
RUCH PRZECIWGRUŻLICZY

Dr med. D. ZIER

st. asyst. T-wa Walki z Gruźlicą we Lwowie.

Rola Poradni w walce z gruźlicą.

(Ciąg dalszy.)

Polski Związek Przeciwgruźliczy stał się więc społeczną centralną organizacją i miał za zadanie opracowywać plan walki z gruźlicą oraz objąć całokształt ruchu przeciwgruźliczego w Polsce. Funduszami Związku są subsydia rządowe, oraz instytucji i organizacji zainteresowanych w walce z gruźlicą, poza tem wkładki członkowskie oraz zbiórka z „Dni Przeciwgruźliczych“. W każdym roku przez szereg tygodni — odbywają się na terenie całej Polski „Dni Przeciwgruźlicze“, podczas których prowadzona jest szeroka akcja propagandowa, wśród społeczeństwa oraz młodzieży na terenie szkół za pomocą odpowiednich odczytów, filmów i pogadarek. W tym okresie zbierane są za pomocą specjalnych znaczków przeciwgruźliczych fundusze na walkę z gruźlicą. Uzgodniono plan walki z gruźlicą w ten sposób, że akcja przeciwgruźlicza prowadzona jest terytorialnie przy pomocy władz administracyjnych, samorządu, Ubezpieczalni Społecznej oraz społecznych organizacji przeciwgruźliczych. Aparat przeciwgruźliczy rozrósł się znacznie. Ilość towarzystw przeciwgruźliczych z liczby 55 w r. 1925 — wzrosła w r. 1936 do cyfry 211. Zorganizowano Wojewódzkie Towarzystwa Przeciwgruźlicze, z których w r. 1932 istniało 12. Wojewódzkie Towarzystwa Przeciwgruźlicze zajmują się organizacją Powiatowych Kół Walki z Gruźlicą i współpracują z instytucjami przeciwgruźliczymi. W niektórych województwach dzięki temu rozwinęto bardzo energiczną działalność, poza tym w niektórych miastach została wprowadzona ścisła koordynacja pracy pomiędzy poradniami, oddziałami szpitalnymi i sanatoriami. W maju 1925 r. odbył się Pierwszy Zjazd Przeciwgruźliczy w Krakowie poświęcony zagadnieniom naukowym i społecznym walki z gruźlicą. Zjazdy tego rodzaju odbywają się obecnie co 2—4 lat stale: w r. 1936 zaś, odbył się poraz pierwszy w Polsce Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy. Zaznaczyć jednak należy, że akcja przeciwgruźlicza na terenie Polski rozwijała i rozwija się niejednolicie. Podczas gdy niektóre obszary Państwa mają doskonale zorganizowany aparat przeciwgruźliczy i praca ta odpowiada zasadom podanym w systemie edynburskim, to z drugiej strony wielkie połacie kraju pozostają niestety bez dostatecznego arsenału przeciwgruźliczego, co stwarza znaczne luki w akcji przeciwgruźliczej na ziemiach polskich.

Największą bolączką jest brak ustawy przeciwgruźliczej, któraby umożliwiła rozbudowę instytucji dla walki z gruźlicą, oraz określiła obowiązki i prace wszystkich czynników zainteresowanych w akcji przeciwgruźliczej, i stworzyła dostateczne fundusze finansowe dla skutecznej walki z gruźlicą.

Dotychczasowy arsenał przeciwgruźliczy w Polsce w latach 1920—1934 przedstawiał się następująco:

R O K		1920	1927	1930	1932	1934
Liczba poradni		30	150	332	352	351
Sanatoria	Liczba	18	42	59	59	49
	Liczba łóżek	1821	3178	5561	5533	5219
Szpitale	Liczba szpit. posiad. łóżka	—	178	209	209	205
	Liczba łóżek	1647	3058	3135	3266	3461
Razem łóżek leczniczych		3468	6236	8696	8799	8680
Prewentoria	Liczba zakładów	=	7	16	13	18
	Liczba łóżek	=	500	1030	960	1305
	Liczba szkół	—	—	6	6	4
Szkoły na otwartem pow.	Liczba miejsc	=	—	324	314	308

Z tych 49 sanatoriów — 22 sanatoria z 43.7% ogółu łóżek, stanowią sanatoria organizacji społecznych, 14 sanatoriów z 32.5% ogółu łóżek sanatoria ubezpieczalni społecznych, 7 sanatoriów z 14.3% ogółu łóżek sanatoria samorządowe, 4 sanatoria z 8.3% ogółu łóżek — są własnością organów państwowych, 2 sanatoria z 1.2% ogółu łóżek stanowią własność prywatną.

Stan posiadania jest niestety stosownie do potrzeb jakie stwarza problem walki z gruźlicą nie całkiem dostateczny.

Wedle projektu oraz obliczeń Grodeckiego i Sieleckiego z r. 1929 o rozbudowie urządzeń leczniczo-zapobiegawczych, łóżek szpitalnych winno być w Polsce 58.860 — posiadamy 3.461, sanatoryjnych winno być 39.240 jest zaś 5.219, miejsc w prewentoriach winno być 7.848 — jest natomiast 1.305, miejsc w szkołach otwartych na powietrzu winno być 15.796 jest 308. Nie mówiąc już o osiedlach dla chorych na gruźlicę i zakładach izolacyjnych dla chorych nieuleczalnych.

IV.

Rola poradni przeciwgruźliczej.

Gruźlica jako choroba zakaźna, w której czynnik społeczny odgrywa tak doniosłą rolę, wymaga specjalnych metod zwalczania. Środki, jakie posiadamy oraz stosujemy w zwalczaniu

niu innych chorób zakaźnych — w zwalczaniu gruźlicy są niedostateczne i wymagają uzupełnienia.

Zmniejszenie się śmiertelności na gruźlicę w ostatnich 20 latach przypisać należy wprowadzeniu do akcji przeciwgruźliczej całego arsenału środków z dziedziny higieny, oraz szczególnie opiece nie tylko nad chorym na gruźlicę, ale również jego otoczeniem, środowiskiem w którym chory na gruźlicę pracuje i przebywa. Te zadania zapobiegawczo-społeczne w zwalczaniu gruźlicy przypadają poradni przeciwgruźliczej.

Poradnia przeciwgruźlicza wedle pierwszych wskazań jej założyciela Roberta Phillipa miała wyszukiwać chorych na gruźlicę, oraz opiekować się chorymi. Później, również Calmette określił szczegółowo zadania pracy poradnianej przedstawiając dokładny plan celowej akcji poradni w walce z gruźlicą. Obecnie rola poradni przeciwgruźliczej w walce z gruźlicą została powszechnie uznaną — i trudno sobie wyobrazić pracę na polu gruźlicy bez poradni przeciwgruźliczej. Wedle Phillipa, poradnia przeciwgruźlicza jest osią walki przeciwgruźliczej, główną kwaterą frontu przeciwgruźliczego. Leon Bernard — określił poradnię jako punkt ciężkości walki społecznej z gruźlicą.

Tomasz Janiszewski, założyciel pierwszej poradni przeciwgruźliczej w Polsce, uważa, że centrum ruchu przeciwgruźliczego, jako filar na którym wspiera się cały system walki, jako najważniejsza broń, stoi poradnia przeciwgruźlicza.

Cele i zadania poradni w walce z gruźlicą są ogromne. Jest ona instytucją nie tylko zapobiegawczą, społeczną, ale w ostatnich latach poradnia staje się też i ośrodkiem leczenia.

Zadania poradni.

Zadania pracy poradnianej dadzą się streścić w tezach opartych na systemie edynburskim, podanych przez Roberta Phillipa w r. 1924 na Zjeździe międzynarodowym w Lozannie. Phillip, pogłębiając swoje pierwotne zasady organizacji walki z gruźlicą przedstawia zadania poradni jak następuje:

Poradnia przeciwgruźlicza jest:

- 1) ośrodkiem przyjmującym chorych i ustalającym rozpoznanie,
- 2) organem obserwującym i rozmieszczającym chorych,
- 3) ośrodkiem leczenia i nadzoru przypadków gruźlicy łagodnej,
- 4) ośrodkiem systematycznego badania stykania się chorych ze zdrowymi (kontaktów),
- 5) ośrodkiem badania warunków otoczenia,
- 6) ośrodkiem opieki nad rodzinami chorych na gruźlicę,
- 7) ośrodkiem propagandy.

Calmette przypisuje poradni pracę wyłącznie o charakterze społecznym i zawsze zwalczał lecznictwo w poradni.

Poradnia wedle Calmetta jest instytucją higieny społecznej i ochrony przeciwgruźliczej. Zadania poradni wedle Calmetta powinny być następujące:

- 1) wyszukanie źródeł zakażenia,
- 2) wczesne postawienie rozpoznania,
- 3) zapobieganie zakażeniu.

Zasada Calmetta, która widziała w poradni twór poświęcony jedynie zapobieganiu gruźlicy, a której gorącym zwolennikiem na terenie Polski był Seweryn Sterling, nie mogła się ostatnio utrzymać. Nowe metody leczenia gruźlicy, — a zwłaszcza wprowadzenie terapii uciskowej, zrobiły aktualną w szeregu krajach sprawę lecznictwa w poradni, które też w poradniach w licznych krajach zostało wprowadzone.

Podobnie jak Calmette, — tak i Pütter założyciel pierwszej poradni w Niemczech w Halle, uważał poradnię za instytucję, która obok wyszukiwania chorych na gruźlicę, miała jedynie cele społeczne w zwalczaniu gruźlicy (Fürsorgestelle). Wedle zasad Püttera została zorganizowana w Niemczech duża sieć poradni przeciwgruźliczych — i dotąd jeszcze w poradniach niemieckich lecznictwo nie jest stosowane.

Tak więc zadania poradni przeciwgruźliczej dadzą się podzielić na:

- a) zapobiegawczo-społeczne,
- b) leczenie w poradni.

V.

Zadania zapobiegawczo - społeczne poradni (wyszukiwanie chorych).

Wczesne wyszukanie chorych na gruźlicę, jest pierwszym zadaniem walki z gruźlicą, gdyż im wcześniej gruźlica zostanie odkrytą, tym większe są szanse wyleczenia, tem mniejsze są obawy przeniesienia się choroby na otoczenie. Im więcej chorych na gruźlicę zostanie klinicznie podleczonej oraz uświadomionych co do sposobów higieny i zapobiegania, tem mniejsze będą liczby śmiertelności na gruźlicę. Poradnia przeciwgruźlicza chcąc spełnić swoją rolę ma na naczelnym miejscu swej pracy za cel — jak najwcześniejsze i najliczniejsze uchwycenie możliwie wszystkich wypadków gruźlicy w swym rejonie lub okręgu. To jest najważniejszy postulat, jaki należy każdej poradni w jej walce z gruźlicą postawić. Niestety zadanie to nie da się w zupełności spełnić, a w swej pracy poradnie w szeregu krajach trafiają w tym wypadku na liczne trudności. Poradnia przeciwgruźlicza — nie dosięga bowiem dotąd w swej działalności wszędzie. Rolą i zadania poradni przeciwgruźliczej nie wszystkim są znane. Doświadczenie bowiem wykazało, że znaczny odsetek chorych nie jest zupełnie objętych opieką poradni, względnie do poradni nigdy się nie zgłasza. Wielu zaś chorych czując się pozornie „zdrowymi“, mając nawet czasami

rozległe zmiany chorobowe o charakterze gruźlicy otwartej, zakaźnej, nie podaje się wcale kontroli lekarskiej, stając się źródłem zakażenia i szerzenia gruźlicy wśród otoczenia.

Wczesne dotarcie do źródeł choroby, do osobnika chorego, oraz wczesne rozpoznanie gruźlicy — to są najważniejsze postulaty nowoczesnych metod walki z gruźlicą. Problem wczesnego rozpoznania początkowych zmian chorobowych w gruźlicy ma wielkie znaczenie gospodarcze, a z punktu widzenia polityki ekonomicznej odgrywa doniosłą rolę. Wczesne rozpoznanie umożliwia bowiem, ewentualne umieszczenie chorego w zakładzie leczniczym, odseperowanie go od otoczenia, a co również jest ważnym — wczesne formy gruźlicy płuc można łatwiej wyleczyć — i koszty związane z leczeniem są znacznie mniejsze. Poza tym jednostka chora może w krótszym o wiele czasie wracając do zdrowia, wrócić do pracy. Ma to wielkie znaczenie dla państwa i społeczeństwa.

Zadanie prowadzenia celowej walki z gruźlicą, opartej na racjonalnej metodzie i wedle ścisłego planu, przypada poradni przeciwgruźliczej. Poradnia przeciwgruźlicza jak to wszyscy dziś uznają, powinna być ośrodkiem wszelkiej akcji przeciwgruźliczej.

W opracowaniu więc planów przeciwgruźliczych w danym rejonie poradnia powinna mieć głos decydujący, a współpraca wszystkich innych instytucji przeciwgruźliczych powinna iść drogą i za porozumieniem z poradnią. Praca poradni przeciwgruźliczej opiera się na celowej współpracy z czynnikami państwowymi, samorządowymi i społecznymi. W niektórych państwach jak w Niemczech, Ameryce — praca poradni przeciwgruźliczych dzięki doskonałej organizacji aparatu przeciwgruźliczego i wielkiej sieci poradni, dała bardzo dobre rezultaty i poradnie w tych krajach mają zarejestrowanych 90% chorych w swych kartotekach (Niemcy). Ustawodawstwo przeciwgruźlicze, jakie w szeregu państwach istnieje, nakłada między innymi obowiązek zgłaszania chorych na gruźlicę przez odnośnych lekarzy do poradni przeciwgruźliczych. Tłumienie ognisk gruźliczych należy do donośnych zadań poradni (Grodecki). W okręgu, w którym są największe liczby śmiertelności na gruźlicę, są też największe liczby zachorowań na gruźlicę. To też każdy przypadek śmierci z powodu gruźlicy powinien być podany do wiadomości poradni przeciwgruźliczej. We Lwowie wprowadzono, jako pierwsze w Polsce, podawanie każdego przypadku śmierci z powodu gruźlicy do wiadomości poradni. Ażeby więc poradnia mogła przebadać, rozpoznać i zaopiekować się chorym na gruźlicę i jego otoczeniem, konieczna jest współpraca z wszelkimi czynnikami zajmującymi się zdrowiem publicznym.

