják, hogy a halálozási statisztika már azért is értéktelen, mert az orvoshalottkémek mellett laikusok is működnek, kiknek megbízhatósága minimális. Ez a kifogás is cáfolhatatlan, csakhogy módunk van arra, hogy élesebben disztingváljunk olyan mortalitási statisztikák között, melyekhez csak orvosok, illetőleg,

amelyekhez orvosok és laikusok szolgáltatták az adatokat. A városokban ugyanis csak orvosok halottkémlelnek, gyanu vagy kétely esetén boncolást végeztetnek, miért is az így gyüjtött mortalitási statisztikákat már értékes és felhasználható anyagnak kell tartanunk. Még az intercurrens betegségekben történt elhalálozások se rontják veszedelmesen a halálozási anyagot, mert az eset felvételénél használt kérdőíven az előrement betegséget is kutatják s így ennek szerepe a halál előidézésében az adatok végleges összeállításánál legalább is mérlegelés tárgyává tehető. Legnagyobb hiányossága a mortalitási statisztikának az, hogy számos betegség elterjedéséről egyáltalában nem tájékoztat, mert a spontán vagy szakszerű beavatkozás révén gyógyult eseteket nem tudja összefogni. És különösen a visszapillantó adatgyüjtéseket kell nagyon óvatosan kezelni, mert az orvosi diagnosztika fejlődése, valamint az adatszolgáltatás javulása a mortalitási eredményeken kétségtelenül markáns nyomokat hagyott. Mindezeknek az ellenvetéseknek hangoztatása mellett gondoljunk arra, hogy a mortalitási statisztika összeállítása nem cél, hanem csak eszköz arra, hogy az egyes kórformák szociálpathológiai vonatkozásait tisztázzuk s abból az adatok gondos mérlegelése után következtetéseket, tanulságokat vonjunk le, melyek az egészségvédelmi kultúra fejlesztésében hasznosíthatók.

Ha a tuberkulózis, a rák vagy más kórformák szerepét kutatjuk a halandóságban, akkor is számolnunk kell a fentebb felsorolt ellenvetésekkel s nagy hibákat követnénk el, ha ezeket a konkluziók kiformálásában nem vennénk figyelembe. Sokszor hangoztattuk, hogy számos hibaforrást kikapcsolunk már azzal is, hogyha csak a székesfőváros mortalitási anyagát használjuk fel részletesebb kutatásra. Különösen akkor kell erre az álláspontra helyezkednünk, ha a veneriás betegségek által okozott mortalitást vizsgáljuk, amely törekvésünkben a dolog természetéből folyó speciális nehézségek merülnek fel. Elsősorban le kell szegeznünk, hogy a mortalitásban csak a szifilisz által okozott haláleseteket lelhetjük fel, mert a kankó csak nagyon elvétve, a lágyfekély pedig úgyszólván sohasem okoz olyan mélyreható pathologiai elváltozásokat az emberi szervezetben, melyek halálhoz vezetnek. Már ez a megállapítás is erős korlátokat von kutató munkánk köré s a veneriás betegségek elterjedettségének a mortalitási anyag alapján történendő megállapítását csak a szifiliszmortalitás megfigyelésére szorítja. De nemcsak ez a körülmény jelent nehézséget, mely a vizsgálódást egyáltalában szűkebb területre szorítja, hanem ezt még fokozzák a szifilisznek azok a sajátosságai, hogy a szifilisz a gyermekkori veleszületett és direkt feljegyezhető típusán kívül a következményes kórformák egész sora alakjában pusztítja az emberiséget. Ez az egyszerű oka annak, hogy a szifilisz által okozott halálesetek legnagyobb része különböző haláloki rubrikákban kerül regisztrálásra. Ha tehát a szifilisz mortalitását keressük, úgy a haláloki rovatok egész sorából kell az idetartozó haláleseteket kiszedegetnünk, ami, sajnos, a hibaforrásokat nagyon meg-

szaporítja. A nehézség azonban áthidalható s a fenyegető tévedések jórészben elháríthatók, mint azt Leredde párizsi professzor még 1913-ban kimutatta. Leredde úgy az általa, mint számos más szerző által közzétett anyagból indult ki, mely arra a célra készült, hogy az egyes halálokok gyakoriságában a szifilisz szerepe tisztáztassék. Az idevágó adatokra támaszkodva Leredde megállapította, hogy a szifilisz mortalitásához tartozik a szifilisz congenita, a tabes és paralysis progressíva rovata teljes egészében, de ezenkívül a májzsugorodás által okozott halálesetek egyötöde, az idült veselob esetek egyötöde, a szervi szívbaj haláloki rovat egyharmada, az angina pectoris háromnegyede, az aneurysma, aortitis és más érmegbetegedések fele, a cerebralis haemorrhagiák, apoplexiák, a közelebbi meghatározásnélküli paralysis esetek és nem tabetikus eredetű hátgerincbajok egyharmada, az encephalitis, nem tuberkulotikus aetiologiájú agyhártyalob és epilepsia egytizede s végül a nem gümőkóros eredetű csontbajok, heveny veselob és hirtelen halálesetek nek szintén egytizede. Így derült ki, hogy bár Párizsban hivatalosan a szifiliszmortalitás az összhalandóságnak csak 0·25%-át reprezentálta, a valóságban annak kereken 7%-a volt.

Leredde vizsgálatait nemsokára Brüsszelben Bayet professzor megismételte és megállapította, hogy 1913-ban a szifiliszhalandóság az összmortalitásnak 11%-ára rúgott. Bayet ezt az eredményt még más számítással is elfogadhatóvá tudta tenni. Abból indult ki, hogy Brüsszelben a 25 évnél idősebbek 15%-a szifilisszel fertőzve van. Így a 105.692 huszonöt évnél idősebb lakó közül 15.863. És mivel a szifilisszel fertőzötteknek átlag $^1/_3$-a ebben a bajban pusztul el, a fenti számok alapján ez pontosan 5286 lélek. A rendelkezésére állott adatokból kiolvashatta, hogy a 25 évesek átlagos várható élettartama 24 esztendő, amit a szifilisz átlag négy évvel rövidít meg, miért is a fentebb nyert eredményt 20 évre kellett elosztani. Tehát egy esztendőre ezzel a számítással 263 szifiliszes haláleset jutott, ami közel egyezik a Leredde-skála szerint talált 282 halálesettel.

Azokat a pontos klinikai és boncolási adatokat, melyek Leredde és Bayet kísérleteinek helyességét igazolják, illetve annak bázisául szolgálnak, majd saját anyagunk bemutatásánál fogjuk előterjeszteni, de már az eddig közöltek alapján is láthatjuk, hogy ez a módszer nagyon megfelel a szifilisz mortalitásának kifürkészésére. Leredde viszonyszámai nem erőltetetten magasak, hanem elég szerényen vannak meghatározva és minden tendenciózus túlzástól mentesek. Mivel belátható időn belül megfelelőbb vagy pontosabb szifiliszmortalitási statisztikát amúgy sem tudunk összeállítani, kénytelenek vagyunk ezzel megelégedni. Említettük már, hogy a statisztika nem cél, hanem csak eszköz a való helyzet megvilágítására és ezzel egyidejűleg az asszanáció irányítására. Az azonos hibaforásokkal bíró szifiliszmortalitási eredmények helyi és időbeli eltéréseit kutató munkánkban tehát a Leredde-kulcsot a statisztikai törvényszerűségek ellen való durvább

vétkezés nélkül alkalmazhatjuk. És ha elfogadjuk a Leredde-kulcsot a szifiliszmortalitás egyszerű indexeinek kiszámításában, akkor megvan a jogosultsága annak, hogy ennek a különböző demográfiai kombinációk szerint való eltolódását is behatóbb megfigyelés alá vegyük. Doros Gábor egyetemi magántanár régebbi kitűnő munkájában, mely a Leredde-kulcs alkalmazásának Magyarországon első kísérlete volt, arra az eredményre jutott, hogy a szifiliszhalandóság indexei a városokban jóval magasabbak, mint a vidéken, sőt Budapesté kiemelkedően az első helyen áll. A topografiailag szétbontott szifiliszmortalitás nagy fáradsággal kiszámolt arányszámai tehát nagyon megfelelnek a gyakorlati tapasztalásoknak s így a valóságnak is. Nemcsak a módszer szellemessége és tetszetőssége, valamint Doros szép eredménnyel végződött kezdeményezése csábít arra, hogy a székesfőváros szifiliszhalandóságát Leredde-kulccsal szintén meghatározzuk, hanem felbátorít erre még az a régi tapasztalás is, hogy az alapanyag az országos mortalitási statisztikánál jóval megbízhatóbb s így az egyik hibaforrás nagyjából elesik.

A székesfőváros statisztikai hivatalának táblázatában 19 olyan rovatot találtunk, melyekben a szifiliszes haláleseteket besorozzák. Ezeknek lajstromát alant terjesztjük elő:

veleszületett bujakór,	szerzett bujakór,	egyéb alkati bajok,	agyhártyalob,
13	13/a	31	32
$^1/_1$	$^1/_1$	$^1/_{10}$	$^1/_{10}$
terjedő hűdés,	egyéb agybajok,	hátgerincsorvadás,	egyéb gerincbajok,
34	35	36	37
$^1/_1$	$^1/_3$	$^1/_1$	$^1/_3$
egyéb idegbajok,	szívbajok,	ütérelmeszesedés,	egyéb vérkering. bajok,
38	39—42	43	45
$^1/_3$	$^2/_5$	$^1/_2$	$^1/_2$
agyguta,	májzsugor,	veselob,	csontbajok,
44	64	68	73
$^1/_3$	$^1/_5$	$^1/_5$	$^1/_{10}$
veleszületett gyengeség,	szívhűdés,	egyéb hiányos jelzés.	
74	77	78	
$^1/_2$	$^1/_{10}$	$^1/_{10}$	

A halálokok alá írott számok közül a felsősor azt jelenti, hogy a halálok a székesfőváros nomenclaturájában milyen sorrendi helyet foglal el. Ez alatt pedig a Leredde-kulcs megfelelő viszonyszámai vannak feltüntetve. Az eredeti sémától csak ott tértünk el, hol a haláloki táblázat rovatai arra kényszerítettek. De mindig az eredeti Leredde-féle szerény viszonyszámokat tartottuk szemünk előtt s nem tértünk át Leredde későbbi és Bayet magasabb kulcsot alkalmazó sémájára.

Számításunk korántsem lesz tökéletes, de tökéletességet ma semmiféle módszerrel se lehet elérni. Minden bizonnyal helyesebb, ha tökéletlenebb módszerrel is, de mégis megkíséreljük a szifilisz pusztítását számokkal illusztrálni. A módszer minden hiányossága dacára kénytelenek vagyunk a nyers indexeken túlmenőleg a vizsgálódást a különböző demográfiai kombinációkban is követni, mert bízunk abban, hogy ezzel új és a szifilisz elleni küzdelemben értékesíthető megismerésekre bukkanunk.

Az egészségvédelmi kultúra fejlődésével nagy eltolódások mennek végbe a haláloki táblázatokban, melyek exakt statisztikai módszerekkel mérhetők. Ezeket alaposabban meg kell ismernünk, mert különben a gyakorlati védekezésnek, az egészségügyi politikának nincs szilárd alapja. Ennek megteremtése sarkal bennünket, midőn a veneriás betegségek elterjedettségének szemléltetésére alkalmas morbiditási és mortalitási adatokat összegyüjtjük, szakszerűen feldolgozzuk és a modern pathologiai tételek legmesszebbmenő figyelembevételével magyarázni próbáljuk.

VI.

A szifiliszhalandóság Budapesten.

A körülmények kényszerítő hatása alatt időnként nemcsak az egyes kórfolyamatokból alkotott véleményünket, hanem az egészségügyi politika célkitűzéseit is revizió alá kell vennünk. Az új észlelések és megismerések szédületesen gyarapodó tömege szinte kikényszeríti, hogy a haladás tempóját legalább egy-egy pillanatra lefékezzük és hátra-előre pillantva mérlegeljük a kialakult helyzetet. Az ilyen higgadt körülszemlélődés parancsoló kötelességgé válik, midőn a válságos gazdasági közviszonyok s az állami költségvetés ridegen kiszabott keretei az egészségügyi közigazgatás alkotó munkáját mereven elhatárolják. A tudományos eredmények és anyagi adottságok teljes összehangolása képesíthet csak reális programm kialakítására, amely nélkül az egészségvédelmi kultúra fejlesztésére irányuló tevékenység csak ötletszerű, kapkodó vagy szétfolyó lehet. A reálisan konstruált egészségügyi politika számol a felhasználható szellemi és anyagi erőforrásokkal, széles alapon kutatja a nemzettörzs vitalitását támadó ártalmakat és ott avatkozik be, ott gyógyít, hol leginkább sajognak a társadalom sebei.

Amióta a társadalom élet- és korjelenségeinek megfigyelésére kiforrott módszerrel rendelkezünk és amióta az idevágó adatok begyüjtése állandóan és nagy intenzitással folyik, már nem tapogatódzunk sötétségben. Szakszerűen összeállított adatgyüjteményünk ugyanis nemcsak elméleti értékű, hanem talán elsősorban arra a célra szolgál, hogy abból olyan tapasztalásokat olvassunk ki, melyek a népesség egészségének védelmére mihamarabb hasznosíthatók. Az egészségvédelmi kultúra fejlesztésére irányuló munkát tehát ma már nem a véletlen vezeti, hanem minden ok arra kényszerít, hogy az egészségügyi asszanáció pontos statisztikai adatgyüjtések útmutatásához idomuljon. Ezzel egyidejűleg nagyon kívánatos, hogy a tett intézkedések eredményességét is ezzel az exakt módszerrel ellenőrizzük.

A hivatalos statisztikai organizáció munkaterületét az idők folyamán annyira kiszélesítette, hogy az egészségügyi közállapotokról ma már nemcsak felületes, hanem a részletekben is jól kidolgozott képet tudunk rajzolni. Azok közül az adatcsoportok közül, melyek az egészségügyi közviszonyok

MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYVTÁRA

felmérésére alkalmasak, elsősorban a haláloki statisztika fejlődött hatalmas gyüjteménnyé, mely szemléltetően illusztrálja, hogy az egyes kórtípusok milyen szerepet játszanak a halandóságban. A haláloki statisztika nagy gondossággal készül, miért is elsősorban a nagyvárosok mortalitási anyaga részletes analizisre is nyugodtan felhasználható. Mégis, mint arról már megemlékeztünk, a mortalitási statisztikát az utóbbi időkben nagyon sok támadás éri. Az ellenvetésekben azonban sok a szubjektív animozitás, mert amennyire igaz, hogy biztos diagnózist csak boncolással lehet megállapítani, nem kétséges, hogy az adatgyüjtés hibái periodikusan ismétlődnek s így a kellő kritika alkalmazásával praktikusan a való helyzetről tájékoztatnak. A nagyobb városokban még hozzá kétely esetén orvosrendőri boncolást is végeztetnek és kizárólag orvosok halottkémlelnek. Így a mortalitási anyagot már nehéz alapjában támadni. De még az intercurrens betegségekben történt elhalálozások sem hamisítják meg az adatgyüjteményt, mert a haláleset felvételénél nagyobb városokban mindenütt kutatják az előrement megbetegedéseket, amelynek alapján a valóságos halálok megállapításában annak szerepe is mérlegelhető. Legnagyobb hiányossága a mortalitási statisztikának, hogy számos betegség elterjedettségéről egyáltalában nem tájékoztat, mert a spontán vagy szakszerű kezelés révén meggyógyult eseteket nem tudja összefogni. Érdekes, hogy a mortalitási statisztikának ezt az igazán sebezhető pontját támadják legkevésbbé. Az se cáfolható, hogy különösen a messzebb multba visszanyúló adattömegeket különösen nagy óvatossággal kell elemezni, mert a diagnosztika haladása, az adatszolgáltatás fejlődése minden külső egyéb körülménytől függetlenül egymagában erősen befolyásolta a halálokok számszerű viselkedését. És sohase felejtsük el, hogy a mortalitási statisztika összeállítása nem cél, hanem csak eszköz az egészségügyi közállapotok felmérésére. Minden erővel törekedjünk az adatszolgáltatás és adatgyüjtés tökéletesítésére, de tartsuk mindig szemünk előtt, hogy a legfontosabb mindenekelőtt az anyag alapos megismerése és higgadt kritikája.

Ha a tuberkulózis, a rák vagy más kórformák szerepét kutatjuk a halálozások előidézésében, akkor is számolnunk kell a fentemlített ellenvetésekkel. Pedig számos hibaforrást kikapcsolunk már csak azzal az eljárásunkkal is, hogy részletesebb vizsgálódásra csak a székesfőváros anyagát használjuk fel. A veneriás betegségek által okozott mortalitás elemzésében a támadási felület a dolog természetéből kifolyólag csak kiszélesedik. Ezzel szemben azonban a vizsgálódás területe összezsugorodik, mert a mortalitásban megfigyelhető mennyiségben csakis a szifilisz által okozott haláleseteket találjuk meg, hiszen — mint említettük — köztudomású, hogy a kankó csak nagyon elvétve, a lágyfekély pedig úgyszólván sohasem okoz olyan mélyreható pathológiai elváltozásokat az emberi szervezetben, melyek halálhoz vezetnének. Ezért a mortalitási anyagon történő vizsgálódásunk csak a

szifiliszmortalitás kutatására szorítkozhatik. A szifiliszmortalitás vizsgálata kétségtelenül igen nehéz feladat, de szükségünk van erre, mert mint láttuk a hozzávetőleges becslések, valamint a csak pillanatfelvételeket jelentő, időszakos morbiditási adatgyüjtések nem képezhetnek elég szilárd bázist az egészségügyi politika irányítására és megfelelő asszanációs programm kidolgozására.

Régen elmult az ideje annak, mikor a szifiliszt lokális avagy bőrbetegségnek tarthatták, mert ma már tisztán látjuk, hogy a szifiliszes fertőződés eseteiben a szervezet általános intoxikációjával van dolgunk, melynek tragikus kifejlődését feltartani nem könnyű, hanem orvos és beteg részéről sok türelmet igénylő kemény munka. A szifilisszel történt fertőzést az elváltozásoknak olyan széles skálája követi, hogy a szifiliszmortalitás jelentőségének megértése okából ezen röviden és rekapituláció céljából végig kell pillantanunk.

A túlnyomó többségben kohabitáció útján történt fertőzés után körülbelül három-négy hét mulva lép fel az infekció helyén a jellegzetes keményfekély. Ez az első jelenség olyan minimális lehet, hogy a felületes beteg azt észre sem veszi. Az ilyen kezeletlen esetek azután hosszú évek mulva kerülnek orvos kezébe, amikor már az eredményes reparációról nem mindig lehet szó. Az infekció megtörténte után körülbelül hat héttel a regionális nyirokutak és nyirokcsomók fájdalom nélküli duzzadása és keményedése következik. További három hét mulva, tehát az infekció után körülbelül kilenc héttel mutatkoznak azok a jelenségek, azok az efflorescentiák, melyek együtt a szifilisz II. stádiumát jelentik. Ezek azután az első 3—5 éven belül recidivák formájában, főleg a bőrön és nyálkahártyákon észlelhetők, mint egyes kórjelenségek. A nyirokmirigyduzzanatok általánosulnak, demonstrálván, hogy a spirochäták ezen az úton árasztják el a szervezetet. A bőrjelenségek kezdetben vörös foltok, később csomók, szétesésre hajlamos pusztulák lehetnek, az egész köztakarón, de főleg a genitáliákon vagy az anus körül. Azonban már a II. stádiumban felléphetnek olyan jelenségek is, melyek az idegrendszer bántalmazottságát igazolják (faciális bénulás). A II. stádium után évekkel, akár évtizedekkel következik a III. stádium, sokszor még olyan esetekben, midőn előzőleg arra semmiféle jel se utalt. Ebben a stádiumban mutatkoznak a gummák a mozgási szerveken: csontokban, izmokban, de egyéb belső szervekben is. Ide tartoznak a vérkeringési szervek specifikus elváltozásai, az aortafal gummosus infiltrációja, mely az ér falának ellenállóképességét felőrli s mihamarabb előttünk áll az aneurysma reménytelen kórképe. Sok hirtelen halálesetnek ez a magyarázata. Az idegrendszer részéről a tabes dorsalis és a paralysis progressiva, valamint a syphilis cerebri bírnak, mint súlyos kórformák különös jelentőséggel.

Egészen külön kell a veleszületett szifilisz eseteit röviden rekapitulálnunk. Régebben örökölt szifiliszről beszéltek, de ez a felfogás lassan

tarthatatlannak bizonyult, mert beigazolódott, hogy az infekció a méhen belül történik. A szakirodalom közlései szerint legkorábban csak négyhónapos magzatban sikerült a fertőzést igazolni s így valószínűnek látjuk, hogy az 1—3 hónapokban történt vetélések a szifiliszfertőzéssel alig függhetnek össze. Annál inkább a kora-és halvaszületések, melyeknél az anya vére rendesen pozitív szeroreakciót ad. A szifiliszes fertőzéssel világra került gyermek atrophiás, közel áll a pusztuláshoz. Egyeseknél külső jelek a megszületés pillanatában nem mindig észlelhetők s csak későbbi erupció fedi fel a valót, rendesen az első vagy a második hónap végén. Az ötödik hótól az ötödik évig jelentkező tünetek esetén recidiváló veleszületett szifiliszről szólunk, az ötödik évtől akár 15—16 éves korig késői veleszületett szifiliszről. Ilyen esetekben is sokféle tünetek uralhatják a kórképet, amennyiben lehet, hogy a csontok, máj, lép, pankreas, vesék bántalmazottak, de specifikus eredetű süketség, keratitis parenchymatosa, agyszifilisz, sőt juvenilis hátgerincsorvadás vagy agylágyulás is észlelhetők.

Tehát úgy a szerzett, mint a veleszületett szifilisz nagyon különböző kórképeket idézhetnek elő. Ebben rejlik a nehézsége annak, hogy a szifilisz mortalitását más halálokok mintájára regisztrálhassuk. Kétségtelen, hogy a szifilisz már a magzat megszületése előtt kifejtheti szörnyen káros hatását, mely koraszületések és halvaszületések számszerű feljegyzésével mérhető. Ezzel a komoly problémával már előzőleg külön fejezetben foglalkoztunk, itt csak annyit említünk, hogy a székesfővárosban az 1921—1925 esztendők átlagában 656 halvaszületés fordult elő, melynek körülbelül 40%-a, tehát évenként 263 halvaszületés írható a szifilisz rovására. A veleszületett szifiliszben szenvedők sorsa különleges megítélést igényel, miért is először ezekkel az esetekkel fogunk foglalkozni. A probléma jelentőségét fényesen demonstrálják Ross angol adatai, melyek szerint a szifiliszes újszülöttek 78%-a az első életévében elpusztul, de az életben maradottaknak még további tekintélyes része meghal a gyermekévek alatt, miért is a teljes veszteség 83%-ra tehető. Ehlers ezeket az eredményeket mindenben megerősíti, mert 80—90%-ra becsüli a szifiliszes fertőzéssel szülöttek halandóságát. A gyermekévek veleszületett szifiliszes mortalitásáról a következő berlini adatok is tanulságos felvilágosítással szolgálnak.

1. A veleszületett szifiliszben történt halálozások Berlinben az első életév első hónapjában napok szerint. — 1904—1918.

Naptári év	Napok száma							
	0—1		1—7		7—15		15—30	
	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány
1904—1908	26	30	24	25	25	16	51	40
1909—1913	60	47	42	19	29	30	45	33
1914—1918	33	21	17	16	19	15	15	23

Tehát nem kétséges, hogy a veleszületett szifilisz a fertőzött újszülöttekkel gyorsan végez, hiszen az első hónapban elhaltaknak átlagban fele már az első hét nap alatt elpusztul. Még érdekesebb a következő tabella, mely a veleszületett szifiliszben szenvedők halandóságát az első évben hónapok szerint regisztrálja.

2. A veleszületett szifiliszben történt halálozások Berlinben az első életévben hónapok szerint. 1904—1918.

Naptári év	Hónapok száma																							
	0—1		1—2		2—3		3—4		4—5		5—6		6—7		7—8		8—9		9—10		10—11		11—12	
	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány
1904—1908 ...	126	111	98	78	87	62	49	30	28	22	15	7	6	4	6	6	3	0	4	3	1	5	2	0
1909—1913 ...	176	129	83	50	68	54	27	30	26	18	11	16	4	3	4	6	2	2	3	2	1	2	2	2
1914—1918 ...	84	75	46	36	30	37	20	12	11	10	3	8	7	3	5	1	1	5	4	2	1	1	3	1

Az egyéves átlagban elhalt összes szifiliszes gyermekek 9%-a, kereken egytizede a születés utáni első napra esett, kereken fele az első hét napra. Hónapok szerint megosztva az anyagot kiderül, hogy a mortalitás súlypontja az első életév első hónapjára esik s ezután a második hónap következik a veszteségi sorrendben. Az első két hónap halandósága messze felülmúlja a következő tíz hónap veszteségét. A halandóság hónaponként fokozatosan csökken s a hatodik hónap után már relatíve elég alacsony. Nézzük most az első öt gyermekév halandóságának alakulását!

3. A veleszületett szifiliszben történt halálozások Berlinben az első öt gyermekévben. 1904—1918.

Naptári év	Évek száma									
	0—1		1—2		2—3		3—4		4—5	
	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány	fiú	leány
1904—1908	425	328	12	8	0	3	0	0	1	0
1909—1913	407	314	6	5	4	4	1	2	0	1
1914—1918	215	191	1	6	1	1	0	0	1	2

A berlini anyag elemzéséből kitűnik, hogy valóban az első esztendő mortalitása a katasztrófális. Az 1904. és 1918. esztendők között eltelt tizenöt év alatt veleszületett szifiliszben összesen 1939 gyermek pusztult el, ebből is 1880, tehát 97% az első életévében és csak 59, vagyis 3·0% a következő négy életévben, annak zöme is a második életévben. Nemek szerint szétbontva az anyagot azt találjuk, hogy a veleszületett szifiliszben elhalt 1939 gyermek közül 1074 volt fiú és 865 leány, tehát a fiúk mortalitása úgy viszonylik a leányokéhoz, mint 1·24 viszonylik az 1·00-hez.

Székesfővárosunk mortalitási statisztikája az idevágó anyagot nem részletezi ennyire, de azért mégis felhasználjuk azt az előzőkkel való összevetésre.

4. A veleszületett szifiliszben történt elhalálozások a székesfővárosban. 1921—1928.

Év	Fi	Nő	Együtt
1921	57	54	111
1922	63	42	105
1923	46	35	81
1924	52	33	85
1925	38	28	66
1926	29	31	60
1927	22	19	41
1928	22	18	40

Budapesten a székesfővárosi statisztikai hivatal adatai szerint az 1921—1928. években összesen 589 gyermek pusztult el veleszületett szifilisz miatt. Ezek közül 329 volt fiú és 260 leány, tehát a fiúkra esik a veleszületett szifiliszhalandóság 55·6%-a, a leányokra 44·4%-a, tehát a fiúk szifiliszhalandósága így viszonylik a leányokéhoz, mint 1·25 viszonylik az 1·00-hez. Az arány tehát a berlini anyagon talált viszonyszámmal majdnem hajszálra egyezik.

5. A veleszületett szifiliszben történt elhalálozások korcsoportok szerint a székesfővárosban. — 1924—1928.

Év	Korcsoportok szerint					Összesen
	0—1	1—5	5—10	10—15	15—20	
1924	77	7	—	1	0	85
1925	64	1	—	—	1	66
1926	59	—	—	1	—	60
1927	38	1	—	1	1	41
1928	35	4	—	1	—	40

Ezen adatok szerint a székesfővárosban 1924-től 1928-ig összesen 292 gyermek halt meg veleszületett szifilisz következtében, ebből 273 egy éven aluli volt, tehát az első esztendőben 93·5% esett a szifilisz áldozatául. A székesfőváros veleszületett szifilisz által okozott halandóságának további részletezését későbbre tartjuk fenn s most ennek a rovatnak országos viszonylatban való megvizsgálására térünk át. Doros a m. kir. központi statisztikai hivatal évkönyveiből 1899-ig visszamenően emelte ki az idevágó adatokat. A bujakór feliratot vise ő rubrikát sikerült két csoportra bontani, nevezetesen az ebben a rovatban szereplő abszolut számokat az elhaltak hét éven aluli vagy hét éven felüli kora szerint megosztani. Az adatok legfelületesebb áttekintéséből is érdekes képet nyerünk.

6. A bujakór rovatban feltüntetett halandóság Magyarországon. — 1899—1928.

Év	Hét éven aluli	Hét éven felüli	Összesen	Év	Hét éven aluli	Hét éven felüli	Összesen
1899	326	45	371	1914	598	95	693
1900	458	49	507	1915	469	78	547
1901	404	49	453	1916	456	60	516
1902	456	52	508	1917	451	107	558
1903	434	54	488	1918	418	81	499
1904	431	59	490	1919[1])	285	49	334
1905	447	58	505	1920	385	49	434
1906	468	51	519	1921	358	76	434
1907	406	74	480	1922	368	64	432
1908	477	68	545	1923	371	68	439
1909	479	73	552	1924	343	93	436
1910	522	55	577	1925	345	81	426
1911	542	86	628	1926	352	58	410
1912	523	98	621	1927	332	71	403
1913	541	66	607	1928	249	77	326

Az egész országra vonatkozó haláloki adatgyüjtésnek, mint arra már igen sokszor rámutattunk, számos eredendő hibája van. Ezért nem tartottuk érdemesnek a fenti adatoknak indexekké való kiszámítását. Sajnos, a szifilisz mortalitásának megítélésére csak a fenti adatok képezik a hivatalos támpontot. Később majd meggyőzően fogjuk demonstrálni, hogy ebből az adatgyüjteményből kimarad a szifiliszhalandóság legnagyobb része, most azonban csak azt kívánjuk hangsúlyozni, hogy még a hét éven aluliak szifiliszmortalitása se fedi még praktikusan sem a veleszületett szifiliszhalandóságot, mert elsősorban a vidéki újszülöttek specifikus elhalálozásának jelentékeny tömege minden valószínűség szerint kimaradt ebből a rovatból s az idetartozó esetek jó része a »veleszületett gyengeség« és a »korai születés« rubrikáiba került. A szifilisz mortalitás regisztrálásának hibájára rávilágít az a tapasztalás is, hogy míg 1919-től 1928-ig 3388 hét éven aluli, addig csak 686 hét éven felüli halt meg szifilisz miatt Csonkamagyarországon. Ezek szerint a szifilisz mortalitás 83·2%-a esnék a hét éven aluliakra és sovány 16·8%-a a hét éven felüliekre. A székesfőváros szifiliszhalandóságát ugyanilyen megosztásban nem sikerült összeállítanunk, de akkor is, ha nem a hét, ellenben a tíz éven aluliakat fogjuk egy csoportba, azt az eredményt nyerjük, hogy a tíz éven aluliakra esik a szifiliszhalandóság 23·9%-a, viszont a tíz éven felüliekre annak 76·1%-a. Nem kell ezekután bővebb kommentár annak további illusztrálására, hogy az országos adatgyüjteményből a szifilisz által okozott halandóságnak milyen hatalmas tömege hiányzik. Nehéz volna a veleszületett szifilisz miatt elkallódott eseteket egyenként felkutatni s így csak néhány jellemző adattal igazoljuk a szifilisz rettenetes csecsemőpusztítását. Matusovszky a budapesti egyetemi I. számú női klinika anyagán

[1]) Az 1919. évtől Csonka-Magyarországra vonatkozó adatok.

végzett értékes vizsgálatokat, melyek szerint 1920. évi január hó 1-től 1923. évi július hó 1-ig a klinikán 173 olyan szifiliszes anya szült, ki a betegsége ellen sohasem részesült kezelésben. Ezek közül csak 63 szült (36·4%) tünetmentes csecsemőt, 40 érett és 23 kora magzatot. Az első hét folyamán elhalt csecsemőket levonva Matusovszky megállapította, hogy a szifiliszes szülőknek csupán 26%-a hagyta el egészségesnek látszó, élő csecsemővel a klinikát. A többi vagy szifiliszes gyermeket szült (15·6%), vagy halott és macerált magzatot hozott a világra (6·3%, illetve 35·2%) s végül hat asszonynak újszülöttje éretlen, a méhen kívüli életre képtelen volt. Matusovszky adatai szerint az újszülötteknek 52%-a élve jött a világra, ezek közül 30% szifiliszes jelekkel, 70% anélkül. Az egészségeseknek látszók közül 63·5% volt érett és 36·5% koraszülött gyermek. Ezzel szemben a kifejezett szifiliszes jelekkel születtek közül csak 18·5% volt érett és 81·5 kora gyermek. Jellemző végül, hogy a fertőződés jeleit nem mutató csecsemők 30%-a, a szifiliseseknek azonban 80%-a a születést követő első héten elpusztult. Ezek az érdekes adatok demonstrálják, hogy a szifiliszfertőződés milyen gyorsan végzetes kihatással van a csecsemők sorsára, de egyúttal azt is sejtetik, hogy ezek a szomorú esetek jóval gyakoribbak, mint azt a m. kir. központi statisztikai hivatal kimutatásából látjuk.

Nagyon hiányosnak kell a szifiliszmortalitás statisztikáját tartanunk, hiszen az elsőrendű szakemberek egész sora igen magasra teszi a szifilisz lethalitását. Így Nékám professzor komoly megfontolások alapján 20%-ra becsülte a szifilisz lethalitását. Még ennél is magasabb viszonyszámot talált a speciálisan ebből a célból kiküldött angol orvosbizottság, mely 1916-ban kimutatta, hogy Angliában a felső- és középosztályból 1000 szifiliszes betegre 302 halálozás jut, tehát a szifilisz lethalitása kereken 30%. Ezek az eredmények aztán nagyon indokolttá teszik kontinuens és a lehetőséghez mérten minél megbízhatóbb szifilisz halálozási adatgyüjtemény megteremtését.

Már az előzőkben szólottunk arról, hogy a szifilisz hosszú lefolyású megbetegedés, mely elhanyagolt esetekben, a fertőzés után évekkel, esetleg évtizedekkel is olyan kórjelenségekkel léphet előtérbe, amelyek rövidesen az emberi szervezet pusztulásához vezetnek. De Ricord Phillipnek 1831-től 1837-ig végzett klasszikus kísérletei óta, melyek a szifilisznek a kankótól való különállását végérvényesen bebizonyították, hosszú idő telt el, míg a szifilisz által okozott különféle kórjelenségeket és kórformákat pontosabban megismertük. Lehetetlenség a szifiliszhalandóság viselkedését helyesen megítélni anélkül, hogy a szifilidologia nagyobbjelentőségű megismeréseit időrendben figyelembe ne vegyük. Az első nagyon lényeges tapasztalás Rinecker (Würzburg) nevéhez fűződik, ki már 1852-ben tudta, hogy a szifilisz még a második stádiumban, a nedvedző papulák váladéka révén is fertőző. Ezt a tényt Bassereau 1859-ben szintén demonstrálta. Wirchownak 1858-ban megjelent klasszikus munkája szintén elementáris erővel világította meg a szifilisz

látszólagosan látens periódusát, valamint a szifiliszes infekció hatására bekövetkező viszcerális pathologiai elváltozásokat. A szakirodalom közlései szerint már a mult században leírták egyes szerzők a szifilisz késői, de leggyakoribb lokalizációját, a specifikus aortabántalmakat. Wilks 1863-ban, Hertz 1873-ban, Helmstädter 1873-ban és Heiberg 1877-ben számoltak be észleléseikről, melyek az aortafal gummás-heges elváltozásaira vonatkoztak. Doehle 1885-ben közölte az első pontos kórbonctani leírást s annak megjelölésére az aortitis syphilitica elnevezést ajánlotta. Heller a kieli pathologiai iskola munkálatait 1899-ben a müncheni pathologiai kongresszuson összefoglalta és hangsúlyozta, hogy az aortitis syphilitica gyakori elváltozás és gyakran oka az aneurysma keletkezésének. Fejtegetései nagy ellenzéssel találkoztak, de alig három esztendővel később a kérdés újból megvitatás tárgyát képezte, amikor Chiari az aorta szifiliszes eredetű elváltozásának előadása közben a mesaortitis productiva elnevezést ajánlotta. Ugyanakkor Benda az aneurysma keletkezéséről szólott s ezt a kórfolyamatot szifiliszes aortaskleroz'snak nevezte el. Az aortitis syphilitica kérdése ezzel az érdeklődés tengelyébe került s számos közlemény járult gyors egymásutánban a még homályos részletek tisztázásához. A kutatás megbízhatóbb alapot nyert, midőn 1905-ben Schaudinn és Hoffmann felismerik a spirochaeta pallidát, mint a szifilisz kórokozóját. Alig egy évvel később Reuter, majd Schmorl, Wrigth, Richardson a spirochaeta pallidát az aorta falában is ki tudták mutatni. Ezután gyorstempójú volt a haladás, hiszen Nogouchinak 1909-ben már sikerült a kórokozót tisztán tenyészteni s azzal mesterségesen szifiliszt előidézni. Közben 1906-ban a betegség diagnosztikájában is lényeges haladás történt, amikor Wassermann a róla elnevezett komplement kötési eljárást kidolgozta.

A szifilisz kórlényegének megismerése és diagnosztikájának tökéletesedése révén ráeszméltünk, hogy a szifilisz bár nagyot veszített erejéből, népirtása a középkor pándémiáihoz mérve nagyon lefékeződött, mégis igen előkelő szerepet foglal el a halálokok között. Csak a közelmultban hívta fel Engel Károly professzor a szakkörök figyelmét arra a körülményre, hogy annak ellenére, hogy a szifilidologusok a friss esetek számának csökkenését hirdetik, mégis szaporodás mutatkozik a zsigeri szifilisz betegedések tekintetében. Kétségtelen következménye ez a helyzet annak, hogy egyfelől a diagnosztika tökéletesedése mind több esetről fedi fel annak szifiliszes aetiologiáját, másfelől azonban demonstrálódik, hogy a fejlődő therápia mindenekelőtt a szifilisz fertőző stádiumának megrövidítésében ért el igazán komoly sikereket. Az egyik legnagyobb tekintély, Jadassohn elnöklete alatt tanácskozott nemzetközi fórum legutóbb 1928-ban fejezte ki elégedetlenségét a szifilisz therápiájával szemben és hangsúlyozta, hogy az aetiologiai kutatás, a diagnosztika haladása messze meghaladta a gyógyítás hatásfokának kimélyülését. A friss esetek számának apadása is kétségtelenül nagy eredmény, mely reményt ébreszt, hogy az emberiségnek ezt a fenyegető veszedelmét már

belátható időn belül sikerül valóban szűkebb korlátok közé szorítani. Számos szerző említi, hogy az utóbbi időkben eltünt a bőrgyógyászati osztályokról a tertiaer roncsoló bőr- és csontszifiliszben szenvedők tömege, ezzel szemben a belgyógyászati osztályok mindinkább megtelnek a zsigeri szifiliszes, avagy a központi idegrendszere lokalizálódott szifiliszes esetekkel. Sokan ezt a jelenséget a szifilisz modern therápiájának igyekeznek betudni s felveszik, mint Wilmans és Steiner, hogy a szalvarzánkezelés hatására a spirochaeták biológiája megváltozik, mert azok megszűnnek dermatotropok lenni és neurotropokká válnak. Erb, Nonne és Levaditi külön szifilisz-törzsek létezésére gondoltak annak magyarázatára, hogy az egyes országokban a szifilisz más és más lefolyást látszik mutatni. Támogatták ezt a felfogást azok a közlések is, melyek felhívták a figyelmet arra, hogy a közös forrásból eredett fertőzések nagyjából azonos lefolyást mutattak. Ezzel szemben azonban olyan észlelésekről is beszámoltak, melyek szerint a bennszülöttekről idegenekre átjutott fertőzések révén keletkezett megbetegedések a helyitől eltérő lefolyásúaknak bizonyultak. Ebből következik, hogy a szifilisz lefolyásában feltűnő különbségek nem a virusok eltéréseiből vagy a gyógyítás módjából, hanem elsősorban a betegek konstitucios eltolódásaiból magyarázandók. Világos tehát, hogy az emberi szervezetnek a szifilisszel szemben való viselkedése nem egységes. Egyesek ebből arra a konkluzióra jutottak, hogy a genius epidemicus sokszor emlegetett megváltozása a szifilisz endémiára is érvényes. Így Heller 1857-től 1870-ig negyedannyi aneurysmát észlelt, mint 1906—1914 körül, Coenen pedig az 1908—1914. években az aortitisek 22%-át, 1919—1923-ban már 43%-át tekintette szifiliszes eredetűnek. Hogy ezekből azután mennyi jut a diagnosztika haladására s az emelkedésből mennyi a valóság, azt nehéz volna eldönteni. Annyi bizonyos, hogy az utolsó két évtizedben szerzett tapasztalások szerint az aortitis syphilitica egyik leggyakoribb belső szifiliszes elváltozás, mely a beteg életét súlyosan fenyegeti.

Idevágó ismereteink mindjobban szélesedtek, hiszen ma már tudjuk, hogy az angina pectoris szomorú eseteinek körülbelül fele az aortitis syphilitica révén keletkezett. Az aortabillentyűk elégtelensége a 40 éven felüli betegeknél csak 5—25%-ban arteriosclerotikus származású s legalább 75%-ban szifiliszes a tiologiájú. Sőt a szívhalál eseteknek általában kétötöde vagy annál is több szintén előre ment szifiliszes fertőződésre vezethető vissza. Ugyancsak Engel professzor emeli ki, hogy erről a kórformáról, mely ma a legelőkelőbb halálokok között szerepel a régi tankönyvekben alig történik említés. Bizonyos tehát, hogy ezt a kórformát csak a legutóbbi időkben méltatták gyakoriságához mérve a kellő figyelemre. És nemcsak a belgyógyászati, hanem a kórbonctani diagnosztika is nagyot haladt ezen a téren s így valószínű, hogy a kórboncnokok feljegyzéseiben is gyakrabban szerepel ez a diagnózis. Tehát még akkor is, ha az aortitis syphiliticának csak relatív emelkedését fogadjuk el, ugyancsak számolnunk kell ennek a haláloknak markáns előretörésével.

A közölt statisztikák szerint az aortitis általában szaporodik! Langernek a berlini Rudolf Wirchow kórházból közölt boncolási statisztikája szerint a szifiliszeseknél az 1901—1907. esztendőkben 33·3%-ban talált aortitist, de 1915-ben már 65·3%-ban, sőt 1925-ben 87%-ban. Ugyancsak a szifiliszes aortabántalmak szaporodását igazolják boncanyagukon Jungmann és Uhl, valamint Gürich, ki a hamburg-eppendorfi-kórház anyagán 23.179 boncolás eredményképpen jutott erre az eredményre. Perdöntő bizonyíték arra, hogy az aortitis szaporodása nem áll az újabb therápiával oki összefüggésben, Fränkel statisztikája, mely szerint az aortitis emelkedése már a szalvarzán előtti időre esik. A hamburg-eppendorfi kórház anyagán kimutatta ugyanis, hogy 1909-ben 10, 1910-ben 17, 1911-ben 26 és 1912-ben 50 volt az aortitis esetek száma. Heller a berlini Charité-kórház boncolási anyagából kiszámította, hogy az aneurysma esetek 1857—1870-től 1910—1914-ig terjedő idő alatt négyszáznegyven százalékkal sűrűbben fordultak elő. Braun wieni statisztikája szerint 1901-től 1907-ig összesen 64 esetet észleltek, de ebből 34-et a legutolsó esztendőben, 1907-ben. A tabes dorsalissal és dementia paralyticával együttesen előforduló aortitisek is szaporodást mutatnak, mert Frisch és Löwenberg, Deutsch Béla, Coenen és Capella megfigyelései szerint a tabesszel együtt 33%-ban, paralysissel együtt 42%-ban kombinálódik az aortitis syphilitica. Itt is emelkedés mutatkozik, hiszen Coenen említi, hogy az 1908—1914. években az aortitis dementia paralyticával kombináltan csak 22%-ban fordult elő. Torday Árpád professzor, Zalka Ödön magántanár szívességéből a budapesti Szent István kórházi proszektúra idevágó anyagát is publikálta. Eszerint az 1903—1907. esztendőkben 2943 boncolás alkalmával 27 aortitis syphilitica esetet állapítottak meg (0·9%), ezzel szemben az 1923—1927. években 5494 boncoláskor 195 esetet (3·6%), tehát az emelkedés húsz év alatt kereken 300% volt. Torday professzor saját beteganyagára vonatkozó adatokat is közzétette. Osztályán 1924-ben 116 szervi szívbajban szenvedő beteget gyógyítottak, kik közül 55 szenvedett aortabántalmakban. Utóbbiak közül a klinikai jelek és a Wassermann reakció eredménye alapján 27-nél lehetett a szifiliszes kórokot diagnosztizálni, tehát az esetek 49-%ában. Az 1925. évben 107 szívbeteg közül 53 volt aortavitiumos és pedig szifiliszes eredetű 26, tehát ugyancsak 49%. Az 1926. esztendőben 128 szervi szívbajban szenvedő közül 57 volt aortabántalomban kínlódó s közöttük 27 szifiliszes, ami 47%-nak felel meg. S végül az 1927. esztendőben 97 vitiumos közül 57 volt aorta eredésű s ebből szifiliszes 25, tehát 45%. Az adatokból kitűnik, hogy a szervi szívbajoknak mintegy fele aortabántalomban szenvedett s ezeknek 50%-a, tehát az összes vitiumosok 25%-ának specifikus eredésű aortitis volt a betegsége. De Torday is felemlíti, hogy a boncolás nemcsak 50, hanem 80%-ban deríti ki a specifikus eredetű aortitiseket. Engel szerint az aortitis syphiliticában szenvedők 40%-a, Torday szerint 85%-a nem részesült speciális kezelésben.

Sok értékes adatot találtunk Buday László dr. kitűnő munkájában is, melyeket a szifiliszes billentyű elváltozások gyakoriságának megvilágítására szívesen reprodukálunk. Buday dr. a budapesti kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem I. számú kórbonctani intézetének jegyzőkönyveit dolgozta fel 1914-től 1925-ig.

Év	Boncolások száma	Billentyűelváltozások száma	%
1914	371	42	11·3
1915	338	56	16·6
1916	322	59	18·3
1917	341	39	11·4
1918	365	54	15·8
1919	323	41	12·7
1920	316	40	12·7
1921	357	57	16·0
1922	323	66	20·4
1923	317	51	16·1
1924	350	68	19·4
1925	367	55	15·0
Összesen....	**4.090**	**628**	**15·4**

A székesfővárosi Szent István kórház boncolási anyagában a következő eredményeket találta:

Év	Boncolások száma	Billentyűelváltozások száma	%
1913	948	142	15·0
1922	1.117	160	14·3

A Stefánia szegény gyermek kórházban 1914-től 1925-ig boncolt 1332 gyermek közül 44-nél találtak billentyű elváltozást, tehát az esetek 3·3%.

A billentyű elváltozások jellegük szerint az alanti tabellában foglaltak szerint oszlottak meg. Természetesen feljegyzésre kerültek az olyan esetek is, amelyek más halálok megjelöléssel kerültek boncolásra.

7. A billentyűelváltozások megoszlása jellegük szerint Buday László közlése nyomán. 1914—1925.

Megnevezés	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	Összesen	%	Szt. István kórházi eredmények %
Endocarditis rh.....	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	3	0·5	1·0
End. chr. fibrosa	15	26	29	17	27	16	12	17	21	114	21	17	232	36·9	35·8
E. chr. + e. verruca	4	2	6	4	5	4	4	8	14	9	13	8	81	12·9	11·3
End. luetica	8	7	8	5	9	6	9	10	6	8	13	15	104	16·6	18·9
E. ch. + e. luetica	1	—	—	—	1	2	—	—	—	1	1	—	6	0·9	1·3
E. ulcerosa acuta	3	2	1	1	2	—	1	3	2	2	3	2	22	3·5	2·3
E. ulc. ac. + chr. fibr. ...	—	1	—	1	—	2	—	3	—	—	1	1	9	1·4	2·0
End. lenta	1	—	—	1	1	—	—	2	2	1	2	1	11	1·7	4·0
E. lenta + chr. fibr.....	1	2	2	3	4	3	3	2	8	11	9	4	52	8·3	4·0
Gyógyult e. ulc.....	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	0·5	0·3
End. termin	5	8	6	4	3	2	3	6	4	3	3	6	53	8·4	10·9
Arteriosclerosis	1	1	2	—	—	4	5	2	3	1	—	1	20	3·2	4·0
Fejlődési hiba	1	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	5	0·8	1·6
Egyéb kombináció	—	1	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	5	0·8	0·0
Kétes	2	3	4	3	1	2	1	1	4	—	1	—	22	3·5	2·6

A billentyűhibák keletkezésében Buday szerint a rheumás fertőzések után a szifiliszes aetiológia a leggyakoribb. Az aortitis ráterjed a billentyűkre és azok elégtelenségét okozza. Minél magasabb korban halt meg a beteg, annál inkább jutnak túlsúlyra a degeneratív elváltozások. Az aortitis syphilitica — mint azt különben említettük — gyakori elváltozás, hiszen Hart ez esetek 8·0%-ában, Oberndorfer 8·9%-ában észlelte. Buday anyagában a szifiliszes billentyű elváltozások 2·7%-ban fordultak elő. Tabes dorsalis 14%-ban, dementia paralytica 8·0%-ban szövődött billentyű megbetegedéssel. Az endocarditis syphiliticának az összes boncolások számára vonatkoztatott viszonyszáma 1914-től 1925-ig a következő volt:

	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
%	2·4	2·4	2·5	1·5	2·7	2·5	2·8	2·5	2·2	2·8	4·0	4·1

Az emelkedés az utóbbi esztendőkben szembetűnő, pedig bizonyos, hogy a szifiliszes billentyű bajban szenvedők közül alig hal meg valaki intercurrens betegségben, mert az alapbaj kíméletlenül gyors lefolyású. Stadler szerint a betegség egy és háromnegyed, Sterzing szerint 2 és Bamberg szerint 1—1¼ év alatt halálhoz vezet. Buday 113 esetéből 83 esett a férfi és csak 30 a női nemre.

8. A székesfővárosi Szent Rókus-közkórház prosecturájának eredményei. — 1917—1927.

Megnevezés	Betegforgalom	Boncolások száma	Zsigeri szifilisz	Érrendszerbeli szifilisz	Idegrendszerbeli szifilisz	Veleszületett szifilisz	Összes szifiliszesetek
			a) *Abszolút számokban.*				
1917	15.550	407	1	10	2	—	13
1918	15.000	575	2	30	2	13	47
1919	15.285	542	3	23	1	18	45
1920	15.089	670	10	5	5	13	33
1921	21.230	678	6	11	4	13	34
1922	21.675	675	4	12	5	1	22
1923	17.255	747	5	16	4	3	28
1924	20.683	589	2	20	1	1	24
1925	18.786	576	2	15	2	1	20
1926	22.127	707	1	28	2	3	34
1927	22.687	774	6	30	12	8	56
			b) *Százalékokban.*				
1917	.	2·6	7·7	76·9	15·4	—	3·2
1918	.	3·8	4·3	63·8	4·3	27·6	8·2
1919	.	3·5	6·7	51·1	2·2	40·0	8·3
1920	.	4·4	30·3	15·2	15·2	39·3	4·9
Átlag	.	**3·6**	**12·3**	**51·7**	**9·2**	**26·8**	**6·1**
1921	.	3·2	17·6	32·4	11·8	38·2	5·0
1922	.	3·1	18·2	54·5	22·7	4·6	3·3
1923	.	4·3	17·9	57·1	14·3	10·7	3·7
1924	.	2·8	8·3	83·3	4·2	4·2	4·1
1925	.	3·1	10·0	75·0	10·0	5·0	3·5
Átlag		**3·3**	**14·5**	**60·4**	**12·6**	**12·5**	**3·9**
1926	.	3·2	2·9	82·4	5·9	8·8	4·8
1927	.	3·4	10·7	53·6	21·4	14·3	7·2
Átlag	.	**3·3**	**6·9**	**68·0**	**13·6**	**11·5**	**6·0**
		3·4	11·3	59·9	11·9	16·9	5·3

Igen érdekes adatokat találunk 8. számú táblázatunk rovataiban, melyek a székesfővárosi Szent Rókus közkórház 1917—1927. évi boncanyagából vannak merítve. A Szent Rókus-kórházban hatalmas betegforgalmat bonyolítottak le, hiszen a kórházban tizenegy esztendő leforgása alatt 205.367, átlag évenként 18.669 beteget ápoltak. Hogy az ápolt betegek közül hány halt meg, azt nem sikerült megállapítanunk, pedig szociálhigiénikus nézőpontból érdekes lett volna a halálozások és boncolások számarányát megismernünk. Az adatok szerint a tizenegy év alatt összesen 6940, tehát évenként 631 boncolást végeztek (3·4%). Az összes boncolásokat figyelembe véve 356 esetben állapítottak meg szifiliszt, tehát az eseteknek 5·3%-ában. A szifilisesetek közül 11·3% jutott a zsigeri, 59·9% az érrendszerbeli, 11·9% az idegrendszerbeli és végül 16·9% a veleszületett szifiliszre. Sokszor emlegettük, hogy a kórházak betegforgalmából lehetetlen valamelyik kórforma gyakoriságát eldönteni. Ha táblázatunk adatain végigpillantunk s így az abban felsorakozó mérőszámok rapszódikus változását észleljük, régebbi feltevésünkben csak megerősödünk. De mégis úgy látszik, hogy az érrendszeri szifilisz esetei gyarapodtak a többi típus rovására. A veleszületett szifiliszben elhaltak alacsony száma egyáltalában nem meglepő, mert köztudomású, hogy a kórházak betegei között általában kevés a gyermek. Ennek az anyagnak másik nagy hibája, hogy semmiféle embercsoportra se vonatkoztatható, mert a kórházi betegek az egész ország lakosságából időnként változó kulcs szerint rekrutálódnak. Még abból se lehet következtetést vonni, hogy az érrendszeri esetek dominálnak, mert ez megint a kórházi osztályok jellegétől függ és ha csak egy idegosztállyal toldanánk meg a Szent Rókus-kórházat, tüstént más lenne az arány. Tabellánk elemzéséből tehát csak arra a megismerésre jutunk, hogy a kórházi proszektúrák kimutatásaiból, a boncolás exakt kórmegállapítása ellenére is, csak nagyon óvatos, az egyes kórtípusok gyakoriságára pedig egyáltalában megbízhatatlan következtetéseket vonhatunk.

A fenti adatok nagyjából azért egyeznek a külföldi közlésekkel, mert mindenütt az érrendszer bántalmazottságát emelik ki. Steinfield a 37. és 57. életévek között levő szifiliszben szenvedő betegeinek 28·5%-ában talált aortitist, 4·7%-ában aneurysmát és 1%-ban tüdőszifiliszt. Karschner igen jellegzetes adatai szerint 55 tüdőszifiliszben elhúnyt egyén közül csak négy esetben diagnosztizálták a betegséget, a többit mint tuberkulotikus beteget gyógyították s csak a boncolás tisztázta a kórt. Ugyanezen esetek 40%-ában a máj szifiliszes elváltozása is kimutatható volt. Chiari arról számolt be, hogy a szifiliszesek 59%-ában, Fahr pedig arról, hogy 41%-ában található mesaortitis. Fränkel kutatásai szerint 102 betege közül 33 esetben volt aortamegbetegedés konstatálható, kiknél lényegi halálokként »aorta-syphilis« szerepelt, de aneurysma és a kis artériák szifiliszes bántalmazottsága itt nem volt beszámítva. Stadler 256 előrehaladott szifiliszes beteg között

211-szer figyelhetett meg aortaszifiliszt és aneurysmát (82%), amely esetek közül 117-ben ez az elváltozás volt a közvetlen halálok. Alzheimer 170 paralysisben szenvedő betege közül 126-nál, tehát 74%-ban az aorta jellegzetes elváltozása volt észlelhető. Sőt Wiesner és Rasch veleszületett szifiliszben elpusztult csecsemők 67·4%-ában jegyeztek fel tipikus mesaortitist. Az aortaszifilisznek korcsoportok szerint való megoszlásáról is tájékoztatnak Stadler és Fukuski boncolási leletei:

Életévcsoport	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	Összesen
Stadler szerint	1	24	41	34	17	0	117
Fukuski szerint	0	11	26	24	8	1	70

Ebből világosan kitűnik, hogy a mortalitás legalacsonyabb a III. évtizedben és legmagasabb az V. és VI. évtizedekben volt. Mindezek az adatok dokumentálják, hogy a szifilisznek a vérkeringési rendszerre való lokalizációja jóval gyakoribb jelenség, mint azt csak néhány évtized előtt is gondolták.

Klinikailag már régen elég pontosan differenciáltak két kórképet: a tabes dorsalist és a dementia paralyticát, anélkül azonban, hogy ezeknek aetiologiáját sikerült volna felderíteni. Csak a szifilisz diagnosztikájának a legutóbbi két évtizedben történt haladásának köszönhető idevágó ismereteink tekintélyes gyarapodása. Az új módszerek segítségével derült ki, hogy az idegrendszer specifikus elváltozásai nemcsak a betegség késői szakában lépnek fel, hanem a vizsgálatok szerint a liquor cerebrospinális az esetek 40%-ában már a korai secundär stádiumban, esetleg még előbb pozitív szero-reakciót ad. Ebből azonban az eset prognózisát illetőleg nem lehet messzebbmenő következtetéseket vonni, de valószínűnek látszik, hogy az idegrendszeri szifilisz esetei ezek közül adódnak. Nonne hívta fel a figyelmet arra, hogy a meningitis cerebrospinális acuta elnevezés alatt szerepelhet olyan tünetkomplexum is, mely a szifilisz egész korai stádiumában, az infekció utáni 2—5 hónapban mutatkozhatik. A késői idegrendszeri bántalmak között a tabes dorsalis és a dementia paralytica dominálnak, melyeknek szifiliszes eredetét még Wirchow és Leyden is tagadásba vették. Csak Erb és Fournier szolgáltattak olyan klinikai dokumentumokat, melyek arra utaltak, hogy a tabesben és paralysisben szenvedő betegek legnagyobb része előzőleg szifilisszel inficiálódott. Lassan haladt előre a megismerés, míg végre Nogouchi 1913-ban döntő bizonyítékokat szolgáltatott, amennyiben paralysis anyagának egynegyedében a spirochaetákat megtalálta. Később Levaditi, Marie és Bankowski, majd különösen Jahnel vizsgálódásai a részletekbe is belevilágítottak, amennyiben a paralysisre jellemző szöveti elváltozásokat kivétel nélkül helyi és oki összefüggésbe tudták hozni a spirochaetával. A tabes dorsalis aetiologiájának tisztázásában Redlich, Schaffer, Nageotte és Richter Hugó szereztek nagy érdemeket. Különösen

Richter vizsgálódásai vitték előre a tudást, mert beigazolták, hogy a tabes tulajdonképpen nem is a központi idegrendszer betegsége, hanem az a subarachnoidális ürben zajlik le és itt is olyan szifiliszes folyamatról van szó, mely semmiben se különbözik a szervezetben másutt lefolyó szifiliszes folyamatoktól. A paralysis ezzel szemben intracerebralis folyamat, melyet Richter az agykéreg spirochaetosisának nevez. Most már mindkét folyamat klinikai megjelenésében, lefolyásában, lokalizációjában, sőt kórszövettani felépítésében is elég tiszta, de mindkét folyamat szifiliszes eredete tekintetében nem lehet most már semmi kétségünk.

A szifiliszes eredetű idegrendszeri bajok gyakoriak, ezért időnként az egészségügyi legfelsőbb hatóság is indokoltnak látja az erre vonatkozó adatok összeállítását. Az Egészségügyi Reformiroda megbízásából Fabinyi Rudolf egyetemi magántanár végzett ezen a téren értékes munkát, midőn a Magyarországon 1915-től 1925-ig intézeti ápolásban volt elmebetegedések eseteit feldolgozta. Az adatgyüjtést olyan módon szervezték, hogy 31 intézményt szólítottak fel az adatok beszolgáltatására. Ezek a következők voltak: a lipótmezei, az angyalföldi és nagykállói állami elme- és ideggyógyintézetek, a budapesti, szegedi, debreceni és pécsi klinikák, a gyulai állami kórház elmeosztálya, az igazságügyi országos megfigyelő- és elmegyógyító intézet, a budapesti I. és II. számú honvéd- és közrendészeti kórház, a budapesti Új Szent János-kórház, a bajai közkórház, a balassagyarmati közkórház, a gyöngyösi alapítványi kórház, a kaposvári, miskolci, sátoraljaújhelyi, szekszárdi, győri, székesfehérvári, szentesi, szolnoki, zalaegerszegi, soproni és kecskeméti törvényhatósági közkórházak elmeosztályai, a budapesti Erzsébet szegényház elmeosztálya, valamint a budapesti Schwartzer- és Ringer-féle szanatóriumok. Fabinyi maga figyelmeztetett a felvétel hibáira, mégis érdemesnek tartjuk, hogy a bennünket leginkább érdeklő adatokat átvegyük.

9. Elmebetegforgalom és a paralysis progressivában szenvedők száma Magyarországon 31 intézetben. — 1915—1925.

Év	Felvétel abszolút számokban			Ebből paralysis progressiva			A felvétel %-ában		
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	fi	n	együtt
1915	3.203	1.819	5.022	823	195	1.018	25·7	10·7	20·3
1916	3.413	2.036	5.449	858	150	1.008	25·1	7·4	18·5
1917	3.102	2.128	5.230	782	149	931	25·2	7·0	17·8
1918	2.822	2.143	4.965	761	178	939	27·0	8·3	18·9
1919	2.862	2.054	4.916	710	174	884	24·8	8·5	17·4
1920	2.852	1.999	4.851	678	178	856	23·8	8·9	17·6
1921	2.791	1.943	4.734	701	164	865	25·1	8·4	18·3
1922	2.909	2.128	5.037	725	213	938	24·9	10·0	18·6
1923	2.950	2.110	5.060	712	226	938	24·1	10·7	18·5
1924	2.977	2.170	5.147	671	211	882	22·5	9·7	17·1
1925	3.365	2.299	5.664	827	226	1.053	24·6	9·8	18·6

Az utóbbi adatok szerint a legnevezetesebb intézetekben öt és félezer elmebeteget vettek ápolásba. Akármennyire is számolunk a módszer hibáival, a kettős jelentésekkel és egyebekkel, mégis megdöbbentő, hogy körülbelül 3000 férfit és körülbelül 2000 nőt kellett hosszabb-rövidebb időre vagy akár végleg a társadalom életéből kirekeszteni. Átmeneti apadás után 1925-ben már a férfibetegek száma megint a régi nívóra szállt fel, a nőbetegeké pedig még afölé is emelkedett. Érdekes, hogy számítás nélkül is kiolvasható, hogy az elmebetegeknek közel 20%-a a paralytikusok szomorú és szánalomraméltó csoportjából kerül ki. De míg a férfiak rovatában a viszonyszám javul és magasabb 20%-nál, addig a nők rubrikájában inkább romlik, de csak körülbelül 10%, együtt közel 20%. Ebből következik, hogy egymagában a szifilisz által okozott elmebajok sikeres leküzdése is nagyon csökkentené az improduktiv állampolgárok számát.

Magyarországon a népszámlálások keresztülvitele alkalmával is kutatják az elmebetegek számát. Erre vonatkozólag dr. Szél Tivadar kitűnő munkájából veszünk át jellemző adatokat, hol a hülyék az elmebetegek közül külön is ki vannak emelve,

10. Az elmebetegek és hülyék száma Magyarországon a népszámlálások idején. 1869—1920.

Népszámlálás éve	Elmebetegek		Hülyék		Értelmi fogyatékosok	
	abszolut	‰	abszolut	‰	abszolut	‰
1869	11.985	88	16.933	125	28.918	213
1880	11.506	84	16.715	121	28.221	205
1890	9.271	61	15.917	104	25.188	165
1900	15.586	93	26.659	158	42.245	251
1910	19.059	104	36.598	200	55.657	304
1920[1])	10.600	133	10.601	133	21.201	266

Az elmebetegek száma, természetesen a népszám változásaiból eredő hibákat kikapcsolva, tehát az indexek szerint az 1890. évi mélyponttól eltekintve nagyjából állandó volt. A hülyék számát jelző indexek már rapszódikusak s éppen a legutóbbi eredmény mutat csökkenésre. Tekintettel arra, hogy az értelmi fogyatékosok között a hülyék dominálnak, ezek számszerű apadása jutott az »összes« rovatban érvényre. Sajnos, a népszámlálás alkalmával további részletezés nem vihető keresztül s így csak következtetni tudunk arra, hogy a szifiliszes aetiológiájú elmebajok száma valószínűleg növekedett. A hivatalos adatgyűjtés egyfelől csakis a születésüknél fogva gyengeelméjűeket foghatja össze, kiket hülyéknek nevez, másfelől azokat gyüjtheti egybe, az elmebetegek gyüjtőneve alatt, kiknek elméje utóbb borult el. Az elmebetegek nagy száma természetesen élénken kitűnik a mortalitásból is. Ugyancsak Szél értékes munkájából átvéve erről a következő tábla tájékoztat:

[1]) Csonkamagyarországra vonatkozó adatok.

11. Az elmebajban elhaltak, települési helyük szerint Magyarországon. — 1919—1927.

Év	Abszolút			‰		
	vármegyék	tj. városok [1])	Budapest	vármegyék	tj városok [1])	Budapest
1919	927	860	632	14·6	55·9	67·7
1920	853	802	563	13·3	52·1	60·6
1921	762	713	491	11·8	46·3	52·7
1922	864	803	553	13·2	52·0	58·9
1923	879	709	437	13·2	46·1	46·2
1924	990	742	498	14·8	48·2	52·3
1925	889	602	460	13·1	39·0	48·0
1926	804	552	404	11·7	35·7	41·9
1927	882	511	370	12·7	32·9	38·1

Az elmebajhalandóság legmagasabb Budapesten, de azt nem kell túlértékelni, mert köztudomású, hogy a székesfőváros nagy elmegyógyintézetei milyen erős szívóhatást gyakorolnak a vidék betegeire. Ezt a jelenséget Pikler már évtizedek előtt kiemelte. Az elmebetegek mortalitása általában elég magas, hiszen ezek között a betegségek között még elég sok akad olyan, amelyet therápiás beavatkozással nem lehet progressziójában megakasztani. Sőt magas az elmebajok lethalitása is, mint arra ugyancsak Szél szolgáltatott bizonyítékokat.

Népmozgalmi átlag	Népszámlálás	Elhalt elmebeteg	Élt elmebeteg	Lethalitás %
1881—1887	1880	598·0	11.506	5·2
1892—1895	1890	1.310·0	9.271	14·1
1899—1902	1900	2.638·5	15.586	17·0
1909—1912	1910	2.965·8	19.059	15·6
1919—1922 [2])	1920	1.646·0	10.600	15·5

Szél megjegyzi, hogy a lethalitás a századfordulóig valószínűleg az elhalt elmebetegek pontosabb regisztrálása révén emelkedett, azóta stagnál, talán kicsit javul is. A mi speciális szempontunkból annak van jelentősége, hogy a lethalitás 15·5%, tehát jó magas nívón áll. Az országos viszonylatban készült mortalitási statisztika csak nagy vonásokban disztingvál, mégis legalább a paralysist elkülöníti, mint azt a következő, szintén Szél munkájából átvett táblánk demonstrálja:

12. A legfontosabb elmebajokban elhaltak száma Magyarországon átlagban. — 1926—1927.

Megnevezés	Paralysis			Epilepsia			Egyéb elmebaj			Összesen		
	absz.	%	‰	absz.	%	‰	absz.	%	‰	absz.	%	‰
Fi	382·0	45·9	10·5	141·5	17·0	3·5	308·5	37·1	7·5	832·0	100·0	21·5
Nő	150·0	27·7	3·4	106·0	19·5	2·4	286·5	52·8	6·6	542·5	100·0	12·4
Együtt	532·0	38·7	6·9	247·5	18·0	3·0	595·0	43·3	7·0	1.374·5	100·0	16·9
7 éven aluli	—	—		43·5	90·6	4·2	4·5	9·4	0·4	48·0	100·0	4·6
60 éven felüli	110·0	31·4	14·5	24·0	6·9	3·2	216·0	61·7	28·5	350·0	100·0	46·2

[1]) Budapesttel együtt. — [2]) Csonkamagyarországra vonatkozólag.

Itt már a százalékos viszonyszám alapján cáfolhatatlanul kitűnik, hogy a paralysis igen előkelő helyet foglal el az elmebajhalandóságban, mert annak közel 39%-ára rúg. Ebből azután következik, hogy a szifilisz jelentősége nagyon előretör a halandóságban, hiszen ma már biztosan tudjuk, hogy a paralysisnek hol van az eredete. Ez a kórforma a nők között jóval ritkább s a magas paralysis mortalitási index a férfiak rovatából nyer energiát. Hogy a szifilisz az elmebetegeknek milyen tömegét produkálja, arról ugyancsak Szél adatai tájékoztatnak. Az állami elmegyógyintézetekben ápolt betegek kórokai között a szifilisz így szerepel:

	1899—1902	1904—1908	1909—1912	1913—1915	1916—1917	1918—1919[1])	1920-1921[1])	1922—1925[1])	1926—1928[1])
				évek átlagában					
Abszolút	78	153	161	293	495	258	400	257	311
Százalék	2·5	4·2	4·2	6·5	12·0	8·7	13·4	13·9	16·3

Szenzációs a szifilisz előretörése, de azt minden erőszakoskodástól mentesen csak a diagnosztika javulásával, a metaszifilisz fogalmának feltisztulásával magyarázhatjuk. Ezek után most már alig lehet kétségünk abban, hogy a paralysis progresszíva, helyesebben az idegrendszeri szifilisz egyik formája igen gyakran jut szerephez a morbiditásban és mortalitásban.

Ruzicska Andor a budapesti kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának paralysisanyagát dolgozta fel. Ruzicska munkájából szintén néhány érdekes adatot kell kiemelnünk. Szerző figyelmeztet arra, hogy a külföldi szakírók legnagyobb részben a paralysisnek a betegforgalomhoz viszonyított százalékos viszonyszámát csökkenőnek találják. Először Junius és Arndt közlésére hivatkozik, kik Dalldorfban 1892-től 1902-ig 27·1%-ról 22·5%-ra számították a viszonyszám csökkenését. Bonhoeffer berlini anyagán azt észlelte, hogy a százalékszám 1913-tól 1917-ig 13·5%-ról 8·1-%ra apadt. Hasonlóan csökkenést észleltek még A. Koch Rostockban, Kehrer és Strusima Breslauban, Gerson Herzbergben, Itten Svájcban és Pilz Wienben. Marie és Kochen francia anyagon is a paralysis százalékos viszonyszámának lesorvadásáról számoltak be. Ezekkel szemben Bumke említi, hogy Freiburgban és Münchenben nem volt apadás, úgyszintén Jahrreis adatai szerint Leipzigben se. Wiesel Svédországban, Pisani és Chaliol Rómában ugyancsak szaporodást észleltek. A magyar publikációk inkább apadást jelentenek, amennyiben Hudovernig szerint a százalékos viszonyszám a budapesti Új Szent János-kórház beteganyagában 1900-tól 1924-ig 41%-ról 19%-ra esett. Az angyalföldi elme- és ideggyógyintézetben Zsakó szerint a viszonyszám nőkre vonatkoztatva 19·5%-ról 17·4%-ra süllyedt le. Fabinyi már említett összefoglaló adatai szerint az apadás nem nagyon kifejezett, mert míg a viszonyszám 1915-ben 20·3% volt, 1925-ben pedig 18·6%. Ezt a kis eltérést a hospitalizáció rapszódikussága is megmagyarázza. Ruzicska az elmeklinika adatait részletesen is felsorakoztatja:

[1]) Csonka-Magyarországra vonatkozólag.

Év	Betegfelvétel	Paralysis pr.	%	Év	Betegfelvétel	Paralysis pr.	%
1909	315	69	21·9	1919	305	31	10·2
1910	254	48	18·8	1920	399	40	10·0
1911	274	44	16·1	1921	384	41	10·7
1912	288	46	15·9	1922	358	53	14·8
1913	259	39	15·1	1923	449	67	15·3
1914	214	37	17·3	1924	444	58	13·1
1915	265	37	14·0	1925	381	60	15·7
1916	265	30	11·3	1926	416	73	17·5
1917	267	32	12·0	1927	474	77	16·2
1918	271	29	10·7	1928	515	82	15·6

A viszonyszám esése a klinika anyagában se jelentőségteljes, mert míg azt az 1909—1912. évek átlagában 18·2%-nak találjuk, addig az 1925—1928. esztendők átlagában 16·2%-nak. A nemek aránya a budapesti klinikán azt az eredményt adta, hogy 1 nőre 6·5 fi jutott, ami közel áll a külföldi közlésekhez. Kraft Ebing szerint ugyanis az arány 1 : 8, Sioli szerint 1 : 7, Hoppe szerint 1 : 5·8, Greppin szerint 1 : 4·5, Bumke szerint Freiburgban 1 : 9 volt. Nagyon érdekes lesz a paralysisesetek korcsoportok szerint való megoszlását is megtekinteni (%).

Korcsoport	Elmeklinika	Thomsen	Gudden	Hoppe	Junius és Arndt
25—30	5·7	—	5·2	—	4·6
31—35	12·4	17·0	17·6	16·4	16·9
36—40	21·5	28·5	26·3	30·4	28·6
41—45	22·7	23·0	23·0	17·3	25·0
46—50	17·2	13·0	13·6	13·8	13·9
51—55	12·3	—	8·3	—	7·5
56—	8·1	—	4·7	—	3·5

Ruzicska megállapítja, hogy a betegek nagy többsége a 35—50 életévek közé esik. A budapesti klinika adatai az idősebb korosztályokban magasabbak, a fiatalabbakban alacsonyabbak a külföldi eredményeknél. Mindenesetre nagyon érdekes szerzőnek az a konkluziója, hogy a paralysis jelentkezési ideje a legutolsó hét év alatt a magasabb korosztályok felé tolódott el. Ruzicska igen elismerésre méltó buzgalommal még a paralysis »lappangási« idejével is foglalkozott. Eredményei a következők:

Lappangási idő (év)	5	6—10	11—15	16—20	21—25	26—30	30
Betegek száma	9	61	65	75	37	22	11
Százalék	3·2	21·8	23·2	26·8	13·2	7·9	3·9

A 11—20 esztendőkig »lappangó« esetek az esetek felét teszik, 10 éven alul és 20 éven felül egyaránt az esetek 25—25%-a mutatkozott. Átlagban a budapesti anyagon a »lappangási« idő 16·5 évre rúg, Hoche anyagában 14·5, Bumkenél 14·9, Meggendorfernél 14·6 és Aebbynél 16·0 évre. És Ruzicska tanulságos közleményéből arról is meggyőződhetünk, hogy a paralysis elég gyorsan lethális kimenetelű kórforma, amennyiben anyagából a következő tabellát állította össze:

A betegség tartama	Esetek száma abszolút	%
1 év	80	33·7
2 «	60	25·3
3 «	51	21·5
4 «	22	9·3
5 «	10	4·2
6— év	14	5·9

Az eredmény nagyon szomorú, mert kitűnik, hogy a paralysisben szenvedők 80%-a három év alatt elpusztul, bár ezt a tényt nemzetgazdasági szempontból már nem tarthatjuk tragikusnak.

Elég tekintélyes adatgyüjtemény bemutatásával dokumentáltuk, hogy a szifiliszben szenvedők milyen nagy tömegei pusztulnak el a vérkeringési szervek bántalmazottsága, illetve az idegrendszeri szifilisz egyik súlyos formája révén. Már ezek az adatok is szükségessé teszik, hogy a szifilisz mortalitásával a hivatalos statisztika publikációján felül, körültekintőbben foglalkozzunk. Eddig felsorolt adatainkat most kiegészítjük Mattauschek és Pilcz sokszor citált rendkívül tanulságos eredményeivel. Mattauschek és Pilcz homogén anyagon végezték vizsgálataikat, amennyiben annak a 4134 katonatisztnek sorsát kutatták fel, kik az 1880—1900. esztendőkben a katonai kórházakban szifiliszes fertőzésük miatt gyógykezelés alatt állottak. Vizsgálódásukat 1911. évi január hó 1-én zárták le s minden tekintetben mintaszerű gondossággal bonyolították le. (L. a 13. sz. táblát.)

Valóban megdöbbentő ez a statisztika, mert aránylag kíváló, gondosan kiválogatott emberanyagban végzett a szifilisz ilyen pusztítást. Még demonstratívabb a szerzők később publikált cikke, mely szerint a 4134 beteg közül 198 kapott paralysist, 113 tabest, 132 cerebrális szifiliszt, 80 elmebajt, 17 aorta aneurysmát és 101 szívizomelfajulást. Egyéb zsigeri szifiliszben elhalt 167, tehát az összveszteség 808, tehát 19·5%, kereken 20%. Persze azóta igen sokat haladt a szifilisz gyógyítása, tehát a mai időkhöz mérve feltétlenül magas ez a veszteség, azonban ezzel szemben azt se felejtsük el, hogy Mattauschek és Pilcz betegei pontosabb kezelést kaptak az átlagnál. Ez annál inkább valószínű, mert míg a fenti adatok szerint a paralysis viszonyszáma 5%, addig Fournier 11%-ra, Hudovernig és Guszman 1905-ben 14%-ra becsülték ezt a viszonyszámot. Pinkus kezeletlen esetek között 8·3%-ban állapított meg tabest, de már egyetlen higanykúra elvégzése után csak 6%-ban, és valamilyen erélyesebb kúrát végzett betegeknél meg épen csak 2%-ban. Reumont 3400 leginkább előrehaladott stádiumban volt betege között 8·5%-ban találta az idegrendszer többé-kevésbbé súlyos bántalmazottságát. Pick és Bandler 2066 főnyi beteganyagon 20 évre terjedő megfigyelési idő alatt a következő eredményekre jutott:

Megnevezés	Beteglétszám	Paralysis	Tabes	Együtt	%-ban
Fi	1.178	25	12	37	3·7
Nő	888	3	2	5	0·6
Összesen	2.066	28	14	42	2.0

13. A szifiliszben szenvedett betegek sorsa Mattauschek és Pilz szerint. — 1880—1911.

Év	Egészséges	Paralysis progressiva	Tabes dorsalis	Lues cerospinalis	Psychosisok	Halálozások	Összesen
1	38	—	1	9	1	28	77
2	47	—	2	11	1	39	100
3	42	3	2	14	1	21	83
4	39	1	2	13	2	15	71
5	29	5	3	7	1	26	72
6	34	1	7	7	4	20	73
7	27	5	2	6	5	33	78
8	30	8	3	5	1	33	80
9	24	12	7	6	2	19	70
10	164	21	7	9	5	23	229
11	211	15	2	4	3	27	262
12	200	25	2	2	1	25	255
13	204	12	1	5	2	21	245
14	227	15	8	4	2	24	280
15	197	11	3	4	3	16	234
16	177	12	1	1	6	16	213
17	151	5	4	2	3	23	188
18	161	6	3	2	2	9	183
19	144	9	2	—	1	9	165
20	125	6	2	2	—	18	153
21	144	6	3	—	1	6	160
22	117	4	5	—	3	5	134
23	90	2	2	—	1	9	104
24	111	2	4	—	2	11	130
25	73	3	1	—	2	5	84
26	92	3	1	—	1	7	104
27	59	1	2	1	1	5	69
28	50	1	—	—	—	3	54
29	51	—	2	—	1	4	58
30	39	—	—	—	2	2	43
31	19	—	—	—	—	—	19
32	13	—	1	—	1	2	17
33	9	—	1	—	—	1	11
34	4	—	—	—	—	1	5
35	6	—	—	—	—	—	6
36	1	—	—	—	—	2	3
37	1	—	—	—	—	—	1
38	2	—	—	—	—	2	4
39	—	1	—	—	—	—	1
40	4	—	—	—	—	1	5
41	1	—	—	—	—	—	1
42	2	—	—	—	1	—	3
43	1	—	—	—	—	—	1
44	—	—	—	—	—	1	1
45—65	5	—	—	—	—	—	5
Összesen	3.165	195	86	114	62	512	4.134
%	76·5	4·7	2·1	2·8	1·5	12·4	100·0
[1])	2.855	160	57	36	44	278	3.430
%	83·2	4·7	1·7	1·0	1·3	8·1	100·0

[1]) A tíz évnél rövidebb megfigyelési időre terjedő adatok levonásával.

Fischer még súlyosabb eredményekre jutott, mert az esetek 9·2%-ban talált idegrendszerszifiliszt. Nonne adatai pedig az agyszifiliszben elhaltaknak korcsoportok szerint való megoszlásáról tájékoztatnak:

Korcsoport	1—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70
Halálozások	3	2	25	75	55	23	2

Ezek szerint a IV. és V. évtizedekben volt legmagasabb a mortalitás. Ezek az adatcsoportok azonban mind apró gyüjtemények, melyek elsősorban a kutatók szorgalmát és lelkesedését dícsérik. Nem tesznek eleget azonban a nagy számok törvényének s így a hibaforrás, mellyel dolgoznak végtelenül nagy. A szakirodalomban azonban találunk már hivatalos jellegű nagyobb tömegekre vonatkozó feljegyzéseket is s ezek közül néhányat most reprodukálni fogunk. És pedig olyanokat, melyek országos viszonylatokban kísérleteznek a szifiliszhalandóság regisztrálásával. Sajnos hiányos következő táblánk, mely Svédország szifiliszmortalitását volna hivatva illusztrálni.

14. A szifiliszhalandóság 100.000 élőre kiszámítva Svédországban. — 1901—1924.

Év	Veleszületett szifilisz				Szerzett szifilisz			
	általában		városokban		általában		városokban	
	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
1901—1905	—	—	—	—	—	—	2·12	1·09
1906—1910	—	—	—	—	—	—	2·33	1·08
1911—1915	0·75	0·74	2·23	2·28	0·78	0·52	2·05	1·13
1916—1920	1·18	0·92	3·34	2·72	1·21	0·64	2·84	1·40
1921—1924	—	—	1·90	0·60	—	—	2·76	0·87

15. A veneriás betegségek által okozott halandóság a Németbirodalomban. 1893—1924.

Év	Az adatgyüjtésben szereplő tartományok száma	A veneriás betegségekben meghaltak száma		Év	Az adatgyüjtésben szereplő tartományok száma	A veneriás betegségekben meghaltak száma	
		abszolút	10.000 lakóra			abszolút	10.000 lakóra
1893	10	313	0·1	1908	24	1.380	0·2
1894	11	451	0·1	1909	24	1.528	0·2
1895	13	470	0·1	1910	24	1.633	0·3
1896	18	528	0·1	1911	24	1.589	0·2
1897	20	538	0·1	1912	24	1.624	0·2
1898	20	525	0·1	1913	24	1.722	0·3
1899	20	524	0·1	1914	23	1.781	0·3
1900	20	521	0·1	1915	23	1.622	0·2
1901	21	577	0·1	1916	23	1.458	0·2
1902	21	551	0·1	1917	23	1.459	0·2
1903	23	645	0·1	1918	23	1.324	0·2
1904	23	711	0·1	1919	23	1.759	0·3
1905	23	1.236	0·2	1920	23	2.381	0·4
1906	24	1.266	0·2	1921	16	2.358	0·4
1907	24	1.340	0·2	1922	16	2.551	0·4

Az indexek olyan alacsonyak, hogy mint azt később igazolni fogjuk, minden bizonyosság amellett szól, hogy ez a felvétel az eseteknek csak nagyon kis töredékét tudta összefogni. A szerzett szifilisz rovatában csak a városokban domborodik ki az a különbség, mely a férfiak és nők szifiliszmortalitása között már a fentebb előterjesztett klinikai és boncolási statisztikákban megmutatkozott. Hasonlóképpen igen gyenge eredményeket mutat a német birodalom veneriás mortalitási statisztikája.

A 15. sz. táblát inkább kuriozumképpen reprodukáltuk, mert belső értéke igazán semmi. Szinte nevetségesnek hangzik, hogy a hatalmas német birodalomban 1922-ben csak 2551 ember halt meg veneriás betegségekben 10.000 lakóra kiszámítva csak 0·4‰.

16. A veneriás mortalitás települési hely szerint Poroszországban. 1921—1922.

Év	Települési hely szerint		Nem szerint		Összesen
	városokban ‰	vidéken ‰	férfi ‰	nő ‰	
1921	0·61	0·05	0·38	0·32	0·34
1922	0·77	0·06	0·49	0·39	0·44

Csak a közelmult esztendőkben is még nagyon hiányos volt a porosz adatgyüjtés, mert annak ellenére, hogy a fenti táblában felsorakozó indexek a városokban és a férfiak rovatában magasabbak s így az elméleti feltevésekkel harmonizálnak, mégis lehetetlenül alacsonyak. De ne csodálkozzunk ezen, mert ebből a statisztikából nemcsak a szifilisz számos következményes kórformája, hanem még a tabes dorsális és paralysis progressiva esetei is hiányoznak.

A városok adatgyüjtései mindig haladottabbak, ezért most néhány város veneriás, illetve szifilisz mortalitását fogjuk bemutatni, nagyrészben Haustein nyomán. Először Svédország fővárosának, Stockholmnak elég messzire visszanyuló adataival kezdjük a sort. (Lásd a túloldali 17. táblát.)

Ezek az adatok már valamivel közelebb járnak az igazsághoz, mert ha nagyon óvatosan, de már a tabes dorsalis és paralysis progressiva halandóságot is feltüntetik. De azért valami még sincsen rendben, mert a veleszületett szifiliszhalandóság apadása és a szerzett szifiliszmortalitás emelkedése között olyan ellentét tűnik fel, amit pusztán a szifiliszdiagnosztika fejlődésével megmagyarázni alig lehet. Az is furcsa, hogy a szerzett szifilisz rovatában az 1890—1899., illetve 1920—1924. esztendők indexei között alig mutatkozik eltérés, de ezzel szemben a tabes dorsalis rubrikájában az emelkedés eléggé észrevehető. Ezek a szembeszökő eltolódások mindenesetre leszállítják az adatok értékét.

17. A veneriás betegségek által okozott halandóság Stockholmban, 100.000 élőre kiszámítva. 1890—1925.

Év	Veleszületett szifilisz			Szerzett szifilisz			Együtt			Hátgerinc-sorvadás			Agylágyulás			Salvarsan-adoptio
	fi	nő	összesen	fi	nő	összesen	fi	nő	összesen	fi	nő	összesen	fi	nő	összesen	nő
1890—1899 ...	7·5	5·4	6·4	4·6	2·5	3·5	12·1	8·0	9·9	2·4	0·8	1·6	—	—	—	—
1900—1904 ...	7·1	5·9	6·7	2·8	1·7	2·3	9·3	7·6	9·0	2·1	0·6	1·3	—	—	—	—
1905—1909 ...	4·7	2·8	3·9	4·0	1·7	2·8	9·3	4·4	6·7	2·7	1·0	1·8	—	—	—	—
1900—1909 ...	6·1	4·6	5·1	3·6	1·9	2·6	9·7	6·5	7·7	2·5	0·8	1·6	—	—	—	—
1910—1914 ...	3·8	3·5	3·6	5·0	1·5	3·0	8·7	4·8	6·6	2·5	1·0	1·7	3·3	1·1	2·1	1·2
1915—1919 ...	3·9	3·6	3·8	6·1	2·3	4·2	10·0	5·9	8·0	3·3	0·5	1·7	13·3	3·2	7·8	1·8
1910—1919 ...	3·8	3·5	3·6	5·6	1·9	3·6	9·4	5·5	7·2	2·8	0·8	1·7	10·1	2·8	6·0	2·0
1920	6·8	3·5	5·0	4·2	2·6	3·3	11·0	6·0	8·3	4·2	0·4	2·1	12·1	4·3	7·8	4·8
1921	3·2	1·7	2·4	4·2	2·6	3·3	7·3	4·3	5·7	3·5	0·4	1·9	13·5	4·3	8·6	0·8
1922	2·1	1·3	1·7	3·2	3·4	3·3	5·2	4·8	5·0	5·2	1·6	3·3	18·9	2·6	10·0	3·2
1923	3·6	2·0	2·8	4·7	2·5	3·5	8·4	4·6	6·3	1·0	0·4	0·7	7·3	3·7	5·3	1·0
1924	3·2	1·7	2·3	4·7	4·6	4·6	7·8	6·2	6·9	3·2	1·7	2·3	10·5	1·7	5·6	2·9
1920—1924 ...	3·5	2·0	2·8	4·2	2·9	3·6	7·8	5·0	6·4	3·4	0·8	2·1	12·6	3·3	7·6	2·5
1925	2·5	1·7	2·0	9·0	4·1	6·3	10·5	5·8	8·4	2·0	2·9	2·5	4·0	0·8	2·3	2·5

Nem sokkal különb az az adatgyüjtemény, mely Berlin szifiliszhalandóságát már az előzőnél kissé bátrabban fogja össze. Itt már az aneurysmahalandóság bejegyzésével is találkozunk.

18. A szifiliszhalandóság Berlinben. — 1905—1926.

Év	Szifilisz						Következményes betegségei							Szifilisz és következményes bajok	Összhalandóság	Ebből szifilisz %
	veleszületett	primär	szekundär	tertiär	általában	‰	aneurysma	‰	tabes	‰	paralysis progressiva	‰	együtt			
1905	153	—	—	27	185	0·9	56	0·2	98	0·4	108	0·5	262	447	33.425	1·3
1906	163	—	3	46	242	1·1	58	0·2	132	0·6	93	0·4	283	495	32.353	1·5
1907	170	1	2	69	242	1·1	59	0·2	110	0·5	87	0·4	256	498	32.648	1·5
1908	148	—	—	34	182	0·9	64	0·3	108	0·5	54	0·3	226	408	32.408	1·2
1909	162	—	—	57	229	1·1	73	0·3	91	0·4	68	0·3	232	454	31.844	1·4
1910	178	—	—	78	264	1·2	62	0·3	111	0·5	57	0·3	230	494	30.152	1·6
1911	142	—	1	81	224	1·0	71	0·3	126	0·6	64	0·3	261	485	29.981	1·6
1912	152	—	—	69	224	1·0	86	0·4	129	0·6	58	0·3	273	497	32.307	1·5
1913	124	1	1	74	203	0·9	63	0·3	131	0·6	74	0·4	268	471	28.067	1·7
1914	109	—	1	88	209	1·0	76	0·4	110	0·5	64	0·3	250	459	29.664	1·5
1915	98	—	—	103	205	1·1	68	0·4	132	0·7	43	0·2	243	468	29.828	1·5
1916	77	—	1	81	164	0·9	53	0·3	144	0·8	53	0·3	250	414	28.078	1·4
1917	70	—	—	88	161	0·9	74	0·4	211	1·2	88	0·6	373	434	34.138	1·3
1918	69	—	—	57	127	0·7	58	0·3	132	0·8	55	0·3	245	372	35.764	1·0
1919	105	1	1	100	209	1·1	49	0·2	98	0·5	61	0·3	208	417	31.307	1·3
1920	128	2	2	125	261	1·3	56	0·3	112	0·6	54	0·2	222	483	30.982	1·5
1921	—	—	—	—	225	1·1	—	—	—	—	—	—	—	—	25.971	—
1922	—	—	—	—	295	1·5	—	—	—	—	—	—	—	—	28.355	—
1923	—	—	—	—	297	1·5	—	—	—	—	—	—	—	—	26.416	—
1924	—	—	—	—	270	1·4	—	—	—	—	—	—	—	—	24.632	—
1925	—	—	—	—	259	1·3	—	—	—	—	—	—	—	—	23.850	—
1926	—	—	—	—	307	1·5	—	—	—	—	—	—	—	—	23.516	—

Annak ellenére, hogy itt a következményes betegségek közül már az aneurysma, tabes dorsalis és a paralysis progressiva is számbavétettek, mégis az adatok messze esnek attól, hogy a szifiliszhalandóságot kifejezzék. A szifiliszhalandóság indexei emelkedést jelentenek 0·9‰-ről 1·5‰-re, az aneurysmáé lényeges változást nem mutatnak, hasonlóan viselkednek a tabes arányszámai is, viszont a paralysis progressiva rovatában már csökkenő indexekkel találkozunk. Végeredményben kiderül, hogy a fenti tábla adatai szerint a szifiliszmortalitás az összhalandóságnak 1·0—1·5%-ára rúg, ami, mint arra még visszatérünk, nagyon optimisztikus eredmény lenne.

19. A szifiliszhalandóság korcsoportok szerint Berlinben. — 1913.

Kor	Szifilisz	Aneurysma	Tabes dorsalis	Paralysis progressiva	Összesen	Összhalandóság	Szifilisz-esetek és abból származó betegségek %-ban
0— 1 éves	120	—	—	—	120	5.607	2·1
1— 5 «	3	—	—	—	3	1.585	0·2
5—10 «	—	—	—	—	—	648	0·0
10—20 «	4	—	—	—	4	955	0·4
20—30 «	10	2	1	—	13	2.044	0·6
30—40 «	19	5	7	19	50	2.363	2·1
40—50 «	17	19	38	24	98	2.699	3·6
50—60 «	14	21	46	27	108	3.480	3·1
60—70 «	14	12	34	3	63	3.998	1·6
70—80 «	2	3	5	1	11	3.231	0·3
80— «	—	1	—	—	1	1.457	0·1
Összes korosztályok	203	63	131	74	471	28.067	1·7

Lényegében nem sokat mond a fenti 19. számot viselő táblázatunk sem. Legfeljebb az ebben foglalt adatok megismerése révén annyit gyarapodik tudásunk, hogy ezekután valamennyire következtethetünk a szifilisz által korcsoportok szerint okozott veszteségre. Természetesen az első évtizedben magas a szifiliszhalandóság, ami a veleszületett szifilisz pusztításával függ össze. A második évtizedben csekély a halálozások száma és ami van, az is a veleszületett szifilisz késői formáinak rovására irandó. A harmadik évtizedben már emelkedni kezd a szifilisz mortalitása, mert ekkor már előtérbe lép a korai tabes dorsalis és az aneurysma által okozott halandóság. A negyedik évtizedben folytatódik az emelkedés, mely azután az ötödik és hatodik évtizedben kulminációját éri el.

Eddigi adatainkból inkább azt a következtetést vonhatnánk le, hogy a szifiliszhalandóság általában apadó jellegű. Ha azonban a következő 20. számú táblán végig pillantunk, akkor az eddig kialakult optimizmusunk íziben szertefoszlik.

20. A veleszületett szifiliszben meghalt csecsemők száma Berlinben 1000 élveszülöttre kiszámítva. — 1908—1917.

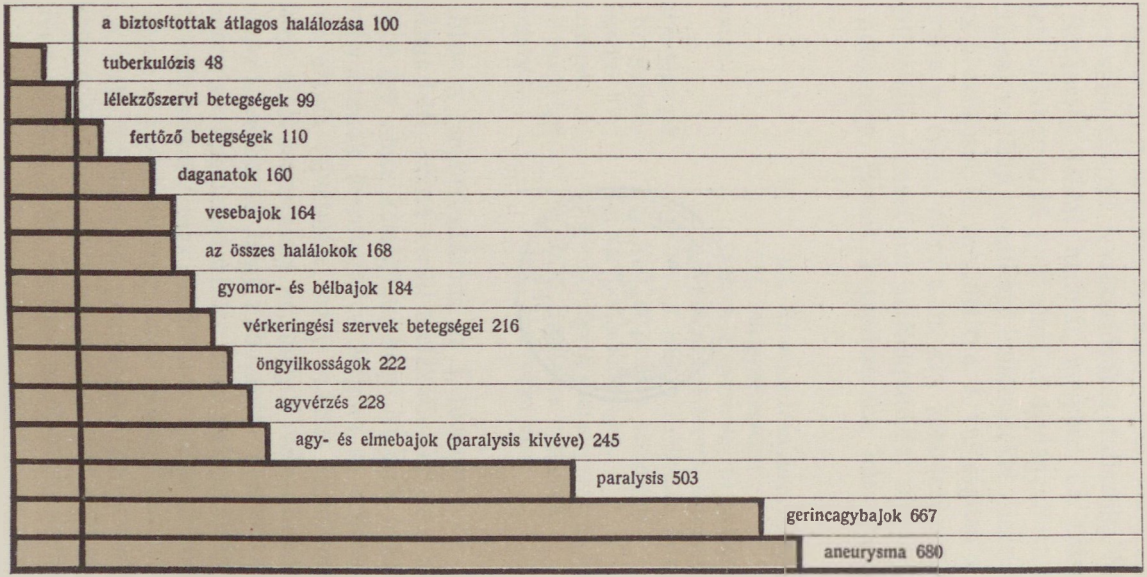
Év	Törvényes	Törvénytelen	Összesen	Év	Törvényes	Törvénytelen	Összesen
1908	1·5	8·8	2·5	1918	2·4	6·6	3·2
1909	2·4	8·1	3·5	1919	2·4	9·6	3·6
1910	2·5	9·2	3·9	1920	2·4	10·3	3·8
1911	1·9	7·8	3·1	1921	2·5	14·5	4·4
1912	2·1	7·7	3·4	1922	4·0	19·6	6·6
1913	2·1	5·7	2·9	1923	3·7	19·1	6·3
1914	2·0	5·5	2·8	1924	3·6	14·3	5·3
1915	2·1	6·3	3·0	1925	2·9	11·1	4·4
1916	1·8	8·0	3·3	1926	3·5	11·7	5·2
1917	2·9	6·4	3·4				

Aggályaink erős alapot találnak a veleszületett szifiliszben szenvedett csecsemők halandóságát regisztráló indexekben. Miképen lehetne ugyanis a szifiliszmortalitás apadásában hinnünk, ha azt látjuk, hogy a veleszületett szifiliszben szenvedett csecsemők halandósága emelkedik? A törvényes születésűek szifiliszmortalitása 1908-tól 1926-ig 1·5‰-ről 3·5‰-re emelkedett 133·3%-kal, a törvénytelen születésűeké, mely már amúgy is magas volt, 8·8‰-ről 11·7‰-re, tehát 33·3%-kal. Úgylátszik, hogy a házasodás korának kitolódásával mind több ember szerez legénykorában szifiliszfertőzést s viszi azt be lelkiismeretlenül a házasságába. Az eddig felsorakozott adatok inkább a szifiliszmortalitás stagnálásáról vagy csökkenéséről szóltak s csak a legutóbb reprodukált tabella késztet komoly megfontolásra és annak megérzésére, hogy a szifiliszmortalitás statisztikai módszerrel történő feljegyzése további kiegészítésre szorul.

Most még egy nagyon lényeges dokumentumot terjesztünk elő. Blaschko a góthai életbiztosító intézet adatai alapján a következő grafikont szerkesztette, mely I. sz. grafikonunkat képezi. Blaschko kimutatta, hogy ha a biztosítottak összhalandóságát százzal teszi egyenlővé, akkor olyanoké, kiknél a felvétel alkalmával szifiliszes fertőzés előrementét állapították meg, 168-ra emelkedik. A szifiliszesek közül csak gümőkórban pusztult el kevesebb, mint általában, mert a többi felsorolt halálokok rovatából a szifiliszesek lényegesen súlyosabb jövendőjét olvashatjuk ki.

Haustein már régen hangsúlyozta, hogy a hivatalos haláloki statisztika a szifiliszben elhaltaknak csak egészen kis töredékét tünteti fel. A hazai veneriás vagy szifiliszes statisztikára Haustein megállapítása száz százalékig érvényes. Ennek oka nem a szakkörök nemtörődömségében vagy idült hanyagságában keresendő, hanem az számos nehézségből folyik, melyeket becsületes lojalitással fel kell sorolnunk. A magyar statisztikai adatgyüjtés hivatalos organizációi, a m. kir. központi statisztikai hivatal, valamint a székesfőváros statisztikai hivatala bármennyire szeretnék is megfigyelésük körét kiszélesíteni, számos nehézséggel állanak szemben, mert bizonyos

I. Szifiliszben szenvedők halálokai.



haláloki formához vannak kötve. A m. kir. központi statisztikai hivatal, mint arról az előző fejezetben már megemlékeztünk, az orvoshalottkémek által beszolgáltatott adatokat 165 számból álló haláloki táblában, a laikus halottkémektől beérkezett adatokat 31 halálok megjelölést tartalmazó séma szerint dolgozza fel. Az első táblában a bujakór a 22. pont alatt van besorozva ; ezenkívül az 56. pont alatt találjuk a gerincvelőbénulást, továbbá az 58. pont alatt az agylágyulást. A laikusok számára készült nomenklaturában természetesen szó sincsen bujakórról. A székesfőváros statisztikai hivatala 83 halálokmegjelölést feltüntető táblát használ, melyben 13. szám alatt gyüjti össze a veleszületett bujakórra, 34. pont alatt az agylágyulásra s végül a 36. pont alatt a hátgerincsorvadásra vonatkozó haláleseteket. Ezzel azután a hazai szifiliszstatisztika hivatalosan ki van merítve. A valóságban azonban az adatgyüjtés még ennyire se teljes, mert a m. kir. központi statisztikai hivatal anyagát a Bertillon-féle nemzetközi halálokrendszer alapján összevont csoportosításban publikálja. Ennek a rendszernek húsz főcsoportja a következő :

I. Fertőző betegségek.
II. Élősdiek.
III. Rosszindulatú daganatok.
IV. Alkati betegségek.
V. Táplálkozásból eredő betegségek.
VI. Fejlődési hiányok és betegségek.
VII. Az idegrendszer betegségei.
VIII. Az érzékszervek betegségei.
IX. A vérkeringési szervek betegségei.
X. A lélegzőszervek betegségei.
XI. Az emésztőszervek betegségei.
XII. Mirigybetegségek.
XIII. A húgyszervek betegségei.
XIV. A nemzőszervek betegségei.
XV. A szülésből származó betegségek.
XVI. A csontok betegségei.
XVII. Bőrbetegségek.
XVIII. Egyéb nem eléggé megj. betegs.
XIX. Erőszakos halálokok.
XX. Ismeretlen okok.

A bujakórrovat ebben a csoportosításban az I. főcsoport 17. pontját képezi. Az ebben a rovatban feljegyzésre került esetek 85—90%-a a hét éven aluliak közül származik, s így nincs kétségünk, hogy itt csak a kifejezett veleszületett szifilisz esetei vannak összefoglalva. Még ez se teljesen, mert minden okunk meg van annak felvételére, hogy számos idetartozó eset a VI. főcsoport 30. pontja alatt soroztatott be, mely a »veleszületett gyengesség« feliratot viseli. És az is valószínű, hogy a »bujakór« rovatban felsorolt hét éven felüliek is jórészben a veleszületett szifilisz késői alakjainak áldozatai. Ilyen hiányos módszerrel természetesen csak a szifiliszmortalitás jelentéktelen töredékét, 5—10%-át képes a hivatalos organizáció összegyüjteni. De még más bajok is vannak! A VII. főcsoport 35. pontjában a gerincvelőbénulás ugyan külön rovatot kapott, de a paralysis progressiva már nem emelhető külön ki, mert a VII. főcsoportban, a 36. pontban az elmebaj, agylágyulás, nehéz nyavalya együtt szerepelnek. Hasonlóképpen sülyed el az aneurysma aortae minden esete a szervi szívbaj és véredényelmeszesedés elnevezés alatt a IX. főcsoport 40. pontjában.

A székesfőváros adatgyüjtése jobban részletez, de speciális kutatási módszer alkalmazása nélkül a szifiliszmortalitást abból se lehet kiszűrni. A székesfőváros anyaga, mint azt már többször kiemeltük, egyébként is sokszor értékesebb, mert a halottkémlést kizárólag orvosok végzik, kik hirtelen halál eseteiben az orvosrendőri boncolás megejtésére minden esetben előterjesztést tesznek. Vidéken rosszabb a helyzet, mert Kovács Alajos szerint még 1924-ben is a működő 3525 halottkém közül csak 762 volt orvos. A többiek közül 2518 képesített laikus halottkém, sőt 245 nem képesített halottkém volt. A javulás kétségtelen, mert míg a háború előtt csak 13·4%-ban, a háború után már 21·6%-ban orvosok végezték a halottkémlést. A helyzet azonban nem olyan szörnyűséges, mint ezekből az adatokból következnék, mert köztudomású, hogy a laikus halottkémek csak kisnépességű és alacsony mortalitású községekben tesznek szolgálatot, miért is természetes, hogy a halálokok túlnyomó többségét orvosok szolgáltatják. Háború előtt a halálokoknak 62·3%-át állapították meg orvoshalottkémek, 1922-ben már 77·1%-át, sőt azóta a viszonyszám már közel 80%-ra emelkedett. Bizonyos azonban, hogy bár az országos halandósági statisztika is állandóan javul, mégis exaktságában ma is messze elmarad a székesfőváros mortalitási anyagától. Ez azonban nem azt jelenti, hogy a székesfővárosban már semmi szükség sincs arra, hogy az orvostársadalom érdeklődését ebben az irányban felkeltsük és az adatszolgáltatás tekintetében még nagyobb pontosságra szorítsuk. Ha az egészségügyi közigazgatás diszciplinája az egyetemi oktatásban kötelező tárggyá lépne elő, úgy az ezen a téren is éreztetné előnyös hatását.

Az adatszolgáltatás hiányosságai akadályoznak abban, hogy a szifiliszmortalitást a hivatalos statisztikából megismerjük. Fokozza a nehézséget a szifilisznek az a kegyetlen sajátossága, hogy a gyermekkori veleszületett szifiliszhalálozástól eltekintve, a legkülönfélébb kórformák képében megbújva vezet az egyén pusztulásához s ezért ezek a halálesetek a legkülönfélébb haláloki rovatokba lesznek besorozva. Tehát a szifiliszmortalitást a maga teljességében csak akkor ismerhetjük meg, ha ezeket az elcsúszott eseteket is sikerül összegyüjteni.

