

ORSZÁGOS STEFÁNIA SZÖVETSÉG

ANYÁK- ÉS CSECSEMŐK VÉDELMERE KIADVÁNYAI.
80. SZÁM.

AZ ANYA- ÉS CSECSEMŐVÉ- DELEM SZEREPE A gümőkór ELLENI KÜZDELEMBEN

ÍRTA:

DR. FEKETE SÁNDOR

az Országos Stefánia Szövetség igazgató h. főorvosa.



BUDAPEST, 1932.

EGYESÜLT KŐ- ÉS KÖNYVNYOMDA RT. BUDAPEST, V., TÁTRA U. 4.

A „Magyar Tüdőbeteg gondozó és Gyógyintézeti Orvosok Egyesülete” Sopronban, 1931. évi szeptember hó 6—7-én tartott országos szakülésén előadott referátum.

Országunk összhalálózásának jórészét a csecsemőhalálozás és a gümőkórhalálozás teszi. Az összhalálozás csökkentése érdekében tehát elsősorban is ezen a két, népünket legnagyobb mértékben pusztító, veszedelem ellen kell küzdeni. S valóban az anya- és csecsemővédelem, valamint a gümőkór elleni küzdelem kitűzött céljai között első helyen a csecsemőhalálozás, illetve a gümőkórhalandóság elleni küzdelem szerepel. Minden teoretikus meg gondolás és gyakorlati tapasztalás igazolja, hogy a csecsemőhalálozás és a gümőkórhalandóság között bizonyos szerves összefüggés van, kell tehát, hogy a preventív egészségügy ezen két ágazata munkájának egy bizonyos útján egymással karöltve, a legteljesebb össz működésben haladjon. A következőkben éppen az együtthaladásnak ezt az útját óhajtjuk kijelölni s megkísérjük megvilágítani az okokat, melyek úgyszólván kényszerítenek a szoros együttműködésre. Egyúttal irányt akarunk keresni arra vonatkozólag is, hogy mely pontokban és milyen módon a legkönnyebb, a legcélszerűbb és előreláthatólag a leghasznosabb az együttműködés.

A gümőkór elleni küzdelem főcélja a gümőkórhalandóság csökkentése s ezzel párhuzamban a gümős fertőzések tovaterjedésének a megakadályozása. Ez a célkitűzés már részben magában foglalja a gümős megbetegedésben szenvedők gondozásának és — bizonyos mértékig — a gyógyításnak feladatait is. Meggyőződésünk, hogy bár a gümőkór elleni küzdelem a preventív egészségügynek igen fontos része, mégis ez a tevékenység nem szorítkozhat csupán csak a prevenció szigorúan vett határai mögé. A helyes értelemben felfogott gümőkór elleni küzdelem felöleli a gümőkórban szenvedők gyógyítását is. A gümőkór elleni küzdelem preventív és gyógyító munkája, — mint általában az egészségvédelmi munkáknak csaknem mindegyike — a nyílt és a zárt védelmi rendszerek intézményeiben folyik.

A nyílt védelmi rendszerben működő tüdőbeteg gondozó intézetek (dispensairek) és a zárt védelmi rendszer intézményei: a tüdőbeteg-szanatóriumok és egyéb gyógyintézetek (beleértve az összes e célra rendelkezésre álló klinikai és kórházi ágyat is) teljesen megfelelnek céljuknak és megfelelhetnek a gümőkór elleni küzdelem eredményességét biztosító feltételeknek is.

Az anya- és csecsemővédelmi munka céljait már nem definiálhatjuk ilyen röviden és egyszerűen. Amint a munka elnevezése is mutatja, itt két irányban megosztott feladról van szó. A preventív közegészségügy ezen ágazatának történelmi korában még csak csecsemővédelemről beszéltek s ezt három részre: prae-natalis, natalis és post-natale védelemre tagolták. Ma azonban már nem elégedhetünk meg azzal, hogy csak a méhmagzatot, az újszülöttet és a cse-

csemőt védjük az intrauterin élet, a szülés folyamata és a csecsemőkor ártalmaitól. Az expressis verbis „anyavédelem” fogalma felöleli azt az időszakot, melyben a pete megfogamzásának percétől a fejlődő élet védelme mellett védjük és gondozzuk a fejlődő petét méhében hordozó termő gyümölcsfát: az anyát is. Sőt tágabb értelemben ez a védelem kiterjed a nőnek a szaporodás folyamatán kívüli állapotaira is.

A szűkebb értelemben felfogott *anyavédelmi munkának a feladatait* a következő csoportokra tagolhatjuk:

1. Az elvetélések és a halvaszületések minél nagyobb mértékben való csökkentésére. Bekapcsolva ide a fogamzások meggátlását célzó törekvések elleni küzdelmet is.

2. Az élveszületések számának szaporítására s a megszületendő gyermekek kvalitásának fokozására.

3. A prognosztikailag normális és abnormális szüléseknek a lehető legbiztonságosabb módon való lefolytatására. (Szülésvédelem.)

4. Normális involutiós szak biztosítására. (Gyermekágyasok védelme.)

5. Az anyára és csecsemőjére nézve egyaránt fontos megfelelő tartamú szoptatási idő biztosítására. (A szoptató anya védelme.)

A *csecsemővédelem feladatai* részben kvantitatív, részben kvalitatív természetűek. Kvantitatív természetű feladat a csecsemőhalálozás számbeli csökkentése. Qualitatív: az életben maradó csecsemőnépesség maximális rezisztenciájának és optimális fejlődésének biztosítása.

Természetes, hogy az anya- és csecsemővédelmi munka nagyvonalú célkitűzései ezenfelül még sok apróbb részletet is magukban rejtjenek. A részleteket rendszerbe foglalva, nem soroljuk itt fel. Csupán a csecsemővédelmi munkára vonatkozólag óhajtjuk itt ama részlet kiváló fontosságát kiemelni, aminek lényege a táplálási és gondozási követelményeknek a lehetőségig száz százalékban való kielégítése. Ez különben a csecsemővédelemnek egyik alapfeltétele is. Mint ilyent ismételten is hangsúlyozzuk a később mondandók könnyebb megértése kedvéért.

Az anya- és csecsemővédelmi munka nyílt, félig zárt és teljesen zárt védelmi rendszerek intézményeiben folyik. Tökéletes ez is csak akkor lehet, ha a rendszerek intézményeinek működése a szükséghez képest szorosan egymáshoz simul és párhuzamosan egymás mellett halad.

Az anya- és csecsemővédelmi munka alapját a nyílt védelmi rendszerben működő anya- és csecsemővédő intézetek teszik. Ezek egyformán szolgálják úgy az anya-, mint a csecsemővédelmet.

