

A GYERMEKKORI TÜDŐGÜMŐKÓR ÉS A SZOCIÁLIS BIZTOSÍTÁS

ÍRTA:
ROHRBÖCK FERENC

AMABI az 1942 évben tagjainak betegség esetére szóló ellátásán kívül tervbe vette és jórészt meg is valósította azt a minden megbiztosító intézet előtt eszményként lebegő feladatot, hogy tagjait ne csak meggyógyítsa, ha betegek, hanem őket elsősorban a betegségektől óvja meg. Feladatának megoldására az ú. n. népbetegségek: a gümőkór és nemi betegségek ellen állította csatasorba erőit. A tagok ezrei jelennek meg a MABI szűrővizsgálatain, amelyeknek célja, hogy kiszűrje belőlük azokat, akik akár tüdőbetegek, akár e betegségekre hajlamosak és őket egyrészt meggyógyítani igyekeznek, másrészt esetleges fertőző állapotukban mind otthonukban, mind munkahelyükön a továbbfertőzéstől kikapcsolhassa. A biztosítottak maguk is láthatóan komolyan értékelik a MABI törekvését, mert olyan számmal jelennek meg a szűrővizsgálatokon, hogy a becsületos törekvés minden bizonnyal meghozza majd a komolyan értékelhető eredményeket is. Ám e vizsgálatok korántsem oldanak meg minden kérdést, mert a tagoknak családtagjaik is vannak, akik vagy állandóan a beteg környezetében élnek, vagy maguk a betegség csirahordozói. A vizsgálatok tehát csak akkor adhatnak kielégítő eredményt, ha azokat kiterjesztik a gyermekekre is. Ezért a MABI a gyermekek egészségügyi vizsgálatát a gyermekgyógyászati rendelésekre bízta. Itt szeretném lerögzíteni, hogy magam még jóval a híres Neuber-féle

gyermekegészségügyi vizsgálatok előtt tervbe vettem (akkor még a Stefánia-szövetség keretén belül, majd az iskolákra is kiterjesztve) az összes csecsemők és gyermekek gümőkórra vonatkozó vizsgálatát, de ez akkor nem sikerült, mert hiányzott a szülők beleegyezése. Amikor aztán a *Neuber-féle*, mindenre kiterjedő gyermekvizsgálatok fényesen igazolták e vizsgálatok szükségességét, új erőt és biztatást nyertem a jövőre és most már a MABI-rendelés keretein belül próbáltam keresztülvinni, hogy minden a rendelésre kerülő gyermek gümőkór-és luesfelderítő vizsgálat alá essék. Az első lépés az volt, hogy maguk a vizsgálatok bizonyos tervszerűség szerint végeztessenek s azok eredményei megfelelően le is legyenek rögzítve úgy, hogy bárki pillanatszerűen kaphasson arról a gyermekről, aki elébe kerül. Ennek keresztülvitelére szükségesnek láttam, minden elé kerülő gyermekről kartoték-lap felfektetését, amelyet a következőképpen állítottam össze:

(Lásd ábrát a következő lapon.)

Gyors áttekinthetőség végett a fiúknak és a lányoknak más-más színű a lapja (nálunk sárga és kék). A kartoték-lap első oldalán általános tájékoztató adatokat tartalmazó kérdések vannak, amelyekre részben aláhúzással, részben beírt válaszokkal lehet válaszolni. Az adatok elsősorban személyiek, továbbá a születésre vonatkozóak (születési súly, időreszületettség vagy koraszülöttség – utóbbi esetben hány hónapra). A lap a további-

T ₀		T ₁		T ₂											
Magánalkalmazottak Biztosító Intézete															
GYERMEKOSZTÁLY				Vénykönyv száma: _____											
A biztosított neve: _____		A gyermek neve: _____		Tagságát igazolta:											
Foglalkozás: _____		Kora: ____ év ____ hó. Születési súlya: _____		Kiallott fertőző betegségek:											
A munkaadó: _____		Időre született. Koraszülött ____ óra.		Mo : Pa : Pert: Va : Sc : Dy : Di : Ty : Pn :											
Eddigi tápl.: _____				Ab: term. művi.											
Lakásviszonyok		Lakás: ____ ker. _____-utca ____ sz. ____ em. ____ ajtó		Wa:											
Vidéken: _____-utca ____ sz. ____ em. ____ ajtó		Alápincézett van száraz nedves világos sötét		Pirquet:											
Terheltség, öröklődés		<table border="0"> <tr> <td>Elme</td> <td>Apa _____</td> <td rowspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>Anya _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tbc.</td> <td>Apa _____</td> <td rowspan="2"> VÉRCSOPORT Apa: Anya: Gyermek: </td> </tr> <tr> <td>Anya _____</td> <td></td> </tr> </table>		Elme	Apa _____		Anya _____		Tbc.	Apa _____	VÉRCSOPORT Apa: Anya: Gyermek:	Anya _____		V. a. s.	
Elme	Apa _____														
Anya _____															
Tbc.	Apa _____	VÉRCSOPORT Apa: Anya: Gyermek:													
Anya _____															
Testv.		Élő testvérek: _____ a betegség (miben halt meg): _____		Ts:											
Elhalt testvérek: _____				Th:											
Kórelőzmény															

akban az általános egészségügyi adatokra tér ki, különösen a terheltségekre (elme-, idegbaj, gümőkór) mégpedig mind az apai, mind az anyai ágra vonatkozóan, könnyen érzékelhető ábrába való beírás útján, aminek kiegészítő része a lap ugyanezen oldalán az erre vonatkozható és elvégzendő speciális vizsgálati eredmény (Pirquet, Wa. eredménye) és esetleg a szülők ilyen irányú adata (abortusok száma, minősége, szülő Wa.-ja). Különösen a gümőkór szempontjából igen fontos az előzetesen kiállott fertőző betegségek ismerete és annak ideje. Ezért a kartotéklapon a heveny fertőző betegségek kezdőbetűi vannak felsorolva. A megfelelő fertőző betegség kezdőbetűinek aláhúzásával jelezhető annak kiállása, az utána beírt évszámmal pedig annak ideje.