Poradnia przeciwgruźlicza chcąc spełnić swe zadanie musi się opierać na najnowszych sposobach badania gruźlicy i dążyć

do masowego przebadania ludności w swoim rejonie, poza tym starać się, aby w swym rejonie znała możliwie wszystkie przypadki zachorowań i zgonów na gruźlicę. Z tym łączy się pytanie, jak powinna być rozmieszczona poradnia i jaki powinien być zasięg pracy poradnianej. Według Morelli, powinna jedna poradnia przypaść na 30.000—50.000 mieszkańców. W niektórych ośrodkach jedna poradnia przypada nawet na 100.000 i więcej tysięcy mieszkańców. Wedle Popowskiego i Paradistala w dobrej organizacji miejskiej powinien być zakres działania poradni ograniczony do odpowiedniego okręgu około 100.000 mieszkańców. W Polsce w r. 1931 przypadała jedna poradnia na 92.000 mieszkańców. Rozmieszczenie jednak poradni powinno być uzależnione od warunków miejscowych, a sieć rozmieszczenia poradni przeciwgruźliczych i ich rozbudowy, zależeć powinna od pewnego ściśle określonego planu pracy poradnianej, przystosowanego do nasilenia się epidemii gruźlicy w danym rejonie, oraz gęstości zaludnienia (Brand, Janiszewski).

William Brand podaje, że w rozmieszczeniu poradni przeciwgruźliczych w Wielkiej Brytanii nie ma żadnych prawideł. Porównując liczby przychodni, zależnie od poszczególnych okoliczności, — jak pomieszczenia, liczb ludności, śmiertelności rocznej z powodu gruźlicy, uwidacznia jak znaczne są różnice w rozmieszczeniu poradni. Naprzykład: okręg posiadający 436.900 mieszkańców o powierzchni około 672.705 hektarów, w którym w 1926 r. zanotowano 396 zgonów z powodu gruźlicy — posiadał 3 przychodnie, natomiast inny okręg o 189.491 hektarów z zanotowanymi 86 zgonami z gruźlicy w r. 1926 — liczył 13 poradni.

Ażeby jednak poradnia mogła spełniać swe zadanie masowego badania ludności w swoim rejonie i łatwiej wyszukiwać ogniska gruźlicy, zasięg poradni przeciwgruźliczej powinien obejmować około 16.000 — 20.000 mieszkańców. Obliczamy bowiem, — że poradnia przeciwgruźlicza powinna w przyszłości dążyć do przebadania prawie całej ludności swego rejonu i to w okresie co dwóch lat. W tym wypadku obliczamy, że poradnia powinna w ciągu roku przebadać około 8.000—10.000 mieszkańców. W środowiskach miejskich i wielkich skupieniach ludności, praca powinna być podzielona rejonowo — z tym, że wszyscy chorzy zarejestrowani w poszczególnych poradniach w swym rejonie, powinni być także zarejestrowani w centralnym Urzędzie walki z gruźlicą (Łącki).

Poradnia powinna być tak umieszczona, — aby była łatwo dostępna dla ludności danego rejonu. Z tym wiąże się też problem opieki poradnianej dla ludności wiejskiej. Powstały w szeregu krajach specjalne przychodnie ruchome, które objeżdżają na samochodach poszczególne wsie, przeprowadzając na miejscu badania i wyszukując chorych na gruźlicę (Ameryka, Węgry, ostatnio też i Polska). Znaczenie poradni ru-

chomej jest szczególnie ważne dla państw z przewagą ludności rolniczej. Walka bowiem z gruźlicą nie będzie zupełną, jeżeli obejmować będzie jedynie ludność miejską, a ludność wiejska z dobrodziejstw celowej akcji przeciwgruźliczej korzystać nie będzie. Szczególnie w Polsce — gdzie wśród ludności wiejskiej z powodu ubóstwa wsi, gruźlica, właśnie jako choroba społeczna rozszerza się w znacznej mierze, problem objęcia w opiekę poradnianą tych warstw społeczeństwa jest bardzo ważnym. Toteż słusznym jest żądanie Hornunga, aby w Polsce w małych ośrodkach wiejskich stworzyć placówki przeciwgruźlicze, które by ściśle współpracowały z ruchomymi kolumnami przeciwgruźliczymi.

Jako ośrodek przyjmujący chorych poradnia przeciwgruźlicza powinna w zasadzie być dostępną dla wszystkich warstw społeczeństwa w danym rejonie — i nie może być jedynie przeznaczoną dla ludności uboższej. Poradnia bowiem starać się musi, aby w swym zasięgu pracy miała jak największą ilość chorych na gruźlicę w ewidencji. To też każdy zgłaszający się do poradni musi być zbadanym. Niestety, procent samozgłaszających się do poradni jest stosunkowo mały. Do poradni, jak dane statystyczne wykazują, wśród samozgłaszających się większość przychodzi już z daleko posuniętymi zmianami gruźliczymi, z gruźlicą otwartą, z pośród których znaczny odsetek umiera już w ciągu pierwszego roku obserwacji w poradni.

Spóźnione zgłoszenie chorego do poradni i objęcie go w opiekę poradni, nie może naturalnie dać spodziewanych wyników, ani choremu, gdyż sprawy chorobowe daleko posunięte, trudno uleczyć, ani otoczeniu, które już chory pozostając dłuższy czas w domu miał możliwość zarazić. Prowadzone w tym kierunku badania w poradniach warszawskich wykazały, że przeciętnie chorzy zjawiają się w poradni dopiero po 14—15 miesiącach choroby.

Wedle Łackiego, do poradni miejskich w Warszawie, chorzy przybywali po zauważeniu pierwszych objawów chorobowych:

	po 1 mies.	po 3 mies.	po 6 mies.	po 12 mies.	powyżej 12 mies.
k: + prątki w płwocinie	8,2%	8,8%	12,7%	21%	49,3%
k: — brak prątków w płwocinie	6,4%	6,4%	8%	16%	63,2%

Wedle danych poradni w Szczecinie u pacjentów skierowanych przez lekarzy z otwartą gruźlicą płuc, początek choroby wedle zapodań chorych był po:

0	—	3	miesiący	u	49 ^o / _o
4	—	6	miesiący	u	12 ^o / _o
6	—	12	miesiący	u	13 ^o / _o
więcej jak 12 miesięcy				u	26 ^o / _o

W poradniach w New-Jorku gruźlicę początkową stwierdzono w 29% przypadków, podczas gdy zmiany daleko posunięte wykryto w 28%. Znaczny więc odsetek chorych zgłasza się stosunkowo późno, z daleko posuniętymi zmianami chorobowymi. Jest to bolączka, która w większości krajów występuje i w walce z gruźlicą przedstawia wielką lukę.

Poradnia przeciwgruźlicza w danym rejonie musi tak pracować, aby mogła zainteresować społeczeństwo. Stać się to może dzięki uświadomieniu ludności o zakaźności gruźlicą oraz celowej akcji propagandowej, a w drugim rzędzie, co jest bardzo ważnym, dzięki metodom prac poradnianej.

Poradnia, która będzie miała dobry personel techniczny, oraz badania swoje będzie przeprowadzała wedle nowoczesnych sposobów rozpoznawczych, — będzie się zawsze cieszyła zainteresowaniem ludności, a dzięki temu szeregi samozgłaszających się będą liczne. Poprzednio, szeroko była dyskutowana kwestia, czy poradnia przeciwgruźlicza powinna przyjmować pacjentów samozgłaszających, czy jedynie pacjentów skierowanych do poradni przez innych n. p. lekarzy, szpitale i t. d. Ta sprawa była ze względów zawodowo-lekarskich problemem, który w niektórych krajach był bardzo trudnym do rozwiązania.

W Niemczech do niedawna jeszcze poradnie przeciwgruźlicze, nie przyjmowały pacjentów samozgłaszających się, a tylko jedynie do poradni skierowanych. Dobro jednak walki z gruźlicą wymaga, aby do poradni każdy pacjent miał dostęp (Calmette, Braeuning, Beer). Wedle Schmidta, poradnia do której zgłasza się chory samorzutnie ma zawsze więcej pacjentów do przebadania, aniżeli, gdy działalność jej będzie się ograniczać tylko do przyjmowania chorych skierowanych do poradni przez lekarzy praktykujących.

Zestawienie przeprowadzone przez Schmidta wykazuje:

Rozpoznanie	Skierowani przez lekarza: 606 pacjent.	samozgłaszający się: 135 pacjent.	badanie otoczenia: 511 przypadków
Otwarta gruźlica	48	2	11
zamknięta gruźlica	39	11	18
	} = 87 = 14%	} = 13 = 6,7%	} = 29 = 5,7%
podejrzenie na gruźlicę	149	26	10
bez gruźlicy	370	156	466

Zaznaczyć należy, że w Niemczech współpraca poradni z lekarzami praktykującymi jest doskonale zorganizowaną i wielki procent pacjentów zostaje do poradni skierowywanych przez lekarzy. Współpraca poradni z lekarzem praktykującym jest w walce z gruźlicą postulatem bardzo wskazanym, wprost koniecznym.

Poradnia, jako instytucja w której badanie w kierunku rozpoznania gruźlicy jest przeprowadzone w jak najwszechstronniejszy sposób, powinna być w stałym kontakcie z lekarzem praktykującym. Niestety dotąd ta współpraca, zwłaszcza na terenie naszego kraju jest stosunkowo znikoma. Reforma ustawy ubezpieczeniowej i wprowadzenie instytucji lekarzy domowych na terenie Polski, umożliwiła obecnie, jedynie tylko w ośrodkach miejskich, — liczniejsze skierowanie chorych przez lekarzy do poradni. Lekarz domowy ma obecnie w Polsce w swym rejonie pewną ilość przydzielonych rodzin, nad którymi rozciągać powinien opiekę zapobiegawczą. W dużych ośrodkach miejskich poradnie przeciwgruźlicze, prowadzone przez instytucje Ubezpieczalni Społecznej — 90% swych pacjentów mają obecnie skierowanych przez lekarzy domowych, którzy obecnie, jak to n. p. ma miejsce we Lwowie, prawie każdy przypadek z niewyraźnymi objawami chorobowymi skierowują do poradni przeciwgruźliczej.

Doświadczenia i badania kliniczne ostatnich lat o rozwoju gruźlicy płuc wykazały (Assmann, Redeker), że przebieg a zwłaszcza początkowy okres tego schorzenia daje czasami przy zwykłym badaniu klinicznym zapomocą opukiwania i osłuchiwania wynik zupełnie negatywny, mimo, iż obraz roentgenowski wykazuje już rozległe zmiany gruźlicze w płucach. Początkowe objawy schorzenia są czasem tak znikome i tak mało charakterystyczne, że częstokroć lekarz-praktyk konsultowany przez chorego nie myśli nawet o gruźlicy. To też z braku fachowej opieki bez wczesnego rozpoznania są tacy chorzy długi czas źródłem zakażenia dla otoczenia. Koniecznym jest więc, aby w każdym przypadku w którym zachodzi podejrzenie na gruźlicę płuc, lekarz-praktyk o ile nie ma możności dokładnego i wszechstronnego przebadania, skierowywał do poradni, celem rozpoznania w kierunku gruźlicy. Poradnia pracując w ścisłej współpracy z lekarzami wolno praktykującymi, będzie miała możność dokładniejszego przebadania chorych, a z drugiej strony powinna udzielać im pomocy i rady w przypadkach trudniejszych.

Jak konieczną jest współpraca poradni z lekarzami wolno praktykującymi wykazują badania Hollmana i Redekera. Hollman i Redeker badali po 100 ludzi wedle nowoczesnych metod badań gruźlicy (roentgen, próby biologiczne, O. B. itd.), u których lekarze skierowujący stwierdzili czynną gruźlicę szczytów płuc nadającą się do leczenia, a więc gruźlicę wedle

ich zdania w początkowym okresie. Wyniki tych badań przedstawiały się następująco:

	bez zmian chor. płuc	zm. chor. płuc nie- gruźlicz.	zmiany w szczyt. partiach płuc		nacieki wczesne	rozl. chor. zm. gruźl. o charakt. włókn.	rozl. otwarte zm. gruźl. wysięk. — rozpadowe
			niecz. zwapn.	czynne			
wedle Hollmana	71	6	6	1	2	5	11
wedle Redekera	61	10	8	0	1	7	13
przeciętna	66	7	7	0,5	1,5	8	12

Początkowe zmiany gruźlicze (nacieki wczesne, czynne formy gruźlicy szczytów) stwierdzili tylko w 20%, a więc prawie 98% pacjentów skierowanych było przez lekarzy z błędnem rozpoznaniem, wśród tych 18% z daleko posuniętymi zmianami, a 80% zupełnie niepotrzebujących leczenia. Takie same spostrzeżenia o trudnościach rozpoznania wczesnego gruźlicy dla lekarza-praktyka poczynili Gruschke, Huppert, Wiewiorowski. Do podobnych rezultatów doszedł Braeuning w poradni w Szczecinie.

