

EGÉSZSÉGÜGY A TRIANONI MAGYARORSZÁGON

SZABÓ KATALIN

A trianoni országvesztés nem csak a nemzetgazdaság szempontjából, hanem az egészségügy területén is fordulópontot jelentett Magyarországon. Ritkán beszélünk róla, pedig ennek is óriási jelentősége volt, akár a kórházi, akár a balneológiai, ásványvízi értékekre, akár a felépített egészségügyi ellátás rendszerére gondolunk. Az egészségügy tipikusan olyan terület, ahol nemcsak anyagi javak, kórházak, klinikák, fürdők, ásványvíz palackozók maradtak határon kívül, hanem komoly szellemi tőkét képviselő, jól működő szakmai közösségek, szervezetek bomlottak meg, kórházak hatóterületeihez tartozó embertömegek maradtak orvosi, intézményes ellátás nélkül.

Megcsonkított ország, megcsonkított közegészségügy

A modern magyar egészségügyi közszolgáltatás megteremtésének alapjai *Balassa János* (1814-1868) nevéhez fűződnek. 1868-ban a belügyminiszterhez intézett emlékiratában a megelőzésre helyezte a hangsúlyt és a közegészségügyet gazdasági tényezővé emelte, amikor azt írta: „...azon kár, amelyet az eltávolítható, vagy megelőzhető okokból eredő betegeskedés, halál a nemzet vagyonán ejt, semmi arányban sem áll azon költséggel, mely annak elhárítására megkívánatik.”¹ Balassa törekvéseinek törvényi alapja az 1876. évi XIV. törvénycikkben foglalt kerttörvényben látott napvilágot. Nagy kórházi beruházások kezdődhettek, melyek az intézményes betegellátást biztosították. 1895 és 1915 között megháromszorozódott a kórházak és más gyógyhelyek, illetve a férőhelyek száma. Az 1914-es statisztikai adatok szerint Magyarországon Fiúméval és Horvát-Szlavóniával együtt 461 kórház működött, melyből Magyarország területére 425 esett és ez 43819 kórházi ágyat jelentett. Ugyanakkor sorban alakultak a megelőzést és a védelmet nyújtó szervezetek is, segítve az alkoholizmus-, a tbc elleni küzdelmet. Legjelentősebb mégis a szervezett anya- és csecsemővédelem volt, az 1906-ban alakult *Országos Gyermekvédő Ligával*, majd az 1915-ben alapított *Országos Stefánia Szövetséggel*.

Az egészségügyi személyzet száma is arányosan nőtt a feladatokkal. A statisztikák az egészségügyi személyzethez az okleveles orvosok, a bábák és a gyógyszerészek mellett a sebészi tanfolyamot végzett úgynevezett kirurgusokat is besorolták. A kirurgusok száma ugyan a 1876. évi XIV. törvénycikk hatálybalépése után nem gyarapodott tovább, de az orvosok száma fokozatosan növekedett. 1895-ben 4424 orvos tevékenykedett Magyarország területén, míg 1913-ban már 5758. Ez azt jelentette, hogy míg előbb 100 ezer lakosra 27,9 orvos, utóbbi esetben 30,9 orvos jutott.

¹ Balassa Jánosnak a belügyminiszterhez intézett emlékirata 1868-ban.

Ezt az örvendetes növekedést szakította félbe az I. világháború, melyben az orvosok igen nagy véráldozatot hoztak és így számuk jelentősen megcsappant, de a kedvező arányok alakulását a háború alatti orvoscépzés akadozása is tovább nehezítette. A statisztikai adatok azt mutatják, hogy évente több száz orvosdoktori avatás marad el az egyetemeken a háború miatt. Így például 1917-ben abszolút számban 4829-en, tehát többen voltak, mint 1895-ben, a népességhez viszonyított arányukat tekintve azonban rosszabb volt a helyzet, hiszen százezer lakosra mindössze 26 orvos jutott.

Az első világháború kezdetére esett volna a Magyarországon meglévő kórházak újabb modernizációja, de ez a háború miatt elmaradt. Tovább nehezítette a helyzetet, hogy a trianoni országcsontkítás mind szerkezetében, szakszemélyzet tekintetében, mind pedig az anyagi értékeket tekintve szinte lehetetlen helyzetbe hozta a magyar egészségügyi struktúrát. Ahogyan az adatokból kiderül az ország határain belül 1921-ben mindössze 183 kórház maradt, 26451 ágygal, és így ekkor a „százezer lakosra eső betegkontingens 330 volt.”²

„Elszomorító és lehangoló kép tárult azok elé, akik a háború befejeztével számon vették a megcsontított ország egészségügyi helyzetét. Az Alföld peremén álló nagy kultúrájú, hatalmasan fejlődő városaink elszakadásával elvesztettük a pozsonyi egyetem klinikáit, az újonnan épült kassai állami kórházat, az ungvári, munkácsi, beregszászi, nagyszöllősi, szatmárnémeti, nagykárolyi, nagyvárad, aradi, temesvári, szabadkai nagy közkórházakat, az ottani gyermekmenhelyeket, bábaképző és egyéb egészségügyi intézeteket, amelyeknek azelőtt legalább felerészben az alföldi magyarság vette hasznát.”³ – írta visszaemlékezésében Scholtz Kornél (1871-1962) népjóléti államtitkár 1939-ben.

Ugyanilyen hangot üt meg Kovács Alajos (1877-1963) 1924-ben a *Statisztikai Szemle* hasábjain: „Nagyon szomorú feladat jut annak osztályrészül, aki ma Magyarország népmozgalmi és közegészségügyi viszonyairól akar beszélni. A háború és a békekötés Magyarországot, ezt az életerős fát nemcsak koronájától fosztotta meg, mikor a legszebb részeit leszelte törzséről, hanem magának a megmaradt résznek, a fa törzsének is nekivetette fejszétét.”⁴

Valójában a közegészségügyi helyzet rendezése, újraélesztése bizonyos szempontokból a fa törzsének mentésé is jelentette.

A romok eltakarítása után gondolhattak csak az építkezésre; 1921-től indulhatott meg a kórházi fejlesztés, hiszen az intézmények száma és minősége is elégtelennek bizonyult. Ezzel egyidőben megkezdődött az egészségvédelmi és megelőző intézményrendszer újjászervezése és kiépítése is.

Csonka-Magyarországon az intézményrendszer feldúlása mellett, a trianoni határok a szakszemélyzet helyzetét, különösen pedig az orvosok létszámának alakulását és eloszlását is alaposan megváltoztatták. A trianoni békediktátum után megmaradt területeken – mivel a peremterületek orvos-ellátottsága rosszabb, míg a központi területek orvos-ellátottsága jobb volt – fordított arány érvényesült. Az orvosok száma abszolút értékben – az országcsontkításból adódóan – csökkent ugyan az 1917-es adathoz viszonyítva, a lakosságra vetített arányát tekintve azonban nőtt, hiszen százezer lakosra hirtelen 56 orvos jutott. Ezzel és a további növekedéssel a megmaradt terület orvos-ellátottsága a

² Scholtz Kornél: Magyarország egészségügyi helyzetéről és felkészültségéről. *Orvosi Hetilap* 77 (1933) 43.

³ Scholtz Kornél: Szolgálati emlékek és tapasztalatok. *Népegészségügy* 20 (1939)

⁴ Kovács Alajos: A háború hatása népesedési és közegészségügyi viszonyainkra. *Statisztikai Szemle*, 2 (1924) 11-12.

nyugat-európai országok ellátottságának színvonalát érte el. 1921-22-ben százezer lakosra Franciaországban 62, Németországban 73, Magyarországon 58, a kirurgusokkal együtt 68, Dániában 60, Norvégiában 40 orvos jutott. Eloszlásuk hihetetlen aránytalanságot mutatott, hiszen Budapesten élt az orvosok több mint 44 %-a. Ugyanakkor az 1922-ben meglévő 468 közegészségügyi kör közül 17-ben egyáltalán nem volt körorvos.

Az orvosok nagy számban áramoltak be a megszállt területekről is; egy 1930-as felmérésből kiderül, hogy a Budapesten működő orvosok 28,5 %-a a megszállt területeken született. A menekültekre és a vagonlakókra vonatkozó statisztikai adatok szerint az elszakított területekről 1918. október 30-tól 1924. június 15-ig 280 orvos, illetve gyógyszerész érkezett.⁵ „A csonka Magyarországon a közszolgálati és szabadfoglalkozású értelmiség 48.1 %-a maradna. Ez az arány nem mutat nagy kilengést a tulajdonképpeni közigazgatás, az igazságszolgáltatás és a tanügy terén; jóval alacsonyabb azonban az egyházi személyzet részesedése (34.6%) és feltűnően kimagaslik a közegészségügyi funkcionáriusok nagyobb szerepe (49 %). Ez az utóbbi arány legvalószínűbben a fővárosnak magas orvoslétszámával, nagy személyzettel dolgozó kórházaival és egyéb közegészségügyi berendezéseivel függ össze.”⁶ - összegezte Buday László A megcsonkított Magyarország című könyvében.

