

X OGÓLNOPOLSKI ZJAZD PRZECIWGRUŻLICZY

W ROKITNICY ŚLĄSKIEJ

W DNIACH 29. VIII – 1. IX 1951.

CZĘŚĆ II POZJAZDOWA

POD REDAKCJĄ DRA J. GACKOWSKIEGO



PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH
WARSZAWA

1 9 5 2

X OGÓLNOPOLSKI ZJAZD
PRZECIWGRUŻLICZY

CZĘŚĆ II

X OGÓLNOPOLSKI ZJAZD PRZECIWGRUŻLICZY

W ROKITNICY ŚLĄSKIEJ

W DNIACH 29.VIII – 1.IX 1951.

CZĘŚĆ II POZJAZDOWA

POD REDAKCJĄ DRA J. GACKOWSKIEGO



PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH
WARSZAWA

1 9 5 2

II 1009.

14. P. 1952.

Redaktor naukowy: B. ZŁOTNICKI
Redaktor techniczny: A. GRZĘDA
Nakład 2000 egz. Obj. 15 ark. druk.
Papier druk-sat. V klasy 70 x 100.
Skład rozpoczęto dnia 9.IX.1952 r.
Druk ukończono dnia 29.X.1952 r.
Zamówienie 774 z dnia 9.IX.1952 r.

Druk. „Prasa Demokratyczna-Nowa Epoka” Warszawa
3-B-61737

S P I S R Z E C Z Y

Główny Komitet Organizacyjny Zjazdu w Warszawie	8
Komitet Miejskowy Zjazdu z siedzibą w Katowicach	8
Oficjalni przedstawiciele i delegacje Urzędów i Instytucji	9
Przedstawiciele zagraniczni	10
Program Zjazdu	11

I DZIEŃ OBRAD ZJAZDU — OTWARCIE ZJAZDU

A. C z ę ś ć o r g a n i z a c y j n a. Organizacja Zjazdu — Prezes Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą — Doc. dr <i>Jan Stopczyk</i>	13
--	----

B. C z ę ś ć i n a u g u r a c y j n a. Przemówienia:

Przewodnicząca Zjazdu — prof. dr <i>Janina Misiewicz</i>	14
Przedstawiciel Ministra Zdrowia — dr <i>Roman Gosiewski</i>	16
Przewodniczący Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej — inż. <i>Bolesław Jaszczuk</i>	17
Rektor Śląskiej Akademii Lekarskiej — prof. dr <i>Brunon Nowakowski</i>	18
Przedstawiciel Rumuńskiej Republiki Ludowej i Rumuńskiego Ministra Zdro- wia — dr <i>Horia Dunareanu</i>	19
Przedstawiciel Ludowej Republiki Węgierskiej — dr <i>Ferenca Pongora</i>	20

P o s i e d z e n i a n a u k o w e

<i>K. Dąbrowski</i> — O Kongresie Nauki Polskiej	21
<i>O. Buraczewski</i> — Zwalczanie gruźlicy w Planie Sześcioletnim	26

D y s k u s j a

<i>J. Misiewicz</i> — Instytut Gruźlicy w Planie Sześcioletnim	36
<i>J. Stopczyk</i> — Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą w ra- mach Planu Sześcioletniego	41
<i>T. Kielanowski</i> — Akademii medyczne w Planie Sześcioletnim	45
<i>M. Telatycki</i> — Rozwój badań małoobrazkowych w Planie Sześcioletnim	47
<i>K. Dąbrowski</i> — Zespoły sanatoriów w Planie Sześcioletnim	50
<i>J. Szustrowa</i> — Poradnie rejonowe w Planie Sześcioletnim	55
<i>St. Kuczborski</i> — Rola oddziałów szpitalnych w walce z gruźlicą w Planie Sześcioletnim	58
<i>Fr. Gröer</i> — Walka z gruźlicą na odcinku dziecięcym w Planie Sześcioletnim	61

<i>St. Hornung</i> — Organizacja walki z gruźlicą w powiecie rolniczym w Planie Sześcioletnim	64
<i>M. Zierski</i> — Rola specjalisty wojewódzkiego w Planie Sześcioletnim	67
<i>I. Sęri</i> — Rozwój planu walki z gruźlicą w Ludowej Republice Węgierskiej	70
Odpowiedź przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia na głosy w dyskusji — dr <i>O. Buraczewski</i>	71
Podsumowanie wyników obrad I dnia Zjazdu — prof. <i>J. Misiewicz</i>	72

II DZIEŃ OBRAD ZJAZDU

Przemówienie Przedstawiciela Ludowej Republiki Czechosłowackiej — <i>J. Mautner</i>	74
<i>J. Misiewicz</i> — Organizacja walki z gruźlicą w ustroju kapitalistycznym i socjalistycznym	75
<i>T. Urbański</i> — Prace z Pracowni Syntezy Leków Przeciwgruźliczych Instytutu Gruźlicy. Wstęp	81
<i>T. Urbański</i> — cz. I. Kwasy hydroksamowe	81
<i>T. Urbański</i> — cz. II. Nitrozwiązki	82
<i>T. Urbański</i> — cz. III. Pochodne chinoliny	85
<i>B. Serafinowa</i> — cz. IV. Tiosemikarbazony	85
<i>B. Serafinowa</i> — cz. V. Pochodne guanidyny	86
<i>St. Malinowski</i> — cz. VI. Grupa sulfonów	89
<i>St. Malinowski</i> — cz. VII. Grupa kwasu nikotynowego i pochodnych pirydyny	89
<i>St. Malinowski</i> — cz. VIII. Grupa kwasu bursztynowego	89
<i>St. Malinowski</i> — cz. IX. Grupa kwasów i amin aromatycznych	90
<i>St. Ślopek</i> — Wyniki uzyskane w Pracowni Bakteriologicznej współpracującej z Pracownią Syntezy Leków Przeciwgruźliczych Instytutu Gruźlicy	92
<i>St. Hornung</i> i <i>M. Krakowska</i> — Kwas salicylohydroksamowy i jego pochodne w leczeniu gruźlicy płuc i opon mózgowych	97
<i>Z. Lassota</i> i inni — Wpływ substancji przeciwgruźliczych na metabolizm prątków gruźlicy, badany w aparacie Syma	98
<i>M. Buraczewska</i> — Badania nad skojarzonym działaniem środków chemoterapeutycznych na prątki gruźlicy <i>in vitro</i>	101
<i>St. Kwiek</i> — Działanie jodku potasu i streptomycyny na gruźlicę doświadczalną myszek	102

D y s k u s j a

<i>L. Dobrowolski</i> — 103. <i>T. Żebrowski</i> — 105. <i>L. Rzucidło</i> — 106. Podsumowanie wyników obrad II dnia Zjazdu — prof. <i>T. Urbański</i>	107
--	-----

III DZIEŃ OBRAD ZJAZDU

<i>J. Stopczyk</i> — Antybiotyki a leczenie zapadowe gruźlicy płuc	109
<i>J. Jurkowski</i> — Uzupełnienie koreferatu „Antybiotyki a leczenie zapadowe gruźlicy płuc“	113
<i>W. M. Rzepecki</i> — Antybiotyki w chirurgicznym leczeniu gruźlicy płuc	115

Dyskusyjne doniesienia

A. Brill i N. Bumbacescu — Uwagi w sprawie działania streptomycyny . . .	117
A. Brill i N. Bumbacescu — Spostrzeżenia nad tiosemikarbazonem . . .	119
St. Flesch — Układ wegetatywny w rozwoju gruźlicy dziecięcej . . .	120
St. Flesch — Znaczenie zjawiska wydalania prątków gruźlicy u dzieci . . .	122
M. Telatycki — Antybiotyki a leczenie zapadowe . . .	123
J. Bincerowa i J. Dybicki — Działanie streptomycyny na zmiany gruźlicze w międzyżebrowych węzłach chłonnych . . .	126
J. Dybicki — Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc a streptomycyna w świetle materiału II Kliniki Chirurgicznej A. M. w Gdańsku . . .	128

Dyskusja

A. Margolisowa — 132. M. Zierski — 134. St. Kuczborski — 139. St. Warszawski — 140. J. Madey — 145. J. Lange — 147. J. Górski — 148. L. Dobrowolski — 152. E. Komár i A. Nauman — 153. B. Skokowski — 155. J. Szluzar — 157. St. Żelski — 158. J. Rutkowski — 158. M. Czkwianianc — 159. St. Frenkel — 160. H. Mysakowska — 161. T. Bielecki — 162. K. Sosnowski — 164. Fr. Morawski — 165. T. Garbiński — 166. M. Radomska i St. Meysner — 167. Zb. Broda — 169. W. Pręgowski — 172. T. Żebrowski — 177. J. Aleksandrowicz, Kostkowski, Blicharski, Godlewski, Retinger, Węgrzynowska, Westrychh — 178. L. Kratochwil — 180. L. Kratochwil — 180	
Odpowiedzi referentów na głosy w dyskusji . . .	184
J. Stopczyk — 184. J. Jurkowski — 185. W. Rzepecki — 186.	
Podsumowanie wyników obrad III dnia Zjazdu — dr K. Dąbrowski . . .	187

IV DZIEŃ OBRAD ZJAZDU

St. Hornung — Rola poradni przeciwgruźliczych w walce z gruźlicą . . .	190
--	-----

Dyskusja

M. Zierski — 192. W. Markert — 196. W. Kuźma, W. Markert, J. Szustrowa — 198. J. Gackowski — 199. L. Węgrzynowski — 200. A. Nauman — 202. L. Dobrowolski — 206. H. Lissowski — 208. J. Trószczyński — 210. K. Mulak — 213. W. Nowicka — 214. M. Marciak — 215. J. Miśiewicz — 216.	
Odpowiedzi referentów na głosy w dyskusji . . .	218
Podsumowanie wyników obrad IV dnia Zjazdu — prof. M. Telatycki . . .	220
Przemówienie Przewodnika Pracy W. Wąsika . . .	223
Zakończenie Zjazdu : . . .	224
Uchwały . . .	224
Ustalenie terminu i miejsca następnego Zjazdu . . .	225
Zamknięcie Zjazdu . . .	227
Przemówienie Przewodniczącego Zjazdu, prof. dr J. Miśiewicz . . .	227
Spis alfabetyczny i adresowy uczestników X Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego . . .	230

GŁÓWNY KOMITET ORGANIZACYJNY ZJAZDU W WARSZAWIE

ZARZĄD POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADAŃ NAUKOWYCH NAD GRUŹLICĄ W SKŁADZIE:

Prezes	— doc. <i>Jan Stopczyk</i>
Wiceprezes	— dr <i>Maria Dworzaczek</i>
Sekretarz	— dr <i>Tadeusz Bielecki</i>
Skarbnik	— dr <i>Krystyna Ossowska</i>
Członkowie Zarządu	— prof. <i>Janina Misiewicz</i>
	— dr <i>Wanda Stankiewicz-Trybowska</i>
	— dr <i>Wiwa Jaroszewicz</i>
	— dr <i>Olgierd Buraczewski</i>
	— dr <i>Marian Zierski</i>
	— dr <i>Henryk Lissowski</i>

KOMITET MIEJSCOWY ZJAZDU Z SIEDZIBĄ W KATOWICACH

Prezes	— dr <i>Berdo Nadzieja</i>
Wiceprezes	— dr <i>Joanna Ścibich</i>
Członkowie	— dr <i>Adam Parliński</i>

OFICJALNI PRZEDSTAWICIELE I DELEGACI URZĘDÓW I INSTYTUCJI KRAJOWYCH

MINISTERSTWA ZDROWIA:

- dr *Roman Gosiewski* — dyrektor Departamentu Medycyny Społecznej — Przedstawiciel Ministra Zdrowia;
dr *Olgięrd Buraczewski* — naczelnik Wydziału Walki z Gruźlicą w Departamencie Medycyny Społecznej;

MIEJSCOWYCH WŁADZ PARTYJNYCH:

- Jerzy Lamuzga* — sekretarz Komitetu Wojewódzkiego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej;

MIEJSCOWYCH WŁADZ PAŃSTWOWYCH I SAMORZĄDOWYCH:

- inż. *Bolesław Jaszczuk* — przewodniczący Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej
Jadwiga Lewicka — wiceprzewodnicząca Prezydium WRN
Jan Babczyk — sekretarz Prezydium WRN
Dybek — zastępca przewodniczącego Prezydium Miejskiej RN
Cieślakowa — przewodnicząca Okręgowej Rady Związków Zawodowych
Maria Jaszczukowa — przewodnicząca Ligi Kobiet

AKADEMII MEDYCZNEJ W ROKITNICY ŚLĄSKIEJ:

- prof. dr *Brunon Nowakowski* — rektor Śląskiej Akademii Medycznej;

WOJEWÓDZKIEGO WYDZIAŁU ZDROWIA:

- dr *Łobzowski* — kierownik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia;

CENTRALNEJ WOJEWÓDZKIEJ PORADNI PRZECIWGRUŻLICZEJ:

- dr *Henryk Lissowski* — dyrektor Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej w Katowicach;

ZWIĄZKU PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA:

- dr *Antoni Czapliński* — przedstawiciel Wojewódzkiego Zarządu Pracowników Służby Zdrowia;

PRZODOWNIKÓW PRACY:

Wiktor Wąsik — górnik, przodownik pracy kopalni „Eminencja“
Alojzy Komander — górnik, przodownik pracy kopalni „Kleofas“
Ignacy Błoński — górnik, przodownik pracy kopalni „Wujek“

PRZEDSTAWICIELE ZAGRANICZNI

RUMUŃSKIEJ REPUBLIKI LUDOWEJ I MINISTERSTWA ZDROWIA:

dr Horia Dunareanu

RUMUŃSKIEGO INSTYTUTU GRUŹLICY:

prof. dr Alfred Brill, prof. dr Nicola Bumbacescu

WĘGERSKIEJ REPUBLIKI LUDOWEJ I MINISTERSTWA ZDROWIA:

doc. dr Ferenc Pongor, dr Istvan Flesch, dr Istvan Seri

CZECHOSŁOWACKIEJ REPUBLIKI LUDOWEJ I MINISTERSTWA ZDROWIA:

dr J. Mautner

P R O G R A M Z J A Z D U

I DZIEŃ OBRAD — ŚRODA 29 SIERPNIA 1951

Godzina 14.00. Otwarcie Zjazdu

Godzina 15 — 18. Posiedzenie naukowe

Referaty programowe:

1. *Kazimierz Dąbrowski* (Zakopane): O Kongresie Nauki Polskiej
2. *Olgiard Buraczewski* (Warszawa): Zwalczanie gruźlicy w Planie Sześcioletnim

Dyskusja

II DZIEŃ OBRAD — CZWARTEK 30 SIERPNIA

Godzina 9.00 — 14.00. Posiedzenie naukowe

1. *Janina Misiewicz* (Warszawa): Zasady materializmu dialektycznego w zastosowaniu do walki z gruźlicą

A. Temat Regionalny:

1. *Witold Zahorski* (Zabrze): Pylica a gruźlica

B. Temat Biologiczny:

1. *Edmund Mikulaszek i Ludwik Rzucidło* (Warszawa): Immunochemia prątka gruźlicy

C. Tematy Dowlone:

1. Prace z Pracowni Syntezy Leków Przeciwgruźliczych Instytutu Gruźlicy:
 - a) *T. Urbański* (Warszawa) — I, II, III część;
 - b) *B. Serafinowa* (Warszawa) — IV, V część;
 - c) *S. Malinowski* (Warszawa) — VII — IX część;
 - d) *S. Ślopek* (Rokitnica): Prace Pracowni Mikrobiologii Lekarskiej Śląskiej Akademii Medycznej — współpracującej z Pracownią Syntezy Leków Przeciwgruźliczych;
 - e) *S. Hornung i M. Krakowska* (Kraków): Kwas salicylohydroksamowy i jego pochodne w leczeniu gruźlicy płuc i opon mózgowych;
 - f) *Z. Lassota* (Warszawa): Wpływ substancji przeciwgruźliczych na metabolizm prątka gruźlicy badany w aparacie Syma — praca zespołowa;
 - g) *M. Buraczewska* (Instytut Gruźlicy — Warszawa): Badania nad skojarzonym działaniem środków chemoterapeutycznych na prątki gruźlicy *in vitro*;
 - h) *S. Kwiek* (Instytut Gruźlicy — Warszawa): Działanie jodku potasu i streptomycyny na gruźlicę doświadczalną myszek.

D y s k u s j a

Godzina 14.00 — 15.00. Przerwa

Godzina 15.00 — 17.30. Walne Zebranie

III DZIEŃ OBRAD — PIĄTEK 31 SIERPNIA

Godzina 9.00 — 12.30. Posiedzenie naukowe

T e m a t K l i n i c z n y :

1. *Jan Stopczyk* (Warszawa): Referent Główny: Antybiotyki a leczenie zapadłe gruźlicy płuc
2. *Jerzy Jurkowski* (Poznań) — Koreferent
3. *Wit Maciej Rzepecki* (Zakopane) — Koreferent

D y s k u s j a

Godzina 12.30 — 15.00. Przerwa

Godzina 15.00 — 18.00. Dalszy ciąg dyskusji

IV DZIEŃ OBRAD — SOBOTA 1 WRZEŚNIA

Godzina 9.00 — 14.00. Posiedzenie naukowe

T e m a t S p o ł e c z n y :

1. *Stanisław Hornung* (Kraków) — Referent Główny: Aktualna rola Poradni Centralnej i Rejonowej w walce z gruźlicą w Polsce
2. *Maria Dworaczek* (Warszawa) — Koreferent
3. *Jadwiga Szustrowa* (Łódź) — Koreferent

D y s k u s j a

Godzina 14.00 — 14.30. Uchwały. Zamknięcie Zjazdu

V DZIEŃ — NIEDZIELA 2 WRZEŚNIA

Godzina 7.00. Wycieczka i zwiedzenie Sanatorium w Istebnej i Bystrej Śląskiej

I D Z I E Ń O B R A D Z J A Z D U

OTWARCIE ZJAZDU

odbyło się 29 sierpnia 1951 roku w sali Domu Kultury w Bytomiu przy ul. Żeromskiego.

Rząd i Ministerstwo Zdrowia reprezentował dr *Roman Gosiewski*, dyrektor Departamentu Walki z Gruźlicą.

A. CZĘŚĆ ORGANIZACYJNA

Doc. dr *Jan Stopczyk*, prezes Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą i jednocześnie prezes Głównego Komitetu Organizacyjnego, przedstawił przebieg prac organizacyjnych Zjazdu w następujących słowach:

W myśl regulaminu Ogólnopolskich Zjazdów Przeciwgruźliczych, opracowywanego przez poprzednie Komitety Organizacyjne i modulowanego w zależności od potrzeb naszego życia naukowego, organizacją tego Zjazdu zajmował się Zarząd Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą w pełnym swym składzie oraz Miejskowy Komitet Organizacyjny w Katowicach pod przewodnictwem dra *Henryka Lissowskiego*, dyrektora Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej, przy życzliwej i serdecznej pomocy miejscowych Prezydentów Wojewódzkiej i Miejskiej Rady Narodowej oraz Związku Zawodowego Górników Polskich.

Koszty organizacyjne Zjazdu, przede wszystkim zaś koszt wydania referatów i koreferatów zjazdowych w formie książki, pokryto z dotacji Ministerstwa Zdrowia.

Wydaniem referatów zjazdowych interesował się i troszczył osobiście Minister Zdrowia, dr *Jerzy Sztachelski*. Fakt ten był silnym bodźcem w pracy referentów.

W myśl regulaminu Zjazdów Przeciwgruźliczych Zarząd Towarzystwa, w ramach sześcioletniego planu naukowego Instytutu Gruźlicy, ustalił tematy naukowe, a w porozumieniu z Biurem Naukowym Ministerstwa Zdrowia — referaty programowe X Zjazdu oraz wybrał referentów.

W toku dalszych prac Zarząd Towarzystwa ogłosił drukiem referaty zjazdowe, a mianowicie część I przedzjazdową. Część II pozjazdowa, zawierająca uzupełnienie dyskusyjne i uchwały Zjazdu, ukaże się po Zjeździe.

Dokonano też zmian regulaminu:

Celem zwiększenia czasu na dyskusję referenci wygłoszą tylko skrót swych referatów, które zostały rozesłane na miesiąc przed Zjazdem.

Regulamin zmieniono też w części dotyczącej dyskusji, mając na uwadze podniesienie jej poziomu i rzeczowość.

Inowacją tego Zjazdu jest zwolnienie od wpisowego wszystkich członków Towarzystwa oraz młodzieży lekarskiej. Było to podyktowane troską o udostępnienie uczestnictwa w Zjeździe najszerzszemu ogółowi lekarzy.

Komitet miejscowy w Katowicach zajmował się organizacją Zjazdu w Rokitnicy i Bytomiu, co ze względu na rozległość terenu było technicznie bardzo trudne. Komitet opracował szczegółowo program, przesłał referaty i programy, ujął w swe ręce całokształt spraw związanych ze Zjazdem.

Skład Prezydium Zjazdu, wybranego przez Zarząd Towarzystwa w porozumieniu z komitetem miejscowym:

Przewodniczący Zjazdu prof. dr *Janina Misiewicz*, dyrektor Instytutu Gruźlicy,

Wiceprzewodniczący Zjazdu:

1. doc. dr *Jan Stopczyk*, prezes Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą, wicedyrektor Lecznictwa Państwowego Zespołu Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Otwocku.
2. prof. dr *Michał Telatycki*, dyrektor Kliniki Gruźlicy Akademii Medycznej w Gdańsku.
3. dr *Kazimierz Dąbrowski*, wicedyrektor lekarski Państwowego Zespołu Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Zakopanem.

Sekretarz generalny Zjazdu oraz redaktor „Referatów i Koreferatów Zjazdowych” — dr *Józef Gackowski*, dyrektor Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej w Warszawie, kierownik Oddziału Płucnego Instytutu Gruźlicy.

Skład Komisji Wniosków:

Przewodniczący — dr *Jadwiga Szustrowa* (Łódź)

Członkowie — prof. dr *Stanisław Hornung* (Kraków),

— dr *Olgied Buraczewski* (Warszawa).

Proszę o objęcie swoich funkcji i zapraszam Przewodniczącą Zjazdu profesor *Janinę Misiewicz* oraz sekretarza dr *Gackowskiego* do stołu prezydyalnego.

B. CZĘŚĆ INAUGURACYJNA — PRZEMÓWIENIA

Przewodnicząca Zjazdu — prof. dr *Janina Misiewicz*: Mam zaszczyt otworzyć X Zjazd Przeciwgruźliczy. Witam przedstawicieli Ministra Zdrowia, przedstawicieli Wojewódzkiej Rady Narodowej, przedstawicieli innych instytucji naukowych i społecznych oraz wszystkich Kolegów, którzy na Zjazd przybyli.

Z radością witam gości z zaprzyjaźnionych z nami państw Demokracji Ludowej Rumunii i Węgier, podkreślając, że życzylibyśmy sobie bardzo widzieć tu kolegów ze wszystkich krajów Demokracji Ludowej, a zwłaszcza z Kraju Socjalizmu — Związku Radzieckiego.

Jak na poprzednich Zjazdach, tak i obecnie poświęcamy wiele uwagi pamięci zmarłych naszych Kolegów, którzy w latach ubiegłych zakończyli swoje życie. Są to: dr *Helena Noblinówna*, prof. dr *Ernest Sym*, dr *Jerzy Zaleski*, dr *Stefan Jasiński*. Proszę o powstanie i zachowanie minuty ciszy.

Zarząd Towarzystwa wybrał Śląsk jako miejsce Zjazdu, Śląsk, któremu przypadło w udziale wykonanie dużych zadań w uprzemysłowieniu

naszego kraju, w podniesieniu poziomu naszego życia i realizacji Planu Sześcioletniego.

W Polsce Ludowej wszelkie badania naukowe, wszelkie odkrycia służą ludowi pracującemu. Zarząd Towarzystwa zdając sobie z tego sprawę, na wniosek Komitetu Miejscowego prosi do Prezydium przedstawicieli robotników śląskich, tych robotników, którzy ofiarowali w darze członkom Zjazdu, między innymi, przez siebie wykonane — znaczek zjazdowy. Do Prezydium Zjazdu prosimy: przewodniczącego Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej ob. inż. *Bolesława Jaszczyka*, sekretarza KW PZPR ob. *Lamuzgę Jerzego*, wiceprzewodniczącego Prezydium Woj. Rady Narodowej ob. *Lewecką Jadwigę*, sekretarza Prezydium WRN ob. *Babczyka Jana*, zastępcę przewodniczącego Prezydium MRN Bytomia ob. *Dybka*, przedstawicieli społeczeństwa i instytucji naukowych miejscowych — ob. rektora Śląskiej Akademii Medycznej prof. *Brunona Nowakowskiego*, przewodniczącą CRZZ ob. *Cieślikową*, przewodniczącą Ligi Kobiet ob. *Marię Jaszczykową*, kierownika Woj. Wydziału Zdrowia ob. dra *Łobzowskiego*, dyrektora Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej Wojewódzkiej ob. dra *Henryka Lissowskiego*, który z urzędu organizował nasz Zjazd, przedstawiciela Wojewódzkiego Zarządu Zw. Zaw. Pracowników Służby Zdrowia ob. dra *Antoniego Czaplińskiego*, przewodniczących Zw. Zaw. Górników, Hutników, Chemików, Metalowców oraz Przetwórców Pracy Górnictwa, Hutnictwa, Przemysłu Chemicznego i Metalowego.

Proszę wymienionych Obywateli o zajęcie miejsc w Prezydium Zjazdu.

SKŁAD PREZYDIUM ZJAZDU:

Przewodniczący — prof. dr *Janina Misiewicz*, dyrektor Instytutu Gruźlicy w Warszawie.

Wiceprzewodniczący

- doc. dr *Jan Stopczyk*, prezes Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą, wicedyrektor Lecznictwa Państwowego Zespołu Sanatoriów w Otwocku,
- prof. dr *Michał Telatycki*, dyrektor Kliniki Gruźlicy Akademii Medycznej w Gdańsku,
- dr. *Kazimierz Dąbrowski*, wicedyrektor lekarski Państw. Zespołu Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Zakopanem.

Sekretarz Generalny i Redaktor „Referatów i Koreferatów Zjazdu“

- dr *Józef Gackowski*, dyrektor Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej dla m. st. Warszawy, kierownik Oddziału Płucnego Instytutu Gruźlicy.

Komisja Wniosków:

Przewodniczący — dr *Jadwiga Szustrowa*, dyrektor Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej w Łodzi.

Członkowie Komisji:

- prof. dr *Stanisław Hornung*, dyrektor Kliniki Gruźlicy Akademii Medycznej w Krakowie;
- dr *Olgięd Buraczewski*, naczelnik Wydziału Zwalczania Gruźlicy w Depart. Medyc. Społecz. Minist. Zdrowia.

Członkowie Prezydium Zjazdu:

- inż. *Bolesław Jaszcuk*, przewodniczący Prezydium WRN,
- ob. *Jerzy Lamuzga*, sekretarz KW PZPR,
- ob. *Jadwiga Lawecka*, wiceprzewodnicząca Prezydium WRN
- ob. *Jan Babczyk*, sekretarz Prezydium WRN,
- ob. prof. dr *Brunon Nowakowski*, rektor Śląskiej Akademii Medycznej,
- ob. *Cieślíkowa*, przewodnicząca ORZZ.
- ob. *Maria Jaszcukowa*, przewodnicząca Ligi Kobiet.
- ob. dr *Łobzowski*, kierownik Woj. Wydz. Zdrowia.
- ob. dr *Antoni Czapliński*, przedstawiciel Woj. Zarządu Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia.
- ob. dr *Henryk Lissowski*, dyrektor Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej w Katowicach.
- Przewodniczący Związków Zawodowych Górników, Hutników, Chemików, Metalowców.
- Przewodnicy Pracy Górnictwa, Hutnictwa, Przemysłu Chemicznego, Metalowego.

Przemówienie przedstawiciela Ministra Zdrowia dyrektora Departamentu Medycyny Społecznej dra Romana Gosiewskiego

Proszę Kolegów! Zjazd dzisiejszy jest jednym z ogniw, i to ogniw bardzo ważnych w łańcuchu naszych poczynań na terenie walki z gruźlicą. Tematyka Zjazdu wyraźnie zmierza do coraz ściślejszego wiązania nauki z praktyką, nauki, która w metodzie swej staje się coraz bardziej i coraz częściej dialektyczna i w treści swej materialistyczna. Szerokie oparcie na postępowych tradycjach naszej nauki ojczystej i nauki światowej, a przede wszystkim na olbrzymim dorobku najbardziej postępowej nauki świata — nauki radzieckiej — pozwala naukowcom naszym na rozmach pracy twórczej, pracy niespotykanej w warunkach kapitalistycznych. Stojąca dziś u władzy najbardziej postępową część społeczeństwa — klasa robotnicza — nie szczędzi środków materialnych na rozwój nauki, rozumiejąc doskonale, że tylko w oparciu o postęp nauki i jej dorobek można przeprowadzić nasze praktyczne poczynania. Rząd Polski Ludowej dając środki na rozwój nauki żąda od niej teoretycznego rozwiązywania problemów, problemów konkretnych i przestrzegając przed ciasnym dogmatyzmem żąda nauki związanej z życiem.

W chwili obecnej bojowym zadaniem wszystkich Polaków jest Plan Sześćioletni. Wykonanie i przekroczenie Planu Sześćioletniego jest naszym istotnym wkładem w najszczytniejszą walkę, jaką toczy obecnie ludzkość, w walkę o pokój dla zapewnienia wszystkim ludziom pracy i szczęśliwego jutra.

W szeregach ludzi realizujących Plan Sześćioletni nie zabraknie lekarzy. Z publicystyki prasowej, z zebrzań związkowych wiemy, co przynosi Plan Sześćioletni w zakresie walki z gruźlicą. Musimy zdać sobie sprawę z tego, jaki wkład w wykonanie Planu Sześćioletniego przyniesie walka

z gruźlicą, jak ważny jest nasz odcinek pracy w realizacji planu, zapewniającego pokój. Praca poradni, sanatoriów i szpitali przeciwgruźliczych, prace prowadzone w zakresie epidemiologii gruźlicy zmniejszają zapadalność na gruźlicę i skracają okres niezdolności do pracy; w ten sposób będziemy mogli zwrócić przemysłowi tysiące wykwalifikowanych rąk roboczych, co będzie olbrzymim naszym wkładem w wykonanie Planu Sześcioletniego.