W niektórych krajach, jak w Ameryce, Anglii, Finlandii, Włoszech, Norwegii, — dzięki ustawodawstwu przeciwgruźliczemu poradnia przeciwgruźlicza jest ośrodkiem, któremu każdy przypadek gruźlicy musi być meldowany, a lekarze obowiązani są zgłaszać chorych na gruźlicę do poradni. Uświadomienie szerokich sfer społeczeństwa o zaraźliwości gruźlicy, może znacznie sprzyjać przestrzeganiu powyższego przepisu. Dotąd ustawodawstwa przeciwgruźlicze w niektórych krajach przewidują zgłoszenie każdego stwierdzonego przypadku otwartej gruźlicy płuc do przychodni. Ma to naturalnie wielkie znaczenie, ale mimo to nie jest zupełnem rozwiązaniem wczesnego zwalczania gruźlicy płuc. Wprawdzie dzięki zgłoszeniu przypadku otwartej gruźlicy płuc do poradni, poradnia może zapomocą wywiadów dotrzeć do otoczenia i wykryć dalsze przypadki gruźlicy płuc. Jednak osobnicy z otwartą gruźlicą płuc stosunkowo późno dostają się w opiekę poradni, przez dłuższy czas zakażając otoczenie, chorzy z punktu widzenia lecznictwa gruźlicy w większości przypadków do takiego się nie nadają. Toteż dotarcie do ogniska choroby powinno być wcześniejsze, aby zapobiec zakażeniom wtórnym wśród otoczenia chorego i jego rodziny. Zakażenie wśród rodzinne odgrywa w epidemiologii gruźlicy wielką rolę, śmiertelność na gruźlicę — u pochodzących z rodzin, w których były wypadki zachorowań na gruźlicę jest 2,4—30,5 razy większa, aniżeli u osób, w których rodzinie dotąd nie było schorzeń na gruźlicę. Właśnie w wyszukiwaniu takich przypadków zakażenia wśródrodzinnego na gruźlicę, przypada poradni do-

niosłe zadanie. Dane statystyczne zebrane w Szwecji w okręgach Nosstotten i Västertotten, o wpływie zakażenia wśród rodzinnego na zachorowalność dzieci, wykazały, iż najczęstszym źródłem zakażenia dla dzieci jest matka (52,9—49,5%), następne miejsce zajmuje ojciec (25,4—23,9%), rodzeństwo (9,7—15,8%), wreszcie osoby nie należące do najbliższej rodziny dziecka (8,3—4,8%).

Wszystkie przypadki otwartej gruźlicy płuc powinny się dostać do wiadomości poradni przeciwgruźliczej. Poradniom przeciwgruźliczym powinno być ustawowo przyznane pewne uprawnienia w wyszukiwaniu przypadków gruźlicy płuc. Nowoczesne ustawodawstwo przeciwgruźlicze umożliwić musi poradni przeciwgruźliczej — stałe przebadanie pewnych warstw społeczeństwa, oraz także i tych przypadków u których stwierdzono gruźlicę płuc bez prątków w płwocinie. To też ustawowy obowiązek meldowania gruźlicy płuc, przez lekarzy, szpitale i zakłady lecznicze do poradni przeciwgruźliczej, byłby z punktu widzenia celowej walki z gruźlicą, a więc umożliwieniu poradni wyszukiwania gruźlicy, bardzo wartościowym. Wprawdzie poradnia pracująca celowo może, bez obowiązkowego meldowania gruźlicy, czasem więcej zdziałać, w wyszukiwaniu osobników chorych na gruźlicę. Ustawowy obowiązek uświadamia jednak ogół, że gruźlica jest chorobą o wielkim znaczeniu społeczno-hygienicznym, — z drugiej zaś strony, może przyczynić się do lepszej współpracy lekarzy wolnopraktykujących z poradnią.

Braeuning uważa, że nie tylko każdy przypadek gruźlicy płuc, ale i te przypadki, w których zachodzi podejrzenie na gruźlicę powinny podlegać zgłoszeniu do poradni.

Koniecznym jest też, aby władza sanitarna każdy przypadek śmierci na gruźlicę zgłaszała do poradni. Obecnie ma to miejsce prawie w wszystkich miastach. W okręgu, w którym są największe liczby śmiertelności na gruźlicę, jest też największa ilość zachorowań na gruźlicę. W tych środowiskach działalność poradni jest bardzo wdzięczna, gdyż docierając przez swe pielęgniarki do rodziny zmarłego na gruźlicę, poradnia może wykryć nowy znaczny odsetek chorych na gruźlicę.

Dotychczasowe metody pracy poradnianej w odkrywaniu ognisk chorobowych opierają się w pierwszym rzędzie na wyszukiwaniu chorych na gruźlicę wśród:

- 1) samo zgłaszających się do poradni,
- 1) skierowanych do poradni przez lekarzy wolnopraktykujących,
- 3) zarejestrowaniu przypadku otwartej gruźlicy w poradni przez władze sanitarne, szpitale, zakłady lecznicze, itp.,
- 4) zgłoszeniu zgonu na gruźlicę płuc do poradni.

Poradnia przeciwgruźlicza — docierając, zapomocą pielęgniarki poradnianej, do chorego i jego środowiska, stara się przez sprowadzenie do badania osób z otoczenia chorego

wyszukać dalsze przypadki zachorowań. Ta działalność poradni — jest ze wszech miar uznana za pożyteczną — i w walce z gruźlicą przedstawia wielki krok naprzód. Szereg autorów w licznych krajach wykazuje, że zmniejszenie się śmiertelności z powodu gruźlicy w pewnych okręgach w dużej mierze jest zasługą celowej pracy poradnianej.

Zapatrywania na klinikę i epidemiologię gruźlicy uległy w ostatnich latach wielkim zmianom. Wiemy, — że gruźlica płuc, przebiega czasami zupełnie „bezobjawowo“ chorzy nie odczuwają żadnych dolegliwości, wynik badania fizykalnego jest negatywny, a dopiero obraz roentgenowski wykazuje daleko posunięte zmiany. To też słusznie zaznacza Braeuning, że w wyszukiwaniu chorych na gruźlicę w walce z gruźlicą, popełniamy błąd, czekając aż się sam chory zgłosi. Poradnia przeciwgruźlicza, aby swe zadanie spełnić, opierając swą pracę na najnowszych sposobach badania gruźlicy, musi wedle szeregu autorów jak Braeuning, Flatzeck, Kayser-Petersen, Martyszewski, Hornung, dążyć obecnie też do masowych badań ludności w swoim rejonie, musi się starać wyszukiwać ogniska gruźlicze także i wśród tych, którzy czują się zdrowymi. Redeker, Braeuning, Adler — przeprowadzając jako jedni z pierwszych masowe badania roentgenowskie wykryli znaczne odsetki chorych na gruźlicę, wśród osób uważających się dotąd za zupełnie zdrowych. W Polsce poraz pierwszy przeprowadzono badania masowe oparte na badaniu roentgenowskim pewnej grupy ludności w r. 1930, wśród studentów zapisujących się na wyższe uczelnie. Odtąd takie przymusowe badania masowe w Polsce przeprowadza się stale, wśród młodzieży zapisującej się na wyższe uczelnie. Wyniki tych badań, wedle Hornunga, oparte na materiale młodzieży zapisującej się na wyższe uczelnie lwowskie, wykazują, że u młodzieży w wieku 17—25 lat procent gruźlicy otwartej wynosi 0,4—0,7%, wzrasta znacznie u młodzieży żeńskiej w wieku od 16—25 lat dochodząc do 3,4—8,9% otwartej gruźlicy płuc. Podobnie rezultaty dały badania Kayser-Petersena, Wewiorowskiego, gdzie przy badaniach seryjnych wykryto wśród ludności w wieku 16—30 lat około $\frac{1}{2}$ % wypadków otwartej gruźlicy płuc, których nosiciele o swej chorobie nie mieli zupełnie żadnego podejrzenia. Redeker i Coerper uważają nawet, że powinno się podać całą ludność pewnego okręgu stałym kontrolnym badaniom roentgenowskim. Braeuning zaleca przebadanie w poradni pewnych grup ludności, które z różnych względów są bardziej narażone na zakażenie gruźlicą. Braeuning dzieli te grupy następująco:

I. Zagrożeni ze względu na styczność z chorym:

- 1) rodziny chorych,
- 2) osoby współmieszkające z chorym,

- 3) krewni i znajomi odwiedzający chorego,
- 4) towarzysze pracy,
- 5) personel lekarski i pomocniczy opiekujący się chorymi na gruźlicę,
- 6) poza tym w szkołach, uczniów tych klas, w których stwierdzono gruźlicę u nauczyciela lub współpracownika,
- 7) rodziny gospodarzy w miejscowościach leczniczych, w których przebywają chorzy na gruźlicę,
- 8) rodziny chorych na pylicę płuc (jako specjalnie dysponowanych do zakażenia prątkiem gruźlicy).

II. grupę stanowią te warstwy społeczeństwa, u których wiadomem jest, że gruźlica szczególnie w pewnych okresach życia specjalnie się rozwija:

- 1) młodzież w wieku dojrzewania,
- 2) młodzież szkolna w wieku 6—13 lat życia.

III. Grupa: kontrolne badanie ludzi, którzy ze względu na swój zawód, w razie zachorowania na gruźlicę zarażają otoczenie:

- 1) pielęgniarki,
- 2) personel w przytułkach i żłóbkach dla dzieci,
- 3) nauczyciele,
- 4) fryzjerzy, — a wreszcie

IV. Grupa tych ludzi, którzy ze względu na stałe chroniczne zapadanie na schorzenia dróg oddechowych, grypę, i t. d., mogą się stawać bardziej wrażliwymi, i łatwiej podać się infekcji gruźliczej.

Poradnia przeciwgruźlicza, szukając źródła zakażenia, po stwierdzeniu u pacjenta zmian chorobowych stara się sprowadzić do badania kontrolnego wszystkie osoby z otoczenia chorego. W odróżnieniu od innych placówek lekarskich, w których pomoc lekarska udzielana jest ambulatoryjnie, poradnia zajmuje się nie tylko samym chorym, ale i otoczeniem. Zapomocą wywiadu pielęgniarskiego poradnia dociera do domu chorego — i tam na miejscu poucza chorego i jego otoczenie o higienie walki z gruźlicą. Przeprowadzanie badań z otoczenia chorego jest przez poradnię stosowane i jest nie do pomyślenia, aby poradnia w swej pracy stwierdziwszy gruźlicę, nie kontrolowała stanu zdrowia z otoczenia chorego.

Badania ludzi stykających się z chorym powinny być przeprowadzane w ciągu roku 1—2 razy. Szczególna opieka należy się niemowlętom i młodzieży w wieku od 13—25 lat. Według Bunda, w jednym hrabstwie angielskim wykryto w r. 1926 434 przypadków gruźlicy otwartej jedynie dzięki badaniu osobników będących w styczności z chorymi.

Kontrola osób, którzy stykali się z chorymi powinna,

zwłaszcza u młodzieży i dzieci, być szczególnie pieczołowicie przeprowadzana.

Szczególnie doniosłą jest współpraca lekarzy szkolnych z poradnią przeciwgruźliczą. Wśród zakażeń młodzieży szkolnej poza najbliższą rodziną odgrywają największą rolę zakażenia ze strony nauczycieli. Ickert wykazał, że u dzieci szkolnych w Prusach Wschodnich, u których stwierdzono gruźlicę czynną i nieczynną, było wystawionych na zakażenie w domu 21,9%, poza domem rodzinnym uległo zakażeniu 54,3%, a z tego rolę największą odgrywają zakażenia ze strony nauczycieli — 19,7%.

Jak wielkim niebezpieczeństwem jest chory nauczyciel — ilustrują badania kolumny ruchomej Przychodni Przeciwgruźliczej U. J. K. we Lwowie, podane przez Hornunga. Otóż w klasie, gdzie uczyła chora nauczycielka — 72% dzieci było zakażonych gruźlicą, wobec 39% równorzędnej klasy, w której uczyła nauczycielka zdrowa. Zmiany gruźlicze wymagające leczenia i obserwacji stwierdzono w 15,5% a wygojone w 35,6%, wobec 11,1 i 31,1% w klasie równorzędnej, w której nauczycielka była zdrowa.

Konieczność poddania młodzieży szkolnej stałej kontroli lekarskiej w poradni przeciwgruźliczej, oraz stałe przebadanie personelu nauczycielskiego, jest żądaniem wielu lekarzy w szeregu krajach.

Badania pewnych większych skupień ludności są nowym zadaniem poradni przeciwgruźliczej w wyszukiwaniu gruźlicy, — obok dotychczasowych metod pracy poradnianej. W Niemczech i Ameryce takie badania masowe zostały w ostatnich latach wśród pewnych warstw ludności na szeroką skalę przeprowadzone i w walce z gruźlicą przedstawiają wielki krok naprzód. W Polsce pracują obecnie dwie kolumny, które specjalnie zajmują się badaniami masowymi. Badania tych kolumn mają na celu wykrycie wczesnych postaci gruźlicy. Jak ważne są masowe badania wykazują wyniki podane przez Hornunga, gdzie wśród przebadanych 2387 osób przez kolumnę ruchomą stwierdzono:

gruźlicę niebezpieczną dla otoczenia	10	przyp.	—	0,42%
gruźlicę wymagającą leczenia	63	„	—	2,64%
gruźlicę wymagającą obserwacji	138	„	—	5,78%
gruźlicę wygojoną	699	„	—	29,2%

Korzyść badań masowych w walce z gruźlicą będzie znaczna, jeżeli poradnia przeciwgruźlicza wyposażona w wszelkie środki techniczne będzie mogła, przez przebadanie osób z otoczenia chorego przez masowe badanie młodzieży, dotrzeć do źródeł zarazy i uchwycić nowe nieznanne jej dotąd postaci gruźlicy (Hornung). To są nowe drogi wyszukiwania źródeł zakażenia, które obok dotychczasowej pracy poradni w terenie i metod jej działania, w celowej akcji zwalczania gruźlicy nie mogą być pominiętymi.