Külön rovat utal a testvérek számára, az elhalt testvérek halál-okára. Igen fontosnak tartottam az általános szociális egészségügyi adatok ismeretét is, így különösen a lakásviszonyokét. Ezért a személyi adatok alatt a lakásra vonatkozó részletes adatok kerülnek feljegyzésre. A szobák számának, fekvésének, a mellékhelyiségeknek feltüntetésére egy keresztátlókkal ellátott négyszög szolgál; annyi vonalat kell húzni a megfelelő égtáj kerületére vagy átlójára (utcai lakásnál a kerületre, udvari lakásnál az átlókra, és pedig a négy égtáj a négy oldalon jelezve lévén, a megfelelő oldalra), ahány szobából áll a lakás. A mellékhelyiségek a négyszög peremén vannak jelezve, s így a megfelelők bekarikázásával azok is könnyen és gyorsan érzé-

kelhetők. A lakásnégyyszög alatt lévő üres térbe az ott lakók száma kerül feljegyzésre, és pedig a felnötteket annyi karikával, a gyermekeket annyi ponttal jelezzük, ahány azoknak száma. Nem hangsúlyozhatom eléggé, mennyire fontos ez az általános tájékozódás és a gyors áttekinthetőség, különösen ott, ahol csak rövid percek állnak a vizsgáló orvos rendelkezésére. A kartotéklap alsó része az anamnézis felvételére szolgál, a hátsó oldal pedig a rövid de kurzus és terápia részére van fenntartva a jelentkezési dátumok esetről esetre való bejegyzésével. Az általam összeállított kartotéklapok most már közel hat év óta igen jól beváltak. Az egészségügyi kutató munkában ma szinte nélkülözhetetlen adatok vannak összegyűjtve, amelyeknek esetleg a gyermek jövője szempontjából is döntő fontosságuk lehet.

Az adatgyűjtő kartotéklapok bevezetésének első évére (1937) vonatkozó adatok a következőket mutatták:

1937-ben a MABI 1. sz. gyermekrendelésén összesen 2320 család jelentkezett gyermekeivel, és pedig 1338 fiú és 1310 leány, összesen 2648 gyermekkel. A gyermekek korszerinti megoszlása a következő volt:

0-1 év közötti	.....	359
1-4 év	.....	438
4-7 év	.....	578
7-14 év	.....	<u>1273</u>
Összesen:	.....	2648

A szülők foglalkozása szerint:

Tisztviselő volt:	827
Keresk. alkalm. „	340
Zenész „ ...	78
Egyéb „ ...	<u>1075</u>
Összesen:	2320

E 2320 család közül Budapesten lakott: 1897, vidéken (jórészt Pestkörnyéken) 423.

A lakás száraz volt	2287 családnál
Nedves volt	33
Utcai fekvésű volt:	899
Udvari fekvésű volt.....	1421
Alápincézett volt	2089
Alá nem pincézett volt	231

A 2320 család közül:

1 szobás lakása volt	96 családnak
1 szoba-konyhás volt	957 »
2 szoba-konyhás volt	220 »
3 szoba-konyhás volt	190 »
4 v. több szobás volt	37 »

A lakás komfortos (fürdőszoba, WC, előszoba) volt.....	97 lakásnál
A lakás félkomfortos (csak WC volt a lakásban) volt	876 „
Semmi komforttal nem rendelkezett (WC sem volt):	468 „

A lakások népesedési száma a felnőtteket és gyermekeket együtt véve a következő volt:

Egy lakásban 2 lakó	30 családnál
Egy lakásban 3 lakó	893 „
Egy lakásban 4 lakó	744 „
Egy lakásban 5 lakó	346 „
Egy lakásban 6 lakó	182 „
Egy lakásban 6-nál több lakó... 125 „	

A lakásviszonyokat összefoglalva azt látjuk, hogy túlnyomó többségben az egyszobás és az egyszoba-konyhás lakások szerepelnek, bár feltűnően jó, legalább is aránylagosan jó adatok mutatkoznak a lakások ú. n. komfortossága szempontjából, ami azt bizonyítja, hogy a MABI-tagok nagyobb része súlyt helyez az egészségügyi nagyobb kényelemre is, mert csak alig 20%-ban nincs a lakásban semmi komfort, így WC sem. Külön kiemelendőnek tartom, hogy az egy lakásban lakók száma aránylag alacsony.

A gyermekek különleges vizsgálatait az alábbi összeállítás adja:

Tbc-s terheltség kimutatható volt apai ágon 110 esetben, anyai ágon 167 esetben. Ideges terheltség apai ágon 35 esetben, anyai ágon 25 esetben, apai és anyai ágon közösen: 4 esetben.

A vizsgált 2648 gyermek közül a gümőkórra vonatkozólag Pirquet pozitív volt: 171 esetben. A röntgennel kimutatható elváltozásokat akkor négy csoportba osztottuk be:

Röntgen negatív volt:	1899
Iniciális elváltozások (+)	503
Kifejezett, de mérsékelt elváltozások	
(++)	227 793
Kifejezett és előrehaladottabb elváltozások (+++)	63

Evvel szemben klinikailag tbc-gyanús vagy kifejezett tünetek csak 593 esetben voltak.

Nem érdektelen a kiállott hevenyfertőző kórok ismerete.

Morbillit (kanyarót) kiállott	705
Scarlatinát (vörhenyt) kiállott	372
Pertussist (szamárköhögést) kiállott.....	524
Diptériát kiállott	191
Dysenteriát (vérhast) kiállott.....	5
Ty. abd.-t (hastífuszt) kiállott.....	16
Varicellát (bárányhimlőt) kiállott.....	516
Parotitist (fültömirigygyulladás) kiállott.....	27
Rubeolát kiállott.....	7
Pneumoniát (tüdőgyulladást) kiállott.....	79

Feltűnő a kanyarónak és a szamárköhögésnek nagy szereplése, mint amelyek a tbc előkészítésében nem kis szerepet játszanak. Ezeket joggal nevezhetjük népbetegségeknek, mert terjedésük elsősorban ott a legnagyobb, ahol a lakottsági viszonyok is rosszabbak, így a többgyermekes családoknál és a zsúfoltabb lakásokban. Ha ezekhez hozzávesszük a kaszárnyaszerű építkezések közös udvarait, játszótereit, akkor könnyen érthető lesz, különösen járványok idején, a gümős megbetegedések erős fellángolása. Amikor tehát népbetegségről beszélünk, sohasem hagyható figyelmen kívül a lakásviszonyok ismerete s ezért tartom rendkívül fontosnak a gyermekek egyéni lapjain a szociális viszonyoknak különös gonddal való felvételét és figyelemmel kísérését.

Lueszes terheltség kimutatható volt apai ágon 2 esetben, anyai ágon 70 esetben. Wassermann pos. volt: 11 gyermek, klinikailag manifest lues congenita 3 esetben. Érdekesek az abortusoknak erre vonatkozó számai. Bevallott művi abortus volt 225 esetben, míg természetes abortusról 261 esetben tettek említést.