Az anyavédelem zárt intézményei a terhes-, szülő- és gyermekágyas otthonok. A csecsemővédelem félig zárt intézményei: a bölcsődék, napközi otthonok és tejkonyhák; zárt intézményei: a csecsemő- és gyermekkórházak. Az anya- és csecsemővédelmet közösen szolgálják az ú. n. anyaothonok.

A präventív egészségügy minden ágazatában az egészségügyi teendők mellett szociális tennivalók is vannak. Ez egyaránt úgy van

a gümőkór elleni küzdelemben s az anya- és csecsemővédelemben is. A következőkben a munkafeladatokat inkább egészségügyi oldalról óhajtjuk megvilágítani s a szociális vonatkozásokra csak ott fogunk kitérni, ahol arra éppen szükség mutatkozik. Miután pedig az anya- és csecsemővédelem munkaterületei egymástól elégségesen elhatárolhatók, a gümőkór elleni küzdelemmel való kapcsolatokat külön-külön tárgyaljuk.

I.

Az anyavédelem és a gümőkór elleni küzdelem.
A gümőkórhalandóság nem szerinti megoszlását vizsgálva, azt a feltűnő jelenséget tapasztaljuk, hogy a gümőkóros halálozások száma különösen az ivarérett korban, a nőknél magasabb, mint a férfiaknál. *Minis* és *Liebmann* legutóbb megállapították, „hogy házasságon belül feltűnően megnövekedik az asszonyok tuberkulózis-halandósága, amit kétségtelenül a szűkös szociális viszonyok mellett a teherbejutások, illetőleg szülések okoznak”. Ezen statisztikai megállapításokból következik, hogy a gümőkórnak és a terhességnek, de továbbmenve, a gümőkórnak és a szülésnek, a gyermekágyának, illetve szoptatásnak, tehát a gestáció azon időszakainak, melyek éppen az anyavédelmi pravenciu hatáskörébe tartoznak, valamilyen összefüggésük, esetleg kölcsönhatásuk van. Felmerül tehát a kérdés, vajjon ezek a fentebb felsorolt, a szó legszorosabb értelmében fiziológiás folyamatok valóban gyakorolnak-e valamilyen ártalmas, pathogenitást fokozó és progredienciát kiváltó hatást az esetleges pathológiás állapotra: a gümőkóra. Ez ma még nem bebizonyított tény; főleg nem abban az értelemben, hogy a terhesség minden gümőkóros nőnek okvetlenül ártalmára szolgálna. Ha teljes bizonyossággal állana fenn a tétel, hogy a gümőkór és terhesség egymásra való kölcsönhatásából mindenkor a gümőkóros asszonyi szervezet szenvedne kárt, gondolkodásra sem adna okot annak az eldöntése, hogy ilyen esetekben mi legyen a teendő? Mert ekkor ez nem lehetne egyéb, mint a terhesség művi megszakítása. De miután a terhesség és gümőkór kölcsönhatásáról ezideig még nem alakult ki végleges vélemény, nem alakulhatott ki a gümőkóros terhesekkel való elbánásra vonatkozó általános érvényű álláspont sem. *Rossier, Buge, Kleinwächter, Lehmann, Lindhagen, Bernard, Brette, Runge, Henkel, Mayer, Nóvák, Pankow, Scipiades, Granzoir* hajlandók a gümőkórosok terhességének bizonyos esetekben a megszakításra. Mégis egyik sem abszolút híve annak. Mindegyik hangsúlyozza, hogy az indikáció felállításában szigorúan individualizálni kell. Minden eset csak maga adhatja meg a saját indikációját. Különösen nem egyeznek meg véleményeik abban, hogy még teljesen individualizáltan felállított indikáció mellett is, melyik időpontban legkedvezőbb a terhességet megszakítani. A⁷iszont *Sergent, Kammer, Schauta, Feilner, Freund, Hofbauer, Heimann, Rupferle, Menge, Martin* és *Seilheim* a terhességnek a tuberkulózis indikációjából való megszakításának jogosultságát nem ismerik el; arra az elvi álláspontra helyezkednek, hogy azt sem az anya, sem pedig a születendő gyermek érdeke nem kívánja meg. Ezt megcsinálni

tehát nem érdemes, de nem is célszerű. A *Tóth-klinika* végzett újabb vizsgálatok szerint azon esetekben, melyekben a belklinikai vizsgálat kétségtelenül kimutatja a folyamat *aktív progrediáló jellegét*, vagyis a beteg állapotának rosszabbodását, az első négy hónapban a terhességet megszakítani jogosultnak tartják, mivel még azon eseteik nagy többségében is, amelyekben a folyamat régóta fennállott — a megszakítás után javulást láttak, a betegek összeszedték magukat, sőt egyrészüik megerősödött és később ismét teherbe jutva, zavartalanul viselhetette ki terhességét. Viszont a negyedik hónapon túl a megszakítást céltalannak tartják, mert a beavatkozás nagysága, jelentősége és veszélye már úgyszólván teljes mértékben megfelel a kiviselt szüléssel, illetve az ezt követő gyermekágygyal járó veszélyeknek. Céltalan a terhességet megszakítani azokban az esetekben is, melyekben az asszony tuberkulózisa annyira előrehaladott, hogy életben maradására nem lehet számítani. Ilyenkor legalább a magzatot igyekezzünk megmenteni.

A fejlődő életet kioltani mindenkor ellentétben áll az orvoslékiismeretével és etikájával. Mégis kellemetlen kötelesség marad ez mindaddig, amíg csak a terhességnek tuberkulózissal szövődött *rosszabbodó* eseteiben, a tuberkulózis biztos gyógymódját meg nem találják.

Mi az álláspontja és mi a teendője az anyavédelemnek ebben a kérdésben?

Miután anyavédelmi szempontból lehetőleg minden terhest megfelelő gondozásban kívánatos részesíteni azon célból, hogy minden terhesség zavartalanul kiviseltessék, minden szülés egészséges[^] életképes újszülöttet eredményezzen: *a tuberkulózis elleni küzdelem szempontjából is lehetőleg minden egyes terhességet fel kell kutatni és a terhesek közül a gümőkórra gyanúsakat az illetékes tüdőbeteggondozóba utasítani*. Úgy véljük, hogy a terhesség megtartásának vagy megszakításának eldöntése nem az anyavédelmi munka feladata, hanem a gümőkór elleni küzdelem szervezetének a hivatása. Hogy ezen illetékes szervek milyen álláspontot foglalnak el a terhesség megtartásával vagy megszakításával szemben, abba — véleményünk szerint — anyavédelmi szempontból más beleszólásunk nem lehet, mint annyi, hogy az esetleges végrehajtás csak a törvényes jogszokások megtartásával, megfelelő hivatalos indikáció alapján, csak az arra eleve kijelölt zárt intézetben történhessék. Ebben a kérdésben teljesen egyetértünk *Scipiadesel*, aki 1926-ban a Budapesti Királyi Orvosegyesületben tartott előadásában ajánlotta, hogy a törvénybe ütköző bűnös manipulációk megakadályozása érdekében a gümőkór miatt a terhesség művi megszakítását csak erre felhatalmazott nyilvánossági jogú zárt intézetekben s még ezekben is csak ingyenesen lehessen végezni. Különböznél kívánatos volna gümőkóros terhesek részére külön terhesotthonokat felállítani. Minden olyan gümőkóros terhest, aki saját magánháztartásában nem tudja megtalálni azon egészségügyi, szociális és higiénés követelményeket, melyek a terhesség és a gümőkór kölcsönhatásából keletkező ártalmak megelőzésére, majd később megszüntetésére elenged-

hetetlenek, terhesothonokban kellene elhelyezni. Itt állandó orvosi megfigyelés és felügyelet alatt, kellő tisztasági és általános higiénés viszonyok mellett megfelelő ellátásban részesülhetnének és csökkent veszedelem mellett viselhetnék ki terhességüket.

