

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

PODSEKCJI NAUKOWEJ LEKARZY
KOLEJOWYCH SEKCJI ZDROWIA
ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW
KOLEJOWYCH R. P.



W A R S Z A W A

KOMITET REDAKCYJNY:

Redaktor Dr Józef Mazurek.

Administrator Dr Andrzej Jefremienko.

Członkowie: Dr Michał Okoński i Dr Mieczysław Ostrowski.

DELEGACI PODSEKCJI OKRĘGOWYCH:

Dr Stanisław Borkowski (Wrocław), Doc. Dr Jan Fenczyn (Kra-
ków), Dr Stanisław Flis (Olsztyn), Dr Józef Gackowski (Warsza-
wa), Dr Marcei Jakubiak (Gdańsk), Dr Lucjan Korczewski
(Szczecin), Dr Mieczysław Piasecki (Katowice), Dr Aleksander
Schreiber (Poznań), Dr Franciszek Stocki (Lublin), Dr Stanisław
Szpileczyński (Wrocław), Dr Włodzimierz Zdanowicz (Łódź).

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:

WARSZAWA, UL. BRZESKA 12, SZPITAL KOLEJOWY.

LEKARZ KOLEJOWY

2305
II OZAS

Kwartalnik Podsekcji Naukowej Lekarzy
Kolejowych Sekcji Zdrowia ZZK

*Numery 3—4 47 r. i 1—2 48 r. poświęcamy
Zjazdowi, odbytemu w Górnej Szklarskiej Porębie
w celu omówienia sprawy walki z gruźlicą na PKP,
wskutek czego w zamieszczonych referatach po-
ruszany jest ten sam temat.*

Uwagi na temat „zagrzuźliczenia“ pracowników Ministerstwa Komunikacji.

Dr M. Lityński, Lekarz Rejonowy przy M. K.

Wysiłki lekarzy Ministerstwa Komunikacji w kierunku zlikwidowania „zagrzuźliczenia“ pracowników i ich rodzin trwają od roku 1945.

Jakkolwiek pod tym względem dokonano wiele, nie znaczy to, że sytuacja jest opanowana. Przeciwnie, na podstawie spostrzeżeń wynikają wnioski, świadczące o trwających nadal trudnościach, pokonanie których może przyspieszyć rozwiązanie tego lokalnego problemu.

Zagrzuźliczenie bezwzględne, tj. liczba wszystkich pracowników, którzy ulegli w ciągu swego życia zakażeniu prątkiem Kocha, zostało ustalone dzięki przeprowadzonym próbom tuberkulinowym metodą Mantoux przez Duński Czerwony Krzyż.

Niezależnie od tego zbadano olbrzymią większość pracowników w kierunku gruźlicy płuc przy pomocy badań podstawowych i prześwietleń oraz zdjęć małoobrazkowych, w czym dużą zasługę posiada Polsko - Szwedzka Poradnia Przeciwgruźlicza. Na ogólną liczbę 1500 pracowników stwierdzono zmiany w płucach u 133, w tej liczbie u 36 objawy gruźlicy czynnej, względnie nawet rozpadowej. Ustalono więc, że chorobowość wśród pracowników wynosi 8,9% (średnia w Polsce 7,8%).



bibl 100
1948 C 01557

Podobne badania przeprowadzono wśród 700 osób członków rodzin (dorośli, młodzież akademicka, młodzież w wieku szkolnym). Zmiany w płucach stwierdzono u 66 osób oraz powiększenie gruczołów tchawiczo - oskrzelowych u 30 osób; wśród tej pierwszej podgrupy 66 — 9 przypadków gruźlicy rozpadowej. Chorobowość zatem wynosi 13% zbadanych. Procent ten niewątpliwie wypadłby jako niższy, gdyby dane statystyczne objęły wszystkich członków rodzin.

Oddzielną grupę stanowią dzieci dwóch przedszkoli, prowadzonych przez Koło Ministerstwa Komunikacji Związku Zawodowego Pracowników Państwowych. Na ogólną liczbę 80 dzieci stwierdzono w 25 przypadkach odczynu tuberkulinowe dodatnie i w tyluż przypadkach powiększenie gruczołów tchawiczo-oskrzelowych (32%). Reszta dzieci (55) okazała się niezakażoną prątkiem Kocha, co ustalono na podstawie negatywnych odczynów tuberkulinowych.

Sprawa kontroli stanu zdrowia w kierunku gruźlicy przedstawia się szczególnie łatwo, o ile chodzi o dzieci naszych przedszkoli. Uświadomieni ich rodzice i opiekunowie (odbyto w tej sprawie pogadanki) wyrazili zgodę na przeprowadzenie prób tuberkulinowych, a następnie na zaszczepienie 55 dzieci przy pomocy szczepionki Calmette'a przez Duński Czerwony Krzyż. Badania, próby tuberkulinowe i szczepienia przeprowadzono grupami.

Badania przedstawicieli rodzin odbywały i odbywają się wyłącznie na życzenie zainteresowanych.

Sytuacja, dotycząca kontroli pracowników M. K., już dawniej zbadanych, przedstawia się następująco: dzięki staraniom Biura Sanitarnego M. K., prawie wszyscy pracownicy etatowi — oraz pewna część nietatowych — zostali poddani badaniu radiologicznemu płuc przez lekarzy Poradni Polsko - Szwedzkiej. W dalszym ciągu i stale trwają badania pracowników w kierunku gruźlicy, którzy zgłaszają się do ambulatorium M. K. o poradę. Osobnicy, u których stwierdzono zmiany radiologiczne w płucach, zostali w przeważającej większości zbadani gruntownie i zakwalifikowani do leczenia (90 osób). Pewna liczba jednak osób (43), u których stwierdzono zmiany radiologiczne w płucach, pomimo 2—3 krotnego pisemnego wezwania, za pośrednictwem Biura Sanitarnego M. K., do stawienia się w ambulatorium M. K., nie zgłosiła się do kontroli.

Również kontrola pracowników, powracających z sanatoriów i szpitali, napotykała i napotyka na duże trudności, głównie z powodu opieszałości samych pacjentów. Faktem jest, że niektórzy z pracowników, powracający ze szpitala lub sanatorium, nie zgłaszają się do lekarza rejonowego, lecz przystępują do pracy, niejednokrotnie prątkując. Dają oni dowód swego niewyrobieńia spo-

lecznego, a ponadto bez żadnego uzasadnienia unikają kontaktu z lekarzem rejonowym w obawie przed rzekomymi przykrościami służbowymi, mającymi jakoby wynikać z faktu stwierdzenia u nich gruźlicy czynnej płuc. Zapytywani o powód takiego postępowania odpowiadali, że lekarze szpitalni względnie sanatoryjni nie wydali im polecenia zgłoszenia się do lekarza rejonowego, a nawet w wypadku prątkowania, jakoby nie wydali im zakazu przystąpienia do pracy, ponieważ czując się dobrze, chcą jaknajprędzej wrócić do normalnych zajęć.

Taki stan rzeczy nie powinien być nadal utrzymywany. Lekarz, posiadający w swej ewidencji chorych na gruźlicę, musi uzyskać uprawnienie bezpośredniego, względnie pośredniego przez Biuro Sanitarne M. K. i ich przełożonych, okresowego wzywiania chorych na kontrolę.

Lekarz rejonowy winien mieć uprawnienie do wydawania opinii co do czasowej dłuższej niezdolności do zajęć pracownika chorego na gruźlicę, powołując się w tym względzie na opinię lekarza specjalisty ftizjologa.

Winien mieć możliwość kontrolowania warunków mieszkaniowych i higienicznych za pośrednictwem pielęgniarki - higienistki.

Szczególną uwagą otoczyć ma lekarz rejonowy pacjentów, powracających z sanatorjów. Chorzy tacy powinni przed wyjazdem do sanatorium otrzymać od lekarza rejonowego lub specjalisty ftizjologa PKP blankiet (druk), który w swoim czasie ma wypełnić lekarz ordynujący lub kierownik sanatorium, przy wypisaniu pacjenta. Opinię swą kierownik sanatorium w zasadzie odsyła pocztą do miejsca pracy lub, według własnego uznania, wydaje na rękę będącego w dobrym stanie pacjenta. Opinia winna zawierać szereg istotnych szczegółów, dotyczących stanu zdrowia wypisanego: czy prątkuje, czy nie; czy jest zdolny do pracy względnie niezdolny. O ile jest niezdolny, to dlaczego został wypisany z sanatorium, o ile zaś zdolny, to za jaki okres czasu winien być poddany ponownie gruntownej kontroli lekarskiej; poza tym kiedy ma znów odbyć leczenie sanatoryjne.

Krótkie opracowanie wyżej wymienionych punktów odpowiedzi dla każdego chorego, wychodzącego z sanatorium PKP, nie nastręczałoby trudności natury formalnej, poza obciążeniem dodatkowym i tak niejednokrotnie przeciążonych pracą naszych lekarzy sanatoryjnych. Podobne żądanie, wysunięte w stosunku do lekarzy sanatoriów niekolejowych, mogłoby spotkać się wręcz ze sprzeciwem ich kierowników, lub ich władz zwierzchnich. Należy jednak przypuszczać, że porozumienie Władz Kolejowych z odpowiednimi kierownikami sanatoriów państwowych i samorządowych jest możliwe i nie spowoduje sprzeciwu, o ile nasi chorzy będą przybywać

z wyżej wymienionymi formularzami. Wszak podobnie przedstawia się obecnie sprawa odpowiednich kart wypisowych ze szpitali i sanatoriów chorych, skierowanych do tych zakładów leczniczych przez Ubezpieczalnię Społeczną.

Kwestja dodatkowej czynności pisemnego opiniowania stanu zdrowia gruźlika nakładałaby na lekarza sanatoryjnego obowiązek gruntowniejszej analizy przypadku chorobowego i bardziej głębokiego podejścia do sprawy zdrowia pracownika z punktu widzenia interesu tego ostatniego oraz interesu instytucji, dla której opuszczający sanatorium ma pracować. Opinię taką musi otrzymać o tej kategorii chorych lekarz rejonowy, jako niespecjalista i zajmujący się raczej stanem zdrowia ogółu pracowników i ich rodzin, należących do jego rejonu.

Stała i planowa akcja lekarska, zmierzająca do likwidacji za-gruźliczenia pracowników etatowych, którzy mogą korzystać z pomocy lekarskiej kolejowej, nie obejmuje pracowników umownych.

Ci ostatni, stanowiący spory % wśród ogólnej liczby pracowników, podlegają opiece lekarskiej Ubezpieczalni Społecznej, jedynie w wypadku zachorowania. Żadna jednak z wymienionych instytucji pomocy lekarskiej, ani PKP, ani Ubezpieczalnia Społeczna, nie przewiduje w stosunku do nich możliwości przeprowadzenia kontrolnych badań lekarskich wogóle, a w kierunku zagrzuźliczenia w szczególności. Pracownicy ci, w przeważnej liczbie uświadomieni, że nie może być w stosunku do nich zastosowany rygor przymusowego badania, nie skorzystali w dużym odsetku z badań tuberkulinowych i zdjęć płuc małoobrazkowych, do których byli zaproszeni.

Odgrywać tu pewną rolę mogła nieuzasadniona obawa, że w razie stwierdzenia u nich objawów gruźlicy, mogą spotkać się z trudnościami natury służbowej.

Akcja ta winna jednak być w interesie społecznym dokończona, a chorzy pracownicy muszą być objęci ewidencją i podlegać kontroli bez względu czy są etatowymi, czy nie, i czy mają opiekę lekarską kolejową, czy ubezpieczalnianą.

Na zasadzie konferencji z Ob. Naczelnym Lekarzem Ubezpieczalni Społecznej ustalono, że pracownicy nieetatowi muszą stawić się do badania i nie mogą się od niego uchylić. Badania tej kategorii pracowników M. K. mogłyby się odbyć w lekarskiej Poradni Polsko -Szwedzkiej lub Poradniach Przeciwgruźliczych przy Ośrodkach Zdrowia. Przy czym, zdaniem Ob. Naczelnego Lekarza Ubezpieczalni Społecznej, instytucja ta będzie partycypować w kosztach, jakie poniosłoby w związku z badaniami Biuro Sanitarne Ministerstwa Komunikacji.

Kwestia ta staje się otwarta i czeka na rychłą realizację.

Znaczenie niespecyficznego podrażnienia w gruźlicy doświadczalnej

Dr med. Lucjan Dobrowolski, ordynator oddziału chorób płucnych
szpitala Św. Ducha w Warszawie.

Wykrycie prątka kwasoopornego gruźlicy przez Kocha i jego znane doświadczenie na świnkach morskich, wykazujące, że zupełnie inaczej skóra ich reaguje przy zaszczepieniu prątków zdrowemu czy choremu zwierzęciu, pobudziło umysły do postawienia szeregu pytań, które niestety dotychczas nie doczekały się zadowalających odpowiedzi.

Odkrycie przyczyny gruźlicy wykazało niezbicie, że dla zachowania jest konieczne specyficzne zakażenie, mimo to nie rozwiązało kwestii, związanych ze zdrowiem ludzi i zwierząt chorych na gruźlicę. Zawiodła również nadzieja, pokładana przez Kocha iniekcjami tuberkulinowymi wzmóc odporność organizmu i przyczynić się do leczenia gruźlicy.

Niezrozumiałym stał się dla nas fakt, dlaczego przy takim rozpowszechnieniu prątka gruźlicy i takich możliwościach zakażenia, któremu ulega około 90% ludzi, nie wszyscy ulegają chorobie; poza tym trudno pojąć, dlaczego u chorych gruźlica atakuje wybiórczo te czy inne organy i przebieg jej jest różny u różnych osobników, u jednych ognisko gruźlicy całe lata pozostaje w równowadze, u innych natomiast powiększa się stale na obwodzie, dając nieraz uogólnienie cierpienia do wszystkich organów.

Szereg uczonych starało się rozwiązać te sprawy, jednak raczej bezskutecznie, wreszcie Pirquet, który sformułował w dość oryginal-

ny sposób swe badania i stworzył pojęcie alergii, częściowo rozwiązał te sprawy. Opierając się na tych pojęciach, Ranke oparł morfologiczno - anatomiczne zmiany przy gruźlicy na stosunkach biologiczno -odpornościowych przemian w organizmie. Analogicznie do trzech okresów luesu, Ranke podzielił gruźlicę na trzy okresy. W pierwszym następuje zakażenie przy niezmienionych siłach obronnych organizmu, w drugim gruźlica rozprzestrzenia się drogą krwi i naczyń limfatycznych z jednoczesnym nastawieniem organizmu na wrażliwość, wyrażającą się wzmożonymi odczynami zapalnymi dokoła ognisk. Wreszcie w trzecim okresie mamy rozprzestrzenianie się cierpienia wzdłuż naturalnych kanałów, jakimi są oskrzela, moczowody, jelita itp.; jednocześnie mamy biologiczne osłabienie wrażliwości organizmu i osłabienie odczynów zapalnych. Organizm nabywa odporności, zabezpieczającej przed wysiewami krwionośnymi. Niestety należy zarzucić temu okresowi, że zjawiają się w nim i wysiewy drogą krwi.

Mimo tych słabych stron, zarówno Pirquet jak i Ranke bardzo się przysłużyli nauce o gruźlicy i teorie ich śmiało nazwać można, do pewnego stopnia, genialnymi pomimo, że nie dają nam dostatecznych odpowiedzi na szereg pytań, związanych ze sprawą zachorowania i uleczalności gruźlicy; badacze ci uzależniają przedstawienie specyficzne biologicznej odporności organizmu (alergii) od obecności ogniska pierwotnego zakażenia.

Tymczasem chorzy na gruźlicę ulegają wyleczeniu czy też zaleczeniu; zastanawia nas jednak, dlaczego przy sztucznym zakażeniu laboratoryjnym, nie mamy wyleczenia, zwierze zakażone musi zachorować, sprawa gruźlicza zawsze ulegnie uogólnieniu i zwierze ginie.

Należałoby się zastanowić w pierwszym rzędzie, jakie są przyczyny tego różnego przebiegu zakażenia naturalnego i doświadczalnego. Wiemy przecie, że gruźlica u ludzi prawie zawsze jest cierpieniem miejscowym, nawet wtedy, gdy mamy zniszczenie całego organu jak np. płuc (obu). Stwierdzamy przy tym jednocześnie cały szereg różnorodnych postaci, odwrotnie natomiast przy gruźlicy doświadczalnej, pomijając drogi wprowadzenia zakażenia, zawsze z reguły następuje uogólnienie sprawy i zarówno przebieg cierpienia, jak i wyniki sekcyjne są u wszystkich zwierząt zupełnie identyczne tak, że możemy wynik z góry przewidzieć.

Wynika z tego, że jakiś czynnik odgrywa tu rolę i czynnik raczej niespecyficzny.

Opierając się na powyższym, jak również biorąc pod uwagę doświadczenia Ostrego, Sperańskiego, przeprowadziłem szereg do-

świadczeń na zwierzętach, stawiając sobie za cel uzyskanie wyłącznie miejscowej gruźlicy doświadczalnej, bez uogólnienia sprawy.

Badania doświadczalne.

Postanowiłem zakażać króliki w ten sposób, by wprowadzić do płuc określoną ilość szczepu gruźlicy zjadliwej (szczep Vallée z PZH) w mieszaninie stałej z dodatkiem bizmutu, celem określenia bliższego na ekranie rentgenowskim, w którym miejscu płuca usadowi się taki sztuczny zawał. Wykonałem kulki o średnicy 1 mm, składające się z 2-ch części wosku, 1 części butyrum cacao, tworząc masę, topniejącą w temperaturze krwi, wreszcie dodałem nieznaczoną ilość bismutum carbonicum. W kuleczce tej wykonywałem małe zagłębienie, gdzie umieszczałem 0,4—0,5 mlg. szczepu gruźlicy zjadliwej ludzkiej, zakrywając otwór tą samą masą. Następnie kulkę tę w stanie jałowym wprowadzałem przez odpowiednio grubą igłę do żyły szyjnej królika, po uprzednim odpreparowaniu jej i przewiązując ją. Na ekranie rentgenowskim stwierdzałem usadowienie się takiego zawału w dolnych częściach płuca, zwłaszcza po stronie prawej. W ten sposób doświadczenie to przeprowadziłem na 8 królikach. Po 30—35 dniach uśmiercone króliki i poddane sekcji wykazały: u jednego z nich brak jakichkolwiek bądź objawów gruźlicy, u czterech wykryłem nieznaczne specyficzne zmiany tylko w otoczeniu zawału i w okolicznych gruczołach limfatycznych, u jednego zaś stwierdziłem niewielkie ognisko w płucu z zajęciem odpowiednich gruczołów oskrzelowo - tchawicowych. Tylko w jednym przypadku stwierdziłem gruźlicę ogólną, rozsianą również i w innych narządach jak w wątrobie, nerkach, śledzionie itp., wreszcie był jeden przypadek ogólnej gruźlicy w płucach tylko. Mieliśmy zatem na 8 przypadków tylko jeden gruźlicy uogólnionej.

Nadmienić muszę, że uprzednio wykonałem u dwu królików doświadczenie w identyczny sposób, lecz bez dodania bizmutu, w obu tych przypadkach po 35 dniach sekcyjnie wykryliśmy gruźlicę uogólnioną.

U 7-miu królików w poprzednio opisanym doświadczeniu szczegółowszy opis sekcyjny wykazał: płuca miały wygląd normalny, przy odkryciu klatki piersiowej płuca lekko zapadały się. We wszystkich przypadkach wyczuwało się drobne uwypuklenie w naczyniu, w którym usadowił się zawał. Naczynie to miało widocznie zgrubiałe ścianki, a dookoła niego stwierdzał się naciek; po przecięciu naczynia w jego świetle przez powiększające szkło można było wyraźnie stwierdzić resztki zawału z drobnymi cząsteczkami bizmutu.

Część płuca, należąca do naczynia z zawałem, była w stanie częściowej niedodmy, częściowo zaś w stanie nieznacznej rozedmy. Niestety nie mogłem przeprowadzić badań histologicznych.

Nie uległo najmniejszej wątpliwości, że dodatek bizmutu, miał zasadnicze znaczenie w tym doświadczeniu. Ponieważ bizmut zatrzymuje wzrost prątków gruźliczych w dość dużym nawet rozcieńczeniu, postanowiłem sprawdzić pierwotne przypuszczenie i zaszczerpiłem tę samą masę do jamy otrzewnowej królika.

Po otwarciu jamy brzusznej dwu królikom, wyciągnąłem sieć większą, zawijałem w nią kuleczkę, składającą się z masy wosku, but. cacao i bizmutu ze szczepem gruźlicy i zaszywałem powłoki brzuszne nagłucho. Po 36 dniach stwierdziłem sekcyjnie u obu królików gruźlicę uogólnioną. Otrzymawszy ujemny wynik w tym doświadczeniu, postanowiłem jeszcze sprawdzić, szczepiąc masę w składzie powyższym do jamy opłucnowej, niestety i w tym wypadku otrzymałem uogólnienie sprawy gruźliczej.

Ten dość dziwny wynik czterech odmian doświadczeń zmusił mnie do zastanowienia się nad dalszymi poczynaniami. Wynikało z tego niezbicie, że bizmut jako taki nie odgrywa w tych doświadczeniach roli czynnika bakteriobójczego, jak to mylnie przypuszczałem przy pierwszym opisanym doświadczeniu. Wobec tego postanowiłem poświęcić jeszcze 2 króliki; przygotowałem masę, jak do poprzednich doświadczeń z tym, że zamiast bizmutu w jednej porcji dodałem niewielką ilość węgla, w drugiej calcium lacticum i razem ze szczepem gruźlicy zaszczerpiłem do żyły szyjnej dwum królikom; w obu tych przypadkach otrzymałem identyczne wyniki, jak przy bizmucie, tj. brak gruźlicy uogólnionej. Ten nieoczekiwany wynik ostatniego doświadczenia wykazał, że nie tylko bizmut wpływa na wynik ostatecznego doświadczenia, ale i inne środki mają identyczny wpływ i które nie mają raczej własności bakteriobójczych. Logicznie należało by przypuszczać, że prawdopodobnie zasadniczy wpływ ma znajdowanie się obcych ciał w określonym miejscu organizmu, mianowicie w płucach, a nie znajdowanie się w organizmie bizmutu, węgla, czy też wapna. By to sprawdzić jeszcze, wykonałem dodatkowo doświadczenie w pewnej odmianie: dwu królikom wprowadziłem do żyły szyjnej kuleczki z masy, zawierającej bizmut, jednak bez szczepu gruźlicy, a do jamy brzusznej kuleczki jednak bez bizmutu, ale zawierające szczep gruźlicy złośliwej. Po 34 dniach sekcja wykazała tylko miejscowe zmiany w okolicy sieci dużej i zupełnie nie udało się stwierdzić gruźlicy uogólnionej.

Wyniki.

- a) Wprowadzenie szczepu gruźlicy zjadliwej do małego krwioobiegu królika w postaci mieszaniny, składającej się z wosku,

but. cacao i bizmutu powoduje w gruźlicy doświadczalnej tworzenie się gruźlicy miejscowej, raczej bez objawów gruźlicy uogólnionej.

- b) W ten sam sposób wykonane doświadczenie, jednak bez bizmutu, daje wyłącznie obraz gruźlicy ogólnej.
- c) Przeprowadzenie doświadczenia jak pod a) jednak nie do żyły szyjnej, a do jamy brzusznej wykazało wyłącznie gruźlicę uogólnioną.
- d) Zastąpienie bizmutu wapnem i węglem, reszta jak w doświadczeniu pod a) dało identyczny wynik, jak w doświadczeniu z bizmutem, tj. brak gruźlicy ogólnej.
- e) wprowadzenie bizmutu do płuc poprzez żyłę szyjną, lecz bez szczepu gruźlicy, a do jamy brzusznej szczepu gruźlicy bez bizmutu dało miejscową gruźlicę w jamie brzusznej, jednak bez uogólnienia sprawy.

W n i o s k i.

