
RUCH PRZECIWGRUŻLICZY

Dr med. HIERONIM REITEROWSKI,

Łódź.

Rola szpitali w walce z gruźlicą.

Organizowanie poradni przeciwgruźliczych stałych lub ruchomych i należyte zaopatrzenie tych poradni w odpowiedni sprzęt i środki materialne nie rozwiązują i nie wyczerpują całokształtu walki z gruźlicą. Poradnie przeciwgruźlicze odpowiednio urządzone są bazą akcji społecznej przeciwgruźliczej, pełnią rolę propagandową, uświadamiają o sposobach uchronienia się od zakażenia i o metodach leczenia, jednakże, przyznać musimy, że lecznicza rola poradni jest niewielka. Poradnie przede wszystkim są „łowcami“ chorych na gruźlicę, przesiewają przez swoje sита znaczną liczbę podejrzanych o gruźlicę, zanim wyłowią tych, którzy wymagają natychmiastowego i długotrwałego leczenia. Niekiedy dopiero masowe badanie i prześwietlanie całych grup ludności umożliwi nam wyszukanie chorych, którzy nie podejrzewali u siebie obecności gruźlicy. Po ustaleniu rozpoznania przed poradnią staje zagadnienie, co zrobić z chorym i gdzie go skierować, celem rozpoczęcia racjonalnego leczenia. Leczenie ambulatoryjne, stosowanie różnorodnych zastrzykiwań i innych środków farmaceutycznych, próby zakładania odmy po raz pierwszy, lub stosowanie innych zabiegów w poradniach nie daje dobrych wyników, gdyż specyfików nie posiadamy, a leczenie zapadowe należy rozpoczynać w zakładach leczniczych.

Może zbyt długo zatrzymuję się nad rolą poradni, lecz, niestety, zbyt często widzimy, że organizacje samorządowe, lub społeczne ograniczają swoje wysiłki do utworzenia sieci poradni. Dzięki temu otrzymujemy duże liczby zarejestrowanych chorych, liczne wywiady w domu chorego i imponujące niekiedy wykresy statystyczne, lecz rezultaty tej akcji nie są tak znowu bardzo owocne, gdyż poradniom brakuje następnego ważnego ogniwa t. j. szpitali specjalistycznych, oddziałów szpitalnych dla chorych na gruźlicę płuc i sanatoriów, które właściwie różnią się od szpitali lepszymi warunkami klimatycznymi.

Umożliwienie poradniom kierowania chorych do szpitali i racjonalne leczenie tych chorych usprawni połowiczną dotychczas akcję przeciwgruźliczą.

Rozwojowi poradni przeciwgruźliczych i rozbudowie zakładów leczniczych powinniśmy poświęcać jednakową uwagę. Nie możemy tolerować, ani przerostów, ani braków w jednej lub drugiej dziedzinie. O co raz szerszem zrozumieniu wagi szpitali gruźliczych świadczą słowa dr Konrada Orze-

chowskiego, który pisze, że rozpoznanie ścisłe, leczenie i zapobieganie gruźlicy powinno się oprzeć na jednostce klinicznej zdolnej do wszechstronnego ujęcia zagadnienia nie tylko pod względem leczniczym, ale również dydaktycznym i społecznym. Z poglądów dra Orzechowskiego i moich zbliżonych do niego wypływa pierwszy wniosek o roli szpitali przeciwgruźliczych. Szpital przeciwgruźliczy powinien uzgadniać i nadawać jednolity kierunek w walce z gruźlicą. W hierarchii oddziałów walczących z gruźlicą szpital powinien stać najwyżej, kierownik szpitala gruźliczego lub oddziału gruźliczego w ogólnym szpitalu powinien być jednocześnie referentem i rzeczoznawcą do spraw związanych z akcją przeciwgruźliczą. Ażeby spełnić swoją rolę doradcy lub kierownika akcji przeciwgruźliczej lekarz szpitalny powinien mieć nie tylko dostateczne wykszolenie kliniczne w zakresie swojej specjalności, lecz również posiadać dostateczny staż w poradniach przeciwgruźliczych.

Po omówieniu tej sprawy należy ustalić kogo poradnie przeciwgruźlicze powinny kierować do szpitali, aby w sposób jak najbardziej celowy wykorzystać ograniczoną liczbę łóżek szpitalnych. Obserwując chorych kierowanych do szpitali, stwierdzamy, że przeważnie są to chorzy znajdujący się w stanie bardzo ciężkim niekiedy, w przededniu zgonu. Zastanawiające jest po co lekarze kwalifikują tych chorych do szpitali. Przypuszczam, że wpływa na takie postępowanie przeświadczenie, że najbardziej niebezpiecznym dla otoczenia jest chory obłożny i, że celem ochrony otoczenia od zakażenia gruźlicą należy go izolować w szpitalu. Mam wrażenie, że pogląd ten nie jest całkowicie uzasadnionym, gdyż nie mamy żadnych dowodów, jakoby otoczenie zarażało się przedewszystkiem od obłożnie chorego. Styczność z rodziną, gdy chory pracuje, bierze czynny udział w życiu rodzinnym i społecznym, gdy razem śpi, je i bawi się z dziećmi, daje tyle możliwości zakażenia, że stan obłożny, ani nie pogorszy, ani nie poprawi tragicznej sytuacji współżycia rodziny z chorym. Więcej niebezpiecznym dla otoczenia bliższego i całego społeczeństwa w życiu codziennym, w lokalu publicznym, w miejscu swej pracy, zabawy, parkach, miejscowościach letniskowych, klimatycznych — jest chory ambulatoryjny.

Chorzy nie rokujący żadnej poprawy, ze względu na częsty brak opieki w domu, nadają się jedynie do umieszczenia w izolatoriach dla nieuleczalnych chorych. Możliwe, że izolatoria dla beznadziejnych suchotników będą mieć opinię domów przedpogrzebowych, lecz musimy się liczyć z psychiką tych chorych leczonych w szpitalach, którzy rokują poprawę i poddają się różnym zabiegom, aby odzyskać swe zdrowie. Z doświadczenia szpitalnego i sanatoryjnego wiemy, jaka depresja panuje wśród chorych po każdym przypadku zgonu i jak trudno potem wytworzyć atmosferę optymizmu i wiary w stosowane leczenie. Stąd wniosek, że do szpitala dla cho-

rych na gruźlicę płuc powinniśmy kierować przede wszystkim chorych rokujących poprawę. Następnie winniśmy kwalifikować chorych w celach obserwacyjnych, dla ustalenia rozpoznania i metod leczenia. Dotyczy to zwłaszcza gruźlicy obustronnej, gdy musimy zdecydować, czy należy zastosować odmě obustronną czy też kombinowane leczenie t. j. odmě z jednej strony, a wyrwanie lub czasowe wyłączenie nerwu przeponowego po stronie przeciwległej. Ustalenie wskazań do torakoplastyki i innych zabiegów należy również do obowiązków szpitala.

Chorzy zakwalifikowani do sanatorium i wymagający niezwłocznego leczenia zapadowego powinni być umieszczani w szpitalu celem dokonania zabiegów, aby nie tracić cennego nieraz czasu i uniknąć szkodliwej zwłoki w leczeniu. Powikłania podmowe, wysięki, przewlekłe krwiopłucia, okresowe obostrzenie choroby również nadają się do leczenia szpitalnego.

Szpitala lub oddziały powinny posiadać szereg sal mniejszych od 4 łóżek, aby móc swobodnie segregować chorych w zależności od stanu choroby.

Umieszczenie na jednej dużej sali chorych odpowiednich do zabiegów i rokujących poprawę razem z bardzo ciężkimi chorymi nie jest pożądane.

Często chorzy silniejsi, rokujący poprawę, wypisują się ze szpitala, rezygnują z leczenia, ulegają depresji, gdy widzą około siebie dogorywających chorych.

Zasada powyższa jest ściśle przestrzegana w szpitalu miejskim Św. Teresy dla chorych na gruźlicę płuc, ale spostrzegliśmy, że nawet zgony, na salach przeznaczonych dla ciężko chorych, źle wpływają na znajdujących się na salach dla lżej chorych.

Statystyka, jaką rozporządzamy, przemawia raczej za przypuszczeniem, że znaczna część chorych w szpitalach województwa łódzkiego nie nadawała się do leczenia szpitalnego, gdyż na 557 chorych na gruźlicę płuc leczonych w 1937/8 roku w szpitalach powszechnych zmarło 117 t. j. 20,1%, do liczby tej należałoby dodać spory odsetek zgonów tych chorych, którzy zostali zabrani przez rodziny do domu, wobec obawy, że lada dzień mogą umrzeć w szpitalu. Odsetek zgonów wzrósłby napewno do trzydziestu lub więcej. Przeciętnie chory na gruźlicę płuc leczyl się w szpitalu 27,8 dni.

U chorych kierowanych do szpitala powinniśmy stosować wszystkie zabiegi wchodzące w zakres chirurgii chorób płucnych: odmy wszelkich rodzajów, wyrwanie nerwu przeponowego, okresowe wyłączenie nerwu przeponowego, odmě otrzewną, znieczulanie nerwów międzybrowowych, przepalanie zrostów, usuwanie wysięków podmowych t. j. wszystkie zabiegi wchodzące w zakres małej chirurgii płucnej. Sprawa torakoplastyki i odmy pozaopłucnej jest więcej skomplikowana i wymaga omówienia. Urządzenie wzorowej sali ope-

racyjnej dla dużych zabiegów chirurgicznych znacznie podnosi kosztta urządzenia szpitala i wobec małej liczby chorych, którzy zgadzają się na ciężkie zabiegi, nie amortyzuje się należycie.

Interniści ftizjologdy nie posiadają należytego przygotowania chirurgicznego, nie tylko do wykonywania torakoplastyk, lecz również do zabiegów na nerwie przeponowym, dlatego lepiej jest przekazywać chorego do ciężkich zabiegów na oddziały chirurgiczne w ręce chirurga, który łączy w sobie opanowanie techniki operacyjnej i znajomość dostateczną ftizjologii. Najlepiej by było, gdybyśmy dążyli do zorganizowania szpitali klimatycznych w Otwocku i Zakopanem. W obecnym stanie organizacyjnym szpitale gruźlicze i oddziały gruźlicze winny się ograniczyć do małej chirurgii płucnej.

Uwzględniając powyższe poglądy, łódzki szpital miejski Św. Teresy jest zorganizowany w następujący sposób: Szpital posiada dwa oddziały: 50 łóżek przeznaczono dla chorych zabiegowych, a 50 dla przewlekłych nieuleczalnych, nadających się raczej do izolatorium, niż do szpitala

Posiadamy aparat rentgenowski, cieninię rentgenowsk., laboratorium bakteriologiczne, gabinet laryngologiczny, gabinet zabiegowy, zaopatrzone w instrumenty niezbędne do wykonywania małych zabiegów, posiadamy również aparat Witta do wyjaławiania spluwaczek. Obok budynku znajduje się ogród cienisty, gdzie chorzy leżakują latem. Koszt utrzymania szpitala rocznie około 200.000 zł. Pobieramy zł 4.25 dziennie od chorego przydzielonego. Posiadamy konsultantów: laryngologa, rentgenologa, chirurga i kierownika laboratorium. Do wyrwania nerwu przeponowego i torakoplastyki, po ustaleniu wskazań do zabiegów, kierujemy chorych na oddział chirurgiczny w Szpitalu Św. Józefa. Szpital jest zradiofonizowany na słuchawki. Po skoordynowaniu akcji przeciwgruźliczej poradnianej z Ubezpieczalnią Społeczną zorganizowaliśmy szpital, a obecnie przystępujemy do budowy współczesnego sanatorium.

Rola szpitala gruźliczego nie może ograniczać się jedynie do leczenia chorych. Szpital i sanatorium traktować również należy jako zakłady wychowawcze dla chorych. Pobyt w szpitalu i sanatorium jest zbyt krótki, żeby chory całkowicie odzyskał zdrowie, lecz zasady zachowania się higienicznego, jakie mu wpaja szpital, przyzwyczajenie do korzystania ze spluwaczek, z naczyń osobnych do jedzenia, do spania przy oknach otwartych, to są sprawy ważne w codziennym życiu chorego po wyjściu ze szpitala.