A megnövekedett orvoslétszámon az első időben úgy próbáltak segíteni, hogy az egészségügyi szakszolgálatot javították: ahol csak lehetett közhatalosi orvosi állások szervezését indították meg; később a fejlődő kórházügy adott kenyeret a növekvő számú orvostársadalomnak, „az orvosok nagy tömegei pedig az 1927. és 1928. években nagyarányúvá kifejlesztett társadalombiztosító intézményeknél igyekeznek a létminimumhoz szükséges keresethez jutni.”⁷

A statisztikusok az orvosok számának további növekedését várták, hiszen az csonkán maradt ország határain belül négy egyetem is képezte a leendő orvosokat. A budapesti Pázmány Péter, az 1918-as alapítású debreceni egyetem és a két „menekült” egyetemünk; a szegedi, mely az 1872-es alapítású kolozsvári egyetem munkáját folytatta és a pécsi, ahova az 1912-es alapítású pozsonyi egyetemünk költözött. 1923/24-ben több mint négyezer orvostanhallgató tanult a négy orvosi fakultáson, azt megelőzően 5000 körül volt a hallgatók száma. A *numerus clausus* néven ismert törvény eredetileg ennek, illetve általában az értelmiségi pályákon tapasztalható túlprodukciónak kívánt határt szabni. Az egyetemi létszámok korlátozását már a háború alatt időszerűnek tartották az orvosi egyetemeken, mert a megemelkedett hallgatói létszám az oktatás minőségét veszélyeztette. Maga Liebermann Leo (1852-1926) írta, hogy a felelőtlen liberalizmusnak gátat kell vetni: „Zunächst haben wir den Numerus clausus einzuführen”⁸ – mondta egy előadásában. Egy évvel később Pólya Jenő (1876-1945) egyetemi tanár, hasonlóan ír az *Orvosi Hetilap* hasábjain *Az orvostudomány reformjáról* című cikkében: „A legsürgősebb teendő tehát az: mondják ki a klinikák számára a numerus clausust – úgy mint azt Liebermann ajánlotta –, maximálják a hallgatók számát a tanteremben levő férőhelyek számában s a többi jelentkezőt utasítsák

⁵ Petrichevich Horváth Emil: *Jelentés az Országos Menekültügyi Hivatal négy évi működéséről*. Budapest, 1924.

⁶ Buday László: *A megcsonkított Magyarország*. Pantheon Irodalmi Intézet, Budapest, 1921.

⁷ Scholtz Kornél: Magyarország egészségügyi helyzetéről és felkészültségéről. *Orvosi Hetilap* 77 (1933) 43.

⁸ Liebermann, Leo: *Über die Ausbildung der Ärzte*. In: Jelentés a német, osztrák, török és magyar Bajtársi Szövetségek orvosi szakosztályainak és a bolgár küldötteknek Budapesten, 1918. szeptember hó 21-23-án tartott együttes üléséről.

a megfelelő kórházi osztállyal bíró docensekhez, illetve főorvosokhoz, a mennyiben ezek a klinikákról kiszoruló medikusoknak a tanítását a klinikákon előírt óraszámban és a klinikákon szokásos időben vállalják.”⁹ Liebermann és Pólya a létszámot a hallgatók tudása és az oktatóhelyek befogadóképessége alapján akarták meghatározni, nem vallásuk vagy nemzetiségük alapján, mint azt végül a bevezetett törvény tette.¹⁰

Tennivaló tehát az egészségügy területén is bőven akadt. A folyamatos és nagy lépésekben folyó fejlődés a gazdasági válság miatt ugyan megtorpant, de még így is sikerült elérni, hogy 1938-ra a csonka országban az orvosi és a kórházi ellátottság az addigi maximumot érje el. 1938-ban Magyarország területén 308 különböző gyógyintézetben 48898 ágy állt a betegek rendelkezésére, amiből százezer lakosra 540 jutott. A háború előtt a kisebb kórházak csupán belgyógyászati és sebészeti osztályra tagozódtak, amiket fokozatosan tovább kellett bővíteni elsősorban szülészeti és nőgyógyászati-, valamint fertőző- és gyermekosztályokkal. A nagyobb kórházaknak ezeken kívül tüdő-, bőr- és nemibeteg gondozó, szemészeti-, orrfül-gége gyógyászati, valamint ideg- és elmeorvosozási osztállyal is kellett rendelkezni. De ugyanígy fontos részét képezte a nagyobb kórházaknak a prospektúra és a laboratórium.

A Magyar Közegészségügyi Intézet 1927-ben nyitotta meg kapuit, mely nemcsak a laboratóriumi és oktató munkára szorítkozott, hanem – eltérően a külföldi gyakorlattól – szorosan együttműködve bekapcsolódott a kormányzat vezetése alatt álló preventív munkába is. A fertőző betegségek elleni küzdelem, a betegsegélyező pénztárak szerkezete, az anya- és csecsemővédelem mind olyan területek voltak, melyek Trianon után részben átalakulásra kényszerültek, részben pedig olyan struktúrává nőttek ki magukat, melyeknek hatása a statisztika számaiban, nemzetközi összehasonlításban is megmutatkozott.

Kórházak tekintetében 1921-ben a megmaradt gyógyító intézmények száma 183 volt; ez a szám 1938-ra 308 lett; ez azt jelenti, hogy 17 év alatt 121 kórházat építenek meg, a betegágyak száma ebben az időszakban 26 451-ről, 48 898-ra nőtt. Ezzel Magyarország európai összehasonlításban a középmezőnybe tudott jutni a kórházi ágyak tekintetében. Az eredmény megmutatkozott az ezer lélekre eső halálozások arányának csökkenésében is. Míg 1921-ben az utolsó előtti helyen állt az ország a 21,20 ezrelékkal, addig 1937-ben 14,20-ra csökkent ez a szám, és az összehasonlításban ezzel a 9-dik helyre lépett elő az ország. Ekkor az európai listát Németország vezette 11,81-gyel; az ezer lakosra eső halálozási szám Angliában 12,42, Csehszlovákiában 13,27, Franciaországban 15,32 volt.¹¹

A megelőzésnek, felvilágosításnak, a szakemberek munkájának és a kórházi ellátottságnak köszönhetően a csecsemőhalandósági statisztikákban is javulás volt tapasztalható. Míg az 1921 és 1925 közötti időszakban a halandóság 18,7 százalék volt, addig fokozatos csökkenést mutatva, az 1936 és 1939 közötti időszakban ugyanez a mutató 13,2 volt. A javulás nemzetközi szinten is megmutatkozott, hiszen az 1925 és 1929 között mért időszakban Magyarország messze elmaradt a németalföldi 4,57, a dán 8,81 és a német 9,81 százalék mögött.¹²

Annak ellenére, hogy a szakemberek sokszor panaszták a szervezetlenséget és az átgondolatlanságot az áttekintett időszak egészségügyi fejlettségeiben, abban mindenki

⁹ Pólya Jenő: Az orvosi képzés reformjáról. *Orvosi Hetilap* 63 (1919) 3.

¹⁰ Liebermann Leó hasonló nevű fia, aki maga is kiváló orvos volt, az első zsidótörvény bevezetése miatt lett öngyilkos 1938-ban, míg Pólya Jenőt a nyilasok gyilkolták meg 1944-ben.

¹¹ Scholtz Kornél: Az egészségügyi szolgálat eredményei. *Népegészségügy* 22 (1941) 13.

¹² Scholtz Kornél: Az egészségügyi szolgálat eredményei. *Népegészségügy* 22 (1941) 13.

megegyezett, hogy a fejlődés az egészségügy minden területén mélyreható és eredményeket felmutató volt. Különösen fontos ez annak a fényében, hogy a közegészségügyet mindinkább a nemzetgazdaságot befolyásoló tényezőként kezdték kezelni: a századfordulón még csak ritkán felvetődő összefüggések a század közepére evidenciává váltak és a közegészségügy nemzetgazdaságot meghatározó elemmé vált. Ennek fényében írhatták le a 40-es években, hogy „bármennyibe is kerüljön egy ilyen (ti. tbc-s) beteg gyógykezelése, visszanyert munkaképessége bőséges kamatját jelenti a befektetett tőkének”¹³

Újabb kihívások előtt

Az 1938-39-es év fordulója nemcsak az ország, de a közegészségügy szempontjából is fordulópontot jelentett. Hogy a visszatért területeken a működését megkezdő magyar adminisztráció közegészségügyi szempontból milyen viszonyokat talált, arról az orvosi és tisztiorvosi jelentések, állapotfelmérések tanúskodnak, melyek valamilyen korabeli egészségügyi lapban megjelentek. A nem publikált jelentések, felmérések levéltári felderítése és értékelése még nem történt meg. Az említett publikációkból kitűnik, hogy nem volt egyszerű a magyar rendszertől eltérő, vagy jóval elmaradottabb rendszerek integrációja. Az is világosan látszik már a publikált anyagból is, hogy nem volt egységes felmérési szempontrendszer és integrációs stratégia; amin persze részben nem is lehet csodálkozni, hiszen minden területnek külön sajátosságai voltak. Ugyanakkor az is kitűnik, hogy voltak, akik nagyon szisztematikusan, aprólékosan tárták fel a rájuk bízott terület egészségügyi állapotát.