A szifiliszmortalitásban észlelhető hiányosságok késztették Leredde párizsi professzort arra, hogy a valóságnak megfelelő vagy azt legalább megközelítő rendszert létesítsen a való helyzet illusztrálására. Leredde munkájának eredményeit 1913-ban, a XVII. nemzetközi orvoskongresszuson terjesztette elő, melynek alapját az általa és más kiváló szaktekintélyek által összegyüjtött hatalmas vizsgálati anyag nyujtotta. Leredde először is Drusennek statisztikájára hivatkozott, mely a hepatitis chronica esetek között adja a szifiliszes eredet percentualitását. A nephritis chronicát illetőleg Letulle és Bergeron eredményeit sorolja fel. Az aorta insufficientia, aortastenosis, aortitis, arteriosclerosis, angina pectoris, myocarditis és aneurysma

statisztikájára vonatkozólag Oigaard, Delsouiller, Lipmann, Draesen, Ledermann adatait említi fel. S végül az agyszifilisz, haemorrhagiák, haemiplegiák szifiliszes anamnesisének igazolására Joltrani, Maria és Drusen adatait vonultatja fel. Leredde — mint azt már előző fejezetünkben érintettük — a nagyszámú klinikai és szerológiai vizsgálat eredményét egybevetve megállapította, hogy az összes halálesetekből, a teljes egészében odatartozó tabes dorsalison és paralysis progressziván kívül a szifilisz rovására írható: a májcirrhosis $^1/_5$-e, a chronicus nephritis $^1/_5$-e, a szervi szívbaj $^1/_3$-a, az angina pectoris $^3/_4$-e, az aneurysma, aortitis és más arteriamegbetegedések $^1/_2$-e, a cerebralis haemorrhagiák, apoplexia, kimutatható anamnesis nélküli paralysis és nem tabetikus hátgerincbajok $^1/_3$-a, az encephalitis, nem gümőkóros meningitis és epilepsia $^1/_{10}$-e, a nem gümőkóros csontbajok, acut nephritis és meghatározhatatlan halál $^1/_{10}$-e. Ezt a számítási módot azután Párizs 1910. évi mortalitási anyagán próbálta ki s a következő eredményeket kapta:

21. A szifilisz mortalitása Párizsban Leredde szerint. — 1910.

Halálok	Összhalandóság			Szifilisz-halandóság
	Fi	Nő	Összesen	
1. Syphilis (1 éven aluliak)	70	41	111	111 ($^1/_1$)
2. Rák és a szájüreg rosszindulatú daganat	93	13	106	80 ($^3/_4$)
3. Idegrendszeri bajok:				
Paralysis progressiva	133	55	188	188 ($^1/_1$)
Tabes dorsalis	40	26	66	66 ($^1/_1$)
Encephalitis	28	15	43	4($^1/_{10}$)
Meningitis (kivéve tuberculosa)	439	350	789	78($^1/_{10}$)
Paralysis (közelebbi meghatározás nélkül)	240	323	563	188 ($^1/_3$)
Gerincagybajok (kivéve tabes)	49	52	101	33 ($^1/_3$)
Epilepsia	31	30	61	6($^1/_{10}$)
Agyvérzés	1.142	1.161	2.303	768 ($^1/_3$)
Egyéb agybajok	109	134	243	81 ($^1/_3$)
Egyéb idegbajok	39	37	76	25 ($^1/_3$)
4. Vérkeringési szervek megbetegedései:				
Szervi szívbaj	1.526	1.807	3.333	1.111 ($^1/_3$)
Angina pectoris	87	39	126	96 ($^3/_4$)
Az üterek megbetegedései	173	72	245	122 ($^1/_2$)
5. Az emésztőszervek betegségei:				
Májcirrhosis	374	255	629	125 ($^1/_5$)
6. A húgyszervek betegségei:				
Heveny veselob	26	22	48	4($^1/_{10}$)
Idült veselob	858	642	1.500	300 ($^1/_5$)
7. A csontok betegségei (kivéve tuberculosis)	26	18	44	4($^1/_{10}$)
8. Hirtelen halál	139	107	246	24($^1/_{10}$)
Összesen	—	—	—	3.414

Leredde kulcsával számítva kitűnt hogy a hivatalosan regisztrált 111 esettel szemben a szifilisz 3414 embert ölt meg 1910-ben Párizsban. Tekintve, hogy az összhalandóság abszolút száma 45.814 volt, a szifilisz-

halandóság az összhalálozásoknak kereken 7%-át reprezentálta, holott az a hivatalos kimutatás szerint csak 0·25% volt. Leredde 1918-ban újból foglalkozott a kérdéssel s annak a nézetének adott kifejezést, hogy régi kulcsa túlságosan alacsony volt s ha a való igazat keressük, akkor a régi viszonyszámokat kétszeresére kell emelni. Újabb adatai szerint a szifilisz rovására irandó :

50%	az idegrendszeri bajokban történt halálozásokból	(4.481)	2.240
50%	a szív- és vérkeringési rendszerben történt halálozásokból ...	(4.154)	2.077
33%	a lélegzőszervek betegségeiben történt halálozásokból	(2.200)	733
33%	az emésztőrendszer, lép és máj betegségeiben történt halálozásokból	(3.400)	1.133
33%	az idült veselobban történt halálozásokból	(1.566)	522
75%	az álképletekben történt halálozásokból	(60)	45
75%	a veleszületett gyengeségben, icterusban, szlerenában történt halálozásokból	(1.190)	892
50%	a hirtelen halálozásokból	(344)	172
	Összesen.....	17.395	7.814

Ennek alapján Leredde kimutatta, hogy a szifiliszmortalitás az összhalandóságnak nem 7%-a, hanem kereken 17%-a.

Leredde közlésein felbuzdulva, először az ausztráliai hivatalos szervek foglalkoztak a valóságos szifiliszhalandóság megállapításával. És a következő eredményeket nyerték :

Megnevezés	Összes esetek	Ebből szifilisz
Szifilisz	167	167
Terjedő hüdés	134	134
Hátgerincsorvadás	66	66
Agyguta	2.119	706
Agylágyulás	85	28
Paralysis közelebbi meghatározás nélkül .	362	120
Encephalitis	74	7
Agyhártyalob	812	81
Epilepsia	191	19
Szervi szívbajok	4.836	1.612
Az ütérmegbetegedések (aneurysma, sclerosisok)	599	449
Májzsugor	380	76
Idült veselob	1.971	394
Veleszületett gyengeség, sclerema, icterus ..	3.330	3.330
Összesen.....	15.126	7.189

A tüdőszifiliszre és a a bélcsatorna specifikus elváltozásaira való tekintet nélkül is 377 haláleset helyett 7.189-et sikerült megállapítani az 1914. évi mortalitási anyagban.

Bayet professzor 1924-ben a brüsszeli mortalitási anyagon végzett hasonló számításokat, de még az eddigieknél is pontosabban, amennyiben az idegen halottakat gondosan levonta. Bayet eredményeit, melyeket az 1913. év adataiból számított ki, a következő táblában foglalta össze:

22. A szifiliszmortalitás Brüsszelben Bayet szerint. — 1913.

Megnevezés	Halálesetek száma	Számítási kulcs	Ebből szifiliszes eredetű
Szifilisz	6	1/1	6
Terjedő hűdés	2	1/1	2
Hátgerincsorvadás	6	1/1	6
Encephalitis	5	1/10	0·5
Agyhártyalob (tbc. kivéve)	45	1/10	4·5
Gerincagybajok (tabes kivéve)	7	1/10	0·7
Agyguta	156	1/3	52
Agylágyulás	45	1/3	15
Szervi szívbajok	364	1/3	121·3
Angina pectoris	1	3/4	0·7
Útérbajok (aneruysma, sclerosisok)	30	1/2	15
Idült veselob	55	1/5	11
A szájüreg rákjai	4	1/2	2
Májzsugor	34	1/10	3·4
Hirtelen halál	12	1/3	4
Veleszületett gyengeség	52	1/4	13
Összesen	824	—	257·1

A szifilisz 1913-ban Brüsszelben 257 áldozatot kívánt, Bayet megjegyzi, hogy ehhez még 10%-ot hozzá kellene adni, mert még egész sora van a kórformáknak, melyek egy részében szifiliszes aetiológia feltehető. Ezért végeredményében a szifiliszmortalitást 257+25=282 halálesetnek számította, ami a 2546-ot kitevő összhalandóságnak kereken 11%-a volt, vagyis 175.808 lakóra kiszámítva 1·6‰. Bayet — amint már előző fejezetünkben jeleztük — állításának helyességét még más szellemes számítással is alátámasztotta. Abból az elfogadott tényből indult ki, hogy nagyvárosokban a 25 éven felüli lakosságnak 15%-a fertőzött szifilisszel, tehát Brüsszelben a 105.692 huszonöt évnél idősebb polgár közül 15.863. Tudva, hogy a szifilisszel fertőzöttek egyharmada ebben a bajban pusztul el, ezeket 5286-nak kell számítani. A 25 éven felüliek átlagos várható életkora további 24 évet jelent, de ebből négyet a szifilisz miatt le kell vonni, mert a szifilisz az életet körülbelül négy esztendővel megrövidíti. Ezért azután az 5286 halálesetet 20 évre elosztva egy esztendőre 263 haláleset jut, ami egészen közel esik a Leredde-kulcs szerint megállapított 257, illetve 282 halálesethez. Brüsszelben 1913-ban a tuberkulózis 426 embert ragadott el az élők sorából s így a gümőkórhalandóság az összhalandóságnak 16·7%-át jelentette. A szifiliszmortalitás százalékos viszonyszáma (11%) olyan közel jár ehhez, hogy nyilvánvaló, hogy a tuberkulózis mellett a szifilisz a legkomolyabb halálok az összmortalitásban.

Az 1917. évben Sir William Osler Anglia és Wales 1915. évi halandósági adatait alapulvéve, szintén a szifilisz mortalitását kívánta megállapítani. Osler arra a megállapításra jutott, hogy Angliában és Walesben az 1915. esztendőben 60.000 ember lett a spirochäta pallida áldozata, tehát a szifilisz-

halandóság az összmortalitásnak több, mint 10%-a. Országos anyagon ez mindenesetre elég magas! Eszerint a szifiliszt a halálokok sorrendjében a 10. helyről az első helyre, még a tuberkulózis elébe is előretörtnek kellene tekinteni.

Az amerikai társadalomegészségügyi társaság is számításokat végzett a szifiliszhalandóság megállapítása céljából. Az Egyesült-Államok általános mortalitási indexe 1916-ban hivatalosan 1389·9 volt 100.000 élőre vonatkoztatva, a szifiliszhalandóság arányszáma pedig 9·6$^{0}/_{0000}$. A társadalomegészségügyi társaság ezt a kulcsot használta, amely szerint a szifilisz rovására irandó:

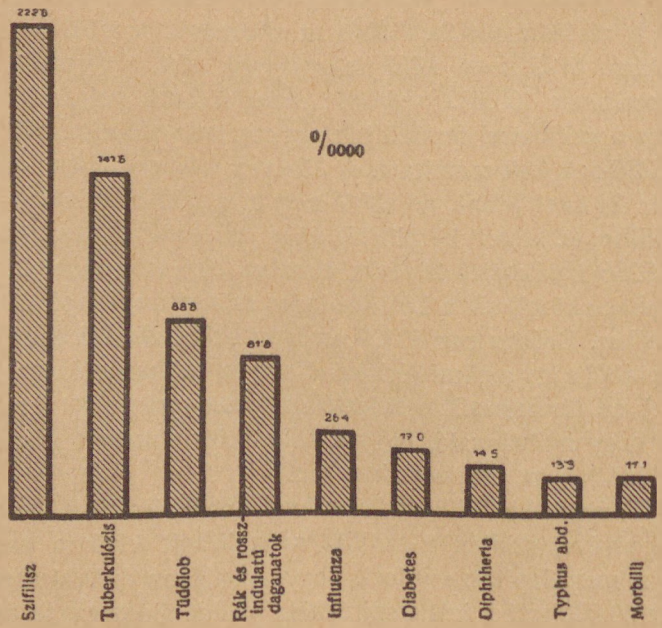
a tabes dorsalis.....	100%-a,	az agyguták.....	40%-a,
a paralysis progressiva .	100%-a,	az agylágyulás	40%-a,
a veleszületett gyengeség	100%-a,	az idült veselob	20%-a,
a szervi szívbajok	50%-a,	az epilepsia	10%-a,
az angina pectoris	50%-a,	az encephalitis	10%-a,
az ütőerek betegségeinek	40%-a,	a meningitis.....	10%-a.

Így kiderült, hogy a szifilisz valószínű halandósága 100.000 lakóra így alakul:

1911	1912	1913	1914	1915	1916
214	218	216	217	219	222

A következő grafikon a halálokok sorrendjét mutatja az Egyesült-Államokban.

II. A halálokok az Egyesült Államokban. — 1916.



Ezekután nem lehet csodálni, hogy most már mindinkább a szifilisz tör a halálolok között az első helyre, hiszen 1916-ban az Egyesült-Államokban a reálisabb számítás szerint a szifiliszmortalitás az összhalandóságnak kereken 16%-át reprezentálta.

Hogy Leredde, Bayet s az amerikaiak számítása reális, arra a szakirodalomban még számtalan bizonyítékot találunk. Wittgenstein behatóan foglalkozott az idült veselob anamnézisével és megállapította, hogy ennek a betegségnek 25%-a szifiliszes eredetű. Guttmann a szívbillentyűhibában szenvedők közül 1·4%-ot, Fatianof 0·2%-ot, Gerhardt 4·7%-ot és Worobjew 16·0%-ot kórjelzett szifiliszes eredetűnek. Wittgenstein az 1911—1923. években 40.553 főnyi klinikai anyagból 1·5%—2·0% szifiliszes ér- és szívbajos beteget mutatott ki olyan módon, hogy ezek az összes ér- és szívbajosok $^1/_5$-ét képezték és pedig a szifiliszes arteriosclerosis esetei az összes arteriosclerotikusok 4·5%-át jelentették, a többi szifiliszes ér- és szívbántalom az összes esetek 32.2%-ára, azaz $^1/_3$-ára rúgott. Brin és Giroux az artériás hypertonia eseteit kutatták s azt észlelték, hogy ezek között a szifiliszes fertőzés 18—19%-ban mutatható ki. Az aortaaneurysma eseteiben Fränkel 36%-ban, Heiberg 41%-ban, Thiebirge 50%-ban, Gerhardt 53%-ban, Etienne 69%-ban, Renvars 70%-ban, sőt Heller 85%-ban talált pozitív eredményt.

Nonne több, mint 11.000 kizárólag elmebetegekből álló anyagában a tabesen és paralysisen kívül 1·5%-ban állapított meg szifiliszes anamnézist. Wender szerint ez a viszonyszám ennél jóval magasabb, mert saját anyagában azt 17·2%-nak találta. Gerhardt az apoplexia eseteiben 41%-ban derített ki előrement szifiliszt. Aaron minden 75 gyomorbajban szenvedőre egy szifiliszest számított. Ewald a gyomorfekélyben szenvedők 10%-át vezeti szifiliszes fertőzésre vissza. Hazai anyagon Torday megállapította, hogy a vitiumban szenvedők $^1/_4$-e, az aortitisben sinylődők $^1/_2$-e biztosan szifiliszes eredetű, sőt a boncolások ezt 80%-ban bizonyítják. Engel professzor közleményének ismertetésekor pedig arra a megállapítására hívtuk fel a figyelmet, hogy szerinte az angina pectoris esetek fele, az aorta insufficientia esetei 75%-ban szifiliszes fertőzés révén keletkeztek és a szívhalálesetek $^1/_2$-e vagy ennél is több a szifilisz rovására írható. De annak igazolására is tudtunk a fentebbiekben bizonyítékokat találni, hogy a szifiliszben szenvedőknek legalább 35%-ánál kifejezett érelváltozások mutathatók ki.

Leredde kulcsa szellemes megoldás és mindenképpen a legalkalmasabb módszer a szifiliszmortalitásnak legalább megközelítő regisztrálására. Különösen jellemző adatokat produkál, hogy ha azonos területre, azonos népességre vonatkozó adatokat esztendőnként, kontinuitásban vesszük vizsgálat alá. Mégis sokan azt mondhatnák, hogy valamelyik halálesetnél a pozitív szerológiai reakció csak a véletlen következménye. Ezzel szemben azonban

valószínűleg az az eset gyakoribb, midőn a negatív reakció mellett fennáll a szifiliszes anamnézis. Annál inkább helytálló ez a feltevés, mert a gyakorlati tapasztalások szerint csak a pozitív eredményű reakció bír értékkel, a negatív azonban nem zárja ki az előrement szifiliszes fertőzést. A vidék szifiliszes mortalitása bizonyára valamivel enyhébb, mint azt a Leredde-kulcs alapján számítjuk, a városokban azonban bizonyára valamivel magasabb. Országos viszonylatban mérve, a hiba praktikusan véve kiegyenlítődik, de tüstént eliminálódik, ha szigorúbban csak azonos települési hely időben változó mortalitását elemezzük. És gondoljunk arra, hogy ennél megfelelőbb módszerrel nem rendelkezünk s így inkább a sok akadállyal küzködő, de alapjában szellemes és a célnak megfelelő módszert alkalmazzuk, mintsem az indokolatlanul gáncsoskodó és szubjektivitással teli »kritiká«-nak engedelmeskedve tétlenül és reménytelenül nézzük a szifilisz népirtását. Mert kétségtelen, hogy adatok nélkül nem lehet a hatóságokat intenzivebb beavatkozásra birni, nem lehet a nagyközönség érdeklődését felkelteni, nem lehet az antiveneriás küzdelmet irányítani s végül nem lehet az elért eredményeket ellenőrizni. Éppen ezért semmiféle kicsinyes gáncsoskodás se tarthat bennünket attól vissza, hogy ezt a módszert szélesebbkörű szociálhigiénikus vizsgálódás bázisául tegyük.

Ebben a munkában bátorságot merítünk Doros Gábor egyetemi magántanár nagyvonalú kísérletéből is. Doros — mint említettük — 1926-ban Magyarország szifiliszmortalitását az 1920—1924. esztendők átlagában szakszerűen összeállította. Érdekes munkájának eredményét 23. számú táblázatunkban reprodukáljuk! Leredde sémájától Doros csak ott tért el, hol arra a magyar haláloki statisztika összevont haláloki rovatai kényszerítették. A kényszerűségből külön megszabott kulcsait nagyon szerényen állapította meg, hiszen a szervi szívbaj rovatának csak $^2/_5$-ét vette szifiliszesnek, pedig abban az angina pectoris, aneurysma, aortitis és a többi artériamegbetegedések is bennfoglaltatnak. A magyar haláloki statisztika még a paralysis progressivának se adott külön rovatot, de szerencsére sikerült a nehézséget mégis eliminálni. Nevezetesen Doros figyelemmel volt arra, hogy a régebbi évek statisztikájában a VII. főcsoportban belül úgy az agylágyulás, mint az elmebajok csoportja külön alosztályt képezett. Innen kiszámítható volt, hogy az agylágyulás mortalitása az elmebajban elhaltak számának közel ¼-a volt, miért is lehetséges volt a jelenleg a paralysist, epilepsiát stb. magábanfoglaló elmebaj feliratot viselő rovat haláleseteinek $^1/_3$-át szifiliszes eredetűnek számítani.

Doros számításai szerint a szifiliszmortalitásban Békés vármegye vezet, utánna Csongrád, Csanád, Hajdu, Jász-Nagykun-Szolnok és Tolna vármegyék következnek. A legalacsonyabb a szifilisz mortalitása Abauj-Torna vármegyében. Érdekes, hogy a magas szifiliszhalandósággal excelláló vármegyék, Tolna megye kivételével, összefüggő tiszántúli területet alkotnak.

23. A szifiliszhalandóság Magyarországon törvényhatóságok szerint. — 1920—1924.

Sorszám	Törvényhatóságok	Bujakór	Hátgerincsorvadás	Májzsugorodás összesen	Májzsugorodás ‰	Brightkór összesen	Brightkór ‰	Szervi szívbaj összesen	Szervi szívbaj ‰	Agyguta összesen	Agyguta ‰	Elmebaj összesen	Elmebaj ‰	Agyhártyalob összesen	Agyhártyalob ‰	Csontbajok összesen	Csontbajok ‰	Hevenyveselob összesen	Hevenyveselob ‰	A szifiliszben elhaltak száma	Összhalandóság az 1920—1924. évek átlagában	A szifiliszbeni halálozás az összhalálozás %-ában	Kiszámított népesség az 1922. év közepén	Szifiliszhalandóság ‰
1	Abaúj-Torna vm.	1	1	1	—	6	1	37	14	25	8	3	1	13	1	2	—	16	2	29	1.661	1·8	87.879	0·3
2	Baranya vm.	3	5	4	1	19	4	158	64	142	47	11	4	40	4	4	—	26	3	135	5.329	2·5	242.508	0·6
3	Bács-Bodrog vm.	5	5	5	1	20	4	103	42	78	26	12	4	25	3	2	—	14	1	91	2.056	4·4	97.365	0·9
4	Békés vm.	16	27	10	2	52	10	440	176	352	117	126	42	121	12	9	1	99	10	413	6.655	6·2	315.308	1·3
5	Bihar vm.	7	8	4	1	15	3	152	61	149	50	11	4	42	4	5	1	52	5	144	3.544	4·1	164.469	0·9
6	Borsod-Gömör-Kishont vm.	8	8	3	1	36	7	192	77	94	31	12	4	70	7	10	1	67	7	151	5.964	2·5	272.391	0·6
7	Csanád-Arad-Torontál vm.	10	10	7	1	17	3	217	87	133	44	21	7	47	5	6	1	34	3	171	3.319	5·2	170.428	1·0
8	Csongrád vm.	8	10	6	1	12	2	202	81	147	49	33	11	51	5	3	—	44	4	171	2.864	6·0	144.728	1·2
9	Fejér vm.	7	8	5	1	22	4	233	93	132	44	16	5	64	6	4	—	41	4	172	4.538	3·8	228.045	0·8
10	Győr-Moson-Pozsony vm.	4	7	3	1	12	2	118	47	59	20	9	3	35	3	4	—	21	2	89	2.887	3·1	147.817	0·6
11	Hajdú vm.	5	9	6	1	37	7	150	60	216	72	16	5	70	7	3	—	82	8	174	3.957	4·4	171.500	1·0
12	Heves vm.	9	18	6	1	41	8	294	118	137	46	114	38	74	7	6	1	66	7	253	7.090	3·6	303.492	0·8
13	Jász-Nagykún-Szolnok vm.	13	20	9	2	61	12	405	162	377	126	53	18	130	13	10	1	117	12	379	8.244	4·6	393.910	1·0
14	Komárom-Esztergom vm.	4	8	2	—	19	4	178	71	84	28	10	3	38	4	5	1	39	4	127	3.637	3·5	170.218	0·7
15	Nógrád-Hont vm.	6	10	4	1	20	4	150	60	65	22	34	11	55	6	7	1	31	3	124	4.526	2·7	208.342	0·6
16	Pest-Pilis-Solt-Kiskún vm.	45	68	38	8	122	24	1.360	544	735	245	95	32	435	43	35	4	302	30	1.043	23.274	4·5	1,180.422	0·9
17	Somogy vm.	9	13	6	1	24	5	336	134	174	58	52	17	58	6	6	1	51	5	249	7.685	3·2	372.788	0·7
18	Sopron vm.	2	10	3	1	12	2	112	45	63	21	15	5	41	4	4	—	19	2	92	3.174	2·9	141.826	0·6
19	Szabolcs-Ung vm.	25	12	6	1	61	12	261	104	135	45	43	15	105	10	12	1	108	11	236	7.951	3·0	345.613	0·7
20	Szatmár-Ugocsa-Bereg vm.	6	4	2	—	18	4	49	20	46	15	7	2	26	3	2	—	30	3	57	3.118	1·8	138.488	0·4
21	Tolna vm.	10	15	6	1	18	4	325	130	211	70	53	18	71	7	5	1	44	4	260	5.574	4·7	266.623	1·0
22	Vas vm.	16	14	5	1	25	5	248	99	92	31	15	5	58	6	8	1	57	6	184	5.342	3·4	273.138	0·7
23	Veszprém vm.	6	13	4	1	23	5	238	95	104	35	21	7	57	6	3	—	30	3	171	4.744	3·6	236.550	0·7
24	Zala vm.	10	13	5	1	38	8	207	83	131	44	30	10	61	6	6	1	81	8	184	6.938	2·7	352.311	0·5
25	Zemplén vm.	5	6	3	1	31	6	111	44	59	20	56	19	40	4	4	—	37	4	109	2.949	3·7	139.355	0·8
I.	Budapest	130	140	61	12	147	29	2.468	988	616	205	508	169	314	31	94	9	280	28	1.741	19.456	8·9	929.485	1·9
II.	Baja	1	1	1	—	2	—	52	21	16	5	19	6	8	1	—	—	7	1	36	534	6·7	19.245	1·9
III.	Debrecen	24	12	4	1	40	8	133	53	102	34	20	7	34	3	5	1	48	5	148	2.285	6·5	104.119	1·4
IV.	Győr	3	7	2	—	5	1	93	37	29	10	18	6	25	3	2	—	9	1	68	920	7·4	50.432	1·4
V.	Hódmezővásárhely	3	8	2	—	10	2	125	50	100	33	10	3	17	2	1	—	14	1	102	1.064	9·6	61.084	1·7
VI.	Kecskemét	9	4	3	1	7	1	139	55	53	18	18	6	17	2	2	—	21	2	98	1.589	6·2	74.222	1·3
VII.	Miskolc	6	8	2	—	13	3	103	41	36	12	35	12	25	3	4	—	30	3	88	1.224	7·2	57.362	1·5
VIII.	Pécs	5	9	2	—	10	2	159	63	51	17	74	25	11	1	2	—	15	2	124	1.333	9·3	47.365	2·6
IX.	Sopron	2	6	1	—	5	1	78	31	27	9	7	2	21	2	4	—	13	1	54	674	8·0	35.553	1·5
X.	Szeged	11	10	5	1	26	5	203	81	107	36	28	9	41	4	2	—	34	3	160	2.366	6·8	119.930	1·3
XI.	Székesfehérvár	1	6	1	—	9	2	77	31	33	11	16	5	18	2	1	—	5	1	59	780	7·6	39.190	1·5
	Összesen	435	553	237	46	1.035	204	9.906	3.962	5.110	1.704	1.621	540	2.358	238	282	27	1.984	199	7.886	169.245	4·7	8,103.501	1·0

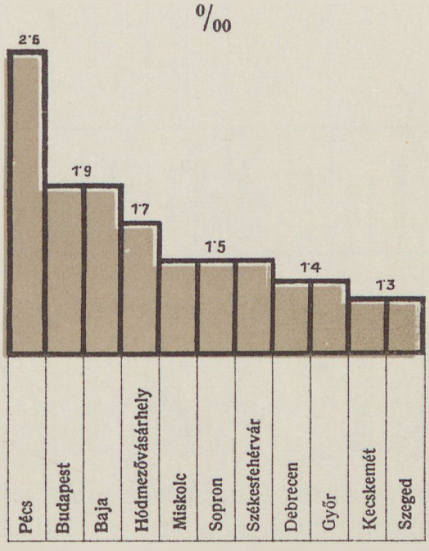
A törvényhatósági jogú városok között Pécs áll az élen s Budapest csak Pécs után következik. A városok között Szegeden és Kecskeméten volt legalacsonyabb a szifiliszmortalitás. Általában a vármegyékben ezer lakóra évenként 0·3—1·3 szifiliszes eredetű halálozás esik, a törvényhatósági városokban ugyancsak ezer lakóra 1·3—2·6 eset. Ezek az adatok már azért is csak tájékoztató értékűek, mert a belső vándorlás megakadályozza, hogy valamelyik vármegye vagy törvényhatósági jogú város szifiliszhalandóságáról hűségesebb képet nyerjünk. Az abszolút számok alapján Doros megállapította, hogy Budapest szifiliszmortalitása közel kétszer akkora, mint az összes többi törvényhatósági jogú városoké s általában egynegyede az ország szifiliszhalandóságának. A szifiliszes halálozásoknak az összhalandóságban való jelentőségét illusztráló viszonyszámok a vármegyékben 2—6% között variálnak, a törvényhatósági jogú városokban 6—9% között. Doros szerint a székesfővárosban az összes halálozásoknak 8·9%-a volt szifiliszes eredetű, ami Leredde párizsi (7%) és Bayet brüsszeli (11%) eredménye közé esik. Még azt is felemlíti Doros, hogy mivel a gümőkórhalandóság Magyarországon az összmortalitás 13—17%-a, a szifiliszé ennek körülbelül harmad-, negyedrésze. És ez az arány fedi a gyermekkori tuberkulózishalálozások és a veleszületett szifiliszben történt halálozások között mutatkozó differenciát (3·3 : 1).

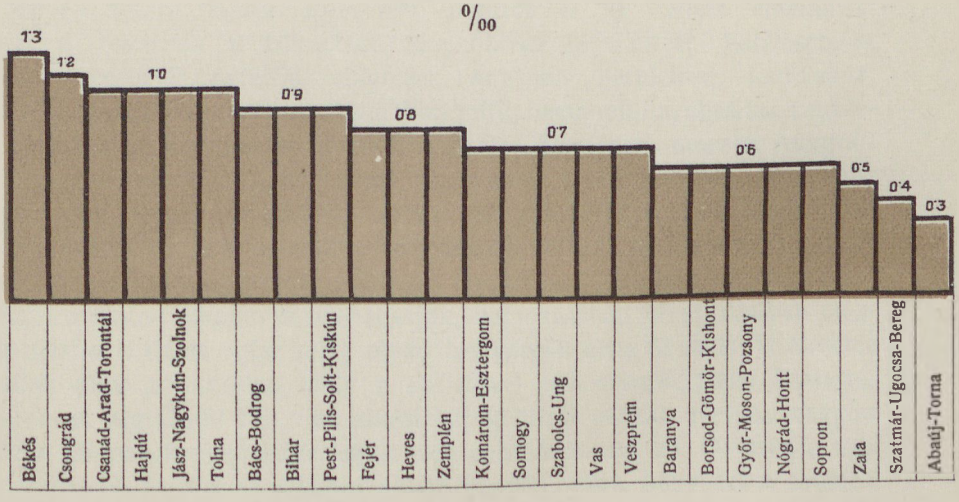
A szifiliszhalandóság indexeinek alakulását III. számot viselő grafikonunk még jobban szemlélhetővé teszi.

Doros eredményein felbuzdulva, nagyobbszabású kísérlethez fogtunk. Azt tűztük ki először is célul, hogy Budapest szifiliszhalandóságát nemcsak néhány esztendőre vonatkozólag, hanem 1874-ig visszamenőleg megállapítsuk. De még ezzel se elégedtünk meg, hanem az így nyert eredményeket még a szokásos demográfiai kombinációkban is feldolgoztuk. Ha a Leredde-kulcsot a szifiliszmortalitás szimplex megállapításában alkalmazhattuk, akkor semmi okunk se lehetett arra, hogy a talált mérőszámok további szétbontásától tartózkodjunk. Tettük ezt különösen azért, hogy a szifiliszmortalitás elemeinek megismerésével és részletes feltárásával az antiveneriás küzdelem célkitűzését jobban kontrollálhassuk, bővíthessük s talán néhány esztendő mulva az elért sikereket is számszerűen mérhessük.

A székesfőváros statisztikai hivatala 1874 óta gyüjti nagy gondossággal a székesfőváros mortalitási anyagát s azt sajátos névjegyzéke szerint dolgozza fel. Éppen ezért szükségünk volt arra, hogy a Leredde-kulcsot a székesfővárosi nomenklatúrához adaptáljuk és a mortalitási táblából minden olyan rovatot kiemeljünk, melyben szifiliszhalálozási esetek megbújhatnak. Annak igazolására, hogy az előző kutatásokhoz hűségesen alkalmazkodtunk és hogy a Leredde-kulcsot szerényen alkalmaztuk, most 24. számú táblánkat mutatjuk be.

III. A szifiliszhalandóság megoszlása törvényhatóságok szerint Magyarországon. 1920—1924.





24. A Leredde-kulcs alkalmazása az eddigi szifiliszhalandósági kutatásban. — 1913—1929.

Megnevezés	Veleszületett bujakór	Egyéb alkati bajok	Idegrendszeri bajok	Agyhártyalob	Terjedő hűdés	Agylágyulás	Epilepszia	Encephalitis	Egyéb agybajok	Tabes dorsalis	Egyéb gerincbajok	Egyéb idegbajok	Szív- és vérkeringési bajok	Szívbajok
Leredde 1913	1/1	—	—	1/10	1/1	—	1/10	1/10	1/3	1/1	1/3	1/3	—	1/3
Leredde 1918	1/1	—	1/2	—	1/1	—	—	—	—	1/1	—	—	1/2	—
Bayet 1924	1/1	—	—	1/10	1/1	1/3	—	1/10	—	1/1	1/10	—	—	1/3
Amerikai egészségügyi társaság 1926	1/1	—	—	1/10	1/1	1/3	1/10	1/10	—	1/1	—	—	—	1/2
Doros 1926	1/1	—	1/3	1/10	—	—	—	—	—	1/1	—	—	—	2/5
Saját skála 1929	1/1	1/10	—	1/10	1/1	—	—	—	1/3	1/1	1/3	1/3	—	2/5

Megnevezés	Ütér-elmeszesedés	Angina pectoris	Ütőerek betegségei	Egyéb vérkeringési bajok	Agyguta	Légzőszervi bajok	Emésztőszervi bajok	Májszugor	Veselob	Csonttbajok	Daganatok[1])	Veleszületett gyengeség	Szivhűdés	Egyéb hiányos jelzés
Leredde 1913	—	3/4	1/2	—	1/3	—	—	1/5	1/5	1/10	3/4	—	1/10	—
Leredde 1918	—	—	—	—	—	1/3	1/3	—	1/3	—	3/4	3/4	1/2	—
Bayet 1924	—	3/4	1/2	—	1/3	—	—	1/10	1/5	—	1/2	1/4	1/3	—
Amerikai egészségügyi társaság 1926	—	1/2	1/3	—	1/3	—	—	—	1/5	—	—	1/1	—	—
Doros 1926	—	—	—	—	1/3	—	—	1/5	1/5	1/10	—	—	—	—
Saját skála 1929	1/2	—	—	1/2	1/3	—	—	1/5	1/5	1/10	—	1/2	1/10	1/10

Az első rovat a székesfőváros nomenklatúrájában »veleszületett bujakór« cím alatt a 13. számot viseli s a fenti tábla szerint minden kétség nélkül száz százalékig a szifiliszmortalitáshoz tartozó eredményeket sorol fel. Amennyiben a táblázatnak szerzett bujakór című rubrikája is van az természetesen teljes egészében a szifiliszhalandósághoz számítandó. Az «egyéb alkati bajok» elnevezésű rovatot is ki kellett emelnünk! Ebben a rovatban a következő diagnózissal bejelentett haláleseteket szokták besorozni: rachitis, chlorosis, anaemia perniciosa, leukaemia, pseudoleukaemia, morbus maculosus Werlhoffii, haemophilia, obesitas, urataemia chronica, rheumatismus chronicus, morbus Basedowi, morbus Adisonii, scorbut, saturnismus, alcoholismus chronicus, morphinismus chronicus, echinococcus hepatis, trichinosis cerebri. Az utóbbi kórformák idesorozása szinte kómikus, de ettől eltekintve kénytelenek voltunk az idetartozó halálozásoknak szerényen egytizedét szifiliszes eredetűnek tekinteni, mert gyakorlati tapasztalatok alapján is mondhatjuk, hogy részben téves, részben elégtelen diagnózis miatt egész sereg olyan betegségek által okozott halálesetet soroznak ebbe a rovatba, mely a szifilisszel oki összefüggésbe hozható. Ez a rovat végtelenül tág s az alkati bajok közül azokat, melyek nagyon precizen nincsenek megjelölve, egyenesen ebbe állítanak be. De még a legminuciózusabb kritika se találhat abban kivetni valót, hogy ezt a rovatot

[1]) A szájüreg rákos daganatai

is felvettük azok közé, melyekből a szifiliszt kívánjuk kiszűrni, mert a felsorolt 19 haláloki rovat közül esztendőnként ebben sorakoznak fel a legkisebb abszolút számok s azoknak egytizede meg éppen nagyon csekély töredék, ami a szifiliszhalandóság arányszámát komolyan nem változtathatja. Két kórtipus emelkedik ki ebből a rovatból: a rachitis és az idült alkoholizmus. A rachitis a kisgyermekek betegsége s minden valószínűség amellett szól, hogy az ebben a bajban elhaltak között jó egynéhány gyermek lehet, ki már a szifilisszel megterhelt konstitucióval jött a világra. Az alkoholizmus és venerizmus pedig édes testvérek! Ezért úgy véljük, hogy nem vétkeztünk, ha az ebben a tág rovatban felsorakozó haláleseteknek egytizedét a szifilisz rovására írtuk. A 32. számú agyhártyalob felirású rovatba a meningitis, meningitis purulenta, meningitis basilaris, pachymeningitis és meningitis cerebrospinalis simplex diagnózisú halálesetek kerülnek s szorosan alkalmazkodva az eredeti kulcshoz, ezeknek szintén egytizedét számítottuk szifiliszes eredetűnek. A terjedő hűdés, a paralysis progressiva (34.) esetei természetesen kizárólag szifiliszesnek számíthatók. A következő rovatba (35.) az egyéb agybajok felirat alá egész sereg diagnózissal jelentett haláleset soroztatik be. És pedig: haemorragia meningealis, hydrocephalus, hydrocephalus acutus, hydrocephalus chronicus, hydrocephalus congenitus, encephalitis, encephalitis chronica, encephalomalacia, abscessus cerebri, paralysis bulbaris, dementia, dementia acuta, dementia congenita, dementia aquisita, dementia secundaria, dementia senilis, cretinismus, melancholia, mania, vesania, vesania chronica, delirium acutum, hysteria, neurasthenia, psychosis, epilepsia, epilepsia Jacksonii, chorea, paralysis agitans, affectio cerebri. Tehát sok olyan kórforma szerepel ebben a felsorolásban (encephalitis, epilepsia stb.), hogy a rovatból az esetek egyharmadát, mint azt különben Doros is tette, kiszűrhettük. A 36. számú rovat a tabes dorsalis eseteket gyüjti össze, amelyeknek szifiliszes aetiologiája nem kétséges. A 37. számú egyéb gerincbajok rovata és a 38. számú egyéb idegrendszeri bajok rovata Leredde eredeti skálája szerint $^1/_3$-ban tartoznak a szifiliszmortalitáshoz. A székesfőváros részletes haláloki jegyzéke szerint a 37. rovathoz a meningitis spinalis, myelitis, myelitis acuta, myelitis chronica, sclerosis multiplex, ataxia hereditaria, atrophia musculorum progressiva és paralysis spinalis halálokok, a 38. rovathoz pedig a neuritis, neuritis multiplex, neuralgia, ischias, paralysis, paralysis nerviifacialis, paralysis extremitatum, paralysis intestini és otitis purulenta halálokok kerülnek. Nem lehet kétséges, hogy az idesorolt esetek egyharmadának minden valószínűség szerint szifiliszes aetiológiájúnak kell lennie. A szervi szívbajok a 39—42 rovatokban vannak regisztrálva. A részletes skála szerint a 39. ponthoz tartozik minden szervi szívbaj megjelölést viselő eset, a 40. rovathoz a degeneratio myocardii, myocarditis, myocarditis chronica, myocarditis fibrosa, cor adiposum, hyperthophia cordis, dilatio cordis, ruptura cordis és atrophia cordis kórjelzések. A 41.

rovathoz pedig a vitium valvularum, insufficientia valvularum, stenosis valvulvarum, insufficientia valvulae bicuspidalis, stenosis valvulae bicuspidalis, insufficientia valvulae aortae, stenosis valvulae aortae s végül a 42. rovathoz a pericarditis, pericarditis chronica, pericarditis purulenta, endocarditis, endocarditis acuta, endocarditis acuta ulcerosa, endocarditis chronica, stenocardia, neuralgia cordis, stenosis coronariae cordis diagnózissal jelentett halálesetek. A 39—42. rovat további tabelláinkban összegelve fog szerepelni. A kulcsot elég szerényen állapítottuk meg, mert Leredde 1918-ban az idetartozó esetek felét jelezte szifiliszes eredetűnek, de ennek ellenére számításunk ban az esetek kétötödével elégedtünk meg. A 43. pont az ütérelmeszesedés következtében beállott halálesetek gyüjteménye. Ide a részletes tabella szerint az arteriosclerosis és arteriosclerosis cerebri diagnózissal elhaltak tartoznak, miért is Leredde közlése szerint az idesorolt esetek felét kellett számításba vennünk. A 44. pontban a következő halálokok kerülnek regisztrálásra: thrombosis, thrombosis cerebri, thrombosis durae matris, thrombosis pulmonum, thrombosis venae femoralis, ruptura varicis, phlebitis, phlebitis, endoarteritis aortae, stenosis aortae, perforatio aortae, epistaxis, aneurysma, aneurysma baseos cerebri, aneurysma aortae, ruptura arteriae pulmonalis. Nem lépjük túl a standardot, ha innen is az esetek felét tartjuk jogosan szifiliszesnek. Az agyguta eseteinek vitán felül egyharmada szifiliszes eredetű (44.). A 64. rovat a májzsugorodás címet viseli s ide a hepatitis interstitialis, hepatitis és affectio hepatis esetek tartoznak, melyeknek $^1/_5$-e számítható szifiliszesnek. A 68. pont is ugyanilyen arányban járul a szifiliszmortalitás számszerű növeléséhez. Idekerülnek a nephritis, nephritis acuta, nephritis chronica, nephritis parenchymatosa, nephritis parenchymatosa chronica és nephritis interstitialis esetei. A csontbajok 73. számú rovata végtelenül tág, mert ide a halálokok egész sora tartozik. És pedig: periostitis, periostitis maxillae inferioris, ostitis, ostitis processus mastoidei, ostitis acuta femoris, ostitis purulenta, ostitis mandibulae, abscessus proc. masdoidei, abscessus sinus frontalis, spondylitis, spondylitis chronica, spondylitis multiplex, cyphosis, osteomalacia, fractura colli femoris, fractura cruris, caries vertebrarum, caries costarum, caries humeri, caries ossis ilei, caries pedis, caries multiplex, necrosis maxillae, osteomyelitis, arthritis, coxitis, gonitis, polyarthritis, arthritis purulenta, gonitis purulenta, arthritis chronica, polyarthitis chronica, arthritis rheumatica, polyarthitis rheumatica, arthritis rheumatica acuta, polyarthritis rheumatica acuta, arthritis rheumatica chronica, arthritis deformans. Leredde az idetartozó esetek $^1/_{10}$-ét vette számításba, amihez természetesen alkalmazkodtunk. A 74. pont is conglomeratum, mert ez a következő tételekből áll: debilitas congenita, praematuritas, praematuritas e mense V, VI, VII, VIII, IX, laesio sub partu, monstruositas, anencephalus, microcephalus, encephalokele, myelokele, labium leporinum, palatum fissum, vitium cordis congenitum, strictura intestium congenita, dermatitis congenita,

haemorrhagia umbilici, atelectasia pulmonum, icterus neonatarum, sclerema neonatarum. Ebben a tekintetben nincs egységes felfogás, mert Leredde az esetek ¾-ét, Bayet ¼-ét, az amerikaiak pedig száz százalékát tartották szifiliszes eredetűnek. Legcélszerűbbnek tartottuk a középutat elfogadni s így a kulcsot 50%-ban szabtuk meg. A szívhűdés 77. számú rovatából Leredde eredeti skálája szerint az esetek $^1/_{10}$-ét emeltük ki. Ugyancsak ezt a kulcsot alkalmaztuk a 78. pontnál is, melybe pontosabban a hydrops, ascites, exsudatum, mors subita és causa ignota diagnózisok jutnak. A daganatok rovatát, melyet nehéz szétbontani, tanácsosabbnak tartottuk figyelmen kívül hagyni.

Úgy véljük, hogy nem kell tovább fejtegetnünk, hogy gondosan jártunk el s a kulcs megállapításában nem ragadtattuk magunkat túlzásokra. Doros adatait a szakirodalomban helyesléssel fogadták, sokszor citálják. Annál inkább bátorkodtunk a székesfőváros szifiliszhalandóságát részletes vizsgálódás tárgyává tenni, mert Budapest, mint általában a nagyvárosok adatgyüjtései, belső érték és megbízhatóság tekintetében az országos viszonylatban összeállítottaknál jóval többet érnek. Az eredeti Leredde-féle sémától alig térünk el, legfeljebb ott, hol a haláloki nomenklaturánk arra kényszerített. De mindig az alacsony kulcsot tartottuk szemünk előtt, mert egyáltalában nem akartunk túlozni. Módszerünk — ezt nagyon jól tudjuk — korántsem tökéletes, de bár ismerjük annak hiányosságait, így mégis alkalmat találhatunk arra, hogy a szifilisz pusztítását számokkal demonstráljuk. Enélkül egyáltalában nem volna semmiféle útmutatónk a szifilisz ellen való küzdelem irányításához.

A székesfőváros statisztikai évkönyveiből 1874-től kezdődőleg kiemeltük azt a 19 halálokot, melyből a szifiliszhalandóságot ki kellett szűrnünk. Ezt az anyagot 28. számú táblánkban mutattuk be. Hogy később indexeket számolhassunk, illetve a szifiliszmortalitás jelentőségét az összhalandóságban is megállapíthassuk, a táblázat első rovatában a székesfőváros egyre növekedő népszámait, a másodikban pedig az összmortalitás abszolút mérőszámait is feltüntettük. Azután a Leredde-féle kulcs alkalmazásával a 19 halálok minden rovatából a szifiliszre eső hányadot kiszámítottuk s a nyert eredményeket a 25. számú tabellában gyüjtöttük össze. A népszám 1874-től 1928-ig több, mint 300%-kal gyarapodott s ime azt látjuk, hogy a szifiliszhalandóságnak a Leredde-kulcs szerint megállapított mérőszáma nagyjából hűségesen követte a népszám emelkedését. Ezen nem kell meglepődnünk, mert egyes kórformák diagnosztikája megfigyelésünk idejének elején is magas nívón állott, annak ellenére, hogy azok aetiológiájával nem voltunk tisztában. Ebből a nézőpontból csak a tabes dorsalisra és paralysis progressivára utalunk. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül a szakembereknek azt a sokszor hangoztatott tapasztalását, hogy amennyire eltűnt a kórházak és ambulanciák anyagából a csontok és bőr roncsoló szifiliszes eseteinek tömege, annyira

25. Néhány halálok gyakorisága a székesfővárosban. — 1874—1928.

Év	Népszám	Összhalálozás	Veleszületett bujakór	Szerzett bujakór	Egyéb alkati bajok	Agyhártyalob	Terjedő hűdés	Egyéb agybajok	Hátgerincsorvadás	Egyéb gerincbajok	Egyéb idegbajok	Szívbajok	Ütérelmeszesedés	Egyéb vérkeringési bajok	Agyguta	Májzsugor	Vesetlob	Csontbajok	Veleszületett gyengeség	Szívhűdés	Egyéb hiányos jelzés	A szifilisszhalandóság az összhalálozás %-ában
1874	298.932	12.869	38	—		183			17			206			266	58	131		925			5·8
1875	303.062	12.026	24	—		179			24			246			207	76	112		755			5·4
1876	315.737	12.294	45	1		211			18			208			231	64	127		772			5·4
1877	328.796	12.644	38	—		219			22			243			235	105	126		757			5·4
1878	341.856	12.874	48	—		267			21			249			235	64	130		650			5·0
1879	354.915	12.139	33	—		266			17			258			291	83	136		749			5·7
1880	367.975	12.312	53	—		262			21			297			288	83	179		711			5·9
1881	377.393	13.055	60	—		320			29			279			268	83	200		800			6·0
1882	390.646	12.885	69	1		263			16			327	16		262	77	252		816			6·3
1883	403.899	12.300	65	1		307			25			340	21		298	86	233		756			6·6
1884	417.152	12.751	65	1		324			7			333	30		269	82	213		668			5·8
1885	430.405	12.658	46	—		352			19			414	25		264	97	247		768			6·5
1886	443.658	16.724	46	—		396	136		34			416	59		302	127	301	197	880	58	65	6·8
1887	456.911	13.854	48	3		509	228		18			483	86		286	119	293	188	1.009	25	80	9·3
1888	470.164	14.021	70	3		493	190		22			459	75		291	147	294	144	982	54	57	9·0
1889	483.417	13.341	57	1		434	177		17			457	75		257	92	230	199	1.061	67	37	9·2
1890	496.670	14.506	66	—		459	299		28			448	35		238	137	273	195	1.016	42	55	9·2
1891	517.616	14.335	84	—	104	411	253		27			562	76		253	104	286	94	1.072	38	25	9·7
1892	540.079	14.732	48	—	136	438*	246		17			509	36		244	103	287	91	1.010	81	32	8·7
1893	562.543	14.459	75	9	104	599*	219		31			615	65		277	85	283	103	893	45	48	9·1
1894	585.008	13.511	60	5	99	625*	159		26			583	59		287	95	264	92	957	73	46	9·3
1895	607.471	14.708	52	6	100	700*	242		35			667	67		331	90	359	129	1.051	148	40	10·0
1896	629.934	14.780	65	4	134	599	312		32		272*	757	58	324	290	82	367	88	1.048	138	73	12·3
1897	652.397	13.803	79	7	151	536	289		32		303*	811	63	226	273	101	411	79	960	82	52	12·6
1898	674.862	14.306	84	4	135	468	290		30		262*	844	75	157	257	110	330	69	1.011	75	43	11·9
1899	697.325	15.041	93	2	141	500	305		33		280*	870	77	84	296	127	337	72	1.010	68	55	11·5
1900	719.788	14.802	120	7	181	384	313		30		250	918	108	67	293	118	350	68	976	44	25	11·9

25. Néhány halálok gyakorisága a székesfővárosban. — 1874—1928. (Vége.)

Év	Népszám	Összhalálozás	Veleszületett bujakór	Szerzett bujakór	Egyéb alkati bajok	Agyhártyalob	Terjedő hűdés	Egyéb agybajok	Hátgerincsorvadás	Egyéb gerincbajok	Egyéb idegbajok	Szívbajok	Ütérelmeszesedés	Egyéb vérkeringési bajok	Agyguta	Májzsugor	Veselob	Csontbajok	Veleszületett gyengeség	Szívhűdés	Egyéb hiányos jelzés	A szifilisz halandóság az összhalandóság %-ában
1901	738.720	13.923	105	8	175	447	288	Nem volt külön kimutatva	47	Nem volt külön kimutatva	*543	978	90	16	254	112	343	69	934	57	35	12·9
1902	749.444	14.732	114	6	128	425	330		33		*244	1.021	118	83	310	*108	340	69	920	67	51	12·2
1903	760.168	15.059	106	10	99	440	319		40		*232	1.046	155	100	293	93	397	86	809	68	46	11·8
1904	770.892	15.435	87	6	104	354	334	168	45	39	16	1.048	211	101	311	87	391	78	892	67	27	11·8
1905	781.616	16.094	79	4	135	411	337	189	40	58	19	1.085	351	51	337	78	402	88	878	85	17	11·8
1906	791.748	15.121	103	6	142	386	298	160	59	39	20	1.057	383	31	394	86	353	78	890	52	33	12·6
1907	811.445	16.184	76	8	152	355	336	154	50	56	28	1.158	490	13	361	100	343	103	953	21	24	12·4
1908	831.138	15.612	86	6	145	363	372	118	63	54	27	1.089	572	13	406	73	347	81	934	18	20	13·2
1909	850.831	15.975	81	12	169	336	374	152	63	47	30	1.122	609	11	435	81	375	73	874	43	24	13·2
1910	870.524	16.129	90	3	162	283	352	141	67	49	29	1.152	646	10	393	65	399	99	912	46	37	13·1
1911	891.650	17.323	99	10	167	280	396	152	67	40	47	1.243	599	18	531	100	409	89	976	69	45	13·2
1912	914.209	16.876	93	9	181	317	387	182	53	65	36	1.255	615	14	551	95	419	87	950	77	31	13·5
1913	936.769	17.441	84	9	185	324	399	167	73	42	40	1.196	665	17	558	98	395	80	961	82	14	13·2
1914	959.328	18.763	117	7	171	340	423	185	80	68	45	1.273	690	17	632	82	406	84	985	137	66	13·2
1915	975.918	21.150	90	9	220	521	517	205	94	52	36	1.376	722	28	670	97	614	92	898	134	125	12·6
1916	986.755	20.854	68	21	182	419	453	281	94	49	39	1.605	767	25	646	61	666	92	745	131	241	12·6
1917	988.927	24.371	86	19	182	420	522	388	105	83	65	1.913	838	23	713	62	780	117	887	159	227	12·6
1918	972.153	29.903	90	18	196	375	423	350	93	94	58	1.902	872	18	659	53	754	139	972	187	385	10·0
1919	955.379	20.887	118	15	150	295	354	199	118	65	39	1.567	786	12	698	61	518	149	1.270	154	172	13·4
1920	938.562	22.053	148	21	129	307	329	195	81	63	39	1.596	686	20	655	67	478	149	1.195	129	189	12·2
1921	933.340	18.981	111	23	145	306	304	205	85	49	31	1.536	703	25	671	57	399	156	950	85	100	13·0
1922	939.526	19.054	105	10	158	254	339	212	90	59	33	1.743	743	26	641	59	405	147	922	98	117	13·5
1923	945.712	18.549	81	17	173	278	288	189	77	43	37	1.597	841	32	612	60	430	130	881	85	136	13·2
1924	951.898	18.644	85	20	200	255	304	211	90	45	21	1.790	999	45	671	62	360	162	837	108	113	14·1
1925	958.084	15.749	66	14	188	240	270	193	63	38	20	1.588	941	22	646	71	336	92	765	118	52	15·0
1926	964.386	15.301	60	5	171	234	214	178	69	34	28	1.592	849	58	659	78	296	92	659	71	104	14·4
1927	971.170	16.529	41	4	180	252	184	173	90	28	34	1.739	941	38	692	82	313	89	753	44	146	14·2
1928	977.954	16.315	40	9	178	220	212	152	75	30	73	1.864	966	47	593	72	282	56	680	60	127	14·4

26. A szifilisz által okozott halandóság a székesfővárosban. — 1874—1928.

Év	Veleszületett bujakór	Szerzett bujakór	Egyéb alkati bajok	Agyhártyalob	Terjedő hűdés	Egyéb agybajok	Hátgerinc-sorvadás	Egyéb gerincbajok	Egyéb idegbajok	Szívbajok	Ütőér-elmeszesedés	Egyéb vérkeringési bajok	Agyguta	Májzsugor	Veselob	Csontbajok	Veleszületett gyengeség	Szívhűdés	Egyéb hiányos jelzés	Összesen	‰
1874	38	—	Nem volt külön kimutatva	18	Nem volt külön kimutatva		17	Nem volt külön kimutatva	Nem volt külön kimutatva	82	Nem volt külön kimutatva		88	11	26	Nem volt külön kimutatva	462	Nem volt külön kimutatva	Nem volt külön kimutatva	742	2·5
1875	24	—		18			24			98			66	15	22		377			644	2·1
1876	45	1		21			18			83			77	13	25		386			669	2·2
1877	38	—		22			22			97			78	21	25		378			681	2·1
1878	48	—		27			21			100			78	13	26		325			638	1·9
1879	33	—		27			17			103			97	16	27		374			694	2·0
1880	53	—		26			21			119			96	16	36		355			722	2·0
1881	60	—		32			29			112			89	16	40		400			778	2·1
1882	69	1		26			16			131	8		87	15	50		408			811	2·1
1883	65	1		31			25			136	10		99	17	46		378			808	2·0
1884	65	1		32			7			133	15		89	16	43		334			735	1·8
1885	46	—		35			19			166	12		88	19	49		384			818	1·9
1886	46	—		40	136		34			166	29		101	25	60	20	440	6	7	1.110	2·5
1887	48	3		51	228		18			193	43		95	24	58	19	504	3	8	1.295	2·8
1888	70	3		49	190		22			184	37		97	29	59	14	491	5	6	1.256	2·7
1889	57	1		43	177		17			183	37		86	18	46	20	530	7	4	1.226	2·5
1890	66	—		46	299		28			179	17		79	27	55	20	508	4	6	1.334	2·7
1891	84	—	10	41	253		27			225	38		84	21	57	9	536	4	3	1.392	2·7
1892	48	—	14	44	246		17			204	18		85	21	57	9	505	8	3	1.279	2·4
1893	75	9	10	60	219		31			246	32		92	17	56	10	446	5	5	1.313	2·3
1894	60	5	10	62	159		26			233	29		96	19	53	9	478	7	5	1.251	2·1
1895	52	6	10	70	242		35			267	33		110	18	72	13	525	15	4	1.472	2·4
1896	65	4	13	60	312		32		91	303	29	162	97	16	73	9	524	14	7	1.811	2·9
1897	79	7	15	54	289		32		101	324	32	113	91	20	82	8	480	8	5	1.740	2·7
1898	84	4	13	47	290		30		87	338	37	78	86	22	66	7	505	8	4	1.706	2·5
1899	93	2	14	50	305		33		93	348	38	42	99	25	67	7	505	7	6	1.734	2·5
1900	120	7	18	38	313		30		83	367	54	33	97	23	70	7	488	4	3	1.755	2·4
1901	105	8	17	45	288		47		181	391	45	8	84	22	69	7	467	6	4	1.794	2·3
1902	114	6	13	42	330		33		81	408	59	41	103	22	68	7	460	7	5	1.799	2·4
1903	106	10	10	44	319		40		77	418	77	50	97	18	79	9	404	7	5	1.770	2·3
1904	87	6	10	35	334	56	45	13	5	419	105	50	104	17	78	8	446	7	3	1.828	2·4
1905	79	4	13	41	337	63	40	19	6	434	175	25	112	15	80	9	439	9	2	1.902	2·4
1906	103	6	14	39	298	53	59	13	7	423	191	15	131	17	71	8	445	5	3	1.901	2·4
1907	76	8	15	35	336	51	50	19	9	463	245	6	120	20	69	10	476	2	2	2.012	2·5
1908	86	6	14	36	372	39	63	18	9	436	286	6	135	14	69	8	467	2	2	2.068	2·5
1909	81	12	17	34	374	50	63	16	10	449	304	5	145	16	75	7	437	4	2	2.101	2·5
1910	90	3	16	28	352	47	67	16	10	461	323	5	131	13	80	10	456	5	4	2.117	2·4
1911	99	10	17	28	396	50	67	13	16	497	300	9	177	20	82	9	488	7	5	2.290	2·6
1912	93	9	18	32	387	60	53	22	12	502	307	7	183	19	84	9	475	8	3	2.283	2·5
1913	84	9	18	32	399	56	73	14	13	478	332	8	186	19	79	8	480	8	2	2.298	2·5
1914	117	7	17	34	423	62	80	23	15	509	345	8	211	16	81	8	492	14	7	2.469	2·6
1915	90	9	22	52	517	68	94	17	12	550	361	14	223	19	123	9	449	14	13	2.656	2·7
1916	68	21	18	42	453	93	94	16	13	642	383	12	215	12	133	9	372	13	24	2.633	2·7
1917	86	19	18	42	522	129	105	27	22	765	419	11	238	12	156	12	443	16	23	3.065	3·1
1918	90	18	20	37	423	116	93	31	19	761	436	9	219	11	151	14	486	19	39	2.992	3·1
1919	118	15	15	29	354	66	118	22	13	627	393	6	233	12	104	15	635	15	17	2.807	2·9
1920	148	21	13	31	329	65	81	21	13	638	343	10	218	13	96	15	597	13	19	2.684	2·9
1921	111	23	14	31	304	68	85	16	10	614	351	12	223	11	80	16	475	9	10	2.463	2·6
1922	105	10	16	25	339	71	90	19	11	697	371	13	213	12	81	15	461	10	12	2.571	2·7
1923	81	17	17	28	288	63	77	14	12	639	420	16	204	12	86	13	440	9	14	2.450	2·6
1924	85	20	20	25	304	70	90	15	7	716	500	22	223	12	72	16	418	11	11	2.637	2·8
1925	66	14	19	24	270	64	63	13	7	635	470	11	215	14	67	9	382	12	5	2.360	2·5
1926	60	5	17	23	214	59	69	11	9	637	424	29	219	16	59	9	329	7	10	2.206	2·3
1927	41	4	18	25	184	58	90	9	11	696	471	19	231	16	62	9	376	4	15	2.339	2·4
1928	40	9	18	22	212	51	75	10	24	746	483	23	198	14	56	6	340	6	13	2.346	2·4

szaporodott a bel- és idegosztályok szifiliszes belső és idegrendszeri elváltozásokban szenvedő anyaga. Minden túlzás nélkül mondhatjuk, hogy ez az eltolódás nem volt érzékelhető befolyással a szifiliszhalandóság viselkedésére. Részletes adataink alátámasztják a speciálisták megfigyelését. Nevezetesen a csontbajok rovata erős apadást jelent, viszont a szívbajok rubrikája körülbelül 600-szoros emelkedésről számol be. A veleszületett bujakór és a veleszületett gyengeségnek a szifilisz rovására számított adatai már csökkenést jeleznek, ami valószínűvé teszi, hogy a szifilisz diagnosztikájának és therápiájának haladása se volt eredménytelen. Technikai okokból a 25. táblában soroltuk fel azokat a mérőszámokat, melyek a szifilisz mortalitásának az összhalandóságban való jelentőségét illusztrálják. Ezt csak futólag végigpillantva is meggyőződhetünk arról, hogy a szifilisz a halálokok között előretört, mert míg 1874-ben a szifiliszmortalitás az összhalandóságnak alig 6%-át tette ki, addig 1928-ban már majdnem 15%-ára rúgott. Az emelkedés tehát közel 300%. A szifilisz előretörése már 1893—1895 óta észlelhető s azóta folytonos. Ezt a mérőszámot nem szabad túlértékelnünk, mert azt nemcsak a szifiliszhalandóság emelkedése, hanem más halálokok gyakoriságának apadása is befolyásolja, mégis határozottan az az impressziónk, hogy a szifiliszmortalitás még mindig — de lehet, hogy elsősorban a tuberkulózismortalitás apadása révén — teret nyer Budapest halandóságában. A 26. számú tabellánk adatai szerint a Leredde szerinti szifiliszmortalitás abszolút számai körülbelül 300%-os emelkedésről tesznek tanuságot. Láttuk, hogy a népszám gyarapodása is egyezik ezzel s így természetesnek kell tartanunk, hogy a szifiliszhalandóságnak 1000 élőre kiszámított indexei lényeges és szembeszökő változásokat nem fognak mutatni. A háborús esztendők indexei mégis kiemelkednek, azonban ennek oka cáfolhatlanul az itt elhalt »idegen«-ek számának emelkedése volt.

27. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban, évtödönként. 1874—1925.

Megnevezés	Népszám ezrekben	Összhalandóság		Szifiliszhalandóság		Az összhalandóság %-a
		abszolút	‰	abszolút	‰	
1874—1875	301·0	12.447	41·3	693	2·3	5·6
1876—1880	341·9	12.452	36·6	681	2·0	5·5
1881—1885	403·9	12.729	31·6	790	2·0	6·2
1886—1890	470·2	14.489	30·9	1 244	2·6	8·5
1891—1895	562·5	14.349	25·6	1.341	2·4	9·3
1896—1900	674·9	14.546	21·6	1.749	2·6	12·0
1901—1905	759·6	15.048	19·8	1.818	2·4	12·1
1906—1910	831·1	15.804	19·0	2.040	2·5	12·9
1911—1915	935·6	18.310	19·6	2.399	2·6	13·1
1916—1920	968·4	23.613	24·4	2.836	2·9	11·9
1921—1925	945·7	18.195	19·2	2.496	2·6	13·7
	+214·2%	+46·2%	—53·5%	+260·2%	+13·0%	+144·5%

Végtelenül nagy hibát követnénk el azonban, ha az eddig felsorakoztatott adatokból vonnánk következtetéseket. Mert hosszú számsorunk két végpontjának összevetésével két kiválóbb vagy két kedvezőtlenebb, sőt esetleg egy kedvező és egy kedvezőtlen esztendő eredményét hasonlítanánk össze. Preventive kívánjuk ezt a hibát elkerülni s ezért az ötvennégy esztendőről összegyüjtött anyagokat évötödönként, egy-egy évre kiszámítva, átlagokban mutatjuk be.

Évötödönként dolgozva fel az anyagot, csak 1925-ig volt módunkban az adatokat összeállítani! A 27. számú tábla első rovata ismét a népszám növekedését tanusítja és pedig 1874—1875-től 1921—1925-ig a népesség 214·2%-os növekedését igazolja. Az összhalandóság abszolút számokban csak 46·2%-kal emelkedett, miért is természetes, hogy az idetartozó indexek tekintélyes, 53·5%-os visszaesést mutatnak. Az indexek a népszám növekedéséből eredő hibát kiküszöbölik s ezért részletesebben inkább ezek viselkedésével kell foglalkoznunk. Az összmortalitás arányszáma 1874—1875-től és 41·3‰-ről a századfordulóig állandóan és kiadósan esett vissza, dokumentálva ezzel a székesfőváros egészségvédelmi kultúrájának hatalmas fejlődését. A fejlődés szoros következménye volt annak, hogy a klasszikus higiéne tanításainak a gyakorlatban való intézményes érvényesítése elég gyorsan bekövetkezett. A századforduló óta a javulás fájdalmasan lefékeződött, sőt két évötödben (1911—1915 és 1916—1920) veszedelmes remisszió állott be, de azóta ismét megindult a reparáció. Az egészségvédelmi kultúra haladása minden bizonnyal azért fejlődött a századforduló óta nehezebben, mert a társadalomegészségtan megszületése óta nyert tudományos megismeréseket, melyek a haladást volnának hivatva újólag előrevinni, már jóval nehezebben lehet minden állampolgár közkincsévé tenni. A népélelmezés olcsóbbátételének, a lakáskérdésnek, a munkafeltételek enyhítésének megoldása különösen ma, a vesztett háború után szinte leküzdhetetlen nehézségekbe ütközik. Pusztán az egészségvédelmi ismeretek népszerűsítése, az egyéni higiéne tanításainak fokozottabb kihasználása pedig nyomasztó gazdasági helyzetünk mellett nem lehet elég erős és hatékony eszköz az egészségügyi közállapotok szanálására. A szifiliszhalandóság abszolút számai 1874—1875-től 1921—1925-ig 260·2%-os emelkedést jeleznek, ami közel egyezik a népszám gyarapodásával, az abszolút számok 1916—1920-ig állandóan növekednek, a legutolsó évötödben látunk csak visszaesést, de még mindig nem egészen a békenívóig. A szifiliszhalandóság arányszámai megfigyelésünk első és utolsó évötöde között csak 13·0%-al emelkedtek. Közben is érzékelhetünk apró hullámzást, mert az 1886—1890. évötödben látjuk az első kiugrást, majd az 1896—1900. évötödben a másodikat s végül a legszembetűnőbbet az 1916—1920. évötödben. Általában, mintha a századforduló óta magasabbak lennének az arányszámok. Lehet, hogy ebben a közfigyelem működött közre s Hellernek 1899-ben a müncheni kongresszuson tartott előadása, mely

a szifilisznek az érrendszerben végzett romboló hatását emelte ki, nem hangzott el visszhang nélkül a pusztában. A spirochaeta pallidának Schaudin és Hoffmann által 1905-ben történt felismerése, a Wassermann-féle reakciónak 1906-ban történt közzététele mind a XX. század eredményei. Ezzel szemben a nagyon értékes gyógyszerünk, a szalvarzán csak 1910-ben született Ehrlich és Hata korszakos felfedezése nyomán s bizony hosszú esztendők teltek el, míg a készítmény számos módosításon keresztülmenve az általános orvosi gyakorlatba implantálódott. Tehát, mint azt sokan hangsúlyozzák, a diagnosztika jóval megelőzte a therápiát. A szifiliszmortalitás pedig az infekció, az egyéni konstitució és a therápia intenzitásából és egymásrahatásából tevődik össze. A diagnosztika fejlődése a kórformák egész sorát leplezte le és magyarázta meg, hogy azok szifiliszes eredetűek. A tabes dorsalis, paralysis progressíva, az aortitisek aetiologiájának megismerése növelte a szifilisz mortalitásának Leredde-kulcs szerint megállapított indexeit és nagyon valószínű, hogy a háborús fáradalmak hatalmasan hozzájárultak ezeknek és a rokon aetiologiájú kórformáknak a haláloki táblákban való gyakoribb megjelentkezéséhez. A szifilisz halált okozó típusai az infekció után hosszú esztendőkkel, esetleg évtizedekkel lépnek fel s így a szifiliszmortalitás alakulásából a jelen idők szifiliszmortalitására egyáltalában nem következtethetünk. Ha tényleg igaz, hogy ma a friss esetek száma tartósan csökken — amit csak fenntartással koncedálunk — akkor annak kedvező hatása csak hosszú évek, esetleg évtizedek mulva lesz a szifiliszmortalitásban észlelhető. Egyelőre azt kell látnunk, hogy a szifiliszmortalitás mind nagyobb jelentőséget nyer az összhalandóságban, hiszen az összes halálozásokra vonatkoztatott százalékos viszonyszám 1874—1875-től 1921—1925-ig 144·5%-al növekedett. A növekedés a századforduló idején válik szembeötlővé s a legmagasabb viszonyszám éppen a legutolsó évötöd rovatában foglal helyet. Az egyébként legjobban terhelt háborús évötödben, 1916—1920-ban a viszonyszám kissé visszaesett és pedig minden valószínűség szerint elsősorban a tuberkulózis dominálása miatt. Azóta azonban a tuberkulózishalandóság lefékeződése ismét előtérbe engedte a szifiliszmortalitást. Adataink meggyőznek arról, hogy a szifilisz a halálokok között ezidőszerint még vezetőhelyre tör s a gümőkór után a legnagyobb számokat jelző haláloki rubrika. Az 1921—1925. évötödben a tuberkulózis az összhalandóság 19·1%-át, a szifilisz pedig 13·7%-át reprezentálta. Sőt 1928-ban a gümőkórmortalitás indexe 2·2‰ volt, a szifiliszé pedig 2·4‰, tehát már valamivel magasabb.

Minden különösebb célzatosság nélkül a legutóbbi nyolc esztendőre vonatkozólag a szifiliszhalandóság havonként való megoszlását is összeállítottuk. A szifilisz tertiär megnyilvánulásai ugyanis nem tartoznak azok közé a betegségek közé, melyeknek leromlása a klimatikus változásokkal mutatna a gyakorlati tapasztalások szerint harmóniát.

28. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban, havonként. — 1921—1928.

Megnevezés	Január	Február	Március	Április	Május	Június	Július	Augusztus	Szeptember	Október	November	December	Összesen
	a) *Abszolút számokban.*												
1921	201	206	228	207	224	190	180	178	173	205	212	236	2.440
1922	244	235	265	246	225	190	183	171	167	207	200	228	2.561
1923	195	212	219	246	218	188	200	177	174	207	191	206	2.433
1924	243	271	260	248	225	213	208	191	158	192	216	192	2.617
1925	202	203	223	234	195	166	161	179	185	186	191	221	2.346
1926	197	193	194	205	202	177	155	166	157	181	170	204	2.201
1927	252	204	234	190	196	178	159	166	161	194	179	222	2.335
1928	212	197	239	206	194	190	168	174	164	192	185	216	2.337
	b) *Százalékokban.*												
1921	8·2	8·5	9·3	8·5	9·2	7·8	7·4	7·3	7·1	8·4	8·7	9·6	100·0
1922	9·5	9·2	10·4	9·6	8·8	7·4	7·1	6·7	6·5	8·1	7·8	8·9	100·0
1923	8·0	8·7	9·0	10·1	8·9	7·7	8·2	7·3	7·2	8·5	7·9	8·5	100·0
1924	9·3	10·4	9·9	9·5	8·6	8·1	7·9	7·3	6·0	7·3	8·3	7·4	100·0
1925	8·6	8·7	9·5	10·0	8·3	7·1	6·9	7·6	7·9	7·9	8·1	9·4	100·0
1926	9·0	8·8	8·8	9·3	9·2	8·0	7·0	7·5	7·1	8·2	7·7	9·4	100·0
1927	10·8	8·8	10·0	8·1	8·4	7·6	6·8	7·1	6·9	8·3	7·7	9·5	100·0
1928	9·1	8·4	10·2	8·8	8·3	8·1	7·2	7·5	7·0	8·2	7·9	9·3	100·0
Átlag	9·1	8·9	9·6	9·3	8·7	7·8	7·3	7·3	6·9	8·1	8·0	9·0	100·0

A teljesség kedvéért állítottuk csak össze a 28. számú tabellát, melynek nyersanyagát terjedelme miatt nem csatolhattuk. Mint azt már említettük, a szifiliszhalandóságot 19 halálokból kellett kiszűrnünk, miért is a nyersanyag olyan terjedelmes, hogy az a szöveg egyöntetűségét és kontinuitását kellemetlenül megzavarná, ha a részletes táblákat itt iktatnánk be. Ezért célszerűbbnek láttuk azt a megoldást, hogy a szöveg mellett csak az összefoglaló tabellákat adjuk elő, a részleteseket pedig, mint azt már mondottuk, kényszerűségből el kell hagynunk. A 28. számú táblában már az abszolút számok is arra utalnak, hogy a szifiliszhalandóság havonként való megoszlása eléggé egyenletes. Még inkább kitűnik ez a százalékos viszonyszámok összevetéséből. A szifiliszhalandóság harmónikusan simul az összhalandóságnak havonként való tagozódásához, amennyiben az őszi, téli és kora tavaszi hónapokban kissé magasabb, a nyári hónapokban kissé alacsonyabb a mortalitás. Lehet, hogy ennek a jelenségnek előidézésében az intercurrens betegségek fellépése is közrejátszik. A nyolc esztendő átlagában a szifiliszhalandóság legmagasabb százalékos viszonyszámát a március, a legalacsonyabbat szeptember hónap rovatában találjuk, amiből természetesen semmi jellegzetességet sem lehet kiolvasni.

29. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban, korcsoportok szerint. — 1911—1928.

Megnevezés	0—1	1—5	5—10	10—15	15—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—45	45—50	50—55	55—60	60—65	65—70	70—75	75—80	80—85	85—90	90—	Ismeretlen	Összesen
	a) *Abszolút számokban.*																					
1911	594	33	19	18	27	28	38	82	141	156	184	206	162	160	147	125	80	51	21	3	5	2.280
1912	616		23	24	25	34	37	78	148	162	175	167	158	170	154	134	84	52	23	5	5	2.274
1913	572	37	17	19	20	33	43	84	143	168	167	202	154	175	156	141	88	45	15	5	5	2.289
1914	619	36	18	21	30	31	50	81	145	167	178	186	199	192	168	152	103	52	22	6	6	2.462
1915	547	46	22	20	34	47	63	102	185	199	222	207	196	196	184	163	113	56	26	7	12	2.647
1916	443	44	25	20	38	61	62	110	168	226	204	207	203	197	192	166	136	62	29	7	12	2.612
1917	531	51	33	20	43	68	70	128	186	239	228	222	239	266	261	202	151	71	26	3	8	3.046
1918	566	53	30	26	47	71	82	121	167	203	218	222	231	237	243	202	145	54	25	8	23	2.974
1919	741	40	19	22	28	32	37	87	120	181	174	180	211	229	244	192	148	67	27	7	6	2.792
1920	759	27	23	12	24	41	47	72	128	162	145	176	182	220	234	166	143	67	25	4	6	2.663
1921	588	31	16	15	23	31	41	68	122	160	171	191	182	208	215	185	108	58	20	4	3	2.440
1922	571	26	13	18	27	36	48	83	120	171	196	199	193	217	226	201	120	63	24	7	2	2.561
1923	528	33	9	18	20	37	42	65	111	143	150	214	210	223	206	199	140	51	22	6	6	2.433
1924	503	31	8	18	26	37	46	63	129	155	183	216	223	253	230	227	147	83	27	9	3	2.617
1925	458	21	8	14	22	31	45	68	88	132	167	193	200	211	228	204	140	76	33	6	1	2.346
1926	405	23	9	17	24	23	37	58	82	121	140	170	202	217	209	212	142	72	27	6	5	2.201
1927	431	18	13	17	23	25	36	49	77	118	141	191	203	210	233	230	187	85	34	12	2	2.335
1928	390	23	16	14	22	25	31	66	80	121	154	183	193	216	230	232	197	90	38	13	3	2.337
Összesen .	[1])9.862	573	321	333	503	691	855	1.465	2.340	2.984	3.197	3.532	3.541	3.797	3.760	3.333	2.372	1.155	464	118	113	45.309

[1]) Ebben az összegben foglaltatik az 1912. évi 0—5 évesek halálozása is.

29. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban, korcsoportok szerint. — 1911—1928. — (Vége.)

Megnevezés	0— 1	1— 5	5—10	10—15	15—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—45	45—50	50—55	55—60	60—65	65—70	70—75	75—80	80—85	85—90	90—	Ismeretlen	Összesen
	b) *1000 élőre.*																					
1911	35·3	0·6	0·3	0·2	0·3	0·2	0·4	1·0	2·1	2·9	4·3	5·6	6·0	8·3	11·4	14·9	20·4	25·2	31·7	13·5	.	2·6
1912	8·9		0·4	0·3	0·2	0·3	0·4	1·0	2·3	3·0	4·1	4·5	5·8	8·8	12·0	16·0	21·4	25·7	34·7	22·4	.	2·5
1913	34·0	0·7	0·3	0·3	0·2	0·3	0·5	1·1	2·2	3·1	3·9	5·5	5·7	9·1	12·2	16·8	22·4	22·3	22·7	22·4	.	2·4
1914	36·8	0·7	0·3	0·3	0·3	0·3	0·5	1·0	2·2	3·1	4·2	5·0	7·4	9·9	13·1	18·1	26·2	25·7	33·2	26·9	.	2·6
1915	32·5	0·9	0·4	0·3	0·3	0·4	0·6	1·3	2·8	3·7	5·2	5·6	7·2	10·1	14·3	19·4	28·9	27·7	39·3	31·4	.	2·7
1916	27·8	1·2	0·4	0·3	0·4	0·5	0·6	1·2	2·2	3·4	3·7	4·6	6·0	7·4	11·1	15·6	27·3	27·4	51·7	35·2	.	2·6
1917	33·3	1·4	0·5	0·3	0·5	0·6	0·7	1·4	2·4	3·6	4·1	4·9	7·0	9·9	15·1	18·9	30·3	31·3	46·4	15·1	.	3·1
1918	35·5	1·4	0·5	0·4	0·5	0·6	0·8	1·4	2·1	3·0	4·0	4·9	6·8	8·9	14·1	18·9	29·1	23·8	44·6	40·2	.	3·1
1919	46·5	1·1	0·3	0·3	0·3	0·3	0·4	1·0	1·5	2·7	3·2	4·0	6·2	8·6	14·2	18·0	29·7	29·6	48·1	35·2	.	2·9
1920	47·6	0·7	0·4	0·2	0·3	0·4	0·5	0·8	1·6	2·4	2·6	3·9	5·3	8·2	13·6	15·6	28·7	29·6	44·6	20·1	.	2·8
1921	36·9	0·8	0·2	0·2	0·3	0·3	0·4	0·8	1·5	2·4	3·1	4·2	5·3	7·8	12·5	17·4	21·7	25·6	35·7	20·1	.	2·6
1922	35·8	0·7	0·2	0·2	0·3	0·3	0·5	0·9	1·5	2·6	3·6	4·4	5·7	8·1	13·1	18·9	24·1	27·8	42·8	35·2	.	2·7
1923	33·1	0·9	0·1	0·2	0·2	0·3	0·4	0·7	1·4	2·1	2·7	4·7	6·2	8·3	12·0	18·7	28·1	22·5	39·2	30·2	.	2·6
1924	31·6	0·8	0·1	0·2	0·3	0·3	0·5	0·7	1·7	2·3	3·3	4·8	6·6	9·5	13·3	21·3	29·5	36·6	48·1	45·2	.	2·8
1925	42·2	0·5	0·2	0·2	0·2	0·3	0·4	0·7	1·1	1·8	2·7	3·7	5·1	7·4	11·2	16·5	21·3	29·4	33·2	15·1	.	2·4
1926	37·4	0·5	0·2	0·2	0·3	0·2	0·3	0·6	1·0	1·7	2·3	3·3	5·1	7·6	10·2	17·2	21·6	27·8	27·2	15·1	.	2·3
1927	39·8	0·4	0·3	0·2	0·2	0·2	0·3	0·5	0·9	1·6	2·3	3·7	5·1	7·4	11·4	18·6	28·4	32·8	34·2	30·2	.	2·4
1928	36·0	0·5	0·3	0·2	0·2	0·2	0·3	0·7	1·0	1·7	2·5	3·5	4·9	7·6	11·3	18·8	29·9	34·8	38·3	32·7	.	2·4
Átlag ...	**35·0**	**1·3**	**0·3**	**0·3**	**0·3**	**0·3**	**0·5**	**0·9**	**1·7**	**2·6**	**3·4**	**4·4**	**5·9**	**8·5**	**12·6**	**17·8**	**26·1**	**28·1**	**38·6**	**27·0**	.	**2·6**
%	21·8	1·3	0·7	0·7	1·1	1·5	1·9	3·2	5·2	6·6	7·1	7·8	7·8	8·4	8·3	7·4	5·2	2·5	1·0	0·3	0·2	100·0

30. A népesség megoszlása a székesfővárosban korcsoportok szerint. — 1910—1920—1925.

Megnevezés	0—1	1—5	5—10	10—15	15—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—45	45—50
	a) *Abszolút számokban.*										
1910	16.808	52.228	62.037	73.543	105.911	117.750	97.701	79.913	65.701	54.510	42.679
1920	15.931	37.172	65.512	72.357	89.366	115.085	101.754	89.600	77.641	66.890	55.115
1925	10.841	43.580	47.534	69.216	93.663	105.744	110.272	93.364	82.928	71.620	61.504
	b) *Százalékokban.*										
1910	1·9	5·9	7·1	8·4	12·0	13·4	11·1	9·1	7·4	6·2	4·8
1920	1·7	4·0	7·0	7·8	9·6	12·4	11·0	9·6	8·4	7·2	5·9
1925	1·1	4·5	4·5	7·2	9·8	11·0	11·5	9·7	8·6	7·4	6·4
Átlag	1·6	4·8	6·4	7·8	10·5	12·3	11·2	9·5	8·1	6·9	5·7

Megnevezés	50—55	55—60	60—65	65—70	70—75	75—80	80—85	85—90	90—	Ismeretlen	Összesen
	a) *Abszolút számokban.*										
1910	37.064	27.069	19.334	12.836	8.398	3.925	2.020	662	223	59	880.371
1920	45.066	34.032	26.764	17.230	10.661	4.988	2.265	561	199	807	928.996
1925	51.995	39.491	28.469	20.420	12.333	6.587	2.588	993	397	7.456	960.995
	b) *Százalékokban.*										
1910	4·2	3·1	2·2	1·5	1·0	0·4	0·3	0·0	0·0	0·0	100·0
1920	4·7	3·7	2·9	1·9	1·1	0·5	0·3	0·0	0·0	0·1	100·0
1925	5·4	4·1	3·0	2·1	1·3	0·7	0·3	0·1	0·0	0·8	100·0
Átlag	4·8	3·6	2·7	1·8	1·3	0·5	0·3	0·0	0·0	0·3	100·0

A következő kombináció, melyben a székesfőváros szifiliszmortalitását bemutatjuk, a korcsoportok szerint való megoszlás. Ennek az anyagnak az előteremtésében ugyancsak a fentebb elmondottak szerint jártunk el. Az előrosorolt 19 halálokot korcsoportok szerint szétbontottuk, majd abból a szifiliszre eső hányadot leválasztottuk s végül a nyert mérőszámokat összeadtuk. A nyersanyagunk sajnos nem közölhető és csak a végeredményeket jegyeztük fel 29. számú táblánkban. Az abszolút számokat összegeltük, hogy a szifiliszmortalitásnak korcsoportok szerint számított százalékos viszonyszámát a népesség korviszonyok szerint való tagozódását jelző adatokkal összevessük. Erre a 30. számú tábla adatainak ismerete volt múlhatatlanul szükséges, melyek a székesfőváros népességének korcsoportok szerint való megoszlásáról tájékoztatnak. A táblázatban természetesen a százalékos viszonyszámok is megtalálhatók. Ha a szifiliszmortalitás és a népesség korcsoportok szerint való tagozódását demonstráló adatokat egymás mellé állítjuk, akkor a következő kép alakul ki:

Korcsoportok	0—1	1—5	5—10	10—15	15—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—45
A népszám szerint (1920) ...	1·7	4·0	7·0	7·8	9·6	12·4	11·0	9·6	8·4	7·2
A szifiliszmortalitás szerint ..	21·7	1·5	0·7	0·7	1·1	1·5	1·9	3·1	4·9	6·7

Korcsoportok	45—50	50—55	55—60	60—65	65—70	70—75	75—80	80—85	85—90	90—
A népszám szerint (1920)....	5·9	4·9	3·7	2·9	1·9	1·1	0·5	0·3	0·0	0·0
A szifiliszmortalitás szerint ..	7·1	7·8	7·8	8·5	8·5	7·5	5·1	2·6	1·0	0·3

A szifiliszhalandóság százalékos viszonyszámait az 1920. évi népszámlálás eredményeivel kellett párhuzamba állítanunk, mert ez a népszámlálás esett megfigyelésünk idejének a közepére. Az eredmény igen érdekes. A 0—1 korévek között a szifiliszhalandóság viszonyszáma szédületesen felülmúlja a népszám szerinti kialkuló mérőszámot. A 0—1 évesek a népességnek csak 1·7%-át reprezentálják s mégis erre a korcsoportra jut a szifiliszhalandóságnak több, mint egyötöde. Tehát a veleszületett szifilisz végzi a legnagyobb rombolást a társadalomplazmában. Már a következő korcsoportban megfordul a helyzet, mert a szifiliszmortalitás viszonyszáma a népszám szerint talált százalékszámnak felét se éri el. Még előnyösebb a szituáció a következő évötödökben egészen a 45—50. évesek korcsoportjáig, ahol ismét a szifiliszmortalitás nyomul előtérbe. Innen kezdődőleg azután a szifiliszhalandóság túlsúlyát végig meg is tartja. A klinikusok közlése szerint a szifiliszes aorta- és más érbántalmak a 40. életéven felül jelentkeznek. Torday is ezt mondja, mert megfigyelései szerint az aortitis férfiaknál a 45—55., nőknél a 40—50. életévek között volt a leggyakoribb. Jelinek szerint is a 40—60. életévek közé esett az aortitis esetek zöme. Külföldi szerzők közül Stadler szerint a 47., Rombergnél 51., Klever szerint 52., Fukuski szerint az 50. életév voltak az átlagos korévek. Bár kétségtelen, hogy a magasabb életkorban is elég gyakoriak a szifiliszes érelváltozások, hiszen Redlich és Steiner 90 esete közül 12 haladta meg a 71. életévet, sőt Port közlése szerint 87 évesnél is kiderítette a boncolás a mesaortitis syphiliticát, mégis körülbelül az aortitis syphilitica esetek fele a 48—60. életévek között manifesztálódik. A népesség legerősebb korcsoportja a 20—25. életévek közé esik, a szifiliszmortalitás későbbi pusztítását pedig legkiemelkedőbben a 60—65. és 65—70. életévek rovatában találjuk meg.

A népszámlálások eredményeit ugyanolyan csoportosításban bemutató tabellával is rendelkezünk, mint amilyenben a szifiliszmortalitást előterjesztettük. Így sikerült ezután a szifiliszhalandóság korcsoportok szerint tagozódó indexeit kiszámítanunk, melyeket ugyancsak a 29. számú táblában sorolunk fel. Ezt az anyagunkat két irányban tehetjük vizsgálódás tárgyává. Először az átlagarányszámokat vetjük majd össze, majd az egyes korcsoportok indexeit az 1911—1928. évekre vonatkozólag. A 0—1. évesek, vagyis a csecsemők korcsoportjának indexe messze kiemelkedik, olyannyira, hogy magasabb, mint az átlagarányszám tízszerese. Az 1—5 évesek korcsoportjának indexe már alacsonyabb az átlagnál s ez a helyzet változatlan egészen 40—45. évesek korcsoportjáig, amikor a korcsoport arányszám éppen eléri az átlagot. Innen azután az indexek emelkedése kontinuens, de valamivel lassúbb tempójú, mint a legmagasabb korcsoportokban, hol azonban már számolnunk kell a számítási hibákkal is. Nem lehet ugyanis figyelmen kívül hagynunk, hogy az utolsó népszámlálási évek között meglehetős eltolódások történtek a népesség korviszonyaiban. Nézzük most a másik irányban sorba az arány-

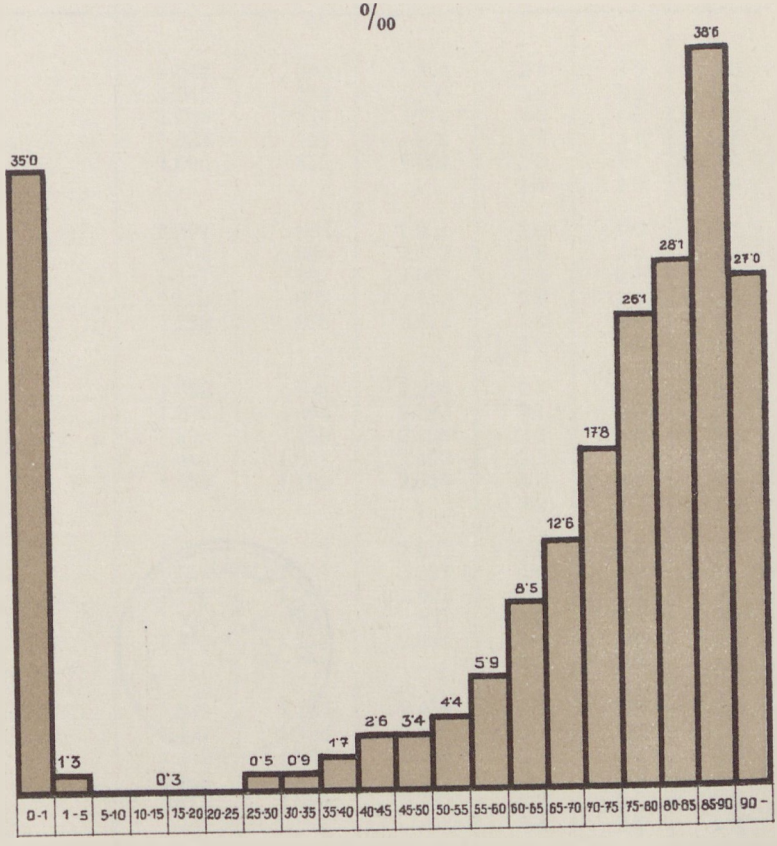
számokat. A 0—1. korcsoport indexei az utolsó békeévekhez mérve az utóbbi esztendőkben emelkedést tüntetnek fel. Köztudomású, hogy a háború alatt és után sok ember aquirált szifiliszt s azt bizony belevitte a házasságba. A magas index nagyon aktuálissá teszi a gravidák fokozottabb ellenőrzését, annál inkább, mert megfelelő kezeléssel ezen a téren frappáns eredmények várhatók. A 1—65. életéveket felölelő korcsoportok indexei lényeges változást nem mutatnak, feltűnően megszaporodott azonban a 65—90 esztendők közé eső korcsoportok szifiliszhalandósága. Valószínű, hogy itt a halálokok feltisztulásával állunk szemben, hiszen nem is olyan régen volt alkalmunk demonstrálni, hogy egyfelől az átlagos emberi életkor meghosszabbodott, másfelől azonban lesorvadt az aggkori végelgyengülésben elhaltak száma. Ezt a jelenséget pedig alig lehet másképpen magyarázni, mint a haláloki adatszolgáltatás lényeges megjavulásával. A középső korcsoportok arányszámai nem mutatnak lényeges változást, mert lehet, hogy a szifiliszes aetiologiájú elmebajok száma valamivel csökkent, mint arra Fabinyi és mások közlései utalnak, de ezt a csökkenést a szifiliszes érbántalmak szaporodása kompenzálta.

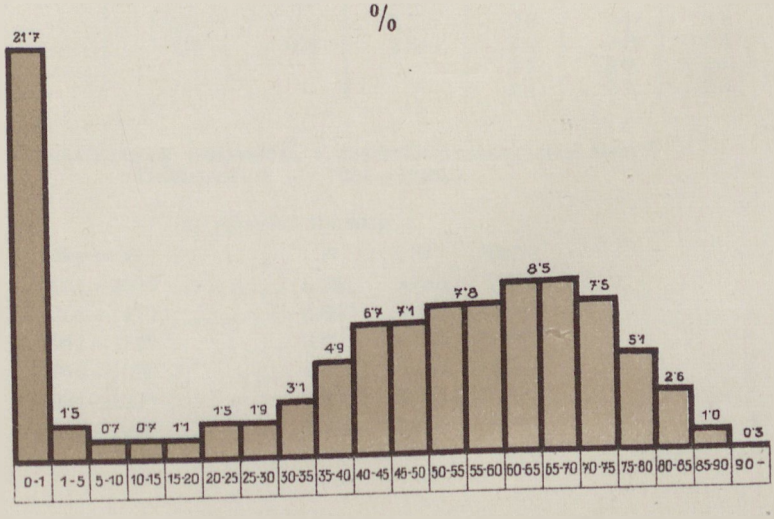
Mindezekről az eredményekről szemléltetően tanuskodik IV. számú grafikonunk. A grafikon első része a szifiliszhalandóság korindexei alapján készült s minden bővebb kommentár nélkül lefesti, hogy a szifilisz pusztítása az emberi élet két végpontján támadja legerősebben az emberiséget. Az élet elején a veleszületett szifilisz, a végefelé pedig a szerzett szifilisz veti a szemfedőt a már sok tapasztalást szerzett emberegyedek arcára. A százalékos viszonyszámok alapján készült grafikon nem parallel teljesen az előzővel. Itt is nagy emelkedéssel indul a grafikon, azután hirtelen leszáll s csak a harmincas évekkel emelkedik lassan, szinte lépcsőzetesen, hogy a 60—70. életévek között tetőzzön. Azután elég gyors zuhanást látunk, ami azonban az esetek gyér számából következik.

Mindezekből következik, hogy a szifiliszmortalitás a csecsemőket pusztítja legjobban, azután néprombolása megcsillapodik s csak a 40. életévvel kezdődő korcsoporttól kezdve támad ismét érzékenyen. A tömegmegfigyeléssel nyert adataink tehát nagyon egyeznek egyes kutatóknak kisebb anyagon szerzett tapasztalásaival, ami komoly dokumentuma annak, hogy Leredde rendszerű számításunk helyes nyomokon jár.

Teljesen azonos módszerrel nemek szerint való megosztásban is összeállítottuk a székesfőváros szifiliszmortalitását. Ez volt a legegyszerűbb kombináció s ezért érthető, hogy ezirányban egészen 1901-ig tudtunk visszamenni. Nyersanyagunk olyan terjedelmes, hogy részletesebben ezt sem csatolhatjuk s így a következő 31. számú táblában csak a kész eredményeket tárjuk elő. Először is a férfiak és nők arányát tesszük vizsgálat tárgyává.

IV. A szifiliszhalandóság megoszlása korcsoportok szerint a székesfővárosban. 1911—1928.





BIBLIOTHECA ACADEMIAE SCIENTIARUM HUNGARICAE
MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA KÖNYVTÁRA

31. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban nem szerint. — 1901—1928.

Megnevezés	Abszolút			1000 élőre		
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt
1901	1.048	746	1.794	2·9	2·0	2·3
1902	1.045	754	1.799	2·8	2·0	2·4
1903	1.035	735	1.770	2·8	1·9	2·3
1904	1.033	795	1.828	2·8	2·1	2·4
1905	1.090	812	1.902	3·0	2·1	2·4
Átlag	.	.	.	**2·9**	**2·0**	**2·4**
1906	1.097	804	1.901	2·6	1·9	2·4
1907	1.168	844	2.012	2·8	2·0	2·5
1908	1.187	881	2.068	2·9	2·1	2·5
1909	1.199	902	2.101	2·9	2·1	2·5
1910	1.239	878	2.117	3·0	2·1	2·4
Átlag	.	.	.	**2·8**	**2·0**	**2·5**
1911	1.352	938	2.290	3·1	2·0	2·6
1912	1.339	944	2.283	3·1	2·0	2·5
1913	1.339	959	2.298	3·1	2·0	2·5
1914	1.418	1.051	2.469	3·3	2·2	2·6
1915	1.553	1.103	2.656	3·6	2·3	2·7
Átlag	.	.	.	**3·2**	**2·1**	**2·6**
1916	1.558	1.075	2.633	3·6	2·3	2·7
1917	1.758	1.307	3.065	4·1	2·8	3·1
1918	1.729	1.263	2.992	4·0	2·7	3·1
1919	1.523	1.284	2.807	3·5	2·7	2·9
1920	1.470	1.214	2.684	3·4	2·6	2·9
Átlag	.	.	.	**3·7**	**2·6**	**2·9**
1921	1.339	1.124	2.463	3·1	2·2	2·6
1922	1.447	1.124	2.571	3·3	2·2	2·7
1923	1.352	1.098	2.450	3·1	2·2	2·6
1924	1.469	1.168	2.637	3·4	2·3	2·8
1925	1.273	1.087	2.360	2·9	2·1	2·5
Átlag	.	.	.	**3·1**	**2·2**	**2·6**
1926	1.186	1.020	2.206	2·7	2·0	2·3
1927	1.230	1.109	2.339	2·8	2·1	2·4
1928	1.295	1.051	2.346	3·0	2·0	2·4
Átlag				**2·8**	**2·0**	**2·3**
1901—1928 átlaga	.	.	.	**3·1**	**2·2**	**2·6**

32. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban, nem szerint évötödönkint. — 1901—1928.

a) *Abszolút számokban.*

Megnevezés	Fi	Nő	Együtt
1901—1905	5.251	3.842	9.093
1906—1910	5.890	4.309	10.199
1911—1915	7.001	4.995	11.996
1916—1920	8.038	6.143	14.181
1921—1925	6.880	5.601	12.481
1926—1928	3.711	3.180	6.891

b) *Százalékokban.*

Megnevezés	Fi	Nő	Együtt
1901—1905	57·7	42·3	100·0
1906—1910	57·7	42·3	100·0
1911—1915	58·3	41·7	100·0
1916—1920	56·6	43·4	100·0
1921—1925	55·1	44·9	100·0
1926—1928	53·8	46·2	100·0
Összesen.....	**56·7**	**43·3**	**100·0**

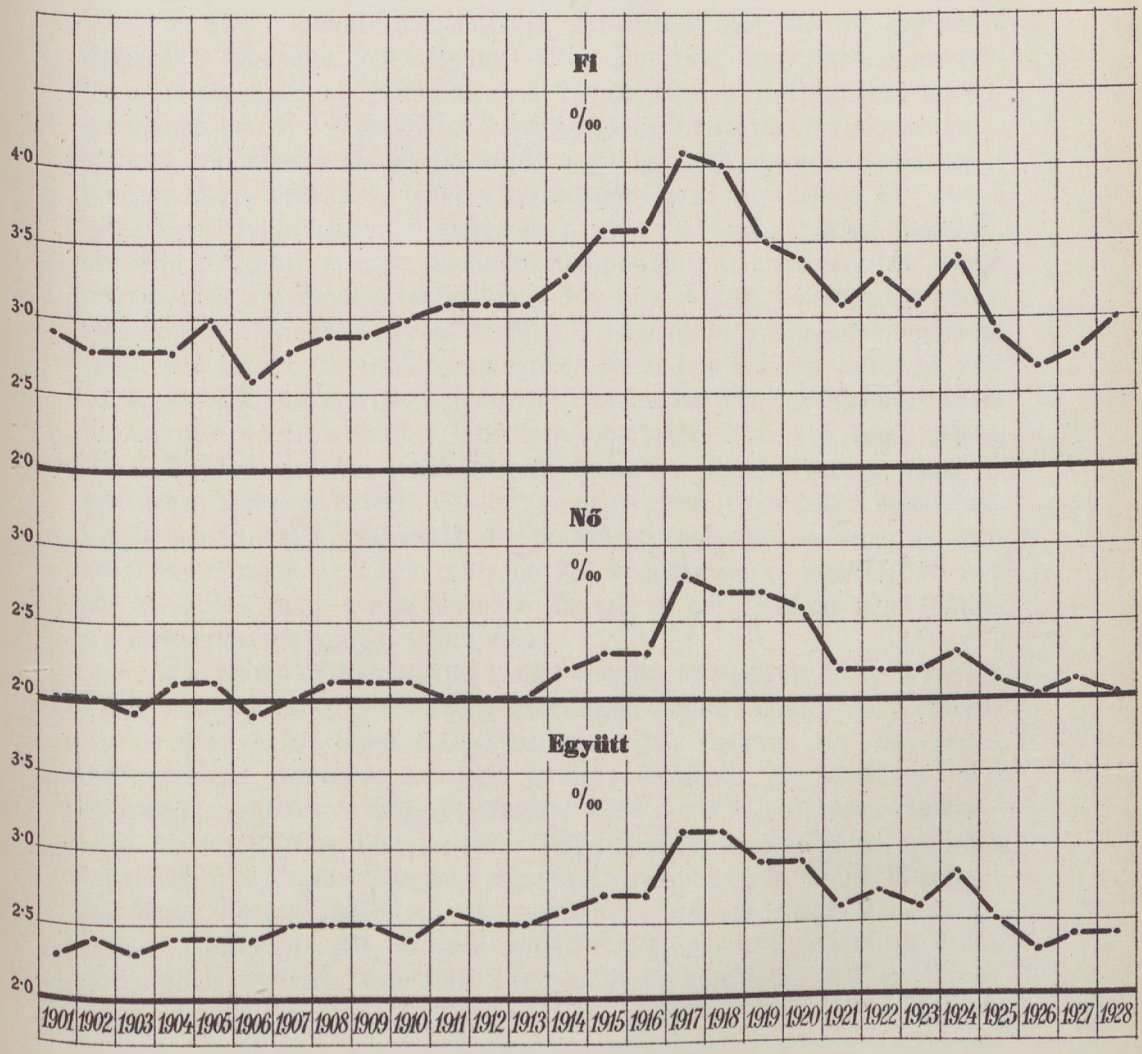
Nagyon jellegzetesek ezek az adatok! A százalékos viszonyszámok meggyőzően igazolják, hogy a szifiliszmortalitás nagyobb kontingense a férfiakra esik. Így volt ez az 1901—1905. vagy akár az 1921—1925. évtödben. Ha most külön-külön nemek szerint vizsgáljuk az anyagot, akkor arra a meglepő jelenségre bukkanunk, hogy a háborúval terhelt évtöd abnormális kilengésétől eltekintve a férfiak százalékos viszonyszáma állandóan apad, ezzel szemben a nőké emelkedik. Az 1901—1905. években a szifiliszmortalitásnak 57·7%-a jutott a férfi nemre, az 1926—1928. esztendőkben azonban már csak 53·8%-a. Ezzel szemben az 1901—1905. években a nők arányszáma még csak 42·3% volt, az 1926—1928. esztendőkben már 46·2%. Tehát mig a férfiak százalékos viszonyszáma 7·2%-kal apadt, addig a nőké 9·2%-kal emelkedett. További következtetéseket a százalékos viszonyszámokból nem tanácsos vonni, hanem várjunk ezzel addig, míg az 1000 élőre vonatkozó arányszámokat is megállapítjuk. A 33. számú táblában felsorakozó adatok birtokában ez a munka játékká egyszerüsödik.

33. A népesség megoszlása a székesfővárosban, nem szerint. — 1869—1925.

Megnevezés	Fi		Nő		Együtt	
	abszolút	%	abszolút	%	abszolút	%
1869	136.922	50·6	133.554	49·4	270.476	100·0
1880	172.021	48·4	183.661	51·6	355.682	100·0
1890	236.850	48·7	249.821	51·3	486.671	100·0
1900	339.649	48·3	363.799	51·7	703.448	100·0
1906	394.484	49·8	397.264	50·2	791.748	100·0
1910	433.604	49·3	446.767	50·7	880.371	100·0
1920	431.290	46·4	497.706	53·6	928.996	100·0
1925	438.456	45·6	522.539	54·4	960.995	100·0
	+220·2%		+291·2%		+255·3%	—

A 32. számú tábla eredményei szerint az is kiderül, hogy a férfiak szifiliszmortalitása mindig nagyobb, mint a nőké. Ha pedig nemek szerint vizsgáljuk az indexek alakulását, akkor arra az álláspontra kell helyezkednünk, hogy a férfiak arányszáma a lezajlott huszonöt esztendő alatt valami keveset javult, a nőké ellenben változatlan maradt. Ezt a jelenséget annál súlyosabban kell

V. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban nem szerint. 1901—1928.



megítélnünk, mert a nők száma egyáltalában gyarapodott a székesfővárosban s minden valószínűség szerint a nőtöbblet arányos kontingense ugyancsak belekerült a promiscuitás fertőjébe. Minden okunk meg van annak feltételezésére, hogy még a századforduló körül sok férfi s aránylag kevesebb nő »keveredett«, addig már a huszadik század első évtizedének végén az önálló foglalkozású nők szaporodása és a közerkölcsök leromlása mind több nőt vont bele ebbe a társadalompathologiai excesszusba. Nem kell ma már túlzó moralistának lennünk annak a tételnek megformulázásához, hogy a társadalom az utóbbi időkben meglehetősen elprostituálódott. De még egy másik tényezőt is figyelembe kell vennünk! Hangsúlyoztuk, hogy a szifiliszmortalitás az infekciónak, gyógyításnak és a fertőzés által érintett személy konstituciójának eredője. A gyógyítás komolysága és intenzitása hatalmas faktor ebben a tekintetben. Ne feledkezzünk meg tehát arról, hogy az antiveneriás propaganda a férfiakhoz, tehát a társadalom olyan egyedeihez, kik már a »praxis«-ból több ismeretet szereztek a veneriás betegségek tekintetében, közelebb férkőzött s ezért, valamint tompultabb szeméremérzetük révén inkább éltek a gyógyítás tekintélyes előnyeivel. A nők, különösen a házasságban élők, kiknek fertőzése férjüktől vagy pláne extramatrimoniálisan eredt, már inkább titkolják betegségüket, miért is a beteges prüdéria őket a gyógyítástól visszatartja. A gyógyítás elmaradása vagy gyenge intenzitása azután utat enged a szifilisz lethalis rombolására. Ebben se lehet kétség, hiszen Torday, Jelinek, tehát magyar szerzők is hangsúlyozzák, hogy az aortitisben szenvedő betegek 60—80%-a nem részesült semmiféle kezelésben. Ebből azután azt a gyakorlati következtetést vonhatjuk le, hogy az antiveneriás propagandát a nők irányába kell koncentrálni s egyáltalában arra kell törekedni, hogy a nők számára diszkréten hozzáférhető nemi beteggondozó intézetek számát gyarapítsuk.