Tudvalevő, hogy a gümőkór megelőzésében, a gümőkóros természetű megbetegedés kifejlődésének megakadályozásában és gyógyításában a szociális és gazdasági tényezők legalább akkora súlylyal esnek latba, — ha nem nagyobbal — mint az egészségügyiek. Bizonyos az is, hogy még a terhességet kiküszöbölő művi megszakítás indikációjának a felállításakor sem szorítkozhatunk csupári csak a szomatikus vizsgálat eredményeire,; mert még a jövő eseményeire vonatkozólag a prognózisunk felállításában is sokkal több Tbizonyossággal vehetjük számításba a szociális és gazdasági adottságoknak a gümőkóros terhesre való hatását, mint az előre nem láthatóan bekövetkező, vagy be nem következő exogen vagy endogen pathológiás befolyásokat. *Teleky* statisztikai megállapítására hivatkozunk, amely szerint Hamburgban az 1905—1910. években 10.000 lakosra számított gümőkórhalálozás a különböző jövedelmű néposztályok között a következőképen oszlott meg:

Évi jövedelem Márkában	the. halott	Évi jövedelem Márkában	the. halott
900—1200-ig	90.5	5000—10000-ig	12.6
1200—2000-ig	42.5	10000—25000-ig	7.4
2000—3500-ig	22.7	25000—50000-ig	5.5
3500—5000-ig	20.8	50000-en felül	—

De ugyanezt mutatják a wieni adatok s ezt bizonyítják *Bertilon* párisi adatai is.

Ajánlatos volna tehát addig is, míg a gümőkórosok részére szolgáló speciális terhesothonokat fel lehet állítani, a *gümőkóros terheseket szanatóriumokban elhelyezni, hogy ott viseljék ki terhességüket.*

A terhesség végét jelentő *szülés*, amelynek idő előtti bekövetkezte inkább csak a gümőkór súlyosabb eseteiben fordul elő, a védelmi munka újabb etappját jelenti. A gümőkór és a szülés kölcsönhatását tekintetbe vették mindazok a szerzők, akik a terhesség és a gümőkór egymáshoz való viszonyának kérdésével foglalkoztak, illetve e kérdésben állást foglaltak. Egyrészüik veszedelmesnek tartja a szülést, mert a gümőkóros állapotát rontja; másrészüik ellenkező álláspontot foglal el s a terhesség megszakítását ebből a szempontból sem tartja indikálnak. Véleményünk szerint a szülés mint vér-, illetve hosszabb ideig tartó nedvvesztéséget előidéző folyamat, mely néhány napig csökkent táplálékfelvétellel is jár, mindenesetre az ellenállóképesség átmeneti csökkenésére vezethet. Így progrediáló tendenciájú folyamatoknál okvetlenül rosszabbodást jelent. Ezért anyavédelmi szempontból a gümőkóros szülönők részére a szülészeti klinikákon és szülőintézetekben külön osztályokat kellene létesíteni, hogy e betegek állandó orvosi felügyeletben, külön elbánásban és

valamint az azt követő napokban. Ezen roborálás alatt nemcsak koncentrált táplálást, hanem a modern gyógyászati tudomány minden segédeszközének igénybevételét is értjük.

Az intézeten kívül és az intézeten belül történő szülések arányát vizsgálva azt találjuk, hogy a fővárosban a szüléseknek körülbelül 80%-a intézetben folyik le; viszont a vidéken, ahol nincs is elegendő szülőágy, az évente mintegy 190.000-re tehető születésnek csak töredéke folyik le szülőintézetben. Ha ezen az állapoton máról-holnapra segíteni nem is lehet, mégis lehetővé kellene tenni, hogy legalább a *gümőkóros szülők minden esetben intézeti elhelyezést nyerhessenek*. Ma már az Országos Stefánia Szövetségnek az ország különböző pontjain 11 szülőintézete működik. Eltekintve az anyavédelmi szervezet ezen szülőintézeteitől, melyeknek egy része csekély férőhelye folytán nagy általánosságban gümőkóros terhesek és szülők ellátására nem alkalmas, lehetőleg minden klinikán, szülőintézetben és kórházi szülőosztályon néhány ágyat kellene gümőkóros szülők részére fenntartani. A gümőkórosok részére fenntartott ágyakra az illető intézet nemcsak működési helyéről, hanem annak környékéről is köteles volna a szükség esetén oda beutaltakat felvenni.

A szülést követő időszak: *a gyermekágy*, a szaporodás folyamatának ma már tulajdonképpen különösen a nagyközönség körében, nem eléggé értékelt és félt, veszedelmes része. Ez az időszak, melyet a továbbiakban inkább *involucios* szak-nak nevezünk, tulajdonképpen 6 hétig tart. Mostanában azonban a szülőnőket 6—10 nappal szülésük után elbocsátják a szülőintézetből és jótanácsokkal ellátva, magukra hagyják. Pedig a gümőkór szempontjából ez az *involucios* szak *a legveszedelmesebb*. Lindhagen, Sternberg, Liebermeister, Runge, Pankow figyelmeztettek a gyermekágyak gümőkór súlyosbító hatására s minden gyakorlati tapasztalat is azt mutatja, hogy a magzatukat kihordó és megszült gümőkórosok állapotában a *rosszabbodás leggyakrabban ezen involució időszakban szokott bekövetkezni*. Hogy ezt vájjon, az egész terhesség által igénybevett szervezet ellentállóképességének lecsökkenése okozza, amit esetleg a még haemopto.ét is kiváltani tudó szülőfájdalmak s a szülés fiziológiás-vér- és a gyermekágy nedvvesztesége csak elősegítenek, vagy más, a szervezetben a terhesség és szüléssel kapcsolatban végbement immunbiológiai változások, az lehet kérdéses, de a való tényen semmit sem változtat. Mint ahogy nem változtathat ezen a megállapításon az a gyakorlati tapasztalat sem, hogy a folyamat progredienciájának első jele: a lázas állapot, hol az involucios szak elején, hol a végén szokott bekövetkezni. Egy bizonyos! És ez az, hogy a terhesség alatt, igen nagy mértékben igénybe vett szervezet, mely még saját testanyagának rovására is hajlandó mindenben elősegíteni méhmagzatának fejlődését, a szülés és annak kísérő következményei által feltételezett nagy erőpróba után az involucios szakban van legjobban elfoglalva saját maga reparálásával, a restitutio ad integrum megvalósításával. Természetes, hogy ha a kérdéses szervezet ebben az időszakban nem fordíthatja minden erejét a maga status quo-jának a visszaállítására, hanem egy részét gümőkórja ellen kell harcba