Szpital powinien również popularyzować metody zapadowe w chorobach płucnych, gdyż jak dotychczas, przeważnie nie wychodzimy poza obręb odmy i wyrwania nerwu przeponowego. Nie mniej ważną rolę spełniać winien szpital, lub oddział gruźliczy w szkoleniu studentów i lekarzy.

W szpitalu ogólnym gruźlica przeważnie jest traktowana jako malum necessarium. Chorzy na gruźlicę płuc zaliczani są do grupy chorych nieciekawych. Współcześnie zorganizowany szpital gruźliczy mógłby przekonać młodych lekarzy, że nie zawsze jesteśmy bezradni i, że w odpowiednio dobranych przypadkach możemy się poszczycić niejednym dodatnim wynikiem. Ftizjologia dotychczas nie jest popularną. Często trudno nam jest znaleźć wyszkolonego lekarza Polaka. Akcja przeciwgruźlicza rozwija się co raz to szerzej i zbyt mało mamy lekarzy przygotowanych do tej akcji. Szpitale i sanatoria powinny przełamać tę niechęć wśród lekarzy i wyszkolić liczną rzeszę ftizjologów. Nie będę uzasadniać, że do obowiązków szpitali gruźliczych i oddziałów należy praca naukowa. Polska, jako kraj z najwyższą śmiertelnością z powodu gruźlicy, powinna zająć pierwsze miejsce w nauce o gruźlicy. Włochy, chcąc zwalczyć gruźlicę, nie mniejszą przed laty niż u nas, utworzyły przedewszystkim instytut naukowy przeciwgruźliczy, imienia Forlaniniego. Obecnie ftizjologia włoska zajęła jedno z pierwszych miejsc w świecie naukowym. U nas od szeregu lat mówi się o instytucie przeciwgruźliczym w Zakopanem i Warszawie w szpitalu na Woli, lecz zdaje się, że do realizacji tych planów jest jeszcze daleko, a z miast tylko Poznań, Lwów, Wilno, Warszawa i Łódź posiadają specjalistyczne szpitale gruźlicze.

Rozwój szpitali i oddziałów gruźliczych, dobra organizacja tych szpitali pozwoli nam zwiększyć nasz dorobek naukowy w dziedzinie, gdzie tyle spraw jest jeszcze niejasnych i wątpliwych.

Liczba łóżek dla chorych na gruźlicę płuc w Łodzi i województwie łódzkim jest niedostateczna. W Łodzi na 2993 łóżek szpitalnych mamy 185 łóżek przeznaczonych dla chorych na gruźlicę płuc, czyli, że jedno łóżko wypada na 222 mieszkańców, a jedno łóżko dla chorego na gruźlicę płuc na 3596 mieszkańców, oprócz tego w regionie łódzkim mamy 395 łóżek sanatoryjnych, a mianowicie: w prewentorium miejskim dla dzieci gruźliczych w Łągiewnikach 100 łóżek, w miejskim sanatorium dla piersiowo chorych dzieci w Łągiewnikach 50 łóżek, w publicznym sanatorium miejskim dla dorosłych w Chojnach 85 łóżek, w sanatorium Ubezpieczalni Społecznej w Tuszyńku 160 łóżek razem 395, czyli razem z łózkami w szpitalach 580 łóżek. Warszawa dysponuje 1250 łózkami w szpitalach i sanatoriach.

W projekcie budowa sanatorium miejskiego i prewentorium w Skotnikach pod Łodzią na 325 łóżek i rozbudowa sanatorium Ubezpieczalni Społecznej w Tuszyńku do 400 łóżek dla okręgu łódzkiego i warszawskiego

W województwie łódzkim w szpitalach powiatowych mamy załedwie 46 łóżek etatowych przeznaczonych dla chorych gruźliczych. W ciągu roku 1937/38 przebywało w tych szpitalach 557 chorych, zmarło 112, czyli 20,1%. Dni szpital-

nych 15495, koszt dziennie od 4 zł do 5 zł. Brak łóżek dla chorych na gruźlicę płuc w powiatach jest zbyt wyraźny, aby szerzej o tem mówić. Nie zajmę się nawet teoretycznym wyliczeniem ileśmy powinni posiadać łóżek w powiatach, gdyż nie doprowadziłoby to do jakichkolwiek rezultatów. Teoretycznie powinniśmy mieć tyle łóżek ile skonów na gruźlicę płuc w ciągu roku, na przykład dla Łodzi 1190 łóżek. Ograniczmy się do programu minimalnego i dążmy w obecnym okresie do zorganizowania przy szpitalach w powiatach oddziałów na 20—30 łóżek, po jednym oddziale na 3—4 powiaty.

Po przyłączeniu w dniu 1 kwietnia 1939 roku do województwa łódzkiego 6-ciu powiatów, województwo nasze składać się będzie z 114 powiatów, dążmy więc do zorganizowania przynajmniej 4-ch oddziałów szpitalnych po 30 łóżek, a następnie, w miarę rozwoju ogólnych szpitali, należy powiększać sieć oddziałów szpitalnych dla chorych na gruźlicę płuc.

Wnioski :

- 1) Jednocześnie z rozwojem akcji poradni przeciwgruźliczych powinniśmy organizować szpitale i oddziały gruźlicze.
- 2) Szpital, lub oddział gruźliczy powinniśmy zorganizować w taki sposób, aby spełniał swoją rolę zakładu leczniczego, kształcił medyków i lekarzy i pracował naukowo.
- 3) W województwie łódzkim należy zorganizować w ciągu najbliższych kilku lat 100—150 łóżek dla chorych na gruźlicę płuc.
- 4) Stale należy domagać się od czynników państwowych i Sejmu ustawy przeciwgruźliczej i środków na zrealizowanie racjonalnego planu walki z gruźlicą.

Walka z gruźlicą w szkołach.

Instrukcja dla lekarzy szkolnych opracowana przez Dra St. Popowskiego.

(Podana przez Polski Zw. Przeciwgruźliczy).

W walce z gruźlicą w szkołach musimy opierać się na przesłankach przyjętych jako podstawy współczesnej akcji przeciwgruźliczej.

Wśród czynników niewątpliwie odgrywających rolę w rozwoju gruźlicy płuc po przebytem już raz zakażeniu gruźliczem, czynnikiem uchwytnym są dodatkowe zakażenia (superinfectio). Stała styczność z osobnikiem wykrztuszającym prątki, szczególnie w okresie dojrzewania płciowego, a zwłaszcza w wieku od lat 10—20, zwiększa ogromnie zachorowalność na gruźlicę.

Wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc nie tylko zapobiega

grozie ponownych dodatkowych zakażeń innych dzieci w szkole, lecz również jest często czynnikiem decydującym o losach chorego, gdyż tylko wczesne leczenie może zapewnić opamiętanie sprawy chorobowej.

Dzieci chore na gruźlicę płuc, niebezpieczną dla otoczenia, nie mogą uczęszczać do szkoły wraz z innymi dziećmi do chwili, gdy lekarz z całą pewnością wypowie się, że obcowanie z takimi dziećmi nie zagraża już zdrowiu innych. Są to głównie postaci gruźlicy dorosłych (phtisis), napotykanne w szkołach przeważnie przed okresem dojrzewania płciowego i w latach następnych.

Styczność z chorym na gruźlicę zaraźliwą, bardzo często pozornie nie pociąga za sobą natychmiastowych skutków. Ujawniają się one niekiedy w klinicznie uchwytniej postaci gruźlicy płuc dopiero po latach zakończonej styczności. Fakt ten zmusza nas do roztoczenia opieki nad tą kategorią dzieci w przeciągu szeregu lat następnych.

Przebycie cierpienia natury gruźliczej, jak np. wysiękowego zapalenia opłucnej, nacieczenia okołogniskowego, wysiewów w płucach, zmuszają nas do ostrożnego traktowania takich chorych w przeciągu szeregu lat. Wymagają oni wieloletniej obserwacji (niemniej niż 4—5 lat), mającej na celu wczesne rozpoznanie nawrotu sprawy gruźliczej. Szczególnie zasługują tu na uwagę gruźlicze wysiewy w płucach, które dają niekiedy okresy pozornego zdrowia w przeciągu paru lat, aby potem dać początek złośliwie przebiegającej gruźlicy płuc.

Rozpoznanie gruźlicy płuc może dostarczyć badanie rentgenowskie połączone z badaniem fizykalnym, lecz istotnym potwierdzeniem gruźlicy płuc zawsze powinno być stwierdzenie prątków w płwocinie.

Z przytoczonych głównych przesłanek wynika konieczność roztoczenia stałej opieki nad dzieckiem chorem na gruźlicę oraz nad dzieckiem nią zagrożonym. Da się to osiągnąć tylko przy ścisłej współpracy lekarza szkolnego z lekarzem poradni przeciwgruźliczej. Lekarz szkolny nie posiadając możliwości badania rentgenowskiego, a często nawet dokonania prób tuberkulinowych, nie może niekiedy z całą stanowczością rozstrzygnąć, czy dziecko nie jest już chore na gruźlicę płuc.

O ile w szkołach liczba dzieci istotnie chorych na gruźlicę jest może względnie mała, to liczba dzieci narażonych w domu na stałe zakażenie dodatkowe — jest stanowczo bardzo duża. Lekarz szkolny nie jest w stanie poddać badaniu licznej rzeszy dorosłych obcujących z dziećmi szkolnymi, a zatem także wynaleźć wśród dzieci szkolnych kandydatów do gruźlicy płuc. Natomiast poradnie przeciwgruźlicze, opiekując się nie tylko dziećmi, lecz również i chorymi dorosłymi, mają w swojej ewidencji dużo dzieci w wieku szkolnym z rozpoznaniem „styczność“. Jest to drugi dowód konieczności współpracy lekarza szkolnego z lekarzem poradni przeciwgruźliczej.

Bardzo dużą rolę w walce z gruźlicą odgrywa również stwierdzenie chwili pierwotnego zakażenia gruźliczego. Nietety, zakażenie to, dając w pewnych przypadkach wyraźny zespół chorobowy, nieraz przebiega w ukryciu. W tych przypadkach określenie, kiedy dziecko zostało zakażone gruźlicą, da się wykazać dopiero przez systematyczne dokonywane odczyny tuberkulinowe, przynajmniej, raz do roku. Ma to duże znaczenie w walce z gruźlicą. Jak bowiem wykazują spostrzeżenia dokonane na dużym materiale, groźne postacie gruźlicy, jak: gruźlicze zapalenie opon mózgowych i prosówkowe postacie gruźlicy, występują przeważnie w okresie 2—3 lat od chwili pierwotnego zakażenia.

Należy dążyć do roztoczenia opieki nad dziećmi po przebytem świeżo zakażeniu gruźliczem, to zaś da się przeprowadzić także — tylko przy ścisłej współpracy lekarza szkolnego z lekarzem poradni przeciwgruźliczej. Każda poradnia przeciwgruźlicza ma w swojej ewidencji dzieci, u których może z dużą ścisłością podać czas, w którym wystąpiło pierwotne zakażenie gruźlicą.

Gruźlica w wieku dziecięcym często, szczególnie zaś u dzieci narażonych na obcowanie z osobnikiem chorym na gruźlicę zaraźliwą, powoduje wyraźne zmiany w mięszu płucnym w postaci t. zw. nacieków okołogniskowych. Te postacie nie mają swego odpowiednika klinicznego, lecz często dają się wykryć wyłącznie badaniem rentgenowskim.

Stwierdzenie tych objawów ze strony mięszu płucnego jest dowodem, że sprawa gruźlicza tocząca się w ustroju znajduje się jeszcze w stanie czynnym i że nie są wyłączone nawroty choroby w najbliższej przyszłości i to w postaci groźniejszej. Płwocina tych chorych zawiera prątki gruźlicy, wykrywane u dzieci przy dokładnem badaniu wypluczyn z żołądka; usunięcie takich chorych ze środowiska dzieci zdrowych jest również konieczne. Wykrycie ich umożliwi współpraca lekarza szkolnego z poradnią.