1. Doświadczenia te wykazują niezbicie, że niespecyficzne podrażnienie, wprowadzone poprzez zasięg małego krążenia do płuc, wpływają na zwiększenie odporności przeciwko gruźlicy doświadczalnej.
2. By to niespecyficzne podrażnienie miało efekt, musi się ono znajdować nie tylko w organizmie, ale w określonym jego miejscu, mianowicie w płucach.
3. Najprawdopodobniej nie odgrywa tu roli układ siateczkowo - nabłonkowy, gdyż wprowadzając naszą masę do jamy brzusznej, w której układ siateczkowo - nabłonkowy jest najsilniej reprezentowany, nie stwierdziliśmy zahamowania ogólnej gruźlicy.
4. Należy przypuszczać, że wpływ najprawdopodobniej wywiera niespecyficzne podrażnienie zakończeń nerwowych, znajdujących się w zasięgu małego krwioobiegu i w samych płucach.
5. Wyniki tych doświadczeń są b. znamienne, wymagają jednak jeszcze dokładniejszego sprawdzenia i przerobienia na większym materiale, i koniecznie popartym badaniami histologicznymi. Jednak już obecnie wynik tych doświadczeń daje b. dużo do myślenia co do wartości specyficznego ogniska pierwotnego w płucach, wreszcie badania te mogą mieć w przyszłości niemały wpływ na dalsze kształtowanie się pojęcia o alergii wogóle.

Piśmiennictwo.

1. Behring — Beitr. Exper. Ther. 10-I-1905;
 2. Bernon et Fruchaud — Rev. de la Tuber. Nr 10/1934;
 3. Bernon — Presse méd. 8/1927;
 4. Calmette — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, Paris 1936;
 5. Cleveland — Jour. Amer. med. assee 113/14/1939;
 6. Dobrowolski L. — Les granulations toxiques des polynucleaires neutrophiles dans la Tuberculose Pulmonaire — Paris 1941 Lb. Arnett;
 7. Pirquet — Allergie — Berlin 1910;
 8. Naef — La doctrine de Ranke et les tuberculoses chirurgic. — Journal suisse de Médecine 25/1946;
 9. Speranski i Ostryj — Nerwnaja sistema w patogenezie tuberkuloza 1946 Moskwa;
 10. Sergent, Lannay Languet — Arch. med. chir. de l'appar. resp. Nr 1/1934;
 11. Sauerbruch Zchr. RTC 1921;
 12. Tobe, Monod et Fouré Rev. tbc. Nr 1/1935;
 13. Vallée — Ann. Inst. Pasteur 23/585/1909;
 14. Weichardt — Unspezifische Immunität Jena 1926.
-

Organizacja walki z gruźlicą.

Dr Stelmach Zygmunt.

Gruźlica jest chorobą zakaźną i społeczną, więc i środki zabezpieczające przed nią powinny mieć charakter ogólnie - społeczny, tym więcej iż śmiertelność z powodu gruźlicy wynosi w Polsce 16% ogólnej śmiertelności (np. w Anglii 6%). Na gruźlicę choruje w Polsce 1.200.000 osób czyli — 5% ogółu ludności. Z cyfry tej 234.000 przypada na gruźlicę płuc zakaźną, około 50.000 na gruźlicę pozapłucną dziecięcą, około 40.000 na gruźlicę skóry i 30.000 na gruźlicę kostno - stawową, z czego połowa przypada na dzieci. Reszta chorych tj. 846.000 jest grupą nosicieli mniej lub więcej czynnych zmian gruźliczych płucnych, mogących przejść w każdej chwili w postać zakaźną. Liczba zgonów na gruźlicę wynosi rocznie 39.000. Cyfry te stanowią wymowny obraz zagrożenia biologicznego Narodu, pozatym mają specjalne znaczenie ekonomiczne. Roczna strata dochodu społecznego na skutek straty osobo-lat pracy tak dużej ilości chorych osób wynosi omal, że cyfrę rocznego budżetu państwowego Polski. Walka z gruźlicą wymaga odpowiedniego aparatu organizacyjnego oraz znacznych wkładów pieniężnych. Skuteczność tej walki zależeć będzie od idealnej koordynacji trzech czynników a to od:

- 1) Wykrywania chorych gruźliczych we wczesnych okresach schorzenia.
- 2) Zapobiegania zakażeniu otoczenia.
- 3) Racjonalnego leczenia chorych gruźliczych.

Już Macchiavelli powiedział, że gdy rozpoznanie gruźlicy jest łatwe, to leczenie staje się niemożliwe i gdy leczenie staje się łatwe, to rozpoznanie bywa z reguły trudne. Praktyka codzienna w znacznej mierze zdanie to potwierdza, zwykle bowiem chorzy zgłaszają się do lekarza wtedy, gdy zmiany płucne są już rozległe, a co gorsza, gdy część otoczenia uległa zakażeniu gruźliczemu.

Dlatego wykrycie chorego na gruźlicę w okresie możliwie najwcześniejszym będzie pierwszym zadaniem walki z gruźlicą. Od tej chwili rozpoczyna się zapobieganie, by otoczenie nie uległo zakażeniu gruźlicą. Uzyskać to możemy przez usunięcie chorego z otoczenia zwłaszcza takiego, w którym znajdują się dzieci do lat 5, oraz osobnicy w okresie dojrzewania płciowego. Innym zadaniem zapobiegawczym będzie wzmożenie odporności ustroju, a uzyskujemy to przez stworzenie odpowiednich warunków dietetycznohygienicznych a więc: kolonie, prewentoria oraz pobyt dorosłych na wsi.

Ostatnim i nierozdzielnyim warunkiem skuteczności walki z gruźlicą jest racjonalne leczenie chorych.

Takie zgodne postępowanie, w myśl wyżej przytoczonych warunków, uzyskać można przez organizację poradni przeciwgruźliczej, posiadanie odpowiednich zakładów leczniczych zamkniętych oraz stworzenie odpowiednich warunków materialnych rodzinie i choremu w okresie jego niezdolności do pracy.

Celem poradni przeciwgruźliczej jest wykrywanie chorych gruźliczych i zapobieganie szerzeniu się zakażenia gruźliczego. Leczenie winno być w zasadzie celem dodatkowym poradni, brak jednak ośrodków dla dopełnienia odm u chorych płucnych, czy też leczenia konserwatywnego, narzucił poradniom jeszcze jedno zadanie więcej.

Aby poradnia przeciwgruźlicza pracowała należycie w myśl ogólnie przyjętego schematu edynburskiego musi mieć do dyspozycji:

- 1) Odpowiednio wyszkolony personel lekarski i pielęgniarski.
- 2) Cały arsenał diagnostyczny a więc: Rentgen, laboratorium itd.
- 3) Kartotekę osób badanych w poradni.

Praca w poradni jest usystematyzowaną i przebiega następująco:

W godzinach rannych pracuje lekarz i wywiadowczyni. Praca lekarza polega na: zbadaniu chorego łącznie z prześwietleniem, ustaleniu rozpoznania, na leczeniu ambulatoryjnym. Głównym jednak zadaniem leczniczym lekarza poradni będzie kierowanie chorych do leczenia zakładowego (szpital, sanatorium, prewentorium) celem leczenia bądź chirurgicznego, bądź konserwatywnego. Z całym naciskiem podkreślam, że chorzy do leczenia zakładowego winni być kwalifikowani tylko przez lekarza poradni przeciwgruźliczej (spec. ftizjologa).

Prócz okresowego badania chorego i jego otoczenia (t. zw. kontakty) lekarz poradni przeprowadza badania masowe. Wykrywanie bowiem gruźlicy metodą badań odśrodkowych, a więc badanie otoczenia znanego nam gruźlika, oraz wyszukiwanie źródeł zakażenia metodą badań dośrodkowych, a więc poprzez stwierdzone zakażenie

gruźlicze u dzieci, uzupełniamy jeszcze t. zw. badaniami masowymi osób przebywających ze sobą razem przez dłuższy przeciąg czasu np. urzędnicy, robotnicy warsztatów, fabryk.

Praca higienistki - wywiadowczynie poradni przeciwgruźliczej polega na pomaganiu lekarzowi poradni w godzinach ordynacyjnych w czynnościach administracyjno - społecznych (kartoteka - sprawozdania) oraz na pomocy przy dopełnianiu odm, prześwietleniach rentgenowskich, zastrzykach.

Po skończonej ordynacji higienistka odwiedza chorych i przeprowadza wywiady odnośnie warunków życia i leczenia oraz kieruje osoby podejrzane na gruźlicę do badania kontrolnego w poradni. Po powrocie z wywiadów higienistka wpisuje swoje uwagi społeczne do karty choroby, a w razie zgłoszenia się chorego do badania służy lekarzowi informacjami, które nie zawsze można wpisywać do karty choroby. Praca higienistki wywiadowczynie kwalifikowanej przy poradni przeciwgruźliczej jest odpowiedzialna i ciężka, a wykonywana sumiennie stwarza bezpośrednią łączność między poradnią i chorym.

Jedną z wielkich bolączek wszelkiej celowej akcji przeciwgruźliczej jest brak kartoteki chorych na gruźlicę, albo duża dowolność w jej prowadzeniu. A przecież z należycie prowadzonej kartoteki powinniśmy czerpać dokładne dane zagrzuźliczenia pracowników, kartoteka najwymowniej ustali liczbę śmierci z powodu gruźlicy, w zależności od rodzaju pracy i warunków życia. Tu można znaleźć odpowiedź na skuteczność leczenia gruźlicy lub na niebezpieczeństwo szerzenia się jej. Dziś, gdy walka z gruźlicą weszła na tory walki z pandemią, grożącą wyniszczeniem Narodu, każda akcja przeciwgruźlicza musi być ściśle skoordynowaną i kontrolowaną. Czynność tę spełnia Naczelny Komisarjat do Walki z epidemiami, który w wypadku chronicznej choroby, jaką jest gruźlica, dla opracowania skutecznych środków zaradczych, musi posiadać odpowiednie dane cyfrowe, rozpoznawcze czy lecznicze. Do tego celu służy jednolicie prowadzona kartoteka chorych na gruźlicę. Omawiając ostatni warunek skutecznej walki z gruźlicą t. j. lecznictwo przeciwgruźlicze, wiemy, że w obecnej organizacji walki z gruźlicą — szpitale sanatoria i inne zakłady lecznicze (prewentoria, kolonie) są niejako organami wykonawczymi poradni przeciwgruźliczej. Poza względami leczniczymi i zapobiegawczymi pobyt w zakładzie zamkniętym zapoznaje chorego z zasadami higieny osobistej, z karnością w leczeniu i jego skutecznością. W zakładzie chory najczęściej poznaje istotę gruźlicy i obowiązek sumiennego zwalczania tej groźnej choroby społecznej. Jednym z nierozwiązanych dotąd zagadnień (brak pieniędzy) jest sprawa pobytu w sanatoriach tych osób chorych, u których poprawa w stanie zdrowia następuje

powoli. Brak odpowiedniej ilości łóżek sanatoryjnych jest najczęstszą przyczyną tego zagadnienia, a nieraz ustawodawstwo, które ogranicza czas leczenia chorych gruźliczych w zakładach zamkniętych.

Według statystyki z r. 1947 posiadamy 10112 urządzonych łóżek sanatoryjnych. Z liczby tej na Ministerstwo Komunikacji przypada cyfra 673 łóżek, z czego na dzieci przypada 320 łóżek.

Omawiając rolę przychodni przeciwgruźliczej, która ze swą różnorodną działalnością jest początkiem i ośrodkiem każdej celowej i skutecznej akcji przeciwgruźliczej, mam przekonanie, iż wprowadzenie tej instytucji na terenie poszczególnych DOKP przyczyni się do zmniejszenia niebezpieczeństwa zakażenia się gruźlicą wśród pracowników kolejowych i ich rodzin oraz przyczyni się do szybszego wykrywania źródeł zakażenia w ramach ogólnej akcji przeciwgruźliczej. Muszę podkreślić, iż mówiąc o badaniu chorych gruźliczych nawet doświadczony lekarz ftizjolog popełnia nieraz do 50% omyłek diagnostycznych, a to z braku pomocy jaką daje badanie rentgenowskie. Niewielkie procesy włókniste, czy guzkowe, czy też t. zw. nieme jamy mogą zostać nierozpoznane. Ma to duże znaczenie dla lekarzy rejonowych P.K.P., którzy wydają ocenę stanu zdrowia przy badaniach dla uzyskania etatu, czy też kontroli stanu zdrowia przy badaniach okresowych. Dlatego uważam, iż każda Centralna Poradnia P.K.P. powinna mieć bodaj jeden aparat rentgenowski. Odnośnie do kart choroby dla chorób płucnych, celowe byłoby wprowadzenie kart, używanych przez Nadzwyczajny Komisariat do Walki z gruźlicą, ułatwi to bowiem z jednej strony ewidencję chorych pracowników na gruźlicę, a z drugiej strony pozwoli na lepszą obserwację i opiekę tych chorych w skali ogólnopństwowej.

Poznawszy dokładnie przy pomocy kartoteki i działalności poradni liczbę chorych na gruźlicę, wyrażam nadzieję, że i liczba łóżek sanatoryjnych, będących do dyspozycji Ministerstwa Komunikacji, ulegnie powiększeniu, 353 łóżek dla chorych dorosłych pracowników P.K.P. jest stanowczo za małą, o czym świadczy długi okres wyczekiwania na przydział do leczenia sanatoryjnego. Aby temu złu choć w części zaradzić, Wydział Sanitarny DOKP winien mieć możliwość szybkiego umieszczenia chorych w zakładach dla leczenia gruźlicy (szpitale, kliniki, sanatoria). Ma to duże znaczenie w razie konieczności szybkiego stosowania leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc. Wydanie instrukcji w tej sprawie dla lekarzy ftizjologów byłoby bardzo pożądane.

Celem przeprowadzenia należytej akcji przeciwgruźliczej wśród pracowników P.K.P. należy:

- 1) Zorganizować poradnie przeciwgruźlicze i odpowiednio je wyposażać.
- 2) Zaangażować fachowy personel lekarski i pielęgniarski.
- 3) Skoordynować akcję przeciwgruźliczą między poradnią przeciwgruźliczą P.K.P. a miejscowościami zbyt odległymi od siedziby poradni P.K.P. w ten sposób, by najbliższa poradnia przeciwgruźlicza, pracująca z ramienia Nadzwyczajnego Komisariatu do walki z gruźlicą, objęła swą akcją pracowników kolejowych etatowych oraz ich rodziny. Poradnie przeciwgruźlicze Nadzw. Komisariatu, mając już zorganizowaną pracę w terenie, mogłyby wszystkie uzyskane dane o chorym na gruźlicę pracowniku P.K.P. i jego rodzinie, przesyłać do centralnej kartoteki chorych gruźliczych pracowników P.K.P., z których korzystałby nie tylko ftizjolog lecz i lekarz rejonowy P.K.P.

W ten sposób P.K.P. miałyby możliwość przy pomocy wywiadów poradni przeciwgruźliczej Nadzw. Komisariatu zmusić obserwowanych chorych pracowników kolejowych do systematycznej kontroli oraz leczenia się, czego niestety nie można przeprowadzić przy dotychczasowym sposobie załatwiania chorego. Sprawa leczenia ambulatoryjnego i sanatoryjnego przez P.K.P. jest uzależniona od wyniku badań i wywiadów. Wówczas bowiem, mając zestawienia ogólne i przedmiotowe o chorych gruźliczych, będzie można podciągnąć wydajność leczenia, a przede wszystkim podać wysokość potrzebnych na to funduszy, bez których leczenie gruźlicy jest akcją dorywczą.

Sanatorium PKP dla płucnochorych w Dolnej Szklarskiej Porębie.

Dr Raczyński Ryszard, Kierownik Sanatorium.

Sanatorium kolejowe za czasów niemieckich należało także do kolei; właścicielem jego była Emerytalna Kasa Kolejowa. Zakład nasz wraz z budynkiem w Górnej Szklarskiej Porębie (obecny Dom Wypoczynkowy Z. Z. K.) stanowił jedną całość pod wspólnym kierownictwem. Tu umieszczano przypadki otwartej gruźlicy płuc i wykonywano wszelkie zabiegi, łącznie z thorakoplastyką; do Górnej kierowano chorych już podleczonej i nieprątkujących.

Sanatorium skończono budować i oddano do użytku w 1904 r. Zakład położony jest na południowym stoku gór Izerskich, na wysokości 650 m. p. m., z pięknym widokiem na całe pasmo Karkonoszy i dolinę Jeleniogórską. Dzięki zwartym kompleksom leśnym i otoczeniu wysokimi wzgórzami, Dolna Poręba posiada klimat nieco łagodniejszy od zakopiańskiego, oznaczający się silną insolacją i doskonałą osłoną nie tylko od wiatrów północnych, ale także częściowo od wschodnich i zachodnich.

Ogólny obszar sanatoryjny, wraz z ogrodem i gospodarstwem wynosi ponad 25 hektarów, w tym było ziemi ornej $5\frac{1}{2}$ ha, która niestety została rozparcelowana w 1946 r. na rzecz małych gospodarstw. Park i las zajmuje przestrzeń $13\frac{1}{2}$ ha, ogród 2 ha, reszta to łąki i nieużytki. $\frac{3}{4}$ obszaru sanatoryjnego położone jest ponad torem kolejowym, $\frac{1}{4}$ poniżej toru i tam właśnie znajduje się gospodarstwo wiejskie i część ogrodu. Z dworca kolejowego do sanatorium prowadzi dobra droga, długości $\frac{1}{2}$ km, jednak jest ona dla chorych dość męcząca, ponieważ różnica poziomów wynosi 50 m.

Budynek główny mieści w sobie 3 oddziały chorych, wraz z jadalnią i salami rekreacyjnymi. Sanatorium obliczone jest na 150 łóżek i przyjmuje wszelkie postacie gruźlicy płuc dorosłych i ma oddziały dla prątkujących i nieprątkujących, dla mężczyzn i dla kobiet,

oraz pracownie rentgenologiczną i analityczną. Dla pacjentów przeznaczone są pokoje 1—2—3—4—6 osobowe; parter zajmują gabinety lekarskie, kancelaria, kuchnia, pralnia, szwalnia i magazyny. Pielęgniarki mieszkają na trzecim piętrze. Na osobnej klatce schodowej znajduje się mieszkanie intendenta i pokoje dla pewnej części personelu. W sąsiedztwie sanatorium jest kotłownia wraz z warsztatami, połączona tunelem podziemnym z gmachem, w którym przebiega cała instalacja wodociągowa i centralnego ogrzewania.

Naokoło sanatorium rozmieszczone są drewniane werandy.

W odległości 50 metrów stoi obszerny dom mieszkalny, przeznaczony dla kierownika sanatorium. Na zachód od sanatorium znajduje się willa dla ordynatora. Przy wejściu na teren sanatorium osobny budynek mieści w sobie garaże z mieszkaniami dla obsługi. Zabudowania gospodarcze składają się z 3 części: 1) chlew ze stodołą, 2) stajnia z oborą, ponad którą są mieszkania dla personelu terenowego i 3) domek dla ogrodnika i jego pomocników.

Niestety sanatorium posiada cały szereg poważnych niedociągnięć i błędów w samej budowie i rozplanowaniu, oraz przy późniejszych adaptacjach budynku do nowocześniejszych wymóg. Niewątpliwie rozwieje to wielu ludziom iluzję, że wszystko, co Niemcy urządzili i budowali, było zawsze szczytem doskonałości i pedantycznego opracowania. W trzypiętrowym zakładzie, o nastawieniu chirurgicznym brak jest zupełnie windy. Wanny mieszczą się w suterynach, w ogólnej sali, bez kabin, co jest bardzo krępujące dla pacjentów. Wejście do łazienek prowadzi z hall'u, który jest wspólnym także dla sal rekreacyjnych i czytelní, dokąd mimo wietrzenia przedostają się stale para i specyficzne zapachy łaźni. Do nich dołącza się „miły aromat“ lizolu, bowiem tuż obok, o ironio!, znajduje się pomieszczenie, przeznaczone do dezynfekcji spluwaczek. Sam sposób dezynfekcji urąga wszelkim przepisom higieny z ostatniego ćwierćwiecza. Znajduje się tam bowiem tylko kocioł do wygotowywania samej płwociny, która w stanie jałowym musi przechodzić do dołów kłoczących, połączonych z instalacją zraszającą ogrody. Spluwaczek nie ma gdzie sterylizować. Myje się więc je tylko, a czynność tę wykonywali sami pacjenci, co wywoływało naturalnie zrozumiałą wstręt i obrzydzenie. Starania o zaistalowanie nowoczesnej aparatury są w toku. Wodociągi i łazienki zostały dobudowane dopiero w 1928 r., przy czym ujawniło się skąpstwo niemieckie, bo doprowadzono do umywalek tylko zimną wodę i nie uwzględniono zupełnie spluwaczek do mycia ust. W tym samym czasie doprowadzono światło elektryczne z sieci, — przedtym była własna instalacja, która obecnie się przydaje, gdy ze względów oszczędnościowych wyłączają nam światło. Dalszym błędem było niewątpliwie skomasowanie aż trzech sal reakcyjnych na jednym poziomie (na

parterze), podczas gdy inne piętra są pozbawione takich pokoi, co utrudnia wskazaną izolację chorych. Podobnie ma się rzecz z jadalnią, która jest tylko jedna, lecz tu łatwiej przeprowadzić selekcję przez odpowiednie usadawianie przy osobnych stolikach. Rozmieszczenie werand w promieniu około 30 m. wokół sanatorium naraża pacjentów na żmudne chodzenie i niepotrzebne zmęczenie. Dostateczna przestrzeń koło zakładu pozwalała na dobudowanie piętrowego budynku z werandami, które łatwo dałoby się połączyć z głównym gmachem. W rozmieszczeniu gabinetów lekarskich zaznacza się brak podziału na salę operacyjną i zabiegową i nie ma odpowiednich pomieszczeń do sterylizacji. W szeroko rozbudowanej części dla rentgena, co zresztą uskutecznilo dopiero w czasie wojny, popełniono fatalny błąd, umieszczając ciemnie w odległym końcu korytarza.

Całe urządzenie sanatorium, zwłaszcza części lekarskiej, zostało doszczętnie przez Niemców wywiezione. Zachowały się tylko zdjęcia, które ilustrują bogate wyposażenie, oraz transformator i stół rozdzielczy po pięknym rentgenie (Obecnie posiadamy mały, niewystarczający aparat „gabinetowy”). Dziś jest o sprzęt lekarski ogromnie trudno, zdobyliśmy rzeczy tylko najkonieczniejsze i dużo jeszcze czasu upłynie, zanim zdołamy skompletować w zupełności narzędzia i urządzenia lekarskie.

Zagadnienie walki z gruźlicą wśród pracowników PKP i ich rodzin.

Dr med. Zygmunt Słoniński.

Nasze wiadomości o istocie i przebiegu zjawiska gruźliczego zmuszają nas do niezachwianego przekonania, że walka z gruźlicą w pierwszym rzędzie musi być podjęta przy użyciu broni higieniczno - społecznej, a tylko w mniejszych rozmiarach broni leczniczej. Tak mówi Rolf Griesbach.