Felvidék visszatér

Felvidék visszacsatolt területein a kórházak kifejezetten jó állapotban voltak – eltekintve a kirabolt kórházaktól –, felszerelve a legmodernebb gépekkel. Ennek az öröndetes dolognak egyszerű, de nem közvetlenül emberbaráti oka volt. „*A történelmi Magyarország Felvidékéről a cseh államuralmi törekvések keretébe szorított Szlovákia és Podkarpatska Rus területén a cseh igazgatás finánc- és csendőrépületein szlovák iskoláin kívül a befizetett adók egy hányadát csak út és kórházépítésre használhatták. Utat csak Prága és Pozsony felé volt szabad építeni. A Magyarország felé vezető bekötőutak mind rosszak. Nem maradhatott tehát más hátra, mint az a lehetőség, hogy a kórházakat fejlesszék*”¹⁴ – írta Jäger Gyula. A szerző a kórházak kiürítését hivatalos kifosztásnak nevezi, ami meg is felel a tényeknek, hiszen az átadás előtt a kórházak hivatalos rendelkezést kaptak, hogy a különböző osztályokat államérdekből át kell költöztetni a megmaradt csehszlovák adminisztrációjú területre. A szállításról a kórház vezetésének kellett gondoskodni. Kizárólag rajtuk múlt, hogy mi történt a kórház felszerelésével; azokon a helyeken, ahol a kórház vezetése is elment, vittek mindent magukkal.

A kórházaknak- és az egészségügyi ellátásnak megfelelő állapotban találták a terület lakosságát. A halálzási arány nagyjából megfelelt a csonka ország adatoknak. A szaporodási arányszám-, de ugyanakkor a gyermekhaladóság is magasabb volt, mint a trianoni területen.

¹³ Zsebők Zoltán: Adatok az Északkeleti Felvidék tbc. problémájához. *Népegészségügy* 23 (1942) 7.

¹⁴ Jäger Gyula: A visszacsatolt Felvidék kórházai. *Magyar Kórház* 7 (1938) 12.

Míg ez utóbbiban a 30-as évek végére 12,5 csecsemőhalál jutott 100 élve szülöttre, addig a visszacsatolt részeken (Kárpátalja nélkül) 13,6.¹⁵ Ez talán nem is meglepő, hiszen az elemző munkák sorra rámutattak a magyarlakta területek szülészeti viszonyainak tarthatatlan voltára. *Kriesch Lajos* Gömör megye viszonyait elemző beszámolójából tudhatjuk, hogy a rimaszombati – egyébként a megszállás éve alatt modernizált és nagyszabású – kórházban nem volt szülészorvos és a szülészeti osztály csak mint a sebészet egy elhanyagolt tartozéka működött (!). Ugyanilyen állapotot találtak a rozsnyói katolikus kórházban is. *„Gyakorló szülész szakorvos is talán egy volt az egész vármegyében. Lehet, hogy ez szándékosság volt, lévén Gömör tiszta kisebbségi terület, lehet, hogy a cseh orvospképzés rendszere okozta ezt a különös helyzetet [...] Két szülészeti intézet működött a felszabadulásakor a vármegyében. A rimaszombati fiókosztály 12 ágygal és a rimaszombati katolikus kórház hasonló osztálya 7 ágygal. A vármegyének azon része, mely a felszabadulásakor került magyar fennhatóság alá, mintegy 100 ezer lakosú, ehhez számíthatunk még kb. ugyanakkora lakosságú területet, mely a két kórház érdekkörében volt, de jelenleg Szlovákiához tartozik. Tehát cca. 200 ezer lakosságú területnek volt 19 szülészeti ágya, ami azt jelenti, hogy kb. 10.000 lakosra esett egy ágy.”*¹⁶

Ez a szülészeti szempontból hihetetlenül rossz kórházi ellátottság és szakemberhiány azt feltételezte volna, hogy az otthon születések előtérbe helyezése miatt, képzett bábák látták el a lakosságot. Azonban ez nem így volt. A csonka országi bábaellátottsághoz viszonyítva nagyon nagy különbségeket látunk. A tárgyalt területen a gyér kórházi- és szakorvosi ellátottság mellett is 93882 lakosra csupán 61 bába jutott. Közülük 49-nek volt képesítése, a többi úgynevezett cédulás bába, akik csak néhány hetes tanfolyamon szereztek szaktudást. A bábák 44,26%-a 60 és 80 év között volt, vagyis szaktudását nagyon régen szerezte, felújítani viszont nem volt kötelező. *Kriesch* szerint a *„csehszlovák közigazgatás nem helyezte súlyt a bábák továbbképzésére, működésük sem állt komoly ellenőrzés alatt. Az ú.n. bábanapló fogalma pl. teljesen ismeretlen volt.”*

A kárpátaljai helyzet még ennyire sem volt kedvező. A határkiigazítás területi anomáliái nehezítették az amúgy is súlyos helyzetben lévő egészségügyi igazgatást és munkát. Ahogyan *Jäger Gyula* fogalmazott, a még további kiigazításra szoruló országhatár szinte lehetetlen helyzetet teremtett, *„például Ungvárról csak nagy kerülővel, Beregszászon át lehet Munkácsra menni. Munkács temetője Ruszinföld területére esik. Ungvárról nem lehet másképp Kassára menni, csak Sátoraljaiújhely-Göncön keresztül. Kórházi vonatkozásban az energiaforrásoknak van hasonló sorsuk, ugyanis öt felvidéki kórházunk a Stredo-Slovenskói Villanyművektől, Besztercebányáról kapja az áramot, Rimaszombat pedig a 12 km-nyire fekvő Felsősziklásról kapja a vizet.”*

A kárpátaljai térségben kedvezőtlenebbek voltak a közegészségügyi statisztikai adatok. A születésszám viszonylag magas volt: 1000 lakosra 26,7 élveszületés jutott 1939-ben, viszont a csecsemőhalandóság is igen magasnak bizonyult, elérte 100 élveszületésre a 18,7-et. A különböző fertőző betegségek is nagy számban fordulnak elő, a kiütéses tifusz szinte endémiás méreteken fordult elő ezen a területen, de a malária és a fertőző agy- és gerinchártya gyulladás is számos esetben előfordult.¹⁷

¹⁵ Petrilla Aladár: Egészségügyi mérlegünk 1939-ben. *Népegészségügy* 21 (1940) 12.

¹⁶ Kriesch Lajos: Adatok a felszabadult Gömör megye szülészeti viszonyairól. *Népegészségügy* 21 (1940) 3.

¹⁷ Petrilla Aladár: Egészségügyi mérlegünk 1939-ben. *Népegészségügy* 21 (1940) 12.

A terület kórházi ellátottsága igen gyér volt. A földrajzi- és településviszonyok meghatározóan befolyásolták a kórházi körzetek létesítésének lehetőségeit. Amint a szakemberek fogalmaztak, itt nem kórházi körzetekről, inkább „akcióvonalakról” lehetett beszélni, hiszen a magas hegyek övezte völgyekben meghúzódó települések lakossága a völgyek torkolatában elhelyezkedő kórházakban kaphatott csak egészségügyi ellátást. Kárpátalján az ungvári, beregszászi és munkácsi kórház mellett, az aknaszlatinai és a nagyszöllősi intézményben tudtak betegeket ellátni. A nagyszöllősi *Báró Perényi Kórház* régi alapítású intézmény volt 239 beteg befogadására volt alkalmas. Két régi és két új épületből állott, modern 140 ágyas sebészeti osztályát a visszatérés időpontjában még nem fejezték be. Nagy szükség volt ezekre az újításokra, hiszen a régi szárnyakban katasztrofális állapotok uralkodtak: *„Csapataink bevonulása után megtekintve a kórházat, annak főleg régi sebészeti osztálya siralmas állapotban volt. Eltekintve attól, hogy minden ágyon 2 beteg sínylődött, a sebészet épülete, annak felszerelése külön-külön és együttesen közegészségügyi kihágás képét adta”*¹⁸ – írta Jäger Gyula 1939-ben. Ugyanakkor az Aknaszlatinában talált, 1932-es alapítású, 41 ágyas, a munkácsi kórház fiókkénteként működő intézmény kitűnő állapotban volt.

A közegészségügy viszonyainak megfelelően kiugróan magas volt a tbc-s betegek számaránya is. Azonnal meg kellett kezdeni a Zöldkeresztes¹⁹ munka szervezését, a betegek intézményes kezelését, amit különösen nehezített az a tény, hogy a terület híján volt tüdőszanatóriumoknak. Annak ellenére így volt ez, hogy mint *Zsebők Zoltán* (1908-1984), a munkácsi magyar királyi állami kórház osztályvezetője írta, *„éppen a klimato-és fizioterápiás kezelésekre nyújtanának alkalmat a helyenként meglévő, szinte svájci földrajzi viszonyok”*²⁰.

Erdély közegészségügyi viszonyai

Az erdélyi közegészségügyi helyzetet felvázoló munkák igen vegyes képet tártak fel. *Szarka Ödön* (1902-1975) doktor, aki az első felmérések egyikét készítette így ír erről: *„A visszakéült kórházak állapotát vizsgálva, arra a megállapításra kell jutnunk, hogy fejlődésük óramutatója – igen kevés kivétellel – megállott abban a pillanatban, amikor az 1914-1918. évi világháború első puska lövése eldőrdült [...] A visszacsatolt erdélyi országrészben a legtöbb kórház abban az állapotban van, amelyben a világháború találta [...] Új építkezést nagyon kevés helyen találunk, azok is jó részben befejezetlenek”*²¹.

