

---

# RUCH PRZECIWGRUŻLICZY

---

## XIII Ogólne Zebranie Członków Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych o Charakterze Społecznym

odbędzie się w niedzielę 12 września 1937 r. Zjazd w sobotę popołudniu dnia 11 września 1937 roku w Sanatorium Z. U. S. w Bystrej na Śląsku, na który Zarząd uprzejmie zaprasza Członków i stałych gości.

Program Zjazdu: Dnia 12. IX.: 1) O godz. 9-tej: Powitanie uczestników Zjazdu, otwarcie obrad, wybór Przewodniczącego Zjazdu. 2) Sprawozdanie Prezesa Zrzeszenia z dotychczasowej działalności Zarządu oraz sprawozdania z działalności Delegatów Okręgowych. 3) Krótkie sprawozdanie dyrektora Sanat. Z. U. S. w Bystrej z działalności Zakładu w ostatnim roku. (Szczegółowe sprawozdanie będzie rozdane uczestnikom Zjazdu). 4) Referaty: a) doc. dra Grabowskiego pt.: „Znaczenie kymografii, tomografii i zdjęć kontaktowych dla rozpoznania i leczenia gruźlicy płuc“. b) dra I. M. Spitzera pt.: „Rola badania funkcjonalnego narządu oddechowego w oznaczaniu zdolności do pracy i w wyborze przypadków do leczenia chirurgicznego“ oraz c) dra R. Pajerskiego pt.: „Metodyka badań funkcjonalnych narządu oddechowego“. — Po referatach od godz. 13-tej do godz. 16-tej przerwa obiadowa i zwiedzenie Sanatorium P. K. P. w Wilkowicach. 5) Dyskusja nad referatami (czas przemawiania ograniczony do 5 min.). 6) Demonstracje ciekawych przypadków (rentgenogramów). 7) Sprawy organizacyjne. — Zakończenie obrad. — O godz. 20-tej kolacja.

Dnia 13. IX.: O godz. 8.30 (po śniadaniu) wyjazd autami przez Białą, Podlasy do Kęt, zwiedzenie oddziału obserwacyjnego Sanatorium-Szkoły w Andrychowie (wł. Ubezpie. Społ. w Białej). — Przejazd do Porąbki, zwiedzenie zapory na Sole, przejazd wzdłuż sztucznego jeziora, przez serpentynę na Kocierzy do Andrychowa. Przyjazd do Andrychowa około godz. 11.30, zwiedzenie Sanatorium-Szkoły. Sprawozdanie kierownika Sanatorium-Szkoły dra St. Ksyka. — Godzina 13-ta obiad. — Godzina 14.30 odjazd autami do Bielska.

### Zarząd Zrzeszenia:

(—) Dr O. Sokołowski, Prezes. (—) Dr E. Łotocki, Sekretarz.  
(—) Dr L. Fischer. (—) Dr Z. Czaplicki. Dr L. Węgrzynowski,  
Generalny Sekretarz.

---

WIESZENIEWSKI Wł., Dyrektor Sanatorium w Małorycie.

### Ciąża a gruźlica.

Kwestia wpływu ciąży na gruźlicę płuc, jak również wpływu gruźlicy płuc matki na płód od dawna interesowały żywo świat lekarski. Chodzi tu bowiem i o dalszy los kobiety i o tak ważne zagadnienie jakim jest zdrowotność i rozwój rasy.

I. Na możliwość poczęcia gruźlica wywiera tylko bardzo nieznaczny wpływ. Sądząc ze statystyki lekarzy francuskich, ciąża u gruźliczych jest nieco rzadszą, niż u kobiet zdrowych, jednak według zdania tychże lekarzy tylko kobiety z bardzo daleko posuniętym procesem chorobowym są niezdolne do poczęcia, głównym zaś powodem względnej rzadkości ciąży u gruźliczych jest zapobieganie ciąży, spowodowane szeroko rozpowszechnionym mniemaniem, że ciąża wpływa szkodliwie na stan zdrowia kobiety chorej na gruźlicę. Odgrywa tu też pewną rolę i przekonanie o dziedziczności gruźlicy.

Na przebieg ciąży gruźlica płuc nie wywiera prawie żadnego wpływu — wypadki poronienia, przedwczesne porody, jak wiadać z bogatego materiału kliniki Baudelocque, nie są częstsze u chorych na gruźlicę, niż u kobiet zdrowych, a mianowicie:

Poród: w czasie prawidłowym u zdrowych — 33,43%, u gruźliczych 46,96%; w ciągu 9 miesiąca u zdrowych — 47,9%, u gruźliczych 39,24%; w ciągu 8 miesiąca u zdrowych 15,52%, u gruźliczych 10,24%; w ciągu 7 miesiąca u zdrowych 4,28%, u gruźliczych 5,18%.

Tylko w przypadkach daleko posuniętych o ostrym przebiegu z wysoką temperaturą, częstość poronień jest, jak na to wskazuje Sergent, większa. W przypadkach tych wpływ gruźlicy na ciążę można porównać z wpływem na nią i innych chorób zakaźnych o ostrym przebiegu. *Dolimina gravidarum* nie są u gruźliczych cięższe, niż u kobiet zdrowych.

Sam poród, jak to zaznacza Delmas, jest u gruźliczych przeważnie lżejszy, niż u zdrowych. Tłumaczy się to możliwością podrażnienia mięśni macicy toksynami gruźlicy, głównym zaś tego powodem jest hypotonia mięśni perinei tak częsta u osób osłabionych. Demelin stwierdził, że opór szyjki macicy jest u chorych mniejszy, niż u kobiet zdrowych.

Wobec bardzo nieznacznego wpływu gruźlicy płuc na przebieg ciąży, można już *a priori* przypuścić, że dziecko, które się urodzi, będzie w większości przypadków normalne, tak co do swego rozwoju, jak i wagi. Potwierdzają to dane szeregu autorów — waga, jeśli czasem jest mniejsza od normalnej, to różnice są nieznaczne, a nieprawidłowości rozwoju lub budowy nie są częstsze, niż u dzieci matek zdrowych. Dzieci zaś przedwześnie urodzone, jak to stwierdzili Plaunchu i Gardere w swych

badaniach nad dalszym losem dzieci przedwcześnie urodzonych o wadze 1 800 do 2 400 gr, rozwijają się normalnie, o ile są wychowywane w środowisku zdrowym.

Kwestia przenoszenia się gruźlicy z pokolenia na pokolenie, bądź to jako cierpienia dziedzicznego, bądź też jako choroby wrodzonej, jest kwestią o znaczeniu podstawowym — od tego lub innego jej rozstrzygnięcia zależy profilaktyka gruźlicy i sposób walki z gruźlicą, jako chorobą społeczną.

Rozstrzygnięcie tej kwestji w tym lub innym sensie nie może pozostać bez wpływu i na nasze zapatrywania na przerywanie ciąży u chorych na gruźlicę płuc.

Dziedziczność gruźlicy może być rozpatrywana z dwóch punktów widzenia: 1) dziedziczność zarazka (*hérédité de graine*) i 2) dziedziczność ustroju czyli pewnych cech konstytucyjnych sprzyjających późniejszemu zakażeniu i rozwojowi gruźlicy (*hérédité du terrain*).

Dziedziczność gruźlicy, począwszy od czasów Hippokratesa a skończywszy na lekarzach drugiej połowy XIX wieku, nie ulegała dla świata lekarskiego żadnej wątpliwości. „Gruźliczy rodzi się zawsze od gruźliczego“ mówiono wówczas. Dopiero prace Villemin'a, który w swym komunikacie złożonym Akademii Francuskiej w 1865 roku stwierdził, że przyczyna gruźlicy tkwi w czynniku przeszczepialnym, że jest ona cierpieniem swoistym, należącym do grupy chorób zaraźliwych, a zwłaszcza wykrycie w 1882 r. lasecznika swoistego przez Roberta Kocha, zmieniły pogląd na dziedziczenie gruźlicy.

Przeniesienie się zarazka gruźliczego z pokolenia poprzedniego na następne może się odbywać: 1) przez zakażone jajo matki, 2) przez zakażony plemnik ojca, 3) drogą zakażenia łożyskowego zarodka lub płodu przez chorą matkę.

W pierwszym i drugim wypadku mielibyśmy do czynienia z gruźlicą dziedziczną, w trzecim zaś — z gruźlicą wrodzoną.

Zakażenie jaja należy według Calmette'a, o ile wogóle istnieje, do najrzadszych wypadków. Jeszcze wątpliwszą rzeczą jest możliwość przeniesienia lasecznika Kocha przez nasienie. Doświadczenia Gaertner'a stanowczo temu przeczą. Z kliniki wiemy, że, chociaż w spermie mężczyzn chorych na gruźlicę pęcherzyków nasiennych lub jąder często były stwierdzane laseczniki gruźlicy, jednak zakażenie taką spermą narządów płciowych kobiety należy do najrzadszych wypadków. Grancher, Landouzy i Calmette odrzucają możność przeniesienia zarazka gruźliczego z ojca na jajo.

Sprawa zakażenia przez łożysko, według obecnych poglądów, przedstawia się następująco: całkiem zdrowe łożysko stanowi dostateczny sącdek dla drobnoustrojów znajdujących się w ciele matki, w pewnych jednak, niezawsze dających się wytłumaczyć okolicznościach, może ono przepuszczać zarazki chorobotwórcze. Zarazki te wywołują zakażenie płodu w łonie mat-

ki. Jako przykład przytoczę przyjście na świat płodów z wyraźnymi śladami przebytej ospy. Doświadczenia nad sztucznym zakażeniem płodu lasecznikami gruźlicy przez łożysko matki wykonywało cały szereg autorów. Wspomnę tu doświadczenia Gaertner'a, który wstrzykiwał królikom zawieszinę prątków Kocha i z 51 płodów tych samic stwierdził zakażenie u 5-ciu. Landourey i Loederich w badaniach nad 86 płodami różnych zwierząt (świnki morskie, króliki, psy), matki których były w ten lub inny sposób zakażane w czasie ciąży, stwierdzili obecność prątków u płodu tylko w jednym wypadku. Co się tyczy dzieci kobiet chorych na gruźlicę, to Landourey stwierdza, że rodzą one czasem dzieci o mniejszej wadze, małego wzrostu i wyglądzie chorobliwym, dzieci które giną albo bez wyraźnych objawów chorobowych w przebiegu kilku najbliższych tygodni, lub też w przebiegu pierwszego roku z objawami ciężkiego wyniszczenia a w bardzo rzadkich wypadkach — z objawami gruźlicy. Opierając się na swych danych doświadczalnych, jak również i na obserwacjach klinicznych, Landourey twierdzi, że dowodzą one możliwość dziedzicznego przeniesienia prątków gruźliczych z matki na dziecko.

Gruźliki, nawet mikroskopijne, są rzadkością u osesków pochodzących od matek gruźliczych. Jednak na podstawie tego nie można twierdzić, że gruźlica jako choroba wrodzona jest również rzadką. Prątki bowiem zostały stwierdzone przez Jousset'a w narządach nie wykazujących zmian anatomo-patologicznych.

Przypadki stwierdzenia prątków w ustroju noworodków są jednak czemś wyjątkowym. Whitemann i Green w swym wyczerpującym opracowaniu tej kwestji, opartym na światowym piśmiennictwie, znaleźli tylko 113 przypadków bezspornych i 519 wątpliwych. Słusznie powiada Marcel Lelong, że przenoszenie się gruźlicy od matki na płód jest teorią opartą tylko na kilku wyjątkowych wypadkach wewnątrzmacicznego zakażenia. Potwierdzają to zarówno próby tuberkulinowe u noworodków, które stale dawały i dają wyniki ujemne, jak i izolacja dzieci od matek gruźliczych. Dzieci te, jak widać z danych opartych na ogromnym liczbowo materiale francuskim, nie zachorowują na gruźlicę. Te same wyniki daje odosobnienie dzieci w Belgii i Norwegii.

Z liczby 600 dzieci, urodzonych na oddziale położniczym dla kobiet chorych na gruźlicę kliniki Baudelocque, Lacomme stwierdził tylko jeden przypadek gruźlicy u oseska. Matka tego dziecka miała gruźlicze zapalenie opon mózgowych, wpływ tego zapalenia na płód Lacomme uważa za bezwzględnie szkodliwy. Z liczby wszystkich innych dzieci, o ile były one odosobnione od matek, żadne nie zmarło na gruźlicę.