*

Adataimat állandóan továbbgyűjtöttem és amikor az 1942 évben a MABI-ban bevezették a már említett szűrővizsgálatokat, s ezeknek keresztülvitelét a gyermekeknél a gyermekrendelésekre bízták, a már ismertetett adataink birtokában adagyűjtéseinket csak ki kellett egészíteni, illetőleg az idők változásának megfelelően módosítani. A gyer-

mekek átvizsgálása a következő alapelveken nyugszik. Minden gyermekgyógyászati vizsgálatra jelentkező gyermek kivétel nélkül az előadott panaszain kívül tbc- kivizsgáláson is keresztülesik. Ennek előfeltétele a már az előzőkben ismertetett adatgyűjtő kartotéklap igen pontos kitöltése. Különös súlyt helyezek a lakásviszonyok és népességviszonyok, nem különben a gümős és lueses öröklési viszonyok ismeretére. Ott, ahol a szülők valamelyike vagy mindkettőjük gümösbetegsége jut tudomásunkra, a gyermek vizsgálatával egyidejűleg utasítjuk a szülőt vagy szülőket, hogy a mi beutalásunkkal jelentkezzenek önmaguk is tüdővizsgálatra, s annak írásos eredményét hozzák vissza magukkal, hogy az a gyermek kartotéklapjára rávezetve, aláhúzáva, állandóan szem előtt legyen. Fordítva: a tüdőgondozónál betegnek talált szülőket is – gyermekeik kivizsgálása végett – utasíthatják a gyermekrendelésen való megjelenésre. (Hogy ennek ismerete mennyire fontos, nem szükséges hangsúlyozni.) Az első vizsgálatra jelentkező gyermek már a vizsgálat előtt Pirquet-oltásban részesül. Hogy a tuberculin-fogékonyságot milyen módon állapítsuk meg, erős vita és érvelések sorozata után a Pirquet-oltás mellett döntöttünk. El kell ismerni, hogy egyéb érzékenységi próba, pl. a Mántoux, biztosabb eredményt mutat, ám nagytömegű rendelésen, kifogástalan technikával végzett intracutan próbát aligha lehet tömeges vizsgálatoknál kívánni. A Pirquet eredményét a következő napra berendelt gyermek törzslapjára – leolvasás után – feljegyezzük pos. vagy neg. jelzéssel és kelettel; pozitív esetben a reactio fokát 1, 2 vagy 3 keresztrel jelezzük, kétes esetben pedig bizonyos idő múlva újra berendeljük, vagy erős gyanú esetében Mantoux-t végzünk.

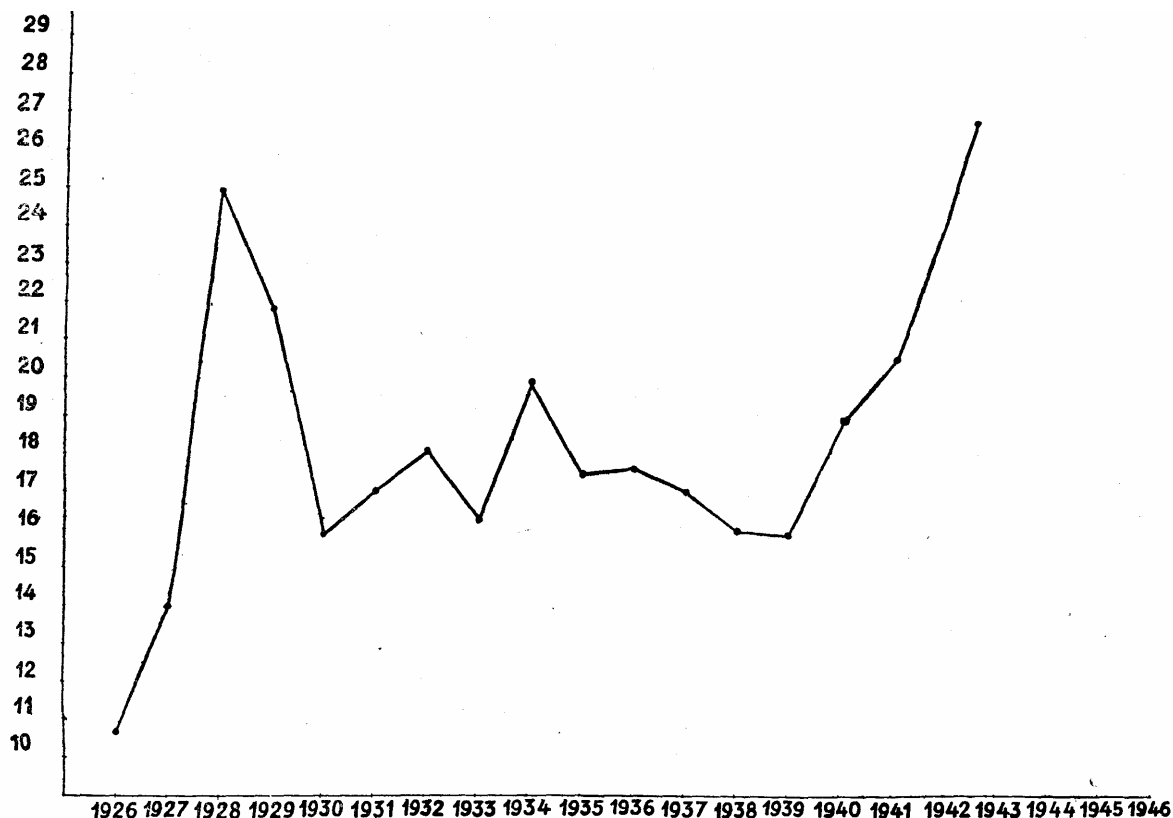
Az előadott panaszok mellett minden gyermek mind az általános fejlettség és tápláltsági viszonyok, mind esetleg a hajlamossá tevő körülmények feltüntetésével, különös gonddal, tüdővizsgálaton esik keresztül, aminek támogatására a vizsgálat befejezte után röntgenvizsgálatra kerül. A vizsgálatok eredményének összefoglalása végett a gyermeket újra be kell mutatni, mikor is a végzett Pirquet-oltás leolvasása és a röntgen-eredménynek a klinikai lelettel való összehasonlítása adja a végleges eredményt, illetve a gyermeknek tbc szempontjából való osztályozási lehetőségét. Ott, ahol akár a löntgen (a továbbiakban: R.), akár a Pirquet, akár a klinikai lelet, vagy akár ezek mindegyike többé-kevésbé nagyobb fokú elváltozást mutatnak, a R. átvilágítást kiegészítjük felvétellel és egyidejűleg vérsejt-süllyedést is végeztetünk. E vizsgálatok összessége adja meg a lehetőséget a döntésre az osztályozás szempontjából.

Ez az „osztályozás” ismételten szerepelt már eddig. Mit akarunk ezzel jelezni?