VI.

Poradnia, jako ośrodek rozpoznawczy.

Praca poradni w walce z gruźlicą — w wyszukiwaniu przypadków gruźlicy, łączy się ściśle z technicznymi warunkami metod badania gruźlicy płuc i jej rozpoznania. Podstawą bowiem pracy poradni jest ściśle rozpoznanie choroby (Calmette, Briand, Sterling).

Osobnik badany w poradni przeciwgruźliczej musi w ten sposób być zbadanym, aby kwestia czy w danym wypadku ma się do czynienia ze schorzeniem gruźliczym była wszechstronnie i możliwie szybko rozstrzygniętą. Sterling jest zdania, że rozpoznanie poradni ma dwa zadania: rozpoznanie kliniczne i rozpoznanie epidemiologiczne. Ustalenie rozpoznania w poradni jest punktem wyjścia całej dalszej działalności poradni w stosunku do chorego i jego otoczenia (Paradistal). Znaczenie prawidłowego rozpoznania jest w walce społecznej z gruźlicą rzeczą bardzo doniosłą. Poradnia bowiem, jako specjalistyczny ośrodek rozpoznawczy w gruźlicy płuc, współpracując z innymi instytucjami, ma obowiązek swe rozpoznanie postawić na wysokim poziomie naukowym, przy zastosowaniu nowoczesnych środków badania gruźlicy. Każda poradnia musi być zaopatrzona w aparat roentgenowski. Badanie bowiem gruźlicy płuc i jej rozpoznanie jest przy obecnym stanie wiedzy o gruźlicy płuc nie do pomyślenia bez promieni roentgenowskich jako środka rozpoznawczego. Zwłaszcza, w wykazaniu wczesnych postaci gruźlicy jest prześwietlenie, wzgl. zdjęcie klatki piersiowej jednym z najbardziej pewnych środków rozpoznawczych. Watternidt podaje, że na 10.000 studentów badanych fizykalnie wykryto 2 przypadki gruźlicy płuc otwartej, natomiast za pomocą promieni roentgenowskich 35 przypadków. Ale nawet w przypadkach gruźlicy rozpadowej z jamami gruźliczymi — koniecznym jest badanie roentgenowskie. Wedle Dąbrowskiego i Werkenthin na 46 jam gruźliczych wykrytych radiologicznie rozpoznano badaniem fizykalnym tylko 29 (63%), reszta została rozpoznana dopiero dzięki promieniom roentgenowskim. Autorzy amerykańscy Sampson i Brown uważają, że jamy gruźlicze są śluzalne jedynie w 15%. Wczesne zmiany naciekowe (Redeker, Asmann) w gruźlicy płuc, przebiegające bez objawów fizykalnych są wykrywalne w większości przypadków jedynie za pomocą promieni roentgenowskich.

Flatzek uważa, że gruźlica płuc u dorosłych i dzieci bardzo często, nie tylko w początkowych okresach choroby, ale i w zaawansowanych ze zmianami rozpadowymi, nie może być stwierdzoną, tylko „widzianą“ — i jest zdania, że poradnia, która nie posiada aparatu roentgenowskiego nie może w walce z gruźlicą spełnić swej roli i praca ta jest niedostateczną. Wielu autorów niemieckich uważa nawet, że samo

badanie roentgenowskie jest zupełnie wystarczającym środkiem dla wyszukania i rozpoznania gruźlicy płuc (Redeker, Coerper). Ankieta przeprowadzona przez „British Journal of Tuberculosis“ wśród szeregu angielskich specjalistów, wykazała jednomyślność o nadzwyczajnej ważności badania roentgenowskiego w rozpoznaniu gruźlicy (Melville, Lynham, Joung, Gy, Hayas i inni).

Stephani, wśród badanych 200 przypadków, na okoliczność znaczenia badania roentgenowskiego w porównaniu z badaniem fizykalnym, znalazł 38% gruźlicy niesłyszalnej (lesions mettes), 32,5% gruźlicy słabo słyszalnej, a jedynie 29,5% gruźlicy, która dała się również łatwo stwierdzić badaniem fizykalnym. Konieczność badania roentgenowskiego w poradni została powszechnie uznana za nieodzowną.

W Niemczech, lekarz poradni jest równocześnie obznajomiony roentgenologią klatki piersiowej, i w większości poradni przeciwgruźliczych lekarz sam prześwietla promieniami roentgenowskimi badanego poprzednio przez siebie pacjenta.

W wzorowej poradni im. Leona Bourgeois w Paryżu, każdy chory bez wyjątku jest badany roentgenoskopowo przez tego samego lekarza, który badał go klinicznie. W Polsce, w wielu poradniach lekarz poradni też sam przeprowadza badania roentgenowskie. W szeregu poradniach badania roentgenowskie przeprowadzają znów jedynie specjaliści roentgenolodzy. Werkenthin uważa, że w większych ośrodkach miejskich powinna istnieć jedna centralna pracownia roentgenologiczna, do której powinni być skierowywani pacjenci wszystkich poradni pracujących w danym terenie do badania roentgenowskiego.

Rozpoznanie gruźlicy musi w poradni być przeprowadzone w jak najracjonalniejszy sposób. Rist rozpoznanie czynnej gruźlicy płuc opiera na stwierdzeniu:

- 1) zmian w płucach dających się zdokalizować,
- 2) obecności prątków w płwocinie,
- 3) obecności objawów ogólnych, które można odnieść do stwierdzonych zmian płuc.

Jedynie badanie roentgenowskie, wedle Rista, daje pewność stwierdzenia patologicznych zmian w płucach. Küss żąda przeprowadzenia w każdym wypadku systematycznych badań roentgenowskich i badania płwociny, gdyż uważa, że nie można przewidzieć, czy ominięcie tych badań nie doprowadzi do fałszywego i niedostatecznego rozpoznania. Wedle Sterlinga przy rozpoznaniu klinicznym, poradnia musi rozstrzygnąć czy przyczyną schorzenia chorego jest gruźlica, czy czynna postać gruźlicy płuc, czy stwierdzone zmiany chorobowe u chorego grożą niebezpieczeństwem zakażenia otoczenia.

(Ciąg d. nastąpi)

Radiofonizacja Lecznicy w Hołosku. Audycja Radio-Lwów w dniu 30 września 1938.

Audycję rozpoczął X. Michał Rękas następującym przemówieniem:

Drodzy Chorzy, Drodzy Radioprzyjaciele! Zapraszamy was wszystkich na symboliczną inaugurację urządzeń radiowych w Lecznicy Towarzystwa Walki z gruźlicą w Hołosku pod Lwowem. Użyłem słowa: inauguracja symboliczna dlatego, bo dla uniknięcia kosztów transmisji z poza Lwowa, zeszlśmy się tu w studio rozgłośni lwowskiej przy mikrofonie w kilka osób. W Hołosku przy głośnikach i słuchawkach są obecni pacjenci pod opieką p. dr Krasowskiej i Sióstr Pielęgniarek, a na fali radiowej w różnych stronach Polski obecni są teraz, jak ufamy, przeliczni radiosłuchacze i przyjaciele. Rozmowę zacznijmy od króciutkiej historii faktu. Dnia 24. czerwca podczas audycji dla chorych omówiliśmy sprawę dostarczenia radia dla Hołoska. Duże i ruchliwe sanatorium miało dotąd tylko jeden mały odbiornik z głośnikiem. Po naradach z lekarzami, pielęgniarkami i pacjentami okazało się, że trzeba dać duży odbiornik centralny, 14 głośników, 57 par słuchawek. Radioprzyjaciele poparli sprawę ochotnie i ofiarnie. Oprócz ofiar na różne inne bieżące cele zaczęły płynąć datki pod hasłem: na radio w Hołosku. Pierwszy dątek złożył pacjent innego sanatorium, w którym już jest radio, drugi dątek złożył lekarz wojskowy, inwalida z wojny, a dalsze złożyli słuchacze z różnych stron Polski. Podam tu dla podkreślenia udziału słuchaczy tylko krótki wykaz ofiarodawców z ostatniego miesiąca, niech oni stanowią jakby delegację radioprzyjaciół na dzisiejszej uroczystości. Zaczyna się radiowa geografia Polski dobroczynnej: Sułkowska (Stanisławów), Bukowski (Cieszyn), Łojasiewicz (Kraków), Kaczorowska (Wodzisław Śląski), dr Woźny (Krosno), dr Brończyk (Przemyśl), Irka i Kryśia Zielińskie (Radom), oddział katolickiego stowarzyszenia kobiet (Kiwerce), Podczaska (Chełm Lubelski), z Warszawy: Piwarski, Malarecka, Horodecka; Cisek (Rychcice), Mrzakowa (Drohobycz), Danilewicz (Jarosław), Kolasianka (Kałowice), Oskierczanka (Toruń), Mazurkiewicz (Sambor), Musik (Kałowice), Fruchthändler, Bernardyńska (Jaworzno), Zagórska (Ostrołęka), Unieszkowski (Łódź).

Bardzo często na odcinkach przekazów napisano: chory nie jestem, chorą nie jestem, ale chcę być przyjacielem chorych, czasem podawano intencję, proszono o modlitwy, wyrażano wdzięczność za otrzymane łaski. Dzieci z prywatnej szkoły powszechnej św. Kazimierza w Poznaniu złożyły 28 złotych dla chorych z okazji imienin kierowniczkii pani Tekli Kortowskiej, studentka uniwersytetu wileńskiego składa ofiarą na intencję błogosławieństwa Bożego w nauce, dalsze ofiary przesłali: Polakowski (Poraj), Stańczuk (Grabowiec) 25 zł, Nowogródek 3.50, Steńko (Gumniska), Maria D. (Pałahicze), Firma Radio-Ekravox we Lwowie 100 złotych, Sptawska (Bydgoszcz), Polkowa (Toruń), Makulska (Pruszków), szkoła powszechna nr 1. (Gdynia) uczennice: Krementowska, Szperówna, Milleówna, Pyszke (Gdańsk), Humnicka (Chodorów), ze Lwowa: Dr Roszkiewicz, Szulisławska, pozdrowienia z Krynicy, HSS, dr Szpet, MG zdrowe lato, Maria T., Krupańska, Magister N., sodalicja uczniów III gimnazjum przesyła co tygodnia drugie śniadania, sodalicja mariańska panów czaso-

pisma, dalej: Opielowska (Biała Krakowska), Irchinówna (Bielsk Podlaski), ktoś nieznan z Nowego Bytomia 20 złotych. Z Przemyśla pani T. ofiarę dla chorej wymienionej w ubiegły piątek wysłała zaraz po audycji, tak, że przekaz otrzymałem w sobotę wcześniej rano. Takie przesyłki zdarzają się częściej. Radioprzyjaciele rozumieją, że konieczny jest pośpiech. We wrześniu złożono 480 złotych, w lipcu 880, w sierpniu 540. Wydaliśmy na urządzenie radia w Hołosku 1385 złotych. Oprócz tego dostarczyliśmy, jeszcze w tym miesiącu, chorym pięć odbiorników lampowych, 5 głośników, 20 detektorów, 23 par słuchawek, żywność dla 200 osób, lekarstwa dla 86 chorych. Instalacja w Hołosku działa od miesiąca w tej chwili w imieniu ofiarodawców przekazują ją chorym w Hołosku i oddają pod opiekę pana prymariusza dra Lesława Węgrzynowskiego i proszę, by pan prymariusz nie podpisem, lecz swoim żywym głosem potwierdzić zechciał odbiór tego urządzenia radiowego.

Dr Lesław Węgrzynowski:

Radiofonizacja Lecznicy Lwowskiego Towarzystwa Walki z gruźlicą staje się doniosłym etapem w rozwoju urządzeń leczniczych naszego zakładu. Fundusze na tę instalację dostarczyli słuchacze radiowych audycji dla chorych, a także uczestnicy koncertu życzeń prowadzonego w rozgłośni Lwowskiej. Te ofiary i złotówki złożone razem pozwoliły na wykonanie dzieła, które chorym sprawia wiele radości. Wszystkim więc ofiarodawcom, wszystkim uczestnikom koncertu życzeń oraz kierownictwu radiowej akcji dla chorych składam niniejszym jak najserdeczniejsze podziękowanie.

Celowe urządzenie radiowe, słuchawki przy łóżkach, głośniki w jadalni i w pokojach zebrań umożliwiają wszystkim pacjentom korzystanie z wielkich dobrodziejstw radia. Nasi chorzy w długich godzinach leczenia będą mogli wygodnie wsłuchiwać się w programy polskiej fali radiowej, znajdą tu wiele rozrywki, nauki, zajęcia, a co najważniejsze nie będą się czuli odcięci od świata. Akcja „Radio dla chorych“ dokonała dzieła doniosłego, pożytecznego, mającego swoje znaczenie w sprawie podniesienia skuteczności leczenia. Z radością w imieniu chorych, w imieniu całego Towarzystwa oraz własnym potwierdzam odbiór radia i zgłaszam naszą obecność na polskiej fali radiowej, wśród radiowej rodziny.

W imieniu rozgłośni Lwowskiej Polskiego Radia, wita nowych słuchaczy, dyrektor rozgłośni Juliusz Petry:

P. Józefa Smereczanka, sekretarka dyrekcji Lwowskiego Towarzystwa, podała garść wiadomości o tym zakładzie:

Najstarszym towarzystwem przeciwgruźliczym w Polsce jest Lwowskie Towarzystwo walki z gruźlicą, założone w roku 1904.