Nie jest rzeczą przypadku, jak wspomniała prof. Misiewicz, że Zjazd obecny odbywa się w sercu polskiego przemysłu — na Śląsku. Na obecnym etapie największy nasz wysiłek kierujemy na służbę zdrowia obsługującą przemysł górniczy, chemiczny i metalowy, zdając sobie sprawę z tego, że realizacja Planu Sześcioletniego zależy przede wszystkim od śląskiego robotnika. W zakresie walki z gruźlicą znajdzie to swój wyraz w usprawnieniu pracy poradni śląskich i oddaniu do dyspozycji dla robotników śląskich $\frac{1}{3}$ liczby łóżek sanatoryjnych w Polsce.

Witając w imieniu Ministra Zdrowia Uczestników Zjazdu i Gości, życzę wszystkim, aby obrady X Zjazdu przyczyniły się do podniesienia jakości walki z gruźlicą w Polsce Ludowej.

Przemówienie przewodniczącego Wojewódzkiej Rady Narodowej inż. Bolesława Jaszcuka

Obywatele! Drodzy Goście! X Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy odbywa się w województwie katowickim, województwie najbardziej uprzemysłowionym, o największym skupieniu klasy robotniczej. Ma to swoją określoną wymowę. Za czasów sanacyjnych wskutek gospodarki zagranicznych i rodzimych kapitalistów był to okręg najbardziej zaniedbany pod względem opieki społecznej i warunków sanitarnych. Wiele rodzin żyło bez wody w mieszkaniu, wiele domów było bez kanalizacji, w Zagłębiu brak było wszelkiej higieny w zakładach pracy, co powodowało w konsekwencji wielką zapadalność na gruźlicę. Okres wojny i okupacji pogłębił jeszcze bardziej ten stan rzeczy. Dopiero po wyzwoleniu, w ustroju Polski Ludowej stało się możliwe podniesienie stanu zdrowotnego całego narodu i wzmożenie walki z gruźlicą.

Wkrótce po odzyskaniu niepodległości przystąpiono na terenie naszego województwa do szybkiego uruchamiania istniejących zakładów przeciwgruźliczych — sanatorium w Bystrej, Istebnej, sanatorium w Wodzisławiu i Siewierzu. Po przeprowadzeniu adaptacji nowoutworzonego sanatorium w Jaworzu otwarto nowy, duży pawilon w Bystrej i szpital przeciwgruźliczy w Cieszynie na 225 łóżek, szpital w Sosnowcu na 150 łóżek, a w ramach Czynu Lipcowego w tymże roku stanął nowy pawilon gruźlicy kostnej w Istebnej i szereg innych zakładów. W najbliższym czasie zostanie oddany na potrzeby walki z gruźlicą szpital w Orzeszu na 100 łóżek, szpital w Filipowicach oraz szereg poradni przeciwgruźliczych. Poza terenem województwa, w Rabce, uruchomiono nowoczesne sanatorium dla dzieci. Uzyskałszy już poważną liczbę łóżek przeciwgruźliczych dla dzieci, dzięki czemu wnioski na leczenie sanatoryjne, realizowane dawniej dopiero po kilku miesiącach, wypełniamy dzisiaj w ciągu kilku tygodni.

powiększa jeszcze tradycjonalizm. Przyzwyczajeni do dawnych form myślenia nie zawsze dostrzegamy znaczenie dawnych wniosków naukowych, powiązanych z dawną nadbudową. Stereotypia i nawyk myślenia utartymi szlakami są jednym z niebezpieczeństw grożących ze strony dawnej nadbudowy.

A tymczasem na naszej bazie rosną i rosnać muszą jak najbujniej nowe pojęcia filozoficzne i nowe poglądy polityczne. Dawne instytucje muszą być zastąpione nowymi, odpowiadającymi potrzebom nowej bazy. Nowa nadbudowa ma być nie tylko odbiciem, ale i służebnicą i obrończynią nowej bazy. Musi ją kształtować, utrzymywać i walczyć z nią razem w dobie starego ustroju.

Właśnie w celu zdania sobie sprawy z obecnego stanu nauki polskiej, w celu podkreślenia jej funkcji społecznej, powiązania teorii z praktyką, w celu zwalczania tendencji kosmopolitycznych i rozwiązania kompleksu niższości, na jaki nauka polska cierpiała, w celu zwrócenia uwagi na Związek Radziecki, gdzie od przeszło 30 lat dokonał się przewrót społeczny i naukowy na niespotykaną w historii skalę, właśnie w tych celach stało się koniecznością zwołanie I Kongresu Nauki Polskiej. Chodziło nie tylko o zinventaryzowanie dotychczasowego dorobku naszej nauki, nie tylko o dostrzeżenie postaci wielkich naukowców w Polsce (że wymienię tylko nam lekarzom najbliższych: *Nenckiego*, *Cybulskiego*, *Popielskiego*, *Teichmana*, *Marchlewskiego*, *Szymonowicza*, *Gluzińskiego*, *Chałubińskiego*, *Alfreda Sokołowskiego* i *Olgierda Sokołowskiego*), ale chodziło o to, by każdą dziedzinę naszej wiedzy, zarówno przyrodniczą jak i humanistyczną, oprzeć na założeniach jedynie słusznej filozofii materialistyczno-dialektycznej. Kongres Nauki Polskiej miał postawić i postawił jasno sprawę, komu i czemu ma służyć nauka polska: czy pokojowej budowie zrębów socjalizmu, Planowi Sześcioletniemu, czy też imperializmowi, ratującemu swój byt przygotowaniami do nowej rzezi wojennej. Wreszcie I Kongres Nauki Polskiej miał ująć i ujął całą naukę polską w jeden nurt, w nowe formy organizacyjne przez stworzenie centralnej instytucji naukowej w postaci Polskiej Akademii Nauk.

W dniu 13 lutego 1950 r. Komitet Rady Ministrów dla Spraw Kultury powziął uchwałę o zorganizowaniu I Kongresu Nauki Polskiej. Kongres poprzedziła ogromna praca przygotowawcza, trwająca kilkanaście miesięcy. W tym okresie odbyło się 650 zebrań i konferencji naukowych. Pracowało 11 sekcji i 60 podsekcji, obejmujących wszystkie dyscypliny naukowe od najbardziej teoretycznych do tak praktycznych, jak nauki medyczne, techniczne i rolnicze. Odbyło się 125 zjazdów naukowych; 2100 praktyków i teoretyków napisało 1200 referatów problemowych, które następnie skondensowano w postaci referatów sekcyjnych i podsekcyjnych.

Nasza nauka tworzyła sekcję X z następującymi podsekcjami: 1) podstawowych nauk lekarskich — prof. *B. Skarżyński*, 2) medycyny klinicznej — referent prof. *Jakubowski*, rektor Akademii w Łodzi, 3) higieny i zdrowia publicznego — ref. prof. *Paluch*, 4) farmacji — ref. prof. *Muszyński* i *Krauze*.

W pięknie udekorowanej sali Politechniki Warszawskiej prof. *Jan Dembowski*, przewodniczący Komitetu Wykonawczego I Kongresu Nauki Polskiej i zarazem przewodniczący Polskiego Komitetu Obróńców Poko-

W chwili obecnej akcja przeciwgruźlicza zmierza nie tyle do rozbudowy, ile do pogłębienia i usprawnienia pracy poszczególnych zakładów leczniczych. W tym celu kładziemy duży nacisk na przeszkolenie lekarzy. Uzyskuje się przez to wyższy poziom pracy tych placówek leczniczych. Droga stałego rozwoju masowych badań radiologicznych dążyć będziemy do wyszukiwania gruźlicy w możliwie w najwcześniejszym okresie. Przez stałe kontynuowanie szczepień przeciwgruźliczych, które już w roku bieżącym będą obowiązkowe, oraz przez tworzenie nowych punktów przy poradniach będziemy zwalczać gruźlicę wśród dzieci i młodzieży. Będziemy dążyli do powiększenia liczby łóżek przeciwgruźliczych, a także do zwiększenia liczby pawilonów w zakładach przeciwgruźliczych.

Nasze Państwo Ludowe podnosi stan zdrowotności nie tylko drogą przebudowy i rozwoju społecznej służby zdrowia, ale również przez stałą poprawę warunków mieszkaniowych ludności. W ciągu 7 lat na terenie województwa katowickiego odremontowano przeszło 240.000 izb mieszkalnych. Z tego w ubiegłym roku i w pierwszym półroczu roku bieżącego przybyło przeszło 130.000 izb. W roku bieżącym łącznie z rokiem 1950 oddano do użytku 21.000 nowych izb mieszkalnych. Poprawiono warunki pracy w zakładach. Dlatego też obserwujemy poważne zmniejszenie ilości zgonów z powodu gruźlicy w porównaniu z rokiem 1938. Stały rozwój warunków bytowych mas pracujących, stały rozwój społecznej służby zdrowia będą doprowadzać do dalszej likwidacji spuścizny po okupacji i sanacji. Trzeba stwierdzić, że wszelkie zamierzenia, których celem jest podniesienie zdrowotności, spotykają się z największym zainteresowaniem i poparciem społeczeństwa naszego województwa. Każdy górnik, hutnik czy metalowiec zna straszliwe skutki gruźlicy, często ze stycznością bezpośredniej. Dlatego klasa robotnicza naszego województwa tak chętnie popierała budowę sanatorium dla dzieci w Rabce i dlatego też z sympatią i uwagą śledzić będzie obrady X Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, widząc w nim dalszy krok na drodze zwalczania gruźlicy. W imieniu Wojewódzkiej Rady Narodowej i jej Prezydium życzę Zjazdowi pomyślnych wyników.

**Przemówienie rektora Śląskiej Akademii Lekarskiej
prof. dr Brunona Nowakowskiego**

Witam serdecznie uczestników X Zjazdu Przeciwgruźliczego w imieniu Śląskiej Akademii Medycznej im. Ludwika Waryńskiego. Uczelnia nasza, obsługująca największe skupienie robotnicze w Polsce, bardzo żywo interesuje się walką z gruźlicą. Znajduje to swój wyraz w tym, że wiele naszych pracowników bierze żywy udział w opracowaniu zagadnień naukowych z zakresu gruźlicy. Niewątpliwie, w miarę dalszego rozwoju Akademii, współpraca nasza z organizacjami zwalczającymi gruźlicę będzie się pogłębiała.

Radujemy się tymi sukcesami w walce z gruźlicą, które już możemy zanotować w okresie powojennym. Wszystkim obradom na ten temat przyświeca jeden cel — wytępić gruźlicę, tak jak już wytępiło się inne choroby zakaźne. Ten cel jest jeszcze odległy, ale już realny. Obrady Zjazdu przyśpieszą z pewnością nasze kroki w tym kierunku i w ten sposób przybliżą nas do celu. Tego przede wszystkim życzę obradom Zjazdu.

**Przemówienie przedstawiciela Rumuńskiej Republiki Ludowej
i Rumuńskiego Ministerstwa Zdrowia
dra Horia Dunareanu (w jęz. rumuńskim)**

Szanowne Prezydium! Szanowny Kongresie! W imieniu Ministerstwa Zdrowia i pracowników zakładów przeciwgruźliczych Rumuńskiej Republiki Ludowej przekazujemy pozdrowienia braterskie X Zjazdowi Ftyzjologów Polskich. Naród rumuński, tak jak i naród polski, był przedmiotem napaści, grabieży i zniszczenia w wojnie faszystowsko-hitlerowskiej oraz przedmiotem długotrwałego wyzysku imperializmu i ustroju burżuazyjno-obszarniczego.

Dzięki wyzwoleniu naszych krajów przez bohaterską Armię Radziecką i dzięki walce rewolucyjnej klasy robotniczej z jej partią na czele w krajach naszych panuje dziś ustrój Demokracji Ludowej, budującej z powodzeniem Socjalizm.

Burżuazyjno-obszarniczy, okrutny wyzysk ludu pracującego, jak i wojna ze wszystkimi jej plagami pozostawiły w naszym i waszym kraju ciężką sytuację sanitarną. Sytuację w dziedzinie gruźlicy, jaką kraj nasz odziedziczył w spadku po dawnych ustrojach, można do pewnego stopnia porównać do krajów, w których panuje ucisk kolonialny. Dzięki pomocy radzieckiej, udzielanej naszemu krajowi we wszystkich dziedzinach życia, nieustającej trosce Rumuńskiej Partii Robotniczej o zdrowie rumuńskiego ludu pracującego, sytuacja sanitarna naszego kraju uległa wybitnej poprawie. Dzięki wykonaniu dwóch pierwszych jednorocznych planów państwowych na rok 1949 i 1950 nastąpił ogólny wzrost stopy życiowej ludności, co jest elementem zasadniczym w akcji likwidowania zacofania sanitarnego w ogóle i zwalczania gruźlicy w szczególności.

W ostatnich latach krzywa śmiertelności wykazuje stały spadek, a śmiertelność wśród dzieci w Rumunii zmniejszyła się bardzo znacznie, spadła ona bowiem do połowy w porównaniu z rokiem 1938. Śmiertelność z powodu gruźlicy spadła w ciągu 3 lat o 25%. Poznanie doświadczeń i stosowanie metod radzieckich w organizowaniu walki przeciwgruźliczej przyczyniło się do zorganizowania w ciągu kilku lat sieci przeciwgruźliczej, która zwiększyła dwukrotnie swoją liczbę łóżek, a pięciokrotnie — swoje kadry lekarskie oraz stworzyła sieć zakładów profilaktycznych. Powstały rejonowe i obwodowe przychodnie przeciwgruźlicze. Przychodnie te są zorganizowane terytorialnie według doświadczenia radzieckiego. Nastąpiło u nas zjednoczenie szpitali z poliklinikami, tak, jak to jest pomyślane w ZSRR. Powiązanie takie ułatwi wzrost kwalifikacji zawodowych, pomoże zorganizować sieć okręgową poradni dla matki i dziecka, umożliwi objęcie zasięgiem ludności wymagającej opieki lekarskiej.

Materiał nasz i osiągnięcia w dziedzinie sanitarnej są tylko drobnym fragmentem walki naszego ludu pracującego, budującego nowe życie w naszej pięknej ojczyźnie.

Cieszy nas bardzo udział w Waszym Zjeździe, gdyż umożliwia to nam śledzenie z wielkim zainteresowaniem pracy i osiągnięć bratniego narodu polskiego.

Jesteśmy przekonani, że wymiana doświadczeń, jaka zostanie dokonana z okazji prac zjazdowych, przyniesie i nam wielki pożytek.

We wspólnym duchu, we wspólnych dążeniach, mając stale przed sobą światły przykład ZSRR, pracą naszą i osiągnięciami przyczynimy się do sprawy zachowania pokoju.

Niech żyje Zjazd Fizjologów Polskich!

Niech żyje przyjaźń między narodem rumuńskim i polskim, zbratanymi przez wspólne wyzwolenie, przez wspólną walkę o Pokój i Socjalizm!

Niech żyje Prezydent *Bolesław Bierut*!

Niech żyje Sekretarz Generalny Rumuńskiej Partii Robotniczej!

Niech żyje Wielki Wódz narodów radzieckich i Wielki obrońca Pokoju — *Józef Stalin*!

Przemówienie przedstawiciela Ludowej Republiki Węgierskiej dra Ferenc Pongora (w języku węgierskim)

Szanowne Prezydium! Szanowny Kongresie! Kochani Przyjaciele! Nasza węgierska delegacja, przybyła na Zjazd na serdeczne zaproszenie Polskiego Ministra Zdrowia, wita ten Zjazd z całego serca i przesyła pozdrowienia od naszego Rządu, lekarzy węgierskich i całej węgierskiej klasy robotniczej. Jesteśmy w Polsce od paru dni, ale zdołaliśmy już spostrzec, jakich wielkich zniszczeń dokonali u Was faszyci i jak imponująco szybko powstają nowe budynki. W przebiegu historii nasze narody wiele łączyło, łączy nas wspólna walka o wolność i niepodległość, w której wspomagaliśmy się wzajemnie. Nasze rządy przedwojenne nie troszczyły się o zdrowie ludu, dlatego też przejęliśmy po wojnie przykre dziedzictwo w zakresie służby zdrowia i musimy wyteńczyć wszystkie siły do pracy nad podniesieniem stanu zdrowotności naszej ludności, zagrożonej zwłaszcza taką klęską społeczną, jaką jest gruźlica. Przy pomocy Wielkiego Związku Radzieckiego uzyskaliśmy wolność i rozpocząć mogliśmy odbudowę naszego kraju, pracując dla ludu.

Do odbudowy służby zdrowia przyczyni się w wielkiej mierze obecny Zjazd. Spodziewamy się zdobyć tu dużo wiadomości, które będziemy mogli wykorzystać u siebie. Dziękujemy za zaproszenie nas na ten Zjazd, przyrzekając, że nadal utrzymywać będziemy współpracę z Waszym narodem.

Jesteśmy przekonani, że Wasza walka z gruźlicą stanowi duży wkład do walki o pokój.

Niech żyje Pokój! Niech żyje Prezydent *Bierut*! Niech żyje nasz *Rakosi*! Niech żyje Wielki *Stalin*!

Przewodnicząca prof. *Janina Misiewicz* dziękuje w imieniu Zjazdu wszystkim przemawiającym, podkreślając, że wszystkie przemówienia były treściwe i nie zawierały ogólników. Następnie przewodnicząca zapowiada przejście do porządku obrad Zjazdu i wygłoszenia referatów programowych. Pierwszy referat programowy „O Kongresie Nauki Polskiej” wygłasza dr *Kazimierz Dąbrowski* z Zakopanego.

KAZIMIERZ DĄBROWSKI

Zakopane

O KONGRESIE NAUKI POLSKIEJ

Żyjemy w okresie przełomu, w okresie rewolucji. W krótkich odcinkach czasu zachodzą na naszych oczach przemiany dotyczące wszystkich dziedzin naszego życia. W ciężkim trudzie codziennym budujemy nowy system ekonomiczny, nowy przemysł, nowy socjalistyczny ustrój.

Po 6 latach odbudowy i rozbudowy naszego życia gospodarczego i naukowego należałoby sobie zdać sprawę, jak jest właściwie z nauką polską. Należałoby i popatrzeć wstecz, i rozejrzeć się w teraźniejszości, i zastanowić się nad przyszłymi drogami.

Trzeba, abyśmy umieli dostrzegać charakter i rolę nauki w nowym ustroju, jej funkcję społeczną, rolę i charakter nauk przyrodniczych, w których wzrosliśmy i których praktycznym jesteśmy ramieniem.

Wraz ze zmianą ustroju ekonomicznego, ludzkich stosunków wytwórczych, wraz ze zmianą tego, co nazywamy bazą, zmienia się równocześnie to wszystko, co ginący ustrój ekonomiczny usprawiedliwiała, co go sankcjonowało, co mu służyło ideologicznie, zmienia się to, co nazywamy nadbudową. Rozumiemy przez nią „polityczne, prawne, religijne, artystyczne i filozoficzne idee i poglądy panujące w społeczeństwie oraz odpowiadające im instytucje polityczne, prawne i inne“ (*Stalin*).

Nauki przyrodnicze odzwierciedlają obiektywnie zjawiska przyrody, związki istniejące między nimi, czyli prawa przyrody, toteż od strony wykrywanych faktów nauki przyrodnicze nie stanowią niewątpliwie nadbudowy, chociaż trzeba o tym pamiętać — wnioski światopoglądowe, wysuwane z tych faktów, mogą niekiedy należeć do nadbudowy.

Jakkolwiek nauki przyrodnicze są obojętne wobec klas, to jednak klasowa ideologia burżuazyjna może wpływać na przyrodników, skłaniając ich do idealistycznej interpretacji faktów naukowych i do fałszywych wniosków filozoficznych i naukowych. Uczni burżuazyjni interpretują prawa przyrody w sposób idealistyczny. W latach przemian ustrojowych widzimy, jak na gruzach walącej się wraz z bazą obsługującej ją nadbudowy z rozpaczliwym uporem starają się utrzymać przy życiu elementy dawnej nadbudowy, jak bronią straconych stanowisk i starają się zwalczać osiągnięcia nowej bazy. Wpływ starego może być niebezpieczny, szczególnie dla nieuzbrojonych jeszcze w dostateczną znajomość zasad filozofii materialistycznej i dla ludzi nie rozumiejących klasowego uwarunkowania, klasowego podłoża pewnych tez i teorii. Niebezpieczeństwo

Ju, otworzył w dniu 25 czerwca br. o godzinie 10,15 przy wypełnionej sali obrad i galerii I Kongres Nauki Polskiej. Na wstępie odczytano list Prezydenta Rzeczypospolitej do Kongresu. Następnie przemówienie wygłosił Premier *Józef Cyrankiewicz*. Wśród zebranych naukowców polskich i zagranicznych obecni byli członkowie Rady Państwa, Rządu, Biura Politycznego KC PZPR, przedstawiciele stronnictw politycznych, organizacji społecznych, Wojska Polskiego, Stołecznej Rady Narodowej, nauczycielstwa, młodzieży, przodownicy pracy, racjonalizatorzy, nowatorzy i inni. Na Kongres przybyły delegacje z Akademii Nauk ZSRR z Akademikiem prof. *Aleksandrem Oparinem* na czele, z Akademii Nauk Chin Ludowych, Czechosłowacji, Węgier, Rumunii, Niemieckiej Republiki Demokratycznej. Przybyli też postępowi przedstawiciele nauki francuskiej — a więc prof. *Joliot-Curie* z małżonką, przedstawiciele nauki włoskiej, brytyjskiej, szwajcarskiej, szwedzkiej, duńskiej, austriackiej.

Po przemówieniach powitalnych prof. *Dembowski* wygłosił syntetyczny referat, w którym nakreślił historię nauki polskiej w okresie do 1914 roku, scharakteryzował krytycznie okres międzywojenny i obecny stan nauki polskiej. Mówca podkreślił wysiłki naukowców polskich nad odbudową i rozbudową nowego życia naukowego po okupacji hitlerowskiej. Mimo że straty wojenne wśród personelu naukowego przekraczają 40%, mamy obecnie 7 uniwersytetów zamiast dawnych 5, 10 akademii medycznych zamiast dawnych 5 wydziałów lekarskich, 5 politechnik zamiast 2 przedwojennych, 79 szkół wyższych na miejsce dawnych 32. W latach przedwojennych było tylko kilka instytutów naukowych, dziś jest ich 86. W latach 1938/39 studiowało około 49.500 młodzieży, obecnie 113.000. Procent studiujących pochodzenia robotniczego lub chłopskiego wynosił na pierwszym roku studiów w latach 1935/36 7% lub 6%, obecnie wynosi 33,25%. Odsetek młodzieży pochodzenia inteligenckiego nie uległ zmianie i waha się między 33 i 38%. Natomiast wyraźny spadek widzi się wśród młodzieży pochodzącej z inicjatywy prywatnej — dawniej 40%, obecnie 3%.

W konsekwencji tego rozrostu placówek naukowych i nauczania rośnie zapotrzebowanie na kadry naukowe dydaktyczne i specjalistyczne. Musi więc powstać w Polsce centralna instytucja naukowa o wysokim autorytecie i wysokiej kompetencji fachowej, która pokieruje całym ruchem organizacyjnym i ideologicznym w zakresie naszej nauki. Tą instytucją będzie i stała się już Polska Akademia Nauk. Za powołaniem Akademii przemawiają względy naukowo-badawcze, ideologiczne i organizacyjne. Polska Akademia Nauk oprócz oddziaływania na sieć istniejących instytutów naukowo-badawczych będzie dążyć do uruchomienia własnych. Członek Akademii nie będzie jedynie utytułowanym, na laurach spoczywającym człowiekiem, lecz czynnym badaczem naukowym i kierownikiem jakiegoś zakładu naukowego. Akademia będzie dzielić się na wydziały, obejmujące wszystkie dziedziny wiedzy. Czuwać one będą nad działalnością podległych im instytutów, będą inicjować konferencje, zjazdy, kształcić kadry naukowe i, co bardzo ważne — popularyzować wiedzę, gdyż ta należy nie do wybranej elity intelektualistów, lecz do wszystkich. Będą poza tym prowadzić prace pozaakademickie z pomocą tzw. komitetów naukowych; reorganizacji ulegnie życie naukowe ośrodków prowincjonalnych. Towarzystwa naukowe specjalistyczne nie mogą być elitar-

nymi instytucjami, dostępnymi dla wybranych, dostęp do nich musi mieć młodzież, a do udziału w zebraniach należy zaprosić robotników, racjonalizatorów, przodowników pracy, którzy tak często zdumiewają bystrością i trafnością sądów, wysuwają oryginalne pomysły, ujawniają talenty twórcze. Nieraz uwaga niefachowca może naprowadzić specjalistów na właściwą drogę. Obok zebrań ściśle naukowych powinny się odbywać zebrania poświęcone popularyzacji wiedzy.

Polska Akademia Nauk zorganizuje wydawnictwa naukowe i skoncentruje biblioteki centralne z poszczególnych dziedzin naukowych, gdyż okazuje się, że w kraju mamy prawie zupełnie pełne komplety wydawnictw zagranicznych i własnych, tylko są one rozrzucone po różnych zakładach i leżą często niewykorzystane. Szczególną uwagę zwróci Akademia na zagadnienie kadr. Takie problemy w największym skrócie nakreślił referat prof. *Dembowskiego*.

W drugim i trzecim dniu Kongresu odbywały się narady poszczególnych sekcji. Narady sekcji medycznej zagał prof. *Ksawery Rowiński*, dyrektor Departamentu Min. Zdrowia, prosząc o to, aby dyskutować nad całością zagadnień medycznych i nad tym, jak ustawić naszą dyscyplinę w całokształcie nauki. Wnioski z obrad będą przedstawione przed forum całego Kongresu. Należy wydobyć i uwypuklić postępowe tradycje naszej dyscypliny i jej osiągnięcia, zastanowić się nad kierunkiem rozwoju, a szczególnie nad zastosowaniem w naszych pracowniach nauki *Pawłowa*, *Miczurina* i *Łysenki*. Należy poruszyć związek nauki z zadaniami społecznymi, a więc zagadnienie profilaktyki. Należy przedyskutować kierunek naszych dalszych badań, planowość, krytykę i samokrytykę naukową, zerwać z kosmopolityzmem i uwzględnić stosowanie dialektyki w naszej pracy. Należy zwracać uwagę na ściśle powiązanie nauki z życiem, z organizacją PAN. W zakres dyskusji powinny wejść: zagadnienie klinik, instytutów, towarzystw naukowych, katedr naukowych, piśmiennictwo i biblioteki. W dyskusji, która chwilami odbiegała od ram wytkniętych przez prof. *Rowińskiego*, wzięło udział 49 mówców. Między innymi przemawiali przedstawiciele nauki zagranicznej, a więc delegat nauki radzieckiej, z ust którego padły bardzo ciepłe słowa pod adresem medycyny polskiej, przedstawiciele Węgier, Czechosłowacji, Szwecji dzielili się zdobytymi przez nich doświadczeniami i udzielali przyjacielskich rad.

Po dwudniowej dyskusji uchwalono szereg wniosków, z których najważniejsze pozwolę sobie wymienić w krótkich punktach:

1. Nauka *Pawłowa* będzie podstawą teoretyczną nauk medycznych.
2. Do czasu powstania Polskiej Akademii Nauk funkcje jej w zakresie nauk medycznych pełnić będzie Rada Naukowa przy Ministerstwie Zdrowia.
3. Należy kontynuować prace sekcji.
4. Należy zwrócić szczególną uwagę na historię nauk medycznych.
5. Do prac badawczych należy wykorzystać Akademię Medyczną.
6. Utrzymać własne centralne biblioteki lekarskie i własny instytut wydawniczy.
7. Problem kadr musi być zagadnieniem centralnym.
8. Należy stworzyć własny przemysł farmaceutyczny i zaopatrzeniowy.
9. Należy zwrócić uwagę na ważność higieny.

Wnioski te wraz z wnioskami nadesłanymi przez inne sekcje Kongresu uchwalili. W następnym dniu obrad piękne przemówienie wygłosił prof. *Infeld*, piętnując uczonych, którzy sprzęgli się w służbę imperializmu amerykańskiego, przygotowującego nową rzeź światową. Kongres zwrócił się z apelem do uczonych całego świata, aby nie oddawali swojej wiedzy na produkcję środków zniszczenia i starali się swoim autoritetem zapobiec wojnie, która oznacza zagładę naszej kultury i cywilizacji.

Kongres uchwalił rezolucję o powołaniu Polskiej Akademii Nauk, powołał Komitet Organizacyjny PAN, wybierając do niego wybitnych naukowców, wśród nich ze świata lekarskiego prof. *Hirszfelda* i *Paszkiewicza*. Wysłano depeszę do Prezydenta Rzeczypospolitej *Bolesława Bieruta*. Hymnem państwowym zamknięto imponujące obrady Kongresu.

Nasz Zjazd Przeciwnogruźliczy jest jednym z odcinków Kongresu Nauki Polskiej, chociaż odbywa się po nim. Jako ftyzjatrzy, lekarze praktycy, czerpiemy soki z szeregu takich dyscyplin, jak fizjologia, biologia, chemia. Można by powiedzieć, że jesteśmy jemiolą wysysającą soki z różnych drzew wiadomości, ale przetrawione soki nauki oddajemy ludziom pracy, chorym, w postaci czysto praktycznej działalności. Mógłby więc ktoś powiedzieć, że spełniając takie funkcje, opierając się na naukach nie będących elementami nadbudowy, jesteśmy niejako immunizowani na wpływy idealistycznego światopoglądu. Otóż nie. Jak na początku wspomniałem, fakty przyrodnicze nie są klasowe i uważanie ich za takie byłoby wulgaryzowaniem marksizmu. Ale interpretacja tych faktów może być bądź to naukowa — materialistyczno-dialektyczna, bądź też nienaukowa — idealistyczna, metafizyczna. Nauka formuje światopogląd, a ten wpływa wybitnie na naszą codzienną działalność. Chodzi o to, by pojąć ten zasadniczy punkt widzenia i stanąć na stanowisku filozofii dialektycznej. Nie będzie to dla wielu łatwe. Ale lektura klasyków filozofii marksistowskiej pomoże do zrozumienia istoty filozofii materialistycznej, a równocześnie pozwoli przezwyciężyć istniejące opory. Jako lekarze praktycy jesteśmy ogniwem łączącym naukę z praktyką, z życiem codziennym. Musimy pamiętać komu służymy. Mamy służyć nie wyzyskiwaczom, nie darmozjadom uchylającym się od pracy, lecz ludziom pracy, którzy w ciężkim trudzie realizują Plan Sześcioletni, budują socjalizm, a równocześnie walczą o pokój i przyjaźń między narodami. Dzięki takiej naszej działalności włączamy się i my w wykonanie Planu Sześcioletniego, stajemy w szeregach obozu pokoju i budowniczych socjalizmu w Polsce i na całym świecie.