I słusznie. Od dnia, kiedy Robert Koch w Towarzystwie Ftyziologicznym w Berlinie pokazał zabarwiony metodą Weigerta zarazek gruźlicy, upłynęło 65 lat. Zdawało się, że epidemiologię gruźlicy wyjaśniono całkowicie, a podane przez Kocha leczenie swoiste za pomocą tak zwanej alttuberkuliny rokowało nadzieję szybkiego zlikwidowania tej choroby. Obecnie, w wyniku wielu prac badawczych, niektóre zagadnienia gruźlicy zostały lepiej poznane, ale epidemiologia, a zwłaszcza patogeneza gruźlicy wciąż jeszcze zawiera wiele zagadek, a swoiste leczenie nie dało oczekiwanych wyników. Gruźlica jest nadal główną przyczyną zgonów w większości krajów. Osiągnięcia naukowe i nabyte doświadczenie wskazują, jak społecznie zwalczać gruźlicę dzięki ściślejszej współpracy higieny społecznej z medycyną leczniczą. Gruźlica jest chorobą kosmopolityczną i stała się jednym z podstawowych zagadnień zdrowotnych wszystkich społeczeństw, przez co tworzy szczególnie ważny dział w systemie ochrony zdrowia publicznego. Społeczne znaczenie gruźlicy polega na jej rozpowszechnieniu, spowodowanych przez nią stratach ludnościowych i gospodarczych, oraz na jej łączności z warunkami gospodarczymi i społecznymi. Zakażenie gruźlicze obejmuje znaczną część ludności. Wśród ilości zgonów gruźlica zajmuje w większości krajów jedno z pierwszych miejsc (od 5 do 20% wszystkich zgonów). Według Braeuninga 80% gruźlików umiera w ciągu 7 lat od stwierdzenia gruźlicy otwartej. Z pośród osób, które klinicznie zachoro-

wują, około 15% powraca do zdrowia samoistnie, bez przejścia do otwartej postaci gruźlicy, 60% ma czynną sprawę gruźliczą w ciągu długich lat, około 40% prątkuje, ponad 16% wszystkich, którzy zachorowali, umiera. W Polsce przedwojennej oceniano liczbę zgonów na gruźlicę na około 80.000 rocznie.

W Warszawie przedwrześniowej (1939) umierało na gruźlicę około 2.000 osób rocznie; czterokrotnie więcej, niż na ostre choroby zakaźne łącznie. Straty materialne oceniało się w Warszawie w przybliżeniu na 11 milionów złotych. W zależności od środowiska gruźlica daje umieralność od 15 do 100 na 10.000 mieszkańców rocznie. Największy współczynnik w obecnym stuleciu zanotowano w krajach cywilizowanych. W Warszawie i w Łodzi w roku 1917 — 22% w stosunku do ogółu zgonów.

Zapadalność na gruźlicę jest trudną do zmierzenia, ponieważ jest to choroba przewlekła. Nasilenie gruźlicy mierzy się współczynnikiem istniejących chorób w pewnym okresie w przeciwieństwie do chorób zakaźnych, które mierzy się współczynnikiem nowo zgłoszonych zachorowań.

Badania rentgenologiczne w Niemczech, przeprowadzone na 3 milionach osób w latach od 1938 do 1941 wykazały:

gruźlicę czynną	w 2,54%
gruźlicę nieczynną	w 6,10%

Niemcy są krajem o stosunkowo niskim nasileniu gruźlicy. Otrzymywane powyżej wyniki wykazały, że u wielu osób pozornie zupełnie zdrowych wykrywano zmiany gruźlicze czynne, a nawet gruźlicę otwartą. Wyniki badań rentgenologicznych w Polsce, przeprowadzonych na 27.136 kolejarzach w roku 1942, wykazały gruźlicę czynną w 7,37%, w tym jamistą 0,47%. Gruźlicę wygojoną 5,1%. Gruźlica w Polsce jest znacznie więcej rozpowszechniona, aniżeli w krajach zachodnich. Przez porównanie z przebiegiem ostrych chorób zakaźnych można dopatrzeć się w gruźlicy falowego kształtu przebiegu ze wznoszącym się i opadającym ramieniem. Zarówno szybkość narastania i opadania fali jak i wysokość punktu szczytowego ma stać w pewnym związku ze stopniem cywilizacji i kierunkiem jej szerzenia się. Podczas gdy w Londynie i w Paryżu szczyt nasilenia gruźlicy przypadał na wiek 18, w Berlinie i Wrocławiu na przełom 18 i 19 wieku, w Norwegii, na Węgrzech i na Wschodzie Europy ta sama fala szczytowa przypadała na początek 20 wieku. W obecnych warunkach nasilenie gruźlicy wcześniej się zjawia, szybciej przemija i osiąga niższy poziom w bardziej cywilizowanych krajach; zaś występuje później, trwa dłużej i wznosi się wyżej w krajach o niższym stanie cywilizacji. Równocześnie z falowym przesuwaniem się gruźlicy z zachodu na wschód występuje jej rozszerzanie się wewnątrz poszczególnych krajów z ognisk miejskich

na wieś. Jednym z zagadnień w walce z gruźlicą jest sprawa zachorowania na gruźlicę w wieku dojrzałym. Naciek wczesny i gruźlica jamista są rzadkie w dzieciństwie t. j. wtedy, gdy zespół pierwotny jest czynny; stają się częstsze dopiero później, gdy zespół pierwotny staje się nieczynny. W gruźlicy płucnej dla dorosłych bydlęcy typ zarazka spotyka się wyjątkowo rzadko, podczas, gdy w zespołach pierwotnych w 8 do 20% przypadków, co naświetlało by sprawę reinfekcji, czyli ponownego zapadania na gruźlicę w wieku późniejszym (u dzieci wrota wejściowe przez przewód pokarmowy). Typ gruźlicy dorosłych powstaje zwykle w organizmie, który już niegdyś przeżył pierwotne zetknięcie się z zarazkiem i wytworzył stan alergii w stosunku do zakażenia gruźliczego. Największą możliwość zachorowania przez styczność z rodzicami na gruźlicę mają dzieci w pierwszym roku życia i młodzież od 16 do 20 lat, przy czym choroba matki częściej zaraża dzieci, niż choroba ojca. Z ostatnich badań naukowych wynika, że samej gruźlicy się nie dziedziczy, natomiast najprawdopodobniej dziedziczy się mniejszą wartościowość tkanki, która staje się jako *locus minoris resistentiae* i tym samym miejscem podatnym do osiedlenia się zarazka gruźliczego, jeśli nastąpi zakażenie. Nie ulega wątpliwości, że jeżeli jeden z małżonków jest chory na gruźlicę, to przychodzące na świat dziecko, choć nie zawiera w swoim organizmie zacząłków gruźlicy, gdy kontaktuje się z chorym na gruźlicę ojcem lub matką, zakazi się gruźlicą. Względy eugeniki przemawiały by za tym, aby chorzy na gruźlicę nie zawierali związków małżeńskich. Względy populacyjne, zwłaszcza u nas w Polsce, wymagają innego podejścia do zagadnienia rozrodu.

I dlatego można by się zgodzić z tym, aby chorzy na gruźlicę nie unikali potomstwa pod warunkiem zastosowania profilaktyki ekspozycyjnej (usuwanie dziecka od zarazka). Czy wystarczy dla ochrony dzieci rodziców chorych na gruźlicę przeprowadzenie szczepień ochronnych w okresie przedalergicznym zanim organizm zetknął się z zarazkiem gruźlicy na drodze zakażenia naturalnego? Alergiczne działanie BCG jest łatwe do sprawdzenia za pomocą odczynu tuberkulinowego, jednakże działanie uodparniające potrzebuje dowodu epidemiologicznego. Trudność oceny szczepionki BCG polega na konieczności długiej obserwacji jej wpływów. Dotychczasowe obserwacje, przeprowadzone na dzieciach, wykazały 13-krotne obniżenie umieralności na gruźlicę u dzieci szczepionych w stosunku do nieszczepionych. Należy podkreślić pracę Hernibecka w Norwegii o uodpornieniu dorosłych (pielęgniarek) z ujemnym odczynem tuberkulinowym. Wśród szczepionych zachorowało 8%, a wśród nie szczepionych 40%. Odosobnione są zdania o możliwości całkowitego opanowania gruźlicy przy zastosowaniu BCG. We Francji opracowano cały system zwalczania i zapobiegania gruźlicy wśród dzie-

ci i młodzieży. Marcier znalazł wśród dzieci, pochodzących od rodziców chorych na gruźlicę, a umieszczonych w warunkach dobrych, higienicznych tylko 3% zachorowań na gruźlicę, gdy tymczasem rodzeństwo, nie usunięte ze środowiska zakażonego, prawie całkowicie umierało. Głównymi typami tej działalności przeciw gruźlicy są t. zw. placement familial i prewentoria, L'oeuvre de preservation de l'enfance contre la tuberculose czyli t. zw. Oeuvre Grancher. Jest to instytucja, która przyjmuje dzieci po ukończonym 3 roku życia, pochodzące od rodziców chorych na gruźlicę, wydalających prątki, bada je i te, które okażą się zdrowe oddaje na wieś do zdrowego otoczenia. Tam pozostają dopóki niebezpieczeństwo zakażenia domowego nie ustanie, a rodzina pragnie powrotu dziecka; w przeciwnym razie dziecko pozostaje na wsi do 10 roku życia lub dłużej, albo na stałe. Dr Armand Delille podał ze swojej 25 letniej działalności, że na 2.500 dzieci w wieku od 3—10 lat tylko u 7 rozwinęła się gruźlica. Dr L. Bernard i R. Debre założyli ośrodki przeznaczone wyłącznie dla osesków, pochodzących od rodziców chorych na gruźlicę. Do pomocy w walce z dziecięcą gruźlicą zorganizowano szereg prewentorii czyli jak je określa L. Bernard zakłady położone na wsi, gdzie dzieci niegorączkujące z postaciami początkującymi lub utajonymi, wyleczalnymi i niezakaźnymi gruźlicy, usadowionymi nie w płucach, przebywają tam jak w internacie pod specjalną opieką lekarską. W Szwecji bardzo wczesnie podjęto próby oddzielenia dzieci od chorych rodziców lub odosobnienia takich rodzin, w których matka lub ojciec chorzy są na gruźlicę. Są osobne domy, do których przyjmuje się chore rodziny pod warunkiem, że dzieci spać muszą w oddzielnym pokoju. Dom taki znajduje się pod nadzorem Poradni Przeciwgruźliczej. Czy wobec tak dobrych wyników osiągniętych we Francji w walce z gruźlicą dziecięcą, nie należałoby zastosować wśród dzieci kolejarzy polskich, pochodzących od rodziców chorych na gruźlicę, leczenia zapobiegawczego, polegającego na usuwaniu dziecka od zarazka gruźliczego (profilaktyka ekspozycyjna), zważywszy, że **dotadni wpływ BCG na ogólną odporność i rozwój organizmu dziecka nie wydaje się dowiedzionym**. Gdy przyjmiemy, że zakażenie gruźlicze największe ma znaczenie w warunkach naszego życia codziennego dla dzieci, które się jeszcze z tym zakażeniem nie stykały, to nie można również lekceważyć znaczenia superinfekcji gruźliczej dla osób dorosłych, które znalazły się w stanie alergii i ułożyły w sposób niezachwianej równowagi swój stosunek z pierwszym zakażeniem tym bardziej, że, jak wskazał Calmette, alergja jest równoznaczna z odpornością. Dotyczy to przede wszystkim małżeństw. W tych okolicznościach, gdzie jeden z małżonków jest chory na zaraźliwą postać gruźlicy, istnieją wszelkie warunki do zakażenia drugiego małżonka,

Wpływ wojny światowej zaznaczył się b. silnym wzrostem zgonów na gruźlicę. Przede wszystkim w krajach Środkowej i Wschodniej Europy. Najwyższy poziom osiągnęła umieralność w Warszawie, poza tym w Budapeszcie, w Wiedniu, w Pradze, poważnie wzrosła gruźlica w Brukseli, Amsterdamie, Kopenhadze, znacznie mniej w Londynie; nie stwierdzono wzrostu w Paryżu i Sztokholmie. Wygłodzenie ludności, pogorszenie warunków mieszkaniowych zimą w nieopalonych izbach, praca w zimnych pomieszczeniach sprawdza obniżenie odporności i ułatwia styczność z zarazkiem, tworząc w ten sposób dobre podłoże dla gruźlicy. W tych warunkach następuje obostrzenie przebiegu gruźlicy u chorych, dawno już zakażonych, co pociąga za sobą przyspieszenie ich wymierania. Wysokość umieralności na gruźlicę idzie zazwyczaj w parze z przełudnieniem mieszkań, a pozostaje w odwrotnym stosunku do wysokości dochodów w danym środowisku. Poza stanem materialnym i ogólnymi warunkami kulturalnymi zasadniczą rolę odgrywa uświadomienie higieniczne zwłaszcza co do gruźlicy.

Jednym z etapów walki z gruźlicą jest uchwycenie ognisk zakażenia, które stanowią chorzy prątkujący, oraz zapobieganie tworzeniu się nowych ognisk i przedwczesne ujęcie przypadków w początkowych okresach choroby. Dużo przypadków dostaje się pod opiekę Kolejowych Poradni w stanie daleko posuniętej choroby. Nieocenione usługi może oddać w walce z gruźlicą wykonywanie małoobrazkowych zdjęć, którą to akcję zapoczątkował brazylijski lekarz d'Abreu. Rentgenografia małoobrazkowa od razu zdobyła uznanie we wszystkich krajach cywilizowanych i znalazła szerokie zastosowanie jako środek nie do zastąpienia w akcji przeciwgruźliczej. Ekhart przez zastosowanie masowych prześwietlań w dwóch wsiach z ilością mieszkańców 4.000 wykrył dwa razy tyle otwartej gruźlicy, aniżeli to udało się wykryć w poradni przeciwgruźliczej, która pracowała tam przez 6 lat.

Najważniejszą rzeczą dla skuteczności społecznej walki z gruźlicą jest opieka nie tylko nad chorym, ale i nad całym środowiskiem domowym i zawodowym. Do tego należy odosobnienie źródła zakażenia, zbadanie stanu zdrowia wszystkich, którzy mieli styczność ze źródłem zakażenia (najbliższe otoczenie chorego w domu i w warsztacie pracy, uświadomienie chorego i otoczenia co do choroby i jej zapobiegania). Zorganizowanie higienicznych warunków domowych (łóżko, pokój, żywienie i dezynfekcja). Najtrudniejszą sprawą do rozwiązania jest unieszkodliwienie źródła zakażenia. Jest to sprawa trudna. Poza umieszczeniem w szpitalu lub w sanatorium istnieje wiele sposobów rozwiązania tego zagadnienia. Głównym powodem trudności jest wielka liczba chorych i długotrwałość choroby. Izolatory nie dają korzystnego rozwiązania. Mieszkania i domy dla cho-

rych na gruźlicę pozwalają na stworzenie higienicznych warunków w środowisku gruźliczym. Typy mieszkań domowych opracowali różni autorzy. Między innymi Brauning. W Norwegii w małych gminach istnieją domy, urządzone w sposób podobny do tanich pensjonatów, przeznaczone do stałego zamieszkania dla chorych prątkujących bez rodzin. Chorzy znajdują się pod stałą opieką lekarską i nie są całkowicie pozbawieni możliwości wychodzenia z domu. Taki typ półdobrowolnej izolacji z zachowaniem wolności osobistej nie daje chorym wrażenia wymierzalności, jak to wyczuwają chorzy umieszczeni w izolatorach. W rachubę wchodziłyby jeszcze sanatoria nocne dla chorych zaraźliwych, lecz zdolnych do ruchu i częściowo do pracy. Tam, gdzie chory prątkujący pozostaje w domu, winien zajmować oddzielne łóżko, w miarę możliwości oddzielny pokój. A jeżeli to jest niemożliwe, to może przebywać w pokoju nie sam, w każdym razie nie z dziećmi. W tych wypadkach samo rozstawienie łóżek, parawan ma swoje znaczenie. Odległość ponad jeden do dwóch metrów już zmniejsza możliwość zakażenia. Równie ważkie w akcji przeciwgruźliczej jest środowisko pracy chorego. Wykrycie źródła zakażenia prowadzić powinno do natychmiastowego przerwania dalszego zakażenia. Jeżeli względy na zdrowie chorego pozwalają na jego pracę, to należy go umieścić w takich warunkach, żeby jego obecność nie narażała współpracowników na zarażenie. Ważną rolę odgrywać będą tutaj wielkość i rozkład pomieszczeń, ich urządzenie i dobór załogi (nie dopuszczanie młodocianych).

Przewlekła gruźlica przebiega skokami, z okresami prawie bezobjawowymi. W tych okresach chory jest zdolny do pracy. Obciążenie pracą winno być dostosowane do możliwości chorego: gruźlicy nie powinni mieć godzin nadliczbowych. Na wniosek lekarza powinno im się ułatwiać pracę i skracać liczbę godzin. Można by uznać za słuszne, że pracować mogą chorzy z przewlekle wytwórczymi, bezgorączkowymi postaciami, z odmą po konsolidacji najwcześniej w pół roku po założeniu odmy. Szczegółowy schemat zatrudnienia chorych na gruźlicę z uwzględnieniem stanu klinicznego opracował W. Neumann. W Anglii przywrócenie możliwości zatrudnienia gruźlików uważa się obecnie za jedną z zasadniczych spraw leczenia gruźlicy, a nie, jak to było do czasu wybuchu ostatniej wojny, za sprawę drugorzędną, pomocniczą. Anglicy to nazywają rehabilitacją gruźlików (w przemyśle chronionym). Ta sprawa wymagałaby szczegółowego omówienia w oddzielnym referacie. Staje się ona b. aktualną dla pracowników PKP chorych na gruźlicę, których po przejściu przez komisje Rejonowe i Głównie, zależnie od decyzji, należałoby zatrudnić w specjalnych warsztatach pracy.

Kilka uwag o leczeniu wysięków opłucnowych przede wszystkim surowicznych.

Dr Baranowski Władysław — Bydgoszcz.

Pragnę podzielić się swoimi spostrzeżeniami, wynikami leczenia wysięków przez możliwie wczesne usuwanie płynu i wprowadzanie na jego miejsce powietrza. Ten sposób leczenia wysięków stosuję już od 15 lat.

Jak wiadomo 90% wysięków opłucnowych surowicznych jest na tle gruźliczym. Na wysięki na innym tle przypada nie więcej, niż 10% razem.

Wysięki opłucnowe w ogromnej większości przypadków czy to jako odczyn alergiczny, czy jako pierwotne zapalenie gruźlicze opłucnej są początkiem procesu gruźliczego, są niejako groźnym zwiastunem poważnej sprawy miąższowej w odnośnym płucu. O tym nas przekonuje codzienna praktyka. Jakże często naprzykład, stwierdzając u chorego rozległe stare zmiany w płucach, znajdujemy w wywiadzie, że choroba rozpoczęła się wysiękowym zapaleniem opłucnej, a dalej dowiadujemy się, że wysięk nie był punktowany, a „wysuszany” różnymi środkami napotnymi itd.

Ale po co sięgać wstecz. Jeszcze dziś często spotykamy się z tym sposobem leczenia wysięków.

Wysięki opłucnowe zwłaszcza na tle gruźliczym, leczone w ten lub inny sposób, a nawet nie leczone wcale, przy leżeniu chorego w łóżku szybko się same resorbują. Przez wypadanie włóknika, w który zazwyczaj płyn jest bogaty, dochodzi stosunkowo wczesnie, bo jeszcze w czasie wysokiej temperatury, do rozległych zlepek obu opłucnych, a następnie do silnych zrostów, tworzących często warstwę grubości 2—3 cm., która jak twardy pancerz obejmuje całe płuco. Gorączka zwykle po 2—3 tygodniach opada do stanów podgorączkowych i taka utrzymuje się czas dłuższy, jako tzw. gorączka resorbcyjna. Chory czuje się lepiej, a nawet dobrze.

Zwykle już po paru miesiącach, nieraz dopiero po roku, rzadko później, rozpoczyna się proces w płucu tejże strony, nierzadko odrazu z wypadnięciem jamy gruźliczej. Chory zaczyna czuć się gorzej, pokasłuje, trochę odpluwa, poci się, traci na wadze i w płwocinie znajdują się prątki. Zazwyczaj chory wtedy zmienia lekarza. Wówczas lekarz spadkobierca staje przed zagadnieniem — jakie postępowanie lecznicze zastosować. Jama opłucnowa zarośnięta. Leczenia uciskowego zastosować się nie da. A zmiany w płucu, choć zwykle o charakterze przewlekłym, są już rozpadowe, wolnopostępujące z prątkami w płwocinie i stanami podgorączkowymi.

Pozostają takie zabiegi, jak odma pozaopłucnowa, która niestety w swoich możliwościach leczniczych jest b. ograniczona, dalej plastyka, o ile proces jest jednostronny. Inne zabiegi nie wchodzi w rachubę. Koniec końców pozostaje tylko leczenie klimatyczno - dietetyczne, trwające zwykle usque ad finem.

Tej dla ftizjologa niemiłej sytuacji, w której jest prawie bezsilny, w bardzo wielu przypadkach można w prosty sposób uniknąć, traktując, zresztą słusznie, każde zapalenie opłucnej wysiękowe jako gruźlicze. Powtóre w każdym przypadku stwierdzonego wysięku, bez względu na ilość płynu, wcześniej punktować, a jednocześnie, warunek sine qua non, wprowadzić na miejsce wypuszczonego wysięku powietrze. Innymi słowy wytworzyć odmě sztuczną. Lepiej to przeprowadzić w szpitalu względnie sanatorium, ale również można to zrobić i w domu chorego. Nie ma żadnego ryzyka. Zabieg prosty i każdy lekarz, który umie zrobić punkcję opłucnową, może go wykonać. Wprowadzenie powietrza dokonuje się w czasie punkcji, nie wyjmując igły, zalecając choremu zrobić parę głębszych wdechów.

Wpuszczenie powietrza zapobiega rozprostowywaniu się płuca, co jest zwykle połączone z przykrym uczuciem dla chorego, a nawet może spowodować zapaść. Zwykle chorzy natychmiast odczuwają ulgę. Występuje to bardzo wyraźnie przy usuwaniu wysięków u chorych z odumą.

Korzyści, jakie się z takiego sposobu leczenia wysięków otrzymuje, są różnorakiej natury, a mianowicie:

1. Przez usunięcie wysięku i wprowadzenie na jego miejsce powietrza nie pozwala się na zlepianie blaszek opłucnowych.
2. Wprowadzenie powietrza do jamy opłucnowej działa leczniczo na zapalnie zmienione opłucne.
3. Usunięcie wysięku i częściowe uciśnięcie płuca pozwala na obserwację ewentualnych zmian w miąższu płucnym.
4. W razie stwierdzenia zmian w płucu leczenie uciskowe winno się kontynuować przez 1—2 lat (a więc i tak przez czas krótszy niż przy odmie normalnej, gdzie czas leczenia zwykle trwa 3—4 lata).

5. Jeżeli obserwacja w ciągu pół roku nie wykaże zmian mięszszowych w płucu, można dalszych dopełnień zaniechać.
6. Jest to do pewnego stopnia rezerwowanie sobie w razie potrzeby możliwości leczenia uciskowego (moment niezmiernej wagi).
7. W ten sposób leczone wysięki nie doprowadzają do zniekształceń klatki piersiowej, nieraz znacznego stopnia, upośledzają tylko w małym stopniu ruchomość jej i bardzo nieznacznie zmniejszają pojemność oddechową płuca. Ma to ogromne znaczenie zwłaszcza u pracowników fizycznych, ciężko pracujących.

Bardzo często nawet rentgenologicznie nie można stwierdzić najmniejszych śladów przebytego wysiękowego zapalenia opłucnej.

Pogląd, że w wysiękach opłucnowych na tle gruźliczym znajdują się pewne przeciwciała, jakoby bardzo ważne dla organizmu, nie jest słuszny.

Argument, że wysięk usunięty znowu się zbierze, nie ma znaczenia. Cóż takiego, że nieraz trzeba punktować 2, 3 i więcej nawet razy wobec niewątpliwych korzyści, jakie się z postępowania wyżej podanego otrzymuje.

Jeżeli zaś chodzi o wysięki przy odmach sztucznych, będące często powikłaniem bez większego znaczenia, to postępowanie winno być w zasadzie takie samo, choć mające inny cel do osiągnięcia, a mianowicie: utrzymać przez przynajmniej 2—3 lata leczenie odmowe. Zdaje się, że nie może tu być dwu zdań i dwu postępowań. Niesłuszny jest pogląd, że wysięk przy odmie spełnia rolę odmy.