„Gruźlica wrodzona lub dziedziczna jest czemś wyjątkowym — powiadają Couvelaire i Lacomme — ogromna większość dzieci rodzi się w stanie zdolnym do życia z wagą normalną albo

bliską normy. Dalszy ich rozwój niczem nie różni się od rozwoju dzieci matek zdrowych, o ile są one zabezpieczone od zakażenia izolacją lub szczepieniami“.

Do tych samych wniosków doszedł i Forssner na podstawie danych zebranych w Sztokholmie.

Najnowsze zdobycze bakteriologii na polu poliformizmu zarazka gruźliczego, a zwłaszcza o przesączalności zarazka powinny były, jak się zdawało przez pewien czas, wpłynąć zasadniczo na zmianę naszego dotychczasowego stanowiska, co do przenoszenia się zarazka gruźliczego z rodziców na potomstwo.

Badania Fontes'a, Calmetta, Valtis'a i szeregu innych bakteriologów wykazały, że można u świnki morskiej wywołać szczepieniem przesącza kultury prątków gruźliczych schorzenie atypowe, charakteryzujące się powiększeniem gruczołów chłonnych bez ich zserowacenia. W narządach limfatycznych takich zwierząt nie zawsze można stwierdzić obecność prątków kwasoodpornych, lecz przy przeszczepieniach rozartych części tych narządów można u zwierząt szczepionych stwierdzić formy kwasoodporne, które jednak nie posiadają właściwej dla prątków gruźliczych siły chorobotwórczej.

Arloing i Dufour, jak również Calmette i Couvelaire współpracując z Valtis'em i Lacomme'em stwierdzili, że u ludzi jad przesączalny może przy pewnych warunkach przedostawać się przez łożysko i zakazić płód. Obecność jadu przesączalnego została również stwierdzona w płynie amniotycznym. Obecność jadu przesączalnego w płodzie udawało się stwierdzić jednak tylko w tych przypadkach, gdy matka cierpiała na daleko posuniętą gruźlicę płuc o ostrym przebiegu.

Zakażeniami właśnie tym jadem przesączalnym możnaby tłumaczyć przypadki stanów patologicznych, opisanych przez Landouzy'ego i Cornet'a, u dzieci matek chorych na ciężką gruźlicę płuc. Stany te prowadziły albo do zejścia śmiertelnego, wkrótce po porodzie, albo do długotrwałego wyniszczenia. Dzieci takie — powiada Couvelaire, gasną przy braku jakichkolwiek objawów organicznego schorzenia.

Zakażenie przez łożysko jadem przesączalnym dają klinicznie inny obraz, niż zakażenia prątkiem Kocha. Jeśli w niektórych rzadkich wypadkach są one powodem niedającej się wytłumaczyć klinicznie śmierci (Léon Bernard i Debré), to przeważnie dają one tylko lekkie i przemijające objawy, zresztą bardzo trudne do wyjaśnienia.

Na podstawie najnowszych badań można twierdzić, że jad gruźliczy, nie mówiąc już o jego toksynach i antytoksynach (*anticorps*) spowodowanych jego obecnością, może przechodzić z matki na dziecko. Dowiedzionem jest, że w tej formie, w jakiej zarazek ten przechodzi, nie jest on w stanie spowodować zmian swoistych, jak również że przechodzenie jego zostało stwierdzo-

ne wyłącznie w przypadkach gruźlicy daleko posuniętej o ostry przebiegu.

W praktyce więc możemy przy obecnym stanie nauki nie liczyć się z możliwością przenoszenia się zarazka gruźlicy bezpośrednio z poprzedniego pokolenia na następne.

Jak już wspomniałem dziedziczność gruźlicy może być rozpatrywana z dwóch punktów widzenia: 1) bezpośredniego przenoszenia się zarazka z rodziców na dziecko i 2) dziedziczności ustroju sprzyjającego późniejszemu zakażeniu i rozwojowi gruźlicy.

Dziedziczność usposobienia do zakażenia gruźliczego mogłaby być spowodowana przez brak odporności danego ustroju na zarazek gruźlicy, lub przez specjalne zmiany budowy ciała, sprzyjające rozwojowi tego cierpienia.

Odpornością ustroju na dane zakażenie nazywamy taki stan ustroju, przy którym jest on na nie zupełnie niewrażliwy. Odporność taka może być wrodzona lub nabyta. Odporności wrodzonej na gruźlicę człowiek nie posiada. Wskazują na to statystyki anatomopatologów (Naegeli, Schmorl i inni), u blisko 98% zwłok zostały stwierdzone zmiany gruźlicze, jak również dane statystyczne wyników tuberkulinizacji osób dorosłych, które, jak wiadomo, za bardzo nielicznymi wyjątkami dają wyniki dodatnie.

Tuberkulina najprawdopodobniej działa jak katalizator lub zaczyn; stanowi ona substancję bodźcową, na którą w sposób swoisty oddziałuje ustrój przeobrażony przez zakażenie gruźlicze. W ustroju takim tuberkulina wywołuje, zależnie od ilości i sposobu zastosowania, albo ogólny odczyn (podniesienie ciepłoty, zaostrenie miejscowych ognisk), lub też objawy zapalne w tkance i skórze. Na całkiem zdrowy ustrój tuberkulina nie działa, nie znajdując w nim miejsc zaczepienia (teoria Selter'a). Wiemy również, że pod wpływem przebytego zakażenia prątkami, o ile siły ustroju są wystarczające dla jego zwalczania, ustrój staje się odpornym na następne zakażenia. Koch pierwszy przeprowadził badania nad odpornością nabytą pod wpływem istniejącego zakażenia. Zostały one potwierdzone przez szereg innych uczonych, przy czym okazało się (Uhlenhutt, Joetten), że zabite laseczniki nie powodują odporności, jak również, że jest ona uzależniona od istnienia w miejscach zakażenia żywych prątków.

Nie możemy już *a priori* oczekiwać zupełnej odporności na gruźlicę u dzieci matek chorych na gruźlicę.

Sprawa, czy ustrój tych dzieci jest wrażliwym na zakażenie, była obszernie omawiana w literaturze lekarskiej. Wiemy z jednej strony, że w niektórych rodzinach obserwowano (Turban) zajęcie tego samego płuca u dzieci i rodziców, jak również szczególne umiejscowienie się gruźlicy w płucach, zależne, zdawałoby się, od zmniejszonej odporności właśnie tego miejsca, lub też obserwowano, że kilkoro rodzeństwa zapada na gruźlicę po doj-

ściu do pewnego wieku. Wiemy jednak również, że nieraz oeski, wrażliwość których na zarazek gruźlicy jest ogólnie znaną, nie zachorowują na nią, mimo stałego kontaktu z rodzicami dotkniętymi gruźlicą. Na fakt ten zwrócił uwagę Weymeersch i Olbrechts. Wiadomem, jest jak to podkreśla Dumarest, że gruźlica wśród plemion, które były wolne od tego cierpienia, przebiega w formie o wiele ostrzejszej, niż w krajach, gdzie jest ona oddawna endemiczną. Wskazywałoby to na dziedziczność, jeśli niezupełnej odporności ustroju, to pewnych cech, które czynią go mniej wrażliwym na zakażenie. Jak zaznacza Nicolle w „Destin des maladies infectieuses” — „jedyną drogą, która kroczy natura, aby osiągnąć zwalczanie choroby zakaźnej, jest zakażanie nią w przeciągu całych wieków wszystkich pokoleń wrażliwego na nią gatunku. Odporność, która idzie w ślad za przebyciem choroby u danego osobnika, przetwarza się powoli w dziedziczenie stale zmniejszającej się wrażliwości, która w końcu doprowadza do zupełnej odporności”. Nie widzę powodu, dlaczego gruźlica miałaby stanowić pod tym względem wyjątek. Jako potwierdzenie swego zdania zaznaczę, że w bardzo ciekawej pracy Backman'a i Savonen'a „Der Verbreitungsverlauf der Lungentuberkulose in Finland in den Jahren 1771—1929” autorzy, opierając się na danych statystycznych śmiertelności na gruźlicę, w przeciągu około 180 lat, dochodzą do wniosku, że najprawdopodobniejszym powodem zmniejszania się tej śmiertelności jest właśnie nabyta w przeciągu wielu pokoleń względna odporność (*relative Immunität*) na jad gruźliczy. Tym samym możnaby tłumaczyć mniejszą śmiertelność na gruźlicę u żydów w Polsce.

*Habitus phthisicus* — termin ten wprowadził Rokitansky, cechy jego opisali poprzednio Laënnec i inni francuscy kliniści. Łuczkiwicz, profesor Szkoły Głównej powiada: „Usposobienie suchotnicze, bądź po rodzinie odziedziczone, bądź inną jakąkolwiek przyczyną wywołane, znane pod imieniem konstytucyj, czyli kompleksyj albo budowy suchotniczej, objawia się u dzieci i u dorosłych”. Beneke stwierdził, że u suchotników pojemność płuc jest nadmiernie wielką, natomiast serce jest nieprawidłowo małe, a układ tętniczy słabo rozwinięty; ten niestosunek pomiędzy zbyt silnie rozwiniętym narządem oddechowym, a niepomernie małym narządem krążenia stanowi według Brehmer'a główną cechą gruźliczej klatki piersiowej. Edward Zieliński na podstawie badań sekcyjnych 854 suchotników, opisał cały szereg zбочzeń budowy ich ciała. Na ogół typ gruźliczy jest bardzo zbliżony do typu astenicznego Stiller'a. Należy jednak pamiętać, że „budowa suchotnicza“, jak to już podkreślił Łuczkiwicz, „jest częstokroć już zewnętrznym wyrazem wyradzającej się wewnątrz samej choroby gruźliczkiej, że zatem podane tu znaki są już następstwem powoli rozwijających się suchot; niekiedy jednakże są one wyrazem słabowitej z urodzenia organizacji wykazującej tylko, że przy danej szkodliwości suchoty łatwo po-

wstać mogą“. Pewnych danych jednak, że typy asteniczne Stille'a są potomkami rodzin gruźliczych, nie posiadamy.

Landouzy opisał stan dziedzicznego zбочenia — heredo-dystrophie, które może dotyczyć całego ustroju (*dystrophie générale*), lub też poszczególnych jego części (*dystrophie partielle*). W tym drugim wypadku objawami tego schorzenia są: zmiany układu krwionośnego, zwichnięcie zastawki dwudzielnej lub tętnicy płuc, niedorozwój lub zanik niektórych naczyń, zaburzenia nerwowe, zmiany w budowie kości i tp. Landouzy uważa, że stany dziedzicznego zбочenia stoją w związku z gruźlicą płuc. Tego samego zdania jest i Mosny, który stany te opisał jako *hérédodystrophie paratuberculeuse*. Jednak cały szereg autorów stanowczo temu zaprzecza. Couvelaire i Lacomme na podstawie licznych obserwacji na klinice Baudelocque piszą: „objawy dziedzicznego zбочenia są u dzieci gruźliczych kobiet bardzo rzadkie i ta rzadkość ich nie pozwala nam twierdzić, że są one następstwem gruźlicy rodziców“. Comby, Delmas, Weymeersch i Olbrechts są zdania, że dziecko rodziców chorych na gruźlicę przy urodzeniu jest normalne i zdrowe. Pozostaje ono takim, jeśli jest umieszczone w odpowiednich warunkach. Przemawiają za tem i dane „Oevre Grancher“ — z liczby 23 000 dzieci pochodzących z rodzin gruźliczych (tylko takimi Oevre Grancher się opiekują) w przeciągu 17 lat spostrzeżono tylko 7 wypadków gruźlicy, w tej liczbie było 2 wypadki śmierci i 5 wypadki wyleczenia. Oevre Bruxelloise analogiczna do Oevre Grancher podaje 1 wypadek śmierci na gruźlicę na 2 450 dzieci.

Dzieci pochodzące z rodzin gruźliczych nie mają również większej skłonności do innych chorób zakaźnych wieku dziecięcego, niż dzieci rodziców zdrowych, jak to stwierdził Lelong. Ogólna odporność ich nie jest mniejsza, niż dzieci pochodzących z rodzin niedotkniętych gruźlicą. Teoria o dziedziczności zarazki gruźliczego i dziedziczności osłabionego ustroju jest — powiada Lelong — oparta li tylko na przypuszczeniach, na potwierdzenie tych przypuszczeń nie posiadamy żadnego dowodu naukowego.

Dziecko pochodzenia gruźliczego jest z reguły zdrowe w chwili urodzenia. Jeśli ono staje się gruźliczym, to dlatego, że zaraża się w środowisku rodzinnym. Poza tym środowiskiem rozwija się ono normalnie.