Magyary Gerő Zoltán (1898-1954) a Székelyföld kórházait vette számba. Gerő szerint a román impérium ezen a szintiszta magyar területen a már meglévő intézményeket is sorvasztotta, a lakosságot igyekezett elszegényíteni. Mivel megfelelő román képzett személyzet nem volt, a meg szállás után a legtöbb helyen megmaradt a magyar szakembergárda, de ez nem segített a kórház sorsán, hiszen hivatalos helyről a kórház vezetője támogatást nem tudott szerezni. A változás akkor következett be, amikor nagyjából tíz évvel a meg szállás

¹⁸ Jäger Gyula: A visszacsatolt Kárpátalja kórházügye. *Magyar Kórház* 8 (1939) 7.

¹⁹ 1926-ban egészségügyi mintajárásokban az Országos Közegészségügyi Intézet irányításával működő népegészségügyi szervezet, mely 1930-tól a megszerzett tapasztalatok alapján országos hatáskörűvé vált. Az egészségvédelemnek a megelőzésre, felvilágosításra, gondozásra fókuszáló szervezet volt.

²⁰ Zsebők Zoltán: Adatok az Északkeleti Felvidék tbc. problémájához. *Népegészségügy* 23 (1942) 7.

²¹ Szarka Ödön: A visszatért Erdély kórházai. *Magyar Kórház* 9 (1940) 10.

után – kellő szakszemélyzetet kiképezve az egyetemeken – megkezdték ezen kórházakban is a vezető szakszemélyzet lecserélését. A 30-as évektől kezdődött a fejlődés, a kórházak nagy részét államosítják, tatarozzák, felszerelik, sőt még újakat is építenek. Jelentős volt a szanatóriumok és a magánkórházak fejlődése is, melynek okát Magyary Gerő Zoltán a következőképpen magyarázta: a „*kórházak lerongyolódásával járt, hogy az igényesebb, de még a kevésbé igényes közönséget sem tudta már a kórház kielégíteni. A közönség a magántólke által fenntartott, jobban felszerelt magánkórház, illetve szanatóriumokhoz fordult. Továbbfejlesztésükhöz nagyban hozzájárult az a körülmény is, hogy a kórházakból elbocsájtott magyar orvosi kar új existenciákat kellett magának keresen. Nagyrészt egyes vagy társas vállalkozások formájában tehát újabb szanatóriumok keletkeztek*”²² Ezeket az intézményeket nemcsak a magyar, hanem román betegek is látogatták.

A bécsi döntés után a kivonulásra biztosított időt arra használták, hogy ahol csak lehet, a kórházakat kiürítsék. Nagyváradon szinte alig vittek el valamit, Marosvásárhelyen viszont az új kórházat szinte teljesen kiürítették. A székelyföld ilyen tekintetben nem volt szerencsés, a rendelkezésre álló 10-14 nap alatt szinte csak a befalazott dolgokat nem vitték el. A kirabolt kórházakat a hadsereg saját felszereléséből látta el és Magyary Gerő szerint nem volt olyan kórház, ahol megakadt volna a betegellátás. A határrevízió következtében a kórházügyben is nagy változások álltak elő, különösen a kórházi körzetek tekintetében. Nagyobb kórházak a gazdasági centrumokban keletkeztek, Székelyföldnek kis kórházai voltak általában csak belgyógyászati és sebészeti osztályokkal ellátva. „*A Székelyföld három megyéjének, Csík, Háromszék, Udvarhelynek kórházközpontjait az új határ elvágta. Egyetlen nagyobb centruma maradt meg: Marosvásárhely. De ennek a kórháznak sincs szemészete, gyermekosztálya, orr-, fül-, gégeosztálya. A négy vármegyében csak Marosvásárhelyen van szülészeti nőgyógyászati osztály*” – írta elemzésében Magyary. A felvázolt anomáliák mellett megoldási javaslatokat is tett; meghatározta azokat a legfontosabb beruházásokat, melyek a lakosság közegészségügyi helyzetét, kórházellátottságát javítani tudnák.

Vitéz Nagy Iván emlékezett meg a kolozsvári egyetemi klinika visszatérésének momentumairól, illetve az ott talált helyzetről. A rektori iroda kulcsainak szimbolikus átadásával került vissza a klinika és egyetem a magyar államhoz. Az ünnepélyes pillanatok egyedül a kivonuláskor gyakran rombolásba forduló román kiürítés képei csorbították. A kolozsvári egyetem múltja a 16. századig nyúlik vissza, amikor *Báthori István* (1533-1586) alapítólevelét fogadva, 1581-ben megalakult az egyetem, akkor még orvosi kar nélkül. A 18. században került orvoskari professzor az egyetemre, aki az anatómia, sebészet és szülészeti együttes tanítására kapott felhatalmazást. Az egyetem megújulása 1872-ben történt; a millennium évében korszerű klinikai telep felépítése, később vásárlása kezdődött; a kolozsvári a 20. század elején Európa egyik legmodernebben felszerelt egyetemei közé tartozott. Az általános kór- és vegytani intézetet, a vele kapcsolatos Pasteur-kórházzal és a gyógyszerintézetet együtt az első világháború kitörésének idején szerelték fel.

Húsz éves regnálás után tizenegy nap állt rendelkezésre, hogy elhagyják Kolozsvárt. Ez az idő bőségesen elég volt arra, hogy kiürítsék mind a klinikákat, mind pedig az egyetemet.

„*A kivonulás előtt teherkocsi teherkocsi után szállította el a klinikákról az ágyakat, ágyneműt, a Röntgenkészüléket, a műtőasztalokat, mikroszkópokat, sterilizátorokat stb.,*

²² Magyary Gerő Zoltán: A Székelyföld kórházai. *Magyar Kórház* 9 (1940) 10.

ügy, hogy a rögtön elrendelt összeírással felvett leltárak szerint közel másfélmillió pengő értékű kórházi felszerelést vittek magukkal. [...] Igen sok rongálás is történt: a vadonatúj sterilizátorokat bekapcsolták, úgy, hogy 24 óra alatt teljesen kiégtek, másutt a könyveket a földre dobálták, a kémlelőcsöveket összetörték és az otthagyt mikroszkópokból kicsavarták a lencséket”²³ – írta Nagy. De a könyvállományban is igen komoly hiányok keletkeztek.

A klinikák személyzetének pótlása is komoly kihívást jelentett. Mint Nagy írta, magyar orvos, „bármilyen nagy szorgalommal és kiváló eredménnyel dolgozott is, fizetések állást a klinikákon elnyerni nem tudott”. Így a kivonulás után részben a református kórház orvosai, részben pedig a körzeti orvosok látták el a klinikai teendőket a magyar segédszeméllyel karöltve. Az egyetem, illetve a klinikák újbóli felszerelése mellett a korabeli felmérések szerint szükségesnek mutatkozott a klinikák bővítése is. Emellett az Országos Közegészségügyi Intézet alá tartozó vizsgálóállomást létesítettek, mely a fertőző betegségek elleni küzdelem és a laboratóriumi vizsgálatok központi helye volt. Itt folyt a közegészségügyi viszonyokat feltáró és a szükséges intézkedéseket kidolgozó munka is. Mivel a malária igen elterjedt volt, e betegség leküzdésére külön intézet felállítását látták szükségesnek. Az Állami Védőnőképző Intézet megszervezése mellett a gyermekklinika további bővítése is a kitűzött feladatok között szerepelt.

Terveket készítettek a már meglévő egyéb intézmények felújítására, korszerűsítésére, illetve bővítésére is. Kiváló példa volt erre a nagyvárad kórház elme- és idegosztálya. Az intézetet 1902-03-ban építették, az akkor legmodernebb elképzelések és szakmailag indokolt szempontok szerint. Az épület nemcsak az ápoltak biztonságos elhelyezését, hanem azok gyógyítását is kiválóan szolgálta. Az eltelt negyven év nem múlt el nyomtalanul az épületen, de a szakmai változásokat követelő újítások is elmaradtak. A technikai korszerűsítés mellett, kórházi lelkészi állások beiktatásával és a házi ápolási rendszer meghonosításával próbálták szélesíteni a gyógyítás lehetőségeit.

Az átvett egészségügyi rendszer megértése, átlátása, reformálása és a magyar rendszerbe történő integrálása szempontjából fontosnak tartom azokat az elemzéseket és feltárásokat, melyek a román egészségügyi rendszert elemezték. Ezek arra voltak jók, hogy a hasonlóságok és az eltérések felderítésének segítségével mihamarabb eredményes munkát tudjanak végezni és arra is szolgáltak, hogy a hiányosságok mihamarabb előtérbe kerüljenek és orvoslást nyerjenek.