Wiadomo jest, rzadko bywa inaczej, że ciśnienie w jamie opłucnowej, nawet przy dużej ilości wysięku, jest ujemne, często bardzo wysoko ujemne, sprzyjające tylko rozprostowywaniu się płuca, a nie spadaniu. Z całą natomiast pewnością nieusuwany wysięk powoduje powolne zgrubienie błon opłucnowych, co je czyni niepodatnymi na ucisk, a przy stałej tendencji uciśniętego płuca do rozprostowywania się, wiedzie do nieuchronnego, stosunkowo dość szybkiego zarastania jamy opłucnowej, a tym samym do likwidacji odmy.

Stąd wniosek: wysięki surowicze przy odmach należy wcześniej usuwać. Korzystając z okoliczności, że płuco na początku powstawania wysięku jest jeszcze dość podatne i da się łatwo ucisnąć, doprowadzić je do możliwie maksymalnego spadnięcia się i w takim stanie starać się je utrzymać jak najdłużej.

Postępowanie inne jest zmarnowaniem nie do naprawienia atutów leczniczych, jakie daje metoda leczenia uciskowego, jest poprostu błędem sztuki.

Projekt organizacji walki z gruźlicą na kolei.

Dr Zdanowicz, Lek. Rejon. DOKP Łódź.

Obecna droga chorego na płuca, wiodąca do dalszego leczenia (sanatcryjnego), wygląda następująco: pacjent zgłasza się do lekarza rejonowego, ogólnie praktykującego. U lekarza tego pozostaje w leczeniu przez pewien czas, poczym zostaje skierowany do prześwietlenia lub też nie. Z orzeczeniem rentgenologa chory wraca ponownie do swego lekarza, który — powtarzam — zajmuje się ogólną praktyką. Lekarz ten według własnego uznania drogą urzędową zgłasza wniosek o przyjęcie podopiecznego do Sanatorium, do którego chory może wyjechać, o ile istnieje tam wolne miejsce. Droga ta jest długa i żmudna, a stan zdrowia często ulega pogorszeniu tym bardziej, że chory najczęściej pracuje do chwili wyjazdu. A w międzyczasie nacieki ulegają rozpadowi, z jamek robią się duże jamy, nienadające się do leczenia odmowego.

Wobec powyższego konieczną jest reorganizacja dotychczasowego lecznictwa ambulatoryjnego w Przychodniach Rejonowych dla kolejarzy.

W okresie od 1.I. 1946 r. do 1.XII. 1946 r. na ogólną liczbę 358.492 pracowników kolejowych zgłosiło się 4.229 osób, chorych na czynną gruźlicę płuc i innych narządów.

W tymże czasie przy masowych prześwietleniach kolejarzy prześwietlono 975 osób i wykryto 76 przypadków gruźlicy czynnej, co stanowi 7,8%. Czyli zarejestrowano łącznie 4.305 osób chorych na czynną gruźlicę.

Przy 7,8% czynnej gruźlicy, można obliczyć, że jest jeszcze niewykrytych 27.627 osób chorych na czynną gruźlicę płuc i innych narządów ($358492 - 4305 = 354187$ osób co przy 7,8% = 27627 osób). Cyfra ta jest pokaźna i ci ludzie pracując, rozsiewają gruźlicę dookoła, nie są objęci leczeniem, powiększając procent nowej zapadalności na gruźlicę.

Jest to ogromna grupa pracowników kolejowych z wczesnymi zmianami naciekowymi, gdzie, jak wiadomo, badanie zawodzi (*tuberculosis inapercepta Brauninga*), wymagająca szybkiego ujęcia w ramy statystyki lekarskiej i celowej opieki lekarskiej.

W powyższym celu wskazane jest urządzenie i uruchomienie t. zw. ruchomych poradni przeciwgruźliczych.

Hornung podaje, że 80% chorych, którzy sami nie zgłaszają się do poradni, przychodzi za późno, to jest wtedy, gdy rokowanie jest beznadziejne. W świetle nowoczesnych poglądów lekarskich — podstawą akcji zwalczania gruźlicy jest masowe badanie rentgenowskie. Jedną z najtańszych i najszybszych metod jest metoda zdjęć małoobrazkowych, nieustępująca innym metodom masowej radiografii, a nawet przewyższająca je, jak stwierdzają zgodnie autorzy brytyjscy (Lloyd Rusby i inni).

Wypowiadając bezwzględną walkę gruźlicy, należy stworzyć Ruchomą Poradnię Przeciwgruźliczą, urządzoną w wagonie kolejowym, zaopatrzoną w aparat Rentgena do zdjęć małoobrazkowych, lub aparat zwykły, mikroskop i ciemnię. Obsługiwana przez lekarza i 2 osoby personelu pomocniczego miałyby na celu wykrycie wczesnych zmian naciekowych w płucach i przekazanie tych chorych rejonom lekarskim kolejowym.

Powtarzam, że rentgenologiczne badanie masowe jest badaniem wstępnym, **orientacyjnym**, na podstawie którego wyłowi się materiał do dalszych badań przez lekarza rejonowego lub specjalistę.

Lekarz rejonowy w miarę otrzymywania wyników prześwietlań i badań dodatkowych (OB krwi, badanie płwociny), winien odnotowywać wszystkie przypadki gruźlicy płuc, dzieląc je tylko dla celów praktycznych na trzy grupy.

Grupa I. Przypadki „czynnej gruźlicy płuc” ze zmianami naciekowymi i rozpadowymi, wymagające natychmiastowego zbadania klinicznego i leczenia.

Grupa II. Zmiany włókniste, rozsiane lub ograniczone, wymagające badania klinicznego lub specjalisty dla wykluczenia sprawy czynnej w terminie ewentualnie późniejszym.

Grupa III. Przypadki bez zmian gruźliczych w płucach, lub stare zwapniałe ogniska pierwotne lub gruczołowe.

Wszystkie przypadki, należące do grupy I lub II, muszą być zgłoszone:

- 1) do Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej przy DOKP.,
- 2) „ Lekarza Powiatowego danego terenu,
- 3) „ Przychodni Przeciwgruźliczej najbliższej, o ile brak odpowiedniej pomocy lekarskiej kolejowej.

Pracę Przychodni Rejonowej lekarskiej kolejowej w kierunku walki z gruźlicą należy oprzeć na pielęgniarce - higienistce, która powinna robić wywiady w domu u chorych, w ambulatorium pomagać lekarzowi, robić zastrzyki itd. Lekarz w każdym przypadku podejrzenia schorzenia płuc winien kierować chorego do prześwietlenia klatki piersiowej, gdyż lepiej prześwietlić dziewięciu chorych daremnie, niż przeoczyć jednego gruźlika. Każdy lekarz rejonowy może postawić rozpoznanie na podstawie ewentualnych dodatkowych badań klinicznych i obserwacji, kierując chorego w wątpliwych wypadkach do najbliższego umówionego lekarza ftizjologa, celem zasięgnięcia rady.

Zasadniczą kwestią będzie przebadanie całej rodziny chorego, poznanie warunków bytowania i ustalenie źródła infekcji, czego obecnie niestety nie robi się i — co gorsza — niema dla tych spraw zrozumienia.

W ten sposób przy każdym rejonie powstaje osobna kartoteka chorych na gruźlicę, oraz osób będących w styczności z chorymi na gruźlicę.

Wywiad społeczny przez pielęgniarkę lub felczera na rejonie leży niestety odłogiem. Poradnia lekarska wtedy dobrze funkcjonuje, gdy w ciągu miesiąca pielęgniarka lub felczer wykonali jak najwięcej odwiedzin domowych.

Lekarz winien wygłaszać pogadanki na tematy chorób społecznych, jak alkoholizm, gruźlica, choroby weneryczne itp.

Lekarz rejonowy, niestety, nie może wgłębić się w treść karty chorobowej i przeprowadzonego powierzchownie wywiadu społecznego u siebie w gabinecie lub przez pielęgniarkę, gdyż nie ma czasu — w poczekalni ambulatorium czeka na jego poradę jeszcze z 30 niezbadanych chorych z różnymi dolegliwościami i dlatego każdy lekarz musi wyznaczyć osobne dni i godziny przyjęć dla chorych płucnych lub podejrzanych o chorobę płuc.

Wydziały Sanitarne: 1) przeszkolą w laboratoriach większych ośrodków leczniczych pielęgniarki i felczerów w kierunku robienia analiz krwi na OB, rozmazów płwociny na laseczniki Kocha i sposobów przeprowadzania wywiadów społecznych. Zaopatrzenie Ambulatoriów Rejonowych w przyrządy do tego celu potrzebne nie wymaga nadzwyczajnych wydatków. Oglądanie preparatów mikroskopowych może odbywać się, z braku mikroskopów, na razie w umówionych miejscowych laboratoriach analitycznych nie kolejowych.

2) Zaangażują dostateczną ilość ftizjologów, jako specjalistów, i wyznaczą w tym celu lekarzy kolejowych na przeszkolenie.

3) Zorganizują w poszczególnych DOKP przy Centralnej Przychodni — Poradnię Przeciwgruźliczą Centralną, która ma dawać wskazówki rejonowym lekarzom w terenie o metodach i sposobie

walki z gruźlicą. Drugim, bardzo ważnym zadaniem Poradni Centralnej jest rejestracja. Każdy przypadek nowoodkrytej gruźlicy musi być zgłoszony przez lekarza rejonowego i zarejestrowany w Centralnej Poradni (oprócz zgłoszenia do lekarza powiatowego odnośnego terenu).

Poradnia Centralna czuwa nad tym, aby chory był dokładnie zbadany, jego dom, łóżko i ubranie odkażone, otoczenie chorego przymusowo poddane próbie tuberkulinowej; należy przeprowadzić szczepienia BCG, zorganizować opiekę lekarską, sanatoryjną, pielęgniarską, pomoc materialną dla chorego i rodziny, ulokować dzieci w zakładach dziecięcych, celem usunięcia ich ze środowiska zakażonego.

Dzięki wczesnemu wyłowieniu i rozpoznaniu świeżego przypadku gruźlicy może nastąpić szybkie przekazanie chorego do leczenia szpitalnego lub sanatoryjnego.

Akcja zapobiegawcza polega na:

- 1) Poprawieniu warunków mieszkaniowych, bytowania i odżywiania.
- 2) Organizowaniu wczasów.
- 3) Urządzaniu izolatoriów dla nieuleczalnych chorych.
- 4) Otwieraniu prewentoriów.
- 5) Tuberkulinizacji (Pirquetyzacji).
- 6) Szczepieniu BCG i
- 7) Częstych odczytach i pogadankach o gruźlicy i jej zwalczaniu.

Biuro Sanitarne M. K. winno opracować dla lekarzy rejonowych przepisy sanitarne, wykluczające chorych na gruźlicę z pewnych rodzajów pracy, z zamianą na inną pracę, choćby wzorując się na rosyjskiej książce: „Wraczebnaja ekspiertiza trudospobnosti”, autorów Goldsztajna, Konczałowskiego i RUFONOWA z 1935 roku. Tylko dla niektórych zawodów rozpoznanie gruźlicy zakaźnej winno równać się stwierdzeniu niezdolności do pracy zawodowej.

Dotychczasowe Przepisy Sanitarne S. 1 w § 4, lit. c, przewidują wogóle wykluczenie ze służby kolejowej chorych na gruźlicę. Przepisy te sprawiają, że pracownicy kolejowi, odczuwając obawę przed Komsją Lekarską, która może zwolnić ich z pracy, boją się piętna gruźlika i unikają zgłaszania się do lekarza.

Komisja w przyszłości ułatwi im zachowanie pracy i stosunku służbowego przez ulokowanie chorego w zakładzie specjalnym pt. „Dom Izolacyjny”, gdzie oprócz leczenia odbywać się będzie przeszkolenie z powodu niezdolności do pracy w swoim zawodzie, do nowego zawodu, bardziej im odpowiadającego, jak: elektrotechnicznego, krawieckiego, snycerskiego itp. Narzędzia i instrumen-

ty potrzebne do pracy dostarczą warsztaty i fabryki. W zakładzie specjalnym musi być zorganizowana izba chorych dla beznadziejnych przypadków.

Na zakończenie chciałbym wyrazić pragnienie, by dyskusja dzisiejsza na temat walki z gruźlicą na Kolei, dała jak najlepsze wyniki. Uregulowanie tej sprawy wymaga specjalnie opracowanego statutu w formie szczegółowego rozporządzenia Ministerstwa Komunikacji i wykonywania tegoż w codziennym życiu przy współpracy wszystkich zainteresowanych jednostek służbowych, a czynnika społecznego przede wszystkim.

Akcja przeciwgruźlicza na terenie DOKP Katowice.

Dr Polski Aleksander, Lekarz specjalista — fizjolog.

Dyrekcja Katowicka obejmuje tereny, które wchodziły w skład Państwa Polskiego w 1939 r. i dalsze tereny, które zostały przyłączone z dawnej dyrekcji opolskiej. Działania wojenne odbiły się specjalnie na terenach nowoodzyskanych, gdzie nie tylko urządzenia techniczne zostały zniszczone, ale również budynki mieszkalne. Powyższy stan musiał zaciążyć na początkowych pracach organizacyjnych Wydziału Sanitarnego. Gdy na starych terenach prawie wszyscy lekarze rejonowi, którzy byli zakontraktowani w 1939 r., powrócili na swoje placówki, to natomiast na terenach przyłączonych trzeba było znaleźć nowych lekarzy. Lekarze kolejowi poza lekarzami administracyjnymi byli pierwsi w terenie, którzy udzielali pomocy, bo kolej była tą instytucją, która pierwsza się zorganizowała. Moment ważny dla podkreślenia, jaki wkład dali lekarze rejonowi w walce z gruźlicą w pierwszych ciężkich miesiącach powojennych.

Lecznictwo gruźlicy w ramach Wydziału Sanitarnego zostało w zupełności wykonane, bo tak pracownicy etatowi jak i członkowie ich rodzin i emeryci otrzymują nie tylko porady ambulatoryjne, lecz również leczenie klimatyczne w sanatoriach, prewentoriach i w domach wypoczynkowych, które zorganizowane przez Wydział Sanitarny wypełniają swoje zadanie i zadawalniają w zupełności pacjentów.

Poniżej kilka danych statystycznych, które ilustrują zakres pracy Wydziału Sanitarnego w walce z gruźlicą:

ilość lekarzy rejonowych: r. 1946	—	71
	r. 1947	— 71
„ lekarzy specjal. ftizjolog.	—	2
„ lekarzy prac. w sanatoriach	—	4
„ pracown. etatowych: stan	1. X. 46	— 21564
„ „ „ „	30. XI. 47	— 26470
„ członków rodzin	„ 1. X. 46	— około 70000
„ „ „ „	„ 30. XI. 47	— „ 80000
„ emerytów	„ 1. X. 46	— 2537
	„ 30. XI. 47	— 3304
Ilość łóżek w sanatoriach: rok	46	— 120
	„ 47	— 140
Ilość łóżek w prewentoriach	„ 46	— 120
	„ 47	— 130
„ łóż. w domach wypocz.	„ 46	— 80
	„ 47	— 80

Ilość zgłoszonych przypadków gruźlicy:	1946 r.	1947 r.
a) pracowników	620	387
b) członków rodzin	1071	837
c) emerytów	31	60
Ilość prześwietleń rentgen. płuc	6953	5795
„ składanych wniosków do leczenia klimat.:		
a) sanatoryjnego	319	429
b) prewentoryjnego	251	956
c) w domach wypoczynkowych	115	138
Ilość uwzględn. wniosków i przeprowadz. kuracji.:		
a) w sanatoriach	319	259
b) w prewentoriach	251	769
c) w domach wypoczynkowych	115	138

Sanatorium na terenie DOKP Katowice znajduje się w Wilkowicach Bystra.

Prewentorium w Głuchołazach - Zdrój.

Domy wypoczynkowe: w Wiśle.

Projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy, który został przyjęty przez Państwową Radę Zdrowia i wniesiony będzie do Sejmu, kładzie wielki nacisk na akcję zapobiegania gruźlicy, do której zobowiązane są wszystkie urzędy państwowe, samorządowe, instytucje i organizacje społeczne, mające na celu ochronę zdrowia publicznego. Projekt przewiduje poradnie przeciwgruźlicze, których zadaniem jest wykrywać źródła zakażenia gruźlicą, prowadzić ich ewidencję, otaczać opieką społeczno - lekarską samych chorych i ich otoczenie przy pomocy odpowiednio wyszkolonego personelu

wywiadowczego. Poradnię prowadzi lekarz, mając do pomocy najmniej jedną pielęgniarkę - higienistkę. Poradnia przeciwgruźlicza pozostaje w stałej łączności ze wszystkimi zakładami leczniczymi i zapobiegawczymi, przeznaczonymi dla danego terytorium.

Jak wykazałem, leczenie gruźlicy, prowadzone przez Wydział Sanitarny znajduje się na wysokim poziomie, natomiast akcja zapobiegania w myśl wyżej przytoczonych zasad projektu ustawy nie jest dostatecznie uwzględniona w ramach organizacyjnych Wydziału, akcja bardzo ważna pod względem epidemiologicznym jak i społecznym.

Obliczano przed wojną, jak podaje dr Telatycki, że wartość doborobku, przysparzanego społeczeństwu w ciągu 45 letniej pracy jednego dorosłego człowieka, wynosi okragło 30.000 złotych w złocie. Wartość jednego osobo-roku pracy człowieka obliczono na około 700 złotych w złocie. Widzimy z tego, jak wielkie straty materialne w ciągu roku powoduje gruźlica zakaźna chorych, z których każdy nie pracuje przeciętnie przez pół roku.

Pod względem epidemiologicznym, posługując się ogólnie przyjętymi wskaźnikami, możemy ustalić zapadalność roczną na gruźlicę przy 100 tysiącach podopiecznych D. O. K. P. Katowice na około 360 nowych przypadków i na 1080 przypadków czynnej gruźlicy zakaźnej. Liczby powyższe prawie pokrywają się z liczbami, odnoszącymi się do zgłoszonych przypadków gruźlicy w roku 1946 i 47, chociaż i te liczby nie mogą być ściśle, ponieważ w zgłoszeniach zdarzyć się może, że pojedynczy przypadek w ciągu roku może kilkakrotnie być notowany.

Warunki do zachorowania wśród podopiecznych są te same, co u innych grup społecznych, o ile nie gorsze, bo ciężkie są warunki mieszkaniowe pracowników w niektórych zniszczonych miejscowościach i wyczerpująca jest praca, jak wykazują niżej podane liczby, odnoszące się do przepracowanych godzin przez drużyny służby stacyjnej, konduktorskiej i mechanicznej.

Przepracowane godziny przez poszczególne drużyny.

Służba stacyjna:

- a) dyżurni ruchu — o silnym ruchu — współczynnik 1 —
przeciętnie 200 godz. mies. i 6 godz. pracy
- b) wszyscy inni pracownicy — współczynnik 5/6 —
przeciętnie 240 godz. mies. i 8 godz. pracy
- c) o słabym ruchu — współczynnik 2/3 —
przeciętnie 300 godz. mies. i 10 godz. pracy.

Służba konduktorska:

za miesiąc październik 1947 r.

- a) w poc. towarowych — współczynnik 5/6 —
powinni przepracować 240 godz./mies., a przepracowali 277.

- b) w poc. osobowych — współczynnik 1 —
powinni przepracować 200 godz./mies., a przepracowali 247.

Służba mechaniczna:

powinni przepracować 194 do 208 godz./mies., a przepracowali 194 — 280.

Ten wielki wysiłek pracownika wymaga podkreślenia i dlatego należy samych pracowników, jak ich rodziny otoczyć opieką i ustrzec przed zachorowaniem na gruźlicę, a w razie, gdy z powodu choroby pacjent udaje się do sanatorium, albo do szpitala i na pewien czas jest oddalony od rodziny, to należy się również rodzinie jego specjalna opieka i pomoc. Ważna jest akcja zapobiegawcza, która skutecznie może być prowadzona tylko przez przychodnię centralną. Urządzenie takiej Przychodni jest konieczne, gdyż fachowy personel, rentgen i laboratorium pozwalają przebadać wszystkich nowoprzyjętych pracowników do służby kolejowej, jak również najbliższe otoczenie chorego. Poza tym w poradni winna się znajdować stacja dopełniania odmy, bo obecnie coraz więcej zgłasza się chorych, którym założono w sanatorium odmę.

Zorganizowanie centralnej przychodni przeciwgruźliczej w Wydziale Sanitarnym jest uzasadnione tym, że poradnie przeciwgruźlicze przy ośrodkach zdrowia w obecnym stanie z powodu braku odpowiednich sił wykwalifikowanych i urządzenia, jak wykazały doniesienia na VIII Zjeździe Przeciwgruźliczym we Wrocławiu, nie wypełniają zupełnie swego zadania.

Statystyka za 1947 r.

pracowników, ich rodzin, emerytów, wdów i sierot chorych na gruźlicę.

Miesiąc	Pracownicy	Członkowie rodzin	Emeryci	Wdowy i sieroty	Szczepienia ochronne	Ilość skierowanych do szpitala	Ilość skierowanych do Sanator.	Ilu prac. była zastosowana odma		
Styczeń	36	46	1	—	nie stosowano	27	33	Miesięcznie średnio 5 osobom stosowana była odma		
Luty	30	53	6	—		13	29			
Marzec	27	42	—	—		9	54			
Kwiecień	19	31	1	—		15	43			
Maj	22	24	1	—		17	47			
Czerwiec	12	10	4	—		8	46			
Lipiec	64	12	—	—		23	32			
Sierpień	14	9	—	—		15	10			
Wrzesień	14	11	—	—		19	11			
Październik	11	9	—	—		14	13			
Razem:	249	247	13				160		318	

Ogółem — 509 osób chorych na gruźlicę.

Zestawienie za 1947 r.
korzystających z domów wycieczkowych.

Lp.	Nazwa domu wycieczkowego	Sty-czeń Ilość	Lu-ty	Ma-rzec	Kwie-cień	Maj	Czer-wiec	Lipiec	Sier-pień	Wrze-sień	Paźdz.	Lisop.	Razem
1	G. Szklarska Paręba	14	5	9		17	20	38	40	34			177
2	Kudowa Zdrój	6		10		10	10	19	20	20	7		102
3	Zakopane	2			2	2	4	8	8	4	4		34
4	Bukowiec	2			2		8	11	15				38
5	Jelenia Góra			13		7	10	16	20	12	10	4	92
6	Kowary - Zdrój			1			9	14	16	8	3	3	54
7	Jastrzęb Zdrój					1	2	3	3		1	1	11
8	Hallerowo						8	16	16	1			41
9	Międzyzdroje						8	14	11				38
10	Wisła						6	12	12	7	3		40
11	Piwniczna						3	5	6	5	1		20
12	Czerwińsk										7	1	8
13	Maków Podhal.										6	2	8
Ogółem do 15 listopada słownie sześćset sześćdziesiąt trzy:													663

Na koloniach i pół koloniach przebywało dzieci w dwóch turnusach razem.

1	Ostrów Wilk. w Mikszdacie	332											
2	Kutno w Łącku	295											
3	Częstochowa w Żarkach	207											
4	Łódź w Grotnikach	280											
5	Piotrków w Kamińsku	154											
		1268	słownie jeden tysiąc dwieście sześćdziesiąt osiem										

Na koloniach w innych D. O. K. P.

1	Częstochowa w Zanbrzycach	20	w Węgierskiej Górze			10	Razem	30
2	Kąrsznice	10	"	"	"	5	"	15
3	Łódź w Hallerowie	38	"	"	"	10	"	48
Ogółem: słownie dziewięćdziesiąt trzy:								93

Uwagi o roli klimatu w leczeniu gruźlicy płuc.

Dr Felicjan Wołkowiński, Kierownik Sanatorium PKP Wilkowiec.

Arsenał środków leczniczych w gruźlicy płuc jest tak obfity, że z powodzeniem można powiedzieć, gdzie dużo jest lekarstw, tam nie ma nic pewnego. W zeszłym stuleciu wielki rozgłos wywołała „tuberkulina”; zdawało się już, że laseczniki są pokonane — entuzjazm był wielki, lecz jak prędko przyszedł, tak prędko minął. Jeszcze niektórzy lekarze stosują tuberkulinę, lecz rezultaty są znikome. Odkrycie „sanokryzyny” wywołało wielkie poruszenie wśród świata lekarskiego. Wielu lekarzy jeździło do Kopenhagi, by na miejscu przekonać się o skuteczności leku, lecz niestety i to zawiodło.