vesse, előbb-utóbb elbukik s inaktív folyamata aktívvá válik, aminek első klinikai tüneteként *a láz jelentkezik*. Ha a láz még az involúciós szak elején, zárt intézetben lépett fel, akkor még meg van a lehetőség, hogy eredményes beavatkozás történhessék, mivel a szülész és belorvos vállvetve kutatja a láz okát. Hogyha azonban a láz a szülőintézetben kívül, a gyermekágyas magánháztartásában jelentkezik, különösen az involúciós szak vége felé, ezt rendszerint csak a szülés okozta legyengülésnek tulajdonítják és gyakran, mire a lázas aszszony orvoshoz jut és megfelelő intézetbe kerül, megkészik a segítség.

Anyavédelmi szempontból tehát igen fontos volna, hogy a gümőkóros szülönők a szülésüket követő kb. 6 hétre tehető *involúciós szak* egész idejét zárt intézetben töltsék el, állandó orvosi felügyelet alatt álljanak és ezen időszakban a veszélyek miatt folytatólagos roborálásban részesüljenek. Ez különben technikailag kétféleképpen volna lehetséges. Vagy úgy, hogy a szülőintézetek a gümőkóros szülönőket vagy a gümőkórra gyanúsakat nem bocsátják el a szülésüket követő 6—10 nap elmúltával, hanem újszülöttjükkel, illetve csecsemőjükkel együtt — a későbbiekben ismertetett kautélák mellett — továbbra is ott tartják; vagy — ha ennek lokális akadályai volnának — olyképen, hogy a gümőkóros gyermekágyasok részére külön anyaotthonok, esetleg tüdőbeteg-szanatóriumi dépendance-ok állíthatnának fel és az involúciós szak leteltéig itt helyeznék el őket.

Ismételten élesen kiemeljük, hogy a gümőkór elleni küzdelem és anyavédelem összekapcsolódásának legfontosabb momentuma éppen az involúciós szakban való együttműködés.

Tudomásunk szerint Magyarországon a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem Tóth professzor igazgatása alatt álló II. számú szülészeti klinikája rendszeresített néhány évvel ezelőtt először a terhesek részére szolgáló rendszeres gyógyító állomást. Itt vezették be először azt, hogy a klinikáról elbocsátott gyermekágyasokat időnként ellenőrzésre berendelik s általános egészségi állapotuk megállapítása után újabb és újabb útmutatásokat adnak. Ma már több klinika és kórházi szülőosztály is követte ezt a példát, az Országos Stefánia Szövetség pedig az 1931. év folyamán 88.974 csecsemőnek gondozásba vétele mellett védelmi körzeteinek területén 75.898 gyermekágyast látogatott meg védőnői útján. Ha a mai rendkívül nehéz gazdasági viszonyok nem is engedik meg azt, hogy a gümőkóros terhesek s az involúciós szakban lévő fiatal anyák megfelelő zárt intézetekben nyerjenek kellő időre elhelyezést, mégis az anyavédelmi és a gümőkór elleni szervezetek munkájának szoros egybekapcsolódásával meg lehetne valósítani a szülészeti, nőgyógyászati és belgyógyászati szempontokból annyira szükséges rendszeres párhuzamos megfigyelést.

Anyavédelmi szempontból még a szoptatás kérdésére kell rávilágítanunk. A szoptatás rendezése egyébként integráns része a csecsemővédelmi munka törekvésének is, mely a csecsemő helyes táplálékának a biztosítására irányul.

Virchow már 1670-ben megállapította, hogy a szoptatás igen könnyen oka lehet a phtisis halálos kimenetelének. 1799-ben azonban *Portai*, később *Röser* és *Hellinger*, majd *Schlossmann*, *Deutsch*, *Nög-*

gerath és *Jaschke* azon álláspontjuknak adtak kifejezést, hogy a szoptatás az anya gümőkórjának progrediálása szempontjából nem jelent akkora veszedelmet, mint azt *Virchow* gondolta. Ha magunk is ezen optimista felfogáshoz csatlakozunk, a gyakorlati tapasztalatok szerint még sem tagadhatjuk, hogy hosszú ideig tartó szoptatás a lappangó vagy éppen megnyugodni akaró gümős folyamatot nem egyszer fellobbanthatja. Éppen ezért a gümőkóros anya szoptatási engedélyének megadásában vagy megtagadásában a leginviduálisabb tényezők meghatározta szempontok szerint kell eljárni. Általános szabályként egyelőre csak azt mondhatjuk ki, hogy *nyűt folyamatban szenvedő anyának eleve megtiltjuk a szoptatást nemcsak a maga, hanem gyermeke érdekében is*. Inaktív, zárt folyamatokban viszont ideiglenesen az első 6—8 hétre szívesen engedélyezzük a szoptatást, hogy ebben a leginkább veszélyes korai szakban a csecsemőt a mesterséges táplálás jelentette veszélyektől megóvhassuk és az anyai szervezetnek a szoptatástól feltételezett normális involúcióját biztosíthassuk. Természetes, hogy ezekben az esetekben a szoptató gümőkóros anya rendszeres orvosi megfigyelésére van szükség. Ha az orvosi megfigyelés azt eredményezné, hogy a szoptatás az anya betegségére kedvezőtlen hatással van, az újszülöttre legveszedelmesebb 14—21 nap eltelte után megkezdhetjük a hozzátáplálást. *Minden egyéb állítással szemben e helyen is hangsúlyozni óhajtiuk, hogy a szoptatást a csecsemő részéről egyedül csak az kontraindikálja, ha az anya nyílt folyamatban szenved.*

II.

A csecsemővédelem és a gümőkór elleni küzdelem.

A csecsemővédelem és a gümőkór elleni küzdelem szervei közötti együttműködés célja megvédeni az új generációt a gümős fertőzéstől és ha a fertőzés minden védekezés ellenére mégis bekövetkezett volna, alkalmassá tenni a csecsemő rezisztenciáját a kór leküzdésére.