A visszacsatolt Délvidék kórházai és egyéb gyógyintézetei

1941 tavaszán Délvidék egyes területei is visszakerültek az anyaországhoz. A visszatéréskor a bácskai területen mindössze négy közkórház, egy magánkórház és tizenhárom magánszanatórium látta el a lakosságot, ami azt jelentette, hogy a 786107 lélekre mindössze 1524 betegágy jutott, azaz egy betegágyra 193,8 ember. Az 1908-as adatok szerint négy kisebb, osztatlan, század eleji alapítású kórház működött még Kúlán, Magyarkanizsán, Palánkán és Futakon, de ezek a megszállás éve alatt megszűntek. A szabadkai kórházban kiugróan magas ágyszámmal működött a szemészet és a bőr- és nemi beteg osztály; kevés volt viszont a gyermek-, illetve a tüdőbetegosztályok férőszáma, és feltűnően kevés volt az

²³ Nagy Iván: Kolozsvár egyetemi klinikái. *Magyar Kórház* 10 (1941) 8.

elmebetegeknek biztosított ágyszám is. „*A Bács-Bodrog vármegyei részen a belgyógyászati és szülészeti ágyakkal ellátottság az országos ellátottság fele részének, a sebészeti az országos kétharmad részének felel meg.*”²⁴ A legsürgősebb feladatok között a kórházak bővítését, a szülészeti- és nőgyógyászati-, a gyermekgyógyászati férőhelyek szaporítását határozták meg; de ugyanilyen jelentőséget tanúsítottak a tüdőbeteg-ellátásnak is, valamint az elmebetegek elhelyezését javító intézkedéseknek.

Általában és több szerző tollából is megállapítást nyert, hogy Bácska közegészségügyi viszonyai köszönő viszonyban sincsenek gazdagságával.

Igen hamar megszülettek az első áttekintő munkák a jugoszláv közegészségügyi rendszerről, mely a bánóságokon belül a közegészségügyi körökben végzett munkán alapult. Bácskában mindössze tíz körorvosi állás volt, egészségházak Szabadkán, Zomborban és Újvidéken működtek és ezeken kívül még 12 egészségügyi állomás. De az „*egészségügyi állomások főleg a dobrovoljac*”²⁵ *telepes-községek közegészségügyét szolgálták és benne a gyógyítás és gondozás számára egyforma helyet biztosítottak. Az egészségügyi állomás a dobrovoljac település egy-egy körzetének egészségügyi központja volt, amelynek földszintjén a rendelő, váró, védőnői lakás és a fürdő nyert elhelyezést, míg az emeleten az orvosnak volt háromszobás lakása.*”²⁶ A tüdőbetegség igen elterjedt volt ezen a területen is, de a küzdelem nem bizonyult hatékonynak. Gyakori volt még a trachoma, és a diftériás megbetegedések száma is 30 %-kal volt magasabb, mint az anyaországban ezidőtájt. A fertőtlenítőgépek száma kielégítő volt, csupán két probléma volt velük: az egyik, hogy aránytalan volt az eloszlásuk, a másik pedig, hogy előregedett, gyakran hasznavehetetlen gépekről volt szó.

Szembevetendő volt, hogy a rendelkezésre álló adatok szerint visszafoglalt bácskai területen milyen rossz körülmények között működött a gyermekosztály, vagy a csecsemőosztály a kórházakban, és a jugoszláv hatóságok nem nagyon üldözték a magzatelhajtást sem. Mint Vilmon Gyula (1897-1966) és Dunszt Ferenc írták, a „*jugoszláv megszállás alatt a vármegye babaellátottsága kifogásolható volt. A visszafoglaláskor talált bábáknak több mint 50 %-a előrehaladott korú volt és kellő szaktudással nem rendelkezett. Oklevelét még az 1900 és 1910-es években magyar bábaképzőben szerezte, s szaktudását ismétlőtanfolyamokon való részvétellel egyáltalán nem, de legfeljebb csak egy alkalommal újította fel. A bábák letelepedését a hatóságok egyáltalán nem irányították. Így történhetett meg, hogy egyes jómódú községekben 10-12 szülésre esett egy baba, viszont 60-80 szüléssel bíró szegényebb községben okleveles baba egyáltalán nem működött.*”²⁷ A szülőotthonok is igen gyéren épültek, éppen ezért a „*1942. év folyamán az Országos Egészségvédelmi Szövetség két szülőotthon létesítését határozta el. Bácskossuthfalva és Temerin községekben a szülőotthonok az 1943. évben kerülnek kivitelezésre.*”²⁸ A szülőotthonok a háború ellenére elkészültek és a bácskossuthfalvi szülőotthon a 60-as évek végéig fogadta a szülő nőket és az épület a mai napig egészségügyi intézményként működik. A szabadkai kórház újonnan épült részében kapott helyet a szülészet-nőgyógyászat, de mütője még ekkor sem volt.

²⁴ Scholtz Kornél: A visszacsatolt délvidék kórházai és más gyógyintézetei. *Magyar Kórház* 11 (1942) 7.

²⁵ önkéntes betelepülők

²⁶ Farkas László: A jugoszláv közegészségügy szervezete a Bácskában. *Népegészségügy* 23 (1942) 8.

²⁷ Vilmon Gyula – Dunszt Ferenc: A Bácska közegészségügyi viszonyai. *Népegészségügy* 25 (1944)

²⁸ Vilmon Gyula – Dunszt Ferenc: A Bácska közegészségügyi viszonyai. *Népegészségügy* 25 (1944)

A különbségeket jól mutatják a statisztika számai is. Frank Kálmán szerint – részben zombori adatokra támaszkodva – a dunai-bánságban, melybe Zombor is tartozott, a csecsemőhalandóság 18,06% volt 1931-ben, magában Zombor városában ez a szám 17,3% volt és meghaladta az ugyanakkori csonka országai átlagértéket, a 16,2%-ot, mely utóbbi szám erőteljesen csökkent és 1939-ben 12,5% volt, míg Zomborban 17,4%.²⁹

A kiseddóvásban és nevelésben is lemaradás volt tapasztalható, amit az a tény is alátámaszt, hogy a megszállás után sok helyen bezárták a már meglévő és működő óvodákat.

A két világháború közötti időben igazán nagy fejlesztés tulajdonképpen csak Zomborban történt, ahol a kórházi ellátottságot két intézmény biztosította; az egyik a vármegyei kórház volt, a másik pedig a városi fenntartású kórház, mely a *Szemző István Alapítvány*ból létesült, de a fenntartását a városnak kellett viselnie. Az alapítványt a gyermektelenül elhunyt *Szemző István* vagyona képezte. Szemző, aki 1914-ben a vármegye és Zombor sz. kir. város főispánja is volt, 547 katasztrális holdat hagyott szülővárosára, Zomborra, azzal a kikötéssel, hogy kórházat építsenek belőle. Amennyiben a kórház záros határidőn belül nem készült volna el, úgy a vagyon a *Magyar Tudományos Akadémiára* szállt volna. Végül a kórház 1935-ben elkészült és közös igazgatás alá került a már meglévő intézettel.

Különösen nehéz helyzetben volt ezen a vidéken is az elmebetegek ellátásának, kezelésének, elhelyezésének ügye. A visszatért dél-bácskai területtel nagyjából 800000 ember tért vissza az országba. Erre az embertömegre két kórházban, Szabadkán és Újvidéken, összesen 87 ágyat tartottak fenn az elmebetegek ellátására és ezzel a leghátrányosabb helyzetet mutatta az összes visszatért terület vonatkozásában is. A 60 ágyal működő szabadkai elmeosztály a pusztulás jeleit mutatta a visszatérés idején. Az 1896-ban, pavilonrendszerben épült kórházban az elmeosztály is külön épületben helyezkedett el. Itt nemhogy fejlesztések nem történtek, de a visszafejlődés jelei mutatkoztak, hiszen például az ablakokat az eredeti nagyság harmadára csökkentették. Amint a felmérésekben megállapították az elmebeteg osztály sem kívülről, sem pedig belülről nem mutatta kórház képét, hiszen a legalapvetőbb berendezési tárgyak, eszközök hiányoztak belőle. Ezeket a hiányokat, már az első időkben pótolni kezdték. *Kő István*, az *Angyalföldi Elme- és Ideggyógyintézet* munkatársa került a szabadkai elmeosztály élére, és ahogyan írja, „*még a katonai parancsnokság idején sikerült beszerezni az orvosi iroda-kezelő helyiségbe íróasztalt (!), műszerszekrényt, műszersterilizátort, vérnyomásmérőt, reflexkalapácsot, rekordfecskendőt minden méretben, érzés vizsgálatot. Ugyanis mindezek hiányoztak.*”³⁰

Különösen érdekes és tanulságos a Délvidékkel, de a többi visszacsatolt területtel kapcsolatban is az az elemzés, melyet vitéz *Galambos József* közölt a *Népegészségügy* 1942-es számában. Ez az írás egy délvidéki járás, nevezetesen a muravidéki, lendvai járás egészségügyi igazgatásának megszervezésén keresztül bemutatja mindazokat a nehézségeket, feladatokat, amelyekkel a visszacsatoláskor az egészségügyben találkoztak, de képet vázol arról is, hogyan, milyen módszerekkel kezdték a munkát és milyen célokat tűztek ki maguk elé.

Az egészségügy területén a katonai közigazgatás elsődleges feladata az ellátás folyamatosságának biztosítása volt és természetesen az egészségügy fokozatos átszervezése, az

²⁹ Frank Kálmán: Közegészségügyi kérdések a visszatért Zomborban. *Népegészségügy* 23 (1942) 6.