W poradni przeciwgruźliczej przyjęto następujące rozpoznania:

- 1) Gruźlica płuc (postać zaraźliwa, postać niezaraźliwa).
- 2) Gruźlica gruczołów okołoskrzelowych.
- 3) Gruźlica innych narządów (postać zaraźliwa, postać niezaraźliwa).
- 4) Styczność (aktualna).
- 5) Obserwacja.

Przez pojęcie „gruźlica płuc zaraźliwa” rozumie się w poradni przeciwgruźliczej gruźlicę ze skłonnością do serowacenia. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dodatnim wynikiem badania płwociny co do prątków gruźlicy.

Rozpoznanie „gruźlica płuc niezaraźliwa” używać należy tyl ko w tych przypadkach, gdy zmiany, stwierdzone w mięszu płucnym, są niewątpliwie pochodzenia gruźliczego, a w płwocinie nie stwierdza się, pomimo skrupu-

latnych badań, prątków gruźlicy. Omawiane rozpoznanie jest w ogóle zawsze rozpoznaniem wątpliwem i wymaga stałego systematycznego badania płwociny.

„Gruźlica gruczołów okołoskrzelowych“ jest to rozpoznanie, którym tak chętnie szafują lekarze, bez żadnych ku temu podstaw. Odosobnione cierpienie tych gruczołów w wieku szkolnym bywa bardzo rzadkie. Przy istotnej czynnej sprawie, toczącej się w nich, zazwyczaj udaje się stwierdzić przy systematycznym badaniu chorych albo świeże wysiewy w mięszu płucnym, albo nacieki okołogniskowe. Przyczyną tych nacieków są ogniska gruźlicze bądź w mięszu płucnym, bądź w gruczołach oskrzelowo-wnękowych. Te zespoły chorobowe w poradniach przeciwgruźliczych zalicza się do gruźlicy gruczołów oskrzelowo-wnękowych. Określenie „gruźlica płuc“ należy pozostawić wyłącznie dla zmian gruźliczych w mięszu płucnym ze skłonnością do serowacenia.

„Gruźlica innych narządów“. Do tej kategorii zalicza się chorych ze zmianami gruźliczymi stawów, kości, gruczołów obwodowych, skóry, narządów wzroku itp.; rzadko napotykanne przypadki gruźlicy jelit bez równoczesnej gruźlicy płuc, a także przypadki gruźlicy nerek, gruczołów krezkowych itd. zalicza się również do tej kategorii. Te postacie nie odgrywają większej roli w epidemiologii gruźlicy, jako źródła zakażenia. Prawo kwalifikowania przypadku do grupy gruźlicy zaraźliwej lub niezaraźliwej pozostawia się lekarzowi.

„Styczność“. Rozpoznanie „styczność“ używa poradnia w tych przypadkach, gdy badanie kliniczne nie wykrywa czynnej sprawy gruźliczej u badanego, lecz gdy zostaje stwierdzone, że chory znajduje się w stałej styczności przede wszystkim mieszkaniowej z osobnikiem chorym na zaraźliwą postać gruźlicy.

„Obserwacja“. Tego miana używa się w poradni przeciwgruźliczej w stosunku do osób, które poprzednio obcowały z osobnikiem chorym na zaraźliwą gruźlicę, lecz obecnie styczność z tego lub innego powodu została przerwana. Również do tej kategorii zalicza się tych, u których w chwili obecnej nie stwierdza się wyraźnych objawów czynnej sprawy gruźliczej, lecz przebyte poprzednio cierpienia natury gruźliczej zmuszają lekarza do czujności z powodu możliwości wystąpienia nowego rzutu chorobowego.

Lekarz szkolny powinien zapoznać się z tem kwalifikowaniem chorych w poradni przeciwgruźliczej, aby mieć wspólny język z lekarzem poradni.

W Warszawie obowiązuje meldowanie lekarzowi szkolnemu przez poradnie wszystkich przypadków gruźlicy „czynnej“, jak również przypadków zaliczonych do grupy „styczność“ oraz „obserwacji“.

Meldunki przesyła się na kartkach tekturowych. Przechowywanie przez lekarza szkolnego, tworzą one kartotekę

szkolną dzieci chorych na gruźlicę i dzieci wymagających stałej kontroli ze strony lekarza szkolnego i poradni.

W Z Ó R K A R T Y.
(Strona pierwsza karty)

PORADNIA PRZECIWGRUŻLICZA donosi, że uczeń(nica) szkoły powszechnej (przedszkola) Nr. . . . Oddział urodz. w roku zamieszk. Nr. poradni podlega opiece z powodu .	
--	--

Badanie rentgenol. dn. (Schemat klatki piersiowej)	Uwagi lekarza poradni <hr/> Dn. Lekarz Poradni
---	--

(Strona druga karty)

Poradnia zawiadamia, że <hr/> Dn.	Uwagi lekarza szkolnego:
--------------------------------------	--------------------------

Dalsze zmiany w stanie zdrowia oraz inne uwagi nadsyłane przez poradnię wpisuje lekarz lub higienistka; w ten sposób powstaje całość obrazu.

Taka współpraca ułatwia lekarzowi szkolnemu usunięcie ze szkoły chorych na postacie gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia, nadto udzielanie wskazówek rodzicom, wybór kandydatów na kolonie letnie, półkolonie itp.

Da się ją wprowadzić w życie tam, gdzie opieka nad dzieckiem szkolnym nie jest tylko czczym słowem. Wymaga ona oczywiście zrozumienia przez lekarza szkolnego i przez lekarza poradni celowości współpracy, a także dobrej woli z jednej i drugiej strony.

Dr med. D. ZIER

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

Rola poradni w walce z gruźlicą.

(Dokończenie)

Na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwgruźliczym odbytym w r. 1934 w Warszawie większość przedstawicieli szeregu krajów opowiedziało się za stosowaniem leczenia w poradniach. W odpowiedzi na ankietę Bernarda wystosowaną do 43 krajów będących członkami Międzynarodowej Unii Przeciwgruźliczej odpowiedziało 35 państw.

W 21 krajach poradnie mogą wykonywać zabiegi lecznicze, w 19 krajach odma jest stosowana w poradniach. Naogół 20 krajów wypowiedziało się za lecnictwem w poradniach, 3 państwa były przeciwnie. Wśród państw, które opowiedziały się za stosowaniem leczenia w poradniach jest i Polska. W r. 1933 Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego przyjęło wniosek Martyszewskiego o konieczności tworzenia stacji odmowych. Na każdym 100—200.000 mieszkańców powinny powstawać stacje odmowe, które pracowałyby niezależnie od poradni tak, iż nie każda poradnia musiałaby dopełniać odmě (Martyszewski). Rozwój poradni w kierunku stacji odmowych jest wedle Martyszewskiego najtańszą i najlepszą drogą do zwalczania gruźlicy jako choroby społecznej. Poradnia jest właśnie tą jedyną instytucją społeczną, której zadaniem jest dopełnianie odmy, koniecznym jest jednak wyposażenie każdej poradni w aparat roentgenowski, bez którego poradnia nie może spełniać swego pełnego zadania (Bloch). Poradnia, zwłaszcza w Polsce, ze względu na specyficzne warunki, trudności odesłania ludności wiejskiej do szpitala, musi nie tylko dopełniać odmě, ale nawet — i założyć o ile leczenie zakładowe jest niemożliwe (Niemczyk).

W tym celu, wedle Niemczyka, każda poradnia powinna mieć oddzielny pokój oraz odpowiednio wyszkoloną pielęgniarkę. Naogół jednak za zakładaniem odmy ambulatoryjnie w poradniach wypowiada się jedynie nieznaczna część ftizjologów. Zabieg odmě sztuczną wymaga zachowania należytych środków ostrożności i stosowanie go po raz pierwszy ambulatoryjnie jest dość ryzykownem i słusznie podnosi Bernard możliwy jest jedynie wtedy, jeżeli choremu zapewnione są możliwości spoczynku i leczenia w domu. Węgrzynowski, który uważa, że poradnie obok pracy profilaktycznej, powinny zajmować się i leczeniem, opowiada się jednak bezwzględnie przeciwambulatoryjnemu zakładaniu odmy w poradni, uważając to za błąd w sztuce, — jest natomiast zwolennikiem dopełniania odmy w poradniach. W Polsce leczenie odmě sztuczną stosuje z każdym rokiem większa liczba poradni:

w r. 1929	47	(z 290)
w r. 1931	80	(z 351)
w r. 1932	123	(z 352)
w r. 1933	116	(z 341)
w r. 1934	139	(z 351),

z tego 35 poradni korzystało z własnych aparatów odmowych, 54 poradni skierowywało w tym celu swych pacjentów do innych instytucji. Liczba więc poradni stosujących odnę wzrasta stale, ale również i ilość zabiegów znacznie się zwiększa (Sielicki).

Sprawa więc leczenia odną sztuczną w poradniach musi być zwłaszcza w Polsce pozytywnie rozstrzygnięta. — Ludności wiejskiej przez rozbudowę poradni przeciwgruźliczych może być zapewniona pomoc lecznicza, która z powodu braku łóżek w szpitalach i sanatoriach oraz trudności komunikacyjnych jest dotąd stale dla ludności wiejskiej trudnym do rozwiązania problemem. Wobec znacznej ilości chorych nadających się do leczenia odną ilość łóżek szpitalnych i sanatoryjnych w żadnym kraju nie jest wystarczająca. Leczenie zaś odną prowadzić trzeba szereg lat, wtedy jeszcze gdy chory powróci do życia społecznego i zawodu. Z tych względów poradnie przy zachowaniu pewnych kryteriów przy stosowaniu odmy powinny na szeroką skalę zajmować się dopełnieniem odmy. Pacjenci z wysoką gorączką z zaburzeniami ze strony aparatu krwionośnego nie powinni być ambulatoryjnie przyjmowani. W poradni musi pracować odpowiednio wyszkolony lekarz obeznany doskonale z techniką i sposobem prowadzenia leczenia odmowego. Kierując się doniosłością stosowania odmy sztucznej w społecznej walce z gruźlicą Polski Związek Przeciwgruźliczy od szeregu lat urządza rok rocznie kursa odmy sztucznej, szkoląc w ten sposób lekarzy.

Jeżeli chodzi o inne metody leczenia w poradni to w niektórych stosuje się ambulatoryjnie leczenie tuberkuliną i preparatami złota. Naogół jednak ta metoda leczenia nie przyjęła się i wielu ftizjologów jest przeciwnych stosowaniu zastrzyków tuberkuliną i preparatów złota w poradniach przeciwgruźliczych.

IX.

Poradnia, jako ośrodek propagandy.

Dużą rolę w pracy poradni przeciwgruźliczej odgrywać musi działalność uświadamiająca i propagandowa.

Pouczenie chorego i jego rodziny o sposobie zakażenia się i zapobiegania, uświadamianie szerokich rzesz społeczeństwa o istocie gruźlicy — i szerzenie zasad higieny — oto są zadania, które w pracy poradni powinny zająć poczytne miejsce.

Pierwsze zasady higieny i wskazówki udziela lekarz poradni, dalsze szerzenie wiedzy o gruźlicy i opieka należą do

pielęgniarki. Ta czynność pielęgniarki w domu, w miejscu pobytu chorego nie ogranicza się jedynie do samego pacjenta, ale również obejmuje opiekę nad rodziną i otoczeniem. Opieka poradniana w domu, natrafia — jak to z własnych obserwacji kilkakrotnie mogliśmy stwierdzić — wśród ludności sfer uboższych na szereg trudności. Wiele o tem można dowiedzieć się ze sprawozdań pielęgniarek poradnianych.

Zwłaszcza, ludność wiejska nie tylko w kraju, ale i zagranicą odnosi się z początku do pracy i odwiedzin domowych pielęgniarki nieufnie, a nawet czasami wrogo. O zagadnieniach higieny i zdrowotnych nieuświadomiona ludność, zostaje przez poradnię, które wkracza przez swą pielęgniarkę do domów pouczana i szkolona w ogólnej higienie gruźlicy. Poradnia przez swoje pielęgniarki poucza jak urządzić mieszkania, dostarcza czasem potrzebnych środków na higienę życia codziennego (mydło, bielizna, śpluwaczki itd.). Charakterystyczną cechą dla działalności poradni przeciwgruźliczej w Holandii jest udzielanie ubogim chorym pomocy materialnej w postaci mieszkania, łóżek lub pościeli; leczeniem natomiast poradnie tam się nie zajmują.