OLGIERD BURACZEWSKI

Warszawa

ZWALCZANIE GRUŹLICY W PLANIE SZEŚCIOLETNIM

Zagadnienie zwalczania gruźlicy jest na drugim miejscu wśród zagadnień służby zdrowia w Planie Sześcioletnim.

Celem akcji zwalczania gruźlicy jest zmniejszenie zachorowalności na gruźlicę i zmniejszenie liczby zgonów z powodu gruźlicy do osiągalnego minimum.

Dla wykonania planu i osiągnięcia celu konieczne jest zdanie sobie sprawy z wielkości zadania.

W latach powojennych od 1945 r. do 1949 r. na podstawie masowych badań radiologicznych, prowadzonych w różnych grupach społecznych i w różnych grupach wieku, przyjęto, że 1,4% ludności choruje na gruźlicę, czynną (radiologicznie).

Analiza krytyczna dotychczasowych badań i wyniki badań prowadzonych w 1950 roku wykazały, że wskaźnik zachorowalności na gruźlicę 1,4% jest za wysoki, a natomiast bliższy prawdy jest 1%.

W świetle statystyki, dotyczącej osób podejrzanych o gruźlicę, które zgłosiły się do poradni przeciwgruźliczych, liczba chorych na gruźlicę przedstawia się następująco:

W roku	Zgłoszonych do poradni (% ludności)	W tym % chorych na gruźlicę
1946	0,24	0,13
1948	1,70	0,83
1949	2,02	0,80
1950	2,29	0,63

Jak wynika z przytoczonych danych, liczba zgłoszeń do poradni wzrasta, a liczba chorych osiągnąwszy 0,83% ludności — spada.

Należałoby więc przyjąć, że liczba chorych nowoprzybywających jest mniejsza niż liczba chorych ubywających (zmarłych lub wyleczonych do tego stopnia, że przestają zgłaszać się do poradni).

Umieralność na gruźlicę wynosiła na 10.000 ludności:

1939 r.	około 18
1945	powyżej 20
1946	15,7
1947	14,1
1948	12,7
1949	12,1
1950	poniżej 10,4

Jak z tego wynika, liczba zgonów stale spada.

Należy przyjąć, że w 1951 roku umieralność może wzrosnąć, gdyż znaczna liczba chorych, którzy zachorowali w okresie ostatniej wojny, w chwili obecnej osiągnęła szczyt rozwoju procesu chorobowego. Przewiduje się spadek umieralności pod koniec okresu sześcioletniego do 8,0 na 10.000.

Umieralność 1,5 na 10.000 ludności świadczyć będzie o opanowaniu gruźlicy w Polsce i na podstawie dotychczasowego przebiegu akcji zwalczania gruźlicy i Sześcioletniego Planu budowy zrębów akcji przeciwgruźliczej należy przewidywać ten stan około roku 1965.

Jakie są ogólne założenia Planu Sześcioletniego zwalczania gruźlicy?

Dr *Budzyńska-Tylicka* w 1913 roku powiedziała, że skutecznie zwalczać gruźlicę można tylko w warunkach ustroju socjalistycznego, w którym można będzie zapewnić dobrobyt klasie robotniczej, klasie najbardziej wyzyskiwanej i narażonej na gruźlicę w ustroju kapitalistycznym. Podstawową bowiem przyczyną szerzenia się gruźlicy w kraju kapitalistycznym są złe warunki bytowania proletariatu miast i wsi.

Plan Sześcioletni w Polsce jest planem budowy podstaw socjalizmu i jest jednocześnie planem podniesienia dobrobytu szerokich mas pracujących. Wykonanie więc całości Planu Sześcioletniego usunie zasadniczą przyczynę szerzenia się gruźlicy, jaką są złe warunki bytowania, a więc złe odżywianie, ciasnota mieszkaniowa, niska kultura sanitarna i nieodpowiednie warunki pracy.

Zadaniem służby zdrowia w Planie Sześcioletnim w zakresie zwalczania gruźlicy jest stworzenie podstaw do unieszkodliwienia i lokalizacji źródeł zakażenia gruźliczego.

Głównym źródłem zakażenia gruźliczego są ludzie chorzy na gruźlicę. Akcja przeciwgruźlicza musi więc zabezpieczyć zdrowych ludzi przed zakażeniem przez chorych. Aby to zrealizować, należy zapewnić wczesne wykrywanie chorych na gruźlicę, ich skuteczne leczenie, izolowanie przewlekłe chorych od zdrowych, którzy nie przeszli zakażenia gruźlicą, a więc przede wszystkim od dzieci. Niezakażone dzieci należy zaszczepić przeciw gruźlicy. W końcu należy chorym na gruźlicę zapewnić odpowiednie warunki bytu i pracy. Dla wypełnienia tych zadań akcja przeciwgruźlicza powinna mieć odpowiedni aparat, składający się z zakładów przeciwgruźliczych i kadr pracowników, oraz opierać się na koniecznych przepisach prawnych.

Zakłady przeciwgruźlicze wiążą się w sieć zakładów rozplanowanych w terenie, zależnie od warunków zaludnienia, uprzemysłowienia i klimatu.

Sieć zakładów przeciwgruźliczych składa się z poradni przeciwgruźliczych, centralnych wojewódzkich poradni przeciwgruźliczych, sanatoriów przeciwgruźliczych i zespołów sanatoriów, półsanatoriów przeciwgruźliczych oraz z zakładów mniej ściśle związanych z tą siecią, jak prewentoria przeciwgruźlicze dla dzieci oraz szkoły z internatami dla dzieci i młodzieży chorej na gruźlicę, należące do Ministerstwa Oświaty i Centralnego Urzędu Szkolenia Zawodowego.

Podstawowymi i elementarnymi zakładami zwalczania gruźlicy są powiatowe lub rejonowe poradnie przeciwgruźlicze. Powiatowa lub rejonowa poradnia przeciwgruźlicza jest zakładem zapobiegania i leczenia otwartego gruźlicy powiązany z oddziałem

przeciwgruźliczym szpitala, mającym łóżka dla dokonywania koniecznych zabiegów i obserwacji, tak zwane punkty zabiegowe, lub wytwarzania odmy. Instrukcja Ministerstwa Zdrowia nakłada na poradnie przeciwgruźlicze następujące zadania:

- a) zapobieganie i leczenie gruźlicy,
- b) wykrywanie źródeł szerzenia się gruźlicy,
- c) przedstawianie wniosków zakładom pracy w sprawie zatrudniania chorych na gruźlicę,
- d) badanie warunków bytowania osób zarejestrowanych w poradni,
- e) szerzenie oświaty sanitarnej w zakresie zapobiegania gruźlicy,
- f) prowadzenie statystyki na odcinku zwalczania gruźlicy,
- g) prowadzenie rejestracji chorych na gruźlicę, zamieszkałych na obszarze miejscowej poradni.

Poradnia Przeciwgruźlicza ma w swej strukturze dwie części: część dla dorosłych i część dla dzieci, z oddzielnymi poczekalniami. Centralnie umieszczona jest kartoteka i rejestracja, gabinet rentgenowski i laboratorium. Poradnia powinna mieć lekarza-ftyzjatę i lekarza ftyzjatę-pediatrę, cztery pielęgniarki oraz rejestratora. Liczba personelu administracyjno-gospodarczego zależy od tego, czy poradnia ma w swojej strukturze oddział szpitalny, czy też jest zespolona z oddziałem przeciwgruźliczym szpitala lub sanatorium.

Rejonowe poradnie przeciwgruźlicze są tworzone w powiatach gęsto zaludnionych lub uprzemysłowionych, gdzie przelotność powiatowej poradni przeciwgruźliczej jest zbyt mała, aby sprostać zadaniom. Rejonowe poradnie przeciwgruźlicze spełniają na swoim obszarze zadanie powiatowej poradni przeciwgruźliczej, a pod względem fachowym podlegają powiatowej poradni przeciwgruźliczej.

Poradni przeciwgruźliczych odpowiadających cechami powiatowym lub rejonowym poradniom przeciwgruźliczym było w Polsce przed 1939 r. sześćdziesiąt cztery.

W 1949 r. mieliśmy 192 poradnie, w 1950 r. liczba poradni wzrosła powyżej trzystu, a w Planie Sześcioletnim przewiduje się jedną poradnię przeciwgruźliczą przeciętnie na 50.000 ludności, zależnie od warunków miejscowych.

W 1950 r. ftyzjatra poradni pracował w poradni przeciętnie 2 godziny dziennie. W 1953 r. przewiduje się zatrudnienie lekarza w poradni przeciętnie 4 godziny dziennie.

W końcu 1955 r. przewiduje się zatrudnienie w każdej poradni lekarza-ftyzjatri przeciętnie na 5 godzin dziennie.

W dużych zakładach pracy i w zespołach zakładów pracy przewiduje się organizowanie przyzakładowych poradni przeciwgruźliczych, wchodzących w skład przemysłowych ośrodków zdrowia. Przyzakładowe poradnie przeciwgruźlicze podlegają fachowo i pod względem sprawozdawczości rejonowym poradniom przeciwgruźliczym. Instrukcja Ministerstwa Zdrowia ustala, że należy tworzyć przyzakładowe poradnie przeciwgruźlicze w zakładach pracy i w zespołach zakładów pracy zatrudniających ponad 5.000 osób lub ponad 100 osób chorych na gruźlicę.

Na szczeblu województwa stworzono w 1949 r. centralne wojewódzkie poradnie przeciwgruźlicze zdające sobie sprawę z niskiego poziomu fachowej poradni terenowych. Instruk-

cja Ministerstwa Zdrowia przewiduje następujące zadania dla centralnych wojewódzkich poradni przeciwgruźliczych jako placówek konsultacyjnych i nadzoru fachowego nad akcją przeciwgruźliczą w województwie:

1) prowadzenie działalności w zakresie zapobiegania gruźlicy na terenie województwa;

2) uzupełnianie działalności zakładów przeciwgruźliczych (oddziałów gruźliczych w zakładach leczniczych) w zakresie specjalistyczno-gruźliczym;

3) nadzór fachowy nad zakładami leczniczymi w zakresie gruźlicy (jak poradnie, ośrodki zdrowia, sanatoria, prewentoria i szpitale) na terenie województwa;

4) udzielanie lekarzom kierującym chorych konsultacji specjalistycznych w zakresie prowadzenia przypadków przez nich skierowanych;

5) udzielanie wytycznych i wskazówek co do warunków życia i pracy osób chorych na gruźlicę.

Nadto Centralne Wojewódzkie Poradnie Przeciwgruźlicze dla Wydziału Zdrowia PWRN mają następujące zadania:

1) opracowywanie planu akcji przeciwgruźliczej;

2) prowadzenie lustracji i udzielanie wskazówek zakładom przeciwgruźliczym na terenie województwa;

3) opracowywanie statystyki przeciwgruźliczej;

4) opracowywanie wniosków w sprawie budżetów dla akcji przeciwgruźliczej w województwie i opiniowanie budżetów;

5) opiniowanie i uzgadnianie rozdzielnika sprzętu lekarskiego i leków dla placówek przeciwgruźliczych;

6) ustalanie planu pracy zespołów ruchomych: kolumn szczepień przeciwgruźliczych i badań małoobrazkowych;

7) współdziałanie z Instytutem Gruźlicy w zakresie szkolenia personelu;

8) prowadzenie akcji propagandowo-wychowawczej;

9) współdziałanie w tworzeniu na terenie zakładów pracy takich placówek przeciwgruźliczych, jak półsanatoria przeciwgruźlicze i prowadzenie kursów dla osób zmieniających zawód z powodu gruźlicy;

10) badanie warunków pracy i bytu osób chorych na gruźlicę i przedstawianie odpowiednich wniosków.

Centralne Wojewódzkie Poradnie Przeciwgruźlicze zostały powołane w roku 1949. W 1950 roku były zorganizowane we wszystkich województwach. W 1951 roku organizują się dalsze trzy centralne poradnie przeciwgruźlicze w nowopowstałych województwach.

W roku 1952 szczególne miejsce zajmie Centralna Poradnia Przeciwgruźlicza dla m. st. Warszawy, która będzie mieściła się we własnym gmachu przy ul. Pasteura i będzie zespółona z 50-łózkowym oddziałem szpitalnym, pozostającym pod własną administracją.

Z rozwojem działalności wydziałów zdrowia PWRN zmniejsza się w 1952 roku część administracyjna centralnych poradni przeciwgruźliczych przy wzroście ich usługowości.

Sanatoria przeciwgruźlicze są zakładami leczenia zamkniętego gruźlicy. Obecnie rozróżnia się dwa typy sanatoriów przeciwgruźliczych:

1) sanatoria przeciwgruźlicze dla okresowego leczenia gruźlicy typu zabiegowego lub gruźlicy z dobrym rokowaniem co do odzyskania równowagi procesu gruźliczego i powrotu zdolności do pracy;

2) sanatoria przeciwgruźlicze długoterminowe dla przewlekłe chorych na gruźlicę, z niewydolnością oddechową i krążenia, niezdolnych do pracy i wymagających ze względów epidemiologicznych i społecznych pobytu w zakładzie leczniczym.

Leczenie w sanatorium może być: a) klimatyczno-wypoczynkowe, b) zabiegowe (operacyjne), c) antybiotykami, d) terapią zajęciową.

Dalszym zadaniem jest prowadzenie oświaty sanitarnej wśród chorych ze stanu sanatorium oraz kwalifikowanie ich co do zatrudnienia. Te nowe zadania zmieniają dotychczasowy charakter sanatoriów.

Dla zrationalizowania lecznictwa sanatoryjnego, wprowadzenia profilowania sanatoriów według możliwości leczniczych i zapewnienia jednolitego kierunku naukowo-leczniczego oraz celem wprowadzenia oszczędności administracyjno-gospodarczych utworzono zespoły sanatoriów przeciwgruźliczych. Zespoły Sanatoriów są następujące: Otwock, Zakopne, Rabka, Sokołowsko, Oborniki Śląskie i Kowary.

Wskaźniki rozwojowe sanatoriów i obsady personalnej przedstawiają się następująco:

W roku	było (będzie) łóżek sanatoryjnych na 10.000 ludności *
przed 1930	poniżej 2
1950	7
1955	11,7
W roku	na 1 lekarza łóżek sanatoryjnych
1950	64
1955	54

Szpitala przeciwgruźlicze i oddziały przeciwgruźlicze szpitali ogólnych obliczane są według klucza: 10% liczby ogólnej łóżek szpitalnych przeznacza się na gruźlicę. W roku 1950 jedno łóżko przeciwgruźlicze wypadało na 4000 ludności, w końcu Planu Sześcioletniego jedno łóżko przeciwgruźlicze wypadnie na 2000 ludności.

Na pograniczu zakładów lecznictwa zamkniętego i otwartego stoją półsanatoria przeciwgruźlicze, należą one do sieci zakładów leczniczych na terenie przemysłu, zadaniem ich jest:

- 1) leczenie chorych na gruźlicę pracujących bez przerywania im pracy;
- 2) zapobieganie obostrzeniu procesu gruźliczego chorych pracujących;
- 3) przystosowywanie do pracy chorych pracujących, wracających ze szpitali lub sanatorium;

- 4) prowadzenie oświaty sanitarnej wśród chorych na gruźlicę i przyzwyczajanie ich do zachowywania przepisów higieny osobistej i środowiska celem ochrony otoczenia przed zakażeniem gruźlicą.

Przewiduje się tworzenie półsanatoriów w zakładach pracy zatrudniających ponad 10.000 osób lub ponad 200 chorych na gruźlicę. Leczenie będzie się odbywać w turnusach 2-miesięcznych. Lekarz będzie zatrudniony

* Obliczone w stosunku do liczby ludności z dn. 31.XII.1950 r..

7 godzin tygodniowo, pielęgniarka na okres przebywania chorych w pół-sanatoriach.

Prewentoria przeciwgruźlicze są przeznaczone dla dzieci stykających się z osobami chorymi na gruźlicę i dla dzieci po przebytych procesach gruźliczych, wymagających pobytu w dobrych warunkach klimatycznych i dietetycznych dla zapobiegania nawrotom choroby. W roku 1950 było na 10.000 ludności 2,4 łóżek prewentyjnych, w roku 1955 przewiduje się na 10.000 ludności 4,7 łóżek prewentyjnych.

Nadto Ministerstwo Oświaty i CUSZ w roku szkolnym 1952/53 przewiduje tworzenie szkół z i n t e r n a t e m dla dzieci po leczeniu sanatoryjnym.

Na bazie sieci zakładów przeciwgruźliczych prowadzi się a k c j e m a s o w e:

1. Leczenie chorych antybiotykami. Rocznie przewiduje się leczenie streptomycyną około $\frac{1}{3}$ liczby chorych leczonych w zakładach zamkniętych, PAS-em leczy się rocznie taką samą liczbę chorych.

2. Szczepienia przeciwgruźlicze noworodków, doustne i doskórne. Szczepienia doustne noworodków są prowadzone w klinikach położniczych, w szpitalach położniczych, na oddziałach położniczych, w szpitalach ogólnych, w izbach porodowych. Noworodki rodzące się w domach prywatnych szczepią położne gminne.

Przed wojną zaszczepiono przez cały okres 60.000 dzieci. Obecnie szczepi się rocznie około $\frac{1}{3}$ nowonarodzonych. Od 1952 roku szczepieniu podlegać będą wszystkie noworodki.

Szczepienia doskórne były prowadzone dotąd przez kolumny ruchome centralnych wojewódzkich poradni przeciwgruźliczych. W czasie akcji masowej do 1.I.1951 r. zbadano 6.384.277, zaszczepiono 2.731.923. Od roku 1952 szczepienia doskórne mają być wprowadzone jako obowiązujące wszystkie osoby, które nie przeszły zakażenia gruźliczego i mają ujemne odczyny tuberkulinowe. Badaniom prób tuberkulinowych będą podlegać wszystkie dzieci w pierwszym roku życia; badania te będą powtarzane co 5 lat ze względu na możliwość wygaśnięcia dodatniego odczynu tuberkulinowego po szczepieniach przeciwgruźliczych.

3. Badania masowe radiologiczne. Masowym badaniom z obowiązku podlegają zatrudnieni w zawodach i czynnościach, których wykonywanie przez chorych na gruźlicę może stanowić niebezpieczeństwo dla otoczenia, a więc nauczyciele i wychowawcy dzieci, pracownicy przemysłu spożywczego oraz pracownicy usługowi, jak np. lekarze, położnicy, dentyści, położne, fryzjerzy itd., nadto zatrudnieni w warunkach sprzyjających rozwojowi gruźlicy, a więc np. w atmosferze par i gazów drażniących drogi oddechowe, w zakładach dla chorych na gruźlicę. Badania masowe innych grup ludności prowadzone są wg planu sporządzonego przez centralne wojewódzkie poradnie przeciwgruźlicze, tak aby równocześnie badania różnych grup społecznych miast i wsi dały w przybliżeniu obraz zagrzuźliczenia kraju.

Badania prowadzą centralne wojewódzkie poradnie przeciwgruźlicze za pomocą zdjęć małoobrazkowych i prześwietleń, powiatowe i rejonowe poradnie przeciwgruźlicze za pomocą prześwietleń oraz inne zakłady społecznej Służby Zdrowia zaopatrzone w aparaty rentgenowskie.

W y k o r z y s t y w a n i e d o s w i a d c z e ń Z w i ą z k u R a d z i e c k i e g o. Pierwszym i dotąd jedynym państwem socjalistycz-

nym na świecie jest Związek Radziecki. W okresie budowy socjalizmu zbudowano tam socjalistyczną służbę zdrowia i w jej ramach rozwiązano problem zwalczania gruźlicy. Istnienie już zorganizowanej akcji zwalczania gruźlicy w Związku Radzieckim znacznie ułatwiło planowanie i organizowanie tej akcji w Polsce. Szczególnie ważna jest zasada podstawowego elementu zwalczania gruźlicy, jakim jest poradnia przeciwgruźlicza połączona z oddziałem zamkniętym (punktem zabiegowym) mającym łóżka i oddziałem przeciwgruźliczym szpitala. Nasze wskaźniki i normy liczbowe są niższe niż radzieckie, gdyż jesteśmy jeszcze na niższym etapie niż Służba Zdrowia Związku Radzieckiego. Szczególnie ważne są wzory organizacji zatrudnienia chorych na gruźlicę (tzw. rehabilitacja chorych na gruźlicę). Za przykładem Związku Radzieckiego olbrzymie znaczenie przywiązywane jest do oświaty sanitarnej jako środka zapobiegania zakażeniu otoczenia przez chorych na gruźlicę uświadomionych, co umożliwia ich zatrudnienie. Tworzone będą półsanatoria przeciwgruźlicze przy zakładach pracy oraz działy pracy dla chorych na gruźlicę w zakładach pracy. Centrala Spółdzielni Inwalidzkich rozwija u nas akcję indywidualnego zatrudnienia chorych na gruźlicę oraz włączania ich do pracy spółdzielczej.

Na wzór Związku Radzieckiego wprowadza się powszechne szczepienia przeciwgruźlicze, jako najskuteczniejszą broń przeciw szerzeniu się gruźlicy wśród dzieci.

Musimy zastosować naukę wielkiego *Pawłowa* celem wyjaśnienia patogenezы gruźlicy, a w szczególności wpływu środowiska na przebieg gruźlicy.

Realizacja polityki klasowej w zwalczaniu gruźlicy. Długoletnie wyzyskiwanie klasy robotniczej przez kapitalistów obcych i rodzimych w okresie okupacji i w okresie od 1918 do 1939 roku. było przyczyną złych warunków bytowania i pracy robotników w Polsce. Stan ten sprzyjał szerzeniu się gruźlicy w Polsce. Rządy kapitalistyczne nie starały się zapewnić odpowiedniego zwalczania gruźlicy wśród szerokich mas. Siła robocza była tania. Łatwiej i wygodniej było zwolnić z pracy chorego na gruźlicę i zatrudnić na jego miejsce robotnika zdrowego niż starać się przywrócić zdolność do pracy choremu. Mała liczba sanatoriów przeciwgruźliczych zaspokajała dostatecznie potrzeby kapitalistycznej klasy panującej. Robotnicy tylko wyjątkowo dostawali się do sanatoriów i byli odpowiednio leczeni.

Nieliczne poradnie przeciwgruźlicze nie obejmowały swą opieką znaczniejszej liczby chorych na gruźlicę. Stan ten musiał być zmieniony po objęciu rządów przez klasę pracującą Polski Ludowej. Punkt ciężkości opieki nad chorymi na gruźlicę przerzucono z sanatoriów na poradnie przeciwgruźlicze, dążące do objęcia swą działalnością wszystkich chorych na gruźlicę.

Ministerstwo Zdrowia przejęło większość sanatoriów w swój zarząd. Scentralizowano dysponowanie miejscami w sanatoriach w centralnych wojewódzkich poradniach przeciwgruźliczych, tworząc w nich komisje społeczne kwalifikujące chorych do sanatoriów. Komisje te otrzymały instrukcje o wskazaniach lekarskich i społecznych do umieszczania chorych w sanatoriach. Przyznawanie leczenia antybiotykami odbywa się także komisyjnie. Wprowadzono zasadę, że każdy, komu leczenie tymi środkami jest konieczne, musi je otrzymać.

Pomimo tych wskazań liczba robotników i chłopów leczących się w sanatoriach jest w dalszym ciągu niższa niż innych warstw społecznych. Analiza tego zjawiska wykazała, że ludzie pracujący fizycznie unikają poddawania się badaniom, gdyż pracownicy fizyczni są znacznie szybciej eliminowani z pracy niż umysłowi, ponieważ łatwiej ulegają obostrzeniu procesu gruźliczego i tracą zdolność do pracy. Przyczyną tego jest możliwość zwalniania chorych na gruźlicę z pracy na równi ze zdrowymi z trzymiesięcznym wypowiedzeniem. Tylko odpowiedni przepis prawny może poprawić ten stan rzeczy. W projekcie ustawy o zwalczaniu gruźlicy umieszczono przepis, który zabrania osoby chore na gruźlicę, zdolne do pracy, zwalniać bez ich zgody. Przepis ten usunie obawę ludzi chorych lub podejrzewających siebie o gruźlicę przed poddawaniem się badaniom w kierunku gruźlicy.

Dotąd plan zwalczania gruźlicy oparty był na ubezpieczalnianej zasadzie powszechności.

Celem zrationalizowania tej akcji oraz nadania jej charakteru bardziej klasowego musimy wprowadzić inną zasadę. Musimy prowadzić walkę z gruźlicą wyraźnie zaznaczonymi etapami, wykorzeniając ją w okresie budowy Planu Sześcioletniego przede wszystkim w tych grupach społecznych, które dają największy wkład do tego planu. I dlatego najgęstsza sieć poradni przeciwgruźliczych tworzy się na Śląsku, a opracowywany nowy rozdzielnik miejsc w sanatoriach daje Śląskowi $\frac{1}{3}$ ogólnej liczby miejsc. Wydziały Zdrowia PWRN. powinny prowadzić podobną politykę w zwalczaniu gruźlicy na terenie województwa, wykorzeniając gruźlicę w grupie społecznej przodującej w województwie.

Realizując przymierze robotniczo-chłopskie należy otoczyć większą opieką i zwalczać gruźlicę energiczniej niż dotychczas wśród młodzieży wiejskiej, napływającej do ośrodków przemysłowych.

Wieś polska szybko powiększa swój dobrobyt, poprawiają się warunki mieszkaniowe i odżywiania. Jednak z powodu mniejszego zetknięcia się ludności wiejskiej z prątkiem gruźlicy i — wskutek tego — mniejszego przystosowania się do zakażenia, zakażenie gruźlicze przebiega na wsi gwałtowniej niż w mieście i stąd przewaga szybko postępujących rozległych procesów gruźliczych u dzieci na wsi. Walka więc z gruźlicą na wsi to przede wszystkim szczepienia przeciwgruźlicze i podniesienie kultury sanitarnej przez oświatę sanitarną z zakresu gruźlicy.

Oświata sanitarna powinna być prowadzona na innych zasadach niż dotąd, powinna być dostosowana do potrzeb środowisk oraz grup społecznych i dlatego instrukcja Ministra Zdrowia o szerzeniu oświaty sanitarnej poleca poradniom przeciwgruźliczym, jako znającym najlepiej środowisko, współdziałanie z PCK.

Projekt przepisów prawnych o zwalczaniu gruźlicy. Wiele zagadnień, związanych ze zwalczaniem gruźlicy oraz zapewnieniem chorym na gruźlicę należytej opieki, leczenia i pracy w odpowiednich warunkach wymaga uregulowania przepisami prawnymi. W tym celu opracowany został przez Ministerstwo Zdrowia projekt przepisów prawnych o zwalczaniu gruźlicy. Projekt ten przewiduje szereg przepisów o zgłaszaniu i zapobieganiu gruźlicy, wprowadza obowiązkowe szczepienia przeciwgruźlicze, reguluje sprawę izolacji chorych od dzieci, sprawę działalności poradni przeciwgruźliczych na terenie zakładów przemysłowych, a przede wszystkim projekt ten ustala zasady zatrudnienia

chorych na gruźlicę w zakładach pracy oraz zapewnia odpowiednie warunki pracy.

Błędy i braki. Największą trudność w organizowaniu zwalczania gruźlicy stanowią katastrofalnie małe kadry lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w tej akcji. Lekarze w poradniach przeciwgruźliczych są zatrudniani przeciętnie 2 godziny dziennie. Są przypadki zawieszenia działalności poradni z powodu braku lekarza. Liczba lekarzy zatrudnionych w ciągu 7 godzin dziennie w zwalczaniu gruźlicy powinna wynosić 10% stanu lekarzy z dn. 1.I.1951 r., a jej przyrost roczny powinien wynosić 8% przyrostu liczby lekarzy. Pod koniec sześćciolecia liczba lekarzy zatrudnionych w zwalczaniu gruźlicy powinna więc wynosić około 700 lekarzy w sanatoriach i szpitalach, licząc jednego lekarza na 54 chorych, oraz 500 lekarzy w poradniach przeciwgruźliczych. Nadto należy przyjąć konieczność zatrudnienia dla zwalczania gruźlicy wśród dzieci 300 pediatrów w sanatoriach i 500 pediatrów w poradniach przeciwgruźliczych. Razem więc około 2050 lekarzy powinno w końcu 1955 roku wziąć udział w zwalczaniu gruźlicy.

Przyływ nowych kadr powinien odbywać się przez sanatoria przeciwgruźlicze, w których istnieją najlepsze warunki specjalizacji, skąd będą przybywać lekarze do poradni przeciwgruźliczych. Lekarzy poradni terenowych należy dokształcać na krótkich kursach w centralnych poradniach przeciwgruźliczych, wzywając ich na okresowe przeszkolenie lub na oznaczone dni w tygodniu celem praktycznego szkolenia. Nadto lekarze centralnych poradni przeciwgruźliczych i Instytutu Gruźlicy powinni wyjeżdżać do rejonowych poradni przeciwgruźliczych przede wszystkim dla przeprowadzenia właściwego zwalczania i leczenia gruźlicy.

Nie mniej zła jest sytuacja w zakresie pracy pielęgniarek w zwalczaniu gruźlicy. Odczuwa się duży brak pielęgniarek, których liczba powinna być dwa razy większa niż liczba lekarzy.