Wielce rozpowszechniony wśród chorych preparat wapnia, który był wprost masowo stosowany przy wszystkich postaciach gruźlicy płuc, zupełnie wyszedł z mody, bo dokładne obserwacje przekonały, że stosowanie go nie daje żadnych rezultatów leczniczych.

Próby z preparatami miedzi również zawodzą, a o innym całym szeregu lekarstw reklamowanych nie warto wspominać. Niektóre z nich potrafiły nabicić kieszenie nieuczciwych wynalazców.

Ostatnio z chwilą wynalezienia w Ameryce streptomycyny — są duże widoki na skuteczność tego środka, lecz na razie z powodu ceny i dużych potrzebnych ilości, u nas w Polsce, prawie że nie może być stosowana. Jak widać z literatury zagranicznej, dużej pomocy można się spodziewać w postaciach zapalenia gruźliczego opon mózgowych, prosówki, gruźlicy gardła, gruźlicy kości, nerek. Natomiast próby stosowania streptomycyny w leczeniu gruźlicy płuc jeszcze nie są dostateczne, chociaż pewne dodatnie skutki lecznicze zauważono.

Z chwilą zastosowania przez Forlaniniego odmy sztucznej leczenia gruźlicy płuc weszło na nowe tory. Dla udoskonalenia zapalowego leczenia płuc Jakobaeus zaproponował przepalanie zrostów,

które jeszcze w większym stopniu uzupełniło skuteczność tego leczenia. Lecz zamało mamy lekarzy specjalistów chorób płucnych, zamało Przychodni, Sanatoriów, by leczenie odmowe mogło stać na odpowiedniej wysokości. Obserwujemy, jak latami całymi nieumiejętne i niekontrolowane przez lekarzy specjalistów leczenie prowadzi do rezultatów wręcz ujemnych. Nie wszędzie i nie zawsze można poddać chorego leczeniu zapadowemu. Są przypadki, gdzie pomimo umiejętności rąk nie da się założyć odmy z powodu zrostów. Wyłonił się cały szereg zabiegów chirurgicznych, jak przecinanie nerwu przeponowego, torakoplastyka, plomba, a ostatnio odma poza opłucną górną i dolną, a nawet chirurgiczne wycięcie płatu płuca, drenaż jam gruczliczych w/g metody Monaldiniego i inne, które w większym lub mniejszym stopniu przedłużają życie chorego i częściej, lub całkowicie czynią go zdolnym do pracy.

Lecz każdy lekarz zdaje sobie sprawę, że nie tymi ciężkimi i krwawymi zabiegami chciałby rozwiązać problem leczenia gruźlicy płuc, że przyjdzie czas, a może jest on bliski, że metoda inna pokona prątką.

Nie wszyscy jednak chorzy mogą się poddać zabiegom zapadowym — wymagają one bowiem dużo sił ze strony pacjenta i długiego leczenia w warunkach sanatoryjnych. I tu właśnie podchodzimy do tego cennego leczenia, zapoczątkowanego przez Bremena, które przetrwało z górą 60 lat i nie straciło swej wartości. Bo któryż lekarz, badając chorego nie powie mu po dokonany zabiegu odmowym lub plastyce, że skieruje go do leczenia sanatoryjno - klimatycznego. My lekarze, przebywając latami w klimacie górskim, podgórskim lub nizinnym zdala od miast, od kurzu, dymu, ruchu, widzimy, jak pacjenci przychodzą do nas zbiedzeni, wycieńczeni, a tu pod troskliwą opieką ludzi, oddanych swemu zawodowi przestają gorączkować, przybierają na siłach i wadze, zaczynają nabierać chęci do pracy i życia. Który z lekarzy sanatoryjnych nie obserwował w ciągu kilkunastu lat chorych, u których stosowano jedynie leczenie klimatyczne, lub chorych, na których już dawno postawiono krzyżyk, a oni uśmiechnięci i zadowoleni wchodzi do gabinetu lekarza i chociaż posiadają rozległe zmiany w płucach żyją i pracują.

Cudów w leczeniu niema, lecz jest to, co mało doceniamy, a mianowicie zmiana otoczenia, zmiana warunków i psychiki, wiara — że pod wpływem bodźcowej kuracji klimatu stan jego zdrowia poprawi się i znowu będzie mógł wrócić do pracy i rodziny.

W naszych warunkach będziemy mówili o klimatach: morskim, nizinnym, podgórskim i wysokogórskim, przyjmując, że klimat podgórski na wysokości 400—500 mtr. ponad poziomem morza, a wysokogórski — do 1000 mtr. Te klimaty są nam dostępne do leczenia i tutaj kierujemy chorych. Klimat morski ma dużą zawartość tlenu,

pobudza oddychanie, wpływając na samopoczucie chorego, a znikome wahania ciepłoty, stałość zawilgotnienia, duże nasłonecznienie działają wzmacniająco na organizm. Nasłonecznienie, wzmocnione odbiciem się od morza i wydm, dzięki zawartości promieni pozafioletkowych działa bakteriobójczo. Klimat morski wpływa na zwiększenie we krwi ilości czerwonych ciałek krwi. Możemy więc do tego klimatu kierować gruźlicę gruczołową, kości, błon surowiczych w okresie bezgorączkowym, gruźlicę płuc włóknistą w stanie nieczynnym, licząc się zawsze z tym, że klimat morski wymaga obecności rezerwowych sił organizmu.

Przechodząc do klimatu nizinnego — to umiarkowane promieniowanie, czystość powietrza, osłona od wiatru — bo Sanatoria są położone w lasach, zdala od miast, przeważnie na glebach piaszczystych, maksymalne barometryczne wahania działają uśmierzająco i łagodząco na stan chorego, co skłania nas do kierowania tam chorych gorączkujących, z nadciśnieniem, nerwowych, z dusznością — chorych, od których nie możemy wymagać dużych sił odpornościowych.

Klimaty wysokogórskie i górskie, jak również podgórskie mają dużo ze sobą wspólnego w zależności od nasilenia bodźców. Właściwości klimatu górskiego są: niskie ciśnienie barometryczne, mniejsza zawartość tlenu, czystość powietrza, duże nasłonecznienie z zawartością krótkich fal pozafioletkowych. Zaśnieżenie jest duże i długie, co wpływa na czystość powietrza. Natomiast okres topnienia jest szybki, dużo opadów jesiennych i na wiosnę stwarzają warunki mniej korzystne. Zmiany ciśnienia barometrycznego, silne wiatry halne w zależności od położenia Sanatorium wpływają ujemnie na samopoczucie astmatyków i sercowych, wywołują bezsenność, migreny, napady duszności. Dlatego polecić by należało skierowywać chorych do klimatów podgórskich i wysokogórskich stopniowo tak, aby chory miał czas do zaklimatyzowania się. Klimat wysokogórski działa na serce i naczynia krwionośne, zwiększenie we krwi liczby czerwonych ciałek, narządy oddechowe, pobudza głębokie oddechy, wywołuje przekrwienie płuc, duże utlenienie tkanek płucnych, zwiększa wydzielanie kwasu węglowego i tym samym zmniejsza toksyczność.

Do klimatów wysokogórskich i podgórskich wysyłamy chorych z naciekami płucnymi, gruźlicą włóknisto-serowato-jamistą, z tętnem poniżej 100, z temperaturą, nie przekraczającą 38, z wysiękowym zapaleniem opłucnej, bez gorączki. gruźlicą gardła w miernym stopniu przy niedużych owrzodzeniach, gruźlicą otrzewnej i jelit w nieznacznym stopniu, cukrzycą w miernym stopniu itp.

Przeciwwskazaniem do wysyłania do sanatoriów górskich są postaci ciężkiej gruźlicy płuc włóknisto-serowato-jamistej, o ostrym

serowatym zapaleniu płuc odoskrzelowym, z tętnem stale przyspieszonym ponad 100, z wysoką gorączką ponad 38, gruźlicy prosówkowej, gruźlicy z odmami obustronnymi, przebiegającej z dusznością i osłabioną czynnością serca, gruźlicy krtani z dużym kaszlem z rozległymi owrzodzeniami i bezgłosem, gruźlicy ze skłonnością do krwioplucia i krwotoków z osłabioną czynnością serca, gruźlicy nerek, otrzewnej i jelit daleko posuniętej, gruźlicy powikłanej ciężką cukrzycą. Silniejsze bodźce klimatów wysokogórskich i podgórskich wymagają ścisłego stosowania się do wskazań dla wysyłania chorych na leczenie. Kontrola nad wysyłanymi chorymi powinna być przeprowadzana przez lekarzy specjalistów, by tym samym nie wypełniać łóżek sanatoryjnych chorymi, nie nadającymi się do leczenia sanatoryjnego i nie zmuszać personelu sanatoryjnego do wypisywania chorych nie nadających się do leczenia, co wywołuje wielkie rozgoryczenie i niezadowolenie.

Ostatnio zauważono niezupełną obojętność dla pęcherza odmowego zmiany klimatu nizinnego na wysokogórski. Rozszerzenie pęcherza odmowego w wysokich górach może spowodować całkowity zapad płuca, przesunięcie śródpiersia, o ile ono jest ruchome, i tym samym częściowy zapad drugiego płuca, pęknięcie jamy z wysiewem w drugim płucu, pęknięcie naczynia w jamie, powodujące krwotok płucny. I dlatego byłoby wskazane przy wysyłaniu pacjentów z odmami do klimatu wysokogórskiego nie dopełniać odmy, pozostawiając to Sanatorium. Natomiast przy wysyłaniu do nizinnych klimatów należy uzupełniać odmě, nie przekraczając ujemnych ciśnień manometrycznych.

Leczenie dietetyczno - sanatoryjne daje rezultat niejednokrotnie zdumiewający. Pacjenci przestają gorączkować, apetyt się poprawia, poty nocne znikają, zmniejsza się kaszel i odpluwanie, ogólne samopoczucie polepsza się, opad zmniejsza się. Klinicznie również stwierdzano znikanie rzężeń, cofanie się nacieków, szybkie wchłanianie się płynów, znikanie lub zmniejszanie się jam, o ile posiadają cienkie ścianki i świeże. Leczenie dietetyczno - sanatoryjne polega na stosowaniu bezwzględniego spoczynku przez dłuższy okres czasu według wskazań lekarzy, leżakowaniu na odkrytych werandach przy różnych pogodach, otwieraniu okien i drzwi podczas spoczynku, na ścisłym stosowaniu się do przepisów sanatoryjnych i na forsownym dietetycznym odżywianiu z dużą zawartością witamin, aby na jednego chorego przypadło nie mniej jak 4.500 kalorii. Tryb życia sanatoryjnego jest tak uregulowany, by chory nie miał czasu się nudzić (kino, radio, lektura, dostępne rozrywki, spacerory oraz pogadanki naukowe, wygłaszane przez lekarzy).

Z całym naciskiem podkreślam, że leczenie klimatyczno - sanatoryjne przynosi korzyść tylko wtedy, gdy będziemy je mogli za-

stosować u chorych, wymagających tego leczenia. Obecnie wśród chorych sanatoryjnych mamy przeważającą ilość zupełnie nie nadających się do leczenia, a raczej do izolacji w domach specjalnie na ten cel przeznaczonych, lub w szpitalach. Życzeniem sanatoryjnych lekarzy jest, by chorzy przebywali na kuracji dłuższy okres czasu, conajmniej 6 miesięcy, gdyż wtedy tylko możemy powiedzieć, że leczenie klimatyczno - sanatoryjne może przynieść korzyść.

Jak z powyższego wynika, w leczeniu dietetyczno - klimatyczno - spoczynkowym, zastosowanym przy gruźlicy płuc w odpowiednich wypadkach, mamy potężny oręż do zwalczania gruźlicy. Od lekarzy zależy, by na tym polu walki z gruźlicą płuc działośo o wiele więcej, niż dotychczas.

Ustawa Przeciwgruźlicza, która jest zaprojektowana, bezwzględnie w dużej mierze ułatwi walkę z gruźlicą płuc, która tak gwałtownie szerzy się u nas w kraju. W 1937 r. projekt ustawy przeciwgruźliczej był przedłożony Sejmowi przez Dr. St. Rudzkiego, lecz z powodu braku kredytu nie został uchwalony. Zawdzięczając ustawie przeciwgruźliczej powiększy się ilość Sanatoriów, Prewentoriów, Przychodni przeciwgruźliczych, które będą mogły otoczyć opieką nie tylko chorych, zgłaszających się, lecz i wyłowionych z otoczenia, co przyczyni się do zmniejszenia gruźlicy płuc w Polsce.

Uwagi na temat zapobiegania gruźlicy wśród pracowników PKP.

Dr Rojek, Lek. Rejon. P. K. P. w Dęblinie.

W obecnej fazie odbudowy kolejowego sanitariatu musimy na szerszej bazie oprzeć zapobiegawczą akcję przeciwgruźliczą wśród pracowników P. K. P.

Bo jeśli chodzi o stronę leczniczą, kolejowa służba sanitarna ma duże osiągnięcia poza sobą: mamy gęstą sieć lekarzy rejonowych, wspartych czynnie przez specjalistów ftizjologów, mamy dostępne pracownie rentgenologiczne i laboratoryjne, rozporządzamy już znaczną ilością miejsc sanatoryjnych, mamy możliwość umieszczenia chorych w szpitalach.

Lecz cały ten aparat jest nastawiony jedynie na leczenie tych chorych, którzy się do nas sami zgłoszą, a sama systematyczność leczenia zależy dużo od samego chorego, od jego dobrej woli kontynuowania leczenia, a wiemy z doświadczenia, że ta chęć leczenia w okresach regresji sprawy gruźliczej maleje.

Musimy zatem, w celu uzupełnienia i postawienia na nowoczesnych podstawach akcji przeciwgruźliczej, odbudować akcję społeczno - zapobiegawczą, o konieczności której nie będę mówił, gdyż byłoby to przysłowiowe wyważanie otwartych drzwi.

Od czego zacząć? Oczywiście od dokładnej ewidencji przypadków gruźliczych i w rejonie lekarskim i w obrębie Okręgu Dykcyjnego. W praktyce wyglądałoby to w ten sposób, że z chwilą rozpoznania gruźlicy lekarz rejonowy na specjalnym druku meldowałby Wydziałowi Sanitarnemu imiennie każdy przypadek gruźlicy. Zgłoszenia te kolejno napływające, stworzyłyby podstawę do dokładnej statystyki, tak koniecznej przy planowaniu akcji leczniczej, a znakowane graficznie na mapie przy odpowiednich stacjach, dałyby jasny i przejrzysty obraz zagruźliczenia pracowników w każdym momencie, co znów dałoby powód do zbadania lokalnych warun-

ków przez władze dyrekcyjne w wypadku wyższego, niż gdzie indziej odsetka osób chorych na gruźlicę, względnie do masowego prześwietlenia.

W obrębie rejonu lekarskiego ewidencja winna polegać na ujęciu w kartotekę wszystkich osób chorych na gruźlicę. Wskutek tego wyniknie możliwość utrzymania stałej kontroli nad chorym, gdyż lekarz rejonowy, przeglądając kartotekę, zawsze zwróci uwagę na przerwę w leczeniu pacjenta i może go wezwać do kontroli. Ponadto korzyść niewątpliwa z ujęcia kartotekowego istnieje przez fakt posiadania przed sobą przy każdej poradzie całej historii choroby. Również w razie skierowania do ftizjologa można załączyć kartę w zaklejonej kopercie.

Posiadanie ewidencji gruźlików w rejonie lekarskim umożliwi drugą czynność akcji zapobiegawczej, a mianowicie **badanie kontaktów**, t. j. osób, tworzących najbliższe otoczenie zarażonego gruźlicą człowieka, bądź w domu, bądź w warsztacie pracy. Przypomnienie, że zapadalność na gruźlicę w otoczeniu chorych zaraźliwych jest znacznie wyższa niż w środowiskach zdrowych, uważam za zbędne, jako fakt ogólnie uznany.

Osoby uznane jako kontakty, czyli t. zw. styczne powinny zostać wezwane do lekarza i po dokładnym wywiadzie, przebadaniu fizykalnym, ewentualnym prześwietleniu, odczynie Biernackiego, badaniu płwociny i próbie Pirqueta (u dzieci konieczna) zostaną bądź jako chorzy wciągnięci do kartoteki gruźliczej, bądź w razie nie stwierdzenia gruźlicy (w wątpliwych wypadkach skierować do ftizjologa) zostaną ujęci w kartotekę kontaktów czyli stycznych (innego koloru). Styczni mają obowiązek zgłaszania się raz w miesiącu do kontroli lekarskiej w ciągu 4 lat od ostatniej styczności. Osoby, reagujące negatywnie na tuberkulinę, należy zaszczepić szczepionką B. C. G. w czasie pierwszego pobytu chorego w sanatorium.

Gruźlik i osoby styczne tworzą łącznie **środowisko gruźlicze**, które w obrębie rodziny jest połączone wspólnym losem, wspólnymi problemami życiowymi. Symbolem tego byłaby **karta społeczna**, ilustrująca warunki domowe, materialne, rodzinne gruźlika i jego rodziny. Mając przed oczyma kartę społeczną, lekarz ma przed sobą nie pojedynczego bezosobowego pacjenta, lecz wyraziście zarysowaną sylwetkę chorego człowieka na ściśle określonym tle. Karta społeczna zawiera bowiem wszelkie dane: ilość i wiek członków rodziny i wysokość uposażenia oraz ogólny stan majątkowy, warunki mieszkaniowe, ilość izb, nawet ilość łóżek lub osobnych misek do mycia. W karcie społecznej zaznacza się każde zagadnienie domowe, chorobę członka rodziny, ciążę żony, okoliczności, powodujące każde zaburzenie normalnego trybu życia.

Karta społeczna zawiera wszystko, gdyż jest założona przez lekarza bądź pielęgniarkę w czasie pierwszych odwiedzin domowych, które raz w miesiącu są obowiązkowe, jest uzupełniana w czasie porad w ambulatorium, lub przy kolejnych odwiedzinach. Karta społeczna potrafi nieraz dać poważną wskazówkę co do postępowania z chorym. Naprzykład w razie spodziewanego porodu żony umieścimy zaraźliwego gruźlika w sanatorium. W razie kłopotów natury finansowej wystąpimy z wnioskiem o pomoc materialną. Ponadto zależnie od warunków i możliwości poradzi mu lekarz dokonanie pewnych zmian, możliwych do urzeczywistnienia w danych warunkach, np. osobne łóżko lub spanie w osobnej izbie. W ogólności pouczenia co do trybu życia chorego należy włączyć jako część składową akcji zapobiegawczej, zwłaszcza zalecenia, dotyczące zmniejszenia możliwości zakażenia osób z otoczenia, ze specjalnym podkreśleniem zaraźliwości płwociny i cząsteczek jej przy kaszlu (pożądane dostarczenie sopluczek kieszonekowych), używanie odrębnego naczynia stołowego, zakaz bliższego kontaktu z dziećmi. Konieczne wręczenie drukowanego pouczenia choremu.

Ważną czynnością byłyby tu wspomniane już odwiedziny rodzin gruźliczych przez personel pielęgniarski, który w trakcie swego rodzaju wizji lokalnej naradzi się z chorym lub jego opieką, co możnaby w trybie życia zmienić, by uczynić warunki życia zdrowszymi i zmniejszyć możliwość zakażenia współmieszkańców.

Rzeczą bardzo ważną, a obecnie przy ścisłej ewidencji chorych bardziej możliwą będzie tak zwana rehabilitacja chorych, czyli ich stopniowy powrót do pracy. Mając w ewidencji kilkudziesięciu chorych można ewentualnie łatwiej dobrać zespoły pracy, złożone z podleczonej gruźlików, by unikać zakażenia współpracujących, zmniejszyć kontakty: przecież można dobrać chorego maszynistę i pomocnika, pracujących razem, czy np. dwu telegrafistów pełniących służbę w jednym turnusie i t. p.

Dalszą zaletą akcji ewidencyjnej drogą kartoteki jest fakt możliwości przekazania akt całej rodziny gruźliczej w razie przeniesienia chorego do nowego miejsca pracy tamtejszemu lekarzowi rejonowemu za pośrednictwem Wydziału Sanitarnego Dyrekcji. Ułatwi to lekarzowi akcję leczenia w stosunku do chorego, zapobiegnie wyłamaniu się z kontroli chorego. Takie przekazywanie akt gruźlików lub przynajmniej wyciągów winno być obowiązkiem lekarza rejonowego.

W tych pracach, dotychczas przedstawionych, lekarz rejonowy spełniałby w pewnym stopniu funkcję poradni przeciwgruźliczej przeciętnego Ośrodka Zdrowia z tym, że wyniki mogą być wielokrotnie pełniejsze przez fakt dysponowania bezpłatnymi elementami lecznictwa (leki, sanatoria) oraz oparcie pracy lekarza o doświad-

czenie specjalisty, ftizjologa, możliwość korzystania z badań dodatkowych (rentgen, laboratorium) oraz możliwość izolacji sanatoryjnej w koniecznym momencie. Lekarz rejonowy jako ogniwo akcji przeciwgruźliczej jest wyposażony w możliwość dysponowania wspomnianymi elementami, których brak wpływa na wybitne zmniejszenie osiągnięć poradni przeciwgruźliczej Ośrodka Zdrowia.

Ważnym momentem w akcji zapobiegawczej jest wszczęta obecnie akcja szczepienia niemowląt doustną szczepionką B. C. G. Życzyćby sobie jedynie należało, by objęły one wszystkie niemowlęta i z tego względu należy uczynić je obowiązkowymi. Na opornych nałożyć można sankcje karne. Ciężarną chorą na gruźlicę w czasie ciąży leczyć, by przestała prątkować, do porodu kierować bezwzględnie do szpitala, gdzie noworodek będzie mógł być izolowany przez wymagany okres po szczepieniu. Chorego ojca izolować w sanatorium, jeśli warunki miejscowe nie pozwolą na izolację na miejscu.

Dalsza akcja winna zmierzać do wyszczepienia i starszych niemowląt i dzieci (reagujących negatywnie na tuberkulinę) metodą skaryfikacji lub wśródskórną. Akcja ta, poprzedzona masową pirquetyzacją, (bądź metodą bibułową, bądź naskórną neotuberkuliną), da nam wskaźnik do poszukiwania gruźlicy u niemowląt i dzieci do lat trzech, reagujących pozytywnie na tuberkulinę. Wiadomo bowiem, że dzieci te, przebywające jedynie w środowisku rodzinnym, zakażają się gruźlicą głównie od domowników. Dodatni wynik próby Pirqueta u dziecka w tym wieku da lekarzowi rejonowemu impuls i obowiązek do przebadania środowiska, by wyszukać źródło infekcji prątkującego osobnika. Wynik dodatni próby Pirqueta u dzieci starszych w wieku przedszkolnym lub szkolnym tego znaczenia nie posiada, gdyż środowisko epidemiologiczne jest tu już bardzo szerokie (przedszkole, szkoła, współtowarzysze zabaw). Lecz i w tym wypadku przy masowej pirquetyzacji, poprzedzającej akcję szczepienną, wybierzemy dzieci, reagujące dodatnio, celem ewentualnej masowej rentgenoskopii i dokładniejszego przebadania, by wykryć wypadki czynne. Samą pirquetyzację mogliby wykonać lekarze rejonowi, gdyż technika np. naskórna jest bardzo prosta i łatwa. Celem szczepienia należałoby stworzyć specjalne, przeszkolone ekipy szczepienne, których przyjazd do danej miejscowości byłby zsynchronizowany z akcją pirquetyzacji.

Osobne zagadnienie stanowi problem i organizacja masowych prześwietleń drogą ruchomych kolumn, lecz to już sprawa tak rozległa, że wymaga specjalnego opracowania przez fachowców.

Sprawozdanie Wydziału Sanitarnego DOKP Łódź w sprawie zwalczania gruźlicy.