Przytoczę tu jeszcze wyniki obserwacji Leona Bernard'a i Debré'a nad losem 58 dzieci pochodzących od matek gruźliczych. Z liczby tej u 40, kontakt których z matkami trwał od 2 do 12 miesięcy, została stwierdzona gruźlica. Natomiast z 18 izolowanych, żadne nie zachorowało na gruźlicę.

We Francji odosobnianie dzieci jest szeroko rozpowszechnione. Zajmują się nimi — Oevre du placement familial des tout petits (dla niemowląt) i Oevre Grancher (dzieci starsze).

Szczepienia B. C. G. pozwalają nam zabezpieczyć w dość znacznym stopniu dzieci od zarażenia gruźliczego, pozostawiając



ich po względnie krótkiej, bo trwającej około 4 tygodni, izolacji w środowisku rodzinnym. Nie będę przytaczał danych świadczących z jednej strony o zupełnie nieszkodliwości szczepień B. C. G., a z drugiej potwierdzających ich wpływ uodporniający na ustrój dziecięcy. Wspomnę tu tylko, że tak ostrożna w stawianiu swych wniosków autorka, jak Prokopowicz-Wierzbowska w jednej ze swych ostatnich prac, dotyczącej spostrzeżeń nad 276 szczepionymi i 76 nieszczepionymi dziećmi w latach 1925 do 1932, pozostającymi w stałej styczności ze źródłem zakażenia, stwierdziła: liczba zgonów z gruźlicy w pierwszych 2 latach życia wynosiła — wśród szczepionych 5,07%, wśród nieszczepionych 18,6%. Izolacja poszczepieniowa — 2 do 6 tygodni tylko u 20% dzieci. Zachorowalność na gruźlicę w pierwszych 2 latach wśród dzieci nieszczepionych była czterokrotnie większa, niż wśród szczepionych; z liczby ostatnich zachorowało 9 dzieci, lecz schorzenia miała postać łagodną i w większości wypadków kończyły się wyleczeniem. Prokopowicz-Wierzbowska kładzie duży nacisk na konieczność przestrzegania odosobnienia poszczepiennego.

II. Wpływ ciąży na istniejącą gruźlicę płuc kobiety zarówno z punktu widzenia teoretycznego, jak również i praktycznego był i jest tematem obszernej literatury lekarskiej. Nie będę tu przytaczał ani liczego szeregu autorów, którzy na podstawie swych spostrzeżeń dochodzili do tych lub innych wniosków, ani szeregu nieraz bardzo skomplikowanych i często zupełnie sprzecznych co do wyników tablic statystycznych. Ograniczę się do kilku najbardziej charakterystycznych przykładów.

Lekarze do połowy XIX wieku zapatrywali się naogół optymistycznie na wpływ ciąży na istniejącą gruźlicę płuc. Rozière de la Chassagne (1770 r.) w swym podręczniku „Manuel des pulmoniques“ powiada: „Z 2 kobiet w tym samym okresie gruźlicy będących, o tej, która zajdzie w ciążę, można powiedzieć, że dziecko urodzi, gdy druga do tego czasu może zginąć“. Co prawda już w 1687 r. lekarz francuski Moriceau pisał: „Najlepszą radę, którą możemy dać kobietom, chorym na gruźlicę, jest — nie mieć dzieci, ponieważ płuca ich stają się tem gorsze, im więcej dzieci urodzą, giną one zwykle przez wznowienie się stanów zapalnych, które przeważnie powstają albo w czasie ciąży, albo wkrótce po porodzie“. A w kilka lat później: „Poród jest złą przystanią, w której giną kobiety mające złe płuca“. Zdanie jego jednak przebrzmiało bez echa i prawie wszyscy lekarze twierdzili czas dłuższy, że ciąża dodatnio wpływa na proces gruźliczy.

W początku, a zwłaszcza w połowie XIX wieku, część lekarzy, zgadzając się, że w przebiegu gruźlicy podczas ciąży może nastąpić poprawa, wskazywali na poród, jako na częstą przyczynę nietylko nawrotu starych objawów, ale nawet na moment przyśpieszający zgon. W drugiej połowie XIX wieku zda-

nia powag lekarskich są już pesymistyczne. Wspomnę tu zdania tak wybitnych ftizjologów jak Grancher i Gerhardt, którzy twierdzą, że ciąża jest zgubną dla chorych na gruźlicę. W początku XX wieku większość lekarzy jest tegoż zdania. Należą do nich tacy uczeni, jak Perroud, Playfair we Francji, Pannwitz, Dürksen, Bumm i Schauta w Niemczech, Chiara, Martinetti, Maragliano we Włoszech, Duncan i Williams w Anglii. Z polskich lekarzy przytoczę zdanie Biegańskiego, że na przebieg suchot „ujemne działanie okazuje także połów, gdy tymczasem ciąża przy dobrym odżywianiu, często powstrzymuje jakoby gruźlicę“ i Sokołowskiego, który w III tomie „Wykładów klinicznych dróg oddechowych“ powiada: „Suchoty u kobiet występują często w czasie ciąży, lub, co ma jeszcze częściej miejsce, wskutek szybko po sobie idących porodów. Ciąża usposabia do suchot wskutek właściwych temu stanowi zmian kobiecego organizmu; najbardziej usposabiają te przypadki, w których istnieją długie i uparte wymioty, brak apetytu, pewien smutny nastrój psychiczny itp. W tych razach gruźlica rozwija się na tle upadku ogólnego odżywiania i wyniszczenia organizmu. Najczęściej wprawdzie suchoty w okresie ciąży, lub bezpośrednio po niej, zjawiają się u kobiet, które już przed zamążpójściem były niezupełnie zdrowe, dziedzicznie obciążone, wątłe, blednicowe, które — jednym słowem — kryły w swym organizmie gruźlicę, a ciąża była tylko momentem poniekąd wybuchowym sprawy“.

Besold (1902 r.) tak rysuje przebieg interesującej nas sprawy: „Ciąża jest wielce niepożądanym powikłaniem gruźlicy. Aż do chwili porodu wszystko idzie dobrze, — ba! nawet bardzo dobrze; ale nie jedna kobieta nie wychodzi żywa z położu, a inne doznają ciężkiego pogorszenia choroby płucnej“.

Powikłanie gruźlicy płuc gruźlicą krtani daje przy ciąży bezwzględnie złe rokowanie, chociażby zmiany płucne były nieznaczne. Pisał o tym Przedborski w 1900 r., a kilka prac poświęcił tej sprawie Kuttner. Ten ostatni podaje, że na liczbę 216 kobiet ciężarnych, chorych na gruźlicę płuc powikłaną gruźlicą krtani, zmarło w czasie ciąży lub wkrótce po porodzie 200.

Wniosek Bar'a, zgłoszony na Zjeździe Przeciwgruźliczym w Rzymie w 1912 r.: „W przeważnej ilości przypadków ciąża jest przyczyną: 1) przebudzenia się nieczynnej gruźlicy i 2) pogorszenia gruźlicy czynnej“ — możemy uważać za pogląd ogółu ówczesnych lekarzy.

Te pesymistyczne zapatrywania miały jako skutek ogromną ilość poronień, dokonywanych przed wojną z powodu gruźlicy. I nic dziwnego. Takie sławy, jak Leyden, Gerhardt, Maragliano kategorycznie wypowiadają się za przerywaniem ciąży u gruźliczych. Ten ostatni żądał natychmiastowego przerwania ciąży we wszystkich wypadkach, w których jest ustalone rozpoznanie „gruźlica“. Po tym zabiegu, według jego zdania, zawsze nastę-

puje polepszenie. Szereg niemieckich autorów uważało za wskazane przeprowadzenie sterylizacji kobiet chorych na gruźlicę.

Po wojnie, wobec wielkich zdobyczy, poczynionych zarówno na polu semiologii, jak i leczenia gruźlicy, kwestia: ciąża a gruźlica, stała się znów aktualną. Rozlegały się coraz liczniejsze głosy, wskazując na szereg przypadków, w których ciąża i poród nie odezwały się szkodliwie na stanie istniejącej gruźlicy płuc. Wspomnę tu Lindhagen'a w Szwecji, Petersen'a w Danii, Flich'a i West'a w Ameryce, Demelain'a i Sabourin'a we Francji. Ten ostatni pisze: „Wielu doświadczonych lekarzy zna wśród swej praktyki szereg kobiet ze stwierdzoną gruźlicą, które doprowadziły do szczęśliwego końca jedną lub nawet kilka ciąży, karmiły same swe dzieci i nie czują się gorzej, chociaż cierpią na przewlekłą gruźlicę“. Większość jednak lekarzy zapatrywała się na wpływ ciąży nadal pesymistycznie.

Na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwgruźliczym odbytym w Lozannie w 1924 r. H. Forssner wystąpił z referatem, wnioski którego były do najwyższego stopnia optymistyczne. Wychodząc z założenia, że spór o szkodliwość ciąży trwa z powodu wadliwości i niedostateczności dotychczasowych statystyk, Forssner postanowił stworzyć statystykę więcej przekonującą. Zdaniem jego wszystkie dotychczasowe statystyki były oparte na dwóch niewłaściwych założeniach: 1) że gruźlica, jeśli nie jest powikłana ciążą, przebiega bez pogorszeń i 2) że każde pogorszenie zjawiające się bądź w przebiegu ciąży, bądź po porożu, jest wywołane tylko przez ciążę. — Forssner w swej statystyce porównał przebieg gruźlicy u rodzących z jej przebiegiem u nierodzących, opierając swe spostrzeżenia na dużym materiale wszystkich przychodni w Sztokholmie, co wynosi około 30 000 przypadków. Z tych — dla każdego działu statystyki wybierał on około 400 i prowadził spostrzeżenia w ciągu jednego do dwóch lat. Na podstawie swych danych dochodzi Forssner do następujących wniosków: 1) Wpływ ciąży na gruźlicę w okresie pierwszym jest na ogół wyraźnie pomyślny, 2) po wyłączeniu przypadków nieczynnych wpływ ciąży na gruźlicę w okresie pierwszym jest minimalny, właściwie żaden, i 3) w gruźlicy w drugim i trzecim okresie ciąży istotnie czasem powoduje pogorszenie, jednakże w bardzo nielicznych przypadkach. „Twierdzę — powiada Forssner — że nie posiadamy żadnych danych, że pogorszenia te zostały spowodowane ciążą. Czy nie wystąpiłyby one i bez niej Jest z gruntu fałszywym, uważać każde pogorszenie, występujące w czasie ciąży, za spowodowane przez ciążę“.

Wrażenie wywołane referatem Forssner'a było ogromne. Co prawda już na samym zjeździe wystąpili przeciw wnioskowi Forssner'a Leon Bernard, Rist, Besançon, Küss, lecz referat wywołał taki ogólny entuzjazm, że Giraud nieco później pisał z irro-

nią „pozostawało tylko uznać ciążę za najlepszy sposób leczenia gruźlicy“.

Sergent i Audler stwierdzili już po Kongresie przy dokładnym zbadaniu danych statystycznych Forssner'a szereg błędów. Brakiem ich jest również niedostateczne uwzględnienie zmian anatomo-patologicznych.

Gruźlica nie jest jednolitą chorobą; podział jej na okresy I, II i III według Turban'a jest bezwzględnie niedostateczny i wnioski, wysnute z danych statystycznych, opartych li tylko na tym podziale, muszą być błędne.

Wiemy dobrze, jak bogatym i różnorodnym jest kliniczny obraz gruźlicy, jak zmienia się on nieraz nawet u tej samej osoby. Świadczą o tem najlepiej trudności podziału postaci gruźlicy. Niezależnie od tego, czy są one oparte na objawach chorobowych, czy też na zmianach jakościowych, albo danych dynamicznych, klasyfikacje takie nie ujmują, jako jednostronne całkowitego obrazu chorobowego. A tylko dokładna znajomość tego obrazu, jego statyki i dynamiki daje nam możliwość postawienia prawidłowego rokowania.

Dumarest słusznie twierdzi, że rokowanie wpływu ciąży na gruźlicę jest, krótko mówiąc, rokowaniem rozwoju zmian gruźliczych.

I na tem nieco schematycznym aforyzmie opiera on, a w ślad za nim i Leonardi, swe poglądy na tą tak zawiłą i sporną kwestję, uważając, że wpływ ciąży na gruźlicę jest uzależniony od rodzaju zmian anatomo-patologicznych. Procesy niewielkie, dawno wygasłe, o istnieniu których nieraz kobieta i jej lekarz dowiadują się dopiero z dokładnego badania rentgenologicznego, nie są niebezpieczne i ciąża na nich wpływu nie wywrze. Chorzy ze zmianami poważniejszymi, lecz o charakterze przeważnie włóknistym, nawet gdy towarzyszą im tak częste właśnie w tej formie gruźlicy krwioplucia, najprawdopodobniej zniosą dobrze ciążę. Znacznie gorszą będzie prognoza przy zmianach włóknistojamistych. Natomiast na przypadki ze zmianami o charakterze wysiękowym, które częściowo już uległy zserowaceniowi, lub obumarciu, wpływ ciąży będzie prawie zawsze zgubny.