Wobec tego, że brak pielęgniarek daje się odczuwać we wszystkich zakładach społecznej służby zdrowia i że pielęgniarki nie chcą pracować w zakładach przeciwgruźliczych, uzupełnienie kadr pielęgniarek dla zwalczania gruźlicy jest niezmiernie trudnym zagadnieniem, czekającym rozwiązania. Te braki w kadrach lekarskich i pielęgniarskich są przyczyną niskiego poziomu poradnictwa przeciwgruźliczego.

Obecny typ ftyzjatrzy to specjalista szpitalny lub sanatoryjny, nieliczni tylko specjaliści w wojewódzkich poradniach przeciwgruźliczych mają właściwy pogląd na poradnictwo. W dalszym ciągu w mniemaniu większości ftyzjatrów walka z gruźlicą to zwiększenie łóżek sanatoryjnych. Lekarze poradni terenowych, zatrudnieni w poradni dziennie 2 godziny, nie mogą stać się ftyzjatrami poradnianymi.

Dalszym błędem w zwalczaniu gruźlicy jest brak zazębienia się tej akcji z działalnością reszty służby zdrowia. Zjawisko to zresztą wystąpiło również w Związku Radzieckim, gdzie nie było dostatecznego współdziałania aparatu sanitarno-epidemiologicznego z aparatem zwalczania gruźlicy. Brak ten usunięto w roku 1947 i 1948. Zrozumiano tam, że zagadnienie można rozdzielać z punktu widzenia nadzoru fachowo-metodologicznego, natomiast akcja całej służby zdrowia musi być powiązana.

W naszym kraju wyodrębnienie zwalczania gruźlicy jest zupełne. Tak ważne dziedziny służby zdrowia, jak służba sanitarno-epidemiologiczna

i ochrona zdrowia matki i dziecka, prawie zupełnie nie biorą udziału w zwalczaniu gruźlicy lub dzieje się to w sposób mało związany z całością akcji.

Akcja zwalczania gruźlicy w terenie sięga tylko do powiatu lub większego ośrodka miejskiego, gdzie istnieje poradnia przeciwgruźlicza, ogół lekarzy zajmujących się społecznym leczeniem szerokich mas nie interesuje się zwalczaniem gruźlicy, ograniczając się do kierowania chorych podejrzanych o gruźlicę do poradni. Konieczne jest więc opracowanie zasad udziału lekarzy ogólnych i internistów, a także innych specjalistów w zwalczaniu gruźlicy. Jest także rzeczą konieczną włączenie do akcji zwalczania gruźlicy gminnych i dzielnicowych ośrodków zdrowia oraz lekarzy i pielęgniarzek lecznictwa pracowniczego. Niezbędne jest nadto zwiększenie wpływu wychowawczego aparatu przeciwgruźliczego na chorych na gruźlicę i zwiększenie oświaty sanitarnej jako podstawowego środka zwalczania gruźlicy z punktu widzenia epidemiologicznego. Poza tym należy zwalczać bezduszny i brutalny stosunek personelu zakładów przeciwgruźliczych do chorych, jaki czasem jeszcze ma miejsce w naszych zakładach nie tylko w lecznictwie zamkniętym, lecz i otwartym. Należy zainteresować i włączyć do procesu leczenia personel administracyjno-gospodarczy, zwiększyć to wydajność działalności leczniczej zakładów. Niezbędne jest lepsze wykorzystanie bazy materialnej przez zmniejszenie części administracyjnej i rozbudowę części fachowej zakładów przeciwgruźliczych. Należy spowodować, aby cały zespół warunków środowiskowych wpływał dodatnio na leczenie chorych na gruźlicę. Należy więc zwiększyć staranność w wyżywieniu chorych, w utrzymaniu czystości w zakładach, w zapewnieniu odpowiednich rozrywek chorym, a przede wszystkim rozszerzyć i udoskonalić terapię zajęciową.

Instytut gruźlicy. Rozwój działalności Instytutu Gruźlicy umożliwi w ciągu sześćdziesięciu lat naprawienie tych błędów i uzupełnienie braków. Zadaniem Instytutu Gruźlicy jest nie tylko prowadzenie badań naukowych w zakresie gruźlicy, lecz przede wszystkim opracowanie metod zastosowania zdobyczy nauki w akcji zwalczania gruźlicy, zgodnie z założeniem, że zwalczanie gruźlicy będzie tylko wtedy skuteczne, jeżeli będzie oparte na zasadach naukowych.

Aby pchnąć ftyzjatrię polską na nowe tory, Instytut Gruźlicy powinien sięgnąć do bogatej tradycji ftyzjatrii polskiej, mającej takie nazwiska jak: *Dłuski, Dunin, Biernacki, Sokołowski* i wielu innych uczonych, a jednocześnie społeczników, i powiązać z osiągnięciami młodych pionierów ftyzjatrii w Polsce Ludowej, takich jak *Rzepecki*, pierwszy polski torakochirurg, i zdobywcami polskich teoretyków, takich jak *Urbański, Kuryłowicz, Korzybski, Mikulaszek i Slopek* oraz nieżyjący profesor *Sym*.

D Y S K U S J A

JANINA MISIEWICZ

Warszawa

INSTYTUT GRUŹLICY W PLANIE SZEŚCIOLETNIM

W ustroju socjalistycznym nauka jest ważnym czynnikiem postępu w życiu społecznym. W myśl zasad dialektyki materialistycznej wszystkie trzy elementy nauki: teoria — badania naukowe — praktyka, łączą się w jedną całość, służącą społeczeństwu.

I Kongres Nauki Polskiej podkreślił ogromną, decydującą rolę nauki. Nauka zostaje powołana do czynnego służenia postępowi, do określania wytycznych dla praktycznego zastosowania swych osiągnięć zarówno dla dobra jednostki, jak dla dobra mas pracujących.

Zagadnienie nauki, jej organizacja, jej zadania są przedmiotem najwyższego zainteresowania Rządu i Partii.

Przykład przodującej nauki Związku Radzieckiego wykazuje, jak wiele może dać swobodnie rozwijająca się nauka dla dobra społeczeństwa.

Jednym z wyrazów troski Rządu Polski Ludowej o rozwój badań naukowych jest stworzenie w ciągu ostatnich paru lat szeregu instytutów naukowo-badawczych jako ośrodków pracy naukowej, kierowanych przez myśl postępową.

Wyniki prac instytutów będą dostarczały wytycznych dla rozwoju całej socjalistycznej służby zdrowia. Wyniki praktyczne badań naukowych powinny być ogromne, tym bardziej że przede wszystkim zostały stworzone instytuty dla badań tych schorzeń, które najbardziej ujemnie odbijają się na zdrowotności mas pracujących.

W liczbie tych ośrodków naukowo-badawczych stworzony został również Instytut Gruźlicy.

Akt erekcyjny Instytutu Gruźlicy głosi: Celem Instytutu jest nadawanie postępowego kierunku badaniom naukowym w zakresie gruźlicy i jej zwalczania, ponadto wszechstronne wykorzystanie, dla potrzeb służby zdrowia Polski Ludowej, zdobyczy przodującej nauki Związku Radzieckiego. Do zakresu działania Instytutu należy planowanie i koordynacja badań naukowych w zakresie gruźlicy i jej zwalczania, jak również bezpośrednie prowadzenie prac naukowo-badawczych w tym zakresie.

Statut Instytutu Gruźlicy zalicza do zadań Instytutu między innymi:

1. Opracowywanie centralnego planu badań naukowych w zakresie gruźlicy i jej zwalczania.

2. Nadzorowanie i koordynowanie prac naukowo-badawczych, związanych z działalnością Instytutu, a prowadzonych przez placówki naukowe podległe poszczególnym ministrom.

3. Badanie zagadnień biologicznych, klinicznych i społecznych gruźlicy oraz metodologia tych badań.

4. Opracowywanie oraz ocena naukowa metod rozpoznawania, leczenia i zapobiegania gruźlicy.

5. Projektowanie nowych oraz ocena istniejących urządzeń dla potrzeb zakładów leczniczych w zakresie gruźlicy.

6. Opracowywanie na podstawie wyników badań naukowych zasad organizacji i wzajemnej współpracy zakładów leczniczych oraz metod tych zakładów.

7. Współdziałanie w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy i pomocniczego personelu lekarskiego, zatrudnionego przy zwalczaniu gruźlicy.

8. Przygotowywanie kadr naukowych.

9. Udzielanie pomocy metodologicznej organom Ministerstwa Zdrowia, placówkom naukowo-badawczym oraz zakładom służby zdrowia w zakresie spraw będących przedmiotem działania Instytutu.

10. Współdziałanie z instytucjami wydawniczymi.

Dla wykonania tych zadań na progu Planu Sześcioletniego Instytut miał znikome możliwości.

Rok 1950 był rokiem konsolidacji Instytutu. W roku tym Instytut otrzymał dla siebie gmach d. Szpitala Wolskiego wraz z całym wyposażeniem materiałowym oraz personelem tam zatrudnionym. Poprawiło to znacznie wyposażenie Instytutu w sprzęt naukowy. Opracowanie planu naukowego Instytutu na rok 1951 było wykonane bardziej konkretnie niż w latach ubiegłych, a plan ten, choć z opóźnieniem, został przyjęty przez Radę Naukową Ministerstwa Zdrowia.

Opracowano także wytyczne dla Planu Sześcioletniego, które zostały zaaprobowane przez I Kongres Nauki Polskiej i zalecone przez Ministerstwo Zdrowia do wykonania.

Wytyczne te podkreślają celowość i konieczność badania następujących zagadnień obok zagadnień opracowywanych już przez Instytut z zakresu kliniki i patogenetyki gruźlicy płuc:

1. Epidemiologia gruźlicy.
2. Szczepienia przeciwgruźlicze.
3. Chemoterapia gruźlicy.
4. Znaczenie dodatkowego zakażenia gruźliczego.
5. Rehabilitacja.
6. Gruźlica kostno-stawowa.

Z uwagi na wielkość wymienionych zagadnień nie mogą one być, rzecz jasna, decydująco i ostatecznie rozwiązane przez Instytut w okresie najbliższych kilku lat. Wymienienie ich w planie prac Instytutu obowiązuje jednak do opracowywania tych zagadnień w tej ich części, która:

- a) ma znaczenie praktyczne dla zwalczania gruźlicy, a zastosowanie wyników badań nie cierpi zwłoki,
- b) może być badana przez Instytut w warunkach jego aktualnych możliwości.

W okresie Planu Sześcioletniego Instytut będzie dążył do opracowania wymienionych zagadnień w następującym zakresie:

Epidemiologia. Analiza umieralności i zapadalności na gruźlicę w różnych okręgach z uwzględnieniem rodzaju pracy i warunków bytowania ludności.

Szczepienia przeciwgruźlicze. Badania szczepionki celem poszukiwania najlepszej szczepionki. Metodologia i organizacja szczepień — wytyczne dla praktyki. Kontrola wyników szczepień i ich wpływu na zapadalność, zwłaszcza wśród dzieci — wytyczne dla praktycznego stosowania.

Chemoterapia gruźlicy. Poszukiwanie własnych antybiotyków i syntez leków przeciwgruźliczych wraz z ich kontrolą farmakologiczną, bakteriologiczną, doświadczalną na zwierzętach i w klinice. Poszukiwanie najskuteczniejszej, lecz oszczędnej metody leczenia antybiotykami. Wrażliwość, oporność i zależność zarazka gruźliczego w stosunku do leków. Wpływ grzybów na prątki.

Wpływ dodatkowego zakażenia gruźliczego na zapadalność. Zakażenie i zachorowanie gruźlicze wśród personelu przeciwgruźliczego w porównaniu z grupami pracowników służby zdrowia innych specjalności — wytyczne dla profilaktyki. Zapadalność na gruźlicę wśród „kontaktów” rodzinnych i nierodzinnych. Warunki pracy i bytowania a zapadalność na gruźlicę.

Rehabilitacja. Wytyczne dla pracy komisji rehabilitacyjnych przy centralnych wojewódzkich poradniach przeciwgruźliczych. Rozwój prac oddziału rehabilitacyjnego dla uzyskania materiału własnego w zakresie organizacji akcji rehabilitacyjnej w kraju. Wytyczne dla określania zdolności wysiłkowej na podstawie badań laboratoryjnych i obserwacji w pracowniach eksperymentalnych w czasie pracy.

Gruźlica kostno-stawowa. Zebranie własnego materiału statystycznego. Wytyczne dla wczesnego rozpoznawania w poradniach przeciwgruźliczych. Wytyczne dla organizacji opieki nad chorymi na gruźlicę kostno-stawową dziećmi i dorosłymi.

Zagadnienia, których opracowywanie rozpoczęto dawniej i które będą kontynuowane w okresie Planu Sześcioletniego (zostały uznane przez Radę Naukową Instytutu i Radę Naukową Ministerstwa Zdrowia):

Patogeneza gruźlicy. Rola oskrzeli w powstawaniu zmian płucnych, w szczególności w powstawaniu jam. Znaczenie drożności oskrzeli w kolapsoterapii. Znaczenie nerwizmu w przebiegu gruźlicy.

Rozpoznawanie gruźlicy. Udoskonalenie metody radiodiagnostyki. Wytyczne dla masowej fluorografii, oparte na własnych materiałach. Rutynowe i specjalne badania materiału gruźliczego na prątki — prace normalizacyjne i badawcze.

Leczenie gruźlicy. Opracowanie ramowych wskazań do stosowania i zaniechania odmy opłucnej. To samo w odniesieniu do torakoplastyki i odmy zewnątrzpłucnej oraz otrzewnej.

Zagadnienia metodologiczne w akcji przeciwgruźliczej. Metodyka pracy poradni przeciwgruźliczej. Metodyka pracy sanatoriów. Typy sanatoriów.

Podręczniki i monografie. Podręcznik dla studentów medycyny: Gruźlica płuc. Podręcznik dla lekarzy i pielęgniarek: Praca Po-

radni Przeciwgruźliczej. Monografia: Drzewo oskrzelowe i segmenty płucne w obrazie radiologicznym. Podręczniki: Minimum ftyzjatryczne dla lekarzy nie-ftyzjatrów.

Oświata sanitarna. Metodologia. Opracowanie materiałów dla wydawnictw z zakresu oświaty sanitarnej, opiniowanie prac innych placówek.

Dla wykonania tych zadań Instytut posługuje się pracą zespołu własnych pracowników naukowych. Zleca tematy do opracowania zespołom badawczym pozainstytutowym, opłacanym całkowicie lub częściowo przez Instytut. Korzysta z materiałów opracowanych przez inne placówki naukowe, współpracujące z Instytutem w ramach planu centralnego. Tworzy komisje specjalistów do opracowania niektórych zagadnień.

Zakres i poziom wykonywanych prac zależęć będzie od stanu ilościowego i jakościowego pracowników naukowych Instytutu, od możliwości lokalowych oraz od zaopatrzenia materiałowego.

Instytut znajduje się obecnie w I etapie swego rozwoju i zwalczać musi szereg trudności w drodze do należytego zorganizowania się.

Dla osiągnięcia należytego stopnia rozwoju Instytut powinien ulec następującym przekształceniom:

Wytyczne rozwoju Instytutu Gruźlicy w okresie Planu Sześcioletniego

Instytut mieści się obecnie w dawnym Szpitalu Wolskim. W spadku po szpitalu Instytut ma oddziały nie współpracujące w wykonaniu jego planu naukowego, a mianowicie: a) oddział położniczo-ginekologiczny — 76 łóżek; b) oddział wewnętrzny — 48 łóżek.

Zgodnie z wnioskiem Rady Naukowej Ministerstwa Zdrowia przewiduje się usunięcie z gmachu Instytutu oddziału położniczego, a następnie i oddziału wewnętrznego.

Przekształcenie szpitala miejskiego w Instytut Gruźlicy nie pociągnęło za sobą zmniejszenia liczby łóżek, dlatego Instytut odczuwa bardzo brak lokalu dla pracowni naukowych. Obecnie przestrzeń zajmowana w Instytucie przez pracownie naukowe wynosi zaledwie około 12% całości gmachu. Stosunek ten wyraźnie wykazuje, że pracownie nie mają dostatecznie wielkiej przestrzeni. Dla porównania podaję, że w Wszechzwiązkowym Instytucie Gruźlicy w Moskwie połowa przestrzeni jest zajęta przez pracownie naukowe.

Skutkiem braku pomieszczeń Instytut dotychczas nie może skupić pod swym dachem szeregu pracowni naukowych, jak: pracowni biochemii prątki (dawniej prowadzoną przez prof. Syma), pracowni serologii i antygenów (znajdujących się w Klinice Dermatologicznej), pracowni farmakologicznej, kontrolującej nowe leki syntetyczne, pracowni syntezy leków przeciwgruźliczych, kierowanej przez prof. Urbańskiego, i innych.

W chwili obecnej Instytut usiłuje przy pomocy Ministerstwa Zdrowia wykorzystać wewnętrzne rezerwy lokalowe. Wykańcza się budynek pracowni anatomo-patologicznej. Jego otwarcie pozwoli na przeniesienie do Instytutu pracowni biochemii prątki. Usunięcie oddziału położniczo-ginekologicznego pozwoli również na rozszerzenie pomieszczeń pracowni naukowych.

Istotnym jednak rozwiązaniem sprawy pomieszczeń będzie wybudowanie nowego gmachu Instytutu.

W Planie Sześcioletnim przewiduje się częściowe wybudowanie nowego Instytutu Gruźlicy, zwłaszcza że w planach Warszawy obecna siedziba Instytutu jest przeznaczona na szpital dzielnicowy.

Okoliczności te powodują konieczność opracowania wytycznych dla budowy Instytutu, co stanowi duży dział pracy dyrekcji i kolegium Instytutu.

* * *

Instytut otrzymał w spadku po szpitalu zespół pracowników fachowych. Część z nich jest uzdolniona i przygotowana do pracy naukowo-badawczej, jednak Instytut odczuwa boleśnie brak kadr naukowych. Tylko część pracowników naukowych ma dostateczne przygotowanie ideologiczne. W planie pracy Instytutu obok szkolenia fachowego pracowników naukowych powinno znaleźć miejsce szkolenie ideologiczne w zakresie podstaw dialektyki materialistycznej oraz nauki *Pawłowa*. Rozpoczęto także naukę języka rosyjskiego dla pracowników naukowych Instytutu.

* * *

W ustroju socjalistycznym, gdy nauka służy całemu społeczeństwu, badania naukowe, zwłaszcza w zakresie nauk medycznych, nie mogą być wyłącznie sprawą pojedynczego badacza czy nawet jednego instytutu naukowo-badawczego. Przeciwnie, dla osiągnięcia najlepszych i najbardziej krytycznie skontrolowanych badań pożądana jest współpraca szeregu placówek naukowych.

Instytut Gruźlicy nawiązał już współpracę z innymi instytutami, jak z Państwowym Zakładem Higieny, z Instytutem Matki i Dziecka. W przyszłości współpraca ta powinna dotyczyć klinik ftызjatrycznych, pediatricznych oraz katedr mikrobiologii, higieny i innych.

Nowe statuty towarzystw naukowo-lekarskich stawiają przed nimi szerokie zadania podnoszenia poziomu wiedzy lekarskiej wśród ogółu lekarzy. Instytut współpracuje z Polskim Towarzystwem Badań Naukowych nad Gruźlicą. Współpraca ta polega na czynnym udziale pracowników naukowych Instytutu w Zarządzie Towarzystwa, na zasilaniu referatami i pokazami posiedzeń naukowych Towarzystwa. Poza tym Instytut bierze udział w pracach komitetu redakcyjnego czasopisma naukowego „Gruźlica“.

W maju br. z inicjatywy Instytutu odbył się I zjazd delegatów oddziałów Towarzystwa dla omówienia spraw nowego statutu Towarzystwa i Instytutu. W wyniku tej narady uzgodniono tematy dla przepracowania ich na posiedzeniach towarzystwa we wszystkich jego oddziałach, przy tym Towarzystwo przyjęło wytyczne planu Instytutu.

Udział Instytutu w redagowaniu „Gruźlicy“ polega na udziale w komitecie redakcyjnym i na pewnym priorytecie prac Instytutu przy ogłaszaniu ich w „Gruźlicy“. Instytut zasilą swymi pracami „Gruźlicę“ w stopniu znacznym: w 1950 r. 50% wszystkich prac drukowanych w „Gruźlicy“ pochodziło z Instytutu.

W związku z rozszerzonym planem prac Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą konieczne jest rozbudowanie sekretariatu technicznego Towarzystwa w daleko większym zakresie niż obecnie. Jeżeli w ramach swego budżetu Towarzystwo nie będzie mogło go zorganizować, wy-

daje się celowe umożliwienie Towarzystwu korzystanie ze wszystkich urządzeń kancelaryjnych Instytutu.

Instytut współpracuje także z Towarzystwem przy ustalaniu tematów Zjazdów Przeciwgruźliczych.

* * *

Zobowiązany swym statutem do planowania i organizowania badań naukowych nad gruźlicą w całym kraju, Instytut Gruźlicy pragnie rozwinąć jak najszerszą współpracę ze wszystkimi placówkami naukowymi, zajmującymi się zagadnieniami ftyzjatricznymi.

Instytut zwraca się z prośbą o podawanie mu planu swych prac naukowych na rok 1952 oraz na okres Planu Sześcioletniego. Sekretariat naukowy Instytutu rozesłał wezwania do nadsyłania tematów prac naukowych do około 130 placówek naukowych i służby zdrowia w kraju. Odpowiedzi nadchodzą nieregularnie, niepełne. Dziś korzystam z obecności wielu naszych naukowców na Zjeździe, aby wyjaśnić, że opracowanie planu centralnego przez Instytut wymaga ewidencji wszystkich prac naukowych w zakresie ftyzjologii w kraju, a opracowanie planu centralnego stanowi statutowy obowiązek Instytutu.

* * *

W planie rozwojowym Instytutu przewiduje się, za przykładem instytutów radzieckich, stworzenie działu historyczno-muzealnego, obrazującego rozwój badań naukowych nad gruźlicą i walki z gruźlicą w kraju. Dla tego celu Instytut pragnie zgromadzić wszelkie dokumenty, fotografie, narzędzia i aparaty naukowe używane w przeszłości i zwraca się z prośbą do wszystkich członków Zjazdu, żeby zechcieli pomóc w tym Instytutowi, wskazując mu gdzie i u kogo można otrzymać lub nabyć odpowiednie eksponaty.

Znajdujący się w pierwszym etapie swego rozwoju Instytut Gruźlicy nie jest w stanie wyłącznie własnymi siłami wykonać wszystkich prac koniecznych dla należytego rozwoju badań naukowych w kraju. Tylko zachowanie warunku współpracy całego aktywu naukowców-ftyzjologów umożliwi należyty rozwój badań naukowych i należyte zastosowanie wyników tych badań w praktyce walki z gruźlicą dla dobra mas pracujących, dla dobra Polski Ludowej.

Realnym wynikiem tych prac musi być i będzie wykorzenienie gruźlicy w Polsce.

JAN STOPCZYK

Warszawa

POLSKIE TOWARZYSTWO BADAŃ NAUKOWYCH NAD GRUŹLICĄ W RAMACH PLANU SZEŚCIOLETNIEGO

Dr *Olgiere Buraczewski*, jako rzecznik Ministerstwa Zdrowia, w swym referacie zobrazował koncepcyjnie, ideologicznie i liczbowo dotychczasowe osiągnięcia i wytyczne dalszej realizacji Planu Sześcioletniego w akcji zwalczania gruźlicy w Polsce.

Należy stwierdzić, że zarówno szeroki wachlarz koncepcyjny Planu, jak i jego energiczna realizacja, w oparciu o doświadczenia radzieckie,

pozwoili na osiagnienia, ktore bylyby nie do pomyslenia w Polsce przedwrzesniowej. Napawa to wiara w skutecznośc i w realnośc planu, który da w swym ostatecznym wyniku zlikwidowanie klęski gruźlicy, sprowadzając ją do rzędu chorób społecznie niegroźnych i epizodycznych.

Lecz w omówieniu błędów i braków, które w dużym stopniu zależą od dotkliwego braku kadr lekarskich w akcji zwalczania gruźlicy, niesłusznie twierdzi prelegent, że szkolenie w sanatoriach przeciwgruźliczych, a nawet w zespołach, które się dziś najbardziej do tego nadają, zdoła zaradzić niedociągnięciom z powodu braku zastępów ftyzjatrycznych. Sądzę, że właściwym terenem szkolenia studentów specjalistów powinny być kliniki ftyzjatryczne, a szkolenie w sanatoriach może mieć znaczenie raczej doraźne i przejściowe, gdyż ich zasadniczym zadaniem jest leczenie.

Oprócz akcji szkolenia doniosłe znaczenia ma poruszona przez dra *Buraczewskiego* sprawa doszkalania i ustawicznego aktualizowania zdobyczy postępowej nauki ftyzjatrycznej wśród kadr pracujących w terenie i to nie tylko kadr pracujących w akcji przeciwgruźliczej, lecz w całym aparacie sanitarno-epidemiologicznym i Służby Zdrowia w ogóle.

Otóż, omawiając realizację tej akcji, Prelegent pominął rolę naszego Towarzystwa w wykonaniu Planu Sześcioletniego na odcinku zwalczania gruźlicy, rolę, którą jako prezes Towarzystwa, chcę tutaj omówić.

Genetycznie biorąc, Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą, podjąwszy po wojnie swą pracę już w lutym 1946 roku, aż do czasu, kiedy Rząd powołał do życia Instytut Gruźlicy, wykonywało wiele zadań, które przed wojną prowadził Polski Związek Przeciwgruźliczy, prowadząc kształcące kursy przeciwgruźlicze dla lekarzy, organizując I Zjazd Przeciwgruźliczy po wojnie, planując tematykę prac naukowych itp.

W pracy tej i w późniejszych przekroczono daleko ciasne ramy przedwojennego statutu Towarzystwa, uwzględniającego wprawdzie tworzenie oddziałów, lecz nie odpowiadającego celom i zadaniom wynikającym z ogólnej struktury ideologicznej Służby Zdrowia w kraju Demokracji Ludowej, budującym zręby socjalizmu.

Zarazem trzeba było stopniowo przestawić na nowe tory i oprzeć o podstawy dialektyki materialistycznej nasz naukowy stosunek do życia, system bowiem przedwojennej nauki kapitalistycznej z jej ekskluzywnością, formalizmem, indywidualizmem i bezplanowością był oderwany od życia codziennego, oderwany od potrzeb zdrowotnych mas, toteż należało naukę zespolić z życiem.

W I okresie Planu Sześcioletniego praca nasza w tej dziedzinie posuwała się znacznie naprzód i żywimy przekonanie, że w dalszych jego etapach cel ten zostanie osiągnięty.

Jakie są dotychczasowe nasze wyniki jako Towarzystwa naukowo-lekarskiego w realizacji planu na odcinku walki z gruźlicą i jakie planowanie na przyszłość?

W dotychczasowym etapie planu rozwój pracy zespołowej, dyktowany potrzebą zdrowotną szerokich mas pracujących, posuwa się znacznie naprzód. W minionym okresie Planu Sześcioletniego Towarzystwo dążyło do rozszerzenia swych baz działania, organizując nowe oddziały prowincjonalne w województwach i w ośrodkach zespołów sanatoryjnych oraz dążąc do objęcia swym zasięgiem największej liczby pracowników lekarskich w terenie.

Gdy w okresie przedwojennym maksymalna liczba członków Towarzystwa wynosiła 16, to już w 1947 roku Towarzystwo liczyło 166 członków zgromadzonych w 5 oddziałach, w 1948 r. — 197 członków, a w 1949 roku — 231 członków w 6 oddziałach. W I roku Planu Sześcioletniego, tj. 1950 r., cyfra ta wzrosła do 267 członków w 7 oddziałach, a obecnie w drugim roku Planu osiągnęła ona 405 członków, zgromadzonych w 10 oddziałach: Warszawie, Łodzi, Poznaniu, Wrocławiu, Bukowcu, Lublinie, Krakowie, Zakopanem, Gdańsku i Rabce. Ostatnio zaś organizuje się 11 oddział w Bydgoszczy, liczący 35 członków, i sądzimy, że ten Zjazd przyspieszy powstanie 12 oddziału: śląskiego. W ten sposób w końcu 1951 r. liczba członków T-wa powinna osiągnąć 500.

Współczesna postępową wiedza ftyzjatryczna, znajdując w obecnej strukturze Państwa pomyślnie warunki rozwoju, dźwiga się jak nigdy przedtem na wciąż wyższy poziom, a produkcja prac naukowych naszych oddziałów, objęta ramami planu naukowego Instytutu Gruźlicy, niejednokrotnie przygotowywana seryjnie lub zespołowo, została znacznie wzmożona. Znajduje to swój wyraz w liczbie, rodzaju i jakości referatów i pokazów w poszczególnych oddziałach Towarzystwa, na posiedzeniach, w których uczestniczą liczni lekarze innych specjalności; znajduje wyraz w tematyce na wskroś roboczej ogólnopolskich zjazdów przeciwgruźliczych i w zwykłe b. dużej frekwencji tych zjazdów, dowodzącej zainteresowania i współudziału znacznej liczby lekarzy różnych innych specjalności, którzy w swej pracy mają do czynienia z gruźlicą. Zjazd we Wrocławiu liczył 399 lekarzy, przekraczając 2-krotnie liczbę ówczesnych członków T-wa, Łódzki — 738 członków, co przekraczało 3-krotnie liczbę członków T-wa. Zjazd obecny liczy 830 uczestników.

Utrwaleniem i dalszym rozpowszechnieniem dorobku tych zjazdów był druk referatów i koreferatów Zjazdowych.

Dorobek piśmienniczy Towarzystwa

Dalszym odzwierciedleniem pracy naukowej i naukowo-propagandowej Towarzystwa w dotychczasowym okresie Planu Sześcioletniego jest rozwój pod względem jakościowym i ilościowym wydawnictwa czasopisma „Gruźlica“, które od początku Planu Sześcioletniego jest wspólnym organem Towarzystwa i Instytutu Gruźlicy, pozostającym w ciągu tego okresu pod kierunkiem naczelnego redaktora z ramienia Towarzystwa.