Mielőtt tárgyalnánk a kérdést, miképpen érhetjük el az új generáció gümőkórmentességét, elsősorban is azt kell tisztázni, hogy:

1. lehetséges-e a fogamzásban résztvevő petesejt vagy ondószál gümöbaciussal való fertőzöttsége? (germinális fertőzés) és

2. fertőződhetik-e gümőkórral a magzat a terhesség alatt az intrauterin életben? (piacentaris fertőzés)

Virchow hangsúlyozta először, hogy hosszú kórbonctani működése folyamán, soha bizonyosan beigazolható veleszületett gümőkórt nem látott. Később, a XIX. század végén *Kuss* állította fel elméletét, amely szerint a csecsemő és kisgyermek gümőkórja sohasem keletkezik az intrauterin életben, hanem mindig extrauterin szerzett fertőzés következtében. Ezt az álláspontot képviselték: *Comby*, *Léon Bernard*, *Debré*, *La plane*, *Bernkeim*, *Schlossmann* továbbá *Epstein* és *Mercier* is. Ezzel szemben *Baumgarten* 1892-ben publikálta azt a nézetét, hogy a gümőkór típusosán veleszületett megbetegedés. Bár elméletének főleg a németek között alig akadt köve-

tője és csak a francia *Hutinel* és *Landouzy* állottak melléje, mégis é theoríáját még 1924-ben is fenntartotta és élesen védelmezte.

Úgy hisszük a helyes álláspont végeredményben a felfogások két véglete között van. Ha tekintetbe vesszük, hogy már a XIX. század közepén és azóta is a legutolsó időkig (*Charm, Cornet, Pehu* és *Calier, Withmann* és *Green, Scheer* stb.) közöltek bizonyosan megállapítható veleszületett gümőkór eseteket, fel kell tennünk, hogy veleszületett gümőkór újszülötteknél és csecsemőknél is előfordulhat, de oly ritkán, hogy az gyakorlati szempontból számításba sem jöhet.

A *Pirguet-féle* cutanreakció széleskörű gyakorlati alkalmazásával sokkal könnyebbé vált az újszülöttek és csecsemők fertőzöttségének a megállapítása. E reakció segítségével szerzett saját tapasztalataink is azt mutatják, hogy a veleszületett gümőkórt gyakorlati szempontból elhanyagolhatjuk. Az utóbbi évek folyamán ugyanis sok ezer újszülöttön és csecsemőn többször megismételt és pontosan megfigyelt cutanreakciók mind negatív eredménnyel végződtek.

Még azokban az esetekben is, amelyekben veleszületett gümőkórról lehetett szó, *Cornet* és mások vizsgálatai alapján feltételezhetjük, hogy ezek nem *germinatív* úton jöttek létre. Embernél, *legalább is egyelőre, a fertőzés keletkezésének ilyen módjait még nem lehetett bizonyítani.* Hogy mégis milyen úton jöhetnek létre a ritkán, de mégis előforduló veleszületett fertőzések, arra *Schmiedt, Schrumpf, Westendörffer, Sitzerfrei, Runge, Schmorl, Geipel, Lehmann* közleményeiből következtethetünk. Ezek a közlemények a decíduában, a placentában és a magzatvízben kimutatott gümős góccokról, illetve Koch-bacilusokról szólnak. Igen sok szerzőt sorolhatnánk fel, akik a hypohezisek sorozatával igyekeztek megmagyarázni és bebizonyítani, hogyan kerül a fertőzés az anyai szervezetből a magzatéba. Végeredményben mindből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az emberiséget nagymértékben pusztító egyik legnagyobb népbetegség fertőzési lehetőségei között *a szülés előtt intrauterin keletkező fertőzéseknek csak igen csekély, gyakorlatilag elhanyagolható jelentősége van.*

Ezen alapvető megállapítások jelölik ki elsősorban a csecsemővédelmi munka és a gümőkór elleni küzdelem kapcsolatának kiinduló pontját. Másrészt éppen ezek a megállapítások teszik a csecsemő- és kisgyermek-gümőkór elleni küzdelem megoldását annyira nehézé.

Szemben ezzel, meg kell említenünk, hogy az anya- és csecsemővédelemnek a praeventív egészségügy más munkaterületeivel való együttműködései közül az annyira fontos szifilisz elleni küzdelemben való bekapcsolódás és együttműködés módozatai már úgyszólván teljesen ki vannak alakulva és ezeknek alapján a veleszületett szifilisz elleni küzdelem ma már jóval könnyebb és eredménydúsabb feladat, mint a csecsemő- vagy kisednépességnek a csaknem mindig az extrauterin életben szerzett tuberkulózis fertőzéstől való megvédése. A veleszületett szifilisz elleni küzdelem eredményei jók. mert tudjuk, hogy a terhesség alatt folytatott erélyes salvarsankezelés, ha az a terhesség kellő időpontjában megkezdődhetett és kellő

intenzitással volt lefolytatható, csaknem bizonyosan praeveniál azoknak a jelenségeknek, amelyeket az anya szifiliszé különben az elvetélések, halvaszületések, koraszülések és veleszületett életgyengeségben szenvedő szifiliszés újszülöttek kórformáiban produkál. Az anyavédelmi munka feladata a szifiliszés terhéseket idejében felkutatni, azokat erélygyógykezelés céljából illetékes helyre utasítani és állandó ellenőrző munkájával meggyőződni arról, hogy az antilueszes kezelés rendszeresen és folytatódólagosan megtörtént-e. Itt a csecsemővédelemre csak az a feladat hárul, hogy az ilyen gyógykezelés után világra került újszülötteket egész csecsemőkoruk folyamán megfigyelje. Ebben a munkában, ellentétben a gümőkórral, úgyszólván kizárólag intrauterin fertőzés ellen küzdünk, amely azonban az anya megfelelő gyógykezelésével egy csapásra elintézhető. Ezzel szemben a csecsemő és kisgyermek gümőkórja az extrauterin életben, exogen infekciók útján létrejövő, szerzett (aquirált) megbetegedés. Mennyivel nehezebb feladat tehát élő egyedeket megóvni olyan külső fertőzésektől, amelyeknek kórokozói környezetüknek épp oly állandó és szorosan együttélő tagjai, mint akár a családtagok.

A fertőző ágens veszedelmét már ismerjük! További kérdés azonban, hogy nem mutatkozik-e különbség a gümőkóros és nem gümőkóros talajból származott szervezet extrauterin fertőzési lehetőségében? Vájjon nem mutat-e egyik szervezet a másikénál nagyobb affinitást arra a fertőzésre, amelytől éppen megvédeni igyekszünk még akkor is, ha semmiféle pathológiás tünet erre nem mutat.