Wskutek braku odpowiednich funduszy walczy to towarzystwo w ostatnich latach z wielkimi trudnościami materialnymi. Mimo to trwamy na placówkach i utrzymuje nadal Lecznicę w Hołosku na 150 łóżek i bodaje jedną z największych, a w każdym razie najstarszą w Polsce przychodnię i poradnię przeciwgruźliczą we Lwowie, udzielającą około dziesięć tysięcy porad rocznie. Prowadzimy także przychodnię w Winnikach dla tej miejscowości i dla wsi okolicznych. Wydajemy miesięcznik pod nazwą: „Ruch przeciwgruźliczy“.

Na nasz prawie ćwierćmilionowy budżet w roku 1937 otrzymaliśmy tylko 5 tysięcy złotych ze subwencji rządowych, a 500 złotych z samorządu. Jak widać, musimy być samowystarczalni.

Nic dziwnego, że sami ani marzyć nie mogliśmy o takiej wielkiej instalacji radia, jaką teraz otrzymaliśmy. Oprócz radia Lecznica nasza ma teraz także: referentkę oświatową, częste wykłady, wycieczki dla zwiedzania Lwowa, pokaźną bibliotekę; dostajemy bezpłatnie szereg dzienników, jak Kurier Warszawski, Wiek Nowy, Słowo Narodowe, Dziennik Polski, Gazeta Lwowska. Wszystko to w sumie przyczynia się do ożywienia pobytu pacjentów w Lecznicy, dodaje im dużo ruchliwości duchowej, pozwala lepiej wykorzystać czas leczenia. Koroną tego dzieła stało się radio, które radość niesie zdrowym i chorym.

W audycji zabrała również głos jedna z pacjentek:

W naszym Hołosku jest ślicznie. Drzewa sosnowe i liściaste ozdabiają nasz park i pełno ich w sąsiednim lesie. Słońce potokami promieni zalewa budynki Lecznicy, leżące na stoku wzgórza, na skraju olbrzymiego starego boru. Na przeciw okien ogród, a w nim starannie utrzymane kwiatniki. Wiewiórki z lasu przychodzą czasem aż do nas do pokojów i szukają orzeszków. Ptaszki przylatują blisko, siadają na ramach okien, zbierają okruszyny obficie im rzucane. Jest balsamiczne, suche powietrze lasów sosnowych. Jest opieka lekarska i pielęgniarska. Jest złote serce pani doktor Krasowskiej, która przewodzi czterem lekarzom i pięciu pielęgniarkom. To wszystko jest dobre, cenne, ale czasem było jeszcze miejsce na coś innego, brakowało czegoś, co teraz także jest, ...jest ...radio. Źródłem nowych promieni i nowych radości stało się radio. Pozwala ono zapomnieć o przykrych następstwach choroby, pomaga zwalczyć osamotnienie i bezczynność. Łączy nas z życiem bieżącym, przenosi w świat, z którego wyrwała nas choroba nieraz na bardzo długo. Pełniejsze staje się życie chorych, łączymy się ze społeczeństwem, do którego zwyciężywszy chorobę chcemy wrócić. Dlatego, z głębi serca dziękujemy tym, którzy nam radio dostarczyli. Ufamy, że ten czyn zacieśni i wzmocni węzły łączące ludzi ze sobą do wspólnego życia, do wspólnej modlitwy i pracy, do wspólnej walki o zdrowie i życie. Z własnego doświadczenia wiemy już, czym jest radio dla chorych, więc z tym większą siłą wyrażamy przekonanie, życzenie, pragnienie, by wkrótce wszyscy chorzy i smutni w Polsce dostali radio, by i tą drogą szły ku nim siły krzepiące duszę i ciało.

Przegląd piśmiennictwa.

Zagadnienie gruźlicy jako choroby zawodowej, w świetle aktualnych przypadków. — Dr August Bernabo-Silorata. (Difesa sociale, Nr 2, r. 1938;

Patologia gruźlicy płuc uległa w ostatnich 10-ciu latach głębokiemu przeobrażeniu w ogólnych swoich podstawach. Po przez dokładne badania anatomiczne, kliniczne i radiologiczne zostały uzasadnione teorie co do pierwszego zakażenia i związek pomiędzy nim, a późniejszym przebiegiem schorzenia gruźliczego. Autor zastanawia się nad tym pytaniem, jakie w rzeczywistości jest ryzyko zawodowe ludzi, których praca ma miejsce

przeważnie w styczności z chorymi na gruźlicę otwartą (lekarze, pielęgniarze, siostry miłosierdzia, służba itp.) w sanatoriach, poliklinikach i ośrodkach diagnostycznych itp.

Jeżeli chodzi o personel lekarski, autor stwierdza, że śmiertelność lekarzy i studentów medycyny przydzielonych do oddziałów gruźliczych przewyższa nieznacznie cyfry śmiertelności studentów innych wydziałów lub lekarzy szpitali ogólnych. Inaczej przedstawia się sprawa z personelem pomocniczym i niższym w sanatoriach. Jak stwierdzono, prątek Kocha jest tutaj bardzo rozpowszechniony, tak, że pomimo wszelkich ostrożności może się znaleźć w dużej ilości w nosie, na policzkach, pod paznokciami u osób, które pracują przy chorych na gruźlicę. Badania przeprowadzone wykazały, że w tej kategorii ludzi istnieje duża śmiertelność z powodu gruźlicy. Znane ze swej dokładności obserwacje Kramera podają: wśród pielęgniarek przydzielonych do szpitali ogólnych było — 1% przypadków z czynnymi postaciami gruźlicy, podczas gdy wśród przydzielonych do oddziałów gruźliczych 16%.

U personelu obsługującego chorych na gruźlicę śmiertelność, pomimo znacznych ulepszeń w zakresie higieny, jest duża.

Dlatego autor kładzie nacisk na konieczność systematycznych badań nowoprzyjmowanego personelu oraz badań okresowych, które powinny obejmować badanie kliniczne, radiograficzne, bakteriologiczne i biologiczne. W ten sposób będzie można zdobyć nie tylko dokładne dane co do rzeczywistej większej śmiertelności z powodu gruźlicy tych kategorii osób, które opiekują się chorymi na gruźlicę, ale i otrzymać wskazówki, w jakim kierunku przede wszystkim winna pójść akcja zapobiegawcza. (Podane z Przeglądu Referat. Rady Nauk. Lekarsk. przy Z. U. Sie).

Gruźlica w przemyśle. — Dr A. R. Riddell (Industrial Medicine U. S. A., Nr 5, r. 1937)

Autor stwierdza, że we wszystkich cywilizowanych krajach, w ciągu ostatnich 50 lat, śmiertelność z powodu gruźlicy zmniejszyła się. Na rozwój gruźlicy w przemyśle mają wpływ następujące momenty:

- 1) przepelnione warsztaty pracy, co sprzyja zakażeniom i rozszerzaniu się chorób;
- 2) postawa podczas pracy, która nie pozwala na prawidłowe przewietrzanie płuc,
- 3) specjalne systemy wentylacji i właściwości powietrza, które wydają się wywierać, wprost przeciwny od spodziewanego, wpływ na odporność organizmu,
- 4) materiały, które dostają się w postaci pyłu i dymu do płuc, obniżają odporność i zmieniają przebieg zakażenia.

Przepelnione warsztaty pracy stanowią może najważniejszy czynnik szkodliwy. Autor dzieli zajęcia przemysłowe na dwie grupy. Do pierwszej zalicza m. in. krawców, szewców, drukarzy

i uważa, że zawody te wymagają stosunkowo lekkiej pracy, która w większości wypadków odbywa się w pozycji siedzącej. Należy pamiętać, że praca w tych zawodach, będąc raczej lekką, przyciąga ludzi o stosunkowo słabej konstytucji, u których wytrzymałość na choroby na ogół może być bardzo niska. Jest również możliwe, że osobnicy przystępujący do niej są już chorzy na gruźlicę. Do drugiej grupy zalicza autor takie gałęzie przemysłu, w których robotnicy stykają się ze szkodliwymi materiałami w postaci pyłu. Gruźlica występuje w tej grupie u ludzi w wieku średnim i starszym, którzy rozpoczynają pracę przeważnie jako osobnicy zdrowi o silnej konstytucji. W dalszym ciągu wyraża autor pogląd, że aczkolwiek wdychanie pyłu krzemowego może wywołać krzemicę, jednak częściej ma się do czynienia jednocześnie również z zakażeniem gruźliczym. Krzemica z punktu widzenia klinicznego i wyników zdjęć promieniami rentgena, przedstawia dwie postaci tzw. krzemicę prostą i krzemicę powikłaną, czyli krzemico-gruźlicę. Rozróżnienie tych postaci ma znaczenie podstawowe, gdyż krzemica powikłana stanowi niebezpieczeństwo dla towarzyszy pracy. Ponieważ dotąd nie znaleziono żadnego sposobu na rozpuszczenie włóknistej tkanki płucnej, krzemica skraca okres życia ludzkiego i zmniejsza odporność płuca na zakażenie. Zdaniem autora, obecność krzemu w tkance płucnej pobudza wzrost zarazków gruźlicy, sprzyja szerzeniu się choroby. Krzem i prątek Kocha stanowi bardzo niebezpieczne zestawienie dla organizmu ludzkiego.

Z punktu widzenia przemysłu, leczenie gruźlicy nie jest zachęcające, ale należy podkreślić duże znaczenie środków zapobiegawczych. Nie różnią się one od ogólnie stosowanych. Największe znaczenie ma oczywiście interes ogólny. Jeżeli w warsztacie pracy pojawi się gruźlica, należy dokładnie zbadać warunki pracy, co może pozwolić na ustalenie czynników sprzyjających zakażeniu i jego rozwojowi. Osobników chorych należy oddzielać od pozostałych i dlatego niezbędne jest przeprowadzanie badań okresowych całego personelu. Badania mogą polegać na zebraniu wywiadów i zdjęciu promieniami Rentgena klatki piersiowej. Może być również przeprowadzone dodatkowo badanie fizykalne, wreszcie próba skórna. Najlepsze rezultaty daje oczywiście zdjęcie promieniami Rentgena wraz z badaniem fizykalnym. Niezbędne są również badania wstępne, zwłaszcza w zakładach, w których istnieje niebezpieczeństwo krzemicy. Zastosowanie odpowiednich metod walki z pyłami i zakażeniem, usuwanie z pracy osobników chorych, może przyczynić się do rozwiązania zagadnienia gruźlicy w przemyśle.

Wczesne rozpoznanie gruźlicy płac z punktu widzenia klinicznego i społecznego na podstawie obserwacji 1000 przypadków. - Dr Francesco d'Angelo (Difesa sociale Nr 7, r. 1937).

Na konieczność wczesnego rozpoznania gruźlicy zwrócono uwagę we Włoszech prawie od chwili rozpoczęcia akcji

przeciwgruźliczej. Jest to, według zdania prof. Morelli, podstawowy i niezbędny warunek jej powodzenia. Tylko przy jego zachowaniu, ubezpieczenia będą w stanie, w ramach posiadanych funduszków, przetrzymywać chorych w sanatoriach aż do zupełnego wyzdrowienia, względnie w przypadkach daleko posuniętych, które zawsze będą miały miejsce w mniejszej lub większej liczbie — do śmierci.

Wyższa Rada Lekarska na posiedzeniu w 1934 r. orzekła, że nie tylko z punktu widzenia opieki indywidualnej, lecz specjalnie ze względów zapobiegawczych odosobnienie chorego jest środkiem najbardziej skutecznym i ekonomicznym. Pomimo wielkiej propagandy wczesnego rozpoznania, należy stwierdzić, że jeszcze zbyt wielka ilość chorych zaczyna się leczyć w okresie daleko posuniętych zmian, i wtedy wyleczenie jest albo całkiem niemożliwe, albo wymaga bardzo długiego czasu.

Autor, który jest lekarzem Instytutu Forlaniniego, zadał sobie trud przejrzania 1000 kart choroby chorych, którzy korzystali z leczenia sanatoryjnego po raz pierwszy.

Na 1000 chorych zostało wyleczonych tylko 391 (39%), z tych 80 miało drobne zmiany, nadające się do leczenia klimatycznego, 204 zmiany nieco większe, i u tych zastosowano leczenie uciskowe, u 51 stwierdzono zrosty opłucnowe i wreszcie u 56 gruźlicę bardziej rozwiniętą, która jednak dawała możliwość zastosowania leczenia uciskowego. Postulatowi wczesnego rozpoznania odpowiadają przypadki grupy pierwszej, u których leczenie klimatyczne pozwoliło zwyciężyć organizmowi sprawę chorobową. Dużą grupę stanowią przypadki nieuleczone (609, z czego 317 mężczyzn i 292 kobiety). Według autora, przynajmniej 212 (34%) zawdzięcza swój stan pomyłkom lekarzy, zarówno specjalistów jak i praktyków ogólnych, oraz lekarzy przychodni, czy ośrodków rozpoznawczych dla gruźlicy. Duża liczba pomyłek przypada na lekarzy ogólnych, gdyż chorzy przeważnie wolą iść do swego lekarza, unikając specjalistów w obawie piętna gruźlika. Dlatego Morelli zaleca, aby lekarze ośrodków rozpoznawczych zajmowali się również praktyką ogólną, co pozwoli na wykrywanie schorzeń gruźliczych, z racji porady w innych sprawach. Autor artykułu podaje, że w jednej z przychodni ogólnych w r. 1934 na 5786 przypadków stwierdzono 1552 (26%) przypadki gruźlicy, z czego wyleczonych zostało 1358 (86,5%). W r. 1935 odpowiednie cyfry wynosiły 4475, 1638 i 1416. Przyczyną błędów lekarzy ogólnych jest niedostateczna znajomość nowoczesnych metod rozpoznawczych i mały kontakt tych lekarzy ze specjalistami. Lekarze ogólni żywią poza tym pewną niechęć do ośrodków diagnostycznych w obawie przed utratą zaufania chorego.