³⁰ Kő István: Elmebeteg-ügy Délbácskában. *Magyar Kórház* 11 (1942) 2.

anyaországi jogszabályoknak megfelelően. Ezt a hatalmas munkát Galambos doktor 30 kisebb munkaterületre osztotta: orvosi ellátásra, hatósági orvosi munkára, gyógyszerészetre, Bába-ügyre, halottkémlésre, kuruzslásra, kórházügyre, szegénybeteg-ellátásra, szegénygondozásra, betegsegélyezésre, hadi- és ipari rokkantak ellátására, balesetvédelemre, fertőző betegségekre, védőoltásokra, egészségvédelemre, trachoma elleni küzdelemre, tuberkulózisra, nemi betegségekre, maláriára, egészségügyi propagandára, népmozgalmi adatokra, ivóvízellátásra, iskola egészségügyre, óvodai és napközi otthonos ellátásra, üzemi és bolti egészségügyi ellenőrzésre, köztisztaságra, lakásügyre, néptáplálkozásra, egészségügyi felszerelés és egészségügyi vonatkozású szervezetek működtetésére, valamint egyéb egészségügyi problémákra. A felsoroltakból látható, hogy szinte az egészségügy egész területét felöleli, a helyi jellemzőket figyelembe véve pedig vannak olyan ágak, ahol aprólékosabb, részletezőbb, mint például a fertőző betegségek tekintetében, ahol a védőoltások mellett, külön megemlítetik a tuberkulózis, a trachoma, a malária, vagy a fertőző nemi betegségek elleni küzdelem.

A munkát minden esetben a fennálló helyzet feltárásával kellett kezdeni, ami nem volt mindig könnyű, lévén hiányosak a hátramaradt iratok. Az adatgyűjtésbe a helyi értelmiséget vonta be Galambos; az orvosok, gyógyszerészek, lelkészek, tanárok értékes adatokkal tudtak szolgálni.

Az első és egyik legfontosabb az orvosi ellátás biztosítása volt, ami ütközött némi nehézségbe, hiszen a külföldről betelepült orvosok a visszacsatolás után elhagyták az országot, de volt olyan példa is, amikor az orvoshiányra való tekintettel a maradék külföldi orvos szolgálatait is igénybe vették. Ezeket az orvosokat nyilvántartásba vették és Galambos meghozatta számukra az orvoskamari szabályzatot és a díjszabást. Mivel a jugoszláv uralom alatt a hatósági orvosi munka szinte ismeretlen volt, ezért *Kerényi Gyakorlati egészségügyi közigazgatás* című könyvét is beszerezte a körorvosok számára, emellett maga is készített egy rövid, a körorvosi feladatokat összegző útmutatót. Ugyanígy ellátta őket körorvosi iktatókönyvvel, betűsoros mutatóval, fertőző beteg törzslappal és egyéb űrlapokkal. Félhavi fertőző beteg jelentést és havi egészségügyi jelentést kért a körorvosoktól és megkezdte egy célszerűbb beosztás elkészítését az orvosi köröket illetően. A tisztiorvosi hivatal szervezésébe is belefogott, annak könyvtárába alapvető műveket szerzett be. A jugoszláv közigazgatás alatt készült, átvett nyilvántartásokat és könyveket egy külön szekrényben helyezte el, annak érdekében, hogy később kutatható legyen.

Galambos az orvosokhoz hasonlóan járt el a gyógyszerészekkel és a gyógyszerházakkal kapcsolatban is; a sürgős, gyógyszerkészítéshez szükséges alapanyagokat rendeleti úton biztosította.

A babaügy tekintetében is történtek előrelépések. A bábákat számba vették és felmérték a képzettségüket. A hiányos és régebbi képesítéssel rendelkező bábáknak Galambos tanfolyamot hirdetett és biztosította számukra a szombathelyi bábaképzőben a felvételt. A bábautasításokat, rendeleteket összegyűjtötte és a bábáknak megküldte, *sőt a vend nyelvű bábák számára vend nyelvre is lefordította. A bábákat a Magyar Bábaegyesületbe való belépésre és a Szülésznök Lapjának olvasására ösztönözte.*

Galambos doktor az összes többi, általa felsorolt és fontosnak tartott területen hasonló alaposággal járt el. Az aprólékos helyzetfelmérés eredményeként megállapította a rá, illetve a magyar adminisztrációra váró jövőbeni feladatokat is: „*a visszatért Muravidék alsólendvai*

járásának területén súlyos trachoma, halálozási és csecsemőhalálozási problémát találtam. Kevésbé súlyos a járás maláriaproblémája. Megoldásra vár az ivóvízellátás. A pusztulással fenyegető halálozási és csecsemőhalálozási viszonyok az orvosi körök szaporításával, a meglévő egészségvédelmi szolgálat munkájának kimélyítésével és új egészségvédelmi körök szervezésével lesznek javíthatók. A katonai közigazgatás a halaszthatatlan e.ü. feladatok megszakítás nélküli további elvégzését biztosította és négy hónap alatt a magyar rendszerű egészségügyi igazgatást részleteiben is bevezette.”³¹

*

A visszacsatolásokkal – a fentebb részletezett okok miatt – fokozatosan romlott az ország egészségügyi statisztikája. A halandóság fokozatosan csökkenő aránya 1939-ben tört meg, a 13,7 ezrelékes 1939-es eredmény 1942-ben már 15,2-re ugrott. A csecsemőhalandóság mutatói is romlottak; az 1938-as adatok a felvidéki visszacsatolással még szinte alig változtak, de 1942-re 15,1%-ra nőtt a halandósági mutató. De ugyanez jellemzi a fertőző betegségek és a tbc-s statisztikai adatokat is.³²

Kiszámíthatatlan milliók – fürdőink sorsa

A kórházi és a hozzá kapcsolódó egyéb veszteségek felméréséhez viszonyítva sokkal hamarabb mérték fel és tették szóvá az országcsonkítással fürdőinket, ásványvíztermelésünket, egész balneológiai struktúránkat ért veszteségeket. Nyilván szerepet játszott ebben az is, hogy nyilvánvaló, részben számszerűsíthető volt a nemzetgazdaságot közvetlenül ért veszteség és a magántőke is komoly érdekeltségekkel rendelkezett ezen a területen: jelentősebb klimatikus gyógyhelyek, gyógyfürdők, ásványvízforrások országhatáron kívülre kerültek. *Magyarország Területi Épségének Védelmi Ligája* már 1918-ban felszólította a *Magyar Balneológiai Egyesület Igazgatótanácsának* tagjait, hogy vegyék számba azokat a károkat, amik Magyarországot a határmódosításokkal balneológiai szempontból érhetnék. Ez a számbavétel annak érdekében történt, hogy könnyítsék a csonkítás ellen érvelők munkáját.

Magyarországon a gyógyforrások, gyógyvizek felhasználása bizonyíthatóan az ókorig vezethető vissza. Ennek ellenére az 1870-es évek végéig szinte csak helyi jelentőséggel bíró fürdőkkel rendelkezett az ország. Az első nagy fürdőfejlesztések a 80-as években kezdődtek. Szél Tivadar 1930-ban kiadott Egészségügyi statisztikája szerint 1898-ban az ország 180, 1915-re 204 gyógyfürdővel rendelkezett, nem számolva itt a Horvát-Szlavonországhoz tartozó és a tengerparti fürdőket. A trianoni békediktátum után ebből 46 fürdő Magyarországra, a többi az annektált területekre esett.

Nyilván gyakran nem érzelmektől mentesen írnak a kérdésről és éppen ezért érdemes sző szerint idézni: „*Ez pedig égbekiáltó jogtalanság és igazságtalanság, mert valamennyi magyar fürdőnek, még a leghatárszéli fekvésűnek és a tiszta nemzetiségi vidéken létesítettnek is, keletkezése, fejlesztése, mai fénye és sikere magyar szellemi munkának, a magyar*

³¹ Galambos József: Egy délvidéki járás egészségügyi igazgatásának megszervezése a katonai közigazgatás alatt. *Népegészségügy*, 23 (1942) 2.

³² Petrilla Aladár: Egészségügyi statisztikánk 1942.-ben. *Népegészségügy* 24 (1943) 12.

orvosok összetartásának és állandó serkentő behatásának és a magyar tőke kockázatos és merész vállalkozásának az eredménye. Nincs egyetlen fürdőnk sem, a mit akár idegen tőke, akár – bátran kimondhatjuk – nemzetiségi érdekeltség létesített vagy tartott volna fenn, ellenben a legtöbb fürdőnk terményekben, élelmiszerekben, ipari foglalatosságban szegény és nyomorult életű nemzetiségi vidékeken áldást és bőséget terjesztett maga körül, kultúrát teremtett, s gazdaggá tett tót- és románlakta községeket a nélkül, hogy bármily legcsekélyebb erőszakot gyakorolt volna is a nemzetiségi érületre.”³³

Ugyanez a szerző felvet egy nagyon izgalmas, de ugyanakkor nem kifejezetten egészségügyi kérdést is. Vámosy a következőket írja: „Kiszámíthatatlanok azok a milliók, a melyeket e hegyvidéki fürdőkbe a magyar tőke befektetett. Mi jogon tenné rá a kezét e mérhetetlen értékre az évszázados magyar kultúra e teremtményeire az idegen hódító. Csupán annak jogán, hogy e területeken élő szegény nép nem magyarul, hanem tótul, ruténul, szerbül, vagy románul beszél? Hát nem mentesít-e bennünket minden nemzeti elnyomás vádjá alól az a tény, hogy ime teleraktuk ugyan e szegény és nélkülünk pusztulásnak szánt vidéket a magyar kultúra és gazdasági erő váraival, világító tornyaival s évezredek óta hintjük az áldást e végváraink körül a nélkül, hogy az abban részesülő nép nemzeti és etnográfiai tulajdonságait feladta volna és beolvasztatott volna az őt szeretettel keblére ölelő magyarságba!” A kétségtelenül néhol patetikus, de ugyanakkor a történelmi események jelentőségét tekintve érthető pátozzsal fogalmazott szöveg a nyelvhasználati szabályokra és szokásokra is ráirányítja a figyelmet: nemzetiségi területen nem alkalmaztak például olyan kisegítő személyzetet, orvost, patikust, aki a nemzetiségek nyelvét valamilyen szinten nem beszélte. 19. századi újsághirdetésekből például csak olyanoknak kínálnak patikussegédi állást a Délvidéken, aki magyarul, németül és szerbül is tudott a betérő betegekhez szólni.