Brindeau, Raul Kourilsky i Simone Kourilsky przypisują największe znaczenie czynnikowi dynamicznemu i od niego w pierwszej linii uzależniają rokowanie. Moje osobiste obserwacje nad przebiegiem ciąży u kobiet chorych na gruźlicę potwierdzają w zupełności prawidłowość zapatrywań ostatnio wymienionych autorów.

Niezależnie od obrazu anatomo-patologicznego i od opartego na nim rokowaniu będzie ono znacznie gorsze w przypadkach w których skok chorobowy nastąpił niedawno przed zajściem w ciążę, a tem bardziej, gdy wystąpienie jego łączy się z początkiem ciąży, lub gdy skok ten następuje wkrótce po zajściu. Rokowanie jest zależne również od charakteru skoku — od czasu

jego trwania, od spowodowanych przez niego wysokości temperatury chorej, jak również od rozległości i charakteru zmian lokalnych. Gdy mamy do czynienia z procesem wygasłym od dawna, to nawet duże zmiany w płucach dają względnie dobre rokowanie. Oczywiście postawienie rokowania opartego tak na obrazie anatomo-patologicznym, jak i na czynniku dynamicznym wymaga, poza dokładną znajomością stanu obecnego, zebrania dokładnych danych anamnestycznych, umożliwiających prawidłowe zobrazowanie dynamiki danego cierpienia. Zebrać takie dane jest najczęściej bardzo trudno, — chorzy, a nawet ich stali lekarze, rzadko znają dokładnie przebieg cierpienia i w większości wypadków zwracają mało uwagi na czasem nieznaczące i krótkotrwałe zaostrzenia procesu chorobowego.

H. Braeuning w swym bardzo ciekawym i nader starannie opracowanym dziele „Lungentuberkulose und Schwangerschaft“ na podstawie obserwacji dotyczących 215 kobiet ciężarnych chorych na gruźlicę, dochodzi do wniosku, że gruźlica w czasie ciąży daje szereg powikłań wywołanych przez ciążę. W okresie czasu obejmującym ciążę i najbliższe po niej 6 miesięcy stwierdził on 6% pogorszeń śmiertelnych lub bardzo ciężkich i 20% łżejszych. W tymże okresie nastąpiła poprawa u 5% chorych. Karmienie dziecka nie powoduje wyraźnego pogorszenia stanu chorobowego.

Dokładna znajomość obrazu chorobowego, tak pod względem anatomo-patologicznym, jak i jego dynamiki, da nam możliwość przewidzieć z dość znacznym prawdopodobieństwem skutki, które dla danego przypadku będą miały ciąża i poród i umożliwią nam, w zależności od postawionego rokowania, prawidłowe postępowanie.

Odnosi się to nietylko do wypadków już istniejącej ciąży — nieraz do lekarza zwracają się kobiety z zapytaniem, czy mogą one ze względu na stan swego zdrowia mieć dziecko. Zakaz macierzyństwa powinien być wydany bardzo oględnie i oparty na uzasadnionym przekonaniu o jego szkodliwości. Należy pamiętać, że instynkt macierzyński jest bardzo silny u normalnej kobiety, że macierzystwo ma prawie zawsze wybitnie dodatni wpływ na jej stan fizyczny i psychiczny, jak również, że dziecko jest często kwestią nietylko szczęścia rodzinnego, ale i istnienia danej rodziny.

Przy istniejącej zaś ciąży, prawidłowo postawione rokowanie, będzie nam drogowskazem w rozstrzygnięciu tak trudnej i odpowiedzialnej kwestji, jakim jest postanowienie przerwania ciąży i pozwoli nam zapobiedz, niesłusznemu z punktu widzenia dzisiejszego stanu nauki, masowemu stosowaniu przerywań tej „rzezi niewiniątek“, jak się wyraził Leon Bernard.

Przed zaleceniem przerwania ciąży powinniśmy zawsze wziąć pod uwagę możliwość leczenia danego przypadku gruźlicy

płuc. Należy pamiętać, że gruźlicę płuc można również dobrze leczyć u ciężarnej, jak i u nieciężarnej kobiety.

We Francji znaną i uznaną jest formuła Pinard'a „pilnować ciążę — leczyć gruźlicę“, a wiemy, jak duże postępy na polu lecznictwa osiągnęliśmy w czasach ostatnich dzięki dokładniejszej znajomości semiologii gruźlicy i metodom collapsoterapii. Wiemy z obserwacyj całego szeregu autorów, że kobiety z odmą jednostronną, a nawet w niektórych, co prawda nielicznych przypadkach, dwustronną, założoną bądź przed zejściem w ciążę, bądź też w czasie ciąży, bardzo dobrze znosiły ciążę i poród. Wskazania są te same, co i u kobiet nieciężarnych, z tą tylko różnicą, że wobec bardzo szybkiego szerzenia się istniejących zmian, należy odmę zakładać natychmiast po stwierdzeniu skoku choroby, bo, jeśli chcemy zagasić pożar, nie wolno czekać, aż się szeroko rozpowszechni.

Spokój chorej, odpowiedni ściśle uregulowany tryb życia, a w pierwszej linii leczenie sanatoryjne, do korzystania z którego kobiety ciężarne powinny mieć, jak to już zostało wprowadzone we Francji, bezwzględne pierwszeństwo, mają wobec swego ogromnego znaczenia w lecznictwie gruźlicy i tu szerokie zastosowanie.

Chora powinna stale, a zwłaszcza w pierwszych 3 miesiącach ciąży, tego jej krytycznego okresu, być pod ścisłą obserwacją lekarską. Tylko taka stała opieka może zapewnić zastosowanie w odpowiedniej chwili tej lub innej metody leczniczej, a zwłaszcza kollapsoterapii, lub, w razie stwierdzenia nieskuteczności leczenia, albo wyraźnego zaostrzenia się stanu chorobowego, zastosowania celem uratowania matki, sztucznego poronienia. Poronienie powinno być wykonane bezwzględnie niepóźniej niż w 3 miesiącu ciąży.

W przypadkach beznadziejnych, w daleko posuniętych formach gruźlicy rozpadowej o charakterze szybko postępującym — „suchoty galopujące“ — przerwanie ciąży jest przeciwwskazane. Według zdania Runge'a: „Jakkolwiek nie wolno zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach posuniętej gruźlicy płuc wydalenie płodu może przedłużyć życie kobiety, nie wolno zapominać, że płód nie bierze udziału w chorobie matki, że więc niszczy się życie zdrowe, by nieco przedłużyć życie i tak stracone“. Dumarest zaś powiada: „Poronienie, które zabije dziecko, nie uratuje matki. Jeśli zabieg ten nie pociągnie za sobą bezpośrednio dwóch ofiar, to matka jednak zginie po bardzo krótkim czasie“.

W takich przypadkach tem bardziej nie należy przerywać ciąży, że czasem powoduje ona wstrzymanie się postępu choroby. Ten dodatni wpływ ciąży na stan niektórych chorych był znany oddawna. U nas zwrócili na to uwagę Sokołowski, Sterling i Dłuski. Wynika z tego, że ciąża chociaż nakłada na ustrój kobiety nowe wysiłki, stawiając go w warunki życia wzmożonego, wnosi z sobą jednak nowy czynnik, który może natyle

wpłynąć dodatnio na rozwój zmian gruźliczych w płucach, że nie tylko zrównoważy szkodliwość ciąży, ale nawet, w niektórych przypadkach, powoduje wyraźną poprawę.

Jakim jest ten czynnik? Sabourin, Bezançon i Dumarest przypisują miesięczkowaniu zgubny wpływ na przebieg gruźlicy u kobiet i uważają, że powoduje ono skoki chorobowe. Jest ogólnie znany, że przed i w czasie miesięczkowania u wielu chorych ciepłota się podnosi i występują mniejsze lub większe zaostrzenia w ogniskach płucnych. Przerwa w miesięczkowaniu, spowodowana ciążą, wywiera, według zdania wspomnianych wyżej autorów, dodatni wpływ na przebieg procesu gruźliczego. Seweryn Sterling, a ostatnio Signorelli podkreślali znaczenie wysokiego ustawienia przepony przy ciąży. Działa ono, jak dwustronne wyrwanie nerwu przeponowego. Poród w sposób gwałtowny przerywa tą dodatnią dla gruźliczki sytuację mechaniczną i z tego właśnie powodu może on być i jest tak często początkiem groźnego przebudzenia się procesu gruźliczego. Dochodzą do tego jeszcze i inne szkodliwe czynniki, jak nieraz dość znaczna utrata krwi, duży wysiłek fizyczny, ból itd.

W przypadkach przedłużającego się porodu, mogącego spowodować tak bardzo niebezpieczne dla chorych na gruźlicę przekrwienie płuc i ciężką duszność, należy dążyć do jaknajszybszego rozwiązania.

Sergent zaleca, celem usunięcia szkodliwego wpływu gwałtownego obniżenia przepony przy porodzie, założenie bezpośrednio po nim, dwustronnej odmy, w przypadkach, w których stwierdzamy pogorszenie stanu płuc. Jeżeli tych objawów nie stwierdzamy, należy zabezpieczyć chorą przed nimi przez dłuższe leżenie w łóżku i noszenie odpowiedniego pasa brzuszego. Łóżko powinno mieć przednią część podniesioną w górę (position déclive), jak to stosują francuscy klinicyści u chorych po wyrwaniu nerwu przeponowego.

Na zakończenie wspomnę jeszcze o kilku czynnikach, na które należy zwrócić uwagę przy powzięciu postanowienia ewentualnego przerwania ciąży u chorej na gruźlicę.

1) Liczba poprzednich porodów, ich wpływ na przebieg gruźlicy u chorej, jak również termin ostatniego porodu. „Po pierwszej ciąży — powiada Jacquerod — macierzyństwo jakby dodaje nowych sił i większej odporności kobiecie z nieczynną sprawą gruźliczą. Druga ciąża jest jeszcze czasem dobrze znoszona, ale przy trzeciej następuje naogół nawrót choroby“.

2) Warunki ekonomiczne chorej. Jasnym jest, że skutki ciąży i porodu będą inne dla kobiet znajdujących się w dobrych warunkach materialnych, które zapewniają jej dobre odżywianie, odpowiednie mieszkanie, stałą opiekę lekarską i możliwość korzystania w razie potrzeby z leczenia sanatoryjnego, niż dla chorej zmuszonej do ciężkiej pracy w czasie ciąży i zaraz po porodzie, znajdującej się w złych warunkach higienicznych i eko-

nomicznych bez opieki lekarskiej. Hamburger, na podstawie swych badań nad przebiegiem gruźlicy u ludności fabrycznej, dochodzi do wniosku, że złe warunki ekonomiczne i higieniczne, nie pozwalające na stosowanie odpowiedniego leczenia, powinny skłonić do przerwania ciąży w każdym jej przypadku u kobiety z ludu chorej na gruźlicę. Do tego samego wniosku doszedłem i ja na podstawie swych spostrzeżeń nad przebiegiem gruźlicy u kobiet ciężarnych wśród ludności wiejskiej na Polesiu.

3) Możliwość lub niemożliwość zabezpieczenia dziecka od zarażenia się gruźlicą bądź to przez długotrwałe odosobnienie, bądź też przez szczepienia B. C. G. i krótkotrwałą izolację po nich.

4) Czynniki psychiczne. Słusznie powiada Jacquerod: „W wypadkach, gdy kobieta gorąco pragnie mieć dziecko, znosi ona ciążę o wiele lepiej“. Odwrotnie — dziewczyna, dla której dziecko jest katastrofą; jej stały niepokój moralny musi fatalnie odezwąć się na stanie jej zdrowia“. „Należy pamiętać — powiada Dumarest — że jeśli gruźlica jest córką przemęczenia i nędzy fizycznej, to jest ona również córką nędzy moralnej“.

#### Wnioski:

1. Gruźlica płuc, za wyjątkiem przypadków o daleko posuniętych rozpadowych procesach o ostrym przebiegu, nie wpływa szkodliwie ani na możliwość poczęcia, ani na przebieg ciąży i porodu.