Az V. számú grafikonunkból is több tanulságot olvashatunk le. A férfiak hullámvonala jóval nagyobb kilengéseket mutat, mint a nőké s már a századforduló után felfelé indul s lépcsőzetesen felfelé haladva 1917-ben éri el kulminációját. Bizonyára sok régi fertőzés recidivált súlyos formában a háborús szenvedések és megpróbáltatások között s a háború alatti rendszertelen kezelés folytán, ami azután a férfiak hullámvonalát olyan magasra tólta. Ebben az itt elhalt idegenek számának gyarapodása is minden bizonnyal erőteljesen közreműködött. Az 1921. esztendőre aztán már leszállt a hullámvonal valamennyire, sőt 1926-ban a hullámvölgy fenekére zuhant, de azóta ismét felfelé tornázik. Valószínű, hogy az újabb emelkedés már a háborús magas morbiditás által feltételezett késői szifiliszalakok előreugrásának kezdetét jelenti. Ez a bizonyítékunk többek között annak igazolására, hogy a szifiliszmortalitás leküzdése még egyáltalában nem megoldott probléma. A nők hullámvonala a békeévekben alig mutatott nagyobb oszcillációt, de a háború ideje alatt felfelé mozgott, azonban a férfiak vonalát megközelí-

teni nem volt képes. A háború nyomorúságai a mögöttes országrészek népességét se kímélték, úgy a táplálkozási viszonyok, mint a munkabírás tekintetében. Jellemző, hogy a nők hullámvonala jóval lassabban, csak 1925-ben érte el a régi nívót. A nemek figyelmen kívül hagyásával készült hullámvonal inkább a nőkéhez hasonlít, ami valószínűleg a nőknek a népességben való túlsúlyából származik. Ennek a hullámvonalnak is 1926-ban találjuk a mélypontját, azóta már ismét kifejezett emelkedés tűnik fel.

Most egy lépéssel tovább megyünk s anyagunkat a nem és családi állapot kombinációjában mutatjuk be. Miként azt a 34. számú táblában foglalt adatok szemléltetik, itt már nem mehettünk az 1911. esztendőnél messzibbre vissza. A nyersanyagot terjedelménél fogva ugyancsak nem terjesztjük elő s az itt közölt tabella csak a nyert eredményeket gyüjti egybe. A népességnek családi állapot szerint való megoszlása egyúttal korcsoport szerint való tagozódást is takar, mégis érdemes ezeket az adatokat is végigpillantani. Nézzük először is, hogy a szifiliszhalandóságnak családi állapot szerint kialakuló százalékos viszonyszámai mennyiben egyeznek a népesség hasonló tagozódását jelző mérőszámokkal. Ebben az összehasonlításban is az 1920. évi népszámlálás eredményeire támaszkodunk, mely megfigyelésünk idejének közepére esik.

Megnevezés	Férfi					
	nem házas	házas	özvegy	elvált	ismeretlen	együtt
A népszám szerint (1920)....	25·6	19·4	1·1	0·3	0·0	46·4
A szifiliszhalandóság szerint .	21·0	28·3	5·8	0·6	0·6	56·3

	Nő						
	nem házas	házas	özvegy	elvált	ismeretlen	együtt	összesen
A népszám szerint (1920) ...	27·1	19·6	6·2	0·7	0·0	53·6	100·0
A szifiliszhalandóság szerint .	16·8	11·8	14·6	0·3	0·2	43·7	100·0

Már az előzőkben igazoltuk, hogy a szifiliszmortalitás jelentékenyebb kontingense a férfi nemre jut s íme ez a fenti adatokból is kiviláglik. A szifiliszhalandóság százalékos viszonyszámai a férfinemet illetőleg a házas, özvegy, elvált és együtt rovatokban, a női nemre vonatkozólag pedig csak az özvegy rovatban múlják felül a népesség tagozódásáról beszélő mérőszámokat. Ebből az következik, hogy a szifilisz pusztítása a férfiak között a nem házasoktól eltekintve minden rovatban magasabb, mint azt a népszám alapján várhatnánk. A nők csoportjában viszont a szifilisz, mint halálok az özvegyek rovatától eltekintve kisebb szerepet játszik, mint arra a népszám szerint következtetnénk. Ha most a férfiak és nők megfelelő rovatba tartozó viszonyszámait vetjük össze, akkor megállapíthatjuk, hogy az özvegy rovattól eltekintve, mindig a férfiak viszonyszámai magasabbak. Aki a szifiliszmortalitás alapelemeivel nincsen tisztában, az igen könnyen megütközik azon, hogy a házasok viszonyszáma milyen kiemelkedő. Nem technikai vagy

34. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban, nem és családi állapot szerint. — 1911—1928.

Megnevezés	Fi									Nő									Fi, nő együtt
	nem házas				házas	özvegy	elvált	ismeretlen	összesen	nem házas				házas	özvegy	elvált	ismeretlen	összesen	
	0—20 éves	20—25 éves	25— éves	együtt						0—20 éves	20—25 éves	25— éves	együtt						
	a) *Abszolút számokban.*																		
1911	399	15	155	569	631	124	16	7	1.347	288	12	105	405	246	269	6	7	933	2.280
1912	382	15	146	543	651	118	8	10	1.330	303	10	104	417	243	271	4	4	944	2.274
1913	364	15	148	527	671	118	8	9	1.333	301	10	120	431	242	274	7	2	956	2.289
1914	404	12	147	563	702	129	9	8	1.411	319	8	115	442	270	329	6	4	1.051	2.462
1915	357	28	192	577	812	131	11	21	1.552	308	9	132	449	311	323	7	5	1.095	2.647
1916	330	34	188	552	785	157	14	35	1.543	235	15	135	385	309	356	15	4	1.069	2.612
1917	359	37	210	606	902	187	10	39	1.744	317	16	157	490	347	448	9	8	1.302	3.046
1918	410	34	234	678	815	159	11	57	1.720	312	16	138	466	352	418	9	9	1.254	2.974
1919	454	16	156	626	692	165	14	18	1.515	393	6	138	537	316	404	8	12	1.277	2.792
1920	457	19	154	630	645	152	15	19	1.461	386	14	122	522	265	398	5	12	1.202	2.663
1921	373	18	118	509	680	120	16	3	1.328	300	8	119	427	299	374	10	2	1.112	2.440
1922	384	18	141	543	724	129	34	10	1.440	271	13	138	422	320	364	10	5	1.121	2.561
1923	328	17	123	468	687	155	18	13	1.341	277	13	118	408	299	362	16	7	1.092	2.433
1924	329	16	136	481	781	171	15	10	1.458	256	12	122	390	341	410	13	5	1.159	2.617
1925	292	13	123	428	666	152	17	2	1.265	233	7	121	361	318	390	11	1	1.081	2.346
1926	270	9	97	376	649	143	14	3	1.185	204	8	109	321	292	384	17	2	1.016	2.201
1927	267	9	133	409	639	157	16	8	1.229	230	8	114	352	291	449	13	1	1.106	2.335
1928	274	8	131	413	672	170	30	5	1.290	186	10	124	320	286	428	8	5	1.047	2.337
Összesen	6.433	333	2.732	9.498	12.804	2.637	276	277	25.492	5.119	195	2.231	7.545	5.352	6.651	174	95	19.817	45.309

34. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban, nem és családi állapot szerint. — 1911—1928. — (Vége.)

Megnevezés	Fi									Nő									Fi, nő együtt
	nem házas				házas	özvegy	elvált	ismeretlen	összesen	nem házas				házas	özvegy	elvált	ismeretlen	összesen	
	0—20 éves	20—25 éves	25— éves	együtt						0—20 éves	20—25 éves	25— éves	együtt						
	b) *1000 élőre.*																		
1911	.	.	.	2·1	4·0	12·7	8·7	.	3·1	.	.	.	1·6	1·6	6·1	1·5	.	2·0	2·6
1912	.	.	.	2·0	4·2	12·0	4·3	.	3·1	.	.	.	1·7	1·6	6·1	1·0	.	2·0	2·5
1913	.	.	.	2·0	4·3	12·0	4·3	.	3·1	.	.	.	1·7	1·6	6·2	1·7	.	2·0	2·4
1914	.	.	.	2·1	4·5	13·2	4·9	.	3·3	.	.	.	1·8	1·8	7·5	1·5	.	2·2	2·6
1915	.	.	.	2·2	5·2	13·4	6·0	.	3·6	.	.	.	1·8	2·1	7·3	1·7	.	2·3	2·7
1916	2·4	0·9	2·9	2·3	4·4	14·6	5·1	.	3·6	1·7	0·4	1·8	1·5	1·7	6·2	2·3	.	2·2	2·6
1917	2·6	1·0	3·2	2·6	5·0	17·4	3·7	.	4·0	2·2	0·4	2·1	2·0	1·9	7·8	1·4	.	2·6	3·1
1918	3·0	0·9	3·6	2·9	4·5	14·8	4·0	.	4·0	2·2	0·4	1·9	1·9	1·9	7·3	1·4	.	2·5	3·1
1919	3·3	0·4	2·4	2·6	3·8	15·4	5·1	.	3·5	2·8	0·2	1·9	2·1	1·7	7·0	1·2	.	2·6	2·9
1920	3·4	0·5	2·4	2·7	3·6	14·2	5·5	.	3·4	2·7	0·4	1·7	2·1	1·5	6·9	0·8	.	2·4	2·8
1921	2·7	0·5	1·8	2·1	3·8	11·2	5·9	.	3·1	2·1	0·2	1·6	1·7	1·6	6·5	1·5	.	2·2	2·6
1922	2·8	0·5	2·2	2·3	4·0	12·0	12·5	.	3·3	1·9	0·4	1·9	1·7	1·8	6·3	1·5	.	2·2	2·7
1923	2·4	0·5	1·9	2·0	3·8	14·5	6·6	.	3·1	2·0	0·4	1·6	1·6	1·6	6·3	2·5	.	2·2	2·6
1924	2·4	0·4	2·1	2·0	4·3	15·9	5·5	.	3·4	1·8	0·3	1·7	1·6	1·9	7·1	2·0	.	2·3	2·8
1925	2·1	0·4	1·9	1·8	3·7	14·2	6·2	.	2·9	1·6	0·2	1·7	1·4	1·7	6·8	1·7	.	2·1	2·4
1926	2·0	0·3	1·5	1·6	3·6	13·3	5·1	.	2·7	1·4	0·2	1·5	1·3	1·6	6·7	2·6	.	2·0	2·3
1927	2·0	0·3	2·0	1·7	3·6	14·6	5·9	.	2·8	1·6	0·2	1·6	1·4	1·6	7·8	2·0	.	2·1	2·4
1928	2·0	0·2	2·0	1·7	3·7	15·9	11·0	.	3·0	1·3	0·3	1·7	1·3	1·6	7·5	1·2	.	2·0	2·4
Átlag	**2·5**	**0·5**	**2·3**	**2·2**	**4·1**	**13·9**	**6·1**	.	**3·3**	**1·9**	**0·3**	**1·7**	**1·7**	**1·7**	**6·9**	**1·6**	.	**2·2**	**2·6**
%	14·3	0·7	6·0	21·0	28·3	5·8	0·6	0·6	56·3	11·4	0·4	5·0	16·8	11·8	14·6	0·3	0·2	43·7	100·0

módszerbeli hiba jelentkezik ebben, hanem azok a tragédiák sorakoznak itt fel egymásután, melyek a hosszú házasság előtti időben folytatott promiscuitással kezdődtek s az élet derekán, a házasságon belül halállal végződtek.

Még pontosabban megfigyelhetjük a székesfőváros szifiliszmortalitásának nem és családi állapot szerint való megoszlását. Erre a célra az ezer élőre kiszámított indexeket fogjuk felhasználni, még pedig a 35. számú tábla adatai alapján.

35. A népesség megoszlása a székesfővárosban nem és családi állapot szerint. — 1910—1920.

Megnevezés	1910		1920	
	abszolút	%	abszolút	%
	Férfiak.			
Nem házas	265.965	61·3	237.679	55·1
Házas	155.921	36·0	180.042	41·8
Özvegy	9.789	2·3	10.727	2·5
Elvált	1.843	0·4	2.727	0·6
Ismeretlen	86	0·0	115	0·0
Összesen	**433.604**	**100·0**	**431.290**	**100·0**
	Nők.			
Nem házas	247.780	55·5	251.329	50·5
Házas	150.760	33·7	182.385	36·7
Özvegy	44.189	9·9	57.420	11·5
Elvált	4.036	0·9	6.536	1·3
Ismeretlen	2	0·0	36	0·0
Összesen	**446.767**	**100·0**	**497.706**	**100·0**

A székesfőváros népességének nem és családi állapot szerint való megoszlásában nagy eltolódások történtek a legutóbbi két népszámlálás között. Feltűnik, hogy a nemházasok rovata a férfiak és nők csoportjában egyaránt lesorvadt. Ebből azonban nem lehet azt a következtetést levonni, hogy ez a házasodási kedv kimélyüléséből, a társadalom morális tartalmának megduzzadásából ered. Sokkal szomorúbb oka van ennek! A háború óta a natalitás apadó a székesfővárosban s mivel a gyermeksereg a nemházasok rovatába tartozik, az ebben elhelyezkedő százalékos viszonyszámok is lecsökkentek. A moralitás kimélyüléséről se eshet szó, hiszen az elváltak, különösen a nőelváltak viszonyszámai kellemetlenül emelkedtek. Az özvegyek rovatában található pozitív irányú eltolódás leginkább a népesség átlagos életkorának meghosszabbodásából folyik.

Hangsúlyoztuk már az előzőkben is, hogy a halandóságnak nem és családi állapot szerint való megoszlása korcsoport szerint való tagozódást is takar. Ezért a korcsoport szerint való megosztásban bemutatott anyagnak tárgyalásakor látott képet kell újra felidéznünk, nevezetesen azt, hogy a

szifiliszmortalitás az emberi életet az elején és a derekán túl, a vége felé fenyegeti legintenzívebben. Ez a kép itt nem látszik olyan világosan. És pedig azért, mert a nemházasok rovata nem részletez eléggé s így a veleszületett szifiliszmortalitást nem tünteti fel közvetlenül. A vizsgálat céljára 18 esztendő adatai állanak rendelkezésünkre és először az átlagindexek viselkedését tesszük megbeszélés tárgyává. Hogy tisztábban lássunk, a férfiak és nők indexeit állítsuk párhuzamba.

	Nemházas	Házas	Özvegy	Elvált	Ismeretlen	Együtt
Fi	2·2	4·1	13·9	6·1	—	3·3
Nő	1·7	1·7	6·9	1·6	—	2·2

A férfiak arányszámai az egész vonalon magasabbak, különösen kiemelkedik az özvegy férfiak szörnyű magas indexe, mely még akkor is feltűnő, ha arra gondolunk, hogy a haláloki táblázat pontosabban fogja meg a halál pillanatában a családi állapotot, mint a nagyobb időközökben végzett népszámlálások. Itt is érvényesül a korcsoportok szerint való tagozódás hatása, mert azok a rovatok excellálnak magas indexükkel, amelyekbe tartozó népesség általában idősebb. A férfiak csoportjában az özvegyeken kívül az elváltak és házasok, a nők csoportjában ugyancsak az özvegyek arányszáma emelkedik ki, a többiek nagyjából egy nívón mozognak. Már a szifilishalandóság nemek szerint való tárgyalásánál említettük, hogy a nők általában tartózkodóbbak a gyógykezeléssel szemben. Úgy látszik, ebben a tekintetben a hajadonok és férjes asszonyok között nincsen különbség, hiszen az indexek számszerűleg azonosak. A férfiak csoportjában a házas és özvegy férfiak rovatában talált magas indexeket sem tudjuk mással magyarázni, mint azzal a feltevéssel, hogy a családfenntartással járó gondok kevesebb időt és kevesebb költséget hagynak arra, hogy a fiatal korban könnyelműen szerzett szifilisz a későbbi időkben is kellő és szakszerű kezelésben részeltessék. Ez pedig jelentős faktor a szifiliszmortalitás alakulásában! Ezt a furcsán ható jelenséget úgy törekedtünk pontosabban megfigyelni, hogy a nemházasok rovatát három részre bontottuk s külön számítottuk ki a 0—20, 20—25 évesek és 25 éven felüliek arányszámait. A 25 éven felüliek szifiliszmortalitása az intenzívebb promiscuitás révén határozottabban felülemelkedik a házasok betegedésein. A nők szifiliszmortalitásának indexei ezzel nem kongruensek. A nők csoportjában a 25 éven felüli hajadonok és a férjes asszonyok arányszámai a 18 esztendő átlagában teljesen megegyeznek. A férfiaknál már közel százszázalékos az eltolódás. Valószínű, hogy az egyedül élő és szifiliszben szenvedő legényember több gondot fordíthat magára, de az is lehet, hogy ezeknek könnyelműbb, sokszor duhajabb élete több alkalmat nyujt intercurrens betegségek kifejlődésére, mely hamarabb viszi sírba az ilyen vidám legényt, mint hogy a szifilisz lethális formái megjelenhetnének.

VI. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban nem és családi állapot szerint. 1911—1928.



Az átlagindexeket átfutva nézzük, hogy az egyes csoportokban és rovatokban felsorakozó arányszámok az idő haladásával milyen változásokon mentek keresztül. A férfiak csoportjában csak az özvegyek és elváltak arányszáma növekedett az utolsó békeesztendőkhöz mérve. A nem házasok és házasok rubrikájában könnyen észrevehető az indexek örvendetes lesorvadása. És tekintettel arra, hogy utóbbiak teszik a népesség túlnyomóan nagyobb tömegét, érthető, hogy a férfiak általában mért arányszáma is csökkenésre utal. Lehet, hogy most már a nőtlen férfiak megélhetése is olyan nehézzé vált, hogy ők sem képesek egészségüket kellőképpen gondozni s ezáltal a házasságba bevonult szifilisz romboló hatását feltartani. A nők rovatában ezért már kedvezőtlenre fordult a szituáció. A hajadonok indexe ugyan szépen leapadt, de a házasoké már stationer, ezenfelül pedig érzékelhető emelkedést találunk az özvegyek és elváltak rovataiban. Ezekből a változásokból, mint eredő a nők szifiliszmortalitási indexének valamelyes emelkedése alakul ki. Nem lehet kétségünk abban, hogy a szifilisz intenzívebben betolakodott a házasságba, hol pusztításának különösen az érzékenyebb, a propagandával még kevésbbé megközelített s az egészség dolgában egyébként is hanyagabb nők vannak kiszolgáltatva. A nőtlen férfiak alacsony indexe szinte meglepő, mely még hozzá valamit apadt is. A már fentebb előadott magyarázathoz itt csak annyit kell hozzátennünk, hogy a nőtlenek élete rövidebb, hiszen köztudomású, hogy a házasélet nyugodtsága profilaktikum a hosszabb életkorra. Ha ez így van, akkor valószínű, hogy sok szifiliszes legényember előbb hal meg tuberkulózis és más interkurrens betegségekben, mielőtt a késői szifilisz áldozatává válnék.

Amint eddig a székesfőváros szifiliszmortalitásának nem és családi állapot szerint való megoszlását illusztráló adatokból kiolvastunk, azt most a VI. és VII. számú grafikonok segítségével könnyen szemlélhetővé tesszük. Az 1911—1928. évek átlagos indexei szerint készült hasábokból kitűnik, hogy legmagasabb az özvegy férfiak rovatának arányszáma, azután az özvegy nőké következik, majd az elvált férfiaké, a házas férfiaké. A többi rovat indexei között már nincs nagyobb eltérés, legalacsonyabb mégis az elvált nőké. A százalékos viszonyszámok alapján konstruált hasábok között messze dominál a házas és nem házas férfiak rovata. Ebben az elrendezésben azután már a veleszületett szifilisz rombolása is demonstrálva van, mert a 0—20 éves nem házasok oszlopa is elég magasra szökik. A nők csoportjának oszlopai sokkal szerényebb magasságot érnek el, mint a férfiakéi. A VII. számú grafikon az indexeknek 18 esztendőn keresztül való viselkedését teszi jól láthatóvá. A nemházasok hullámvonalaiból leolvashatjuk, hogy a férfiak szifiliszmortalitása a háború óta erőteljesebben esett, mint a nőké. Itt vigyáznunk kell, mert figyelembe kell vennünk a háború alatt Budapesten szifilisz következtében elhalt katonákat. Mégis a hullámvonal elég meredeken lefutó ahhoz, hogy ezt a jelenséget csak az idegenek elmaradásával okadatoljuk, annál inkább, mert

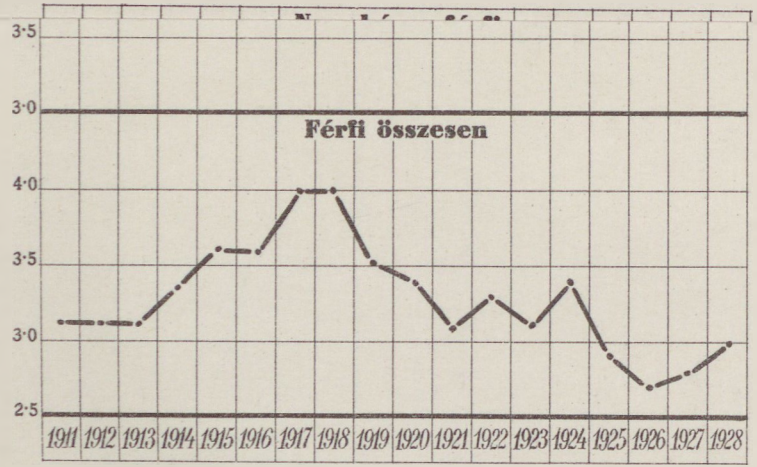
a nőké túlságosan ellaposodó. A házas férfiak és házas nők hullámvonala között is lényeges eltérés van. A nők vonala itt is nyugodtabb, a férfiaké ellenben élesen oszcilláló, hiszen 1920-ra leszáll, de 1924-re is felemelkedik, majd visszaesik újból, hogy megint emelkedni lássék. Az újabb emelkedések már az idegenekkel alig tehetők érthetővé s helytállóbbnak véljük azt a magyarázatot, hogy ez már a háború elején szifiliszt szerzettek első lethális formába átment csoportjának pusztulásából származik. Eugénikai szempontból mindenesetre elrettentő, hogy ezt éppen a házasok rovatában észleljük. Az özvegy férfiak és özvegy nők hullámvonala nagyon rapszódikus és míg a férfiak hullámvonala az 1921. és 1922. években, addig a nőké az 1922. és 1923. esztendőkben szinte érthetetlenül mélypontra futott. Az elvált nők és elvált férfiak hullámvonala is nagyobb kilengéseket mutat, valószínűleg azért, mert az idetartozó indexek nem tesznek eleget a nagy számok törvényének. A férfiak és nők hullámvonalát itt már részletesebb vizsgálódás tárgyává nem tesszük, hiszen azt ide csak az összevetés megkönnyítésére állítottuk be. Ehelyett most ismét tovahaladunk s a székesfőváros szifiliszmortalitásának hitfelekezetek szerint való szétbontásával fogjuk munkánkat folytatni.

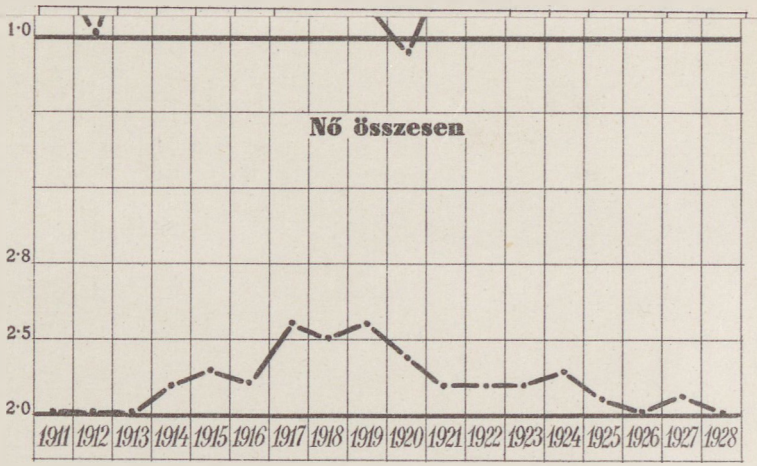
A székesfőváros szifiliszhalandóságát hitfelekezetek szerint szétbontva, az 1911. évtől kezdődőleg sikerült összeállítanunk, tehát 18 esztendőre visszapillantó anyaggal rendelkezünk. Vannak szerzők, kik a mortalitás hitfelekezet szerint megosztott kombinációjából konstitucios eltéréseket igyekeznek kiolvasni. Ezt a felfogást semmiesetre se lehet általánosítani, bár kétségtelenül vannak olyan területek, hol a népesség hitfelekezet szerint való megoszlása nagyjából egyezik a származással. Erdélyben a görög keleti vallásúak oláhok, a római katolikusok és reformátusok magyarok, az ágostai evangélikusok pedig általában szászok vagyis németek. A nagy világvárosok emberanyaga már olyan keverék, melyben az elemeket szinte teljesen lehetetlen szétválasztani. Egyes kórformák gyakorisága tekintetében mégis észrevehető eltéréseket találtak legalább a keresztények és az izraeliták között. Különösen a cukorbaj halandóságra vonatkozólag végeztek ebben az irányban komoly vizsgálatokat annak ellenére, hogy ma már a szerzők legnagyobb része Westergaard álláspontján áll és elfogadja, hogy két nép halandóságának különbözőségét elsősorban a szociális rétegződés eltérései és nem a klima és faj gyüjtőneve alatt emlegetett fogalmak determinálják. Mindezek a megismerések azonban nem eshettek olyan súllyal latba, hogy a szifiliszmortalitásnak hitfelekezetek szerint való megfigyelését mellőzzük.

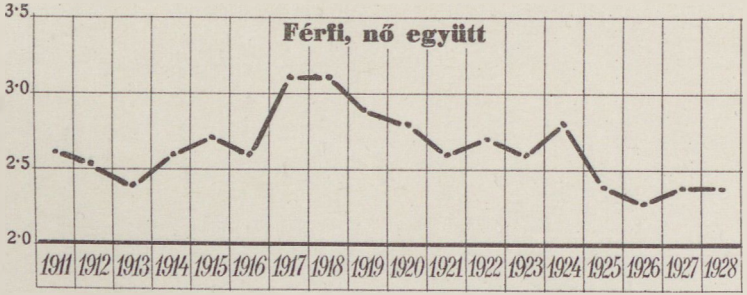
Idetartozó anyagunkat a 36. számot viselő táblánkban mutatjuk be s az abszolút számokat itt is arra fogjuk felhasználni, hogy a szifiliszhalandóság hitfelekezetek szerinti százalékos viszonyszámait a népességnek hasonló tagozódását jellemző mérőszámokkal vessük össze. Eredményünk a következő:

	Róm. kat.	Gör. kat.	Gör. keleti	Ág. ev.	Reform.	Unitárius	Izr.	Egyéb és ism.	Össz.
Népszám szerint (1920) ...	59·1	1·1	0·5	4·8	10·9	0·3	23·2	0·1	100·0
Szifiliszmortalitás szerint ..	60·9	1·2	0·9	5·0	10·6	0·2	20·4	0·8	100·0

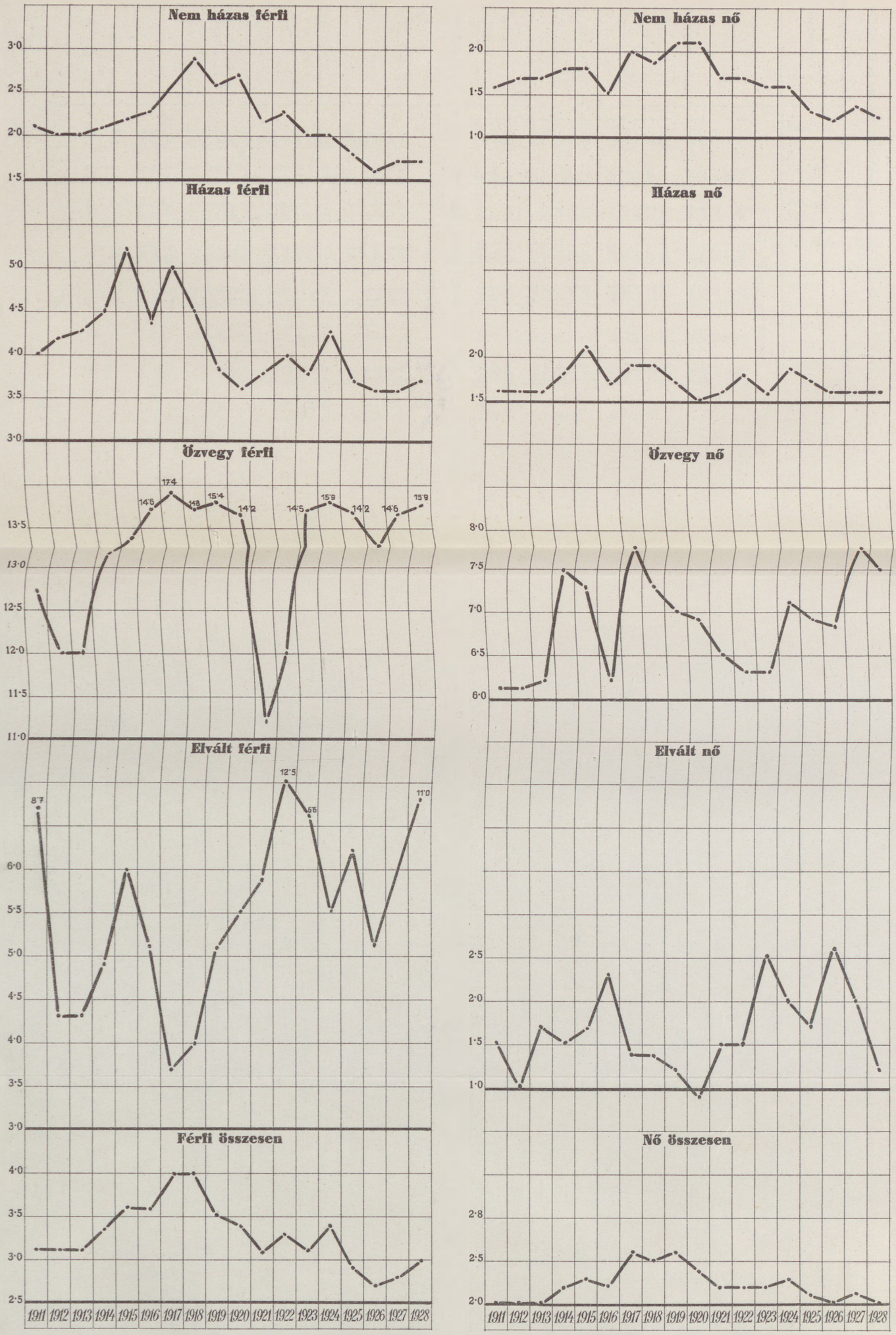
VII. A szifilisszhalandóság megoszlása a székesfővárosban nem és családi állapot szerint. 1911—1928.

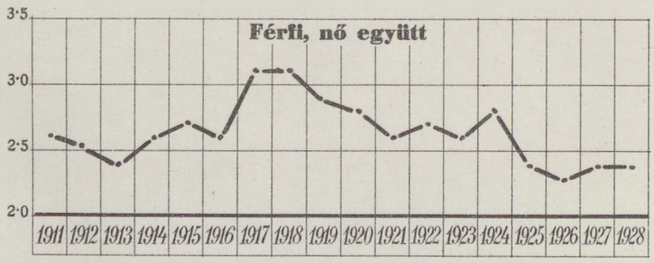






VII. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban nem és családi állapot szerint. 1911—1928.





36. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban, hitfelekezet szerint. 1911—1928.

Megnevezés	Róm. kat.	Gör. kat.	Gör. kel.	Ág. evang.	Reform.	Unitárius	Izraelita	Egyéb	Ismeretlen	Összesen
	a) *Abszolút számokban.*									
1911	1 442	21	19	110	222	1	459	—	6	2.280
1912	1.411	23	9	118	235	2	468	1	7	2.274
1913	1.421	31	19	119	241	6	447	—	5	2.289
1914	1.498	30	19	130	273	10	496	2	4	2.462
1915	1.599	39	34	132	269	2	560	4	8	2.647
1916	1.576	41	50	148	241	14	517	18	7	2.612
1917	1.826	49	75	157	317	4	583	20	15	3.046
1918	1.714	45	57	142	313	8	644	22	29	2.974
1919	1.650	36	21	127	265	3	560	14	116	2.792
1920	1.673	29	14	142	256	2	519	5	23	2.663
1921	1.506	27	13	122	271	3	492	—	6	2.440
1922	1.561	24	11	120	311	8	514	1	11	2.561
1923	1.545	21	16	113	261	4	465	3	5	2.433
1924	1.595	32	14	131	305	6	523	4	7	2.617
1925	1.427	20	7	110	264	3	508	2	5	2.346
1926	1.325	19	9	102	256	4	483	—	3	2.201
1927	1.421	23	4	133	245	8	490	1	10	2.335
1928	1.415	21	12	106	261	3	503	—	16	2.337
Összesen	**27.605**	**531**	**403**	**2.262**	**4.806**	**91**	**9.231**	**97**	**283**	**45.309**
	b) *1000 élőre.*									
1911	2·7	2·2	2·7	2·5	2·6	0·5	2·3	—	.	2·6
1912	2·7	2·4	1·3	2·7	2·7	0·9	2·3	0·7	.	2·5
1913	2·7	3·3	2·7	2·7	2·8	2·8	2·2	—	.	2·4
1914	2·8	3·2	2·7	3·0	3·1	4·7	2·4	1·4	.	2·6
1915	3·0	4·1	4·9	3·0	3·1	0·9	2·7	2·8	.	2·7
1916	2·9	4·1	11·5	3·3	2·4	5·0	2·4	12·1	.	2·6
1917	3·3	4·9	17·3	3·5	3·1	1·4	2·7	13·4	.	3·1
1918	3·1	4·5	13·1	3·2	3·1	2·8	3·0	14·8	.	3·1
1919	3·0	3·6	4·8	2·8	2·6	1·1	2·6	9·4	.	2·9
1920	3·0	2·9	3·2	3·2	2·5	0·7	2·4	3·4	.	2·8
1921	2·7	2·7	3·0	2·7	2·7	1·1	2·3	—	.	2·6
1922	2·8	2·4	2·5	2·7	3·1	2·8	2·4	0·7	.	2·7
1923	2·8	2·1	3·7	2·5	2·6	1·4	2·2	2·0	.	2·6
1924	2·9	3·2	3·2	2·9	3·0	1·1	2·4	2·7	.	2·8
1925	2·6	2·0	1·6	2·5	2·6	1·1	2·4	1·3	.	2·4
1926	2·4	1·9	2·1	2·3	2·5	1·4	2·2	—	.	2·3
1927	2·6	2·3	0·9	3·0	2·4	2·8	2·3	0·7	.	2·4
1928	2·6	2·1	2·8	2·4	2·6	1·1	2·3	—	.	2·4
Átlag	**2·8**	**3·0**	**4·7**	**2·8**	**2·7**	**1·9**	**2·4**	**5·0**	.	**2·6**
%	60·9	1·2	0·9	5·0	10·6	0·2	20·4	0·2	0·6	100·0

A római katolikusok szifiliszhalandósága valamivel magasabb, az izraelitáké pedig valamivel alacsonyabb, mint azt a népszám szerint és arányos hányadot tételezve fel, számítanánk. A többi keresztény felekezetek szifiliszhalandóságának viszonyszáma nagyjából megfelel a népszám hitfelekezet szerint való tagozódását jelző eredménynek.

A székesfőváros népességének hitfelekezet szerint való megoszlását a népszámlálások révén jól ismerjük s így semmi akadálya sincsen, hogy a szifiliszmortalitás hitfelekezet szerinti arányszámait megállapítsuk.

37. A népesség megoszlása hitfelekezet szerint a székesfővárosban. — 1900—1910—1920.

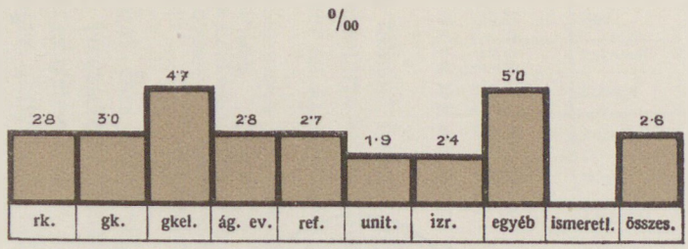
Megnevezés	1900	1910	1920	Megnevezés	1900	1910	1920
	abszolút számokban				százalékokban		
Római katolikus..	427.112	526.151	548.727	Római katolikus	60·7	59·8	59·1
Görög katolikus ..	5.397	9.452	10.076	Görög katolikus .	0·8	1·1	1·1
Görög keleti	3.201	6.962	4.346	Görög keleti	0·4	0·8	0·5
Ág. evangélikus ..	37.170	43.562	44.894	Ág. evangélikus .	5·3	5·0	4·8
Református	62.837	86.990	101.124	Református	8·9	9·9	10·9
Unitárius	983	2.120	2.828	Unitárius	0·1	0·2	0·3
Izraelita	166.198	203.687	215.512	Izraelita	23·6	23·1	23·2
Egyéb	550	1.447	1.489	Egyéb	0·2	0·1	0·1
Összesen	703.448	880.371	928.996	Összesen	100·0	100·0	100·0

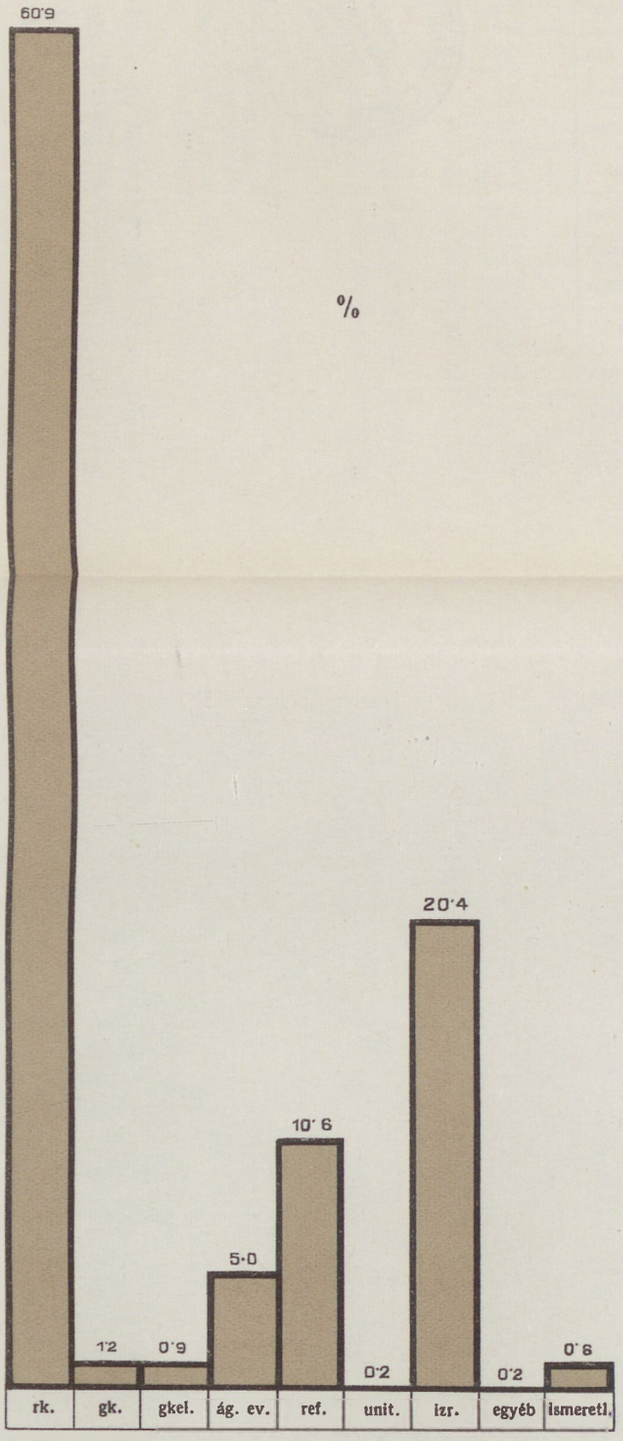
A fenti 37. számú tábla adatai lényegesebb eltolódásokat nem mutatnak. Legfeljebb azt észlelhetjük, hogy a római katolikusok és evangélikusok viszonyszámai valamit csökkentek s ezzel szemben a reformátusoké emelkedett. Az ugyancsak a 36. táblában található arányszámokat az előzőkben használt módszerhez simulva, ugyancsak két irányban tesszük vizsgálat tárgyává. Először az átlagindexeket vetjük egymással össze, de a három kislétszámú hitfelekezetre nem leszünk tekintettel. Átlagban kiszámítva a keresztény hitfelekezetek között lényegesebb differenciát nem találunk, hiszen a római katolikusok átlagindexe is csak egy enyhe árnyalattal magasabb, mint a protestánsoké. Az izraelitáké azonban már érzékelhetően alacsonyabb. Ezzel az összehasonlítással nem elégedünk meg, hanem még az indexeknek időbeli változásait is kutatás tárgyává tesszük. Hasonlítsuk csak össze megfigyelésünk első és utolsó éveiben található arányszámokat egymással:

	Római katolikus	Ág. evangélikus	Református	Izraelita	Összesen
1911—1915	2·7	2·7	2·8	2·4	2·6
1926—1928	2·5	2·5	2·5	2·4	2·5
	—7·3%	—7·3%	—10·7%	0·0%	—3·8%

Érdekes, hogy minden hitfelekezet arányszáma csökkent az 1911—1915. évekről az 1926—1928. esztendőkre, csak az izraelitáké nem, de ez ennek ellenére még most is a legalacsonyabb. Lehet, hogy a terápia fontosságát

VIII. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban hitfelekezet szerint. 1911—1928.





kidomborító antiveneriás propaganda a tömegeket az utóbbi időben már jobban megfogta s így ezek is intenzívebben keresték a gyógyítás lehetőségeit. Ha az arányszámok a jövőben és az eddigiek szerint fognak változni, akkor valószínű, hogy már rövid időn belül a szifiliszmortalitás hitfelekezet szerint külön-külön kiszámolt indexei nem fognak eltérést mutatni.

Most egy kissé eltérünk előre megszabott utunktól, mert a most következő táblánkban a tuberkulózis-, rák-, cukorbaj- és szifiliszhalandóság arányszámait állítottuk egymás mellé.

38. A tuberkulózis-, rák-, cukorbaj- és szifiliszhalandóság arányszámai a székesfővárosban. (‰) 1924—1926.

Megnevezés	Római katolikus				Ág. evangélikus				Ev. református				Izraelita				Általában			
	Tuberkulózis	Rák	Cukorbaj	Szifilisz	Tuberkulózis	Rák	Cukorbaj	Szifilisz	Tuberkulózis	Rák	Cukorbaj	Szifilisz	Tuberkulózis	Rák	Cukorbaj	Szifilisz	Tuberkulózis	Rák	Cukorbaj	Szifilisz
1924	47·7	12·0	0·9	29·0	44·6	12·3	0·9	29·0	50·3	11·1	0·7	30·0	18·6	12·2	2·6	24·0	41·0	12·0	1·3	28·8
1925	35·4	12·1	0·9	26·0	29·0	11·4	1·1	25·0	34·6	11·1	0·9	26·0	13·6	13·4	2·6	24·0	30·0	12·2	1·3	24·0
1926	33·0	12·2	1·0	24·0	28·1	14·3	1·5	23·0	35·9	13·4	1·0	25·0	13·6	13·9	3·4	22·0	28·7	12·8	1·6	23·0
Átlag ..	38·7	12·1	1·0	28·8	33·9	12·7	1·2	25·6	40·3	11·9	0·9	27·0	15·8	13·2	2·9	23·3	33·2	12·3	1·4	25·0

A fenti táblába foglalt adatok magyarázásához egyáltalában nincsen bőséges kommentárra szükség. Elég jól illusztrálja a helyzetet, ha az egyes hitfelekezeteket az átlagindexek szerint sorrendbe állítjuk.

Tuberkulózishalandóság	Rákhalandóság	Cukorbajhalandóság	Szifiliszhalandóság
Reformátusok	Izraeliták	Izraeliták	Reformátusok
Római katolikusok	Evangélikusok	Evangélikusok	Római katolikusok
Evangélikusok	Római katolikusok	Római katolikusok	Evangélikusok
Izraeliták	Reformátusok	Reformátusok	Izraeliták

A sorrend ékes bizonysága, hogy a halálokok eltolódása egészen szabályszerű. Nevezetesen minden valószínűség amellett szól, hogy olyan népcsoportok, néprétegek vagy akár hitfelekezetek rák- és cukorbajhalandósága lesz magas, melyeknek tuberkulózishalandósága alacsony. A szifiliszhalandóság hitfelekezetek szerint számított indexei között lényeges eltérések nincsenek, de az a tapasztalás, hogy a hitfelekezetek sorrendje a tuberkulózishalandóságban és a szifiliszmortalitásban azonos, azt a hitet kelti, hogy a szifiliszmortalitás viselkedésében a terápia döntő jelentőségű tényező. Mert nagyon kézenfekvő, hogy éppen azok a népcsoportok fektethetnek legkisebb súlyt a komoly gyógyításra, melyeknek anyagi ereje leggyengébb, amire különben a tuberkulózismortalitásban elfoglalt kiemelkedő helyük is rávilágít.

Amit már eddig számok felsorakoztatásával bizonyítottunk, azt most két grafikon segítségével is módunk van illusztrálni. A VIII. számú grafikon az átlagindexek, illetőleg az átlagos viszonyszámok alapján készült és szem-

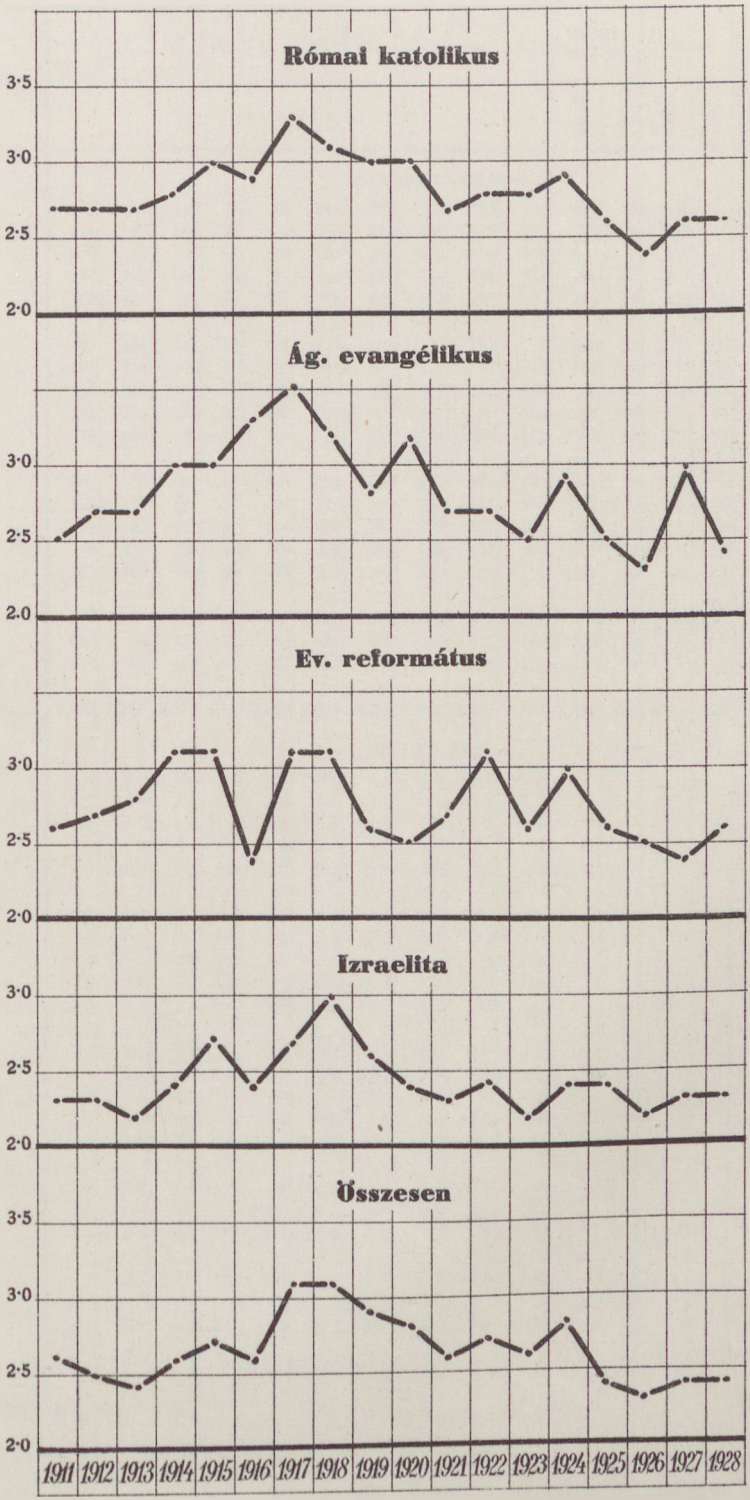
lélteti, hogy a nagyobb lélekszámú keresztény felekezetek arányszámai között lényeges eltérés nincsen, az izraelitáké azonban annál valamivel alacsonyabb. A százalékos viszonyszámok alapján készített hasábok demonstrálják, hogy a szifiliszhalandóság zöme a legnagyobb tömeget jelentő római katolikusokra, azután az izraelitákra és a reformátusokra jut. A IX. számú grafikon már az indexek időbeli változásait is bemutatja. A különleges disztinkció figyelembevétele nélkül számított hullámvonalat leghűségesebben a római katolikusoké, illetve az izraelitáké követi. Ez a két hitfelekezet teszi a népességnek körülbelül 80%-át, miért is természetes, hogy a székesfőváros szifiliszmortalitásának alakulását döntően befolyásolják. A két protestáns felekezet hullámvonala nagyobb ingadozásokat mutat, ami valószínűvé teszi, hogy ennek a két hitfelekezetnek szifiliszmortalitását a haláloki statisztika pontosabban regisztrálja, mint tagjaik számszerű rögzítését az időközi népszámlálások. Mint végső konkluziót leszűrhetjük, hogy a szifiliszmortalitás tekintetében hitfelekezetek szerint lényeges eltolódások nincsenek, az izraelitáké mégis valamivel alacsonyabb, ami felfogásunk szerint abból ered, hogy az ehhez a felekezethez tartozó állampolgárok inkább használják ki a gyógyítás hasznosságát, mert általában vagyonosabbak és egyébkint is többet törődnek az egészségi állapotukkal.

A székesfőváros statisztikai hivatala a halandósági anyagot közigazgatási kerületek szerint is részletezi. Tekintve pedig, hogy a kerületek nagyjából elkülöníthető életszínvonalon élő népcsoportokat választanak szét, érdemesnek látszott a már az előzőkben többször felsorolt 19 halálokból a szifiliszmortalitás mérőszámait kiszűrni. Ez az anyag talán a legértékesebb, mert ebből az idegeneket is sikerült eltávolítani, kik itt halnak meg, de bejelentett állandó lakásuk nincs a székesfővárosban. Azonkívül ezek az adatok használhatók fel arra, hogy a szifiliszhalandóság megoszlását a népsűrűség és laksűrűség szempontjából is vizsgálat alá vegyük. Nyersanyagunk természetesen ugyancsak a kötetből szorult ki — s a 39. számú tábla csak a végeredményeket foglalja össze. Az abszolút számokat összeadtuk s kiszámítottuk, hogy a szifiliszhalandóságnak hány százaléka jut az egyes kerületekre. Állítsuk most az így nyert viszonyszámokat a kerületek népszámával párhuzamba:

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.
					kerület					
A kerületek népszáma szerint ..	4	9	8	10	6	2	1	3	5	7
A szifiliszhalandóság szerint (%)	5	9	7	10	6	2	1	3	4	8

A sorrend lényegében egyező, csak a harmadik kerület jutott valamivel előbbre, mint azt a népszám alapján sejtettük volna. Mivel ezek a százalékos viszonyszámok nem eléggé megbízhatóak, még más számítási módokat is kell alkalmaznunk. Először állapítsuk meg a kerületek sorrendjét a százalékos viszonyszámok, valamint az átlagos indexek szerint.

IX. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban hitfelekezet szerint. (‰) 1911—1928.



39. A szifilisz által okozott halandóság a székesfővárosban, kerületek szerint. 1911—1928.

Megnevezés	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	Be nem osztható		Idegen		Ismeretlen	Összesen
	kerület										polgár	katona	polgár	katona		
	a) *Abszolút számokban.*															
1911	138	86	117	34	98	313	327	289	164	102	241	2	349	—	20	2.280
1912	144	89	112	34	120	278	323	248	175	111	228	6	381	1	24	2.274
1913	140	88	106	34	109	285	346	293	155	108	257	5	340	—	23	2.289
1914	170	107	108	50	114	293	365	312	184	102	255	5	361	9	27	2.462
1915	162	130	119	46	127	336	346	291	197	99	221	8	450	83	32	2.647
1916	161	108	113	47	128	316	329	322	150	90	249	23	386	156	34	2.612
1917	161	114	126	46	141	354	397	357	187	97	302	23	454	255	32	3.046
1918	149	121	132	57	144	338	389	315	185	109	300	30	458	212	35	2.974
1919	179	111	125	55	132	362	401	291	195	102	394	14	375	31	25	2.792
1920	178	120	132	51	141	328	331	324	203	112	348	15	347	11	22	2.663
1921	202	106	123	55	144	334	314	294	163	105	248	9	325	12	6	2.440
1922	153	107	124	57	148	317	366	298	198	108	262	10	379	19	15	2.561
1923	169	83	132	51	134	330	359	279	187	104	246	5	326	7	21	2.433
1924	178	119	135	47	149	362	368	298	198	124	249	16	341	16	17	2.617
1925	162	105	119	43	136	313	347	270	185	119	196	9	324	8	10	2.346
1926	143	96	117	47	129	299	325	246	173	98	158	7	349	4	10	2.201
1927	157	98	127	48	138	330	345	292	151	106	176	8	345	4	10	2.335
1928	150	98	126	43	123	321	338	272	186	110	168	14	370	4	14	2.337
Összesen ...	2.896	1.886	2.193	845	2.855	5.809	6.316	5.291	3.236	1.906	4.498	209	6.660	832	377	45.309
	b) *1000 élőre.*															
1911	1·9	2·0	2·4	1·3	1·5	2·0	1·8	1·9	1·8	2·0	.	.	.	.	.	2·6
1912	1·8	2·0	2·2	1·3	1·8	1·8	1·8	1·6	1·8	2·0	.	.	.	.	.	2·5
1913	1·7	1·9	2·1	1·3	1·6	1·8	1·9	1·9	1·5	1·9	.	.	.	.	.	2·4
1914	1·9	2·2	2·1	1·8	1·6	1·8	2·0	2·0	1·7	1·7	.	.	.	.	.	2·6
1915	1·7	2·7	2·3	1·6	1·7	2·0	1·9	1·8	1·8	1·7	.	.	.	.	.	2·7
1916	1·7	2·2	2·1	1·6	1·6	1·8	1·8	2·0	1·4	1·6	.	.	.	.	.	2·6
1917	1·7	2·4	2·4	1·6	1·8	2·0	2·2	2·1	1·8	1·8	.	.	.	.	.	3·1
1918	1·6	2·5	2·5	2·0	1·8	2·0	2·2	2·0	1·9	2·0	.	.	.	.	.	3·1
1919	1·9	2·3	2·4	1·9	1·7	2·2	2·2	1·9	2·0	1·8	.	.	.	.	.	2·9
1920	1·9	2·5	2·6	1·8	1·9	2·0	1·9	2·2	2·2	1·9	.	.	.	.	.	2·8
1921	2·1	2·2	2·4	1·9	2·0	2·1	1·8	2·0	1·8	1·8	.	.	.	.	.	2·6
1922	1·7	2·1	2·4	2·0	2·0	2·0	2·1	2·1	2·2	1·8	.	.	.	.	.	2·7
1923	1·6	1·6	2·6	1·8	1·8	2·0	2·0	1·9	2·0	1·7	.	.	.	.	.	2·6
1924	1·7	2·3	2·6	1·6	2·0	2·2	2·1	2·0	2·1	2·0	.	.	.	.	.	2·8
1925	1·5	2·0	2·3	1·4	1·8	1·9	2·0	1·9	2·0	1·9	.	.	.	.	.	2·4
1926	1·4	1·9	2·1	1·8	1·8	1·8	1·8	1·7	1·8	1·5	.	.	.	.	.	2·3
1927	1·5	1·9	2·2	1·8	1·9	2·0	1·9	2·0	1·5	1·6	.	.	.	.	.	2·4
1928	1·4	1·9	2·2	1·6	1·7	1·9	1·8	1·9	1·8	1·6	.	.	.	.	.	2·4
Átlag	1·7	2·2	2·3	1·7	1·8	1·9	1·9	1·9	1·8	1·8	.	.	.	.	.	2·6
%	8·9	5·8	6·7	2·6	7·2	17·7	19·3	16·1	9·9	5·8	.	.	.	.	.	100·0

Az átlagos indexek, valamint az egyes esztendők arányszámainak megállapítása a 40. számú tábla adatai alapján történt. Az eredményt a következő adatok teszik szemlélhetővé :

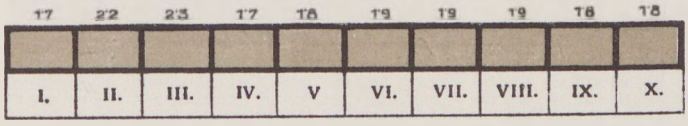
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.
					kerület					
A százalékos viszonyszámok sz. .	5	9	7	10	6	2	1	3	4	8
Az átlagindexek szerint	9	2	1	10	8	3	4	5	6	7

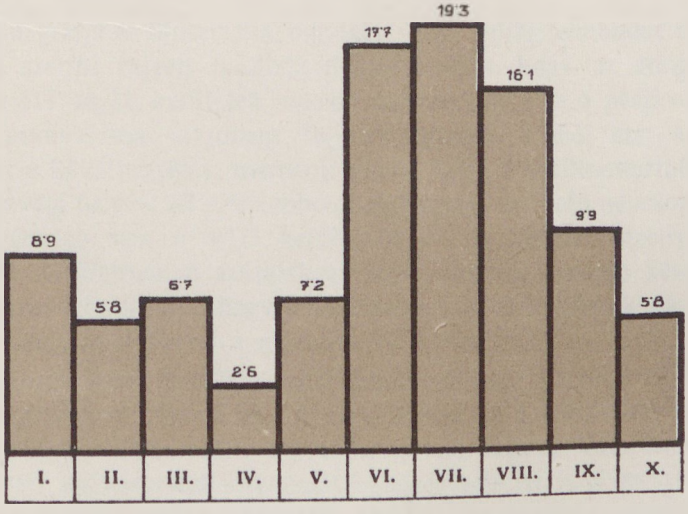
A százalékos viszonyszámok sorrendben elég pontosan egyeztek a kerületek népszámával, az átlagindexek azonban már érzékelhető eltolódásokat jeleznek, melyekből további tanulságok olvashatók ki. A III. kerület népszáma alapján a nyolcadik s mégis első helyet foglalja el a kerületek között, ha az átlagindexekre támaszkodva számítunk. A III. kerület a legszegényebb népesség lakóhelye Budán s ott bizony még rendelőintézetek sincsenek s így a gyógyítás lehetősége helyben nincs megadva. Messze utazni, a város szívébe pedig költséggel járó áldozat. Ugyanebben látjuk a magyarázatát annak, hogy a II. kerület is ilyen előre került a sorrendben. Legjellegzetesebb, hogy a legkiválóbb helyeket a IV. és I. kerületek foglálják le, melyekben a székesfőváros népességének gazdaságilag erősebb egzisztenciái élnek. Mindenesetre az indexek fejezik ki a valóságot s ezért a lakásviszonyokra jellemző adatokat ezekkel vetjük össze :

Megnevezés	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.
	kerület									
A kerületek népszáma szerint	4	9	8	10	6	2	1	3	5	7
A népsűrűség szerint	8	7	9	2	4	5	3	1	6	10
Az egy lakásban lakók száma szerint	8	9	10	4	1	2	3	5	6	7
Az albérlős lakások száma szerint	8	7	9	6	5	3	2	1	4	10
Az albérlők száma szerint	9	7	8	6	5	3	2	1	4	10
A tuberkulózishalandóság szerint	8	7	1	10	9	5	6	2	4	3
A tüdővészhalandóság szerint	8	7	1	10	9	5	6	2	4	3
A rákhalandóság szerint	5	8	7	10	6	2	1	3	4	9
A cukorbajhalandóság szerint	6	5	9	3	2	4	1	7	8	10
A szifiliszhalandóság szerint	9	2	1	10	8	3	4	5	6	7

A lakásviszonyok vitán felül a VI., VII. és VIII. kerületekben a legrosszabbak! Ezek a kerületek eminens helyet foglalnak el a szifiliszhalandóságban is. Ebben azonban nem annyira a zsúfoltságból, mint inkább a szegénységből, a nyomorúságból származó tényező hatását kell látnunk. Erre utal különben a III. kerületnek a szifiliszmortalitásban előforduló első helye. Érdekes, hogy míg a rákhalandóság a cukorbajhalandósággal, addig a szifiliszmortalitás a tuberkulózis-, illetve tüdővészhalandósággal fut párhuzamosan. Valószínű tehát, hogy igazuk van a klinikusoknak, midőn arról számolnak be, hogy a késői szifiliszes elváltozások leginkább olyan egyéneknél lesznek lethálisakká, kik gyógykezelésben nem vagy csak alig részesültek. A szegény-

X. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban kerületenként. 1911—1928.





ség mindenesetre olyan faktor, mely a therápia áldásainak kihasználását akadályozza. Ezzel szemben az I. és IV. kerületekben a kedvezőbb gazdasági viszonyok között levő és a feltétlenül intelligensebb elemek találhatók, amely tapasztalás egyúttal az alacsonyabb szifiliszmortalitást is plauzibilissé teszi még akkor is, ha esetleg a morbiditás ezekben a kerületekben volna emelkedettebb.

40. Évközépi népszámok kerületenként. — 1911—1928.

Év	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	Összesen
1911	74.122	42.376	49.592	25.600	65.012	157.239	181.747	152.581	91.057	52.324	891.650
1912	79.363	44.270	49.953	26.264	67.637	159.149	181.516	154.052	97.100	54.905	914.209
1913	84.605	46.164	50.314	26.928	70.262	161.059	181.285	155.523	103.143	57.486	936.769
1914	89.846	48.058	50.675	27.592	72.887	162.969	181.054	156.994	109.186	60.067	959.328
1915	92.943	48.904	51.499	28.188	75.920	167.300	181.243	160.329	109.986	59.606	975.918
1916	93.895	48.617	52.789	28.719	79.358	174.355	181.854	165.525	105.541	56.102	986.755
1917	94.479	48.485	53.338	28.958	80.676	176.681	181.898	167.086	102.776	54.550	988.927
1918	95.133	48.551	52.762	28.796	78.276	172.169	180.328	160.858	99.524	55.756	972.153
1919	95.787	48.617	52.186	28.634	75.876	167.657	178.758	154.630	96.272	56.962	955.379
1920	96.441	48.680	51.610	28.472	73.436	163.145	177.188	148.402	93.020	58.168	938.562
1921[1])	97.861	49.250	51.412	28.576	72.704	161.112	176.407	145.296	91.566	59.156	933.340
1922[1])	100.371	49.994	51.602	28.891	73.561	161.572	176.407	145.296	91.902	59.930	939.526
1923[1])	102.881	50.738	51.792	29.206	74.418	162.032	176.407	145.296	92.238	60.704	945.712
1924[1])	105.391	51.482	51.982	29.521	75.275	162.492	176.407	145.296	92.574	61.478	951.898
1925[1])	107.901	52.226	52.172	29.836	76.132	162.952	176.407	145.296	92.910	62.252	958.084
1926	102.047	50.950	55.848	26.389	73.189	164.282	181.425	146.324	98.414	65.518	964.386
1927	103.037	51.357	56.702	26.389	73.378	164.995	182.353	146.489	99.740	66.730	971.170
1928	104.026	51.765	57.554	26.389	73.567	165.708	183.281	146.656	101.065	67.943	977.954

A X. számú grafikon illusztrálja mindazt, amit eddig elmondottunk. Az átlagindexek szerint rajzolt hasábok demonstrálják, hogy az átlagból jóformán csak a III. és II. kerületek indexei emelkednek ki s a pesti oldal öt kerületének arányszáma majdnem teljesen egyezik. Ebből már kissé továbbmenve azt a következtetést mernénk vonni, hogy a szifiliszmortalitás viselkedését az anyagi helyzetnél élénkebben befolyásolja az illető népcsoport kultúrfoka. Szegénység van a VIII. kerületben is, de kultúra bizonyára több, mint a III. kerületben. A százalékos viszonyszámok alapján készült hasábok arról tesznek tanuságot, hogy a szifiliszmortalitás kerületek szerint való megoszlása nagyjából követi a népszám változását.

A XI. számú grafikon a kerületek szifiliszhalandóságát 1911-től 1928-ig hullámvonalak segítségével tünteti fel. A népességnek és a szifiliszhalandóságnak zöme a VII. kerületre esik s így természetes, hogy a VII. kerület hullámvonala követi a főváros hullámvonalát leghűségesebben. Kiolvashatjuk továbbá az egyes hullámvonalak irányából, anélkül, hogy ebből messzebbmenő következtetést vonnánk, hogy az I., II. és X. kerületek szifiliszhalandósága inkább apadó tendenciájú, ezzel szemben a IV. és V. kerületeké emelkedő jellegű. A III., VI., VII., VIII. és IX. kerületek hullámvonala lényegesebb változásról nem tanuskodik.

[1]) Az 1921—1925. évek népszáma az 1920-as népszámlálás alapján számíttatott ki.

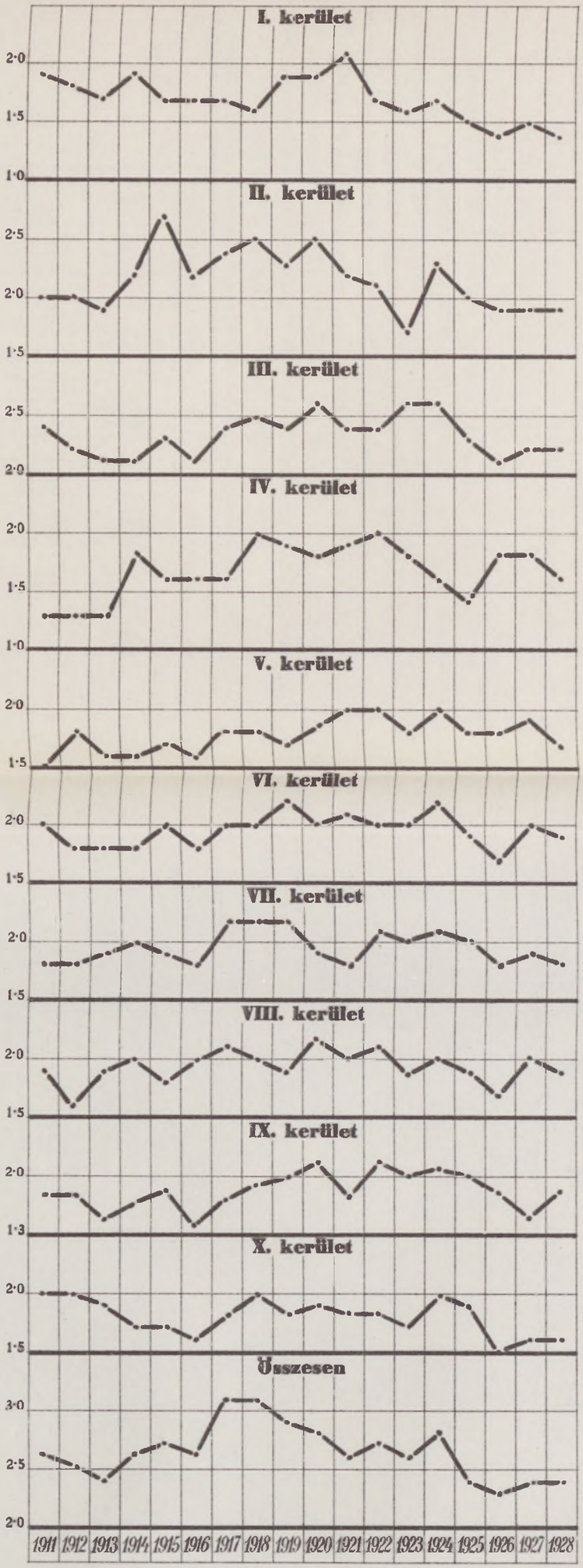
41. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban, laksűrűség szerint. 1921—1928.

Megnevezés	Helyiségek — lakóval: —1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—6	6—	Ismeretlen számú	Idegen	Ismeretlen lakású	Összesen
	a) *Abszolút számokban.*										
1921	412	419	148	62	19	6	33	998	337	6	2.440
1922	377	411	184	77	29	9	9	1.054	398	13	2.561
1923	382	393	153	60	26	6	8	1.050	333	22	2.433
1924	472	385	183	58	22	6	10	1.103	357	21	2.617
1925	402	354	140	66	22	9	4	1.007	332	10	2.346
1926	377	321	117	50	21	5	5	939	353	13	2.201
1927	401	334	138	48	21	7	6	1.027	344	9	2.335
1928	406	322	124	40	14	1	3	1.041	374	12	2.337
Összesen	3.229	2.939	1.187	461	174	49	78	8.219	2.828	106	19.270
	b) *Százalékokban.*										
1921	16·9	17·2	6·1	2·5	0·8	0·2	1·4	40·9	13·8	0·2	100·0
1922	14·7	16·0	7·2	3·0	1·1	0·4	0·4	41·2	15·5	0·5	100·0
1923	15·7	16·2	6·3	2·5	1·1	0·2	0·3	43·1	13·7	0·9	100·0
1924	18·0	14·7	7·0	2·2	0·8	0·2	0·4	42·2	13·6	0·9	100·0
1925	17·1	15·1	6·0	2·8	0·9	0·4	0·2	42·9	14·2	0·4	100·0
1926	17·1	14·6	5·3	2·3	1·0	0·2	0·2	42·7	16·0	0·6	100·0
1927	17·2	14·3	5·9	2·1	0·9	0·3	0·2	44·0	14·7	0·4	100·0
1928	17·4	13·8	5·3	1·7	0·6	0·0	0·1	44·5	16·0	0·6	100·0
Átlag	16·8	15·3	6·1	2·4	0·9	0·3	0·4	42·6	14·7	0·5	100·0

Sajnos, a székesfőváros statisztikai hivatala által konstruált halotti bárcát nem töltik ki azzal a pontossággal, melyet az ügy fontossága megérdemelne. Még sok propagandára van szükség, míg az orvostársadalom minden egyes tagja megérti, hogy a statisztikai adatszolgáltatást nem az állampolgárok megterhelésére találták ki. A hiányos adatszolgáltatásból következik, hogy a szifiliszhalandóságnak laksűrűség szerint való tagozódását illusztráló táblában az esetek 43·6 %-a az ismeretlen felírású rovatokba jutott. De mert az idevágó eredmények a székesfőváros statisztikai hivatalának hatalmas évkönyveiben is szerepelnek, a 41. számú táblában összegyüjtött adatokat is közölnünk kell. Ez az anyagunk csak rövid időről szól és messzebbmenő következtetésekre nem alkalmas. Annyit megállapíthatunk, hogy az alacsonyabb laksűrűség mellett magasabb, zsúfoltság mellett viszont alacsonyabb a szifiliszhalandóság. Ez a tétel látszólag a gyakorlati tapasztalásokkal nem egyezik. Többször utaltunk azonban arra, hogy a szifiliszmortalitás nem jelent egyet a morbiditással és azt, hogy hány szifiliszben szenvedő egyén hal meg intercurrens betegségekben, tehát előbb, mint szifilisze következtében azt felmérni egyelőre nem lehet. Régebbi kutatásaink alapján azt kell mondanunk, hogy a zsúfoltságban élők között a tuberkulózismortalitás

XI. A szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban kerületek szerint. 1911—1928.

(‰)



jóval magasabb. A tuberkulózis az alacsonyabb korcsoportok jellegzetes haláloka, miért is kézenfekvő, hogy a zsúfoltságban élők közül sok előbb pusztul el tuberkulózisban, mint nála a szifilisz későbbi végzetes formái kifejlődnének. Ezért megértjük, hogy a zsúfoltságban élők szifiliszhalandósága alacsonyabb. Jellemző azonban, hogy az ismeretlen és idegen rovatok százalékos viszonyszámai 1921-től 1928-ig határozott emelkedésről számolnak be.

Többször volt alkalmunk hivatkozni arra, hogy az idegenek mennyire zavarják tisztánlátásunkat a halandóság kutatásában. És pedig különösen olyan államok városaiban, melyekben a kórházi férőhelyek megoszlása aránytalan. Olyan államokban, melyekben a kultúra koncentrálódik, az idült betegségekben szenvedők mindenekelőtt összetömörülnek. A nagyvárosok kórházai, klinikái valóságos szívóhatást gyakorolnak a vidék betegeire, kik közül sokan ezekben az intézetekben halnak meg s így illegitim módon növelik a város halandóságát. Német szerzőket megelőzött Pikler, midőn már a századforduló után felhívta a figyelmet arra, hogy ebből a szempontból az elmegyógyintézetek játszanak nagy szerepet. A szifiliszhalandóság megítélésében erre is különös tekintettel kell lennünk. Akkor, midőn a székesfővárosnak ezt a szomorú idegenforgalmát kell bemutatnunk, nagyon gondolnunk kell arra, hogy elsősorban a lipótmezei és angyalföldi m. kir. elme- és ideggyógyintézetek mennyire megnövelik a székesfőváros szifiliszhalandóságát. Hogy tisztán lássunk, meg kell állapítanunk, hogy az idegenek mennyire rontják a székesfőváros halandóságát és szifiliszhalandóságát. Az erre a célra szükséges adatokat az 42. számú tabellában foglaltuk össze.

42. Az idegenek szerepe a székesfőváros szifiliszhalandóságának növelésében. — 1911—1928.

Megnevezés	Összhalandóság		Idegen halottak		Halálozások összesen idegenek nélkül	Szifiliszhalandóság				A szifiliszben elhalt idegenek a szifiliszhalandóság %-ában
	abszolút	‰	abszolút	az összhalandóság %-ában		abszolút	az összhalandóság %-ában	‰	idegen halottak száma	
1911	17.323	19·4	2.538	14·7	14.785	2.280	13·2	2·6	349	15·3
1912	16.876	18·5	2.706	16·0	14.170	2.274	13·5	2·5	382	16·8
1913	17.441	18·6	2.796	16·0	14.645	2.289	13·2	2·4	340	14·9
1914	18.763	19·6	3.890	20·7	14.873	2.462	13·2	2·6	370	15·0
1915	21.150	21·7	5.760	27·2	15.390	2.647	12·6	2·7	533	20·1
1916	20.854	21·1	5.637	27·0	15.217	2.612	12·6	2·6	542	20·8
1917	24.371	24·6	7.106	29·2	17.265	3.046	12·6	3·1	709	23·3
1918	29.903	30·8	8.524	28·5	21.379	2.974	10·0	3·1	670	22·5
1919	20.887	21·9	3.457	16·6	17.430	2.792	13·4	2·9	406	14·5
1920	22.053	23·5	3.352	15·2	18.701	2.663	12·2	2·8	358	13·4
1921	18.981	20·4	3.279	17·3	15.702	2.440	13·0	2·6	337	13·8
1922	19.054	20·3	3.374	17·7	15.680	2.561	13·5	2·7	398	15·5
1923	18.549	19·6	3.280	17·7	15.269	2.433	13·2	2·6	333	13·7
1924	18.644	19·6	3.183	17·1	15.461	2.617	14·1	2·8	357	13·6
1925	15.749	16·4	2.935	18·6	12.814	2.346	15·0	2·4	332	14·2
1926	15.301	15·9	2.990	19·5	12.311	2.201	14·4	2·3	353	16·0
1927	16.529	17·0	3.422	20·7	13.107	2.335	14·2	2·4	344	14·7
1928	16.315	16·7	3.656	22·4	12.659	2.337	14·4	2·4	374	16·0

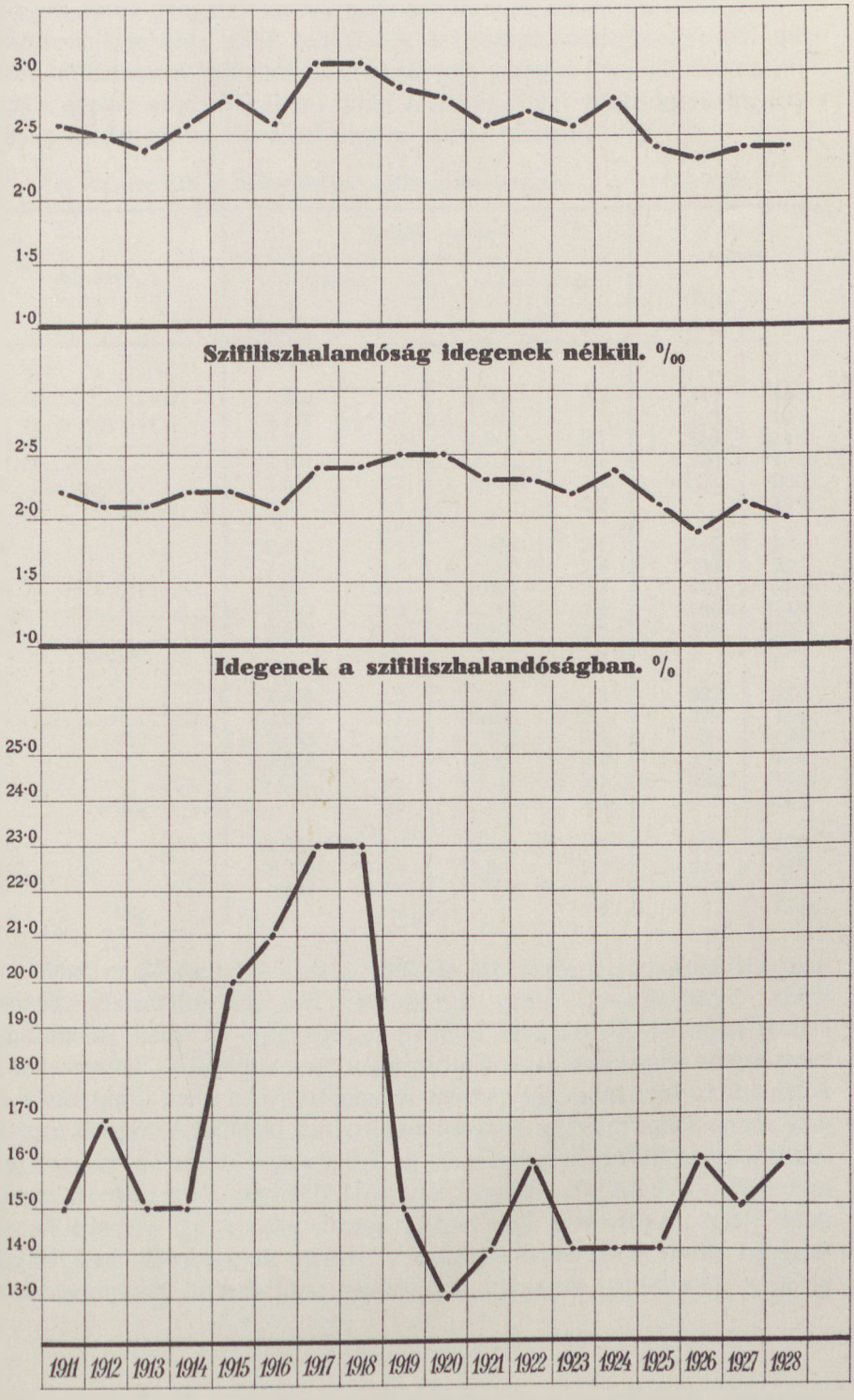
A fenti tábla első rovatai a székesfővárosnak megelégedésünkre csökkenő jellegű halandóságát tüntetik fel. Azután az idegen halottak rovata következik, mely igazolja, hogy székesfővárosunkban esztendőnként körülbelül háromezer idegen fejezi be életét, ami az összhalandóságnak nagy átlagban 17%-át reprezentálja. Ha alaposabban vizsgáljuk ezt a rovatot, akkor szemünk elé kerül, hogy átmeneti apadás után az idegen halottak száma az utolsó esztendőkben ismét kiemelkedő, mert a százalékos viszonyszám megint felugrott 20% fölé. A sok erőfeszítés dacára sajnos, főleg csak ez a szomorú idegenforgalom emelkedik. Milyen kedvező volna a halandóságunk, ha az idegeneket, amire teljes jogunk van, eliminálnánk a mortalitásból.

Ezek után táblázatunkban a szifiliszmortalitás mérőszámai következnek. A százalékos viszonyszámok nem jellegzetesek, hiszen a háború előtt emelkedett a szifiliszmortalitás s a százalékos viszonyszámok mégis alacsonyak voltak. Azóta az utolsó békeévekhez mérve mégis felfokozódott valamivel a szifiliszhalandóság s jelentősége az összmortalitás növelésében is kimagaslóbb lett. Az ezer élőre számított indexek a szifiliszhalandóság lefékeződésére utalnak, de nagyon valószínű, hogy itt is érvényesítenünk kell a helyzet való megítélésében a kihalási elméletet. Nevezetesen nagyon kézenfekvő, hogy a háborús viszontagságok és nélkülözések miatt a háborús esztendőkben s közvetlenül azután sok olyan ér- és idegszifiliszben szenvedő beteg pusztult el, kire az abnormis megerőltetés nélkül csak később került volna sor. Táblázatunkból arról is meggyőződhetünk, hogy az utóbbi esztendőkben 330—370 idegen hal meg szifilisz következtében s végül azt is megismerhetjük, hogy a szifiliszhalandóságnak normális időkben 13·0—16·0-%-a esik az idegenek rovására.

A 43. számú táblánk kevésbbé részletez s ezért sokkal demonstrativabb. Ebből azután átlagokat is számítottunk. Az 1911—1915. évötödről az 1926—1928. esztendőkig idegenekkel 7·7%-kal csökkent a szifiliszmortalitás arányszáma, idegenek nélkül azonban már 9·0%-kal. Az idegenek részvételét jellemző viszonyszám ugyanezen idő alatt 16·4%-ról 15·6%-ra, tehát csak 4·8%-kal apadt, annak ellenére, hogy az alapul vett évötödben már két háborús esztendő is szerepel. Ha ellenben csak az utolsó békeéveket tesszük számításunk kiinduló pontjává, akkor kitűnik, hogy az idegenek aránya nem apadt, hanem 15·4%-ról 15·6%-ra, vagyis 0·2%-kal emelkedett. Nem lehet ezekután kétséges, hogy az idegenek nagyon benne vannak a székesfőváros magas szifiliszmortalitásában!

Mindezeket a tényeket a XII. számú grafikonunkkal még inkább szemlélhetővé tesszük. Az idegenekkel együtt számított indexek alapján készült hullámvonal jobban demonstrálja a háborús esztendőket, mint az, mely az idegenek mellőzésével készült. Utóbbi hullámvonal nagyobb kilengéseket nem mutat, csak az 1925. és 1926. esztendőkben süllyedt a békenívó alá, ami a kihalási teória alkalmazására jogot adni látszik. Hogy az idegenek

XII. Szifiliszhalandóság idegenekkel. ‰



tartják magasabb nívón a szifiliszhalandóságot a székesfővárosban, az kiviláglik abból a tapasztalásból, hogy az idegenek nélkül számított grafikon hullámvonala inkább lefelé tendál. A százalékos viszonyszámokból megrajzolt hullámvonal rapszódikus kilengéseket mutat s a kulmináció az 1917. és 1918. évekre esik. A háború után a hullámvonal szinte lezuhant, azóta azonban kisebb ingadozásokkal megint felfelé törekszik.

54. Az idegenek a székesfőváros szifiliszhalandóságában. — 1911—1928.

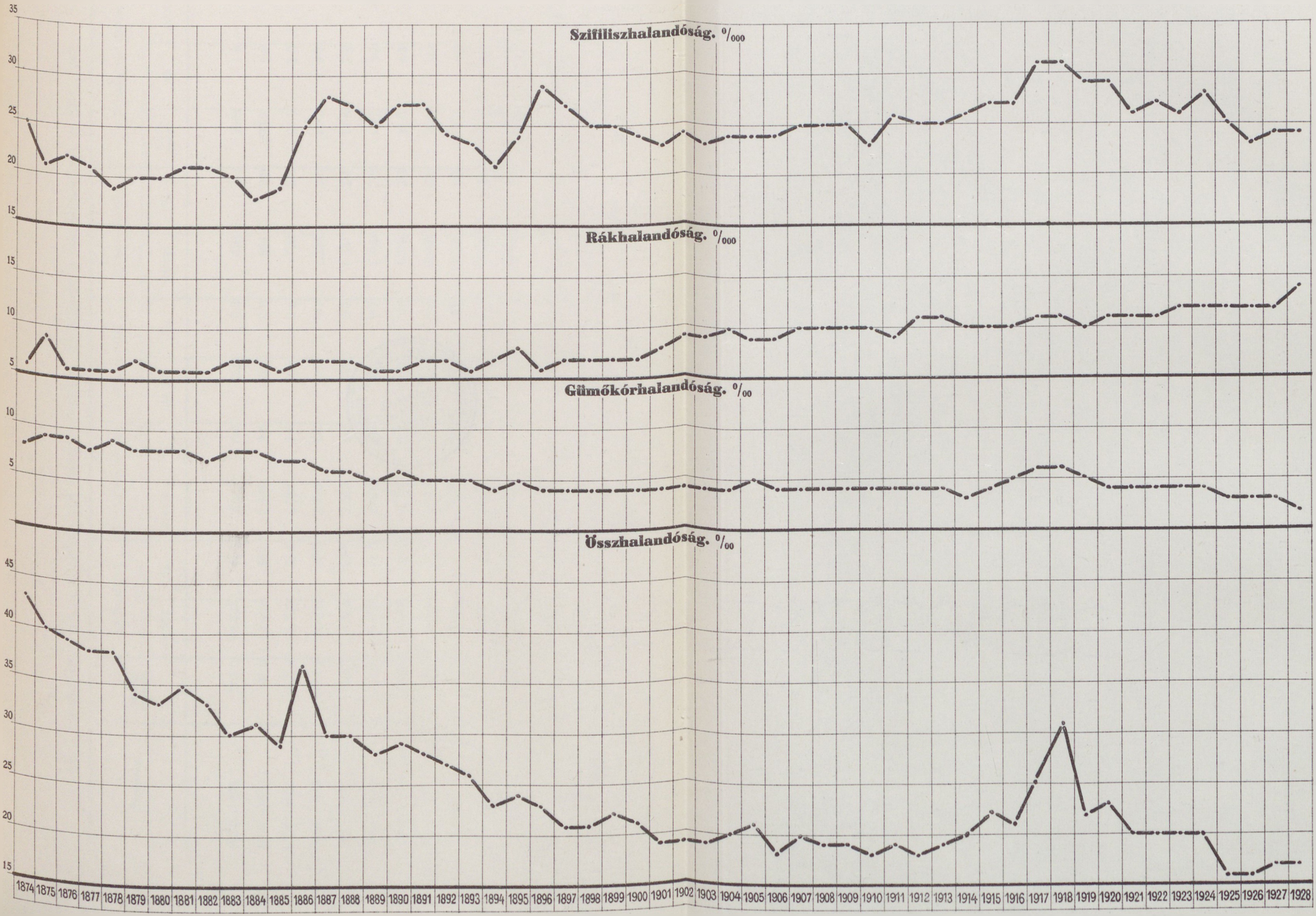
Megnevezés	Szifiliszhalandóság				Idegenek	
	idegenekkel		idegenek nélkül			
	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	%
1911	2.280	2·6	1.931	2·2	349	15·3
1912	2.274	2·5	1.892	2·1	382	16·8
1913	2.289	2·4	1.949	2·1	340	14·9
1914	2.462	2·6	2.092	2·2	370	15·0
1915	2.647	2·7	2.114	2·2	533	20·1
Átlag	.	**2·6**	.	**2·2**	.	**16·4**
1916	2.612	2·6	2.070	2·1	542	20·8
1917	3.046	3·1	2.337	2·4	709	23·3
1918	2.974	3·1	2.304	2·4	670	22·5
1919	2.792	2·9	2.386	2·5	406	14·5
1920	2.663	2·8	2.305	2·5	358	13·4
Átlag	.	**2·9**	.	**2·4**	.	**18·9**
1921	2.440	2·6	2.103	2·3	337	13·8
1922	2.561	2·7	2.163	2·3	398	15·5
1923	2.433	2·6	2.100	2·2	333	13·7
1924	2.617	2·8	2.260	2·4	357	13·6
1925	2.346	2·4	2.014	2·1	332	14·2
Átlag	.	**2·6**	.	**2·3**	.	**14·2**
1926	2.201	2·3	1.848	1·9	353	16·0
1927	2.335	2·4	1.991	2·1	344	14·7
1928	2.337	2·4	1.963	2·0	374	16·0
Átlag	.	**2·4**	.	**2·0**	.	**15·6**

Most, mielőtt a fejezetünkhöz tartozó utolsó részletproblémával foglalkoznánk, visszapillantást kell vetnünk az eddig elmondottakra. Abból indultunk ki, hogy az egészségügyi politika célkitűzéseit időnként revizió alá kell vennünk. A körülmények kényszerítő hatása alatt reális programmot kell kialakítani, mely nem történhetik másképpen, mint szakszerű adatok analizise alapján. A haláloki statisztika a legértékesebb anyagunk annak ellenére, hogy azt az utóbbi időkben sok támadás éri. A nagyvárosok mortalitási anyaga azonban csak enyhébb hibákkal dolgozik, melyeket a periodicitás elég jól elmos s így a nagyvárosok halandósági eredményeit részletesebb vizsgálódásra alkalmasnak kellett véleményeznünk. Rendkívüli nehézségekre bukkanunk, ha a szifilisz mortalitását kívánjuk regisztrálni. A dolog

természetéből kifolyólag a hivatalos haláloki adatok a szifiliszhalálozásoknak csak elenyésző töredékét jegyzik fel s így egyáltalában nem jellemzik a szifilisz rombolását. Számtalan adat felsorakoztatásával bizonyítottuk, hogy a klinikai és kórbonctani kutatás a századforduló óta sok kórformáról derítette ki, hogy annak keletkezésében a szifilisz döntő szerepet játszik. Beszámoltunk azután azokról a törekvésekről, melyek a szifiliszmortalitásnak számítások útján való meghatározását kísérelték meg. Leredde, Bayet, az amerikai egészségügyi társaság és a magyar kutatók közül Doros eredményeit annyira helytállóknak kellett találnunk, hogy példáikon elindulva a székesfőváros szifiliszmortalitásának kiszámítására tettünk kísérletet. Bízva alapanyagunkban, még tovább mentünk s a módszert követve a székesfőváros szifiliszhalandóságát a szokásos demográfiai kombinációkban is bemutattuk. Abban a reményben élünk, hogy ezáltal hasznosítható megismerésekkel gyarapítottuk a tudomány kincsesházát. Talán sikerült eléggé igazolnunk, hogy a szifiliszmortalitás a morbiditásnak, a therápia kihasználásának, valamint az inficiálódott egyének konstituciójának tényezőiből tevődik össze. Most végül a népbetegségek mortalitását tárjuk fel párhuzamosan, hogy ezáltal a szifiliszhalandóság komoly népesedéspolitikai jelentőségét még inkább plauzilibissé tegyük.

Az 44. számú grafikon a székesfőváros tuberkulózis-, rák-, szifilisz- és összhalandóságát foglalja össze 1874-től 1925-ig évötödönként. A halandóságban az orvostudomány, az egészségvédelem fejlődése révén nagy eltolódások mentek végbe. Legpregnánsabb bizonyítéka ennek a felfogásunknak az összhalandóság támadhatatlan rovata, mely szerint 1874—1875-től 1921—1925-ig, tehát ötven esztendő leforgása alatt a halandóság 53·5 %-kal csökkent a székesfővárosban. Az összmortalitás csökkenése a századfordulóig szinte vehemens volt, folyománya annak, hogy a higiéne primitív tanításait elég gyors tempóban sikerült az állampolgárok egészségének megóvása érdekében a gyakorlatba átvinni. Azóta az iram lefékeződött, mert a további haladás útjába tornyosuló szociális akadályokat már nem lehet egykönnyen félretólni. A tuberkulózishalandóság viselkedése ezzel a legsimulékonyabb parallelizmust tartja, csak azzal a különbséggel, hogy a tuberkulózishalálozás arányszámainak lemorzsolódása még az összhalandóságot is meghaladja. Mintha a természet csak azért adná ki kezéből azt a gyilkoló fegyvert, amit a tuberkulózis aratásában bírt, mert a rák pusztításában másikat talált, úgy alakulnak egymás mellett a gümőkór és a rákmortalitás indexei. Míg a rákhalandóság arányszámai 50·0%-kal emelkedtek, addig a tuberkulózishalandóság indexei 56·1%-kal csökkentek. Minden arra utal, hogy maholnap még inkább lefékeződik a tuberkulózis pusztítása s bizony az elhalálozásokat majd más és más haláloki rovatokba kell besorozni. A szifiliszhalandóság arányszámai 1874-től 1925-ig csak 13·0%-kal lettek magasabbak. Ezt az emelkedést a diagnosztika haladása érthetővé teszi.

XIII. A szifilisz-, a rák-, a gümőkór- és az összhalandóság a székesfővárosban. 1874—1928.



44. A tuberkulózis, a rák és a szifilisz által okozott halandóság évtödönként a székesfővárosban. — 1874—1925.

Megnevezés	Népszám ezrekben	Összhalandóság		Tuberkulózishalandóság		Rákhalandóság		Szifiliszhalandóság		Az összhalandóság %-ában		
		abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰	tuberkulózis	rák	szifilisz
1874—1875	301·0	12.447	41·3	2.525	8·4	228	0·8	693	2·3	20·3	1·8	5·6
1876—1880	341·9	12.452	36·6	2.948	8·6	205	0·6	681	2·0	23·7	1·6	5·5
1881—1885	403·9	12.729	31·6	3.057	7·6	255	0·6	790	2·0	24·1	2·0	6·2
1886—1890	470·2	14.489	30·9	2.920	6·2	307	0·7	1.244	2·6	20·2	2·2	8·5
1891—1895	562·5	14.349	25·6	2.557	4·6	398	0·7	1.341	2·4	17·8	2·8	9·3
1896—1900	674·9	14.546	21·6	2.870	4·3	471	0·7	1.749	2·6	19·7	3·2	12·0
1901—1905	759·6	15.048	19·8	3.172	4·2	679	0·9	1.818	2·4	21·0	4·5	12·1
1906—1910	831·1	15.804	19·0	3.257	3·9	804	1·0	2.040	2·5	20·6	5·1	12·9
1911—1915	935·6	18.310	19·6	3.410	3·7	952	1·0	2.399	2·6	18·7	5·2	13·1
1916—1920	968·4	23.613	24·4	5.292	5·5	1.019	1·1	2.836	2·9	22·5	4·4	11·9
1921—1925	945·7	18.195	19·2	3.480	3·7	1.087	1·2	2.496	2·6	19·1	6·0	13·7
	+214·2%	+46·2%	—53·5%	+37·9%	—56·1%	+376·7%	+50·0%	+260·2%	+13·0%	—5·8	+233·3%	+144·5%

Mindenesetre be kell látnunk, hogy igen makacs halálok a szifilisz s azzal eddig még se a therápia, se a profilaxis nem tudott kellőképpen megbírkózni. Még feltünőbb következtetésekre ad alkalmat az 44. számú tabella három utolsó rubrikája. Az egyikből kiolvashatjuk, hogy a tuberkulózis szerepe az összhalandóság növelésében 5·8%-kal csökkent, a másikból azt, hogy a ráké 233·3%-kal növekedett, de meglepő gyarapodás a szifiliszé is, mely 144·5%-ra rúg. Még érdekesebben formálódik a helyzet, ha a legutóbbi esztendők eredményeit állítjuk össze:

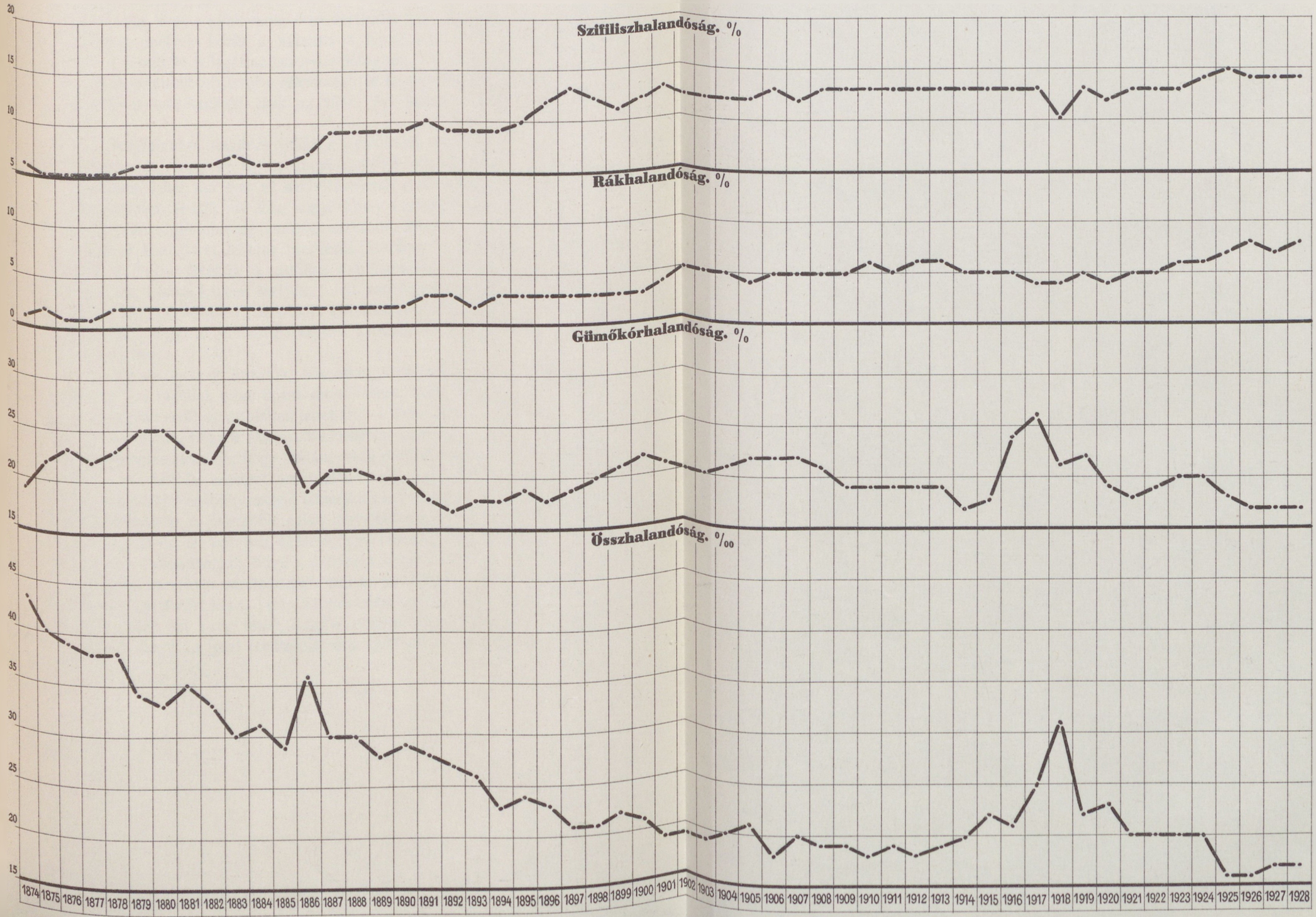
	1925	1926	1927	1928
Tuberkulózishalandóság:				
‰	4·0	2·8	2·8	2·2
%	20·5	17·7	17·4	16·9
Rákhalandóság:				
‰	1·2	1·2	1·2	1·4
%	7·0	8·0	7·0	8·0
Szifiliszhalandóság:				
‰	2·5	2·3	2·4	2·4
%	15·0	14·4	14·2	14·4

Ezek szerint a tuberkulózishalandóság apadása tartós s miként az indexek fogynak, úgy veszít teret ez a súlyos kórforma a mortalitásban. A rákmortalitás emelkedik s legutóbb már 8·0%-a volt az összhalandóságnak. A szifiliszhalandóság is vehemesen tört az utóbbi években előre s ma már az összhalandóságnak 14·4%-át jelenti. Sőt arra is emlékeztettünk, hogy míg a tuberkulózismortalitás indexe 1928-ban 2·2‰ volt, addig a szifiliszmortalitásé 2·4‰, tehát valamivel már magasabb.

Két mellékelt grafikonon vizsgálhatjuk még ezeket az eseményeket! Az XIII. számú tábla ugyanis a szifilisz-, a rák-, a gümőkór- és az összhalandóság hullámzását rögzíti. Az összhalandóság 1874-től 1900-ig néhány remisszióval mégis nagy mértékben apadt. A remissziók jellegzetes járványos esztendők rovatában találhatók. Attól kezdve a háborúig lényeges változás nincsen. A háborús magasság azután — úgy látszik — a békenívóhoz mérve is komoly apadásnak adott helyet. A három másik grafikont együtt kell tárgyalnunk, mert a hullámvonalak 1885 óta egészen furcsa irányt vettek. Ettől az időponttól veszi kezdetét ugyanis a gümőkór hullámvonalának lecsúszása, de ugyanakkor észlelhetjük a rák- és a szifilisz görbéjének emelkedését. A tuberkulózis vonalát a háborus idők felnyomták, ehhez hasonlóan viselkedett ebben az időben a szifiliszmortalitás görbéje is. A rákhalálozás hullámvonalát azonban — úgy látszik — a háború se zavarta meg kérlelhetetlen emelkedésében. A szifiliszmortalitás görbéje a háború után mélyebbre süllyedt, de megfigyelésünk legutóbbi két esztendejében már megint felfelé lendült.

A másik grafikon is nagyon tanulságos. Ezen az összhalandóság indexei alapján rajzoltuk fel az előbbihez hasonlóan a hullámvonalat, de efölé azután

XIV. A szifilisz-, a rák-, a gümőkór- és az összhalandóság a székesfővárosban. 1874—1928.



a tuberkulózis-, a rák- és végül a szifiliszhalandóság százalékos viszonyszámai alapján írtuk fel a görbéket. A tuberkulózis hullámvonala hűségesen illusztrálja, hogy a nyolcvanas évek derekától nehezen ugyan és remissziókkal tarkítva, melyek közül a háborus a legélénkebb, a gümőkórhalandóság veszíti domináló jellegét az összhalandóságban. Ugyanezen időtől kezdődőleg nyernek mindinkább teret a rákmortalitás és a szifiliszmortalitás. A szifiliszmortalitás emelkedésén csak az 1918. évi influenzajárvány tudott léket vágni.

Adatainkból leszűrve tehát a gyakorlati következtetéseket, azt kell mondanunk, hogy az egészségügyi politika célkitűzésein módosítani kell, mert nem lehet ma már az aktivitást csak a tuberkulózis rombolása ellen koncentrálni. A rák ma még nagy rejtély s egyelőre még nincsenek meg a kellő, tudományosan megalapozott eszközök, melyek segítségével határozott rákelleni küzdelmet lehetne szervezni. E téren cselekvésünk, sajnos, még csak palliatív értékű! A szifilisz aetiologiáját, therápiáját azonban jól ismerjük, illetve kézben tartjuk, tehát van fegyverünk, melynek felhasználása a közjó érdekében parancsoló kötelességünk. Adataink pedig hangosan hirdetik, hogy a szifiliszmortalitás kegyetlenül előretört a halandóság növelésében.

Persze lesznek kutatók, kik adatgyüjtésünk apró gyöngéit gáncsolni fogják. De ezeknek előre is azt mondhatjuk, hogy nemcsak az exaktságra — ha ugyan erről egyáltalában lehet szó — törekedtünk, hanem mindig szem előtt tartottuk, hogy a statisztika készítése nem cél, hanem eszköz. Annyit mindenesetre elértünk, hogy a hiányosság pótlására egyöntetűen feldolgozott szifiliszmortalitási anyagot teremtettünk elő, melynek — és ez a fontos — minden hibáját és hiányosságát ismerjük s azt a konkluziók megállapításában száz százalékig és maradék nélkül figyelembe vettük. A legnagyobb valószínűséggel és az amerikai egészségügyi társaság eredményeire való hivatkozással is mondhatjuk, hogy a szifilisz a haláloki táblában ma már a tuberkulózissal versenyez az elsőségért, ami az antiveneriás küzdelem intenzitásának kimélyítéséért kiált. Talán itt van végre az ideje annak, hogy megcáfolni törekedjünk azt a régi tételt, hogy a civilizáció maga a szifilizáció és bebizonyítsuk, hogy az igazi civilizációnak a szifilizáció leküzdését kell jelentenie!

VII.

A székesfőváros szifiliszhalandósága nemzetközi összehasonlításban.

A modern antiveneriás küzdelem kezdetét az 1899. évi brüsszeli kongresszustól számítjuk. Azóta immár több, mint harminc esztendő szaladt le az élet homokóráján és mint az előző fejezetben láttuk, egyáltalában nem rendelkezünk komolyan összehasonlítható nemzetközi szifilisz-statisztikával. De ne menjünk ilyen részletekbe! Nagy általánosan vizsgálódva is megállapíthatjuk, hogy az egységes statisztikai adatgyüjtés milyen végtelen nehézségekbe ütközik. És ebben a tekintetben nemcsak a morbiditási statisztikákra gondolunk, melyek akár állandó jelleggel, akár különleges felvételek formájában szinte ötletszerű feldolgozásban kerülnek publikációra, hanem ezt a hibát a sokkal régibb adatgyüjtésünk, a mortalitási statisztika is erősen megszenvedi. Már a XVIII. század második felétől kezdve, amióta Graunt Londonban ezzel a módszerrel dolgozni kezdett, állandóan fejlődött a haláloki adatgyüjtés s az országos és városi statisztikai hivatalokat minden kultúrállamban felállították. A túlságosan egyéni ösvényeken haladó statisztikai tevékenység azután annyira széttolódott, hogy nemzetközileg összehasonlítható anyagot még nagy erőfeszítések árán se lehetett előteremteni. A németek mortalitási anyagát régebben a Wirchow-Hirschberg-féle 100 halálokjelzést felsoroló tábla fogta össze, újabban azonban a legtöbb német város csak 23 halálokjelzést különböztet meg mortalitási publikációiban. Az angolok által használt tábla 190, az olaszoké 174, a m. kir. központi statisztikai hivatal 165 halálokot részletez közleményeiben. Az egységes haláloki adatgyüjtés megteremtésének vágya régen élt a szakemberek lelkében s a vágy 1910-ben öltött testet, midőn a wieni nemzetközi kongresszus a Bertillon-féle táblákat nemzetközileg hivatalossá tette. Ezen időközben történtek apró módosítások, de — sajnos — lehet, hogy csak a világháború minden nemes gondolatot szétromboló hatása miatt — a nemzetközileg elfogadott Bertillon-féle nomenclatura még se került eddig közhasználatba. Csak legújabban van megint reménységünk arra, hogy a negyedik revizión 1929-ben átesett és 200 halálokjelzést felsoroló nemzetközi haláloki tabellát a kultúrnemzetek általában elfogadják.