Gdy w ostatnich latach przed wojną, wychodząc jako 2-miesięcznik, czasopismo to obejmowało rocznie około 600—620 stron druku, a w pierwszych latach po wojnie, jako kwartalnik, od 400—500 stron druku, to w pierwszym roku Planu Sześcioletniego roczna objętość dosięgła 614 stron druku, a w drugim roku Planu, tj. w roku 1951, po przemianowaniu czasopisma w styczniu na dwumiesięcznik, dosięgnie 947 stron druku. Do dnia 15 sierpnia redakcja wykonała całoroczny plan produkcyjny 1951 roku, a znaczne przedtem opóźnienia wydawnicze dzięki wysiłkom PZWL uległy całkowitemu wyrównaniu. Włożono duży wysiłek w unowocześnienie naukowej techniki pisarskiej, typ prac stał się krótki, rzeczowy, wyraźnie się w nich rysuje praktyczny wykładnik roboczy. W 1950 roku drukowano 37 prac oryginalnych o przeciętnych rozmiarach 11,3 stron na 1 pracę, w 1951 r. — 51 prac oryginalnych o średnich rozmiarach

rach już tylko 10,6 stron na 1 pracę. Jest to postęp: racjonalizatorstwo prac naukowych. W porównaniu z rokiem 1950 liczba streszczeń z piśmiennictwa obcego w roku 1951 wzrosła o 200%. Wśród prac oryginalnych drukowanych w „Gruźnicy“ prac członków Towarzystwa było w 1950 r. 60%, a z Instytutu Gruźnicy 40%, w 1951 r. prace członków Towarzystwa i Instytutu wynosiły po 50%.

W opracowaniu źródłowym uwzględniano w szerokim zakresie dorobek piśmiennictwa radzieckiego i krajów Demokracji Ludowej.

Odbyła się też *renowacja sił autorskich*: wśród 49 autorów prac tegorocznych było 39 autorów, którzy w roku ubiegłym nie ogłaszali.

Jeśli chodzi o pracę terenową, to oprócz posiedzeń naukowych w oddziałach wielu członków Towarzystwa organizowało bądź brało udział w prowadzeniu doksztalających kursów przeciwgruźliczych, prowadziło kursy bronchoskopii, torakochirurgii. Oddział Warszawski, pełniący funkcję Zarządu Głównego, utrzymywał łączność z oddziałami Towarzystwa, lecz we własnej krytycznej ocenie należy stwierdzić, że wskutek braku statutu koordynacja pracy między oddziałami była dotychczas niedostateczna. Dopiero w okresie przedjazdowym opracowano łącznie z delegatami oddziałów Towarzystwa projekt nowego statutu na podstawie ramowego, nadesłanego przez Ministerstwo Zdrowia. Jest on podstawą wytycznych dla dalszej pracy Towarzystwa w dziele realizacji Planu Sześcioletniego na odcinku walki z gruźlicą i dla współpracy naszej z Instytutem Gruźnicy oraz kadrami ftyzjatrycznymi w terenie i resztą aparatu sanitarno-epidemiologicznego, z którym współpraca była dotąd nikła.

Należy stwierdzić, że w naszym dotychczasowym dążeniu do skupienia w szeregach Towarzystwa największej liczby ftyzjatrów pracujących w akcji przeciwgruźliczej jesteśmy bliscy górnej granicy. Dalsza akcja w tym kierunku będzie zależeć od dopływu nowych kadr ftyzjatrycznych, a dopływ ten, jak słusznie stwierdza w swym referacie dr *Buraczewski*, jest na razie niewystarczający.

Zwiększenie dopływu kadr ftyzjatrycznych zwiększy zakres działania Towarzystwa nie tylko ilościowo, lecz, co jest niesłychanie ważne, jakościowo, gdyż odbarczy nadmiernie przeciążonych pracą naszych członków. Ułatwi to, a na wielu odcinkach dopiero umożliwi wykonanie szeroko zakrojonej akcji propagatorskiej, doszkoleniowej i przeszkoleniowej, objętej planem, i podniesie poziom pracy ftyzjatrycznej w terenie. Pozwoli nam przede wszystkim przerzucić naszą działalność poprzez dotychczasowy chiński mur oddzielający nas od reszty aparatu sanitarno-epidemiologicznego w terenie i umożliwi powiązać naszą pracę z całokształtem programu organizującego się Towarzystwa Lekarskiego.

Już obecnie w wykonaniu nowych zadań, objętych opracowanym dla Walnego Zebrania projektem nowego statutu Towarzystwa, przystąpiliśmy do zorganizowania centrali międzyoddziałowych lotnych ekip prelegentów, których celem będzie regularne wygłaszanie w terenie poszczególnych województw, zarówno z oddziałami i bez oddziałów Towarzystwa, serii odczytów na tematy wynikające z potrzeb terenu, stojące w bezpośrednim związku z lecznictwem, zapobieganiem i całokształtem akcji przeciwgruźliczej w terenie. Różne oddziały zgłosiły dotychczas 30 tematów wykładowych, zapotrzebowały zaś referentów na kilkanaście tematów z innych środowisk.

W zakresie tematyki naukowej, koordynowanej w oddziałach, Towarzystwo będzie kroczyć po linii uzgodnionej z ogólnym programem naukowym Instytutu Gruźlicy, realizowanym w poszczególnych latach Planu Sześcioletniego i opartym o ideologiczno-naukowe podstawy Kongresu Nauki Polskiej.

W obrębie tego programu naukowego mieszczą się też projektowane tematy przyszłego Zjazdu w 1953 roku.

Tematy te są następujące: 1. Technika badań bakteriologicznych w rozpoznaniu gruźlicy. 2. Różnice i podobieństwa gruźlicy u dzieci i dorosłych. 3. Fluoroscopia w walce z gruźlicą oraz 4. Referaty na temat dowolny.

Wśród innych zadań, wynikających z naszego planu, należy wymienić pracę ideologiczno-wychowawczą wśród członków Towarzystwa oraz współdziałanie z innymi instytucjami w oświacie sanitarnej drogą wygłaszania popularnych odczytów o gruźlicy i związanych z nią zagadnieniach mających znaczenie ogólne.

Na zakończenie muszę podkreślić, że niski poziom pielęgniarek społecznych w poradniach i gminnych ośrodkach zdrowia i ich dotkliwy brak wymaga szybkich środków zaradczych i rozwiązania w ramach Planu. Mówiąc o tym dr *Buraczewski* nie podał środków zaradczych. Mam wrażenie, że stworzenie sekcji pielęgniarek przy oddziałach terenowych naszego Towarzystwa w celu doszkalania bieżących i nowych kadr w sposób jednolity dla akcji przeciwgruźliczej podniosłoby ich poziom fachowy i ideowy i mogłoby być dalszym zadaniem Towarzystwa.

Stwierdzam, że szybka rozbudowa Towarzystwa nie jest bynajmniej zakończona, a projekty przewidują dalsze rozszerzenie zakresu naszej pracy w myśl zasady, że „nauka służy społeczeństwu”.

Wymaga to zorganizowania aparatu technicznego Towarzystwa, ponieważ zupełnie nie celowe byłoby powierzanie nadal pracy technicznej wysoko wykwalifikowanym fachowcom i naukowcom, członkom Towarzystwa.

Oczekujemy, że pod tym względem natrafimy na zrozumienie i pomoc Ministerstwa Zdrowia.

Reasumując, jako rzecznik prezydium Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą stwierdzam, że dźwiganie na wyższy poziom i aktualizacja polskiej wiedzy ftyzjatrycznej, a przez to pomnożenie i podniesienie poziomu kadr ftyzjatrycznych jako hasło rzucone na poprzednim Zjeździe przez Ob. Ministra *Jerzego Sztachelskiego* nie przestanie być dewizą Towarzystwa w dalszej realizacji Planu Sześcioletniego na odcinku walki z gruźlicą.

TADEUSZ KIELANOWSKI

Białystok

AKADEMIE MEDYCZNE W PLANIE SZEŚCIOLETNIM

Referat dra *Buraczewskiego*, liczby statystyczne i myśli przewodnie w nim zawarte świadczą niewątpliwie o tym, że akcja zwalczania gruźlicy prowadzona jest przez Ministerstwo Zdrowia planowo, że droga po której kroczymy jest właściwa, że umieliśmy skorzystać z doświadczeń

Związku Radzieckiego i w zasadzie możemy spokojnie patrzeć w przyszłość.

Mówiąc o błędach i brakach naszej dotychczasowej pracy, podkreśla dr *Buraczewski* zupełnie słusznie najślabszy punkt naszej akcji, mianowicie jakościową i ilościową niedostateczność kadr. Nie wątpię, że przy obecnej dużej produkcji lekarzy przez akademie medyczne, skierujemy dostateczną liczbę lekarzy do akcji zwalczania gruźlicy, liczbę zgodną z planem. Niestety, mam jednak poważne obawy, czy przy teraźniejszym sposobie kształcenia lekarzy w zakresie gruźlicy ich poziom fachowy przekroczy znacznie poziom obecny, poziom całkowicie niedostateczny. Przytoczony przez referenta przykład lekarza, który nie rozumiał znaczenia odczynów tuberkulinowych i mechanizmu działania szczepień BCG jest może drastyczny ze względu na zajmowane przez tego lekarza stanowisko, nie jest jednak, niestety, wcale wyjątkowy. Z doświadczeń nauczyciela akademickiego i specjalisty wojewódzkiego wiem, że wiedza przeciętnego lekarza w zakresie gruźlicy jest jeszcze ciągle bardzo mała.

Nauczanie ftyzjologii było tematem programowym naszego Zjazdu wrocławskiego. Uzgodniliśmy wówczas konieczność utworzenia przy wszystkich akademiach medycznych katedr ftyzjologii, a Ministerstwo Zdrowia zgodziło się z naszą tezą. Od tego czasu minęło pięć lat, a katedry istnieją, z małymi wyjątkami, na papierze. Akademia medyczna nie położyła dostatecznego nacisku na realizację uchwał Zjazdu i decyzję Ministerstwa, nie obsadziły katedr i nie stworzyły im warsztatów pracy.

Dr *Buraczewski* mówi o braku powiązania pracy lekarzy ogólnych i internistów, a także innych specjalistów z akcją przeciwgruźliczą. Jest to obserwacja bardzo trafna. Ten brak jest również następstwem niedostatku wiedzy lekarzy innych specjalności z zakresu gruźlicy i doprowadza do tego, że np. w zakładach położniczych leżą chore matki z gruźlicą płuc obok zdrowych matek i zdrowych niemowląt, a w szpitalach prowincjonalnych nie przeświecila się chorych, nie mających objawów ze strony narządów oddechowych.

Nie mogę się zgodzić ze zdaniem referenta, że „przyływ nowych kadr powinien się odbywać przez sanatoria przeciwgruźlicze, w których istnieją najlepsze warunki specjalizacji”. Istotnie, dziś sanatoria są najlepiej zorganizowanymi placówkami przeciwgruźliczymi, ale szkolenie nie jest i nie powinno być ich naczelnym zadaniem. Naczelnym zadaniem sanatoriów jest leczenie, a szkolenie studentów oraz specjalizowanie lekarzy muszą pozostać dziś i w przyszłości zadaniem klinik akademii medycznych. Spostrzeżony przez referenta fakt, że obecny typ polskiego ftyzjatra to specjalista szpitalny lub sanatoryjny, nie mający właściwego poglądu na poradnictwo, jest właśnie szkodliwym następstwem szkolenia przez sanatoria, niepowiązane z natury rzeczy z terenem i otwartą pomocą lekarską, a dysponujące jednostronnym i dobraćanym materiałem chorych.

Ftyzjologia nie jest dyscypliną tak obszerną, jak np. chirurgia ogólna albo interna, ale z całą pewnością nie jest specjalnością mniejszą ani łatwiejszą czy mniej praktycznie potrzebną każdemu lekarzowi niż np. laryngologia lub okulistyka. Zawiera ona nie tylko radiologię klatki piersiowej i technikę coraz liczniejszych zabiegów, lecz także sporo koniecznej wiedzy z zakresu medycyny społecznej. Program nauczania ftyzjologii

na wydziałach lekarskich przewiduje natomiast tylko 30 godzin wykładowych, wykrojonych spośród 720 godzin wykładów interny. Laryngologia i okulistyka obejmują po 90 godzin każda i zakończone są egzaminem, podczas gdy ftyzjologia jest tylko tematem kolokwium. Nie należy się więc dziwić, że wykładowcy nie mogą objąć nawet części materiału, a studenci uczą się lekceważenia kliniki choroby, którą jest dotknięty tak wielki procent ich przyszłych pacjentów.

Nie wierzę w to, by jakiegokolwiek specjalności lekarskiej można się było nauczyć na kilkutygodniowych kursach. Ftyzjologii, tak jak interny, chirurgii lub pediatrii może się nauczyć student i lekarz tylko w zakładzie nastawionym na dydaktykę, a więc w klinice. Siedmiotygodniowe kursy przeciwgruźlicze spełniły już swój doraźny powojenny cel i powinny być zaniechane. Dostateczną wiedzę wszystkich lekarzy w zakresie gruźlicy powinno zapewnić 90-godzinne nauczanie wszystkich studentów i egzamin z ftyzjologii. Obowiązek zaś szkolenia specjalistów powinny spełniać pełnowartościowe, odpowiednio obsadzone, wyposażone i powiązane z lecznictwem otwartym i społeczną akcją przeciwgruźliczą kliniki przy wszystkich akademiach medycznych. Wydaje mi się, że sprawa ta, tylekroć już dyskutowana i w zasadzie w gronie ftyzjologów bezsporna, powinna doczekać się pełnego rozwiązania jeszcze w pierwszej połowie Planu Sześcioletniego.

MICHAŁ TELATYCKI

Gdańsk

ROZWÓJ BADAŃ MAŁOOBRAZKOWYCH W PLANIE SZEŚCIOLETNIM

Część opisowa i historyczna bardzo zresztą ciekawego referatu dr O. Buraczewskiego budzi dużo zastrzeżeń wątpliwą ścisłością obliczeń, twierdzeń a szczególnie definicji. Razi zwłaszcza użycie określenia „śmiertelność (*letalitas*)” wówczas, gdy omawia się zupełnie inne zjawisko epidemiologiczne, mianowicie „umieralność” (*mortalitas*).

Natomiast część druga referatu, programowa, wydaje się być rzeczowa, napawa otuchą i daje konkretne wytyczne pracy na dalszy etap realizacji Planu Sześcioletniego.

Nie mogąc w ramach ograniczonej dyskusji zająć się całością programu, pragnę tu podnieść jedynie znaczenie poruszanej w referacie akcji masowych badań rentgenowskich ludności ze szczególnym uwzględnieniem masowej radiografii ekranowej małoobrazkowej (*M.R.M.*). Skłania mnie do tego doświadczenie własne, oparte na przestudiowaniu ponad 200 000 zdjęć płuc ludności woj. gdańskiego i ponad 40 000 innych 6 województw. Chciałbym podzielić się przynajmniej kilkoma wnioskami, które mają już w najbliższej przyszłości przyczynić się do usprawnienia pracy zespołowej masowych badań.

Dziś już chyba nikt nie kwestionuje pierwszeństwa metody radiodiagnostycznej w wykrywaniu osób z wczesnymi zmianami gruźlicy płuc. Od dawna ustalono, że złośliwa przewlekła gruźlica płuc rozpoczyna się bezobjawowo w około 70% przypadków, oznacza to, że prawie nikt nie od-

czuwa potrzeby zgłaszać się do lekarza na badanie, gdyż w ogóle nie uświadamia sobie jeszcze istniejącej choroby. Co gorsza, nawet szczegółowe badanie lekarskie w tym okresie choroby, wykonane jednak bez prześwietlenia czy zdjęcia rentgenowskiego, nie wykryje gruźlicy co najmniej w połowie przypadków. O losie zaś przypadków z chorobą już dalej posuniętą, z tak zwaną „otwartą“ gruźlicą płuc, pisał przed kilkunasty laty wybitny znawca — *Braeuning*, że kończą się one śmiertelnie w 80% w ciągu pierwszych 7 — 10 lat od początku choroby. Ostatnio jednak, po wprowadzeniu badań masowych, uzyskaliśmy rewolucyjnie odmienne stwierdzenie równie wybitnego badacza *Ermischa* z Jeny, który podaje, że spośród setek badanych przezeń ludzi z wykrytą (w akcji masowej radiografii) przed 6½ laty czynną postępującą gruźlicą płuc praktycznie wyleczyło się 80%, zmarło zaś około 6,1%. Podkreśla to dodatni wpływ wczesnego wykrycia choroby na dalsze losy chorego. Inny badacz — *Kattenditt*, na podstawie własnych rozległych badań twierdzi, że nawet w okręgach o doskonale zorganizowanej i czynnej poradni przeciwgruźliczej, ogarniającej swym zasięgiem całą ludność i mającej wyczerpującą rejestrację wszystkich przypadków gruźlicy wymagającej opieki i leczenia, przeprowadzenie badań rentgenowskich doprowadza do dodatkowego wykrycia jeszcze około 25% chorych na gruźlicę zaraźliwą i ponad 60% osób na gruźlicę wymagającą obserwacji. Jest to tym donioślejsze od czasu stwierdzenia, że 25 osób nie świadomych swej czynnej gruźlicy płuc szczyry w swym otoczeniu więcej zarazy niż 100 osób z gruźlicą „uświadomioną“. Wynikałoby z tego, że rentgenowskie badanie masowe, obok wartości dla celów statystycznych, ma nieocenioną wartość epidemiologiczną przez najwcześniejsze wykrycie źródeł zakażenia i w konsekwencji wczesne przekazanie do właściwego leczenia ludzi stanowiących te źródła.

Dyskusowanie sprawy, jaka mianowicie metoda jest bardziej wydajna i niezawodna w badaniach masowych: prześwietlenia rentgenowskie czy M.R.M. — zajęłoby zbyt dużo czasu. Krótko można stwierdzić, że każda z nich ma swe niezastąpione zalety, a często obie uzupełniają się wzajemnie. Na ogół jednak w krajach, gdzie wciąż jeszcze boleśnie odczuwa się brak kadr lekarskich specjalistycznych, przeważają zalety metody M.R.M. Łatwiej jest bowiem znaleźć w województwie jednego wysoko kwalifikowanego specjalistę osobiście odczytującego miniaturowe zdjęcia płuc ludności całego województwa niż tylu, aby starczyło ich na poradnie przeciwgruźlicze wszystkich powiatów województwa, przeprowadzających masowe prześwietlenia. Zresztą w dzisiejszym niedoborze kadr mało jest w powiatach lekarzy interpretujących i opisujących bezbłędnie obraz spostrzegany w prześwietleniu rentgenowskim. Interpretacja prześwietleń, zawsze indywidualna, jest tym bardziej bezwartościowa, im mniej uświadomiony lekarz bierze się do niej, i nie ma ona w tych warunkach żadnej wartości dokumentalnej, odmiennie niż zdjęcia uzyskane w akcji badań małoobrazkowych.

Doświadczenie jednak wykazuje, że badania masowe dzieci i młodzieży w kierunku wykrywania gruźlicy pierwotnej dają pięciokrotnie pewniejsze wyniki przy zastosowaniu prześwietleń masowych w porównaniu ze zdjęciami małoobrazkowymi (możliwość ustawienia chorego w różnych pozycjach itp.), odmiennie niż w wykrywaniu zmian właściwych gruźlicy dorosłych, a szczególnie gruźlicy

rozsianej drobnoogniskowej, którą sprawniej i pewniej wykrywa właśnie raczej zdjęcie ekranowe małoobrazkowe.

Oczywiście nieścisłe z natury rzeczy wyniki całego okresu dotychczasowej akcji *M.R.M.* należy uznać za wstępne, próbne, orientacyjne. Te wyniki dają wszakże podstawę do oparcia planu dalszej niezbędnej akcji tego rodzaju na wytycznych bardziej pewnych, ustalonych doświadczeniem. Dla zapobieżenia rozproszeniu wysiłków społecznych i funduszków należałoby w przyszłości uwzględnić następujące postulaty:

1. Akcja masowych badań rentgenowskich powinna być powszechna, tzn. nie wyłączająca nikogo w promieniu swego zasięgu i zorganizowana w sposób ograniczający stratę czasu ludzi pracy do minimum.

2. Należy zapewnić zespołom dokonującym zdjęć rtg. bieżącą dostawę filmów i odczynników świeżej produkcji najwyższej jakości (filmy drobnoziarniste b. czułe), gdyż tylko to może zapobiec powszechnie stwierdzonemu dużemu odsetkowi zdjęć technicznie złych, wymagających ponownego odciągania ludzi od pracy dla powtórzenia zdjęcia.

3. Członkowie zespołu powinni być dobierani spośród kandydatów najbardziej zdolnych, rozgarniętych i sprawnych.

4. Za najodpowiedniejszy format zdjęć ekranowych należy uznać rozmiar 7×7 cm, za najodpowiedniejszy zestaw rentgenowski: aparat przenośny, wmontowany do wozu ambulansowego.

5. Masowe zdjęcia powinny być z góry planowane i opracowane w szczegółach organizacyjnych, uzgodnionych z zarządem warsztatu pracy, którego załoga ma podlegać badaniu. Pracę zespołów należy prowadzić w sposób ciągły wg kalendarzyka ułożonego na 300 dni w ciągu roku przez C.W.P.P.

6. Dla zapewnienia ciągłości pracy zespołów w terenie należy stworzyć zapas lamp rentgenowskich i centralę konserwatorów sprzętu rentgenowskiego, którzy na telegraficzne wezwanie przybywaliby dla doraźnego dokonania remontu lub wymiany lamp.

7. Jak najpilniej należy usprawnić powiązanie pracy terenowych poradni przeciwgruźliczych z pracą zespołów *M.R.M.*, pamiętając, że wyniki samych tylko zdjęć małoobrazkowych nie są dostateczne do rozpoznania czynnej gruźlicy. Ocena diagnostyczna jest możliwa dopiero wtedy, gdy zdjęcie ekranowe, uzasadniające podejrzenie na gruźlicę, jest uzupełnione: a) prześwietleniem rentgenowskim (a czasem zdjęciem rentgenowskim zwykłego formatu), b) wywiadem oraz badaniem fizycznym, c) badaniem OB., d) badaniem płwociny lub wypluczyny żołądkowej i e) u dzieci oraz młodzieży próbą tuberkulinową.

8. Masowe zdjęcia ekranowe należy wykonywać tylko w takich powiatach, które mają poradnię przeciwgruźliczą dojrzałą do zadania bieżącego dokonywania badań uzupełniających w odniesieniu do wszystkich przypadków wyłowionych przez akcję *M.R.M.* jako podejrzane o gruźlicę, dokonywanie tego w czasie nieprzekraczającym 30 dni od chwili zdjęcia ekranowego. Wydaje się bowiem zupełnie bezcelowe wykonywanie zdjęć masowych w tych miejscowościach, w których poradnia nie może podjąć objęciu zasięgiem swych świadczeń przyrostu chorych wyłowionych akcją *M.R.M.*

9. Należy uznać, że w naszych warunkach dla wykrywania osób chorych spośród ogółu zdrowych dorosłych metodę z wyboru stanowi

rentgenografia małoobrazkowa, natomiast gdy idzie o badanie grup dzieci i młodzieży do 16 lat lub o przebadanie małych grup członków zawodów szczególnie zagrożonych gruźlicą lub groźnych pod względem epidemiologicznym, pierwszeństwo należy przyznać metodzie masowych prześwietleń.

10. Metoda M.R.M. góruje nad prześwietleniami również gdy idzie o wykrywanie zmian pyliczych w płucach.

11. Dla oszczędności czasu i materiału należy unikać obejmowania akcją M.R.M. osób już ujętych w rejestracji poszczególnych poradni przeciwgruźliczych jako chore.

12. Wobec dużej rozbieżności w wynikach odczytywania filmów małoobrazkowych tych samych serii zdjęć płucnych przez różnych lekarzy, i to rozbieżności sięgającej około 50% należy dążyć do powierzenia odczytywania możliwie najbardziej wykwalifikowanemu ftyzjologowi we własnym albo innym województwie i to raczej nie radiologowi, gdyż ftyzjolog z natury swej specjalności ma większe doświadczenie w interpretacji zagadnień gruźlicy.

KAZIMIERZ DĄBROWSKI

Zakopane

ZESPOŁY SANATORIÓW W PLANIE SZEŚCIOLETNIM

W dyskusji nad wygłoszonym referatem chciałbym rozwinąć plany, jakie powinny wykonać Zespoły Sanatoryjne w Planie Sześcioletnim.

Stwarzając Zespoły, Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło im doniosłą rolę w walce z gruźlicą. Jakkolwiek zadania Zespołów nie zostały dotychczas sformułowane w postaci statutu, to jednak Zespoły swą przeszłą półtoraroczną działalnością wypracowują treść swego istnienia.

Zespoły powinny być przede wszystkim sprawnie działającą transmisją planów, intencji i zarządzeń Ministerstwa Zdrowia w sprawach lecznictwa sanatoryjnego, równocześnie zaś organem sygnalizującym Ministerstwu i Centralnym Poradniom potrzeby lecznictwa sanatoryjnego.

Centralizacja władzy w rękach Zarządu Zespołu umożliwi wprowadzenie oszczędności i usprawnień w zakresie administracji, gospodarki materiałowej i ludzkiej oraz podniesie poziom lecznictwa. Już dziś widać, że centralizacja transportu, zakupów i kontrola nad działalnością sanatoriów dały pokaźne oszczędności, a przede wszystkim bardzo poważne usprawnienia gospodarki.

Stworzenie kancelarii Ruchu Chorych i Oddz. Przyjęć sprawiło, że ruch chorych odbywa się sprawniej, co wzmacnia przelotowość sanatoriów.

Podzielenie sanatoriów na chirurgiczne, zabiegowe i zachowawcze umożliwia przesyłanie z Oddziału Przyjęć właściwych stanów do właściwych lecznic. Kontrole i konsultacje wicedyrektorów lecznictwa umożliwiają przetrzymywanie przez nieograniczenie długi czas „z dobrego serca” przypadków nie rokujących poprawy, a tym samym wzmoże się przelotowość sanatoriów i zapelnienie ich właściwymi przypadkami. Wicedyrektorzy lecznictwa muszą wypracować pewne standardy leczenia, które poddadzą ocenie Instytutu Gruźlicy. Wiadomo bowiem, że dziś

nie zawsze i nie wszędzie postępuje się racjonalnie, a młodzi koledzy zbyt pochopnie chwytają się igły odmowej i żegadła. Aktualnym zagadnieniem jest sprawa gruźlicy kostno-stawowej dzieci i dorosłych. W tej sprawie należałoby nareszcie coś zrobić, a nie poprzestawać jedynie na mówieniu i snuciu projektów. W Zespole Zakopiańskim mamy 370 łóżek dla gruźlicy kostnej dziecięcej i ani jednego dla gruźlicy kostnej dorosłych. A przecież Zakopane, polskie Leysin, nadaje się do leczenia tej postaci bardziej niż jakakolwiek inna miejscowość w Polsce. Projekty adaptacji budynków dla tych celów wydają się niewłaściwe. Zespół Zakopiański postawi wniosek, by w Zakopanem zbudowano w Planie Sześćioletnim 300-łożkowe sanatorium dla gruźlicy kostno-stawowej dla dorosłych na stokach Gubałówki. Również Zespół Rabczański powinien rozbudować się w tym kierunku.

Ważną sprawą jest stworzenie *D o m ó w R e k o n w a l e s c e n c y j n y c h* dla dzieci opuszczających sanatoria gruźlicy kostnej. Dzieci takie są zaleczone, nie potrzebują już opieki sanatoryjnej, ale nie mogą jeszcze powrócić do domów rodzinnych, gdyż wymagają dalszej opieki, której rodzice, zazwyczaj oboje pracujący, nie mogą im zapewnić. Dzięki inicjatywie dyr. dra *Splawińskiego* powstaje w Zakopanem taki dom w Kuźnicach. Sprawa ta jest ważna, gdyż dotyczy nie tylko zdrowia, ale i produkcji (praca obojga rodziców).

Nigdy nie rozwiążemy sprawy wykorzystania łóżek sanatoryjnych na właściwe przypadki gruźlicy, tj. przypadki wczesne, zabiegowe, jeśli nie powstaną w każdym województwie *D o m y I z o l a c y j n e* dla przypadków beznadziejnych, przypadków tzw. szpitalnych, których szpitale przyjmować nie chcą. Tacy chorzy blokują cenne miejsca sanatoryjne i nie sposób się ich pozbyć. Wytwarza się swego rodzaju błędne koło: Przypadki beznadziejne blokują nam miejsce sanatoryjne, aby leżący chorzy z terenu, czekający na przydział miejsca sanatoryjnego, dochodzili do stanów bardzo ciężkich.

Rozbudowa akcji rehabilitacyjnej, opracowana przez dra *Naumana* w Otwocku, powinna być również uwzględniona w pracach Zespołów. Brak czasu nie pozwala na omówienie dokładniejsze tej ważnej sprawy.

Każdy Zespół powinien być ściśle związany z pracą terenowej poradni przeciwgruźliczej, gdyż w ten sposób wczesne rozpoznane przez poradnię przypadki mogą bez czekania trafić do sanatorium i po krótkim, właściwym leczeniu wrócić do produkcji.

Zespoły powinny uzyskać duży wpływ na stworzone w 1949 r. przez Centralną Radę Związków Zawodowych i Z.U.S. tzw. Wczasy Lecznicze Przeciwgruźlicze, mające np. w Zakopanem 150 łóżek. Ze względów budżetowych byłoby może nie celowe włączanie ich do Zespołów, ale należałoby znaleźć sposób, aby Zespoły mogły dysponować tymi łózkami dla ludzi podleczonych i zdolnych do akcji rehabilitacyjnej. Do tych Wczasów Leczniczych należałoby jednak kierować z terenu właściwsze niż dotychczas przypadki, a więc przede wszystkim stany po zapaleniu opłucnej, które nie leczone, w dużym odsetku przypadków w ciągu kilku lat przechodzą w gruźlicę.