2. Dzieci matek gruźliczych są, za bardzo nielicznymi wyjątkami, zdrowe przy urodzeniu i rozwijają się prawidłowo. Nie są one zarażone gruźlicą i odporność ich na zakażenie gruźlicze nie jest zmniejszona. Wobec jednak wrażliwości ustroju dziecięcego na zarazek gruźlicy, powinny one albo być odosobnione na czas dłuższy, albo poddane krótkiej izolacji i szczepieniom B. C. G.

3. Wpływ ciąży na proces gruźliczy jest zależny:

- a) od charakteru zmian anatomo-patologicznych i
- b) od dynamiki procesu.

4. Małe, dawno wygasłe procesy typu *tuberculosis abortiva* i *phthisis chronica incipiens manifesta stationaris* Sterlinga, nie mogą przy dobrym stanie ogólnym być powodem zakazu macierzyństwa.

5. Przypadki ciąży z procesami dawno wygasłymi, nawet przy względnie dużych zmianach o charakterze włóknistowytwórczym, dają dobre rokowania. Natomiast nawet małe procesy o świeżych skokach chorobowych, dają wątpliwe rokowania. Jeszcze gorsze — przypadki o charakterze włóknistojamistym.

6. Przypadki o charakterze wysiękowym z tendencją do zsewowacenia i rozpadu dają złe rokowania, tem gorsze, im sprawa jest więcej czynną. Mogą one jednak ulec poprawie.



7. Przy obecnym stanie leczenia gruźlicy formuła Pi-nard'a: „Pilnować ciążę, leczyć gruźlicę“, ma doniosłe znaczenie. Każda kobieta chora na gruźlicę, powinna w czasie ciąży znajdować się pod stałą opieką lekarską i, o ile tylko możliwe, korzystać z leczenia sanatoryjnego.

8. Przerwanie ciąży jest wskazane: a) Przy każdym wyraźnie stwierdzonym skoku chorobowym, o ile zmiany przez niego spowodowane nie ustępują przy odpowiednim leczeniu. b) Przy jednostronnych czynnych procesach o charakterze wysiękowym z tendencją do rozpadu, jeśli założenie odmy jest niemożliwe lub też, jeśli założona odma nie daje odpowiednich wyników. c) Przy dwustronnych procesach tego typu, o ile dają one *quo ad vitam* kobiety dobre rokowanie.

9. Przerwanie ciąży powinno być dokonane w pierwszych 3 miesiącach.

10. Przerwanie ciąży nie jest wskazane w przypadkach o daleko posuniętej rozpadowej gruźlicy płuc, ponieważ zabicie dziecka nie ratuje matki.

11. Przy powzięciu decyzji co do przerwania lub nie przerwania ciąży powinny być również wzięte pod uwagę: a) Liczba poprzednich porodów i ich wpływ na proces chorobowy. b) Warunki ekonomiczne i higieniczne, w których znajduje się kobieta. c) Możliwość lub niemożliwość zabezpieczenia dziecka od zakażenia grożącego mu w środowisku gruźliczym. d) Czynniki natury moralnej i psychicznej.

JASIŃSKI Stefan, Dyrektor.

### Sprawozdanie lekarskie Sanatorium Akademickiego im. J. Piłsudskiego w Zakopanem za rok 1936.

Pozostało chorych z roku 1935	113 osób
Przybyło w ciągu roku 1936	414 „
	<hr/>
Razem leczono	527 osób

Dni leczenia było 34 726 (w tem 30 295 dni leczenia akademików i 4 431 prywatnych i uczniów szkół średnich).

Koszt dzienny utrzymania chorego w Sanatorium wynosił zł 5.93.

Opuściło Sanatorium z poprawą	386 osób
„ „ bez poprawy	12 „
„ „ z pogorszeniem	9 „
Zmarło	7 „
Pozostało na dzień 1 stycznia 1937 r.	113 „

Razem j. w. 527 osób

Przeciętna pobytu w Sanatorium 66 dni, czyli mniej więcej 9 tygodni.

Przeciętna dzienna frekwencja w roku 1936 wynosiła 95 osób.

Przeciętna dzienna frekwencja w poszczególnych miesiącach: styczeń 110 osób; luty 114 osób; marzec 110 osób; kwiecień 100 osób; maj 72 osoby; czerwiec 68 osób; lipiec 127 osób; sierpień 133 osoby; wrzesień 63 osoby; październik 52 osoby; listopad 73 osoby; grudzień 100 osób.

W miesiącach od grudnia do kwietnia i od lipca do września czeka stale na miejsca od 40 do 60 osób.

Z liczby 527 osób odbyło kurację sanatoryjną w ciągu 1936 roku: 1) dwukrotnie 85 osób; 2) trzykrotnie 10 osób; 3) czterokrotnie 2 osoby.

Z liczby 527 osób leczono w ciągu roku: akademików (czek) 488 osób; uczniów szkół średnich 19 osób; prywatnych 20 osób. Razem 527 osób.

Z liczby leczonych akademików było: mężczyzn 349; kobiet 139. Razem 488 osób.

Ilość akademików leczonych z poszczególnych środowisk: Warszawa 173 osób; Lwów 104 osoby; Poznań 127 osób; Kraków 50 osób; Wilno 28 osób; Lublin 4 osoby; Łódź 1 osoba; Praga Czeska 1 osoba. Razem 488 osób.

Pod względem wyznaniem leczono akademików: rzym.-kat. 433 osoby; gr.-kat. 9 osób; prawosł. 10 osób; ormiano-kat. 3 osoby; ewang. 11 osób; wyzn. mojżesz. 22 osób. Razem 488 osób.

Stan zdrowia przybyłych na kurację sanatoryjną przedstawiał się następująco: gruźlica początkowa, gruczołowa i nieczynna włóknista 75 osób; gruźlica rozwinięta 391 osób; gruźlica rozpadowa 61 osób. Razem 527 osób.

Na ogół liczbę 527 osób leczonych, 165 osób przy przyjęciu miało K +, co stanowi 31% ogólnej liczby kuracjuszy.

Z tej liczby (165) przy wyjeździe u 39 osób stwierdzono gruźlicę zamkniętą, czyli 24% pierwotnie prątkujących wyjechało z gruźlicą zamkniętą.

Na gruźlicę innych narządów oprócz gruźlicy płuc przypada: gruźlica krtani 15 osób; gruźlica ucha wewnętrznego 1 osoba; gruźlica kości i stawów 12 osób; gruźlica jelit 6 osób; gruźlica otrzewnej 3 osoby; gruźlica opon mózgowych 1 osoba; gruźlica nerek 3 osoby; gruźlica skóry 1 osoba; gruźlica mięśni 2 osoby. Razem 44 osoby.

Powikłanie gruźlicy innymi chorobami: cukrzyca 1 osoba; amiloid nerek 1 osoba; astma bronchialna 2 osoby; rostrzeń oskrzeli 3 osoby; lues 1 osoba; sclerosis disseminata 1 osoba. Razem 9 osób.

Leczono odmą sztuczną powietrzną 150 osób; z tego: prawostronną 72 osoby; lewostronną 70 osób; obustronną 17 osób.

Leczono odmą sztuczną oliwną: obustronną 1 osoba; jednostronną 3 osoby. Razem 4 osoby.

Założono 56 odm sztucznych w Sanatorium. Dopełnień odm sztucznych wykonano 1875.

Powikłań odmy sztucznej wysiękiem było u 15 osób (10%): a) wysiękiem opłucnowym surowicznym 13 osób; b) wysiękiem opłucnowym ropnym 2 osoby.

Punkcji z aspiracją wysięku opłucnego wykonano 12 osobom. Odm samoistnych naturalnych 2 osobom.

1. Z powodu zrostów opłucnowych nie udało się założyć odmy sztucznej 11 osobom.

2. Z innych metod uciskowych zastosowano, gdy nie udało się założyć odmy sztucznej: a) wyrwanie nerwu przeponowego 3 osobom; b) thoracoplastyka 3 osobom; c) przepalanie zrostów przy niekompletnym ucisku odmą sztuczną 2 osobom.

Wszystkie zabiegi od 2-go pkt. a) i b) wykonał dr Nowotny w Szpitalu Klimatycznym w Zakopanem, natomiast ad c) dr Sokołowski na miejscu w Sanatorium Akademickim w Zakopanem.

3. Leczono: Zastrzykami dożylnymi wapna z cukrem, których wykonano w ciągu 1936 r. 3 156 263 osobom; zastrzykami dożylnymi soli złota 4 osobom; zastrzykami domięśniowymi soli złota 1 osobie; zastrzykami dożylnymi Cajasa 3 osobom; zastrzykami podskórnymi preparatów arsenowych, których wykonano 1800, 60 osobom; zastrzykami domięśniowymi wyciągu z wątroby 3 osobom; zastrzykami domięśniowymi Rezilu 4 osobom; zastrzykami dożylnymi natrium benzoicum 3 osobom.

4. Leczono: Promieniami Roentgena (krtkań) 2 osoby. Z metod diagnostycznych pomocniczych wykonano: a) pracownia Roentgena: 424 fotografie klatki piersiowej i kości; 679 prześwietleń klatki piersiowej; b) laboratorium chemiczno-bakteriologiczne wykonało: analiz płwociny 790; analiz moczu 658; analiz wysięków opłucnowych 12; rozbioru krwi 10; opadanie czerwonych ciałek krwi metodą Biernackiego 1054.

Podstawową metodą leczniczą w Sanatorium dla wszystkich chorych jest leczenie higieniczno-dietetyczne. W myśl powyższego ściśle się przestrzega trybu życia w Sanatorium i godzin werandowania w myśl regulaminu wewnętrznego.

Żywnienie chorych powodowało dawniej wiele skarg z ich strony (kieruję Sanatorium już 12 lat), jak zresztą we wszystkich zakładach dla chorych gruźlicy, gdyż podstawowym objawem chorego na gruźlicę rozwiniętą, (który to objaw przy gruźlicy można zaliczyć wprost do metod diagnostycznych), jest brak apetytu i jako skutek skargi na niesmacznie przyrządzone posiłki i nieświeże produkty. Skarg tych udało się uniknąć już od trzech lat dzięki wprowadzonemu systemowi wyboru przez chorego potraw, których jest zawsze kilka przy każdym posiłku. Dla ilustracji podaję:

pierwsze śniadanie do wyboru: a) kawa, b) herbata, c) mleko — prócz pieczywa i masła do wyboru: d) wędliny lub zimne mięso, e) miód, f) ser itp.

obiad do wyboru: dwie zupy, dwa rodzaje mięsa, legumina lub kompot;

kolacja do wyboru: a) potrawa mięsna, b) potrawa jarska, c) jaja w trzech postaciach, d) kaszki lub grysik, e) pierniczki, herbatniki lub kompot.

Całkowite indywidualne żywienie à la carte prawie bez względu na kosztą stosujemy u ciężko chorych i gorączkujących.

Chorzy o większym apetycie dostają za zezwoleniem lekarza oddziałowego zwiększoną porcję posiłków całodziennych lub poszczególnych.

Posiłki 5-cio razowe dziennie wynoszą na osobę 5 3960.12 kaloryj (obliczono według książki magazynowej), co odpowiadałoby metodzie tuczającej III-go stopnia 5 200 kaloryj według Rubnera i Nordena, czego bezwzględnie wymaga wyniszczony gruźlicą organizm naszych chorych w wieku młodym, którzy składają się z warstw zupełnie niezamożnej młodzieży akademickiej, podczas studiów z reguły głodują, nie wiedząc jeszcze o niszczącej już ich organizm chorobie. Z ogólnej liczby 5 360.12 kaloryj przypada na: mięso 1 152 kal.; jaja 300.15 kal.; masło 826.80 kal.; inne tłuszcze 230 kal.; chleb 609 kal.; bułki 538 kal.; mąka 264 kal.; kasze 133.20 kal.; mleko 511.70 kal.; cukry 324.28 kal.; śmietana 20.10 kal.; owoce 450.89 kal. Razem 5 360.12 kaloryj.

Ze ścisłych metod leczniczych szeroko stosujemy leczenie uciskowe (odma sztuczna), dające możliwość szybkiego powrotu do studiów z dalszym kontynuowaniem jej przez środowiskową poradnię przeciwgruźliczą i zwiększającą rokowanie co do całkowitego wyleczenia, oraz, co jest bardzo ważne, szybko odprątkowujące chorego akademika i nie zagrażające zakażeniem zdrowym kolegów podczas dalszych studiów.

### Ubezpieczenie przeciwko gruźlicy dzierżawców<sup>1)</sup> i osadników rolnych<sup>2)</sup> we Włoszech.

(„Le Assicurazioni Sociali“ r. 1936, Nr 1). Referat dostarczony przez Radę Naukowo-Lekarską przy Z. U. S-ie.