A haláloki táblák különbözőségei miatt igen sokat veszített az összehasonlító tudomány. Nagyon valószínű, hogy sok ma is vitatott és nyitott

kérdést lehetett volna komoly nemzetközi anyag birtokában eldönteni. A járványok keletkezését, intenzitásuknak és megszünésüknek okait szorgosan kutatják s eközben a milieu-elmélet keményen csatázik — a mikrobiológiai felfogással. Pro és kontra vonultatják fel az egyes szerzők adatcsoportjaikat, melyek azonban szinte kivétel nélkül kisebb időszakot ölelnek fel és alacsony számú néprétegekre vonatkoznak. Milyen könnyű volna a munka, ha az egyes államok morbiditása és mortalitása egységes rendszer szerint kerülne hivatalosan publikációra! Így meg volna a lehetősége annak, hogy egyes népcsoportok eltérő adattömegeiből akár a konstitucios eltérések befolyását kiolvashassuk. Talán most végre a tudományos szempontok majd elnyomják a szubjektív érzékenységet és sikerül végre egységes morbiditási és mortalitási anyaghoz hozzájutnunk.

Előző fejezetünkben közöltünk néhány külföldi adatgyüjteményt, mely a szifiliszmortalitás alakulásáról törekedett képet nyujtani. A számos tabella közül azonban még kettőt se tudtunk összehasonlítás céljából egymás mellé helyezni. Pedig erre nagy szükség volna, mert így olyan sok az ellenmondás, hogy a szifiliszmortalitást egyáltalában lehetetlen megítélni. Amióta tudjuk, hogy a paralysis progressiva a szifilisz egyik késői formája, sokat vitatják, hogy egyes földterületeken a szifilisz jelentékeny elterjedettsége mellett kevés a paralysis esetek száma, viszont másutt alacsony szifiliszmorbiditás mellett gyakran észlelnek paralysist. Hasonlóan divergálók a vélemények a szintén szifiliszes aetiologiájú aortitis gyakorisága tekintetében. Komoly szerzők a konstitucios eltérésekre hivatkoznak s Lucapère nyomán hangsúlyozzák, hogy az arabok között a nyugodt vérmérsékletük, a vérnyomásemelkedésre való hajlamosság hiánya, valamint az alkoholtilalom okozza, hogy a kevéssé kezelt vagy magárahagyott infekció se okoz aortitist. Engel professzor kiváló referátumában kiemeli, hogy az aortitis syphilitica esetek szaporodásáról leginkább a német, az osztrák és a magyar szakirodalom számol be, a francia, angol és amerikai irodalomban erről alig esik eredeti adatok közlése mellett szó. A kiváló magyar szerző ebből arra a következtetésre jut, hogy a háború alatt és különösen a háború után valószinüleg a középeurópai népesség volt alkalmas talaj az aortitis syphilitica szaporodására.

Használható nemzetközi jellegü szifiliszstatisztikánk nincsen, pedig a fentebb mondottak tisztázása érdekében arra nagy szükség volna. Leredde professzor, aki a szifiliszmortalitás regisztrálására a róla nevezett szellemes módszert kieszelte, megelégedett azzal, hogy Párizs szifiliszhalandóságát egy esztendőre vonatkozólag (1910) kiszámította és — amint tudjuk — megállapította, hogy az az összhalandóságnak kereken7%-a. Bayet nagyjából azonos módszerrel dolgozva megelégedett annak leszögezésével, hogy Brüsszelben 1913-ban a szifiliszmortalitás az összhalandóságnak 11%-át reprezentálta. Úgy Leredde és Bayet, mint mások, közöttük Doros kísérletein felbuzdulva a székesfőváros halandósági anyagából több, mint ötven

esztendőre visszamenőleg kiszűrtük a szifiliszhalandóságot és előző fejezetünkben a nyert eredményekből érdekes következtetéseket vontunk. Tudva ugyan, hogy anyagunk exaktságához szó férhet, a konzekvenciákat kissé óvatosan formuláztuk, de végül mégis ki kellett jelentenünk, hogy jobb hiányában a Leredde-kulccsal számított eredmények is iránymutatók lehetnek az egészségügyi politika vezetésében. Annál inkább, mert ha vannak hibák, azok periodikusan ismétlődnek s praktikusan véve, figyelmen kívül hagyhatók.

A székesfőváros anyagán szerzett tapasztalások arra sarkaltak továbbá, hogy összehasonlítás céljából legalább az európai nagyvárosokról készítsünk hasonló módszerrel szifiliszhalálozási statisztikát. Munkánk tengelyévé természetesen a Bertillon-féle 1910-ben nemzetközileg elfogadott halálozási táblát tettük. Egyebekben teljesen alkalmazkodtunk a székesfővárosi szifiliszhalandóság megállapításában alkalmazott módszerhez. A Bertillon-féle nomenclaturának harmadik revizión, 1920 október hó 14-én átesett kiadását használtuk fel alapul. Külön tabellákat készítettünk, melyek azokat a halálokokat gyüjtötték egybe, amelyek a szifiliszhalandóság kiszámításánál már előző tapasztalásaink szerint szükségesnek bizonyultak. Az I. táblázatban először is a városok összhalandóságát feltüntető abszolút számoknak hagytunk helyet. Azután a Bertillon-féle rendszer, nomenclature abrégée nevű rövidebb típusából emeltünk ki egyes halálokokat. És pedig a 17. számút, mely a meningitisben történt halálozásokat gyüjti össze. Azután a 18. számú haláloknak készítettünk rovatot, mely az eredetiben a »Hémorragie, Apoplexie et Ramollisement du cerveau« feliratot viseli. A 19. számú halálokra szintén szükségünk volt, mert abban foglaltatnak a szervi szívbajok. A 28. számú rovat a májcirrhosisban, a 29. számú pedig a veselobban elhúnytakat regisztrálja s ezért táblánk rubrikáit ezek számára tartottuk fenn. A szifiliszhalandóság kiszámításában egyik legjelentősebb tételt éppen a veleszületett gyengeség rovatából kell kiemelnünk, azért a nemzetközi nomenklaturának 33. számú halálokjelzését is az első táblába vettük fel. Végül két tágabb rovat számára is adtunk helyet, nevezetesen a 37. és 38. számú halálokjelzéseket is felvettük, melyek közül az első az »Autres Maladies«, a második a »Maladie non specifiée ou mal définie« elnevezést viseli. Ezzel azonban még nem merítettük ki azoknak a halálokoknak sorát, melyek a szifiliszhalandóság hozzávetőleges kiszámításához szükségesek. Ezeket II. számú tábláinkban foglaltuk össze és pedig most már a Bertillon-féle »Nomenclature détaillée« következő rovatait:

38. Syphilis.
69. Autres maladies générales.
72. Ataxie locomotrice progressive.
74. Hémorrhagie cérebrale, apoplexie.
75. Paralysie sans cause indiquée.
76. Paralysie générale.
77. Autres formes de l'aliénation mentale.
89. Angine de poitrine.
91. Affections des artères.
156. Affections des os (tbc. exceptée).
157. Affections des articulat. (tbc. exceptée).
158. Autres affections des os.
204. Morte subite.
205. Maladie non spécifiée ou mal définie.

A két tabellára azért volt szükségünk, hogy a szifiliszhalandóság megállapításához szükséges halálokokat minél részletesebben megismerjük. Mindkét táblát negyven példányban készítettük el s azokat német, angol és francia nyelven írott levelek kíséretében negyven európai város statisztikai hivatalának címére küldöttük el. A levélcímek ügyében könnyű dolgunk volt, mert elég pontosan felsorolja azokat a Nemzetközi Statisztikai Intézet legutóbb kiadott értékes évkönyve. Ezt azért tartjuk szükségesnek hangsúlyozni, mert ebből következik, hogy valószínűleg minden levelünk megérkezett rendeltetési helyére.

Negyven városhoz fordultunk tehát azzal a kéréssel, hogy a megrajzolt táblázatok megfelelő rovataiba a legutóbb eltelt tizenkét esztendő adatait beírni szíveskedjenek. És éppen ahhoz a negyven városhoz fordultunk, melyeknek vörheny-, rák- és tuberkulózishalandóságát már előző közleményeinkben alapos kutatás tárgyává tettük. A városok névlistáját és népszámait a IV. fejezet 6. sz. tabellája adta elő. A lajstromban felsorakozó városok népszámaik tekintetében eléggé különböznek egymástól. Vannak közöttük nagy, többmillió lakosú metropolisok, vannak olyanok is, melyeknek népszáma a székesfővárosével nagyjából egyezik, de találunk annál kisebb városokat is. A vizsgálódás megejtése céljából leginkább közép-, illetve nyugateurópai városokat szólítottunk fel a speciális adatok szíves közlésére. A válogatás ilyen tendenciáját mindenekelőtt az a célszerűség irányította, hogy a székesfővárostól geográfiailag nem nagyon messze eső városokat vonjuk megfigyelésünk körébe. De arra is gondoltunk, hogy székesfővárosunknál feltehetőleg magasabb, illetve alacsonyabb egészségvédelmi kultúrájú városok is szerepeljenek, hogy így a tisztánlátást minél inkább biztosítsuk.

A tabellákat a már említett kísérőlevelekkel együtt 1929. évi április hó 9-én adtuk fel a postára Budapesten. Alig telt el nyolc nap s máris sűrűn érkeztek a válaszok. A legutolsó 1929. évi október hó 5-én érkezett meg s ezzel most már az adatgyüjtést befejezettnek kell tekintenünk. Adatgyüjtésünk nem várt eredménnyel végződött, amennyiben teljesen magánjellegű kérdéseinkre 30 esetben kaptunk választ s így csak 10 levelünk maradt megválaszolatlan. Ez volt körkérdésünknek az udvariasság lapjára tartozó eredménye. Érdemileg már jóval kisebb sikert értünk el. Kezdjük talán a teljes negatívummal! Megértjük, hogy Riga, Helsinki és Valenzia nem feleltek, hiszen nagyon messze vannak tőlünk s valószínűleg a politikai viszonyok se kedvezők ezekben a városokban ahhoz, hogy tudományos munkát támogassanak. Természetesnek tartjuk, hogy Bukarest és Prága levelünket figyelemre nem méltatták, ezekhez a városokhoz úgyis inkább csak kíváncsiságból fordultunk. Eljárásuk csak megerősíti a róluk alkotott felfogásunkat! Őszinte sajnálatunkra azonban a baráti Rómából, Nápolyból és Firenzéből se kaptunk hírt, annak ellenére, hogy Milano pontosan kitöltötte tabelláinkat és hogy Genova is sajnálatát fejezte ki írásban, hogy a kívánt adatok nem álla-

1. A szifilisz által okozott halandóság néhány európai városban, abszolút számokban. — 1911—1927.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Budapest	2.217	2.223	2.243	2.400	2.573	2.554	2.941	2.832	2.627	2.542	2.394	2.490	2.357	2.566	2.275	2.124	2.263
Berlin	3.669	3.658	3.528	3.727	3.350	3.122	3.948	3.489	3.442	3.576	[1]) 3.368	[1]) 5.056	4.788	4.876	4.887	5.100	5.377
München	1.076	1.339	1.361	1.370	1.303	1.266	1.319	1.344	1.358	1.324	1.339	1.439	1.418	1.266	1.453	1.470	1.480
Stuttgart	540	575	600	586	510	524	519	525	564	568	539	585	577	576	572	575	591
Szófia[1])	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	233	214	229
Bern[1])	156	162	152	169	143	149	151	173	167	169	165	190	175	172	164	173	180
Basel[1])	231	237	218	224	223	206	213	215	225	213	240	254	230	241	258	241	269
Brüsszel[2])	320	350	283	342	285	310	358	376	257	258	305	363	330	309	340	367	355
Párizs	4.009	3.929	3.725	3.921	3.701	3.765	4.009	3.698	3.903	4.071	3.905	3.799	3.637	3.808	4.228	4.282	3.835
Milánó	1.329	1.196	1.248	1.242	1.242	1.108	1.247	1.499	1.257	1.184	1.175	1.155	1.068	1.279	1.381	1.391	1.257
Amsterdam	714	719	725	773	769	815	849	795	804	756	829	894	807	782	837	955	976
Rotterdam	485	493	490	522	476	544	594	548	541	576	537	557	522	528	601	620	682
Hága	327	319	335	349	400	374	445	403	442	387	388	393	467	407	488	505	579
Glasgow	1.499	1.533	1.900	1.984	2.057	1.862	1.813	1.749	1.819	1.959	1.876	1.830	1.790	1.851	1.800	1.868	1.836
Birmingham	512	1.358	1.485	1.544	1.486	1.443	1.389	1.287	1.336	1.371	1.303	1.357	1.215	1.358	1.357	1.516	1.595
Koppenhága	657	670	672	708	745	820	777	650	665	722	763	761	701	773	698	751	748
Stockholm	577	616	618	657	618	606	632	642	615	642	686	659	655	673	720	708	753
Oslo	335	357	344	332	321	332	314	322	300	303	335	365	339	327	306	355	348
Varsó	1.097	916	1.104	1.175	1.458	1.527	2.104	1.545	1.520	1.550	1.427	1.486	1.541	1.552	1.500	1.607	1.638

[1]) Hiányos adatok. — [2]) Csak helybeliek.

nak rendelkezésére. A belga városok közül Brüsszel nagyon szívesen állott rendelkezésünkre, viszont Antwerpen még csak nem is válaszolt. Hasonlóan történt Svájcban is, mert míg Bern küldött adatokat s Zürich üres tábláinkkal örvendeztetett meg, addig Genf szóra se méltatott. Tehát tíz városhoz fordultunk adatokért teljesen hiába!

Egyetlen német város se akadt azok között, amelyek szerény akciónkat válaszra se méltatták. Annál több német várostól kaptunk olyan választ, amely lényegében a negatívummal egyenlő. Hamburg azt írta vissza, hogy csak a mellékelt táblázatba foglalt adatokat közölheti, de halandósága csak 23 halálok alapján van szétbontva. Leipzig tábláinkat annyira hiányosan töltötte ki, hogy az anyag egyáltalában hasznavehetetlen. Frankfurt am Main városa nagy csomagot küldött különféle kiadványaiból, de a sok adatból se volt a Bertillon-féle táblánk kitölthető. Bremen, Köln, Dresden és Düsseldorf sajnálkozásuk kifejezése mellett tábláinkat üresen küldötték vissza. Mindenben hasonló eredménnyel járt az a törekvésünk is, hogy Wienből, Zürichből, Londonból és Genovából megfelelő adatokat szerezzünk. Tehát összesen tizenegy városból kaptunk negatív választ, illetőleg hiányos adatokat.

Mivel tíz városból semmiféle választ nem kaptunk, tizenegy város válasza is lényegében negatívum volt, csak tizenkilenc város anyagát volt módunk feldolgozni. Még ez a rendelkezésre álló adattömegünk se teljesen hibátlan. Berlin anyagából csak az 1911—1921. esztendőkre vonatkozó adatok teljesek annyira, hogy a nyert eredményeket figyelembe vegyük. Stuttgart város által visszajuttatott táblákban egyes rovatok össze vannak vonva s nem tudjuk megállapítani, hogy az összevonások intencióink szerint történtek-e? Szófiából igen hiányos táblákat kaptunk vissza, mert csak néhány esztendőre vonatkozólag töltötték ki a rovatokat, ezeket ugyan teljesen. Bern és Basel anyagában csak kisebb hibák vannak. Bruxelles város statisztikai hivatala teljesen eleget tett kérésünknek, beküldött anyaga csak annyiban üt el a többitől, hogy az idegenek figyelembevétele nélkül készült. München, Párizs, Milano, Amsterdam, Rotterdam, Hága, Glasgow, Birmingham, Koppenhága, Stockholm, Oslo és Varsó városok minden tekintetben kifogástalan anyagot küldöttek. Ugyanilyent kaptunk természetesen Budapest székesfőváros kiválóan működő statisztikai hivatalától is.

A beérkezett táblákból azután a következő rovatokat emeltük ki:

II. 38. Szifilisz.
II. 69. Egyéb alkati bajok.
I. 17. Agyhártyalob.
II. 76. Terjedő hűdés.
II. 77. Egyéb agybajok.
II. 72. Hátgerincsorvadás.
I. 19. Szívbajok.
II. 89. Szívütérelmeszesedés.
II. 91. Ütőérelmeszesedés.
II. 74. Agyguta.
I. 28. Májzsugorodás.
I. 29. Veselob.
II. 156., 157., 158. Csontbajok.
I. 33. Veleszületett gyengeség.
II. 204. Szívhűdés.
I. 37., II. 205. Egyéb hiányos jelzés.

Tizenkilenc városnak az ezekbe a rovatokba sorakozó adatait pontosan összeállítottuk, hogy azokból a Leredde-kulcs alkalmazásával a szifiliszmortalitást legalább megközelítőleg kiszámítsuk. Itt is szerény kulcsot alkalmaztunk és pedig a következő osztószámokat:

Szifilisz	1/1	Ütőérelmeszesedés	1/2
Egyéb alkotó bajok	1/10	Agyguta	1/3
Agyhártyalob	1/10	Májzsugor	1/5
Terjedő hűdés	1/1	Veselob	1/5
Egyéb agybajok	1/3	Csontbajok	1/10
Hátgerincsorvadás	1/1	Veleszületett gyengeség	1/2
Szívbajok	2/5	Szívhűdés	1/10
Szívütérelmeszesedés	2/5	Egyéb hiányos jelzés	1/10

Tehát azt a kulcsot használtuk, melyet Budapest szifiliszmortalitásának kiszámításában már alkalmaztunk. A tizenkilenc városból gyüjtött részletes anyagunkat, sajnos, terjedelme miatt nem közölhetjük. Minden városról ugyanis két táblánk van. Egyik néhány, a szifiliszt illetőleg fontos halálok gyakoriságát tünteti fel az 1921—1927. esztendőkben. A másikban azután azokat a mérőszámokat foglaltuk egybe, melyeket a Leredde-féle kulcs segítségével állapítottunk meg s amelyeknek összege fejezi ki a szifiliszmortalitást abszolut számokban. A végeredményeket ezután külön kiírtuk s azokat az 1. számú táblánkban adjuk elő. Már említettük azonban, hogy az adatokat szolgáltató városok népszám tekintetében annyira eltérnek egymástól, hogy az abszolút számokat összehasonlítani merő lehetetlenség. Ezért a IV. 6. számú tabella adatainak segítségével arányszámokat kellett megállapítanunk, melyek 1000 élőre vonatkoznak.

Az arányszámokat a 2. számot viselő tabellában terjesztjük elő. Két irányban tehetjük kutatás tárgyává ezt az anyagot. Először vizsgálhatjuk az indexek viselkedését megfigyelésünk idejének elejétől a végéig s ebből a célból az 1911—1913, illetve az 1925—1927. esztendők átlagarányszámait állítjuk párhuzamba.

Városok	1911—1913	1915—1917	1925—1927	+ —
Budapest	2·4	2·7	2·3	—0·1
Berlin	1·8	1·9	—	—
München	2·1	2·1	1·8	—0·3
Stuttgart	1·9	1·8	1·7	—0·2
Szófia	—	—	1·2	—
Bern	1·8	1·5	1·6	—0·2
Basel	1·6	1·5	1·7	+0·1
Brüsszel	1·8	1·8	1·7	—0·1
Párizs	1·4	1·3	1·5	+0·1
Milánó	2·0	1·7	1·6	—0·4
Amsterdam	1·2	1·3	1·3	+0·1
Rotterdam	1·1	1·1	1·1	+0·0
Den Haag	1·1	1·3	1·3	+0·2
Glasgow	1·9	1·8	1·6	—0·3
Birmingham	1·6	1·6	1·5	—0·1
Koppenhága	1·4	1·5	1·3	—0·1
Stockholm	1·6	1·5	1·6	+0·0
Oslo	1·4	1·3	1·3	—0·1
Varsó	1·3	2·1	1·6	+0·3

2. A szifilisz által okozott halandóság néhány európai városban, 1000 élőre kiszámítva. 1911—1927.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Budapest	2·5	2·4	2·4	2·5	2·6	2·6	3·0	2·9	2·8	2·7	2·6	2·6	2·5	2·7	2·4	2·2	2·3
Berlin	1·8	1·8	1·7	1·8	1·8	1·7	2·3	2·0	1·8	1·8	[1])0·9	[1])1·3	1·2	1·2	1·2	1·2	1·3
München	1·8	2·2	2·2	2·1	2·1	2·0	2·2	2·2	2·1	2·0	2·0	2·2	2·1	1·9	2·1	1·7	1·7
Stuttgart	1·9	1·9	2·0	1·9	1·8	1·8	1·8	1·8	1·8	1·8	1·7	1·8	1·8	1·8	1·7	1·6	1·7
Szófia[1])	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1·3	1·2	1·2
Bern[1])	1·8	1·8	1·7	1·8	1·5	1·5	1·5	1·7	1·6	1·6	1·6	1·8	1·7	1·6	1·5	1·6	1·7
Basel[1])	1·7	1·7	1·5	1·6	1·6	1·5	1·5	1·6	1·7	1·5	1·7	1·8	1·6	1·7	1·8	1·7	1·9
Brüsszel[2])	1·8	2·0	1·6	2·0	1·6	1·8	2·1	2·3	1·6	1·7	1·4	1·7	1·5	1·4	1·6	1·7	1·7
Párizs	1·4	1·4	1·3	1·4	1·3	1·3	1·4	1·3	1·3	1·4	1·3	1·3	1·3	1·3	1·5	1·5	1·3
Milánó	2·2	2·0	2·0	1·9	1·8	1·6	1·8	2·1	1·8	1·7	1·6	1·6	1·5	1·5	1·6	1·6	1·5
Amsterdam	1·2	1·2	1·2	1·3	1·3	1·3	1·3	1·2	1·3	1·2	1·2	1·3	1·2	1·1	1·2	1·3	1·4
Rotterdam	1·1	1·1	1·1	1·0	1·0	1·1	1·2	1·1	1·1	1·1	1·0	1·1	1·0	1·0	1·1	1·1	1·2
Hága	1·1	1·1	1·1	1·1	1·3	1·2	1·3	1·2	1·3	1·1	1·1	1·1	1·2	1·0	1·2	1·2	1·4
Glasgow	1·9	2·0	1·9	1·9	2·0	1·8	1·7	1·7	1·7	1·8	1·7	1·7	1·6	1·7	1·6	1·7	1·6
Birmingham	0·6	1·6	1·7	1·7	1·7	1·6	1·5	1·5	1·5	1·5	1·4	1·5	1·3	1·4	1·4	1·6	1·7
Koppenhága	1·3	1·4	1·4	1·4	1·5	1·6	1·5	1·2	1·2	1·3	1·4	1·3	1·2	1·3	1·2	1·3	1·3
Stockholm	1·7	1·8	1·6	1·7	1·6	1·5	1·5	1·6	1·5	1·5	1·6	1·6	1·5	1·6	1·6	1·6	1·6
Oslo	1·3	1·4	1·4	1·3	1·3	1·3	1·2	1·2	1·1	1·2	1·3	1·3	1·2	1·2	1·2	1·3	1·4
Varsó	1·4	1·1	1·3	1·3	1·8	2·0	2·6	2·0	1·7	1·6	1·5	1·6	1·6	1·6	1·5	1·6	1·6

Az eredeti táblán legfeltünőbb, hogy az 1918. évi influenza pandémiának nyomát se látjuk a szifiliszhalandóság indexein. Csodálkozásunk azonban csak egy pillanatig tart, mert tüstént eszünkbe jut, hogy hiszen az 1918. évi influenzajárvány főleg a fiatalok közül szedte áldozatait s így azoknak a halálokoknak gyakoriságára, melyek a szifiliszmortalitás kiszámításában jelentősek, de általában az idősebb egyének halálozásának kórjelzői, nem voltak érzékelhető hatással. Most a fent kiemelt átlagindexeket vegyük csak szemügyre! Budapest kivételével, melyhez csak az adatgyüjtés tekintetében az időkben feltétlenül nehéz helyzetben volt Warszava csatlakozik, a háború alatt, az 1915—1917. esztendőkben mindenütt csökkent vagy legalább is stagnált a szifiliszhalandóság arányszáma. Ennek magyarázatában külön kell választanunk a hadviselő és a semleges államokat. Alig lehetne cáfolni azt a feltevésünket, hogy míg a semleges államok indexének apadása abból ered, hogy zavartalanul folytathatták egészségvédelmi kultúrájuk emelését, addig a hadviselőké bizonyára azért csökkent, mert számos szifilitikust a puska- és ágyugolyók és az interkurrens betegségek egész sora előbb döntött sírba, mint a már bennük rágódott szifiliszes fertőzés. Budapesten, mint azt már volt alkalmunk demonstrálni, az itt elhalt idegenek tolták fel abnormisan a szifiliszmortalitási arányszámokat. Minden valószínűség amellett szól, hogy Warszavában is hasonló lehetett a szituáció. Ha az utolsó békeévek, illetve a legutóbb átélt esztendők átlagindexeit vetjük össze, akkor kiderül, hogy

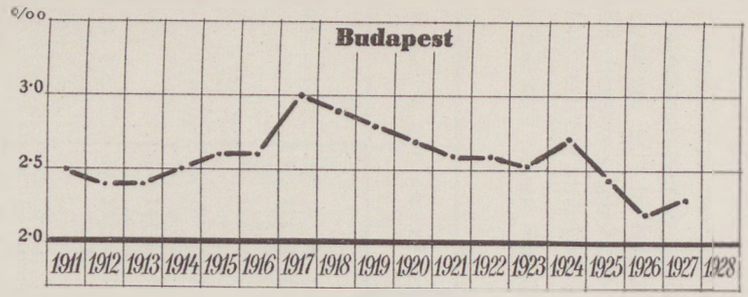
[1]) Hiányos adatok. — [2]) Csak helybeliek.

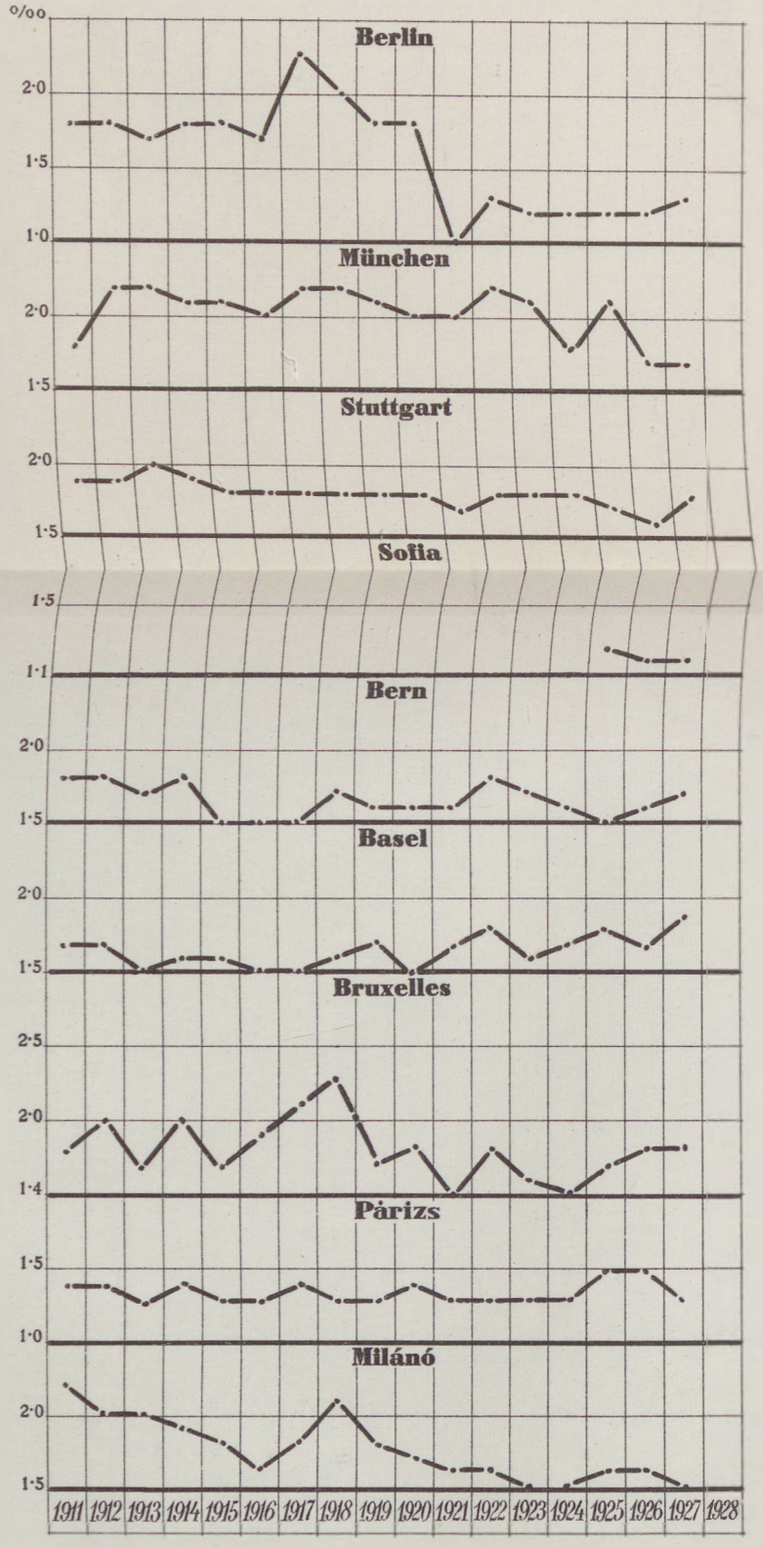
lényeges változás a szifiliszhalandóságban nem történt. Azok az eltolódások, melyek a fenti összeállításban számszerüleg láthatók, valószínűleg a kísérleti hibákon belül esnek. Igy, ha rosszabbodásról nem is beszélhetünk, de nem nagy örömmel kénytelenek vagyunk leszögezni, hogy a szifiliszkérdés se a profilaxis, se a therápia részéről még messze nem elintézett kérdés. Ez az igazság azután az európai nagyobb városokra — úgy látszik — általában érvényes.

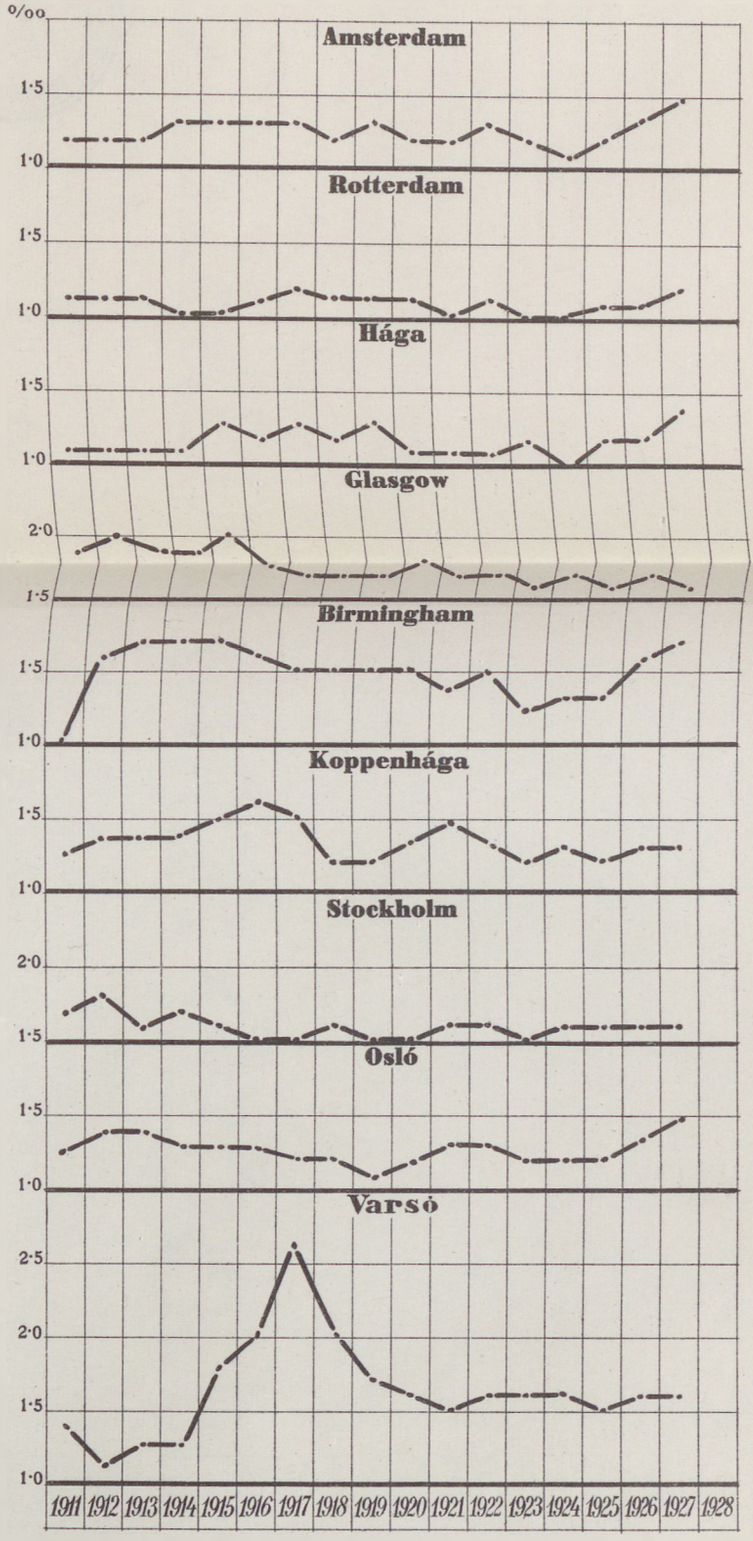
A nemzetközi keretekben inaugurált egyéni adatgyüjtés a dolog természetéből kifolyólag nagyobb nehézségekbe ütközik. Teljesen egyöntetű adatokra legfeljebb majd esztendők mulva lehet reménységünk, ha egyfelől a nemzetek között dúlt szörnyű háború utóhullámai a határok becsületes reviziója után lecsillapodnak és sikerül a haláloki nomenklaturáknak olyan régen sóvárgott egységesítése. Említett adatgyüjtésünket csak első lépésnek tartjuk, annak minden hézagosságát természetesen ismerjük s ezért messzemenő következtetéseket vonni az egyes városok arányszámai közötti eltérésekből nem próbálunk. Szinte csak kuriózumképpen állítottuk össze a 3. számú táblát, mely az egyes városok sorrendi helyéről számol be. Abból, hogy Budapest mindig az utolsó helyet foglalja el, egyáltalában nem lehet pesszimista következtetéseket vonni. Budapesten igen sok idegen van a szifiliszhalandóságban, hiszen már az előző fejezetben kiemeltük az elmegyógyintézetek és egyéb kórházak szívóhatását. Egyébként a sorrend elég jól egyezik a különböző szerzők által leírt tapasztalásokkal. A legkedvezőbb szifiliszhalálozási indexekkel a hollandi városok, valamint az északi államok fővárosai excellálnak. Párizs arányszámai meglepően jók, de gondoljunk csak arra, hogy Párizs tuberkulózismortalitása igen magas s így valószinű, hogy sok szifiliszes fiatal korában gümőkorban hal meg. Engel professzor meg arra hívta fel a figyelmet, hogy az aortabántalmak szaporodását inkább hazánkban, Ausztriában és Németországban emlegetik a kutatók, Franciaországban, Angliában nem. Lehetséges tehát, hogy ebben a tekintetben a konstituciós különbségek is elődomborodnak. A német városok tényleg csak Budapest előtt sorakoznak fel.

Az I. számú grafikonnk a szifiliszhalálozási arányszámok szerint készült. Budapest görbéje, mint azt már bemutattuk, a háború után lecsúszott, de újabban ismét emelkedő tendenciájú. Berlin hullámvonala 1920-ig, tehát addig, míg megfelelő adatokkal rendelkezünk, elég magas nívón mozgott s a kulminációt 1917-ben érte el, szintén valószínűleg az idegenek tömörülése miatt. München szifiliszhalandósága az utóbbi esztendőkben csökkenést mutat. Stuttgart görbéje alig tüntet fel kilengéseket, az utóbbi esztendőkben lefelé, majd ismét felfelé tendált. Szófiában minden valószínűség szerint a járványos betegségek grasszálása tartja alacsony nívón a szifiliszhalandóságot. Bern és Basel hullámvonalai meglehetősen párhuzamosak s a legutóbbi esztendőkben felfelé szökni látszanak. Brüsszel

I. A szifilisszhalandóság néhány európai városban. 1911—1927.







görbéjét adataink alapján is úgy rajzoltuk, mint arról Bayet professzor beszámol. Nevezetesen itt is azt észleljük, hogy a háború után apadt, 1925 óta azonban ismét emelkedik a szifiliszmortalitás. Párizs hullámvonala az utóbbi években gyanus mozgásban van! Milanó görbéje a háború alatt 1917-ben és 1918-ban kulminált, azóta lényegesen esett, ujabban azonban felfelé hullámzó. A hollandi városok: Amsterdam, Rotterdam, Hága hullámvonalai elég parallel futnak az 1924—1927. esztendőkben megint felfelé. Az angol városok közül Glasgow görbéje egyenletesebb mozgású, Birminghamé az utóbbi esztendőkben feltünően felfelé kapaszkodik. Az északi államok fővárosainak: Koppenhágának, Stockholmnak és Oslónak görbéje egyaránt lejebb csúszott, de 1924 óta ismét emelkedésnek lendül. Varsó hullámvonala rapszódikus mozgású, hiszen ez a város tizenöt esztendő leforgása alatt háromszor cserélt gazdát. Ilyen körülmények között egységes adatgyüjtésről szó se lehetett. A grafikon is illusztrálja számos kiváló szerző állítását, hogy a szifiliszhalandóság a legutóbbi években megint emelkedni kezd s így szerepe az összhalandóság növelésében megint kiemelkedőbb.

3. A szifilisz által okozott halandóság néhány európai városban, 1000 élőre kiszámítva. 1911—1927.

Sorrend.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Budapest	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	19	19	19
Berlin	11	12	11	11	12	12	16	14	14	16[1])	1[1])	3[1])	6[1])	4[1])	4[1])	3[1])	3
München	12	17	17	17	17	17	15	16	17	17	17	17	17	17	18	18	13
Stuttgart	15	13	15	15	13	13	12	12	15	15	16	14	16	16	16	9	14
Szófia[1])	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	4	2
Bern[1])	13	10	12	12	6	6	6	10	9	11	13	15	15	11	11	10	15
Basel[1])	9	9	8	8	8	7	7	8	11	9	15	16	14	15	17	17	18
Brüsszel[2])	14	14	9	16	9	14	14	17	10	13	9	13	9	8	12	16	16
Párizs	7	5	4	7	5	5	5	6	4	6	6	4	7	7	10	8	4
Milánó	17	15	16	14	14	9	13	15	16	12	12	9	10	10	13	11	9
Amsterdam	4	4	3	3	3	3	4	3	5	4	4	5	2	3	3	7	8
Rotterdam	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Hága	3	2	2	2	2	2	2	2	6	2	3	2	3	2	2	2	7
Glasgow	16	16	14	13	16	15	11	11	12	14	14	12	13	14	14	15	12
Birmingham	1	8	13	9	11	10	8	7	7	8	8	8	8	9	8	12	17
Koppenhága	5	6	6	6	7	11	9	4	3	5	7	6	4	6	5	6	5
Stockholm	10	11	10	10	10	8	10	9	8	7	11	10	11	12	15	13	11
Oslo	6	7	7	4	4	4	3	5	2	3	5	7	5	5	6	5	6
Varsó	8	3	5	5	15	16	17	13	13	10	10	11	12	13	9	14	10

Ezért láttuk szükségesnek, hogy a szifiliszhalandóságnak ezt a szerepét is pontosabban megvilágítsuk. Ebből a célból a nemzetközi statisztikai intézet évkönyvéből az összhalandóság mérőszámait kiemeltük s az 1927. évre vonatkozólag saját gyüjtésünkből kiegészítettük. Ezt az anyagot egyik

[1]) Hiányos adatok. — [2]) Csak helybeliek.

nemrégen megjelent munkánkban részletes elemzés tárgyává tettük és arra a megállapításra jutottunk, hogy a székesfőváros összhalálozási indexei 1913-ig szépen javultak, de ennek a javulásnak egyszeriben véget vetett a háború kitörése. A háború után csak lassan hevertük ki a súlyos esztendők csapásait, mert csak 1925-ben és 1926-ban találunk igazán nyugateurópai nívójú arányszámokat. A negyven európai város között Budapest 1911-ben ugyan még 31-ik, 1912-ben 32-ik, 1913-ban 31-ik s 1914-ben még mindig a 33-ik helyen fekszik, de már 1915-ben 35-ik, 1916-ban 35-ik, 1917-ben 36-ik, 1918-ban 36-ik, 1919-ben is 36-ik, 1920-ban 38-ik, 1921-ben 38-ik, 1922-ben 36-ik, 1923-ban 37-ik s 1924-ben utolsóelőtti 38-ik helyre csúszott vissza. Innen indul a javulás, mert 1925-ben Budapest a 34-ik és 1926-ban pedig a 30-ik helyre emelkedik fel, tehát nagyjából eléri a háború előtti elhelyezkedését. De még sok munkára van szükség ahhoz, hogy az 1901. évi pozíciónkat (23-ik hely) visszaszerezhessük.

Ugyanakkor közölt sorrendi táblánk alapján megállapítottuk, hogy mely városok azok, melyek 1911-től 1926-ig összhalandósági arányszámaik szerint Budapest mögött helyezkednek el.

1911	1912	1913	1914	1915	1916
Miláno	Varsó	Napoli	Napoli	Riga	Napoli
Varsó	Brüsszel	Varsó	Varsó	Bukarest	Varsó
Firenze	Velenzia	Firenze	Valenzia	Róma	Riga
Genova	Genova	Szófia	Genova	Varsó	Bukarest
Valenzia	Firenze	Genova	Bukarest	Prága	Prága
Bukarest	Bukarest	Valenzia	Prága		
Róma	Róma	Bukarest	Róma		
Prága	Prága	Prága			
		Róma			

1917	1918	1919	1920	1921
Bukarest	Varsó	Napoli	Róma	Bukarest
Prága	Napoli	Prága	Prága	Róma
Riga	Riga	Valenzia		
Varsó	Prága	Riga		

1922	1923	1924	1925	1926
Valenzia	Valenzia	Róma	—	Brüsszel
Bukarest	Róma	—	—	Párizs
Róma	—	—	—	—

Igy azután kiderült, hogy sorrendi helyünk javulása csak látszólagos, mert egyszerüen onnan ered, hogy a két legutóbbi esztendő anyagából néhány város indexe hiányzott. És nem javult sorrendi helyünk annak ellenére, hogy összmortalitási indexeink meglepően kedvezőbbek lettek. De a két utolsó esztendőben azonban más európai városok arányszámai is mérföldes lépésekkel törtek előre az alacsonyabb nívó felé. Összhalandóságunk alakulása még mindig nem elég megnyugtató, különösen ha azt látjuk, hogy régi szép országunk testén élősködő úgynevezett utódállamok fővárosai messze előttünk járnak.

4. Néhány európai város összhalálozása abszolút számokban. 1911—1927.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Budapest	17.323	16.876	17.441	18.763	21.150	20.854	24.371	29.903	20.887	22.053	18.981	19.054	18.549	18.644	15.749	15.301	16.529
Bécs	33.684	32.141	32.314	33.268	37.018	37.631	46.131	51.497	40.932	34.197	28.297	30.068	25.480	25.177	24.352	25.380	.
Berlin	32.307	29.981	28.067	29.664	28.572	27.147	34.138	35.764	31.307	30.982	47.012	52.984	49.832	47.179	45.651	45.412	48.770
Hamburg	13.972	13.250	13.024	13.494	12.921	12.340	14.860	15.782	13.940	13.986	12.516	14.022	13.363	12.454	12.286	12.120	.
Köln	9.360	7.683	7.622	8.839	8.646	8.915	9.908	11.635	9.483	9.266	8.805	8.943	8.591	7.704	.	.	.
München	9.551	9.024	9.160	9.623	9.387	9.422	9.755	11.915	10.422	9.442	8.906	8.857	9.137	8.596	8.861	8.407	8.748
Leipzig	9.480	7.714	7.884	11.374	12.374	11.553	12.724	14.387	9.495	8.807	8.005	8.666	8.432	7.610	7.711	7.792	.
Dresden	8.066	7.310	7.329	9.784	9.506	9.769	11.405	13.555	8.478	7.650	7.472	8.096	7.830	7.223	6.932	6.972	.
Frankfurt a. Main	5.275	5.138	5.132	5.203	5.208	5.092	6.034	7.602	6.319	6.066	5.212	5.581	4.979	4.941	4.931	4.735	.
Düsseldorf	5.333	4.607	4.573	5.633	7.190	6.552	7.306	8.458	5.517	5.479	4.998	5.087	4.988	4.204	4.315	4.181	.
Stuttgart	4.178	4.154	4.182	4.198	3.870	3.922	3.930	4.908	4.047	4.081	3.995	4.020	4.071	3.820	3.788	3.511	3.800
Bremen	3.444	3.625	3.433	3.332	3 103	3.133	3.624	4.211	3.706	3.734	3.275	3.667	3.452	3.193	3.098	3.025	.
Prága	3.945	3.861	3.328	3.219	3.158	3.231	3.828	4.023	3.346	3.264	8.202	8.428	7.797	8.332	8.353	8.246	.
Bukarest	7.845	7.561	7.943	8.176	8.296	10.557	11.448	13.631	10.307	8.927	7.555	8.484	8.819	7.856	7.265	8.392	.
Szófia	1.624	1.768	2.453	1.668	2.415	2.618	2.560	2.115	1.901	2.581	2.700	2.737	2.792	2.813	2.806	2.595	2.787
Bern	1.123	1.152	1.148	1.190	1.078	1.069	1.095	1.839	1.301	1.226	1.057	1.180	1.108	1.088	1.044	1.140	1.123
Zürich	2.292	2.224	2.239	2.139	2.002	2.097	2.187	3.012	2.280	2.386	2.043	2.108	1.920	2.157	2.090	2.049	.
Genf	2.168	2.034	1.895	2.036	1.988	1.765	1.840	2.717	1.989	2.050	1.757	1.729	1.660	1.744	1.714	.	.
Basel	1.763	1.583	1.671	1.466	1.552	1.392	1.590	2.213	1.720	1.645	1.532	1.578	1.425	1.580	1.513	1.517	1.677
Brüsszel	3.351	3.392	3.150	3.224	3.072	3.301	4.071	4.921	3.173	2.821	3.188	3.326	2.905	2.738	3.094	3.686	3.432
Antwerpen	4.485	4.204	4.317	4.743	3.113	3.097	4.510	5.381	4.188	3.980	3.789	4.070	3.541	3.653	3.749	3.845	.
Párizs	48.942	47.059	44.624	45.972	43.068	43.450	44.597	49.658	44.936	43.082	41.955	45.183	40.325	41.639	42.720	43.552	38.928
Firenze	5.195	4.486	4.643	4.751	4.922	5.543	5.849	9.544	5.165	5.091	4.256	4.548	4.005	4.374	.	.	.
Róma	11.127	9.512	10.203	10.499	10.936	11.210	11.067	19.283	11.288	12.098	11.262	12.031	11.550	12.051	12.587	11.826	.
Napoli	12.460	12.287	13.250	14.581	14.425	15.695	14.939	25.217	17.524	14.930	13.288	14.859	12.919	15.488	.	.	.
Milano	12.062	9.726	10.702	10.113	10.960	11.042	11.790	18.403	11.829	11.516	10.135	10.368	9.746	9.623	11.627	11.939	11.114
Genova	5.763	5.082	5.102	5.064	5.627	5.093	5.636	8.826	5.900	5.553	4.730	5.048	4.644	4.641	4.724	4.781	.
Amsterdam	7.143	6.567	6.731	6.981	7.060	7.636	7.885	10.182	8.137	7.206	7.039	7.309	6.530	6.322	6.607	6.510	6.801
Rotterdam	5.242	4.987	4.861	5.074	5.289	5.748	5.901	7.808	6.547	5.572	4.974	5.066	4.584	4.498	4.597	4.778	4.973
Hága	3.603	3.163	3.310	3.346	3.606	3.647	3.916	4.732	4.262	3.704	3.450	3.572	3.464	3.518	3.559	3.603	4.084
London	68.505	62.517	64.510	66.037	72.393	62.325	63.406	75.928	79.114	57.232	56.259	61.221	51.991	55.887	54.591	52.431	.
Glasgow	13.656	13.503	17.693	17.522	20.159	16.601	16.691	18.362	18.237	16.765	15.623	17.848	14.875	16.874	15.339	15.734	15.431
Birmingham	—	12.005	12.962	13.026	12.816	12.081	11.274	13.175	12.000	11.409	10.361	11.212	10.248	11.181	11.102	10.847	11.171
Valenzia	5.297	4.748	5.115	5.154	4.022	4.969	5.647	7.512	7.036	5.878	5.148	5.425	5.436	5.303	.	.	.
Koppenhága	6.866	6.621	6.493	6.892	6.797	7.770	7.279	7.621	7.178	7.754	6.374	6.937	6.610	7.101	6.845	7.107	6.843
Stockholm	4.751	5.251	5.183	5.653	5.213	5.113	5.100	6.982	5.989	5.058	4.661	4.804	4.630	4.737	4.946	5.085	5.483
Oslo	3.332	3.436	3.186	3.281	3.018	3.317	3.054	3.872	3.148	3.057	2.804	3.211	2.973	2.808	2.807	2.826	2.917
Helsinki	2.068	2.302	2.269	2.218	2.288	2.240	2.376	4.595	2.847	2.197	1.985	2.059	2.068	2.292	2.227	.	.
Riga	7.754	8.369	8.683	9.675	8.812	2.275	9.068	8.893	2.903	3 860	3.651	3.944	3.868	4.555	4.562	4.583	.
Varsó	15.424	14.009	14.962	16.297	21.193	18.510	34.693	24.477	18.896	19.134	14.410	14.961	13.645	14.279	14.092	14.651	15.008

A 5. számú és 1. számú tábláink eredményeinek összevetéséből könnyen kiszámítottuk a szifiliszhalandóságnak az összmortalitásra vonatkoztatott százalékos viszonyszámait. A 6. számú táblából először is azt a jellegzetességet olvashatjuk ki, hogy az 1918. évi influenza pandémia már erős hatást gyakorolt a százalékos viszonyszámok alakulására. Az 1918. évben ugyanis a viszonyszámok minden városra vonatkozólag alacsonyabbak, mint az azt megelőző vagy az arra következő esztendőben. Számításunk meglehetősen szerény volt, de hogy helyes nyomokon haladt, igazolja, hogy Leredde 1910-ben Párizs szifiliszhalandóságát az összhalandóságra vonatkoztatva 7·0%-nak találta, mi az 1911. évben 8·2%-nak, Bayet pedig Brüsszel szifiliszmortalitását 1913-ban 11·0%-nak, mi pedig ugyancsak 1913-ban 9·0%-nak. Ez azt jelenti, hogy számításunk hűségesen követte az elődök előírásait, tehát nem zuhant túlzásokba.

A százalékos viszonyszámok viselkedése nemcsak a szifiliszmortalitás emelkedésétől vagy süllyedésétől függ, hanem más komoly halálokok számszerű alakulásától is. Ezért ezt az anyagot nem tekinthetjük perdöntőnek a szifiliszmortalitás megítélésében. Mégis ismét két irányban nézzük át az 5. számú táblában felsorakozó adatokat. Először is a viszonyszámok ingadozását kutatjuk, nevezetesebben a háborúelőtti, a háború alatti és a legutóbbi esztendőkre kiszámított átlagokat vetjük össze. Igy a következő kép rajzolódik ki:

Városok	1911—1913	1915—1917	1925—1927	+ —
Budapest	12·9	12·2	14·1	+ 1·2
Berlin	12·1	11·6	.	.
München	13·7	13·6	16·9	+ 3·2
Stuttgart	13·7	13·3	15·7	+ 2·0
Szófia	.	.	8·2	.
Bern	13·7	13·7	15·6	+ 1·9
Basel	13·7	14·2	16·3	+ 2·6
Brüsszel	9·6	9·2	10·4	+ 0·8
Párizs	8·3	8·8	9·0	+ 1·6
Milanó	11·6	10·6	11·6	+ 0·0
Amsterdam	10·6	10·8	10·6	+ 0·0
Rotterdam	9·3	9·5	13·3	+ 4·0
Hága	10·3	10·9	13·9	+ 3·6
Glasgow	11·0	10·7	11·8	+ 0·8
Birmingham	11·4	11·9	13·5	+ 2·1
Kopenhága	10·0	10·7	10·5	+ 0·5
Stockholm	11·9	12·1	13·9	+ 2·0
Oslo	10·4	10·3	11·8	+ 1·4
Varsó	7·0	7·0	10·8	+ 3·8

5. A szifilisz által okozott halandóság szerepe az összhalandóságban, néhány európai városban. — 1911—1927.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Budapest	12·8	13·2	12·9	12·8	12·2	12·2	12·1	9·7	12·6	11·5	12·6	13·1	12·7	13·8	14·4	14·1	13·7
Berlin	11·4	12·2	12·6	12·6	11·7	11·5	11·6	9·8	11·0	11·5	7·2	9·5	9·6	10·3	10·7	11·2	11·0
München	11·3	14·8	14·9	14·2	13·9	13·4	13·5	11·3	13·0	14·2	15·0	16·3	15·5	14·7	16·4	17·5	16·9
Stuttgart	12·9	13·8	14·3	14·0	13·2	13·4	13·2	10·7	13·9	13·9	13·5	14·5	14·2	15·1	15·1	16·4	15·6
Szófia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8·3	8·2	8·2
Bern	13·9	14·1	13·2	14·2	13·3	13·9	13·8	9·4	12·8	13·8	15·6	16·1	15·9	15·8	15·7	15·2	16·0
Basel	13·1	15·0	13·0	15·3	14·4	14·8	13·4	9·7	13·1	12·9	15·7	16·1	16·1	15·3	17·1	15·9	16·0
Brüsszel	9·5	10·3	9·0	10·6	9·3	9·4	8·8	7·6	8·1	9·1	9·6	10·9	11·4	11·3	11·0	10·0	10·3
Párizs	8·2	8·3	8·3	8·5	8·6	8·7	9·0	7·4	8·7	9·4	9·3	8·4	9·0	9·1	9·9	9·8	9·9
Milanó	11·0	12·2	11·7	12·3	11·3	10·0	10·6	8·1	10·6	10·3	11·6	11·1	11·0	13·3	11·9	11·7	11·3
Amsterdam ...	10·0	10·9	10·8	11·1	10·9	10·7	10·8	7·8	9·9	10·5	11·8	12·2	12·4	12·4	12·7	14·7	14·4
Rotterdam	9·3	9·9	10·1	10·3	9·0	9·5	10·1	7·0	8·3	10·3	10·8	11·0	11·4	11·7	13·1	13·0	13·7
Hága	10·9	10·1	10·1	10·4	11·1	10·3	11·4	8·5	10·4	10·4	11·2	11·0	13·5	11·6	13·7	14·0	14·2
Glasgow	11·0	11·4	10·7	11·3	10·2	11·2	10·9	9·5	10·0	11·7	12·0	10·3	12·0	11·0	11·7	11·9	11·8
Birmingham ..	—	11·3	11·5	11·9	11·6	11·9	12·3	9·8	11·1	12·0	12·6	12·1	11·9	12·1	12·2	14·0	14·3
Koppenhága ..	9·6	10·1	10·3	10·3	11·0	10·6	10·7	8·5	9·3	9·3	12·0	11·0	10·6	10·9	10·2	10·6	10·9
tockholm	12·1	11·7	11·9	11·6	11·8	11·9	12·4	9·2	12·1	12·7	14·7	13·7	14·1	14·2	14·6	13·9	13·7
Oslo	10·1	10·4	10·8	10·1	10·6	10·0	10·3	8·3	9·5	9·9	11·9	11·4	11·4	11·6	10·9	12·6	11·9
Varsó	7·1	6·5	7·4	7·2	6·9	8·2	6·1	6·3	8·0	8·1	9·9	9·9	11·3	10·9	10·6	11·0	10·9

6. A szifilisz által okozott halandóság szerepe az összhalandóságban, néhány európai városban. — 1911—1927.

Sorrend.

Városok	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Budapest	14	14	14	14	14	14	12	13	14	10	12	13	12	13	14	14	10
Berlin	12	12	13	13	12	11	11	15	11	11	1	2	2	2	5	6	6
München	11	17	18	16	17	15	17	18	16	18	16	18	16	15	18	19	19
Stuttgart	15	15	17	15	15	16	15	17	18	17	14	15	15	16	16	18	16
Szófia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Bern	17	16	16	17	16	17	18	11	15	16	17	16	17	18	17	16	17
Basel	16	18	15	18	18	18	16	14	17	15	18	17	18	17	19	17	18
Brüsszel	4	6	3	7	4	3	2	4	2	2	3	5	8	6	7	3	3
Párizs	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	2	1	1	1	2	2	2
Milanó	9	13	11	12	10	5	6	6	10	6	7	9	4	12	9	7	7
Amsterdam ...	6	8	8	8	7	9	8	5	7	9	8	12	11	11	11	15	15
Rotterdam	3	3	4	4	3	4	4	2	3	7	5	6	7	9	12	10	11
Hága	8	4	5	6	9	7	10	8	9	8	6	7	13	8	13	12	13
Glasgow	10	10	7	9	5	10	9	12	8	12	10	4	10	5	8	8	8
Birmingham ..	—	9	10	11	11	12	13	16	12	13	13	11	9	10	10	13	14
Kopenhága ...	5	5	6	5	8	8	7	9	5	3	11	8	3	3	3	4	4
Stockholm	13	11	12	10	13	13	14	10	13	14	15	14	14	14	15	11	12
Oslo	7	7	9	3	6	6	5	7	6	5	9	10	6	7	6	9	9
Varsó	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	5	4	4	5	5

A szifiliszhalandóság tehát mindenütt előretört, leginkább Rotterdamban és Hágában. Nézetünk szerint ez az előretörés nemcsak az átlagos emberi életkor meghosszabbodásával függ össze, valamint a natalitás esetleges emelkedésével, hanem talán elsősorban más halálokok, különösen a tuberkulózis halálozási mérőszámainak apadásával. Megerősíti ezt a felfogásunkat az a tény, hogy míg a hadat viselt államok szifiliszhalálozási viszonyszámai is a háborús esztendők (1915—1917) alatt sülyedtek, ami másképpen, mint a gümőkórhalálozás emelkedése révén el sem képzelhető. Amint az abnormis halálokok s elsősorban a későbbi életkorban pusztító gümőkór lefékeződött, természetesen megint előrenyomult a fiatalabb életévek alatt gyilkoló szifiliszmortalitás az egyes városok összhalandóságában.

Most a másik irányban hasonlítsuk össze az egyes viszonyszámokat, amit legkönnyebben a sorrendi helyek megállapításával cselekszünk meg, mint azt a 6. számú tábla mutatja. A százalékos viszonyszámoknál Budapest nem kerül az utolsó helyre, hanem valahol a középen húzódik meg. A legalacsonyabb viszonyszámokat Varsó, Párizs, Brüsszel, Koppenhága városok rovatában találjuk. Tehát leginkább olyan városokéban, melyekben a járványos bajok, illetve a gümőkór által okozott halandóság magas. Ezzel szemben a legmagasabb viszonyszámok München, Stuttgart, Bern, Basel, Amsterdam, Rotterdam és Hága rubrikáiban találhatók, vagyis azoknak a városoknak kereteiben, melyekről egyik régebbi munkánkban kimutattuk (Melly), hogy a rákhalandóságuk is emelkedett. Tehát úgy imponál, hogy azoknak a városoknak szifiliszhalandósága alacsonyabb jelentőségű az összmortalitásban, melyeknek tuberkulózishalálozása magas s azoké magasabb jelentőségű, melyeknek tuberkulózishalálozása alacsonyabb, de ezzel szemben rákhalálozása is emelkedett. A rákhalandóság és szifiliszhalandóság tehát nagyjából együtt futnak, ami nem nagyon meglepő, hiszen mindkét halálok inkább az idősebb egyének halálozásánál fordul gyakrabban elő.

Ezzel anyagunk közlését befejeztük, de a végzett munkára még egyszer röviden vissza kell pillantanunk. Mindenekelőtt hangsúlyoztuk, hogy a halálokrendszerek divergenciája miatt milyen végtelenül nehéz összehasonlítható szifiliszmortalitási anyagot előteremteni. Ilyet egyáltalában nem leltünk a szakirodalomban, miért is külön adatgyüjtéssel tettünk kísérletet. Az volt a célunk, hogy a Bertillon-féle nemzetközi nomenklatura alapján összeszedett mortalitási statisztikából a szifiliszhalandóságot a Leredde-féle kulcs segítségével kiszűrjük. Adatgyüjtésünk nem végződött teljes sikerrel, de tizenkilenc város anyagát azért sikerült feldolgoznunk. Az elért eredmények azonban nem annyira szilárdak, hogy belőlük messzemenő következtetéseket vonjunk, mégis azt az impressziót nyerhetjük, hogy a szifiliszmortalitás egyáltalában nem csökkenő, sőt az utóbbi években ismét emelkedő tendenciájú. Szerény munkánkkal példát akartunk szolgáltatni arra, hogy

nemzetközi jellegű szifiliszhalálozási anyagot előteremteni nem képtelen utópia. Ha majd a hivatalos apparátusok veszik kezükbe a dolgot és sikerül a nemzetközi nomenklaturát minden állammal elfogadtatni, akkor bizonyára különb anyagot lehet összegyüjteni, mint amilyet az előzőkben produkáltunk. Talán bőségesebb anyag demonstrálásával jobban fel lehet olvasztani azt a fagyos közönyt, mellyel a társadalom a szifilisz pusztítását szemléli. Bizony sok szociális nyomort kell enyhíteni és sok könnyet kell még letörölni, míg a kérdés egyszer kedvezően megoldódik!

VIII.

A nemi betegségek elterjedettsége, különös tekintettel a székesfővárosra.

Ha a kultúrállamok átalakulását a népesség topográfiai elhelyezkedése szempontjából néhány évtizedre visszamenőleg vizsgálat tárgyává tesszük, akkor lényeges változásokat észlelhetünk. Már a III. fejezetünkben meggyőző dokumentumokat szolgáltattunk, melyek az intenzív városbatömörülést igazolják. Német országban 1870-ben még a népességnek kétharmada falun lakott, napjainkban már csak egyharmada. Kovács Alajos dr. közlései szerint ez a jelenség Magyarország területén is érzékelhető volt. Az 1869. évi népszámlálás eredményei szerint a városi lakosság az ország népességének 13·3%-át jelentette, negyvenegy esztendővel később, az 1910-ben tartott népszámlálás azonban már a népességnek 19·0%-át találta városokban. A lakosságnak a nagyobb városokba való tömörülése a háborús viszonyok dacára is folytatódott. Ugyancsak Kovács Alajos dr. közölte, hogy Csonka-Magyarországnak 96 tízezer léleknél többet számláló helységeiben a népesség 1910-től 1920-ig 2,997.086-ról 3,205.814-re, tehát 7·0%-kal gyarapodott. Ebből következik, hogy az ország népességének több, mint 40%-a a tízezernél népesebb községekben él. A városba tömörülés élénk volt a legutóbbi két népszámlálás között eltelt időben, mert míg az ország népessége 7,600.417-ről 7,945.878-ra, vagyis 345.461 lélekkel szaporodott, tehát 4·6%-kal, addig a tízezernél népesebb községek gyarapodása kereken 7·0%-ra rúgott. Budapestnek, az ország székesfővárosának népszaporodása 1910-től 1920-ig ugyancsak 5·2%-os volt, azonban a szomszédos községek lélekszáma, hasonlóképpen az urbanizáció folyamata révén már 31·5%-kal emelkedett. Hazánkban is azt olvashatjuk ki a népszámlálások adataiból, hogy az urbanizáció folyamata tovább hömpölyög és elsősorban a nagyobb városokat és azok közvetlen környékét duzzasztja meg. Az urbanizáció az indusztrializálódással függ szervesen össze s külföldi államok szakírói mind sűrűbben hangoztatják, hogy a mezőgazdaság, mint kereseti forrás nagyon visszaszorul. Németországban az 1925. évi adatok szerint már csak a népesség 23%-ának adott exisztenciát.

Mivel az a tendencia, hogy a népesség zömének megélhetését hovatovább az iparral, kereskedelemmel és forgalommal való foglalkozás tartja majd fenn, az urbanizáció jelenségével a jövőben még inkább számolni kell. De amint a gazdasági élet különféle ágazataiban fellépett átalakulások

követik az urbanizációt, éppen úgy az urbanizáció is kifejti azokra markáns kölcsönhatását. Az ipar, a kereskedelem és a forgalom intenzitásának növekedése kifejezése annak a különleges hajlamnak, hogy a népesség a jövőben inkább a nagyvárosokban való elhelyezkedést favorizálja. Bizonyos, hogy a nagyvárosok kultúrája jelenti bármelyik államban a civilizáció mértékét. A népesség pedig messze ki a falukig mindinkább a nagyvárosok jó vagy akár rossz szokásai és formái felé orientálódik s talán éppen ebből kifolyólag mégis érzékelhetően nagyot haladt az utóbbi időkben. De arról se feledkezhetünk el, hogy minél inkább koncentrálódnak a tömegek és hogy minél intenzívebb a nagyvárosok népességének szaporodása, annál jobban kiéleződnek azok a szociális és egészségi ártalmak, amelyeknek gyökerei éppen a magas népsűrűségből szívják erejüket. A III. fejezetben már rávilágítottunk azokra a tényezőkre, melyek a veneriás betegségek elterjedését táplálják. Ezeknek legnagyobb része szervesen összefügg a nagyvárosi élettel. Az antiveneriás küzdelmet azért nemcsak a kórcsíráknak a világháború után történt széles diszperziója teszi szükségessé, hanem az a tapasztalás is, hogy a népesség mindjobban tömörül, a nagyvárosok lakossága az urbanizáció révén mindjobban gyarapodik s így mind nagyobb lesz az a néptömeg, melyet a veneriás betegségek eminenter veszélyeztetnek.

Már az előző fejezetekben részletesen kifejtettük, hogy megfelelő adatgyüjtés nélkül nemcsak az antiveneriás küzdelem, hanem minden szociálhigiénikus tevékenység lehetetlenségbe ütközik. Csakis megfelelő adatok birtokában van módunk a védekezés szakszerű irányítására, a rendelkezésre álló eszközöknek a szükséghez mért szétosztására s végül az elért eredmények megállapítására. A veneriás betegségek elterjedettségének s ennek alapján a védekezés intenzitásának, méretezésének megállapításában számos adatforrás áll rendelkezésre, melyeket most belső értékük szerint sorrendbe szedve kívánunk részletesen megbeszélni.

Legprimitívebben becslések útján tájékozódhatunk a veneriás betegségek elterjedettségéről! Német szakértők szerint például Németországban esztendőnként körülbelül egymillió beteg áll gyógykezelés alatt. Vannak szerzők, kik azt mondják, hogy a friss fertőzések száma évenként akár félmillióra rúg! Haustein, a kérdés egyik nagyon alapos ismerője pedig azt írja, hogy Németországban a nagyobb városokban az ötvenedik életévet elért férfiak 90%-a átment a kankós és 30—40%-a a szifiliszes fertőzésen. Számos szerző hívta fel a közfigyelmet arra, hogy a szifilisszel fertőződött egyének száma megsem közelíti azokat, kik kankós fertőzésen estek át. Általában becslések szerint a szifiliszes esetek száma kereken egyharmada a kankós fertőzéseknek. Schwiening közléseiből tudjuk, hogy a rekruták 0·75%-a volt szifilisszel fertőzve, de már az idősebb egyedekből álló tartalék 1·0—1·23%-a. A berlini betegsegélyző intézet anyagában a kilencvenes években 2·0%, az 1903—1910. esztendőkben 4·5% volt a szifilisszel fertőzöttek viszonyszáma

s esztendőnként 2·0%-ra lehetett becsülni a friss fertőzéseket. Ha csak öt-hat esztendőre tartjuk a házasságelőtti nemi élet idejét, akkor is a fenti adatok alapján 10%-ra kell becsülnünk a szifiliszben kínlódókat. Természetesen nagyobb városokban ez a viszonyszám magasabb, vidékre vonatkozólag pedig alacsonyabb lesz. Blaschko a Berlinben 1900. évi április 30-án tartott felvétel alapján 20%-ra becsülte a szifiliszben szenvedők arányát. A becslés útján nyert eredmények azonban csak propagatív célokra használhatók, de egyáltalában nem értékesíthetők az asszanáció irányításában. Ezért jól indokolhatók azok a törekvések, melyek használhatóbb anyag előteremtését célozták.

A kutatók szeme elsősorban a kórházak betegforgalmi statisztikáira esett, annál inkább, mert a kórházaktól még sokkal pontosabb diagnózist vártak. Ebben a tekintetben a várakozások kielégülést is nyertek, legalább is nagyjából, viszont azonban tüstént beleestek a becslésből származó hibákba, amint a kórházi anyagból az egész népességre igyekeztek következtetéseket vonni. A hospitalizáció mértéke, valamint az ambulatóriumok forgalma egyáltalában nem lehet indikátora a veneriás morbiditásnak. Az emberiség veleszületett prüdériájából folyik, hogy ilyen természetű megbetegedését mindenki minél diszkrétebben igyekszik gyógykezeltetni. Ha a gazdasági közviszonyok kedvezőek, akkor a magánorvosok rendelői vannak zsúfolva s a nyilvános rendelőkben fordulnak meg kevesebben. Holott nagyon jól tudjuk, hogy a kedvező gazdasági konjunktura a veneriás bajok terjedését elősegíti. A puella publicák már előre beözönlenek olyan városokba, hol duzzadó pénztárcájú egyedekből rekrutálódó idegenforgalom várható. A világkiállítások, vagy más hasonló tömegeket vonzó ünnepségek egyúttal a veneriás betegségek szaporodását is kiváltják. De az ilyen események nyomait számos kutató hiába kereste a kórházak és rendelőintézetek forgalmát illusztráló számsorok alakulásában. Ezért nem látjuk szükségesnek, hogy idevágó külföldi anyagot reprodukáljunk s a székesfővárosra vonatkozó és ebbe a csoportba tartozó adatainkat is csak a teljesség kedvéért később fogjuk előterjeszteni.

Amióta Hoffmann és Schaudinn közléseiből a szifilisz kórokozóját megismertük, de méginkább a Wassermann-féle reakció felfedezése óta, a szifilisz elterjedettségét nagyobb embercsoportok szerológiai átvizsgálása alapján igyekeznek megállapítani. Az ilyen elvek alapján készült statisztikák részben kórbonctani intézetekből, részben nagyobb kórházak beteganyagának átvizsgálásából származnak. Lesser a Moabit-kórház beteganyagából 9%-ban, Schmorl Dresdenben 16·9%-ban nyert hullákból pozitív Wassermann-reakciót. A szülőintézetek beteganyagából is szoktak a szifilisz elterjedettségére következtetni. Amerikában Williams a fehér nők között 2·5%-ban, viszont a színesek között 16·3%-ban állapított meg szifiliszes infekciót. Egyes szülőintézetekben az úgynevezett »házi terheseket« vizsgálták. Ezek között Heynemann (Halle) 10%-ban, Petzini (Milano) 10·7%-ban, Wagner (Prága) 8·8%-ban, Matusovszky (I. sz. női

klinika, Budapest) 1572 nő közül 121-nél, tehát 11·3%-ban mutatott ki szifiliszt. Németországi kórházi anyagban Prinzing közlése szerint 14·4%-ban állapítottak meg szifiliszt. Matyusovszky a hajadon és férjes házi terhesek között alig talált differenciát (11·8%, illetve 9·9%). Számos szerző figyelmeztetett továbbá arra is, hogy a Wassermann-statisztika szerint a világháború megszünése óta emelkedett a szifiliszben szenvedők száma. Pankow adatai arra utalnak, hogy az asszonyok százalékos viszonyszáma 2·6%-ról 4·6%-ra, a hajadonoké meg éppen 6·5%-ról 13·0%-ra emelkedett.

Ezt a jelenséget azonban nemcsak a nőgyógyászok, hanem a gyermekgyógyászok is figyelik. Loeser tapasztalásai szerint a németországi klinikákon 1913-ban a gyermekek 1·5%-a született szifiliszes jelekkel, viszont 1907-ben már 3·0%-ban volt a szifilisz diagnosztizálható. Hazánkban Szentkirályi Zsigmond dr. végzett ezen a téren hatalmas munkát és szerzett azzal nagy érdemeket. Szentkirályi a hódmezővásárhelyi »Erzsébet« közkórház beteganyagán 1925-ben kezdte meg tömegvizsgálódásait. Ennek lényege abban állt, hogy minden a kórházban felvett betegnél az anamnézis alapján, sőt szerológiai és klinikai vizsgálatokkal is kutatták az előrement szifiliszesinfekciók eshetőségét. A Szentkirályi által közölt adatok csakis az új, eddig ismeretlen és a kórházban még előzőleg nem szerepelt betegre vonatkoznak. Az »Erzsébet« közkórházban az 1925—1926. esztendőkben 2220, az 1926—1927. évben 2406 s végül az 1927—1928. években 3182 beteg fordult meg. A betegforgalom tehát emelkedő jellegű volt, ezzel szemben azonban a szifilisz gyakoriságát jelző viszonyszámok apadásra utalnak. Nevezetesen a tömegvizsgálat eredményei szerint az 1925—1926. évben a betegek 12·3%-a, az 1926—1927. évben 10·1%-a s végül az 1927. és 1928. esztendőben csak 8·5%-a bizonyult szifiliszesnek. Nem szerint megosztva Szentkirályi a következő eredményeket nyerte:

	Fi	Nő
1925—1926	47·1%	52·9%
1926—1927	37·9%	62·1%
1927—1928	55·0%	45·0%

A férfiak viszonyszáma tehát a harmadik vizsgálati évben tekintélyesen növekedett. Szentkirályi értékes anyaga korcsoportok szerint a következő százalékos megoszlást mutatja:

Korcsoport	Fi			Nő		
	1925—1926	1926—1927	1927—1928	1925—1926	1926—1927	1927—1928
1—10	6·9	5·9	3·4	2·1	1·9	4·1
10—20	7·6	2·4	4·7	4·8	9·5	9·0
20—30	18·3	20·0	32·2	35·4	35·5	36·9
30—40	17·6	18·8	17·4	23·8	19·6	20·5
40—50	21·4	24·7	18·1	13·6	17·6	13·9
50—60	13·0	10·6	9·4	10·2	6·3	6·6
60—70	12·2	11·8	12·1	7·4	7·0	4·9
70—	3·0	5·8	2·7	2·7	2·6	4·1
Összesen	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0

A szifiliszes betegek zöme a vizsgálat mindhárom esztendejében és a nők rovatában a 20—30. évesekre esik. A férfiak rubrikájában már eltolódás jelentkezik, amennyiben a vizsgálódás harmadik esztendejében a súlypont a 40—50. évesekről a 20—30. évesekre tolódik át. Családi állapot szerint Szentkirályi a következő viszonyt számította ki:

Megnevezés	Férfi			Nő		
	1925—1926	1926—1927	1927—1928	1925—1926	1926—1927	1927—1928
Nem házas	20·9	12·8	23·6	18·7	22·6	18·5
Házas	20·9	21·0	27·7	23·7	25·5	19·6
Özvegy	4·0	4·1	1·8	9·4	9·9	5·5
Elvált	1·4	1·6	1·8	1·0	2·5	1·5

Ebből a kis táblából csak annyit lehet kiolvasni, hogy a szifiliszesek legnagyobb kontingense a nem házas és házas férfiakra jut, de csak az utolsó vizsgálódási esztendőben, mert az első kettőben a hajadonok és férjes asszonyok domináltak. A százalékos viszonyszámok alapján messzebbmenő következtetéseket vonni, annál kevésbbé lehet, mert a családi állapot szerint való megoszlás lényegében korcsoport szerint való tagozódást is takar és egyébként is alá van vetve hospitalitáció rapszódikus hullámzásának.

A dolog természetéből kifolyólag foglalkozások szerint is csak százalékos viszonyszámokkal tudta az eltolódásokat Szentkirályi kifejezni.

Foglalkozás	1925—1926	1926—1927	1927—1928
Értelmiségi	2·5	2·1	3·3
Iparosmester	4·3	1·6	3·7
Iparossegéd	3·2	2·0	8·1
Ipari munkás	1·8	0·0	2·6
Ipari munkásnő	1·4	1·6	2·2
Kereskedő	1·1	0·8	0·7
Kereskedősegéd	0·7	2·1	1·5
Gazdálkodó	1·8	2·1	3·7
Földműves, napszámos	19·4	17·3	19·6
Nőcseléd	2·9	3·7	2·6
Férficseléd	2·2	2·5	1·8
Háztartásbeli nő	39·2	44·4	32·8
Kéjnő	9·4	12·8	6·3
Tanuló, tanonc	4·3	1·6	2·2
Gyermek	2·5	0·8	1·1
Egyéb	4·3	4·5	7·4

Ebből az anyagból is nehéz konkluziókat levonni! Mindenesetre jellegzetes, hogy a szifilisznek legnagyobb tömege a háztartásbeli nők rovatára esik. Hódmezővásárhely népességének foglalkozások szerint való tagozódásából ered mindenesetre, hogy a szifiliszeseknek körülbelül 20%-a a földmívesek, napszámosok közül került ki. Szentkirályi nagy gyakorlati érzékkel további fontos adatokat is publikált. Nevezetesen kimutatta, hogy a felvétel okát tekintve a szifiliszes betegek így tagozódnak:

MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYV

	1925—1926	1926—1927	1927—1928
Szifilisz (beleértve az összes szifiliszes alapon nyugvó elváltozásokat)	48·9%	40·3%	45·8%
Szifiliszgyanus (szív, nagyerek, idegrendszer, csont, csonthártya gyanus megbetegedései, abortusok stb.)	12·2%	14·4%	9·6%
Egyéb okok	38·9%	45·3%	44·6%

Tehát a szifiliszben szenvedőknek közel a fele egyéb okok miatt keresett felvételt a kórházban. Ezt a tapasztalást támogatják azok a viszonyszámok, melyek demonstrálják, hogy betegségéről nem tudott a szifiliszeseknek:

az 1925—1926. évben ..... 65·5%-a,
az 1926—1927. « ..... 70·8%-a s
az 1927—1928. « ..... 67·2%-a.

A szifiliszes elváltozások jellegük szerint ezt a képet adták:

Megnevezés	1925—1926	1926—1927	1927—1928
Primär affekció	1·1	2·1	5·9
Szekundär tünetek	5·0	3·3	6·3
Tertiär tünetek	1·8	3·3	0·4
Zsigeri szifilisz	6·5	9·9	8·5
Tabes dorsalis és paralysis progress.	15·1	9·5	11·1
Agy- és idegszifilisz	4·3	6·2	11·4
Egyéb (csont stb.)	2·5	4·9	1·5
Gyógyult szifilisz	0·4	0·0	0·7
Tünetes veleszületett szifilisz	6·8	3·3	6·3
Tünetmentes veleszül. szifilisz	2·5	1·6	3·0
Látens szifilisz	54·0	55·1	45·0

Ezeknek az adatoknak birtokában figyelmeztetett Szentkirályi arra, hogy csupán a primär affekció esetei szaporodtak és pedig annak ellenére, hogy a szifiliszesek százalékos viszonyszámai általában csökkenést jeleztek. Véleménye szerint ez a jelenség elsősorban a titkos prostitució terjedésével függ össze. Gondolt ugyan arra, hogy az újabban inaugurált antiveneriás propaganda a korai eseteket is a kórházba terelte, mégis annak a véleményének adott kifejezést, hogy újabb szifiliszes hullám kezdeti periodusát éljük.

Szentkirályi munkáját olyan értékesnek tartjuk, hogy azt kénytelenek voltunk kissé hosszabban ismertetni. Ilyen vizsgálódások igazolják, hogy a Wassermann-statisztikákból is vonhatnánk nagyon óvatos következtetéseket a szifilisz elterjedettségére vonatkozólag. Ennek a kutatási módszernek sarkalatos hibája azonos a mortalitási statisztikáéval és abban rejlik, hogy a veneriás betegségek közül csak a szifilisszel foglalkozhatik. Szentkirályi nyomdokain Vigh Ágoston is foglalkozott a kérdéssel, de mivel kutatásait a székesfőváros anyagán végezte, majd csak később, Budapest idevágó anyagának bemutatása kapcsán fogunk eredményeiről beszámolni.

A veneriás betegedéseket együttesen regisztrálhatják a nagyobb tömegeket felölelő biztosító intézetek adatgyüjtései. Kétségtelen, hogy a betegpénztárak adatgyüjtéseit a multban csak a legnagyobb óvatossággal lehetett felhasználni. A régi időkben a pénztári orvosok a statisztikai adatszolgáltatást csak felesleges zaklatásnak tekintették s így a feltett kérdésekre meglehetősen könnyelműen válaszoltak. Azokban az időkben a betegség esetére

szóló biztosítás a népességnek csak kis töredékeit ölelte fel s így az ilyen adatgyüjtés a társadalomnak csak nagyon kis töredékéről adott volna minden precizitás mellett is tájékoztatást. Napjainkban azonban már nem ez a helyzet! A pénztári orvosok megterhelése ugyan Flesch Nándor szerint nem csökkent, dotációjuk nem emelkedett, de azért már jobban átlátják az egészségügyi statisztika nagy tudományos és gyakorlati értékét, miért is a betegpénztárak idevágó közlései nagyot nyertek belső tartalomban. Változtak az idők s a betegség esetére való biztosítás ma már olyan hatalmas tömegeket fog össze, hogy a betegpénztárak morbiditási statisztikái szinte az egész városi lakosságra vonatkoznak. Budapesten különben az idevágó adatok szerint a népességnek közel 70%-a tartozik a különböző pénztárakhoz. A biztosító pénztárak újabban nagy súlyt is helyeznek az adatgyüjtésre, mert az nemcsak tudományos értékű anyag, hanem adminisztrációjuk irányításában is támpontul szolgál. Úgy látszik, nálunk az adatgyüjtés még nincs kellően organizálva, mert a székesfővárosra vonatkozó pénztári veneriás morbiditási anyagot semmiféle utánjárással se tudtunk beszerezni. Így kénytelenek vagyunk Blaschko sokat citált régi adatait reprodukálni.

1. A veneriás betegedések Berlinben a betegpénztár adatai szerint. — 1860—1888.

É v	Taglétszám	Betegedések	Veneriás betegedések	Veneriás betegedések az összes betegedések %-ában	Veneriás betegedések a tagok %-ában
1860	—	30.797	1.633	5·3	—
1861	—	41.774	2.739	6·6	—
1862	—	49.416	3.253	6·6	—
1863	—	50.016	3.526	7·0	—
1864	—	55.505	3.406	6·1	—
1865	69.261	60.867	3.241	5·3	4·7
1866	66.578	56.312	3.941	7·0	5·9
1867	66.602	60.014	4.278	7·1	6·4
1868	67.899	66.872	4.436	6·6	6·5
1869	69.916	68.916	4.664	6·8	6·7
1870	69.244	60.683	3.881	6·4	5·6
1871	75.642	70.314	4.106	5·8	5·4
1872	84.650	69.674	4.253	6·1	5·0
1873	90.231	67.366	4.122	6·1	4·6
1874	92.077	77.359	2.994	3·9	3·3
1875	95.764	72.088	4.727	6·6	4·9
1876	85.024	64.983	4.794	7·4	5·6
1877	86.459	65.266	5.169	7·9	6·0
1878	85.375	59.417	—	—	—
1879	80.936	51.442	—	—	—
1880	83.313	52.887	3.527	6·7	4·2
1881	87.854	54.562	3.722	6·8	4·2
1882	89.177	60.014	4.130	6·9	4·6
1883	94.973	62.725	3.781	6·0	4·0
1884	116.321	67.249	3.642	5·4	3·1
1885	193.892	116.009	3.545	3·1	1·8
1886	205.982	136.717	4.625	3·4	2·1
1887	220.411	150.442	4.668	3·1	2·1
1888	230.616	156.906	5.334	3·4	2·3

Sajnos, ennek az adatgyüjtésnek folytatása hiányzik s így csak nagyon óvatos következtetéseket vonhatunk belőle. A berlini betegpénztár tagjainak száma 1865-től 1888-ig körülbelül 200%-kal növekedett, ugyanezen idő alatt a betegedéseké körülbelül 150%-kal, viszont a veneriás betegedéseké csak 30—40%-kal. Ezért állapította meg Blaschko, hogy 1865-ben a veneriás bajokra jutott az összes betegségeknek 5·3%-a, viszont 1888-ban már csak 3·4%-a és hogy 1865-ben a tagoknak 4·7%-a, 1888-ban már csak 2·3%-a volt veneriás beteg. Ezek az adatok annyira régiek és megbízhatatlanok, hogy a veneriás betegségek elterjedettségét egyáltalában nem mutatják. Mindenesetre jellegzetes, hogy 1865-től 1888-ig csökkenés tűnik ki a berlini pénztári adatokból. Azóta többször hangoztatták a veneriás betegségek újabb fellobbanását, miért is a veneriás betegedések periodikus megcsappanásából nem lesz tanácsos bárminemű következtetést is vonni.

A kórházi betegforgalmi kimutatások már a multban se elégítették ki a kutatókat. Már akkor felismerték, hogy a kórházak morbiditási és mortalitási eredményeit nagyon befolyásolja a beteganyaguk természete. De az is kitűnt, hogy a bármilyen gondossággal összeállított anyag belső értékét nagyon lerontja az a körülmény, hogy eredményeik valamilyen zárt társadalomcsoportra nem vonatkoztathatók. A veneriás betegségekre vonatkozólag meg éppen figyelembe kell vennünk, hogy ezek a kórformák eleinte leggyakrabban nem okoznak olyan súlyos helyi és általános tüneteket, hogy a beteg okvetlenül kórházi ápolásra szorulna. Amióta azután az ambulatóriumokat állították az antiveneriás küzdelem szolgálatába, sokan ezeknek betegforgalmát igyekeztek a veneriás morbiditás megítélésére kiaknázni. Ez az anyag se ér sokkal többet, mint a kórházak betegforgalmi kimutatása. Az ambulatóriumok forgalma először is — mint azt már említettük — a gazdasági közviszonyokhoz idomul, de ezenfelül a karitatív közületek által fenntartott rendelők forgalmi jelentései sokszor az állami szubvenció kieszközlésének nyomasztó szükségszerűsége szerint készülnek. Ezért értjük meg, hogy már egynéhány évtizeddel ezelőtt más utakon és módokon törekedtek a veneriás betegségek elterjedettségét megismerni. Ebből a célból egyes városok teljes lakosságára kiterjedő és záros idő alatt végrehajtott adatgyüjtéseket szerveztek. A szakirodalom közlései szerint az első ilyen komolyabb akciót Baselben indították, midőn 1881 január 1-től december hó 31-éig gyüjtötték a veneriás betegedésekről szóló orvosi jelentéseket. Ebből derült ki, hogy Basel népességének egy esztendő lefolyása alatt 1·85%-a volt veneriás betegségben szenvedő és pedig a férfiaknak 3·55%-a, a nőknek viszont 0·58%-a. Már hosszabb időtartamú volt az az adatgyüjtés, melyet Németországban, Rostockban szerveztek az 1897—1903. években. Az akció a következő eredménnyel zárult:

Kankó			Lágyfekély			Szifilisz		
fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt
9·1‰	1·0‰	4·9‰	1·6‰	0·1‰	0·8‰	1·2‰	0·3‰	0·7‰

A férfiak betegedési indexe bármelyik kórformánál meghaladja a nőkét és azt is kiolvashatjuk a fenti adatokból, hogy a kankó és lágyfekély sokkal gyakrabban fordultak elő, mint a szifilisz. Majdnem ugyanazon időben zajlott le a kieli adatgyüjtés is. Kielben az 1898—1903. években végzett felvétel szerint a lakosság 2%-a volt veneriás beteg, 1·4%-a kankóban és 0·6%-a szifiliszben szenvedő. Az elért eredmények arra bátorították a szakköröket, hogy a felvétel területét kiterjesszék. Így született meg az 1900. évi április 30-án végrehajtott egynapos porosz adatgyüjtés, melynek eredményeit alanti 2. számú táblánkban reprodukáljuk.

2. A veneriás betegedések Poroszországban. — 1900.

Megnevezés	Fertőző veneriás betegek száma	Ebből %-ban		10.000 élőre kiszámítva	
		fi	nő	fi	nő
Poroszország	40.902	74·28	25·72	28·20	9·24
Berlin	11.598	73·54	26·46	141·94	45·37
17, 100.000-nél több lakosú város	13.446	74·49	25·51	99·87	27·89
42, 30—100 ezer lakosú város	5.455	75·18	24·82	58·40	17·60
47, 30 ezernél kevesebb lakosú város	1.565	77·99	22·01	45·05	16·89
107 városban együttesen	32.064	74·36	25·64	93·11	28·26
A többi városban és községben együttesen	8.838	71·61	28·39	7·95	2·72

A porosz adatgyüjtés eredményei azt demonstrálják, hogy a veneriás betegedések háromnegyed része a férfiakra s egynegyed része a nőkre esik. Ez a megállapítás egyaránt vonatkozik a városokra és a vidékre. A 10.000 élőre kiszámított indexek szerint nem lehet kétséges, hogy a veneriás morbiditás indexének magassága a népszám szerint igazodik. Mert minél nagyobb valamelyik város népszáma, annál nagyobb lesz a veneriás morbiditás arányszáma is. A porosz gyüjtés eredményei szerint a községek indexe kereken egytizede a városokban talált arányszámnak. Berlin még a városok közül is kiemelkedik szörnyűségesen felfokozódott arányszámaival.

A századforduló utáni esztendőkben, úgy látszik, kedvenc téma volt a veneriás morbiditás kifürkészése. Frankfurt am Main-ban 1903-ban végrehajtott betegszámlálás a népesség 2·78 ezrelékét találta betegnek, tehát kereken 3·0‰-ét. Mannheimban az 1904—1905. években történt kísérlet már a friss esetek külön való feltüntetését is kezdeményezte, persze a kezdet nehézségeivel küszködve. A beérkezett 1344 esetből 943 friss esetet jelentettek, tehát 70·2%-ban friss eset került bejelentésre. Ebből 67% jutott a kankóra, 13% a lágyfekélyre és kereken 20% a szifiliszre. Mecklenburg-Schwerinben 1902-ben a népesség 0·4‰-ét jelentették veneriás betegnek. A szakirodalomban olvashatjuk, hogy 1909-ben már ismét új adatgyüjtés történt, nevezetesen Braunschweigban. Ebből az adatgyüjtésből is kiviláglik, hogy a vidék és városok között milyen nagy az eltérés.

Az eredmények így alakultak:

	Szifilisz	Kankó	Veneriás betegségek
Főváros	1·3‰	2·7‰	4·0‰
Egyéb városok	0·4‰	0·7‰	1·1‰
Vidék	0·2‰	0·2‰	0·4‰

Eszerint is egytizede a vidék veneriás morbiditása a városinak. Nem szerint is a fentebb látott szabályszerűséget tudjuk konstatálni.

	Kankó	Lágyfekély	Szifilisz
Fi	92·0%	96·4%	76·0%
Nő	8·0%	3·6%	24·0%

A kankó és lágyfekély legnagyobb tömege a férfiakra jut s csak elenyésző töredék a nőkre. Már a szifiliszeseteknek jelentősebb hányada esik a női nemre!

Frankfurtban különösen sokat foglalkoztak a problémával, mert ime, 1910-ben már ismét kísérleteztek a veneriás morbidítás számszerű rögzítésével. Ebben az esztendőben kétszer és pedig február hó 1-én és november hó 1-én írták össze a betegeket. A februári eredmény szerint a népesség 0·5%-a, a novemberi összeírás szerint pedig 0·6% volt nemi beteg. Ezt az anyagot azután részletesen is feldolgozták és megállapították, hogy a betegek 76·0%-a esik a férfi és 24·0%-a a női nemre. A férfiak betegedéseiből 77—78% jutott a nőtlenekre, viszont a nők betegedéseiből csak 57% a hajadonokra. Sok fertőzést vittek a férfiak a házasságba, mert a házasságban élő nők magas viszonyszámát másképpen magyarázni alig lehet.

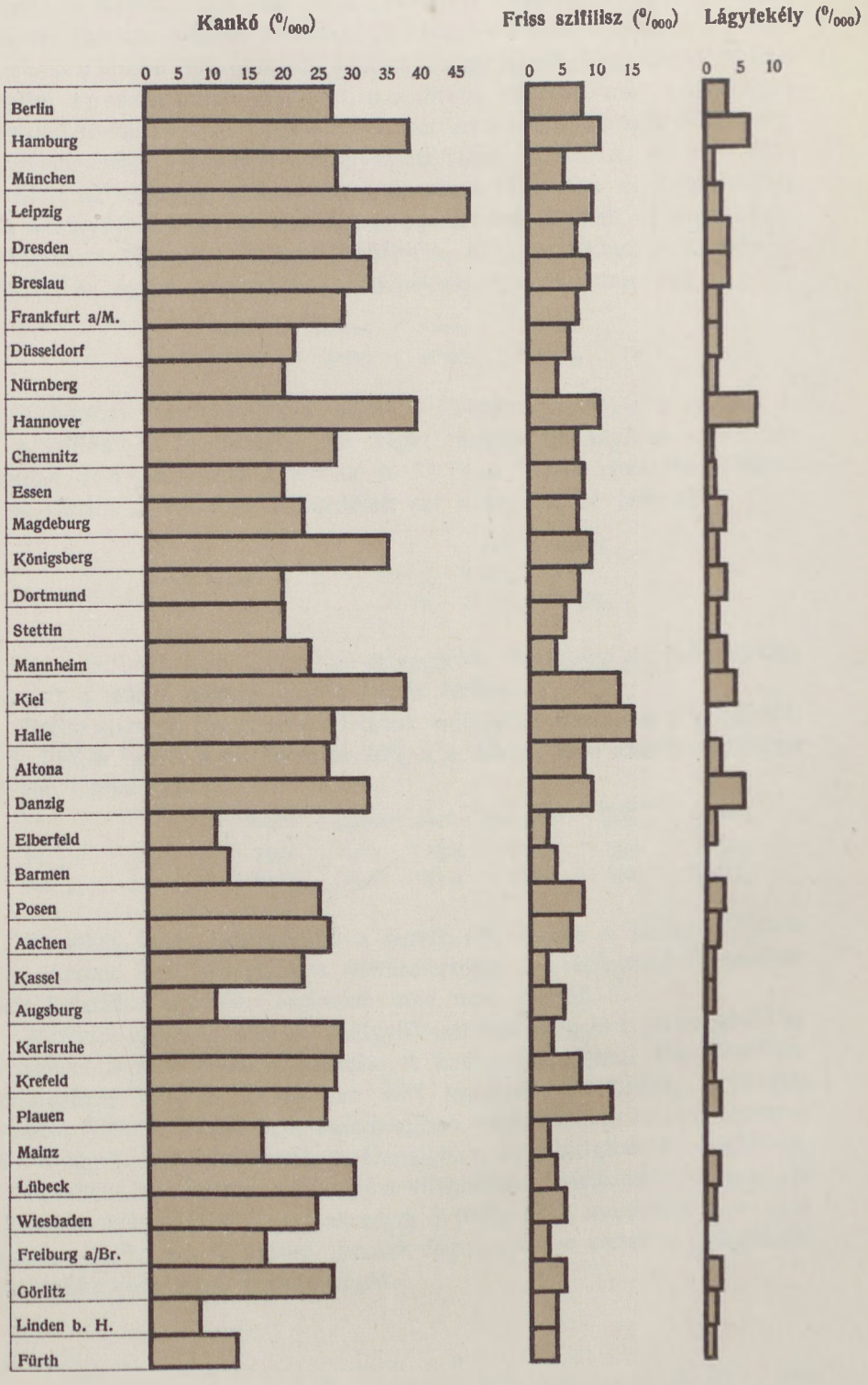
A veneriás morbiditás statisztikai módszerekkel való megfigyeléseinek Németországban Busch August dr., a frankfurti statisztikai hivatal igazgatója volt a legelső mozgatója. Busch nem elégedett meg a frankfurti adatokkal, hanem már a német városi statisztikusoknak 1912-ben, Elberfeldben tartott kongresszusán azt a javaslatot tette, hogy az adatgyüjtést minden német városra terjesszék ki. Tervei szerint 1913-ban november hó 20-ától december 20-áig 37 városban hajtották végre az adatgyüjtést, mely 13,300.000 lélekre terjeszkedett ki. Az adatgyüjtésnek főbb eredményeit következő 3. számú táblánkban mutatjuk be.

Három városban, Kölnben, Stuttgartban, Hambornban nem sikerült a felvétel s így 40 város helyett csak 37-ből nyertek használható adatokat. Összesen 73.218 betegről szereztek tudomást, amiből kiszámították, hogy az egy hónap leforgása alatt 1000 élőre kiszámítva a felvétel 5·4 veneriás beteget regisztrált. Az egyes városok indexeit végig pillantva nagyon meglepődünk, mert az indexek változása nem igazodik teljesen a népszámhoz. Legtöbb beteg Leipzigben volt (8·7‰), de az átlagot jóval meghaladó (7·8‰—6·0‰) indexeikkel tűnnek fel Hannover, Hamburg, Kiel, Breslau (6·9‰) és Dresden. Az átlag körül mozog Danzig, Lübeck, Aachen, München,

3. A veneriás betegedések a német városokban. — 1913.

Városok	Kankó és szövődményei	Lágyfekély és szövődményei	Szifilisz							1.000 élőre kiszámítva	Kiszámított népesség 1914 1. 1. ezrekben
			Friss szifilisz	A késői szifilisz esetei (tabes és paralysis pr.)	Tábes dorsalis és paralysis progressiva		Veleszületett szifilisz	Együtt	Összesen		
					Gyógykezelés alatt	Új esetek					
Aachen	412	36	95	249	36	15	20	364	812	5·1	160
Altona	474	49	146	300	41	39	28	474	997	5·4	185
Augsburg	160	11	79	154	16	6	17	250	421	2·8	151
Barmen	198	4	49	96	13	3	20	165	367	2·1	172
Berlin	9.768	1.010	2.517	6.405	1.392	482	304	9.226	20.004	5·4	3.692
Breslau	1.678	167	470	1.352	317	58	102	1.924	3.769	6·9	543
Cassel	370	26	41	110	9	3	10	161	557	3·5	158
Chemnitz	903	45	223	404	72	12	16	643	1.591	4·9	322
Creefeld	355	17	96	141	18	7	6	243	615	4·6	133
Danzig	578	90	161	194	30	5	14	369	1.037	5·6	182
Dortmund	513	57	163	186	10	5	22	371	941	3·7	251
Dresden	1.734	195	377	1.030	156	34	78	1.485	3.414	6·0	566
Düsseldorf	869	90	251	417	33	10	19	687	1.646	4·0	409
Elberfeld	175	10	39	78	9	2	6	123	308	1·8	173
Essen	636	37	233	307	26	9	32	572	1.245	3·9	320
Frankfurt a. M.	1.252	103	295	770	144	55	39	1.104	2.459	5·4	445
Freiburg i. Br.	149	2	24	136	29	7	12	172	323	3·6	89
Fürth	91	6	28	58	11	6	3	89	186	2·6	70
Görlitz	223	19	41	157	31	10	11	209	451	5·2	86
Halle a. S.	513	25	276	344	45	57	53	673	1.211	6·3	191
Hamburg	3.906	599	1.056	2.000	384	142	233	3.289	7.794	7·5	1.031
Hannover	1.251	212	339	666	138	31	58	1.063	2.526	7·8	322
Karlsruhe	386	5	51	138	14	6	9	198	589	4·1	143
Kiel	816	75	273	349	11	5	35	657	1.548	7·0	221
Königsberg Pr.	920	34	245	536	65	23	48	829	1.783	6·7	265
Leipzig	2.870	111	588	1.699	346	95	168	2.455	5.436	8·7	621
Linden v. H.	69	12	33	26	4	1	2	61	142	1·6	86
Lübeck	348	20	42	171	27	13	12	225	593	5·2	114
Magdeburg	646	61	202	353	47	21	28	583	1.290	4·4	294
Mainz	185	4	28	95	10	5	1	124	313	2·5	122
Mannheim	540	41	93	263	2	3	17	373	954	4·2	224
München	1.705	50	298	1.389	170	84	92	1.779	3.534	5·5	640
Nürnberg	714	41	145	509	68	18	34	688	1.443	4·0	361
Plauen i. V.	305	27	135	119	23	6	8	262	594	4·8	124
Posen	416	41	132	237	32	4	18	387	844	5·0	167
Stettin	494	29	111	293	35	20	13	417	940	3·7	249
Wiesbaden	251	12	51	214	28	10	13	278	541	5·1	106
Összesen	**36.873**	**3.373**	**9.426**	**21.945**	**3.842**	**1.312**	**1.601**	**32.972**	**73.218**	**5·4**	**13.388**

I. A venerias betegedések német városokban. —1913.



Chemnitz és Kreefeld arányszáma, a legkedvezőbb pedig Dortmund, Cassel, Augsburg, Barmen, Mainz, Elberfeld és Linden városok indexe. A kedvező indexeknek a kisebb városok a tulajdonosai, de úgy látszik, hogy már a félmilliós lakosságú s valószinűleg csökkent moralitású városok már kedvezőtlen indexekkel tűnhetnek fel. Ebben a tekintetben a kikötővárosok (Hamburg, Kiel, Königsberg) különleges veszélyeztetettsége jól ismert, de ezek közé keveredett az aránylag alacsonyabb népszámú Hannover és főleg Leipzig is. Az adatgyüjtés főbb, de részletezett adatait még fel kell itt említenünk. A betegeknek 18%-át kórházak jelentették, 82%-uk ambuláns kezelésben részesült. Az egyes kórformák százalékokban így oszlanak meg:

Kankó	Lágyfekély	Szifilisz	Összesen
50·4%	4·6%	45·0%	100·0%

A kankós esetek 78·5%-a jutott a férfiakra, 21·5%-a a nőkre, de már a szifilisznek megoszlása más képet mutat, amennyiben a szifilisz eseteknek 67·9%-a jutott a férfiak és 32·1%-a a nők rovatára. Családi állapot szerint a veneriás betegedések ezt a tagozódást jelezték:

	Fi	Nő	Együtt
Nem házas	69·6%	62·5%	67·7%
Házas	30·4%	37·5%	32·3%

Itt is feltűnik, hogy a veneriás betegedések lényegesen nagyobb kontingense jut a házas nőkre, mint a házas férfiakra.

Berlin anyagát Blaschko részletesen feldolgozta. Berlinben a bejelentett esetek 74%-a jutott a férfiakra és 26%-a a nőkre. Nem szerint Berlinben ez a kép alakult ki:

	Kankó	Lágyfekély	Szifilisz	Friss szifilisz	Veleszületett szifilisz	Összesen
Fi	79·0	84·0	68·6	67·0	50·0	74·0%
Nő	21·0	16·0	31·4	33·0	50·0	26·0%

A nőket tehát legkevésbbé a lágyfekély, illetve a kankós fertőzés érinti, viszont legsúlyosabban a szifiliszfertőzés s a veleszületett szifiliszesetek hajszálra egyezően oszlottak meg nem szerint.

A német városok 1913. évi adatgyüjtését most még az I. számú grafikon segítségével is szemlélhetővé tesszük. A kankó Leipzigben, Hannoverben, Hamburgban, Kielben, Danzigban volt legjobban elterjedve, a szifilisz Hallében, Kielben, Plauenben, Hamburgban, Hannoverben és Leipzigben s végül a lágyfekély Hannoverben, Danzigban, Hamburgban és Berlinben.

A német birodalomban tüstént a világháború befejeződése után ismét egyhónapos adatgyüjtést hajtottak végre és pedig 1919. november hó 15-étől december 14-éig. Az 4. számú táblánk foglalja össze ennek a gyüjtésnek a városokra vonatkozó főeredményeit.

4. A veneriás betegedések a német városokban. — 1919.

Megnevezés	Résztvett orvosok %-ban	Népszám ezrekben	Veneriás betegek (civil)	
			abszolút	‰
Hamburg	52·0	1.002	6.857	7·0
München	57·5	623	4.681	7·4
Leipzig	55·0	607	3.363	5·6
Dresden	64·5	530	3.104	5·9
Breslau	53·2	490	3.419	7·0
Frankfurt a. Main	51·4	433	2.532	5·8
Nürnberg	54·4	352	1.237	3·5
Hannover	97·2	309	2.505	8·1
Együtt	—	**4.346**	**27.698**	**6·4**
Berlin	49·2	1.903	15.013	7·9
Nagy-Berlin	42·4	2.947	18.990	6·4

Hannover úgy látszik a veneriás betegségeknek nagyon makacs fészke, mert indexe 1919-ben is a legmagasabb volt. Lehet, hogy a már diszciplináltabb adatszolgáltatás következtében, de majd minden városban magasabb lett az arányszám, mint volt 1913-ban. Bizonyos azonban, hogy a világháború erkölcsöt és egészséget megrontó dícstelen hatása erre is befolyással volt. Még egy nagyon értékes tapasztalást meríthetünk a fenti adatokból. Jellemző ugyanis, hogy Berlin arányszáma valamivel magasabb volt, mint Nagy-Berliné. A külvárosokban köztudomásúlag a gazdaságilag gyengébb egyedek laknak, miért is azt kell következtetnünk, hogy ebben az esetben a pauperizmusnak kevés direkt befolyása volt a veneriás morbiditásra.

A világháború megszűnése után más államok is hozzáláttak a felvételek organizálásához. Így Svájcban 1920 október hó 1-től 1921 szeptember 30-áig mintaszerűen bonyolították le az adatgyüjtést. A svájci adatgyüjtést nagyon értékessé teszi, hogy az orvosok 76%-a megértette az adatgyüjtés jelentőségét s készségesen vett részt a munkában. Az eredmény azt igazolta, hogy az összes betegedéseknek a népességre vonatkoztatott arányszáma magasabb, mint ahogy azt az előző német felvételek alapján várhattuk. A férfiak indexe 18·1‰, a nőké 6·7‰ volt, együttesen 11·9‰. A kankó arányszáma 3·0‰-nek bizonyult, a szifiliszé 2·1‰-nak s ebben is a férfiaké 2·1‰-nek, a nőké 1·2‰-nek. Még részletesebben az alanti 5. számú táblázat szolgál tájékozásul:

5. A veneriás betegedések Svájcban nem szerint (‰). — 1920—1921.

Megnevezés	A személyi lapok szerint			A tömegjelentések alapján kiegészítve		
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt
Friss kankó	21·0	5·3	12·9	26·7	7·1	16·8
Lágyfekély	0·5	0·1	0·3	0·7	0·2	0·4
Friss szifilisz	5·4	2·5	3·9	6·2	2·8	4·4
Veleszületett szifilisz	0·2	0·2	0·2	0·2	0·2	0·2
Összesen	**27·1**	**8·1**	**17·3**	**33·8**	**10·3**	**21·8**

A svájci felvétel exaktságát dokumentálják a fenti adatok, mert azokból megismerhetjük, hogy a személyi lapok útján kapott jelentéseket milyen gondosan kiegészítették a tömegjelentések eredményeivel. A veleszületett szifilisz esetei egyenlően oszlottak meg a két nem között, egyébként mindig a férfiak arányszáma volt magasabb, különösen feltűnően a friss kankó rovatában. Az arányszámok szerint a férfiak nemi betegedéseinek gyakorisága a nőkét háromszorosan haladja meg.