Okres czasu, jaki upływa od chwili ustalenia rozpoznania do otrzymania miejsca w sanatorium, wynosi przeciętnie dla ubezpieczonych 5 miesięcy i 10 dni, dla nieubezpieczonych 10 miesięcy i 14 $\frac{1}{2}$ dnia. 50,1% otrzymało miejsca w ciągu 1 mie-

siąca 6 dni a 35,1% w ciągu 9 mies. 12 dni. To opóźnienie wynikało często z nieprawidłowego leczenia (wapno przez szereg miesięcy) lub nieznamomości ze strony chorych ich praw ubezpieczeniowych. W mniejszym stopniu grały tu rolę zaniedbania, wynikłe z pozornie dobrych zdrowotnych warunków w domu, złego stanu majątkowego, niechęci do opuszczenia dzieci. Pomimo propagandy, brak jeszcze ciągle poczucia właściwego stosunku chorego do społeczeństwa i do siebie, świadomości, że chory na gruźlicę, który nie leczy się od początku swej choroby, postępuje społecznie.

W celu uchronienia społeczeństwa od gruźlicy, niezbędne jest rozpowszechnianie wiadomości o charakterze objaśniającym jej szkodliwość i objawy chorobowe jak gorączka, duszność, ogólne osłabienie, tak często bagatelizowane przez chorych. Na specjalną uwagę zasługuje propaganda higieniczno-społeczna w środowisku szkolnym, a zwłaszcza w szkołach początkowych; stąd powinny wychodzić nowe pokolenia świadome niebezpieczeństwa, jakie pociąga gruźlica, oraz środków obrony. Zapomocą specjalnych kursów przy uniwersytetach należy zmienić pojęcia niektórych lekarzy i udowodnić im, że gruźlica jest chorobą leczalną, zwłaszcza jeżeli zostanie uchwycona w porę. Należy również uświadomić lekarzy co do znaczenia społecznego gruźlicy, zaznajomić ich ze stroną prawną i ubezpieczeniową, tak, aby każdy lekarz wiedział, że nie tylko wtedy należy się uciekać do pomocy sanatorium, gdy choroba jest daleko posunięta, ale przede wszystkim w jej początku. Przy najmniejszej wątpliwości chory winien być posłany do ośrodka rozpoznawczego dla gruźlicy. Każda uporczywa gorączka, kaszel lub spadek na wadze stanowią powody, dla których lekarz musi uciekać się do pomocy rentgena i lekarza specjalisty. Prześwietlenie i zdjęcie promieniami rentgena pomagają bardzo do postawienia szybkiego rozpoznania. Te środki rozpoznawcze muszą być udostępnione nawet najuboższej ludności. Wskazane jest, jak już powiedziano wyżej, aby ośrodki rozpoznawcze nabrały charakteru przychodni ogólnych, gdyż w wielu wypadkach, gruźlicę wykrywa się u chorego, który przychodzi z zupełnie innych powodów.

Dzieci, w chwili zapisywania się do szkoły, powinny zostać poddane badaniu lekarskiemu ogólnemu i promieniami rentgena. Rozciągnięcie ubezpieczenia od gruźlicy na pracowników rolnych da prawdopodobnie w krótkim czasie wyraźną poprawę w zakresie gruźlicy na wsi, — pozostaje jeszcze ułatwienie sprawy ubezpieczenia nauczycieli szkół początkowych, których praca w razie choroby na gruźlicę może spowodować łatwe zarażenie dzieci.

Uraz a gruźlica. — G. Ornstein i D. Ulmar (Industrial Medicine Nr 3, r. 1937).

Od czasu wprowadzenia obowiązku wypłaty odszkodowań w związku z wypadkami przy pracy, zagadnienie związku mię-

dzy urazem i gruźlicą nabrało wielkiego lekarskiego i prawnego znaczenia. Zagadnienie jest ważne zarówno dla pracodawców jak i robotników. Obydwie grupy były często pokrzywdzone z powodu mylnego ujmowania wpływu urazu na rozwój gruźlicy.

Autorowie rozpoczynają od stwierdzenia, że uraz jako pojedyncza przyczyna, nie może spowodować gruźlicy. Przyczyną gruźlicy może być tylko prątek gruźlicy, wobec tego związek między urazem, a gruźlicą może być tylko pośredni. Tylko w przypadku bardzo ostrego urazu przenikającego klatkę piersiową, prątki mogą być wszczepione do tkanki płucnej i uraz stanowić będzie bezpośrednią przyczynę schorzenia gruźliczego. Fakt taki może się zdarzyć jednak bardzo rzadko.

W innych przypadkach, o ile uraz może w ogóle odegrać jakąś rolę, prątki gruźlicze muszą być obecne w płucu. Autorowie omawiają szeroko patogenезę gruźlicy płuc i wysuwają możliwość, że źródłem skąd prątki gruźlicze mogą zaatakować płuca pod wpływem urazu, może być zagojony i zwapniały zespół pierwotny. Przytaczają zdanie Mayer'a, że przyczynowy związek między urazem i gruźlicą nie jest nigdy tak widoczny, jak między urazem, a innymi zakażeniami. Jest to spowodowane wysoką częstością gruźlicy wśród ogółu ludzi, oraz ukrytych urazów i charakterystycznym opóźnieniem rozwoju oraz przywlekłym przebiegiem choroby. Autorowie podnoszą, że okres czasu między urazem a rozwojem gruźlicy nie może przekraczać 6 miesięcy, aby uraz mógł być uważany jako czynnik przyczynowy, lub współdziałający w rozwoju schorzenia gruźliczego. Autorowie podają kilka przypadków wystąpienia po urazie ostrych objawów gruźlicy u osobników ze stwierdzonymi poprzednio nieznacznymi objawami, które pozwalały na normalną pracę. Autorowie są zdania, że jeżeli rozwój gruźlicy ma być uważany za następstwo urazu, objawy muszą wystąpić w ciągu 2 tygodni i dlatego w tym czasie winno być wykonane zdjęcie rentgenowskie. Posuwają się nawet tak daleko, że żądają wydania prawa o przymusowym dokonywaniu zdjęcia klatki piersiowej w ciągu 48 godzin po urazie i powtórnie w 2 tygodnie. Jeżeli uraz ma spowodować uczynienie procesu gruźliczego, obecność zmian będzie stwierdzona przy pierwszym zdjęciu. Co do odpowiedzialności pracodawcy, to według zdania autorów, odszkodowanie dotyczy tylko wpływu urazu jako czynnika, wywołującego zaostrzenie lub uczynienie procesu chorobowego i odpowiedzialność kończy się z chwilą doprowadzenia schorzenia do stanu w chwili urazu. Gruźlica pozapłucna odgrywa również ważną rolę w zagadnieniach związku między urazem, a przebiegiem schorzenia. Sprawa jest tutaj o wiele trudniejsza, ponieważ gruźlica wielu narządów przebiega przez bardzo długi czas bezobjawowo i daje o sobie znać dopiero w daleko posuniętym okresie (np. gruźlica kości). — W każdym razie stwierdzony bez zastrzeżeń w kilku przy-

padkach rozwój gruźlicy w miejscu poprzedniego urazu, każe uznać istniejący związek Trzeba przypuszczać, że zakażenie uszkodzonego miejsca nastąpiło na drodze krwionośnej z innego ogniska w ustroju najczęściej w płucach. (Podane z Przeglądu Referat. Rady Nauk. Lekarsk. przy Z. U. Sie).

Kronika.

Zrzeszenie Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźl. o charakterze społ. podaje do wiadomości, że Zjazd odbędzie się w Zakopanem w dnach 21—22 stycznia 1939 r. Program Zjazdu jest następujący: Dr Julian Walawski, doc. uniw. J. P.: „Wpływ zmian gruźliczych w płucach na sprawność fizjologiczną regulacji krążenia“.

Dr Jankowski z Kowanówka: „Zadania samorządu terytorialnego w zwalczaniu gruźlicy na wsi“.

Prócz tego Dr Rechniowski z Rudki będzie mówił o 10-sięcioleciu istnienia Zrzeszenia.

Zaproszenia z dokładnym porządkiem dziennym będą rozesłane w swoim czasie do członków i do gości, jak zwykle.

XIV Kurs Przeciwgruźliczy dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie“. W okresie od dnia 19 stycznia do dnia 4 marca 1939 r. odbędzie się 7-mio tygodniowy Kurs uzupełniający dla lekarzy pt. „Gruźlica i jej zwalczanie“, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

Program Kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne, jak również wykłady teoretyczne. Studia praktyczne będą polegały na odbyciu praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium, jak również na dokładnym zaznajomieniu się z pracą w poradniach przeciwgruźliczych, ze szczególnym uwzględnieniem techniki zakładania odmy oraz rentgenodiagnostyki.

Podania na Kurs należy nadsyłać do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31, gmach Polskiego Towarzystwa Higienicznego) najpóźniej do dnia 8 stycznia 1939 r. Do podania należy dołączyć:

1. życiorys,
2. ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs,
3. zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez 2 lata po ukończeniu kursu.

Kandydaci zgłaszający się na Kurs mogą ubiegać się o przyznanie zwrotnego stypendium w wysokości do 300 zł.

Kurs jest bezpłatny; pierwszeństwo w przyjęciu jak również i w otrzymaniu stypendium będą mieli kandydaci, którzy już pracują w instytucjach przeciwgruźliczych.

Pożądane jest, aby kandydaci zgłaszający się na kurs przejrzeni literaturę, tyjącą się podstawowych wiadomości o gruźlicy.

Program kursu uzupełniającego dla lekarzy z zakresu rozpoznawania i leczenia gruźlicy, urządzonego przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej, w czasie od 9 stycznia do 4 lutego 1939 r.:

1. Prof. dr J. Latkowski: Rozwój zakażenia gruźliczego u dorosłych (2 godz.),
2. Prof. dr J. Kostrzewski: Lekarz praktyk wobec początkowych postaci gruźlicy płuc (1 godz.),
3. Prof. dr M. Gieszczykiewicz: Bakteriologia gruźlicy (2 godz.),
4. Prof. dr M. Gieszczykiewicz: Zagadnienie odporności w gruźlicy (1 godz.),
5. Dr S. Ryglicki: Rentgenodiagnostyka narządu oddechowego (6 godz.),
6. Prof. dr J. Glatzel: Gruźlica kostno-stawowa (2 godz.),
7. Dyr. dr G. Nowotny: Torakoplastyka (2 godz.),
8. Prof. dr J. Latkowski: Zasady leczenia gruźlicy płuc (1 godz.),
9. Dr C. Laszczka: Odma (4 godz.),
10. Dr J. Fenczyn: Powikłania odmy (2 godz.),
11. Prof. dr J. Miodoński: Gruźlica górnych dróg oddechowych (1 godz.),
12. Prof. dr Fr. Walter: Gruźlica skóry (1 godz.),
13. Doc. dr M. Wilczek: Gruźlica a narząd wzroku (1 godz.),
14. Prof. dr K. Lewkowicz: Gruźlica zapalna u dzieci (1 godz.),
15. Dr T. Nowak: Leczenie gruźlicy u dzieci (1 godz.),
16. Dr J. Fenczyn: Odma obustronna (1 godz.),
17. Dr C. Laszczka: Torakokaustyka (1 godz.),
18. Dr St. Karasiński: Zarys metod społecznej walki z gruźlicą (3 godz.),
19. Nacz. Dr K. Hessek: Ustawodawstwo przeciwgruźlicze (1 godz.),
20. Dr M. Ciećkiewicz: Ocena zdolności do wykonywania zawodu u chorych na gruźlicę (1 godz.).

Zajęcia praktyczne odbywać się będą na oddziale gruźliczym i w stacji odmowej II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J., na oddziale zakaźnym Szpitala św. Łazarza (Prym. Prof. dr J. Kostrzewski), w ambulatorium Kliniki Laryngologicznej U. J. oraz w miejscowych poradniach przeciwgruźliczych.

Zgłoszenia na Kurs należy nadsyłać najpóźniej do dnia 20 grudnia 1938 r. pod adresem Kierownika Kursu Prof. dr J. Latkowskiego. Kraków, ul. Kopernika 15. Do podania należy dołączyć krótki życiorys oraz ew. zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na Kurs. Kandydaci zgłaszający się na Kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendium w wysokości zł 200.— Pierwszeństwo w przyjęciu na Kurs będą mieli lekarze okręgowi (rejonowi), lekarze Ubezpieczalni, lekarze szkolni oraz lekarze już zatrudnieni w instytucjach przeciwgruźliczych.

XI. Konferencja Międzynarodowej Unii przeciwgruźliczej odbędzie się w Berlinie od 17—20 sierpnia r. 1939.

Niedziela 17. sierpnia g. 9.30 — posiedzenie Komitetu wykonawczego Unii. O 11-tej — Zebranie Rady Dyrekcji Unii, o 17-tej uroczyste otwarcie Konferencji.

W poniedziałek 18 sierpnia, wtorek 19 sierpnia i środę 20 sierpnia od 9-tej do południa, referaty i koreferaty naukowe. Temat biologiczny: Dr Burnet, dyrektor instytutu Pasteura w Tunisie: Zagadnienie wirulencji prątka Kocha. Koreferentami będą Lange (Niemcy), Stanley Griffiths

(Anglia), Jensen (Dania), Smithburn (Stany Zjednoczone), Besta (Włochy), Boquet (Francja), Skibiński (Polska), Carvallho i Vidals (Portugalia), Saenz (Urugwaj), Nedelković (Jugosławia).