Dr Leble, Naczelnik Wydz. Sanitarnego.

Wydział Sanitarny wśród innych swoich czynności szczególną uwagę zwrócił na zwalczanie gruźlicy u pracowników PKP, ich rodzin, emerytów, wdów i sierot. W tym celu wydano zarządzenie Lekarzom Rejonowym, by co m-c nadsyłali oddzielną statystykę zachorowań na gruźlicę. Wydział Sanitarny polecił Lekarzom Rejonowym wejść w kontakt z przychodniami przeciwgruźliczymi, by w wypadkach, gdy lekarze rejonowi nie mają odpowiednich warunków, mogli kierować chorych na gruźlicę do tych właśnie przychodni. Dział Lecznictwa W-tu Sanitarnego zajął się segregacją i podziałem gruźlicy na poszczególne grupy. Równocześnie Dział Lecznictwa robi wykresy natężenia gruźlicy i jej spadku w poszczególnych m-cach roku. Jak widać z wykazu, najwyższe natężenie zachorowalności przypada na m-c styczeń, luty — marzec, spadek — na m-ce sierpień, wrzesień, październik, potem następuje znowu wzrost zachorowań na gruźlicę.

W 1946 r. w DOKP Łódź chorowało 1100 osób. W roku 1947 chorowało 509 osób, czyli na pozór liczba zachorowań na gruźlicę spadła. Przyjmując jednak pod uwagę, że w sprawozdaniach podawane są liczby zachorowań świeżych — to w rzeczywistości stare przypadki znajdują się nadal w leczeniu, a nowe przybyły. W ten sposób stan faktyczny przedstawiałby wzrost zachorowań na gruźlicę. Szczupłość pomieszczeń biurowych, stłoczenie pracowników w niewielkich pomieszczeniach o małej kubaturze nie wpływa dodatnio na stan zdrowotny pracowników kolejowych, a wysiłki Wydziału Sanitarnego w tym zakresie natrafiają na duże trudności. Przeważnie daje się stwierdzić u pracowników chorych na gruźlicę niedostateczne odżywianie, przy czym Wydziały Apropowizacji Miejskiej i Kolejowej nie honorują zaświadczeń, wydanych przez leka-

rzy rejonowych na zwiększenie racji mlecznych. Warunki mieszkaniowe w wielu wypadkach zupełnie nie odpowiadają wymogom higieny, profilaktyki przeciw gruźlicy. W tym wypadku Wydział Sanitarny jest kompletnie bezsilny i tych warunków poprawić nie może. Wyjazd pracowników i ich rodzin do domów wypoczynkowych, kierowanie dzieci na kolonie letnie przyczyniają się w znacznej mierze do poprawy stanu zdrowia i wpływają zapobiegawczo co do zachorowalności na gruźlicę. Również szczupłość kredytów na zapomogi klimatyczne nie pozwala pracownikom kolejowym przeprowadzić w dostatecznej mierze klimatycznej kuracji, gdy nie wymagają leczenia sanatoryjnego. Warunki, panujące w poszczególnych miejscowościach klimatycznych, nie zezwalają pracownikom na dopłaty z ich własnych funduszków. Dlatego pracownicy nie mogą, ze względu na swoje warunki materialne, przebywać w tych miejscowościach tak długo, jak zalecają lekarze.

Zasadniczo leczenie gruźlicy przeprowadza się w naszej Dyrekcji ambulatoryjnie, z wyjątkiem tych wypadków, kiedy konieczne jest leczenie szpitalne lub sanatoryjne. Dla usprawnienia ambulatoryjnego leczenia gruźlicy Wydział Sanitarny wysłał poszczególnych lekarzy rejonowych na kursy uzupełniające przy Uniwersytecie w Łodzi i w Warszawie dla pogłębienia wiedzy i zastosowania nowszych metod w leczeniu chorych.

Przepisy S 1 § 4 są dość rygorystyczne w stosunku do pracowników, chorych na gruźlicę, dlatego też W-ł Sanitarny, by nie łamać psychicznie chorych, którzy z powodu choroby zostają zwolnieni z pracy, proponuje nowelizację, która już w Dyrekcji Łódzkiej ma pewne zastosowanie, mianowicie, aby chorych, którzy nie prątkują, nie gorączkują i których stan ogólny zdrowia jest stosunkowo niezły, pozostawiać w pracy na kolei. W każdym takim wypadku należy sprawdzać warunki mieszkaniowe, odżywianie, warunki pracy i odpowiednio do tego umieszczać chorych na stanowiskach, nie wpływających ujemnie na ich chorobę.

W Y K A Z

pracowników kolejowych, ich rodzin, emerytów, wdów i sierot chorych na gruźlicę w 1946 r.

	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień
Ilość chorych pracowników:	63	39	54	41	35	38	34	33	47	42
rodzin prac.:	120	105	84	89	68	45	30	35	40	26
emerytów:	8	2	—	5	1	1	—	1	1	1
wdów i sierot:	3	1	—	—	—	1	1	4	1	1
Razem:	194	147	138	135	104	85	65	73	89	70

Etatowych pracowników: 21.940 rodzin: 44.937
 emerytów: 2.147 " 2.500
 wdów: — " 3.886
 sierot: — " 1.290

Razem: 24.087 " 52.613
 ogółem: 76.700

W Y K A Z

pracowników kolejowych, ich rodzin, emerytów, wdów i sierot chorych na gruźlicę w 1947 r.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Pozdziej- nik
Ilość chorych pracowników:	36	30	27	19	22	12	64	14	14	11
rodzin pracow:	46	53	42	31	24	10	12	9	11	9
emerytów:	1	6	—	1	1	4	—	—	—	—
wdów i sierot:	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Razem:	83	89	69	51	47	26	76	23	25	20

Etatowych pracowników: 22.170 rodzin 55.867
 emerytów: 2.647 " 2.074
 wdów: " 4.193
 sierot: " 1.743
Razem: 24.817 63.877

Ogółem 88.694

Wczasy a profilaktyka.

Mgr Wydro Władysław.

Wchodzimy w czwarty rok prowadzenia przez ZZK domów wypoczynkowych dla ludzi pracy. Zetknęliśmy się więc z tym zagadnieniem dostatecznie blisko i długo, aby mieć prawo wyciągnięcia ze swych bogatych doświadczeń daleko idących wniosków. Rozpoczynaliśmy organizację wczasów pracowniczych dla kolejarzy jako jedni z pierwszych — bo już jesienią 1945 r. ruszyły nasze pierwsze 4 domy. Jakimi żmudnymi drogami organizowano pierwsze ośrodki, jakie opory trzeba było pokonać, aby ze stadium projektów i organizacji — dojść do realnych wyników — nie pora o tym mówić. Wspomnieć jednak należy, że wypełnienie domów wypoczynkowych w pierwszych miesiącach ich istnienia było tak małe, że wśród działaczy społecznych budziło się pytanie — „dla kogo są te domy, gdy do nich robociarz nie chce jechać”. Pytanie to uderzyło w nas zarzutem, czy słuszna jest nasza droga, czy ten wybrany przez nas sposób pomocy dla ludzi pracy jest właściwy, czy nie nastąpiła jakaś zasadnicza pomyłka?

Przyszły jednak miesiące letnie 1946 r., gdy domy nasze nie były w stanie pomieścić dużej części zgłaszających się wczasowiczów. Okazało się, że kolejarz zachęcony widocznymi a dodatnimi skutkami pobytu w domach wypoczynkowych swych odważniejszych pierwszych kolegów, którzy w naszych ośrodkach odpoczęli i wyleczyli swe dolegliwości, zrozumiał wartość odpoczynku w ośrodkach wczasów — i odtąd ugruntowało się znaczenie domów wypoczynkowych i akcji wczasów pracowniczych, jako jednej z najcenniejszych zdobyczy świata pracy. Wśród innych osiągnięć ruchu socjalistycznego było to osiągnięcie — że tak określić można — sztarndarowe.

Do r. 1939 jednym z wielu ówczesnych paradoksów społecznych był fakt, że ludzie cierpiący na choroby zawodowe, nabyte w ciężkiej pracy w kopalniach, fabrykach czy warsztatach a wśród

nich rzesze kolejarzy, narażonych na ujemne wpływy zmiennej atmosfery, odżywiania się podczas długiej służby zimnymi i skwaśniałymi posiłkami nie mogli leczyć się z tych chorób zawodowych, gdyż nie było ich na to stać.

Stwarzało to stan krzywdy społecznej, lecz jakże wątle były starania i możliwości naszych związków kolejowych i stowarzyszeń, aby temu zaradzić. Niewielkie też były wyniki tych starań. Wczasy nie obejmowały swym zasięgiem poważniejszego odsetka ogółu pracowników, a warunki i ceny pobytu w domach wypoczynkowych na ogół były za wysokie w stosunku do zarobków rzesz niższych pracowników kolejowych.

Zasadniczo zmieniły się warunki na tym odcinku od momentu przewrotu w lipcu 1944 r. W ramach ustroju demokracji ludowej mogły zaistnieć u nas takie możliwości, które pozwoliły zorganizować silne Związki Zawodowe i przeprowadzić dobrze zasłużone wieloletnią walką klasową — prawa klasy pracującej.

Jednym z naczelných praw robotniczych staje się obecnie prawo do wypoczynku w okresie urlopu t. zw. wczasy pracownicze. Ruch zawodowy w Polsce zajął się zagadnieniem wczasów już w roku 1945, zaś podstawę prawną dała mu uchwała Rady Ministrów z 1.6. 1945 r., powierzająca Komisji Centralnej Związków Zawodowych organizację wczasów pracowniczych i dająca tej akcji pewne podstawy materialne w formie wyznaczenia na częściowe pokrycie kosztów pobytu wczasowicza poważną kwotę z kredytów państwowych oraz zapewniając zaopatrzenie materiałowe i żywnościowe.

Bazując na tych ulgach i uprawnieniach, ruch zawodowy zorganizował w ciągu lat 1945—6 ogółem 400 domów wypoczynkowych, z których skorzystało 227.000 osób, zaś obecnie w roku 1947 klasa robotnicza dysponuje już 614 domami wypoczynkowymi o pojemności 26.000 miejsc jednorazowo. Uwzględniając podział na rejony klimatyczne, mamy teraz w rejonie nizinym 63 domy na 3.000 miejsc, rejon morski dysponuje 71 domami również na 3.000 miejsc oraz rejon górski liczy 480 domów na 20.000 miejsc — razem łączna chłonność domów wypoczynkowych wyraża się poważną cyfrą 462.000 osób rocznie, odliczając już sezony martwe.

Ponieważ wedle ostatnich danych statystycznych Związki Zawodowe w Polsce zrzeszają łącznie 2,761.000 członków, dotychczasowe osiągnięcia akcji wczasów zapewniają miejsca dla wypoczynku dla 16,7% ogółu członków. Uwzględniając dane statystyczne zachorowań robotników, które wykazują, że około 10% ogółu cierpi na choroby płucne, reumatyzm, artretyzm i choroby przewodu pokarmowego oraz, że około 5% robotników przekracza rocznie 15 dni chorobowych, co z dużym prawdopodobieństwem możemy zapisać na rachunek poważniejszych chorób, wymagających dla pełnego

wyleczenia długiego wypoczynku po chorobie — dochodzimy do wniosku, że akcja wczasów w obecnej fazie wystarczy zaledwie na zaspokojenie potrzeb ludzi chorych, których powinna uwzględniać w pierwszej kolejności, a poza tym zdolna byłaby obsłużyć zaledwie niespełna 2% ogółu pracowników — t. j. około 50.000 osób zmęczonych pracą zawodową, a nie wykazujących żadnych chorób.

Powyższe cyfry mówią same za siebie, obrazując najlepiej, że akcja wczasów wprawdzie osiągnęła dotychczasowe rezultaty w zakresie poważnym, lecz daleka jest od zaspokojenia pełnych potrzeb świata pracy.

Dnia 27.10. 1947 r. odbyła się w Spale konferencja przedstawicieli wszystkich Związków Zawodowych i zainteresowanych Ministerstw, która miała za zadanie ustalić tezy programowe oraz formy organizacyjne dla akcji wczasów na najbliższą przyszłość. Konferencja ta ustaliła następujące wytyczne:

- 1) Wczasy pracownicze to zapewniony i zorganizowany odpoczynek w czasie wolnym od pracy.
- 2) Celem wczasów jest zachowanie i regeneracja zdrowia fizycznego i moralnego ogółu pracowników.
- 3) Zadaniem wczasów pracowniczych jest zorganizowanie odpowiedniego aparatu dla udostępnienia racjonalnego wypoczynku najszerzszym rzeszom pracowniczym przez wypoczynek doroczny, świąteczny i codzienny tak w czasie pracy, jak i po pracy.
- 4) Środkami realizacji tych zadań są: a) domy wypoczynkowe, b) obozy — wycieczki i akcja turystyczna tak lądowa, jak rzeczna i morska, c) zbiorowy wypoczynek świąteczny w formie imprez turystycznych, kulturalnych i towarzyskich, przy czym w szerokim zakresie winno być udostępnione korzystanie przez ludzi pracy z imprez kulturalnych, obecnie szerokim rzeszom niedostępnych.
- 5) Dbłość o estetykę miejsca pracy, klubów i domów robotniczych.
- 6) Wyłączenie młodocianych z domów wczasów i zorganizowanie dla nich oddzielnych wczasów.
- 7) Przeprowadzenie akcji ułatwień komunikacyjnych i wykorzystanie urządzeń wczasowych dla tych pracowników, którzy ze względu na niemożność pobytu w domach wczasów, wyjeżdżają na wczasy indywidualne.

Następnie ustalono, że do miejscowości klimatycznych i kąpielisk morskich powinni być kierowani wczasowicze zdrowi, zaś pracowników wymagających leczenia należy kierować do zdrojowisk.

Myśl społeczna, jaka przebija się w tych tezach, kładzie nacisk na dwa zagadnienia. Jedno stanowi strona społecznego zużycia czasu wypoczynku dla regeneracji sił do twórczej pracy. Druga, to troska o stronę leczniczo - profilaktyczną.

Służba zdrowia ma przed sobą 2 zadania — jedno to leczenie istniejących już stanów chorobowych, drugie — to akcja zapobiegania chorobom.

Zagadnienie profilaktyki jest pojęciem tak szerokim, że opracowanie go dokładne przekroczyłoby ograniczone możliwości referatu.

Zapobieganie chorobie to zarówno działanie uświadamiające, jakie czynniki niekorzystnie wpływają na stan zdrowia, jak i dążenie do wytworzenia takich warunków i czynników, które uodpornią organizm i wzmocnią jego własne siły do walki z zagrażającą chorobą, a dalej pod to pojęcie podciągnąć można te czynniki, które sprzyjają normalnemu wzrostowi i rozwojowi jednostki ludzkiej zdrowej, dobrze zbudowanej.

Z zagadnień tych zajmijmy się w pierwszym rzędzie profilaktyką, mającą na celu zniweczenie ujemnych wpływów środowiska. Na pierwszy plan wysuwa się tu znaczenie higieny i bezpieczeństwa pracy oraz higieny mieszkań i życia osobistego codziennego. Ujemne warunki niektórych rodzajów pracy jak praca w miejscach wilgotnych, miejscach narażonych na stałe i nagłe zmiany temperatury, prace zatruwające organizm dymem, wyziewami chemicznymi czy pyłem, są powodem większości chorób zawodowych. Niewątpliwie wiele tych wpływów nie uda się w żadnych warunkach społecznych zupełnie usunąć, jednak społeczeństwo musi dążyć do tego, aby ci którzy taką pracę muszą wykonywać, byli otoczeni specjalną opieką. Należy więc zapewnić im przynajmniej takie warunki materialne, które pozwoliłyby przez forsowne odżywianie i dobre warunki mieszkaniowe łagodzić ujemne skutki wykonywanej pracy i pomóc organizmowi w walce z nimi. Poza tym wchodzi tu w swą najpoważniejszą rolę akcja wczasów, która dla tych osób w pierwszej kolejności zorganizuje wypoczynek urlopowy w takich miejscowościach, które swym wybitnie korzystnym klimatem czy wodami leczniczymi pomagają uodpornić organizm względnie leczyć zmiany chorobowe już w ich początkowych stadiach.

Mimo poczynań organizacji, powołanych do walki z chorobami społecznymi, Ośrodków Zdrowia, Poradni Przeciwgruźliczych i innych oraz pracy pojedynczych lekarzy - społeczników, zagadnienie uświadczenia społeczeństwa o sposobach unikania zakażenia stoi jeszcze na niedostatecznym poziomie, szczególnie wśród pracowników kolejowych, zatrudnionych w miejscowościach mniejszych, zbyt oddalonych od poradni i ośrodków lekarskich.

Uruchomienie ostatnio wagonu propagandowego o charakterze ruchomej poradni do walki z chorobami społecznymi, składającego się z aparatury, umożliwiającej wykrywanie chorób społecznych z uwzględnieniem przede wszystkim gruźlicy, sprawę tę dużo posunęło naprzód. Wagon taki powinien być wyposażony w odpowiednie tablice, wykresy i inne eksponaty, obrazujące poszczególne stadia chorób społecznych i ich skutki oraz aparat projekcyjny, najlepiej epidiaskop dla ożywienia ilustracjami wygłaszanych wykładów, uświadamiających i pouczających. Naturalnie wymagana będzie obsada personalna, stojąca na wysokim poziomie fachowości lekarskiej, a pozatym uzdolniona w kierunku popularyzowania tych zagadnień.

Pokrycie kosztów takiego wagonu wziął by na siebie tak Referat Społeczny Gabinetu Ministra, jak i Biuro Sanitarne.

Niezależnie od tego w roku 1948 lekarze rejonowi powinni urządzić na swym terenie odczyty dla środowisk kolejowych o konieczności walki z chorobami społecznymi i sposobach zapobiegania im. Wskazana jest również ściślejsza współpraca z miejscowymi Ośrodkami Zdrowia i Poradniami Przeciwgruźliczymi, oraz propaganda akcji wczasów.

Stwierdzić należy, że walka z gruźlicą nie tylko polega na leczeniu istniejącej już choroby, lecz również na stworzeniu warunków, które chronią przed zakażeniem gruźlicą oraz na uodpornieniu organizmu, który w stanie pełnej sprawności łatwiej broni się przed zarazkami, jakie codziennie wchłania.

Tu przechodzimy do właściwej roli wczasów jako sposobu walki z gruźlicą. Wczasy zapewniają pobyt w warunkach wybitnie korzystnych. Specjalny tryb życia na wczasach: wiele spoczynku, stosunkowo intensywne odżywianie oraz odpowiednio dozowany ruch w formie spacerów i gier sportowych, przyczyniają się do rozwoju odporności organizmu i magazynują siły witalne na przyszłość.

Jako dalszy czynnik, współdziałający w walce z gruźlicą, jest akcja zwalczania alkoholizmu, który wybitnie niekorzystnie wpływa na odporność organizmu.

Zagadnieniem trzecim jest profilaktyka twórcza, która żąda wytworzenia dodatnich warunków wychowania i udostępnienia środowisku pracowniczemu takich ułatwień i pomocy, które by pozwoliły mu wychować nowe zdrowe i silne pokolenie.

Do tych czynników zaliczyć należy: dostateczne odżywianie, higienę mieszkań i odzieży, wychowanie fizyczne i sporty, odpoczynek wakacyjny młodzieży na koloniach klimatycznych oraz pracę, dostosowaną do wątłych sił. Dążenie do tego stanu doskonałości społecznej oto cel, jaki wytyczyć sobie musimy w naszej pracy. Opieka nad dzieckiem jest równoznaczna z gromadzeniem potęż-

nych kapitałów, które przyniosą nam stokrotne zyski. Tak samo każdy grosz, wydany na akcję zapobiegania chorobom, pozwala nam zaoszczędzić olbrzymie sumy, jakie wydajemy na leczenie tych chorób, przyczym jako czysty zysk zapiszemy miliony produktywnych dniówek roboczych, jakie pożera dzisiaj choroba.

Kończąc swe uwagi stwierdzam, że akcja zapobiegania chorobom społecznym szczególnie w zakresie walki z gruźlicą, jest obowiązkiem całego społeczeństwa i to obowiązkiem, który należy położyć na równi z odbudową Kraju, gdyż odbudowa człowieka, odbudowa jego zdrowia jest podstawą naszej przyszłości i naszej siły.

PROTOKÓŁ

Konferencji Lekarzy Kolejowych w sprawie walki z gruźlicą na PKP,
odbytej w Górnej Szklarskiej Porębie w dniu 6. 7. i 8. XII. 1947 r.

I-szy dzień konferencji dnia 6 grudnia 1947 r.

O godz. 15 m. 30 otworzył konferencję Ob. Dyrektor Biura Sanitarnego Ministerstwa Komunikacji Dr Stanisław Welbel. W swoim przemówieniu Ob. Dyrektor podkreślił doniosłą rolę, jaką powinna odegrać obecna konferencja w walce z gruźlicą na P.K.P.

Kolejno wygłosili przemówienia powitalne:

Ob. Dr Bartenbach, przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia,

Ob. Ignacy Skowroński, przedstawiciel Zarządu Głównego Z.Z.K. i

Ob. Dyrektor Kowalski, przedstawiciel Prezydium D.O.K.P. Wrocław. Po przemówieniach powitalnych przewodnictwo konferencji

objął Dr Józef Mazurek, Ordynator Szpitala Kolejowego w Warszawie.

Do prezydium zostali zaproszeni: Dr Bartenbach, Dr Mockało,

członkowie Zarządu Głównego Z. Z. K. — Ob. Ob. Stachacz, Sko-

wroński i Rak, V-Dyrektor D.O.K.P. Wrocław — Kowalski, Dr Woł-

kowiński, Dr Leble i Dr Makowski. Na sekretarza generalnego zo-

stał powołany Dr Marasek.

Pierwszy referat pt. „Zapalenie wyrostka robaczkowego, a gruźlica płuc” wygłosił Dr Józef Gackowski, lekarz specjalista chorób

płucnych DOKP w Warszawie. Następne referaty wygłosili: 1) Dr

Janina Rabcewicz, ordynator sanatorium PKP w Chodzieży „Przeci-

nianie zrostów opłucnych metodą Jacobaeus'a z uwzględnieniem

przypadków własnych”, 2) Dr J. Gackowski „Sposób przepalania

zrostów metodą t. zw. hydrauliczną” 3) Dr Lucjan Dobrowolski, le-

karz specjalista chorób płucnych DOKP Warszawa, „Znaczenie nie-

specyficznego podrażnienia w gruźlicy doświadczalnej”, 4) Dr Do-

browolski omówił również własnego pomysłu aparat do odmy

sztucznej, demonstrując zdjęcia fotograficzne tego aparatu, 5) Dr

Wołkowiński, kierownik sanatorium PKP w Bystrej Wilkowice —

„Uwagi o roli klimatu w leczeniu gruźlicy płuc“, 6) Dr Piasecki — „Gruźlica płuc w Pelsce widziana oczami UNRRA“.

Po wygłoszeniu referatów Przewodniczący konferencji, Dr Mazurek zwrócił się do prelegentów z propozycją wyrażenia zgody na umieszczenie referatów, wygłoszonych na obecnym Zjeździe, w kwartalniku „Lekarz Kolejowy“.

Po 10-cio minutowej przerwie Przewodniczący zarządził dyskusję nad wygłoszonymi referatami.

Dr L. Dobrowolski — Wtórna gruźlica przewodu pokarmowego jest najczęstszym powikłaniem gruźlicy płuc. Do 30 roku życia występuje dwukrotnie częściej, niż w wieku późniejszym zwłaszcza, gdy istnieje i gruźlica krtani.

Anatomo - patologicznie rozróżniamy trzy postacie:

- 1) postać wysiękowa przejawia się owrzodzeniem,
- 2) postać wytwórcza powoduje zgrubienie ścian, tworząc postać guzową,
- 3) postać martwicowa.

Gruźlica jelit różnie się umiejscawia. Najczęściej występuje w dolnym odcinku jelita krętego, w okolicy ślepego i w części wstępującej okrężnicy.