Közben néhány német város ismét kísérlezetezett helyijellegű felvétellel! Így Mainz 1920 november hó 15-étől december hó 15-éig és Nürnberg (1921—1924) s Bremen (1919—1925) is megkezdték több esztendőre kihúzódó periódikus adatgyüjtésüket. Ausztriában 1920. évi november hó 15-étől december hó 14-éig írták össze a veneriás betegeket, melyek közül 69% esett a férfi és 31% a női nemre. Csehországban pedig 1921. évi február hóban gyüjtötték az adatokat. A cseh felvétel összesen 21.465, tehát 11.701 szifiliszes, 8711 kankós és 1053 lágyfekélyes beteget fogott össze. Az arányszámok így alakultak:

	Fi	Nő	Együtt
Kankó	4·2‰	0·9‰	2·5‰
Szifilisz	2·1‰	0·7‰	1·4‰

A cseh kísérlet feltünően alacsony indexeket produkált s így azt a valószínűséget kelti, hogy a végrehajtásban még hézagok tátonghattak. Most megint német városok akcióiról kell beszámolnunk! Neumünsterben 1923-tól 1926-ig minden évben és az október hónapokban gyüjtötték a jelentéseket. Frankfurtban ismét dr. Busch kezdeményezésére az 1926. évben négyízben írták össze a veneriás betegeket, melynek eredményeit ugyancsak ő foglalta össze értékes közleményében. Az 1926. évi felvétel szerint a veneriás betegedések 54·7%-a esett a férfiakra és 45·3%-a a nőkre. A nők között tehát ebben az időben jobban grasszáltak a veneriás bajok, mint az előző időkben. Családi állapot szerint a frankfurti veneriás morbidítás így oszlott meg:

Fi		Nő		Együtt	
nem házas	házas	nem házas	házas	nem házas	házas
58·9%	41·1%	56·5%	43·5%	57·8%	42·2%

A betegedések arányszáma alig volt nagyobb (6·4‰), mint 1919-ben. A 2933 regisztrált veneriás betegedési esetből 1796 (61·2%) jutott a szifiliszre, 1128 (38·5%) a kankóra és csak 9 (0·3%) a lágyfekélyre.

A teljesség kedvéért meg kell említenünk azt is, hogy Lengyelország az 1918—1924. esztendőkben igyekezett külön felvétel útján az ország veneriás morbiditásába betekintést nyerni.

Haustein kíváló könyvéből kiemelve még az oroszországi, 1925-ben végrehajtott tömegvizsgálat eredményéről kell beszámolnunk, mely bizonyos tartományok teljes lakosságában a szifilisz gyakoriságát kutatta.

6. Az orosz tömegvizsgálódás eredményei. — 1925.

Megnevezés	A megvizsgáltak száma	A szifilisz betegek száma %-ban
Nowgorod kormányzóság:		
Demianow kerület		
Wolilskaja község	9.578	5·6
Moissejewskaja község	11.129	3·6
Saratow kormányzóság:		
Serdobsk kerület	6.256	6·15
Tiver kormányzóság:		
Ostaschkow kerület	9.832	2·15
Rschew kerület	1.863	6·00
Astrachan kormányzóság:		
Az állami haltröszt alkalmazottai	1.102	4·3
Pskow kormányzóság:		
Noworschew kerület	13.237	2·17
Orenburg kormányzóság:		
Orsk és Kasehir kerület	4.500	2·06
Kostroma kormányzóság és kerület	4.751	5·6
Stalingrad kormányzóság:		
Nowo-Nikolajewsk és Lenin kerület	9.786	5·4
Briansk kormányzóság:		
Beschitz kerület	1.635	12·5
Smolensk kormányzóság:		
Belsk kerület	9.920	5·8
Woronesch kormányzóság:		
Walulsk kerület	8.178	20·00
Ulianow kormányzóság:		
(7 falu)	9.630	3·81
Leningrad kormányzóság:		
Lodeigopol kerület	11.643	7·4
Tomsk kormányzóság:		
Kusnietz kerület	4.536	15·5
Osztjákok	2.307	3·7
Ingusok	2.332	16·5
Tschetschenek	3.057	25·8
Mongol burjátok	4.600	42·0
Burjátok	1.300	61·1
Orosz régihitűek	278	0·7
Kalmukok	3.880	14·5
Turkománok	1.251	30·1

A legújabb orosz adatok mindenben megerősítik a régebbi feltevéseket, melyek szerint Oroszország egyes vidékein a szifilisz elképesztően el van terjedve. A burjátok és mongol burjátok között az adatok szerint a népesség fele szifilisszel van fertőzve. De nem sokkal kedvezőbb a helyzet a turkománok és csecsenek között sem.

Most megint németországi adatokat fogunk bemutatni, még pedig az 1927. esztendőből származókat, amelyeket Prinzingnek nem régiben megjelent kíváló könyvében találtunk.

7. A veneriás betegedések Németországban (‰). — 1927.

Megnevezés	Kankó	Lágyfekély	Szifilisz	Veleszületett szifilisz
Keletporoszország	36·7	0·5	7·9	1·1
Berlin	100·9	4·7	22·7	1·7
Brandenburg	46·5	1·5	16·9	1·1
Pomeránia	39·4	1·6	10·3	0·9
Grenzmark	18·5	—	7·5	0·4
Alsószilézia	42·9	1·1	13·0	1·1
Felsőszilézia	26·1	0·8	12·4	2·3
Sachsen	45·1	0·7	15·5	1·2
Schleswig-Holstein	62·3	2·5	14·0	1·8
Hannover	34·3	1·9	10·9	0·9
Westfália	28·1	0·9	8·9	1·5
Hessen-Nassau	43·3	0·4	9·5	1·2
Rheinland	37·7	0·7	10·5	1·1
Hohenzollern	13·3	—	1·7	—
Poroszország	45·2	1·4	12·6	1·3
Bajorország	30·6	0·3	8·2	1·0
Szászország	47·5	1·3	12·9	0·8
Württemberg	27·1	0·5	10·0	0·5
Baden	36·0	0·3	8·0	1·0
Hessen	29·6	0·4	8·2	0·7
Hamburg	121·3	5·6	24·4	1·9
Thüringia	29·1	0·4	9·6	0·7
Mecklenburg-Schwerin	46·1	0·2	8·1	0·9
Oldenburg	29·0	0·2	9·3	0·4
Braunschweig	42·4	1·2	10·7	0·7
Anhalt	51·0	0·7	13·9	2·4
Bremen	104·8	3·5	20·9	1·4
Lippe	15·9	—	7·2	—
Lübeck	86·5	1·9	16·7	0·9
Mecklenburg-Strelitz	47·1	1·1	18·2	—
Waldeck	27·9	—	6·4	—
Schaumburg-Lippe	15·0	—	5·0	5·0

Az 1927. évi eredmények nagyjából azonosan alakulnak, mint az 1919. évi adatok, hiszen az egyes városok sorrendje a fenti tábla szerint is ugyanaz, mint azt az 1919. évi indexek szerint felsoroltuk. Hamburg, Bremen és Lübeck, valamint Berlin arányszámai messze kiemelkednek. A veleszületett szifilisz rovatában azonban meglepően kiugranak Anhalt és Felsőszilézia indexei, de ezek között is vezető helyre kerül Schaumburg-Lippe arányszáma (5·0‰). Az egyes tartományok között általában annak az indexe kiemelkedő, melyben a legtöbb nagyváros fekszik. Brandenburg tartomány arányszámát is Berlin

nyomja fel, épen így magas Szászország, Braunschweig és más porosz tartományok indexe is. Az átlagban nézve az arányszámokat azt látjuk, hogy Szászországé a legmagasabb, azután Poroszország következik, majd Bajorország s végül Württemberg.

A népsűrűség nagyon markánsan determinálja a veneriás betegségek gyakoriságát. Erről a következő adatok minden kétségen felül meggyőzhetnek bennünket.

8. A veneriás betegedések Németországban települési hely szerint (‰). — 1927.

Megnevezés	100.000-nél több lakóval bíró városok	20.000—100.000 lakóval bíró városok	20.000-nél kevesebb lakóval bíró helyiségek
Friss kankó	77·3	52·4	17·7
Idült kankó	6·6	5·7	2·7
Kankó	0·2	0·4	0·2
Lágyfekély	2·8	1·1	0·5
Primär szifilisz	5·1	4·0	1·8
Secundär szifilisz	6·9	6·3	3·2
Látens szifilisz	7·3	5·3	2·4
Veleszületett szifilisz	1·7	2·0	0·7
Összesen	**107·9**	**77·2**	**29·2**

A friss veneriás betegedéseket felsorakoztató rovatokban hatalmasak az eltolódások a kisebb népszámmal bíró helyiségek javára, csak az idült kankó és secundär szifilisz rubrikájában zsúgorodik a differencia össze. Ebből már kis fantáziával arra kell következtetnünk, hogy a nagyvárosok szívóhatása révén a nagyvárosokban munkát keresett és kankót, szifiliszt aquirált egyének később ismét visszaszállingóznak régi települési helyükre s ott az idülten betegek létszámát valamennyire felszöktetik. A veleszületett szifilisz rovatának települési hely szerint való viselkedése is ezt a felfogásunkat támogatja.

Annak igazolására, hogy az 1927. évi német adatok közeljárnak az igazsághoz Prinzing a következő eredményeket sorolja fel:

9. A veneriás betegedések a német és skandináv városokban (‰). — 1923—1927.

Megnevezés	Kankó	Lágyfekély	Szifilisz
Stockholm (1923)	89	2	7
Osló (1923)	79	3	28
Koppenhága (1923)	109	4	23
Helsingfors (1923)	118	12	15
Német nagyvárosok (1927)	84	3	21

Stockholm, Oslo morbiditási indexei a németvárosok átlagos arányszámához olyan közel esnek, hogy a német adatgyüjtés megbizhatóságát nem lehet támadni. Ezért tartjuk szükségesnek az 1927. évi német anyagnak nem és családi állapot szerint való megosztásban történendő reprodukcióját is.

10. A veneriás betegedések Németországban (Szászország és Thüringia kivételével), nem szerint (‰). — 1928.

Megnevezés	Fi	Nő	Együtt
Friss kankó	62·7	18·4	39·4
Idült kankó	3·7	4·7	4·2
Kankó	0·3	0·2	0·2
Lágyfekély	2·2	0·3	1·2
Primär szifilisz	5·2	1·2	3·1
Sucandär szifilisz (Klin. tünetek)	4·2	5·2	4·6
Látens szifilisz	3·6	4·8	4·2
Veleszületett szifilisz	1·1	1·2	1·2
Összesen	83·0	36·0	58·1

A fenti tabellában is feltűnik, hogy az idült kankó, illetve a secundär és látens szifilisz rovatában a nők indexei magasabbak, mint a férfiakéi. Úgy látszik, hogy az antiveneriás propaganda a nőket Németországban is kevéssé tudta elérni, ha idült veneriás betegedési arányszámaik ilyen kiemelkedők. Mert, ha a gyógyítást olyan nagy számban nem kerülnék el, akkor bizonyára legalább a férfiakéval volna egyező indexük, úgy az idült kankó, mint a látens szifilisz rovataiban. De tanulságosak a családi állapot szerint tagozott adatok is!

11. A veneriás betegedések Németországban nem és családi állapot szerint (‰). — 1927.

Megnevezés	Friss kankó				Primär és secundär szifilisz			
	fi		nő		fi		nő	
	20—29 éves	30—39 éves	20—29 éves	30—39 éves	20—29 éves	30—39 éves	20—29 éves	30—39 éves
Nem házas	275·0	257·6	76·0	23·7	31·8	43·1	23·0	10·4
Házas	72·7	58·3	27·4	14·3	10·9	11·8	10·3	7·2
Özvegy	235·0	75·5	67·2	18·1	22·4	15·8	16·8	3·8
Elvált	318·5	245·8	174·4	91·4	15·2	44·2	45·0	60·9

A házasságban élő férfiak és nők arányszámai a legalacsonyabbak, kivéve a 30—39 éves házas nőket, kiknek az indexe az özvegyekét majdnem százszázalékkal meghaladja. A férfiak indexei az egész vonalon magasabbak, mint a nőké, az eltérés azonban a szifiliszes 20—29 éves házasok csoportjában minimálisra zsugorodik össze.

Prinzing az 1927. évi eredményeket az 1919 adatokkal párhuzamba állította, tábláját alant reprodukáljuk.

12. A veneriás betegedések Németországban, nem szerint (‰). — 1919—1927.

Megnevezés	1919		1927		Emelkedés-csökkenés %	
	fi	nő	fi	nő	fi	nő
Friss kankó	62·3	20·1	62·7	18·4	+0·8	— 8·4
Idült kankó	9·5	6·2	3·7	4·7	—61·1	—24·2
Lágyfekély	12·4	1·4	2·2	0·3	—82·3	—78·6
Friss szifilisz	22·5	14·1	5·2	1·2	—58·2	—56·0
Szekunder szifilisz			4·2	5·2		

Ezekkel az adatokkal Prinzing igazolva látja azt a tételt, melyet különben megfelelő és megbízható, sőt állandó jellegű adatgyűjtések nélkül pusztán impressziók alapján többen hangoztattak, hogy aránylag kevesen gondolnak ugyanis a veneriás betegségek periodicitására s a legújabb hullámvölgy megjelenéséből már nagyon merész következtetéseket vonnak le. Csak időszakos felvételek alapján nem tartjuk opportunusnak, hogy most már a veneriás betegségek relatív eltűnéséről beszéljünk.

A legújabb adatgyüjtés eredményeire támaszkodva Prinzing a szifiliszbetegedések valószínűségét is kalkulálta.

13. A szifiliszbetegedések valószínűsége Németországban, Prinzing szerint. — 1927.

Korcsoport	Szifiliszbetegedések ‰		1000 élveszületettből életben van korcsoportonkint		Szifiliszbetegedések az előbbi adatokhoz mérve	
	fi	nő	fi	nő	fi	nő
0— 1	0·006	0.006	914	931	0·006	0·006
1—14	0·003	0·005	14.978	12.206	0·036	0·062
15—19	0·550	1·030	4.200	4.320	2·310	4·450
20—24	3·080	3·240	4·118	4.253	12·683	13·780
25—29	3·570	2·800	4.028	4.172	14·380	11·682
30—34	2·730	2·280	3.941	4.086	10·759	9·316
35—39	2·300	1·230	3.862	3.995	8·883	4·914
40—49	1·330	0·930	7.391	7.661	9·830	7·125
50—	0·700	0·320	15.541	17.095	10·879	5·470
Összesen	—	—	—	—	**69·766**	**56·805**

Prinzing számításai szerint tehát minden 1000 megszületett fiú közül kereken 70 és minden 1000 leány közül kereken 57 fertőződik szifilisszel. Ezek az adatok persze csak az 1927. évre vonatkoznak, valamint Németországra általában. Városokban az arányszám természetesen jóval magasabb.

Az egyes időszakokra kiterjeszkedő felvételek csak pillanatképeket adnak a veneriás betegségek elterjedettségéről. Ezekből nagy általánosságban csak annyit olvashatunk ki, hogy a férfiak megbetegedése jóval gyakoribb, mint a nőké, továbbá, hogy a kankó morbiditási indexei magasabbak, mint a szifiliszéi és végül, hogy az egyes államok veneriás morbiditási indexei 3·0—9·0‰ között, a nagyobb városokéi azonban 6·0—18·0‰ között mozognak. Hogy most már az eltolódásokban mennyi a methódikai eltérés és mennyi a valóság, azt kihámozni nagyon nehéz, sőt majdnem lehetetlen volna. Annyi bizonyos, hogy az ad hoc felvételek adatszolgáltatói nincsenek kellően diszciplinálva s bizony az orvostársadalom se mindenütt érzi át az ilyen akciók szükségességét és jelentőségét. Ezért kerestek egyes államokban más módszereket a veneriás morbiditás felmérésére.

A hevenyfertőző betegségek bejelentésére irányuló törekvések külföldön már régi keletűek. A dolog természetéből származik, hogy ezen a téren

is a nagyobb városok vágták az ösvényt. A morbiditási statisztikák történetének taglalása messze vezetne s ezért csak azt említjük fel, hogy Budapesten a 22.480/1881. számú polgármesteri rendelet írta elő a hevenyfertőző betegségek reglementálását, országosan pedig az 1876. évi XIV. t.-c. 80. §-a, illetve a 91.954/1894. B. M. rendelet. Sőt azóta még az egyes hevenyfertőző betegségekre vonatkozó rendelkezések egész sora. Sajnos a bejelentésre kötelezett hevenyfertőző betegségek közül a veneriás betegségek nálunk teljesen hiányoznak. Arra sincsen reményünk, hogy a bejelentési rendszer a közel jövőben fejlődni fog, mert nehéz volna az orvostársadalmat további, díjazás nélkül való munkára kötelezni. Minden betegség bejelentését alig lehet megkövetelni s mint arról már szólottunk, a háború előtti Oroszország volt az egyetlen állam, mely ezzel a rendszerrel kísérletezett. Pedig nagy szükség van a reglementációs rendszer kiépítésére, mert egyes kórformák lassanként kitörlődnek a mortalitási statisztikából, miért is gyakoriságuk megállapítása végett hovatovább csak a morbiditási adatgyűjtésekhez fordulhatunk. A morbiditási statisztikák belső értéke állandóan javul, hiszen Löwenstein régebbi és nagyon pesszimista kijelentése szerint is a kettős jelentések csak körülbelül 14%-ban zavarják a statisztika exaktságát. Az emberiségnek szinte a csiraplazmához kötött álszemérme akadályozta meg, hogy a veneriás, úgynevezett »titkos« betegségek bejelentését törvényes uton írják elő. Ez a mai napig csak itt-ott történt meg, holott nagyon jól tudjuk, hogy mind a három idetartozó kórformáról, illetve azok elterjedéséről kizárólag csak a morbiditási statisztika adhatna felvilágosítást. Nem kell itt bővebben indokolnunk, hogy a kankó csak a legritkább esetekben szerepel, mint halálok, a lágyfekély pedig praktikusan nézve a dolgot, sohasem. A mortalitási anyagból, igaz, hogy azt is csak üggyel-bajjal, legfeljebb a szifilisz elterjedettségét számíthatjuk ki. Nem kétséges, hogy becsületes veneriás morbiditási statisztika megteremtését a gyakorlat igényei szinte követelik.

Ennek a megismerésnek messzemenő konzekvenciáit néhány város és néhány állam már évtizedekkel ezelőtt levonta, midőn a veneriás betegedéseket a bejelentésre kötelezett kórtípusok közé sorozta be. Európában a magaskultúrájú északi államok törtek utat ebben az irányban, hiszen Dániában, elsősorban Koppenhágában az orvosoknak már 1854. óta évi, 1875. óta havi és 1888. óta heti jelentésekben kell a veneriás betegségekről beszámolni. Az 1906. esztendő óta már egészen korszerű törvény alapján történik a veneriás betegségek morbiditás regisztrálása. Norvégiában 1874 óta, Finnországban 1879 óta, Svédországban pedig 1912 óta van a veneriás betegedések név nélküli bejelentése megszervezve, de az egyes felsorolt államok néhány városára vonatkozólag még régebbi keletű morbiditási statisztikákat is ismerünk. A világháború megszűnése óta ismét néhány állam akadt, amelyik a veneriás betegedések reglementálását kötelezővé tette, nevezetesen az

Amerikai Egyesült Államok (1918), Lengyelország (1918) és Canada (1918). Ha a gyakorlóorvosok kissé óvatosabban járnak el s a jelentkező beteget faggatják abban a tekintetben, hogy betegségével felkeresett-e már más orvost vagy nem, akkor a kettősjelentéseket is a minimumra sikerül majd leszorítani. Még tökéletesebb anyagot nyerünk, ha az orvosok beküldött jelentéseikben a friss eseteket külön is feltüntetik. De bármilyen nagyok is a nehézségek, mégis a bejelentés megszervezésére kell törekednünk, mert enélkül, mint azt már indokoltuk, a kankó és lágyfekély elterjedettségéről megbízható képet rajzolni egyáltalában nem tudunk.

Az északeurópai államok adatgyüjteményeiből néhány táblát most majd abból a célból reprodukálunk, hogy a folyamatosan gyüjtött adatokból a veneriás betegségek elterjedettségét pontosabban megismerhessük. Koppenhágában 1864 óta, Oslóban 1876 óta állanak az adatok rendelkezésünkre, mint azt 14. számú táblánk előtárja. Mint általános tapasztalást rögzíthetjük, hogy az utóbbi esztendőkben és nagyobb városokban ezer élőre 8—10 kankós, 0·5—0·7 lágyfekélyes és 2·7 szifiliszes, összesen 12—14 veneriás beteg jut. Koppenhága és Oslo eredményei között könnyen érzékelhető eltéréseket találunk, mert Koppenhágában általában magasabbak az indexek. Hogy ez való vagy az adatszolgáltatás differenciájából ered, azt megállapítani nem lehet. Érdekes képet nyerünk, ha az adatgyűjtemény elejéről és végéről emelünk ki átlagindexeket.

	Kankó		Lágyfekély		Szifilisz		Együtt	
	Koppenhága	Oslo	Koppenhága	Oslo	Koppenhága	Oslo	Koppenhága	Oslo
1881—1885	20·1	10·3	5·7	3·1	4·8	3·3	31·8	16·7
1921—1925	10·8	8·8	0·5	0·7	2·7	2·7	14·1	12·3

A felső sor átlagindexeit nem az adatgyűjtés első esztendőiből emeltük ki, mert számoltunk az adatgyűjtés kezdeti nehézségeivel. Az átlagindexek két sora között negyven esztendő fekszik s nagyon meglepő, hogy a két város kezdetben divergáló eredményei mennyire közeledtek egymáshoz. Legkifejezettebben a szifilisz rovatában, hol az arányszámok hajszálra egyeznek. Valószínű, hogy mindkét városban a szifilisz leküzdésére koncentrálták az erőket s egyik helyen, hol a kezdeti stádium rosszabb volt több, a másik helyen, hol a kiindulás jobb volt, természetesen kevesebb eredményt értek el. Akármilyen optimizmussal nézzük a szemeink előtt felvonuló indexeket, mégse merünk azokból abszolut javulást kiolvasni. A régebbi időkben magasabbak voltak az arányszámok, közvetlenül a háború előtt apadás mutatkozott, a háborus évek alatt ezt megint emelkedés váltotta fel, majd ismét apadás következett be. De az utolsó évek indexeihez hasonlóan alacsony arányszámokkal már a kilencvenes esztendőkben is találkozunk s így azt állítani, hogy veneriás betegségek leküzdésének problémája közel van a végleges megoldáshoz, enyhén szólva nagy merészség volna.

14. A veneriás betegedések Koppenhágában és Osloban (‰). — 1864—1926.

Év	Kankó		Lágyfekély		Szifilisz		Veneriás betegségek együtt	
	Koppenhága	Oslo	Koppenhága	Oslo	Koppenhága	Oslo	Koppenhága	Oslo
1864	15·2	—	6·6	—	3·1	—	24·4	—
1865	16·0	—	5·0	—	3·6	—	23·9	—
1866	16·0	—	5·6	—	4·1	—	24·9	—
1867	12·8	—	5·0	—	4·9	—	23·1	—
1868	14·4	—	7·3	—	5·9	—	27·0	—
1869	15·2	—	9·2	—	6·0	—	30·0	—
1870	15·8	—	5·9	—	4·8	—	26·4	—
1871	14·8	—	4·9	—	4·3	—	23·8	—
1872	16·0	—	7·2	—	4·7	—	27·5	—
1873	14·7	—	7·1	—	4·0	—	25·5	—
1874	15·9	—	6·9	—	4·2	—	28·2	—
1875	16·2	—	4·2	—	3·4	—	24·1	—
1876	17·8	7·5	5·3	—	3·3	5·3	26·8	12·8
1877	18·6	8·5	4·6	1·3	3·2	3·1	26·9	12·8
1878	19·6	9·2	3·7	1·4	3·2	3·0	26·8	13·7
1879	19·4	9·7	3·8	2·7	4·1	3·4	27·5	15·8
1880	19·0	11·9	4·0	3·0	4·0	3·9	27·2	18·9
1881	20·0	12·0	5·4	3·5	4·1	4·3	29·8	19·9
1882	22·2	10·5	6·0	5·7	4·2	4·4	32·6	20·7
1883	22·6	10·4	5·1	2·5	4·5	2·6	32·2	15·5
1884	20·7	9·8	6·1	2·1	4·9	2·7	31·69	14·5
1885	21·21	8·9	5·1	1·6	6·6	2·5	32·90	13·2
1886	20·19	8·1	5·5	2·7	7·3	2·3	33·01	13·9
1887	18·25	6·9	3·2	2·5	5·9	2·3	27·31	11·8
1888	17·40	4·1	2·4	0·6	4·1	1·8	23·94	6·6
1889	14·83	4·6	3·1	0·6	3·1	2·3	21·07	7·5
1890	14·02	4·8	2·8	1·6	3·0	3·5	19·88	10·0
1891	12·92	5·1	2·5	1·2	3·1	3·1	18·56	9·5
1892	12·92	6·3	2·4	1·3	2·8	3·7	18·12	11·3
1893	13·52	6·9	2·6	1·7	3·2	3·2	18·66	11·8
1894	12·24	8·0	2·0	1·8	3·6	3·4	17·79	13·2
1895	11·84	8·8	1·3	2·3	4·0	4·2	17·12	15·2
1896	12·41	8·4	1·6	2·3	3·9	4·1	17·69	14·8
1897	12·83	10·8	2·2	2·4	4·2	3·6	19·27	16·9
1898	13·31	10·5	2·2	2·2	4·8	4·0	20·34	16·7
1899	12·53	9·5	1·9	2·4	4·8	3·7	19·21	15·6
1900	12·94	8·9	1·7	2·4	5·0	3·1	19·62	14·4
1901	13·75	8·2	2·4	1·4	5·7	3·0	21·80	12·7
1902	12·69	7·6	1·4	2·0	4·6	2·7	18·63	12·4
1903	12·54	7·8	1·1	2·0	4·3	2·9	17·88	12·7
1904	11·5	6·9	1·1	1·6	3·9	2·6	16·5	11·1
1905	11·4	6·7	1·1	1·3	3·2	2·3	15·6	10·3
1906	11·2	5·4	1·8	0·8	3·3	2·1	16·3	8·2
1907	12·9	4·4	1·7	0·6	4·5	1·8	19·1	6·8
1908	14·2	4·9	2·6	0·9	5·6	2·0	22·3	7·8
1909	13·4	5·2	2·3	0·8	4·9	2·1	20·6	8·1
1910	13·2	5·5	1·8	0·9	5·3	2·1	20·4	8·6
1911	14·0	5·9	1·5	1·4	5·8	2·2	21·2	9·6
1912	12·2	5·5	1·4	0·7	5·0	2·3	18·6	8·5
1913	12·1	5·8	1·1	0·4	3·5	2·5	16·7	8·7
1914	14·1	5·2	1·2	0·7	4·5	2·4	19·8	8·3
1915	14·7	6·1	1·6	1·0	4·6	2·5	20·6	9·7
1916	14·4	7·6	1·7	1·6	4·9	3·5	21·1	12·7
1917	13·5	6·6	1·0	1·1	4·4	3·5	19·1	11·2
1918	15·8	6·0	0·9	1·0	4·4	2·8	21·1	9·8
1919	15·9	7·7	1·2	0·8	5·4	3·6	22·5	12·1
1920	13·1	6·7	1·3	0·8	5·2	2·8	19·4	10·3
1921	11·7	7·5	1·0	0·9	4·4	2·6	17·2	10·9
1922	10·6	7·6	0·6	1·1	2·7	3·1	13·9	11·8
1923	10·9	7·9	0·4	0·6	2·3	2·9	13·6	11·4
1924	10·3	10·6	0·3	0·6	2·1	2·9	12·7	14·0
1925	10·6	10·7	0·2	0·4	2·2	2·3	13·0	13·4
1926	11·4	7·8	0·3	0·2	2·5	1·5	14·2	9·8
1927	—	11·1	—	0·2	—	3·1	—	—

Svédországban is gondosan folyik a veneriás betegségek regisztrálása. Következő táblánk élénken kifejezi, hogy a népességnek települési hely szerint való megoszlása milyen lényegesen befolyásolja a veneriás morbiditást.

15. A veneriás betegedések Svédországban (‰). — 1913—1926.

Év	Stockholm			Svédország			Svédország Stockholm nélkül		
	Szifilisz	Kankó	Lágyfekély	Szifilisz	Kankó	Lágyfekély	Szifilisz	Kankó	Lágyfekély
1913	23·22	134·0	25·5	3·46	18·2	2·6	2·02	9·9	0·9
1914	25·10	147·9	23·5	3·87	18·8	2·5	2·28	9·5	1·0
1915	27·78	151·7	16·6	4·32	19·2	2·2	2·59	9·5	1·1
1916	24·76	160·0	13·1	4·46	21·0	1·9	2·90	10·6	1·0
1917	23·16	159·2	11·3	4·69	21·0	1·9	3·29	10·9	1·2
1918	32·36	195·6	41·4	6·96	28·6	5·4	4·95	15·9	2·7
1919	39·61	154·4	32·4	8·98	35·1	5·7	7·73	25·0	3·7
1920	25·25	116·0	12·2	5·50	25·5	2·1	3·97	18·7	1·3
1921	17·53	108·9	8·2	3·77	21·4	1·4	2·72	14·8	0·9
1922	12·39	94·5	6·0	2·47	18·5	0·8	1·72	12·7	0·4
1923	7·59	94·2	2·3	1·81	17·2	0·5	1·36	11·3	0·3
1924	6·36	91·5	1·4	1·41	16·9	0·4	1·03	11·1	0·3
1925	4·66	96·7	1·9	1·15	18·9	0·4	0·88	12·8	0·3
1926	7·51	100·7	1·2	1·50	20·9	0·4	1·02	14·6	0·3

Stockholmban átlagban hétszer-nyolcszor olyan magasak az indexek, mint az országban, a differencia még inkább kiszélesedik ha az ország indexeit Stockholm nélkül számítják. Objektív szemmel nézve megállapíthatjuk, hogy kontinuensen csak a lágyfekély indexei sorvadnak. És határozottan bebizonyosodik, hogy a kankó és szifilisz arányszámai átmeneti, ugyan kiadós esés után, a legutóbbi esztendőben megint előrelendülnek. De különben is a szifilisz és lágyfekély arányszámai kevésbé apadtak, mint a szifiliszé. Talán Svédországban is minden erőt a szifilisz letörésére koncentráltak. Nem nagyon biztató, hogy a legkevesebb eredményt a vidéken érték el s bizony a vidéken a kankó indexei az utóbbi esztendőkben magasabbak, mint voltak a háborút megelőző években. Ugyanezeket az adatokat, legalább Stockholmra vonatkozólag a legprimitívebb demografiai kombinációban, nemek szerint is módunk van bemutatni.

A népszám eltérései miatt természetesen csak az indexeket vehetjük figyelembe. A kankó indexei egymagában több, mint tizszeresen meghaladják a másik két kórforma arányszámait. Talán Stockholmban is az a felfogás kerekedett felül, hogy a kankó nem életveszélyes megbetegedés, s így minden erővel csak a szifilisz leküzdése felé kell fordulni. Pedig amint IV. fejezetünkben demonstráltuk, a kankó népesedéspolitikai nézőpontból még nagyobb veszedelem, mint a szifilisz.

16. A friss veneriás fertőzések Stockholmban (‰). — 1913—1925.

Év	Szifilisz						Lágyfekély						Kankó					
	fi		nő		összesen		fi		nő		összesen		fi		nő		összesen	
	abs.	‰	abs.	‰	abs.	‰	abs.	‰	abs.	‰	abs.	‰	abs.	‰	abs.	‰	abs.	‰
1913	671	39·7	349	16·9	1.020	27·1	890	52·6	79	3·8	969	25·8	3.813	225·5	1.282	61·9	5.095	135·4
1914	714	41·4	399	18·9	1.113	29·0	781	45·2	112	5·3	893	23·2	4.336	251·2	1.286	60·8	5.622	146·3
1915	792	45·3	454	21·2	1.246	32·0	563	32·2	85	4·0	648	16·6	4.431	253·3	1.485	69·2	5.916	151·9
1916	720	39·8	419	18·8	1.139	28·2	442	24·4	83	3·7	525	13·0	4.631	255·7	1.771	79·6	6.402	158·6
1917	751	40·8	341	15·0	1.092	26·6	362	19·7	102	4·5	464	11·3	4.702	255·6	1.835	80·8	6.537	159·1
1918	1.063	58·0	434	19·3	1.497	36·6	1.415	77·2	282	12·4	1.697	41·3	5.942	324·0	2.078	91·4	8.020	195·2
1919	1.097	59·8	648	28·4	1.745	42·4	1.088	59·3	247	10·8	1.335	32·4	4.568	248·9	1.795	78·6	6.363	194·5
1920	631	33·9	379	16·4	1.010	24·2	365	19·6	99	4·3	464	11·1	3.360	180·5	1.183	51·1	4.543	108·8
1921	495	26·3	205	8·8	700	16·6	273	14·5	49	2·1	322	7·7	3.309	176·1	993	42·6	4.302	102·2
1922	334	17·7	164	7·0	498	11·8	209	11·1	22	0·9	231	5·5	2.860	151·3	901	38·4	3.761	88·8
1923	192	10·0	105	4·5	297	6·9	74	3·9	10	0·4	84	2·0	2.934	153·9	864	36·5	3.798	88·9
1924	164	8·4	85	3·5	249	5·7	42	2·2	6	0·3	48	1·1	2.903	149·7	925	38·5	3.828	88·2
1925	98	5·0	71	2·9	169	3·8	64	3·3	8	0·3	72	1·6	3.129	159·2	976	40·0	4.105	93·2
1926	203	10·2	116	4·7	319	7·1	43	2·2	4	0·2	47	1·0	3.232	161·6	1.097	44·1	4.329	98·4

A férfiak indexei az egész vonalon magasabbak, mint a nőkéi. A fenti adatok is azt demonstrálják, hogy különösen a kankó arányszámai alig $^1/_3$-dal szorultak le, a szifilisz arányszámai már lényegesen javultak, még pedig úgy a férfiak, mint a nők rovatában. Az egészségvédelmi kultúra haladásának leghatározottabb bizonysága, hogy a lágy fekély arányszámai szinte minimumra estek vissza. Mint jellegzetes tünetet kell itt is kiemelnünk, hogy 1926-ban a fenti eredmények szerint a szifilisz és kankó arányszámai még pedig, úgy a férfiakra, mint a nőkre vonatkozólag ismét emelkedő tendenciát jeleznek.

Az antiveneriás küzdelemben a szifilisz elterjedése elleni akción van a súlypont s így természetesen erre vonatkozólag még részletesebb anyagot is találunk.

17. A friss szifiliszfertőzések Stockholmban, százalékokban. — 1919—1925.

Év	Férfiak						Nők					
	Szifilisz I.		Szifilisz II.		Szifilisz		Szifilisz I.		Szifilisz II.		Szifilisz	
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
1919	883	76·4	273	23·6	1.156	100·0	241	36·0	428	64·0	669	100·0
1920	490	71·3	197	28·7	687	100·0	108	29·5	258	70·5	366	100·0
1921	438	79·7	111	20·3	549	100·0	64	33·8	125	66·2	189	100·0
1922	238	75·5	77	24·5	315	100·0	46	30·8	103	69·2	149	100·0
1923	154	84·6	28	15·4	182	100·0	23	24·2	72	75·8	95	100·0
1924	114	73·0	42	27·0	156	100·0	28	35·0	52	65·0	80	100·0
1925	80	82·4	17	17·6	97	100·0	20	29·9	47	70·1	67	100·0

A friss szifiliszesetek 70—80%-át férfiaknál sikerül megfogni, nőknél azonban éppen ennek tükörképét találjuk, mert csak az összes észlelt eseteknek 30%-a jut a friss fertőzésekre. Stockholmban is a nők felvilágosítására kell ezek szerint a propaganda élét irányítani, mert a legtöbb női szifiliszesetet

csak a szifilisz II. stádiumában észlelik, amikoron is már kedvezőtlenebbek a gyógyítás kilátásai. Most még korcsoportok szerinti megoszlásban is bemutathatjuk tíz esztendő átlagában a stockholmi anyagot.

18. A veneriás betegedések Stockholmban, korcsoportok és kórtípusok szerint %-ban. 1915—1925.

Korcsoport	Fi			Nő		
	kankó	lágyfekély	szifilisz	kankó	lágyfekély	szifilisz
15—20	11·2	8·8	7·2	22·0	19·7	23·0
20—25	30·2	28·0	28·8	36·4	32·6	36·0
25—30	27·5	27·7	31·1	22·7	21·8	23·1
30—40	25·4	28·8	26·9	15·7	20·8	14·2
40—50	5·6	6·8	6·0	3·2	5·0	3·7

Ezek az adatok nem hagynak fenn kétséget az iránt, hogy a nők fertőződése túlnyomó részben korábban következik be, mint a férfiaké, viszont a harmincadik életév után a veneriás fertőződések gyakorisága a nőknél már erősen csökken.

A rokon Finnországban, melynek magas egészségügyi kultúrájára büszkék lehetünk, már 1879 óta foglalkoznak a veneriás morbidítás regisztrálásával. Helyszűke miatt azonban csak a legutóbbi esztendőkre vonatkozó adatokat soroljuk elő.

19. A friss veneriás betegedések Finnországban. — 1925—1927.

Megnevezés	1925		1926		1927	
	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰
	a) *Szifilisz.*					
Városokban	1.173	21·3	1.029	18·7	1.390	25·3
Vidéken	321	1·1	321	1·1	448	1·5
Együtt	1.494	4·2	1.350	3·8	1.838	5·2
	b) *Kankó.*					
Városokban	6.822	124·0	6.752	122·7	7.826	142·3
Vidéken	2.195	7·3	2.214	7·4	2.870	9·6
Együtt	9.017	25·4	8.966	25·3	10.696	38·1
	c) *Lágyfekély.*					
Városokban	1.175	21·4	1.307	23·8	1.912	34·8
Vidéken	315	1·1	262	0·9	354	6·2
Együtt	1.490	4·2	1.569	4·4	2.266	6·4

Ezek az adatok éppen ékes bizonyságai annak, hogy a friss veneriás betegségek száma az utóbbi esztendőkben megint emelkedik. Ez a táblázat is demonstrálja, hogy a város és vidék veneriás morbiditási indexei között milyen hatalmas eltérés van, de azt is láthatjuk, hogy nemcsak a városok, hanem a vidék arányszámai is emelkedő jellegűek. Ez újabb bizonyítéka annak, hogy a veneriás betegségek leküzdése ma is élő, meg nem oldott, aktuális probléma.

A veneriás betegségek gyakoriságának megállapításával foglalkozunk, de főleg a városokra vagyunk tekintettel, miért is a messzebb multba visszapillantó adatokat Finnország fővárosára, Helsingforsra vonatkozólag is összeszedtünk.

20. A veneriás betegségek Helsingforsban (‰). — 1913—1926.

Év	Friss szifilisz			Heveny kankó			Lágyfekély		
	fi	nő	összesen	fi	nő	összesen	fi	nő	összesen
1913	3·7	2·1	2·8	11·8	8·4	10·0	1·5	0·5	1·0
1914	2·9	2·0	2·4	10·1	8·6	9·4	2·0	0·5	1·2
1915	3·7	1·3	2·4	14·9	8·9	11·8	3·7	0·4	1·9
1916	4·2	1·8	2·9	19·3	10·0	14·3	6·4	0·7	3·3
1917	6·9	2·5	4·5	23·8	8·5	15·6	13·5	2·6	7·7
1918	6·9	2·5	4·6	17·0	11·3	14·0	8·9	1·5	4·8
1919	7·2	3·8	5·4	15·8	9·1	12·3	6·5	2·0	4·1
1920	4·6	2·4	3·4	15·2	7·7	11·2	3·2	0·9	1·9
1921	2·9	1·9	2·4	14·7	9·6	12·0	1·9	0·6	1·2
1922	2·4	1·5	1·9	15·4	11·7	13·5	2·1	0·4	1·2
1923	1·8	1·3	1·6	13·9	10·0	11·8	2·1	0·5	1·2
1924	2·6	1·1	1·8	21·2	11·1	15·7	3·0	0·5	1·7
1925	2·7	1·3	1·9	20·5	9·8	14·5	4·0	0·6	2·1
1926	2·2	0·9	1·5	21·3	—	13·9	5·5	0·7	3·9

Itt megint sok érdekes megfigyelésre nyílik alkalmunk! Szembeötlik először is, hogy a férfiak friss szifiliszes esetei kevésbbé csökkentek, mint a nőké, de a nemek figyelembe vétele nélkül 1926-ban már megint emelkedő jellegű az arányszám. A kankó indexei háború előtti viszonyokhoz mérve meg éppen 100%-os gyarapodást jelentenek a férfiak rovatában. A nők arányszámai ezzel szemben apadók, de a nemek figyelembe vétele nélkül számított indexek ismét emelkedésről tesznek tanuságot. A lágyfekély rubrikájában ugyancsak a férfiak indexei emelkedtek, a nőké sülyedtek megfigyelésünk ideje alatt, de általában itt is emelkedés mutatkozik. Ez azt a látszatot kelti, hogy a nők jóval enyhébben szerepelnek a promiscuitásban, mely általában sok férfi és aránylag kevesebb nő között zajlik le.

Norvégiában 1876 óta kötelező a veneriás betegek név nélküli bejelentése. Haustein nyomán 1913-tól 1925-ig módunk van ennek eredményeit is bemutatni.

21. A veneriás betegedések Norvégiában (‰). — 1913—1925.

Év	Kankó	Szifilisz	Lágyfekély	Az összes nemi betegségek
1913	2·21	0·65	0·14	2·98
1914	2·00	0·64	0·16	2·80
1915	2·24	0·71	0·18	3·12
1916	2·67	0·85	0·20	3·72
1917	2·23	0·92	0·22	3·37
1918	1·69	0·80	0·19	2·94
1919	2·35	0·92	0·19	2·67
1920	1·93	0·75	0·15	2·83
1921	1·73	0·69	0·16	2·58
1922	1·97	0·60	0·19	2·75
1923	1·96	0·55	0·12	2·58
1924	2·35	0·58	0·13	3·07
1925	2·37	0·54	0·11	3·01

A fenti táblában felsorakozó indexek nagyjából megegyeznek a már eddig látott arányszámokkal és csak az a feltűnő, hogy az indexek emelkedése a kankó rovatában már 1924-ben megindult. És tekintve, hogy a veneriás morbiditásban számszerűleg a kankó dominál, természetesen az összes esetek rovatában látható indexek is így alakulnak. Sajnos nem kelthet optimizmust bennünk annak megismerése, hogy a kankó arányszámai még Norvégiában is magasabbak voltak 1924 és 1925-ben, mint 1913-ban. Oslónak, Norvégia fővárosának veneriás morbidítását már az előzőkben reprodukáltuk s így most ehelyett inkább Hausteinnak egyik igen érdekes tabelláját másoljuk le.

22. A friss szifiliszben történt megbetegedések Norvégiában és Oslóban (‰). — 1877—1922.

Megnevezés	Oslo	Norvégia	Megjegyzés
1877—1879	32	8·6	1879-től kezdve nagy gazdasági fellendülés, melynek csúcspontja 1882, 1887—1888 gazdasági krízis.
1880—1883	38	10·3	
1884—1889	23	7·3	
1890—1895	35	9·9	
1896—1901	36	9·9	1895-től 1900-ig nagy gazdasági fellendülés, 1900—1903 súlyos válság
1902—1908	23	7·2	
1909—1915	23	6·8	
1916—1919	34	8·7	Nagy konjunktúra a világháború alatt.
1920—1922	28	6·8	

Már a III. fejezetben kifejtettük, hogy a veneriás morbiditás a gazdasági helyzettel milyen harmónikusan változik s erre a fenti táblázat adataiban most még újabb dokumentumokat terjesztünk elő. Nemcsak a városban, hanem a vidéken is tüstént emelkedik a veneriás morbiditás, amint emelkedik a konjunktúra és azonnal süllyed, amint bekövetkezik a gazdasági pangás. Tehát a veneriás morbiditás hullámzását nem a véletlen játékos kedve, hanem a javult gyógyítási lehetőségek a gondozási rendszer fejlődése mellett elsősorban a gazdasági közviszonyok igazítják.

Dániában a veneriás betegségek reglementálása — amint említettük — legmesszebbre nyúlik vissza! Évi jelentések formájában már 1854 óta feljegyzik a veneriás betegedéseket, de legújabban, 1915 május 10 óta vasárnaptól szombatig terjedő egyheti időtartamot felölelő jelentések kötelezők.

Hausteinnak kitűnő munkájában találtuk a következő 23. számú tabellába foglalt eredményeket, melyek a népességnek és veneriás betegedéseknek települési hely szerinti százalékos megoszlását illusztrálják. Sok örömünk nem telhetik ezekben az adatokban, mert míg az urbanizáció terjedéséről nyerünk képet, addig kiderül, hogy ennek ellenére a veneriás betegedéseknek mind nagyobb kontingense jut a vidéki városokra, illetve a vidékre általában.

23. A népesség, valamint a veneriás betegedések megoszlása települési hely szerint Dániában. 1911—1924.

Megnevezés	Koppenhágában %	Vidéki városokban %	Vidéken %
Népesség 1911-ben	21	19	60
Szifiliszesetek	78	18	4
Kankóesetek (1905—1914)	71	23	6
Lágyfekélyesetek	80	16	4
Népesség 1922-ben	17	25	58
Szifiliszesetek	60	30	10
Kankóesetek (1920—1924)	58	33	9
Lágyfekélyesetek	69	25	6

Tehát Dániában is indokolt, hogy az antiveneriás küzdelem a vidékre is intenzívebben kiterjesztessék. Dániában nagyon diszciplinálva van az adatszolgáltatás, ezért még néhány onnan származó tábla reprodukcióját szükségesnek tartjuk.

24. A friss kankó esetei települési hely szerint Dániában. — 1900—1927.

Év	Koppenhága		Egyéb városok		Vidék		Dánia	
	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰
1900	4.632	12·94	1.094	2·0	301	0·19	6.027	2·4
1901	5.238	13·75	1.119	2·0	277	0·18	6.634	2·7
1902	5.216	12·69	1.220	2·2	255	0·16	6.691	2·7
1903	5.230	12·54	1.233	2·2	282	0·18	6.745	2·6
1904	4.861	11·5	1.370	2·3	264	0·17	6.495	2·5
1905	4.849	11·4	1.295	2·2	346	0·22	6.490	2·5
1906	4.848	11·2	1.525	2·5	348	0·22	6.721	2·5
1907	5.684	12·9	1.702	2·8	368	0·23	7.754	2·9
1908	6.320	14·2	1.771	2·9	398	0·25	8.489	3·1
1909	6.029	13·4	1.746	2·8	406	0·28	8.181	3·0
1910	6.076	13·2	1.989	3·1	488	0·29	8.553	3·1
1911	6.500	14·0	2.316	3·6	497	0·29	9.313	3·3
1912	5.786	12·2	2.058	3·1	511	0·30	8.355	2·9
1913	5.860	12·1	2.473	3·8	517	0·30	8.850	3·1
1914	6.931	14·1	2.241	3·2	627	1·37	9.799	3·4
1915	7.220	14·7	2.750	3·9	780	0·46	10.750	3·7
1916	7.342	14·4	2.831	4·0	710	0·41	11.883	3·7
1917	7.067	13·5	3.260	4·5	806	0·46	11.133	4·4
1918	8.530	15·8	4.472	6·0	1.163	0·66	14.165	4·6
1919	8.783	15·9	4.557	6·1	1.167	0·66	14.507	4·7
1920	7.279	13·1	3.527	4·6	927	0·52	11.733	3·8
1921	6.584	11·7	3.521	4·2	1.077	0·56	11.182	3·4
1922	6.067	10·6	3.403	4·0	996	0·52	10.466	3·1
1923	6.241	10·9	3.796	4·5	1.078	0·56	11.115	3·3
1924	6.015	10·3	3.913	4·8	1.112	0·56	11.050	3·2
1925	6.234	10·6	—	—	—	—	—	—
1926	6.737	11·4	—	—	—	—	—	—
1927	[1]) 2.894	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Januártól júniusig.

Koppenhágában a kankó arányszáma minimálisan javult, de ezzel szemben az egyéb városokban több, mint száz százalékkal emelkedett. A vidék rovatában is nagyjából százszázalékos emelkedést kell konstatálnunk. Ebből folyik azután, hogy Dánia kankós megbetegedési arányszáma 1900-tól 1924-ig majdnem ötven százalékkal növekedett. A vidéki városok indexei általában a felét se érik el Koppenhága arányszámainak, mégis nagyon komoly megfontolásra késztet, hogy éppen itt látjuk a több, mint százszázalékos emelkedést. Dániában tehát az antiveneriás küzdelem a fővárosban nem is mérsékelt sikert elért a kankó arányszámának lefékezésében, de ugyanakkor az egyéb városok és a vidék arányszámai száz, illetve ötven percenttel növekedtek s így az országos index is felszökött. Ilyen körülmények között tehát a veneriás probléma elintézettségéről beszélni egyáltalában nem lehet.

Hasonló gondossággal dolgozzák fel Dániában a lágyfekélyes eseteket is!

25. A friss lágyfekély esetei Dániában, települési hely szerint. — 1900—1927.

Év	Koppenhága		Egyéb városok		Vidék		Dánia	
	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰
1900	592	1·7	140	0·26	42	0·02	774	0·31
1901	896	2·4	201	0·30	75	0·05	1.172	0·48
1902	568	1·4	240	0·43	38	0·02	846	0·34
1903	438	1·1	165	0·29	28	0·01	631	0·25
1904	485	1·1	140	0·24	41	0·02	666	0·25
1905	447	1·1	143	0·24	26	0·01	616	0·24
1906	795	1·8	126	0·21	26	0·01	947	0·35
1907	728	1·7	117	0·19	35	0·02	880	0·33
1908	1.164	2·6	165	0·26	50	0·03	1.379	0·52
1909	1.034	2·3	151	0·24	37	0·02	1.222	0·45
1910	848	1·8	128	0·20	46	0·02	1.022	0·37
1911	692	1·5	145	0·22	33	0·02	870	0·31
1912	670	1·4	160	0·24	39	0·02	869	0·31
1913	518	1·1	188	0·28	42	0·02	748	0·28
1914	596	1·2	182	0·27	67	0·04	845	0·29
1915	779	1·6	231	0·32	74	0·04	1.084	0·37
1916	863	1·7	313	0·44	60	0·03	1.236	0·42
1917	544	1·0	160	0·22	42	0·02	746	0·25
1918	494	0·9	179	0·24	61	0·03	734	0·24
1919	684	1·2	251	0·33	44	0·02	979	0·31
1920	732	1·3	233	0·30	32	0·01	997	0·32
1921	571	1·0	149	0·18	51	0·03	771	0·23
1922	337	0·6	127	0·15	38	0·02	502	0·14
1923	253	0·4	117	0·14	34	0·02	404	0·12
1924	178	0·3	105	0·13	23	0·01	306	0·09
1925	137	0·2	—	—	—	—	—	—
1926	153	0·3	—	—	—	—	—	—
1927	[1] 63	—	—	—	—	—	—	—

A lágyfekély gyakorisága az egész vonalon megapadt, ami azonban kisebb jelentőségű esemény, mert a lágyfekély enyhe jellegű és mint tudjuk elég hamar és maradandó károsodás nélkül gyógyuló kórforma.

[1]) Januártól júniusig.

Mindenesetre megemlítendő, hogy az arányszám csökkenése legkifejezettebb éppen a legmagasabb kezdeti arányszámmal excelláló Koppenhága rovatában volt.

26. A friss szifilisz esetei Dániában, települési hely szerint. — 1900—1927.

Év	Koppenhága		Egyéb városok		Vidék		Dánia	
	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰
1900	1.799	5·0	384	0·73	131	0·08	2.314	0·95
1901	2.171	5·7	398	0·71	151	0·09	2.720	1.11
1902	1.853	4·6	403	0·72	128	0·08	2.404	0·96
1903	1.787	4·3	368	0·65	135	0·09	2.290	0·91
1904	1.667	3·9	360	0·63	123	0·08	2.150	0·85
1905	1.376	3·2	328	0·55	104	0·06	1.802	0·70
1906	1.422	3·3	345	0·58	104	0·06	1.871	0·72
1907	1.971	4·5	455	0·75	107	0·06	2.533	0·96
1908	2.473	5·6	565	0·91	175	0·11	3.211	1·21
1909	2.213	4·9	447	0·71	149	0·09	2.813	1·05
1910	2.454	5·3	540	0·84	164	0·10	3.109	1·14
1911	2.696	5·8	599	0·92	185	0·11	3.480	1·26
1912	2.383	5·0	758	1·15	204	0·12	3.141	1·13
1913	1.713	3·5	784	1·16	163	0·12	2.497	0·87
1914	2.214	4·5	819	1·20	211	0·11	3.033	1·06
1915	2.275	4·6	1.023	1·45	223	0·13	3.298	1·10
1916	2.498	4·9	1.366	1·94	253	0·15	3.864	1.32
1917	2.321	4·4	1.291	1·79	286	0·17	3.612	1·22
1918	2.364	4·4	1.420	1·96	316	0·18	3.784	1·25
1919	2.981	5·4	1.490	2·00	295	0·16	4.471	1·46
1920	2.879	5·2	1.450	1·89	339	0·19	4.329	1·40
1921	2.496	4·4	1.050	1·27	409	0·22	3.955	1·20
1922	1.515	2·7	773	0·92	323	0·17	2.611	0·79
1923	1.338	2·3	851	1·09	307	0·16	2.496	0·75
1924	1.245	2·1	740	0·88	227	0·12	2.212	0·66
1925	1.279	2·2	—	—	—	—	—	—
1926	1.511	2·5	—	—	—	—	—	—
1927	[1]) 623	—	—	—	—	—	—	—

A friss szifilisz eseteit huszonkét évre visszamenőleg regisztráló táblánk nagyon hasonló helyzetet rögzít, mint amelyet a kankó tabelláján már láthattunk. Itt is érzékelhető csökkenésről csakis Koppenhága rovatában lehet szó, viszont az egyéb városok, valamint a vidék rubrikájában az indexek újabban ismét emelkedésnek lendülnek. Ezért azután az országos arányszámok apadása is lemérséklődik.

Eddig ebben a fejezetben a veneriás morbiditási statisztika szükségességét domborítottuk ki, majd továbbmenve ismertettük azokat a törekvéseket, melyek ilyen adatgyüjtemények előteremtésére irányultak. Főleg külföldi közleményekre támaszkodva bemutattuk azokat az eredményeket, melyek becslés, a kórházi betegforgalom elemzése, illetve időszaki felvételek útján igyekeztek a veneriás betegségek elterjedettségét illusztrálni. S végül alaposabban foglalkoztunk az északeurópai államoknak már hosszabb

[1]) Januártól júniusig.

időre visszamenő állandó jellegű adatgyüjtéseivel. Ezekből általában azt a következtetést vonhattuk le, hogy a friss kankóesetek száma a nagyobb városokban 13·0‰ körül, a lágyfekélyesekké 1·0‰ körül s végül a szifiliszeseteké 2‰ körül mozog. Az eddigi adatgyüjtések meglehetősen divergálók s az egyes államok, az egyes városok indexeit összevetni ezidőszerint még alig lehet. Ha a Société internacionale contre le péril vénerien akciója ezeknek egységesítésére tényleg sikerre vezet, akkor ebben a tekintetben is lényegesen előbbre jutunk. Nem elég, ha csak a bejelentés kodifikálására törekszünk, mert egyúttal azt is kívánnunk kell, hogy a bejelentés kritériumai egységesen legyenek előírva.

Most az a kötelességünk, hogy az előzőkben elmondottak alapján mindazt az anyagot előtárjuk, mely a székesfőváros veneriás morbiditásáról nyujthat tájékoztatást. Egyes magyar orvosok széles látókörét igazolja, hogy a szifilisznek a székesfővárosban való elterjedettségét már 1882-ben olyan beható kutatás tárgyává tették, melyet még a német szakirodalomban is sűrűn citálnak. Ekkor jelent meg ugyanis Jurkiny Emil értékes munkája, mellyel behatóbban kell foglalkoznunk. Jurkiny rámutatott arra, hogy hivatalos adatgyüjtés nem folyik, miért is egyéni akcióval kell ehhez a kérdéshez közelebb férközni. Erre nagy szükség van, mert Oesterlen szerint a szifilisz terjedése és intenzitása párhuzamos a társadalmi, anyagi és erkölcsi sülyedéssel. Jurkiny szerint még a rendőri intézkedések meglazulásával is. Az 1872—1881. évi kórházi adatokat gyüjtötte Jurkiny össze s úgy véli, hogy ezzel az esetek $^1/_3$-át sikerült megfognia. Azt hangsúlyozza, hogy a jóbbmóduak között, kik magánúton kezeltetik magukat, igen gyakori ez a kórforma, de mégis elsősorban a szegények között kell a terjedését megfogni, mert ez a társadalomcsoport a veneriás betegségek terjedésének igazi, termékeny talaja. A kórházi adatgyüjtemény nézete szerint azért értékes, mert éppen ezeket az eseteket gyüjti össze. Jurkiny adatgyüjtésében a «bujakór» elnevezés alatt a veneriás megbetegedések együtt értendők.

Jurkiny kiszámította a kórházban ápolt veneriás betegek számszerű növekedését, illetve apadását a nemek figyelembe vétele mellett. A veneriás kórházi morbiditást azután a legkedvezőbbnek látszó 1875. évi eredménnyel vetette össze. Adatokat keresett a gyermekek veneriás betegedésének megvilágítására, de foglalkozott a katonák morbiditásának megvilágításával is. Kereste továbbá a népszámnak és a veneriás morbiditásnak összefüggését s igyekezett a veneriás morbiditás arányszámait is, legalább megközelítőleg kiszámítani. A szifilisznek alkati bujakór néven külön gondossággal ad táblájában helyet s a szifiliszmorbiditást az 1873. évi eredményhez méri. Foglalkozott ezenkívül Jurkiny a puella publicák szaporodásával is s ennek kapcsán kereste, hogy a férfiak veneriás fertőzéséből százalékban mennyi esik a nem bordélyházi bujakóros nőkre. S végül a házasságkötéseket is a veneriás morbiditás eredményeivel állította párhuzamba. Jurkiny eredményeit a 27. számú tabellákban kissé a

haladottabb statisztikai módszerbeli követelményeknek megfelelő tagozásban adjuk elő.

A táblázatban *a)* pont alatt a Szt. Rókus-, a Szt. János-, az Irgalmasok s az Izraelita-kórházakban ápolt bujakóros férfiak száma szerepel. Az 1875. évben a legkevesebb (1277), az 1881. évben a legtöbb (2739), tíz év alatt összesen 19.279 férfibeteget ápoltak. A *b)* pont alatt a beteg nők vannak feljegyezve! A legkevesebb nőt ugyancsak 1873-ban (1356), a legtöbbet szintén 1879-ben (2076), tíz év alatt összesen 17.792 nőt gyógyítottak a kórházakban. Ebből folyik, hogy a legkevesebb felnőtt 1875-ben (2806), a legtöbb 1881-ben volt ápolásban, tíz esztendő leforgása alatt összesen 37.071 beteg. A gyermekek veneriás megbetegedéseinek gyakoriságát Jurkiny a Stefánia szegénygyermek-kórház, valamint a Kövér és Faludi rendelőintézetek anyaga alapján igyekezett megfigyelni. A gyermekek bujakórjának szaporodását észlelte, amennyiben 1873-ban 189, 1880-ban már 308 beteg gyermeket ápoltak, tíz év alatt összesen 2351 gyermeket. Ez bizonyára csak nagyon csekély töredék volt. Az *a)*, *b)*, *d)*, *e)* és *f)* pontok összeadása után kitűnik, hogy tíz év alatt a budapesti kórházakban 39.422, kereken 40.000 bujakóros beteget gyógyítottak.

A Szt. Rókus- és az Izraelita-kórházak anyagát pontosabban is szét lehetett bontani. Ebből a következő kép alakul ki:

Fi	Minimum	Maximum	Nő	Minimum	Maximum
Kankó	1875	1881	Kankó	1875	1878
Lágyfekély	1875	1881	Lágyfekély	1873	1876
Szifilisz	1873	1881	Szifilisz	1873	1881

Együtt	Minimum	Maximum
Kankó	1875	1881
Lágyfekély	1873	1879
Szifilisz	1873	1881

Tehát míg a férfiak rovatában mind a három kórtípus gyakorisága 1881-ig kontinuensen gyarapodik, addig a nőknél csak a szifiliszesetek száma szaporodott folyamatosan. Jurkiny igen tanulságosnak tartotta, hogy a bordélyházi nők morbiditása apadt, a nem bordélyháziaké emelkedett. Ma már ebből semmiféle következtetést se vonhatnánk. Jól tudjuk ugyanis, hogy friss bordélyházi eset azért volt kevesebb, mert az ott élő kéjnők már szinte kivétel nélkül idülten betegek voltak. Jurkiny megfigyelésének idejében a modern embervásárlásnak se lehetett konjunktúrája, mert hiszen a testvérvárosok egyesítése óta 1881-ig a bordélyok száma 64-ről 50-re, a bordélyházi kéjnőké 1876-tól 1881-ig 298-ról 241-re apadt.

A budapesti katonakórházakban is szaporodott a veneriás betegedések száma, mert míg 1872-ben a betegnek 9·7%-a, addig 1881-ben 17·1%-a szenvedett veneriás bajokban. A kulmináció 1878—1879-ben volt, mindenesetre a boszniai okkupáció következményeképpen.

27. A bujakór a fővárosban. 1872—1881.

Megnevezés	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	Összesen
a) Bujakóros férfit ápoltak.											
Rókus-kórházban	1.274	1.060	973	868	1.004	1.291	1.610	1.787	1.988	2.126	13.981
János-kórházban	50	62	72	75	114	223	213	218	317	289	1.633
Irgalmasok kórházában	277	356	271	247	292	247	208	181	242	183	2.504
Izraelita-kórházban	125	123	85	87	119	108	109	113	151	141	1.161
Összesen	**1.726**	**1.601**	**1.401**	**1.277**	**1.529**	**1.869**	**2.140**	**2.299**	**2.698**	**2.739**	**19.279**
b) Bujakóros nőt ápoltak.											
Rókus-kórházban	1.601	1.176	1.387	1.365	1.582	1.593	1.868	1.891	1.761	1.745	15.969
János-kórházban	148	143	142	151	162	241	172	166	131	134	1.590
Irgalmasok kórházában	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Izraelita-kórházban	28	37	21	13	21	10	23	19	36	25	233
Összesen	**1.777**	**1.356**	**1.550**	**1.529**	**1.765**	**1.844**	**2.063**	**2.076**	**1.928**	**1.904**	**17.792**
c) Felnőttek bujakórja összesen.											
Fi—nő együtt	3.503	2.957	2.951	2.806	3.294	3.713	4.203	4.375	4.626	4.643	37.071
d) Öröklött bujakór.											
Gyermekkórházban	104	114	110	90	136	107	107	70	154	115	1.107
Faludi-intézetben	27	19	39	27	18	22	24	22	23	28	249
Kövér-intézetben	—	—	—	—	7	8	11	12	20	31	89
e) Függölyök.											
Gyermekkórházban	10	0	0	18	22	12	20	26	28	23	159
Faludi-intézetben	4	2	1	4	2	3	4	10	8	6	44
Kövér-intézetben	—	—	—	—	0	2	2	3	5	2	14
f) Ujszülöttek szemtakárja.											
Gyermekkórházban	57	50	49	49	64	72	70	69	55	74	60
Faludi-intézetben	7	4	4	5	12	2	0	10	13	11	6
Kövér-intézetben	—	—	—	—	2	2	3	1	2	2	1
g) Bujakóros gyermekek száma.											
Összesen	209	189	203	193	263	230	241	223	308	292	2.351
h) A kimutatott bujakórosok.											
Összesen	3.712	3.146	3.154	2.999	3.557	3.943	4.444	4.598	4.934	4.935	39.422
i) A Rókus- és Izraelita-kórház kimutatásai szerint.											
Takáros férfi	—	405	357	229	398	590	672	601	785	798	4.835
Lágyfekélyes férfi	—	481	364	389	327	348	475	657	607	738	4.386
Alkati bujakóros férfi	—	297	337	337	398	461	572	642	747	731	4.522
Takáros nő	—	630	615	542	648	782	864	754	633	746	6.214
Lágyfekélyes nő	—	314	436	454	659	445	480	631	654	457	4.530
Alkati bujakóros nő	—	269	357	382	296	376	547	526	510	567	3.830
Takáros összesen	—	**1.035**	**972**	**771**	**1.046**	**1.372**	**1.536**	**1.355**	**1.418**	**1.544**	**11.049**
Lágyfekélyes összesen	—	**795**	**800**	**843**	**986**	**793**	**955**	**1.288**	**1.261**	**1.195**	**8.912**
Alkati bujakóros összesen	—	**566**	**694**	**719**	**694**	**837**	**1.119**	**1.168**	**1.257**	**1.298**	**8.356**
j) A bujakóros nők közül.											
Bordélyházi	694	563	463	463	433	492	708	741	690	628	6.035
Egyéb	1.083	793	1.087	1.066	1.332	1.352	1.355	1.335	1.238	1.276	11.917
k) Az engedélyezett bordélyházak száma.											
Összesen	—	—	64	53	67	67	54	50	49	50	—
l) A bejegyzett kéjnők száma.											
Összesen	—	—	?	?	298	288	281	265	258	241	—
m) A 16. sz. katonai-kórház betegei közül bujakóros volt.											
%	9·65	11·18	13·46	10·72	18·13	16·39	24·86	20·24	14·26	17·06	—

27. A bujakór a fővárosban. 1872—1881. — (Vége.)

Megnevezés	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	Összesen
					n) *A bujakóros férfiak száma hány %-kal nőtt.*						
Az előző évhez mérve...	—	— 7·24	—12·49	— 8·84	+19·73	+22·23	+14·49	+ 7·43	+ 17·31	+ 1·51	—
1875-höz mérve.....	+35·16	+25·37	+ 9·71	—	+19·73	+46·36	+67·58	+80·03	+111.26	+114.48	—
					o) *A bujakóros nők száma hány %-kal nőtt.*						
Az előző évhez mérve...	—	—23·74	+14·30	— 1·35	+15·30	+ 4·47	+11·87	+ 0·63	— 7·12	— 1·24	—
1875-höz mérve	+16·21	—11·31	+ 1·37	—	+15·30	+20·60	+34·92	+35·64	+26·09	+24·52	—
					ö) *A bujakórosok száma hány %-kal nőtt.*						
Az előző évhez mérve...	—	—15·59	— 0·20	— 4·91	+17·39	+12·72	+13·19	+ 4·09	+5 ·73	+ 0·36	—
1875-höz mérve	+24·83	+ 5·37	+ 5·17	—	+17·39	+32·32	+49·78	+55·95	+64·86	+65·47	—
					p) *A Rókus- és Izraelita-kórház betegeinek hány %-a volt bujakóros.*						
%	—	21·66	28·08	30·81	25·09	27·87	30·99	30·64	31·93	32·14	—
					q) *1873-hoz viszonyítva milyen az emelkedés.*						
Alkati bujakóros férfiaknál	—	—	13·46	13·46	34·00	55·21	92·59	116·16	151·51	146·12	—
Alkati bujakóros nőknél.	—	—	32·49	42·00	10·03	39·77	103·30	95·53	89·58	110·78	—
Együtt	—	—	**23·61**	**27·03**	**23·61**	**47·98**	**97·70**	**106·85**	**122·09**	**129·32**	—
					r) *Hány bujakóros megbetegedés jut egy bordélyházra.*						
Abszolút	—	—	7·23	8·73	6·46	7·32	13·11	14·82	14·07	12·56	—
					s) *Hány kórházi bujakóros beteg jut 1000 lakosra.*						
%	12·5	10·3	10·1	9·3	10·8	11·7	12·8	12·9	13·6	13·3	—
					t) *A lakosság száma.*						
Abszolút	296.587	304.806	313.025	321.244	329.463	337.682	345.901	354.120	362.339	370.767	—
					u) *1875-höz mérve hány bujakórosnak kellene lennie a népszám szerint.*						
Abszolút	—	—	—	2.999	3.086	3.173	3.260	3.347	3.434	3.521	—
					ü) *Hány van a valóságban.*						
Abszolút	—	—	—	2.999	3.557	3.943	4.444	4.598	4.934	4.935	—
					v) *Eltérés %-ban.*						
%	—	—	—	—	15·2	24·2	36·3	37·4	43·6	40·1	—
					w) *A gyermekek bujakórja 1875-höz mérve.*						
%	8·28	2·07	5·49	—	36·26	19·16	25·02	15·54	59·58	51·29	—
					ű) *100 nem bordélyházi megbetegedésre hány férfibeteg jut.*						
%	159·3	201·7	128·9	119·2	114·4	138·3	157·9	164·6	217·9	214·6	—
					y) *1875 óta hány %-kal nőtt a nem bordélyházi bujakóros nők száma.*						
%	—	—	—	—	24·95	26·62	27·11	25·18	16·13	19·69	—
					z) *A házasságkötések száma.*						
Abszolút	—	—	2.525	2.429	2.412	2.295	2.374	2.822	2.894	3.145	—

Az *n)*, *o)* és *ö)* pontok alatt felsorakozó számokból kiderül a veneriás morbiditás évenkénti és a legalacsonyabbhoz mért emelkedése. A férfiak rovatában az 1875. évi eredményhez mérve 1881-ben 114·5%, a nők rovatában 24·5% az emelkedés. A nemek megkülönböztetése nélkül 65·5%. A Szt. Rókus- és Izraelita-kórház betegeinek 1873-ban 21·7%-a volt bujakóros, 1881-ben már 32·1%-a, különösen az alkati bujakórban (szifiliszben) szenvedett férfiak száma emelkedett ijesztően az 1881. évre 146·1%-ra, a nő betegeké viszont 110·8%-kal, az 1873. évi eredményhez mérve. A nemek megkülönböztetése nélkül az emelkedés 1873-tól 1881-ig 129·3%-ra rúgott. Jurkiny szerint 1874-ben egy bordélyházra 7·2, 1881-ben már 12·6 veneriás megbetegedés jutott. A kórházi veneriás morbiditás indexe 1000 élőre esztendőnként 9·3—13·6‰ között váltakozott, de állandóan emelkedő jelleggel. Most megint három érdekes pont következik a tabellában: *u)*, *ü)*, *v)*. Itt ismerjük meg, hogy a bujakóros betegek számának növekedése jóval meghaladta a népszám gyarapodását. A gyermekek bujakórja is terjedőben van az 1875. évi eredményhez viszonyítva, mely 1881-re 51·3%-kal emelkedett. És morális szempontból se lehetett megnyugtató, hogy 100 nem bordélyházi megbetegedésre 1872-ben 159·3, 1881-ben már 214·6 férfibeteg jutott. Egyetlen vígasztaló momentum volt, hogy a megfigyelés ideje alatt a nem bordélyházi bujakóros nők száma valamit csökkent. Jurkiny végül a házasságkötések számát is felsorolta összefoglaló tabellájában, aminek eredményeiből azonban különösebb következtetéseket nem tudunk vonni.

Nézzük most Jurkiny konkluzióit! Ma se változtathatunk azon a megállapításán, hogy 1875-től 1881-ig a veneriás betegségek száma emelkedett, különösen a férfiak rovatában. A gyermekek között, valamint a katonák között is feltartóztathatatlanul terjedt a bujakór. A bujakór terjedésének fokmérőjéül Jurkiny az alkati bujakór (szifilisz) adatait tekintette s ezekből azt következtette, hogy 1881-ben körülbelül 12.000 ember senyvedett bujakórban. Nagyon messzelátó szemmel állapította meg, hogy míg a bejegyzett kéjnők száma apadt, addig a titkosoké több ezerre emelkedett. Erélyes intézkedéseket sürgetett a kószáló kéjnők, a virágárusnők és cselédek megrendszabályozására, szükség esetén, egészen modern felfogás szerint, kényszerű orvoslására. Érvelését nyomatékkal támasztja alá, midőn kimutatja, hogy 10 év alatt egy-egy betegre 25 frt ápolási költséget számítva, kereken egymillió frt kiadás terhelte az állampénztárt.

Néhány esztendő mulva Marschalko Tamás professzor ugyancsak a kórházak betegforgalmát vette vizsgálódás alá és hasonló következtetésekre jutott, mint Jurkiny. Az 1895. év adatai arra a következtetésekre késztették, hogy a veneriás betegedések száma veszedelmesen emelkedik. Az emelkedés különösen a férfiak rovatára esik s mindenekelőtt éppen a legsúlyosabb kórtípus, a szifilisz esetei szaporodtak, sőt, ha ezeket a népességre vonatkoztatjuk, akkor egyenesen elképesztő eredményre bukkanunk.

Ugyancsak 1895-ben publikálta Török Lajos nagyobbszabású és a fővárosi betegpénztár anyagán végzett kutatásain alapuló munkáját. Török tanár hangsúlyozta, hogy a szifilisz terjedését, fertőzési forrásait, gyakoriságát meg kell ismernünk ahhoz, hogy hatályos védekezést inaugurálhassunk. Az illusztris szerző annál inkább szólhatott hozzá a kérdéshez, mert az általános munkásbetegsegélyző pénztár 1891-ben rendelőintézetet állított fel, melynek vezetését Török Lajosra bízták. Török csak a friss eseteket figyelte s azt igyekezett megállapítani, hogy bizonyos számú munkás közül hány inficiálódott. Az infekció utáni időtől a beteg pusztulásáig sokszor kevés panaszt okoz a szifilisz s így a beteg ezalatt nem keres fel orvost. Ezért nehéz a szifilisz valóságos elterjedettségét pontosabban megállapítani. A jelentkező friss esetekből legalább annyit kiolvashatunk, hogy évenként hány infekció esik bizonyos számú munkásra. A szerző világos meglátással említi, hogy a Dob-utcai rendelő még a munkásbetegeket se gyüjthette teljesen össze, mert sok munkás lakásától messze esett, miért is sokan kórházban, kuruzslóknál vagy barátoknál kerestek tanácsot vagy egyáltalában indolensen viselkedtek. A nők általában ritkábban veszik észre az infekciót. Szeméremérzetük is visszatartja őket az orvoslás keresésétől, ami azután egyszerűen magyarázza, hogy a munkásnők morbiditása relatíve alacsonyabb. Mindezek az okok a szerző véleménye szerint 50%-ban devalválják az adatgyüjtést. Török adatai szerint:

Év	Tagok száma			Friss infekciók száma		
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt
1892	23.500	6.500	30.000	124	5	129
1893	36.000	8.700	44.700	138	10	148
1894	36.000	8.700	44.700	120	3	123

A férfiak és nők száma közel egyenlő volt a székesfővárosban, tehát a női eseteket a férfiakkal egyenlő számú női tagra kellett átszámolni. Így 1892-ben 124 fi, 24 nő, 1893-ban pedig 138 fi és 42 nő betegedett meg friss szifiliszben. A munkásosztályra vonatkozólag megállapítható, hogy évenként 2·5—2·9‰, férfiaknál 4·0—5·3‰ volt a szifiliszmorbiditás arányszáma.

Török eredményeit az össznépességre is átszámította, figyelembe véve, hogy a pénztári tagok a 12—70 korévek közé estek. Budapesten 1894-ben kereken 552.000 lélek élt s ebből a 12 éven aluliakat (103.687) és a 70 éven felülieket (9207) levonva maradt kereken 440.000 lélek, melynek praktikusan véve fele fi és fele nő. Tehát legalacsonyabb számítással felvehetjük, hogy a 12—70 éves férfilakosságból évenként 880—1166, középértékben 1023 fertőződik szifilisszel (4—5‰). A nemek megkülönböztetése nélkül pedig 1100—1276, középértékben 1188 fertőződik (2·5—2·9‰). És mivel az infekció utáni három esztendőre számíthatjuk a ragályos kóros elváltozásokat — természetesen 1894-ben —, feltehető, hogy háromszor annyi a fertőzőképes egyének száma. És pedig körülbelül 3069, 12—70 éves korú férfi vagy

általában 3564 12—70 éves korú egyén. Minden 71-dik 12—70 éves korú férfi és minden 123-dik egyén volt a számítás szerint legalább időközönként a szifiliszes fertőzés terjesztője. Nem kellett sokat latolgatni ezután ahhoz, hogy a székesfőváros népességének az 1894. év előtti harminc esztendős népszaporodását 300.000 főnyinek véve kiderüljön, hogy Budapest 220.000 főnyi 12—70 éves férfilakosa közül minden 22-ik, tehát 10.462 és 440.000 lakosa közül minden 36-dik, tehát összesen 12.150 szifiliszben szenved vagy szenvedett. Ez a legoptimisztikusabb számítás s Török szerint minden bizonnyal csak fele a valóságnak.

Nem lehet azonban az ilyen nagyon zárt társadalomcsoportokra vonatkozó adatgyüjtéseket minden megfontolás nélkül általánosítani. A munkások között mindenesetre nagyobb volt a nyomor és lazábbak voltak az erkölcsök, amit a zsúfoltság csak előmozdított. Török azonban beigazolta, hogy más társadalomcsoportban is hasonló eredmények adódnak. Sikerült megállapítania, hogy 1894-ben 5000 egyetemi hallgató közül friss szifilisszel 33 jelentkezett, tehát 6·6‰. Ez a szám körülbelül megfelel a 18—28 éves munkásokról talált 7—8‰ indexnek. Török adatai szerint 94 beteg közül (ebből 32 egyetemi hallgató) 57 bordélyban vagy puella publicánál, 9 cselédnél (5 munkás és 4 egyetemi hallgató), 3 munkásnőtől, 1 pincérnőtől, 1 nevelőnőtől, 1 közvetve pipa által kapta a fertőzést, 11 beteg nem tudott vagy nem akart választ adni. Tehát 56 esetben (60·5%) kéjnő volt a fertőzés forrása. A lágyfekély 56 esetében 42-szer (78·5%) ugyancsak puella publica volt a fertőzés oka s végül 57 kankó esetében 46-szor, tehát 86·3%-ban. Tehát 206 veneriás fertőződés esetében 154-szer, 75%-ban bejegyzett prostituált, 13%-ban titkos kéjnő volt a fertőzés forrása. A többségben tehát »orvosi felügyelet« alatt álló kéjnő volt joggal a fertőzés közvetítésével gyanúsítható. Róna Sámuel 1891-ben 60 esetből 30-szor, 1892-ben 172-ből 97-szer puella publicában találta a fertőzés forrását. A legrosszabb a helyzet a bordélyos kéjnőknél, mert 100 bordélyosra 122 infekció, 100 bárcásra csak 71 jutott. Még érdekesebbek a következő adatok:

Év	Bordélyosok létszám	Bordélyosok betegedés	Bordélyosok %	Magánkéjnők létszám	Magánkéjnők betegedés	Magánkéjnők %	Összes létszám	Összes Betegedés	Összes %
1888	—	—	—	—	—	—	349	538	154
1884	—	—	—	—	—	—	406	638	157
1885	407	469	115	224	255	114	631	724	115
1886	500	585	117	161	66	41	661	651	98
1887	540	725	134	203	94	46	743	819	110

A bordélyosok között több volt a betegedés, mint a bárcások között. A betegedések fele esett lágyfekélyre, $^1/_3$-a kankóra s $^1/_8$-a szifiliszre. Ez az akkori orvosi ellenőrzés értékét nagyon leszállította. — Persze ma a prostitució ragályterjesztésének ügye egészen másként áll!

Török azt javasolta, hogy minden kerületben állítsanak fel rendelőintézetet, még pedig jól dotált orvosok alkalmazásával. A kéjnőket arcképes igazolvánnyal lássák el s a vizsgálatot elmulasztókat súlyosan büntessék s minden olyan kéjnőt, ki beteg, azonnal szállítsanak kórházba. Fontosnak tartotta még annak kiemelését is, hogy a vizsgálatok ellenőrzését elismert szakemberre bízzák.

Az 1896. évben Török, Friedrich Vilmossal a két legnagyobb betegpénztár anyagát dolgozta fel. A pénztári tagok létszáma kereken 100.000 volt akkor, Budapest lakosságának körülbelül egyhatoda, de egyötöde a 12—70 éves korosztályúaknak. A 96.449 tag közül veneriás bajjal fertőződött 1·7%, ebből kankóval 0·91%, lágyfekéllyel 0·55%, szifilisszel 0·23%. Érdekes, hogy nálunk is a szifiliszes fertőzések száma csökkent 1892-től 1896-ig, mint azt az alanti adatok mutatják:

Év	Biztosított tagok száma	Szifilisz esetek	%-ban
1892	30.000	148	0·49
1893	44.700	170	0·38
1894	46.314	128	0·29
1895	49.532	100	0·20
1896	49.485	85	0·17

Az 1896. évben Jurkiny Emil újabb érdekes közleménye jelent meg, mely újból kiemeli a veneriás morbiditás pontos megismerésének szükségességét. Panaszolja, hogy a kötelező adatszolgáltatás hiányában még halvány fogalmat se lehet alkotni a veneriás bajok elterjedettségéről. Különösen a kórházi betegforgalmi kimutatások értéke gyenge, mert az egyes veneriás bajok a sebészi osztályok jelentéseiben szerepelnek (herelob, hólyaglob, gége-, torok-, szájfekély stb.) A nők veneriás betegedései közül is sok elsikkad a női osztályok jelentéseiben (méhlob, hólyaglob, petefészek-, méhkörüli gyulladás stb.) A szifilisz különösen sok felé kerül, mert orr-, száj-, torokfekély, iritis, retinitis, csontbajok, agybajok, bőrbajok néven oszlik szét. Így azután szóba se kerülhet az esetek pontosabb klinikai taglalása (friss, idült bajok) vagy éppen a demográfiai kombinációk szerint való feldolgozása. Még abban is sok a hiba, hogy míg a prostituáltakra vonatkozó adatokat a rendőrség gyüjti, addig a katonaság morbiditási adatai a honvédelmi minisztériumba jutnak, viszont a vasúti, hajózási és postaszemélyzet veneriás morbiditásáról legfeljebb a kereskedelmi minisztérium lehet valamennyire tájékozódva. Jurkiny nyomatékosan hangsúlyozza, hogy a veneriás betegségeknek más fertőző bajokhoz hasonló reglementálásáról szó sem lehet. Ezt azzal indokolja, hogy a névszerinti bejelentés kötelezővé tétele a betegeket elijesztené az orvosoktól s azok csak a kuruzslók zsákmányaivá lennének. A betegek rapszódikus vándorlása is bizonyára sok kettős jelentést váltana ki.

Jurkiny 1896-ban azt javasolta, hogy az eseteket negyedéves kimutatásokban foglalják össze, melyhez az adatokat a rendőrség, a kórházak, a rendelőintézetek, a betegpénztárak a katonaság s végül a törvényhatóságok szolgáltatják s amelyeket mind együtt a belügyminisztérium közegészségügyi főosztályában dolgoznának fel. A rendőrség jelentése kiterjeszkednék a kéjnők számára, a bordélytelepek számára s közölné, hogy hány orvos végzi az ellenőrzést s azok hány beteget találtak. Ugyancsak beszámolna a rendőrség jelentése a letartóztatott nők és férfiak vizsgálatának eredményeiről s azoknak a baj kórjellege, valamint életkor, nem, családi állapot és foglalkozás szerint való tagozódásáról. A kórházak ugyancsak negyedévenként jelentenék, hogy hány férfi és nő, valamint, hogy hány bordélyos vagy magánkéjnő állott kezelésük alatt, természetesen kiegészítve ezt az egyszerű demográfiai adatokkal is. A kankó rovatában külön feljegyezve a genitális és a szemre lokalizálódó eseteket, szifilisznél pedig lehetőség szerint a kórfolyamat stádiumát is. Hasonló jelentésekre lettek volna Jurkiny szerint a klinikák és más rendelőintézetek is kötelezve, valamint a betegsegélyző pénztáraktól is ugyancsak ilyen szempontok szerint követelték volna az anyagot. A törvényhatóságok is közölték volna a hatósági orvosok által kezelt veneriás betegek számát. A katonaságnál részben a sorozások alkalmával, részben az időközi betegedések kapcsán lehetett volna adatokat gyüjteni s azokat negyedévenként bejelenteni. Jurkiny nézete szerint ez a rendszer az eseteknek körülbelül háromnegyedrészét összefogta volna s nagyjából tájékoztatott volna arról, hogy az ország melyik részében a legsürgősebb a hatósági beavatkozás kimélyítése.

Ezután a veneriás betegségek elterjedésével foglalkozó nagyobb közleményt hosszú időkön át nem produkált a magyar szakirodalom. Csak Nékám professzor említi, hogy 1905. évi január hó 15-én 38.041 polgári és 1540 katonai betegre kiterjeszkedő próba adatgyüjtés történt, melynek részletes eredményét azonban nem találtuk meg. Valamivel később 1913-ban 89 közkórházban lefolytatott adatgyüjtés alapján kitűnt, hogy 271.505 beteg közül 30.455 volt bujakóros (11·2%), akik az összes 5,661.784 kórházi ápolási napból 801.599 napot foglaltak le (14·1%), tehát az egy betegre eső átlagos ápolási idővel szemben (20·1 nap), jóval többet vettek igénybe (26·3 nap.) Nékám tanár ugyancsak 1913-ban a kórházakhoz kiküldött kérdőívek alapján igyekezett tájékoztató adatokat szerezni. A nyert eredmény szerint 1913-ban 56.167 nemibeteg polgári egyén volt kórházi kezelés alatt. Mivel klinikáján minden kórházi betegre 7·74 ambuláns beteg jutott, Nékám Nagy-Magyarországon 1913-ban 434.732-re becsülte a veneriás betegek számát.

A világháború alatt a veneriás morbiditás megfigyelésének kérdését Török Lajos is megint napirendre tűzte, amidőn kiemelte, hogy a veneriás betegségek nemcsak a katonaság, hanem a polgári lakosság körében is vesze-

delmesen elterjedtek. Állítását a poliklinika bőrbeteg osztályáról vett adataival igazolta, melyek ezt a képet tüntették fel:

	1913	1914	1915
Szifilisz primaria	88	83	160
Szifilisz szekundaria ..	423	399	478
Szifilisz tertiaria	9	8	14
Lágyfekély	221	194	410
Rüh	319	542	1.011
Összes bőrbetegek	**4.651**	**5.601**	**5.702**

A szifilisz rovatában az 1914. évi átmeneti csökkenés után 1915-ben már hatalmas emelkedést láttunk. Török azonban figyelmeztetett arra, hogy a veneriás betegedések szaporodását csak zárt tömegen lehet demonstrálni. És semmiesetre se elég a kórházak és rendelőintézetek anyagát a népszámmal elosztani. Sok a hibaforrás, mert a beteg több rendelőben is megfordulhat s nemcsak a vidéki betegek rontják az anyag értékét, de az is bizonyos, hogy új rendelők betegforgalma idővel természetesen növekedik. A magánorvosok akkoriban tekintélyes betegforgalma pedig teljesen hiányzik az ilyen gyüjteményekből.

Éppen ezért Török professzor 1916-ban is régi módszerének alkalmazásával a Ferenc József betegsegélyző pénztár anyagán végzett számításokat. Eredményeit így foglalta össze:

	Férfiak			Nők		
	1913	1914	1915	1913	1914	1915
Tagok száma	27.945	26.759	21.427	9.648	10.244	11.360
Bőrbetegek száma	2.817	3.353	2.120	857	886	977
Összes szifiliszesetek	396	511	407	11	27	28
Friss szifilisz esetek	127	157	215	4	10	13
Először észlelt régi szifilisz esetek	81	84	49	5	3	10
Friss fertőzések a taglétszám %-ában .	0·45	0·58	0·99	0·041	0·097	0·114
Friss fertőzések az összes szifilisz esetek %-ában	32·0	30·0	52·0	36·0	37·0	46·4
Az összes szifilisz esetek a taglétszám %-ában	1·42	1·74	1·89	0·11	0·26	0·24

A tagok feleségeire vonatkozó adatok:

	1913	1914	1915
Friss szifiliszfertőzések száma	5	7	5
Először jelentkezett régebbi szifilisz esetek .	3	7	12
Az összes szifilisz esetek	12	18	23
Az összes bőrbetegek száma	213	346	257

Ezek az eredmények mégis tájékoztatnak, mert a hibaforrások évről-évre azonosak. A friss esetek száma megkétszereződött, férfiaknál 0·45%-ról 0·99%-ra, a régi esetek száma viszont a taglétszám apadásával párhuzamosan esett vissza. Míg az 1895. évben megállapította Török, hogy a 12—70 éves férfi lakosság 0·4—0·5%-a inficiálódik évenként, addig 1916-ban már azt konsta-

tálta, hogy a fertőzés viszonyszáma megkétszereződött, tehát minden 35-dik férfi időnként szifilisszel fertőzhet. És figyelmeztet arra is, hogy a hazaözönlő katonák töméntelen fertőzést fognak hazahozni. Már Bayet előtt arra hívta fel Török a figyelmet, hogy az antiveneriás küzdelem kulcsa a betegek szakszerű kezelésében rejlik, miért is a kórházakat és rendelőintézeteket fejleszteni kell.

Ezzel a székesfővárosra vonatkozó kórházi betegforgalmi adatok tárgyalását befejeztük, de később még az ambulanciák kontinuens forgalmára illetve az 1928. évi nagyszabású felvétel eredményeire még visszatérünk. Most azonban előbb néhány adatot sorolunk fel, mely ugyancsak a szifilisz elterjedettségét illusztrálja. Szentkirályi kezdeményezésein felbuzdulva, Vigh Ágoston, a II. sz. belklinika beteganyagán végzett tömegee Wassermann-vizsgálatokat. Vigh vizsgálatai 10.000 fekvő- és járóbetegre vonatkoznak. A 10.000 esetből 4937 volt fekvő és 5063 járóbeteg. A főeredményeket a következő táblában szemléltetjük.

28. A budapesti II. sz. belklinikán végzett 10.000 Wassermann-vizsgálat eredményei Vigh szerint. — 1919—1926.

Év	A vizsgált esetek száma	Negatív esetek száma		Pozitív esetek száma		Kétes esetek száma	
		abszolút	%	abszolút	%	abszolút	%
1919	209	141	67·5	63	30·1	5	2·4
1920	866	479	55·4	245	28·2	142	16·4
1921	1.021	640	62·7	279	27·4	102	9·9
1922	1.051	798	75·9	180	17·3	73	7·0
1923	1.415	977	69.0	294	21·0	144	10·0
1924	1.485	1.122	75·6	257	17·3	106	7·1
1925	1.953	1.409	72·2	403	20·6	141	7·2
1926	2.000	1.548	77·4	341	17·1	111	5·5
Összesen ..	**10.000**	**7.114**	**72·1**	**2.062**	**20·6**	**824**	**8·2**

A 10.000 vizsgált esetből tehát 2062 eset volt pozitív és 824 kétes. A pozitív esetek száma az 1919—1921. években feltűnően sok volt, azóta valamivel kevesebb. A 2886 esetből

+ + + +	pozitív volt	1.090	37·8%
+ + +	pozitív «	415	14·4%
+ +	pozitív «	557	19·3%
+	pozitív «	664	23·0%
±	kétes «	160	5·5%
	Összesen	**2.886**	**100·0%**

A fekvőbetegek anyagából Vigh a következő adatokat állapította meg:

Év	A vizsgált vérek száma	A pozitív és kétes esetek %-ban
1919	106	20·4
1920	428	40·8
1921	434	28·7
1922	529	14·7
1923	692	24·2
1924	736	19·8
1925	897	21·9
1926	1.115	15·5

Vigh kimutatta, hogy a vizsgálatok számát növelve, nem csökkent eléggé a pozitív esetek száma. Az 1919—1926. években 9088 beteget ápoltak a klinikán s az eddigi eredményeket a betegforgalomra vonatkoztatva Vigh a következő képet nyerte:

Év	A pozitív vérek száma %-ban	A kétes vérek száma %-ban	Együtt %-ban
1919	5·1	1·2	6·3
1920	8·3	5·3	13·6
1921	7·6	2·4	10·0
1922	4·6	1·5	6·1
1923	7·7	3·9	11·6
1924	6·9	3·3	10·2
1925	10·7	3·3	14·0
1926	9·8	2·7	12·5

A betegforgalommal együtt növekedett a pozitív esetek száma. Ezek az adatok természetesen csak belosztályra vonatkoznak, más szakmában bizonyára más lenne az eredmény. Vigh 1919-ben a betegek 34%-át vizsgálta s akkor kapott legkevesebb pozitiv eredményt a betegforgalomhoz mérve; 1920-ban már a betegek 37·8%-át s a pozitivitás arányszáma kétszer akkora volt. Vigh az 1923—1926. esztendők adatait veszi alapul, midőn átlagot számít, mely szerint a pozitív esetek aránya 8·8%, a kéteseké 3·3%, együtt 12·1%. Az 1926. évben 12·5% volt az eredmény. Vigh adatai szerint tehát a belgyógyászat körébe eső betegeknek 12—13%-a volt szifiliszes.

Most annak a hatalmas anyagnak ismertetésére térünk át, melyet a budapesti Pázmány Péter tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának harminc esztendős betegforgalma reprezentál. Az anyagot, melyet György szedett ki a klinika évkönyveiből néhány terjedelmes táblában van alkalmunk bemutatni. A 29. számú tábla a férfiak kankós megbetegedéseit foglalja össze. A betegforgalom a békeévekben meglehetősen egyöntetű volt, az emelkedés azonban már az első háborús esztendőben megindult s a kulmináció 1919-ben következett be. Azóta a békenívónál

jóval magasabban standardizálódott a kankós féribetegek forgalma. A harminc esztendő leforgása alatt összesen 24.570 kankós férfibeteg fordult meg a klinikán. A 30. számú tábla a kankós nőbetegforgalomról tájékoztat, de lényegesen kisebb adatokat tár elő, hiszen a bőr- és nemikórtani klinikán harminc év alatt csak 448 kankós nőbeteg fordult meg. Ez a tapasztalás is mutatja, hogy az antiveneriás propagandát elsősorban a női nemre kell koncentrálni, annak ellenére, hogy a nőgyógyászati klinikákat nagyobb tömeg kankós nőbeteg keresi fel. Ilyen apró számokból semmiféle következtetésnek sincs helye. A Nékám-klinikán lágyfekélyes megbetegedésük miatt megfordult férfiak száma már a békeesztendőkben is élénk eltolódásokat mutat. A határozott emelkedés 1915-ben lesz észrevehető s a kulmináció éve ugyancsak 1919. Azóta 1924-ig magas a betegforgalom nívója, de 1925-től kezdve a lágyfekélyes férfibetegek száma eddig még nem látott mélypontra zuhant le. Az 1898—1927. esztendőben összesen 8786 lágyfekélyben szenvedő férfit gyógyítottak a klinikán. A lágyfekélyes nőbetegforgalom, úgy mint a kankó táblájában, rapszódikusan változó s nagyon alacsony számokat gyüjt össze, hiszen a harminc év alatt csak 537 nőbeteg jelentkezett lágyfekéllyel. A 33. és 34. számú táblákban a veleszületett szifiliszben szenvedett betegek vannak regisztrálva. De ennek az anyagnak nincs különösebb jelentősége, mert ezeket a betegeket inkább a kórházak és a gyermekklinika betegforgalmi kimutatásában találnánk meg. Az 1898—1927. esztendők alatt csak 187 fi és 223 nőbeteg került észlelésre veleszületett szifilisz miatt. A 35. számú tábla eredmnyei szerint harminc év alatt aklinikán 22.658 szifiliszben szenvedő férfibeteg állott kezelésben. A klinika szifiliszes férfibetegforgalma 1910-ben standardizálódott magasabban s 1911 éppen a kiugró adatot mutató esztendő. A háborús morbiditás felfokozódása 1916-ban vehető észre, mely azután 1919-ben érte el a kulminációt, azóta a betegforgalom lassan apadt, de a legutóbb regisztrált 1927. év eredménye már megint felfelé mutat. A szifiliszes nőbetegforgalom, mely 36. számú táblánkban szemlélhető, 10.180 esetet gyüjt össze. A szifiliszes nőbetegforgalom ugyancsak 1910-ben kezd emelkedni, tehát azt a látszatot kelti, hogy abban a diagnosztika tökéletesedése is közrejátszott volna. A háború hatását az 1916. év eredményén konstatálhatjuk, de a kulmináció 1920-ra tolódott ki. Azóta az esetek számszerű csökkenése 1927-ig állandó.

A budapesti bőr és nemikórtani klinika betegforgalmi adatai nagyon alkalmasak a veneriás morbiditás korcsoportok szerint való megoszlásának tanulmányozására. Ezért a 37. számú táblában a harminc esztendő eredményeit foglaltuk össze. A kankós férfibetegek az alacsony korcsoportokban ritkaság számba mennek s csak a 17—18 évesek rovatában kezd a százalékos viszonyszám növekedni, mely azután a 21—25 és 26—30 évesek rubrikájában éri el maximumát s onnan már gyors esést mutat. Tehát a kankó a 21—30 éves férfiak tipikus betegsége.

29. A kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem bőrgyógyászati klinikájának kankós férfibetegforgalma. — 1898—1927.

Év	Fi	Hónapos 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Éves 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1898	467	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
1899	550	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
1900	628	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1
1901	477	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1
1902	537	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
1903	593	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
1904	494	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	1
1905	467	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
1906	744	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	2	—	3
1907	526	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	2	—	—	1	—	—
1908	710	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—
1909	626	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	1	—	—
1910	540	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—
1911	409	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	2
1912	431	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1	—	1
1913	469	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
1914	781	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1915	708	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
1916	887	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—
1917	921	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1918	1.267	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	3
1919	2.124	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	3
1920	993	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	1
1921	1.541	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	2	11
1922	1.237	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	1	—	2	—
1923	974	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1	1	2	—	2	—	2	1
1924	1.200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	4	1	2	1	1
1925	1.170	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
1926	1.099	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1
1927	1.000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	2	2	—	—	—
Összesen ...	24.570	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	14	4	3	2	5	6	11	18	22	13	23	36
%	100·0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0·0	0·0	0·1	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·1	0·1	0·1	0·1	0·2

Év	éves 15	16	17	18	19	20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80	Ismeretlen-korú
1898	3	4	13	23	33	42	151	94	43	25	13	3	1	—	2	3	—	—	10
1899	2	3	13	25	38	46	206	120	54	26	7	4	1	3	1	—	—	—	—
1900	1	2	14	28	38	46	228	138	67	37	17	7	2	—	—	—	—	—	1
1901	1	5	3	8	35	22	55	171	91	42	17	4	—	2	2	—	—	—	14
1902	—	2	19	27	32	50	175	110	62	34	7	5	4	5	1	1	—	1	1
1903	3	8	30	35	35	52	183	120	66	23	24	6	3	—	—	—	—	—	3
1904	2	6	9	24	28	34	190	95	50	24	12	3	2	—	—	—	1	—	8
1905	1	6	17	24	15	54	157	113	41	17	11	4	1	1	1	—	—	1	3
1906	3	13	17	40	61	67	251	157	66	36	15	2	1	2	1	—	1	—	2
1907	—	9	12	41	33	21	178	111	52	40	10	4	1	3	1	1	1	—	2
1908	1	5	12	34	37	70	285	136	59	30	18	6	4	—	—	—	—	—	9
1909	2	4	14	38	44	52	214	137	60	26	9	5	1	1	—	—	—	—	14
1910	—	2	6	18	27	54	195	127	46	30	8	10	2	2	—	—	2	—	4
1911	2	7	10	20	43	30	134	86	36	8	6	8	3	3	2	1	1	—	3
1912	3	5	12	15	29	38	143	89	34	24	8	11	3	4	—	1	—	1	5
1913	3	3	8	22	27	7	184	83	55	33	23	9	5	1	1	—	—	1	1
1914	—	8	25	42	54	80	247	156	75	44	24	14	5	2	3	—	—	—	2
1915	7	9	37	49	61	56	209	107	66	50	16	18	3	5	3	3	1	—	3
1916	1	25	53	62	67	58	261	154	87	52	33	12	11	3	3	1	—	—	1
1917	5	11	47	82	46	64	308	176	97	37	21	19	8	—	—	—	—	—	—
1918	8	12	51	79	80	105	442	254	116	68	23	10	3	2	1	—	—	3	4
1919	1	10	32	70	140	168	911	450	197	80	36	14	9	—	—	—	—	—	—
1920	4	6	20	56	77	83	361	174	99	56	27	15	2	—	2	1	—	—	—
1921	5	19	43	85	104	146	570	302	123	79	26	13	3	4	—	—	—	1	—
1922	1	16	26	69	85	107	477	225	117	53	31	14	9	1	—	—	—	—	—
1923	—	6	15	42	70	103	368	196	76	46	15	10	6	5	2	—	—	—	1
1924	2	10	23	42	58	91	489	260	104	55	24	17	7	4	2	1	1	—	—
1925	7	11	15	36	68	64	474	256	103	73	26	16	6	4	4	3	2	—	—
1926	1	9	14	48	64	73	426	233	114	57	23	11	6	6	4	2	1	1	—
1927	—	9	11	29	52	49	351	247	112	67	33	16	10	3	3	1	—	—	—
Összesen ...	68	245	621	1.213	1.581	1.932	8.823	5.077	2.368	1.272	583	290	122	66	39	19	11	9	91
%	0·3	1·0	2·5	4·9	6·4	7·9	35·9	20·6	9·6	5·2	2·3	1·2	0·5	0·3	0·2	0·1	0·0	0·0	0·4

30. A kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem bőrgyógyászati klinikájának kankós nőbetegforgalma. — 1898—1927.

Év	Nő	Hónapos												Éves												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1898	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1899	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1900	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1901	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1902	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1903	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1904	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1905	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1906	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1907	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
1908	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1909	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1910	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
1911	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1912	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1913	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
1914	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1915	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1916	106	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
1917	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1918	37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1919	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1920	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1921	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1922	41	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
1923	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
1924	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1925	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1926	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1927	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Összesen ...	448	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	—	—	1	2	1	2	3	—	—	—	4
%	100·0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0·7	0·2	0·9	—	—	0·2	0·5	0·2	0·5	0·7	—	—	—	0·9

Év	Éves																			Ismeretlen-korú
	15	16	17	18	19	20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80		
1898	—	—	—	2	2	2	3	1	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—		—
1899	—	—	—	—	—	1	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1900	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—		—
1901	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1902	—	1	—	—	—	—	4	3	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—		—
1903	—	—	1	—	2	1	2	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1904	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1905	—	—	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1906	—	2	—	—	—	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1907	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		1
1908	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—		1
1909	—	—	—	1	1	—	2	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1910	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—		—
1911	—	—	2	1	2	3	4	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1912	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1913	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1914	—	—	—	3	1	2	2	5	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1915	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1916	—	4	1	10	7	6	31	25	11	6	—	3	—	—	—	—	—	—		—
1917	—	—	—	—	1	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1918	—	—	3	3	2	3	15	6	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—		—
1919	—	1	3	2	1	3	10	11	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—		—
1920	—	—	—	1	1	1	4	7	4	2	—	—	—	—	—	1	—	—		—
1921	—	—	—	—	2	—	8	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—		—
1922	—	—	—	1	4	3	18	8	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—		—
1923	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1924	—	—	—	1	—	—	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1925	—	—	—	—	2	1	3	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—		—
1926	—	—	2	3	1	3	1	2	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—		—
1927	1	—	—	—	—	—	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
Összesen ...	2	8	13	32	33	34	128	93	50	16	7	6	1	1	—	1	1	—		2
%	0·5	1·8	2·9	7·1	7·1	7·6	28·6	20·8	11·1	3·6	1·5	1·3	0·2	0·2	—	0·2	0·2	—		0·5

31. A kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem bőrgyógyászati klinikájának lágyfekélyes férfibetegforgalma. — 1898—1927.

Év	Fl	Hónapos 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Éves 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1898	193	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1899	260	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1900	162	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1901	163	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
1902	325	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
1903	269	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1904	296	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—
1905	221	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
1906	321	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1907	280	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1908	309	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
1909	207	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
1910	186	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
1911	62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
1912	181	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
1913	137	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1914	190	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
1915	459	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1916	364	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
1917	526	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	2
1918	660	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	3	—	1	—	3
1919	1037	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1920	466	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
1921	359	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1922	402	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1923	291	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1924	260	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	3	—
1925	81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1926	82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
1927	37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen	8786	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	1	1	1	1	3	4	6	3	3	8	10
%	100·0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0·0	0·0	—	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·1	0·1	0·0	0·0	0·1	0·1

Év	Éves 15	16	17	18	19	20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80	Ismeretlen korú
1898	1	1	6	4	14	18	88	31	17	3	4	1	—	1	4	—	—	—	—
1899	—	1	7	12	20	26	99	60	21	9	3	—	1	—	—	—	—	—	1
1900	—	1	3	7	13	17	69	32	7	6	5	1	—	—	—	—	—	—	1
1901	—	1	4	7	10	20	60	29	19	3	5	—	—	1	1	—	—	2	—
1902	—	4	2	12	21	28	137	60	22	21	6	3	1	4	—	—	—	1	1
1903	1	2	1	13	13	22	105	60	27	11	3	6	2	1	—	—	—	—	2
1904	—	2	5	9	26	23	111	58	26	15	5	2	6	1	—	—	—	—	4
1905	1	—	6	12	14	25	94	36	15	6	6	1	—	1	1	—	—	1	1
1906	1	3	1	22	20	25	121	73	36	11	3	—	2	2	—	—	—	—	—
1907	—	1	2	9	24	33	115	48	18	16	6	2	2	3	1	—	—	—	—
1908	1	1	6	12	13	33	108	75	28	14	6	1	3	—	—	—	—	—	6
1909	—	1	1	13	8	20	79	37	18	14	1	4	—	1	—	1	1	—	6
1910	1	—	1	4	11	18	74	38	12	9	6	4	—	—	1	5	—	—	—
1911	1	—	2	1	2	2	13	9	9	5	3	6	—	3	1	—	—	1	—
1912	—	3	2	9	16	15	42	48	17	10	9	1	4	—	—	—	—	1	3
1913	1	2	4	8	9	54	28	10	8	4	5	—	—	1	—	—	—	—	3
1914	—	3	4	8	17	11	63	44	16	7	4	8	2	—	—	1	—	—	1
1915	4	9	18	33	31	40	142	85	37	24	19	11	4	1	1	—	—	—	—
1916	2	5	12	19	22	31	120	60	37	21	18	6	4	3	1	—	—	1	1
1917	1	2	27	33	30	21	142	144	62	22	14	10	6	4	3	—	1	—	—
1918	9	34	34	48	54	227	129	57	23	20	11	2	1	2	—	—	—	—	—
1919	1	6	19	30	75	94	457	222	79	28	9	10	4	3	—	—	—	—	—
1920	3	5	10	28	31	48	150	126	34	13	7	3	3	2	1	—	—	—	—
1921	1	2	9	15	29	28	125	61	49	19	12	5	1	1	2	—	—	—	—
1922	2	1	16	16	13	32	138	84	67	20	10	2	—	—	—	—	—	—	—
1923	—	—	4	19	27	30	111	50	29	11	1	3	1	1	—	1	—	—	1
1924	—	3	11	10	6	22	91	55	25	15	11	5	—	—	—	—	—	—	1
1925	1	—	1	1	4	8	31	13	7	7	2	3	2	1	—	—	—	—	—
1926	1	—	—	2	5	3	32	20	8	3	2	2	1	1	—	1	—	—	—
1927	—	—	—	—	1	3	12	11	6	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—
Összesen	33	93	218	416	579	977	3.086	1.736	779	368	197	102	51	38	17	10	2	7	32
%	0·4	1·1	2·5	4·7	6·6	11·1	35·1	19·8	8·9	4·2	2·2	1·2	0·6	0·4	0·2	0·1	0·0	0·1	0·4

32. A kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem bőrgyógyászati klinikájának lágyfekélyes nőbetegforgalma. — 1898—1927.