Rada Ministrów uchwaliła nowy dekret, na mocy którego ubezpieczenie przeciwko gruźlicy obowiązywać ma w przyszłości dzierżawców i osadników rolnych. Ubezpieczenie przymuso-

<sup>1)</sup> „mezzadri“ — rolnicy, którzy, wzajemian za dzierżawę gruntu, oddają właścicielowi połowę zbiorów.

<sup>2)</sup> „coloni“ — osadnicy rolni, otrzymujący część wynagrodzenia w naturze, część w gotówce.

we przeciwko gruźlicy jest analogiczne do ubezpieczenia obowiązkowego od kalectwa oraz od starości. Według królewskiego dekrety z dnia 30 grudnia 1923 r. Nr 3184, podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu wszyscy pracownicy przemysłowi, rolni, handlowi w wieku od lat 15 do 65, z wyłączeniem pracowników, zarabiających powyżej 800 lirów miesięcznie. W dziale rolnictwa ubezpieczenie obowiązkowe od kalectwa i starości obejmuje tych wszystkich pracowników, u których istnieje stosunek zależności płacy: 1) pracowników o pensji stałej, 2) pensji dniówkowej, 3) pracowników dorywczych oraz innych, biorących udział w pracy.

Dekret o ubezpieczeniu przeciwko gruźlicy z dnia 27 października 1927 r. nie uwzględniał dzierżawców i osadników rolnych. Wykluczenie tych kategorii było wyłącznie czasowe, stanowią oni bowiem, wraz z rodzinami, 19% ludności rolniczej i liczą 4 miliony ludzi. Dekret z r. 1927 głosił, że byłoby słuszne, aby ubezpieczeniem przeciwgruźliczym objęte były osoby pracujące, niepodlegające ubocznie ubezpieczeniu przymusowemu od kalectwa i starości. Dokładnie zostało to określone art. 2 królewskiego dekretu z dnia 30 grudnia 1923 r. Nr 3184. Jedyne względy ostrożnościowe i finansowe były przyczyną czasowego wykluczenia powyższych kategorii pracowników od ubezpieczeń. Mussolini powziął decyzję, aby ubezpieczenie przeciwko gruźlicy obejmowało wszystkich pracowników rolnych, doceniając całkowicie zasługi tych ostatnich.

Można stwierdzić, że śmiertelność na gruźlicę na wsi w przeciągu lat ostatnich pozostała niezmienną, podczas gdy w miastach, dzięki energicznej walce, prowadzonej przy pomocy różnego rodzaju instytucji, znacznie się zmniejszyła. Dr Collari stwierdził w swojej publikacji, że w gminach prowincjonalnych małych, śmiertelność na gruźlicę zwiększyła się w latach 1921 do 1926 o 2—3%. Z drugiej zaś strony, w gminach prowincjonalnych większych (stanowiących stolice prowincji) zmniejszyła się. Śmiertelność na gruźlicę na 100.000 mieszkańców gmin dużych wynosiła w roku 1891 — 303, a w roku 1926 — 195, w innych zaś gminach w r. 1891 — 180, a w roku 1926 — 130. Ludność rolna jest bardzo czuła na zarazek Kocha. Mizerne warunki mieszkaniowe, niehigieniczny sposób współżycia rodzinnego i społecznego, liche i nieracjonalne odżywianie, brak opieki lekarskiej, szczególnie przeciwgruźliczej — oto czynniki, sprzyjające rozwojowi endemii. Gęste zaludnienie w ciasnych izdebkach, brak światła i czystego powietrza, wszystkie te fakty tłumaczą zjawiska, że na ogół w okolicach gęsto zaludnionych śmiertelność jest większa wśród ludności wiejskiej, niż ludności miejskiej. Szczególnie w Italii południowej (Andria, Barletta, Corato) ilość chorych na gruźlicę stale wzrasta. Kobiety, przebywające na ogół więcej w domu, częściej zapadają na gruźlicę. W miastach, większość suchotników stanowi ludność pochodzenia wiejskiego.

Według danych, dostarczonych przez prof. Luigi Ferrannini, w pierwszym numerze „Assistenza Sociale Agricola“, emigranci, powracający do kraju, stanowią również ważne źródło zarazy.

Zrozumienie tych faktów spowodowało konieczność rozszerzenia zasięgu ubezpieczenia przeciwgruźliczego na całą ludność rolną (dzierżawców i osadników rolnych). Powyższy problem był rozważany i dyskutowany dokładnie na czwartym kongresie narodowym walki przeciwgruźliczej w roku 1931, kiedy to został aprobowany wniosek prof. Manfredi, który żądał rozszerzenia korzyści ubezpieczeniowych przeciwko gruźlicy na rolników i rzemieślników. Ostatnio w październiku 1936 r. w Bolonii na kongresie opieki społecznej, towarzysząc Atti, sekretarz federacji narodowej osadników rolnych i dzierżawców, chcąc uzyskać dla nich jednakowe prawa ubezpieczeniowe, jak dla innych kategorii robotników, żądał rozszerzenia ubezpieczenia przeciwgruźliczego również i na członków swojej organizacji. W r. 1931 było w Italii 3 848 116 dzierżawców i robotników rolnych, obejmujących 587.506 rodzin.

Ministerstwo korporacji poleciło zbadać problem i skonkretyzować sposób jego rozwiązania: odpowiedniej komisji, dyrektorom konfederacji rolnych i dyrektorom Instytutu Nar. Fasz. Op. Społ., odpowiednim ministerstwom zainteresowanym.

W wyniku prac stwierdzono, że ubezpieczenie przymusowe przeciw gruźlicy, tak jak jest ono pojmowane i stosowane dla innych kategorii robotników, nie może być stosowane do kategorii dzierżawców i osadników rolnych, ze względu na stosunek i potrzeby komórki rodzinnej. Przy ubezpieczeniu przymusowym przeciw gruźlicy dla innych kategorii zawodowych, istnieją pracodawcy oraz pracownicy, wynagradzani pieniężnie, według pewnych stawek. Przy dzierżawcach i osadnikach rolnych nie istnieje stosunek zależności płatniczej, natomiast praca ich jest wynagradzana, proporcjonalnie do wydajności gleby. W ubezpieczeniu przymusowym zwykły ciężar składek ponosi w połowie pracodawca, a w połowie pracujący. Pracodawca jest odpowiedzialny za zapłatę składek swego pracownika i ma prawo potrącić przy wypłacie pensji należną od pracownika składkę ubezpieczeniową. Analogicznym kryterium można się kierować przy ubezpieczeniu dzierżawców i osadników rolnych, a stawki ubezpieczeniowe mogą być potrącone przez zadłużenie konta dzierżawcy. Przy ubezpieczeniu zwykłym, przeciwgruźliczym pracowników o stałej pensji, korzystają z ubezpieczenia żona, dzieci, bracia i siostry, będący na jego utrzymaniu (poniżej lat 15).

W kategorii dzierżawców i osadników rolnych praca pochodzi od komórki rodzinnej, jako całości nierozzerwalnej. Ponieważ komórka rodzinna na wsi składa się z liczniejszego zbiorowiska osób, należy więc ubezpieczenie dostosować do danego zbiorowiska w całości. Przy ubezpieczeniu przymusowym zwy-

kłym, płaci się wyżej wymienionym członkom rodziny, na wypadek choroby osoby ubezpieczonej, zasiłek dzienny od 4—6 lirów. Przy ubezpieczeniu dzierżawców i osadników rolnych, odszkodowanie nie jest konieczne, ponieważ członkowie rodziny chorego dalej żyją na glebie i z niej się utrzymują.

Z powyższych rozważań wynika, że należy inaczej podchodzić do problemu ubezpieczeniowego dzierżawców i osadników rolnych.

Ażeby określić w przybliżeniu kwotę obciążenia ubezpieczeniowego, należy stwierdzić również w przybliżeniu ilość gruźliczych wśród dzierżawców i osadników rolnych, którzy wymagać będą leczenia. Śmiertelność na gruźlicę wśród ludności wynosi 1 na 1000. Dokładnie w liczbach absolutnych śmiertelność na gruźlicę wśród tych kategorii powinna wynosić 3848 osób rocznie. Ponieważ na każdy przypadek śmiertelny przypada 1 do 10 chorych na gruźlicę, z pośród których 3—4 (liczba 4 według doświadczenia „Inst. Nar. Fasz. Op. Społ.“) trzeba umieszczać w zakładach leczniczych, wynika więc z tego, że rocznie należy leczyć od 11 000 do 15 000 ubezpieczonych oraz ich krewnych. Według danych, zawartych w królewskim dekrete z dnia 27 października 1927 r. Nr 2055, powinno być, dla dostatecznej opieki, tyle łóżek, ile jest przypadków śmiertelnych na gruźlicę. Koszt roczny utrzymania jednego łóżka wynosi 8 400 lirów. Ponieważ łóżek takich musi być 3 848, przeto koszt roczny opieki dla chorych na gruźlicę wyniesie około 32 milionów lirów. Koszt ten mógłby być rozdzielony pomiędzy wszystkich członków rodzin dzierżawców i osadników, lub też, co byłoby słusniejsze, wyłącznie pomiędzy członków powyżej lat 12, to znaczy pomiędzy tych, którym wiek pozwala wykonywać pracę na roli.

Według danych z roku 1931:

członkowie rodzin dzierżawców i osadników rolnych	3 848 116
małoletni poniżej lat 12	1 154 434
liczba osób, które powinny ponieść ciężar ubezp.	2 693 682
obciążenie z tytułu ubezpieczenia przeciw gruźlicy	lir. 32 324.184
Obciążenie jednostki	lir. 12

W dalszym ciągu dekret ustala, że połowa stawki ubezpieczeniowej ciąży na właścicielu, a druga połowa na dzierżawcy lub osadniku rolnym. Właściciel pod koniec roku przy rozrachunku ma prawo potrącić składkę ubezpieczeniową, którą dzierżawca lub osadnik obowiązany jest zapłacić. Ubezpieczenie obejmuje wszystkich członków rodziny, nie tylko określonych art. 69 królewskiego dekretu z dnia 4 października 1935 r. Nr 1827, lecz również i innych krewnych, którzy żyją z dzierżawcą lub z osadnikiem i pracują na gruncie wydzierżawionym lub osadniczym. Rodzina może ulegać różnym zmianom, może się zwiększać lub zmniejszać, przeto ustalono, że właściciel ma obowiąz-

zek donosić do Inst. Nar. Fasz. Op. Społ. w ciągu pierwszych 30 dni każdego roku o przybyciu lub ubyciu członka rodziny. Niewykonanie powyższego obowiązku jest uważane, jako niewykonanie obowiązku ubezpieczeniowego. Nad wykonaniem powyższych formalności powinni czuwać rolnicy oraz ich stowarzyszenia syndykalne.

Dzierżawcy oraz osadnicy rolni i ich rodziny mają prawo do świadczeń po upływie roku, od czasu zgłoszenia ich przez pracodawcę, oraz po opłaceniu składek w przeciągu roku. W przypadkach nieciągłości stosunku między właścicielem gruntu, a dzierżawcą lub osadnikiem, ci ostatni mają prawo do zasiłku, jeżeli płacili składki ubezpieczeniowe przez 3 lata, w ciągu ostatniego pięciolecia.

Regime faszystowski, rozciągając ubezpieczenie przeciwgruźlicze na rodziny dzierżawców i osadników rolnych, zademonstrował szybkość i zdecydowanie w swojej akcji na polu społecznym. W październiku 1935 roku, podczas kongresu Opieki Społecznej w Bolonii, powzięto ostateczne konkluzje, zgłębiono i przedyskutowano dokładnie problem. W styczniu 1936 roku Centralny Komitet Korporacyjny, pod przewodnictwem Mussoliniego, ustalił dyrektywy dla realizacji powyższego ubezpieczenia. W pierwszych dniach marca, będąc już dokładnie i sumiennie opracowany przez Ministerstwo Korporacji, projekt uzyskał aprobatę Rady Ministrów.

---

### **Uzupełnienie protokołu XII Zebrania Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów przeciwgruźliczych.**

Streszczenie własne referatu wygłoszonego przez Marię Grycewicz pt., „Gruźlica płuc, a praca fizyczna“.