A *Balneológiai Egyesület* az első életjeleket 1922-ben adta, az ez évi kongresszuson – ahogyan az egyesület elnöke fogalmazott – „összeszorított néma ajakkal és ökölbesorított kézzel kell újból munkába állnunk, hogy a semmiből valamit teremsünk”. És tulajdonképpen ezt az elhatározást a balneológusok sikerre is vitték. Először is a mink van, mink maradt kérdését kellett tisztázni. Már ekkor megfogalmazódott a „Balatonkultusz” kiépítésének óhaja, különösen, mert a megmaradt fürdők jó része a Balaton partján feküdt. A jövőre vonatkozóan két nagyon fontos építkezési irányt határozatok meg. Az egyik a csonka-oroszági gyógytényezők feltárása, kutatása, elemzése; azaz tudományos és kutatómunka volt, a másik pedig a feltárt természeti értékek felhasználására alakuló vállalatok kedvező gazdasági környezetének kialakítása érdekében végzett munka. 1929.évi XVI. tc. alatt megszületett az úgynevezett fürdőtörvény, mely a fürdők és a forrásvállalatok működését szabályozta. Fontos volt még a 20-as években indult program, mely a Budapest fürdőváros elnevezést kapta és Budapestnek egy fürdőközponttá emelését, fejlesztését tűzte ki célul. A munka eredményeképpen 1934-ben Budapest elnyerte a fürdővárosi rangot.

A fürdőépítések már a 20-as években elkezdődtek. 1928-ra 62 fürdővel rendelkezett az ország³⁴, melyek közül a legtöbb, harminchárom balatoni volt, hévízi fürdő tíz. Vizgyógyintézetek főleg Budapesten létesültek, szám szerint nyolc, sziklásósvai és hidegvízi ásványvizes öt-öt; az egyetlen magaslati gyógyhely Mátrafüreden állt.

³³ Vámosy Zoltán: A magyar fürdők és ásványvizek, illetve vállalatok magyar nemzeti érdekeinek védelme. *Magyar Balneológiai Értesítő* 11 (1918) 12.

³⁴ Szél Tivadar: *Egészségügyi statisztika*. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1930.

Az építkezések a gazdasági válság hatására ezen a területen is megtorpantak, de a 30-as évek közepén már új fürdők építéséről számolt be *Balneológiai Egyesület*, bár számuk természetesen még mindig messze elmaradt a Trianon előtti számtól. Az északi visszacsatolással néhány fürdő is visszatért, mint például Csíz-fürdő, azonban az északabbra fekvők továbbra is országhatáron kívül maradtak. Az erdélyi visszatéréssel viszont komolyan megemelkedett a gyógyfürdők és a gyógy-, valamint ásványvizek száma. *Kunszt János*, a Rudas-fürdő vezető orvosa, valamint *Zselyonka László*, egyetemi tanársegéd kiküldetésen vettek részt 1940 őszén és az itt szerzett tapasztalatokról írásban tettek jelentést. Erdélyben a kilencszáznegyvenes években kétezer gyógy- és ásványvíz forrását tartották számon és nagyjából kilencven volt a fürdők száma, melyek között helyi jelentőségűek, de reményteljes, országos súlyúak is akadtak. A felmérést igen nehéz volt elvégezni, hiszen már szezonon kívül, bezárt fürdőket, fürdővárosokat látogattak. Azt azonban meg lehetett állapítani, hogy csak nagyon kevés fürdő fejlesztésére fordítottak figyelmet. Jobbára azok a fürdők fejlődtek, melyekben a román tőke fantáziát, gyorsan megtérülő befektetést látott. Ugyanez volt jellemző az ásványvízpalackozó üzemekre is, melyek közül igen sok – az elavult technológia, a piacképtelenség miatt – zárva tartott.

Hasonlóképpen rossz volt a helyzet a vizek vegyelemzésével kapcsolatban is. Ahogyan írták, a 22 éves megszállás alatt „csak kevés ásványvízről készítettek vegyelemzést. A legtöbb forrásnak azonban csak a világháború előtti, sőt esetleg 60-80 éves elemzése van. A megszállás alatt készült vegyelemzéseknek csak kis része hozzáférhető jelenleg, mert az elmenekült román tulajdonos, bérlő, fürdőigazgató az elemzési adatokat magával vitte.”³⁵ A megállapítás egybeesik azzal, amit a kórházak statisztikájáról, leltáráról már korábban elmondtunk.

A fizioterápiás ellátásról úgy vélték, hogy a megelőző időben nem fordítottak rá kellő hangsúlyt. Nemcsak az eljárások, de a gépi felszereltség is hiányos volt; elektroterápiával inkább csak a fürdőorvosok magánrendelésén lehetett találkozni. Egyedül Szovátán, a Bírák házában volt elektroterápiás kezelés, ám ennek egész berendezését magukkal vitték. A felmérést készítő két orvos úgy vélte, hogy a közegészségügyi infrastruktúra további fejlesztésére is szüksége lesz a visszatért fürdők településein.

Az igazi bonyodalmat azonban a tulajdonosi háttér okozta. A kisebb fürdők esetében világos volt a helyzet. Ezen fürdők többsége falusi közbirtokosságoknak, vagy régi magyar családok tulajdonában volt. Helyzetüket tekintve nagyjából az első világháború előtti állapotokat tükrözték vissza. „Ezeknek (ti. a településeknek) a 20 éves impérium alatt görögkeleti iskolákat és templomokat kellett építeni, adókkal sanyargatták őket. A magyarságnak nyaralásra nem telt. Nem azt kell tehát csodálni, hogy ezek a fürdők nem fejlődtek, hanem csodálatos, hogy vannak”³⁶ – írta *Kenessey Elek* a székesfővárosi *Gyógyfürdők és Gyógyforrások központi felügyelője* az 1940 októberében Erdélyben tett látogatáson nyert tapasztalatok alapján.

Kenessey hat pontban állapította meg a visszatért fürdőkkel kapcsolatos problémákat és teendőket: az első az erőszakos elidegenítés következményeinek orvoslása volt, a második

³⁵ *Kunszt-Zselyonka*: Beszámoló jelentés a keleti országrészekkel és Erdéllyel visszatért fürdők és ásványvizekről. *Az Országos Balneológiai Egyesület 1941. évi Évkönyve*. Budapest, 1942.

³⁶ *Kenessey Elek*: Beszámoló-jelentés a visszatért erdélyi fürdők gazdasági problémáiról. *Az Országos Balneológiai Egyesület 1941. évi Évkönyve*. Budapest, 1942.

a visszatért fürdők integrálása az 1929. évi magyar fürdőtörvény kereteibe, a harmadik a visszatért fürdők felmérése és csoportosítása, a negyedik a továbbfejlesztés problémái, az ötödik, illetve a hatodik pont az idegenforgalomba való bekapcsolás és a propaganda kérdésköre volt. Az első és a legfontosabb pont a tulajdoni viszonyok tisztázása volt. A nagy fürdők esetében, mint amilyeneknek Borszék, Szováta, Tusnád, Előpatak, vagy Félixfürdő számítottak, a román nacionalizálás 75-100%-os volt. Érdekes erről kicsit hosszabban idézni Kenessey szavait: „*A románok már az impérium kezdetén felismerték az erdélyi fürdők nagy gazdasági jelentőségét, ezért az erdélyi agrártörvényben kimondták, hogy a fürdőtelepeken is kisajátításnak van helye. A kisajátítástól való félelem a közbirtokosságokat és egyéb tulajdonosokat kényszerhelyzetbe hozta. [...] Borszéken például megjelent a kisajátítási bizottság és megállapítva, hogy a telekigénylők mind állami tisztviselők, azok szenvedéseinek csökkentése pedig állami érdek, jegyzőkönyvet vett fel, melyben a kisajátítási kérelemnek helyt adott. A kisajátítást egyelőre nem rendelte el, a felvett jegyzőkönyvet ott hagyta és a telektulajdonosoknak meggondolási időt adott. Így került csak Borszéken 150 villatelek román kézre potom árért.*”³⁷ Természetesen a károsultak azt remélték, hogy sérelmeiket orvosolni fogják. De egyébként is, a nagy fürdők magyar kézbe vétele nélkül elképzelhetetlen volt a továbbfejlesztési koncepció kidolgozása, vagy a megvalósítása.