Poradnia, jak słusznie podkreśla Küss, już przez samą swą działalność ma wielkie znaczenie propagandowe. Rozdawnictwo broszur i ulotek o gruźlicy, odczyty wygłaszane w świetlicach, a zwłaszcza w szkołach wśród młodzieży mają wielkie znaczenie i ta współpraca poradni ze szkołą odgrywa w roli propagandowej doniosłą rolę. Wiadomem jest, że przez propagandę u młodzieży w szkołach można wiele potem zdziałać dla higieny w rodzinie. Ważną jest też w pewnych okresach czasu stale przeprowadzana propaganda zapomocą artykułów w prasie codziennej i periodycznej. Doniosłą rolę w uświadamianiu i pouczaniu szerszych warstw ludności o gruźlicy odegrać może też radio, którego rola nie jest dostatecznie wyzyskiwana. W Polsce w r. 1934 — 159 poradni zapomocą ulotek i broszur prowadziło działalność uświadamiającą.

Poza tem poradnie przeciwgruźlicze przez nawiązanie kontaktu z ludnością dawać muszą inicjatywę do zainteresowania miejscowych kół w okręgu, w którym pracują dla poparcia i rozszerzania swej pracy i akcji propagandowej przez stwarzanie komitetów z łona samego społeczeństwa. W ten sposób poradnia, stając się ośrodkiem ruchu przeciwgruźliczego może zainteresować dla skutecznej walki społeczną chorobę gruźlicą szerokie warstwy społeczeństwa, spełniając tem swe cele i zadania jakie jej w akcji zwalczania gruźlicy zostały wyznaczone.

X.

Stan poradnictwa przeciwgruźliczego w Polsce.

Przedstawiając stan poradni przeciwgruźliczych w Polsce podajemy dane statystyczne, które ilustrują jak się wzrost poradni przeciwgruźliczych w Polsce odbywał.

Zaznaczyć jednak należy, że nie wszystkie poradnie w Polsce, które są określone jako „poradnie przeciwgruźlicze“ odpowiadają temu mianu, gdyż nie mają warunków jakie stawiamy nowoczesnej poradni przeciwgruźliczej w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Już z początkiem XX wieku jak poprzednio wspomnieliśmy czynne były na ziemiach polskich pierwsze poradnie przeciwgruźlicze. W niepodległej Polsce zaznacza się stale wzrost tej ważnej komórki, w ogólnym systemie walki z gruźlicą.

Rok:	1920	—	30	poradni
„	1922	—	37	„
„	1925	—	65	„
„	1926	—	122	„
„	1927	—	150	„
„	1928	—	205	„
„	1929	—	290	„
„	1930	—	332	„
„	1931	—	351	„
„	1932	—	352	„
„	1933	—	341	„
„	1934	—	351	„
„	1935	—	380	„

Typ poradni i system jej pracy opracowany i podany przez Polski Związek Przewidujący — opiera się na wzorze poradni francuskiej. Specjalne warunki w Polsce — stworzyły i stwarzają pewne odchylenia w organizacji pracy poradniowej od wskazówek podanych przez Calmetta.

Poradnie przeciwgruźlicze obok pewnego zasadniczego jednolitego schematu swej pracy, powinny stosownie do danego kraju, okręgu, charakteru ludności, nasilenia choroby oraz warunków terenu, w którym poradnia istnieje przystosować swoją działalność — w uwzględnieniu właśnie tych okoliczności lokalnych. Toteż stoimy na stanowisku, że trzymanie się ściśle pewnych obcych wzorów dla pracy poradni w Polsce nie jest możliwe i wymaga stworzenia i rozwoju poradni przeciwgruźliczych, przystosowanych do warunków i zadań, jakie istnieją w Polsce dla walki z gruźlicą.

Nie przeceniając wielkiego znaczenia, jakie posiada dla skutecznej walki z gruźlicą rozbudowa instytucji przeciwgruźliczych jak sanatoriów i szpitali, dążyć musimy w pierwszym rzędzie do dalszej rozbudowy dobrze zorganizowanych i przystosowanych do skutecznego zwalczania gruźlicy poradni przeciwgruźliczych. Fundusze, które są potrzebne do rozbudowy poradni są nie wielkie, a ponieważ obecne warunki w Polsce nie pozwalają na rozbudowę aparatu przeciwgruźliczego — wedle danych systemu edynburskiego — możemy, przez rozbudowę wielkiej sieci poradni przeciwgruźliczych zaopatrujących każdą część kraju — stworzyć pewne odpowiednie podstawy do walki z gruźlicą.

Już w projektowanej ustawie przeciwgruźliczej znajdują się przepisy, które specjalnie uwzględniają sprawę rozbudowy poradni przeciwgruźliczych. Art. 6 ust. 1 projektowanej ustawy brzmi: „Na gminach i powiatowych związkach samorządowych ciąży obowiązek urządzenia i prowadzenia bądź samodzielnie, bądź przy udziale Ubezpieczalni Społecznej lub innych instytucyj społecznych poradni przeciwgruźliczych i t. d.“. Art. 7 ust. 3 przyznaje władzom administracyjnym kontrolę i nadzór nad pracą i rozmieszczeniem poradni — brzmi on następująco: „Wojewódzkie władze administracji ogólnej, a w m. st. Warszawie komisarz Rządu, koordynuje i nadzoruje działalność i rozmieszczenie poradni i utrzymuje jednolity kierunek w walce z gruźlicą“.

Gminy o liczbie mieszkańców powyżej 15.000 są obowiązane do zakładania poradni, gminy liczące mniej aniżeli 15.000 mają się łączyć w gminy zbiorowe, celem zorganizowania poradni. Ustawa więc nakłada na samorządy obowiązek finansowania poradni przeciwgruźliczych.

Konieczną jest tu jednak współpraca i innych instytucyj zainteresowanych w walce z gruźlicą (Ubezpieczalnia Społeczna i t. d.), któreby wspólnie na każdy rok ustalały dokładny plan finansowania poradni w danym terenie. Nie można tej sprawy pomijać, — gdyż w różnych dzielnicach kraju są inne warunki, — i nie każda gmina potrafi się zdobyć na finansowanie i zakładanie takich poradni, których działalność dla skutecznej walki z gruźlicą będzie dostateczną i odpowiednią.

Wedle przynależności najwięcej poradni należy w Polsce do samorządów wiejskich, i tak w r. 1934 — do samorządów wiejskich należało 164 poradni — 46,7%; 97 poradni — 27,6% do Towarzystw Przeciwgruźliczych; 44 poradni — 12,5% do samorządów miejskich; 15 poradni do Ubezpieczalni oraz 20 poradni do innych instytucyj.

Opieka poradniana w Polsce nie jest jednolicie zorganizowana. Jeżeli w niektórych większych miastach ludność dzięki nowocześnie urządzonej i prowadzonej poradniom ma zapewnioną opiekę, to niestety wielkie połacie kraju — a szczególnie wieś — nie posiada prawie żadnej opieki poradnianej, Toteż zorganizowanie walki z gruźlicą na tym terenie, oraz objęcie tej ludności w krąg skutecznej walki z gruźlicą jest najważniejszym zadaniem celowego zwalczania gruźlicy w Polsce. Rozmieszczenie poradni w Polsce wykazuje znaczne różnice, liczby wahają się w granicach od 9 poradni w województwach: poleskim i wileńskim, do 41 w województwie lwowskim.

Stosunkowo najlepiej w poradnie zaopatrzone są województwa południowe (od 55—87 tysięcy mieszkańców na 1 poradnię), na drugim miejscu stoją województwa zachodnie (od 81—99 tysięcy), na trzecim miejscu — województwa centralne (od 62—188 tysięcy) na ostatniem — województwa wschodnie (od 81—149 tysięcy).

Rozmieszczenie i zaopatrzenie kraju w poradnie przeciwgruźlicze — a to tego rodzaju poradnie, które by były tak wyposażone, że praca ich dla walki z gruźlicą była skuteczną, jest niestety niedostateczną. Wielu autorów podkreśla, że rozbudowa poradni przeciwgruźliczych w Polsce powinna być planowo przeprowadzona. Nie koniecznym jest kosztowne wyposażenie poradni, na które i tak brak jest funduszy, ale wskazane jest stworzenie z poradni przeciwgruźliczej instytucji, która skromnymi środkami potrafiła spełnić swe zadania i cele. To też rozwój poradni przeciwgruźliczych w Polsce jest ściśle związany z zagadnieniami ogólnego jednolitego planu walki z gruźlicą na ziemiach Polski.

Dla pracy poradni przeciwgruźliczych w Polsce i ich rozbudowy stworzone są specjalne warunki przez powstawanie i istnienie Ośrodków Zdrowia, przy których poradnie przeciwgruźlicze pracują.

Ośrodki Zdrowia — które zajmują się zwalczaniem innych chorób, oraz akcją zapobiegawczą, mogą współpracując z poradniami przeciwgruźliczymi, wiele dla wyszukania i zwalczania gruźlicy uczynić.

Z poradni, które pracowały przy Ośrodkach Zdrowia było w r. 1932 — 61,4%, w r. 1933 — 61,9%, w r. 1934 — 62%, większa więc ilość poradni przeciwgruźliczych istnieje przy ośrodkach.

Rozbudowa więc Ośrodków Zdrowia, oraz poradni przeciwgruźliczych łączy się z ogólnym zagadnieniem podniesienia stanu zdrowotności wśród ludności w Polsce. Planowe podjęcie akcji przeciwgruźliczej na ziemiach polskich wymaga równomiernego rozmieszczenia poradni. W każdym mieście powiatowym dla każdego powiatu, istnieć powinna centralna poradnia przeciwgruźlicza, która miałaby w swej rejestracji wszystkie przypadki gruźlicy w danym powiecie.

Poradnia centralna — pod kierownictwem lekarza specjalnie dla prowadzenia poradni wyszkolonego, wyposażona musi być we wszystkie środki, jakie są konieczne dla wczesnego uchwycenia i rozpoznania gruźlicy. Nie zależnie od istniejącej poradni centralnej w zależności od gęstości zaludnienia, oraz wielkości powiatu, istnieć powinny w niektórych miasteczkach i wsiach filie—poradni, które nie musiały by być tak zaopatrzone i urządzone jak główna poradnia przeciwgruźlicza w mieście powiatowym, a które utrzymywały ścisły kontakt i współpracę z poradnią główną.

Poradnia główna musiała by być naturalnie zaopatrzona w aparat roentgenowski, bez którego skuteczna praca nowocześnie pomyślanej poradni przeciwgruźliczej w walce z gruźlicą jest nie możliwa. W Polsce wedle danych zebranych przez Polski Związek Przeciwgruźliczy w r. 1934 — na 351 czynnych poradni — jedynie 36 korzystało z własnych aparatów roentgenowskich, ogółem zaś w r. 1934 z badań roentgenowskich

korzystało 197 poradni. Z tych liczb widocznem jest, jak utrudnioną jest racjonalna praca poradni, oraz jak koniecznem jest zaopatrzenie poradni w aparaty roentgenowskie. Na ogół jednak liczba badań roentgenowskich w poradniach w Polsce znacznie wzrosła z 37.555 w r. 1928 — do 93.381 w r. 1934.

Ze względu jednak na konieczność przeprowadzenia badań masowych i warunki pracy w terenie, racjonalniejszym jest zaopatrzenie poradni w przenośne aparaty roentgenowskie, których koszt jest mniejszy i użycie dla pracy poradni o wiele praktyczniejsze.

Przeprowadzenie badań masowych, powinno być celem każdej poradni, niestety tego rodzaju badania natrafiają na szereg trudności — i przeprowadzenie tychże, mimo ich ogromnego znaczenia jest niestety dotąd muzyką przyszłości.