Amikor a gyermekszereget ismételt vizsgálat alá vesszük, ezt azért tesszük, hogy a gyermekeket a gümős fertőzöttség szempontjából csoportokba oszthassuk. Nem volt könnyű feladat dönteni, milyen csoportok legyenek. Hosszas megfontolások és megbeszélések után az összes gyermekeket három csoportba osztjuk, mégpedig: 1. T_0 ; ebbe a csoportba azokat sorozzuk, akiknél sem a klinikai vizsgálat, sem a R., sem az érzékenységi próba nem adott támpontot sem a tuberculosisra (az utóbbiakban: T.), sem pedig a T.-vel való fertőzöttség gyanújának felvételére. Ezzel a csoporttal és az e csoportba való oszthatósággal könnyen végezhetünk, mert ha a negatív bőrpróba és klinikai lelet mellett a R. is negatív, vagy csak a hilusok kissé dúsabb voltát mutatja, a gyermeket T. szempontjából épnek tekinthetjük és az egészségesek csoportjába sorozhatjuk.

Nehezebb a döntés egyéb esetekben. Hosszas megfontolás alapján arra az álláspontra helyezkedtünk, hogy a negatívnak nem tekinthető eseteket ismét két csoportba osztjuk, és pedig olyanokra, akiknél a T_1 -fertőzöttség valamilyen módon és formában, esetleg enyhébb klinikai vagy R.-elváltozással, de feltétlenül kimutatható és bizonyítható (T_1) és olyanokra, akiknél a fertőzöttségen felül még bizonyos kifejezett pozitív gümős elváltozás is kimutatható (T_2) a fertőzőképesség vagy arra való hajlam, szétesés többé-kevésbé kifejezett tüneteivel. E csoportba azokat soroztuk, akiknél a klinikai tünetek bizonyosan gümős elváltozásokat mutattak, akár intra-, akár extrapulmonálisan, vagy a klinikai tünetek nem voltak ugyan biztosan gümős jellegűek, de a pozitív Pirquet mellett a mellkas R. kifejezett T.-s elváltozást mutatott. Magam is tudom, hogy e beosztás nem tökéletes, de amikor ilyen nagytömegű átvizsgálásról van szó, kell valamilyen kiindulópont, amelyen állva beteganyagunkat osztályozni képesek vagyunk. Az idők folyamán, majd ha nagy beteganyag pontos átvizsgálása és hosszabb észlelése után a megfelelő kórképek és kórlelfolyások előttünk állnak, a finomabb csoportosítás talán könnyebb lesz.

17 év előtt, amikor a MABI gyermekrendelésének vezetését átvettem, ez a beteganyag aránylag szerény keretek között ingadozott, évi kb. 10.000 beteggel. Már a következő évben a betegforgalom erősen megkétszereződik, három év múlva pedig egy második rendelés beállítása válik szükségessé, amire betegforgalmam átmenetileg csökken, de mihamarabb újabb erős szaporodás észlelhető, úgyhogy a legutolsó évben a beteganyag már közel a háromszorosa a 17 év előttinek, annak ellenére, hogy a második rendelés körülbelül hasonló számú beteganyagot lát el. Ezt az óriási mértékben megnagyobbodott beteganyagot az alábbi görbe ábrázolja (a baloldali számoszlop a betegek számát mutatja ezekben, az alsó számsor az éveket jelzi):



Ez a görbe különböző szempontból érdekes és tanulságos. Nemcsak a betegek abszolút számának óriási megszorodását mutatja, viszonyítva a 17 év előttihez (ha a párhuzamosan működő II. sz. rendelőt is mellé állítom, a betegek száma a 17 év előtti betegeknek kb. a hatszorosa), hanem azt is igazolni látszik, hogy ezek a rendelések jel megfelelnek hivatásuknak és a MABI-tagok nemcsak akkor hozzák el gyermekeiket, amikor a betegség kifejezettsége miatt a sürgős orvosi segítség indokolt, hanem az ú. n. megelőző vizsgálatok is nagy számmal szerepelnek a rendeléseken. Látjuk ezt különösen az iskolai év kezdetén és végén, amikor a szülőnek az a kérdése, nincs-e valami baja a gyermeknek, mehet-e az iskolába, tornászhatik-e, járhat-e nyilvános iskolába, vagy pedig nem ártott-e meg az iskola, hová menjenek a gyermekkel nyaralni, van-e valami különös tanács vagy utasítás a nyaralás alatti időre? De látjuk ezt a nagyobb iskolaszünetekben (karácsony, húsvét) is, amikor a szülők a szünetet felhasználják arra, hogy gyermekük egészségi állapotára felvilágosítást és tanácsot kapjanak, főleg akkor, ha a gyermek intézetben tanul és csak a szünetre jön haza. Hangsúlyoznom kell ezeknek az időszaki ellenőrzővizsgálatoknak helyességét és szükségességét különösen, amikor - sajnos elég sok esetben - a szülők elváltan élnek és a gyermek vagy az egyik szülőnél, vagy intézetben nevelkedik, s így a gyermeke jövőjéért aggodó másik

szülő elvált házastársának a gyermekkel való bánásmódját, törődését akarja ellenőriztetni. Beteganyagunkban a házasságon kívül született gyermekek száma - akiket esetleg idegen környezetbe, nevelőszülő dajkaságába adtak és a gyermeket a rendelésre hozó szülő a nevelőszülő gondozását kívánja ellenőriztetni - igen kevés. Általában a MABI-családok rendezett családi viszonyok közt élnek, kivéve a sajnos elég nagy számban szereplő elvált vagy különélő szülőket.

Amikor a MABI vezetősége a felnőttekre vonatkozóan elrendelte a gümőkór kiderítését célzó úttörő szűrővizsgálatok bevezetését, a gyermekrendelésen az ilyen irányú vizsgálatok már évek óta folytak, s így ebben az irányban már elég bő tapasztalattal rendelkezünk.

A tapasztalat vezetett arra a további lépésre, hogy a gyermekeket mind a saját jövőjük, mind a családjuk érdekében a gümőkórra vonatkoztatva osztályozzuk.

Az I. és II. sz. gyermekrendelésen - a gyermekeket koruk szerint is csoportosítottuk - vizsgálatra került és gümőkór szempontjából az előbbieken vázolt megfontolások alapján osztályozott gyermekek közül gümőkór mentes (T_0), gümőkórral fertőzött (T_1), illetve kifejezett gümőkóros tüneteket mutató (T_2) gyermekek 1942 évre vonatkozó összeállítását mind a két rendelésen az alábbi tábla mutatja:

	I. gyermekrendelés						II. gyermekrendelés								
	0-7 év	1-4 év	4-7 év	7-14 év	Összesen	Vég-összeg	0-1 év	1-4 év	4-7 év	7-14 év	Összesen	Vég-összeg			
T ₀	Fiú	479	402	240	342	1463	} 2894	52.6%	273	248	141	185	847	} 1862	58.8%
	Lány	464	370	223	374	1431			328	381	119	187	1015		
	Össz.	943	772	463	716	2894			601	629	260	372	1862		
T ₁	Fiú	101	317	301	485	1204	} 2302	41.9%	5	16	155	264	440	} 1016	32.2%
	Lány	116	258	251	473	1098			7	73	134	362	576		
	Össz.	217	575	552	958	2302			12	89	289	626	1016		
T ₂	Fiú	10	39	35	79	163	} 304	5.5%	1	4	24	93	122	} 286	9.0%
	Lány	18	42	36	45	141			2	12	38	112	164		
	Össz.	28	81	71	124	304			3	16	62	205	286		
		9.8%	26.6%	23.3%	40.7%			5500							
		1.4%	5.6%	21.6%	71.7%										
															3164