Nem volt zökkenőmentes a magyar, 1929. évi balneológiai törvény hatályba léptetése sem, mivel az erdélyi tulajdonosok egy része azt szerette volna, ha elodázzák törvényerőre emelkedését. A román törvények – ha csupán csak írásban is – de szigorúbban szabályozták a fürdők működtetésének körülményeit. A fürdőorvosi tevékenységet például balneológiai képesítéshez kötötte, de ugyanez vonatkozott a fürdősőkre és a masszörökre is. A rendelet tartalmazta a gyógyvizek ötévenkénti ellenőrzésének előírását is. Ezek az elemek kétségtelen, hogy mind a magyar balneológiai törvény előtt jártak. Az 1929. évi magyar fürdőtörvény viszont – nyilván a fürdőfejlesztések csonka-országai körülményei szem előtt tartva – nagyon kedvező gazdasági körülményeket teremtett az építkezéseknek, a fejlesztéseknek.

A fürdők fejlesztése nemcsak az adott fürdőhely, de az egész visszatért terület érdeke is volt, mert komoly gazdasági nehézségek léptek fel a közlekedés, a fakitermelés és a gazdaság egyéb más területen. A háborús körülmények ellenére 1940 őszén, a felméréssel megkezdődött a következő fürdőszезон előkészítése; sikere nemzeti ügy, érdek és elvárás is volt. Mindenekelőtt az idegenforgalmi stratégiát és propagandát kellett ennek megfelelően átfogalmazni. Kenessey a már idézett tanulmányában egyenesen nemzeti becsület kérdésének tekintette, hogy az első, felszabadulás utáni szezón jól sikerüljön. Ennek megalapozásában az orvos munkáját tartották elsődlegesen fontosnak, de nem tekintettek el a bevált propagandaeszköztől sem.

1941 tavaszán megalakult az *Erdélyrészi Fürdők Szövetsége* is, amely Észak-Erdély, a Partium és Székelyföld fürdőérdekeltségeinek képviselőjét látta el. Célja a fürdőügy megszervezése, fejlesztése volt, nem utolsó sorban pedig a remélt, az anyaország és Erdély között zajló turistaforgalom előkészítése és lebonyolítása.

A negyvenes években a fürdők idegenforgalmi és nemzetgazdasági jelentősége került előtérbe, míg a gyógyításban betöltött szerepe – nyilvánvalóan a terápiás lehetőségek

³⁷ Kenessey Elek: Beszámoló-jelentés a visszatért erdélyi fürdők gazdasági problémáiról. *Az Országos Balneológiai Egyesület 1941. évi Évkönyve*. Budapest, 1942.

bővülésének köszönhetően – inkább háttérbe szorult. Ugyanakkor egy új szempont is felmerült az idegenforgalommal, ezen belül pedig a fürdőkkel kapcsolatban, mégpedig az, hogy az idegenforgalom a nemzeti propaganda egyik hatékony eszközévé válhat. Így az Országos Idegenforgalmi Bizottság szaktanfolyamain az idegenforgalom nemzeti jelentősége mellett az Idegenforgalmi Propaganda Munkaközösség a nemzeti propaganda témájában is tartott előadásokat, tanfolyamokat.

A fürdők sorsa tehát, semmivel sem volt jobb, biztatóbb a kórházakénál. Annak ellenére, hogy a fürdők nagyon nehéz körülmények között kerültek vissza, azonnal megindult az integrálásukra, fellendítésükre szerveződő munka, még akkor is, ha sejthető volt, hogy a háború miatt igen szűkös lesz majd a fürdők bevétele és akkor is, ha tudták, az infrastrukturális hiányosságok miatt talán kevesebb külföldi vendég keresi majd fel a gyógyhelyeket, mint amire békeidőben és kedvezőbb infrastruktúra mellett számítani lehetett volna.

Összegzés

A 19. század végén elindult kórházfejlesztéseknek és építéseknek, majd ezek – egy idő utáni – modernizálásának az első világháború vetett véget. Az ország trianoni feldarabolásával az egészségügy is jelentékeny kárt szenvedett. Ezek a károk részben anyagi természetűek, részben pedig szellemiek. Az anyagi természetű kár azt az épített vagyont foglalja magába, ami az országcsonkítással az országhatárokon kívülre került. Persze ezt nem tekintették közvetlen kárnak, hiszen továbbra is az ott élők egészségét szolgálták a meglévő intézmények. A nem anyagi kár részben strukturális természetű és a betegellátásban jelentkezett, hiszen a kórházépítési koncepció egy adott országra, egy adott népességre – ha nem is mindig arányosan – elosztva valósult meg. Ennek a szerves fejlődésnek szakadt vége Trianonnal, amikor már vészesen szükségessé vált volna a kórház-modernizáció és további kórházak építése. Ez Csonka-Magyarországon a 20-as években meg is kezdődött. A veszített háború, az ország-csonkítás, a gazdasági összeomlás ellenére az egészségügy minden területén történtek előrelépések. A fejlesztések haszna, mind népjóléti, mind pedig nemzetgazdasági haszna megmutatkozott, és ezt támasztják alá a rendelkezésre álló statisztikák is. A javuló tendenciák 1939-ben, a Felvidék egyes részeinek visszacsatolásával megtorpantak, majd részben a háború, részben pedig a visszacsatolt területeken elmaradt egészségügyi (és sok egyéb) előrelépések, fejlesztések miatt romlani kezdtek.

Magyarország 1939-cel kezdődően nem egyszerűen csak visszakapta elvesztett területeinek egy részét. A háború támasztotta nehézségek ellenére ezeken a területeken fel kellett mérni az egészségügyi helyzetet, integrálni kellett a magyar rendszerbe és nem utolsó sorban fejlesztésekbe kellett kezdeni. Az megállapítható, hogy egészségügyi szempontból az integráció folyamatára nem volt egységesen kidolgozott menetrend. Ha valaki nem volt olyan módszeres és rendszerező elme, mint vitéz Galambos József doktor, nehezen boldogult.

Először is, mit talált a magyar egészségügy a visszatért területeken? A Felvidék kivételével nagyon kisszámú kórházi fejlesztést; pedig a gyógyítás a 30-as évek végére végérvényesen beköltözött a különböző gépekkel, laboratóriumi eszközökkel felszerelt kórházak falai közé. A visszakapott területeken szembeötlő volt, hogy a kivonulók még azt a keveset sem szerették volna hagyni, amit itt befektettek. A kivonuláskor sok helyen szerelték le

a kórházakat és semmisítették meg a meglévő adatokat, mint például a Felvidéken, sőt Erdélyben a szándékos rongálás sem volt ritka.

A megszálló hatalmaknak egyik helyen sem jelentett nemzetgazdasági tényezőt sem az egészség, sem a születésszám gyarapítása. Ez nemcsak a megelőzés és egészségügyi felvilágosítás tekintetében volt kirívó, hanem az anya- és csecsemővédelem tekintetében is. Megmutatkozott ez abban, hogy a bábaképzés és bábaellátottság milyen állapotban találtatott, legyen szó bármelyik visszacsatolt területről. Figyelemfelkeltő az a tény is, hogy szülészeti és nőgyógyászati osztályok, ha voltak is, nagyon kis ágyszámmal működtek és voltak olyan visszacsatolt területek, ahol a kórházakban egyáltalán nem volt gyermekgyógyászat. Ezt támasztják alá a számok is, a magas halálozási- és gyermekhalandósági adatok.

Nemcsak a helyben lakóknak – legyenek bármely nemzethez tartozók –, de a magyar államnak is elemi érdeke volt, hogy az egészségügyi ellátás folyamatos legyen, hogy a fertőző betegségek lokalizálódjanak, és lehetőség szerint visszaszoruljanak, hogy egészséges közösségekben egészséges gyermekek szülessenek és nevelődjenek. Éppen ezért egyszerűen nem is volt más választás, mint jó gazdaként, a háború ellenére, a visszacsatolt területeken is fejlesztésekbe, építkezésbe kezdeni. Ennek a munkának voltak az alapjai és előmozdítói azok az elemzések, adatgyűjtések és helyzetfeltárások, amik részben a szakajtóban is napvilágot láttak. Ezek a munkák tehát nem voltak öncélúak; azért is szükség volt rájuk, mert ebben az időben az egészségügyi koncepció a megelőzés és az okok valódi feltárása és orvoslása felé fordult, azaz tüneti megoldások helyett a kiváltó okokat keresték és ezeket próbálták megváltoztatni.

Nem volt más választás azért sem, mert mint *Scholtz Kornél* írta, „egy jól kormányzott állam életében terület szerinti nagy diszparitások sokáig nem tűrhetők meg, hogy szépen kifejlesztett egészségügyi kultúránk árnyékában az ország egyes részeinek egészségügyi ellátása balkáni színvonalban maradjon. Az első kérdés tehát előreláthatóan az lesz, mi szükséges ahhoz, hogy ezeknek az eddig mostoha elbánásban részesült országrészeknek helyzete számottevően megjavíttassék.”³⁸

KATALIN SZABÓ, PhD
museologist

szabokatalin@semmelweis.museum.hu

SUMMARY

As a result of the World War I Kingdom of Hungary lost the two third of its territory. This had serious consequences on the field of medicine as well. The country lost not only the majority of its hospitals, spas and mineral waters, its former health sytem also collapsed. Anyway, in the following decades Hungary coped with these difficulties successfully developing a rather up-to-date health system. As during the World War II Hungary temporarily regained some of its formerly lost territories, they were quickly integrated into this new system.

³⁸ Scholtz Kornél: *Magyarország kórházai és más gyógyintézetei az 1940. évben*. Magyarország Kórházainak és klinikáinak Szövetsége, Budapest, 1942.