W Polsce, jak już poprzednio wspomnieliśmy pracują już kolumny przeciwgruźlicze, które zajmują się przeprowadzeniem masowych badań w terenie. Pierwsze tego rodzaju próby zostały poczynione w powiecie wileńsko-trockim przy współpracy tamtejszego Polskiego Czerwonego Krzyża i dały doskonałe rezultaty, tak, że tego rodzaju kolumna wracuje w tamtej okolicy wedle ustalonego już programu pracy. Druga kolumna ruchoma pracuje na terenie województwa lwowskiego — jest to kolumna Przychodni Przeciwgruźliczej U. J. K. we Lwowie, pozatem w organizacji znajdują się kolumny na innych terenach naszego kraju. Są to jednak dopiero pierwsze próby.

Stworzenie tego rodzaju kolumn ruchomych, wyposażonych w aparat roentgenowski, natrafia również ze względu na trudności komunikacyjne i konieczne środki lokomocji na wielkie przeszkody. W tym kierunku wskazana jest współpraca z Polskim Czerwonym Krzyżem, który dysponuje środkami lokomocji i którego pomoc w organizowaniu opieki poradnianej, zwłaszcza dla ludności wiejskiej i współpraca z poradniami przeciwgruźliczymi, miałyby dla podniesienia higieny i zdrowotności wielkie znaczenie. Tego rodzaju kolumny ruchome muszą być nieodzowną częścią poradni, i praca ich w terenie musi polegać na ścisłej współpracy z poradnią centralną danego powiatu lub okręgu.

Zwalczanie gruźlicy, jak każda walka z chorobami zakaźnymi, wymaga koordynacji i współpracy.

Ta współpraca poradni, oraz współpraca z sanatoriami, szpitalami itd., jest w Polsce niestety w większości ośrodków zupełnie nie utrzymywana. Zwłaszcza w mniejszych ośrodkach, prawidłowa akcja cierpi znacznie z powodu wielotorowości i braku jednolitego kierownictwa, co jest wielką bolączką w skutecznem zwalczaniu gruźlicy w Polsce. Dlatego poczynione muszą być kroki, któreby umożliwiły stworzenie z poradni przeciwgruźliczych w Polsce — ośrodków, centrali do walki z gruźlicą, stosownie do wskazań, które podano o roli poradni w akcji przeciwgruźliczej. Poradnia przeciwgruźlicza w Polsce

ma być ogniwem spajającym wszystkie instytucje danego okręgu dla celowego zwalczania gruźlicy.

Na czele centralnej powiatowej poradni przeciwgruźliczej stoi lekarz, wyszkolony w prowadzeniu poradni.

Tak jak w sanatoriach przeciwgruźliczych w charakterze ordynatora lub asystenta może pracować lekarz mający pewne podstawy i wiadomości o gruźlicy, tak też na czele centralnych poradni przeciwgruźliczych muszą stać lekarze-ftizjolodzy, obeznani z wszelkimi zagadnieniami zwalczania gruźlicy nie tylko jako jednostki klinicznej, ale również choroby, która jest klęską społeczną.

Trudno, naturalnie, aby w ośrodkach małych pracował lekarz-specjalista-ftizjolog, konieczne jest jednak przeszkolenie lekarzy okręgowych w kierunku zwalczania gruźlicy, obznajomienie w nowoczesną technikę rozpoznania gruźlicy, oraz technikę stosowania odmy sztucznej. W ośrodkach mniejszych, wiejskich, kierownictwo poradni przypaść musi lekarzom urzędowym odpowiednio wyszkolonym (okręgowi, samorządowi, ośrodków zdrowia), natomiast centralne poradnie przeciwgruźlicze prowadzone być muszą przez lekarzy specjalistów. Dotąd w większości poradni pracują lekarze ogólnopraktykujący, bez specjalnego wykształcenia w kierunku zwalczania gruźlicy.

Tak jak skuteczna walka z gruźlicą w terenie jest w większej mierze zależną od kierownictwa poradni tak praktyczne przeprowadzenie wszelkich wskazówek i czynności zależne są od zdolności i czynności pielęgniarki. Bez pielęgniarki jest nie do pomyślenia praca w poradni. W większości poradni szpitalami itd., jest w Polsce niestety w większości ośrodków przeciwgruźliczych, zwłaszcza istniejących przy Ośrodkach Zdrowia, czynna jest jedna pielęgniarka, która wykonywuje też pracę w innych poradniach (przeciwgruźlicza, przeciwweneryczna itd.) na czym więc znacznie cierpi praca zapobiegawczo-wywiadowcza pielęgniarki poradnianej w terenie. W r. 1934 pracowało w charakterze pielęgniarek 367 osób, jest to liczba bardzo mała, jeżeli uwzględnimy, że tylko 29,5% z nich ukończyło szkołę pielęgniarską, zaś 28,3% w ogóle nie miało kwalifikacji i przygotowania do pracy społeczno-zapobiegawczej. To też wyszkolenie i zwiększenie odpowiedniego personelu pielęgniarskiego jest wprost koniecznością, — a obecny stan stwarza z tego powodu znaczną lukę w akcji przeciwgruźliczej.

Każda gmina zbiorowa musiałaby mieć pielęgniarkę, która współpracowałaby i ofrzymywała dyrektywy dla swej działalności z centralnej poradni przeciwgruźliczej, względnie z istniejącej w gminie zbiorowej poradni przeciwgruźliczej.

Pielęgniarki przygotowane do pracy społeczno-zapobiegawczej miałyby tylko zajmować się pracą w terenie (bez pracy przygotowawczej, asysta i t. d. w lokalu poradni), i miałyby za zadanie prowadzenia w terenie pracy ogólnohigienicznej i opieki społecznej.

Bardzo ważnem dla uchwycenia przypadków gruźlicy, jest kwestia konieczności meldowania chorych i umarłych na gruźlicę do poradni. Ta sprawa jest w Polsce z powodu braku jednolitych przepisów i ustawy przeciwgruźliczej regulującej obowiązek doniesienia o stwierdzonej gruźlicy nieuregulowaną.

Istniejąca dotąd ustawa o chorobach zakaźnych nie rozwiązuje tego zagadnienia. Jedynie w większych miastach, jak już poprzednio wspomnieliśmy, poradnie otrzymują spisy zmarłych na gruźlicę (Warszawa, Lwów, Łódź i t. d.). Poza tem wielkie uchybienia powstają z tego powodu, że oględziny zwłok w mniejszych ośrodkach nie są wykonywane przez lekarzy, co stwarza znaczne luki i błędy w ocenianiu śmiertelności gruźlicy, gdyż nie zawsze przyczyna śmierci jest prawidłowo rozpoznawana i rejestrowana, co też utrudnia znacznie pracę zapobiegawczą poradni w terenie wiejskim.

Na podstawie danych poradni wynika, że tylko 5,6% w 1930 r., 2,6% w 1931 r., 7,4% w 1932 r., 7,8% w 1933 roku, a 8,8% w r. 1934 stanowiły zgony na gruźlicę pacjentów poradni wśród ogółu zgonów na gruźlicę w Polsce. O ile to można, że nie więcej jak 1/15 część chorych na gruźlicę w Polsce znajduje się pod opieką poradni (Sielicki).

To też przed poradnictwem przeciwgruźliczem w Polsce stoją jeszcze wielkie zadania. Musi być stworzona gęsta sieć dobrze pracujących poradni, która potrafiłaby wyłowić wielką ilość przypadków gruźlicy i z drugiej strony tak prowadzić swą pracę zapobiegawczą, aby przyczynić się do zmniejszenia śmiertelności na gruźlicę w Polsce. Reasumując, stwierdzić należy, że akcja zapobiegawcza w walce z gruźlicą jako chorobą społeczną powinna zająć w Polsce pierwsze miejsce i opartą powinna być na ustawodawstwie, któreby umożliwiło rozbudowę instytucji przeciwgruźliczych oraz nadałoby walce z gruźlicą ramy umożliwiające koordynację pracy. Poradnia, zaś wtedy spełni swe zadanie, jeżeli jej praca będzie oparta na współpracy wszystkich zainteresowanych w skutecznem zwalczaniu gruźlicy. Jest to ważnem ze względu na doniosłość jakie ma zagadnienie zdrowia ludności dla potęgi i obrony Państwa.

HELENA BYCHOWSKA.

Walka z gruźlicą na terenie Hiszpanii Narodowej.

Wśród zagadnień społecznych o charakterze zdrowotnem, które ze względu na ich pilność i znaczenie dla państwa zostały rozpatrzone w pierwszym rządzie przez rząd Hiszpanii Narodowej było zagadnienie walki z gruźlicą, dogmagające się natychmiastowej reformy.

W Hiszpanii przedrewolucyjnej sprawa ta, trzeba przy-

znać, była nieco zaniedbaną. Nie znaczy to jednak, że nie były na tem polu położone znaczne wysiłki, lub że ustawodawstwo było nieodpowiednie. Jednakże niewystarczalność tych wysiłków była znamienna: stale wzrastała ilość chorych pozbawionych środków materialnych, któreby im zapewniły możność leczenia się, lub nie mogących przeprowadzić kuracji ze względów czysto biurokratycznych w nieustannem oczekiwaniu na miejsce w sanatorium, lub prewentorium, subwencjonowanem przez państwo, przez władze prowincjonalne, przez gminy, lub też przez prywatne stowarzyszenia dobroczynne. Brak zakładów zarówno dla chorych dorosłych, jak i dla dzieci dotkliwie dawał się we znaki i niejednokrotnie przyczyniał się do pogarszania stanu zdrowia chorego, który mógłby być jeszcze uratowany i wrócić do normalnego życia i pracy przy innych warunkach zorganizowania walki z gruźlicą. Szczególnie dawało się to odczuwać w prewentoriach dla dzieci. Do niesprawiedliwości społecznej, jaka widoczna jest w tem spóźnieniu się z niesieniem pomocy tym chorym, których warunki materialne nie pozwalają do przeprowadzenia leczenia na własny koszt, dołączało się jeszcze niebezpieczeństwo rozszerzania się choroby, wywoływane koniecznością przebywania chorego wśród zdrowego otoczenia i niejednokrotnie w warunkach pozostawiających dużo do życzenia z punktu widzenia higieny mieszkań.

Przystępując do reorganizacji tej dziedziny służby zdrowia publicznego, rząd Hiszpanii Narodowej, wyszedł z punktu widzenia, że dla skutecznego rozstrzygnięcia tego problemu należy nadać akcji walki z gruźlicą charakter akcji narodowej, powszechnej, aby przy połączeniu zbiorowych wysiłków całego społeczeństwa i powierzeniu kierownictwa jednej osobie zdolnej, aktywnej i będącej „au courant“ tych zagadnień, móc przystąpić do dzieła, przez otwieranie licznych sanatoriów i prewentoriów rozinieszczonych systematycznie na terenie całego kraju w poszczególnych prowincjach i przez zaopatrywanie ich w niezbędne instalacje i personel fachowy.

W tym celu dekretem z dnia 20 grudnia 1936 generał Franco powołuje do życia tak zwany „Patronato Nacional Antituberculoso“ (Narodowy Patronat do Walki z Gruźlicą) o charakterze autonomicznym w zakresie swego działania. Na czele Patronatu stanął generał Don Sereviano Martinez Añido *), osobistość znana w Hiszpanii nie tylko ze swej energii i zalet osobistych, lecz również jako wybitny znawca organizacji zagadnień natury sanitarnej i zdrowotnej, w której to dziedzinie pracował od szeregu długich lat. Honorowe prezesostwo Patronatu objęła Doña Carmen Polo de Franco, małżonka Wodza Hiszpanii Narodowej. Jednym z pierwszych zadań Patronatu było skupienie wszystkich poszczególnych akcji i wysiłków w walce z gruźlicą, podjętych do-

tychczas, w akcję jednolitą, oraz przeprowadzenie inspekcji istniejących już sanatoriów i prewentoriów. Lecz najważniejszym i głównym zadaniem Patronatu było utworzenie jak największej ilości nowych tego rodzaju zakładów.