Temat kliniczny: Znaczenie okresowych badań dla ujawnienia gruźlicy u osób powyżej lat 15. Referent: Dr Braeuning (Niemcy), koreferenci, Alfaro i Vacarezza (Argentyna), Soper (St. Zjednocz.), Ellila (Finlandia), Braunic Ourcoux (Francja), Young (Anglia), Constantini (Włochy), Ustvedt (Norwegia), Tšepulitš (Jugosławia). Temat społeczny: Przywrócenie zdolności do pracy u gruźliczych. Referenci Pendrill, Varrier-Jones, Bachmann. Koreferenci: Dorn (Niemcy), Derscheid (Belgia), Dunham (Stany Zjednoczone), Guinardii Bernard (Francja), Bocchetti i Parodi (Włochy), Bronkhorst (Holandia).

Po południu od 15—17 dyskusja.

Uczestnicy opłacają 20 Mk, członkowie 12 Mk, 60% zniżki kolejowej na liniach niemieckich.

Adres: Konferenzleitung der XI. Konferenz der Internationalen Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose. Berlin, W. 62. Einem str. 11.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza urządza z inicjatywy i przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej, a w porozumieniu z Wojewódzkim Towarzystwem Przeciwgruźliczym 5-tygodniowy kurs dokształcający dla lekarzy z zakresu rozpoznawania, leczenia i zwalczania gruźlicy. Kurs odbędzie się w czasie od 6 lutego do 11 marca 1939 r.

Podania o przyjęcie na kurs należy nadsyłać najpóźniej do 15-go stycznia 1939, do Dyrekcji Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie, ul. Pijarów 4. Do podania należy dołączyć przebieg dotychczasowej pracy zawodowej i ewent. zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs.

Kurs jest bezpłatny. Kandydaci zgłaszający się na kurs ubiegać się mogą ponadto o stypendium w wysokości do 160.— zł.

Wobec tego, iż kurs będzie miał charakter przede wszystkim praktyczny, ze szczególnym uwzględnieniem odmy piersiowej, zachodzi potrzeba ograniczenia ilości miejsc. Pierwszeństwo w przyjęciu na kurs będą mieli lekarze zajęci już w instytucjach przeciwgruźliczych, jak poradnie, ośrodki zdrowia, następnie lekarze urzędowi, szkolni, ubezpieczalni społecznych, oraz ci, którzy zobowiążą się do pracy w instytucjach przeciwgruźliczych w przyszłości. Pożądane jest u kandydatów na kurs przygotowanie z interny i odbycie dłuższej praktyki z zakresu chorób wewnętrznych w większych szpitalach lub klinikach.

Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą ogłasza konkurs na nagrodę imienia Dra Kazimierza Dąbrowskiego za najlepszą pracę z dziedziny gruźlicy.

1. Nagroda imienia Dra Kazimierza Dąbrowskiego w 1939 r. wynosić będzie 350 zł. 2. Do oceny przyjmowane są prace w języku polskim, dotyczące wszelkich działów gruźlicy, nie ogłoszone drukiem przed konkursem. 3. Termin zgłaszania prac upływa dnia 1 kwietnia 1939 r. Prace należy nadsyłać pod adresem sekretarza T-wa, Dra Jana Stopczyka. Warszawa, ul. 6-go Sierpnia Nr 27, m. 20. Praca winna być opatrzona w godło, a w załączonej zapieczętowanej kopercie, opatrzonej

tymże godłem, winna zawierać godło, nazwisko i imię autora i jego adres. 4. Do oceny prac powołany zostanie sąd konkursowy. Decyzja sądu konkursowego nastąpi 15 maja 1939 r. i zostanie ogłoszona na posiedzeniu naukowym T-wa oraz w prasie lekarskiej.

Członkami rzeczywistymi Unii Międzynarod. Przeciwgruźl. mianowani zostali z Polski Prof. L. Karwacki i Prof. Karol Jonscher w miejsce zmarłego Dra Oąbrowskiego i rezygnacji Dra Wroczyńskiego.

Członkami tytularnymi mianowani: Dr Stanisław Hornung, Drka J. Misiewiczówna i Dr M. Telatycki w miejsce mianowanych członkami rzeczywistymi p. p. Karwackiego i Jonschera oraz rezygnacji Dra Salomona.

Nadesłane.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Uprzejmie proszę o łaskawe umieszczenie w redagowanym przez Niego piśmie niżej podanego oświadczenia:

„W książce dra med. Naftalego Rotha p. t.: „Gruźlica płuc i opłucnej”, która ukazała się niedawno na półkach księgarskich, autor bez mojego upoważnienia składa w „Słowie wstępnym” podziękowanie wśród innych osób także mnie jako „Prezesowi Rady Naukowej Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za łaskawe przejrzanie książki”, sugerując w ten sposób czytelnikowi, że ją zaaprobował. W rzeczywistości sprawa przedstawia się inaczej. Mianowicie przed paru laty dr Roth przysłał do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego rękopis pod powyższym tytułem z prośbą o wydrukowanie i o wydanie opinii. Rękopis został przez Związek przekazany mnie jako ówczesnemu Przewodniczącemu Komisji Naukowej Związku. Po przeczytaniu rękopisu przez wszystkich członków Komisja jednomyślnie oceniła złożoną przez dra Rotha pracę ujemnie. Na tej podstawie Związek nie podjął się ani drukowania, ani napisania przedmowy i zwrócił rękopis autorowi. Po ukazaniu się książki zwróciłem razem z drem St. Rudzkim uwagę autora na całą niewłaściwość jego postępowania i zażądaliśmy wycofania ze „Słowa wstępnego” wzmianki o nas. Zamiast uczynić zadość naszemu słusznemu żądaniu dr Roth w piśmie do mnie z dn. 18. X. 1938. powoławszy się na „duże doświadczenie osobiste” oświadcza, że „reszta wybitnych lekarzy i uczonych polskich i zagranicznych dodatkowo wyraziła się o wartości naukowej i praktycznej mego dzieła i zachęcała mnie do wydrukowania i rozpowszechnienia takowego wśród lekarzy”. W odpowiedzi zgodnie z życzeniem dra Rotha sprecyzowałem ponownie żądanie wycofania wzmianki o mnie ze „Słowa wstępnego”, ale i na ten raz bez skutku.

Fakty te podaję wobec tego do ogólnej wiadomości, by ogół lekarski nie został wprowadzony w błąd. Równocześnie radzę dr Rothowi przeczytać i dobrze się zastanowić nad „Refleksjami czytelnika — zamiast oceny”, które się ukazały z powodu jego książki w ostatnim numerze „Lekarza Wojskowego”, t. XXXII, nr 6 str. 762—766. Z tych trafnych refleksyj dowie się również, co sądzą i jak oceniają jego książkę lekarze, chlubnie pracujący we ftizjologii.

Z wysokim poważaniem
Prof. Dr Witold Orłowski

TREŚĆ

ROCZNIKA V. „RUCHU PRZECIWGRUŻLICZEGO“.

Prace oryginalne:

	Str.
Białynicki - Birula T. (Chodzież): O ustawie przeciwgrużliczej	32
Berger L. (Lwów): Uwagi do rządowego projektu ustawy o zwalczaniu gruźlicy	34
Ceypek T. (Lwów): Zmiany w górnych drogach oddechowych przy gruźlicy płuc	67
Ćwikliński A. (Lwów): Uwagi do ustawy przeciwgrużliczej	69
Grodecki M. (Warszawa): Ustawa o zwalczaniu gruźlicy i podstawy jej sfinansowania	9
Hornung St. (Lwów): Ruchoma poradnia przeciwgrużlicza	97
I. Zadania poradni przeciwgrużliczych a badania zespolone	97, 114
II. Ruchome poradnie w różnych krajach	115
III. Ruchome poradnie na terenie Polski	122
IV. Lwowska Ruchoma Kolumna Przeciwgrużlicza	125
V. Potrzeby akcji przeciwgrużliczej na wsi polskiej i ruchome poradnie	146, 161
Karasiński St. (Kraków): Walka z gruźlicą w ustawowym impasie	29
Zier D. (Lwów): Rola Poradni w walce z gruźlicą	193
I. Gruźlica jako choroba społeczna	193
II. Rozwój walki z gruźlicą	210
III. Rozwój walki z gruźlicą w Polsce	219, 225
IV. Rola poradni przeciwgrużliczej	226
V. Zadania zapobiegawczo-społeczne poradni	228
VI. Poradnia jako ośrodek rozpoznawczy	239

Sprawozdania:

Protokół posiedzenia w sprawie ustawy przeciwgrużliczej odbytego dnia 22. grudnia 1937 w lokalu T-wa Lekarsk. Lwowsk.	35
Polskie Two Badań nad Gruźlicą. Koło Lwowskie. Protokół	40, 42
Bühn St.: Jak Ubezpieczalnia Społ. we Lwowie walczy z gruźlicą	56
Ksyk St.: Sprawozdanie Zakładu Leczn.-Wychowaw. Ubezpieczalni Społecznej w Białej za r. 1936	58
Szczepański Z.: Sprawozdanie opisowe z działalności sanatorium m. st. Warszawy w Otwocku za r. 1936/37	61
Borowski A.: Sprawozdanie z działalności Wileńskiego Wojew. T-wa Przeciwgrużliczego za rok 1936/37	71
Sprawozdanie z działalności Przychodni Przeciwgrużliczej przy Ośr. Zdrowia P. C. K. w Chodzieży za r. 1937	90
Sprawozdanie z działalności Koła Lwowskiego Polskiego Twa Badań nad Gruźlicą za rok 1937	91
Sprawozdanie z działalności Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgrużliczego we Lwowie za rok 1937	147
Plebanińczyk P.: Sprawozdanie z działalności „Domu Zdrowia“ w Świdrze za rok 1937/38	179
Sprawozdanie Wojewódz. Komitetu „X. Dni Przeciwgrużliczych“ na obszarze Wojew. lwowskiego w r. 1938	183, 201

Referaty i streszczenia:

Problemy gruźlicy a małżeństwo	46
Doświadczenia ze specjalnymi mieszkaniami dla gruźliczych	46

	Str.
O rozmiarach selekcji naturalnej przy gruźlicy	46
Służba lekarzy zaufania a zwalczanie gruźlicy	47
Zapobieganie gruźlicy płuc wśród dorosłych w Anglii	92
Organizacja kolonii posanatoryjnych w ramach walki z gruźlicą	206
Zagadnienie gruźlicy, jako choroby zawodowej, w świetle aktualnych przypadków	243
Gruźlica w przemyśle	244
Wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc z punktu widzenia klinicznego i społecznego na podstawie 1000 przypadków	245
Uraz a gruźlica	247
Ostatni etap drogi do ustawy przeciwgruźliczej	111
Ustawa o zwalczaniu gruźlicy	111
Pokłosie dyskusji nad projektem ustawy o zwalczaniu gruźlicy	158
Dzieje pierwszej ustawy przeciwgruźliczej w Polsce	158
Na marginesie prac Sejmu nad ustawą przeciwgruźliczą	159
Zasady projektu ustawy o zwalczaniu gruźlicy	189
W sprawie artykułu p. t. Pokłosie dyskusji nad projektem ustawy o zwalczaniu gruźlicy	189
W obronie prawa do niezależnej krytyki	189
Wyjaśnienia do artykułu W. Wieszaniewskiego „Na marginesie prac Sejmu nad ustawą przeciwgruźliczą	189

Odezwy, okólniki i memoriały:

Memoriał organizacji lekarskich i społecznych we Lwowie do ciał ustawodawczych w sprawie ustawy przeciwgruźliczej	45
Komunikat Polskiego Związku Przeciwgruźl. w sprawie ustawy przeciwgruźliczej	49
Opinia Rady Wydziału Lek. Uniw. J. K. w sprawie rządowego projektu ustawy o zwalczaniu gruźlicy	49
Uwagi Izby Lekarskiej w Krakowie o ustawie przeciwgruźliczej	51
Treść pisma Krakowskiego Towarzystwa Lekarsk. w sprawie ustawy przeciwgruźliczej	53
Uchwała Lwowsk. Tow. Lekarskiego	54
Uwagi Zrzeszenia Dyrektorów Sanat. Przeciwgruźl. o charakterze społecznym	54
Uchwała Państw. Naczelnej Rady Zdrowia	159
Komunikat Naczelnej Izby Lekarskiej	159
Odezwa w sprawie „Dni Przeciwgruźliczych“	65, 209

Z życia sanatoryjnego, wiadomości bieżące i kronika:

Rządowy projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy	1
XIII. Kurs przeciwgruźliczy dla lekarzy „Gruźlica i jej zwalczanie“	48
Powiększenie liczby łóżek w sanatoriach Z. U. S.	63
Szkolenie lekarzy dla akcji przeciwgruźliczej	63
Posiedzenie tymczasowej komisji doradczej fundacji im. J. Potockiego	64
VII. Zjazd Ogólnopolski Przeciwgruźliczy	64
Z życia sanatoryjnego	64
Szkoła Leśna w Brzuchowicach	87, 99
XI. Zjazd Higienistów w Lublinie	95
Losy ustawy przeciwgruźliczej	95
O sanatorium dla chorych piersiowych w Rudce	109
Walne Zebranie Polsk. Związku Przeciwgruźliczego	112
W sprawie projektu nowelizacji ustawy o praktyce lekarskiej	160
VIII. Zjazd Związku Ftizjologów Republiki Czechosłowackiej	160
Ubezpieczalnie Społeczne rozbudowują sanatoria przeciwgruźl.	190
Propaganda Dni Przeciwgruźliczych przez TOZ — oddział we Lwowie	191
Działalność włoskiego ubezpieczenia na wypadek gruźlicy	191
Memoriał o walce z gruźlicą wręczony p. Prezydentowi R. P.	280
Zjazd Zrzeszenia Dyrektorów Sanator. Przeciwgruźliczych	66, 223, 249
Kurs z zakresu rozpoznawania i leczenia gruźlicy w Krakowie	223, 249

	Str.
Nagroda konkursowa im. S. Sterlinga	224
Radiofonizacja Lecznicy w Hołosku	241
XIV. Kurs Przeciwgruźliczy dla lekarzy p. tż Gruźlica i jej zwalczanie	249
XI. Konferencja Międzynarodowej Unii przeciwgruźliczej	250
Kurs dokształcający dla lekarzy z zakresu rozpoznawania leczenia i zwalczania gruźlicy we Lwowie	251
Nagroda konkursowa im. Dr K. Dąbrowskiego — Polsk. Twa Badań nad Gruźlicą	251
Członkowie rzeczywiści i tytułarni Unii Międzyn. Przeciwgruźl.	252
Nadesłane (List do Redakcji)	252
Wolne posady	112, 160, 192, 208, 224

**Skorowidz nazwisk
zawartych w roczniku V. „Ruchu Przeciwgruźliczego“.**
(liczby oznaczają stronicę)

Abramowicz 82; Adamski 63, 112; Adler 236; Alfaro 251; Angelo 245; Armаты 147; Arnaud 115; Assmann 233, 239.