E táblázatból érdekes tanulság vonható. Amíg a betegforgalom a saját rendelésemén erősen túlhaladja a második párhuzamos rendelését, az intaktnak mondhatók százalékos arányszáma nagyjában azonos mindkét rendelésen, a T₁-esek már kb. 20% eltérést mutatnak a II. rendelés javára a T₂-esek száma pedig már közel 50%-ban nagyobb a II. rendelésen, mint az első. Különösen kiemelendőnek tartom azt, hogy mindkét kimutatásban a gümösnek mondható T₂-esek közül mindenütt a lánygyermek vezetnek erős számmal a fiúk előtt.

A T₂-esek kor szerinti megoszlását külön figyelem illeti meg. Mert mind a számszerinti elosztás, mind az ebből adódó százalék az első életév előtt a legalacsonyabb, míg a korról arányosan erős emelkedést mutat.

Az I. rendelés 5500 új betege közül többekévébbé, de kifejezetten gümösnek találtunk 304 gyermeket, közülük 28 (9.8 %) az 1 év alatti korra esik, 81 (26.6%) az 1-4 évre, 71 (23.3%) a 4.7 évre és 124 (40.7%) a 7-14 évre. A II. rendelésen 3164 új betegből a gümösnek talált 286 beteg közül 3 (1.4%) volt az 1 éves kor alatt, 16 (5.6%) az 1-4 éves korra, 62 (21.6%) a 4.7 éves korra és 205 (7.17%) a 7-14 éves korra jut.

A saját I. rendelésemén ezenkívül különös figyelmet szenteltem az öröklődési, illetve terheltégi viszonyoknak. Az erre vonatkozó összeállítást az alábbi táblázat mutatja, a családi terheltéget pozitívnak (+) illetve negatívnak (-) jelezve az összeállításban. E terheltég vonatkozik nemcsak a szülökre, hanem a felmenő vagy oldalági rokonokra is, ha együtt-laknak a gyermekkel.

0-1 év												1-4 év											
Fiú						Leány						Fiú						Leány					
családi terheltég						családi terheltég						családi terheltég						családi terheltég					
+			-			+			-			+			-			+			-		
T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂			
44	15	4	435	86	6	34	23	4	430	93	14	50	35	8	352	282	31	31	23	12	339	295	30
63			527			61			537			93			665			66			604		
590						598						758						670					
1188												1428											

4—7 év						7—14 év																	
F i ú			L e á n y			F i ú			L e á n y														
családi terheltség			családi terheltség			családi terheltség			családi terheltség														
+			—			+			—														
T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂									
34	51	5	206	250	30	25	38	6	98	213	30	33	57	18									
90			486			69			411			108			798								
576						510						906						892					
1086												798											

Az itt közölt számadatok erősen igazolják azt a kiindulásomat, hogy csak úgy és akkor lehet a tbc elleni küzdelem hatásosságáról beszélni, ha nemcsak magát a beteget, hanem annak környezetét is ismerjük. Ezért ma már nem elégszem meg az egyszerű ténynek az ismeretével, hogy a szülő v: gy szülők tbc-sek, hanem minden alkalommal megkeressük a tüdőgondozót vagy a szűrőosztályt s részletes leletet kérünk a beteg hozzátartozóról, ami azután a gyermek törzslapján feltűnően szerepel s így minden alkalommal szem előtt van, ahányszor a gyermek vizsgálatra kerül. Ám mindezeknek az ismerete sem elég annak elbírálására, hogy mi a tennivalónk, ha nem ismerjük a beteg környezetét, lakásviszonyait. Erre mutattam rá akkor, amikor az általam bevezetett törzslapok lakáshigiénés viszonyait feltüntető adatgyűjtését és annak ábrázolását ismertettem. Ezeknek az adatoknak gondos mérlegelése komoly segítséget adhat, ha valóban nemcsak a betegséget, hanem a beteget is gyógyítani akarjuk.

A gümőkórra vonatkozó adattárunk azonban csak akkor lesz kerek egész, ha a beteg gyermekek sorsát és betegségük további lefolyását is ismerjük és ismertetjük. Az I. rendelkezés jelentkezett 5500 új gyermek közül a negatívnak osztályozott (T₀) 2894 gyermek sorsa a továbbiakban a T szempontjából nem érdekelt már. A valamelyes vagy valamikori fertőzést mutató, de betegnek nem tartható (T₁) 2302 gyermek sorsa a továbbiakban csak annyiban érdekelt, hogy ezeknek klinikai és röntgenleletei minden megjelenésükkor szemünk előtt lévén, fokozott gonddal tudtuk őket ellenőrizni esetleges más betegség esetén is, de különösen akkor, ha valamilyen a tbc szempontjából különösen számbavehető betegséget álltak ki (pl. kanyaró, számarköhögés, erythema nodosum). Predisponált vagy már fertőzött szervezetben ezek sokkal nagyobb roncsolásokat végezhetnek, mint az egészséges szervezetben. S ha figyelmünk erre irányul, aligha érhetnek meglepetések. Ennél a csoportnál

tehát megelégedtünk a fokozott ellenőrzéssel és a tüneteknek gondosabb mérlegelésével.

A legfontosabb volt a tbc szempontjából valóban betegnek talált gyermekek ellenőrzése és betegségük lefolyásának ismerete.

Az I. rendelkezés T-nek osztályozott 304 gyermek az új betegeknek elég magas (5.5) százalékat tesz ki. Igaz ugyan, hogy az egész évi betegforgalomhoz (27.176) viszonyítva ez az arányszám persze lényegesen alacsonyabb (1.1%), de még akkor is olyan szám, amellyel komolyan törődni kell.

A szűrés útján kihalászott 304 gyermek sorsát különös gondoskodással vettük kézbe. Minden a tbc-vel kapcsolatos és felhasználható vizsgálatot elvégeztünk náluk (tuberculin-próba, vérszejtsülyedés, esetleg vérkép, röntgen-felvétel) és mindezeknek gondos mérlegelése után határoztuk el magunkat a kezelés mikéntjére. A 304 gyermek közül állandó ellenőrzésünk alatt volt 259, észlelésünk alól 45 a továbbiakban elkerült (elköltözés, tagság megszűnés), így 259 gyermek betegségének pontosabb észleléséről tudunk beszámolni.