Dla należytego spełnienia swej misji Patronat musiał oprzeć swą działalność na zasadach solidarności społecznej. Te zasady — symbol wysiłku całego narodu zostały wyrażone w następujący sposób we wspomnianym dekrete z 20 grudnia 1936 roku: „Pierwszym i niezaprzeczalnym obowiązkiem Państwa jest popieranie i wspomaganie tej Junty (Zgromadzenia) Sanitarnej. Hiszpania zdrowa winna poświęcić się dla Hiszpanii chorej; zamożniejsze klasy społeczne, mniej wystawione na ryzyko tej niebezpiecznej choroby, mają obowiązek poświęcić się dla klas potrzebujących i bardziej zagrożonych. Nie będzie w Hiszpanii Narodowej ani jednego chorego, dla którego zabrakłoby miejsca w sanatorium; koszt pobytu i leczenia będzie ustalany proporcjonalnie do wysokości zarobku chorego i zniesiony całkowicie dla niezamożnych. Zasada ta ma być stosowana również i do tych rodzin, które, pokrywszy niezbędne wydatki, nie posiadają żadnego remanentu“.

Narodowy Patronat do Walki z Gruźlicą mógł liczyć na znaczne wpływy, pochodzące z najróżniejszych źródeł: bądź bezpośrednio z funduszy państwowych (gen. Franco wyasygnował na walkę z gruźlicą i na zakładanie nowych sanatoriów sumę 12.000.000 peset), bądź z dodatkowej opłaty stosowanej przy taryfie pocztowej, lub przez powiększenie tej taryfy raz miesięcznie w okresach wzmożonego ruchu pocztowego, bądź też pochodzące z ofiar administracji publicznej, różnych stowarzyszeń i osób prywatnych, które licznie pośpieszyły z przekazaniem znacznych sum na cele walki z gruźlicą i na zakładanie nowych zakładów leczniczych.

Obecnie w każdej prowincji, należącej do Hiszpanii Narodowej zostało otwarte nowe sanatorium, przyczem liczba ich stale wzrasta. Ponieważ od słów zawsze wymowniejsze bywają cyfry, postaramy się cyframi określić i scharakteryzować pracę już dokonaną przez Narodowy Patronat do Walki z Gruźlicą, podczas stosunkowo krótkiego czasu działania (jeśli chodzi np. o nowozdobyte prowincje), w które wchodziły również miesiące pracy organizacyjnej, wstępne montowanie akcji, która się dopiero miała rozpocząć. Według statystyki sporządzonej przez Patronat wynika, że w przeciągu 11 ostatnich miesięcy (statystyka opublikowana w lipcu r. u.) Patronat ufundował 3.729 nowych łóżek, już oddanych do użytku, mając w przygotowaniu jeszcze 2.175 łóżek. W prowincji Huesca, Teruel, Castellon i Lérida już zainstalowano wtedy 400 łóżek, pozatem 2.300 łóżek innych instytucji sanitarnych oddano do użytku walki z gruźlicą. W sanatoriach zostało umieszczonych ponad 7.000 chorych

w pierwszych miesiącach prowadzenia akcji; po krótkim czasie liczba ta wzrosła do 12.000. Oprócz wyżej wymienionych sanatoriów prowincjonalnych zostało otwarte 40 sanatoriów w miejscowościach górskich, sprzyjających ze względu na warunki klimatyczne leczeniu chorób płucnych. Te sanatoria i prewentoria są w większości wypadków wyrazem najnowszej konstrukcji i są zaopatrzone w najnowsze zdobycze techniki sanitarnej. Sanatoria takie zostały zbudowane w prowincjach Zaragoza, Avila, Caceres, Leon, Palencia, Salamanca, Soria, najodpowiedniejszych z punktu widzenia klimatu i położenia geograficznego, obfitujących w lasy i góry. Nic dziwnego, że są one stale przepełnione. W ślad za wymienionymi prowincjami i miastami poszły i inne, jak San Sebastian i Bilbao, w którym, dzięki filantropii niejakiego p. Briñas, znanego działacza społecznego, buduje się obecnie wspaniałe nowe sanatorium. W La Coruña kosztem 3.000.000 peset powstaje sanatorium o 695 łóżkach zaopatrzone we wszystkie najbardziej nowoczesne urządzenia lecznicze.

Jednocześnie otwierają się i inne ośrodki zdrowia w miejscowościach nadmorskich, szpitale-sanatoria, zakłady helioterapeutyczne oraz zakłady naukowe kształcące nowe zastępy personelu służby zdrowia.

*) Gen. Martinez Añido zmarł w Valladolid 24. XII. 1928 r. w wieku 76 lat, jako minister oświaty. Jedną z ostatnich zasług Martineza Añido było powołanie do życia i uruchomienie w 1930 r. 30 nowych sanatoriów przeciwgruźliczych na terenie Hiszpanii, szczególnie w prowincjach odebranych czerwonym.

Protokół XIV Ogólnego Zebrania Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych o charakterze społecznym.

Porządek Obrad: Dnia 2 maja 1938 r.: 1) Otwarcie Zjazdu (prezes Dr Sokołowski). 2) Powitanie Zjazdu przez Dra Białynickiego-Birulę. 3) Wybór prezydium. 4) Odczytanie protokołów z XIII Zjazdu. 5) Referat Doc. Dra Ostrowskiego: Organizacja leczenia chirurgicznego chorych płucnych w sanatoriach. 6) Sprawozdanie z działalności sanator. w Chodzieży (Dr Białynicki). 7) Dyskusja. 8) Zwiedzanie sanatorium. 9) Zwiedzanie fabryki porcelany „Fajans“.

Dnia 3 maja 1938 r.: 1) Zwiedzanie Lecznicy w Kowanówku. 2) Powitanie Zjazdu przez kol. Jankowskiego i sprawozdanie z działalności Lecznicy (sanatorium). 3) Referat Dra Telatyckiego: Nowoczesne lecznictwo sanatoryjne. 4) Dyskusja. 5) Pokaz ciekawych rentgenogramów.

Posiedzenie administracyjne: a) Sprawozdanie prezesa Zarządu, sekretarza generalnego, skarbnika, komisji rewizyjnej.

zyjnej. b) Sprawa statutu (ref. Kol. Fischer). c) Sprawa opłat do Związku Przeciwgr. (ref. Kol. Węgrzynowski). d) Uchwalenie terminu i miejsca następnego Zjazdu. Sprawa tematów. e) Wnioski. Zamknięcie Zjazdu.

Obrazy toczyły się w kolejowym Sanatorium w Chodzieży dnia 2 maja i dnia 3 maja 1938 r. w Sanatorium Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu w Kowanówku pod Obornikami. Zebranie zagał kol. Sokołowski, proponując na przewodniczącego kol. Meisnera i kol. Telatyckiego, na sekretarza kol. Łotockiego. Przed rozpoczęciem obrad kol. Sokołowski proponuje uczcić pamięć zmarłych śp. kol. Grycewiczówny i śp. kol. K. Dąbrowskiego jednogminutowym milczeniem.

Kol. Białynicki wita przybyłych gości, a mianowicie kolegów Grodeckiego, Czyżewskiego, Miedziszewskiego i Kolszewskiego, i życzy owocnej pracy Zjazdowi.

Kol. Grodecki przemawia w imieniu Związku Przeciwgruźliczego i między innymi zaznacza, że statut Związku uległ zmianom, i że obecnie prezesem Związku przeciwgruźliczego został wybrany prof. W. Orłowski. Akcja Związku ostatnio się ożywiła i nastąpiło współdziałanie działaczy przeciwgruźliczych.

Kol. Czyżewski dziękuje za przysłane zaproszenie na Zjazd i zaznacza, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych ceni sobie to zaproszenie jak i nawiązany kontakt. W imieniu Dra Wąsowicza kol. Czyżewski składa Zjazdowi życzenia pomyślnych obrad.

Dr Kolszewski w imieniu Inż. Krzyżanowskiego z Poznańsk. Dyr. Kol. składa Zjazdowi życzenia owocnych obrad.

Kol. Łotocki odczytuje przysłane depesze z życzeniami pomyślnych obrad od Dra St. Wąsowicza, Dra Dybowskiiego, Dra St. Rudzkiego, senatora Dra Pawelca, p. Emila Gerlacha, Dra Spitzera i Dra Dadleza.

Protokołu z XIII Zjazdu Zrzeszenia Dyrektorów uchwalono nie odczytywać, ponieważ był on wydrukowany w Ruchu Przeciwgruźliczym. Następnie kol. Białynicki odczytuje sprawozdanie z działalności Sanatorium w Chodzieży. Poruszona sprawa statystyki przez kol. Białynickiego, jak również inne szczegóły sprawozdania wywołują ożywioną dyskusję.

Kol. Węgrzynowski uważa, że trzeba wziąć pod uwagę, że pierwsze dzieci zwykle są „najgorsze“, i że dzieci, które przysły na świat podczas wojny są mniej wytrzymałe, a więc i śmiertelność ich jest duża. Statystyki zresztą są często mylne, naprzykład wnioski co do poborowych są zupełnie fałszywe. Co do wpływów klimatologicznych na przebieg gruźlicy u chorych sanatoryjnych, to mają one niewątpliwie duże znaczenie i prace rozpoczęte w tym kierunku przez kol. Białynickiego powinny dać ciekawe wyniki.

Kol. Hugon Karwowski podkreśla, że walkę z gruźlicą należy zaczynać od zwalczania nacieków wczesnych. Na

przykład statystyka wykazała, że na 109 nacieków wczesnych badanie kliniczne w 64 przypadkach nie wykazało nacieku, odczyn Biernackiego był w granicach normy, a płwocina w wielu wypadkach nie wykazała laseczników Kocha. Trzeba więc zawsze uciekać się do rentgena i traktować badanie takie nie jako pomocnicze, ale jako zasadnicze.

Kol. Telatycki zaznacza, że słusznie kol. Białynicki podkreślił, że pobyt chorych w sanatoriach trwa za krótko, przyczyną tego jest mała ilość łóżek sanatoryjnych. Co do stosowania natr. benz. w jamach wczesnych, to na ogół wyniki są dobre, lecz nie w wypadkach z jamami starszymi. Co do oddziaływania psychicznego na chorych to metoda taka ma doniosłe znaczenie i powinna być stosowana.

Kol. Łotocki uważa, że nie można z przytoczonej statystyki wnioskować o śmiertelności zależnie od kolejności dziecka, ponieważ najmłodsze nie miały jeszcze czasu być narażone na różnego rodzaju infekcje, które by mogły spowodować śmierć. Trzeba uwzględnić, w którym roku życia umierały poszczególne jednostki w poszczególnych rodzinach.

Kol. Fischer: — Jak długo Państwo stoi na stanowisku, że tylko z wyraźną gruźlicą można przedłużać leczenie, musimy czasami dopomagać, żeby i inni chorzy z pokrewnymi cierpieniami mogli pozostać dłużej w Zakładzie i wykorzystać ten czas dla wzmocnienia swego zdrowia. Co do leczenia, to należy wspomnieć o pituitrynie, która daje dobre wyniki w krwotokach płucnych. Ropniaki opłucnej dobrze się leczą za pomocą niskich ujemnych ciśnień. Co do statystyki, która wykazuje, że im późniejsze dziecko tym większy procent ulega śmiertelności, to co do tego są różne dane — podejście widocznie jest różne.

Kol. Nowotny jest zdania, że prześwietlenia rentgenowskie są tylko orientacyjne i w większości wypadków są konieczne zdjęcia. Co do gruźlicy kostnej, to wymaga ona ciągłej zmiany klimatu, przetrzymywanie więc takich chorych nie jest konieczne. Trzeba dobrze zorganizować przychodnie przeciwgruźlicze. W szpitalu u siebie kol. Nowotny dość często stosuje transfuzję krwi i w odpowiednich przypadkach otrzymuje dobre wyniki.

Kol. Grodecki podkreśla, że sanatoria mają możliwość przeprowadzać ciekawe i doniosłe badania. Jeśli chodzi o wyniki badań statystycznych to jest tam dużo braków, chociażby dlatego, że nie stosują podstaw prawdopodobieństwa. Klimatologiczne badania w związku z przebiegiem gruźlicy mają bezsprzecznie duże znaczenie, ale trzeba wziąć pod uwagę i inne równoległe czynniki. Zła jest selekcja. Mamy sanatoria, ale nie mamy leczenia sanatoryjnego. Zagraniczne sanatoria są drogie i trudno nawet porównywać warunki pobytu w nich z naszymi warunkami.