Podniesienie lecznictwa sanatoryjnego będzie możliwe, jeśli Zespoły staną się także placówkami o charakterze naukowym. Chodzi o to, by każdy Zespół miał dobrze postawioną pracownię biologiczno-bakteriolo-

giczno-chemiczną, dobrze zaopatrzoną bibliotekę, czytelną czasopism fachowych, salę sekcijną i pracownię histopatologiczną. Aby rozpracować na tak dużym i różnorodnym materiale pewne zagadnienia naukowe, Zespół powinien być zaopatrzony w odpowiedni sprzęt i związać się z najbliższymi zakładami fizjologii, fizjopatologii, kliniki wewnętrznej i chirurgicznej akademii medycznych. Większość z nas przeszła do pracy sanatoryjnej wprost po ukończeniu medycyny, a będąc często bez szkoły klinicznej i niemając przeszkolenia w zakładach fizjopatologicznych, stajemy bezradni wobec pewnych problemów. Sama znajomość literatury okazuje się niewystarczająca i musimy starać się o pomoc zakładów teoretycznych.

Mimo braków w wielu gałęziach wiedzy lekarskich (do czego kadry Zespołów samokrytycznie przyznają się) niewątpliwie lekarze Zespołów mają dużą wiedzę praktyczną w zakresie ftyzjatrii i rozporządzają dużą rutyną w leczeniu gruźlicy płucnej. Dlatego, rozporządzając ekipą doświadczonych ftyzjatrów mogą się stać szkołą praktyczną przyszłych specjalistów. Katedry ftyzjatrii rozporządzając znikomą ilością godzin przeznaczonych na wykłady i ćwiczenia nie są w stanie przeszkolić studentów w takim stopniu, aby można im powierzyć od razu prowadzenie placówek przeciwgruźliczych w terenie. Właśnie w Zespołach młody adept, chcący się poświęcić ftyzjatrii, może uzupełnić swe wiadomości i nabyć doświadczenia. W Zespole nauczy się odczytywania klisz, kwalifikowania przypadków do leczenia sanatoryjnego, wskazań do zabiegów i opanuje ich technikę.

Ob. Minister dr *Sztachelski* na Aktywie Ogólnokrajowym Służby Zdrowia oświadczył, że w Planie Sześcioletnim mamy wyszkolić 700 ftyzjatrów. Wydaje się to możliwe tylko w oparciu o Zespoły. Jeśli Ministerstwo Zdrowia corocznie oddeleguje po 20 świeżo ukończonych lekarzy na roczne wyszkolenie do każdego z pięciu Zespołów dla dorosłych, w ciągu 6 lat uzyskamy 600 ftyzjatrów. Skąd wziąć kandydatów? — Z absolwentów wykazujących początkowe zmiany gruźlicze po przebadaniu małoobrazkowym. Lekarzom tym należy zapewnić stypendia i internat.

Projekt szkolenia rocznego opracowałem i podaję. Jasne, że można nad nim dyskutować, przyjąć, zmodyfikować lub odrzucić. Program składałby się z części teoretycznej i praktycznej. Kandydaci przechodziliby następujące stopnie szkolenia:

I. Oddział Przyjęć (trzy miesiące)

Dokładne badanie fizyczne chorych. Wzorowe prowadzenie historii chorób. Znakowanie fenomenów akustycznych i zmian radiologicznych, klasyfikacja gruźlicy płuc. Kwalifikowanie do różnych typów sanatoriów. Zapoznanie się z aparaturą rentgenowską, techniką prześwietleń i zdjęć (także tomograficznych). Odczytywanie rentgenogramów. Badania laryngoskopowe. Praktyka laboratoryjna (rozmaży krtaniowe, przepłuczyny żołądka, posiewy, szczepienia świnek, badania płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi). Zaznajomienie się z prowadzeniem ruchu chorych — kancelaria.

II. Sanatoria zabiegowe (cztery miesiące).

Wytwarzanie, dopełnianie i prowadzenie odm śródopłucnych, zewnątrzopłucnych, brzusznych. Punkcje i przemycanie jamy opłucnej. Leczenie

ropniaków. Przepalanie zrostów. Bronchoskopia i bronchografia. Leczenie chemoterapeutyczne. Administracja Sanatorium.

III. Sanatorium chirurgiczne (dwa miesiące).

Przypatrywanie się i asysta przy poważniejszych zabiegach na klatce piersiowej (odma zenwnątrzpłucna, plastyka, zabiegi na nerwie przeponowym, drenaż ssący Monaldiego, resekcja tkanki płucnej, narkoza do-tchawicza). Sala sekcyjna. Kwalifikowanie do różnych zabiegów. Admini-stracja sanatorium chirurgicznego.

IV. Sanatorium gruźlicy kostnej (jeden miesiąc).

Diagnostyka i kwalifikacja przypadków. Zapoznanie się z pracą w Za-kładzie, asysta przy zabiegach i opatrunkach. Ortopedia i protezownia. Reżim leczenia. Helioterapia. Administracja. Szkoła sanatoryjna i przed-szkole.

V. Sanatorium zachowawcze (jeden miesiąc).

Prace na oddziale. Leczenie zajęciowe i rehabilitacja. Odwiedzanie od-działów gruźlicy oka i skóry, jeśli takowe powstaną.

VI. Poradnia Przeciwgruźlicza (jeden miesiąc).

Praca poradniana. Odczyny tuberkulinowe. Szczepienia BCG. Patro-nat (odwiedzanie z pielęgniarką chorych w terenie).

Niezależnie od tego, każdy stypendysta byłby obowiązany pracować jedną godzinę dziennie w lecznictwie otwartym, aby nie zasklepić się w samej ftyzjatrii.

Część teoretyczna składałaby się z cyklu wykładów popołudniowych 3 razy w tygodniu po dwie godziny. Tematy następujące:

1. Bakteriologia gruźlicy	— 4 godziny
2. Diagnostyka fizykalna	— 10 godzin
3. Diagnostyka radiologiczna	— 20 „
4. Anatomia, fizjologia, fizjopatologia narzędu oddechowego. Badania czynnościowe narzędu oddechowego. Patogeneza gruźlicy płucnej, zakażenie, alergia. Odporność. Epidemiologia. Klinika gruźlicy płuc, opłucnej, otrzewnej, oskrzelowej u dzieci i dorosłych. Gruźlica narzędu pokarmowego. Leczenie gruźlicy płuc	— 60 „
5. Klinika gruźlicy krtani	— 6 „
6. Klinika gruźlicy kostno-stawowej	— 10 „
7. Bronchoskopia, wziernikowanie i przepa-lanie zrostów	— 20 „
8. Chirurgia klatki piersiowej	— 20 „
9. Gruźlica oka	— 5 „
10. Gruźlica skóry	— 5 „
11. Gruźlica narzędu moczowo-płciowego	— 5 „
12. Organizacja Służby Zdrowia	— 5 „
13. Organizacja sanatorium	— 5 „
14. Zagadnienia rehabilitacyjne	— 10 „
15. Materializm dialektyczny i historyczny	— 20 „
16. Poradnia Przeciwgruźlicza	— 20 „

Razem godzin wykładowych i ćwiczeń

— 225 godzin

Prócz szkolenia lekarzy Zespoły mogłyby się podjąć szkolenia specjalistycznego pielęgniarek wyłącznie dla Poradni Przeciwgruźliczych i Zakładów Przeciwgruźliczych. Szkolenie trwałoby 3 miesiące. Program podobny jak u lekarzy, lecz skrócony i wyłożony popularniej.

W ten sposób, w ciągu kilku lat nasycilibyśmy głód kadr w zakresie ftyzjatrii.

Oczywiście dla szkolenia potrzeba by zwiększenia etatów lekarskich i pielęgniarskich w Zespołach. Nie można uprawiać dotychczasowej polityki, by każdy ledwo przeszkolony lekarz był wyrwany z Zespołu. Lekarze szkolący powinni mieć dodatek naukowy. Nie powinni też być zatrudniani dodatkowo, gdyż praca dydaktyczna wymaga przygotowania się do wykładów i ćwiczeń.

Struktura Zarządu Zespołu powinna też ulec zmianie. Na czele Zespołu powinien stanąć dyrektor-lekarz o doświadczeniu i zamiłowaniu administracyjnych, który zajmowałby się sprawami administracyjno-lekarskimi, administracyjnymi, gospodarczymi i personalnymi przy pomocy wicedyrektora administracyjno-gospodarczego i społeczno-wychowawczego oraz szefa personalnego Zespołu. Natomiast na miejsce wicedyrektora lecznictwa powinno być stworzone stanowisko Naczelnego Lekarza Zespołu, który zajmowałby się jedynie zagadnieniami lecznictwa, szkoleniem, sprawami naukowymi, kontrolą pracy lekarskiej w sanatoriach, a nie miałby obowiązku uczestniczenia w posiedzeniach i zebraniach administracyjnych i byłby odciążony od spraw administracyjno-lekarskich, będąc odpowiedzialny jedynie za lecznictwo i szkolenie. Do obowiązków lekarza naczelnego należałoby poza tym stawianie dyrektorowi Zespołu wniosków w sprawie obsady lekarskiej, pielęgniarskiej, laboratoryjnej oraz w sprawach budżetu na lecznictwo.

Uważam, że w sanatoriach powinny być stanowiska naczelnych lekarzy (zamiast dyrektorów) obsadzone przez doświadczonych ftyzjatrów, zupełnie odciążonych od spraw administracyjnych, które załatwiałby administrator lub intendent instruowany i kontrolowany przez Zarząd Zespołu.

Kończąc chciałbym przedstawić wnioski, jakie Zespół Zakopiański złożył do Komisji Wniosków. Są one następujące:

1. W Planie Sześcioletnim należy zbudować w Zakopanem 300-lózkowe sanatorium dla gruźlicy kostno-stawowej dla dorosłych.

2. Celem odciążenia sanatoriów od chorych nie rokujących poprawy należy stworzyć w każdym województwie przynajmniej jedno 50-lózkowe izolatorium z odpowiednią opieką lekarską i możliwością terapii zajęciowej.

3. Wczasy lecznicze przeciwgruźlicze stanowią ważną placówkę pomocniczą lecznictwa przeciwgruźliczego. Należałoby je rozbudować, ale obsadzać właściwszymi niż dotychczas przypadkami.

4. Zespoły Sanatoriów, mające lekarzy przygotowanych do pracy naukowej, powinny stać się pomocniczymi ośrodkami praktycznego szkolenia lekarzy-ftyzjatrów po odpowiednim zaopatrzeniu w sprzęt zabiegowy i przyrządy do badań fizjopatologicznych narządu oddechowego i krążenia.

5. Należy poczynić staranie w kierunku niezwłocznej zmiany klasowego składu chorych przez CWPP, gdyż wykazuje on obecnie mniejszość pracowników fizycznych.

Nakreśliłem, jakie powinny być zadania Zespołów w Planie Sześcioletnim. Lekarze Zespołów są pełni dobrej woli i zapału. Wiedzą, co są winni socjalistycznej Ojczyźnie. Wiemy, że w zakresie naszej specjalności powinniśmy dać możliwie najlepszą pomoc pracującym miast i wsi, którzy dla nas pracują w ciężkim mozole w kopalniach, stalowniach, hutach, na rusztowaniach murarskich i na roli. Powinniśmy wyszkolić dla potrzeb terenu kadry dobrych specjalistów, aby w końcu sześciolatki osiągnąć spadek śmiertelności na gruźlicę do 8 zgonów na 10 000, jak to przewiduje w swym referacie dr *Buraczewski*.

JADWIGA SZUSTROWA

Łódź

PORADNIE REJONOWE W PLANIE SZEŚCIOLETNIM

W przedstawionym projekcie zwalczania gruźlicy w ramach Planu Sześcioletniego, obejmującego szerokim wachlarzem różne zagadnienia, widzimy możliwości usunięcia istniejących braków i witamy te obietnice z całym uznaniem, a nawet entuzjazmem.

Specjalną otuchą napawają nas dwa punkty programu, których urzeczywistnienia wszyscy czekamy z upragnieniem. Po pierwsze — planowe zwiększanie kadr ludzkich wciągniętych do walki z gruźlicą, po drugie — stały wzrost łóżek przeznaczonych dla gruźlicy.

Szczególnie my, pracujący w poradni, już widzimy wyobraźnią, że usunięte zostają najbardziej bolące nas braki, których istnienie godzi dzisiaj w zaufanie, jakie chcemy wzbudzić w terenie.

Na odcinku pracy poradnianej stykamy się częściej niż na innych odcinkach z bólem i krzywdą jednostki, widzimy chorego nie tylko w łóżku, jako oderwanego od życia pacjenta, ale mamy możliwość obserwować go jako członka rodziny, grożącego otoczeniu, lub członka społeczeństwa, którego choroba pozbawiła zdolności do pracy.

Poradnia, jak najczulszy sejsmograf, powinna odbierać wszystkie nastroje terenu i wszystkie wahania w nateżeniu walki i mierzyć wszystko miarą tak klinicznych, jak i społecznych zagadnień.

Państwo nasze uczyniło poradnię centralnym punktem walki z gruźlicą. Poradnia najlepiej widzi brak, w pracy, istniejące i teraz w Planie Sześcioletnim, ma zadanie usunięcia braków, a więc wybrnięcia na dobrą drogę w walce z gruźlicą. Przedstawiony tu plan zaspokaja w wielkiej mierze potrzeby terenu tak w zakresie leczenia, jak i zapobiegania. Jesteśmy bowiem w tym szczęśliwym momencie walki w naszym Kraju, w którym nauka i organizacja podają sobie ręce, tworząc nowe skuteczne sposoby walki. W zakresie zapobiegania bronią tą są szczepienia, zorganizowane powszechnie w rozmiarach dotychczas nie stosowanych, oraz masowe prześwietlenia ludności. W zakresie leczenia będzie to udostępnienie masom leczenia antybiotykami, zabiegami chirurgicznymi.

Niektóre z zagadnień organizacyjnych są za mało uwypuklone w projekcie i te właśnie chcielibyśmy silniej podkreślić. Chodzi nam przede wszystkim o sprawę przeznaczenia nowych łóżek w trzech kie-

runkach. Wszyscy zgadzamy się, że są dwie grupy wieku, na które zwrócona jest specjalnie nasza uwaga: niemowlęstwo i wiek dojrzewania. Dla obydwu tych grup musimy przewidzieć większą niż dotychczas liczbę łóżek, aby otoczyć je specjalną opieką. Pewną liczbę nowo powstających łóżek musimy z góry przeznaczyć dla chorych nieuleczalnych, dzisiaj, wobec ich braku, pozostających w domu. To jest największa bolączka pracy terenowej i wywołuje stałe rozgoryczenia i zarzuty o gołosłowności naszych haseł. Należy bowiem pamiętać, że szpitale bronią się przed tak zwanym „izolacyjnym” chorym, a sanatoria chciałyby przyjmować tylko tzw. „zabiegowych” chorych. Poradnia zaś musi dbać tak samo o właściwe kierowanie na leczenie zakładowe wczesnych przypadków, jak i o umieszczenie poza środowiskiem zaraźliwego chorego szczególnie wtedy, gdy w środowisku są małe dzieci. Takie umieszczanie w zakładach zamkniętych chorego traktujemy jako część składową akcji zapobiegawczej, równie ważną jak szczepienia, oświata sanitarna itp.

Przy nasileniu budownictwa mieszkaniowego coraz rzadziej będziemy spotykali te zagadnienia występujące w ostrej formie. Do wszystkich poczyniń, które mają strzec młode pokolenie, musimy przywiązywać specjalną wagę.

Przechodząc do sprawy szczepień uważamy, że kontrola szczepionych i ponowne szczepienia powinny odbywać się co 3 lata.

Trzeba kontrolować wszystkich tych, którzy trzy lata temu byli szczepieni, i tych, którzy trzy lata temu mieli odczyn tuberkulinowy dodatni. W bieżącym roku szkolnym w myśl powyższego zbadaliśmy ponownie przeszło 65 000 dzieci i młodzieży szkolnej. U 20 % badanych, szczepionych trzy lata temu, skonstatowaliśmy wygaśnięcie odczynu tuberkulinowego. Ale co jest ciekawsze, u 2,3% spośród OT-dodatnich zaobserwowaliśmy również wygaśnięcie odczynu, co świadczy, że pewna liczba osób OT-dodatnich nie szczepionych, straciła uczulenie na tuberkulinę.

Nie utożsamiamy uczulenia z odpornością, jednak nie mając innego sposobu stwierdzenia odporności wnioskujemy, że w przeważającej liczbie przypadków utrata alergii równa się utracie odporności. Powołujemy się tu na słowa *Wallgreny*; „odporność nie występuje bez alergii”. Wychodząc z tego założenia zaszczepiliśmy wszystkie osoby OT-ujemne po raz drugi.

Co do szczepień doustnych, przeprowadzamy je w dalszym ciągu powszechnie u noworodków. Zdaniem naszym należy je kontynuować tak długo, dopóki nie będziemy w stanie szczepić metodą skaryfikacyjną. Obecnie wirus odczynu otrzymujemy w 75% przy kontroli po trzech miesiącach.

Jako oddzielne zagadnienie należy potraktować sprawę izolacji szczepionych, a urodzonych w środowisku gruźliczym. Należałoby przeznaczyć dla nich żłobek izolacyjny, aby się przekonać, że występująca аллергия jest skutkiem szczepienia, a nie zetknięcia się z jadowitym prątkiem. Według naszych danych do roku 1950 w 5000 środowisk gruźliczych urodziło się 80 dzieci. Większość była szczepiona i pomimo stałego kontaktu dotychczas nie choruje.

Odrębnym zagadnieniem, które chcemy podkreślić, jest ustalenie definitywne prewentorium, jako jednostki wchodzącej w skład zespołu przeciwgruźliczego, tj. oddanie go całkowicie do dyspozycji Departamentu Zwalczenia Gruźlicy. Prewentoria takie byłyby przeznaczone dla chorych posanatoryjnych (zmiany wygojone) ze specjalnym uwzględnieniem dwóch grup wieku, najmłodszych i młodocianych. Obecnie istniejące prewentoria, do których kierujemy dzieci zdrowe, pozostające w kontakcie z chorym, należałoby przekształcić na coś w rodzaju szkół leśnych z internatami i posyłać tam dzieci nie na jeden lub dwa turnusy, a na okres konieczny do wygaśnięcia źródła zakażenia w domu.

W ramach pracy samej poradni, zgodnie z wzorem Zw. Radzieckiego, widzimy 2 konieczności: 1) zorganizowanie specjalnego działu opieki nad młodocianymi i oddanie ich w ręce pediatry, 2) zorganizowanie laboratoriów poradnianych, których pracę należy rozszerzyć, pogłębić i usprawnić. W tym względzie liczymy na nowopowstającą placówkę sanitarno-epidemiologiczną, która swe badania udostępni poszczególnym poradniom nie mającym odpowiednich możliwości do samodzielnego utrzymywania laboratorium na poziomie.

Musimy podkreślić, że zarządzenie Ministerstwa Zdrowia, zalecające otwieranie półsanatoriów przyzakładowych, podniesie w zakładach liczących ponad 5000 zatrudnionych możliwość opieki nad chorym pracującym. Utworzy ono nowe ogniwo walki z gruźlicą, którego nam dotychczas brakowało. Sam nakaz utworzenia podobnych placówek przy zakładach pracy stawia zagadnienie gruźlicy na innej płaszczyźnie w oczach niespecjalistów. Gdy do tego dołączy się jeszcze sprawa przystosowania pracy do możliwości chorego, usunie to stałe nieporozumienia pomiędzy poradnią przeciwgruźliczą a warsztatem pracy. Opierając się na wzorach walki z gruźlicą w Związku Radzieckim nie będziemy obserwowali zwalniania chorych z pracy po trzymiesięcznym pobycie w sanatorium, lecz przeciwnie, otoczmy takiego ozdrowieńca opieką i skierujemy do półsanatorium przyzakładowego. Słusznie twierdzi w swym referacie dr *Buraczewski*, że jedną z przyczyn niechęci pójścia do sanatorium jest groźba utraty pracy. Na przyszłość, dzięki ustawie przeciwgruźliczej, unikniemy tych gorzkich sytuacji.

Niezupełnie zgodzilibyśmy się z referentem, że trzeba koniecznie pamiętać o przekroju społecznym wśród kierowanych do sanatoriów, aby uniknąć niesłusznej przewagi pracowników umysłowych nad fizycznymi. Bez stosowania specjalnych rygorów Centralna Poradnia m. Łodzi zakwalifikowała w 1950 r. przy udziale przedstawicieli Związków Zawodowych 1923 osoby do leczenia sanatoryjnego. Przy kwalifikowaniu braliśmy przede wszystkim pod uwagę czysto kliniczną ocenę stanu chorego, a dopiero po tym względy społeczne. Samo życie wykazało, że pracowników fizycznych wyjechało trzy razy więcej niż umysłowych, bo jest ich więcej i częściej chorują.

Musimy jeszcze poruszyć kilka zagadnień stojących na pograniczu walki z gruźlicą.

Jest to: 1) sprawa żłobków dla dzieci z odczynem tuberkulinowym dodatnim, nie szczepionych, która to sprawa musi być rozstrzygnięta w ramach ogólnego powiększenia liczby żłobków; 2) konieczność zwiększenia liczby rentgenologów.

Dzisiejsza poradnia jest przeciążona najrozmaitszymi prześwietleniami nie wchodzącymi w zakres jej zadań. Aby pozwolić ftyzjatrze normalnie pracować w poradni, trzeba odrzucić wszelkie prześwietlenia klatki piersiowej, które powinny się odbywać w zakładach rentgenowskich, a stamtąd powinny być kierowane do poradni, oczywiście z wyjątkiem kontaktów lub wypadków, w których są wyraźne wskazania do badań w poradni; 3) Trzecie zagadnienie to konieczność zainteresowania każdego internisty i pediatry sprawą z walczania gruźlicy. Ftyzjatrów jest mało, nie są w stanie podołać zapotrzebowaniom terenu. Internista więc i pediatra muszą dopomóc nam w sensie: a) dalszej opieki nad chorymi zaleczonymi, pozostawiając czynne sprawy ftyzjatrze, b) kierowania świeżych schorzeń w porę.

Śluszne jest, aby wszystkie poczynania w zakresie walki z gruźlicą oparte były o naukowe zasady rozpracowywane przez Instytut Gruźlicy. W każdym razie nowe posunięcia tak organizacyjne, jak lecznicze powinny być opiniowane przez Instytut, który do tego przecież został przez Państwo powołany. Stosując się do tego, unikniemy wielu błędów i często nieżyłowiowego podejścia do zagadnienia.

Przechodząc do omówionych w referacie dr *Buraczewskiego* zagadnień statystycznych pozwalamy sobie podkreślić, że uogólnienie w skali ogólnopństwowej musi być oparte na bardzo ścisłych danych. Danych tych nie mamy choćby tylko z tego powodu, że rozpoznania zgónów według prof. *Kasprzaka* są u nas najwyżej w 50% miarodajne (weźmy wieś, brak lekarzy, rozpoznania oglądającego zwłoki), a i rozpoznania poradni często nie są ścisłe. Sądzę, że wyciąganie wniosków na przyszłość na zasadzie średnich danych może spowodować błędy. Lepiej rozbić dane na serie, na typy ułożone według pewnych charakterystycznych cech (miasta, wsie, kopalnie itp.). Będą one odbiegały od przeciętnej, nie pozwolą nam łudzić się i mylić co do rzeczywistego stanu rzeczy. Jest to zasada danych grupowych.

Obserwowany również i na terenie Łodzi stały spadek umieralności na gruźlicę daje prawo do uzasadnionego optymizmu i zachęca nas do rozwinięcia jeszcze bardziej intensywnej działalności przeciwgruźliczej.

STANISŁAW KUCZBORSKI

Łódź

ROLA ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH W WALCE Z GRUŻLICĄ W PLANIE SZEŚCIOLETNIM

W najbliższych latach będziemy świadkami stopniowego zacierania się różnicy między lecznictwem zamkniętym a opieką otwartą, przy jednoczesnym dążeniu do rejonizacji. Zapewni to nie tylko lepszą i szybszą pomoc lekarską dla chorych, ale również stworzy możliwości bliższego wnikania w środowisko chorego, co w szczególności ma ważne znaczenie w zagadnieniu walki z gruźlicą. Wychodząc z tych założeń zastanowimy się, jaka rola w społecznej walce z gruźlicą przypada szpitalom i oddziałom gruźliczym.

Szpital gruźliczy jest to specjalistyczny zakład leczniczy (najmniej 100-lóżkowy), związany czynnościowo z centralną wojewódzką poradnią przeciwgruźliczą lub dużą poradnią rejonową. Szpital może być filią Instytutu Gruźlicy, kliniką ftyzjatryczną lub inną placówką leczniczo-szkoleniową. Szpitale gruźlicze znajdują się w miastach wojewódzkich lub dużych ośrodkach przemysłowych.

Pod nazwą oddziału gruźliczego rozumiemy 10—50-lóżkowy oddział ogólnego szpitala powiatowego lub miejskiego, związany czynnościowo, a w miarę możliwości i lokalowo z terenową poradnią przeciwgruźliczą pod jednym kierownictwem lekarskim. W ośrodkach małych, gdzie brak jest szpitala, zostaje założony tzw. punkt zabiegowy przy powiatowej poradni przeciwgruźliczej.

Głównym zadaniem szpitala i oddziału gruźliczego jest współdziałanie z pracą poradni w zakresie:

- 1) izolowania przypadków gruźlicy zakaźnej;
- 2) leczenia chorych na gruźlicę płuc i pozapłucną;
- 3) obserwacji i ustalania rozpoznania w przypadkach wątpliwych;
- 4) krzewienia wśród chorych wiadomości z zakresu higieny osobistej i społecznej, czyli tzw. oświaty sanitarnej;
- 5) szkolenia lekarzy i personelu pomocniczego.

Ścisłe powiązanie osobowe, lokalowe, administracyjne i czynnościowe szpitala i oddziału z poradnią nabiera szczególnie wielkiego znaczenia, jeśli się weźmie pod uwagę, jakie kategorie chorych kieruje poradnia do szpitala.

Są to:

- 1) przypadki nagłe (krwotoki płucne, odma samorodna), wymagające szybkiej pomocy specjalistycznej;
- 2) przypadki ostrej gruźlicy, kwalifikujące się do leczenia antybiotykami;
- 3) początkowe stadia i zaostrzenia w przewlekłej gruźlicy płuc i pozapłucnej, kwalifikujące się do wczesnego leczenia antybiotykami lub leczenia zabiegowego;
- 4) ciężkie końcowe stany ostrej i przewlekłej gruźlicy płuc, wymagające opieki szpitalnej;
- 5) ciężarne chore na gruźlicę dla odbycia porodu lub przerwania ciąży w wyjątkowych, a uzasadnionych przypadkach;
- 6) przypadki obserwacyjne dla rozstrzygnięcia trudności diagnostycznych.

Aby spełnić swoje zadanie, omawiane placówki muszą mieć wykwalifikowany personel fachowy oraz nowoczesne wyposażenie. Odnosi się to zwłaszcza do wojewódzkich szpitali gruźliczych, które podobnie jak sanatoria mają oddziały chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc.

Do kierowania oddziałem gruźliczym powiatowego szpitala powinien być skierowany ftyzjatra, który odbył specjalizację w szpitalu lub w sanatorium oraz poznał pracę poradni przeciwgruźliczej. Będzie on bowiem pełnił jednocześnie funkcję kierownika terenowej poradni przeciwgruźliczej i oddziału szpitalnego.

Wyposażenie 10—50-lóżkowe oddziału przy szpitalu powiatowym lub poradni przeciwgruźliczej poza normalnym sprzętem szpitalnym obejmować musi urządzenia specjalne. Oddział powinien mieć dla ce-

łów diagnostycznych półfalowy rentgenowski aparat diagnostyczny o mocy co najmniej 100 mA. Konieczna jest podręczna pracownia kliniczna dla wykonywania najprostszych badań laboratoryjnych. Oddział szpitalny musi mieć aparaty do wytwarzania i dopełniania odmy opłucnej, zewnątrzpłucnej i otrzewnej. Ponieważ na obecnym etapie należy dążyć do tego, aby każdy oddział gruźliczy przy szpitalu powiatowym wykonywał operację przepalania zrostów opłucnych, jako zwykłe uzupełnienie odmy wewnątrzpłucnej, należy zaopatrzyć oddział szpitalny w tani, prosty w konstrukcji stół operacyjny, umożliwiający pochyłe ułożenie chorego, pantostat elektryczny oraz zestaw do torakokaustyki. Praktykowane obecnie kierowanie na przepalanie zrostów do szpitali i sanatoriów ma wiele stron ujemnych: opóźnia termin wykonania zabiegu, co nie jest obojętne dla wyników leczniczych, a poza tym blokuje łóżka w tych zakładach. Należy zapewnić oddziałowi przydział streptomycyny i kwasu para-amino-salicylowego dla przypadków ostrej gruźlicy oraz przy wskazaniach nagłych. Proste przypadki gruźlicy kostno-stawowej mogą być leczone na oddziale gruźliczym przy współudziale chirurga szpitala powiatowego. Poważniejsze przypadki powinny być kierowane do wojewódzkich specjalistycznych szpitali lub sanatoriów na specjalne oddziały gruźlicy kostno-stawowej. Ciężarne chore na gruźlicę odbywają poród na oddziale gruźliczym szpitala powiatowego (rejonowego), oczywiście pod opieką lekarza-położnika. Nie tylko wojewódzki szpital gruźliczy, lecz również mały oddział szpitalny stwarza możliwości szkolenia lekarzy i personelu pomocniczego. Jest to tym bardziej wykonalne, że nadzór nad poziomem fachowym oddziałów gruźliczych spełnia specjalista wojewódzki — ftызjatra.

Tak pomyślana praca gruźliczych oddziałów szpitalnych ma następujące dobre strony:

- 1) dzięki rejonizacji chory leczoney jest w miejscowości, w której stale zamieszkuje;
- 2) upraszcza się sposób kierowania chorego z poradni do leczenia zamkniętego i skracą się termin oczekiwania na miejsce w szpitalu, co ma ogromne znaczenie dla przypadków nagłych i ostrych;
- 3) podkreślić jeszcze należy moment psychologiczny. Możliwość wykonywania zabiegów podnosi powagę ftызjatry, zachęcając go do pogłębiania wyszkolenia fachowego.