Közülük 3 Koch pos. cavumos volt. Ebből 2 intézeti (kórház ill. szanatórium) beutalás után lényegesen javult, 1 ambuláns kezelésben volt szintén lényegesen javulással. A többi Koch neg. volt és az is maradt.

A Pirquet pos. volt 71 (28.1%), kétes volt 6 (2.7%), negatív volt 126 esetben (48.7%), míg a fennmaradó 46-nal, tekintettel a 10 év körüli vagy azon túli korra, Pirquet-oltás nem történt.

A vérszejtsülyedés fokozott volt 69 esetben (26.6%), normális volt 60 esetben (23.1%), nem végeztünk (külső körülmények miatt) 30 esetben.

Gyógykezelésünk irányát négy főcsoportra oszthatjuk. A kiszűrt 304 eset közül állandó ellenőrzésünk alatt volt és maradt 259, egyrésztüket a kórházba, illetve szanatóriumba utaltuk (5 eset), egy részüket vér kezelésben részesítettük, és pedig a szülőktől adott vérrrel, vagy saját vérrrel (50 esetben),

egy kisebb résznél (15 eset) R. mélybesugárzást alkalmaztunk, míg a többi esetben (189 eset) a rendelkezésre álló egyéb roboráló eljárást (gyógyszeres ill. tápszeres) alkalmaztuk az általános állapot feljavítására.

Ha az első év végével elvégzett ellenőrzővizsgálatokkal a beállott változást az eredmény szempontjából vizsgáljuk, nem lenne helyes az utánvizsgálatokat egy nevezőre hozni, tekintet nélkül arra, hogy a lefolyt idő alatt a gyermek milyen kezelésben részesült. Épp ezért már fentebb is külön csoportba foglaltam a gyermekeket abból a szempontból, hogy milyen kezelés történt. Az első csoportban, akiket gyógykezelés végett intézetbe utaltunk, mindegyik gyermeknél biztos javulást állapíthattunk meg.

A vérrel kezelték közül az esetek nagyobb többségben (30) mind a klinikai, mind a R. ellenőrzővizsgálatok szerint kétségtelen javulás volt észlelhető (egy ízben a kezdeti rosszabbodás után egy idő múlva volt csak a javulás észlelhető), 14 esetben lényeges változás az utóvizsgálatnál nem volt kimutatható, 6 esetben a vérkezelés ellenére is a folyamat előrehaladását állapíthattuk meg. Tehát a kezelés eredménytelen maradt.

A röntgen mélybesugárzást jórészt ott alkalmaztuk, ahol – főleg makacsul fennálló subfebrilitás eseteiben – más módon nem tudtunk a lázak ellen küzdeni. Az esetek jórésze ugyan nem rögtön, de mégis jól reagált s a lázak vagy mérséklődtek, vagy megszűntek. Hogy ez azután kizárólag a besugárzásra volt-e visszavezethető, vagy a már előzetesen alkalmazott egyéb gyógytényezőkre, arra nem tudok biztos választ adni.

Végül az esetek nagyobb felében az általánosan használt és a gyakorlatban könnyebben keresztülvihető roboráló eljárással kezelt eseteket említem meg (189 eset). Ide azok a gyermekek jutottak, akik vagy mert betegségük súlyossága nem volt olyan mérvű, hogy erélyesebb kezelést igényelt volna, vagy mert a szülők társadalmi adottsága (nagyobb elfoglaltság, messzelakás) miatt nem volt rá mód, hogy kezelések végett bejőjenek a rendelőbe. E 189 eset közül javult 121, változatlan maradt 40, rosszabbodott 28.

Felmerül most már a kérdés, melyik therapiás eljárás és mikor alkalmazandó, illetve tudunk-e következtetést vonni fenti adatainkból a gyermekkorra vonatkozólag.

Ha e kérdésekre válaszolni akarunk, sok különböző tényezőt kell tekintetbe vennünk. Az a tény, hogy nagytömegű ambuláns betegről van szó, nagyjában meg is adja a választ. Ahol a folyamat előrehaladása, rosszindulatúsága az időszakos ellenőrzések alatt bizonyossággal beigazolódik és vagy már nyílt folyamattá vált, vagy attól kell tartani, hogy mihamarabb azzá fog válni, azokat a bete-

geket ambuláns kezelésben tartani aligha indokolt, hanem őket gyógyintézetbe kell adni. Ezek annyira ismert dolgok, hogy e felett hosszabb megfontolást nem tartok szükségesnek.

Sokkal inkább érdemes azokkal az esetekkel foglalkozni, ahol az iskolaszanatóriumba való beutalás szükségessége merülhet fel. Ide természetesen az előbbi esetek a fertőzés már fennálló vagy várható lehetősége miatt nem kerülhetnek. Ezeknek gondos kiválogatása erősen lelkiismereti kötelessége az ambuláns észlelőknek. Másik kérdés azonban, hogy ezeknek kizárásával kik alkalmasak az iskolaszanatóriumokba való beutalásra anélkül, hogy azokat túlzottan és esetleg ok nélkül megterheljük. Annak tudatában ugyanis, hogy az iskolaszanatóriumok befogadó képessége igen korlátolt, nagyon megfontolandó a beutalás indikációja. Az eddigi – most már évekre terjedő – tapasztalataink arra a meggyőződésre vezettek, hogy három tényező alapos mérlegelése adhatja meg a kellő indikációt.

Az első tényező természetesen a gyermek betegségének foka, milyensége. Ezt pontosan körülírni igen nehéz feladat, erre a klinikai vizsgálaton kívül a röntgen, vérséjtsüllyedés, tuberculinpróba, esetleg köpetvizsgálat eredményeinek összegezése adja meg a választ. A két legfontosabb adat közülük kétségtelen a klinikai vizsgálat és a röntgen. Talán a klinikai vizsgálati leletek közül kiemelendőnek tartanám az észlelő hosszabb megfigyelése után kétségtelen megállapítható könnyű hurutos hajlamot, ennek nehéz javulási hajlamát, ismételt lázas reakciós készségét, a röntgenleletből pedig a főleg hevenynek látszó, ú. n. frissnek imponáló elváltozásokat.

Messze vezetne ezeknek az indikációknak további részletezése és tudom, hogy nehéz feladat azoknak lehető pontos körülírása. Jelen összefoglaló értekezés nem is kíván ezzel bővebben foglalkozni, de szükségesnek tartom kiemelni, hogy evvel a kérdéssel, sőt csak evvel a kérdéssel, elsősorban a megbiztosító intézetek részéről követendő, lehető egységes állásfoglalás szempontjából esetleg az évről évre összeülő kongresszus külön kell hogy foglalkozzék.