Kol. Szczepański — nie należy opierać się tylko w dia-

gnozie na rentgenie. Nie należy w tym kierunku przesadzać. Nawet szkoła francuska uwzględnia fizyczne badanie. Co do badań meteorologicznych to są one robione w Otwocku, ale wyciąganie wniosków z tych danych na razie jeszcze jest niemożliwe.

Kol. Węgrzynowski przypomina, że dawniej starzy klinicyści mieli rentgena „na końcu palca“. Klinicyści ci dobrze sobie dawali radę i bez badania rentgenologicznego. Znajomość klinicznych badań pomimo postępu w dziedzinie rentgenologii jest konieczna.

Kol. Miedziszewski informuje, że Wydziały Kolejowe są bardzo skrępowane kredytami. Powinny się znaleźć specjalne kredyty na leczenie sanatoryjne, a nie na leczenie szpitalne.

Kol. Ostrowski stwierdza, że w sprawozdaniach brak jest działu odległych wyników leczenia. Doraźne wyniki, jest rzeczą zrozumiałą, nie są miarodajne. Jeżeli chodzi o badania rentgenem, o których mówił kol. Karwowski to zgadza się z tem, że prześwietlenia nie są wystarczające i że przeważnie należy robić zdjęcia.

Kol. Jagoszewski informuje, że dość często chorzy ubezpieczalniani sami nie chcą dłużej pozostawać w zakładach leczniczych dla różnych powodów, w każdym razie nie z powodów trudności robionych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Kol. Wieszeniewski jest innego zdania i mówi, że w Małorycie niejednokrotnie miał możność stwierdzić, że Ubezpieczalnie nie przedłużają pobytu chorym w sanatorium chyba tylko w wyjątkowych razach i to po usilnych staraniach.

Kol. Czyżewski podaje, że Ubezpieczalnie w koniecznych wypadkach zawsze mogą przedłużyć czas pobytu chorego w sanatorium. Krótki okres leczenia sanatoryjnego ubezpieczonych jest spowodowany tem, że Ubezpieczalnie Społeczne mają małą ilość łóżek sanatoryjnych, a muszą dać i innym możność leczenia się.

Kol. Meisner reasumując dyskusję stwierdza, że wszyscy uważają, że okres przebywania chorych w sanatoriach jest za krótki. Braku szpitala przeciwgruźliczego wszyscy dotkliwie odczuwamy; dalej kol. Meisner omawia metody leczenia, podane przez kol. Białyńskiego, i na zakończenie przytacza ciekawy przypadek szczelinowego pęknięcia jamy.

W odpowiedzi kolegom biorącym udział w dyskusji kol. Białyński zaznacza, że zapoczątkował dopiero robienie badań statystycznych o których by.a mowa, więc mogą być nieścisłości, jednakże miernik wojenny nie odegrał tak dużej roli jak to podają koledzy. Rentgenem nacieki wczesne w sanatoriach, ze zrozumiałych powodów, są rzadko wykrywane, bo wogóle do nas nie trafiają, więc zarzuty kol. Karwowskiego są nieaktualne. Trzeba jednakże posiadać i opanować w dużej mierze technikę badania fizykalnego i dopiero wtenczas można o całokształcie także i badań rentgenowskich

mówić. O długości leczenia w sanatoriach pisał kol. Białynicki w „Medycynie Praktycznej“ i tam wypowiedział swoje poglądy. Naczelnicy Wydziałów Sanitarnych często wykazują brak zrozumienia spraw gruźliczych i starają się zaoszczędzać tam, gdzie zaoszczędzanie takie jest niedopuszczalne. Ujemnie się odbija również na chorych brak skoordynowania uzasadnień i techniki wysyłania takowych do sanatoriów.

Po przerwie obiadowej został wygłoszony referat Doc. Dr Ostrowskiego o „Organizacji leczenia chirurgicznego chorych płucnych w sanatoriach“: Gruźlica płuc jest sprawą chorobową tak niebezpieczną dla życia, że w leczeniu jej powinny być wykorzystane wszystkie wypróbowane pod względem ich wartości środki i sposoby z metodami chirurgicznymi włącznie. Metody chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc nie mogą być uznane za samowystarczalne, ponieważ z reguły muszą być uzupełnione leczeniem sanatoryjnym. Sanatorium zaś daje chorym większe korzyści i większą ich ilość przywraca do zdrowia, jeżeli obok zachowawczych metod leczenia posługuje się leczeniem uciskowem, a w szczególności leczeniem operacyjnym. Z tych względów obie metody leczenia chorych płucnych, sanatoryjna i chirurgiczna, wiążą się wzajemnie. Korzyści leczenia sanatoryjnego wspomaganego leczeniem operacyjnym, w dużej mierze zależą będą od należytej organizacji leczenia chirurgicznego. Należyta organizacja wymaga, by leczenie operacyjne stosowane było odpowiednio szeroko, należyte wcześniej, uwzględniało liczne będące w użyciu sposoby operacyjnego spowodowania unieruchomienia albo zapadnięcia płuca i było dostosowywane pod względem wyboru metody operacyjnej do indywidualności fizycznej i duchowej chorego. Należyta organizacja leczenia chorych sanatoryjnych wymaga pozatem, by leczenie chirurgiczne stosowane było przez lekarzy kompetentnych w tej dziedzinie. Za najbardziej powołanych do wykonywania operacyjnego leczenia chorych sanatoryjnych uznać wypada lekarzy ftizjologów należyte wyszkolonych w zakresie chirurgii ogólnej i specjalnie płucnej. Nie mniejsze korzyści odniosą chorzy sanatoryjni, jeżeli leczenie operacyjne przeprowadzać będzie u nich chirurg-specjalista, pod warunkiem ścisłej współpracy z ftizjologami, wykonywania zabiegów w samym zakładzie i zapewnienia chorym należytej opieki chirurgicznej w okresie pooperacyjnym. Wymienione względy jak również względy natury oszczędnościowej zachęcać winny do tworzenia sanatoriów dużych posiadających specjalne oddziały chirurgiczne. Wykonywanie operacji chorym piersiowym poza sanatorium choćby przez chirurgów specjalistów, albo w sanatorium, ale przez chirurgów nie wyszkolonych w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej, rozwiązałoby również zagadnienie organizacji leczenia chorych na gruźlicę płuc, ale w sposób połowiczny, fragmentaryczny w każdym razie nie doskonały. (Streszczenie).

W dyskusji nad referatem Kol. Ostrowskiego zabiera głos Kol. Nowotny, który uważa, że trzeba umieć przekonywać chorego żeby się poddał czasami bezwzględnie koniecznej operacji. Współpraca chirurga z ftizjologiem jedynie rozwiązuje sprawę operowania. Torakoplastyka jest to zagadnienie specjalne. Niepotrzebny to luksus, żeby mieć koniecznie salę operacyjną w sanatoriach. Dopiero sanatoria duże o ilości tysiąca łóżek odpowiadałyby tym warunkom. Phrenicoexhairesis jako zabieg wstępny nie powinien być wykonywany przed torakoplastyką. Kol. Telatycki jest najgorętszym zwolennikiem stosowania torakoplastyki. Szybki efekt jaki otrzymuje po torakoplastyce jest lepszy i trwalszy niż przy odmach. Sanatoria powinny mieć możliwość wykonywania operacji u siebie na miejscu, bo wtenczas są lepsze wyniki. Do zabiegu tego trzeba oddawać chorych w ręce doświadczonego chirurga obeznanego dokładnie z metodą operowania na klatce piersiowej.

Kol. Białynicki informuje dlaczego chorzy z taką trudnością zgadzają się poddać operacji torakoplastyki. Dla niejednego z nich jest to prawie samobójstwo i pewna utrata posady, ponieważ okres rekonwalescencji trwa długo.

Kol. Szczepański uważa, że trzeba poznać dobrze odnośną literaturę i zapoznać się z dobrymi wynikami to się wtenczas będzie miało więcej śmiałości do namawiania chorych do operacji. Trzeba dążyć, żeby dyrektor sanatorium był również i chirurgiem i ftizjologiem. Młodszy koledzy ftizjology powinni koniecznie zapoznać się z chirurgią.

Kol. Fischer podkreśla, że jeżeli chodzi o moment społeczny to właśnie zabieg torakoplastyki wchodzi w rachubę. Jest to metoda przyszłości, która napewno zajmie miejsce na równi z odmą. Trzeba wyjść z rezerwy, ale i zachować umiar.

Kol. Węgrzynowski uważa, że sprawa chirurgji płucnej jest rozwiązana dla sanatoriów podmiejskich. Trudności w uzyskaniu zgody pacjenta na operację bez wątpienia są, bo obawa utraty posady jest niejednokrotnie uzasadniona.

Kol. J. Karwowski uważa, że trzeba robić operacje płucne na miejscu w sanatoriach w odpowiednio urządzonej salce operacyjnej. Wiara chorego w operatora dodaje otuchy i namówić wtenczas chorego do operacji nie jest tak trudno.

Kol. Meisner podkreśla, że bez chirurgji o leczeniu gruźlicy nie może być mowy. Trudności chorzy zasadniczo nie robią, i zwykle udaje się ich namówić do zabiegu.

W odpowiedzi swej Doc. Ostrowski zaznacza, że cieszy się, że chirurgiczne zabiegi znalazły u uczestników zebrania uznanie. Kto ma załatwiać zabiegi chirurgiczne to jest sprawa drugorzędna; najwłaściwiej żeby młodzi ftizjolodzy byli również obeznani z tym działem chirurgii.

Na tem posiedzeniu zamknięto.

Dnia 3 maja 1938 r., obrady toczyły się w sanatorium Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu w Kowanówku pod Obornikami. Przewodniczy Kol. mjr. Telatycki.

Kol. Telatycki otwiera posiedzenie informując o przesunięciu niektórych punktów programu.

Kol. Jankowski wygłasza powitanie uczestników Zjazdu, poczem kol. Wieszeniewski odczytuje referat w sprawie bardzo aktualnej, a mianowicie o ustawie przeciwgruźliczej.

Następnie odczytuje swój referat kol. mjr. T e l a t y c k i pod tytułem: „*Postulaty nowoczesne budownictwa sanatoryjnego w obliczu kryzysu dotychczasowego leczenia zakładowego gruźlicy płuc*“.

Po ciekawym i wyczerpującym referacie kol. Telatyckiego wywiązała się żywa dyskusja.

Kol. Czyżewski stwierdza, że rzeczywiście liczba łóżek dla chorych gruźliczych jest niewystarczająca. Chorzy muszą czekać na miejsce po kilka miesięcy. Przeciętny pobyt chorego wynosi około 50 dni. Odczuwa się „głód“ sanatoryjny, to też zakład Ubezpieczalni Społecznej przystąpił do realizacji budowy nowych sanatoriów.

Kol. Czyżewski przytacza dane liczbowe co do ilości łóżek dla chorych gruźliczych jak również wytyczne jakimi kieruje się Z. U. S. przy rozbudowie sanatoriów, prewentiów itp.

Kol. Szczepański uważa, że najracjonalniejszy system budowy sanatoriów jest system pawilonowy i podaje w jaki sposób mogłoby się rozbudować sanatorium w Otwocku.

Kol. Węgrzynowski zaznacza, że lecznictwo sanatoryjne jest za drogie a żywienie chorych w sanatoriach jest za luksusowe. Nie należy zbytnio zmieniać warunków bytowania chorego. Na stronę diagnostyczną i terapeutyczną nie trzeba żałować, ale na luksusy budownictwa nie należy zezwalać.

Kol. Ostrowski informuje, że w krajach anglosaskich zwrócona jest baczną uwagę na stworzenie estetycznych warunków pobytu. Ściany w sanatoriach powinny być barwne o łagodnych pastelowych kolorach, a ogrzewanie mogłoby być umieszczone w podłogach. Sprawa prosektorium musi być załatwiona pomyślnie ponieważ jest to sprawa bardzo ważna i zasadnicza.