Dla leczenia wspomnianych kategorii chorych przewidziana w Planie Sześcioletnim liczba 12.000 łóżek wydaje się wystarczająca. Z tego 4.000 łóżek można by przeznaczyć na specjalistyczne wojewódzkie szpitale oraz 8000 łóżek na gruźlicze oddziały szpitalne.

Istniejące obecnie sanatoria (liczba łóżek 17.000) są w stanie udzielić pomocy części przypadków zabiegowych, których ogólną liczbę określa się na ok. 50 000, oraz wszystkim przypadkom (30 000) kwalifikującym się do leczenia wypoczynkowo-klimatycznego.

Przewidziane w Planie Sześcioletnim powiększenie liczby łóżek sanatoryjnych o 10 tysięcy należałoby, moim zdaniem, oddać na użytek dla 20.000 tzw. przypadków izolacyjnych, tj. chorych na nieuleczalną przewlekłą gruźlicę, mających przed sobą jeszcze parę lub więcej lat życia. Ta grupa chorych powinna być umieszczona w nizinnych podmiejskich sanatoriach długoterminowych, przystosowanych do terapii zajęciowej.

Rola personelu pielęgniarского oraz instruktorów kulturalno-oświatowych byłaby w zakładach tego typu prawie równie doniosła jak rola lekarzy. W izolatoriach wystarczałoby zatrudnianie lekarzy niespecjalistów pod warunkiem nadzorowania ich pracy przez specjalistów ftyzjatrów.

Przypadki izolacyjne, w których następuje załamanie się sił obronnych ustroju, należałoby przenosić z sanatoriów długoterminowych do szpitali i oddziałów gruźliczych. Byłoby wielkim błędem dopuszczanie do wyrobienia sanatorium długoterminowego opinii „wymieralni“.

Jak wynika z moich wywodów, proponuję przy rozbudowie lecznictwa zamkniętego w Planie Sześcioletnim przerzucić punkt ciężkości z łóżek sanatoryjnych na oddziały szpitalne oraz izolatoria (sanatoria długoterminowe). Nie oznacza to bynajmniej umniejszania dotychczasowej roli sanatoriów, lecz chodzi jedynie o wypełnienie istniejącej luki w systemie lecznictwa gruźlicy, luki polegającej przede wszystkim na braku zakładów dla nieuleczalnie, przewlekłe chorych. W tym gronie nie widzę potrzeby wyjaśniać znaczenia epidemiologicznego tej kategorii chorych.

Podany przeze mnie punkt widzenia jest wynikiem własnej obserwacji terenu ze stanowiska specjalisty wojewódzkiego oraz wielu dyskusji i rozmów prowadzonych z kolegami zatrudnionymi na placówkach przeciwgruźliczych.

FRANCISZEK GROËR

Warszawa

WALKA Z GRUŻLICĄ NA ODCINKU DZIECIĘCYM W PLANIE SZEŚCIOLETNIM

Dr *Buraczewski* dotknął w swoim referacie kilkakrotnie podstawowego zagadnienia walki z gruźlicą u dzieci, jako integralnej części ogólnej organizacji społecznej akcji przeciwgruźliczej. Nie mógł go jednak rozwinąć tak, jak tego wymaga jego doniosłość dla najbliższej przyszłości naszego Ludowego Państwa, tj. w Planie Sześcioletnim.

Dlatego pozwalam sobie uzupełnić wywody przedmówcy, podkreślając jedynie te zasady racjonalnej organizacji walki z gruźlicą dziecka, które uważam za podstawowe.

Jeżeli chodzi o racjonalne, organizacyjne podstawy walki z gruźlicą w Planie Sześcioletnim, to wynikają one z właściwości tego zakażenia w stosunku do dziecka, które może należałoby tu przytoczyć, a więc:

1) około połowa wszystkich dzieci w Polsce, biorąc pod uwagę wiek od 0 — 16 lat, jest z a k a ż o n a gruźlicą;

2) z tej olbrzymiej ilości dzieci zakażonych choruje na gruźlicę zaledwie niewielki odsetek, przypuszczalnie 3—7%;

3) wynika stąd, że ustrój dziecka daje sobie w olbrzymiej większości przypadków sam radę z zakażeniem gruźliczym, które tylko wtedy doprowadza do wybuchu choroby, gdy się coś w tym systemie obronnym zepsuje. Czynniki, które współdziałają w załamaniu się naturalnego oporu zakażonego dziecka, są jak wiemy: a) sposób zakażenia,

- b) wiek, c) postronne schorzenia, szczególnie ostre choroby zakaźne,
- d) niedostateczne odżywianie i nieodpowiednie warunki bytowania.

Te 3 zasadnicze stwierdzenia uprzytomniają nam od razu dwa podstawowe postulaty i drogowskazy w naszej planowej pracy organizacyjnej w stosunku do gruźlicy dziecka:

I. Walka z gruźlicą dziecka rozpoczyna się od opieki nad zdrowiem dziecka w ogóle, co oznacza, że walka z gruźlicą dziecka musi być najściślej, i to nie tylko ideowo, ale organizacyjnie skoordynowana z opieką nad dzieckiem.

II. Organizacja walki z gruźlicą u dzieci, aby być skuteczna, musi dostosować się zasadniczo do różnych potrzeb dziecka w stosunku do gruźlicy, w zależności od tego czy dziecko jest wolne od zakażenia, czy jest tylko zakażone, ale jeszcze nie choruje na gruźlicę i wreszcie, czy ma już wyraźne objawy gruźlicy.

Dziecko dotąd nie zakażone wymaga takiej organizacji szczepień ochronnych, które objęłyby wszystkie bez wyjątku dzieci niezakażone. W Planie Sześcioletnim musimy zatem dążyć pod tym względem do: a) podniesienia produkcji coraz to lepszej i lepiej dającej się przechowywać szczepionki, b) do usprawnienia akcji szczepień i kontroli efektów, c) do zorganizowania izolatoriów, szczególnie dla dzieci małych i najmniejszych stykających się z gruźlicą, które mają być poddane szczepieniu.

Dzieci już zakażone muszą być organizacyjnie podzielone na następujące grupy:

1. Dzieci zakażone zdrowe, w dobrych warunkach bytowania, bez stałej styczności z osobą zakażającą. Jest to olbrzymia większość zakażonych, która nie wymaga specjalnego postępowania i która powinna być jedynie poddana systematycznej kontroli stanu zdrowia w ramach organizacji opieki nad zdrowiem dziecka.

2. Dzieci zakażone, dotąd zdrowe, ale którym z tych czy innych powodów bezpośrednio grozi wybuch choroby. Są to dzieci, które powinny przejść przez specjalne zakłady i urządzenia zwane *prewentoriami*. Zadaniem prewentoriów jest przede wszystkim poprawienie ogólnego stanu zdrowia zagrożonego dziecka do tego stopnia, aby odwrócić od niego niebezpieczeństwo wybuchu choroby, a poza tym wykorzystanie pobytu dziecka w prewentorium dla poprawy jego stosunków domowych. Tu uwypukla się bezpośredni związek akcji prewentoryjnej dla dzieci z organizacją walki z gruźlicą dorosłych.

Skuteczność tej akcji prewentoryjnej zależy przede wszystkim od odpowiedniego zakwalifikowania dzieci kierowanych do prewentoriów i na przeprowadzeniu ostrej linii demarkacyjnej pomiędzy „prewentoriami” w naszym znaczeniu, a „domami zdrowia” od organizacji wewnętrznej prewentoriów, która musi uwzględnić odpowiednią opiekę lekarską, pielęgniarską i wychowawczą, walkę z chorobami zakaźnymi i zakażeniami wewnątrzzakładowymi i wreszcie od rozszerzenia zasięgu prewentoriów na dzieci małe.

3. Postępowanie z dziećmi już chorymi na gruźlicę musi być zróżnicowane na 3 kategorie:

a) postępowanie doraźne oraz wymagające zabiegów specjalistycznych — na oddziałach szpitalnych;

b) postępowanie długofalowe, wymagające długotrwałej specjalistycznej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i wychowawczej — w sanatoriach;

c) postępowanie po leczeniu, którego celem jest ustalenie wyników leczenia lub rehabilitacja w związanych z sanatoriami prewentoriach i zakładach rehabilitacyjnych.

Jesteśmy jeszcze w tej chwili bardzo dalecy od realizacji całokształtu tak pojętej organizacji walki z gruźlicą dziecka. Dlatego w Planie Sześćioletnim musimy dążyć przede wszystkim do stworzenia racjonalnie zaplanowanych i powiązanych ze sobą podstaw organizacyjnych, na których będzie mógł logicznie spocząć cały gmach technicznego wykonania wymienionych poniżej postulatów. Za takie podstawowe punkty organizacji walki z gruźlicą dziecka uważam:

I. Przygotowanie odpowiednich kadr lekarskich, pielęgniarских i wychowawczych. Ten moment podkreślił już kol. *Buraczewski*. Należy go jednak jeszcze rozszerzyć, gdyż jeżeli ogólne przygotowanie ftyzjatriczne przeciętnego lekarza jest dziś ilościowo i jakościowo niedostateczne, to ftyzjatria dziecięca leży zupełnie odłogiem. Podobnie jak już powstają katedry ftyzjatrii dorosłych, należy żądać organizacji katedr ftyzjatrii dziecięcej przynajmniej w tych akademiach medycznych, w których są planowane wydziały pediatryczne. Zagadnienie pielęgniarstwa jest zagadnieniem tak ogólnie ważnym, tak istotnym, tak doniosłym, że przy każdej okazji należy na nie kłaść nacisk. A wreszcie gruźlica dziecka domaga się ze względu na długi okres trwania choroby także i odpowiednich kadr wychowawców, którzy będą zaznajomieni z osobliwościami chorego na gruźlicę dziecka.

II. Rozbudowa odpowiednio prowadzonych miejsc w prewentoriach, szpitalach dziecięcych, sanatoriach, prewentoriach dla rekonwalescentów i tworzenie ośrodków rehabilitacyjnych.

III. Stworzenie odpowiedniego systemu kontroli kwalifikacji i koordynacji w walce z gruźlicą dziecka.

Ten ostatni punkt jest oczywiście najistotniejszym zadaniem naszej pracy na terenie walki z gruźlicą dziecka w Planie Sześćioletnim. Podstawą dla jego realizacji musi być dostatecznie gęsta, dostatecznie i pod każdym względem wykwalifikowana sieć poradni przeciwgruźliczych dla dzieci, związanych organicznie z poradniami przeciwgruźliczymi ogólnymi, a będącymi w organizacyjnym i faktycznym kontakcie z poradniami dla matki i dziecka.

Na te ośrodki bowiem spada cała ostateczna odpowiedzialność za odpowiednie różnicowanie i kwalifikowanie przypadków.

Z punktu widzenia koniecznej i aktywnej koordynacji wszystkich działów walki z gruźlicą oraz ścisłego powiązania ich z organizacją ogólnej opieki nad zdrowiem dziecka zachodzi zasadnicze pytanie, czy gruźlica dziecka powinna organizacyjnie należeć do systemu walki z gruźlicą w ogóle, czy też należy ją wcielić w system opieki nad zdrowiem dziecka.

Zdania mogą być podzielone. Ja jednak, jako ftyzjatra i pediatra, jestem zdania, że organizacja walki z gruźlicą dziecka nie da się oddzielić

od zagadnienia gruźlicy i że powinna być ona ściśle związana z opieką nad chorym na gruźlicę dorosłym. Należy natomiast żądać, aby pomiędzy działem walki z gruźlicą dziecka a opieką nad zdrowiem dziecka w ogóle istniał jak najściślejszy kontakt pozwalający na współpracę i koordynację.

Na koniec muszę jednak jeszcze podnieść potrzebę, i to palącą, stworzenia ośrodków opieki nad młodzieżą (od 16—18 lat), który to dział walki z gruźlicą jest ciągle jeszcze niedostatecznie rozwinięty.

STANISŁAW HORNING

Kraków

ORGANIZACJA WALKI Z GRUŻLICĄ W POWIECIE ROLNICZYM W PLANIE SZESZCIOLETNIM

Wyniki badań ludności wiejskiej w Polsce dowodzą, iż zagadnienie gruźlicy na wsi wykazuje pewne odrębne właściwości w porównaniu z ludnością miejską:

1. Zakażenia gruźlicze są na ogół rzadsze, osobników reagujących na tuberkulinę jest mniej, zakażenia następują w późniejszym wieku w porównaniu z ludnością miejską.

2. Z chwilą wystąpienia otwartej gruźlicy w środowisku domowym — przy niskim na ogół uświadczeniu, niskim stanie higieny życia codziennego, bliskim kontakcie w czasie spoczynku nocnego we wspólnym łóżu, gdy niekiedy cała rodzina układa się do snu pokodem obok siebie — istnieje szczególne niebezpieczeństwo szerzenia się gruźlicy.

Każdy pojedynczy przypadek zakaźnej gruźlicy pociąga za sobą wiele zachorowań wokoło. Niebezpieczeństwo, jakie przedstawia chory na zakaźną postać gruźlicy na wsi, należy uważać za bezwzględnie większe niż w mieście.

3. Przebieg gruźlicy na wsi jest na ogół ciężki.

4. Zakażenia gruźlicze typem bydlęcym wbrew temu, co niektórzy przypuszczali, są stosunkowo rzadkie.

W odniesieniu do ludności wiejskiej obowiązują oczywiście wszystkie sposoby zwalczania gruźlicy wypracowane dla całej Polski. Wymagają one jednak niekiedy odrębnego podejścia, które wynika z odmiennych warunków bytu, poziomu życia i stanu higieny tej ludności.

W ciągu bieżącego 6-lecia należy się liczyć ze stałym i znacznym wzrostem dobrobytu i znaczną poprawą standardu życiowego tej ludności dzięki rozwojowi gospodarki zespołowej i objęciu coraz większej masy chłopów w ramy państwowych gospodarstw rolnych i spółdzielni produkcyjnych oraz dzięki unowocześnieniu sposobów uprawy roli i jej mechanizacji. Proces ten stwarza dla akcji przeciwgruźliczej na wsi szczególnie korzystne warunki.

Ośrodkiem walki z gruźlicą jest zawsze poradnia przeciwgruźlicza. Będzie to albo poradnia powiatowa, albo terenowa, obejmująca swym zasięgiem część powiatu (rejon). Według referatu dr *Buraczewskiego* z końcem 6-lecia będzie w Polsce 500 poradni. Możemy przeto liczyć się z konkretnym faktem, że każdy powiat będzie miał pełnowartościową

poradnię z należytą obsadą lekarską i pielęgniarską i z odpowiednim wyposażeniem. Niewłaściwe wydaje mi się kształcenie lekarzy, mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych, jedynie w sanatoriach, jak to w swoim referacie proponuje dr *Buraczewski*. Doświadczenie uczy, że lekarze, którzy specjalizację ftyzjologiczną nabywają w sanatoriach, widzą tylko jeden i to nie najważniejszy odcinek pracy przeciwgruźliczej i że wyrobienie u nich właściwego nastawienia dla całości społecznej akcji przeciwgruźliczej i ruchu poradnianego zwykle wymaga wiele pracy. Specjalizacja powinna raczej odbywać się w zakładach gruźliczych szpitalnych, powiązanych z poradniami przeciwgruźliczymi, i obejmować w szerokim zakresie metodykę i technikę społecznej walki z gruźlicą i pracą poradni przeciwgruźliczej.

Może jedynie w niewielu powiatach uda się zrealizować poradnie rejonowe. Dlatego też wydaje się rzeczą ważną w celu zbliżenia ludności do poradni organizowanie okresowych wyjazdów lekarza poradni powiatowej do odległych miejscowości na terenie powiatu, gdzie na wzór radzieckiej służby zdrowia powinny powstać punkty przeciwgruźlicze. Zagadnienie ruchomych poradni wyposażonych w przewoźny aparat rentgenowski wydaje się w obecnym stadium rozwojowym polskiej służby zdrowia bardzo celowe w terenach rzadziej zaludnionych.

Bezpośrednią opiekę nad środowiskiem domowym chorego powinna wykonywać gminna pielęgniarka, a z czasem gminny czy rejonowy ośrodek zdrowia, kierowany przez lekarza. Wszystkie człony naszej służby zdrowia powinny stale współdziałać z kierownikiem poradni przeciwgruźliczej i według jego wskazówek prowadzić ważną pracę na swoim odcinku zwalczania gruźlicy.

W porównaniu z dzisiejszym stanem rzeczy wiele musi ulegać zmianie, jeśli chodzi o poradnie powiatowe.

Przede wszystkim musi być wielokrotnie zwiększona liczba pielęgniarek, by mogły one łącznie z pielęgniarkami rejonowych czy gminnych ośrodków zdrowia objąć w stałą opiekę środowiska gruźlicze. Pomocne mogą im być przodownice zdrowia, kształcone na krótkich kursach PCK.

Wielkie niebezpieczeństwo, jakie grozi ze strony chorego na otwartą gruźlicę, wymaga szybkiego jego izolowania, a gwałtowny i ciężki zazwyczaj przebieg schorzenia wśród ludności wiejskiej nakazuje szybkie rozpoczęcie wszechstronnego leczenia, a więc rychłe umieszczenie chorego w zakładzie leczniczym.

Każda poradnia powinna przeto mieć albo własne sale dla leżących chorych, albo mieć ścisły kontakt z oddziałem gruźliczym szpitala powiatowego. W ten sposób powinno być umożliwione rozpoczęcie leczenia odmowego niezwłocznie po ustaleniu wskazań. Poza tym w grę wchodzi, jak to zrealizowano już w niektórych powiatach, np. w Olkusz, zakłady dla leczenia i długotrwałego pobytu przewlekłe chorych, organizowane w oparciu o poradnię w niezbyt odległych od niej miejscowościach, w dworach i innych pomieszczeniach dotychczas niewykorzystanych odpowiednio. Można by postawić konkretny plan, by każda poradnia powiatowa prócz łóżek zabiegowych własnych lub w oddziale szpitalnym zorganizowała własny zakład przeciwgruźliczy dla dłuższej hospitalizacji swych chorych. Lekarz poradni dojeżdżałby tam

1 do 2 razy w tygodniu. Wydaje się to zupełnie realne i jest pożyteczne, jak uczy doświadczenie z terenu woj. krakowskiego i rzeszowskiego.

Kierowanie chorych wieśniaków do zakładów wojewódzkich i sanatoriów odbywać się będzie według zasad ustalonych dla całej ludności kraju przez centralne poradnie przeciwgruźlicze. Wydaje się rzeczą słuszną, by sanatoria dla dorosłych i dzieci oraz prewentoria nie wchodzące w skład wielkich zespołów o znaczeniu ogólnokrajowym zostały oddane władzom terenowym, a więc powiatowym radom narodowym, a większe wojewódzkim radom, co ułatwiłoby nawiązanie ścisłej współpracy między poradniami a tymi zakładami.

Akcja szczepień BCG winna być prowadzona intensywnie, szczególnie na wsi. Należy podkreślić bardzo przychylne nastawienie ogółu ludności wiejskiej dla tego sposobu zapobiegania gruźlicy; jeśli chodzi o województwa południowe, nastawienie to jest znacznie przychylniejsze niż ludności miejskiej. Konieczne wydaje się zwiększenie ruchomych kolumn szczepiennych i wykorzystanie w tym celu wszystkich poradni powiatowych i terenowych, które powinny zorganizować stałe punkty szczepienne. Zasięg tych punktów, jeśli chodzi o masowe szczepienia i rewakcynację, nie może być wielki. Obejmują one najwyżej osiedla w promieniu do 5 km. Dotarcie do odleglejszych miejscowości jest możliwe tylko za pomocą ruchomych kolumn transportowanych na samochodzie.

Akcja szczepień oparta na wstępnych badaniach tuberkulinowych pozwala na wykrycie wielu groźnych przypadków otwartej gruźlicy. Dziecko do lat 7 nie zaszczepione, a reagujące na tuberkulinę, wskazuje niemal z reguły źródło zakażenia wśród domowników (najczęściej matka). Jest to pewny sposób wykrycia nieznanych często przypadków gruźlicy.

Tam gdzie okaże się to możliwe, powinny poradnie prowadzić masowe badania radiologiczne w celu wykrycia wczesnych przypadków gruźlicy. Temu celowi służyć będą również badania radiologiczne przypadków skierowanych przez lekarzy ambulatoriów i ośrodków zdrowia przy stwierdzeniu objawów, które kazały myśleć o gruźlicy, oraz otoczenia zmarłych z powodu gruźlicy, zgłoszonych przez urzędy stanu cywilnego. Stale instruowanie ogółu lekarzy czynnych na terenie powiatu o wczesnych objawach gruźlicy powinno należeć do obowiązków dobrze prowadzonej poradni przeciwgruźliczej.

Propagandę zasad higieny oraz wiadomości o istocie gruźlicy, jej szerzeniu się i sposobach jej zwalczania i zapobiegania prowadzić będą poradnie powiatowe w porozumieniu z PCK. Najłatwiejszym sposobem dotarcia tej propagandy do chaty wiejskiej będzie rozpoczęcie jej w szkole, skąd każde dziecko przeniesie ją do domu, dostarczając rodzinie najłatwiej i najpewniej usłyszane wiadomości i materiał propagandowy w formie ulotek czy wydawnictw. Ponadto czasopisma i wydawnictwa przeznaczone dla rolników powinny szeroko uwzględniać zagadnienia zdrowia i higieny, jak również sprawę gruźlicy.

Podniesienie poziomu kulturalnego, standardu życiowego i higieny ogólnej na wsi, praca pełnowartościowych poradni przeciwgruźliczych z możliwością dotarcia lekarza i pielęgniarki za pomocą ruchomych poradni i kolumn szczepiennych do najodleglejszych osiedli, związanie po-

radni z oddziałami szpitalnymi i zakładami leczenia długoterminowego położonymi na terenie ich działania, stwarza warunki dla skutecznej akcji w środowisku zupełnie zaniedbanym, jakim była wieś w okresie przedwojennym.

Plan Sześćioletni w Odrodzonej Polsce przyniesie ze wzrostem dobrobytu ludności wiejskiej, przy specjalnie intensywnej akcji przeciwgruźliczej na tym terenie, wybitne zahamowanie rozwoju epidemii gruźlicy.

Wysiłek na tym odcinku ma zasadnicze znaczenie dla realizacji Planu Sześćioletniego, przyczyniając się do zapewnienia zdrowych kadr dla rolnictwa i przemysłu.

Program wytyczony akcji przeciwgruźliczej na terenie wsi w Planie Sześćioletnim stanowi pierwszy poważny krok na drodze do właściwego rozwiązania sprawy zwalczania gruźlicy na tym odcinku. Należy się spodziewać, że w następnym okresie 6-letnim zostaną zrealizowane dalsze postulaty oparte na doświadczeniach Związku Radzieckiego i postępie wiedzy lekarskiej, które przy wybitnym wzroście fachowych kadr i dalszej poprawie stopy życiowej warstw chłopskich pozwolą na wyrugowanie gruźlicy na wsi z jej dotychczasowej pozycji na daleki plan.

MARIAN ZIERSKI

Łódź

ROLA SPECJALISTY WOJEWÓDZKIEGO W PLANIE SZEŚCIOLETNIM

W pierwszym okresie po zniszczeniach wojennych najistotniejszym zadaniem służby zdrowia była odbudowa placówek poradni przeciwgruźliczych, szpitali i sanatoriów. Plan Sześćioletni rozszerza tę bazę materialną, aby w szybkim tempie odrobić zaniedbania ustroju kapitalistycznego na tym odcinku. Powstaje jednak w obecnym etapie nowe zagadnienie, które jest nie mniej ważne, jak ilościowa baza materialna naszego aparatu Służby Zdrowia; jest to podniesienie jakości i poziomu pracy, usprawnienie działalności zakładów leczniczych. Dopiero odpowiednie metody pracy, oparte na wysokim poziomie jakościowym, będą mogły zapewnić na odcinku leczenia troskliwą i wysokokwalifikowaną opiekę leczniczą masom pracującym w naszym kraju.

Szeroko rozbudowany nadzór fachowy ma doniosłe zadanie — utorowania dróg dla podniesienia poziomu fachowego naszych placówek i zapewnienia lepszych kwalifikacji rzeszom pracowników Służby Zdrowia.

Min. *Sztachelski* podając w swym referacie wytyczne Planu Sześćioletniego Służby Zdrowia powiedział — „zadaniem w dziedzinie podstaw leczenia będzie podniesienie poziomu fachowego działalności Służby Zdrowia. Będzie on się opierał na coraz pełniejszym i głębszym wykorzystaniu specjalistów wojewódzkich, którzy stworzą jeden z najważniejszych czynników w pracy nad podniesieniem poziomu fachowego instytucji Służby Zdrowia“. Ministerstwo Zdrowia wedle zapowiedzi min. *Sztachelskiego*, będzie dążyć do tego przez odpowiednie zorganizowanie zespołowej pracy specjalistów w każdym województwie, podniesienie roli specjalistów wojewódzkich i ich wpływu na służbę zdrowia. Zarządzenie

Ministerstwa Zdrowia z dnia 20.VII.1950 r. wyraźnie nakreśla zadania specjalistów krajowych i wojewódzkich. Instrukcja do tego zarządzenia ogłoszona w *Dzien. Urzęd. Min. Zdr.* Nr 15 w 1950 r. w 1 punkcie tak ujmuje zadania specjalistów wojewódzkich: „Specjalista wojewódzki kieruje całością nadzoru fachowego w danej specjalności w województwie, wiąże swą pracę naukową z pracą organizacyjną służby zdrowia, stając się nie tylko doradcą, lecz również jednym z decydujących czynników organizacyjnych poziomu fachowej pomocy lekarskiej. Treścią pracy specjalisty wojewódzkiego powinna być stała troska o podniesienie poziomu fachowego powierzonych jego opiece zakładów Służby Zdrowia. Obejmuje on nadzorem fachowo-lekarskim wszystkie zakłady społeczne Służby Zdrowia, zarówno zakłady pomocy zamkniętej jak i otwartej, współpracuje ściśle z Wydziałami Zdrowia Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej“.

Zadania więc specjalistów wojewódzkich są ogromne i odpowiedzialne. Trzeba sobie jasno powiedzieć, że braki w poziomie fachowym są u nas jeszcze bardzo duże. W dużej mierze w wielu województwach, poza większymi ośrodkami, nie ma jeszcze zorganizowanej kwalifikacji specjalistycznej pomocy na odcinku gruźlicy w takim stopniu, aby była ona naprawdę wydajna i spełniała swój istotny cel.

W akcji przeciwgruźliczej zaznaczają się te luki nie tylko z powodu braku odpowiednio wyszkolonych kadr specjalistów ftizjologów, ale przede wszystkim z tego powodu, że ogół lekarzy-internistów, na których opiera się podstawowe leczenie, nie ma dostatecznych wiadomości z dziedziny zapobiegania i kliniki gruźlicy. Od podniesienia poziomu fachowego tej kategorii lekarzy zależy rozpoznanie szeregu jednostek chorobowych, między innymi gruźlicy, raka, chorób zakaźnej i skuteczna walka z tymi chorobami.

Trudno naturalnie wymagać od lekarza rejonowego — ogólnego internisty, szerszej specjalizacji z dziedziny gruźlicy. Skuteczność jednak planowej i rzeczywiście metodycznej akcji przeciwgruźliczej zależeć będzie przede wszystkim od posiadania podstawowych i nowoczesnych wiadomości z dziedziny epidemiologii i kliniki gruźlicy płuc przez ogół lekarzy rejonowych w terenie, a nie tylko przez wysokokwalifikowanych specjalistów-ftyzjatrów, których mamy jeszcze znikomą liczbę.

Pierwszym i naczelnym więc zadaniem specjalisty wojewódzkiego w Planie Sześcioletnim będzie stopniowe i okresowe zaznajamianie lekarzy rejonowych z metodami zwalczania gruźlicy, jako choroby zakaźnej.

Planowe, systematyczne uzupełnienia wiadomości z gruźlicy dla ogółu lekarzy, zaznajomienie z formami organizacyjnymi aparatu walki z gruźlicą w terenie może być przeprowadzane przez specjalistę wojewódzkiego na okresowych zebraniach oddziałów powiatowych Polskiego Towarzystwa Lekarskiego lub na krótkich kilkudniowych kursach.

Praca lekarzy rejonowych powinna być ściśle związana z powiatową poradnią przeciwgruźliczą. Specjalista wojewódzki obowiązany jest udzielać wskazówek, na jakich podstawach ta współpraca powinna się odbywać.

Dalszym bardzo ważnym zadaniem jest szkolenie specjalistów i opieka nad kierownikami placówek przeciwgruźliczych, przede wszystkim

kierownikiem poradni przeciwgruźliczej powiatowej i oddziału szpitalnego. Należy dążyć do tego, aby w ostatnim roku Planu Sześcioletniego w każdym powiecie był choćby jeden lekarz-ftyzjatra, odpowiedzialny za całość akcji przeciwgruźliczej swego terenu. Według planu podanego w referacie dr *Buraczewskiego* będzie to możliwe. Te nowe kadry specjalistów-ftyzjatrów muszą znaleźć oparcie w swej pracy na pomocy i opiece specjalisty wojewódzkiego. Ich praca wymaga ciągłego nadzoru, aby mogli uzupełniać swe wiadomości i odpowiednio pracować w terenie.

Zakład kierowany przez specjalistę wojewódzkiego powinien być bazą szkolenia i doszkalania lekarzy dla terenu. Przez zespół zakładu, w którym pracuje specjalista wojewódzki, powinien być prowadzony stały nadzór fachowo-szkoleniowy nad placówkami przeciwgruźliczymi w terenie, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach. Może się to odbywać przez częste konsultacje, wymianę asystentów i doszkalanie lekarzy w zakładzie lub klinice, kierowanej przez specjalistę wojewódzkiego.

Inną bardzo pożyteczną formą doszkalania lekarzy z terenu są tak zwane zebrania naukowo-robocze, organizowane w zakładzie specjalisty wojewódzkiego lub w innych placówkach specjalistycznych w terenie. Na zebraniach tych omawiane są różne zagadnienia związane z akcją zapobiegawczą, epidemiologią, akcją rozpoznawania i leczenia gruźlicy. Zawiązanie tych węzłów między lekarzami z terenu z małych ośrodków prowincjonalnych a zakładami o wyższym typie fachowym jest bardzo pożądane. Przyczyniło się ono wyraźnie, jak mogłem się w naszym terenie przekonać, do wzrostu zainteresowania zagadnieniami z dziedziny ftyzjatrii, a tym samym poprawy jakości akcji przeciwgruźliczej.