A másik tényező magán a betegségen kívül a gyermek egyénisége, alkata. Példával illusztrálva: egy jól felépített, jó testi erőben lévő és legalább is közepesen táplált gyermek számárköhögés kiállása után, mérsékelte s a röntgenológusok által ismert periháris elváltozásokkal, jó otthoni körülményekkel még nem indikálja a megbiztosító intézet részéről az iskolaszanatóriumba utalást. Evvel nem mondom azt, hogy nem volna hasznos, ellenkezőleg! De a mai szűkös keretek között a legmegfelelőbbet és emellett a leginkább rászorultakat a legmegfelelőbb időszakban kell beutalni. Éppen ezért

gyermek törzslapján mindenkor igen kívánatos az általános testi állapotnak leírása, hangsúlyozása a rosszul fejlettségnek, gyenge csontrendszernek, astheniás alkatnak, s minden olyan tényezőnek, ami a gyermeknek a betegségekkel szemben való ellenálló képességére befolyással van vagy lehet. Ha valahol, úgy e helyen érvényesítendő az az elv, hogy soha se a betegséget, hanem a beteget gyógyítsuk. E helyütt fog érvényesülni annak a nagy előnye, hogy a gyermek valamely intézetben állandó ellenőrzés alatt áll – épp úgy, mint régen a jobb családok házi orvosainak kezei között, ahol a gyermek egész egyénisége ismeretes volt az őt kezelő orvos előtt. Amikor a MABI az ú. n. szűrővizsgálatait megkezdte és a gyermekekre is kiterjesztette, ennek nagy jelentőségét éppen abban látom, hogy a gyermek, mint a régi házi orvosi intézményben, állandó orvosi ellenőrzés alatt áll egészen a pubertás koráig és az orvos észleléseit bármily röviden, ha csak 1-2 szóval is, a gyermek törzslapjára feljegyzi. A gyermeket ért bármely nagyobb egészségügyi megrázkódtatás alkalmával (ragályos betegségek) a gyermek egészségi állapotának tükröképe mindig nyitott könyv az orvos előtt és komolyabb bajok esetén könnyebben dönthet az orvos is a gyermek sorsára esetleg döntő kihatású tennivalókról. Épp ezért az iskolaszanatóriumba beutalásnál könnyebb lesz a helyzete annak az orvosnak, aki a gyermekről felfektetett, esetleg hosszabb évekre terjedő törzslapot lát maga előtt, különösen, ha a gyermek ő maga hosszabb idő óta ismeri, mint annak, aki egyszeri vizsgálattal kell hogy döntsön a gyermek beutalásáról. Azt hiszem, nem tévedek, ha a MABI egészségvédő hivatása épp itt fogja megtalálni a leghálásabb területet.

Az iskolaszanatóriumba való beutalás harmadik fontos tényezője kell hogy legyen a gyermek szociális viszonyainak ismerete.

Itt utalok ismételtelen az általam összeállított és vezetett törzslapok szociálhigiénés részének fontosságára és szükségességére. Mert ha ismerem ugyan a gyermek egészségi állapotát, betegségét, annak súlyosságát, ismerem fizikális adottságait, alkatát, esetleges kóros hajlamosságait, adott esetekben még mindig nem tudok helyesen dönteni afölött, hogy szűk keretek között melyik szorul rá szociális viszonyainál fogva a legjobban a segítségre. A gyengébbet, a rosszabb viszonyok közt élőt, a rosszabb lakásban lakót segíteni az igazi hivatása a hasonló működésű intézményeknek. Ezévi adatgyűjtésünk még nem terjedt ki százalékos összeállításban arra, hogy egy-egy családnak hány gyermeke van. De utalunk a közölt régebbi ilyen irányú adatunkra, annak hangsúlyozásával, hogy a fenti szempontok mérlegelésénél ismét kiütközik az ilyen irányú adatgyűjtés szükségessége. Ez lehet az alapja a valódi orvos-szociális segítségadásnak, amire a

betegbiztosító intézetek hivatva vannak. Azt hiszem, hogy a betegellátás keretén belül az ilyen irányú adatgyűjtés lesz a jövőben az igazi gümőkór elleni küzdelem sarokköve.

Hiányos lenne azonban tevékenységünk, ha a gümőkór elleni küzdelemben megelégednénk azzal, hogy átrostáljuk az elénk kerülő 10-20 vagy annál is több ezer gyermeket, keresve, ki ezek közül az egészséges, ki a megfertőzött és ki a beteg; feladatunk ezzel korántsem megoldott. A legelső teendő, azt gondolom, annak a megfontolása, melyek azok a körülmények, amelyek a gyermekek gümőkórját lehetővé teszik, illetőleg annak kifejlődését elősegítik. Továbbá milyen utakon és módokon tudnánk ezek ellen küzdeni. Már rámutattam arra, hogy az iskolaszanatóriumba való utalás megítélésakor nem elég a betegségnek, illetve annak fokának ismerete, hanem szükséges ismernünk a gyermek egyéni adottságát, alkatát is. Ismernünk kell azokat a közbeékelődő betegségeket, amelyek ezeken ronthatnak, a szervezetet gyengítik s bizonyos mértékben előkészítői lehetnek egyes betegségeknek így különösen a tbc-nek. Szinte népbetegségeknek, mondhatjuk ezeket. Elsősorban kell említenem a rachitist (angolkórt). A hosszú csöves csontoknak ismert kisebb-nagyobb fokú elgörbülésén kívül legtöbbször a bordáknak több-kevesebb deformálódása is bekövetkezik, ami sok esetben a mellkas, így a tüdőnek összenyomását is okozhatja. Aligha lehet kételkedni abban, hogy az ilyen nem jól táguló tüdők nem jól ventillálódhatnak, hamarabb diszponálódhatnak a tbc-re, mint a jól kialakult mellkasú gyermekek tüdeje. De a rachitikus gyermekek rendszerint csökkentebb ellenállásúak s így betegségre hajlamosabbak is. *Tehát mindent összevéve a rachitis ellen már ebből a szempontból is küzdeni kell!* Öröndetes, hogy az angolkór fogalma már annyira elterjedt még az egyszerűbb emberek között is, hogy maguk a szülők jönnek kérdésükkel és kérésükkel, hogy valódi vagy vélt csontgyengeség ellen segítséget és orvosságot kérjenek. Ma az ú. n. vitaminlőkészekkel hathatós eszköz áll rendelkezésünkre s úgy látszik, hogy különösen a Stefánia-szövetség védőnőinek felvilágosító munkája révén a szülők kezdik megérteni, hogy az elgörbült végtag, összehorpadt mellkas nem tartozik a nem korrigálható bajok közé. A rachitisnek létrejöttében azonban ismét a szociális viszonyok (lakás és táplálkozás) játsszák a főszerepet.

Van-e mód és lehetőség arra, hogy ezeken változtassunk, e betegségeket a minimumra redukáljuk?