Kol. Nowotny jest zdania, że system pawilonowy jest za drogi. Co do terminu szpital-sanatorium to jest to termin niejasny. Kol. Nowotny podaje i uzasadnia jak to należy rozumieć. Co do leczenia gruźlicy kosztnej to sprawa ta jest paląca i wymaga należytego załatwienia.

Kol. Fischer jest przeciwnikiem luksusowych sanatoriów i przytacza kontrasty pomiędzy sanatorium w Istebnej i sanatorium w Andrychowie, jest także za systemem pawilonowym, ale za średnio wielkimi pawilonami.

Kol. Jankowski uzasadnia dlaczego według jego zdania system pawilonowy jest najlepszy. Podaje w przybliżeniu kosztą budowy małych pawilonów, jak również pokazuje plany sporządzone w tym celu przez architekta.

Kol. J. Karwowski jest za tworzeniem izolatoriów dla nieuleczalnych, ponieważ to będzie dobrodziejstwem dla chorych biednych.

Kol. Białynicki jest za budowaniem dużych pawilonów a nie małych. Trzeba robić to co możemy i to co jest najlepsze w naszych warunkach. Trzeba wykorzystać dla chorych baraki letnie.

Kol. Rechniowski zabiera głos w sprawie odżywiania chorych w sanatoriach i podkreśla, że jedzenie nie powinno być luksusowe, ale za to musi być starannie i zdrowo spreparowane.

Poza tym zabierają głos w dyskusji kol. Czyżewski, Węgrzynowski, Grodecki, Fischer, Szczepański, Jagoszewski i Łabędziński.

Kol. Telatycki w odpowiedzi na poruszone sprawy w związku z jego referatem stwierdza, że daje się już zauważyć przestrojenie nastawienia Z. U. S. na czas leczenia i na długość pobytu w sanatoriach. Kol. Telatycki broni konieczności szerokich korytarzy i jest przeciwny małym barakom i uzasadnia swoje twierdzenia. Między innymi zaznacza, że nie ma zamiaru wcale propagować budowy luksusowych sanatoriów, jednakże rzeczy najniezbędniejsze muszą być uwzględnione i wykonane.

Kol. Meisner reasumując dyskusję uważa, że trzeba w dużych centrach zamieszkania budować szpitale przeciwgruźlicze dla przypadków gruźlicy wymagających koniecznej interwencji i wyjaśnienia diagnozy.

Po przerwie obiadowej kol. Jankowski wygłasza ciekawe sprawozdanie z działalności sanatorium w Kowanówku, mówi o poprawie koniunktury, o nasileniu frekwencji chorych i przytacza ciekawe dane co do wyników leczenia gruźlicy płuc preparatami złota.

Kol. Górecki (asystent sanatorium w Kowanówku) omawia metodę uciskową przy pomocy plastra stosowaną w 23 przypadkach.

Kol. Zakacz omawia dobre wyniki leczenia gruźlicy płuc stosowaniem wyrwania nerwu przeponowego.

Następnie kol. Sokołowski odczytuje sprawozdanie zarządu.

Kol. Fischer zaznajamia ze sprawozdaniem kasowym.

Kol. Węgrzynowski podaje sprawozdanie Sekretariatu Generalnego i omawia projekt przeniesienia siedziby Sekretariatu do Warszawy.

Kol. Fischer referuje sprawę statutu Zrzeszenia. Wywiązuje się ożywiona dyskusja w sprawie czy należy utrzy-

mać tytuł „Zrzeszenie Dyrektorów“ czy też „Towarzystwo Lekarzy Sanatoriów Przeciwgruźliczych“. Większością głosów uchwalono pozostawić brzmienie dawne.

Uchwalono następnie, że każdorazowy Redaktor naczelny „Gruźlicy“ i „Ruchu Przeciwgruźliczego“ o ile jest członkiem Zrzeszenia, należy do Zarządu. Pozatem uchwalono zwrócić się do Związku Przeciwgruźlicz. z prośbą o subwencję 400 zł. Zjazd wypowiedział się za przesyłaniem poszczególnym członkom skrótów referatów, które mają być odczytane na zjeździe przynajmniej na dwa tygodnie naprzód.

Kol Szczepański przypomina uchwałę jednego z poprzednich zjazdów, że wyjazdy na zjazdy Zrzeszenia Dyrektorów powinny być uważane jako służbowe i podlegać zwrotowi kosztów i dietom.

W n i o s k i:

Wniosek Kol. Wieszeniowskiego:

XIV Ogólne Zebranie Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych o charakterze społecznym po wysłuchaniu referatu Dr Wieszeniowskiego p. t. „Na marginesie prac Sejmu nad ustawą przeciwgruźliczą“ wypowiada opinię, że dyskutowany w dniu 31. III. rb. w Sejmie projekt ustawy przeciwgruźliczej pogarsza możliwości zwalczania gruźlicy stwarzane przez istniejącą ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Rzeczywistość polska wymaga jak najrychlejszego uchwalenia ustawy przeciwgruźliczej, któraby jednak uwzględniała dezyderaty, głoszone od wielu lat przez sfery lekarskie, naukowe i społeczne. Dezyderaty te znalazły swój wyraz w poprawkach zaproponowanych przez rzeczoznawców powołanych przez Biuro Sejmu, ale nie uwzględnionych przez Sejmową Komisję Zdrowia i Opieki Społecznej

Wniosek Kol. Meisnera i Nowotnego:

Wobec możliwości powiększenia ilości łóżek dla leczenia sanatoryjnego należy postawić równorzędnie sprawę urządzenia łóżek dla gruźlicy kostnej i pozapłucnej w szpitalach przeciwgruźliczych jako niesłychanie pilną.

Wniosek kol. Telatyckiego:

XIV Ogólne Zebranie Członków Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów po przedyskutowaniu referatu Dyrektora Biruli-Białynickiego zwraca się do instytucji kreujących i prowadzących sanatoria w uznaniu niezbędnej konieczności sprawdzania wyników leczenia sanatoryjnego po okresie 5—10 lat po opuszczeniu zakładu przez chorych o przewidywanie w rocznych budżetach sanatoriów dotacji na przeprowadzenie ankiet o stanie zdrowia wśród byłych kuracjuszków.

Wnioski zostały przyjęte. Poza tym Zjazd uchwalił, że następny XV Zjazd Zrzeszenia Dyrektorów odbędzie się we wrześniu 1938 r. w Zakopanem.

Na zakończenie kol. Telatycki podkreśla miły i pracowity nastrój Zjazdu i uważa to za dobry omen na przyszłość.

Gospodarzom w imieniu uczestników Zjazdu kol. Tеляtycki składa serdecznie podziękowanie. Na tem Ogólny XIV Zjazd Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych o charakterze społecznym zostaje zamknięty.

Dr Łotocki Edward
Sekretarz

Kronika.

Osobiste: P. Drka Maria Krasowska, zast. dyrektora Lecznicy w Hołosku W. koło Lwowa, przeniosła się do Worochty i objęła z dniem 1. II. 1939 r. stanowisko ordynatorki w sanatorium Z. U. S. w Worochcie.

Uwagi w sprawie organizacji kursów z zakresu zwalczania gruźlicy. Na posiedzeniu Sekcji do zwalczania gruźlicy Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 30. XI. 1938 r. wypowiedziano następujące uwagi w sprawie organizacji kursów z zakresu zwalczania gruźlicy. Należałoby wprowadzić dwa typy kursów: 1) uzbrajający lekarzy do społecznej walki z gruźlicą i 2) dla lekarzy szpitalnych i ośrodków zdrowia. Ad 1) Program kursów typu pierwszego miałby więcej godzin medycyny społecznej, tj. z ustawodawstwa przeciwgruźliczego, z organizacji walki z gruźlicą w miastach i na wsi, prowadzenia poradni, żłóbków i prewentiów, wykładów o współpracy z ubezpieczalniami, o gruźlicy jako chorobie zawodowej. Wykłady teoretyczne w tej grupie musiałyby zająć mniejszą ilość godzin (przebieg zakażenia gruźliczego, anatomia patologiczna, bakteriologia). Teoria zaś i praktyka leczenia zapadowego, oraz rentgenologia klatki piersiowej musiałyby być potraktowana równie szeroko jak i w grupie drugiej, równie obszernie musiałyby być potraktowany dział diagnostyczny, aby podnieść poziom umiejętności stawiania wskazań do zabiegów, wzgl. do leczenia szpitalnego lub sanatoryjnego (szczególnie u lekarzy urzędowych). Ad 2) Typ drugi kursów mógłby mieć zmniejszoną ilość godzin wykładów i zajęć z medycyny społecznej, natomiast — rozszerzoną serię wykładów i zajęć z dziedziny metod uzupełniających odmě, różniczkowania od innych chorób (pylica, rozstrzenie, astma, zaburzenia wewnątrz wydzielnicze itp.), badań czynnościowych pod kątem wskazań do poważniejszych zabiegów i pod kątem orzecznictwa. W wykładach z dziedziny medycyny społecznej powinno być uwzględnione zagadnienie wsi nie tylko pod kątem tzw. „depistażu“ i organizacji poradni, ośrodków itp., ale i pod kątem organizacji lecznictwa sanatoryjno-szpitalnego mieszkańców wsi. W Polsce tylko mieszkaniec wsi — rolnik — nie ma żadnej możliwości leczenia racjonalnego gruźlicy, jako nie ubezpie-

czony. Należałoby wprowadzić w życie instytucje rozpoznawczo-doradcze, do których mógłby każdy uczestnik kursu zwracać się w przyszłości o radę w drodze korespondencji, przesyłając skrót przebiegu choroby, rentgenogram itp., w miarę zaś wzrastania możliwości finansowych aparatu powołanego do organizacji walki z gruźlicą — nawet przysyłać chorych dla przebadania wszechstronnego i otrzymania wskazówek do dalszego postępowania. Wprowadzić zwyczaj ankiety (anonimowej w razie życzenia) na temat odbytych kursów, aby móc wprowadzić uzasadnione życiem zmiany w programie, sposobie prowadzenia zajęć praktycznych, czasu trwania kursów itp. Wydawać co pewien czas poradnik bibliograficzny i rozsyłać to wydawnictwo uczestnikom kursu na parę miesięcy przed rozpoczęciem wykładów z zaznaczeniem, że polecane jest pewne określone przygotowanie do kursu. Pożądane byłoby wydawanie pisma o przystępnej prenumeracie (subwencionowanego), które miałyby charakter dydaktyczno-informacyjny, a więc zawierałyby artykuły rozwijające i uzupełniające zagadnienia poruszone na kursach, prócz tego umieszczałyby zwięzłe informacje o nowych zdobyczach w dziedzinie rozpoznawstwa, postępowania zapobiegawczego i leczniczego, oraz sprawozdania z różnych „pionierskich“ poczynąń. Aby nie mnożyć wydawnictw i nie rozdrabniać sił można byłoby np. rozszerzyć i zaadoptować wychodzący we Lwowie „Ruch Przeciwgruźliczy“. Niektóre zajęcia praktyczne i ćwiczenia powinny być prowadzone w formie kollokwiów, aby kierownictwo kursów miało możność przekonania się, że uczestnik nie tylko wysłuchał, ale i nauczył się. Należałoby przeprowadzić postulat przymusowego przeszkolenia niektórych lekarzy urzędowych. Praktyka bowiem sanatoriów przeciwgruźliczych wykazuje nieraz błędy w skierowywaniu na leczenie: zdarzają się wypadki niepotrzebnego jak również i zbyt spóźnionego przekazywania do sanatoriów i szpitali zarówno gruźlicy płucnej jak i kostnej.

Przedłużenie terminu Konkursu ogłoszonego przez Polskie Tow. Badań Naukowych nad Gruźlicą na nagrodę imienia Dra Kazimierza Dąbrowskiego za najlepszą pracę z dziedziny gruźlicy. Termin składania prac został przedłużony do dnia 1 września 1939 r. Decyzja sądu konkursowego nastąpi dnia 1 listopada 1939 r.

Chorzy na gruźlicę hodują jedwabniki w jednym ze szpitali niemieckich jako dział zajęć dla chorych gruźliczych zaprowadzono hodowlę jedwabników. Inicjatywa ta dała bardzo dobre wyniki: daje chorym zadowolenie i opłaca się pod względem materialnym.