Év	Nő	Hónapos												Éves												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1898	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1899	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1900	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1901	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1902	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1903	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1904	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1905	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1906	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1907	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1908	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1909	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1910	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1911	44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
1912	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1913	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1914	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1915	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1916	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1917	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1918	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1919	78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1920	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1921	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1922	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1923	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1924	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1925	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1926	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1927	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen	537	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3
%	100·0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0·2	—	—	—	—	—	0·2	—	—	—	—	—	—	0·5

Év	Éves																				Ismeretlen korú
	15	16	17	18	19	20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80			
1898	—	—	—	—	—	1	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1899	—	—	—	—	—	—	1	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1900	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1901	—	—	—	—	—	—	5	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—			—
1902	—	—	—	—	1	2	5	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1903	—	—	1	—	—	—	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1904	—	—	—	—	—	—	4	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—			—
1905	—	—	—	—	—	1	4	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1906	—	1	—	1	—	2	5	3	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—			—
1907	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1908	—	—	—	2	—	1	6	4	1	1	1	1	—	1	—	—	—	—			—
1909	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1910	—	—	1	1	1	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—			—
1911	1	1	1	2	1	1	5	4	10	1	3	3	4	3	1	—	—	—			—
1912	—	—	1	—	—	—	4	1	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—			—
1913	—	—	—	—	2	1	1	1	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—			—
1914	1	—	—	—	1	2	3	5	1	2	1	—	—	—	—	2	—	—			1
1915	—	—	1	—	2	2	11	4	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—			—
1916	—	1	2	2	5	9	18	10	6	5	4	1	—	—	1	—	—	—			—
1917	—	—	—	1	—	2	7	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1918	—	1	2	3	1	3	12	9	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—			—
1919	—	—	7	3	4	8	22	18	4	2	3	2	4	1	—	—	—	—			—
1920	—	1	—	1	1	—	12	8	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1921	—	—	—	2	4	3	2	5	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—
1922	—	—	—	—	1	—	5	8	3	3	2	1	—	—	—	—	—	—			—
1923	—	—	—	—	2	—	11	3	2	2	2	1	—	—	—	—	—	—			—
1924	—	—	—	—	—	—	4	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—			—
1925	—	—	—	—	—	1	6	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—			—
1926	—	—	—	—	1	1	3	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—			—
1927	—	—	1	—	—	—	1	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—			—
Összesen	2	5	17	18	27	42	166	99	57	38	25	13	10	6	2	2	—	—			3
%	0·4	0·9	3·2	3·4	5·0	7·8	30·9	18·4	10·6	7·1	4·7	2·4	1·9	1·1	0·4	0·4	—	—			0·5

33. A kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem bőrgyógyászati klinikájának veleszületett szifiliszes férfibetegforgalma. — 1898—1927.

Év	Fi	Hónapos												Éves													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1898	1																						1				
1899																											
1900	2						—																				
1901	1																										
1902	3		1												1					1							
1903	1																										
1904	1																				1						
1905	2															1											
1906	5													2	1			1									
1907	4									3																	
1908	3												1	2													
1909	4													2													
1910	1													1													
1911	3	1																									
1912	2													1													
1913	10												1	2		2	1										
1914	4															1								1			
1915	2																								1		
1916	6															1	1										
1917	8		1													1	1				1				1		
1918	13													4						1		1				2	
1919	15													2	2		3		1		1			1		2	
1920	14													1				2			1		1		1		
1921	11													1	1			2	3			1		1			
1922	12	3						1						1	1	1	2		1							1	
1923	13													3	1		1					1					1
1924	12	1	1							1				2	1		2							1			
1925	10													1		1			2								
1926	13													1	1				2	1		1		1			
1927	11													3								1			2		
Összesen	187	5	3	—	—	—	1	1	—	4	—	—	2	30	11	7	9	9	6	4	5	4	3	4	5	5	1
%	100·0	2·7	1·6	—	—	—	0·5	0·5	—	2·1	—	—	1·1	16·0	5·9	3·7	4·8	4·8	3·2	2·2	2·7	2·2	1·6	2·2	2·7	2·7	0·5

Év	Éves																						Ismeretlen korú
	15	16	17	18	19	20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80	81—85	86—90	
1898																					
1899																					
1900																					
1901	1																				
1902					1																
1903							1														
1904																					
1905							1														
1906																					
1907								1													
1908																					1
1909							1														
1910																					
1911			1						1												1
1912																					
1913			1				3														
1914		1						1													
1915				1			1														2
1916		1										1									
1917		1	1		1																2
1918		1		1				1													1
1919	1		2																		4
1920	1					1	2														2
1921																					
1922			1																		3
1923	1	1																			2
1924										1											
1925				1	1		2	1													
1926				1	2	1			2												
1927	1	1					2														18
Összesen	5	6	6	3	6	2	13	4	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
%	2·7	3·2	3·2	1·6	3·2	1·1	6·9	2·2	1·6	0·5	—	0·5	—	—	—	—	—	—	—	—	9·6

34. A kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem bőrgyógyászati klinikájának veleszületett szifiliszes nőbetegforgalma. — 1898—1927.

Év	Nő	Hónapos 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Éves 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1898	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1899	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
1900	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1901	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1902	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1903	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1904	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1905	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1906	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1907	3	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1908	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1909	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—	—
1910	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1911	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1912	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1913	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1914	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
1915	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	2	—
1916	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
1917	16	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	1	1	2	—	1	—	1
1918	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	—	—	—	1	1	1	1	—	—	2	2
1919	23	—	2	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	2	1	—	2	1	—
1920	17	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
1921	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	3
1922	16	4	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	1	—	2	—
1923	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
1924	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1925	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
1926	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
1927	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	1	3	2
Összesen	223	9	9	1	1	4	—	—	3	2	1	—	—	20	11	8	3	3	8	5	4	10	7	4	9	10	11
%	100·0	4·0	4·0	0·5	0·5	1·8	—	—	1·3	0·9	0·5	—	—	9·0	5·0	3·6	1·3	1·3	3·6	2·2	1·8	4·5	3·1	1·8	4·0	4·5	5·0

Év	Éves 15	16	17	18	19	20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	65—70	71—75	76—80	81—85	86—90	Ismeretlen korú
1898	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1899	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1900	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1901	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1902	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1903	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1904	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1905	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1906	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1907	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1908	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1909	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1910	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1911	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1912	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1913	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1914	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1915	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1916	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
1917	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
1918	2	2	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1919	1	3	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1920	—	1	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1921	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1922	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1923	—	—	—	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
1924	—	—	1	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1925	1	—	—	2	—	—	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1926	1	—	—	1	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1927	—	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen	8	10	5	9	6	5	17	7	2	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	9
%	3·6	4·5	2·2	4·0	2·7	2·2	7·6	3·1	0·9	—	—	0·5	—	—	—	0·5	—	—	—	—	4·0

35. A kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem bőrgyógyászati klinikájának szifilliszes fibetegforgalma (veleszületett szifilisz nélkül). — 1898—1927.

Év	Fi	Hónapos												Éves												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1898	373	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1899	377	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
1900	367	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1901	302	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1902	362	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1903	359	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1904	444	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1905	510	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—
1906	531	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
1907	519	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1908	499	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
1909	516	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	4
1910	654	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1911	824	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
1912	687	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
1913	650	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1
1914	606	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
1915	587	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1916	839	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	3	1	—	—	1	—	—	1	1	1	1
1917	1.244	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	1	1	2	2	1	—	—	1	1	2
1918	1.892	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	2	4	2	1	2	—	2	1	3	3	10
1919	2.569	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	—	1	—	1	—	—	1	1	—	3
1920	1.620	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2	2	1	—	—	—	2	2	2	—	—
1921	1.245	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	2
1922	1.255	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	5	2	6	3	2	1	2	3	1	4	9
1923	751	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
1924	572	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	3	—	—	—	—	—	8	1	1	1	2
1925	636	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1	2	—	1
1926	309	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—
1927	559	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Összesen	22.658	9	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	13	5	19	16	11	8	9	2	17	15	17	16	43
%	100·0	0·0	0·0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0·1	0·1	0·0	0·1	0·1	0·1	0·0	0·0	0·0	0·1	0·1	0·1	0·1	0·2

Év	Éves																					Ismeretlen korú
	15	16	17	18	19	20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80	81—85	86—90	91—95	
1898	—	—	4	15	16	17	108	114	38	26	8	15	8	2	—	1	—	—	—	—	—	1
1899	—	2	1	7	17	22	123	104	38	32	10	8	1	3	4	—	—	—	—	—	—	3
1900	—	4	5	7	13	21	115	91	46	27	20	7	2	2	2	—	—	—	—	—	—	4
1901	—	2	—	5	15	11	96	86	34	22	9	7	5	3	1	2	—	1	—	—	—	3
1902	—	1	5	5	13	22	116	100	45	27	7	6	6	4	—	1	—	1	—	—	—	3
1903	—	—	2	14	11	20	104	107	41	22	14	8	10	2	1	1	—	1	—	—	—	1
1904	—	1	9	18	13	22	160	112	40	30	13	11	9	3	1	—	—	1	—	—	—	—
1905	—	2	7	10	24	33	188	121	47	30	18	12	7	3	2	—	1	—	—	—	—	3
1906	—	—	7	9	14	32	185	141	64	26	23	17	2	4	2	2	—	—	—	—	—	1
1907	—	1	5	9	27	35	175	118	58	35	19	7	16	3	3	—	2	—	—	—	—	5
1908	1	1	7	9	15	22	169	132	63	20	22	15	7	5	3	—	—	—	—	—	—	7
1909	2	1	2	8	22	22	137	118	81	36	31	17	10	2	3	2	1	1	—	—	—	14
1910	2	4	4	8	26	28	175	157	90	54	41	18	9	7	3	2	—	—	—	—	—	25
1911	2	5	5	13	13	25	228	239	121	71	36	20	18	11	3	2	—	—	—	—	—	11
1912	1	—	5	13	16	34	165	194	97	71	27	14	15	9	5	3	—	—	—	—	—	16
1913	3	3	8	14	18	28	168	176	93	51	31	16	16	8	3	1	2	—	—	—	—	8
1914	1	2	3	15	29	21	181	150	90	47	27	13	13	4	2	1	1	—	—	—	—	4
1915	2	4	15	18	16	33	143	134	82	49	44	13	15	11	2	2	1	1	—	—	—	—
1916	2	5	24	27	22	34	227	177	114	83	51	26	13	5	5	4	1	1	1	5	—	—
1917	4	4	35	36	34	46	292	301	200	119	63	30	30	13	12	7	1	—	—	—	—	2
1918	3	16	32	58	79	129	533	502	243	120	67	37	13	5	4	5	1	1	—	—	—	9
1919	3	10	17	43	99	143	967	686	297	153	61	38	17	12	8	1	1	—	—	—	—	—
1920	4	8	5	33	58	87	523	385	223	113	61	44	29	12	6	—	—	1	9	—	—	—
1921	1	6	7	22	37	70	397	278	177	113	56	30	20	12	8	2	—	—	—	—	—	1
1922	5	8	31	39	62	70	439	169	139	79	62	43	30	23	6	3	1	—	—	—	—	—
1923	1	4	9	16	30	29	237	141	86	61	60	27	17	15	6	6	2	—	—	—	—	—
1924	2	2	4	12	18	15	158	101	87	47	51	24	12	11	4	1	2	1	—	—	—	—
1925	—	4	6	8	16	18	125	136	72	75	57	38	31	25	15	1	1	—	—	—	—	—
1926	1	—	2	4	10	11	64	55	35	37	25	26	15	10	6	—	1	—	—	—	—	—
1927	—	3	3	3	11	9	95	112	73	75	53	39	40	21	10	6	2	1	—	—	—	—
Összesen	40	103	269	498	794	1.109	6.793	5.437	2.914	1.751	1.087	626	438	250	130	58	21	11	10	5	—	121
%	0·2	0·5	1·2	2·2	3·5	4·9	30·0	24·0	12·8	7·7	4·7	2·7	1·9	1·1	0·5	0·3	0·1	0·1	0·0	0·0	—	0·5

36. A kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem bőrgyógyászati klinikájának szifiliszes nőbetegforgalma (veleszületett szifilisz nélkül). — 1898—1927.

Év	Nő	Hónapos												Éves											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1898	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1899	88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1900	78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1901	107	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1902	99	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
1903	95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1904	108	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1905	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2
1906	115	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1907	117	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1908	137	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1909	161	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1910	177	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1911	229	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
1912	197	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	1	—	2	—	1
1913	218	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
1914	236	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
1915	323	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—
1916	713	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	7	4	2	2	1	2	3	3	3	1	3	5	1
1917	500	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	2	—	1	—	2	—	—	2	1	1	2
1918	719	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	1	2	—	—	—	—	1	1	2
1919	874	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	1	1	—	2	1	—	4	1	2	2	3
1920	914	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	1	1	—	—	1	5	2	4	1	2	4
1921	761	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	2	—	1	—	3	—	1	3	—	2	2
1922	609	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	2	—	4	—	1
1923	524	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—
1924	515	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—
1925	465	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	1	1	2	—	—	1
1926	477	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1
1927	459	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Összesen	10.180	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	19	19	11	7	6	7	9	10	18	13	19	17	26
%	100·0	0·0	0·0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0·2	0·2	0·2	0·1	0·1	0·1	0·1	0·1	0·1	0·2	0·1	0·2	0·1	0·3

Év	Éves																					Ismeretlen korú
	15	16	17	18	19	20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80	81—85	86—90	91—95	
1898	—	—	1	3	3	4	11	19	7	7	3	1	1	3	1	1	—	—	—	—	—	—
1899	1	1	1	7	3	5	22	5	8	16	7	4	2	2	2	—	—	—	—	—	—	1
1900	1	1	2	5	3	2	25	16	6	6	1	3	2	1	—	—	1	—	—	—	—	2
1901	—	1	6	1	5	4	29	25	13	6	8	3	2	1	—	—	1	—	—	—	—	3
1902	1	—	2	4	4	3	23	19	24	5	5	3	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—
1903	—	1	3	4	7	5	33	12	11	7	6	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
1904	—	—	6	2	5	5	35	17	14	6	7	2	3	3	2	—	1	—	—	—	—	—
1905	—	1	2	4	5	9	18	25	11	4	7	6	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—
1906	1	2	2	3	4	4	23	27	16	12	9	7	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—
1907	2	3	6	1	6	5	22	25	11	12	7	11	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—
1908	—	2	2	3	1	7	33	39	14	8	9	5	4	3	3	1	—	—	—	—	—	2
1909	—	3	1	4	6	6	44	37	24	9	8	9	3	2	1	1	—	1	—	—	—	1
1910	2	4	—	3	7	11	49	34	20	15	10	6	11	3	—	1	—	—	—	—	—	1
1911	—	2	6	2	15	10	53	53	28	13	16	7	7	2	4	2	—	—	—	—	—	7
1912	—	4	5	4	9	9	34	42	26	16	12	9	5	5	1	2	—	—	—	—	—	7
1913	1	6	4	3	12	11	55	39	23	13	13	13	7	5	—	—	—	—	—	—	—	1
1914	—	—	3	11	16	13	61	47	38	15	12	7	5	3	1	1	—	—	—	—	—	11
1915	7	—	5	17	22	27	85	56	40	23	12	16	3	1	1	—	1	—	—	—	—	—
1916	3	9	12	29	33	48	186	122	69	53	34	27	16	8	8	3	1	1	5	—	—	—
1917	5	2	7	15	25	22	94	93	93	41	54	8	11	5	7	1	1	—	—	—	—	—
1918	2	9	7	20	24	39	255	164	81	52	22	14	6	4	5	2	—	1	—	—	—	2
1919	4	7	22	32	39	52	311	190	94	48	25	12	10	5	—	—	—	—	—	—	—	—
1920	1	8	8	35	49	49	306	196	116	49	23	12	21	5	2	4	1	1	3	—	—	—
1921	2	4	11	16	33	38	220	145	113	65	37	27	11	6	9	3	1	1	—	—	—	—
1922	1	—	11	9	37	27	189	135	69	46	47	13	9	3	—	2	—	—	—	—	—	—
1923	—	—	12	8	17	22	132	115	77	52	36	25	9	8	3	2	1	—	—	—	—	1
1924	1	1	8	8	18	21	108	120	76	49	35	31	18	11	2	1	—	—	—	—	—	—
1925	5	2	4	5	18	8	80	78	73	55	41	37	24	15	8	2	—	1	—	—	—	—
1926	1	1	7	8	8	9	73	92	65	71	46	27	30	16	10	6	2	—	—	—	—	—
1927	1	3	5	9	8	18	59	71	80	76	36	37	18	19	6	8	1	—	—	—	—	—
Összesen	42	77	171	275	442	493	2.668	2.058	1.340	850	588	384	249	147	81	44	12	6	7	3	—	39
%	0·4	0·8	1·7	2·7	4·3	4·8	26·2	20·2	13·2	8·3	5·8	3·8	2·4	1·4	0·8	0·4	0·1	0·1	0·1	0·0	—	0·4

37. A veneriás betegek korcsoportok szerint a kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem bőrgyógyászati klinikájának anyagában. — 1898—1927.

Megnevezés	0—1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—6	6—7	7—8	8—9	9—10	10—11	11—12	12—13	13—14	14—15	15—16	16—17	17—18	18—19	19—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	76—80	ismeretlen	összesen
																		a) *Abszolút számokban.*																	
																		Kankó.																	
Fi	1	2	14	4	3	2	5	6	11	18	22	13	23	36	68	245	621	1.213	1.581	1.932	8.823	5.077	2.368	1.272	563	290	122	66	39	19	11	9	91	24.570
Nő	3	1	4	—	—	1	2	1	2	3	—	—	—	4	2	8	13	32	32	34	128	93	50	16	7	6	1	1	—	1	1	—	2	448
																		Lágyfekély.																
Fi	2	2	—	1	1	1	1	3	4	6	3	3	8	10	33	93	218	416	579	977	3.086	1.736	779	368	197	102	51	38	17	10	2	7	32	8.786
Nő	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3	2	5	17	18	27	42	166	99	57	38	25	13	10	6	2	2	—	—	3	537
																		Veleszületetett szifilisz.																
Fi	46	11	7	9	9	6	4	5	4	3	4	5	5	1	5	6	6	3	6	2	13	4	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	18	187
Nő	50	11	8	3	3	8	5	4	10	7	4	9	10	11	8	10	5	9	6	5	17	7	2	—	—	1	—	—	—	1	—	—	9	223
																		Szifilisz.																
Fi	26	13	5	19	16	11	8	9	2	17	15	17	16	43	40	103	269	498	794	1.109	6.793	5.437	2.914	1.751	1.067	626	436	250	130	56	21	26	121	22.658
Nő	23	19	19	11	7	6	7	9	10	18	13	19	17	26	42	77	171	275	442	493	2.668	2.058	1.340	850	588	384	249	147	81	44	12	16	39	10.180
																		b) *Százalékokban.*																
																		Kankó.																
Fi	0·0	0·0	0·1	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·1	0·1	0·1	0·2	0·3	1·0	2·5	4·9	6·4	7·9	35·9	20·6	9·6	5·2	2·3	1·2	0·5	0·3	0·2	0·1	0·0	0·0	0·4	100·0
Nő	0·7	0·2	0·9	—	—	0·2	0·5	0·2	0·5	0·7	—	—	—	0·9	0·5	1·8	2·9	7·1	7·1	7·6	28·6	20·8	11·1	3·6	1·5	1·3	0·2	0·2	—	0·2	0·2	—	0·5	100·0
																		Lágyfekély.																
Fi	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0	0·1	0·1	0·0	0·0	0·1	0·4	1·1	2·5	4·7	6·6	11·1	35·1	19·8	8·9	4·2	2·2	1·2	0·6	0·4	0·2	0·1	0·0	0·1	0·4	100·0
Nő	0·2	—	—	—	—	—	0·2	—	—	—	—	—	—	0·5	0·4	0·9	3·2	3·4	5·0	7·8	30·9	18·4	10·6	7·1	4·7	2·4	1·9	1·1	0·4	0·4	—	—	0·5	100·0
																		Veleszületett szifilisz.																
Fi	24·5	5·9	3·7	4·8	4·8	3·2	2·2	2·7	2·2	1·6	2·2	2·7	2·7	0·5	2·7	3·2	3·2	1·6	3·2	1·1	6·9	2·2	1·6	0·5	—	0·5	—	—	—	—	—	—	9·6	100·0
Nő	22·5	5·0	3·6	1·3	1·3	3·6	2·2	1·8	4·5	3·1	1·8	4·0	4·5	5·0	3·6	4·5	2·2	4·0	2·7	2·2	7·6	3·1	0·9	—	—	0·5	—	—	—	0·5	—	—	4·0	100·0
																		Szifilisz.																
Fi	0·1	0·1	0·0	0·1	0·1	0·1	0·0	0·0	0·0	0·0	0·1	0·1	0·1	0·2	0·2	0·5	1·2	2·2	3·5	4·9	30·0	24·0	12·8	7·7	4·7	2·7	1·9	1·1	0·5	0·3	0·1	0·1	0·5	100·0
Nő	0·2	0·2	0·2	0·1	0·1	0·1	0·1	0·1	0·1	0·2	0·1	0·2	0·1	0·3	0·4	0·8	1·7	2·7	4·3	4·8	26·2	20·2	13·2	8·3	5·8	3·8	2·4	1·4	0·8	0·4	0·1	0·2	0·4	100·0

A nők csoportjában már a fiatalok között is gyakoribb a kankós megbetegedés, mert a kohabitáción kívül történő (a zexuális) genitális infekció befogadására a női nemi szervek alkalmasabbak. A 3. életévtől kezdve ismét alacsony a viszonyszám, de már a 16. életévtől kezdve ismét emelkedik s úgy, mint a férfiaknál a 21—25, illetve 26—30 évesek rovatában kulminálva apadásnak lendül. A kankó tehát a kislánykákat, valamint 21—30 éves nőket támadja leginkább.

A lágyfekély százalékos viszonyszámai a férfiakra, illetve nőkre vonatkozólag elég párhuzamosan futnak, a különbség csak annyi, hogy a férfiak viszonyszáma már 17. életévtől kezdve emelkedik érzékelhetően, viszont a nőké csak a 18. életévtől kezdve, de ezzel szemben a 21—30. életévekben mutatkozó kulmináció után lassabban süllyed le. A veleszületett szifilisz százalékos viszonyszámai nem nyugszanak eléggé a nagyszámok törvényén s annak ellenére, hogy a legnagyobb kontingens az első életévre esik, nem alkalmasak messzebbmenő következtetésekre.

A bőrklinika hatalmas, férfiakra és nőkre egyaránt kiterjedő szifiliszes anyaggal rendelkezik. A fiatal korosztályokban rendkívül alacsonyak a viszonyszámok, hiszen a veleszületett szifilisz ebből a rovatból kimaradt. Míg a férfiak viszonyszáma a 19 évesek, addig a nőké már a 17 évesek rovatában fokozódást jelez, de azért a kulmináció egyöntetűen a 21—25, illetve 26—30 évesek korcsoportjaira esik. A kulmináció után sincsen hirtelen, hanem csak lassú esés. Ebből az következik, hogy bár a szifilisz is elsősorban a 21—30 évesek korcsoportjának jellegzetes betegedési típusa, mégis a későbbi életkorban is elég nagyszámú eset fordul elő, még pedig úgy a férfiak, mint a nők között.

A budapesti Pázmány Péter tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának betegforgalmából is kiderül, hogy a háború alatt szaporodott a veneriás betegek száma, majd csökkenés következett be, míg a legutóbbi években már megint gyanusan emelkedik az esetek száma. De azt is kiolvashattuk az értékes anyagból, hogy a veneriás betegedések tekintetében a 21—30 évesek korcsoportja van Budapesten leginkább veszélyeztetve.

Ezzel a szép anyaggal azonban nem értük be s megkíséreltük még más rendelőintézetek betegforgalmi kimutatásainak megszerzését is. A gróf Apponyi Albert poliklinika egyik legnagyobb rendelőintézet a székesfővárosban, melynek betegforgalmi kimutatását Lobmayer Géza magántanár, igazgató és Vas Bernát tanár szívességéből volt alkalmunk megszerezni. A kankós betegek számszerű alakulásáról az urológiai osztály, a szifiliszes betegekről pedig a bőrgyógyászati osztály adatai révén tájékozódhatunk.

Valami különös jelentőséget ennek az anyagnak se imputálhatunk, de más, értékesebb hiányában ezt kell fejtegetésünkben felhasználnunk.

38. A gróf Apponyi Albert poliklinikán kezelt veneriás betegek. — 1914—1928.

Megnevezés	Kankó	Szifilisz	Együtt
1914	2.481	—	—
1915	2.376	612	2.988
1916	2.715	636	3.351
1917	2.143	554	2.697
1918	2.077	928	3.005
1919	2.213	1.022	3.235
1920	1.606	816	2.422
1921	1.534	626	2.160
1922	1.731	501	2.232
1923	1.724	317	2.041
1924	1.487	301	1.788
1925	1.357	365	1.722
1926	1.441	346	1.787
1927	1.231	281	1.512
1928	1.289	245	1.534

Ezek az adatok a háborús esztendők általában hangoztatott fokozódott morbiditását nem mutatják, a kulmináció azonban mégis úgy, mint a bőrklinika anyagában 1919-re esik. De az is nagyon szembeötlő jelenség, hogy míg a szifiliszesetek száma lényegesen, addig a kankós eseteké csak mérsékelten esett. A bőrgyógyászati osztály forgalmáról még pontosabb adatokkal is rendelkezünk.

39. A gróf Apponyi Albert poliklinika bőrgyógyászati osztályának betegforgalma. 1915—1928.

Megnevezés	Összes betegforgalom	Ebből szifiliszes	%-ban
1915	6.307	612	9·7
1916	6.466	636	9·8
1917	5.702	554	9·7
1918	7.430	928	12·5
1919	7.850	1.022	13·0
1920	9.209	816	8·8
1921	8.304	626	7·5
1922	5.504	501	9·1
1923	5.363	317	5·9
1924	4.210	301	7·1
1925	4.617	365	7·9
1926	4.664	346	7·4
1927	4.296	281	6·5
1928	4.121	245	5·9

A pontosabb adatok szerint 1918-ban és 1919-ben tényleg nagyobb volt az összforgalomhoz mért szifiliszes betegforgalom. Viszont a legutóbbi két esztendőben csökkent a rendelőben jelentkezett szifiliszes betegek száma.

További adatok megszerzése ügyében a Charité poliklinikához fordultunk. Meisels Vilmos főorvos szívességből, de csak az urológiai osztály forgalmát feltüntető adatokat sikerült is megkapnunk.

40. A »Charité« poliklinika húgy- és ivarszervi osztályán kezelt kankósbetegek. — 1920—1928.

	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Betegek száma	484	660	856	923	840	1.141	1.056	1.011	851
Az 1920. évi eredményt 100-nak véve	100	136	175	191	174	'236	218	209	176

A Charité poliklinika kankós betegforgalma 1920 óta egyáltalában nem mutat visszaesést, legfeljebb 1928-ban jelentkezett kevesebb kankósbeteg, mint 1927-ben, de az 1920. évi betegforgalomhoz mérve még mindig lényeges az emelkedés.

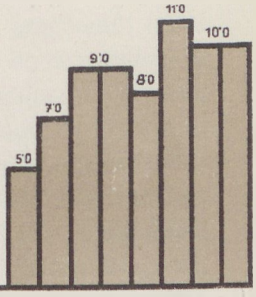
Az 1893. évben alapított »Teleia« egyesület a nemi betegségek ellen szintén hatalmas járóbetegrendelést tart fenn. Ennek betegforgalmát feltüntető adatokat is sikerült Emődi Aladár igazgató-főorvos előzékenysége folytán megszereznünk.

41. A »Teleia egyesület a nemi betegségek ellen« betegforgalma. — 1911—1928.

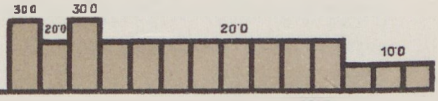
Megnevezés	Összes új beteg	Kankós	Lágyfekélyes	Szifiliszes	Egyéb
	a) *Abszolút számokban.*				
1911	6.170	3.704	459	677	1.330
1912	6.335	3.807	523	697	1.308
1913	6.995	4.323	481	888	1.303
1914	5.217	3.915	426	782	94
1915	5.683	4.013	452	816	402
1916	7.214	5.086	558	1.408	162
1917	7.520	5.275	705	1.465	75
1918	7.643	5.382	635	1.529	97
1919	7.282	4.968	613	1.460	241
1920	7.946	4.694	681	1.075	1.496
1921	11.702	8.215	648	1.478	761
1922	16.871	12.724	969	2.127	1.051
1923	20.423	14.235	1.514	3.352	1.322
1924	18.362	13.866	1.347	3.069	80
1925	13.589	10.034	1.008	1.776	771
1926	10.621	7.042	211	1.280	2.088
1927	9.184	5.124	334	1.596	2.130
1928	7.761	5.296	268	1.744	453
	b) *Százalékokban.*				
1911	100·0	60·0	7·4	11·0	21·6
1912	100·0	60·0	8·3	11·0	20·7
1913	100·0	61·8	6·9	12·7	18·6
1914	100·0	75·0	8·2	15·0	1·8
1915	100·0	70·6	8·0	14·4	7·0
1916	100·0	70·5	7·7	19·5	2·3
1917	100·0	70·1	9·4	19·5	1·0
1918	100·0	70·4	8·3	20·0	1·3
1919	100·0	68·2	8·4	20·1	3·3
1920	100·0	59·1	8·6	13·5	18·8
1921	100·0	74·0	5·8	13·3	6·9
1922	100·0	75·4	5·7	12·6	6·3
1923	100·0	69·7	7·4	16·4	6·5
1924	100·0	75·5	7·3	16·7	0·5
1925	100·0	73·8	7·4	13·1	5·7
1926	100·0	66·3	2·0	12·1	19·6
1927	100·0	55·8	3·6	17·4	23·2
1928	100·0	68·2	3·5	22·4	5·9

II. A kankós betegek száma a székesfőváros nagyobb rendelő-intézeteiben. (Százakban.) 1898—1927.

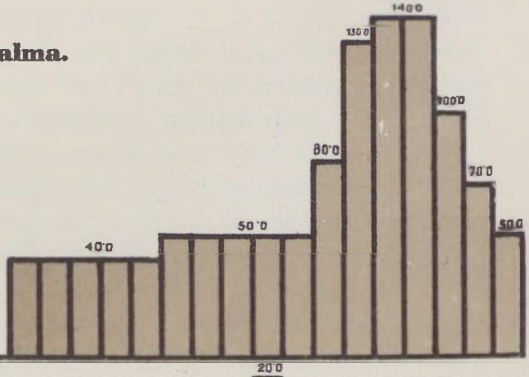
A Charité-poliklinika urológiai osztályának betegforgalma.



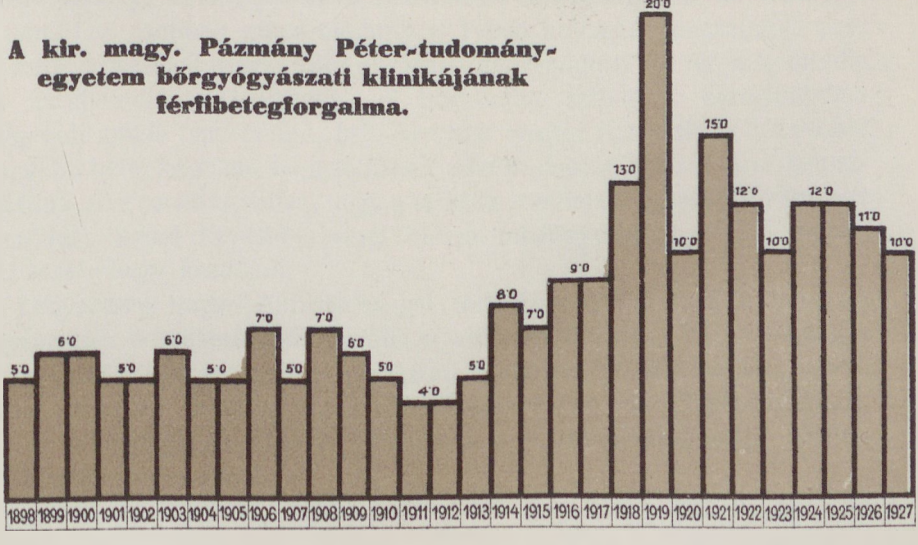
A gróf Apponyi Albert-poliklinika urológiai osztályának betegforgalma.



A Teleia-egyesület betegforgalma.



A kir. magy. Pázmány Péter-tudomány-egyetem bőrgyógyászati klinikájának férfibetegforgalma.



Az új betegeknek körülbelül 70%-a szenvedett kankóban, körülbelül 5·0%-a lágyfekélyben s végül körülbelül 16—17%-a szifiliszben. A betegforgalom az utolsó békeévekben nem jelez hullámzást, 1916-ban már felszökik s tartja a magasabb nívót 1921-ig, midőn további emelkedés indul meg, mely 1924-ben kulminált. Azóta lassan csökkent a betegforgalom a békeesztendők nívójára. A kankós betegek száma az összforgalomhoz idomul, de százalékokban kifejezve az utóbbi esztendőkben apadó tendenciájú. A lágyfekélyes betegek száma is párhuzamos az összforgalommal s százalékokban kifejezve veszít teret a veneriás morbiditásban. A rendelőintézetben jelentkezett szifiliszes betegek száma az 1920. évben látható remissziótól eltekintve 1923-ig állandóan növekedett, azóta 1927-ig csökkenés állott be, de 1928-ban ismét több beteget vettek kezelés alá. Százalékokban kifejezve a betegforgalmat azt kell látnunk, hogy a szifilisz erősebb tényező lett 1928-ban a betegforgalomban, mint volt akár a legnehezebb háborús években: 1918-ban és 1919-ben. Az egyéb betegedések rovata, melyben a veneriás fertőzés szempontjából negatívnak talált esetek is elhelyezkednek, természetesen rapszódikus.

Az eddig bemutatott adatokat grafikonszerűleg is feldolgoztuk, mégpedig az abszolút számokból és százalékokból kiindulva. A II. számú grafikon a kankós betegedéseket illusztrálja. A Charité kankós betegedései makacsul tartják a nívót, az Apponyi-poliklinikán és a Teleia rendelőben már apadt a kankós betegforgalom. A Nékám-klinikán a rendelkezésre állott eredmények szerint kevesebb beteget vettek az utóbbi esztendőkben kezelésbe, de a nívó még mindig jóval magasabb, mint volt a békeesztendőkben. Ezek az adatok egyáltalában nem exaktak, de semmi esetre se jogosítanak fel annak feltevésére, hogy a kankós betegedések száma lényegesen csökkent a székesfővárosban.

A III. számú grafikon a szifiliszbetegedések hullámzását mutatja be. A gróf Apponyi Albert-poliklinika szifiliszes betegforgalma határozottan csökkent. Ezt azonban nincs módunk a Teleia anyagán konstatálni, mert ott a szifiliszes esetek száma 1926 óta ismét gyarapodott. A nívó még mindig jóval meghaladja a békebelit. A bőrklinika szifiliszes betegforgalma 1926-ig volt apadó tendenciájú, 1927-ben már megint felszökik. A két utóbbi legnagyobb betegforgalmú rendelőintézet adatai alapján szintén nem helyezkedhetünk arra az álláspontra, hogy a szifilisz rombolása a székesfővárosban lefékeződött, annál kevésbbé, mert hiszen megfigyelésünk utolsó évében újabb hullámhegy kezdődik.

Lényegesen nagyobb biztossággal ítélhettük volna meg a veneriás betegségeknek a székesfőváros területén való viselkedését, ha az Országos Társadalombiztosító Intézet betegforgalmi adataihoz hozzáférhettünk volna. Minden ebben az irányban tett kísérletünk azonban meddőnek bizonyult, pedig a tudománytámogatás is beleillenék a Társadalombiztosító szociál-egészségügyi programmjába.

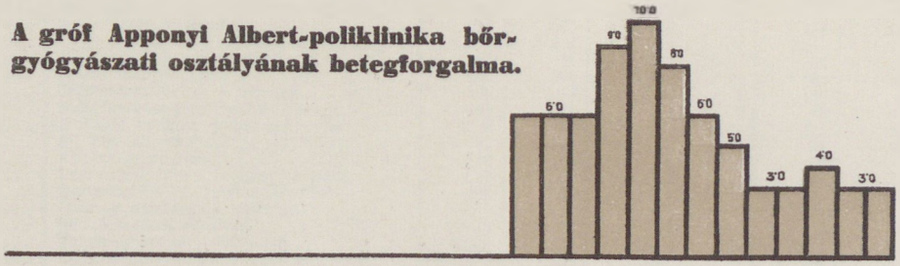
42. A kórházakban és rendelőintézetekben gyógyított veneriás betegek Magyarországon.[1]) — 1926.

Vármegye és helység	Kórház, rendelőintézet	Kankó		Lágyfekély		Szifilisz		Együtt		Összesen
		fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	
Abaúj-Torna vm.		—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bács-Bodrog vm.										
Baja tjv.	Baja tjv. közkórháza	36	37	—	—	50	54	86	91	177
Baranya vm.										
Pécs tjv.	Erzsébet egy. nemikórtani klinika	62	84	6	—	52	88	120	172	292
Mohács nk.	László vm. közkórház	—	20	—	—	3	1	3	21	24
Siklós nk.	Ferenc nv. j. kórház	4	16	—	—	6	7	10	23	33
Békés vm.										
Gyula mv.	M. kir. állami közkórház	37	32	8	1	85	59	130	92	222
Békéscsaba mv.	Városi-közkórház	25	56	—	1	25	39	50	96	146
Bihar vm.		—	—	—	—	—	—	—	—	—
Borsod, Gömör és Kishont vm.										
Miskolc tjv.	Erzsébet vm. közkórház	248	267	38	81	42	52	328	400	728
Csanád, Arad, Torontál vm.										
Makó mv.	Szt. István vm. közkórház	23	26	—	—	29	21	52	47	99
Csongrád vm.										
Szeged tjv.	Ferenc J. egy. nemikórtani klinika	315	254	10	9	241	351	566	614	1.180
Szeged tjv.	közkórháza	125	38	2	—	38	63	165	101	266
Hódmezővásárhely tjv.	Erzsébet-közkórház	112	96	1	2	150	310	263	408	671
Szentes mv.	Csongrád vm. közkórház	23	39	3	—	32	20	58	59	117
Fejér vm.										
Székesfehérvár tjv.	Szt. György-közkórház	55	36	3	10	70	62	128	108	236
Győr, Moson, Pozsony vm.										
Győr tjv.	Szt. Háromság-közkórház	21	19	10	6	20	41	51	66	117
Magyaróvár mv.	Karolina ny. j. kórház	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hajdu vm.										
Debrecen tjv.	Tisza István egy. nemikórtani klinika	540	260	11	—	443	353	994	613	1.607
Heves vm.										
Eger mv.	Irgalmasok ny. j. kórház	3	—	2	—	6	2	11	2	13
Gyöngyös mv.	Alapítványi női magánkórház	—	5	—	—	—	—	—	5	5
Pásztó nk.	Alapítványi-közkórház	13	29	4	1	29	7	46	37	83
	Margit ny. j. közkórház	4	3	2	1	6	2	12	6	18
Jász-Nagykún-Szolnok vm.										
Szolnok mv.	I. Ferenc József megyei-közkórház	19	57	—	1	73	125	92	183	275
Jászberény mv.	Erzsébet-közkórház	—	10	1	—	13	3	14	13	27
Komárom, Esztergom vm.										
Esztergom mv.	Esztergom mv. közkórháza	29	16	—	—	32	34	61	50	111
Tatabánya nk.	Magy. Ált. kőszénb. kórháza	4	—	1	—	6	1	11	1	12
Nógrád, Hont vm.										
Balassagyarmat mv.	Mária Valéria megyei-közkórház	22	8	—	—	31	39	53	47	100
„ „	Kir. törvényszéki fogház kórháza	2	—	—	—	7	—	9	—	9

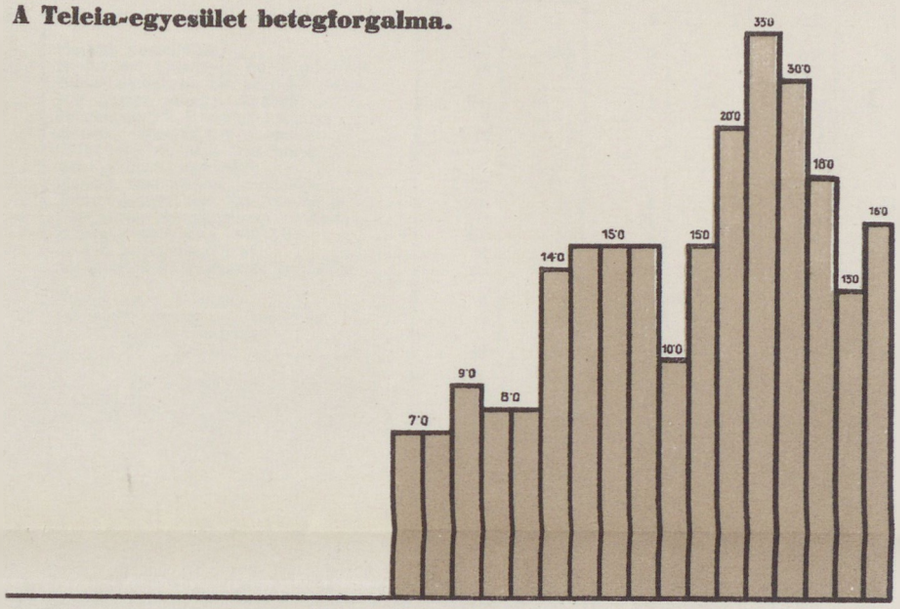
[1]) Az Országos Társadalombiztosító Intézet nemi betegforgalma nélkül.

III. A szifiliszes betegek száma a székesfőváros nagyobb rendelő-intézeteiben. (Százakban.) 1898—1927.

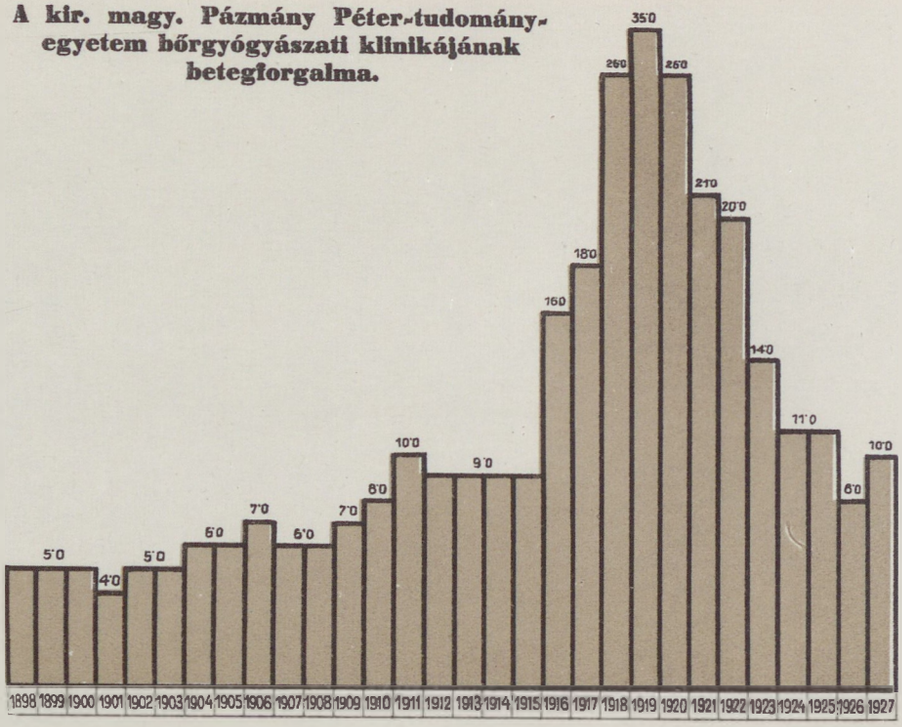
A gróf Apponyi Albert-poliklinika bőr-gyógyászati osztályának betegforgalma.



A Teleia-egyesület betegforgalma.



A kir. magy. Pázmány Péter-tudomány-egyetem bőrgyógyászati klinikájának betegforgalma.



42. A kórházakban és rendelőintézetekben gyógyított veneriás betegek Magyarországon. — 1926. (Folytatás.)

Vármegye és helység	Kórház, rendelőintézet	Kankó		Lágyfekély		Szifilisz		Együtt		Összesen
		fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	
Budapest székesfőváros	Pázmány P. egy. nemikört. klinika....	1.087	9	83	10	688	516	1.858	535	2.393
" "	Pázmány. P. egy. urológiai klinika....	352	242	20	2	31	5	403	249	652
" "	Szt. István-közkórház.....	534	580	118	48	464	1.126	1.116	1.754	2.870
" "	Régi Szt. János-közkórház.....	1.899	2.322	46	36	2.680	6.532	4.625	8.890	13.515
" "	Új Szt. János-közkórház.....	667	48	21	—	99	12	787	60	847
" "	Kún-utcai fiókkórház	846	298	131	21	1.065	590	2.042	909	2.951
" "	Irgalmasrend ny. j. kórház	136	23	42	8	157	36	285	67	352
" "	Fehérkereszt-gyermekkórház	41	17	3	6	70	106	114	129	243
" "	Stefánia szegény gyermekkórház	2	62	—	—	211	165	213	227	440
" "	M. kir. államrendőrség kórháza.....	11	246	13	5	25	86	49	337	386
" "	Vöröskereszt-kórház	19	3	—	—	4	—	23	3	26
" "	Pestvidéki törv. fogház kórháza.....	37	4	—	—	34	4	71	8	79
" "	Budapesti törv. fogház kórháza.....	135	15	2	—	52	81	189	96	285
" "	Orsz. gyűjtőfogház kórháza	—	1	—	—	6	1	6	2	8
" "	Szt. Margit-közkórház.....	38	17	1	—	9	18	48	35	83
" "	Telelia-egyesület rendelőint.	7.861	172	157	43	1.073	280	9.091	495	9.586
" "	Charité poliklinika.....	6.755	265	23	—	144	202	6.922	467	7.389
								746	792	
" "	Gr. Apponyi Albert poliklinika	1.441		18	1	728	791	1.441		2.979
" "	Kaszab poliklinika	713	226	25	18	864	437	1.602	681	2.283
" "	Budai izr. hitközség ny. rendelőint....	28	9	3	—	67	48	98	57	155
" "	Budai ambulatórium rendelőintézet....	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" "	Kir. József. műegy. rendelőint.....	100	—	10	—	10	—	120	—	120
" "	Szövetkezetek Erzsébet-kórháza	9	—	—	—	18	—	27	—	27
" "	Keresk. segélyegylet rendelőint.....	10	—	2	—	2	1	14	1	15
" "	Orthodox izr. hitk. rendelője.....	—	—	—	1	3	4	3	5	8
" "	Bródy-kórház rendelője	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" "	Keresk. biztosítóint. rendelője	2.296	211	61	1	109	52	2.466	264	2.730
" "	Államvasutak bizt. int. rendelője.....	196	44	5	7	540	247	741	298	1.039
" "	Gépgyárak betegsegélyző rendelői	277	7	29	—	128	28	434	35	469
" "	Hajózási bizt. int. rendelője	381	54	4	1	132	40	517	95	612
" "	M. kir. posta rendelőint.....	31	2	3	1	43	39	77	42	119
" "	Egyetemek kórházegylet rendelője	139	—	12	—	57	—	208	—	208
Pest-Pilis-Solt-Kiskún vm.:										
Cegléd mv.	Városi ny. j. kórház	5	6	—	—	2	7	7	13	20
Kiskúnhalas mv.	Bessenyei István ny. j. kórház.....	1	4	1	—	4	3	6	7	13
Vác mv.	Városi magán j. kórház	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Kecskemét tjv.	Városi ny. j. kórház	37	59	2	—	50	59	89	118	207
Somogy vm.:										
Kaposvár mv.	Somogy vm. közkórház	32	54	5	2	33	36	70	92	162
Szigetvár nk.	Somogy vm. közkórház	19	31	1	2	4	7	24	40	64
Marczali nk.	Somogy vm. közkórház	13	10	1	—	7	2	21	12	33

42. A kórházakban és rendelő intézetekben gyógyított veneriás betegek Magyarországon. 1926. — (Vége.)

Vármegye és helység	Kórház, rendelőintézet	Kankó		Lágyfekély		Szifilisz		Együtt		Összesen
		fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	
Sopron vm.:										
Sopron tjv.	Erzsébet-közkórház	115	75	8	7	73	80	196	162	358
Kapuvár nk.	Vármegyei közkórház	6	11	—	—	5	8	11	19	30
Csorna nk.	Margit-közkórház	1	2	—	—	4	1	5	3	8
Szabolcs, Ung vm.:										
Nyiregyháza mv.	Erzsébet közkórház	87	57	2	1	157	198	246	256	502
Kisvárda nk.	Vármegyei közkórház	23	29	2	3	12	20	37	52	89
Szatmár, Ugocsa, Bereg vm.										
Fehérgyarmat nk.	Vármegyei közkórház	34	47	9	22	16	33	59	102	161
Tolna vm.:										
Szekszárd mv.	Ferenc vármegyei közkórház	45	50	1	—	46	73	92	123	215
Vas vm.:										
Szombathely mv.	Városi közkórház	52	42	4	5	77	69	133	116	249
„ „	Emberbaráti ny. j. kórház	1	5	1	4	4	4	6	13	19
„ „	Teleia ambulatórium	52	—	2	—	16	—	70	—	70
Celldömölk nk.	Nagy Sándor-közkórház	1	5	1	5	—	6	2	16	18
Sárvár nk.	Ny. j. kórház	5	3	—	—	—	1	5	4	9
Kőszeg mv.	Betegház ny. j. kórház	—	6	—	—	—	1	—	7	7
Körmend nk.	Községi ny. j. kórház	4	17	1	1	10	7	15	25	40
Veszprém vm.:										
Veszprém mv.	Városi ny. j. kórház	16	20	3	3	7	15	26	38	64
Pápa mv.	Irgalmasrend ny. j. kórház	116	55	27	—	55	49	198	104	302
Zirc nk.	Erzsébet ny. j. kórház	1	5	—	—	1	3	2	8	10
Devecser nk.	Berta járási kórház	—	1	—	1	1	8	1	10	11
Zala vm.:										
Nagykanizsa mv.	Városi közkórház	67	42	2	3	23	20	92	65	157
Zalaegerszeg mv.	Városi közkórház	1	2	8	7	5	6	14	15	29
Keszthely nk.	Ny. j. kórház	1	10	—	2	7	7	8	19	27
Tapolca nk.	Ny. j. kórház	2	—	1	—	1	2	4	2	6
Sümeg nk.	Ny. j. kórház	1	1	2	6	1	1	4	8	12
Zemplén vm.:										
Sátoraljaújhely mv.	Erzsébet vm. közkórház	26	45	—	—	13	39	39	84	123
Összesen		27.086	6.979	1.018	396	11.586	13.947	39.690	21.322	62.453
		1.441						1.441		
%		43·4	11·2	1·6	0·6	18·6	22·3	63·6	34·1	
		2·3						2·3		100·0

A belügyi kormány 1917-ben Nékám Lajos professzor vezetése alatt külön kormánybiztosságot alakított a veneriás veszedelem leküzdésére. A kormánybiztosság részletes terveket dolgozott ki, melyek hivatva lettek volna a polgári lakosságot a hazaözönlő fertőzött katonáktól megóvni.

43. A kórházakban és rendelőintézetekben gyógyított veneriás betegek megoszlása Magyarországon százalékban. — 1926.

Törvényhatóságok	Népszám		Kankó		Lágyfekély		Szifilisz		Együtt	
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Abauj-Torna vm.	93.777	1·1	—	—	—	—	—	—	—	—
Bács-Bodrog vm.	101.695	1·2	—	—	—	—	—	—	—	—
Baja tjv.	19.153	0·2	73	0·2	—	—	104	0·4	177	0·3
Baranya vm.	249.536	3·0	40	0·1	—	—	17	0·1	57	0·1
Pécs tjv.	47.134	0·6	146	0·4	6	0·4	140	0·6	292	0·4
Békés vm.	328.835	3·9	150	0·4	10	0·7	208	0·8	368	0·6
Bihar vm.	173.829	2·0	—	—	—	—	—	—	—	—
Borsod, Gömör, Kishont vm.	289.243	3·4	—	—	—	—	—	—	—	—
Miskolc tjv.	58.580	0·7	515	1·5	119	8·4	94	0·4	728	1·2
Csanád, Arad, Torontál vm.	179.078	2·1	49	0·1	—	—	50	0·2	99	0·2
Csongrád vm.	152.482	1·8	62	0·2	3	0·2	52	0·2	117	0·2
Szeged tjv.	123.642	1·5	732	2·1	21	1·5	693	2·7	1.446	2·3
Hódmezővásárhely tjv.	62.199	0·7	208	0·6	3	0·2	460	1·8	671	1·1
Fejér vm.	240.756	2·8	—	—	—	—	—	—	—	—
Székesfehérvár tjv.	39.554	0·5	91	0·3	13	0·9	132	0·5	236	0·4
Győr, Moson, Pozsony vm.	157.673	1·9	—	—	—	—	—	—	—	—
Győr tjv.	51.187	0·6	40	0·1	16	1·1	61	0·2	117	0·2
Hajdu vm.	181.531	2·1	—	—	—	—	—	—	—	—
Debrecen tjv.	107.181	1·3	800	2·3	11	0·8	796	3·1	1.607	2·6
Heves vm.	317.432	3·8	57	0·2	10	0·7	52	0·2	119	0·2
Jász-Nagykún-Szolnok vm.	412.943	4·9	86	0·2	2	0·1	214	0·8	302	0·5
Komárom, Esztergom vm.	180.849	2·1	49	0·1	1	0·1	73	0·3	123	0·2
Nógrád, Hont vm.	220.318	2·6	32	0·1	—	—	77	0·3	109	0·2
Pest-Pilis-Solt-Kiskún vm.	1,234.762	14·6	16	0·0	1	0·1	17	0·1	34	0·1
Budapest székesfőváros	928.626	11·0	30.918	87·1	1.041	73·6	20.910	81·9	52.869	84·6
Kecskemét tjv.	77.716	0·9	96	0·3	2	0·1	109	0·4	207	0·3
Somogy vm.	384.049	4·5	159	0·4	11	0·8	89	0·3	259	0·4
Sopron vm.	150.356	1·8	20	0·1	—	—	18	0·1	38	0·1
Sopron tjv.	36.294	0·4	190	0·5	15	1·1	153	0·6	358	0·6
Szabolcs, Ung vm.	377.193	4·4	196	0·5	8	0·6	387	1·5	591	0·9
Szatmár, Ugocsa, Bereg vm.	150.029	1·8	81	0·2	31	2·2	49	0·2	161	0·2
Tolna vm.	275.034	3·3	95	0·3	1	0·1	119	0·5	215	0·3
Vas vm.	288.456	3·4	193	0·5	24	1·7	195	0·8	412	0·6
Veszprém vm.	248.146	2·9	214	0·6	34	2·4	139	0·5	387	0·6
Zala vm.	369.570	4·4	127	0·4	31	2·2	73	0·3	231	0·4
Zemplén vm.	149.014	1·8	71	0·2	—	—	52	0·2	123	0·2
Összesen	8,457.852	100·0	35.506	100·0	1.414	100·0	25.533	100·0	62.453	100·0

Az 1918. évi összeomlás azonban minden tervet halomra döntött s a rend felbomlásakor a hacterek zónájában szerzett infekciók szertefolytak az egész országban. A vesztett háború és a kommün által okozott rombolás azután hosszabb ideig lehetetlenné tette az antiveneriás küzdelem felocsudását. A kérdésnek újból a közérdeklődés tengelyébe való beállításában az Országos Közegészségi Egyesület antiveneriás bizottságának, mely 1924 óta működik, nagy érdemei vannak. Az 1926. évben tartott közegészségügyi és társadalompolitikai értekezlet is foglalkozott a veneriás betegségek problémájával, még pedig Nékám professzor előadásában.

Hozzászólás formájában terjesztette itt elő Grusz Frigyes 1925-ből származó, magánúton gyüjtött adatait, melyek szerint ebben az esztendőben 140 budapesti gyógyintézetben mintegy 67.500 beteget gyógyítottak. Ezek között 6200 volt lágyfekélyes, 38.020 kankós, 182 gyermekkori kankós, 164 szemkankós, 18.626 szifiliszes, 544 congenitális és gyermekkori szifiliszes beteg és következményes ideg- és elmebajban szenvedett körülbelül 1800 beteg. Ennél a felvételnél sokkal szélesebbkörű adatgyüjtést végezhettünk annak alapján, hogy az Országos Közegészségi Egyesület antiveneriás bizottsága 1927-ben Dorost összefoglaló munka megírásával bízta meg, amelyhez szükséges anyag előteremtése érdekében a népjóléti és munkaügyi minisztérium 154.549/1928. N. M. M. sz. alatt adatgyüjtő körrendeletet bocsátott ki. A rende et Doros kívánságára a magyar kórházak és rendelőintézetek betegforgalmára vonatkozó adatokat is bekérte, melyeket szakszerűen feldolgozva 42. számú táblánkban terjesztünk elő. Ezeknek a szigorúan hivatalos adatoknak az eredményéből kitűnik, hogy Magyarországon 1926-ban a kórházakban és rendelőintézetekben összesen 62.453 veneriás beteget gyógykezeltek. Ebből kankós volt 35.506 (56·9%), lágyfekélyes 1414 (2·2%) és szifiliszes 25.533 (40·9%). A következményes szifiliszes bántalmakban szenvedők nem voltak ebbe az adatgyüjtésbe belevonva! Úgyszintén az Országos Társadalombiztosító Intézet betegállománya sem. Mégis nagyon tekintélyes morbiditási számot nyertünk! Az áttekinthetőség kedvéért ezt az anyagunkat a 43. számú tabellában törvényhatóságonként foglaltuk össze, de a végszámokat is feltüntettük és még a százalékos viszonyszámokat is megállapítottuk. Így ismerjük meg, hogy míg Budapesten él az ország népességének 11%-a, addig ide tartozik a kórházakban és rendelőkben gyógyított kankós betegek 87·1%-a, a lágyfekélyeseknek 73·6%-a, a szifiliseknek 81·9%-a, általában a veneriás betegedéseknek 84·6%-a. Olyan nagy eltolódás ez, hogy még akkor is elrettentő, ha a környéki betegeknek ideözönlésére gondolunk.

A tabellában összefoglalt eredmények közül a dolog természetéből kifolyólag csak a törvényhatósági jogú városokra vonatkozó adatokkal érdemes bővebben foglalkozni. Adataink szerint Pécsre, Győrre, Kecskemétre és Székesfehérvárra a veneriás morbiditásnak kisebb kontingense esett, mint azt a népszám alapján várhattuk volna, viszont Bajára, Miskolcra, Szegedre, Debrecenre, Sopronra, Hódmezővásárhelyre nagyobb, mint azt a lakosság számát ismerve, gondoltuk volna. De az így talált eltolódások a Budapestre vonatkozó eltérések mellett egyenesen eltörpülnek. Mindenesetre ezeket a mérőszámokat nagy óvatossággal kell megítélnünk, mert azokat az adatgyüjtés természetéből kifolyólag talán elsősorban a kórházak és rendelők száma és aktivitása determinálta. Ezért a részletekben éppen ezért már nem vizsgálódhatunk s így ismét a főeredményekre kell visszatérnünk.

44. A kórházakban, illetve rendelőintézetekben gyógyított veneriás betegek megoszlása Magyarországon és Budapesten. — 1926.

Megnevezés	Kankó		Lágyfekély		Szifilisz		Együtt	
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Magyarországon:								
kórházban	4.932	45·0	530	4·8	5.492	50·2	10.954	100·0
rendelőben	30.574	59·4	884	1·7	20.041	38·9	51.499	100·0
százalékban	86·1	.	62·5	.	78·5	.	82·5	.
Budapesten:								
kórházban	1.775	38·3	213	4·6	2.641	57·1	4.629	100·0
rendelőben	29.143	60·4	828	1·7	18.269	37·9	48.240	100·0
százalékban	94·3	.	79·5	.	87·4	.	91·2	.

A szakemberek számára nem lesz meglepő eredmény, hogy a kankós betegeknek Magyarországon 86·1%-át, Budapesten meg éppen 94·3%-át az ambulatoriumokban gyógyították. Furcsa azonban, hogy ezek a viszonyszámok (62·5%, illetve 79·5%) a lágyfekélyes betegekre vonatkozólag alacsonyabbak. Hogy Budapesten jóval több szifiliszes beteget gyógyítottak ambulanter, mint az országban általánosan, ezt a puella publicáknak az országos anyagban való nagyobb szerepe teszi érthetővé, kiknek kényszerű hospitalizációja nagyon is indokolt. A kórházakban gyógyított veneriás betegek legnagyobb kontingense természetesen szifiliszes, az ambulatoriumokban kezelteké viszont kankós volt 1926-ban. Az ambulatoriumok jelentőségét dokumentálja, hogy a jelentett veneriás betegeknek Magyarországon 82·5%-át, Budapesten 91·2%-át az ambulatoriumokban vették gyógykezelés alá.

A vidéki kórházak betegforgalmát a puella publicák betegedései nagyon felfokozzák, miért is érdemesnek láttuk, hogy ezt a szomorú társadalomcsoportot külön is kiemeljük.

45. A kórházakban gyógyított prostituáltak Magyarországon az összes esetekhez viszonyítva. 1926.

Megnevezés	Kankó		Lágyfekély		Szifilisz		Együtt	
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Összes esetek	35.506	56·9	1.414	2·2	25.533	40·9	62.453	100·0
Ebből:								
kórházban	4.932	45·0	530	4·8	5.492	50·2	10.954	100·0
rendelőben	30.574	59·4	884	1·7	20.041	38·9	51.499	100·0
Az összes esetekből prostituáltak	885	49·1	94	5·3	801	45·6	1.780	100·0
Prostituáltak az összes esetek százalékában	2·5	.	6·7	.	3·1	.	2·9	.
Prostituáltak a kórházban ápoltak százalékában	17·9	.	17·7	.	14·6	.	16·3	.

Prostituáltakat ambulanter nem gyógyítottak s így ezeknek számát a kórházban ápolt veneriás betegekhez kellett viszonyítanunk. Az 1926. évben, mint már említettük, 62.453 veneriás beteg állott a kórházakban és az ambulatoriumokban gyógykezelés alatt s ezek közül csak 10.954 jutott a kórházakra. Összesen ugyancsak 1926-ban 1780 prostituáltat gyógyítottak, ami az összes esetek 2·9%-ára, a kórházban kezelt eseteknek már 16·3%-ára rúgott. A puella publicák viszonyszáma már a kórházi betegekre vonatkoztatva, a kankós és lágyfekély rovataiban elég közel esik egymáshoz, a szifilisz rovatában valamivel alacsonyabb. További következtetésekre a szóbanforgó 45. táblázatunk anyaga, sajnos, nem alkalmas.

A veneriás betegségek kérdésével foglalkozó munkánk lezárása előtt, úgyszólván az utolsó pillanatban, sikerült az 1928. évi országos nemibetegségi statisztikának a székesfővárosra vonatkozó és eleddig hermetikusan elzárt anyagát megismernünk. A legnagyobb sajnálattal kell leszögeznünk, hogy az anyagot csak két esztendő leforgása után és csak Szabó Béla miniszteri osztálytanácsos és Gortvay György egyetemi magántanár értékes publikációból tekinthettük át. A veneriás betegségekről készült időszaki felvétel anyagának a szakkörök elől való elzárása inkább a tudomány munkaterületére illegitim módon befészkelődött féltékenység dokumentuma és semmiesetre se szolgálja a tudományos szolidaritásnak sokat hangoztatott, de úgy látszik a gyakorlatban nem alkalmazott principiumát. Az 1928. évi időszakos felvétel csak pillanatképet nyujt s egyáltalában nem tájékoztat a nemibetegségek hullámzásáról, mégis érdemes a részletesebb megbeszélésre.

Az Országos Közegészségi Egyesület antiveneriás bizottsága hosszas tanácskozások után arra a helyes konkluzióra jutott, hogy az antiveneriás küzdelem szervezéséhez múlhatatlanul szükséges a való helyzet feltárása, a veneriás betegségek elterjedettségének a tömegmegfigyelés módszereivel való felmérése. A bizottság kezdeményezésére és előkészítése után indult meg 1928. évi január hó 1-én az eredetileg fél esztendőre tervezett, de időközben egy esztendőre kitolt nagyszabású adatgyüjtés. Az Országos Orvos Szövetség a névnélküli bejelentések elé elvi akadályt nem állított s így lehetővé vált, hogy a felvétel technikai kivitelét a m. kir. központi statisztikai hivatal 1928. évi munkatervébe beillessze. Az antiveneriás bizottság által tervezett bejelentőlapok az 1921. évi svájci felvétel lapjaihoz voltak hasonlók, mégis azzal a különbséggel, hogy nálunk a lapokon még a betegek nevének kezdőbetűit se kellett feljegyezni. Ezzel a felvétel megbízhatóságát valami különösebb kár nem érte, mert a kettős bejelentések kontrollja ugyan így teljesen illuzórikussá vált, de ismerve a közmondást, hogy omnis venericus mendax, különben se számíthattunk volna a kezdőbetűk feljegyzéséből származó támpont csalhatatlanságára. Az adatgyüjtőlap kérdései a következők voltak: nem, kor, családi állapot, vallás, foglalkozás, állandó lakóhely, pontos diagnózis (21 rovattal), a fertőzés kelte, a fer-

tőzés forrása, a fertőzés módja, a fertőzés helye, az első kezelés időpontja, de még azt is kutatták, hogy a betegnek volt-e már előzőleg valamiféle nemibetegsége ?

A különböző orvosi szaklapokban elhelyezett cikkekkel és úgy a székesfővárosban, mint a vidéken tartott számos előadással igyekeztek az orvostársadalmat a felvétel szükségességéről meggyőzni. A propaganda azonban csak részben bizonyult elegendőnek, mert az országban gyakorlatot folytatott körülbelül 6500 orvos közül 1282 orvos a m. kir. központi statisztikai hivatal felszólítását válasz nélkül hagyta. Ebből következik, hogy az orvostársadalomnak körülbelül 20%-át nem sikerült a közreműködésre megnyerni. Szabó Béla megemlíti, hogy lehetséges, hogy az orvosok egy része ezekkel a kórformákkal egyáltalában nem foglalkozik s erről a körülményről a m. kir. központi statisztikai hivatalt értesíteni se tartotta érdemesnek. Nem látszik valószínűnek, hogy ez így volt a valóságban, mert a veneriás betegségek közül csak a szifilisz egymagában a specifikus kórképeknek olyan széles skáláját produkálja, hogy alig akadhat olyan, akár speciálista orvos, kinek rendelésén egy esztendő leforgása alatt szifiliszes, illetve veneriás beteg ne jelentkeznék. A pontosan 20%-ban kifejezett részvétlenségnek bizonyára egyéb, leginkább a szociálhigienés törekvések meg nem értésében rejtőző okai voltak. De még ezen a hiányosságon felül is bevallja tanulságos közleményében maga a felvétel kitűnő technikai szervezője, hogy még a beérkezett lapok kitöltésében is sajnálatos hézagok mutatkoztak. Pedig a munkát igyekeztek megkönnyíteni s a foglalkozásnak csak nyolc főcsoportban való részletezését kívánták s egyébként is vigyáztak arra, hogy az orvosokat felesleges írnivalóval ne terheljék. Úgy az orvosok, mint az egyes gyógyintézetek a jelentéseket összegyűjtve hetenként küldötték be a m. kir. központi statisztikai hivatalba.

Hogy a diszkréciót még a névnélküli adatszolgáltatás mellett is fokozottabban megóvják, a jelentéseket csakis kinevezett és külön esküt tett tisztviselők dolgozták fel. Az anyagot négy főtáblában fogták össze, melyeknek címe a következő volt : I. A veneriás betegek száma nem és kor szerint, összevetve a családi állapottal, II. A veneriás betegségek feldolgozása a betegek neme és kora szerint, összevetve a családi állapottal, III. A veneriás betegségek a betegek foglalkozása szerint, a nemmel és családi állapottal összevetve (e három feldolgozás a 10.000 lélekkel bíró népességű községekig lemenően történt, a II. és III. táblánál pedig még külön a 21 betegségre is tagoltan) s végül IV. A veneriás betegek foglalkozás szerint, összevetve nemmel, családi állapottal, a fertőzés forrásával és a fertőzés módjával törvényhatóságonként.

Miként arról Szabó Béla közleményéből tudomást szerezhettünk, a felvétel eredménye azt mutatta, hogy Magyarországon 1928-ban 54.079 nemibeteg állott orvosi kezelés alatt. Ez azt jelenti, hogy 10.000 élőre 68

nemibeteget kell számítani. Nemzetközi viszonylatban ezt az eredményt nehéz megítélni, mert úgy a felvételekben történt methodikai eltérések, valamint az adatszolgáltatók diszciplináltsága, az egyes államok népességének korcsoportok szerinti megoszlásában és a lakosság szociális rétegződésében való eltéréseken felül is, az összehasonlítás komolyságát veszélyeztetik. Szabó Béla ennek ellenére felemlíti, hogy a Németbirodalomban 1927-ben a veneriás morbiditás indexe 58·0‰, Svájcban 1920—1921-ben 40·0‰ és Csehországban 1921-ben 88‰ volt. Svédországban 1913-ban 24·2‰, 1920-ban 33·1‰, 1924-ben 18·7‰, 1925-ben 20·4‰ és 1926-ban 22·8‰ voltak a megfelelő arányszámok, Norvégiában pedig 1913-ban 29·8‰, 1920-ban 28·3‰ 1924-ben 30·7‰ és 1925-ben 30·1‰. Ha a methodikából eredő differenciáktól eltekintünk, akkor meg kell állapítanunk, hogy a magyar veneriás morbiditás indexe még a németországit is meghaladja, tehát a csehekén kívül vitathatatlanul a legkedvezőtlenebb. Pedig a magyar index nagyon messze van az igazságtól!

Említettük, hogy Grúsz magánúton, nagy szorgalommal gyüjtötte össze 1925-ben a kórházakban és gyógyintézetekben megfogható veneriás morbiditási adatokat, az 1926. évből pedig még ennél is szélesebb körben végezhetett Doros a 154.549/1928. N. M. M. rendelet alapján hasonló vizsgálatot. Az 1928. évi generális felvétellel önkéntelenül adódik az összevetés lehetősége, de Grúsz korlátozott felvétele miatt csak Budapestre vonatkozólag.

Év	Veneriás betegedések			
	kankó	lágyfekély	szifilisz	együtt
	a) *Abszolút számokban.*			
1925	38.020	6.200	18.626	62.846
1926	30.918	1.041	20.910	52.869
1928	12.808	452	15.023	28.283
	b) *Százalékokban.*			
1925	57·5	9·5	33·0	100·0
1926	58·5	1·9	39·6	100·0
1928	45·3	1·6	53·1	100·0

Teljességgel kizárt dolog, hogy a veneriás morbiditásban a regisztrált esztendők alatt olyan nagy eltolódás történt volna, mint azt a fenti eredmények mutatják. Különösen megdöbbentő, hogy a generális és nagy apparátussal végbevitt 1928. évi felvétel csak 28.283 beteget talált 1928-ban Budapesten, holott Grúsz 1925-ben 62.846-ot, mi pedig 1926-ban 52.869-et, annak ellenére, hogy a két utóbbi felvétel kényszerűségből csakis a kórházakra és ambulatóriumokra lokalizálódott. Az 1926. évi adatgyüjtésünket az

ország minden fontosabb kórházára és rendelőintézetére kiterjesztettük s így annak főösszegei az 1928. évi felvétel végső eredményeire is párhuzamba állíthatók. Imígyen :

Év	Veneriás betegedések kankó	lágyfekély	szifilisz	együtt
	a) *Abszolút számokban.*			
1926	35.506	1.414	25.533	62.453
1928	26.587	1.312	28.591	56.490
±	—8.919	—102	+3.058	—5.963
	b) *Százalékokban.*			
1926	56·9	2·2	40·9	100·0
1928	47·0	2·3	50·7	100·0

A fenti eredményekkel illusztrált eltolódás végtelenül meglepő, mert az 1926. évi adatgyüjtés annak ellenére, hogy csak a kórházakra és ambulatóriumokra terjeszkedett ki s az Országos Társadalombiztosító Intézet igen tekintélyes betegforgalmának adatait nélkülözi, az országban több veneriás beteget regisztrált, mint a hivatalos jellegű és nagy apparátussal, sőt a magánorvosok bevonásával végrehajtott speciális felvétel. Érdekes, hogy az eltolódás főleg a kankó rovatára szorítkozik, pedig elméleti megfontolás alapján éppen azt vártuk volna, hogy ebben a rovatban adott volna az 1928. évi felvétel magasabb eredményt. Lehetetlen arra gondolnunk, hogy a kankós morbiditás 1926-ról 1928-ra ennyire megjavult volna, hiszen a budapesti ambulatóriumok forgalmi kimutatásai az ilyen optimisztikus felfogásból már eleve kijózanítottak. Mindezek az adatok arra kényszerítenek, hogy a felvétel eredményeit csak óvatosan értékeljük és csak hozzávetőleges tájékozódásra használjuk fel.

Az 1928. évi veneriás felvétel korlátolt használhatóságát demonstrálta Gortvay szellemes közleményében, midőn a veneriás betegek megoszlását a gyógykezelés helye szerint külön vizsgálat tárgyává tette. Idevágó eredményeit a 46. számú táblában reprodukáljuk. Gortvay adataiból kitűnik, hogy a székesfőváros nemi betegeinek csak 17%-át gyógyították magánorvosok, ami orvostársadalmi szempontból nagyon aggályos jelenség. A magánorvosoknak ezek szerint nagyon csekély részük volt a budapesti nemi betegek kezelésében, ami szöges ellentétben áll az előző felvételek eredményeivel. Frankfurtban — Gortvay szerint — 1926-ban a nemi betegeknek csak 18·6%-át gyógyították a kórházakban és rendelőkben, Magdeburgban 1927-ben a nemi betegek 90·2%-át magánorvosok kezelték és általában Németországban is a betegek javarésze magánorvosoknál keres gyógyulást, hiszen az 1919. évben regisztrált körülbelül félmillió beteg adta a hozzá-

vetőleges kontingenst s mégis 1923-ban az összes német kórházak csak 86.347 nemibeteget fogadtak be. Budapesten a betegek legnagyobb tömegét az Országos Társadalombiztosító Intézet rendelői vették kezelésbe, mert idejutott az 1928. évi felvétel szerint a betegek 25%-a, kereken egynegyede. Ha itt a magánorvosok ilyen kevés nemibeteget gyógyítanak a valóságban, akkor érthető, hogy a kórházakban és rendelőkre szorítkozó adatgyüjtések is közel járhatnak az egyáltalában megfogható veneriás morbiditás hűséges feljegyzéséhez. Mégis annak a gyanunknak kell kifejezést adnunk, hogy az 1928. évi felvétel messze elmaradt attól, hogy az ország, illetve a székesfőváros veneriás morbiditásáról megbízható képet rajzoljon. Jobb anyag hiányában meg kell az eddigi eredményekkel is elégednünk és meg kell kísérelnünk, hogy a rendelkezésre álló adatokból vonjunk, mindenesetre óvatos, következtetéseket.

46. A veneriás betegek megoszlása Budapesten a gyógykezelés helye szerint. 1928.

Intézmények	Betegek száma					
	abszolút számokban			százalékban		
	fi	nő	összesen	fi	nő	összesen
Magánorvosok	3.612	1.033	4.645	18·4	13·3	17·0
Teleia	2.696	585	3.281	13·8	7·5	12·0
O. T. I. központi rendelései	2.696	886	3.582	13·8	11·4	13·1
O. T. I. kerületi rendelései	1.077	393	1.470	5·5	5·0	5·4
Egyéb rendelőintézetek [1])	1.780	579	2.359	9·2	7·4	8·6
Szent István-kórház	1.138	1.157	2.295	5·8	14·8	8·4
Szent Rókus-kórház	897	349	1.246	4·6	4·5	4·5
Szent János-kórház	295	916	1.211	1·5	11·7	4·4
Bőrgyógyászati klinika	1.244	290	1.534	6·5	3·7	5·6
Ferencz József-kórház és M. A. B. I.	897	109	1.006	4·6	1·4	3·6
Izraelita kórház	568	281	849	2·3	3·6	3·1
Apponyi poliklinika	812	395	1.207	4·2	5·1	4·4
Egyéb klinikák, kórházak [2])	1.443	660	2.103	7·5	8·5	7·7
Pótlás	433	167	600	2·2	2·1	2·2
Összesen	19.588	7.800	27.388	100·0	100·0	100·0

[1]) *Egyéb rendelőintézetek:* Posta, Magyar hajózási, Dohányjöv. I., III., X. kerületi betegségi biztosító intézetek, Postatakarékpénztár, Kőszénbánya és téglagyár, Budapesti gépgyárak váll. betegpénztár szövetsége, Nyilv. Erzsébet Szeretet Otthon-kórház, Budapesti törvényszéki fogház kórház, Budapesti vidéki törvényszéki fogház kórház, Fővárosi szakorvosok zuglói rendelője, Budapesti aut. orth. izr. hitk. ambulatóriuma, Budai izr. hitk. nyilv. rendelője, Ganz-féle r.-t. rendelője, Rendőrségi rabkórház, Goldberger S. és fiai orvosi rendelője, Elmegyógyintézet: Lipótmező, Elmegyógyintézet: Angyalföld, Óbudai gázgyár, MÁV kórházak, M. kir. bábaképző, Állami Gyermekmenhely, I. honvéd- és közrendészeti kórház, Ingyentej egyesület, Igazságügyi orsz. megfigyelő és elmegyógyintézet, Ludovika-Akadémia kórház, József-Műegyetem kórház.

[2]) *Egyéb klinikák és kórházak:* Az összes egyetemi klinikák, a bőr- és nemi kórtani klinika kivételével; ezenkivül: Bakáts-téri női kórház, Stefánia-gyermekkórház, Fehérkereszt-kórház, Irgalmasrend kórháza, Szövetkezetek Erzsébet-kórháza, Weiss Alice Gyermekágyas Otthon, Bródy-kórház, Állami Szemkórház, Bethesda-kórház, Charité-kórház, Rendőrségi kórház, II. sz. Honvéd- és közrendészeti kórház, III. sz. Honvéd- és közrendészeti kórház, Egyetemek kórháza, Budapest székesfőváros közkórházainak Gyöngyösi-úti szülészeti osztálya.

A 47. számú táblában mutatjuk be az 1928. évi felvétel legfontosabb eredményeit, a veneriás betegek nem és kor szerint való megoszlását a családi állapottal összevetve és települési helyek szerint részletezve. A táblázatban felsorakozó adattömeget elsősorban a székesfővárosra vonatkozólag vesszük szemügyre s így az egyes csoportok eredményeit települési helyek szerint kell vizsgálnunk. Sokszor hangoztattuk, hogy a veneriás betegségek leküzdése elsősorban a nagyobb városok égető problémája s ezt a tapasztalást az 1928. évi felvétel csak megerősíti. A felvétel alkalmával bejelentett 54.079 nemibetegből 36.940 jutott a tizenegy törvényhatósági jogú városra, tehát az összes betegek 68·3%-a, Budapestre egymagában 27.388 beteg, az összes betegek 50·6%-a.

Ha most a betegek nemére is figyelemmel vagyunk, akkor kiolvashatjuk az előttünk fekvő táblázatból, hogy a 39.148 férfi nemibeteg közül 26.481, 67·6% jutott a törvényhatósági jogú városokra, a 14.931 nőbeteg közül pedig 10.459, tehát 70·0%. A nőtársadalom moralitásának a települési hely szerinti differenciáját is jellemzi, hogy a női veneriás betegnek még nagyobb kontingense esett a városokra, mint azt a férfiak rovatában látjuk. Budapest kellemetlenül domináló helyzete a nem szerinti disztinkcióban is előtűnik, mert a férfibetegek 50·0%-át, a nőbetegek 52·2%-át jelentették a székesfővárosból, annak ellenére, hogy itt csak az ország népességének 11·1%-a, illetve 12·1%-a él. Ötször annyi tehát kereken meghatározva Budapesten a nemibetegek száma, mint azt a népesség számaránya szerint kalkulálnánk.

Egyes külföldi adatok arra utalnak, hogy a nemibetegedések gyakorisága a házasok rovatában lefékezettebb. Ha az 1928. évi felvétel idevágó eredményeit vizsgáljuk, akkor arra a meglepő eredményre jutunk, hogy míg a vármegyékben a nem házasok százalékos viszonyszáma magasabb, addig a városokban, elsősorban Budapesten a házasok rubrikájában találunk magasabb értékeket. Sajnos a nemek szerinti megosztásban, a nők rovatában már a vármegyékben is azt látjuk, hogy a házas nők viszonyszáma magasabb, mint a nem házasoké. Ebből pedig az a szomorú tanulság következik, hogy a veneriás infekció sajnos már a családokba is nagyon befurakodott. Teljesen hasonló eredményt adnak a 48. számú tábla adatai alapján kiszámított országos arányszámok is.

Házas			Nem házas		
Fi	Nő	Együtt	Fi	Nő	Együtt
8·0‰	4·1‰	6·0‰	11·3‰	3·3‰	7·3‰

A nem házasok arányszáma magasabb, de ezt kizárólag a nem házas férfiak magas indexe okozza, mert a házas nők arányszáma tetemesen túlhaladja a nem házasokét.

47. A veneriás betegek száma nem és kor szerint összevetve a családi állapottal Magyarországon. — 1928.

Terület		Összesen						Fi											
		Fi		Nő		Együtt		15 éven aluli		15—20 éves		20—24		25—29		30—39		40 éves és azon felüli	
		absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Házas.																			
Magyarország	absz.	12.777	*65·5*	6.722	*34·5*	19.499	*100·0*	—	—	34	*0·3*	573	*4·4*	1.815	*14·2*	4.315	*33·8*	6.040	*47·3*
	%	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	—	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0
Vármegyék	absz.	3.905	*65·7*	2.039	*34·3*	5.944	*100·0*	—	—	17	*0·4*	252	*6·5*	653	*16·7*	1.384	*35·4*	1.599	*41·0*
	%	—	30·6	—	30·3	—	30·5	—	—	—	50·0	—	44·0	—	36·0	—	32·1	—	26·5
Tj. városok	absz.	8.872	*65·4*	4.683	*34·6*	13.555	*100·0*	—	—	17	*0·2*	321	*3·6*	1.162	*13·1*	2.931	*33·0*	4.441	*50·1*
	%	—	69·4	—	69·7	—	69·5	—	—	—	50·0	—	56·0	—	64·0	—	67·9	—	73·5
Budapest	absz.	6.850	*65·2*	3.658	*34·8*	10.508	*100·0*	—	—	11	*0·2*	238	*3·4*	890	*13·0*	2.267	*33·1*	3.444	*50·3*
	%	—	53·6	—	54·4	—	53·9	—	—	—	32·4	—	41·5	—	49·0	—	52·5	—	57·0
Nem házas.																			
Magyarország	absz.	26.371	*76·3*	8.209	*23·7*	34.580	*100·0*	641	*2·4*	2.490	*9·5*	10.127	*38·4*	7.180	*27·2*	3.738	*14·2*	2.195	*8·3*
	%	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0
Vármegyék	absz.	8.762	*78·3*	2.433	*21·7*	11.195	*100·0*	259	*2·9*	1.110	*12·7*	3.749	*42·8*	2.153	*24·6*	912	*10·4*	579	*6·6*
	%	—	33·2	—	29·6	—	32·4	—	40·4	—	44·6	—	37·0	—	30·0	—	29·4	—	26·4
Tj. városok	absz.	17.609	*75·3*	5.776	*24·7*	23.385	*100·0*	382	*2·2*	1.380	*7·8*	6.378	*36·2*	5.027	*28·5*	2.826	*16·1*	1.616	*9·2*
	%	—	66·8	—	70·4	—	67·6	—	59·6	—	55·4	—	63·0	—	70·0	—	75·6	—	73·6
Budapest	absz.	12.738	*75·5*	4.142	*24·5*	16.880	*100·0*	276	*2·2*	894	*7·0*	4.193	*32·9*	3.787	*29·7*	2.301	*18·1*	1.287	*10·1*
	%	—	48·3	—	50·5	—	48·8	—	43·1	—	35·9	—	41·4	—	52·7	—	61·5	—	58·6
Együtt.																			
Magyarország	absz.	39.148	*72·4*	14.931	*27·6*	54.079	*100·0*	641	*1·6*	2.524	*6·5*	10.700	*27·3*	8.995	*23·0*	8.053	*20·6*	8.235	*21·0*
	%	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0
Vármegyék	absz.	12.667	*73·9*	4.472	*26·1*	17.139	*100·0*	259	*2·0*	1.127	*8·9*	4.001	*31·6*	2.806	*22·2*	2.296	*18·1*	2.178	*17·2*
	%	—	32·4	—	30·0	—	31·7	—	40·4	—	44·7	—	37·4	—	31·2	—	23·5	—	26·4
Tj. városok	absz.	26.481	*71·7*	10.459	*28·3*	36.940	*100·0*	382	*1·4*	1.397	*5·3*	6.699	*25·3*	6.189	*23·4*	5.757	*21·7*	6.057	*22·9*
	%	—	67·6	—	70·0	—	63·3	—	59·6	—	55·3	—	62·6	—	68·8	—	71·5	—	73·6
Budapest	absz.	19.588	*71·5*	7.800	*28·5*	27.388	*100·0*	276	*1·4*	905	*4·6*	4.431	*22·6*	4.677	*23·9*	4.568	*23·3*	4.731	*24·2*
	%	—	50·0	—	52·2	—	50·6	—	43·1	—	35·9	—	41·4	—	52·0	—	56·7	—	57·5

47. A venerias betegek száma nem és kor szerint összevetve a családi állapottal Magyarországon. — 1928. (Vége.)

Terület		Nő											
		15 éven aluli		15—19 éves		20—24		25—29		30—39		40 éves és azon felüli	
		absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	%	absz.
	Házas.												
Magyarország	absz.	—	—	118	*1·8*	753	*11·2*	1.213	*18·0*	2.394	*35·6*	2.244	*33·4*
	%	—	—	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0
Vármegyék	absz.	—	—	76	*3·7*	303	*14·9*	409	*20·0*	695	*34·1*	556	*27·3*
	%	—	—	—	64·4	—	40·2	—	33·7	—	29·0	—	24·8
Tj. városok	absz.	—	—	42	*0·9*	450	*9·6*	804	*17·2*	1.699	*36·3*	1.688	*36·0*
	%	—	—	—	35·6	—	59·8	—	66·3	—	71·0	—	75·2
Budapest	absz.	—	—	32	*0·9*	320	*8·7*	599	*16·4*	1.345	*36·8*	1.362	*37·2*
	%	—	—	—	27·1	—	42·5	—	49·4	—	56·2	—	60·7
	Nem házas.												
Magyarország	absz.	844	*10·3*	1.666	*20·3*	2.169	*26·4*	1.167	*14·2*	1.209	*14·7*	1.154	*14·1*
	%	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0
Vármegyék	absz.	272	*11·2*	673	*27·7*	724	*29·7*	316	*13·0*	231	*9·5*	217	*8·9*
	%	—	32·2	—	40·4	—	33·4	—	27·1	—	19·1	—	18·8
Tj. városok	absz.	572	*9·9*	993	*17·2*	1.445	*25·0*	851	*14·7*	978	*17·0*	937	*16·2*
	%	—	67·8	—	59·6	—	66·6	—	72·9	—	80·9	—	81·2
Budapest	absz.	415	*10·0*	583	*14·1*	992	*23·9*	632	*15·3*	803	*19·4*	717	*17·3*
	%	—	49·2	—	35·0	—	45·7	—	54·2	—	66·4	—	62·1
	Együtt.												
Magyarország	absz.	844	*5·7*	1.784	*11·9*	2.922	*19·6*	2.380	*15·9*	3.603	*24·1*	3.398	*22·8*
	%	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0	—	100·0
Vármegyék	absz.	272	*6·1*	749	*16·7*	1.027	*23·0*	725	*16·2*	926	*20·7*	773	*17·3*
	%	—	32·2	—	42·0	—	35·1	—	30·5	—	25·7	—	22·7
Tj. városok	absz.	572	*5·5*	1.035	*9·9*	1.895	*18·1*	1.655	*15·8*	2.677	*25·6*	2.625	*25·1*
	%	—	67·8	—	53·0	—	64·9	—	69·5	—	74·3	—	77·3
Budapest	absz.	415	*5·3*	615	*7·9*	1.312	*16·8*	1.231	*15·8*	2.148	*27·5*	2.079	*26·7*
	%	—	49·2	—	34·5	—	44·9	—	51·7	—	59·6	—	61·2

48. A népesség megoszlása Magyarországon nem és családi állapot szerint. — 1920.

Terület		Fi		Nő		Együtt	
		absz.	%	absz.	%	absz.	%
				a) *Házas.*			
Magyarország	absz.	1,593.711	100·0	1,642.175	100·0	3,235.886	100·0
	%	—	49·3	—	50·7	—	100·0
Vármegyék	absz.	1,297.704	81·4	1,344.745	81·9	2,642.449	81·7
	%	—	49·1	—	50·9	—	100·0
Tj. városok	absz.	296.007	18·6	297.430	18·1	593.437	18·3
	%	—	49·9	—	50·1	—	100·0
Budapest	absz.	180.042	11·3	182.385	11·1	362.427	11·2
	%	—	49·7	—	50·3	—	100·0
				b) *Nem házas.*			
Magyarország	absz.	2,277.193	100·0	2,467.064	100·0	4,744.257	100·0
	%	—	48·0	—	52·0	—	100·0
Vármegyék	absz.	1,846.698	81·1	1,957.372	79·3	3,804.070	80·2
	%	—	48·5	—	51·5	—	100·0
Tj. városok	absz.	430.495	18·9	509.692	20·7	940.187	19·8
	%	—	45·8	—	54·2	—	100·0
Budapest	absz.	251.248	11·0	315.321	12·8	566.569	11·6
	%	—	44·3	—	55·7	—	100·0
				c) *Összesen.*			
Magyarország	absz.	3,870.904	100·0	4,109.239	100·0	7,980.143	100·0
	%	—	48·5	—	51·5	—	100·0
Vármegyék	absz.	3,144.402	81·2	3,302.117	80·4	6,446.519	80·8
	%	—	48·8	—	51·2	—	100·0
Tj. városok	absz.	726.502	18·8	807.122	19·6	1,533.624	19·2
	%	—	47·4	—	52·6	—	100·0
Budapest	absz.	431.290	11·1	497.706	12·1	928.996	11·6
	%	—	46·4	—	53·6	—	100·0

Rendkívül érdekes képet nyerünk, ha népesség és veneriás betegedések százalékos viszonyszámait nemek szerint tagolva egymás mellé állítjuk.

Települési hely	Népszám (1920) Fi	Nő	Veneriás betegek (1928) Fi	Nő
a) *Házas:*				
Magyarország	49·3	50·7	65·5	34·5
Vármegyék	49·1	50·9	65·7	34·3
Tj. városok	49·9	50·1	65·4	34·6
Budapest	49·7	50·3	65·2	34·8
b) *Nem házas:*				
Magyarország	48·0	52·0	76·3	23·7
Vármegyék	48·5	51·5	78·3	21·7
Tj. városok	45·8	54·2	75·3	24·7
Budapest	44·3	55·7	75·5	24·5
c) *Összesen:*				
Magyarország	48·5	51·5	72·4	27·6
Vármegyék	48·8	51·2	73·9	26·1
Tj. városok	47·4	52·6	71·7	28·3
Budapest	46·4	53·6	71·5	28·5

Az 1920. évi népszámlálás és az 1928. évi veneriás felvétel ideje között nyolc súlyos és a társadalom szociális életére markáns kihatású esztendő telt el, de mert még az 1930. év végén tartandó újabb népösszeírástól távol állunk a régi adatokat kell összehasonlításul óvatosan felhasználnunk. Magyarországon a nőtöbblet a családi állapot szerint való tagozódás figyelembevétele nélkül is kifejezett volt 1920-ban, még jobban előtűnik azonban ez a nem házasok rovatában. A települési helyeket is tekintve, — amint már a III. fejezetben tárgyaltuk — a nőtöbblet úgy a nem házasok, mint az összesen kalkulált rovatban a törvényhatósági jogú városokra, még inkább Budapestre vonatkozólag szembeötlik. A veneriás betegek viszonyszámaiból megismerjük, hogy az eseteknek átlagban háromnegyede jut a férfiakra és egynegyede a nőkre. A nők ezek szerint az adatok szerint is jóval nagyobb részt vesznek a veneriás morbiditásban akkor, ha csak a házasokat vesszük figyelembe, mint akkor, ha a családi állapot szerinti tagozódástól eltekintünk. A nők aránya a magasabb népsűrűségű települési helyeken mind magasabbnak mutatkozik. Ez azt demonstrálja, hogy a városokban a promiszkuitás sok férfi és aránylag több nő között zajlik le és hogy a házasságok a városokban inkább vannak fertőzve, mint a vidéken. Számítsuk ki most az ezer élőre vonatkoztatott arányszámokat nem, családi állapot, települési helyek szerint.

49. A veneriás betegek nem, családi állapot és települési helyek szerint Magyarországon. — 1928.

Megnevezés	Fi		Nő		Együtt	
	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰
Házas.						
Magyarország	12.777	8·0	6.722	4·1	19.499	6·0
Vármegyék	3.905	3·0	2.039	1·5	5.944	2·3
Tj. városok	8.872	29·8	4.683	15·7	13.555	22·9
Budapest	6.850	38·1	3.658	20·5	10.508	29·0
Nem házas.						
Magyarország	26.371	11·3	8.209	3·3	34.580	7·3
Vármegyék	8.762	2·1	2.433	1·2	11.195	2·9
Tj. városok	17.609	41·6	5.776	11·2	23·385	24·9
Budapest	12.738	50·7	4.142	20·1	16.880	29·8
Összesen						
Magyarország	39.148	10·1	14·931	3·6	54.079	6·8
Vármegyék	12.667	4·0	4.472	1·4	17.139	2·8
Tj. városok	26.481	36·5	10.459	13·0	36.940	25·0
Budapest	19.588	45·4	7.800	15·7	27.388	29·5

Itt most már egészen tisztán áll előttünk, hogy bár a veneriás betegségek többségben általában a nem házasok között fordulnak elő, mégis ez a helyzet csak abból a körülményből adódik, hogy a férfiak aránya az egész vonalon magasabb, mint a nőké. A nők rovatában, ugyan jóval mérsékeltebb indexekkel, úgy alakul a helyzet, hogy a házas nők arányszámai a nem házasokéin észrevehetően felülemelkednek. És minél sűrűbben lakott települési helyek arányszámait vizsgáljuk, annál érzékelhetőbb ez a szabályszerűség. Budapest indexei minden kombinációban az élen állanak, bizonyságául annak, hogy az egyetlen magyar világváros éppen úgy gyüjtőhelye minden morális szennynek, mint a nyugateurópai metropolisok. Sőt még a háborús abnormis népmozgalomtól eltekintve, annak a véleményünknek kell kifejezést adnunk, hogy a vidék valószínűleg elsősorban a városok, különösen Budapest felől inficiálódik. Az asszanációt tehát innen kell megindítani!

Budapest részletesebben kiszámított arányszámait nemzetközi megvilágításban később vesszük elő s így most az 1928. évi veneriás felvétel anyagának korcsoportok szerint tagozott eredményeit tesszük kutatás tárgyává. Szabó Béla pontos számításai szerint a veneriás morbiditás korindexei így alakultak:

Megnevezés	Fi	Nő	Együtt
15 éven alul	0·5‰	0·7‰	0·6‰
15—19 évesek	6·0‰	4·2‰	5·1‰
20—24 «	30·6‰	7·2‰	18·0‰
25—29 «	31·5‰	7·0‰	18·9‰
30—39 «	16·4‰	6·3‰	10·9‰
40 éven felül	7·5‰	2·9‰	4·6‰

Nincs kétség abban, hogy a veneriás betegségek legintenzívebben a harmadik életévtizedét taposó lakosságot fenyegetik. A nemi érettség idejével függ legszorosabban össze, hogy a veneriás morbiditás indexe a 20. életév betöltése után hirtelen felugrik s egészen a 30. életévig magas nívón marad. Ma, amikor a házasodás kora annyira felfelé tolódott, nagyon valószínű, hogy

a 20—29 évesek zöme a hivatásos és amatőr promiscuitásban vezeti le nemi ösztöneit s így számos alkalma kerül a veneriás fertőzés aquirálására. Sajnos az előző adatok arra utalnak, hogy a férfi fiatalság midőn a 30. életév betöltése után lehiggad s leginkább beevez a házasság révébe, már oda magával viszi a fertőzést. De az is kézenfekvő, hogy még azok is, kik az agglegénység ódiumát választják, szintén válogatósabbak lesznek akár azért, mert judiciumuk erősödik, akár azért, mert az ifjúi hevesség miatt már keserű tapasztalásokat szereztek. A nők arányszámai már nem mutatnak olyan szembeszökő hullámzást, mint a férfiakéi. Úgy tűnik, hogy a veneriás fertőzés a nőknél nincs annyira a korcsoport által determinálva. Jellegzetes, hogy a 15 éven aluliak rovatában a nők arányszáma valamivel magasabb, mint a férfiaké. A valószínűség amellett szól, hogy a női genitáliák alkalmasabbak az innocens fertőzés befogadására, ami ezt az eltérést legalább részben magyarázza. Módunk van ugyancsak Szabó Béla értékes közleménye alapján a korindexeket települési helyek szerint is bemutatni.

Megnevezés	Város	Vidék
15 éven alul	2·7‰	0·3‰
15—19 évesek	15·8‰	2·7‰
20—24 «	46·5‰	8·8‰
25—29 «	52·1‰	7·4‰
30—39 «	33·4‰	4·0‰
40— «	18·5‰	1·4‰

A vidék arányszámai az egész vonalon alacsonyabbak, ami természetes is, mert a morális közviszonyok a vidéken se ideálisak, mégis kisebbarányú a promiscuitás. Ezek az arányszámok egyúttal azt is dokumentálják, hogy a korai házasság, ami szerencsére vidéken még elég sűrű, a legjobb profilaktikum a veneriás betegségek elleni küzdelemben.

A 47. számú táblánk második részében csak százalékokban tüntettük fel a veneriás morbiditás korcsoportok szerint való megoszlását. A tábla részben a veneriás morbiditás nemek és korcsoportok szerint való százalékos megoszlását mutatja, természetesen a települési helyek figyelembevételével, de egyúttal arról is tájékoztat, hogy a veneriás betegeknek az egyes korcsoportokra jutó kontingense miképpen oszlik meg az egyes települési helyek között.

A 15 évesek rovata a házasok csoportjában természetesen üres, a nem házasokéban azonban igen szembeötlik, hogy a nőbetegek közül lényegesen több jut erre a legfiatalabb korosztályra, mint azt a férfiak rubrikájában látjuk. De egyáltalában megállapíthatjuk, hogy míg a férfibetegek zöme, Budapestet kivéve, a 20—24 évesekre esik, addig a nőbetegeké vitathatatlanul a 30—39 évesekre. Ezt a tételt nem tartjuk abszolútnak, mert megítéléséhez a felvétel hiányosságait is tekintetbe kell vennünk. Láttuk, hogy az 1928. évi adatgyüjtés aránylag kevés gonorrhoeás beteget írt össze, jóval kevesebbet, mint szifiliszest. Ebből folyik, hogy a nők magas betegedési viszonyszáma felfelé tolódik, mert a nők szifiliszes megbetegedése a gyakorlati

tapasztalások szerint már csak a magasabb életkorban, talán csak a következményes kórjelenségek révén válik megismertté. Valószínű, hogyha a felvétel a gonorrhoeás betegeket jobban összefogta volna, akkor a nők betegedési viszonyszámának kulminációja is lejjebb tolódott volna. Valószínűleg ugyanez a hiányosság az oka annak, hogy a házasok csoportjában is elég magasra jutott a betegedések zöme, még pedig úgy a férfiak, mint a nők rovatában. Nem lehet kétséges, hogy a veneriás morbiditás, már az 1928. évi felvétel szerint, korcsoportonként való tagozódását elsősorban a szifilisz betegedések determinálják, hiszen az összes jelentett esetek fele a szifiliszre esett. Egészen furcsa és szinte megmagyarázhatatlan, hogy a 15 éven aluliak viszonyszáma a vármegyékben magasabb volt, mint a városokban vagy Budapesten. Talán a szifiliszkezelésben való hiányosságok szaporítanák vidéken ennyire a veleszületett szifiliszben szenvedők számát? A továbbiakban mindenesetre figyelemmel leszünk ennek kifürkészésére is. A nem házasok rovatában felismerhetjük, hogy a nők veneriás betegedésének legnagyobb tömege ugyan a férfiakéhoz hasonlóan a 20—24 évesek korosztályában található, de jellegzetes eltérés, hogy még a férfi 15—19 évesek viszonyszámai négy vagy ötödrészei a 20—24 évesek kontingensének, addig a 15—19 éves nők viszonyszámai már egészen közel járnak a 20—24 évesekéhez. A női organizmus hamarabb fejlődik, hamarabb jut át a pubertás válságos idején s így ha a körülmények összejátszanak, akkor a nők hamarabb sülyednek a promiscuitás fertőjébe.

Ha most azt vizsgáljuk, hogy az 1928. évi veneriás betegek, korcsoportonként szétbontva települési helyek szerint miképpen oszlanak meg, ugyancsak érdekes eredményekre jutunk. Először megismerhetjük, hogy a korosztályok emelkedésével a betegek mind nagyobb kontingense jut a székesfővárosra. Ez alól a tétel alól csak a 15 éven aluliak, valamint a nem házas 40 éven felüli nők jelentenek kivételt. Jellegzetes, hogy a 15 éven aluli veneriás fibetegek 43·1%-a, a nőbetegeknek pedig majdnem fele (49·2%-a) Budapest rubrikájában található fel. Abból, hogy a korcsoportokon felfelé haladva Budapest részesedése mind érezhetővé válik, azt kell következtetnünk, hogy az alkohol és szexuálkapitalizmusnak sikerül Budapesten a korral növekvő természetes lehiggadást ellensúlyozni, aminek következtében a székesfőváros az emelkedő korcsoportokat tekintve, mindjobban hozzájárul a veneriás morbiditás nívónmaradásához. De megint utalva a felvétel már említett hiányosságára, vigasztalásul arra is figyelmeztetnünk kell, hogy Budapesten mind nagyobb tömegek jutnak magasnívójú szakvizsgálathoz s így mind több lehetősége van a késői szifiliszes elváltozások felismerésének, ami viszont természetesen feltolja a székesfőváros magasabb korú népességének veneriás morbiditását. Miként azt a már eddig elmondottakból látjuk, az 1928. évi felvételnek — úgy látszik — komoly hiányai vannak, miért is nehéz a nyert eredményekből messzebbmenő, pláne a gyakorlat számára biztosan hasznosítható következtetéseket vonni.

50. A veneriás betegedések Magyarországon nem és települési helyek szerint a kórokok feltüntetésével. — 1928.

Terület		Veneriás betegedések								
		fi			nő			együtt		
		absz.	%	‰	absz.	%	‰	absz.	%	‰
		a) *Gonorrhoea ur. heveny.*								
Magyarország	absz.	15.057	100·0	3·9	2.225	100·0	0·5	17.282	100·0	2·2
	%	—	87·1	—	—	12·9	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	4.689	31·1	1·5	683	30·7	0·2	5.372	31·1	0·8
	%	—	87·3	—	—	12·7	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	10.368	68·9	14·2	1.542	69·3	1·9	11.910	68·9	7·7
	%	—	87·1	—	—	12·9	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	7.640	50·7	17·7	1.065	47·9	2·1	8.705	50·4	9·4
	%	—	87·8	—	—	12·2	—	—	100·0	—
		b) *Gonorrhoea ur. régi.*								
Magyarország	absz.	7.069	100·0	1·8	2.041	100·0	0·5	9.110	100·0	1·1
	%	—	77·6	—	—	22·4	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	2.745	100·0	0·9	892	100·0	0·3	3.637	100·0	0·6
	%	—	75·5	—	—	24·5	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	4.324	100·0	6·0	1.149	100·0	1·4	5.473	100·0	3·6
	%	—	79·0	—	—	21·0	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	3.286	100·0	7·6	728	100·0	1·5	4.014	100·0	4·3
	%	—	81·9	—	—	18·1	—	—	100·0	—
		c) *Gonorrhoea ur. heveny és régi együtt.*								
Magyarország	absz.	22.126	100·0	5·7	4.266	100·0	1·0	26.392	100·0	3·3
	%	—	83·8	—	—	16·2	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	7.434	100·0	2·3	1.575	100·0	0·5	9.009	100·0	1·4
	%	—	82·5	—	—	17·5	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	14.692	100·0	20·2	2.691	100·0	3·3	17.383	100·0	11·3
	%	—	84·5	—	—	15·5	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	10.926	100·0	25·3	1.793	100·0	3·6	12.719	100·0	13·7
	%	—	85·9	—	—	14·1	—	—	100·0	—

50. A veneriás betegedések Magyarországon nem és települési helyek szerint a kórokok feltüntetésével. — 1928. (Folytatás.)