W okolicy jelita ślepego najczęściej rozwija się postać wytwórcza i prawie jakby z reguły zajmuje i okolice wyrostka robaczkowego. Te zmiany zwłaszcza w wyrostku robaczkowym zazwyczaj powstają drogą krwioobiegu z ogniska, leżącego w płucach.

Zjawia się wtedy typowa postać zapalenia gruźliczego wyrostka robaczkowego, co ma miejsce z reguły przy ciężkiej gruźlicy jelit.

Zapalenie gruźlicze wyłącznie wyrostka robaczkowego jest jednak sporadycznym zjawiskiem i wtedy wykryć możemy zmiany wyłącznie badaniem mikroskopowym. Z drugiej jednak strony występują niespecyficzne podrażnienia wyrostka robaczkowego przy gruźlicy płuc, co jest zrozumiałe, wpływa bowiem na to długotrwałe leżakowanie, czy też leżenie w łóżku, powodując zastój kału, atonję kiszek itp.

Należy jednak zaznaczyć, że niema żadnego pewnego wskaźnika klinicznego, który byłby miarodajny dla rozpoznania gruźlicy jelit, a schorzenia wyrostka robaczkowego w szczególności.

Przed 20 laty, będąc prosektorem Szpitala Św. Łazarza w Warszawie, wykonałem przeszło 1000 sekcji osób zmarłych nie tylko na gruźlicę, lecz i na inne cierpienia. Nie stwierdziłem makroskopowo gruźlicy wyrostka robaczkowego. Pozatym nie zgodziłbym się z twierdzeniem Kol. Gackowskiego, który łączy powstawanie zapalenia wyrostka robaczkowego z zapaleniem opłucnej (pierwotne): To ostatnie wyprzedza zazwyczaj gruźlicę prawie w 90%, natomiast twierdzi Kol. Gackowski, osoby, które przeszły operację usunięcia

wyrostka robaczkowego, zapadają w 20%. Zresztą autor nie podaje szczegółowych badań, zwłaszcza krwi tak, że trudno wyciągnąć z tego ostateczne wnioski.

Wreszcie nie zgodziłbym się z twierdzeniem autora, aby wszystkich chorych młodych po operacji wyrostka robaczkowego wysyłać do sanatorium przynajmniej na 2 miesiące celem obserwacji stanu płuc.

Przypuszczam, że niepotrzebnie założylibyśmy łóżka sanatoryjne.

Przystępując do przecinania zrostów, należy rozpatrzyć wskazania:

- 1) kliniczne, czy stan chorego pozwala na wykonanie zabiegu. Nie operować kobiet podczas okresu. Podwyższona ciepłota, kaszel, odpluwanie jako wynik odmy niekompletnej nie może stanowić przeciwwskazania. Do zabiegu należy przystąpić w pierwszych tygodniach po założeniu odmy. Przy zmianach obustronnych przecinać zrosty na stronie więcej zaawansowanej, przy wysiękach surowicznych operacja wskazana, przy ropnych — zabieg przeciwwskazany; specjalnymi wskazaniami do szybkiej interwencji będą: krwiopłucia, duże jamy, zawieszony na zrostach, przed założeniem odmy drugostronnej itp.
- 2) hematologiczne, zwłaszcza badanie na OB.
- 3) rentgenologiczne. Przed zabiegiem należy dokładnie ustalić umiejscowienie zrostów, ich możliwą ilość, kształt, wreszcie zdecydować konieczność zabiegu. Prześwietlając, należy chorego przekręcać i obniżać, by ustalić dokładnie miejsce przyczepu. Zwrócić uwagę na zachowanie się śródpiersia, serca, zatok. Często zrosty są niewidoczne, należy orientować się wyglądem płuca, śródpiersia. Nieregularności w przebiegu brzegu płucnego przemawiają za obecnością zrostów.
- 4) wziernikowe. Endoskopia wyłącznie może ostatecznie zdecydować o potrzebie zabiegu, dając nam możliwość dokładnego umiejscowienia zrostu, ustalenia jego kształtu i stosunku do sąsiednich narządów.

Miejsce do zabiegu zazwyczaj wybieramy w trzecim międzyżebrzu, dla optyki w obrębie przedniej linii pachowej, dla żegadła — tylną pachową i tylko wyjątkowo, przy niżej umiejscowionych zrostach, wybieramy niższe miejsca.

W krótkości podaję swoją statystykę, uzyskaną w szpitalu Laenneca w Paryżu: zrosty opłucnowe, przy stosowaniu odmy, spotykamy w 60% przypadków, w 75% przepalenie zrostów dało wynik dodatni, krwawienie mieliśmy w 2,5% przypadków.

Wysięki, zależnie od stanu opłucnej:

- a) w 60% wysięk nie przekraczał sklepienia przepony,
- b) w 15% wysięk przekraczał sklepienie przepony,
- c) w 5% mieliśmy duże wysięki.

Przypuszczano dawniej, że klimat górski ma specjalne właściwości uodparniające przeciwko gruźlicy, dlatego leczono gruźlicę tylko w górach. Obecnie przeważa pogląd, że klimat nie odgrywa takiej roli i gruźlicę wszędzie można leczyć. Oba te poglądy nie są zupełnie słuszne. Nie ulega bowiem wątpliwości, że rodzaj klimatu ma własności pobudzające i jako taki czynnik, winien być odpowiednio stosowany.

Niema jednak takiego klimatu, który wpływałby bezpośrednio leczniczo na gruźlicę. Każdy klimat składa się z poszczególnych czynników, jak atmosferycznych, kosmicznych, terenowych. Dzięki temu powstają podrażnienia, czy też podniety, które mają bezpośredni wpływ na procesy życiowe. Wiemy, że pogoda wywiera niezaprzeczony wpływ na organizm ludzki np. wyż barometryczny i obniżenie wilgotności wzmagają rezerwę alkaliczną krwi, odwrotnie niż i nadmiar wilgotności wzmagają zakwaszenie ustroju.

Te sprawy wpływają i na sam przebieg procesów gruźliczych; duży stopień wilgotności powietrza i terenu powoduje zwiększenie zachorowalności i większą śmiertelność, wskutek czego mamy większą śmiertelność przy gruźlicy wiosną i cokolwiek mniejszą jesienią. Zimą częste zmiany pogody łącznie z pozbawieniem ustroju witaminy C, zwłaszcza w pożywieniu, obniżając odporność organizmu gruźlika, daje powód do częstych nasileń choroby. Latem znowu nadmiar promieni ultrafioletowych powoduje powstawanie świeżych ognisk zapalnych dookoła dawnych zmian. Jest to w związku ze zmianami w rezerwie zasadowo - kwaśnej organizmu, powodując głębokie zmiany przemiany materii wiosną i latem. Wpływ na występowanie schorzeń zwłaszcza płucnych mają: ruchy powietrza w pewnych jego warstwach, zwłaszcza w kierunku pionowym. Wpływa to w sposób zdecydowany na przebieg gruźlicy płuc, obserwujemy bowiem przy t. zw. „przeciągach” zjawianie się krwiopluć, zapaleń opłucnej, podwyższenie ciepłoty, występowanie stanów depresyjnych i ogólnego pobudzenia, występowanie sensacji bólowych w miejscu ognisk gruźliczych, a nawet wpływ na szybkość opadania krwinek czerwonych.

Z drugiej strony jednak te biologiczno - klimatyczne podrażnienia działają dodatnio, wykonując jakby powierzchowny masaż naczyń włosowatych, hartowanie organizmu i dzięki temu wzmagają się siły obronne ustroju.

Dr Bartólewski podaje, że w sanatorium najważniejsze znaczenie ma leczenie klimatyczne pomimo, że odma i drenaż Monaldiego

również spełniają swe zadanie. Chciałem wyjaśnić, że w żaden sposób nie można identyfikować odmy z drenażem. Prątek kwasooporny jest tlenowcem, działanie odmy polega między innymi na utrudnieniu dostępu tlenu, w drenażu mamy założenie odwrotne, gdyż przez dren, umieszczony w jamie, stwarzamy jakby warunki jaknajwięcej tlenowe. Drenaż Monaldiego wypierany jest obecnie przez inne odmiany metody uciskowej.

Dr Bartólewski. 1) Podanie do wiadomości ogólnej wniosków kol. Gackowskiego, że „każdy przypadek po appendektomii należałoby kierować na okres około 3-ch miesięcy do sanatorium” mogłoby spowodować zbyt wiele zamieszania. Obecna ilość łóżek sanatoryjnych nie jest wystarczająca dla chorych na gruźlicę płuc i cały szereg ludzi wyczekuje miesiącami na swoją kolejkę, a gdybyśmy chcieli jeszcze przekazywać każdego, kto przebył operację wyrostka robaczkowego, do sanatorium — czasokres wyczekiwania wzrósłby do lat.

Lekarze amerykańscy Charles D. Thomas, Herman F. Easom. P. Mc Cain, J. S. Hiatt, podają w swojej pracy zbiorowej, że ostre zapalenia wyrostka robaczkowego występują o wiele częściej (11 razy częściej) w wypadkach stosowania odmy otrzewnej. Przypisują to jednak nie zakażeniu gruźliczemu, lecz uciskowi z następowymi zmianami zastoinowymi. Nie zgadzam się z kol. Gackowskim, że każdy przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza ostre zapalenia należy podejrzewać o etiologię gruźliczą, ponieważ to podejście mogłoby spowodować opóźnienie ze skierowaniem pacjenta do zabiegu chirurgicznego, a następstwa byłyby niebezpieczne dla chorego, a lekarzowi również takie postępowanie wyczekujące mogłoby przysporzyć wiele przykrości. Znane są wypadki z praktyki sanatoryjnej, że chorzy na gruźlicę zapadali na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, poddawani byli zabiegowi operacyjnemu. Badania wyciętych wyrostków poza zmianami zapalnymi nie wykazały zmian gruźliczych (ani makroskopowych, ani mikroskopowych). W ostatnim półroczu miałem w sanatorium w Chodzieży takie dwa przypadki.

2) Omówiony przez kol. Dobrowolskiego aparat odmowy nie wprowadza nic nowego poza tym, że jest małego formatu. Posiada te same ujemne strony, co i używane dotychczas, a mianowicie cylindry są szklane, a więc tłukące się łatwo, wypełniające je płyny ulegają parowaniu, mogą się wylać itp. Zastosowanie kotwiczki też nie upraszcza posługiwania się tym aparatem.

Przed miesiącem widziałem u jednego z lekarzy polskich aparat istotnie godny polecenia. Aparat ten zakupiony w Anglii odznacza się małym formatem. Wymiary futerału wynoszą mniej więcej $20 \times 30 \times 15$ cm. Właściwy aparat składa się z cylindra

metalowego, połączonego rurką gumową z manometrem, a drugą rurkę zakłada się na igłę odmową. Przekręcenie rączki kurka zaworowego w prawo lub lewo pozwala na dopełnienie lub odessanie. Niestety cena tego aparatu na nasze stosunki jest nieco za wysoka.

3) Dr Wołkowiński wyczerpująco omówił znaczenie klimatu w leczeniu sanatoryjnym, ale pominął prawie, poza małą wzmianką, znaczenie najważniejszego czynnika „wypoczynku“, który jest podstawowym warunkiem tak przy leczeniu dietetyczno - klimatycznym, jak i przy leczeniu chirurgicznym. W tym ostatnim pomyślny wynik zabiegu zależy przede wszystkim od skrupulatnego stosowania bezwzględniego pobytu w łóżku przez dłuższy okres. I tak po wytworzeniu odmy zewnątrzopłucnej chory winien leżeć przynajmniej 6 tygodni, po torakoplastyce — 12 tygodni, a lekarze amerykańscy przedłużają ten okres znacznie dłużej.

W przypadkach, nie nadających się do zabiegów, wpływ wypoczynku przynosi bardzo znaczną poprawę: spadek ciepłoty, poprawę apetytu, odtrucie ustroju itp. Ostatnio coraz częściej—zwłaszcza w prasie lekarskiej zagranicznej — podkreśla się przede wszystkim znaczenie „wypoczynku“, a przywiązywanie mniejszej wagi do klimatu i nadmiernego odżywiania.

Ponadto należałoby, moim zdaniem, bardziej podkreślić w tym referacie znaczenie wpływu rygoru sanatoryjnego jako czynnika wychowawczego na chorego na gruźlicę płuc, secundo — kojący wpływ opieki lekarsko - pielęgniarskiej na system nerwowy pacjenta. Od nastawienia psychicznego leczonego zależy w bardzo znacznej części dodatni wynik kuracji.

Dr Bartenbach zwraca uwagę na nieścisłość danych statystycznych w referacie dr. Piaseckiego i stwierdza, że ilość łóżek sanatoryjnych, opłacanych przez Ministerstwo Zdrowia wynosi nie 1000 a 3000. Ilość kalorii w sanatoriach = 3.500. Procent zgonów w 1947 r. spadł do wysokości 1939 r. Nawiązując do referatu dr Wołkowińskiego, mówca podkreśla, że w myśl instrukcji Ministerstwa Zdrowia należy do sanatorium kierować wypadki wczesne, wymagające zwłaszcza zabiegu chirurgicznego. Co się tyczy gruźlicy, nie rokującej poprawy, a zwłaszcza niebezpiecznej dla otoczenia, to takich chorych należy kierować do azylatoriów, a obecnie z braku takich—do szpitali zakaźnych. Zdaniem mówcy korzystniejsze wyniki leczenia uciskowego otrzymuje się w odpowiednich warunkach klimatycznych. Na zakończenie mówca podkreśla olbrzymie trudności zdobywania streptomycyny ze względu na jej wygórowaną cenę. Preparat ten może być stosowany tylko w przypadkach meningitis tbc.

Dr Opolski. Na marginesie referatu kol. Gackowskiego chcę podać kilka uwag:

- 1) postać wrzodziejąca gruźlicy jelita grubego i okolicy wyrostka robaczkowego jest zwykle połączona z daleko posuniętymi zmianami gruźliczymi w płucach, a poza tym występują biegunki itp. objawy; operowanie takich przypadków uważałoby należało za gruby błąd rozpoznawczy;
- 2) zaostrzenie jawnej czy ukrytej sprawy gruźliczej po operacji wyrostka może wystąpić nie tylko po usunięciu gruźliczego wyrostka, ale także po operacji nieswoiście zapalnego wyrostka — jako wynik wstrząsu pooperacyjnego;
- 3) w razie pierwotnego gruźliczego zapalenia wyrostka robaczkowego, jak to Kol. Gackowski nazywa — rozpoznanie i rozstrzygnięcie, z czym mamy do czynienia, natrafi zazwyczaj na duże trudności.

Zresztą nawet objawy otwartej gruźlicy nie wykluczają nieswoistego zapalenia wyrostka robaczkowego — w takich wypadkach chirurg, decydując się na zabieg, stara się zmniejszyć wstrząs np. niestosowaniem narkozy eterowej tylko znieczulenia miejscowego.

4) Korzystając ze sposobności zapytuję, jakie jest zdanie kolegów o stosowaniu *cuprum glicocolicum*?

Dr Jefremienko podkreśla konieczność zwiększenia ilości łóżek sanatoryjnych w sanatoriach PKP.

Dr Okoński omawia sprawę leczenia gruźlicy preparatami złota.

W związku z poruszoną sprawą działania soli metali ciężkich w leczeniu gruźlicy płuc pragnę zaznaczyć, że w czasie początkowego entuzjazmu z powodu wynalezienia sanokryzyny stosowałem ten preparat u kilkudziesięciu pacjentów szpitalnych, nie dobierając specjalnych przypadków.

Wyniki, uzyskane przy leczeniu tym preparatem, dały 65% poprawy leczonych przypadków, wśród których pamiętam dwa przypadki wyleczonej zupełnie jednostronnej jamistej gruźlicy płuc, a poza tym jeden przypadek dwustronnej gruźlicy jamistej u 17 letniej dziewczyny, która przybyła do szpitala w stanie kacheksji, ważąc 34 kg. a po dwóch miesiącach leczenia preparatami złota przybyło jej na wadze 17 kg. Chora nabrała kwitnącej cery i opuściła szpital. Jamy, aczkolwiek zmniejszone, pozostały nadal.

Inny przypadek dotyczy lekarza z czynną, rozległą gruźlicą płuc obustronną, powikłaną wysiękowym zapaleniem opłucnej z jednej strony i włóknikowym zapaleniem opłucnej po stronie drugiej. Stan chorego bardzo ciężki.

Po zastosowaniu leczenia preparatami złota (dożylnie) chory na tyle się poprawił, że mógł przystąpić do pracy zawodowej.

Pragnąłbym usłyszeć, jak Doc. Fenczyn, który twierdzi, że sole metali ciężkich z wyjątkiem żelaza, jako leki drażniące, mogą być stosowane tylko w przypadkach gruźlicy włóknistej, która i bez tego daje poprawy zdrowia, wytłumaczy fakty podane przeze mnie, a dotyczące gruźlicy rozpadowej. Zaznaczam, że podawanie preparatów złota stosowałem, indywidualizując sposób stosowania złota, zależnie od przypadku. Dawki i przerwy między podawanymi dawkami uzależniałem od odczynu chorego na podany lek i od czasu wygaśnięcia tego odczynu. U jednej z chorych, całkowicie wyleczonej (gruźlica jamista jednostronna — żyje i pracuje do dzisiaj) jedna z przerw między wstrzyknięciami preparatu złota wynosiła 6 tygodni.

Dobre wyniki leczenia preparatami złota w przypadkach gruźlicy serowato - jamistej przypisuję osobiście przystosowaniu metody podawania preparatu do poszczególnego przypadku, a nie stosowania leku wg ustalonego szablonu.

Doc. Fenczyn w obszernym przemówieniu podaje naukowe przesłanki stosowania streptomycyny i soli metali ciężkich w leczeniu gruźlicy.

Dr Rojek twierdzi, że cuprum glicocolicum może być z dobrym skutkiem stosowane w okresie zatrzymania, względnie regresji sprawy gruźliczej, a nie w okresie zaostrzenia procesu. Środek ten może być wykorzystany jako środek drażniący tkankę płucną celem wzmocnienia procesów włóknisto - wytwórczych. Dlatego możemy oczekiwać korzystnego efektu tylko tam, gdzie organizm sam przy dużej stosunkowo odporności skłonny jest do zablizniania sprawy gruźliczej.

Dr Raczyński. W związku z referatem dr Gackowskiego. W wypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego badania kliniczne płuc zdają się być w życiu codziennym niemożliwe. Natomiast powinny mieć miejsce we wszystkich przypadkach przewlekłego zapalenia. Wówczas badanie morfologiczne krwi może nam być pomocne w diagnozie różniczkowej, o czym referent nie wspominał w swojej pracy.

Przy referacie Dr I. Rabcewicz nasuwa się wątpliwość, czy zastosowanie penicyliny po każdym zabiegu kaustyki jest celowe i ekonomiczne, wobec znacznych kosztów z tym związanych. Co do „doskonałego” wpływu usypiającego kombinacji scopolaminy z morfiną, która niewątpliwie często bywa używana do przygotowania pacjenta, nie podzielałbym zdania referentki, bo wiadomo jest, że lepiej aby pacjent nie spał w czasie zabiegu, mógł czasem odkaslnąć i odpowiadać na zapytania o swoim samopoczuciu i o tym, co odczuwa.

Do referatu Dr. Wołkowińskiego, który dałoby się streścić w słowach, że leczenie klimatyczne: „to środek stary, ale jary”, dorzuciłbym uwagę, by nie przywiązywano do niego zbyt wielkiej wagi na niekorzyść leczenia zapadowego. Zbyt często też jeszcze kieruje się beznadziejne przypadki do leczenia klimatycznego.

Dr Wołkowiński zastanawia się nad losem chorych na gruźlicę krtani. Mówca uważa za niezbędny przydział streptomycyny dla tych chorych narówni z chorymi na zapalenie opon mózgowych i prosówkę oraz poleca środek, stosowany przez lekarzy radzieckich w przypadkach gruźlicy krtani, a mianowicie: zastrzyki dożyłne novocaini co drugi dzień. Środek ten przynosi wielką ulgę w cierpieniach tych chorych.

Dr Gackowski. W sprawie referatu kol. Dobrowolskiego: „Znaczenie niespecyficznego podrażnienia w gruźlicy doświadczalnej”. Dla mnie osobiście niejasnym staje się tytuł w związku z treścią, wygłoszoną w referacie. Nie dowiedziałem się co kol. Dobrowolski nazywa niespecyficznym podrażnieniem. Wspomina on o wprowadzeniu zawiesiny prątków do otrzewnej królika. Doświadczenia te są już znane; ostatnio z punktu widzenia roli układu siat.-śródbł. Arinkin szeroko omawia tę kwestję. Kol. Dobrowolski wspomniał tylko o układzie siat.-śródbł. w otrzewnej, nie przytaczając prac doświadczalnych Arinkina. Co się tyczy zmodyfikowanego i zachwalanego przez kol. Dobrowolskiego aparatu odmowego, to zapytuję, czy znany mu jest typ aparatu amerykańskiego, bez użycia płynów, o 1 cylindrze i 1 tłoku? Jeżeli posiadamy takiego rodzaju aparat, jak wspomniany typ amerykański, to uważam za zbędne wszelkie ulepszenia aparatu odmowego, zwłaszcza ulepszanie aparatu z zastosowaniem płynu.

O godzinie 19-tej 15 m. Przewodniczący ogłasza zamknięcie obrad w pierwszym dniu Zjazdu.

II-gi dzień konferencji dnia 7 grudnia 1947 r. godz. 10 m. 30.

Po zagajeniu obrad przez Przewodniczącego Dr. Mazurka, Dr Schreiber wygłosił referat pt. „Akcja zdjęć małoobrazkowych przy PKP”.

Dr Raczyński, Kierownik Sanatorium PKP wygłosił odczyt „Sanatorium PKP dla płucnochorych w Dolnej Szklarskiej Porębie k. Jeleniej Góry”.

Po odczycie Dr. Raczyńskiego uczestnicy konferencji zwiedzili Sanatorium.

O godz. 15-iej odbył się pokaz wagonu rentgenowskiego, znajdującego się na stacji Górna Szklarska Poręba.

Dalszy ciąg obrad godz. 16.

Przewodniczący obrad Dr Polakowski Józef, Naczelnik Służby Sanitarnej D. O. K. P. Olsztyn.

Doc. U. J. Dr med. Fenczyn, lekarz specjalista chorób płucnych D. O. K. P. Kraków wygłosił referat pt. „Gruźlica, a schorzenia gościcowe”.

Dr Dobrowolski Lucjan, lekarz specjalista D. O. K. P. Warszawa, wygłosił referat pt. „Zdjęcia małoobrazkowe w wykrywaniu gruźlicy płuc”.

Dr Baranowski Władysław, lekarz specjalista chorób płucnych przy Centralnej Przychodni Kolejowej w Bydgoszczy wygłosił referat pt. „Kilka uwag o leczeniu wysięków opłucnowych przede wszystkim surowicznych”.

Dr Bartólewski, Kierownik Sanatorium P. K. P. w Chodzieży wygłosił referat pt. „Projekt organizacji walki z gruźlicą na P. K. P.”.

Dr Stelmach (DOKP Kraków), wygłosił referat pt. „Organizacja walki z gruźlicą”.

D y s k u s j a:

Dr Baranowski. Lekarze rejonowi są zbyt obciążeni pracą administracyjną, którą znacznie zwiększy wprowadzenie nowych formularzy sanatoryjnych, niezupełnie celowych.

Dr Zdanowicz (DOKP Łódź) uważa, że należy zorganizować poradnię przeciwgruźliczą przy każdej Dyrekcji. Ciężar walki z gruźlicą powinien przejąć na siebie lekarz rejonowy, któremu należy dać do pomocy wykwalifikowaną higienistkę. Zwiększyć ilość łóżek sanatoryjnych. Po przeprowadzeniu masowych prześwietleń wszystkich pracowników PKP. i członków ich rodzin statystyka wykaże znacznie większą liczbę chorych na gruźlicę otwartą, Mówca stwierdza konieczność zaangażowania większej ilości lekarzy ftizjologów. Przepisy S 1, a dotyczące gruźlicy, należy zreformować. Konieczne jest przeszkalanie lekarzy rejonowych i personelu pomocniczego w kierunku zwalczania gruźlicy.