Bachmann 251; Bagiński 73, 82, 84; Bakałowa 196; Ballin 133; Baranowski 221; Baumann 121; Beer 232; Bellert 95; Berger 34, 91; Bercecki 85; Berlin 62; Bernabo 243; Bernard 193, 215, 216, 227; Besta 251; Bickeles 147; Bielińska 75; Biernacki 63, 160; Biłyk 66, 185; Birula - Białyński 32, 66, 91; Boquet 251; Bochetti 251; Borowski 71, 82, 83, 84, 85, 86; Borodzicz 75; Braeuning 97, 114, 141, 175, 232, 234, 235, 236, 251; Braunic - Ourcoux 251; Brand 97, 115, 216, 230; Brehmer 212, 218; Breit 133, 144; Briand 239; Breyer 212; Bronadel 115, 196; Brodowicz 42; Brokowski 82, 84; Brończyk 241; Broukhorst 251; Brown 239; Bukowski 241; Bund 237; Burnet 116, 162, 250; Bühn 46, 47, 56.

Calmette 97, 213, 214, 222, 227, 228, 232, 239, Carvaltho 250; Ceypek 67; Chodźko 30, 64, 97, 115; Chrząszczewski 147; Ciecławicz 250; Cisek 241; Coerper 236, 240; Comby 194; Constantini 206, 251; Cornelius 46; Crispi 194; Ćwikliński 69, 97; Czarnecki 222, Czeladzin 81; Czemerys 41; Czokańska 85; Czyżewski 82.

Damański 35; Danielski 35, 37, 112, 161, 166, 170; Daniłow 122; Danilewicz 241; Dąbrowski 95, 239, 252; Débre 215; Dehl 200; Denker 119; Deloffowa 110; Derscheid 251; Dettweiler 211, 212; Dolbrzycki 220; Dołęcki 35, 38, 39, 147, 148, 149; Dorn 251; Dunham 251; Dunin 110, 220; Dyboski 112; Dzierzkowski 127.

Ekhart 116; Ellila 251; Elliot 116; Exelbirt 91.

Falkiewicz 147; Fedosewicz 81, 84; Fenczyn 250; Flatzek 118, 236, 239; Francostozo 210; Fruchtländer 241.

Gantz 194; Garbień 147; Gebhard 198; Geisler 46; Ghon 194; Gieszczykiewicz 29, 54, 250; Girolamo 210; Glass 122; Glatzel 250; Gloyne 91; Gluziński 222; Gosiewski 30; Gorczycki 127; Gottstein 196; Grancher 215; Griffiths 250; Grodecki 9, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 35, 39, 56, 111, 188, 198, 226, 229; Groer 91; Grotjahn 199, 212; Gruca 43, 44; Grusche 234; Grzegorzewski 147, 156; Guinardi 251; Gy 240.

Haeger 118; Haczekiewicz 124; Hamburger 212; Hart 91; Hayas 240; Herold 133; Heryng 220; Hessek 250; Hipokrates 210; Hopf 219; Hollmann 233, 234; Hornung 35, 38, 39, 97, 147, 156, 161, 197, 231, 236, 238; Horodecka 241; Hryniewicz 82; Huppert 234; Humnicka 241; Hutinel 194. Ickert 117, 118, 238; Irchinówna 242; Israeli 194.

Jabłoński 105; Jabłonowska 64; Jacob 119; Jałoszewski 64; Jakobeus 182; Janiszewski 35, 97, 220, 221, 222, 227, 230; Jankowski 67, 249; Jaruntowski 220; Jasińska 64; Jaworski 220; Jensen 251; Jonscher 30, 112, 252; Joung 240; Jötten 97; Junquet 119.

Kacprzak 146, 161, 164; Kaczorowska 241; Kalbfleisch 194; Kalinowski 62; Karasiński 29, 54, 110, 112, 124, 189, 250; Karczyński 41, 43; Karpieński 112; Karwacki 252; Karwowski 64, 91, 190; Katz 212; Kayser - Petersen 236; Kazoniówna 110; Kisel 194; Klamrzyński 161; Koch 193, 195, 210, 211, 214, 218; Koester 117, 118, 198; Kolasianka 241; Kortow-

ska 241; Kostrzewski 29, 54, 250; Koskowski 127; Kosydar 91; Kozłowska 85; Kramer 244; Krasowska 40, 42, 44, 241, 243; Krementowska 241; Krupańska 241; Krusche 119; Ksyk 58; Kucharski 81, 82, 84; Kujawski 112; Kuncewicz 75, 82, 84, 85, 86; Kunicki 208; Kurzeja 147, 149, 206; Kuzniar 62; Kühne 47; Küss 240; Kwiatkiewiczowa 222.

Lange 250; Laszczka 250; Latkowski 29, 30, 54, 112, 159, 223, 250; Legat 118; Leśniewski 122, 123, 172; Lewandowski 62; Lewkowicz 250; Lutostański 220.

Łącki 196, 230, 231; Łojasiewicz 241; Łotocki 55.

Maciesowicz 85; Majewski 35, 126, 147, 149, 186, 206; Makulska 241; Malarecka 241; Malasz 211; Malvause 213; Martini 116; Martyszewski 111, 112, 123, 124, 208, 236; Mathay 196; Mayer 248; Mazurkiewicz 241; Melville 240; Merunowicz 222; Michałowicz 164; Miedownik 194; Mienicki 82; Miezańcówna 80; Mikołajewicz 85; Millerówna 241; Miodoński 250; Misiewiczówna 252; Morbius 211; Morelli 230, 246; Morfen 194; Morgani 210; Mrzakowa 241; Mułakowa 147; Musik 241.

Naegeli 194; Narbut 62; Nedelkovič 251; Neuman 84; Nowak 250; Nowicki 35, 38, 147; Nowotny 250.

Obuchowicz 80, 81, 82; Opielowska 242; Orłowski 112, 208, 252; Ornstein 247; Oskierczanka 241; Ostrowski 51, 66, 87, 105, 205; Oszaeki 29, 54; Owsiański 29, 54.

Paradistal 115, 230, 239; Parodi 251; Pawłowicz 80, 82, 84; Pawliczkówna 64; Peitzer 91; Pendrill 251; Pfau 147, 148, 206; Phillip 97, 116, 213, 217, 227; Phillips 199; Pietraszewski 189; Piutrz 211; Piwarski 241; Plebańczyk 179; Podczaska 241; Pohorecki 35; Polkowa 241; Polakowski 241; Popowski 112, 115, 230; Popielska 41; Popławska 62; Potocki 64; Prazanowski 82; Prinzing 195; Pruska 64; Ptaszek 40, 42, 91, 197; Putkowsky 121; Pütter 97, 213, 228.

Rączeg 187; Rechniowski 110, 249; Redeker 117, 233, 234, 236, 239, 240; Reiterowski 122; Rencki 97, 125, 126; Ridell 244; Rist 240; Romanowska 78, 82, 84; Roszkiewicz 241; Roszkowski 112; Roth 252; Rubner 196; Rudzki 35, 111, 112, 158, 159, 160, 180, 252; Rukajzo 85; Rutkowski 127; Ryglicki 250.

Sabatowski 35, 38, 147; Saenz 251; Salak 161, 170; Salpeter 147, 148, 206; Salomon 252; Sampon 239; Savonen 120; Schwetas 117; Schorr 194; Schmidt 232; Schlossman 194; Severeigno 121; Sielicki 85, 170, 226; Skiubiński 251; Skokowska - Rudolfowa 35, 63, 97, 111, 122, 128, 166, 189; Śladkowski 62; Smerek 147, 148, 206; Smereczanka 242; Smithburn 251; Soper 251; Sokołowski 55, 56, 220, 224; Spławska 241; Stańczuk 241; Statkiewicz - Plebańczykowa 179; Steńko 241; Stopczyk 251; Stephani 240; Sterling 84, 180, 220, 224, 228, 239, 240; Steusing 193; Stryjeński 29, 54; Strzelecki 150; Szancenbach 54; Szary 110; Szczepański 61, 62, 112; Szląowska 76, 77; Szperówna 241; Szpet 241; Szustrowa 112; Szwarzenberg - Czerny 105.

Telatycki 67, 252; Townsen 198; Tyszka 35, 37, 38, 39, 149; Twardowski 89; Tworog 91; Tšepulitč 251.

Uhma 89; Ulmar 247; Unieszkowski 241; Ustredt 251.

Vacarezza 251; Valsalva 210; Verrier - Jones 215, 216, 251; Vicinskij 122; Vidals 251; Vignal 211; Villemin 211.

Waga 197; Walewski 223, 249, 250; Watternidt 239; Wąsowski 81, 82, 84; Weinberg 199, 211; Weiss 187; Werkenthin 239, 240; Wewiorowski 234, 236; Węgrzynowski 35, 38, 39, 41, 42, 67, 91, 111, 112, 147, 156, 198, 242; Wieszaniewski 159, 189; Willems 119, 220; Wilczek 250; Winkler 196; Witkowska 85; Woodhead 216; Wolińska 110; Wolf 197; Woźny 241; Wroczyński 112, 193, 252; Wróblewski 64; Wysocki 43, 147, 149, 185, 186, 206; Wzorek 105.

Young 251.

Zagórska 241; Zeuschner 64; Zieleniewski 220; Zielińska 241; Ziembicki 222; Zier 43, 44, 91, 193, 196, 210, 225; Zimmerman 119; Zórowska 110; Żebrowski 179.

Biocalcol

KLAWE



UWAPNIA USTRÓJ

**W LECZENIU GRUŻLICY I JEJ POWIKŁAŃ
DOSKONAŁE WYNIKI OSIĄGA SIĘ
STOSUJĄC:**

Camphotinin inj. „Dobrzański“ (camphora z chininą w środowisku olejków eterycznych) w amp. po 1 i 3 ccm. — Zastrzyki niebolesne.

5% i 10% **Calcium gluconicum** inj. „Dobrzański“ w ampułkach po 5 i 10 ccm.

1% **Congo rubrum** inj. „Dobrzański“ w ampułkach po 10 ccm. (krwotoki płucne).

20% **Natr. benzoic.** inj. „Dobrzański“ w amp. po 10 ccm. do zastrzyków dożylnych (gruźlicze abscesy płuc).

ZAKŁADY CHEM. FARMACEUTYCZNE



W. DOBRZAŃSKI i Ska

LWÓW, UL. FRIEDRICHÓW 5.

Lecznica w Hołosku

koło Lwowa

Lwowskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą

Telefon 236-30 o. p. Lwów 23.

Położona wśród lasów szpilkowych, 2½ km od Lwowa
360 m ponad poziom morza.

Dyrektor i Prymariusz :

DR LESŁAW WĘGRZYNOWSKI.

Pięć pawilonów, czterech stałych lekarzy, sześć pielęgniarek,
łóżek 156. — Opłata 11 zł. dziennie (z opieką lekarską), ubogim
udziela się zniżek po uprzednim wniesieniu umotywowanego
podania.

Na żądanie pokoje osobne.

Posiada prawo przyjmowania funkcjonariuszy rządowych, woj-
skowych i kolejowych na podstawie karty skierowania względnie
asygnat. Inwalidów i członków Ubezpieczalni Społecznych
na podstawie asygnat.

Elektryczne oświetlenie, radio, woda bieżąca, centralne
ogrzewanie.

Lecznica posiada dwa oddziały, a to: Oddział chorób wewnętrz-
nych oraz oddział gruźlicy jawnej. Na oddział wewnętrzny
przyjmowani są chorzy na wszelkie choroby wewnętrzne z wy-
jątkiem chorób zakaźnych, w szczególności nie gruźlicze sprawy
płucne, nieżyty oskrzeli, ropnie płuc, astma i tym podobne. Po-
nadto uzdrowieńcy wymagający odżywienia i wzmocnienia.

Na oddział gruźlicy przyjmuje się wszelkie postacie gruźlicy.
Chorych, nie rokujących nadziei wyzdrowienia względnie po-
prawy, nie przyjmuje się. Dzieci poniżej lat 6-ciu tylko w to-
warzystwie osób starszych.