Ezzel eljutottunk a *dispositio* kérdéséhez. *Hamburger* a *dispositio* fogalmát így definiálja: „Alle diejenigen Eigenschaften topographischer sowie besonders biochemischer Natur, welche den Menschen sozusagen zwingen, auf die Anwesenheit eines bestimmt gearteten Kleinwesens irgendwie zu antworten, nennen wir in ihrer Gesamtheit Veranlagung. (Disposition)*

Ezek szerint a gümőkórra való *dispositio* azt jelenti, hogy élő gümőkórbacillusok behatására az emberi szervezet képes gümős szövetet termelni és ezzel egyidejűleg benne tuberkulinérzékenység is keletkezik. Miután pedig ez a képessége minden emberi szervezetnek megvan, azt mondhatjuk, hogy az *emberi nem gümőkórdispositiója obligát*. Ezt bizonyítja az is, hogy az emberiség legnagyobb része tuberkulinra positive reagál.

Ha pedig valamely szervezetnek és valamilyen fertőzésnek egymáshoz való viszonyát akarjuk vizsgálni, akkor nem elegendő csak a kórokozót ismerni, hanem teljesen tisztában kell lenni az eredményt meghatározó másik faktorról: a *dispositió*val is. A gümőkóros fertőzésre való *dispositio* azonban nem jelenti egyúttal a gümőkóros *megbetegedésekre* való hajlamot is. *Pollak* pl. 285 gümős fertőzésnek kitett gyermeket vizsgált és figyelt meg és azt tapasztalta, hogy bár bizonyos idő elmúltával a gyermekek 98 százaléka pozitív tuberkulin reakciót adott, mégsem betegedtek meg mindannyian, hanem

* „Mindazon topográfiai és főleg biochemiai tulajdonságok összességét? melyek úgyszólván arra kényszerítik az embert, hogy egy különleges mikroszko” pikus lény jelenlétére valamiképpen feleljen: hajlamnak (*dispositio*) nevezzük”.

az 1. életévben inficiáltak közül egészséges maradt 3.4%;

a 2. életévben inficiáltak közül egészséges maradt 20.0%;

a 3—4. életévben inficiáltak közül egészséges maradt 50.0%.

Ez tehát azt bizonyítja, hogy a *gümős megbetegedésre való hajlam* a kor növekedésével párhuzamosan csökken, *illetve a gümős megbetegedésekkel szemben való resistencia a kor előrehaladtával nő*. Tehát ismét ahhoz a kérdéshez jutottunk, hogy az egész emberiség obligát gümős dispositióján felül, gümőkóros szülők gyermekeinek van-e még valamelyes plus *dispositiójuk a gümőkóros megbetegedésekkel szemben?* Vagy legalábbis csökkent értékűek-e az ilyen terheltséggel világra jövők annyira, hogy az obligát dispositio következtében őket érő fertőzések könnyebben elhatalmasodnak és győzedelmeskednek rajtuk, mint más — gümőkór szempontjából semilyen múlttal nem rendelkező — gyermekek felett?

Grosser, Ohlen, Czerny, Hayek, Kleinschmidt, Müller, Schiff, Simon, Redeker vizsgálatai azt mutatják, hogy semmi olyan normál vagy pathológiás tünetünk vagy külső jelünk nincs, amely azt mutatná, hogy a gümőkóros anyák vagy szülők gyermekei disponátabbak volnának a gümős megbetegedésekre. Sőt *Lacomme-Couvelaire* megfigyelései még azt is bebizonyították, hogy elég súlyosan gümőkóros anyák csecsemőinek az első életévben való fejlődése semmiben sem marad a teljesen egészséges anyák csecsemőei mögött. Nyitva marad hát a kérdés, hogy miért lesznek gümőkórosak, mégis leginkább az ilyen szülők gyermekei? Erre könnyen megfelelhetünk azzal, hogy inkább ki vannak téve az endem családi infekciónak.

De nézzük most már tulajdonképpen hogyan állunk a csecsemő- és kisgyermekkor gümős fertőzöttségével?

Vizsgált csecsemők kora	Hamburger Wien		Ganghoffer Prag		Calmette Lille		Saját Budapest	
	Esetek száma	Tuberkulin + %	Esetek száma	Tuberkulin + %	Esetek száma	Tuberkulin + %	Esetek száma	Tuberkulin + %
0—1 éves	23	0	70	8.6	70	8.6	885	0.79
1—2 éves	46	9	56	12	33	28.4	129	14.4
3—4 éves	131	27	97	27	—	—	18	27.8

E táblázat adatai meglehetősen nagy eltéréseket mutatnak, amit véleményünk szerint nemcsak a vizsgálatok számában mutatkozó nagy különbségek, hanem minden bizonnyal lokális tényezők is okoznak. Egyet azonban minden megfigyelés egyformán mutat, azt, hogy az 1—2, illetve 3—4 éves kisdetek tuberkulinérzékenységszámában növekedő tendenciájú és sokszorosan gyakoribb az 1 éven aluli „csecsemőkénél”, ami újabb bizonyítékképpen szolgálhat a gümős megbetegedések extrauterin akvirálása mellett.

De saját anyagunk korszerinti megoszlásának tekintetbevételével a vizsgáltak tuberkulinérzékenységének és az egyes megfigyelték anamnesisének összevetéséből következtetéseket vonhatunk le a dispositio és a fertőzés korok szerint való viszonyára is.

KOR	H ó n a p o s												1	2	Ösz- sze- sen
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII	IX.	X.	XI.	XII	éves		
Vizsgált összesen	340	173	88	38	33	27	22	20	21	17	11	13	803	80	883
Tbc. az anamne- sisben	35	29	15	7	9	8	3	4	3	0	4	3	120	13	137
Pirquet +	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	7	9

Ezen adatokból kitűnik, hogy az ebben a csoportban vizsgált csecsemők 14.9 %-os gümőkóros anamnesisével szemben a tuberkulinreakció csak 0.2%-nál volt pozitív és hogy a 2 évesek korcsoportjában is ez az arány: 16.2: 8'7.

Mindezek szerint az újszülöttnek és csecsemőnek gümőkórmentesítése szempontjából *a legelső és legfontosabb postulatum, hogy életének első percétől kezdve megóvjuk attól a gümős fertőzéstől, amelyre a priori obligát dispositioja van. (Expositio prophylaxis.)* A csecsemővédelem legszigorúbb irányelveit tartva szem előtt, erre csak egyetlenegy abszolút megoldási mód van: a fertőző forrástól, az adott esetben tehát az anyától való legteljesebb elkülönítés az élet első percétől kezdve. A további kérdés már most az, vajjon szükség van-e a gümőkór „minden” stádiumában lévő anyát újszülöttjétől elkülöníteni? Szigorúan véve a dolgot, erre csak azt válaszolhatnánk, hogy szükség van erre mindazokban az esetekben, amelyekben az anyát terhessége óta „gümőkóros”-nak tekintettük és az egész szaporodási folyamat alatt ilyenként kezeltük. Míután azonban az anya és gyermek hirtelen és tartós elszakítása sem az anya, sem pedig az újszülött vagy csecsemő szempontjából nem olyan egyszerű és ez mindkettőre nézve káros következményekkel is járhat, az anya- és csecsemővédelem gyakorlati szempontjaiból az előbb tisztán teoretikusan felfogott merev” szabályt a következőképpen módosíthatjuk:

1. Nyílt folyamatban szenvedő anyát gyermekétől azonnal el kell különíteni, mert azt az első percétől kezdve állandó és folytatódólagos fertőzéssel veszélyezteti.