Wobec tego, że nie mniej niż 2/3 chorych sanatoryjnych zostaje wypisanych nie wyleczonych i z ograniczoną znacznie zdolnością do pracy, konieczną staje się rewizja obecnych metod leczenia. Chorzy ci odzwyczajeni od wszelkich wysiłków, zupełnie są niezdolni prowadzić walkę o byt w zwykłych warunkach życia. Wprowadzenie dozowanej pracy fizycznej w system leczenia gruźlicy płuc dla chorych, u których pod wpływem leczenia ustąpiły objawy sprawy czynnej, jest uważane obecnie za celowe i konieczne. Praca fizyczna działa dobrze nie tylko na system nerwowy chorych, ale dostosowana indywidualnie do każdego przypadku, może być czynnikiem leczniczym. Stopniowo zwiększając ilość godzin pracy rekonwalescenta, można bez szkody dla zdrowia doprowadzić go do pełnej wydajności, która jest konieczna dla jego pracy zawodowej.



Metodą tą lekarze w sanatoriach w Holandii znacznie zwiększali odsetek chorych, wypisywanych z zakładów z pełną zdolnością do pracy.

Nie mniej ważnym jest zagadnienie pracy fizycznej chorych niezdolnych, z ograniczoną zdolnością do pracy. Wykorzystanie tej pozostałej zdolności do pracy, oraz nieuszkodliwienie ich dla otoczenia jest jednym z najważniejszych zadań opieki posanatoryjnej, która najszerzej i z wielkim powodzeniem stosowana jest obecnie w Anglii.

Typem takiego osiedla, gdzie połączone są instytucje lecznicze z kolonią dla chroników jest osiedle „Papworth“, prowadzone przez Varrier-Jones.

Brak zupełny jakichkolwiek poczynań w tym kierunku w Polsce wymaga pobudzenia zainteresowania czynników miarodajnych i dokładnego opracowania możliwości wprowadzenia ich w życie.

---

### **Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą. Koło lwowskie.**

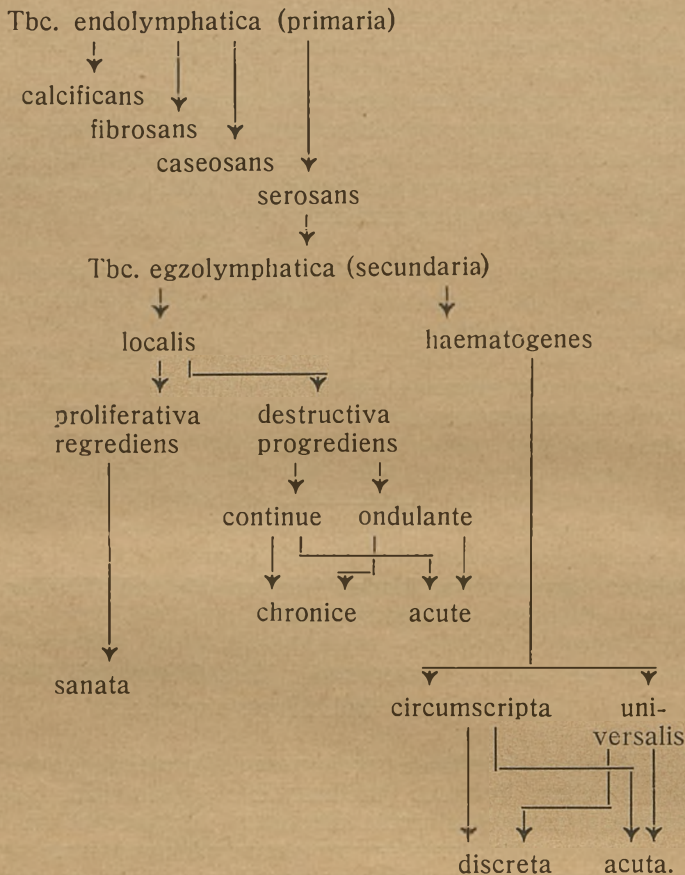
Protokół posiedzenia naukowego z dnia 6 kwietnia 1937 r.

Przewodniczy: kol. K r a s o w s k a.

Kol. P t a s z e k referuje swoją pracę o projekcie nowej klasyfikacji gruźlicy. Referent przedstawia ze stanowiska fizjologii patologicznej, zmiany stężenia antygenu gruźliczego we krwi chorych zależne od czynników warunkujących uwapnianie ognisk. Przypisuje dużą rolę uczuleniu w gruźlicy a wątpi w istnienie swoistych przeciwciał. Odporność na gruźlicę odnosi do odległych cech humoralnych, biologicznych a atawistycznych, łącząc je z filogenetycznym rozwojem ustrojów.

Stoi na stanowisku swoistości zakaźności gruźlicą jedynie układu chłonego, i to tylko w wieku dziecięcym. Rozwój zmian w tym układzie uzależnia od zmian jakościowych które występują w aparacie dokrewnym, dając odmienny obraz schorzenia w wieku dorosłym, a inny u dziecka. Materiał zakaźny według referenta, może znajdować się wewnątrz węzłów chłonnych, a te serowaciejąc, mogą go pod wpływem tych endogennych czynników jak i innych natury egzogennej, wyrzucić go do otoczenia i powodować destrukcję otaczających tkanek.

W ten sposób tłumacząc przebieg zakażenia gruźliczego u człowieka, dzieli postaci choroby na zawarte wewnątrz aparatu chłonnego i występujące na zewnątrz, a więc postaci endolimfatyczne i postaci egzolimfatyczne. W schemacie rzecz tę przedstawia jak poniżej:



W dyskusji kol. Brichta uważa podaną przez referenta systematykę, ze stanowiska pediatry za złąciwą pod wieloma względami i do przyjęcia z małymi może poprawkami.

Kol. Berger, uważa, że nie da się w schemacie prelegenta pomieścić wszystkich spotykanych w praktyce postaci gruźlicy.

Kol. Czernyś zgadza się z tem, że w przypadkach gruźlicy dziecięcej podany podział mógłby być dostatecznym, jednakże dla postaci gruźlicy dorosłych, wydaje mu się, że pomijanie późnej infekcji u dorosłych jest niewłaściwe. Stwierdza, iż u dzieci zmiany gruźlicze na ogół łatwiej ulegają wygojeniu, niż w wieku późniejszym, oraz że częściej chorują kobiety na gruźlicę niż mężczyźni. Zwraca uwagę na to, że styczność z chorym, może być przyczyną choroby, a nie tylko uczynieniem starych zmian na tle uczulenia, jak tego chce referent.

Kol. Zier stoi na stanowisku zakaźności gruźlicą w każdym okresie życia człowieka.

Kol. Berger porusza sprawę reinfekcji i superinfekcji.

W odpowiedzi przemawia referent, broniąc swoich tez.

Przewodnicząca zamyka posiedzenie, z tem, że dyskusję na tematy poruszone odkłada do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr D. Zier.*

## Sprawozdanie

### Wojewódzkiego Komitetu IX Dni Przeciwgruźliczych na obszarze Województwa Lwowskiego w roku 1937.

Wbrew wszelkim oczekiwaniom Komitetu Dni Przeciwgruźliczych Ministerstwo Spraw Wewnętrznych reskryptem z dnia 3 listopada 1936 Nr A. P. 2-137 — wobec ogólnej akcji pomocy zimowej dla bezrobotnych zmieniło termin urządzenia Dni Przeciwgruźliczych z grudnia na miesiąc kwiecień, dając do dyspozycji czasokres akcji 3 tygodniowy zamiast 6 tygodniowy (7 do 30 kwietnia 1937, zamiast 1 grudnia 1936 do 10 stycznia 1937). Zmiana ta zapowiadała się dla akcji jak najgorzej ze względu na skrócony okres trwania akcji i początek roku budżetowego we wszystkich instytucjach państwowych i samorządowych, któreby mogły akcję materialnie poprzeć. Jednak skupienie po raz dziewiąty z rzędu akcji Dni Przeciwgruźliczych w rękach Zarządu Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego pozwoliło i tym razem wykorzystać doświadczenie z lat ubiegłych w kierowaniu akcją.

Wczesne otrzymanie wiadomości o treści wyżej cytowanego okólnika Ministerstwa pozwoliło dobrze przygotować i w czasie stosunkowo dłuższym propagandę Dni. — Powiatowe Koła zostały już w grudniu 1936 r. zaopatrzone w znaczki przeciwgruźlicze i materiał propagandowy w celu przygotowania go do rozsyłki do poszczególnych osób lub Instytucji w kwietniu 1937.

Pismo Wojewódzkiego T-wa Przeciwgruźliczego w tej sprawie brzmi:

Wojewódzkie Towarzystwo Przeciwgruźlicze  
we Lwowie.

L. p. 101/36.

We Lwowie, dnia 24 listopada 1936.

Do

Panów Starostów powiatowych Województwa lwowskiego, Pana Frezydenta miasta Lwowa, Powiatowych Kół walki z gruźlicą, Polskiego Towarzystwa Higienicznego w Przemyślu, Lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą i T. O. Z-u we Lwowie.

W załączeniu przesyłam okólnik Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w sprawie zmiany terminu tegorocznych „Dni Przeciwgruźliczych”. Jednakowoż wobec gwałtownej potrzeby zasilenia akcji przeciwgruźliczej nowymi funduszami, zwłaszcza na leczenie bezrobotnych

w Lecznicy w Hołosku, Wojewódzkie T-wo Przeciw gruźlicze prześle już wcześniej w dniach najbliższych odpowiednie znaczki lekarzom powiatowym do rozsprzedazy wewnętrznej w Poradniach przeciwgruźliczych, Ośrodkach Zdrowia, Szpitalach powszechnych i Ubezpieczalniach Społecznych. Proszę zatem o poparcie moralne tej akcji bez organizowania narazie Komitetu lokalnego, a po otrzymaniu znaczków o podpisanie pokwitowania i zwrócenia go do moich rak.

Zauważam, że znaczki przeciwgruźlicze, stanowiące wartość pieniężną, zostaną przed wysyłką komisyjnie przeliczone i rozesłane w ilości podanej w załączonym do wysyłki pokwitowaniu. Dla uniknięcia nieporozumień należy znaczki komisyjnie przy odbiorze przeliczyć.

Przypominam, że 45% dochodu ze znaczków, które T-wo musi otrzymać ze sprzedaży znaczków, stanowi 20% dla Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, 5% dla Wojewódzkiego T-wa Przeciwgruźliczego, a 20% przeznaczone zostanie przez Wojewódzkie T-wo Przeciwgruźlicze na leczenie bezrobotnych w Lecznicy w Hołosku.

Wszelkie materiały propagandowe zostaną przesłane w terminie przewidzianym przez Polski Związek Przeciwgruźliczy. W tym czasie prześle Towarzystwo odpowiednie pismo w sprawie zorganizowania Komitetów lokalnych, któreby zajęły się intensywną propagandą Dni Przeciwgruźliczych.

Za

(Pieczęć)

*Dr J. Wysocki* w. r.  
Sekret. wykon.

*Dr Wacław Majewski* w. r.  
Prezes

Dopiero w marcu br. Zarząd Wojewódzkiego T-wa Przeciwgruźliczego przekształcił się w Komitet Wojewódzki Dni Przeciwgruźliczych po otrzymaniu pisma Polskiego Związku Przeciwgruźliczego z dnia 2 marca 1937 L. dz. III. 2/2. Na wstępie poczynają Komitetu Pan Wojewoda Lwowski życzliwie ustosunkowany do ogólnej akcji, wydał dnia 11 marca 1937 r. okólnik do Panów Starostów powiatowych, Starosty Grodzkiego we Lwowie i Pana Prezydenta miasta Lwowa, następującej treści:

Urząd Wojewódzki Lwowski.

L. Z. 128/18/36.

We Lwowie, dnia 11 marca 1937.

Dni Przeciwgruźlicze.

Do

Panów Starostów powiatowych (wszystkich), Pana Starosty Grodzkiego we Lwowie, Pana Prezydenta w król. stoł. m. Lwowie.

Uznając ważność akcji przeciwgruźliczej, przesyłam w załączeniu okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i proszę Pana Starostę (Pana Prezydenta m. Lwowa) o zorganizowanie już dzisiaj Komitetu lokalnego Dni Przeciwgruźliczych, któryby się zajął starannym przygotowaniem akcji Dni Przeciwgruźliczych, a w ciągu dni od 7—30 kwietnia 1937 propagandą akcji oraz sprzedażą znaczków.

Wojewódzkie T-wo Przeciwgruźlicze we Lwowie dostarczy w najbliższym czasie odpowiedniego materiału propagandowego, a potrzebne do sprzedaży znaczki są do nabycia u lekarzy powiatowych (we Lwowie w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego).

W skład Komitetów lokalnych powinny wchodzić w całości Zarządy Kół i Towarzystw Przeciwgruźliczych, które prowadząc od szeregu lat akcję przeciwgruźliczą, nabyły dzięki temu w tym kierunku doświadczenia.