Az erre adandó válasz két tényezőtől adódik. Az egyik főleg orvosi. Részben a betegség káros következményeinek népszerű ismertetésével a biztosítottak nagy tömegét fel kell világosítani arról,

hogy ezen segíteni is lehet sőt kell. Részben pedig a ma jól megoldható megelőző és gyógyító eljárásokkal az angolkór elleni küzdelmet sokkal szélesebb mederben kell felvenni az eddigénél. Amint, hogy ez az OKI kezdeményezésére a közeljövőben meg is valósul. Ennek már a terhesség ideje alatt kell kezdődni, hogy a még rossz viszonyok között élő anya se szenvedjen hiányt a gyermeke csontrendszerének felépítéséhez szükséges vitaminokban. A Stefánia-szerű megelőző vizsgálatok lebegnek szemeim előtt, amelyek révén az anyák állandó ellenőrzés alatt tarthatók gyermekeikkel együtt mindaddig, míg az egészséges fejlődés biztosítva látszik.

A másik tényezője a küzdelemnek anyagi kérdés és főleg a lakáshigiéniával kapcsolatos. Még a MABI aránylag jobb viszonyok között élő tagjainak egy része is (különösen a városszéli részeken és a környéken lakók) egészségtelen, nedves, fénytelen lakásban laknak. Tudom, hogy mindig voltak és lesznek jó és rossz lakások, mégis a biztosító intézetek ma olyan hatalmas anyagi erővel rendelkeznek, hogy az államhatalomnak kislakásépítő, lehetőleg kertes házacskákat megvalósító akciójába bekapcsolódni, vagy azt a jobb jövő érdekében elősegíteni kívánatos és okszerű volna. (Ennek célszerűségére Keleti már régebben rámutatott.) Betegségmegelőző munka nem a gyógyszereknél kezdődik. Sokkal előbb lehet már az ellen küzdeni.

A közbeékelődő és gümőkórra hajlamosító betegségek nagyobbik csoportja a hevenyfertőző betegségek közül kerül ki, így különösen a szamárköhögés és a kanyaró. Az ezek elleni védekezés ma még számba sem vehető. A tömeglakások, közös nagy udvarok, játszóterek kétségen kívül jó terjedési lehetőséget biztosítanak részükre. De mind a betegség lefolyására, mind annak megelőzésére a jó lakásvizonyok kedvező kihatással vannak. Amit a lakásokra vonatkoztatva az angolkórról mondtunk, áll itt is. Szinte föl sem mérhető az a rombolás, amelyet a gyermeki szervezetben ezek a betegségek okozhatnak, mintegy előkészítve a talajt a gümőkórnak. Egy-egy járvány után szinte megsokszorozódik a gümős megbetegedések száma. Sokszor szinte összetett kezekkel kell néznünk azt a hatalmas rombolást, amelyet a gyermeki szervezetben észlelni módunkban van.

Amikor ezt annyira élesen kiemeljük, azért tesszük, hogy rámutassunk a segítség módjára és lehetőségére. Szinte meghonosodott kifejezés az üdültetés. Üdültetnek felnőtteket, fiatalokúakat vegyesen. Ezek azonban mint biztosítottak szerepelnek. Ám az alkalmazottak gyermekei, még ha sokkal inkább rá is szorulnának, nem jöhetnek szóba, legfeljebb csak igen elenyésző mértékben egy kórház fiókinzetében, üdülőjében. Azonban ez is olyan kevés férőhellyel rendelkezik s annyi felől kérnek beutalást, hogy gyakorlatilag igen kevés haszon

származik belőle. Az iskolaszanatóriumok működése nyáron szintén szűkebb keretek között mozog, úgyhogy a valóban és erősen rászorult gyermekek üdültetése nem valósítható meg. Nem lehet hangsúlyoznom eléggé azt a sokat ismételt tételt, hogy a valódi gümőkór elleni küzdelem és megelőzés csak akkor lehet sikeres, ha azt a gyermekkorban kezdjük el. Mert az alkalmazott gyermeke a legtöbb esetben mihamarább szintén alkalmazott lesz; ám ha ez az új alkalmazott alkalmazási helyére már akár mint beteg, akár pedig mint csökkent ellenállású egyén lép be, már a kezdet kezdetén mint teherként fog a betegségi biztosító intézet mérlegén megjelenni.

A betegbiztosító intézetek részére, azt hiszem, ha csak a pusztai anyagi oldalát is nézzük a dolognak, még mindig olcsóbb megoldása a feladatnak, ha a családtag gyermekét úgy istápolják, hogy ha az mint önálló munkavállaló jelentkezik, egészséges egyénként lépjen be munkahelyére. Előttünk az adatok halmaza, hogy a jelentkezett gyermekek jó 40%-a vagy már átesett a gümős fertőzésen, vagy hajlamos rá, vagy pedig (5.5 illetve 9%-ban) a kifejezett tbc-s megbetegedés már világosan és kétségtelenül megállapítható.

Ezért megnyugvással lehet tudomásul venni, hogy a társadalombiztosításra vonatkozó egyes rendelkezések módosítása és kiegészítése tárgyában kiadott 7200/1942. M. E. sz. rendelet 36. §-a – orvosi javaslatra – megadja a módot arra – amiért mi szakemberek közel 20 év óta küzdünk, – hogy ne csak a biztosítottak és a járadékosok, hanem: „a velük egy háztartásban élő azok a családtagok is részesülhessenek az egészségvédő és gyógyító eljárásban” (tehát szanatóriumban és iskolaszanatóriumban), kik „a családtagokat fertőzéssel veszélyeztetnék.” Ezzel egy súlyos és régóta megoldásra váró kérdés jutott, azt hiszem, nyugvópontra és lehetőség nyílik a valóban gyógyítható kezdeti betegek teljes gyógyítására.

Pusztán orvosi ténykedéssel, bárhogy is variáljuk e tevékenységünket, csak az esetek egy részében sikerült eredményt elérni. De ez egymagában nem elég. Egyéb, nem nélkülözhető fizikai tényezők, nap, fény, levegő is kell, amit az orvosi tudás nem varázsolhat a beteg közvetlen környezetébe. Ezt már valami más szervnek, intézménynek kell rendelkezésre bocsátania, és pedig akkor, amikor a csira csak csira és nem fejlődött ki belőle a nehezen kiirtható és mindig jobban fejlődésre hajlamos gyom.

A MABI kezdeményező lépése: a gümőkór elleni harc eredményességét célzó megelőző vizsgálatok – szilárd meggyőződés szerint – akkor lesz eredményes, ha azt a kis emberpalántánál kezdjük és nem sajnáljuk az áldozatot, bármily nehéz is eljutni a megoldáshoz. Minden győzelem a gyermekén keresztül vezet a célhoz.