2. Inaktív, zárt folyamatoknál a teljes elkülönítés mellőzhető és meg lehet engedni, hogy bizonyos kautélák (száj-orrkosár, legkényesebb tisztasági rendszabályok betartása; állandó szellőztetés; higiénikus, fertőzést nem közvetítő szobaberendezés, amely mindig könnyen tisztán tartható; köpöcsészehasználat; csókolgatási tilalom stb., stb.) szigorú betartása mellett — elsősorban a szoptatási idők-

ben — az anya újszülöttjével vagy fiatal csecsemőjével együtt legyen.

Ha az anya állapota az involúciós szak és a szoptatás tartama alatt nem mutat rosszabbodást, könnyíthetünk a rendszabályokon és fokozhatjuk az együttartózkodási idő tartamát.

A mai viszonyok mellett ezek a rendszabályok amúgy is csak igen nehezen vihetők keresztül, de viszont ennek megfelelően nem is kerülhetők el a familiáris infekciók sem. Ha helyesen keresztülvitt gümőkór elleni anyavédelem mellett biztosítva lesz az arra rászoruló intézeti elhelyezése a szülésüket követő involúciós szakban, megvalósítható lesz az is, hogy az anyák és gyermekeik külön-külön termekben elhelyezve, csak a szoptatás ideje alatt találkozzanak. Ez különben egyes külföldi szülészeti klinikákon már a normál gyermekágyasok körében is rendszeresített állapot. Ezt a rendszert követi az Országos Stefánia Szövetség is, mikor minden egyes anyaotthonában külön teremben helyezi el a csecsemőket és az anyák csecsemőikkel csupán csak a szoptatás ideje alatt foglalkozhatnak. Egyedül csak így valósítható meg a csecsemővédelem és a gümőkór elleni küzdelem *első és alapvető közös feladata: az expositiós prophylaxis*, a fertőzéstől való védelem, az újszülött kortól kezdve az egész csecsemőkoron át.

A továbbiakban lássuk, hogyan alakulnak a csecsemő helyes táplálásával szemben támasztott és csecsemővédelmi szempontból igen fontos követelményeink a szoptatásra vonatkozólag akkor, amidőn az újszülöttet elkülönítjük az édesanyjától. Közvetíthet-e tuberkulózisos fertőzést a női tej? *Noeggerath, Jamada, Kurashije, Günsburg* találtak Koch-bacilust a női tejben — viszont *Schlossmann, Rabinowitsch, Físchl* és mások még súlyos phtisikák tejében sem tudták a gümöbacilust kimutatni. A gyakorlat is azt mutatja, hogy a női tej nem lehet — legalább is számbavehető módon nem — gümős fertőzések közvetítője, annak ellenére, hogy ilyenre az emlős állatok közt van példa. Ezen az alapon tehát semmiesetre sem lehet kontraindikálni a szoptatást és ha feltételezzük, hogy a gümőkóros anya teje valóban nem közvetíthet fertőzést, akkor akár a szülőintézetekben, akár az anyaotthonokban elhelyezett gümőkóros anyák csecsemői nyugodtan fogyaszthatják azt a tejet, amelyet akár saját édesanyjuktól, akár az ott elhelyezett más anyáktól szopnak vagy lefejve kapnak. Itt domborodik ki élesen ezeknek az — nevezük — *involúciós otthonoknak* az anya- és csecsemővédelmi szempontból egyaránt nagy jelentősége. Ezek volnának a nagy elosztóhelyek, amelyekből a hathetes involúciós szakot baj nélkül átélt anyák megfelelő egészségügyi kitanítás után gyermekükkel együtt magánháztartásukba hazakerülnének, hogy a továbbiakban a csecsemővédelmi és tüdőbeteg gondozó munka nyílt rendszerében működő intézmények felügyeletét élvezhessék. Az involúciós szakban rosszabbodást mutató anyák pedig mindjárt tüdőbeteg-szanatóriumokba vagy más gyógyintézetekbe kerülhetnének, míg az így anyjuktól megfosztott csecsemők tovább is az otthon csecsemőosztályán maradhatnának és nekik az otthon anyáinak tejjel biztosíthatnánk a természetes táplálás áldásait.

Csecsemővédelmi szempontból tehát meg kell kívánni, hogy a gümőkóros anyák újszülöttjei és csecsemői megkapják legalább is életük első heteiben a nőitejet, Ez bizonyos mértékig védelmi rendezésünk mai rendszerében is biztosítva van. Az Országos Stefánia Szövetség anya- és csecsemővédelmi szervezetében működő anyaotthonok csecsemőosztályán bizonyos számú csecsemőt anyja nélkül is el lehet helyezni. Ezen csecsemők az ugyanott elhelyezett anyák főlöslleges tejéből kapják a szükséges nőitej-mennyiséget.

Az expositiós prophylaxis feladatai azonban nem merülhetnek M csak abban, hogy az újszülöttet, csecsemőt és kisgyermeket a családon belüli fertőzés lehetőségeitől megóvják, illetőleg, hogy az elkerülhetetlenül bekövetkező fertőzéseket a lehető legkésőbbi időpontra kitolják. A családtagokon kívül veszélyeztethetik a csecsemőt elsősorban is a csecsemőt gondozó idegen személyek (dajka, * száraz dajka, gyermekeleány, gondozónő, szobalány stb.), akik tehát akár a magánháztartásban, akár pedig valamely intézetben a gondozás feladatait ellátják. Ez a lehetőség követeli, hogy minden csecsemőt gondozó személyt, a magánháztartásokban éppúgy, mint az intézetekben, a tuberkulózis szempontjából meg kell vizsgálni. De ezen utóbbi helyeken orvosilag meg kell vizsgáltatni a személyzet mindazon tagjait is, akik a csecsemővel bármi módon érintkezésbe juthatnak (orvosok, gondozónők, takarító alkalmazottak, gazdasági alkalmazottak stb., stb.). Ha ezt elhanyagoljuk, ezek a csecsemők tömegeit megfertőzhetik. Miután pedig tudjuk, hogy a felnőtt is folytatólagosan fertőződhet, a személyzet orvosi vizsgálatát legalább kétévenként meg kell ismételni.