Wobec wyłączności zbiórki na cele przeciwgruźlicze w wyżej podanym okresie czasu, proszę Pana Starostę (Pana Starostę Grodzkiego) o nieudzielanie w czasie od 7—30 kwietnia 1937 pozwoleń na inne kwesty i zbiórki, zgodnie z reskrypsem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z 3 listopada 1936 Nr AP. 2/35.

Za Wojewodę  
(—) *Tadeusz Chmielewski*  
Wicewojewoda.

C. d. n.

---

## KRONIKA.

**30-lecie Warsz. T-wa Przeciwgruźliczego.** Przed kilku tygodniami odbyło się doroczne walne zgromadzenie członków Warszawskiego T-wa Przeciwgruźliczego, które wstępuje w 30-letni okres działalności.

Po wysłuchaniu sprawozdania, które obejmuje działalność czterech poradni, stacji odmy sztucznej, pracowni rentgenologicznej i dwóch zakładów leczniczych o charakterze zapobiegawczym wykazuje dalszy stały rozwój, szczególnie dzięki usprawnieniu pracy, udzielono zarządowi absolutorium.

Na określenie zasługuje zawarcie w roku sprawozdawczym umowy z Ubezpieczalnią Społeczną w Warszawie, na mocy której chorzy na gruźlicę czynną z pośród ubezpieczonych, przekazywani są pod opiekę poradni Towarzystwa.

O rozwoju prac T-wa świadczy budżet na rok 1937/8, który przewiduje w wydatkach i dochodach 535.206 zł 75 gr. Dokonano też wyboru do Rady T-wa. Postanowiono nowo otwartą, piątą z rzędu poradnię przy ul. Natolińskiej 4, w uznaniu zasług dla T-wa, nazwać imieniem długoletniego prezesa p. Franciszka Karpińskiego.

**Słuszne uwagi o Istebnej.** Znany publicysta Maciej Freudman takie odniósł wrażenia z wycieczki do Istebnej (przedruk z Dziennika Polskiego): „Pan wojewoda Grażyński zainicjował i silną ręką doprowadził do realizacji gigantyczną budowę sanatorium-szkoły dla dzieci gruźliczych w Istebnej. Jedziemy tam właśnie. Mówią nam, że to cudo jest jedynym tego rodzaju i naj-

wspanialszym obiektem nie tylko w Polsce, ale też i Europie. Wierzymy. Na cudownym grzbiecie górskim, kompleks biały, kapitałnych budynków z tarasami, marmurami, windami, parkami, alejami, pawilonami i wszystkim czego dusza zapagnie. Osiem milionów żywymy pieniędzmi poszło na to. A wewnątrz: najnowsze aparaty lecznicze, roentgeny, maszyny, sale operacyjne jakich w życiu nie widziałem, lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, — tylko dzieci nie widać. Powiadają, że wakacje, że dopiero po wakacjach otwarcie. Tymczasem czekają już gotowe klasy szkolne, sanatorium, przedziwne i wymyślne z małymi stoliczkami, z krzeselkami do wykrecania, takimi jak przy fortepianie, ze światłami niezwykłymi, — z boku, z dołu, w ścianie, w murze itp. Po prostu: dopiero trzeba być w Polsce dzieckiem gruźliczym, ze Śląska, żeby uczyć się w takich cudownych warunkach. Tak jakby zdrowym i inteligentnym dzieciom miast nie należały się takie wspaniałe pomoce szkolne! Nie zazdrościmy, nie, tylko jeszcze smutniej resztę Polski wspomnieć, kiedy się ją widzi taką bogatą, tu, na Śląsku. Inna rzecz, że to całe ogromne sanatorium obliczone jest za ledwie na 300 dzieci...“.

**Jak w Polsce żyjemy.** Doskonałą ilustracją poprzedniej notatki jest poniżej umieszczony w „Chwili“ z 5 sierpnia 1937 r. artykuł, podpisany przez „Gen“:

„Przedstawimy poniżej życie człowieka w Polsce. Będzie to ilustracja, złożona z samych nagich cyfr, zaczerpniętych z nieocenionego „Małego Rocznika Statystycznego“.

Człowiek rodzi się w Polsce. Rodzi go kobieta niezwykle płodna. Tak płodnych kobiet, jak w Polsce, prawie-że nie ma w Europie, za wyjątkiem Bułgarii, która ma kobiety płodniejsze. Odnośne cyfry przedstawiają się następująco: Saksonia 3.8, Niemcy 5.2, Anglia z Walią 5.6, Szwecja 5.7, Francja 6.7, Holandia 8.7, Węgry 8.8, Włochy 9.5, Polska 10.9, Bułgaria 13.8.

Miejsce zamieszkania człowieka w Polsce jest ogromnie ciasne. Bierzemy Warszawę, mimo, że jest w Polsce wiele miast, w których warunki mieszkaniowe ludności są znacznie gorsze. Przeciętna liczba osób na 1 izbę wynosi w: Londynie 0.89, Berlinie 1.01, Kopenhadze 1.01, Oslo 1.10, Sztokholmie 1.12, Tallinie 1.29, Rzymie 1.33, Pradze 1.44, Helsinkach 1.49, Rydze 1.61, Warszawie 2.06.

Jak jada człowiek w Polsce? Pszenica: Francja 247 kg, Hiszpania 195 kg, Belgia 193 kg, Włochy 186 kg, Węgry 184 kg, Anglia 158 kg, Szwecja 136 kg, Jugosławia 132 kg, Niemcy 81 kg, Polska 48 kg.

Żyta, którym na zachodzie karmią zwierzęta, spożywa Polak w rekordowej ilości w porównaniu z mieszkańcami wszystkich krajów europejskich. Podobnie i ziemniaków. Weźmy dwie krańcowe cyfry: Ziemniaków spożywa mieszkaniec Polski 768 kg rocznie, zaś Anglik 125 kg. Żyta spożywa Polak 159 kg, Włoch

4 kg. Natomiast cukru spożywa Polska zaledwie 8.9 kg rocznie na 1 mieszkańca tj. najmniej, za wyjątkiem Włoch i Rosji sowieckiej, gdy Dania spożywa 50.4 kg, Anglia 49.3, Stany Zjednoczone 45.1 kg itd.

W takich warunkach odżywiania się i mieszkania trudno o pomyślny stan zdrowotny. Najgroźniejszą chorobą człowieka w Polsce jest gruźlica. W całej Europie nie umiera tylu ludzi (w stosunku procentowym) co w Polsce. Popatrzmy na tablice statystyczne: Na gruźlicę umiera (na 10 tysięcy mieszkańców): w Holandii 4.5, w Niemczech 6.3, w Belgii 6.4, w Anglii 6.8, we Włoszech 7.7, w Szwecji 9.4, we Francji 11.9, w Austrii 13.0, w Czechosłowacji 13.2, w Węgrzech 16.4, w Polsce 17.6.

Ale nie tylko w porównaniu z innymi krajami europejskimi przypada w Polsce najwięcej zgonów na gruźlicę. Gruźlica pożera u nas także najwięcej ofiar w porównaniu z wszystkimi innymi chorobami. Oto statystyka:

Samobójstwo 0.9, śmierć gwałtowna 3.2, rak i inne nowotwory 4.6, choroby serca 8.3, choroby nagminne 14.2, zapalenie płuc 15.5, gruźlica narządów oddechowych 17.6.

Chorych trzeba leczyć. Wydawałoby się, że skoro mamy tak wielki procent chorych w porównaniu z innymi krajami, to winniśmy mieć i odpowiednio wyższą liczbę lekarzy. Tymczasem cyfry świadczą o czymś wręcz przeciwnym. Na 10 tysięcy mieszkańców przypada lekarzy: w Japonii 10.5, na Węgrzech 10.3, we Włoszech 8.4, w Szwajcarii 8.3, w Belgii 7.4, w Danii 7.3, w Niemczech 7.2, w Norwegii 7.2, w Holandii 6.9, w Czechosłowacji 6.4, we Francji 6.1, w Rosji sowieckiej 5.0, w Bgarii 4.4, w Szwecji 4.2, w Polsce 3.7. Poza Polską tylko dwa kraje mają mniejszy odsetek lekarzy, a mianowicie: Jugosławia i Finlandia.

Wreszcie chorego obywatela nie ma gdzie leczyć. Na 10 tysięcy mieszkańców przypada łóżek szpitalnych: w Kanadzie 92.6, w Niemczech 92.3, w Australii 83.0, w Norwegii 82.4, w Austrii 77.8, w Danii 63.4, w Łotwie 60.9, w Czechosłowacji 50.8, w Węgrzech 49.9, w Rosji 28.0, w Polsce 20.9. Zostawiliśmy w tyle tylko Grecję, Bułgarię, Jugosławię i Litwę.

Uważamy, że wstrząsające te cyfry nie wymagają żadnych bliższych komentarzy.

**Walka z gruźlicą w Czechosłowacji.** Według statystyk czechosłowackich w r. 1919 zmarło na gruźlicę w Czechosłowacji 38 767 osób, w 1924 r. — 23 929, 1934 r. — 18 424 i w 1936 r. — 17 351 osób. Śmiertelność na gruźlicę w poszczególnych okresach wynosiła: na 100 000 mieszkańców: w roku 1919 — 286,7; w 1924 r. — 170; w 1934 r. — 122,4 i w 1936 r. — 114,2.

Cyfry te wykazują wyraźniej, iż walka z gruźlicą w Czechosłowacji prowadzona jest bardzo intensywnie i z dodatnimi rezultatami.

**Zakończenie półkolonii Krakowskiego Tow. Przeciwgruźliczego w parku dra Jordana.** Onegdaj odbyło się zakończenie półkolonii dla dzieci Krakowskiego Tow. Przeciwgruźliczego. Zakończenie półkolonii zaszczycili swą obecnością reprezentanci władz rządowych, samorządowych, reprezentant Kuratorium, świat lekarski i licznie zebrana publiczność. W imieniu Tow. Przeciwgruźliczego zabrała głos przewodnicząca sekcji pań Tow. Przeciwgruźl. prof. Latkowska, witając licznie zabranych gości, dziękując władzom wojewódzkim, prezydium miasta, Funduszowi Pracy i licznym instytucjom za poparcie i pomoc w akcji prowadzenia półkolonii.

W walce z gruźlicą ogromną rolę odgrywa profilaktyka, czyli zapobieganie rozszerzaniu się tej groźnej choroby. Akcja ta prowadzona jest w Krakowie od 25 lat przez Tow. Przeciwgruźlicze. Szczególnie zaś organizowane półkolonie w parku dra Jordana, dają piękne wyniki zarówno dla zdrowia fizycznego jak i moralnego dzieci. W tym roku zapisanych w półkolonii było 1 600 dzieci w wieku od 3 do 14 lat. O godz. 7.30 w punktach zbórnych dzieci gromadzą się i pod opieką nauczycieli przyjeżdżają tranzajami, użyczonymi przez dyr. Polaczek-Korneckiego do parku dra Jordana. Tam przebywają od 8 rano do 17-ej, otrzymując trzy posiłki dziennie, tj. śniadanie, obiad i podwieczorek i spędzają czas na wolnym powietrzu wśród gier, zabaw itp. pod opieką kierowniczkę i wykwalifikowanych sił nauczycielskich.

Każde dziecko przyjmowane na półkolonię jest badane przez asystentów Kliniki Chorób Wewnętrznych prof. Latkowskiego, którzy to asystenci ochotnie służą swą bezinteresowną współpracą. Dzieci ważone i mierzone otrzymują kartę uczestnictwa. Waga co tydzień jest kontrolowana. Wyniki pobytu dzieci na półkolonii są bardzo dodatnie, dość wspomnieć, że przez przeciąg 6-ciu tygodni dzieciom przybyło od 1—4 kg na wadze.

**Włoskie stypendia dla lekarzy.** Wzorem lat ubiegłych, italski faszystowski Związek przeciwgruźlicy oddaje do dyspozycji międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego sześć stypendiów dla studiów nad gruźlicą w Instytucie „Carlo Forlanini“ w Rzymie. Stypendia te, w wysokości 2 000 lirów każde, wraz z mieszkaniem i całkowitym utrzymaniem mają za zadanie ułatwić lekarzom zagranicznym pobyt w Instytucie. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendium mają lekarze młodszy, ale już obeznani z zagadnieniem gruźlicy i pragnący wydoskonalić się w tej dziedzinie. Stypendia będą przyznane na posiedzeniu komitetu wykonawczego międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego we wrześniu br. w Lizbonie.

Lekarze, chcący, ubiegać się o te stypendia w Instytucie „Carlo Forlanini“, zgłosić mają kandydaturę do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Warszawa, ul. Karowa 31.