Dr Słoniński (DOKP Poznań) omawia zagadnienie walki z gruźlicą wśród pracowników PKP. i ich rodzin (szczegóły w zgłoszonym na Zjazd referacie).

Dr Pupiało omawia rolę poradni dla chorób płucnych w kolejowej służbie zdrowia (szczegóły w zgłoszonym na Zjazd referacie).

Dr Bartenbach stwierdza, że liczny ogólnopolski Zjazd ftizjologów kolejowych oraz wysoki poziom poszczególnych referatów i dyskusji dowodzi, że sprawa leczenia gruźlicy w kolejnictwie spoczywa w godnych rękach.

Jednak gruźlica w Polsce jest klęską powszechną i walka z nią wymaga skoordynowanej akcji, której plan został opracowany

i ustalony w programie Ministerstwa Zdrowia na 1948 r. Bez wątpienia, że istnieją swoiste warunki pracy kolejarzy, które są najlepiej znane lekarzom kolejowym, lecz w postępowaniu z gruźlicą musimy przyjąć linię postępowania wspólną dla wszystkich chorych: wczesne wykrycie gruźlicy i jak najszybszą pomoc fachową. Następnie mówca omawia rolę przychodni przeciwgruźliczych i ośrodków zdrowia. Obecnie Ministerstwo Zdrowia dysponuje ponad 10-ma tysiącami miejsc dla chorych na gruźlicę w rozmaitego typu zakładach, a w 1948 r. przewidziane jest uruchomienie dalszych 3-ch tysięcy miejsc. Jak wynika z referatów, wygłoszonych na obecnej konferencji, naszkicowane plany akcji przeciwgruźliczej na PKP. pokrywają się zasadniczo z planem Ministerstwa Zdrowia na 1948 r. Mówca prosi o uzgodnienie rezolucji Zjazdu z zastrzeżeniem, żeby projekt akcji przeciwgruźliczej na PKP. został przedstawiony do Ministerstwa Zdrowia, aby uniknąć tak szkodliwej wtęlotorowości. Przedstawione przez niektórych prelegentów projekty akcji przeciwgruźliczej nasuwają pewne wątpliwości:

- 1) czy ilość ftizjologów dla obsługi rozrzuconych po całym kraju kolejarzy jest wystarczająca i
- 2) czy będą oni należycie wyzyskani.

Doc. Dr med. Fenczyn. Należy stworzyć autonomiczne poradnie przeciwgruźlicze przy każdej DOKP. Tymczasem w terenie należy powierzyć opiekę nad chorymi na gruźlicę pracownikami kolejowymi powiatowym poradniom przeciwgruźliczym. Każdy kandydat do służby kolejowej musi być prześwietlony, ażeby zapobiec przyjmowaniu na kolej chorych na gruźlicę. Niezbędna ścisła koordynacja pracy między lekarzami ftizjologami a sanatoriami. Myśl powiększenia łóżek sanatoryjnych jest dobra, lecz niekoniecznie należy się z tym zbyt spieszyć. Przy każdym uniwersytecie będzie utworzona osobna katedra dla gruźlicy chirurgicznej z odpowiednio urządzoną kliniką, do której można będzie wysyłać pracowników PKP., potrzebujących wykonania zabiegu chirurgicznego. W celach profilaktycznych należy przeprowadzić masowe szczepienia przeciwgruźlicze u pracowników PKP i członków rodzin z ujemnym odczynem Pirquet'a.

Dr Malej. Wobec tego, że gruźlica szerzy się w tempie zagrażającym, nie powinniśmy czekać na uchwalenie i wprowadzenie w życie ustawy przeciwgruźliczej, a należy przystąpić do walki z nią natychmiast. Sanitariat kolejowy odczuwa brak planu w walce z gruźlicą. Musimy tak go ułożyć, abyśmy mogli w najwcześniejszych okresach rozpoznawać gruźlicę. Konieczne jest podjęcie na szeroką skalę akcji zapobiegawczej i leczniczej, przeprowadzenie zbiorowych szczepień ochronnych u osobników jeszcze nie zakażo-

nych. Niezbędne jest wczesne odosobnienie i leczenie chorych w sanatoriach, klinikach i szpitalach. Również należy zorganizować opiekę pozasanatoryjną.

Kolej musi mieć swoje poradnie przeciwgruźlicze i sanatoria z wystarczającą ilością łóżek oraz izolatoria jak również zarezerwowaną dostateczną ilość łóżek w klinikach i szpitalach gruźliczych, aby chory nie czekał miesiącami na ulokowanie go.

Dla zwalczania gruźlicy jako jednostka podstawowa w terenie w większych ośrodkach kolejowych musi być rejonowa poradnia przeciwgruźlicza. Poradnia taka winna obsługiwać pewną ilość kolejarzy i ich rodzin. Poradnią kieruje lekarz ftizjolog, a z braku takiego lekarza, który ma za sobą kurs przeciwgruźliczy z umiejętnością wykonywania odmy, prócz tego do pomocy musi być pielęgniarka, która równocześnie byłaby wywiadowczynią społeczną.

Rejonowa poradnia ma być wyposażona w aparat odmowy, zestaw Westergrena i aparat Rentgena.

Zadanie poradni: 1) rozpoznawanie gruźlicy w najwcześniejszym okresie choroby. Dlatego konieczne jest badanie rentgenowskie i wykonanie odczynu tuberkulinowego u wszystkich kolejarzy i ich rodzin danego rejonu, a oddziaływujących ujemnie na tuberkulinę należy poddać szczepieniu B. C. G. 2) leczenie ambulatoryjne lub kierowanie chorych do odpowiednich zakładów leczniczych. Wszystkie poradnie rejonowe muszą być podporządkowane centralnej dyrekcyjnej przychodni przeciwgruźliczej.

Przychodnie dyrekcyjne muszą być wyposażone w aparat Rentgena, aparat odmowy, mikroskop i pracownię chemiczno - bakteriologiczną.

Kierownikiem winien być lekarz specjalista ftizjolog, ordynator szpitala oddziału gruźliczego. Nadzór nad poradnią dyrekcyjną sprawuje naczelnik Wydziału Sanitarnego DOKP. Zakres działania dyrekcyjnej poradni przeciwgruźliczej będzie: kwalifikowanie chorych do sanatoriów i innych zakładów leczenia gruźlicy, organizacja szczepień przeciwgruźliczych na terenie dykcji, prowadzenie sprawozdań z zakresu gruźlicy całej dykcji, kontrola poradni rejonowych, doskonalenie personelu fachowego, prowadzenie propagandy przeciwgruźliczej, opracowywanie budżetu dla walki z gruźlicą i t. d.

Biuro Sanitarne MK winno posiadać referat do walki z gruźlicą.

Dr Rojek omawia współpracę lekarza rejonowego z lekarzem specjalistą chorób płucnych, który powinien kierować akcją rozpoznawczą oraz leczniczą. Należy przeprowadzić dokładną ewidencję chorych na gruźlicę oraz kontrolę badania kontaktów chorych. Wprowadzić przymusową Pirquetyzację dzieci.

Dr Bartólewski wyjaśnia, że jego projekt walki z gruźlicą jest opracowany na podstawie zasad organizacji, przyjętych w szeregu państw. Zdaniem mówcy wnioski sanatoryjne na specjalnych drukach są konieczne celem uniknięcia wysyłania do sanatorium chorych, nie nadających się do leczenia klimatycznego.

Dr Piasecki omawia warunki pracy lekarzy rejonowych, którym stawia się duże wymagania. Przy wysyłaniu dzieci do sanatorium lub prewentorium niezbędna jest przedtem dłuższa obserwacja lekarska.

Dr Gładosz wypowiada się za zorganizowaniem kursów dokształcających w zakresie rentgenologii dla lekarzy rejonowych.

Na tym zakończono obrady w drugim dniu konferencji o godz. 19 m. 30.

HI-ci dzień konferencji w dniu 8 grudnia 1947 r.

Początek obrad o godz. 9 m. 30. Przewodniczący Dr T. Borzęcki.

Powołano komisję dla rozpatrzenia wniosków, dotyczących akcji zwalczania gruźlicy na P. K. P.

Skład Komisji: Dr. Dr. Okoński, Wołkowiński, Ostrowski, Gackowski, Rojek.

Dr Mosing, Kierownik sanatorium PKP. dla dzieci w Rabce wygłosił referat p. t. „Rola Sanatorium Dziecięcego PKP w Rabce Zdroju w akcji zwalczania gruźlicy wśród dzieci”.

Mgr Wydro, Kierownik Referatu Społecznego w Gabinetie Ministra Komunikacji, wygłosił referat p. t. „Wczasy a profilaktyka”.

O godzinie 10-tej m. 15 rozpoczęto dyskusję.

Dr. Niepokojczycka podaje do wiadomości, że w Zaskoczynie k. Gdańska otwarto sanatorium PKP. na 100 łóżek. Sanatorium dysponuje rentgenem i laboratorium.

Dr. Jankowski porusza kwestię uposażeń, zwłaszcza niższych funkcjonariuszów kolejowych oraz sprawę umundurowania, bielizny i mieszkań. Należy budować domy dla kolejarzy obok warsztatów pracy.

Dr Bartenbach podaje, że specjalna komisja z udziałem profesorów rozstrzygnie, jakiego typu schorzenia mają być leczone w Rabce.

Dr Szozda zaznacza, że łącznie z akcją przeciwgruźliczą należy prowadzić akcję przeciwalkoholową.

Dr Różycki uważa, że dzieci powyżej 14-tu lat również powinny korzystać z bezpłatnych wczasów.

Dr Jankowski porusza sprawę protez zębowych.

Dr Zdanowicz twierdzi, że przy dyrekcjach powinny powstać specjalne przychodnie przeciwalkoholowe, co wiąże się z akcją przeciwgruźliczą.

Dr Jefremienko stwierdza konieczność prześwietlań płuc u nowowstępujących kandydatów do służby na P. K. P.

Dr Jankowski porusza sprawę ochrony i bezpieczeństwa pracy. Należy wzmocnić propagandę przy pomocy specjalnych tablic.

Dr Szozda mówi o konieczności przydziału mleka dla ciężko pracujących, a zwłaszcza narażonych na zatrucie ołowiem.

Dr Malej mówi o utworzeniu rejonowych przychodni przeciwgruźliczych, zależnych od referatu do walki z gruźlicą.

Dr Pupałło proponuje uproszczoną nomenklaturę schorzeń gruźliczych płuc.

Dr Dobrowolski — celem wzmocnienia walki z gruźlicą przeszkolić lekarzy rejonowych na 6-tygodniowym kursie przeciwgruźliczym.

Dr Szozda — by lekarze, którzy ukończyli 6-ciotygodniowy kurs, zajęli się wyłącznie leczeniem gruźlicy.

Mgr Wydro stwierdza, że przy wyjeździe na wczasy są do pokonania duże trudności materialne i psychiczne. Lekarze winni wpływać na przełamanie trudności psychicznych. Co się tyczy trudności materialnych, to Ministerstwo Komunikacji przychodzi z pomocą, zwracając za pobyt i kąpiele.

Dr Jefremienko podaje, że Wydziały Sanitarne DOKP otrzymały okólniki o zwrotach, przysługujących pracownikom za kąpiele, natomiast o członkach rodzin nie było wzmianki.

Dr Piasecki twierdzi, że należy przewidzieć na 2—3 rejony jeden aparat rentgenowski.

Dr Chatian uważa za konieczne utworzenie w ośrodkach warsztatowych specjalnych etatów lekarskich i pielęgniarских do walki z gruźlicą.

Dr Różycki porusza sprawę zwrotów, które przysługują tylko przebywającym w domach wypoczynkowych Z. Z. K.

Dr Polakowski zwraca się do delegata Ministerstwa Zdrowia z prośbą o skierowanie do Olsztyna lekarzy specjalistów: rentgenologa i ftizjologa.

Dr Ejsmont uważa za konieczne poprawę warunków wyżywienia w Domach Wypoczynkowych Z. Z. K., co będzie najlepszą propagandą wczasów.

Dr Jankowski zwraca uwagę na intensywną pracę lekarzy kolejowych. Urlopy dla lekarzy powinny trwać minimalnie 4 tygodnie.

Dr Malej podaje, że kredyty, otwarte przez Biuro Finansowe, docierają zbyt późno i dlatego nie można ich w całości wykorzystać.

Mgr. Wydro wyjaśnia, że Z. Z. K. kieruje do Domów Wypoczynkowych, gdyż chodzi o ścisłą kontrolę, jednak opinia lekarza jest decydująca przy wysyłaniu. Istnieją duże trudności aprowizacyjne, lecz obecnie ta sprawa jest już na dobrej drodze. Co do zwrotów, to kredyty, przyznane w pierwszych dniach czerwca na kąpiele lecznicze, można wykorzystywać do końca bieżącego roku.

O godzinie 11-ej zakończono dyskusję.

Dr Okoński podaje do wiadomości zebranych, że wpłynęło kilka wniosków, które Komisja skomasowała.

Po krótkiej dyskusji zebrani uchwalili następujące wnioski: (uchwalone wnioski poniżej).

Na zakończenie Zjazdu zabiera głos Dyr. Dr Welbel: Oceniając doniosłość konferencji lekarzy kolejowych, stwierdza, że takie konferencje powinny odbywać się dwa razy do roku. Osobiście dołoży wszelkich starań, żeby zrealizować wszystkie wnioski w miarę możliwości finansowych. Składa podziękowanie Kol. Kol. Prelegentom, którzy włożyli wiele trudu w swe bogate i interesujące referaty. Składa podziękowanie na ręce delegata Z. Z. K. i V-Dyrektora DOKP. Wrocław, Ob. Kowalskiego, za łaskawe zaopiekowanie się Zjazdem Lekarzy Kolejowych oraz delegatowi Ministerstwa Zdrowia za cenne uwagi w toku dyskusji.

Uchwały konferencji lekarzy kolejowych w Górnej Szklarskiej Porębie dn. 6, 7 i 8 XII. 1947 r. w sprawie zwalczania gruźlicy na P. K. P.

1. Dla skoordynowania akcji walki z gruźlicą nawiązać bliższy kontakt z Ministerstwem Zdrowia.
2. W miarę możliwości stworzyć przynajmniej po jednej przychodni przeciwgruźliczej lub więcej na okręg z lekarzem ftizjologiem na czele.
3. Zaprowadzić kartoteki chorych na gruźlicę: pracowników, członków rodzin oraz kartotekę styczności (osób stycznych).
4. Uruchomić wagony lub samochody do zdjęć małoobrazkowych celem wyławiania gruźlicy nie tylko wśród pracowników, lecz i w terenie, u osób stycznych.
5. Ze względu na zwiększenie ilości osób uprawnionych do kolejowej opieki lekarskiej powiększyć ilość łóżek sanatoryjnych z jednoczesnym stworzeniem jednego sanatorium dla leczenia chirurgicznego gruźlicy.
6. Porozumieć się z Ministerstwem Zdrowia w sprawie umieszczenia w domach izolacyjnych chorych nieuleczalnych.
7. Roztoczyć kontrolę higieniczno-lekarską nad rodzinami chorych na gruźlicę.

8. W krótkim czasie należy przeprowadzić szczepienia na odczyn tuberkulinowy we wszystkich DOKP wśród dzieci i młodzieży do lat 18. Wyniki wykorzystać, przeprowadzając w odpowiednich przypadkach szczepienia ochronne B. C. G.
9. Nie przyjmować na PKP nowowstępujących bez kontroli rentgenologicznej płuc.
10. Do czynności lekarza ftizjologa przychodni należy: kontrolowanie rozpoznawania gruźlicy i chorych, skierowanych przez lekarzy rejonowych oraz kierowanie leczeniem chorych na gruźlicę w porozumieniu z lekarzem rejonowym.
11. Pożądane jest przeszkolenie lekarzy rejonowych i personelu pielęgniarskiego w zakresie walki z gruźlicą.
12. Prowadzić wszechstronną akcję propagandową w kierunku zwalczania gruźlicy.
13. Zwrócić się do Z. Z. K. o rozszerzenie zapobiegawczej akcji kolonii letnich.
- 14) Ze względu na doniosłe znaczenie zjazdów lekarskich dla usprawnienia i podniesienia na wyższy poziom leczenia kolejowego, zjazd uchwała prosić Biuro Sanitarne M. K. o zorganizowanie dalszych zjazdów lekarskich w miejscowościach klimatycznych przynajmniej 2 razy do roku.

Dr Marasek.

KRONIKA

Lista Lekarzy Kolejowych, którzy zginęli lub zmarli podczas ostatniej wojny i okupacji niemieckiej.

DOKP Warszawa.

- | | | |
|----------------------------|---|--|
| Dr Bałaban Karol | — | lekarz specjalista okulista. |
| Dr Piasecki Marian | — | lekarz specjalista chirurg. |
| Dr Fromowicz Adam | — | lekarz rejonowy W. Wschodnia. |
| Dr Torchalski Jerzy | — | lekarz rejonowy W. Wschodnia. |
| Dr Gietko Antoni | — | lekarz rejonowy W. Praga |
| Dr Ehrenkreutz Włodzimierz | — | lekarz rejonowy Siedlce. |
| Dr Ptaszyński | — | lekarz rejonowy Hajnówka. |
| Dr Surawski Jan | — | Naczelnik Służby Sanitarnej. |
| Dr Alksnin Mieczysław | — | Kierownik Działu Ogólnego. |
| Dr Osmólski Stanisław | — | Kierownik Działu Ogólnego. |
| Dr Gronowski Wacław | — | Kier. Centralnej Poradni Lekarskiej, Administrator „Lekarza Kolejowego“. |
| Dr Porajski Marian | — | lek. specjalista ginekolog. |
| Dr Piotrowski Kazimierz | — | lek. specjalista pediatra. |
| Dr Zeyfert Witold | — | st. asystent Szpitala Kolejowego. |
| Dr Dąbrowski Bogumił | — | lek. rejonowy W. Wileńska. |
| Dr Laskowski Adrian | — | lek. rejonowy Mława. |
| Dr Rutkowski Henryk | — | lek. rejonowy Mińsk Mazowiecki. |
| Dr Mierosławski Ludwik | — | lek. rejonowy Otwock |
| Dr Kulesza Józef | — | Zast. Dyr. Biura Sanitarnego MK. |
| Dr Mojkowski | — | Lekarz MK, członek Komitetu Redakcyjnego „Lekarza Kolejowego“. |
| Dr Rożnowski Edward | — | Kierownik Działu Lecznictwa. |
| Dr Małachowski Mieczysław | — | lek. rejonowy W. Wschodnia. |
| Dr Stankiewicz Jerzy | — | lek. rejonowy Włochy. |
| Dr Czeczott Ignacy | — | lek. rejonowy Łódź Kaliska. |
| Dr Serbej Mikołaj | — | lek. rejonowy Małkinia. |

DOKP Katowice.

- | | | |
|-------------------------|---|---------------------|
| Dr Hanke Maksymilian | — | Lek. rej. Katowice. |
| Dr Hlond Jan | — | „ wener. Katowice. |
| Dr Rozanowicz Stanisław | — | „ dent. Katowice. |
| Dr Gajzler | — | „ okul. Katowice. |
| Dr Tumica Karol | — | „ rejon. Katowice. |

Dr Sianowski Andrzej	— lek. wener. Katowice.
Dr Ligenza Antoni	— „ laryng. Katowice.
Dr Brzozowski Franciszek	— „ ginek.
Dr Poniak Stanisław	— „ rejon. Katowice.
Dr Magiera Leon	— „ Wydż. San. Katowice.
Dr Pawlak Jan	— „ Wydż. San. Katowice.
Dr Krynicki Stefan	— „ rejon. Tychy.
Dr Tubaczyński	— „ rejon. Siemianowice.
Dr Tubaczyński Marian	— „ rejon. Rydułtowy.
Dr Mastalski Marian	— „ rejon. Piekary.
Dr Hałacz Józef	— „ wener. Katowice.
Dr Pietrzykowski Józef	— „ rejon. Ruda Śląska.
Dr Bilnik	— „ rejon. Sosnowiec.
Dr Maćkowski	— „ rejon. Sosnowiec.

DOKP Poznań.

Dr Zerbe Franciszek	— kier. działu Wydż. San. zagiął w grudniu 1939 r., pracował na P.K.P. od 1926 r.
Dr Kolszewski Alfred	— Nacz. Służby Sanitarnej zmarł 29.II.44 r. w Sochaczewie, pracował na P.K.P. od 1920 r.
Dr Klunkiewicz Jan	— lek. rejon. we Wronkach, zmarł 5.I.42 r. we Wronkach.

Zmarli w okresie powojennym:

Dr Słomiński Stanisław	— lek. rejon. w Grodzisku Wlkp., zmarł 17.III.47 r. w Grodzisku, na P.K.P. pracował od 1928 r.
Dr Chmielewski Edward	— lek. rejon. we Wrześni, zmarł 28.II.46 r. we Wrześni, na P.K.P. pracował od 1945 r.
Dr Łączkowski Antoni	— lek. rejon. w Poznaniu, zmarł 17.X.46 r. w Chodzieży, na P.K.P. pracował od 1929 r.
Dr Klimaszewski Witold	— lek. rejon. w Damasławku, zmarł 4.VII.46 r. w Damasławku, na P.K.P. pracował od 1945 r.

Cześć Ich pamięci.

SPIS RZECZY.

1. Dr Lityński. Uwagi na temat zagruzliczenia pracowników M.K. str. 1
2. Dr Dobrowolski. Znaczenie niespecyficznego podrażnienia w gruźlicy doświadczalnej. str. 5
3. Dr Stelmach. Organizacja walki z gruźlicą. str. 11
4. Dr Raczyński. Sanatorium P.K.P. dla płucnochorych w Dolnej Szklarskiej Porębie. str. 16
5. Dr Stoniński. Zagadnienie walki z gruźlicą wśród pracowników P.K.P. i ich rodzin. str. 19
6. Dr Baranowski. Kilka uwag o leczeniu wysięków opłucnych, przede wszystkim surowicznych. str. 25
7. Dr Zdanowicz. Projekt organizacji walki z gruźlicą na kolei. str. 28
8. Dr Polski. Akcja przeciwgruźlicza na terenie D.O.K.P. Katowice. str. 33
9. Dr Wołkowiński. Uwagi o roli klimatu w leczeniu gruźlicy płuc. str. 38
10. Dr Rojek. Uwagi na temat zapobiegania gruźlicy wśród pracowników P.K.P. str. 43
11. Dr Leble. Sprawozdanie Wydz. Sanit. D.O.K.P. Łódź w sprawie zwalczania gruźlicy. str. 47
12. Mg. Wydro. Wczasy a profilaktyka. str. 51
13. Protokół Konferencji. str. 57
14. Kronika. str. 73

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC.

1. „Lekarz Kolejowy“ zamieszcza prace ze wszystkich działów medycyny, a szczególnie związanych z zagadnieniami Sanitariatu Kolejowego, streszczenia, sprawozdania ze zjazdów, z działalności Wydziałów Sanitarnych i zakładów leczniczych kolejowych itd.
2. Nadsyłane do Redakcji prace muszą być pisane na maszynie jednostronnie z marginesami i odpowiednimi odstępami między wierszami.
3. Opracowanie stylistyczne rękopisów winno być bez zarzutu, zgodne z obowiązującą pisownią polską.
4. Maszynopisy winny być przejrzane i poprawione przed wysłaniem do Redakcji, która zastrzega sobie prawo poprawiania usterek stylistycznych i mianownictwa lekarskiego, bez porozumienia się z autorem.
5. Rękopisy winny być przesyłane do Redakcji za pośrednictwem delegata naukowego właściwej Podsekcji Okręgowej.
6. Autorzy otrzymują 25 egzemplarzy odbitek swej pracy bezpłatnie.