A csecsemők és kisgyermekesek gümőkór elleni praevenciójában még igen fontos annak eldöntése is, hogy hogyan és milyen úton történik a csecsemők és kisedek gümős fertőzése: hol jut be a kórokozó a szervezetbe? Bár a gümőkórral fertőzött csecsemők közül *Beitzke* szerint 8%-ban, *Ohlecker* szerint akár 10%-ban is bovin típusú fertőzéssel állunk szemben és a bovin fertőzéseknek a humán fertőzésekhez való arányát az angol gümőkórbizottság 17, az amerikai pedig 20—30%-ra teszi, mégis azt kell mondanunk, hogy a *csecsemő és kisedek gümőkóros fertőzésének forrása a bacillust ürítő felnőtt. A fertőzés módja pedig a Flügge-féle csöppfertőzés és a földön csúszó-mászó idősebb csecsemőknél és kisedeknél pedig a „Schmier-infekció”. A fertőzés közvetítője a bacillusokat tartalmazó köpet!*

Ezáltal az esetek túlnyomó részében a fertőzés behatolási kapuja a légutak felső nyílása. Első megtelepedési helye rendszerint a bronchus, illetve az acinus. Ez a primär komplexus előidézője.

Ezzel szemben csak elenyésző az enterális gümős fertőzések száma. Ezt inkább csak mesterségesen táplált csecsemőknél láthatjuk, akik ilyenkor a tehéntej révén rendszerint bovin kórokozóval fertőződnek. Minél inkább divatban van egyes vidékeken a forralatlan nyers tej fogyasztása, annál gyakoribb a bovin intestinalis fertőzés/De találkozunk olyan esetekkel is, amelyekben egyidőben kapunk pozitív human és bovin tuberkulin reakciót.

A csecsemővédelem ideális céljai között szerepel a természetes táplálás minél nagyobb körű elterjesztése, hogy e megfelelő táplálék adagolásával a csecsemők maximális resistenciáját biztosítani lehessen. A gümőkór elleni küzdelemmel együttműködés méginkább erre sarkal, mert így automaticæ ki lehet kapcsolni az intestinalis fertőzéseket.

Az expositiós prophylaxis, a propaganda, tanítómunka, a iakás-higiéne, a szociális és anyagi segélyezés révén igyekszik megvédeni az újszülöttet, csecsemőt és kisedet a gümös fertőzéstől. Hogyha azonban a fertőzés mégis megtörtént, a további teendők már a *dispositiós prophylaxisra hárulnak*. Ennek a feladata megakadályozni, hogy a gümös fertőzésből ne legyen gümös megbetegedés és hogy — az esetleg már egyszer előfordult — gümös megbetegedés meggyógyuljon, továbbá, hogy a superinfekciók megelőztessenek.

A gümös megbetegedésben szenvedő csecsemőt úgyszólván elveszítettnek tekinthetjük. Miután azonban a gümös fertőzöttség nem egyenlő a gümös megbetegedéssel, nem jelenti ez azt, hogy minden tuberkulinpositív csecsemőt elveszítettnek tekintünk. A csecsemőt csak akkor kell elveszítettnek tekinteni, ha tuberkulin positivitása mellett valamely szervében kimutatható gümös megbetegedése is van. *Dora Mantoux* és *Marfan* az első félévben fertőzött csecsemők mortalitását 75%-ra, a második félévben fertőzöttekét 54%-ra, a harmadik félévben fertőzött kisedét 40%-ra és végül a negyedik félévben fertőzöttekét 28%-ra teszik. *Lemaire* az első félévben fertőzött csecsemők mortalitását szintén 75%-nak találta, míg *Nassau* és *Zweig* az első évnegyed gümőkór halálózását 100% -ban, a második évnegyedét 87.5%-ban határozták meg és az élet második félévében fertőzöttek halálózását is még 61.5%-nak látják. Ezek a statisztikai megállapítások mind azt bizonyítják, hogy különösen a[^], első félévben fertőzött csecsemők prognózisa infaust. Itt tehát a dispositiós prophylaxis nem sokat tehet.

Nagyjelentőségű munkát végezhet azonban a dispositiós prophylaxis a 2. életévtől kezdve. Ettől az időponttól kezdve az először fertőzött kisgyermek mortalitási kilátásai már javulnak és nagyobb s a korrallal mindinkább fokozódik — a gümőkór resistencia. (*Engel.*) Akkor már mind nagyobb a valószínűség, hogy a gümös infekció nem jelent minden esetben gümőkóros megbetegedést. Az ismétlődő infekciók elkerülésének alapja az *első infekció megtörténtének megállapítása*.

A gyakorlati tapasztalat azt mutatja, hogy a kisgyermekkorban előforduló gümös fertőzések egyrésze lefolyik anélkül, hogy pontosabb megfigyelések hijján bármily szembeötlő tünetet megállapíthatnánk. Nem tarthatjuk ezért elegendőnek az anya- és csecsemővédőintézetek orvosi tanácsadásain bemutatott 0—3 éves újszülöttek, csecsemők és kisedek nagyobb időközökben megismétlődő klinikai vizsgálatát, hogy csak ebből gümös fertőzöttségekre következtessünk. Ellenben ezenfelül még *szükségesnek tartanánk az anya- és csecsemővédő intézetekben rendszeresen bemutatásra kerülő egészséges csecsemők és kisedek tuberkulin érzékenységének féléven-*

ként ismétlődő rendszeres vizsgálatát humán és bovin tuberkulin iránt egyaránt.

Amikor a tuberkulin reakció először pozitívva válik, a védenc kikerül az expositiós prophylaxis gondozása alól és bekertilta dispositiós prophylaxis útján gondozottak csoportjába. Miután gyakorlati értelemben utópiának kell tekintenünk a lehetőséget, hogy a már egyszer fertőzött kisedet hermetice elzárjuk minden fertőző forrástól, most már arra kell törekednünk, hogy folytatólagos megfigyeléssel kellő időben megállapíthassuk azt az időpontot, amelyben a gyermeket ért superinfekció kezd a szervezettel felvett küzdelemben elhatalmasodni. Mindezt csak azért, hogy kellő időben beavatkozhasunk.

Nem tartozik tárgyunk körébe az ilyen esetekben alkalmazandó therápia mikéntjének részletes megbeszélése. De nem hallgathatjuk el, hogy a specifikus therápiának a kised- és gyermekkorban — nem is beszélve a csecsemőkorról — nem nagy az alkalmazási lehetősége. Inkább a pneumothorax kezelésnek jószolunk ezen a téren nagyobb jövőt és több eredményt.

Az utóbbi években mindinkább előtérbe nyomul az újszülöttek gümőkór elleni immunisálásának kérdése. Mint oly gyakran, ebben a kérdésben is egy francia front áll szemben a német táborral. A francia Calmette nevéhez fűződik a tuberkulózis ellen való immunisálás kérdése. Vájjon felfogása győzni fog-e, ezt ma még nem tudhatjuk.

Befejezésül sémásan ábrázoljuk az anya- és csecsemővédelem, valamint a gümőkór elleni küzdelem szervezeteiben működő intézmények munkájának szoros kapcsolatait, hogy ezzel is az elmondottaknak mintegy rövid összefoglalását adjuk.