Terület		Veneriás betegedések								
		fi			nő			együtt		
		absz.	%	‰	absz.	%	‰	absz.	%	‰
		d) *Szemkankó.*								
Magyarország	absz.	94	100·0	0·0	101	100·0	0·0	195	100·0	0·0
	%	—	48·2	—	—	51·8	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	38	40·4	0·0	29	28·7	0·0	67	34·4	0·0
	%	—	56·7	—	—	43·3	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	56	59·6	0·1	72	71·3	0·1	128	65·6	0·1
	%	—	43·7	—	—	56·3	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	37	39·4	0·1	52	51·5	0·1	89	45·6	0·1
	%	—	41·6	—	—	58·4	—	—	100·0	—
		e) *Szifilisz. I.*								
Magyarország	absz.	3.192	100·0	0·8	1.081	100·0	0·3	4.273	100·0	0·5
	%	—	74·7	—	—	25·3	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	1.223	38·3	0·4	469	43·4	0·1	1.692	39·6	0·3
	%	—	72·3	—	—	27·7	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	1.969	61·7	2·7	612	56·6	0·8	2.581	60·4	1·7
	%	—	76·3	—	—	23·7	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	1.260	39·5	2·9	477	44·1	1·0	1.737	40·6	1·9
	%	—	72·5	—	—	27·5	—	—	100·0	—
		f) *Szifilisz. II.*								
Magyarország	absz.	2.352	100·0	0·6	1.989	100·0	0·5	4.341	100·0	0·5
	%	—	54·2	—	—	45·8	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	966	41·1	0·3	777	39·1	0·2	1.743	40·2	0·3
	%	—	55·4	—	—	44·6	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	1.386	58·9	1·9	1.212	60·9	1·5	2.598	59·8	1·7
	%	—	53·3	—	—	46·7	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	997	42·4	2·3	908	45·7	1·8	1.905	43·9	2·1
	%	—	52·3	—	—	47·7	—	—	100·0	—
		g) *Szifilisz I. II. együtt.*								
Magyarország	absz.	5.544	100·0	1·4	3.070	100·0	0·7	8.614	100·0	1·1
	%	—	64·4	—	—	35·6	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	2.189	39·5	0·7	1.246	40·6	0·4	3.435	39·9	0·5
	%	—	63·7	—	—	36·3	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	3.355	60·5	4·6	1.824	59·4	2·3	5.179	60·1	3·4
	%	—	64·8	—	—	35·2	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	2.257	40·7	5·2	1.385	45·1	2·8	3.642	42·3	3·9
	%	—	62·0	—	—	38·0	—	—	100·0	—

50. A veneriás betegedések Magyarországon nem és települési helyek szerint a kórokok feltüntetésével. — 1928. (Folytatás.)

Terület		Veneriás betegedések								
		fi			nő			együtt		
		absz.	%	‰	absz.	%	‰	absz.	%	‰
		h) *Szifilisz. III.*								
Magyarország	absz.	1.122	100·0	0·3	871	100·0	0·2	1.993	100·0	0·2
	%	—	56·3	—	—	43·7	—	—	100·0	—
Vármegyék	bsz.	492	43·9	0·2	375	43·1	0·1	867	43·5	0·1
	%	—	56·7	—	—	43·3	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	630	56·1	0·9	496	56·9	0·6	1.126	56·5	0·7
	%	—	56·0	—	—	44·0	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	453	40·4	1·1	353	40·5	0·7	806	40·4	0·9
	%	—	56·2	—	—	43·8	—	—	100·0	—
		i) *Szifilisz latens.*								
Magyarország	absz.	5.141	100·0	1·3	4.557	100·0	1·1	9.698	100·0	1·2
	%	—	53·0	—	—	47·0	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	1.131	22·0	0·4	858	18·8	0·3	1.989	20·5	0·3
	%	—	56·9	—	—	43·1	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	4.010	78·0	5·5	3.699	81·2	4·6	7.709	79·5	5·0
	%	—	52·0	—	—	48·0	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	3.011	58·6	6·9	2.863	62·8	5·8	5.874	60·6	6·3
	%	—	51·3	—	—	48·7	—	—	100·0	—
		j) *Szifilisz congenitalis.*								
Magyarország	absz.	682	100·0	0·2	676	100·0	0·2	1.358	100·0	0·2
	%	—	50·2	—	—	49·8	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	260	38·1	0·1	222	32·8	0·1	482	35·5	0·1
	%	—	53·9	—	—	46·1	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	422	61·9	0·6	454	67·2	0·6	876	64·5	0·6
	%	—	48·2	—	—	51·8	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	291	42·7	0·7	334	49·4	0·7	625	46·0	0·7
	%	—	46·6	—	—	53·4	—	—	100·0	—
		k) *Szifilisz visceralis.*								
Magyarország	absz.	286	100·0	0·1	203	100·0	0·1	489	100·0	0·1
	%	—	58·5	—	—	41·5	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	75	26·2	0·0	54	26·6	0·0	129	26·4	0·0
	%	—	58·1	—	—	41·9	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	211	73·8	0·3	149	73·4	0·2	360	73·6	0·2
	%	—	58·6	—	—	41·4	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	140	49·0	0·3	87	42·9	0·2	227	46·4	0·2
	%	—	61·7	—	—	38·3	—	—	100·0	—

50. A veneriás betegedések Magyarországon nem és települési helyek szerint a kórokok feltüntetésével. — 1928. — (Folytatás.)

Terület		Veneriás betegedések								
		fi			nő			együtt		
		absz.	%	‰	absz.	%	‰	absz.	%	‰
		l) *Arteriitis syphilitica.*								
Magyarország	absz.	80	100·0	0·0	39	100·0	0·0	119	100·0	0·0
	%	—	67·2	—	—	32·8	—	—	100·0	—
Vármegyék	bsz.	24	30·0	0·0	18	46·2	0·0	42	35·3	0·0
	%	—	57·1	—	—	42·9	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	56	70·0	0·1	21	53·8	0·0	77	64·7	0·1
	%	—	72·7	—	—	27·3	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	43	53·8	0·1	19	48·7	0·0	62	52·1	0·1
	%	—	69·4	—	—	30·6	—	—	100·0	—
		m) *Aortitis syphilitica.*								
Magyarország	absz.	697	100·0	0·2	406	100·0	0·1	1.103	100·0	0·1
	%	—	63·2	—	—	36·8	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	164	23·5	0·1	74	18·2	0·0	238	21·6	0·1
	%	—	68·9	—	—	31·1	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	533	76·5	0·7	332	81·8	0·4	865	78·4	0·6
	%	—	61·6	—	—	38·4	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	402	57·7	0·9	283	69·7	0·6	685	62·1	0·7
	%	—	58·7	—	—	41·3	—	—	100·0	—
		n) *Aneurysma.*								
Magyarország	absz.	90	100·0	0·0	33	100·0	0·0	123	100·0	0·0
	%	—	73·2	—	—	26·8	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	25	27·8	0·0	13	39·4	0·0	38	30·9	0·0
	%	—	65·8	—	—	34·2	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	65	72·2	0·1	20	60·6	0·0	85	69·1	0·1
	%	—	76·5	—	—	23·5	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	40	44·4	0·1	16	48·5	0·0	56	45·5	0·1
	%	—	71·4	—	—	28·6	—	—	100·0	—
		o) *Arteriosclerosis syphilitica.*								
Magyarország	absz.	267	100·0	0·1	100	100·0	0·0	367	100·0	0·0
	%	—	72·8	—	—	27·2	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	69	25·8	0·0	27	27·0	0·0	96	26·2	0·0
	%	—	71·9	—	—	28·1	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	198	74·2	0·3	73	73·0	0·1	271	73·8	0·2
	%	—	73·1	—	—	26·9	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	142	53·2	0·3	56	56·0	0·1	198	54·0	0·2
	%	—	71·7	—	—	28·3	—	—	100·0	—

50. A veneriás betegedések Magyarországon nem és települési helyek szerint a kórokok feltüntetésével. — 1928. — (Folytatás.)

Terület		Veneriás betegedések								
		fi			nő			együtt		
		absz.	%	‰	absz.	%	‰	absz.	%	‰
		p) *Szifiliszes érmegbetegedések.* (l), m), n), o) együtt.)								
Magyarország	absz.	1.134	100·0	0·3	578	100·0	0·1	1.712	100·0	0·2
	%	—	66·2	—	—	33·8	—	—	100·0	—
Vármegyék	bsz.	282	24·9	0·1	132	22·8	0·0	414	24·2	0·1
	%	—	68·1	—	—	31·9	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	852	75·1	1·2	446	77·2	0·6	1.298	75·8	0·8
	%	—	65·6	—	—	34·4	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	627	55·3	1·5	374	64·7	0·8	1.001	58·5	1·1
	%	—	62·6	—	—	37·4	—	—	100·0	—
		q) *Lues cerebri.*								
Magyarország	absz.	134	100·0	0·0	40	100·0	0·0	174	100·0	0·0
	%	—	77·0	—	—	23·0	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	8	6·0	0·0	5	12·5	0·0	13	7·5	0·0
	%	—	61·5	—	—	38·5	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	126	94·0	0·2	35	87·5	0·0	161	92·5	0·1
	%	—	78·3	—	—	21·7	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	113	84·3	0·3	26	65·0	0·1	139	79·9	0·1
	%	—	81·3	—	—	18·7	—	—	100·0	—
		r) *Tabes dorsalis.*								
Magyarország	absz.	1.638	100·0	0·4	654	100·0	0·2	2.292	100·0	0·3
	%	—	71·5	—	—	28·5	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	360	22·0	0·1	122	18·7	0·0	482	21·0	0·1
	%	—	74·7	—	—	25·3	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	1.278	78·0	1·8	532	81·3	0·7	1.810	79·0	1·2
	%	—	70·6	—	—	29·4	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	1.050	64·1	2·4	441	67·4	0·9	1.491	65·1	1·6
	%	—	70·4	—	—	29·6	—	—	100·0	—
		s) *Dementia paralytica progressiva.*								
Magyarország	absz.	1.038	100·0	0·3	242	100·0	0·1	1.280	100·0	0·2
	%	—	81·1	—	—	18·9	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	246	23·7	0·1	36	14·9	0·0	282	22·0	0·0
	%	—	87·2	—	—	12·8	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	792	76·3	1·1	206	85·1	0·3	998	78·0	0·6
	%	—	79·4	—	—	20·6	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	611	58·9	1·4	158	65·3	0·3	769	60·1	0·8
	%	—	79·5	—	—	20·5	—	—	100·0	—

50. A veneriás betegedések Magyarországon nem és települési helyek szerint a kórokok feltüntetésével. — 1928. (Vége.)

Terület		Veneriás betegedések								
		fi			nő			együtt		
		absz.	%	‰	absz.	%	‰	absz.	%	‰
		t) *Kephalalgia syphilitica.*								
Magyarország	absz.	278	100·0	0·1	282	100·0	0·1	560	100·0	0·1
	%	—	49·6	—	—	50·4	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	92	33·1	0·0	97	34·4	0·0	189	33·7	0·0
	%	—	48·7	—	—	51·3	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	186	66·9	0·3	185	65·6	0·2	371	66·3	0·2
	%	—	50·1	—	—	49·9	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	125	45·0	0·3	139	49·3	0·3	264	47·1	0·3
	%	—	47·3	—	—	52·7	—	—	100·0	—
		u) *Atrophia nervi optici.*								
Magyarország	absz.	193	100·0	0·1	81	100·0	0·0	274	100·0	0·0
	%	—	70·4	—	—	29·6	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	48	24·9	0·0	25	30·9	0·0	73	26·6	0·0
	%	—	65·8	—	—	34·2	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	145	75·1	0·2	56	69·1	0·1	201	73·4	0·1
	%	—	72·1	—	—	27·9	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	80	41·5	0·2	40	49·4	0·1	120	43·8	0·1
	%	—	66·7	—	—	33·3	—	—	100·0	—
		v) *Szemizombénulás.*								
Magyarország	absz.	94	100·0	0·0	53	100·0	0·0	147	100·0	0·0
	%	—	63·9	—	—	36·1	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	20	21·3	0·0	9	17·0	0·0	29	19·7	0·0
	%	—	69·0	—	—	31·0	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	74	78·7	0·1	44	83·0	0·1	118	80·3	0·1
	%	—	62·7	—	—	37·3	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	38	40·4	0·1	27	50·9	0·1	65	44·2	0·1
	%	—	58·5	—	—	41·5	—	—	100·0	—
		z) *Szifiliszes idegbajok.*								
Magyarország	absz.	3.375	100·0	0·9	1.352	100·0	0·3	4.727	100·0	0·6
	%	—	71·4	—	—	28·6	—	—	100·0	—
Vármegyék	absz.	774	22·9	0·2	294	21·7	0·1	1.068	22·6	0·2
	%	—	72·5	—	—	27·5	—	—	100·0	—
Tj. városok	absz.	2.601	77·1	3·6	1.058	78·3	1·3	3.659	77·4	2·4
	%	—	71·1	—	—	28·9	—	—	100·0	—
Budapest	absz.	2.017	59·8	4·7	831	61·5	1·7	2.848	60·2	3·1
	%	—	70·8	—	—	29·2	—	—	100·0	—

De nem mondhatunk komoly véleményt az anyagnak csak ilyen általánosságban való áttekintése alapján. Ezért szükségesnek tartottuk, hogy az 1928. évi felvétel alkalmával nyert eredményeket az egyes kórformák szerint is vizsgálat alá vegyük. Szabó Béla szívességéből idevágó számításainkat az 50. számú táblában adjuk elő. A heveny kankós betegedések indexei szerint Budapestre négyszerannyi beteg jut, mint országosan számítva. A százalékos viszonyszám igazolja, hogy a heveny kankós betegedések felét Budapesten észlelték, holott itt az ország lakosságának csak körülbelül 11%-a él. Feltűnő, hogy a nők kankós betegedési arányszámai milyen alacsonyak. Ez valószínűvé teszi, hogy a bejelentések ebből a rovatból hiányzanak elsősorban. A friss kankó betegedési arányszámai a sűrűbben lakott települési helyek felé erősen felszöknek, de a nemek aránya lényeges eltérést nem mutat. A heveny kankó székesfővárosi arányszámainak behatóbb megítélése céljából pillantsunk végig a következő néhány indexen:

Város	Heveny kankós esetek 1000 élőre kiszámítva		
	fi	nő	együtt
Helsinki (1926)	21·4	7·9	13·9
Stockholm (1926)	16·2	4·4	9·8
Budapest (1928)	17·7	2·1	9·4

A fenti néhány arányszám is feltűnővé teszi, hogy a nők kankós betegedési indexe milyen meglepő alacsony volt 1928-ban. De egyáltalában nem látszik valószínűnek, hogy a kankós morbiditás arányszáma Budapesten kedvezőbb lehetne, mint Helsinkiben vagy Stockholmban. Az, hogy a férfiak indexei mindenütt magasabbak, már régen ismert tény, táblánkban csak az a meglepő, hogy Budapesten valamivel kisebb a nők százalékos aránya, mint a törvényhatósági jogú városokban. Az idült kankós betegedések indexei már jóval mérsékeltebbek, de az emelkedés a sűrűbben lakott helységek felé itt is kifejezetten szembeötlik. Az előbbi adatcsoporthoz mérve a most vizsgálandó eredményeket, a figyelmet fel kell hívnunk arra, hogy míg a friss kankónál a nők csak 12%-kal, az idült kankónál kereken 20%-kal participálnak a morbiditásban. A női genitáliákba befészkelődött kankót nehéz onnan kiirtani, ami az idült esetek szaporodásának valamelyes magyarázatát adja, de mégis az eltolódás túlságosan nagy ahhoz, hogy ezt csak így okadatolhassuk. A nők közismert egész égügyi indolenciája is bizonyára hozzájárul ahhoz, hogy kankójuk már csak idült állapotban kerüljön észlelésre. A férfiak és nők kankós morbiditási arányszámai között tátongó eltérés az összes kankós esetek alapján számítva is előbukkanik, elsősorban Budapest rovatában. Míg a férfiak arányszáma 1928-ban 23·1‰ volt, addig a nőké alig ennek egynyolcada 3·2‰. Mindenesetre megdöbbentő, hogy még a bizonyára hiányos felvétel eredményei szerint is a kankónak 26.392 élő és mozgó fertőzési forrása volt Magyarországon s ennek 48·9%-a, kereken

fele Budapesten gondoskodhatott a gonococcusok tovaplántálásáról. A budapesti eredményt mindenesetre alacsonynak kell tartanunk, mert az előzőkben bemutattuk, hogy a m. kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikáján évente körülbelül 1500, a Teleia rendelőjében körülbelül 5000, a Charité urológiai rendelésén körülbelül 800, az Apponyi Albert poliklinikán körülbelül 1300 beteg keresett gyógyulást, tehát körülbelül 8600 beteg és ha ehhez csak 20%-ot adunk hozzá, csak 1700 beteget, kik magánorvoshoz fordultak, akkor összesen 10.300 beteget kalkulálunk. Az Országos Társadalombiztosító Intézet, a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete, valamint a székesfővárosi közkórházak rendeléseit bizonyára jóval több beteg kereste fel, mint 1237, miként az a veneriás felvétel és kalkulációnk eredményei között mutatkozik. A szemkankó Magyarországon 195 esetben. Budapesten pedig csak 89 esetben került bejelentésre. Az indexek olyan alacsonyak, hogy bátran azt mondhatjuk, miszerint a szemkankó szociálhigiénikus jelentősége szerencsére lehanyatlott, ami azonban nem jelenti azt, hogy a profilaxis további erőteljes alkalmazását ne kívánjuk.

Miközben a kankóbetegedés eredményeit vizsgáltuk, hitünk az 1928, évi felvétel megbízhatóságába nagyon megingott. Olyannyira, hogy szinte már kevesebb ambicióval fogunk a szifilisz elterjedettségét illusztrálni óhajtó eredmények felsorolásához. A szifiliszmorbiditás főeredményeit az alanti adatok érzékeltetik:

Terület	Fi	Nő	Együtt
Magyarország (‰)	4·4	2·7	3·6
Vármegyék (‰)	1·7	1·0	1·3
Tj. városok (‰)	16·7	10·2	13·1
Budapest (‰)	20·4	12·7	16·2

Szinte alig lehetne összehasonlító külföldi adatokat találni, mert a magyar felvétel a szifiliszt elég széles alapon igyekezett összefoglalni. A szifilisz esetek összegyüjtése valószínűleg jobban sikerült, hiszen Csehországban 1926-ban is közel ekkora, 3·7‰ volt a szifiliszmorbiditás arányszáma. A nők arányszáma települési helyek szerint is alacsonyabb, mint a férfiaké, de úgy tűnik, hogy a sűrűbben lakott helyek felé haladva jobban emelkedik, mint a férfiaké. A nagyvárosok nőlakossága mégis inkább fordul orvoshoz s így az esetek inkább juthatnak számszerűleg feljegyzésre. Az 1928. évi felvétel szifiliszmorbiditási anyagát a korszerű pathologiai felfogáshoz idomítva, több csoportban dolgoztuk fel. A szifilisz I. stádiumában szenvedő betegek háromnegyedrésze a férfi és körülbelül egynegyedrésze a női nemhez tartozott. Ebben a tekintetben települési helyek szerint is csak a nők kárára mutatkozik eltolódás. Az arányszámok Budapest felé jellegzetesen növekednek. Már kisebbek azok a mérőszámok, melyek a szifilisz II. rovatban a férfiak

szifiliszmorbiditását észleltetik. A nők rovatában ezzel szemben emelkedtek az arányszámok, bizonyságául annak, hogy a nők a szifilisz gyógyításával is késlekednek. A nemek arányát illusztráló százalékos viszonyszámok is másféle helyzetet rögzítenek, amennyiben a nők viszonyszáma majdnem eléri a férfiakét. Tehát ebben a rovatban a nemek között eddig látott eltolódás a nők kárára kiegyensúlyozódik. Budapest rubrikájában nemcsak az arányszámok a legmagasabbak, hanem a nők százalékos viszonyszáma is, amiből következik, hogy Budapest nőlakossága különösebben van szifilisszel átfertőzve. Felületes szemlélődéssel azt gondolnánk, hogy a szifiliszbetegedések regisztrálása jobban sikerült, mint a kankómorbiditásé. Itt is látunk azonban olyan tünetet, mely kissé gondolkozóba ejt bennünket. Például a szifilisz II. rovatának eredményeit keveseljük, mert abban legalább annyi esetnek kellene szerepelnie, mint a szifilisz I. rubrikájában. Mindenesetre megdöbbentő, hogy a felvétel az országban 8614, Budapesten pedig 3642 fertőzőképes szifiliszes beteget talált, ami azt jelenti, hogy ezeknek a betegeknek 42·3%-a jutott a székesfővárosra. A jövő generációk szempontjából meg egyenesen aggasztó, hogy a betegeknek országos viszonylatban 35·6%-át, Budapesten pedig 38·0%-át a nők között észlelték. A veszedelmet a székesfőváros szempontjából még jobban kidomborítja, hogy számításaink szerint a férfiaknak csak 40·7%-a esett Budapestre, a nőknek azonban 45·1%-a, majdnem a fele. Említettük már, hogy a székesfőváros nőlakossága kulturális emelkedettsége révén inkább keres orvoslást, de még ennek felismerése mellett is aggodalommal kell szemlélnünk a százalékos viszonyszámoknak a székesfőváros kárára mutatkozó eltolódását.

A szifilisz III. stádiumában, praktikusan véve, már nem tekinthető fertőzőnek, mégis érdekes, hogy a felvétel 1928-ban Magyarországon 1993, Budapesten 806 ebbe a csoportba tartozó beteget talált. Az arányszámok általában alacsonyak és csak a budapesti férfiak arányszáma haladja meg az 1·0‰-et. Érthető, hogy ebben a rovatban a betegeknek csak 40·4%-a esett Budapestre, mivel a vidéki kezeletlen esetek jutottak túlsúlyra.

A szifilisz latens rovatba a klinikailag tünetmentes betegek kerülnek besorozásra, az idetartozó betegek besorozásában tehát a pozitív Wassermann-féle reakció a döntő. A reakció megejtésére Budapesten van a legtöbb lehetőség, természetes tehát, hogy a szifilisz latens rovat betegeinek több, mint a fele (60·6%) a székesfőváros rubrikájába tartozik. Ez a megállapítás még erősebben érinti a nők rovatát, mert az ártatlanok, legfeljebb Wassermann-féle reakcióval felfedett infekciója tömegesen itt bújik meg. A nők százalékos viszonyszáma ebben a csoportban már egészen közel férkőzik a férfiakéhoz.

Már az eddig felsorakoztatott eredményekből is kiderül, hogy a szifiliszes fertőzés a magyar társadalom milyen széles rétegeit itatta át. Ezért azután meglepetésként hat, hogy a hivatalos jellegű adatgyüjtés az egész országban csak 1358 veleszületett szifiliszes beteget talált, amelynek majd-

nem fele Budapestről került bejelentésre. A nemek arányában ebben a rovatban ismét változást találunk, amennyiben az esetek majdnem hajszálnyi pontossággal egyenlően esnek a férfi, illetve női nemre, Budapestre vonatkozólag meg éppen a nők veszik át az esetek zömét. Az arányszámok általában alacsonyak s az 1·0‰-et se lépik át. Valószínű, hogy az adatgyüjtésnek ez a része is hiányos, bár magyar lélekkel azt kívánnánk, hogy igaz legyen.

A szifilisznek az emberi szervezetben végzett és sokféle kórformában lezajló rombolása már meglehetősen köztudatba ment. Mégis meggyőződésünk, hogy a visceralis szifilisz eseteinek is csak egy töredéke került bejelentésre. A felvétel az egész országban csak 489, Budapesten pedig csak 227 visceralis szifiliszben szenvedő beteget jegyzett fel.

A szakirodalomban szinte hemzsegnek azok a közlemények, melyek a szifilisznek az érrendszerben végzett rombolását írják le. Az 50. számú táblázatunkban az egyes jellegzetes kórtipusokat külön-külön is feldolgoztuk, majd közös rovatban foglaltuk össze. Magyarországon 1928-ban 1712 beteget jelentettek be, kiknél az érrendszer szifiliszes bántalmazottsága volt észlelhető. Ezeknek 58·5%-a volt budapesti. A nemek arányában korántsem mutatkozik olyan eltolódás, mint azt a férfinemnek az alkohollal és dohánnyal űzött abuzusa ismeretében elvárnánk. A nemek aránya az egyes rovatokban ezt a képet adja:

Megnevezés	Fi		Nő	
	Magyarország	Budapest	Magyarország	Budapest
Szifilisz I. II.	64·4	62·0	35·6	38·0
Szifilisz III.	56·3	56·2	43·7	43·8
Szifilisz latens	53·0	51·3	47·0	48·7
Szifilisz congenitalis	50·2	46·6	49·8	53·4
Szifilisz visceralis.....	58·5	61·7	41·5	38·3
Szifiliszes érmegbetegedések ...	66·2	62·6	33·8	37·4
Szifiliszes idegbajok	71·4	70·8	28·6	29·2

A nemek aránya a szifiliszes érmegbetegedésekben tehát nagyjából megfelel annak, amelyet a friss szifilisz rovatában látunk. Ezzel szemben — úgy látszik — hogy az idegrendszeri bajok a szifilisszel fertőződött férfiakat jobban fenyegetik, mint a nőket. Az aortitis syphilitica rovatában különösen feltűnő a nők előretörése és éppen ez a rovat excellál különben a legmagasabb arányszámokkal, természetesen főleg a székesfővárosra vonatkozólag.

A tabes dorsalis volt az első kórforma, melynek szifiliszes aetiológiáját az idegbajok körül először sikerült exakte bizonyítani. Az 1928. évben 2292 ilyen beteget jelentettek, az összes szifiliszes idegbajoknak (4727),

51. A szifilisz egyes alakjainak megoszlása az 1928. évi adatgyüjtés eredményei szerint. — 1928.

Megnevezés	Házas						Nem házas					
	Fi		Nő		Együtt		Fi		Nő		Együtt	
	abszolút	százalék	abszolút	százalék	abszolút	százalék	abszolút	százalék	abszolút	százalék	abszolút	százalék
					Budapest.							
Syphilis I. II.	722	14·9	594	18·5	1.316	16·4	1.535	38·7	791	26·2	2.326	33·3
Syphilis cong.	8	0·2	24	0·8	32	0·4	283	7·1	310	10·3	593	8·5
Syphilis latens.	1.588	32·9	1.508	46·9	3.096	38·5	1.423	35·9	1.355	45·0	2.778	39·8
Érsyphilis	511	10·6	256	8·0	767	9·6	116	2·9	118	3·9	234	3·3
Idegsyphilis	1.565	32·4	562	17·5	2.127	26·4	452	11·4	269	8·9	721	10·3
Egyéb syphilis	433	9·0	268	8·3	701	8·7	160	4·0	172	5·7	332	4·8
Összesen	**4.827**	**100·0**	**3.212**	**100·0**	**8.039**	**100·0**	**3.969**	**100·0**	**3.015**	**100·0**	**6.984**	**100·0**
					Tj. városok.							
Syphilis I. II.	957	15·0	734	17·8	1.691	16·1	2.398	42·1	1.090	27·2	3.488	36·0
Syphilis cong.	14	0·2	37	0·9	51	0·5	408	7·2	417	10·4	825	8·5
Syphilis latens.	2.064	32·3	1.923	46·7	3.987	37·9	1.946	34·1	1.776	44·4	3.722	38·4
Érsyphilis	701	11·0	314	7·6	1.015	9·7	151	2·7	132	3·3	283	2·9
Idegsyphilis	2.030	31·8	714	17·3	2.744	26·1	571	10·0	344	8·6	915	9·4
Egyéb syphilis	618	9·7	401	9·7	1.019	9·7	223	3·9	244	6·1	467	4·8
Összesen	**6.384**	**100·0**	**4.123**	**100·0**	**10.507**	**100·0**	**5.697**	**100·0**	**4.003**	**100·0**	**9.700**	**100·0**
					Magyarország.							
Syphilis I. II.	1.580	17·7	1.244	21·2	2.824	19·1	3.964	47·5	1.826	33·5	5.790	42·0
Syphilis cong.	27	0·3	53	0·9	80	0·5	655	7·9	623	11·4	1.278	9·3
Syphilis latens	2.672	29·9	2.511	42·9	5.183	35·0	2.469	29·6	2.046	37·5	4.515	32·7
Érsyphilis	956	10·7	420	7·2	1.376	9·3	178	2·1	158	2·9	336	2·4
Idegsyphilis	2.674	29·9	934	15·9	3.608	24·4	701	8·4	418	7·7	1.119	8·1
Egyéb syphilis	1.029	11·5	695	11·9	1.724	11·7	379	4·5	379	7·0	758	5·5
Összesen	**8.938**	**100·0**	**5.857**	**100·0**	**14.795**	**100·0**	**8.346**	**100·0**	**5.450**	**100·0**	**13.796**	**100·0**

tehát kereken a fele idetartozik. Abból, hogy az eseteknek körülbelül 80·0%-a a törvényhatósági jellegű városok rovatából meredezik elénk, nem lehet különösebb következtetést vonni, mert a kórházak szívó hatását jól ismerjük. Teljesen hasonlóan oszlanak meg az egyes települési helyek a dementia paralytica progressiva esetei is. A lues cerebri eseteinek meg éppen 92·5%-át találjuk a városok rubrikájában. A nemek aránya a férfinem súlyosabb bántalmazottságát igazolja, főleg a dementia paralytica progressiva rovatában. A szifiliszes eredésű idegbajokat elsősorban a városokból jelentették, az eseteknek körülbelül 77%-át, általában 60·2%-át pedig Budapestről. A nemek arányát jelző százalékos viszonyszámok települési helyek szerint se divergálnak.

A szifilisz nagyon szélesskálájú megbetegedés, miért is nagyon érdemes megfigyelni a bejelentett szifiliszes eseteket, a bejelentésben pontosabban meghatározott kórforma szerint is. Gortvay kiváló közleményéből emeltük ki az alanti adatokat, melyek erről tájékoztatni fognak. A szifilisz I. és II. stádiumára esik az esetek 30, a latens szifiliszre 34, az érrendszeri szifiliszre 6·0 és az idegrendszeri szifiliszre az esetek 17%-a. A fenmaradó 13% jutna az adatgyüjtés eredményei szerint a veleszületett és egyéb szifiliszes esetekre. Még pontosabban elemezhetjük a szifiliszes esetek megoszlását az 51. számú tabellánk számoszlopaiból is.

Az 51. számú tábla adatai fényesen demonstrálják, hogy bár az egyes kórtípusok megoszlása akár települési helyek, akár családi állapot, akár nemek szerint vizsgáljuk, nagyjából parallel változásokat mutat. Mégis a nők rovatában, még pedig úgy a házasok, mint a nem házasok csoportjában kisebb az idegszifiliszesetek aránya, de nagyobb a latens szifiliszé. A latens szifilisz százalékos viszonyszáma pedig a városokban tűnik fel nagyobb értékekkel.

Az 1928. évi nagyszabású adatgyüjtés szifiliszes morbiditási anyagát végigtekintve azt kell mondanunk, hogy az valamivel megbízhatóbb, mint a kankós betegekre vonatkozó anyag volt, de legfeljebb arra alkalmas, hogy a szifilisz topografiai megoszlását tanulmányozzuk s ezzel az asszanációnak megbízhatóbb irányt jelöljünk meg.

Az ulcus molle szociálhigiénikus jelentősége csekély, miért is a felvétel idevágó anyagának részletes megbeszélését feleslegesnek tartjuk.

Ehelyett most 52. számú táblánkat vesszük elő, mely a veneriás morbiditásnak a törvényhatósági jogú városokban való viselkedését illusztrálja. Az egyes városok népszáma annyira eltér egymástól, hogy csak az 1000 élőre kiszámított indexek hasonlíthatók össze. Ha a főeredményeket vesszük alapul, akkor a következő sorrend alakul:

Pécs	Miskolc	Budapest	Debrecen	Szeged	Baja	Székesfehérvár	Hódmezővásárhely	Győr	Sopron	Kecskemét
34·3	32·8	30·4	18·1	17·8	17·2	12·7	12·5	9·9	6·7	6·4

52. A venerlás betegedések megoszlása Magyarországon települési helyek szerint. — 1928.

Törvényhatósági jogú város	Családi állapot	Népszám				Veneriás betegedések							
						abszolút számokban				1000 lakóra			
		fi	nő	együtt	házas, nem házas összesen	fi	nő	együtt	házas, nem házas összesen	fi	nő	együtt	házas, nem házas összesen
Pécs	házas	9.939	10.350	20.289	47.556	498	250	748	1.629	50·1	24·2	36·9	34·3
	nem házas	12.045	15.222	27.267		595	286	881		49·4	18·8	32·3	
Székesfehérvár	házas	7.089	6.997	14.086	39.109	120	53	173	805	16·9	7·6	12·3	12·7
	nem házas	12.336	12.687	25.023		516	116	632		41·8	9·1	25·3	
Győr	házas	9.059	8.838	17.897	50.036	101	41	142	496	11·1	4·6	7·9	9·9
	nem házas	15.628	16.511	32.139		288	66	354		18·4	4·0	11·0	
Sopron	házas	6.050	5.715	11.765	35.248	35	29	64	235	5·8	5·1	5·4	6·7
	nem házas	11.610	11.873	23.483		121	50	171		10·4	4·2	7·3	
Baja	házas	3.928	4.154	8.082	19.371	63	51	114	333	16·0	12·3	14·1	17·2
	nem házas	4.885	6.404	11.289		166	53	219		34·0	8·3	19·4	
Hódmező-vásárhely	házas	12.973	13.278	26.251	60.922	209	138	347	762	16·1	10·4	13·2	12·5
	nem házas	16.724	17.947	34.671		253	162	415		15·1	14·1	12·0	
Szeged	házas	23.602	23.423	47.025	119.109	442	231	673	2.122	18·7	9·9	14·3	17·8
	nem házas	34.858	37.226	72.084		1.142	307	1.449		32·8	8·2	20·1	
Kecskemét	házas	12.686	12.538	25.224	73.109	95	56	151	468	7·5	4·5	6·0	6·4
	nem házas	23.686	24.199	47.885		239	78	317		10·1	3·2	6·6	
Miskolc	házas	11.026	10.231	21.257	56.982	241	83	324	1.344	21·9	8·1	15·2	32·8
	nem házas	17.220	18.505	35.725		673	347	1.020		39·1	18·8	28·6	
Debrecen	házas	19.613	19.521	39.134	103.186	383	159	542	1.868	19·5	8·1	13·8	18·1
	nem házas	30.255	33.797	64.052		1.040	286	1.326		34·4	8·5	20·7	
Budapest	házas	180.042	182.385	362.427	928.996	7.175	3.795	10.970	28.283	39·8	20·8	30·3	30·4
	nem házas	251.248	315.321	566.569		12.997	4.316	17.313		51·7	13·7	30·6	
Tj. városok összesen	házas	**296.007**	**297.430**	**593.437**	**1,533.624**	**9.362**	**4.886**	**14.248**	**38.345**	**31·6**	**16·4**	**24·0**	**25·0**
	nem házas	**430.495**	**509.692**	**940.187**		**18.030**	**6.067**	**24.097**		**41·9**	**11·9**	**25·6**	

A törvényhatósági jogú városok átlagindexe 25·0‰ s ezt Pécs, Miskolc és Budapest arányszáma lépi túl. Számunkra Pécs kiemelkedő arányszáma nem meglepetés, mert Doros még 1926-ban kimutatta, hogy Leredde-kulccsal mérve ugyancsak Pécsett volt legnagyobb a szifiliszmortalitás. Egyetlen vigasztalásunk, hogy legalább egy közel 100.000 lakosú alföldi városunk arányszáma még az országos átlagon (6·8‰) is alulmaradt. Az eredmények szerint az antiveneriás asszanációt mindenesetre és mielőbb Pécsett, Miskolcon, Budapesten, Debrecenben és Baján kell kimélyíteni. A házas férfiak és nők indexei Pécsett és Budapesten, a nem házasokéi ugyancsak ebben a két városban abnormisan magasak. A nem házas férfiak indexei aggályosak még Székesfehérváron, Baján, Szegeden és Miskolcon is, a nem házas nőké pedig Miskolcon és Hódmezővásárhelyen.

Az 53. számú táblánk segítségével most még behatóbban vizsgálhatjuk a magyar törvényhatósági jogú városok veneriás morbiditását. Legcélszerűbben úgy tanulmányozhatjuk az anyagot, ha az egyes kórtípusokban mutatott indexek alapján sorrendbe állítjuk a városokat.

Kankó: Pécs, Miskolc, Budapest, Székesfehérvár, Baja, Debrecen, Szeged, Győr, Hódmezővásárhely, Sopron, Kecskemét.

Szifilisz: Pécs, Budapest, Szeged, Miskolc, Hódmezővásárhely, Debrecen, Székesfehérvár, Baja, Győr, Sopron, Kecskemét.

Lágyfekély: Győr, Budapest, Pécs, Székesfehérvár, Baja, Szeged, Debrecen, Miskolc, Hódmezővásárhely, Sopron, Kecskemét.

A két komolyabb kórtípus rovatában Pécs áll az élen, Budapest csak a szifilisz rovatában foglalja el a második helyet, már a kankó rubrikájában Miskolc elébe került. Úgy látszik, hogy van két vidéki városunk, melyeknek relatív veneriás morbiditása még rosszabb, mint Budapesté. Az ulcus molle indexeit inkább szalubritárius arányszámoknak foghatjuk fel s nem nagyon hizelgő a székesfővárosra, hogy ezek alapján a második helyre került. A táblázatban felsorakozó és nem és családi állapot szerint kiszámított arányszámok a részletekben is híven követik a főindexek alakulását.

Rendelkezünk még néhány tabellával, mely az 1928. esztendei adatgyüjtés eredményeit tárja fel. Ezek azonban a foglalkozási főcsoportok szerint vannak részletezve, miért is jobban beillenek majd munkánk IX. fejezetébe. Ezekkel tehát majd később fogunk foglalkozni.

De már itt kénytelenek vagyunk leszegezni, hogy az 1928. évi nagyszabású és bár nagy körültekintéssel végrehajtott adatgyüjtés nem váltotta be teljességgel a hozzáfűzött reményeket. Csatlakoznunk kell mindenben Gortvay megállapításához, hogy »az adatgyüjtés a mélyebb szociálhigiénikus összefüggések vizsgálatára nem elegendő, közegészségi szempontból mégis nagy jelentőséggel bír és a tényanyag maga, hozzávetőleges tájékozódásra jól felhasználható«.

53. A venerias megbetegedések a magyar törvényhatósági jogú városokban a kórformák pontosabb megjelölésével. — 1928.

Törvényhatósági jogú városok	Családi állapot	Népszám				Gonorrhoea							
						abszolút				‰			
		fi	nő	együtt	házas, nem házas összesen	fi	nő	együtt	házas, nem házas összesen	fi	nő	együtt	házas, nem házas összesen
Pécs	házas	9.939	10.350	20.289	47.556	135	20	155	659	13·6	1·9	7·6	13·9
	nem házas	12.045	15.222	27.267		392	112	504		32·5	7·4	18·5	
Székesfehérvár	házas	7.089	6.997	14.086	39.109	55	11	66	461	7·8	1·6	4·7	11·8
	nem házas	12.336	12.687	25.023		350	45	395		28·4	3·5	15·8	
Győr	házas	9.059	8.838	17.897	50.036	21	4	25	234	2·3	0·5	1·4	4·7
	nem házas	15.628	16.511	32.139		180	29	209		11·5	1·8	6·5	
Sopron	házas	6.050	5.715	11.765	35.248	8	4	12	98	1·3	0·7	1·0	2·8
	nem házas	11.610	11.873	23.483		64	22	86		5·5	1·9	3·7	
Baja	házas	3.928	4.154	8.082	19.371	17	22	39	185	4·3	5·3	4·8	9·6
	nem házas	4.885	6.404	11.289		116	30	146		23·7	4·7	12·9	
Hódmezővásárhely	házas	12.973	13.278	26.251	60.922	40	31	71	207	3·1	2·3	2·7	3·4
	nem házas	16.724	17.947	34.671		97	39	136		5·8	2·2	3·9	
Szeged	házas	23.602	23.423	47.025	119.109	94	17	111	947	4·0	0·7	2·4	8·0
	nem házas	34.858	37.226	72.084		737	99	836		21·1	2·7	11·6	
Budapest	házas	180.042	182.385	362.427	928.996	2.277	568	2.845	12.808	12·6	3·1	7·8	13·8
	nem házas	251.248	315.321	566.569		8.686	1.277	9.963		34·6	4·0	17·6	
Kecskemét	házas	12.686	12.538	25.224	73.109	30	16	46	202	2·4	1·3	1·8	2·8
	nem házas	23.686	24.199	47.885		122	34	156		5·2	1·4	3·3	
Miskolc	házas	11.026	10.231	21.257	56.982	107	23	130	791	9·7	2·2	6·1	13·9
	nem házas	17.220	18.505	35.725		452	209	661		26·3	11·3	18·5	
Debrecen	házas	19.613	19.521	39.134	103.186	104	24	128	919	5·3	1·2	3·3	8·9
	nem házas	30.255	33.797	64.052		664	127	791		21·9	3·8	12·3	
Törvényhat. jogú városok összesen	házas	296.007	297.430	593.437	1,533.624	2.888	740	3.628	17.511	9·8	2·5	6·1	11·4
	nem házas	430.495	509.692	940.187		11.860	2.023	13.883		27·5	4·0	14·8	
Magyarország	házas	1,593.711	1,642.175	3,235.886	7,980.143	4.432	1.182	5.614	26.587	2·8	0·7	1·7	3·3
	nem házas	2,277.193	2,467.064	4,744.257		17.788	3.185	20.973		7·8	1·3	4·4	

53. A veneriás megbetegedések a magyar törvényhatósági jogú városokban a kórformák pontosabb megjelölésével. — 1928. (Vége.)

Törvényhatósági jogú városok	Családi állapot	Szifilisz								Ulcus molle							
		abszolút				‰				abszolút				‰			
		fi	nő	együtt	házas, nem házas összesen	fi	nő	együtt	házas, nem házas összesen	fi	nő	együtt	házas, nem házas összesen	fi	nő	együtt	házas, nem házas összesen
Pécs	házas	362	229	591	949	36.4	22.1	29·1	20·0	1	1	2	21	0·1	0·1	0·1	0·4
	nem házas	186	172	358		15·4	11·3	13·1		17	2	19		1·4	0·1	0·7	
Székesfehérvár	házas	64	42	106	330	8·1	6·0	7·5	8·4	1	—	1	14	0·1	—	0·1	0·4
	nem házas	158	66	224		12·8	5·2	9·0		8	5	13		0·6	0·4	0·5	
Győr	házas	78	35	113	220	8·6	4·0	6·3	4·4	2	2	4	42	0·2	0·2	0·2	0·8
	nem házas	74	33	107		4·7	2·0	3·3		34	4	38		2·2	0·2	1·2	
Sopron	házas	27	25	52	134	4·5	4·4	4·4	3·8	—	—	—	3	—	—	—	0·1
	nem házas	54	28	82		4·7	2·4	3·5		3	—	3		0·3	—	0·1	
Baja	házas	46	29	75	143	11·7	7·0	9·3	7·4	—	—	—	5	—	—	—	0·3
	nem házas	45	23	68		9·2	3·6	6·0		5	—	5		1·0	—	0·4	
Hódmezővásárhely	házas	168	107	275	550	13·0	8·1	10·5	9·0	1	—	1	5	0·1	—	0·0	0·1
	nem házas	153	122	275		9·1	6·8	7·9		3	1	4		0·2	0·1	0·1	
Szeged	házas	339	211	550	1.145	14·4	9·0	11·7	9·6	9	3	12	30	0·4	0·1	0·3	0·3
	nem házas	388	207	595		11·1	5·6	8·3		17	1	18		0·5	0·0	0·2	
Budapest	házas	4.827	3.212	8.039	15.023	26·8	17·6	22·2	16·2	71	15	86	452	0·4	0·1	0·2	0·5
	nem házas	3.969	3.015	6.984		15·8	9·6	12·3		342	24	366		1·4	0·1	0·6	
Kecskemét	házas	64	39	103	256	5·0	3·1	4·1	3·5	1	1	2	10	0·1	0·1	0·1	0·1
	nem házas	110	43	153		4·6	1·8	3·2		7	1	8		0·3	0·0	0·2	
Miskolc	házas	131	60	191	544	11·9	5·9	9·0	9·5	3	—	3	9	0·3	—	0·1	0·2
	nem házas	216	137	353		12·5	7·4	9·9		5	1	6		0·3	0·1	0·2	
Debrecen	házas	278	134	412	913	14·2	6·9	10·5	8·8	1	1	2	36	0·1	0·1	0·1	0·3
	nem házas	344	157	501		11·4	4·6	7·8		32	2	34		1·1	0·1	0·5	
Törvényhat. jogú városok összesen	házas	6.384	4.123	10.507	20.207	21·6	13·9	17·7	13·2	90	23	113	627	0·3	0·1	0·2	0·4
	nem házas	5.697	4.003	9.700		13·2	7·9	10·3		473	41	514		1·1	0·1	0·5	
Magyarország	házas	8.938	5.857	14.795	28.591	5·6	3·6	4·6	3·6	199	35	234	1.311	0·1	0·0	0·1	0·2
	nem házas	8.346	5.450	13.796		3·7	2·2	2·9		993	84	1.077		0·4	0·0	0·2	

Az eddig produkált egész anyagunk megismerése alapján arra az álláspontra kell helyezkednünk, hogy a veneriás betegségek kérdése országos viszonylatban, de különösen a székesfővárosra vonatkozólag nincsen megoldva. Ebben a véleményünkben az 1928. évi nagy felvétel eredményei bennünket teljesen megerősítenek. A világháború alatt a szakemberek mindenütt a veneriás betegségek terjedését észlelték. Így volt ez Budapesten is! Úgy a hadat viselt államokban, mint a semlegeseknél általában 1916-ban indult meg a veneriás morbiditás emelkedése, mely azután kulminációját az 1919—1920. években érte el. A hadviselőknél az abnormisan felfokozódott népmozgalomban, a családi élet kiterjedten erőszakos széttörésében találtuk meg ennek a szociálpathológiai jelenségnek a magyarázatát, a semlegeseknél pedig a meglehetős gondtalanságot biztosító konjunktúra kialakulásában, amiként azt Haustein stockholmi adatainak segítségével már igazoltuk. A katonaság körében a legtöbb szerző szerint sok volt a friss infekciók száma. Az egyes hadseregcsoportok között ebben a tekintetben differenciák voltak aszerint, hogy azok időnként mozgó vagy álló háborúban, nehéz harcokban vagy aránylag békésségesebb frontrészen voltak alkalmazásban. A polgári lakosság körében főleg a nők veneriás morbiditása emelkedett. Ez a leromlott morálnak kétségbeejtő bizonyítéka volt. De tekintettel arra, hogy a nők fertőzésének további lefolyása lappangóbb jellegű, a nők kiterjedt betegedésének veszedelme epidemiológiai, sőt az utódokra gondolva még eugénikai nézőpontból is kiemelkedőbb.

A világháború után pár év múlva a szakközlemények hangja megváltozott, mert mindenfelől örvendetes csökkenésről számoltak be, vérmes remények ébredeztek, hogy most már mihamarabb megoldódik a veneriás betegségek leküzdésének problémája. Egyes szerzők még ma is makacsul tartják optimista álláspontjukat, de máris komoly szakemberek hordják össze az ennek megcáfolására szolgáló dokumentumokat. A gyakorlóorvosokat, kik tényleg kevesebb veneriás beteget látnak, ugyancsak nehéz a való helyzetről felvilágosítani. Mert nagyon kézenfekvő, hogy a gyakorlóorvosok veneriás betegei megfogyatkoztak. A világháború után a társadalom elszegényedése elképzelhetetlen méreteket öltött s a tömegeknek nem jut költségük a magánorvoslás igénybevételére. Ezzel szemben a kórházak, ambulatóriumok, ingyenrendelések tevékenysége erősen kiterjeszkedett, különösen a társadalombiztosításnak nyakló nélkül való kötelezővé tétele útján. Budapesten Flesch Nándor szerint a népesség 70%-a van valamiféle biztosítóba beszervezve. Ezek az intézmények elszívták a veneriás betegeket is a magánorvosok elől. A valóság az, hogy a veneriás beteganyag nem fogyatkozott meg, hanem egyszerűen szétoszlott és legfőképpen a rendelőintézetekbe koncentrálódott. Ezt a jelenséget az új és új rendelőintézetek felállítása, nemkülönben a veneriás

betegekkel való foglalkozásnak majd minden orvos tevékenységi körébe való kényszerű bevonása csak elősegítették.

Állandó jellegű s legalább névtelen bejelentési rendszeren alapuló adatgyüjtés hiányában legfeljebb a zártabb társadalmi csoportokra vonatkozó statisztikából lehetne a veneriás betegségek elterjedését folyamatosan megítélni. Sajnos, a legnagyobb betegtömeget felölelő Országos Társadalombiztosító Intézet — mint már említettük — ezt az igyekvésünket nem méltányolta. De általában nehéz becsületes veneriás morbiditási statisztikát teremteni, mert — mint arról szólottunk — »omnis-venericus mendax«. És ha az adatszolgáltató hazudik, akkor az adatközvetítő orvosok is nehéz helyzetbe kerülnek. Még nehezebb a prevenció érdekében tüstént kihasználható adatgyüjtést szervezni. A szifilisz aránylag hosszú inkubációja elmoshatja a fertőzés forrását a beteg emlékezetéből, sokszor arról a beteg nem is tud, hiszen Szentkirályi — igaz, hogy nem friss eseteknél — megállapította, hogy a betegek 65—70%-a nem is tudott betegségéről.

A háború alatt Nékám és Török figyelmeztetett az esetek szaporodására, azóta már 1925 körül Guszmann kórházi és Csillag pénztári anyagon észlelték a veneriás morbiditás apadását. Berde a szegedi klinika betegforgalmának elemzése alapján ugyanerre a megismerésre jutott, mert a betegek száma növekedett, de a friss szifiliszesetek száma mégis csökkent. Az 1927. esztendő óta azonban ott is a friss szifiliszes infekciók gyakoribbá válását észlelték. A Nékám-klinika anyagában is erre utalnak az 1927. évi eredmények. Külföldről is hasonló hírek érkeznek. Nürnbergben 1925 óta, Frankfurtban 1926 óta tapasztalják a friss szifiliszes esetek szaporodását. Doros 1927-ben már a magyar adatokra támaszkodva ugyanezt hangsúlyozta. Azóta hasonló megfigyelésekről számolnak be a szakemberek, Svájcban és Ausztriában is. Jeanselme professzor párizsi adatai alapján ugyancsak a szifilisz újabb fellángolását emlegeti s ennek a tételének igazolására a nemi beteggondozók adataira támaszkodik. A Saint Louis-kórház statisztikája szerint a szifiliszesetek száma 1920-tól 1924-ig fokozatosan esett, de már 1925 óta ismét emelkedett. Az észlelésre került esetek közül 1919-ben 50% volt friss eset, 1923-ban 31%, 1924-ben 40%, 1925-ben 60%, 1926-ban 65% és 1927-ben 63%. Bayet is hivatkozik a párizsi szifiliszesetek emelkedésére a következő kórházi adatok alapján:

Év	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Friss szifiliszesetek .	614	452	345	269	248	459	490	611

Az emelkedés 1924-ről 1925-re egészen szembeszökő. Jeanselme is bevallja, hogy 1925-ben hangoztatott optimista nyilatkozata súlyos tévedés volt, különösen abban a tekintetben, hogy az infekció behurcolói az idegen munkások, mert anyagában utóbb a helyi infekciót 85%-ban ki tudta mutatni. A franciák a szifilisz újbóli fellángolását részben a bismuthnak a szalvarzán helyett való alkalmazásával hozzák kapcsolatba, de rámutatnak arra is,

hogy a veszedelem abban rejlik, hogy a nők még mindig húzódoznak a szakkezeléstől. Diszkrét kezelési lehetőséget kell — véleményünk szerint — biztosítani és a propagandát elsősorban a nők meggyőzésére irányítani. A munkások között terjedő veneriás bajok letörése érdekében a munkaidőt kímélő esti rendeléseket kívánják Párizsban — igen helyesen — szaporítani. És az se kétséges, hogy a szifilisz újabb fellángolását a titkos prostitució szörnyű elterjedése is táplálja. Bayet ugyancsak említi a szifilisznek Brüsszelben történt újabb fellángolását, de ő ezt azzal magyarázza, hogy az 1925. évben financiális okokból meg kellett szorítani az általa koncipiált és tényleg nagyszabású antiveneriás küzdelem intenzitását. Véleménye szerint az antiveneriás küzdelem csak akkor lehet eredményes, ha abban minden orvos közreműködését biztosítják s elegendő ingyen gyógyszert adnak rendelkezésükre. Úgy gondolja, hogy a legutóbbi években észlelhető emelkedést tüstént le lehet törni, ha az eredeti módszerre visszatérnek. Ezt nemcsak Brüsszel lakosságának érdekében, hanem a tudományos megismerések bővítése céljából is kívánatos experimentumnak tartanánk.

A veneriás morbiditás viselkedését helyesen magyarázni nem könnyű feladat. A háborús fellángolást a népmozgalom kiszélesedésének, a lakásnyomorúság szétterülésének, az erkölcsök meglazulásának, valamint a házasságok legalább időszakos kényszerű szétbontásával szokás magyarázni. A háború után a nyomorúság, tetézve a munkanélküliség szörnyűséges méreteivel csak fokozódott és mégis csökkent a friss fertőzések száma. Csak egy adatot tudunk említeni, mely ezt némileg érthetővé teszi! A házasságkötések száma Budapesten 8—9‰ szokott normális időkben lenni, de a háború alatt leszállt 6‰-re is. Az 1919. évben azonban felszökött 24‰-re, 1920-ban 12‰-re csökkent, sőt még 1921-ben és 1922-ben is 11—12‰ volt. Tehát a férfiak nemi ösztöne a háború utáni esztendőkben nem a promiscuitásban, hanem inkább a házasságban keresett kielégülést. Azóta a közviszonyok leromlása letörte a házassági indexeket, felfokozta a promiscuitást s ezzel együtt lélekzethez juttatta valószínűleg a nemi fertőzést elsőrendűen terjesztő prostituciót.

Nem lehet kétséges tehát, hogy most ismét újabb hullámhegy előtt állunk a szifilisz periodicitásában. A felsorolt adatok erre ugyancsak bőséges bizonyitékokat szolgáltattak. Számolnunk kell a veneriás betegségek újabb hullámvetésével, miért is erélyesen tiltakozunk a túlzottan optimista megítélések ellen. Sajnos, erre is sok energiát kell ma fordítanunk, mert ez még orvosi körökben is kellemetlenül erős gyökeret vert. A veneriás betegségek problémája nem elintézett, hanem nagyon is élő és vészesen aktuális kérdés. Ezért kell minden erővel a veneriás morbiditás állandó jellegű és minél exaktabb megfigyelésére és az antiveneriás küzdelem intenzitásának növelésére törekednünk, hogy a veneriás betegedések periodicitásának máris megkezdődött új hullámvetése legalább valamennyire lefékeződjék.

IX.

A foglalkozás befolyása a nemi betegségek gyakoriságára és a szifiliszhalandóság viselkedésére.

A higiéne az egészségvédelem tudománya! Kutatási módszereit illetőleg egyáltalában nem önálló tudományszak. Története már az ókorba nyúlik vissza, de a középkorban az egészségvédelem problémái lekerültek a napirendről. A középkor mentalitása nem kedvezhetettt a higiéne fejlődésének, hiszen az emberiség históriájának ez a nagy korszaka mindenekelőtt azt a gondolatot emelte piedesztálra, hogy a földi élet a siralom völgye s az nem tekinthető másnak, mint előkészületnek a halálontúli boldogságra. Arról megfeledkeztek, hogy az Írásban azt is megolvashatjuk, hogy a Mindenható az ember szómájával való sáfárkodást is számonkéri az ítélet napján. Ezt a tanítást akkor elfeledték s az ókor higiénes vívmányai elmerültek a középkor egyoldalú bölcselkedésében s csak a legújabb korban jutottak megint a kellő élénkséggel előtérbe.

A higiénét a mult század hetvenes éveiben Pettenkofer, a nagy német orvos emelte önálló tudományszak magaslatára s adott a fogalomnak bőséges tartalmat, midőn kimondotta, hogy megfelelő életmód és megfelelő környezet biztosítása mellett a betegségek jórésze eleve elhárítható. De még ennél is magasabb értékű és átfogóbb célkitűzések rejlenek abban a megállapításában, mely szerint nemcsak a betegségek elhárítása, hanem az egészségvédelem teljes kiépítése révén a lakosság munkaképességének fokozása, sőt a jövendő nemzedékek szellemi és testi épségének biztosítása is szervesen beletartozik a higiéne munkafeladatai közé. Ezzel a széles körülszemlélődésen alapuló célkitüzéssel szinte teljesen megadta Pettenkofer a higiénének, az egészségvédelem tudományának egész munkaprogrammját.

Talán már születésekor kettévált lényegében a higiéne, mely gyüjteményébe vont minden tudományszakból minden megismerést, mely az egészség megóvása érdekében értékesíthetőnek mutatkozott. A tapasztalások ugyanis részben olyan rendszabályok csoportjává gyarapodtak, amelyeket minden ember többé-kevésbbé saját erejéből képes megvalósítani. Egyidejüleg összegyültek azonban azok az egészségvédelmi követelmények is, melyeknek kielégítésére csekély az egyéni erő, melyeknek kielégítésére a társadalmi közösségek beavatkozása szükséges s amelyeket ma közhigiéne, közegészségügy gyüjtőfogalma alatt értünk.

Pettenkofer az emberiség örök hálájára méltó tevékenységének rendszerességét bizonyítja, hogy bár nagyon jól látta a szociális viszonyok éles belejátszását az egészségügyi közállapotok alakulásába, szinte már érezte a megelőzés és népgondozás ma már teljes elismerést aratott eszméjének bekövetkezendő egyeduralmát, mégis rendet tartott a kutatásban s nagy munkaerejét elsősorban olyan kérdések megfejtésének szentelte, amelyek az emberi szervezettel szemben a természeti tényezők részéről fenyegető ártalmak leküzdését ölelik fel. Ezeket ma már elemi egészségügyi követelményeknek tartjuk! A higiéne fejlődésének első stádiuma tehát az ember fizikális környezetének megfigyelése volt s az ehhez szükséges módszereket a fizika és kémia adták kölcsön. A második stádium Koch Róbert fellépésével lendül előre s a mikrobiológiai módszerekkel elért tapasztalásokra támaszkodott. A kórcsirák gyors egymásutánban való felismerése, ezek életfeltételeinek tisztázása vezetett el a gyakorlatban a modern járványvédelem kialakulásához. A századforduló körüli esztendők szociálpolitikai mozgolódásai ismét forrongásba hozták a higiéne programmját s ezzel az egészségvédelem haladásának harmadik stádiumát alapították meg. Kitűnt ugyanis, hogy az egyéni észlelés eredményessége is véges s további sikerek csak akkor várhatók, ha a tömegészlelés módszereit is alkalmazásba vesszük s ennek segítségével igyekszünk megvilágítani, hogy a szociális közviszonyok milyen hatást gyakorolnak az egészségügyi közállapotokra. A tapasztalások rendeződése, ujabb céltudatos vizsgálódások, melyeket a tömegmegfigyelés alkalmas módszereivel, statisztikai felvételekkel végeztek, elég gyorsan méreteiben is hatalmas tantárggyá fejlesztették a szociális higiénét. A kedvezőtlen szociális körülmények behatására a szervezetben végbemenő kóros elváltozások felismerése a szociális pathologia disciplinájának kialakulásához vezetett, melyet a szociális therápia és szociális profilaxis hatalmas fejezetei, a gyógyításban és megelőzésben értékesíthető eredményeknek gyüjteményei harmónikusan egészítenek ki. És csak legújabban éreztük meg, hogy a szociális miliő hatásának fürkészése megint kissé a szélsőségekbe tévedt, mert kétségtelen sikerei dacára túlságosan figyelmen kívül hagyta az ember szervezetének veleszületett sajátságait, egyszóval az ember konstitucióját. Nem lehet kétséges, hogy kiváló konstitució is rossz kondicióvá devalválódhatik a kedvezőtlen szociális miliő nyomására, viszont a rossz konstituciót is mitigálják a kedvező szociális körülmények, mégis nagy hiba volna ezt a tényezőt az emberi egészségvédelem organizálásában mellőzni. Úgy véljük, hogy a higiéne fejlődésének ötödik stádiuma közeledik, mely módszereit illetőleg a fizikához, biokémiához, statisztikához, fejlődéstanhoz és biológiához fordul, eredményeinek megítélésében a fajegészségügyi, a fizikális, a mikrobiológiai és a szociális szempontokat egyaránt kiemeli, miért is leghelyesebben azt az ötödik emelkedési fokot a higiéne kulturális stádiumának nevezhetjük el. Ezzel egyelőre

úgy látszik, hogy az egyoldalú szemlélődés kikapcsolódott, ami a haladást leginkább mentesíti attól, hogy kátyuba zökkenjék.

A társadalomegészségtan, melyet sokan külön diszciplinának akartak előreléptetni, maga se választotta szét a szociális pathológiát és szociális terápiát, hanem az idevágó megismeréseket a nagy szociálhigiénikus kérdésekkel kapcsolatban adta elő. A szociálhigiéne kérdései közül, melyek a nagyobb gyüjtőmunkákból sohasem hiányoznak, a tuberkulózis, alkoholizmus és veneriás betegségek elterjedésének és az ellenük való védekezés szervezésének, a néptáplálkozás megfigyelésének és javításának, a lakásviszonyok szemmeltartásának és befolyásolásának, a munkaegészségügy felkarolásának, az anya- és csecsemővédelem, valamint az iskolaegészségügy ápolásának, a fajegészségügyi szempontok érvényesítésének és végül a lakosság higiénikus életmódra való oktatásának problémáit kell kiemelnünk. A nagy szociálhigiénikus triász (tuberkulózis, alkoholizmus és veneriás betegségek) mellett a lakáskérdéssel, a néptáplálkozás problémájával, valamint a népesség foglalkozásából eredő ártalmakkal és azok leküzdésével is komolyan kell foglalkoznunk. Mind a három tényező egyaránt jellemzi a társadalom szociális rétegeződését, de talán leginkább a foglalkozások megoszlása, mely egyúttal lényegében a lakáskörülményeket és a táplálkozást is megszabja. Különösen akkor, ha sikerül az egyes foglalkozásokon belül az önállókat, tisztviselőket és munkásokat külön disztingválni. A foglalkozás ezenfelül leginkább a kultúrfokot is determinálja, sőt mivel tudjuk, hogy a pályaválasztásban intuitiv autoszelekció is érvényesül, a népesség foglalkozások szerint való rétegeződéséből és a halandóság ilyen megoszlásából bizonyos mértékig még a népesség konstituciós eltolódásaira is következtethetünk.

Mindezek a megfontolások arra késztettek, hogy a veneriás betegségek gyakoriságát foglalkozások szerint is igyekezzünk megfigyelni és a szifiliszmorbiditás és szifiliszmortalitás viselkedését ebben a kombinációban is kutatás tárgyává tegyük. Annál is inkább, mert a foglalkozással nemcsak speciális ártalmak függenek össze, hanem a foglalkozás egyúttal az életstandardot nagyjából szintén megszabja. A szociálpathologiai kutatásnak ez a formája tehát nemcsak az egyes különleges ártalmakat választja szét, hanem általában is fényt vet valamelyik kórforma és a szociális viszonyok összefüggéseire. A foglalkozás befolyásának vizsgálatában is komoly nehézségekre bukkanunk. A népesség foglalkozások szerint való tagozódását a hivatalos népszámlálások csak tízesztendőnként rögzítik, miért is az időközi, sokszor nagyon jelentékeny eltolódások elmosódnak. Ezzel szemben a halálesetek feljegyzése már sokkal jobban idomul a tényleges helyzethez, de annyiban jelent hibaforrást, hogy az elhaltnak csak legutóbbi foglalkozását írja fel. Holott köztudomású, hogy az egyes foglalkozások speciális ártalmai elég gyakran spontán is kiváltják a pályaváltoztatást. Ezért megtörténhetik, hogy a

haláleset olyan foglalkozás rovatába kerül, melyet az elnyomorodás, illetve a halál kiváltásával okszerű összefüggésbe egyáltalában nem lehet hozni. Ezek a hibák a minden tekintetben exakt kutatást megakadályozzák, mégis érdemesnek tartjuk, hogy a székesfőváros Leredde-féle kulccsal megállapított szifiliszhalandóságát ebben a kombinációban is vizsgálat tárgyává tegyük.

Gondosan átvizsgáltuk a szakirodalmat, de sajnos, a foglalkozások figyelembe vételével disztingvált veneriás morbiditási és mortalitási adatgyüjtést alig találtunk. Az eddig végzett kutatások főleg csak a prostituáltaknak előzetes foglalkozását tették vizsgálat tárgyává, akiknél azután a veneriás betegségek jellegzetes »foglalkozási ártalmaknak« tekinthetők. Ennek a kérdésnek részleteivel később külön fejezetekben foglalkozunk, miért is az ismétlések elkerülése végett itt a részletek további megbeszéléséről lemondunk. Van azonban a társadalomnak egy sokkal előkelőbb csoportja, melynek veneriás morbiditása már szorgos megfigyelés tárgya volt. A katonák a társadalom nemileg érett és fiatal csoportját képezik, mely állandó orvosi felügyelet alatt áll. A katonai diszciplina azután lehetővé tette, hogy az egyes hadseregekben elég megbízható anyagot gyüjtsenek. Zemanek Adolf, Töply Róbert, Tyne Jokinen, Schwiening Heinrich és Urbach József foglalkoztak eminenter a katonaság veneriás morbiditásának problémájával. Munkánk szempontjából a katonaság veneriás betegedéseinek kérdését alárendeltnek tartjuk s a sok idevágó eredmény helyett megelégszünk Haustein összefoglaló táblájának reprodukciójával.

A Haustein nyomán reprodukált 1. számú tabellánk foglalja össze néhány állam hadseregének veneriás morbiditását 1873-tól 1925-ig. A tabellában költségvetési és naptári esztendőkre számított eredmények szerepelnek. Praktikusan véve azonban ez a különbség az összehasonlítást nem zavarja. Az egyes államok rovataiban lényeges eltérések vannak. Lehet, hogy ezek a valóságnak megfelelnek, de az sincs kizárva, hogy a különbségek methodikai differenciákból származnak. A mult század nyolcvanas éveiben a legmagasabb veneriás morbiditási indexek az olasz hadseregben voltak megállapíthatók, hiszen az átlag 100·0‰ körül mozog, viszont ebben az időben a porosz hadsereg átlagarányszáma legfeljebb 26—28‰ lehetett. A kilencvenes években Anglia került az élre, mert az átlagindex körülbelül 180‰-re rúgott akkor, mikor a porosz hadsereg arányszáma már 20‰ felé apadt le. A századforduló körüli esztendőkben is az angol és amerikai hadseregek veneriás morbiditása volt a legmagasabb, viszont a porosz és méginkább a bajor hadseregé a legalacsonyabb. A francia hadsereg indexe legtöbbször magasabb volt, mint az osztrák-magyar hadseregé, de legalább háromszorosa az alacsony német arányszámnak. Érdekes, hogy a világháború előtt a dán és svéd hadseregek veneriás morbiditása se volt valami kedvező.

1. Veneriás megbetegedések néhány állam hadseregében (‰). — 1873—1925.

Költségvetési év	Porosz hadsereg	Bajor hadsereg	Naptári év	Osztr.-magy. hadsereg	Francia hadsereg	Orosz hadsereg	Olasz hadsereg	Belga hadsereg	Holland hadsereg	Spanyol hadsereg	Dán hadsereg	Svéd hadsereg	Angol hadsereg	Amerikai hadsereg	Japán hadsereg
1873—1874	38·4	—	1873	55·7	72·5	—	89·0	70·9	—	—	—	—	—	101·7	—
1874—1875	21·6	32·1	1874	53·0	74·6	—	73·0	67·8	—	—	—	—	—	92·6	—
1875—1876	28·8	35·8	1875	59·5	72·8	—	77·2	67·4	—	—	—	—	—	116·4	—
1876—1877	30·0	35·2	1876	65·8	53·2	—	114·0	64·2	—	—	—	—	—	107·6	—
1877—1878	36·0	38·8	1877	66·9	52·7	—	102·0	64·2	—	—	—	—	—	97·8	160·0
1878—1879	38·5	42·5	1878	75·4	54·7	—	107·0	64·2	—	—	—	—	—	97·9	—
1879—1880	34·9	40·5	1879	81·4	58·4	—	113·7	63·0	—	—	—	—	—	95·2	—
1880—1881	39·2	41·7	1880	75·7	60·6	—	118·6	65·1	—	—	—	—	—	96·8	—
1881—1882	41·0	45·7	1881	79·0	59·9	—	123·9	64·1	—	—	—	—	—	91·8	—
1882—1883	38·2	42·4	1882	73·7	61·1	—	109·5	64·2	—	—	—	—	—	78·4	—
1883—1884	34·5	37·9	1883	73·3	55·0	—	102·0	54·3	—	—	—	—	—	76·7	—
1884—1885	32·6	34·6	1884	73·5	47·7	—	94·7	55·1	—	—	—	—	—	75·1	—
1885—1886	29·7	35·0	1885	69·0	47·5	—	86·0	49·8	—	—	—	—	—	79·7	—
1886—1887	28·6	34·4	1886	65·8	45·3	—	81·8	45·1	—	55·7	—	—	267·1	71·9	—
1887—1888	26·3	33·1	1887	64·4	47·8	—	95·0	40·3	—	—	—	114·4	252·9	74·4	—
1888—1889	26·7	32·8	1888	65·4	43·1	42·4	79·5	35·9	—	56·5	—	95·8	224·5	80·0	—
1889—1890	26·7	35·4	1889	65·3	42·1	40·7	99·0	31·4	—	79·7	—	64·1	212·1	84·7	—
1890—1891	27·2	31·9	1890	65·4	40·9	43·0	104·0	33·1	—	71·6	—	64·9	212·4	85·2	—
1891—1892	27·9	36·9	1891	63·7	39·9	41·5	104·0	32·3	60·0	74·6	—	63·8	197·4	72·5	—
1892—1893	29·6	33·8	1892	61·6	39·8	44·8	100·0	32·8	53·1	73·6	—	82·3	201·2	76·7	—
1893—1894	32·9	36·5	1893	64·5	40·0	43·1	96·6	34·5	46·1	94·0	—	96·2	194·6	73·1	—
1894—1895	29·9	35·6	1894	64·8	35·3	39·5	91·9	33·0	54·1	83·1	—	128·1	182·4	80·4	—
1895—1896	25·5	30·9	1895	61·0	31·9	36·0	84·9	30·1	48·6	106·9	—	103·5	173·8	73·7	—
1896—1897	21·9	22·9	1896	61·4	29·2	34·9	96·8	33·1	46·8	—	—	86·9	158·3	78·1	—
1897—1898	21·0	21·9	1897	60·6	26·7	35·4	90·1	28·3	44·6	77·0	—	91·4	139·7	84·6	64·0
1898—1899	19·9	23·3	1898	61·5	27·1	36·3	96·0	28·1	40·2	85·6	—	103·2	132·7	82·0	—
1899—1900	18·5	20·5	1899	64·0	28·6	37·9	93·4	29·3	33·3	—	—	87·7	122·4	133·0	—
1900—1901	17·8	21·8	1900	59·7	27·5	42·1	89·7	28·3	31·0	—	—	56·6	93·3	133·9	—
1901—1902	18·3	20·9	1901	59·9	27·1	44·2	87·4	29·3	28·0	—	—	62·8	105·4	150·4	—
1902—1903	19·4	18·3	1902	57·6	26·3	41·3	91·5	27·1	25·7	—	38·9	33·1	122·7	160·9	36·0
1903—1904	19·8	17·4	1903	58·9	27·1	40·5	85·2	26·4	31·3	63·4	45·2	20·5	125·0	151·5	—
1904—1905	19·4	14·6	1904	61·6	29·8	46·4	87·9	30·2	23·7	62·1	40·9	18·1	107·6	172·4	—
1905—1906	19·4	17·0	1905	60·0	29·1	59·2	81·5	28·6	23·4	57·8	32·7	18·1	90·5	180·0	—
1906—1907	19·1	15·5	1906	60·6	28·6	62·7	87·7	27·9	26·3	63·4	34·3	16·5	82·4	172·4	—
1907—1908	18·8	15·6	1907	54·2	27·8	60·1	85·2	26·7	23·1	67·9	34·1	20·2	72·1	175·9	—
1908—1909	19·4	14·4	1908	51·5	24·7	54·3	71·4	25·3	24·6	69·9	46·8	26·0	68·9	175·9	—
1909—1910	20·8	17·2	1909	54·7	23·0	47·9	80·2	25·6	23·2	93·7	49·8	15·7	66·4	179·3	—
1910—1911	19·9	16·5	1910	55·2	23·4	—	70·2	19·1	20·6	73·3	42·8	19·2	65·7	159·0	21·2
1911—1912	20·5	16·5	1911	55·2	24·5	—	79·1	—	19·8	68·3	37·4	20·2	60·4	168·2	22·9
1912—1913	—	14·5	1912	—	26·5	—	90·4	27·2	14·0	62·4	36·5	22·2	56·5	125·3	22·8
1913—1914 ...	—	—	1913	—	16·7	42·8	72·3	[3])	11·6	69·6	47·2	23·0	50·9	89·3	24·7
1914—1915	[1]) 21·1		1914	—	—	—	(78·0)		—	59·2	42·5	23·8	51·9	103·0	25·2
1915—1916	20·5		1915	—	—	—	—	17·1	—	61·1	38·9	18·2	—	99·3	24·7
1916—1917	18·5		1916	—	(67·4)	—	—	36·2	—	66·7	43·4	19·9	—	90·0	22·0
1917—1918	22·1		1917	—	(88·3)	—	—	52·9	—	73·3	42·8	20·2	—	107·2	20·3
1918—1919	—		1918	—	(82·9)	—	—	56·8	—	74·7	41·6	23·3	—	90·5	20·0
1919—1920	—		1919	—	(55·8)	—	—	—	33·5	83·8	65·8	33·3	—	61·3	22·6
1920—1921	—		1920	—	32·5	—	—	49·6	14·2	84·2	49·8	27·0	—	79·0	—
1921	[2]) 65·2		1921	—	25·0	—	73·2	32·7	11·6	102·3	46·2	21·1	40·2	66·8	19·0
1922	78·99		1922	—	23·8	—	56·4	18·6	7·1	82·6	40·1	17·9	35·4	64·6	—
1923	83·6		1923	—	21·5	—	37·6	20·4	6·6	58·1	41·2	16·6	27·2	59·2	—
1924	—		1924	—	21·7	—	—	16·9	4·0	—	41·7	15·5	25·1	56·1	—
1925	53·1		1925	—	21·6	—	—	9·6	5·0	—	22·0	20·2	22·3	52·2	—

[1]) Német hadsereg. — [2]) Német birodalmi hadsereg. — [3]) Az 1913. és 1914. évi adatok a német megszállás alatt elvesztek.

A háborus esztendők alatt a német hadsereg helyzete ebben a tekintetben tovább javult, a franciáé azonban érzékelhetően leromlott. A háború utáni években azután megfordult a helyzet, mert az angol és francia hadseregek veneriás morbiditási indexei javultak, a németé viszont jóval több, mint száz százalékkal leromlott. Az 1925. évi eredmények szerint legjobb indexek találhatók a hollandi és belga, a legrosszabbak a német és amerikai hadseregek rovataiban.

A katonai adatoktól eltekintve, a veneriás foglalkozási statisztika nagyon szegényes. Sem azok az államok, melyek a veneriás betegségek reglementálását bevezették, sem azok, melyek népességük veneriás morbiditásáról csak egyes felvételek szervezése révén igyekeznek tájékozódni, nem helyeztek elég súlyt adatgyüjtésüknek ebben a fontos kombinációban való feldolgozására. Általában megelégedtek a simplex demográfiai megosztásokkal. Lehet, hogy a veneriás morbiditás anyaga nem terjeszkedik ki erre a tényre, de lehet az is, hogy az adatszolgáltatás nem elégíti ki ebben az irányban az igényeket. Morbiditási anyagunk ezért részben csak az 1921. évi február hóban Csehországban lefolytatott felvételből ered. A 2. számú tabellánkban reprodukált adatok már ezért is tüzetesebb megbeszélést igényelnek. Először vegyük a főeredményeket sorba! Főcsoportok szerint a 100.000 lakósra kiszámolt indexek így alakulnak:

Mezőgazdaság	72	Bankszakma	8.740
Erdőgazdaság	120	Vasúti szolgálat	383
Bányászat	408	Egyéb közlekedés	820
Állattenyésztés	354	Állami- és közszolgálat	114
Fémipar	400	Iskola- és nevelésügy	425
Gépipar	357	Egyházi szolgálat	125
Kőipar	60	Rendőrség, csendőrség	1.212
Faipar	330	Egészségügy, igazságügy	1.280
Textilipar	33	Katonaság	8.070
Ruházati ipar	252	Önálló házifoglalkozás	1.230
Élelmiszeripar	345	Állásnélküliek	1.080
Építőipar	179	Foglalkozásnélküliek	820
Egyéb ipar	546	Tanulók	2.250
Kereskedelem	970	Napszámosok	16.300
Vendéglősök	875		

A cseh adatgyüjtés szerint még akkor is szörnyűséges magas a napszámosok veneriás morbiditási indexe, ha tudjuk, hogy ezt a foglalkozási ágat a felvétel pontosabban megfogta, mint a népszámlálás. Hallatlanul magas az arányszám a katonaság rovatában, valamint a bankszakmában is. Ezenkivül legjobban a tanulók indexe tűnik fel. A rendőrség és csendőrség, egészségügy és igazságügy, önálló házi foglalkozásúak és állásnélküliek arányszámai is excellálnak. Általában tehát az intelligens csoportok veneriás morbiditása volt magasabb, de hogy ezt mennyiben okozza a jobb adatszolgáltatás azt megállapítani lehetetlenség.

2. A nemi betegségek Cseh-Szlovákiában 100.000 lakóra. — 1921.

Foglalkozás	Csehország	Morvaország és Szilézia	Szlovákia	Ruténföld	Összesen
Mezőgazdaság:					
Férfiak	145	150	46	1.530	113
Nők	41	39	19	170	43
Összesen	88	87	33	585	72
Erdőgazdaság:					
Férfiak	316	147	83	—	156
Nők	95	30	62	48	67
Összesen	203	82	71	22	120
Bányászat:					
Férfiak	905	340	88	—	635
Nők	200	68	—	—	138
Összesen	508	218	47	—	408
Állattenyésztés:					
Férfiak	1.385	128	530	—	520
Nők	350	38	—	1.960	152
Összesen	920	89	348	940	354
Fémipar:					
Férfiak	832	363	278	974	607
Nők	139	39	38	110	90
Összesen	554	235	180	585	400
Gépipar:					
Férfiak	575	445	535	1.076	543
Nők	92	75	44	—	79
Összesen	386	298	320	596	357
Kőipar:					
Férfiak	112	78	38	—	97
Nők	27	14	—	—	21
Összesen	76	48	20	—	60
Faipar:					
Férfiak	605	303	390	435	486
Nők	142	72	43	—	102
Összesen	407	220	236	235	330
Textilipar:					
Férfiak	48	33	100	990	49
Nők	17	42	34	—	24
Összesen	29	39	59	305	33
Ruházati ipar:					
Férfiak	367	246	260	95	300
Nők	243	122	75	49	204
Összesen	320	198	163	74	252

2. A nemi betegségek Cseh-Szlovákiában 100.000 lakóra. — 1921. (Folytatás.)

Foglalkozás	Csehország	Morvaország és Szilézia	Szlovákia	Ruténföld	Összesen
Élelmiszeripar:					
Férfiak	748	570	285	240	600
Nők	63	102	66	—	73
Összesen	**400**	**220**	**174**	**119**	**345**
Építőipar:					
Férfiak	307	248	270	527	283
Nők	47	56	22	—	46
Összesen	**197**	**154**	**156**	**277**	**179**
Egyéb ipar:					
Férfiak	1.001	1.000	490	825	950
Nők	143	118	28	510	130
Összesen	**585**	**572**	**260**	**670**	**546**
Kereskedelem:					
Férfiak	2.260	1.576	922	422	1.770
Nők	354	233	142	30	280
Összesen	**1.216**	**843**	**540**	**218**	**970**
Vendéglősök:					
Férfiak	1.650	1.260	560	860	1.365
Nők	609	330	465	428	867
Összesen	**1.005**	**708**	**504**	**625**	**875**
Bankszakmák:					
Férfiak	12.700	13.800	18.700	20.000	13.650
Nők	3.980	3.185	2.400	5.200	3.650
Összesen	**8.585**	**8.550**	**10.300**	**12.000**	**8.740**
Vasút:					
Férfiak	714	496	675	560	648
Nők	142	96	30	80	107
Összesen	**440**	**302**	**380**	**337**	**383**
Egyéb közlekedés:					
Férfiak	1.700	980	1.010	490	1.430
Nők	212	131	147	—	185
Összesen	**989**	**560**	**604**	**254**	**820**
Állami és közszolgálat:					
Férfiak	42	35	250	131	195
Nők	46	33	—	—	34
Összesen	**44**	**34**	**124**	**70**	**114**
Iskola és nevelésügy:					
Férfiak	620	760	437	425	600
Nők	270	304	165	258	265
Összesen	**418**	**485**	**340**	**338**	**425**

2. A nemi betegségek Cseh-Szlovákiában 100.000 lakóra. — 1921. (Vége.)

Foglalkozás	Csehország	Morvaország és Szilézia	Szlovákia	Ruténföld	Összesen
Egyházi szolgálat:					
Férfiak	388	193	134	—	225
Nők	103	—	—	—	36
Összesen	**244**	**90**	**59**	—	**125**
Rendőrség és csendőrség:					
Férfiak	1.440	1.535	2.200	1.975	2.000
Nők	359	51	410	1.235	300
Összesen	**965**	**905**	**1.620**	**1.770**	**1.212**
Egészségügy, igazságügy, szab. fogl.:					
Férfiak	3.260	1.830	1.600	1.340	2.600
Nők	540	219	234	179	405
Összesen	**1.630**	**810**	**800**	**696**	**1.280**
Katonaság:					
Férfiak	8.600	7.550	9.970	10.600	8.630
Nők	62	1.060	880	2.340	1.000
Összesen	**1.740**	**6.470**	**9.400**	**10.025**	**8.070**
Önálló házifoglalkozás:					
Férfiak	990	5.720	352	2.860	950
Nők	1.218	199	1.450	4.000	1.280
Összesen	**1.170**	**1.130**	**1.180**	**3.700**	**1.230**
Állásnélküli alkalmazottak:					
Férfiak	4.120	5.900	4.075	—	4.350
Nők	975	592	—	—	700
Összesen	**1.320**	**1.080**	**550**	—	**1.080**
Foglalkozásnélküliek:					
Férfiak	1.310	660	683	437	970
Nők	1.000	343	422	767	756
Összesen	**1.080**	**425**	**485**	**672**	**820**
Tanulók:					
Férfiak	3.340	2.020	1.780	1.187	2.850
Nők	510	415	233	1.310	475
Összesen	**2.600**	**1.815**	**1.380**	**1.220**	**2.250**
Napszámosok:					
Férfiak	42.400	35.800	5.720	5.600	22.800
Nők	21.000	16.700	2.480	3.140	10.040
Összesen	**31.800**	**25.600**	**3.990**	**4.340**	**16.300**

A férfiak indexei a nőkét mindenütt tekintélyesen meghaladják, kivéve a ruházati ipart, melyben a nők indexe a férfiakéhoz közel emelkedik, valamint az önálló házifoglalkozás rovatát, melyben a nők indexe a férfiakét meghaladja. Úgy látszik, hogy a ruházati iparban való tevékenység, valamint a házifoglalkozás teremti a legtöbb alkalmat az erkölcsi botlásokra, illetve veneriás fertőzésre. A tanulók rovatában a fiuk arányszáma nagyobb, mint a leányoké, ami megfelel a régi tapasztalásoknak.

A katonaság indexe olyan magas, hogy az 1. számú táblánk adataival összevetve, azt kell megállapítanunk, hogy a cseh hadsereg veneriás morbiditási arányszáma volt a legrosszabb, mert még a német hadseregét is túllépte. A cseh felvétel négy tartomány között tett különbséget! Már az előzők alapján is arra kell következtetnünk, hogy a veneriás morbiditás zöme Csehországra esett, hiszen a legnagyobb arányszámokat mutató foglalkozások minden bizonnyal ebben a tartományban dominálnak. Ha az egyes tartományok indexeit sorrendbe állítjuk, akkor kitűnik, hogy Csehország indexe 17 esetben a legmagasabb, Morvaországé 1 esetben, Szlovákiáé egyszer sem, a Rutén földé 2 esetben. A második helyre Csehország 7, Morvaország 12, Szlovákia 8 és a Ruténföld 2 esetben került. A harmadik helyet Csehország 3 esetben, Morvaország 8 esetben, Szlovákia 16 esetben és a Ruténföld 2 esetben okkupálja. S végül a legkedvezőbb helyre Csehország csak 2 esetben, Morvaország 8 esetben, Szlovákia 5 esetben, a Ruténföld pedig 14 esetben került. Nem nehéz az eredményekből kihámozni, hogy a legkedvezőbb helyzetben Szlovákia volt a veneriás morbiditás tekintetében. Ennél többet már nehéz a fenti tábla adataiból kiolvasni s ezzel azután a cseh adatgyüjtés foglalkozások szerint disztingvált morbiditási anyagának tárgyalását befejeztük.

A m. kir. központi statisztikai hivatal által 1928-ban Magyarországon végrehajtott veneriás felvétel anyagának egy részét foglalkozások szerint dolgozták fel s így ebben a tekintetben a székesfővárosra vonatkozólag nemcsak a Leredde-rendszerű szifiliszstatisztikánkra vagyunk utalva.

Mikor az 1928. évi országos veneriás felvételt tervezték és a kérdőpontokat megállapították, a bejelentett betegek foglalkozásának pontosabb megjelölését el kellett ejteniök. Egyrészt azért, mert vannak olyan foglalkozások, melyeknek megjelölése a titkosságot tette volna illuzóriussá, másrészt azért, mert ezzel a bejelentő orvosokra olyan terhet raktak volna, ami az adatszolgáltatást csak zavarta volna. Megelégedtek tehát a foglalkozási főcsoportok megjelölésével, amely szerint — miként azt már az előző fejezetben említettük — az anyagot többféle kombinációban dolgozták fel.

3. A veneriás betegek megoszlása foglalkozás szerint Magyarországon. – 1928.

Megnevezés		Őstermelés						Bányászat, ipar és forgalom						Közszolgálat					
		önálló		tisztviselő		segéd-személyzet		önálló		tisztviselő		segéd-személyzet		önálló		tisztviselő		segéd-személyzet	
		absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
	Fi.										*a) Nem szerint.*								
Magyarország	absz.	1.503	100·0	121	100·0	1.457	100·0	3.193	100·0	3.160	100·0	18.456	100·0	566	100·0	2.056	100·0	1.190	100·0
	%	.	3·8	.	0·3	.	3·7	.	8·2	.	8·1	.	47·2	.	1·4	.	5·3	.	3·0
Budapest	absz.	207	13·8	37	30·6	209	14·3	1.306	40·9	2.298	72·9	10.797	58·5	377	66·6	1.003	48·8	723	60·8
	%	.	1·1	.	0·2	.	1·1	.	6·7	.	11·7	.	55·1	.	1·9	.	5·1	.	3·7
	Nő.																		
Magyarország	absz.	462	100·0	8	100·0	550	100·0	883	100·0	549	100·0	4.219	100·0	105	100·0	407	100·0	329	100·0
	%	.	3·1	.	0·1	.	3·7	.	5·9	.	3·7	.	28·3	.	0·7	.	2·7	.	2·2
Budapest	absz.	53	11·5	2	25·0	60	10·9	406	46·0	460	83·8	2.519	59·7	63	60·0	261	64·1	203	61·7
	%	.	0·7	.	0·0	.	0·8	.	5·2	.	5·9	.	32·3	.	0·8	.	3·3	.	2·6
	Együtt.																		
Magyarország	absz.	1.965	100·0	129	100·0	2.007	100·0	4.076	100·0	3.709	100·0	22.675	100·0	671	100·0	2.463	100·0	1.519	100·0
	%	.	3·6	.	0·2	.	3·7	.	7·5	.	6·9	.	41·9	.	1·2	.	4·6	.	2·8
Budapest	absz.	260	13·2	39	30·2	269	13·4	1.712	42·0	2.758	74·4	13.316	58·7	440	65·6	1.264	51·4	926	60·9
	%	.	0·9	.	0·1	.	1·0	.	6·3	.	10·1	.	48·6	.	1·6	.	4·6	.	3·4
	Házas.										*b) Családi állapot szerint.*								
Magyarország	absz.	1.024	100·0	49	100·0	899	100·0	2.247	100·0	1.478	100·0	7.932	100·0	283	100·0	903	100·0	678	100·0
	%	.	5·2	.	0·3	.	4·6	.	11·5	.	7·6	.	40·7	.	1·5	.	4·6	.	3·5
Budapest	absz.	130	12·7	21	42·8	106	11·8	982	43·7	1.131	76·5	4.984	62·8	196	69·3	480	53·2	395	58·3
	%	.	1·2	.	0·2	.	1·0	.	9·3	.	10·8	.	47·4	.	1·9	.	4·6	.	3·8
	Nem házas.																		
Magyarország	absz.	941	100·0	80	100·0	1.108	100·0	1.829	100·0	2.231	100·0	14.743	100·0	388	100·0	1.560	100·0	841	100·0
	%	.	2·7	.	0·2	.	3·2	.	5·3	.	6·5	.	42·7	.	1·1	.	4·5	.	2·4
Budapest	absz.	130	13·8	18	22·5	163	14·7	730	39·9	1.627	72·8	8.332	56·5	244	62·9	784	50·2	531	63·1
	%	.	0·8	.	0·1	.	1·0	.	4·3	.	9·6	.	49·3	.	1·4	.	4·7	.	3·2
	Együtt.																		
Magyarország	absz.	1.965	100·0	129	100·0	2.007	100·0	4.076	100·0	3.709	100·0	22.675	100·0	671	100·0	2.463	100·0	1.519	100·0
	%	.	3·6	.	0·2	.	3·7	.	7·5	.	6·9	.	41·9	.	1·2	.	4·6	.	2·8
Budapest	absz.	260	13·2	39	30·2	269	13·4	1.712	42·0	2.758	74·4	13.316	58·7	440	65·6	1.264	51·4	926	60·9
	%	.	0·9	.	0·1	.	1·0	.	6·3	.	10·1	.	48·6	.	1·6	.	4·6	.	3·4

MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA KÖNYVTÁRA

3. A veneriás betegek megoszlása foglalkozás szerint Magyarországon. — 1928. (Vége.)

Megnevezés		Véderő				K. m. n. napszámos		Tőkepénzes, nyugdíjas		Háziseléd		Egyéb és ismeretlen		Összesen	
		tiszt		legénység											
		absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Fi.								*a)* **Nem szerint.**							
Magyarország	absz.	177	100·0	2.565	100·0	1.830	100·0	566	100·0	176	100·0	2.132	100·0	39.148	100·0
	%	—	0·5	—	6·6	—	4·7	—	1·4	—	0·4	—	5·4	—	100·0
Budapest	absz.	68	38·4	339	13·2	701	38·2	276	48·8	90	51·1	1.157	54·3	19.588	50·0
	%	—	0·3	—	1·7	—	3·6	—	1·4	—	0·5	—	5·9	—	100·0
Nő.															
Magyarország	absz.	22	100·0	60	100·0	1.324	100·0	282	100·0	2.990	100·0	2.741	100·0	14.931	100·0
	%	—	0·1	—	0·4	—	8·9	—	1·8	—	20·0	—	18·4	—	100·0
Budapest	absz.	14	83·6	24	40·0	531	43·0	148	52·5	1.511	50·5	1.545	56·4	7.800	52·2
	%	—	0·2	—	0·3	—	6·8	—	1·9	—	19·4	—	19·8	—	100·0
Együtt.															
Magyarország	absz.	199	100·0	2.625	100·0	3.154	100·0	848	100·0	3.166	100·0	4.873	100·0	54.079	100·0
	%	—	0·4	—	4·9	—	5·8	—	1·6	—	5·9	—	9·0	—	100·0
Budapest	absz.	82	41·2	363	13·8	1.232	39·1	424	50·0	1.601	50·6	2.702	55·4	27.388	50·7
	%	—	0·3	—	1·3	—	4·5	—	1·5	—	5·9	—	9·9	—	100·0
Házas.								*b)* **Családi állapot szerint.**							
Magyarország	absz.	55	100·0	251	100·0	1.329	100·0	561	100·0	356	100·0	1.454	100·0	19.499	100·0
	%	—	0·3	—	1·3	—	6·8	—	2·9	—	1·8	—	7·4	—	100·0
Budapest	absz.	30	54·5	80	31·9	569	46·3	289	51·5	227	63·8	888	61·1	10.508	53·8
	%	—	0·3	—	0·8	—	5·4	—	2·7	—	2·2	—	8·4	—	100·0
Nem házas.															
Magyarország	absz.	144	100·0	2.374	100·0	1.825	100·0	287	100·0	2.810	100·0	3.419	100·0	34.580	100·0
	%	—	0·4	—	6·9	—	5·3	—	0·8	—	8·1	—	9·9	—	100·0
Budapest	absz.	52	36·1	283	11·9	663	36·3	135	47·0	1.374	48·9	1.814	53·1	16.880	48·8
	%	—	0·3	—	1·7	—	3·9	—	0·8	—	8·1	—	10·8	—	100·0
Együtt.															
Magyarország	absz.	199	100·0	2.625	100·0	3.154	100·0	848	100·0	3.166	100·0	4.873	100·0	54.079	100·0
	%	—	0·4	—	4·9	—	5·8	—	1·6	—	5·9	—	9·0	—	100·0
Budapest	absz.	82	41·2	363	13·8	1.232	39·1	424	50·0	1.601	50·6	2.702	55·4	27.388	50·7
	%	—	0·3	—	1·3	—	4·5	—	1·5	—	5·9	—	9·9	—	100·0

4. A népesség megoszlása foglalkozások szerint Magyarországon. — 1920.

Megnevezés	Őstermelés						Bányászat, ipar és forgalom						Közszolgálat					
	önálló		tisztviselő		segéd-személyzet		önálló		tisztviselő		segéd-személyzet		önálló		tisztviselő		segéd-személyzet	
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Fi.	*a) Nem szerint.*																	
Magyarország { absz.	780.779	100·0	8.561	100·0	1,393.639	100·0	401.117	100·0	92.042	100·0	720.802	100·0	17.027	100·0	102.025	100·0	54.886	100·0
%	.	20·2	.	0·2	.	36·0	.	10·4	.	2·4	.	18·7	.	0·4	.	2·7	.	1·4
Budapest { absz.	2.982	0·4	640	7·5	2.789	0·2	71.371	17·8	52.162	56·7	181.512	25·2	8.656	50·8	30.684	30·1	16.730	30·5
%	.	0·7	.	0·1	.	0·6	.	16·6	.	12·1	.	42·1	.	2·0	.	7·1	.	3·9
Nő.																		
Magyarország { absz.	904.157	100·0	7.275	100·0	1,354.693	100·0	505.989	100·0	103.950	100·0	578.899	100·0	19.371	100·0	118.127	100·0	60.730	100·0
%	.	22·0	.	0·2	.	32·9	.	12·3	.	2·5	.	14·1	.	0·5	.	2·9	.	1·5
Budapest { absz.	3.039	0·3	457	6·3	1.849	0·1	93.899	18·6	58.146	55·9	152.855	26·4	8.930	46·1	36.799	31·1	18.882	31·1
%	.	0·6	.	0·1	.	0·4	.	18·8	.	11·7	.	30·7	.	1·8	.	7·4	.	3·8
Együtt.																		
Magyarország { absz.	1,684.936	100·0	15.836	100·0	2,748.332	100·0	907.106	100·0	195.992	100·0	1,299.701	100·0	36.398	100·0	220.152	100·0	115.616	100·0
%	.	21·1	.	0·2	.	34·4	.	11·4	.	2·4	.	16·3	.	0·5	.	2·8	.	1·4
Budapest { absz.	6.021	0·4	1.097	6·9	4.638	0·2	165.270	18·2	110.308	56·3	334.367	25·7	17.586	48·3	67.483	30·6	35.612	30·8
%	.	0·7	.	0·1	.	0·5	.	17·8	.	11·9	.	36·0	.	1·9	.	7·3	.	3·8
Házas.	*b) Családi állapot szerint.*																	
Magyarország { absz.			1,880.781	100·0					991.985	100·0					152.502	100·0		
%			.	58·1					.	30·6					.	4·7		
Budapest { absz.			4.547	0·2					260.572	26·3					48.715	32·0		
%			.	1·3					.	71·9					.	13·4		
Nem házas.																		
Magyarország { absz.			2,568.323	100·0					1,410.814	100·0					219.664	100·0		
%			.	54·1					.	29·8					.	4·6		
Budapest { absz.			7.209	0·3					349.373	24·8					71.966	32·8		
%			.	1·3					.	61·7					.	12·7		
Együtt.																		
Magyarország { absz.			4,449.104	100·0					2,402.799	100·0					372.166	100·0		
%			.	55·7					.	30·1					.	4·7		
Budapest { absz.			11.756	0·3					609.945	25·4					120.681	32·4		
%			.	1·3					.	65·7					.	13·0		

4. A népesség megoszlása foglalkozások szerint Magyarországon. — 1920. (Vége.)

Megnevezés	Véderő				K. m. n. napszámos		Tőkepénzes, nyugdíjas		Házi cseléd		Egyéb és ismeretlen		Összesen	
	tiszt		legénység											
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Fi.							*a)* **Nem szerint.**							
Magyarország absz.	11.673	100·0	85.778	100·0	39.843	100·0	70.335	100·0	17.044	100·0	75.353	100·0	3,870.904	100·0
Magyarország %	.	0·3	.	2·2	.	1·0	.	1·8	.	0·4	.	1·9	.	100·0
Budapest absz.	4.853	41·6	13.990	16·3	4.554	11·4	16.071	22·9	2.126	12·5	22.170	29·4	431.290	11·1
Budapest %	.	1·1	.	3·3	.	1·1	.	3·7	.	0·5	.	5·1	.	100·0
Nő.														
Magyarország absz.	6.727	100·0	20.422	100·0	57.626	100·0	126.490	100·0	158.417	100·0	86.366	100·0	4,109.239	100·0
Magyarország %	.	0·2	.	0·5	.	1·4	.	3·1	.	3·8	.	2·1	.	100·0
Budapest absz.	2.849	42·3	3.302	16·2	4.742	8·2	29.591	23·4	52.344	33·0	30.022	34·3	497.706	12·1
Budapest %	.	0·6	.	0·7	.	1·0	.	5·9	.	10·5	.	6·0	.	100·0
Együtt.														
Magyarország absz.	18.400	100·0	106.200	100·0	97.469	100·0	196.825	100·0	175.461	100·0	161.719	100·0	7,980.143	100·0
Magyarország %	.	0·2	.	1·4	.	1·2	.	2·5	.	2·2	.	2·0	.	100·0
Budapest absz.	7.702	41·8	17.292	16·3	9.296	9·5	45.662	23·2	54.470	31·1	52.192	32·3	928.996	11·6
Budapest %	.	0·8	.	1·9	.	1·0	.	4·9	.	5·8	.	5·6	.	100·0
Házas.							*b)* **Családi állapot szerint.**							
Magyarország absz.		42.166		100·0	31.451	100·0	70.943	100·0	18.570	100·0	47.488	100·0	3,235.886	100·0
Magyarország %		.		1·3	.	1·0	.	2·2	.	0·6	.	1·5	.	100·0
Budapest absz.		9·224		21·9	3.147	10·0	15.936	22·5	4.720	25·4	15.566	32·8	362.427	11·2
Budapest %		.		2·5	.	0·9	.	4·4	.	1·3	.	4·3	.	100·0
Nem házas.														
Magyarország absz.		82.434		100·0	66.018	100·0	125.882	100·0	156.891	100·0	114.231	100·0	4,744.257	100·0
Magyarország %		.		1·7	.	1·4	.	2·7	.	3·3	.	2·4	.	100·0
Budapest absz.		15.770		19·1	6.149	9·3	29.726	23·6	49.750	31·7	36.626	32·1	566.569	11·9
Budapest %		.		2·8	.	1·1	.	5·2	.	8·8	.	6·4	.	100·0
Együtt.														
Magyarország absz.		124.600		100·0	97.469	100·0	196.825	100·0	175.461	100·0	161.719	100·0	7,980.143	100·0
Magyarország %		.		1·6	.	1·2	.	2·5	.	2·2	.	2·0	.	100·0
Budapest absz.		24.994		20·1	9.296	9·5	45.662	23·2	54.470	31·1	52.192	32·3	928.996	11·6
Budapest %		.		2·7	.	1·0	.	4·9	.	5·8	.	5·6	.	100·0

5. A népesség (1920) és a veneriás betegek (1928) megoszlása Magyarországon, százalékokban.

Megnevezés	Őstermelés						Bányászat, ipar, forgalom						Közszolgálat					
	önálló		tisztviselő		segéd-személyzet		önálló		tisztviselő		segéd-személyzet		önálló		tisztviselő		segéd-személyzet	
	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg
Férfi.																		
Magyarország	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0
%	20·2	3·8	0·2	0·3	36·0	3·7	10·4	8·2	2·4	8·1	18·7	47·2	0·4	1·4	2·7	5·3	1·4	3·0
Budapest	0·4	13·8	7·5	30·6	0·2	14·3	17·8	40·9	56·7	72·9	25·2	58·5	50·8	66·6	30·1	48·8	30·5	60·8
%	0·7	1·1	0·1	0·2	0·6	1·1	16·6	6·7	12·1	11·7	42·1	55·1	2·0	1·9	7·1	5·1	3·9	3·7
Nő.																		
Magyarország	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0
%	22·0	3·1	0·2	0·1	32·9	3·7	12·3	5·9	2·5	3·7	14·1	28·3	0·5	0·7	2·9	2·7	1·5	2·2
Budapest	0·3	11·5	6·3	25·0	0·1	10·9	18·6	46·0	55·9	83·8	26·4	59·7	46·1	60·0	31·1	64·1	31·1	61·7
%	0·6	0·7	0·1	0·0	0·4	0·8	18·8	5·2	11·7	5·9	30·7	32·3	1·8	0·8	7·4	3·3	3·8	2·6
Együtt.																		
Magyarország	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0
%	21·1	3·6	0·2	0·2	34·4	3·7	11·4	7·5	2·4	6·9	16·3	41·9	0·5	1·2	2·8	4·6	1·4	2·8
Budapest	0·4	13·2	6·9	30·2	0·2	13·4	18·2	42·0	56·3	74·4	25·7	58·7	48·3	65·6	30·6	51·4	30·8	60·9
%	0·7	0·9	0·1	0·1	0·5	1·0	17·8	6·3	11·9	10·1	36·0	48·6	1·9	1·6	7·3	4·6	3·8	3·4

5. A népesség (1920) és a veneriás betegek (1928) megoszlása Magyarországon, százalékokban. (Vége.)

Megnevezés	Véderő				K. m. n. napszámosok		Tőkepénzes, nyugdíjas		Házi cselédek		Egyéb és ismeretlen		Összesen	
	tiszt		legénység											
	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg	népszám	veneriás beteg
Férfi.														
Magyarország	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0
%	0·3	0·5	2·2	6·6	1·0	4·7	1·8	1·4	0·4	0·4	1·9	5·4	100·0	100·0
Budapest	41·6	38·4	16·3	13·2	11·4	38·3	22·9	48·8	12·5	51·1	29·4	54·3	11·1	50·0
%	1·1	0·3	3·3	1·7	1·1	3·6	3·7	1·4	0·5	0·5	5·1	5·9	100·0	100·0
Nő.														
Magyarország	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0
%	0·2	0·1	0·5	0·4	1·4	8·9	3·1	1·8	3·8	20·0	2·1	18·4	100·0	100·0
Budapest	42·3	63·6	16·2	40·0	8·2	43·0	23·4	52·5	33·0	50·5	34·3	56·4	12·1	52·2
%	0·6	0·2	0·7	0·3	1·0	6·8	5·9	1·9	10·5	19·4	6·0	19·8	100·0	100·0
Együtt.														
Magyarország	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0	100·0
%	0·2	0·4	1·4	4·9	1·2	5·8	2·5	1·6	2·2	5·9	2·0	9·0	100·0	100·0
Budapest	41·8	41·2	16·3	13·8	9·5	39·1	23·2	50·0	31·1	50·6	32·3	55·4	11·6	50·7
%	0·8	0·3	1·9	1·3	1·0	4·5	4·9	1·5	5·8	5·9	5·6	9·9	100·0	100·0

6. A veneriás betegek megoszlása Magyarországon a fertőzés forrása szerint. — 1928.

Megnevezés	Őstermelés						Bányászat, ipar és forgalom						Közszolgálat					
	önálló		tisztviselő		segéd-személyzet		önálló		tisztviselő		segéd-személyzet		önálló		tisztviselő		segéd-személyzet	
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Nyilvános prostituált.																		
Magyarország { absz.	398	20·3	28	21·7	314	15·6	953	23·4	1.050	28·3	8.018	35·4	166	24·7	647	26·3	339	22·3
Magyarország { %	—	2·8	—	0·2	—	2·2	—	6·7	—	7·3	—	56·1	—	1·2	—	4·5	—	2·4
Budapest { absz.	65	25·0	15	38·5	65	24·2	398	23·3	771	27·9	5.016	37·7	106	24·1	327	25·9	218	23·5
Budapest { %	—	0·8	—	0·2	—	0·8	—	4·9	—	9·6	—	62·3	—	1·3	—	4·1	—	2·7
Titkos prostituált.																		
Magyarország { absz.	463	23·6	45	34·9	418	20·8	918	22·5	982	26·5	4.630	20·4	177	26·4	696	28·3	313	20·6
Magyarország { %	—	4·3	—	0·4	—	3·9	—	8·6	—	9·2	—	43·4	—	1·7	—	6·5	—	2·9
Budapest { absz.	55	21·2	10	25·6	53	19·7	347	20·3	679	24·6	2.506	18·8	126	28·6	313	24·8	166	17·9
Budapest { %	—	1·1	—	0·2	—	1·1	—	7·3	—	14·3	—	52·6	—	2·6	—	6·6	—	3·5
Házastárs.																		
Magyarország { absz.	301	15·3	9	7·0	300	15·0	508	12·5	297	8·0	2.256	9·9	55	8·2	196	7·9	178	11·7
Magyarország { %	—	5·4	—	0·2	—	5·4	—	9·1	—	5·4	—	40·6	—	1·0	—	3·5	—	3·2
Budapest { absz.	25	9·6	2	5·1	28	10·4	196	11·4	239	8·7	1.327	10·0	29	6·6	104	8·2	109	11·8
Budapest { %	—	0·9	—	0·1	—	1·0	—	7·0	—	8·6	—	47·5	—	1·0	—	3·7	—	3·9
Más foglalkozású.																		
Magyarország { absz.	234	11·9	10	7·7	372	18·5	385	9·4	428	11·5	2.634	11·6	95	14·2	310	12·6	247	16·3
Magyarország { %	—	3·1	—	0·1	—	5·0	—	5·2	—	5·8	—	35·5	—	1·3	—	4·2	—	3·3
Budapest { absz.	23	8·8	1	2·6	31	11·5	149	8·7	330	12·0	1.603	12·0	56	12·7	195	15·4	187	20·2
Budapest { %	—	0·6	—	0·0	—	0·8	—	3·9	—	8·7	—	42·3	—	1·5	—	5·1	—	4·9
Egyéb és ismeretlen.																		
Magyarország { absz.	569	28·9	37	28·7	603	30·1	1.312	32·2	952	25·7	5.137	22·7	178	26·5	614	24·9	442	29·1
Magyarország { %	—	3·5	—	0·2	—	3·7	—	8·1	—	5·9	—	31·9	—	1·1	—	3·8	—	2·8
Budapest { absz.	92	35·4	11	28·2	92	34·2	622	36·3	739	26·8	2.864	21·5	123	28·0	325	25·7	246	26·6
Budapest { %	—	1·2	—	0·1	—	1·2	—	7·8	—	9·2	—	35·8	—	1·5	—	4·1	—	3·1
Összesen.																		
Magyarország { absz.	1.965	100·0	129	100·0	2.007	100·0	4.076	100·0	3.709	100·0	22.675	100·0	671	100·0	2.463	100·0	1.519	100·0
Magyarország { %	—	3·6	—	0·2	—	3·7	—	7·5	—	6·9	—	41·9	—	1·2	—	4·6	—	2·8
Budapest { absz.	260	100·0	39	100·0	269	100·0	1.712	100·0	2.758	100·0	13.316	100·0	440	100·0	1.264	100·0	926	100·0
Budapest { %	—	0·9	—	0·1	—	1·0	—	6·3	—	10·1	—	48·6	—	1·6	—	4·6	—	3·4

6. A veneriás betegek megoszlása Magyarországon a fertőzés forrása szerint. — 1928. (Vége.)

Megnevezés	Véderő				K. m. n. napszámos		Tőkepénzes, nyugdíjas		Házi cseléd		Egyéb és ismeretlen		Összesen	
	tiszt		legénység											
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Nyilvános prostituált.														
Magyarország { absz.	52	26·1	949	36·2	497	15·8	175	20·6	41	1·3	657	13·5	14.284	26·4
Magyarország { %	—	0·4	—	6·6	—	3·5	—	1·2	—	0·3	—	4·6	—	100·0
Budapest { absz.	24	29·3	220	60·6	279	22·6	95	22·4	23	1·4	428	15·8	8.050	29·4
Budapest { %	—	0·3	—	2·7	—	3·5	—	1·2	—	0·3	—	5·3	—	100·0
Titkos prostituált.														
Magyarország { absz.	72	36·2	826	31·5	421	13·3	89	10·5	39	1·2	590	12·1	10.679	19·8
Magyarország { %	—	0·7	—	7·7	—	4·0	—	0·8	—	0·4	—	5·5	—	100·0
Budapest { absz.	21	25·6	53	14·6	100	8·1	32	7·6	18	1·1	285	10·6	4.764	17·4
Budapest { %	—	0·4	—	1·1	—	2·1	—	0·7	—	0·4	—	6·0	—	100·0
Házastárs.														
Magyarország { absz.	16	8·0	51	1·9	488	15·5	156	18·4	213	6·7	535	11·0	5.559	10·3
Magyarország { %	—	0·3	—	0·9	—	8·8	—	2·8	—	3·8	—	9·6	—	100·0
Budapest { absz.	10	12·2	23	6·3	203	16·5	73	17·2	137	8·6	287	10·6	2.792	10·2
Budapest { %	—	0·4	—	0·8	—	7·3	—	2·6	—	4·9	—	10·3	—	100·0
Más foglalkozású.														
Magyarország { absz.	23	11·6	547	20·8	437	13·8	52	6·1	872	27·6	778	15·9	7.424	13·7
Magyarország { %	—	0·3	—	7·4	—	5·9	—	0·7	—	11·7	—	10·5	—	100·0
Budapest { absz.	7	8·5	35	9·7	130	10·6	29	6·8	482	30·1	538	19·9	3.796	13·9
Budapest { %	—	0·2	—	0·9	—	3·4	—	0·8	—	12·7	—	14·2	—	100·0
Egyéb és ismeretlen.														
Magyarország { absz.	36	18·1	252	9·6	1.311	41·6	376	44·4	2.001	63·2	2.313	47·5	16.133	29·8
Magyarország { %	—	0·2	—	1·6	—	8·1	—	2·3	—	12·4	—	14·4	—	100·0
Budapest { absz.	20	24·4	32	8·8	520	42·2	195	46·0	941	58·8	1.164	43·1	7.986	29·1
Budapest { %	—	0·3	—	0·4	—	6·5	—	2·4	—	11·8	—	14·6	—	100·0
Összesen.														
Magyarország { absz.	199	100·0	2.625	100·0	3.154	100·0	848	100·0	3.166	100·0	4.873	100·0	54.079	100·0
Magyarország { %	—	0·4	—	4·9	—	5·8	—	1·6	—	5·9	—	9·0	—	100·0
Budapest { absz.	82	100·0	363	100·0	1.232	100·0	424	100·0	1.601	100·0	2.702	100·0	27.388	100·0
Budapest { %	—	0·3	—	1·3	—	4·5	—	1·5	—	5·9	—	9·9	—	100·0

7. A veneriás betegek megoszlása Magyarországon a fertőzés módja szerint. — 1928.

Megnevezés	Őstermelés						Bányászat, ipar és forgalom						Közszolgálat					
	önálló		tisztviselő		segéd-személyzet		önálló		tisztviselő		segédszemélyzet		önálló		tisztviselő		segéd-személyzet	
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Genitalis.																		
Magyarország { absz.	1.587	80·8	103	79·9	1.597	79·6	3.220	79·0	3.133	84·5	19.852	87·6	562	83·8	2.099	85·3	1.217	80·1
Magyarország { %	—	3·5	—	0·2	—	3·5	—	7·1	—	6·9	—	43·8	—	1·2	—	4·6	—	2·7
Budapest { absz.	196	75·4	31	79·5	202	75·1	1.274	74·4	2.296	83·2	11.563	86·8	360	81·8	1.062	84·0	749	80·9
Budapest { %	—	0·9	—	0·1	—	0·9	—	5·6	—	10·2	—	51·2	—	1·6	—	4·7	—	3·3
Extragenitalis.																		
Magyarország { absz.	75	3·8	3	2·3	117	5·8	124	3·0	81	2·2	520	2·3	13	1·9	54	2·2	44	2·9
Magyarország { %	—	4·3	—	0·2	—	6·7	—	7·1	—	4·7	—	30·0	—	0·7	—	3·1	—	2·5
Budapest { absz.	8	3·1	1	2·6	10	3·7	40	2·3	60	2·2	240	1·8	10	2·3	26	2·1	24	2·6
Budapest { %	—	1·1	—	0·1	—	1·4	—	5·7	—	8·6	—	34·1	—	1·4	—	3·7	—	3·4
Hivatás közben.																		
Magyarország { absz.	—	—	—	—	—	—	1	0·0	—	—	—	—	6	0·9	1	0·0	3	0·2
Magyarország { %	—	—	—	—	—	—	—	8·3	—	—	—	—	—	50·0	—	8·3	—	25·0
Budapest { absz.	—	—	—	—	—	—	1	0·1	—	—	—	—	2	0·4	—	—	1	0·1
Budapest { %	—	—	—	—	—	—	—	25·0	—	—	—	—	—	50·0	—	—	—	25·0
Szoptatás közben.																		
Magyarország { absz.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0·0	—	—	—	—	1	0·1
Magyarország { %	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	66·7	—	—	—	—	—	33·3
Budapest { absz.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0·0	—	—	—	—	1	0·1
Budapest { %	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50·0	—	—	—	—	—	50·0
Egyéb és ismeretlen.																		
Magyarország { absz.	303	15·4	23	17·8	293	14·6	731	18·0	495	13·3	2.301	10·1	90	13·4	309	12·5	254	16·7
Magyarország { %	—	4·3	—	0·3	—	4·2	—	10·4	—	7·1	—	32·9	—	1·3	—	4·4	—	3·6
Budapest { absz.	56	21·5	7	17·9	57	21·2	397	23·2	402	14·6	1.512	11·4	68	15·5	176	13·9	151	16·3
Budapest { %	—	1·4	—	0·2	—	1·4	—	9·7	—	9·8	—	36·9	—	1·7	—	4·3	—	3·7
Összesen.																		
Magyarország { absz.	1.965	100·0	129	100·0	2.007	100·0	4.076	100·0	3.709	100·0	22.675	100·0	671	100·0	2.463	100·0	1.519	100·0
Magyarország { %	—	3·6	—	0·2	—	3·7	—	7·5	—	6·9	—	41·9	—	1·2	—	4·6	—	2·8
Budapest { absz.	260	100·0	39	100·0	269	100·0	1.712	100·0	2.758	100·0	13.316	100·0	440	100·0	1.264	100·0	926	100·0
Budapest { %	—	0·9	—	0·1	—	1·0	—	6·3	—	10·1	—	48·6	—	1·6	—	4·6	—	3·4

7. A venerlás betegek megoszlása Magyarországon a fertőzés módja szerint. — 1928. (Vége.)

Megnevezés	Véderő				K. m. n. napszámos		Tőkepénzes, nyugdíjas		Házicseléd		Egyéb és ismeretlen		Összesen	
	önálló		tisztviselő											
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Genitalis.														
Magyarország { absz.	178	88·4	2.517	95·9	2.309	73·2	531	62·6	2.534	80·0	3.889	79·8	45.326	83·8
Magyarország { %	—	0·4	—	5·6	—	5·1	—	1·2	—	5·6	—	8·6	—	100·0
Budapest { absz.	67	81·7	347	95·6	861	69·9	244	57·5	1.230	76·9	2.106	77·9	22.588	82·5
Budapest { %	—	0·3	—	1·5	—	3·8	—	1·1	—	5·5	—	9·3	—	100·0
Extragenitalis.														
Magyarország { absz.	5	2·5	20	0·8	197	6·2	24	2·8	109	3·5	350	7·2	1.736	3·2
Magyarország { %	—	0·3	—	1·2	—	11·3	—	1·4	—	6·3	—	20·2	—	100·0
Budapest { absz.	2	2·4	3	0·8	37	3·0	8	1·9	55	3·4	179	6·6	703	2·6
Budapest { %	—	0·3	—	0·5	—	5·3	—	1·1	—	7·8	—	25·5	—	100·0
Hivatás közben.														
Magyarország { absz.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0·0	12	0·0
Magyarország { %[25]	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8·4	—	100·0
Budapest { absz.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	0·0
Budapest { %	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100·0
Szoptatás közben.														
Magyarország { absz.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0·0
Magyarország { %	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100·0
Budapest { absz.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0·0
Budapest { %	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100·0
Egyéb és ismeretlen														
Magyarország { absz.	18	9·1	88	3·3	648	20·6	293	34·6	523	16·5	633	13·0	7.002	13·0
Magyarország { %	—	0·3	—	1·3	—	9·2	—	4·2	—	7·5	—	9·0	—	100·0
Budapest { absz.	13	15·9	13	3·6	334	27·1	172	40·6	316	19·7	417	15·5	4.091	14·9
Budapest { %	—	0·3	—	0·3	—	8·2	—	4·2	—	7·7	—	10·2	—	100·0
Összesen.														
Magyarország { absz.	199	100·0	2.625	100·0	3.154	100·0	848	100·0	3.166	100·0	4.873	100·0	54.079	100·0
Magyarország { %	—	0·4	—	4·9	—	5·8	—	1·6	—	5·9	—	9·0	—	100·0
Budapest { absz.	82	100·0	363	100·0	1.232	100·0	424	100·0	1.601	100·0	2.702	100·0	27.388	100·0
Budapest { %	—	0·3	—	1·3	—	4·5	—	1·5	—	5·9	—	9·9	—	100·0

Legnagyobb részben Szabó Béla osztálytanácsos közleménye nyomán az 1928. évi nemibetegfelvétel anyagát foglalkozási főcsoportok szerint részletezve a 3. számú táblában mutatjuk be. Ugyancsak Szabó Béla szívességéből módunk volt a székesfővárosra vonatkozó adatokat külön is felsorolni. Köztudomás szerint a népesség foglalkozási főcsoportok szerint való megoszlásáról csakis a népszámlálások eredményeiből nyerhetünk tájékozódást. A legutóbbi népszámlálás 1920-ban volt Magyarországon s így kénytelenek vagyunk a veneriás felvétel értékelésében ennek az idevágó eredményeire támaszkodni. Jobb megoldás hiányában cselekedünk így, annak ellenére, hogy jól tudjuk, miszerint az 1920. évi népszámlálás idején még egészen más volt a népesség foglalkozások szerint való tagozódása. Azóta éltük át az infláció papirostobzódását, majd a szanálás kegyetlen szelekcióját, amely közgazdasági események lényeges eltolódásokat váltottak ki a magyar társadalom foglalkozások szerint való rétegeződésében. Tehát tudatos hibát követünk el, midőn a veneriás felvétel eredményeit az 1920. évi népszámlálás adataihoz viszonyítjuk, de egyelőre, míg a végrehajtandó 1930. évi népszámlálás eredményei nem lesznek hozzáférhetők, ezzel a kényszermegoldással kell beérnünk. Az 1920. évi népszámlálás és az 1928. évi veneriás felvétel foglalkozások szerint megállapított százalékos viszonyszámai a következő képet adják:

Megnevezés	Ős-termelés	Bányászat, ipar és forgalom	Közszolgálat	Véderő	K. m. n. napszámosok	Tőkések és nyugdíjasok	Házicselédek	Egyéb fogl. ism.
Az 1920. évi népszámlálás szerint	55·7	30·1	4·7	1·6	1·2	2·5	2·2	2·0
Az 1928. évi veneriás-felvétel szerint	7·5	56·3	8·6	5·3	5·8	1·6	5·9	9·0

Világos, hogy a veneriás betegek zöme a bányászat, ipar és forgalom rovatára esik, de az őstermelők és a valószínűleg legnagyobb részben idősebb elemekből álló tőkések és nyugdíjasok rovatától eltekintve, a többiben is jóval magasabb a veneriás betegedések aránya, mint azt a népszám alapján várnánk. Szabó Béla számításai szerint a k. m. n. napszámosok betegedési arányszáma, 32·4‰ volt, az egyéb és ismeretlen foglalkozásúaké 30·1‰, tehát jóval magasabb a 6·8‰-e országos átlagnál. Ennek a két foglalkozási főcsoportnak arányszámai nem szerint tagolva is igen érdekesek, mert arra utalnak, hogy ezeknek a tág rovatoknak indexeit valószínűleg az a körülmény tolja fel, hogy a titkos prostituáltak foglalkozásukat eltagadják. Az egyéb és ismeretlen foglalkozúak rovatába tartozó nők indexe 31·7‰ ugyan, de a férfiaké is elég magas 28·3‰. Kiemelkedik még a házicselédek 18·9‰-es indexe is! Már jóval mérsékeltebbek az őstermelők (0·9‰), a bányászat, ipar és forgalom (12·7‰) és a közszolgálat (12·5‰) arányszámai. A véderő

arányszáma elég magas, 22·7‰-re rúg, de tekintve a hadsereg létszámában történt nagy eltolódást, hitelesnek el nem fogadható. Pontosabb népszámlálási eredmény hiányában ennek az anyagnak intenzívebb kutatása egyelőre céltalan.

Mégis az 5. számú táblában párhuzamba állítottuk az országos és a székesfővárosra vonatkozó, de úgy a népszám, mint a veneriás morbiditás szerint kalkulált százalékos viszonyszámokat. Az őstermelés rovatában az országos veneriás morbiditás csak a tisztviselők csoportjában érte el a népszám szerinti arányt, a székesfővárosra vonatkozó adatok pedig egyáltalán hamisak, mert míg a környék földmívelői itt keresnek igen gyakran gyógyulást, addig a székesfőváros őstermelő lakossága a népesség jelentéktelen töredéke, miért is érthető, hogy a morbiditási viszonyszámok tévesen magasak.

A bányászat, ipar és forgalom rovatában már harmonikusak az országos és székesfővárosi viszonyszámok, mert általában azt látjuk, hogy az önállók és tisztviselők között alacsonyabb volt a veneriás betegedések viszonyszáma, a segédszemélyzet rubrikájában pedig magasabb, mint azt a népszám megoszlása alapján sejtenénk. Úgylátszik az ipari és forgalmi segédszemélyzet elég veszélyeztetett csoportja az ország, illetve a székesfőváros népességének. A közszolgálat rovatában felsorakozó adatokból kiviláglik, hogy országos viszonylatban a tisztviselők és a segédszemélyzet, a székesfővárosra vonatkozólag pedig csak a segédszemélyzet morbiditása volt kiemelkedő. A véderő veneriás morbiditása országosan magasabb, a székesfővárosra vonatkozólag alacsonyabb volt, mint a népszám viszonyszámai szerint gondoltuk volna. Ebben ellenmondás van, mert a nagyvárosok morbiditása általában magasabb szokott lenni. A tőkepénzesek és nyugdíjasok rovatában aránylag kedvező, a k. m. n. napszámosok, a házicselédek, valamint a egyéb és ismeretlen foglalkozásúak rovatában kedvezőtlen morbiditási mérőszámokat kell sejtenünk. Mégis megint megakad a szemünk azon, hogy az egyéb és ismeretlenek rovatában a veneriás morbiditás szerint mért viszonyszámok majdnem hajszálra egyeznek. Ez az eredmény további dokumentuma annak, hogy az 1920. évi népszámlálás eredményeit az idő régen meghaladta.

Ezt az anyagunkat most nemek szerint szétbontva ugyancsak sok érdekes megfigyelésre nyílik alkalmunk. Az őstermelés főcsoportjában a férfiak veneriás morbiditása csak a tisztviselők rubrikájában magasabb, mint a népszám alapján, számítanánk, a nőké országos viszonylatban az egész vonalon alacsonyabb, Budapestre vonatkozólag azonban a segédszemélyzet rubrikájában kiemelkedő. A bányászatban, iparban és forgalomban tevékenykedő férfiak veneriás morbiditása országosan csak az önállók, a székesfővárosra vonatkozólag az önállók és tisztviselők rovatában kedvezőbb, mint a népszám megfelelő aránya. A köztisztviselők főcsoportjában azt a

furcsaságot látjuk, hogy az adatok országosan úgy a férfiak, mint a nők rovatában jobbak, mint a székesfővárosra vonatkozóak. A véderő viszonyszámai teljesen rapszódikusak. A k. m. n. napszámosok rovatában úgy a férfiak, mint a nők viszonyszámai jóval meghaladják a népszám idetartozó százalékait. A tőkepénzesek rovata nemek szerint se mutat az együtt jelzett adatoktól eltérést. A házicselédek rovatában a férfiak morbiditása normális, a nőké azonban feltűnően magasnak tűnik fel. S végül az egyéb és ismeretlen foglalkozásúak főcsoportjában a férfiak és nők százalékos népszámai egyaránt magas veneriás morbiditásra utalnak.

Általában a veneriás morbiditás 50%-a esett 1928-ban a székesfővárosra, de az egyes foglalkozási főcsoportok szerint az arány változó. A férfiak rovatában az őstermelők aránya kisebb az átlagnál, teljesen hasonló helyzet a nők rovatában, de akkor is, ha a nemek disztinkciója nélkül számolunk. A bányászat, ipar és forgalom főcsoportjában az önállók rovatától eltekintve, a székesfővárosra eső betegedések aránya leginkább jóval, de mindig magasabb az átlagnál. Valószínűleg a metodikai hibákból folyik, hogy a székesfővárosban közszolgálatban és szabad foglalkozásban tevékenykedő tisztviselő férfiak nemibetegedési aránya az átlagnál alacsonyabb, pedig ennek a főcsoportnak egyéb rovataiban éppen az ellenkezőjét látjuk. A véderő veneriás morbiditásának a székesfővárosra vonatkozó viszonyszáma az átlagnál csekélyebb. A k. m.n. napszámosok és a tőkepénzesek veneriás morbiditásának a székesfővárosra eső öredéke ugyancsak alacsonyabb, viszont a házicselédeké és az egyéb ismeretlen foglalkozásuké magasabb az átlagnál, még pedig úgy a férfiak, mint a nők rovatában. Valószínű tehát, hogy a székesfőváros veneriás morbiditását a bányászat, ipar és forgalom, valamint a házicselédek és az egyéb ismeretlen foglalkozásúak, nemkülönben a közszolgálatbeliek morbiditása tartja elég magas nívón.

A 3. számú táblában a veneriás morbiditás családi állapot szerint is fel van dolgozva, mivel az 1920. évi népszámlálásból ezzel kongruens adatokat nem emelhettünk ki, most csak arra szorítkozhatunk, hogy a székesfőváros arányát ebben a kombinációban vizsgálat tárgyává tegyük. Mindenekelőtt meg kell állapítanunk, hogy a veneriás morbiditásnak az egyes foglalkozási főcsoportok szerint kiszámolt viszonyszámai a házasok és nem házasok rovatában elég harmonikusak, lényeges eltérések mutatkoznak azonban a házasok kárára a k. m. n. napszámosok és tőkepénzesek, a nem házasok kárára A házasok rovatában Budapestre átlagban a veneriás betegedéseknek 53·8%-a jut, ennél magasabb viszonyszámmal tűnnek ki az ipar és forgalom tisztviselői és segédszemélyzete, a közszolgálatban állók általában, a házicselédek és végül az egyéb és ismeretlen foglalkozásúak. A nemházasok rovatában a székesfővárosra esett a veneriás morbiditás 48·8%-a, tehát aránylag kisebb kontingense, amelynél magasabb viszonyszámmal excellál-

nak a bányászat, ipar és forgalom főcsoportjának tisztviselői és segédszemélyzete, a közszolgálat főcsoportjának összes kategóriái, valamint az egyéb és ismeretlen foglalkozásúak. Itt is meggyőződhetünk arról, hogy a házasok veneriás morditásának zöme a székesfővárost illeti, amelynek kedvezőtlen morbiditását elsősorban az ipar és forgalom, a közszolgálat, a házicselédek, valamint az egyéb és ismeretlen foglalkozásúak főcsoportjaiban tartozó népesség rugtatja magasra.

Gortvay György nagy felkészültséggel megírt közleményében a főiskolai hallgatók csoportját tudta csak pontosabban kiragadni. Részben Gortvay, részben a m. kir. központi statisztikai hivatal idevágó eredményeiből a következő arányszámokat állapíthatjuk meg :

Megnevezés	Az egyetemi hallgatók száma	A veneriás beteg egyetemi hallgatók száma	%
Budapest	kb. 8.500	369	4·3
Szeged	« 1.500	19	1·2
Debrecen	« 1.200	41	3·4
Pécs	« 1.200	6	0·5

A csak aproximative kalkulált indexek azt mutatják, hogy az egyetemi hallgatók veneriás morbiditása — már az 1928. évi felvétel szerint — egyáltalában nem nagyon magas. További kontroverziák derülnek ki, ha az egyes egyetemi városokat illető arányszámokat vetjük össze. Megismerhetjük így, hogy az egyetemi hallgatók veneriás morbiditása Pécsett lett légyen legalacsonyabb, holott már bemutattuk, hogy éppen Pécs vezet a törvényhatósági jogú városok veneriás morbiditásában, mert a sorrendben még Budapest elé is került. Minden valószínűség szerint a felvétel utóbbi eredményei hibásak, ami újabb dokumentuma annak, hogy az 1928. évi adatgyüjtés eredményeit csak nagy általánosságban lehet megbecsülni s azok mélyebb szociálhigiénikus relációk tisztázására egyáltalában nem alkalmasak.

Már az előző fejezetben megerősítettük, hogy a veneriás adatgyüjtés alkalmával kísérletet tettek arra, hogy a fertőzések forrását és módját is regisztrálják. A felvételnek ez a része ugyancsak nehézséggel járt, mert a promiscuitásban élénken résztvevő titkos prostituált nőtömegek ezt a férfiak elől eltitkolják, akik erre különben se kíváncsiak. Ezért azután hiába kérdezi a beteg férfiakat orvosa abban az irányban, hogy baját hol szerezte. Epidemiológiai szempontból pedig sokat érne, ha ebben a tekintetben csak valamennyire is megbízható adatokkal rendelkeznénk. Különösen a fertőzés elsőrendű forrásainak tekinthető nők foglalkozásának megismerése volna kívánatos. Mert bármennyire is dominálnak a férfiak a veneriás morbiditásban, mégis bizonyos nők a gócpontjai a kórfolyamat terjedésének. A promiscuitásnak egyáltalában egyik jellegzetessége, hogy a nemi keveredés aránylag kevesebb nő és sok férfi között folyik le.

A m. kir. központi statisztikai hivatal a nemi fertőzés forrása és módja tekintetében feltett kérdéseket foglalkozási főcsoportok szerint dolgozta fel, miért is az idevágó anyag jelen fejezetünkbe illik be. Már Szabó Béla megállapította, hogy az anyag belső értéke csekély, mint az különösen az alanti összeállításból még jobban kiviláglik.

Fertőzés forrása	Magyarországon százalékban	Budapest
Nyilvános prostituált	26·4	29·4
Titkos prostituált	19·8	17·4
Házastárs	10·3	10·2
Egyéb és ismeretlen foglalkozású ..	43·5	43·0
	100·0	**100·0**

Valósággal abszurdum, hogy Budapesten aránylag kevesebb fertőzésnek volt titkos prostituált a forrása, mint országos viszonylatban, midőn tudjuk, hogy a gazdasági nyomorúság és a nagyvárosi csillogás után való erős vágyakozás a fiatal nők milyen nagy csoportjait kergette a titkos prostitució fertőjébe. Megdöbbentő, hogy a veneriás betegedések 10·0%-ában a házastárs közvetítette a fertőzést. Az anyag értékét nagyon devalválja, hogy az ismeretlen rovatba majdnem az esetek fele tartozik. A fenti országos eredmények nem szerinti tagozódásáról is tájékoztatott Szabó Béla közleménye.

Fertőzés forrása	Fi (%)	Nő (%)
Nyilvános prostituált.....	63·8	—
Titkos prostituált		
Házastárs	2·9	29·7
Más foglalkozású	12·4	17·1
Ismeretlen foglalkozású	20·9	53·2
	100·0	**100·0**

A nők még nagyobb prüdériával kezelték a kérdést, mert míg a férfiak 20·9%-a nem tett pontos vallomást, addig a nőknek 53·2%-a. Lehet, hogy ennek oka a promiscuitásnak fentebb említett jellegzetessége, mely szerint a több férfivel érintkezett nő nem is tudhatta, hogy melyiktől szerezte az infekciót. A fenti adatok szerint nem kétséges, hogy a családot a férfiak fertőzik be, hiszen férfi feleségétől csak alig 3%-ban, viszont nő férjétől 30%-ban kapott fertőzést. A magyar felvétel szerint a férfiaknak körülbelül 64%-át prostituált fertőzte. Ez a viszonyszám jóval magasabb, mint a svájci (1920—1921-ben 40%, illetve a csak 1926-ban 40%) ankét alkalmával nyert eredmények. Egyébként a fertőzési források megbízhatóságát maga az a tény komolyan veszélyezteti, hogy a kikérdezett férfiak nagy része — még az intelligensebb osztályt is ideértve — megközelítőleg sincsen

tisztában a prostituált és nem prostituált vagy a hivatásos és titkos prostituált fogalmával. Bemondásuk ennek megfelelően csekély értékű!

A székesfőváros különleges beállításával készült adatokat a következő 6. számú táblában terjesztjük elő. A tabella eredményeiből két irányban olvashatunk. Először kereshetjük, hogy az egyes fertőzési források melyik foglalkozási főcsoportban szerepeltek leginkább, másodszor kutathatjuk, hogy az országos és budapesti viszonyszámok milyen eltéréseket jelentenek. A nyilvános prostituáltak áldozatai leginkább a bányászat, ipar és forgalom segédszemélyzetéből, valamint a legénységi állományú katonák közül rekrutálódnak. A titkos prostitució már magasabb igényeket is ki tud elégíteni, miért is szinte természetes, hogy az ebből a fertőzési forrásból származó betegeknek már tekintélyesebb része került ki az ipar és forgalom tisztviselőiből, illetve a közszolgálat főcsoportjába tartozó tisztviselőkből is. A házastárs útján történt fertőződések zöme az ipar és forgalom segédszemélyzetére, valamint a k. m. n. napszámosok főcsoportjára jutott. Ebből merészség nélkül azt a következtetést kell vonnunk, — különösen tudva, hogy a felvételben a szifilisz dominált, — hogy a betegek gyógykezelésének hatósági kontrollja nélkül szinte feltartózhatatlan az infekcióknak a családokba történő beszivárgása. Az alacsonyabb népcsoportok a meggyőzés eszközével alig közelíthetők meg, tehát ezek kezelése marad hivatalos ellenőrzés nélkül időelőtt abba s így kerül az infekció a családba. A székesfővárosra vonatkozó viszonyszámok egy erős árnyalattal élénkebb színekkel, de lényegében szorosan simulnak az országos eredményekhez.

Az 1928. évi országos veneriás adatgyüjtés eredményeiről tájékoztató utolsó tábláinkat (7. számú) pillantsuk most még végig, mely a fertőzés módjairól ad tájékoztatást. Ezt a táblát ugyancsak Szabó Béla lekötelező szívességének köszönhetjük. A tabella főeredményei megerősítik a szakemberek általános tapasztalását, hogy hazánkban a veneriás fertőzések túlnyomó többsége genitális eredetű. És pedig százalékban:

	Genitális	Extra-genitális	Hivatás közben	Szoptatás közben	Egyéb és ismeretlen
Magyarországon	83·8	3·2	0·0	0·0	13·0
Budapesten	82·5	2·6	0·0	0·0	14·9

Budapesten kisebb valamivel a genitális infekció aránya, de a differencia az ismeretlen rovatra jut s így lényegileg ennek magyarázatát adni nincs módunkban. Gortvay közölte, hogy az országosan észlelt 1736 extraginátális esetből 942 (54·3%) a nőkre és csak 794 (45·7%) jutott a férfiakra. Az extragenitálás infekciók magasabb aránya észlelhető az őstermelés (segédszemélyzet), valamint a k. m. n. napszámosok, a házicselédek, valamint az ismeretlen rovataira. Ebből következik, hogy a rossz szociális viszonyok között élők között adódik a legtöbb alkalom az extragenitálás infekcióra is.

Sajnos az 1928. évi országos nemibetegfelvétel eredményei a népesség foglalkozási rétegeződése tekintetében se adnak mélyebbreható felvilágosítást. Meg kell tehát elégednünk annak felismerésével, hogy a fertőzések jelentékeny része a hivatalos és titkos prostitucióból származik (46·5%, illetve 46·8%), de sajnos az eredmények arról is tanuskodnak, hogy a házastársak morálja is lezüllött, hiszen az esetek 10%-ában házastárs leginkább a férj volt a fertőzés forrása. A fertőzés módját illusztráló eredmények legfeljebb megerősítették a szakemberek eddigi tapasztalásait, de nem alkalmasak részletesebb, különösen korcsoportok szerint tagolt kutatásra, ami pedig gyermekinfekciók módjáról adhatott volna valamelyes tájékoztatást. A székesfőváros tekintetében is még bőségesebb anyagot szerettünk volna nyujtani, kiterjeszteni a vizsgálódást a veneriás morbiditásnak hitfelekezetek és közigazgatási kerületek szerint való megoszlására, erről azonban kénytelenszerültünk lemondani. Hasonlóképpen elmaradt a legutóbb felsorolt eredményeknek az egyes kórokok szerint való taglalása is. Ezért részletesebb vizsgálódásunkat, sajnos, a dolog természetéből kifolyólag csak a szifiliszre vonatkozólag megint csak a Leredde-rendszerű statisztikai anyagunkon folytathatjuk.

A régebbi időkben a székesfőváros statisztikai hivatala nem vette a társadalom szociális rétegződését kellően figyelembe s így a szifiliszmortalitási anyagunk foglalkozások szerint való részletezésével csak az 1921—1928. esztendőkre vonatkozólag rendelkezünk. Ennek a kombinációnak feldolgozásában ugyanúgy jártunk el, mint azt már egyik előző fejezetünkben részletesen ismertettük. Nevezetesen abból a 18 halálokból, melybe a szifilisz által okozott halálozások besoroztatnak, foglalkozások szerint is kiszűrtük a szifiliszhalandóságot. A szifilisz által okozott halálesetek — mint a mortalitási fejezetünkből ismeretes — a következő haláloki rovatokban találhatók és a következő hányadosok szerint vannak kiemelve:

Veleszületett bujakór (13) 1/1 — Egyéb alkati bajok (31) 1/10 — Agyhártyalob (32) 1/10 — Terjedő hűdés (34) 1/1

Egyéb agybajok (35) 1/3 — Hátgerincsorvadás (36) 1/1 — Egyéb gerincbajok (37) 1/3 — Egyéb idegbajok (38) 1/3

Szívbajok (39—42) 2/5 — Ütérelmeszesedés (43) ½ — Egyéb vérkeringési bajok (45) ½ — Agyguta (44) 1/3

Májzsugor (64) 1/5 — Veselob (68) 1/5 — Csontbajok (73) 1/10 — Veleszületett gyengeség (74) ½

Szívhűdés (77) 1/10 — Egyéb hiányos jelzés (78). 1/10

A székesfőváros statisztikai hivatala foglalkozások szerint a halandósági anyagot 76 pontban dolgozza fel, melynek listáját szintén elő kell terjesztenünk:

I. Őstermelés.

A) *Mezőgazdaság.*

1. Nagybirtokos
2. Középbirtokos
3. Haszonbérlő
4. Kisbirtokos (kisbérlő)
5. Kisbirtokos-napszámos (kisbérlő-napszámos)
6. Részes földműves
7. Majoros, juh-, kecske-, baromfitenyésztő
8. Gazdasági tisztviselők
9. Gazdasági cselédek
10. Mezőgazdasági munkások

B) *Kertészet.*

11 Önálló és s. családtagok
12. Segédszemélyzet

C) *Erdészet.*

13. Tisztviselők
14. Segédszemélyzet

D) *Egyéb őstermelő.*

15. Önálló és s. családtag
16. Segédszemélyzet

II. Bányászat ipar stb.

A) *Bányászat.*

17. Önállók
18. Tisztviselők
19. Segédszemélyzet

B) *Ipar.*

a) Önállók:

20. Asztalos, ács, bognár, esztergályos stb.
21. Borbély és fodrász
22. Cipész és csizmadia
23. Kocsmáros, vendéglős, kávés, bormérő stb.
24. Kovács, lakatos, géplakatos, gépész stb.
25. Kőműves
26. Könyv- és kőnyomdász
27. Mészáros és hentes
28. Molnár
29. Pék
30. Szabó, varrónő, himzőnő stb.
31. Szűcs
32. Takács, posztó- és szőnyegszövő
33. Egyéb iparágak

b) Tisztviselők

c) Segédszemélyzet:

35. Asztalos, ács, bognár, esztergályos stb.
36. Borbély és fodrász
37. Cipész és csizmadia
38. Kocsmáros stb.
39. Kovács, lakatos stb.
40. Kőműves
41. Könyv- és kőnyomdász
42. Mészáros és hentes
43. Molnár
44. Pék
45. Szabó, varrónő stb.
46. Szűcs
47. Takács stb.
48. Egyéb iparágak

C) *Kereskedelem.*

49. Önállók
50. Tisztviselők
51. Segédszemélyzet

D) *Közlekedés.*

52. Önállók
53. Vasúti tisztviselők
54. Posta-, távirdatisztviselők stb.
55. Egyéb tisztviselők
56. Díjnokok
57. Vasúti szolgák stb.
58. Posta- stb. szolgák
59. Egyéb segédszemélyzet

III. Közszolgálat.

a) Önállók, tisztviselők:

60. Állami tisztviselők
61. Megyei, városi tisztviselők
62. Községi tisztviselők
63. Ügyvéd, segéd, jelölt
64. Orvos, gyógyszerész, szülésznő
65. Középiskolai tanárok
66. Népiskolai tanítók
67. Papok, szerzetesek stb.
68. Egyéb közszolgálat
69. *b)* Díjnok
70. *c)* Szolga

IV. Véderő.

71. Tisztek és tisztviselők
72. Altisztek
73. Legénység
74. **V. Különböző napszámos.**
75. **VI. Házicseléd.**
76. **VII. Egyéb foglalkozású.**

8. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint. 1921—1928.

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott							Mindössze
				fi			nő			Összesen	
	fi	nő	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt		
				1921.							
I. Őstermelés.											
a) Önálló	16	2	18	2	1	3	1	3	4	7	25
b) Tisztviselő	3	—	3	1	—	1	—	1	1	2	5
c) Munkás	29	9	38	6	1	7	6	3	9	16	54
d) Összesen	48	11	59	9	2	11	7	7	14	25	84
											3·4%
II. Ipar és forgalom.											
a) Önálló	153	46	199	32	18	50	20	95	115	165	364
b) Tisztviselő	100	6	106	17	8	25	17	48	65	90	196
c) Munkás	239	26	265	139	16	155	106	144	250	405	670
1. Bányászat	1	—	1	1	—	1	—	1	1	2	3
2. Ipar	182	23	205	103	13	116	87	113	200	316	521
3. Keresk., hitel	18	3	21	11	1	12	4	14	18	30	51
4. Közlekedés	38	—	38	24	2	26	15	16	31	57	95
d) Összesen	492	78	570	188	42	230	143	287	430	660	1.230
											50·1%
III. Közszolgálat.											
a) Önálló	18	3	21	1	2	3	1	7	8	11	32
b) Tisztviselő	50	12	62	13	5	18	7	43	50	68	130
c) Altiszt	26	3	29	11	1	12	12	12	24	36	65
d) Összesen	94	18	112	25	8	33	20	62	82	115	227
											9·3%
IV. Véderő.											
a) Tisztviselő	6	—	6	—	—	—	1	3	4	4	10
b) Altiszt	5	—	5	2	—	2	1	1	2	4	9
c) Legénység	2	—	2	1	—	1	1	—	1	2	4
d) Összesen	13	—	13	3	—	3	3	4	7	10	23
											0·9%
V. Napszámosok	40	38	78	16	1	17	14	3	17	34	112
											4·6%
VI. Házicselédek	1	37	38	14	—	14	36	—	36	50	88
											3·6%
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	113	122	235	80	47	127	47	253	327	454	689
											28·1%
Főösszeg	801	304	1.105	335	100	435	297	616	913	1.348	2.453
											100·0%

8. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint. 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott							Mindössze
				fi			nő			összesen	
	fi	nő	együtt	7 éven alúli	7 éven felüli	együtt	7 éven alúli	7 éven felüli	együtt		
						1922.					
I. Őstermelés.											
a) Önálló	12	2	14	2	—	2	—	3	3	5	19
b) Tisztviselő	4	—	4	1	—	1	—	2	2	3	7
c) Munkás	27	12	39	6	2	8	2	9	11	19	58
d) Összesen	43	14	57	9	2	11	2	14	16	27	84
											3·2%
II. Ipar és forgalom.											
a) Önálló	177	39	216	38	14	52	24	93	117	169	385
b) Tisztviselő	95	10	105	22	7	29	17	56	73	102	207
c) Munkás	258	19	277	129	11	140	88	161	249	389	666
1. Bányászat	—	—	—	—	—	—	—	2	2	2	2
2. Ipar	207	16	223	103	10	113	71	126	197	310	533
3. Keresk., hitel	20	3	23	9	—	9	5	13	18	27	50
4. Közlekedés	31	—	31	17	1	18	12	20	32	50	81
d) Összesen	530	68	598	189	32	221	129	310	439	660	1.258
											48·7%
III. Közszolgálat.											
a) Önálló	21	3	24	2	1	3	2	7	9	12	36
b) Tisztviselő	60	13	73	10	4	14	4	26	30	44	117
c) Altiszt	13	4	17	11	2	13	9	14	23	36	53
d) Összesen	94	20	114	23	7	30	15	47	62	92	206
											8·0%
IV. Véderő.											
a) Tisztviselő	17	1	18	1	1	2	—	1	1	3	21
b) Altiszt	1	—	1	2	—	2	1	1	2	4	5
c) Legénység	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2
d) Összesen	20	1	21	3	1	4	1	2	3	7	28
											1·1%
V. Napszámosok	60	41	101	25	3	28	13	8	21	49	150
											5·8%
VI. Házicselédek	3	36	39	33	—	33	23	2	25	58	97
											3·8%
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	122	150	272	99	69	168	86	235	321	489	761
											29·4%
Főösszeg	872	330	1.202	381	114	495	269	618	887	1.382	2.584
											100·0%

8. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint. 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott							Mindössze
				fi			nő			Összesen	
	fi	nő	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt		
I. Őstermelés.						1923.					
a) Önálló	9	1	10	—	1	1	—	6	6	7	17
b) Tisztviselő	3	—	3	—	—	—	1	3	4	4	7
c) Munkás	26	7	33	8	1	9	3	2	5	14	47
d) Összesen	**38**	**8**	**46**	**8**	**2**	**10**	**4**	**11**	**15**	**25**	**71**
											2·9%
II. Ipar és forgalom.											
a) Önálló	152	43	195	19	13	32	24	119	143	175	370
b) Tisztviselő	89	12	101	17	12	29	16	52	68	97	198
c) Munkás	270	17	287	120	14	134	89	101	190	324	611
Ebből 1. Bányászat	—	—	—	—	1	1	1	—	1	2	2
Ebből 2. Ipar	209	15	224	101	8	109	71	79	150	259	483
Ebből 3. Keresk., hitel	24	2	26	4	2	6	5	8	13	19	45
Ebből 4. Közlekedés	37	—	37	15	3	18	12	14	26	44	81
Összesen	**511**	**72**	**583**	**156**	**39**	**195**	**129**	**272**	**401**	**596**	**1.179**
d)											48·1%
III. Közszolgálat.											
a) Önálló	26	2	28	1	1	2	2	10	12	14	42
b) Tisztviselő	53	13	66	9	3	12	6	29	35	47	113
c) Altiszt	25	4	29	9	—	9	9	15	24	33	62
d) Összesen	**104**	**19**	**123**	**19**	**4**	**23**	**17**	**54**	**71**	**94**	**217**
											8·8%
IV. Véderő.											
a) Tisztviselő	8	—	8	—	—	—	1	1	2	2	10
b) Altiszt	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3
c) Legénység	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Összesen	**11**	—	**11**	—	—	—	**1**	**1**	**2**	**2**	**13**
											0·5%
V. Napszámosok	**58**	**35**	**93**	**19**	**2**	**21**	**10**	**14**	**24**	**45**	**138**
											5·6%
VI. Házicselédek	**1**	**49**	**50**	**33**	—	**33**	**29**	**3**	**32**	**65**	**115**
											4·7%
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	**133**	**67**	**200**	**89**	**62**	**151**	**78**	**290**	**368**	**519**	**719**
											29·4%
Főösszeg	**856**	**250**	**1.106**	**324**	**109**	**433**	**268**	**645**	**913**	**1.346**	**2.452**
											100·0%

8. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint. 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott							Mindössze
				fi			nő			összesen	
	fi	nő	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt		
						1924.					
I. Őstermelés.											
a) Önálló	14	2	16	—	1	1	1	8	9	10	26
b) Tisztviselő	4	—	4	—	—	—	1	—	1	1	5
c) Munkás	19	4	23	6	1	7	4	6	10	17	43
d) Összesen	37	6	43	6	2	8	6	14	20	28	71
											2·7%
II. Ipar és forgalom.											
a) Önálló	174	39	213	23	18	41	16	107	123	164	377
b) Tisztviselő	82	8	90	5	11	16	13	68	81	97	187
c) Munkás	303	31	334	109	16	125	84	150	234	359	693
1. Bányászat	2	—	2	—	—	—	—	1	1	1	3
2. Ipar	237	27	264	85	12	97	69	119	188	285	549
3. Keresk., hitel	28	2	30	8	2	10	5	13	18	28	58
4. Közlekedés	36	2	38	16	2	18	10	17	27	45	83
d) Összesen	559	78	637	137	45	182	113	325	438	620	1.257
											48·5%
III. Közszolgálat.											
a) Önálló	18	1	19	2	2	4	1	5	6	10	29
b) Tisztviselő	69	13	82	12	4	16	5	30	35	51	133
c) Altiszt	21	2	23	8	1	9	7	18	25	34	57
d) Összesen	108	16	124	22	7	29	13	53	66	95	219
											8·5%
IV. Véderő.											
a) Tisztviselő	4	—	4	1	—	1	1	3	4	5	9
b) Altiszt	7	—	7	1	—	1	1	1	2	3	10
c) Legénység	3	—	3	—	—	—	1	—	1	1	4
d) Összesen	14	—	14	2	—	2	3	4	7	9	23
											0·9%
V. Napszámosok	58	45	103	28	2	30	17	17	34	64	167
											6·4%
VI. Házicselédek	2	28	30	29	1	30	11	1	12	42	72
											2·8%
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	165	130	295	92	59	151	71	264	335	486	781
											30·2%
Főösszeg	943	303	1.246	316	116	432	234	678	912	1.344	2.590
											100·0%

8. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint. 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott							Mindössze
				fi			nő			összesen	
	fi	nő	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt		
				1925.							
I. Őstermelés.											
a) Önálló	7	2	9	1	1	2	—	6	6	8	17
b) Tisztviselő	4	—	4	—	—	—	—	2	2	2	6
c) Munkás	18	2	20	4	1	5	4	13	17	22	42
d) Összesen	**29**	**4**	**33**	**5**	**2**	**7**	**4**	**21**	**25**	**32**	**65**
											2·7%
II. Ipar és forgalom.											
a) Önálló	129	14	143	14	21	35	17	105	122	157	300
b) Tisztviselő	94	4	98	14	20	34	12	83	95	129	227
c) Munkás	225	31	256	103	23	126	88	181	269	395	651
1. Bányászat	1	—	1	—	—	—	1	1	2	2	3
2. Ipar	163	27	190	87	14	101	67	133	200	301	491
3. Keresk., hitel	27	2	29	5	3	8	5	19	24	32	61
4. Közlekedés	34	2	36	11	6	17	15	28	43	60	96
d) Összesen	**448**	**49**	**497**	**131**	**64**	**195**	**117**	**369**	**486**	**681**	**1.178**
											50·5%
III. Közszolgálat.											
a) Önálló	17	—	17	3	2	5	2	8	10	15	32
b) Tisztviselő	48	8	56	6	3	9	8	36	44	53	109
c) Altiszt	23	3	26	15	2	17	9	21	30	47	73
d) Összesen	**88**	**11**	**99**	**24**	**7**	**31**	**19**	**65**	**84**	**115**	**214**
											9·2%
IV. Véderő.											
a) Tisztviselő	9	1	10	2	—	2	1	3	4	6	16
b) Altiszt	5	—	5	1	—	1	—	1	1	2	7
c) Legénység	3	—	3	1	1	2	1	1	2	4	7
d) Összesen	**17**	**1**	**18**	**4**	**1**	**5**	**2**	**5**	**7**	**12**	**30**
											1·3%
V. Napszámosok	**49**	**47**	**96**	**27**	**6**	**33**	**18**	**29**	**47**	**80**	**176**
											7·6%
VI. Házicselédek	**1**	**39**	**40**	**36**	**3**	**39**	**23**	**4**	**27**	**66**	**106**
											4·5%
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	**161**	**108**	**269**	**47**	**32**	**79**	**47**	**171**	**218**	**297**	**566**
											24·2%
Főösszeg	**793**	**259**	**1.052**	**274**	**115**	**389**	**230**	**664**	**894**	**1.283**	**2.335**
											100·0%

8. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint. 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott							Mindössze
				fi			nő			összesen	
	fi	nő	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt		
						1926.					
I. Őstermelés.											
a) Önálló	13	2	15	2	—	2	2	10	12	14	29
b) Tisztviselő	2	—	2	—	—	—	2	3	5	5	7
c) Munkás	13	3	16	5	—	5	5	11	16	21	37
d) Összesen	28	5	33	7	—	7	9	24	33	40	73
											3·3%
II. Ipar és forgalom.											
a) Önálló	152	17	169	26	25	51	15	127	142	193	362
b) Tisztviselő	74	8	82	17	16	33	15	77	92	125	207
c) Munkás	229	35	264	89	26	115	78	167	245	360	624
1. Bányászat	—	—	—	—	—	—	—	2	2	2	2
2. Ipar	179	31	210	74	17	91	65	135	200	291	501
3. Keresk., hitel	19	2	21	5	5	10	3	8	11	21	42
4. Közlekedés	31	2	33	10	4	14	10	22	32	46	79
d) Összesen	455	60	515	132	67	199	108	371	479	678	1.193
											53·3%
III. Közszolgálat.											
a) Önálló	17	2	19	1	2	3	2	11	13	16	35
b) Tisztviselő	49	8	57	10	4	14	4	28	32	46	103
c) Altiszt	11	2	13	9	2	11	4	18	22	33	46
d) Összesen	77	12	89	20	8	28	10	57	67	95	184
											8·2%
IV. Véderő.											
a) Tisztviselő	2	1	3	1	—	1	2	2	4	5	8
b) Altiszt	3	1	4	2	—	2	—	2	2	4	8
c) Legénység	4	—	4	—	—	—	1	—	1	1	5
d) Összesen	9	2	11	3	—	3	3	4	7	10	21
											0·9%
V. Napszámosok	44	51	95	22	3	25	20	29	49	74	169
											7·6%
VI. Házicselédek	1	36	37	39	1	40	24	3	27	67	104
											4·6%
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	158	105	263	37	34	71	26	134	160	281	494
											22·1%
Főösszeg	772	271	1.043	260	113	373	200	622	822	1.195	2.238
											100·0%

8. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint, 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott							Mindössze
				fi			nő			összesen	
	f	nő	együtt	7 éven alúli	7 éven felüli	együtt	7 éven alúli	7 éven felüli	együtt		
						1927.					
I. Őstermelés.											
a) Önálló	7	4	11	—	—	—	—	3	3	3	14
b) Tisztviselő	1	—	1	1	—	1	1	—	1	2	3
c) Munkás	21	2	23	4	1	5	6	12	18	23	46
d) Összesen	29	6	35	5	1	6	7	15	22	28	63
											2·7%
II. Ipar és forgalom.											
a) Önálló	134	19	153	21	24	45	7	110	117	162	315
b) Tisztviselő	79	7	86	12	22	34	11	88	99	133	219
c) Munkás	246	37	283	101	23	124	107	200	307	431	714
1. Bányászat	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	2
2. Ipar	200	31	231	86	19	105	92	160	252	357	588
3. Keresk., hitel	19	3	22	4	3	7	3	15	18	25	47
4. Közlekedés	27	3	30	11	1	12	11	24	35	47	77
d) Összesen	459	63	522	134	69	203	125	398	523	726	1.248
											53·0%
III. Közszolgálat.											
a) Önálló	20	1	21	4	6	10	3	16	19	29	50
b) Tisztviselő	52	15	67	7	5	12	6	32	38	50	117
c) Altiszt	28	2	30	10	2	12	6	14	20	32	62
d) Összesen	100	18	118	21	13	34	15	62	77	111	229
											9·7%
IV. Véderő.											
a) Tisztviselő	3	1	4	1	—	1	1	5	6	7	11
b) Altiszt	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	2
c) Legénység	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	5
d) Összesen	8	1	9	1	—	1	2	6	8	9	18
											0·7%
V. Napszámosok	47	56	103	23	5	28	19	40	59	87	190
											8·1%
VI. Házicselédek	2	48	50	38	1	39	34	5	39	78	128
											5·4%
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	126	136	262	29	35	64	22	134	156	220	482
											20·4%
Főösszeg	771	328	1.099	251	124	375	224	660	884	1.259	2.358
											100·0%

8. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint. 1921—1928. (Vége.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott							Mindössze
				fi			nő			összesen	
	fi	nő	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt		
						1928.					
I. Őstermelés.											
a) Önálló	7	—	7	3	—	3	2	3	5	8	15
b) Tisztviselő	2	—	2	—	—	—	1	1	2	2	4
c) Munkás	15	2	17	4	1	5	4	7	11	16	33
d) Összesen	**24**	**2**	**26**	**7**	**1**	**8**	**7**	**11**	**18**	**26**	**52**
											2·2%
II. Ipar és forgalom.											
a) Önálló	156	17	173	15	22	37	16	101	117	154	327
b) Tisztviselő	85	9	94	18	14	32	7	63	70	102	196
c) Munkás	256	27	283	72	20	92	69	198	267	359	642
1. Bányászat	—	—	—	1	—	1	—	1	1	2	2
2. Ipar	208	20	228	52	16	68	54	158	212	280	508
3. Keresk., hitel	26	5	31	6	3	9	6	20	26	35	66
4. Közlekedés	22	2	24	13	1	14	9	19	28	42	66
d) Összesen	**497**	**53**	**550**	**105**	**56**	**161**	**92**	**362**	**454**	**615**	**1.165**
											48·9%
III. Közszolgálat.											
a) Önálló	16	1	17	3	4	7	1	11	12	19	36
b) Tisztviselő	54	10	64	8	4	12	6	38	44	56	120
c) Altiszt	15	3	18	10	1	11	3	15	18	29	47
d) Összesen	**85**	**14**	**99**	**21**	**9**	**30**	**10**	**64**	**74**	**104**	**203**
											8·5%
IV. Véderő.											
a) Tisztviselő	3	—	3	2	—	2	1	3	4	6	9
b) Altiszt	1	—	1	1	—	1	1	1	2	3	4
c) Legénység	5	—	5	1	1	2	2	1	3	5	10
d) Összesen	**9**	—	**9**	**4**	**1**	**5**	**4**	**5**	**9**	**14**	**23**
											1·0%
V. Napszámosok	**59**	**38**	**97**	**33**	**2**	**35**	**18**	**31**	**49**	**84**	**181**
											7·6%
VI. Házicselédek	**2**	**28**	**30**	**21**	**1**	**22**	**19**	**5**	**24**	**46**	**76**
											3·2%
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	**201**	**127**	**328**	**51**	**60**	**111**	**26**	**216**	**242**	**353**	**681**
											28·6%
Főösszeg	**877**	**262**	**1.139**	**242**	**130**	**372**	**176**	**694**	**870**	**1.242**	**2.381**
											100·0%

Csak nyolc esztendőre terjed az az anyagunk, melyet a szifiliszhalálozás foglalkozásszerinti elemezésére felhasználtunk, mégis olyan tömeget jelent, hogy kényszerítve voltunk arra, hogy a nyersanyag közléséről lemondjunk. Az egyes foglalkozási csoportokban tevékenykedő népesség quantitativ szempontból annyira divergáló, hogy anyagunkat olyan formába kellett átdolgoznunk, mely a lakosság tagozódását illetőleg 1920-ban a népszámlálás alkalmával nyert eredményeket összefoglaló táblázatnak megfelel. Ebben az irányban végzett munkánk eredményeit a 8. számú tábla gyüjti össze. Ugyancsak ezen a táblán tüntetjük fel azokat a viszonyszámokat, melyek a szifiliszmortalitásnak az egyes foglalkozási főcsoportok szerint való megoszlását illusztrálják. Könnyebb áttekintés biztosítása végett ezeket a viszonyszámokat külön táblában is bemutatjuk.

9. A székesfőváros szifiliszhalandóságának megoszlása százalékokban a foglalkozási főcsoportok szerint. — 1921—1928.

Megnevezés	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Véderő	Napszámosok	Házicselédek	Magánzók és egyéb foglalkozásúak	Összesen
1921	3·4	50·1	9·3	0·9	4·6	3·6	28·1	100·0
1922	3·2	48·7	8·0	1·1	5·8	3·8	29·4	100·0
1923	2·9	48·1	8·8	0·5	5·6	4·7	29·4	100·0
1924	2·7	48·5	8·5	0·9	6·4	2·8	30·2	100·0
1925	2·7	50·5	9·2	1·3	7·6	4·5	24·2	100·0
1926	3·3	53·3	8·2	0·9	7·6	4·6	22·1	100·0
1927	2·7	53·0	9·7	0·7	8·1	5·4	20·4	100·0
1928	2·2	48·9	8·5	1·0	7·6	3·2	28·6	100·0
Átlagban	2·9	50·1	8·7	0·9	6·7	4·1	26·6	100·0

Nincs kétség abban, hogy az idegenek a foglalkozás szerint való kombinációban is zavarják tisztánlátásunkat. A zavaró momentum mindenesetre az őstermelők rovatában lesz a legkifejezettebb, hiszen a székesfőváros népességében ez a foglalkozási ág van leggyérebben képviselve, viszont a környékből felözönlő betegek nagy tömegei éppen ebből a foglalkozási csoportból kerülnek ki. Ezért semmi komolyabb jelentősége sincs annak, hogy az őstermelés rovat százalékos viszonyszámai apadást

jelentenek. Az ipar és forgalom, a közszolgálat, a véderő, a házicselédek, valamint a magánzók és egyéb foglalkozásúak viszonyszámai lényeges változást nem mutatnak. Annál inkább feltünő a napszámosok rovatában észlelhető emelkedés. Az átlagos viszonyszámokat is megállapitottuk, melyek demonstrálják, hogy a szifiliszmortalitás fele az iparban és forgalomban tevékenykedőkre esik. A szifiliszhalandóságnak további egynegyede a magánzók és egyéb foglalkozásúakra jut, a többi rovatba: a közszolgálatban működőkre, a napszámosokra, a házicselédekre, az őstermeléssel foglalkozókra s végül a véderőre már csak töredékek. Ez az eredmény megfelel teljesen a fentebb közölt 1928. évi morbiditási anyag foglalkozások szerint való megoszlásának! Minden valószínűség szerint érdekes tapasztalásokra nyílik alkalmunk, ha a százalékos viszonyszámok átlagait a népesség foglalkozás szerint való tagozódását százalékban kifejező ereedmények mellé állítjuk.

10. A népesség és a szifiliszhalandóság megoszlása a székesfővárosban százalékokban, foglalkozási főosztályok szerint. — 1921—1928.

Megnevezés	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Véderő	Napszámosok	Házicselédek	Magánzók és egyéb foglalkozásúak	Összesen
	százalékban							
A népszám szerint (1920.)	1·2	65·7	12·9	2·6	1·1	5·9	10·6	100·0
A szifiliszmortalitás szerint ...	2·9	50·1	8·7	0·9	6·7	4·1	26·6	100·0
Különbség	+ 1·7	— 15·6	— 4·2	— 1·7	+ 5·6	— 1·8	+ 16·0	0·0

A fenti adatok nem elég konszonánsak! Nevezetesen a székesfőváros népességének foglalkozások szerint való megoszlását legutóbb az 1920. évi népszámlálás fürkészte. Ez a népszámlálás azonban, sajnos, megfigyelésünk idejének nagyon az elejére esik. Tehát míg a népesség foglalkozás szerint való tagozódását jelző viszonyszámok 1920-ból valók, addig a nyolc esztendő alatt történt halálozások regisztrálása alkalmával az időközi eltolódások is figyelembe vannak véve. Ez alatt a nyolc esztendő alatt pedig — mint már a morbiditás kérdésének taglalásánál érintettük — nagy eltolódások történtek a társadalom strukturájában. Az első három évben tombolt az infláció, mely még higgadt elemeket is a tőzsde hullámjátékába csábított. Ebben az időben folyt a nemzeti vagyon durva pocsékolása, a fiktiv papírértékek csábos narkózisában éltek a tömegek, viszont komoly valorizációra csak a földművesosztálynak s az erőskezű ingatlantulajdonosoknak nyilt lehetőségük. Az 1923. év vége felé letört az infláció

s helyet adott a több realitással dolgozó, de mind több és több exisztenciát felőrlő szanálásnak. Ilyen nagy gazdasági krizis természetesen átalakította a népesség foglalkozások szerint való tagozódását, aminek pontos felmérésére azonban csak 1930 végén, az új népösszeírás alkalmával kerül sor. Ha most az átlagviszonyszámokat a népesség foglalkozások szerint való tagozódását leíró mérőszámokkal párhuzamba állítjuk, kiderül, hogy csak a véderőre, a napszámosokra, a házicselédekre s végül a magánzókra és egyéb foglalkozásúakra jut a szifiliszhalandóságnak nagyobb kontingense, mint azt a népszám alapján várnánk. Lehet, hogy ezekben a csoportokban rejtőzik a legtöbb idegen, ami illegitim rontja a helyzetet. Tanácsos lesz ezért ezt az anyagunkat valamiképen ellenőrizni. Ezért állítsuk most az 1921. évi viszonyszámokat a népszám foglalkozások szerint való tagozódását jelző eredményekkel párhuzamba, mert ez az esztendő áll a népszámlálás évéhez legközelebb.

Megnevezés	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Véderő	Napszámosok	Házicselédek	Magánzók és egyéb foglalkozásúak	Összesen
	százalékban							
A népszám szerint 1920 ..	1·2	65·7	12·9	2·6	1·1	5·9	10·6	100·0
A szifilisz mortalitás szerint 1921	3·4	50·1	9·3	0·9	4·6	3·6	28·1	100·0
Különbség	+ 2·2	— 15·6	— 3·6	— 1·7	+ 3·5	— 2·3	+ 17·5	0·0

Ezek után már bizonyosnak látszik, hogy az átlagviszonyszámok összehasonlítása se volt nagyobb hiba, mert a népszámláláshoz legközelebb eső esztendő (1921) eredményeinek egybevetése nagyjából ugyanarra a megismerésre vezet. Lényegesebb eltolódások csak az őstermelés, a napszámosok és magánzók és egyéb foglalkozásúak rovataiban tűnnek fel, amelyekben — mint mondottuk — az idegenek aránya rapszódikusan változik.

A százalékos viszonyszámok alakulása, mint azt már sokszor hangsúlyoztuk, nemcsak a szifiliszhalandóság emelkedésétől vagy süllyedésétől függ, hanem azt más halálokok viselkedése is determinálja. Éppen ezért tartottuk szükségesnek a szifiliszhalandóság foglalkozási főosztályok és főcsoportok szerinti arányszámainak kiszámítását. Ebben a számításban ismét az a zavaró momentum, hogy az 1920. évi népszámlálási adatokat voltunk kénytelenek alapul venni, annak ellenére, hogy a népszámlálás megfigyelésünk idejének nagyon az elejére esett. Sajnos azonban munkánk megírása idején későbbi, keletű eredményekkel nem rendelkezünk.

11. A népesség megoszlása foglalkozások szerint a székesfővárosban. — 1920.

Foglalkozási főosztályok	Kereső			Eltartott			Összesen
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	
I. Őstermelés.							
a) Önálló	1.496	505	2.001	1.486	2.534	4.020	6.021
b) Tisztviselő	430	51	481	210	406	616	1.097
c) Munkás	2.334	386	2.720	455	1.463	1.918	4.638
d) Összesen	**4.260**	**942**	**5.202**	**2.151**	**4.403**	**6.554**	**11.756**
							1·2%
II. Ipar és forgalom.							
a) Önálló	44.528	23.436	67.964	26.843	70.463	97.306	165.270
b) Tisztviselő	39.260	20.207	59.467	12.902	37.939	50.841	110.308
c) Munkás	140.223	35.606	175.829	41.289	117.249	158.538	334.367
1. Bányászat	264	6	270	116	308	424	694
2. Ipar	124.603	46.910	171.513	43.376	119.934	163.310	334.823
3. Kereskedelem, hitel	39.821	11.327	51.148	16.259	44.456	60.715	111.863
4. Közlekedés	20.063	798	20.861	8.381	22.014	30.395	51.256
d) Összesen	**224.011**	**79.249**	**303.260**	**81.034**	**225.651**	**306.685**	**609.945**
							65·7%
III. Közszolgálat.							
a) Önálló	6.249	2.292	8.541	2.407	6.638	9.045	17.586
b) Tisztviselő	21.841	15.061	36.902	8.843	21.738	30.581	67.483
c) Altiszt	11.875	6.039	17.914	4.855	12.843	17.698	35.612
d) Összesen	**39.965**	**23.392**	**63.357**	**16.105**	**41.219**	**57.324**	**120.681**
							12·9%
IV. Véderő.							
a) Tisztviselő	3.967	—	3.967	886	2.849	3.735	7.702
b) Altiszt	4.096	—	4.096	—	—	—	4.096
c) Legénység	8.783	—	8.783	1.111	3.302	4.413	13.196
d) Összesen	**16.846**	—	**16.846**	**1.997**	**6.151**	**8.148**	**24.994**
							2·6%
V. Napszámosok.	**3.391**	**2.111**	**5.502**	**1.163**	**2.631**	**3.794**	**9.296**
							1·1%
VI. Házicselédek	**1.280**	**50.895**	**52.175**	**846**	**1.449**	**2.295**	**54.470**
							5·9%
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	**15.684**	**27.520**	**43.204**	**22.557**	**32.093**	**54.650**	**97.854**
							10·6%
Főösszeg	**305.437**	**184.109**	**489.546**	**125.853**	**313.597**	**439.450**	**928.996**
							100·0%

12. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint, 1000 élőre. — 1921—1928.

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott			Összesen
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	
				1921.			
I. Őstermelés.							
a) Önálló	10·7	4·0	9·0	2·0	1·6	1·7	4·2
b) Tisztviselő	7·0	—	6·2	4·8	2·5	3·2	4·6
c) Munkás	12·4	23·3	14·0	15·4	6·2	8·3	11·6
d) Összesen	**11·3**	**11·7**	**11·3**	**5·1**	**3·2**	**3·8**	**7·1**
II. Ipar és forgalom.							
a) Önálló	3·4	2·0	2·9	1·9	1·6	1·7	2·2
b) Tisztviselő	2·5	0·3	1·9	1·9	1·7	1·8	1·8
c) Munkás	1·7	0·7	1·5	3·8	2·0	2·5	2·0
1. Bányászat	3·8	—	3·7	8·6	3·2	4·7	4·3
2. Ipar	1·5	0·5	1·2	2·7	1·7	1·9	1·6
3. Kereskedelem, hitel	0·5	0·3	0·4	0·7	0·4	0·5	0·5
4. Közlekedés	1·9	—	1·8	3·1	1·4	1·9	1·9
d) Összesen	**2·2**	**1·0**	**1·9**	**2·8**	**1·9**	**2·2**	**2·0**
III. Közszolgálat.							
a) Önálló	2·9	1·3	2·5	1·2	1·2	1·2	1·8
b) Tisztviselő	2·3	0·8	1·7	2·0	2·3	2·2	1·9
c) Altiszt	2·2	0·5	1·6	2·5	1·9	2·0	1·8
d) Összesen	**2·3**	**0·8**	**1·8**	**2·0**	**2·0**	**2·0**	**1·9**
IV. Véderő.							
a) Tisztviselő	1·5	.	1·5	—	1·4	1·1	1·3
b) Altiszt	1·2	—	1·2	.	.	.	2·2
c) Legénység	0·2	—	0·2	0·9	0·3	0·5	0·3
d) Összesen	**0·8**	.	**0·8**	**1·5**	**1·1**	**1·2**	**0·9**
V. Napszámosok	**11·8**	**18·0**	**14·2**	**14·6**	**6·5**	**9·0**	**9·9**
VI. Házicselédek	**0·8**	**0·7**	**0·7**	**16·5**	**24·8**	**21·8**	**1·6**
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	**7·2**	**4·4**	**5·4**	**5·6**	**10·2**	**8·3**	**7·0**
Főösszeg	**2·6**	**1·7**	**2·3**	**3·5**	**2·9**	**3·1**	**2·6**

12. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint, 1000 élőre. — 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott			Összesen
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	
				1922.			
I. Őstermelés.							
a) Önálló	10·0	4·0	7·0	1·3	1·2	1·2	3·2
b) Tisztviselő	9·3	—	8·3	4·8	4·9	4·9	6·4
c) Munkás	11·6	31·1	14·3	17·6	7·5	9·9	12·5
d) Összesen	**10·1**	**14·9**	**11·0**	**5·1**	**3·6**	**4·1**	**7·1**
II. Ipar és forgalom.							
a) Önálló	4·0	1·7	3·2	1·9	1·7	1·7	2·3
b) Tisztviselő	2·4	0·5	1·8	2·2	1·9	2·0	1·9
c) Munkás	1·8	0·5	1·6	3·4	2·1	2·5	2·0
1. Bányászat	—	—	—	—	6·5	4·7	2·9
2. Ipar	1·7	0·3	1·3	2·6	1·6	1·9	1·6
3. Kereskedelem, hitel	0·5	0·3	0·4	0·6	0·4	0·4	0·4
4. Közlekedés	1·5	—	1·5	2·1	1·5	1·6	1·6
d) Összesen	**2·4**	**0·9**	**2·0**	**2·7**	**1·9**	**2·2**	**2·1**
III. Közszolgálat.							
a) Önálló	3·4	1·3	2·8	1·2	1·4	1·3	2·1
b) Tisztviselő	2·7	0·9	2·0	1·6	1·4	1·4	1·7
c) Altiszt	1·1	0·7	0·9	2·7	1·8	2·0	1·5
d) Összesen	**2·3**	**0·9**	**1·8**	**1·9**	**1·5**	**1·6**	**1·7**
IV. Véderő.							
a) Tisztviselő	4·3	—	4·5	2·3	0·4	0·8	2·7
b) Altiszt	0·2	—	0·2	.	.	.	1·2
c) Legénység	0·2	—	0·2	—	—	—	0·2
d) Összesen	**1·2**	—	**1·2**	**2·0**	**0·5**	**0·9**	**1·1**
V. Napszámosok	**17·7**	**19·4**	**18·3**	**24·1**	**8·0**	**12·9**	**16·1**
VI. Házicselédek	**2·3**	**0·7**	**0·7**	**39·0**	**17·3**	**25·3**	**1·8**
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	**7·8**	**5·5**	**6·3**	**7·4**	**10·0**	**8·9**	**7·8**
Főösszeg	**2·9**	**1·8**	**2·5**	**3·9**	**2·8**	**3·1**	**2·8**

12. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint, 1000 élőre. — 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott			Összesen
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	
				1923.			
I. Őstermelés.							
a) Önálló	6·0	2·0	5·0	0·7	2·4	1·7	2·8
b) Tisztviselő	7·0	—	6·2	—	9·9	6·5	6·4
c) Munkás	11·1	18·1	12·1	19·8	3·4	7·3	10·1
d) Összesen	8·9	8·5	8·8	4·6	3·4	3·8	6·0
II. Ipar és forgalom.							
a) Önálló	3·4	1·8	2·9	1·2	2·0	1·8	2·2
b) Tisztviselő	2·3	0·6	1·7	2·2	1·8	1·9	1·8
c) Munkás	1·9	0·5	1·6	3·2	1·6	2·0	1·8
1. Bányászat	—	—	—	8·6	3·2	4·7	2·9
2. Ipar	1·7	0·3	1·3	2·5	1·3	1·6	1·4
3. Kereskedelem, hitel	0·6	0·2	0·5	0·4	0·3	0·3	0·4
4. Közlekedés	1·8	—	1·8	2·1	1·2	1·4	1·6
d) Összesen	2·3	0·9	2·0	2·4	1·8	1·9	1·9
III. Közszolgálat.							
a) Önálló	4·2	0·9	3·3	0·8	1·8	1·5	2·4
b) Tisztviselő	2·4	0·9	1·8	1·4	1·6	1·5	1·7
c) Altiszt	2·1	0·7	1·6	1·9	1·9	1·9	1·7
d) Összesen	2·6	0·8	1·9	1·4	1·7	1·6	1·8
IV. Véderő.							
a) Tisztviselő	2·0	—	2·0	—	0·7	0·5	1·3
b) Altiszt	0·7	—	0·7	—	—	—	0·7
c) Legénység	—	—	—	—	—	—	—
d) Összesen	0·7	—	0·7	—	0·3	0·2	0·5
V. Napszámosok	17·1	16·6	16·9	18·1	9·1	15·9	14·8
VI. Házicselédek	0·8	1·0	1·0	39·0	22·1	28·3	2·1
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	8·5	2·4	4·6	6·7	11·5	9·5	7·3
Főösszeg	2·8	1·4	2·3	3·4	2·9	3·1	2·6

12. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint, 1000 élőre. — 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott			Összesen
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	
				1924.			
I. Őstermelés.							
a) Önálló	9·4	4·0	7·0	0·7	3·6	2·5	4·0
b) Tisztviselő	9·3	—	8·3	—	2·5	1·6	4·6
c) Munkás	8·1	10·4	9·2	15·4	6·8	8·9	9·1
d) Összesen	**8·7**	**6·4**	**8·3**	**3·2**	**4·5**	**4·3**	**6·0**
II. Ipar és forgalom.							
a) Önálló	3·9	1·7	3·1	1·5	1·7	1·7	2·3
b) Tisztviselő	2·1	0·4	1·5	1·3	2·1	1·9	1·7
c) Munkás	2·2	0·9	1·9	3·0	2·0	2·3	2·1
1. Bányászat	7·6	0·0	7·4	—	3·2	2·4	4·3
2. Ipar	1·9	0·6	1·5	2·2	1·6	1·7	2·2
3. Kereskedelem, hitel	0·7	0·2	0·6	0·6	0·4	0·5	0·5
4. Közlekedés	1·8	2·5	1·8	2·1	1·2	1·5	1·6
d) Összesen	**2·5**	**1·0**	**2·1**	**2·2**	**1·9**	**2·0**	**2·1**
III. Közszolgálat.							
a) Önálló	2·9	0·4	2·2	1·7	0·9	1·1	1·7
b) Tisztviselő	3·2	0·9	2·2	1·8	1·6	1·7	2·0
c) Altiszt	1·8	0·3	1·3	1·9	1·9	1·9	1·6
d) Összesen	**2·7**	**0·7**	**2·0**	**1·8**	**1·6**	**1·7**	**1·8**
IV. Véderő.							
a) Tisztviselő	1·0	—	1·0	1·1	1·4	1·3	1·2
b) Altiszt	1·7	—	1·7	.	.	.	2·4
c) Legénység	0·3	—	0·3	—	0·3	0·2	0·3
d) Összesen	**0·8**	—	**0·8**	**1·0**	**1·1**	**1·1**	**0·9**
V. Napszámosok	**17·1**	**21·3**	**18·7**	**25·8**	**12·9**	**16·9**	**18·0**
VI. Házicselédek	**1·6**	**0·6**	**0·6**	**35·5**	**8·3**	**18·3**	**1·3**
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	**10·5**	**4·7**	**6·8**	**6·7**	**10·4**	**8·9**	**8·0**
Főösszeg	**3·1**	**1·6**	**2·5**	**3·4**	**2·9**	**3·1**	**2·8**

12. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint, 1000 élőre. — 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott			Összesen
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	
	1925.						
I. Őstermelés.							
a) Önálló	4·7	4·0	4·5	1·3	2·4	2·0	2·8
b) Tisztviselő	9·3	—	8·3	—	4·9	3·2	5·5
c) Munkás	7·7	5·2	7·4	11·0	11·6	11·4	9·1
d) Összesen	6·8	4·2	6·3	3·3	5·7	4·9	5·5
II. Ipar és forgalom.							
a) Önálló	2·9	0·6	2·1	1·3	1·7	1·6	1·8
b) Tisztviselő	2·4	0·2	1·6	2·6	2·5	2·5	2·1
c) Munkás	1·6	0·9	1·5	3·1	2·3	2·5	1·9
1. Bányászat	3·8	—	3·7	—	6·5	4·7	4·3
2. Ipar	1·3	0·6	1·1	2·3	1·7	1·8	1·5
3. Kereskedelem, hitel	0·7	0·2	0·6	0·5	0·5	0·5	0·5
4. Közlekedés	1·7	2·5	1·7	2·0	2·0	2·0	1·9
d) Összesen	2·0	0·6	1·6	2·4	2·2	2·2	1·9
III. Közszolgálat.							
a) Önálló	2·7	—	2·0	2·1	1·5	1·7	1·8
b) Tisztviselő	2·2	0·5	1·5	1·0	2·0	1·7	1·6
c) Altiszt	1·9	0·5	1·5	3·5	2·3	2·7	2·1
d) Összesen	2·2	0·5	1·6	1·9	2·0	2·0	1·8
IV. Véderő.							
a) Tisztviselő	2·3	.	2·5	2·3	1·4	1·6	2·1
b) Altiszt	1·2	—	1·2	.	.	.	1·7
c) Legénység	0·3	—	0·3	1·8	0·6	0·9	0·5
d) Összesen	1·0	.	1·1	2·5	1·1	1·5	1·2
V. Napszámosok	14·5	22·3	17·4	28·4	17·9	21·1	18·9
VI. Házicselédek	0·8	0·8	0·9	46·1	18·6	28·8	1·9
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	10·3	3·9	6·2	3·5	6·8	5·4	5·8
Főösszeg	2·6	1·4	2·1	3·1	2·9	2·9	2·5

12. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint, 1000 élőre. — 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott			Összesen
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	
				1926.			
I. Őstermelés.							
a) Önálló	8·7	4·0	7·5	1·3	4·7	3·5	4·8
b) Tisztviselő	4·7	—	4·2	—	12·3	8·1	6·4
c) Munkás	5·6	7·8	5·9	11·0	10·9	10·9	8·0
d) Összesen	6·6	5·3	6·3	3·3	7·5	6·1	6·2
II. Ipar és forgalom.							
a) Önálló	3·4	0·7	2·5	1·9	2·0	2·0	2·2
b) Tisztviselő	1·9	0·4	1·4	2·6	2·4	2·5	1·9
c) Munkás	1·6	1·0	1·5	2·8	2·1	2·3	1·9
1. Bányászat	—	—	—	—	6·5	4·7	2·9
2. Ipar	1·4	0·7	1·2	2·1	1·7	1·8	1·5
3. Kereskedelem, hitel	0·5	0·2	0·4	0·6	0·2	0·3	0·4
4. Közlekedés	1·5	2·5	1·6	1·7	1·5	1·5	1·5
d) Összesen	1·9	0·8	1·7	2·5	2·1	2·2	2·0
III. Közszolgálat.							
a) Önálló	2·7	0·9	2·2	1·2	2·0	1·8	2·0
b) Tisztviselő	2·3	0·5	1·5	1·6	1·5	1·5	1·5
c) Altiszt	0·9	0·3	0·7	2·3	1·7	1·9	1·3
d) Összesen	1·9	0·5	1·4	1·7	1·6	1·7	1·5
IV. Véderő.							
a) Tisztviselő	0·5	.	0·8	1·1	1·4	1·3	1·0
b) Altiszt	0·7	.	1·0	.	.	.	2·0
c) Legénység	0·5	—	0·5	—	0·3	0·2	0·4
d) Összesen	0·5	.	0·7	1·5	1·1	1·2	0·8
V. Napszámosok	13·0	24·2	17·3	21·5	18·6	19·5	18·2
VI. Házicselédek	0·8	0·7	0·7	47·3	18·6	29·2	1·9
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	10·1	3·8	6·1	3·1	5·0	4·2	5·0
Főösszeg	2·5	1·5	2·1	3·0	2·6	2·7	2·4

12. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint, 1000 élőre. — 1921—1928. (Folytatás.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott			Összesen
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	
				1927.			
I. Őstermelés.							
a) Önálló	4·7	7·9	5·5	—	1·2	0·7	2·3
b) Tisztviselő	2·3	—	2·1	4·8	2·5	3·2	2·7
c) Munkás	9·0	5·2	8·5	11·0	12·3	12·0	10·0
d) Összesen	6·8	6·4	6·7	2·8	5·0	4·3	5·4
II. Ipar és forgalom.							
a) Önálló	3·0	0·8	2·2	1·7	1·7	1·7	1·9
b) Tisztviselő	2·0	0·3	1·5	2·6	2·6	2·6	2·0
c) Munkás	1·8	1·0	1·6	3·0	2·6	2·7	2·1
1. Bányászat	—	—	—	—	6·5	4·7	2·9
2. Ipar	1·6	0·7	1·3	2·4	2·1	2·2	1·8
3. Kereskedelem, hitel	0·5	0·3	0·4	0·4	0·4	0·4	0·4
4. Közlekedés	1·3	3·8	1·4	1·4	1·6	1·5	1·5
d) Összesen	2·0	0·8	1·7	2·5	2·3	2·4	2·1
III. Közszolgálat.							
a) Önálló	3·2	0·4	2·5	4·2	2·9	3·2	2·8
b) Tisztviselő	2·4	1·0	1·8	1·4	1·7	1·6	1·7
c) Altiszt	2·4	0·3	1·7	2·5	1·6	1·8	1·7
d) Összesen	2·5	0·8	1·9	2·1	1·9	1·9	1·9
IV. Véderő.							
a) Tisztviselő	0·8	.	1·0	1·1	2·1	1·9	1·4
b) Altiszt	—	—	—	.	.	.	0·5
c) Legénység	0·6	—	0·6	—	—	—	0·4
d) Összesen	0·5	.	0·5	0·5	1·3	1·1	0·7
V. Napszámosok	13·9	26·5	18·7	24·1	22·4	22·9	20·4
VI. Házicselédek	1·6	0·9	1·0	46·1	26·9	34·0	2·3
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	8·0	4·9	6·1	2·8	4·9	4·0	4·9
Főösszeg	2·5	1·8	2·2	3·0	2·8	2·9	2·5

12. A szifilisz által okozott halandóság megoszlása a székesfővárosban foglalkozás szerint, 1000 élőre. — 1921—1928. (Vége.)

Foglalkozási főosztályok és főcsoportok	Kereső			Eltartott			Összesen
	fi	nő	együtt	fi	nő	együtt	
				1928.			
I. Őstermelés.							
a) Önálló	4·7	—	3·5	2·0	2·0	2·0	2·5
b) Tisztviselő	4·7	—	4·2	—	4·9	3·2	3·6
c) Munkás	6·4	5·2	6·3	11·0	7·5	8·3	7·1
d) Összesen	5·6	2·1	5·0	3·7	4·1	4·0	4·4
II. Ipar és forgalom.							
a) Önálló	3·5	0·7	2·5	1·4	1·7	1·6	2·0
b) Tisztviselő	2·2	0·4	1·6	2·5	1·9	2·0	1·8
c) Munkás	1·8	0·8	1·6	2·2	2·3	2·3	1·9
1. Bányászat	—	—	—	8·6	3·2	4·7	2·9
2. Ipar	1·7	0·4	1·3	1·6	1·8	1·7	1·5
3. Kereskedelem, hitel	0·7	0·4	0·6	0·6	0·6	0·6	0·6
4. Közlekedés	1·1	2·5	1·2	1·7	1·3	1·4	1·3
d) Összesen	2·2	0·7	1·8	2·0	2·0	2·0	1·9
III. Közszolgálat.							
a) Önálló	2·6	0·4	2·0	2·9	1·8	2·1	2·1
b) Tisztviselő	2·5	0·7	1·7	1·4	2·0	1·8	1·8
c) Altiszt	1·3	0·5	1·0	2·3	1·4	1·6	1·3
d) Összesen	2·1	0·6	1·6	1·9	1·8	1·8	1·7
IV. Véderő.							
a) Tisztviselő	0·8	—	0·8	2·3	1·4	1·6	1·2
b) Altiszt	0·2	—	0·2	.	.	.	1·0
c) Legénység	0·6	—	0·6	1·8	0·9	1·1	0·8
d) Összesen	0·5	—	0·5	2·5	1·5	1·7	0·9
V. Napszámosok	17·4	18·0	17·6	30·1	18·6	22·1	19·5
VI. Házicselédek	1·6	0·6	0·6	26·0	16·6	20·0	1·4
VII. Magánzók és egyéb foglalkozásúak	12·8	4·6	7·6	4·9	7·5	6·5	7·0
Főösszeg	2·9	1·4	2·3	3·0	2·8	2·8	2·6

A 8. és 11. számú táblák összevetése révén ismertük meg a székesfőváros szifiliszhalandóságának foglalkozások szerint disztingvált indexeit, melyek a 12. számú tabellában sorakoznak fel.

13. A székesfőváros szifiliszhalandóságának arányszámai (‰) foglalkozási főosztályok szerint. 1921—1928.

Megnevezés	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Véderő	Napszámosok	Háziselédek	Magánzók és egyéb foglalkozásúak	Összesen
1921	7·1	2·0	1·9	0·9	9·9	1·6	7·0	2·6
1922	7·1	2·1	1·7	1·1	16·1	1·8	7·8	2·8
1923	6·0	1·9	1·8	0·5	14·8	2·1	7·3	2·6
1924	6·0	2·1	1·8	0·9	18·0	1·3	8·0	2·8
1925	5·5	1·9	1·8	1·2	18·9	1·9	5·8	2·5
1926	6·2	2·0	1·5	0·8	18·2	1·9	5·0	2·4
1927	5·4	2·1	1·9	0·7	20·4	2·3	4·9	2·5
1928	4·4	1·9	1·7	0·9	19·5	1·4	7·0	2·6
Átlagban	6·0	2·0	1·8	0·9	17·0	1·8	6·6	2·6

A napszámosok arányszáma hatalmasan kiemelkedik, majdnem háromszor akkora, mint a sorban következő magánzók és egyéb foglalkozásúaké. Még akkor is megdöbbentő index ez, ha tudjuk, hogy a mortalitási statisztika pontosabban fogja el a foglalkozási eltolódásokat, mint a tízesztendőnként végrehajtott népszámlálások. A napszámosok bizonytalan exisztenciája, alacsony életstandardja, rossz lakáskörülményei, melyekben az albérlet, sőt ágybérlet dominál, valamint az alacsony kultúrnívóval járó túlzott alkoholfogyasztás számtalan alkalmat nyujt a veneriás infekció akvirálására. A nyomorúság és manapság a gazdasági viszonyok által kikényszerített többletmunka és rossz táplálkozás ennek a társadalmi osztálynak konstitucióját támadják legerősebben. Ma a munkás ugyanis annyit dolgozik, amennyi munkaalkalomhoz jut, tehát nincs kellő variáció a munka és pihenés között. A napszámosok élete nagyon szomorú, mert csak addig jut kenyérre, míg a fizikum a munkát csak valamennyire is bírja. Ha a napszámos munkaképtelenné válik, akkor nincs más menedéke, mint a kórház vagy ha sikerül átevickélnie a bürokrácia útvesztőjén, akkor a szegények háza. Ha fiatal korában szifilisszel fertőződött, akkor talán a tömegrendelőkben valamiféle kezeléshez hozzájutott, de később a latens szak már nem késztette okvetlenül orvoslásra s így a létért való küzdelemben elfásulva és alacsony intelligenciája révén kezeletlenül, valamint meggyöngült vitalitása miatt szabad prédája lesz a szifilisz késői rombolásának. A magánzók és egyéb foglalkozásúak átlagos arányszáma szintén elég magas, részben bizonyára methodikai hibák miatt. Az őstermelés rovata teljesen megbízhatatlan, mert minden valószínűség szerint az idegenek ezt a rovatot hamisítják legerősebben. Az

ipar és forgalom, a közszolgálat és a házicselédek indexei már közel állanak egymáshoz s végül természetesen a fiatal egyedekből álló véderő arányszáma a legkedvezőbb. Megfigyelésünk ideje alatt az egyes foglalkozási főcsoportok arányszámai, kivéve épen a napszámosok rovatát, lényeges változást nem mutatnak.

14. A székesfőváros szifiliszhalandóságának arányszámai (‰) a foglalkozási főosztályok és a keresők, eltartottak megkülönböztetésével. — 1921—1928.

Megnevezés	Őstermelés		Ipar és forgalom		Közszolgálat		Véderő		Napszámosok		Házicselédek		Magánzók és egyéb foglalkozásúak		Összesen	
	kereső	eltartott	kereső	eltartott	kereső	eltartott	kereső	eltartott	kereső	eltartott	kereső	eltartott	kereső	eltartott	kereső	eltartott
1921	11·3	3·8	1·9	2·2	1·8	2·0	0·8	1·2	14·2	9·0	0·7	21·8	5·4	8·3	2·3	3·1
1922	11·0	4·1	2·0	2·2	1·8	1·6	1·2	0·9	18·3	12·9	0·7	25·3	6·3	8·9	2·5	3·1
1923	8·8	3·8	2·0	1·9	1·9	1·6	0·7	0·2	16·9	15·9	1·0	28·3	4·6	9·5	2·3	3·1
1924	8·3	4·3	2·1	2·0	2·0	1·7	0·8	1·1	18·7	16·9	0·6	18·3	6·8	8·9	2·5	3·1
1925	6·3	4·9	1·6	2·2	1·6	2·0	1·1	1·5	17·4	21·1	0·9	28·8	6·2	5·4	2·1	2·9
1926	6·3	6·1	1·7	2·2	1·4	1·7	0·7	1·2	17·3	19·5	0·7	29·2	6·1	4·2	2·1	2·7
1927	6·7	4·3	1·7	2·4	1·9	1·9	0·5	1·1	18·7	22·9	1·0	34·0	6·1	4·0	2·2	2·9
1928	5·0	4·0	1·8	2·0	1·6	1·8	0·5	1·7	17·6	22·1	0·6	20·0	7·6	6·5	2·3	2·8
Átlagban	8·0	4·4	1·9	2·1	1·8	1·8	0·8	1·1	17·4	17·5	0·8	25·7	6·1	7·0	2·3	3·0

A szifilisz, mint azt már volt módunk demonstrálni, az ember életét közvetlenül a megszületése és majdan az élet delelője után támadja legerősebben. Ebből az a tétel következik, hogy a szifiliszhalandóság további elemzésében a magasabb arányszámokat az eltartottak rovatában kell megtalálni. A fenti 14. számú tábla módot nyujt ennek a kérdésnek megvitatására. Az őstermelés rovatát mellőznünk kell, mert az bizonyosan teli van hibákkal, de már a következő rovat, az ipar és forgalom rubrikája igazolni látszik a tételt. A közszolgálat, az ülőfoglalkozás a szív- és érbántalmak elfajulására predilekciót jelent s mivel ezek a kórformák tekintélyes számban hozhatók a szifilisszel aetiológiai összefüggésbe, elképzelhetjük, hogy ebben a rovatban a keresők és eltartottak átlagindexei abszolút közeledtek egymáshoz. A véderő rovatában már az eltartottak indexe emelkedik felül. A napszámosok rovatában az indexek majdnem hajszálra egyeznek, de ezen se lepődünk meg, ha tudjuk, hogy a napszámosok legnagyobb tömege szinte holtáig dolgozni kénytelen, szinte haláláig kereső. A házicselédek rovata a fenti tételt szabályszerűen igazolja. A magánzók és egyéb foglalkozásúak tág meghatározású rovatában éppen olyan helyzetet találunk, mint a nap-

számosokéban. Végeredményében azonban az eltartottak indexei mindig magasabbak, mint a keresőkéi. Foglalkozási főcsoportjainkon belül a keresők és eltartottak arányszámai elég közel egyeznek, kivéve a házicselédeket, mert ezek rubrikájában nagy az eltérés az eltartottak hátrányára. Most még a megfigyelési időnk alatt történt változásokat kell felsorolnunk. Az ipar és forgalom, a közszolgálat, a véderő, a házicselédek, valamint a magánzók és egyéb foglalkozásúak rovatában nagyobb változást az indexek nem regisztrálnak. Csak a napszámosok rovatában tűnik fel, hogy az eltartottak indexe 1921-ben relative alacsony volt. — Az indexek tehát igazolni látszanak azt a feltevésünket, hogy a szifilisz rombolásának súlypontja az eltartottakat érinti székesfővárosunkban.

15. A székesfőváros szifiliszhalandóságának arányszámai a kereső önállók, tisztviselők és munkások megkülönböztetésével. — 1921—1928.

Megnevezés	Keresők									Összesen
	önállók			tisztviselők			munkások			
	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	
1921	9·0	2·9	2·5	6·2	1·9	1·7	14·0	1·5	1·6	2·3
1922	7·0	3·2	2·8	8·3	1·8	2·0	14·3	1·6	0·9	2·5
1923	5·0	2·9	3·3	6·2	1·7	1·8	12·1	1·6	1·6	2·3
1924	7·0	3·1	2·2	8·3	1·5	2·2	9·2	1·9	1·3	2·5
1925	4·5	2·1	2·0	8·3	1·6	1·5	7·4	1·5	1·5	2·1
1926	7·5	2·5	2·2	4·2	1·4	1·5	5·9	1·5	0·7	2·1
1927	5·5	2·2	2·5	2·1	1·5	1·8	8·5	1·6	1·7	2·2
1928	3·5	2·5	2·0	4·2	1·6	1·7	6·3	1·6	1·0	2·3
Átlagban	5·5	2·7	2·4	5·7	1·6	1·8	10·2	1·6	1·3	2·3

A keresők főcsoportjában az őstermelés hibás rovatától eltekintve, az önállók rubrikájában találjuk a legmagasabb indexeket. A tisztviselők rovatában már alacsonyabbak az arányszámok s még lejebb csúsztak a munkások számoszlopában. Az ipar és forgalomban dolgozó munkások arányszáma nem változott 1921-től 1928-ig, a többi foglalkozási csoport indexe inkább apadásra mutat. Az indexeknek az önállók rovata felől a munkások felé való lesorvadása élénken demonstrálja, hogy a halálokok eltolódása milyen domináns jelenség a mortalitás viselkedésében. A keresők főcsoportjában ugyanis elsősorban csak a szerzett szifilisz tragikus kifejlődése révén bekövetkezett halálesetek kerülnek feljegyzésre, ami a magasabb korcsoportokra esik. Tehát csak az pusztul el a szifilisz következtében, kit a fiatalabb kor-

ban támadó kórformák megkímélnek. Adatainkból, sajnos, az következik, hogy még a jómódúak, az önállók se fordítanak elég gondot az elszenvedett infekciójuk gyógyítására, mert ha az intercurrens bajoktól időközben megmenekednek, végül mégis a szifilisz áldozataivá válnak. Nézzük most, hogy az eltartottak főcsoportjában miképen viselkednek az arányszámok.

16. A székesfőváros szifiliszhalandóságának arányszámai az eltartott önállók, tisztviselők és munkások megkülönböztetésével. — 1921—1928.

Megnevezés	Eltartottak									Összesen
	önállók			tisztviselők			munkások			
	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	
1921	1·7	1·7	1·2	3·2	1·8	2·2	8·3	2·5	2·0	3·1
1922	1·2	1·7	1·3	4·9	2·0	1·4	9·9	2·5	2·0	3·1
1923	1·7	1·8	1·5	6·5	1·9	1·5	7·3	2·0	1·9	3·1
1924	2·5	1·7	1·1	1·6	1·9	1·7	8·9	2·3	1·9	3·1
1925	2·0	1·6	1·7	3·2	2·5	1·7	11·4	2·5	2·7	2·9
1926	3·5	2·0	1·8	8·1	2·5	1·5	10·9	2·3	1·9	2·7
1927	0·7	1·7	3·2	3·2	2·6	1·6	12·0	2·7	1·8	2·9
1928	2·0	1·6	2·1	3·2	2·0	1·8	8·3	2·3	1·6	2·8
Átlagban	1·7	1·7	1·7	4·6	2·2	1·7	9·9	2·4	1·9	3·0

Az eltartottak arányszámai jóval mérsékeltebbek, de itt nem látszik meg a szabályszerűség az önállók javára. Az eltartottak között gyermekek és nők szerepelnek tömegesebben. De azt is tudjuk, hogy nagyobb városokban, ipari centrumokban a nők tuberkulózismortalitása alacsonyabb, mint a férfiaké. Tehát nagyon kézenfekvő, hogy a tuberkulózis által megkímélt s a veneriás betegségeket kevésbbé ismerő s azok gyógykezelésével szemben közömbösebb nők erősebben vannak a szifilisz rombolásának exponálva. Így a tisztviselők és munkások eltartottjainak emelkedett arányszámait egyfelől a tuberkulózishalandóság lefékezettségével, másfelől pedig az ebbe a csoportba tartozó, főleg nőállampolgároknak hiányos gyógyításával magyarázhatjuk. Természetes, hogyha a veleszületett szifilisz ellen való küzdelem komolyabb eredményeket fog produkálni, úgy annak hatását is a fenti táblába sorakozó arányszámok apadásából lehet majd kiolvasni. Az önállók rovatában azt látjuk, hogy a keresők indexei magasabbak az eltartottaknál, ami valószínűvé teszi, hogy az indexek alakulásának ez a haladottabb típusa.

17. A székesfőváros szifiliszhalandóságának arányszámai a nemek és a keresők megkülönböztetésével. — 1921—1928.

Megnevezés	Keresők															
	fi								nő							
	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Véderő	Napszámosok	Háziselédek	Magánzók	Összesen	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Véderő	Napszámosok	Háziselédek	Magánzók	Összesen
1921	11·3	2·2	2·3	0·8	11·8	0·8	7·2	2·6	11·7	1·0	0·8	.	18·0	0·7	4·4	1·7
1922	10·1	2·4	2·3	1·2	17·7	2·3	7·8	2·9	14·9	0·9	0·9	—	19·4	0·7	5·5	1·8
1923	8·9	2·3	2·6	0·7	17·1	0·8	8·5	2·8	8·5	0·9	0·8	—	16·6	1·0	2·4	1·4
924	8·7	2·5	2·7	0·8	17·1	1·6	10·5	3·1	6·4	1·0	0·7	—	21·3	0·6	4·7	1·6
1925	6·8	2·0	2·2	1·0	14·5	0·8	10·3	2·6	4·2	0·6	0·5	.	22·3	0·8	3·9	1·4
1926	6·6	1·9	1·9	0·5	13·0	0·8	10·1	2·5	5·3	0·8	0·5	.	24·2	0·7	3·8	1·5
1927	6·8	2·0	2·5	0·5	13·9	1·6	8·0	2·5	6·4	0·8	0·8	.	26·5	0·9	4·9	1·8
1928	5·6	2·2	2·1	0·5	17·4	1·6	12·8	2·9	2·1	0·7	0·6	—	18·0	0·6	4·6	1·4
Átlagban	8·1	2·2	2·3	0·7	15·8	1·3	9·9	2·4	7·7	0·8	0·7	.	20·8	0·8	4·3	1·6

A kereső férfiak indexei mindegyik főosztályban magasabbak a nőkénél, kivéve a napszámosok rovatát. Az indexek megfigyelésünk ideje alatt lényeges eltolódást csak a férfiak rovatában és pedig a napszámosok, a házicselédek és a magánzók oszlopában mutatnak. Mielőtt anyagunkat tovább elemeznénk, gyüjtsük csak össze az eltartottakra vonatkozó adatokat is.

18. A székesfőváros szifiliszhalandóságának arányszámai a nemek és az eltartottak megkülönböztetésével. — 1921—1928.

Megnevezés	Eltartottak															
	fi								nő							
	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Véderő	Napszámosok	Háziselédek	Magánzók	Összesen	Őstermelés	Ipar és forgalom	Közszolgálat	Véderő	Napszámosok	Háziselédek	Magánzók	Összesen
1921	5·1	2·8	2·0	1·5	14·6	16·5	5·6	3·5	3·2	1·9	2·0	1·1	6·5	24·8	10·2	2·9
1922	5·1	2·7	1·9	2·0	24·1	39·0	7·4	3·9	3·6	1·9	1·5	0·5	8·0	17·3	10·0	2·8
1923	4·6	2·4	1·4	—	18·1	39·0	6·7	3·4	3·4	1·8	1·7	0·3	9·1	22·1	11·5	2·9
1924	3·2	2·2	1·8	1·0	25·8	35·5	6·7	3·4	4·5	1·9	1·6	1·1	12·9	8·3	10·4	2·9
1925	3·3	2·4	1·9	2·5	28·4	46·1	3·5	3·1	5·7	2·2	2·0	1·1	17·9	18·6	6·8	2·9
1926	3·3	2·5	1·7	1·5	21·5	47·3	3·1	3·0	7·5	2·1	1·6	1·1	18·6	18·6	5·0	2·6
1927	2·8	2·5	2·1	0·5	24·1	46·1	2·8	3·0	5·0	2·3	1·9	1·3	22·4	26·9	4·9	2·8
1928	3·7	2·0	1·9	2·5	30·1	26·0	4·9	3·0	4·1	2·0	1·8	1·5	18·6	16·6	7·5	2·8
Átlagban	3·9	2·4	1·8	1·4	23·3	36·9	5·1	3·3	4·6	2·0	1·7	1·0	18·2	19·4	8·3	2·6

Az eltartott férfiak indexei is az egész vonalon magasabbak, mint a nőké, kivéve azonban a magánzók rovatát. Az indexek emelkedését az eltartottak főcsoportjában is csak a férfiak rovatában és pedig a véderő, a

napszámosok és házicselédekre vonatkozólag tudjuk észlelni. Annak ellenére, hogy az eltartottak főcsoportjában a nők dominálnak, mégis a férfiak arányszámai emelkednek ki. És pedig leginkább a napszámosok foglalkozási osztályában. A székesfőváros szifiliszhalandóságában végeredményében a foglalkozási főcsoportok, a nemek, a keresők és eltartottak megkülönböztetésével is kiderül, hogy a férfiak arányszámai messze kiemelkednek és pedig leginkább a bizonytalan exisztenciák, a napszámosok szomorú csoportjában. A kereső nők között a szifilisz főleg a napszámosokat, az eltartott nők között pedig a napszámosokat és házicselédeket tizedeli.

A székesfőváros népességének foglalkozások szerint való tagozódását részletesebben nem ismerjük s így az egyes foglalkozások pontosabb arányszámait nem számíthatjuk ki. De nem is volna tanácsos nyolc esztendő anyagának birtokában ilyen vizsgálódásokba bocsátkozni, mert a nagy számok törvényének eleget tenni nem állana módunkban. Pedig milyen hasznos lenne részletesebben megismerni, hogy a szifilisz mennyiben szerepel a szellemi, illetve fizikai foglalkozásokban elhelyezkedett polgárok halandóságában. A szociális statisztika módszerének még nagy haladását kell megérnünk ahhoz, hogy erre valaki vállalkozzék. A feltornyosuló nehézségek miatt lett munkánknak ez a fejezete ilyen rövid és szegényes. Holott a halandóságnak foglalkozások szerint való taglalása végtelenül fontos, mert a foglalkozás talán a leghűségesebb indikátora a szociális helyzetnek. Láttuk, hogy a szakirodalomban a veneriás morbiditás és mortalitás foglalkozás szerint való tagozódásáról aránylag kevés anyagot találunk. A katonaság a nagy tömegek számára, különösen általános védkötelezettség mellett csak átmeneti foglalkozást jelent, mégis, mivel a hadseregek egészségügyi szakírói sokat foglalkoztak a katonák veneriás betegedéseivel, ebből a tekintélyes anyagból ebben a fejezetünkben adtunk mutatót. A veneriás betegségek csak néhány államban tartoznak a bejelentésre kötelezett kórformák közé, miért elterjedettségüket általában időközi felvételek segítségével igyekeznek megállapítani. Számos ilyen akcióból is csak az 1921. évi cseh felvétel foglalkozott az anyagnak foglalkozások szerint való feldolgozásával. Az 1928. évi országos veneriás adatgyüjtésből is csak annyit olvashattunk ki, hogy a székesfőváros veneriás morbiditásának zöme az ipar és forgalom foglalkozási főcsoportjára esik, de a közszolgálat, a házicselédek, valamint k. m. n. napszámosok rovatába tartozók is nagyon elősegítik a veneriás morbiditás magas nívójának kialakulását. Ezért azután leginkább a székesfővárosra vonatkozó Leredde-rendszerű szifiliszmortalitási statisztikánkra voltunk utalva. Ezt az anyagot se tudtuk pontosan a 76 foglalkozás szerint tagolva szétbontani, mert alkalmazkodnunk kellett a népszámlálás szerényebb disztinkciójához. A százalékos viszonyszámok elemezése azt mutatta, hogy a szifiliszhalandóságunknak a véderőre, a napszámosokra, a házicselédekre és magánzókra és egyéb foglalkozásúakra nagyobb kontigense jut,

mint azt a népszám alapján számítanánk. Az indexek már határozottan azt dokumentálták, hogy a napszámosok és magánzók és egyéb foglalkozásúak szifiliszhalandósága a legmagasabb. A keresők és eltartottak megkülönböztetésével megállapítást nyert, hogy a szifiliszhalandóság arányszámai az eltartottak rovatában excellálnak. Abban a csoportosításban pedig, mely az önállók, tisztviselők és munkások között tett differenciát, megismertük, hogy a tuberkulózismortalitás viselkedése is befolyásolja a szifiliszhalandóság alakulását. A keresők, eltartottak, férfiak és nők, valamint az egyes foglalkozási főcsoportok szerint is feldolgoztuk a székesfőváros szifiliszhalandóságát. Ebből végül azt olvashattuk ki, hogy a férfiak arányszámai majdnem kivétel nélkül magasabbak, különösen a napszámosok rovatában, a nők indexei pedig a keresők főosztályában a napszámosok, az eltartottak főosztályában pedig a napszámosok és házicselédek rovataiban. Sajnos, mélyebben nem elemezhettük az anyagot, pedig — mint említettük — nagyon tanulságos volna a halandóságnak foglalkozások szerint való mélyebb részletezését megismerni. A népesség foglalkozások szerint való tagozódása, valamint a halandóságnak ugyanilyen megosztásban való csoportosítása messzeláthatóan rávilágítana a szociális közviszonyokra és ezeknek az egészségügyi közállapotokat determináló befolyására. Erre különösen napjainkban volna nagy szükség, midőn a közgazdasági krízis annyira fajult, hogy szinte csak a nyomorúságunkat adminisztráljuk.

MTA Könyvtár

Magyar Tudományos Akadémia
Könyvtára 55329/1951. sz.