Nie tylko stałe doszkalanie i nadzór fachowy nad personelem lekarskim jest zadaniem specjalisty wojewódzkiego. Podstawą dobrej pracy, szczególnie na odcinku zapobiegawczym poradni przeciwgruźliczej, jest odpowiednio wyszkolony i świadomy swych zadań personel pomocniczo-lekarski. Zwrócenie uwagi na poziom fachowy tego personelu jest bardzo istotne. Od planowej, metodycznej pracy pielęgniarki powiatowej poradni przeciwgruźliczej zależy w dużej mierze poziom pracy poradni przeciwgruźliczej. Doszkalanie tego personelu jest nie mniej ważne, jak szkolenie lekarzy. Specjalista wojewódzki może na tym odcinku odegrać decydującą rolę.

Ta opieka nad kadrami, odpowiednie instruowanie tych kadr — decydują często o strukturze zakładów Służby Zdrowia, o postępach leczniczo-zapobiegawczych, o wartościach i celowości pracy. Na odcinku gruźlicy wymaga to systematycznej planowej pracy w tym sensie, aby w każdej powiatowej poradni przeciwgruźliczej pracował lekarz i pielęgniarka z odpowiednim zasobem wiedzy, doświadczenia, obznajmienia z zagadnieniem planowej metodycznej walki z gruźlicą. Specjalista wojewódzki, jako główny specjalista terenu, powinien dobrze poznać zespół lekarzy swego terenu, znać ich poziom fachowy i postawę społeczną, ich zainteresowania, poznać ich kwalifikacje i w zależności od tego regulować pracę fachową.

Słusznie podkreślone zostało w referacie, że musimy stworzyć pełny typ lekarza specjalisty-ftyzjatri, nie tylko klinicystę, ale i epidemiologa, lekarza świadomego również społecznych zagadnień gruźlicy. Dlatego

uważam, że przyrływ nowych kadr lekarskich powinien się raczej odbywać nie przez sanatoria, ale przez duże oddziały specjalistyczne i poradnie przeciwgruźlicze do sanatoriów.

Decydować o poziomie zakładów będzie ujednolicenie metod pracy fachowej w placówkach przeciwgruźliczych, tak opieki otwartej, jak i zamkniętej, i określenie wytycznych dla najściślejszej współpracy między oddziałem i poradnią. Zespolenie tych placówek przyczyni się znacznie do poprawy poziomu leczenia i usprawni całkowitą opiekę nad chorymi i środowiskiem.

Współpraca specjalisty wojewódzkiego z dyrektorem Centr. Wojew. Poradni Przeciwgruźliczej powinna być bardzo ścisła — plany dla metod pracy poszczególnych placówek w terenie powinny być wspólnie ustalane.

Katastrofalny brak kadr i specjalistów nie pozwolił dotąd rozwinąć szerszej akcji przeciwgruźliczej w sposób należyty pod względem fachowym. Istnieje duża rozpiętość między poziomem niektórych dużych ośrodków, a pracą ośrodków prowincjonalnych, zwłaszcza na odcinku poradni i lecznictwa szpitalnego. Należy dążyć do wyrównania dysproporcji, jakie istnieją w zapewnieniu dobrej i fachowej opieki lekarskiej poszczególnym grupom ludności, mieszkańcom różnych terenów. Jest głównym zadaniem specjalistów wojewódzkich wyrównać te różnice podnosząc poziom fachowy lekarzy placówek przeciwgruźliczych, tak aby w ciągu Planu Sześcioletniego dać polskiemu robotnikowi i chłopu wysokokwalifikowaną pomoc lekarską. Pomoc ta zmierza nie tylko do przywrócenia zdrowia chorym, ale również do zmniejszenia zachorowalności na gruźlicę w naszym kraju. Nie tylko leczyć, ale i zapobiegać chorobom! To główne zadanie musi znaleźć odzwierciedlenie w pracy naszych placówek przeciwgruźliczych. Nadzór fachowy na odcinku gruźlicy wypełni swój Plan Sześcioletni, jeśli to hasło zostanie w pełni zrealizowane.

ISTVAN SERI

Budapeszt

ROZWÓJ PLANU WALKI Z GRUŻLICĄ W LUDOWEJ REPUBLICIE WĘGERSKIEJ

Dyskutant omówił stan gruźlicy na Węgrzech przed wyzwoleniem i po wyzwoleniu. Wyraża podziw dla zorganizowania walki z gruźlicą w Polsce. Dr *Seri* analizuje liczbę zachorowań na gruźlicę na Węgrzech i w Polsce w ciągu ostatnich lat powojennych i dochodzi do wniosku, że sytuacje pod tym względem przedstawiają się podobnie. Sytuacja pod względem walki z gruźlicą na Węgrzech również ulega poprawie i tak np. w roku 1949 w samym Budapeszcie dzieci były systematycznie szczepione przeciw gruźlicy tylko w 3 okręgach, a w roku bieżącym już dokonuje się szczepień we wszystkich okręgach stolicy Węgier. W zakończeniu swojego przemówienia dr *Seri* stwierdza, że istniejący w Budapeszcie Instytut Gruźlicy będzie w niedalekiej przyszłości wykonywał ponad 100.000 kultur bakteriologicznych.

**Odpowiedź przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia
dra O. Buraczewskiego
na głosy w dyskusji:**

W dyskusji zostały poruszone zagadnienia zwalczania gruźlicy w Planie Sześcioletnim daleko szczegółowiej, niż można to było uczynić w referacie omawiającym ogólny kierunek zwalczania gruźlicy w skali całego kraju.

Dyrektor Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej dr *Szustrowa* podała wskaźniki dotyczące stanu gruźlicy w Łodzi, które odbiegają od liczb przeciętnych dla całego kraju ze względu na to, że Łódź miała i ma największy wskaźnik zachorowalności i umieralności na gruźlicę. Statystyka raczej ilustruje nasze plany niż stanowi bezwzględną podstawę do planowania, a obliczone wskaźniki są jedynie pomocą w ustalaniu bazy materialnej akcji. Łódź ma tak dużą umieralność z powodu gruźlicy nie dlatego, że ma znaczną liczbę ludności robotniczej, lecz dlatego, że właśnie w Łodzi były zawsze najsilniej zaznaczone sprzeczności klasowe, istniała tam największa przepaść między warunkami bytowania robotników i reszty ludności. I właśnie w Łodzi, zwalczając gruźlicę, należy przede wszystkim stosować klucz klasowy. Dr *Szustrowa* słusznie twierdzi, że względy klasowe pokrywają się z epidemiologicznymi; pracownicy fizyczni częściej chorują na gruźlicę niż inne grupy społeczne, lecz niestety u nich szybciej gruźlica przybiera postać niekwalifikującą się do sanatorium (stosownie do odpowiedniej instrukcji Ministerstwa Zdrowia). Dlatego, aby utrzymać właściwy stosunek między kierowanymi do sanatorium pracownikami umysłowymi i fizycznymi, należy niekiedy rezygnować ze wskazań ściśle lekarskich na rzecz społecznych. Oczywiście, przy doskonałej organizacji zwalczania gruźlicy i wczesnym wykrywaniu wszystkich przypadków świeżych zachorowań na gruźlicę wskazania społeczne pokryją się ze wskazaniami lekarskimi.

Zagadnienie izolacji chorych na gruźlicę poruszył dr *Kuczborski*, proponując rozbudowę zakładów izolacyjnych dla przewlekłych chorych na gruźlicę. Izolacja chorych na gruźlicę jest najtrudniejszym zagadnieniem w zwalczaniu gruźlicy i łączy się ściśle z następnym zagadnieniem, jakim jest odpowiednie zatrudnienie chorych na gruźlicę. Najprostsze rozwiązanie tego zagadnienia byłoby, jak proponowano, masowe izolowanie chorych przewlekłe w izolatoriach (sanatoriach długoterminowych). Nie jest to jednak bynajmniej konieczne, a jest sprzeczne z zasadami humanizmu socjalistycznego.

Można uznać konieczność izolowania w zakładzie tylko niewielkiej grupy ludzi przewlekłe chorych na gruźlicę, zupełnie niezdolnych do pracy zarobkowej i nie mających oparcia o zarabiającą rodzinę. Inni chorzy przewlekłe powinni być unieszkodliwieni jako źródło zakażenia gruźlicy przez izolację wewnętrzną w mieszkaniu od zdrowych, odpowiednie warunki pracy, a przede wszystkim przez przyswojenie sobie dostatecznie wysokiej kultury sanitarnej.

Dalsze zagadnienie to zagadnienie szkolenia kadr lekarskich poruszone przez prof. *Kielanowskiego* i dra *Zierskiego*. W referacie pominąłem doszkalanie lekarzy we ftyzjatrii przez akademie medyczne. Jest to przeoczenie, które popełniłem dlatego, że szkolenie lekarzy po dyplomie we

ftyzjatrii przez akademie, chociaż ze wszech miar pożądane, jest — że tak powiem — poza planem zwalczania gruźlicy i dopływ tych pełnokwalifikowanych lekarzy do akcji zwalczania gruźlicy w większej liczbie będzie możliwy dopiero po Planie Sześcioletnim.

Doceniam konieczność wszechstronnego szkolenia ftyzjatrów tak w zakładzie leczenia zamkniętego, jak w poradni i przypuszczam, że zasadniczo kolejność tego szkolenia nie odgrywa większej roli. W naszych warunkach trudno jednak sobie wyobrazić, że lekarze poradni przeciwgruźliczych przed końcem 6-lecia zasila w większej liczbie sanatoria.

Raczej przypuszczam, że możliwe będzie przeniesienie już w 1953 r. pewnej liczby lekarzy ftyzjatrów, pracujących w sanatoriach, do połączonego lecznictwa poradniano-szpitalnego i zatrudnienie w sanatoriach na ich miejsce młodych lekarzy po dyplomie. Podniesie to szybko poziom poradnictwa przeciwgruźliczego, cierpiącego na brak wyszkolenia ftyzjatrów.

Sądzę poza tym, że ocena dr Zierskiego, jakoby znaczna większość lekarzy nie miała elementarnych wiadomości z zakresu gruźlicy, jest za ostra (choć w innym miejscu też to powiedziałem). Polscy lekarze w porównaniu np. z lekarzami praktykami takich krajów, jak Francja lub Anglia na pewno mają przeciętnie nie mniej, a raczej więcej od nich wiadomości z ftyzjatrii, nie są tylko u nas wciągnięci do akcji przeciwgruźliczej, a zadaniem specjalistów wojewódzkich w zakresie gruźlicy jest dalsze podnoszenie nie tylko poziomu fachowego poradni przeciwgruźliczych, lecz i lekarzy innych specjalności i wciągnięcie ich razem z personelem pomocniczym do akcji zwalczania gruźlicy.

Podsumowanie wyników obrad I dnia Zjazdu

Prof. dr J. Misiewicz: Dyskusja wykazała chęć i wolę ftyzjatrów polskich do wykonania zadań w zakresie walki z gruźlicą. Zespół dysputantów określił blaski i cienie referatów tutaj wygłoszonych. Trzeba jednak zaznaczyć, że planowanie jest trudne, zwłaszcza gdy nie ma się doświadczenia w tej dziedzinie. Dziś te trudności są już przełamane i zaczynamy zdobywać doświadczenie własne. Wzorujemy się na Związku Radzieckim, bo przekonaliśmy się, że planowanie, a następnie wykonanie planu w tym ogromnym kraju socjalizmu jest możliwe. Gdy zastanawiamy się nad sukcesami pracy planowej w Związku Radzieckim, to bardzo łatwo możemy się przekonać, że wytyczne dla zastosowania materializmu dialektycznego do służby zdrowia można czerpać z pracy wielkiego teoretyka i praktyka w dziedzinie organizacji życia społecznego, Światowego Wodza klasy robotniczej i Chorażego Pokoju *Józefa Stalina*.

II D Z I E Ń O B R A D Z J A Z D U

CZWARTEK — 30 SIERPNIA 1951 R.

Godzina 9.00 — 14.00. Posiedzenie naukowe. — Przewodniczący: dr *Kazimierz Dąbrowski* (Zakopane).

1. *Janina Misiewicz* (Warszawa): Zasady materializmu dialektycznego w zastosowaniu do walki z gruźlicą.

A. T e m a t R e g i o n a l n y

1. *Witold Zahorski* (Zabrze): Pylica a gruźlica. (Referat podany w I części „Referaty i Koreferaty“ str. 217 — 237).

B. T e m a t B i o l o g i c z n y

1. *Edmund Mikulaszek* i *Ludwik Rzucidło* (Warszawa): Immunochemia prątko gruźlicy. (Referat podany w I części „Referaty i Koreferaty“ str. 7—52).

C. T e m a t y d o w o l n e

1. Prace z Pracowni Syntezy Leków Przeciwgruźliczych Instytutu Gruźlicy:
 - a) *Tadeusz Urbański* (Warszawa) część I, II, III,
 - b) *Barbara Serafinowa* (Warszawa) część IV, V,
 - c) *Stanisław Malinowski* (Warszawa) część VI — IX,
 - d) *Stanisław Ślopek* (Rokitnica) — Prace Pracowni Mikrobiologii Lekarskiej Śląskiej Akademii Medycznej, współpracującej z Pracownią Syntezy Leków Przeciwgruźliczych Instytutu Gruźlicy.
 - e) *Stanisław Hornung* i *Maria Krakowska* (Kraków): Kwas salicyłohydroksamowy i jego pochodne w leczeniu gruźlicy płuc i opon mózgowych;
 - f) *Zofia Lassota* (Warszawa): Wpływ substancji przeciwgruźliczych na metabolizm prątko gruźlicy, badany w aparacie Syma (praca zespołowa).
 - g) *Maria Buraczewska* (Instytut Gruźlicy — Warszawa): Badania nad skojarzonym działaniem środków chemoterapeutycznych na prątki gruźlicy *in vitro*.
 - h) *Stanisław Kwiek* (Instytut Gruźlicy — Warszawa): Działanie jodku potasu i streptomycyny na gruźlicę doświadczalną myszek.

Dyskusja.

Godzina 14.00 — 15.00. Przerwa.

Godzina 15.00 — 17.30. Walne zebranie.

jego rozwoju. Nadbudowa — to polityczne, prawne, religijne, artystyczne, filozoficzne poglądy społeczeństwa oraz odpowiadające im instytucje polityczne, prawne i inne“. Wśród tych instytucji mieści się służba zdrowia wraz z organizacją akcji przeciwgruźliczej.

Jak wygląda akcja przeciwgruźlicza w różnych ustrojach, jak zmienia się ona w zależności od przemian ustrojowych społeczeństw ludzkich, jakie postulaty wysuwa dla niej obecny ustrój demokracji ludowej w okresie przejściowym między kapitalizmem a socjalizmem i jak zarysowują się perspektywy rozwoju tej akcji na przyszłość?

Zakażenie gruźlicze, epidemia gruźlicy jest zjawiskiem ujemnie wpływającym zarówno na życie jednostki jak i na życie społeczności ludzkiej. Badanie tego zjawiska, określenie sposobów zwalczania gruźlicy wykazuje, że zarówno nasilenie i spadek epidemii gruźlicy, jak i metody walki z tą epidemią stoją w związku z rodzajem ustroju społecznego.

Rozwój kapitalizmu w drugiej połowie XIX wieku, gwałtowny postęp uprzemysłowienia krajów europejskich w okresie, gdy kapitał prywatny skupiał w swych rękach coraz większe zyski z pracy wyzyskiwanych robotników, a robotnicy ci, nędznie opłacani, pracujący po kilkanaście godzin dziennie, pozostawali wraz z rodzinami w nędznych warunkach bytowania i pracy, spowodował masowe zakażenie się gruźlicą proletariackich mas i masowe ich wymieranie, poprzedzane zwykle głodową egzystencją w okresie utraconej skutkiem gruźlicy zdolności zarobkowania.

Dla kapitalisty los chorego robotnika, a tym bardziej los zakażonego gruźlicą dziecka robotnika był obojętny: zmniejszona wydajność pracy wskutek choroby pociągała za sobą zwolnienie robotnika z pracy, a armia rezerwowa bezrobotnych dostarczała z nadwyżką kandydatów na zwolnione miejsca.

Jeżeli w niektórych przypadkach jakiś Ford czy Bata udzielali znikomą część swych zysków na pewne świadczenia higieniczne dla robotników, to czynili to tylko wtedy, jeżeli zostali do tego zmuszeni żądaniem rosnących coraz bardziej w siłę politycznych i zawodowych organizacji robotniczych.

Losem chorych na gruźlicę, losem ich rodzin miały się zająć organizacje charytatywne, które próbowały okazać pomoc, jakże niedostateczną, choremu robotnikowi czy jego rodzinie.

Pierwsze sanatoria gruźlicze powstawały jako dochodowe przedsiębiorstwa prywatne, gdzie za drogie pieniądze mógł się leczyć chory zaможny.

W książeczce wydanej w roku 1864 przez dra *Brehmera*, właściciela pierwszego sanatorium europejskiego (obecnie Sokołowsko), autor podaje, że w okresie największego rozwoju dochodowości swego zakładu przeznaczył on parę łóżek za opłatą ulgową dla inteligencji pracującej, jak nauczyciele i pastory; oczywiście nikomu na myśl nie przyszło w owej epoce, że leczenia sanatoryjnego może potrzebować robotnik. W książce tej *Brehmer* poświęca dużo gorzkich słów jednemu ze swych pacjentów, baronowi X, który wyleczony przez *Brehmera* założył w sąsiedztwie konkurencyjne sanatorium, wabiąc pacjentów lepszym doбором marek koniaku i wina oraz grą w karty.

W miarę rozwoju sił klasy robotniczej, w miarę postępu w organizowaniu się robotników w związki robotnicze, kierowane przez partie robotnicze, rozpoczyna się z początku słaba, a następnie coraz silniejsza walka o świadczenia zdrowotne dla robotników, o polepszenie warunków pracy i płacy. Wielu z nas zapomina może, jak znaczną wagę w tej walce robotniczej miała Wielka Rewolucja Listopadowa w Rosji; przyczyniła się ona decydująco do uzyskania szeregu świadczeń ze strony pracodawcy dla pracobiorcy we wszystkich prawie krajach kapitalistycznych skutkiem uczucia strachu i zagrożenia rewolucją proletariacką ustroju kapitalistycznego.

Rozwój ubezpieczeń społecznych, rozwój opieki społecznej w krajach kapitalistycznych można wyraźnie powiązać z wyzwoleniem klasy pracującej w 1/6 części świata. Były to swoiste klapy bezpieczeństwa dla rewolucyjnego nastroju mas robotniczych.

Inicjatorami społecznej akcji przeciwgruźliczej w krajach kapitalistycznych byli prawie wszędzie uspołecznieni i postępowi lekarze: u nas *Alfred Sokołowski, Tomasz Janiszewski*.

Nie zmienia to jednak faktu, że poradnie przeciwgruźlicze i sanatoria utrzymywane z łaski zbiorów ulicznych czy indywidualnych dotacji były raczej ekspozyturami pierwotnie pojętej i słabej opieki społecznej niż istotnymi stacjami powszechnej walki z gruźlicą.

W ustroju kapitalistycznym, opartym na eksploatacji klasy pracującej, nie mogło być inaczej; organizacja służby zdrowia służyła klasie rządzącej — burżuazji.

Cechami bazy w ustroju kapitalistycznym są: przeciwstawność interesów poszczególnych klas, prowadząca do koncentracji bogactw na jednym biegunie — klasy posiadaczy, i nędzy na drugim biegunie — klasy pracującej. Nawet w państwach chwalebnych się wzrostem kapitału narodowego wzrost ten jest połączony z obniżeniem stopy życiowej klasy robotniczej, zagrożonej kryzysem i bezrobociem. Nie ma tu miejsca na powszechną organizację służby zdrowia dla dobra mas robotniczych.

W Stanach Zjednoczonych np. gruźlica bynajmniej nie jest zwalczana i w niektórych stanach, i to w takich, w których nasilenie epidemii gruźliczej jest znaczne, liczba łóżek na 1 zgon nie przekracza 0,23 łóżka, a badania i leczenie dla szerokich mas pracujących nie są dostępne.

W Polsce przedwrześniowej „oszczędności“ w gospodarce państwowej dotyczyły przede wszystkim świadczeń dla mas pracujących. W okresie międzywojennym w Polsce poradnie przeciwgruźlicze obejmowały swą jakże niedostateczną opieką zaledwie nieznaczny odsetek ludności i to ludności nie produktywnej, podlegającej opiece społecznej. Liczba chorych na gruźlicę zarejestrowanych w poradniach warszawskich obejmowała nie więcej niż około 10% ogółu chorych na gruźlicę w stolicy. Szerokie masy pracujące były praktycznie zupełnie prawie pozbawione akcji profilaktycznej, bo stosunkowo bogata instytucja ubezpieczeń społecznych nie zajmowała się profilaktyką.

Niektóre tylko i nieliczne grupy ludności miały przywilej opieki przeciwgruźliczej, jak policja, kadra zawodowa w wojsku, kolejarze, lecz i dla tych grup świadczenia były niedostateczne, a profilaktyka i rehabilitacja nie stosowane.

Sanatoria były szeroko otwarte jedynie dla grupy chorych samopłacących, to znaczy dla ludzi zamożnych. Dla nich nie było ograniczeń wska-

zań do leczenia sanatoryjnego, dla nich był wolny wybór lekarzy czy sanatoriów. W ten sposób nieliczna klasa najmniej „zaangażowana” w sensie zakażenia i zapadalności gruźliczej miała większe przywileje w zakresie profilaktyki, diagnostyki i terapii.

Spółeczne poradnie przeciwgruźlicze opierały się na pracy bardzo mało płatnych lekarzy i pielęgniarek; 80% poradni nie miało aparatów rentgenowskich, poradnie nie rozporządzały łózkami sanatoryjnymi czy szpitalnymi. Praca poradni ograniczała się do rejestrowania jawnie chorych na gruźlicę i tylko niewielki odsetek swych właściwie nielicznych podopiecznych usiłowała poradnia często bezskutecznie umieszczać w sanatoriach. Rolnicy byli zupełnie pozbawieni świadczeń przeciwgruźliczych.

Zmiana ustroju społecznego po wojnie, wyzwolenie klasy robotniczej, do której przeszła władza, powstanie ustroju demokracji ludowej jako ustroju przejściowego w drodze do socjalizmu — zmieniają gwałtownie cechy, bazy ekonomiczno-społecznej w naszym kraju. Okoliczności te musiały zaważyć i rzeczywiście decydująco zaważyły, zgodnie z prawami dialektyki materialistycznej, na rozwoju nadbudowy jaką jest służba zdrowia, a więc i na organizacji walki z gruźlicą, jako częścią służby zdrowia.

Znikło bezrobocie, ogromnie wzrosła liczba zatrudnionych i ubezpieczonych na wypadek choroby. Za przykładem Związku Radzieckiego nowoutworzone Ministerstwo Zdrowia objęło całość organizacji służby zdrowia. Lecznictwo otworzyło dla całej ludności pracującej i ich rodzin zostało scalone i obecnie zespala się z lecnictwem zakładowym. Przed organizacją przeciwgruźliczą stanęły inne i większe znacznie zadania, lecz jednocześnie zostały dla niej stworzone znacznie lepsze i większe możliwości.

Dziś podniesienie zdrowotności szerokich mas pracujących i ich rodzin jest jednym z ważnych zadań Rządu. Zapobieganie zakażeniu, zapadaniu na gruźlicę, podniesienie produktywności ozdrowieńców jest dziś zadaniem i obowiązkiem Ministerstwa Zdrowia, a zatem i całej służby zdrowia i całej organizacji przeciwgruźliczej.

Tak więc rozwój walki z gruźlicą doznał głębokiego rewolucyjnego przekształcenia; jesteśmy świadkami nie biernymi bynajmniej tych przekształceń, obserwujemy zjawisko w ruchu i rozwoju.

Jak wygląda służba zdrowia jako jeden z elementów nadbudowy w obecnym okresie?

Wojna i okupacja faszystowska pozostawiły nam skąpe szczątki aparatu organizacyjnego, materiałowego i kadrowego. Trzeba było tworzyć od podstaw całą służbę zdrowia, a w tym i akcję przeciwgruźliczą, wykorzystując co można było wykorzystywać, przekształcając odpowiednio do wymagań zmienionej bazy i jednocześnie tworząc nowy typ instytucji i kadr w oparciu o istniejący stan realny.

Jest to połączone z koniecznością przekształcenia świadomości obywateli w sensie przerobienia całego nastawienia psychicznego na myślenie socjalistyczne, a w następstwie i pracę w formie i treści socjalistyczną.

W zakresie walki z gruźlicą oznacza to, że z pozycji traktowania tej walki jako pomocy filantropijnej lub źródła praktyki prywatnej przechodzimy do ujęcia jej jako obowiązku społecznego.

W tej chwili obok szybko i bujnie rozwijającej się medycyny socjalistycznej istnieje jeszcze zanikająca medycyna prywatna. Trudności obecnego okresu są dosyć duże i zależą przede wszystkim od niedostatecznej liczby wykwalifikowanych kadr, które decydują zarówno o stylu pracy jak i o wynikach. Stwierdzamy stały postęp w wyrównywaniu tych braków, stwierdzamy jednak obok tego stałe narastanie zapotrzebowania, wynikające z rozszerzenia akcji i dążenia do podniesienia jakości pracy przeciwgruźliczej.

Żeby sprostać zadaniom, należy za przykładem szerokich mas robotniczych dążyć do jak największej racjonalizacji w pracy przeciwgruźliczej. Referaty obecnego Zjazdu mają także na celu dać wytyczne dla racjonalizacji pracy, np. poradni przeciwgruźliczej. Każda instytucja, każdy pracownik akcji przeciwgruźliczej powinien przyjąć udział w tej racjonalizacji, której szerokie zastosowanie wpłynie wybitnie na przyspieszenie wykonania Planu Sześcioletniego na odcinku walki z gruźlicą. Wykonanie Planu Sześcioletniego będzie wielkim krokiem naprzód, który wpłynie już decydująco na naszą bazę ekonomiczną, przybliży nadejście ustroju socjalistycznego.

Jak będzie wyglądać walka z gruźlicą w epoce socjalistycznej?

Baza ekonomiczna będzie wtedy wystarczająca dla sprostania wszystkim potrzebom społeczeństwa.

Trudno jest przewidzieć w każdym szczególe, jak będzie przedstawiać się w przyszłości rozpoznawanie i leczenie gruźlicy, ponieważ każde odkrycie może decydująco zmienić nasze metody postępowania, w zarysie organizacyjnym można jednak przewidzieć kierunek rozwoju; niektóre jego etapy są zresztą już obecnie realizowane, inne będą zrealizowane w najbliższej przyszłości.

Walka z gruźlicą zaczyna się od urodzenia nowego obywatela, a ściślej przed przyjściem na świat, jako opieka antenatalna. Opieka ta łączy się organicznie z opieką zdrowotną nad przyszłą matką. Racjonalnie przeprowadzony powszechny system szczepień ochronnych zmniejsza zapadalność na gruźlicę.

Masowa fluorografia umożliwia wczesne wykrywanie zmian i pozwala na wczesne leczenie. Udoskonalone metody diagnostyczne, upowszechniane szybko przez socjalistyczną służbę zdrowia, pozwalają na daleko wcześniejsze niż dziś rozpoznawanie zmian gruźliczych we wszystkich narządach. Każde odkrycie naukowe jest szybko stosowane w szerokiej praktyce. Rozwój naukowy chemoterapii dostarcza szeregu skutecznych leków przeciwgruźliczych. Leczenie metodami mechanicznymi, to znaczy kolapsoterapią, przechodzi do historii.

Stosunek lekarza do chorego wymaga pewnej określonej postawy psychicznej, charakteryzującej się bezinteresownością, życzliwością, sumiennością i bezwzględnym oddaniem się sprawie chorego oraz sprawie ochrony zdrowia obywateli; można powiedzieć, że stosunek ten powinien być taki, jaki ma dobry odpowiedzialny pracownik w fabryce do swego zakładu. Zmiana psychiki jest konsekwentnym wynikiem zmiany bazy.

Zmiany bazy zmieniają nadbudowę, lecz i odwrotnie: nadbudowa wywiera wpływ na bazę: „Nadbudowa wyrasta z bazy, ale nie znaczy to bynajmniej, że jest ona tylko odbiciem bazy, że jest bierna, neutralna, że zachowuje się obojętnie wobec losu swojej bazy, wobec losu klas, cha-

rakteru ustroju. Przeciwnie, skoro się zjawia, staje się ogromną aktywną siłą, aktywnie dopomaga swej bazie w kształtowaniu się i utrwalaniu, czyni wszystko, aby pomóc ustrojowi w dobiegu i zlikwidowaniu starej bazy i starych klas“*.

Tak i organizacja walki z gruźlicą w zakresie swojej możliwości wpływa w naszym ustroju na swoją bazę ku pożytkowi bazy. Zapobiegając zakażeniu i zapadaniu wpływa na podniesienie zdrowotności, a przez to na wydajność pracy ogółu ludności pracującej i zdrowotności jej rodzin, przyczynia się do obniżenia kosztów leczenia, zasiłków chorobowych, zmniejszenia czasu niezdolności do pracy, zwiększa produktywizację ozdrowieńców — jednym słowem — wzbogaca bazę.

Pierwszym etapem na drodze do socjalizmu jest wykonanie i przekroczenie Planu Sześcioletniego.

Każdy, kto pracuje w dziedzinie walki o podniesienie zdrowotności naszego kraju, kto walczy o wykorzenienie gruźlicy — ma obowiązek całym wysiłkiem walczyć na powierzonym mu odcinku — o wykonanie i przekroczenie tego planu.

Dzieło budowy socjalizmu rozwijać się może tylko pod słońcem pokoju: każdy z nas wraz z setkami milionów ludzi pracy na całym globie ziemskim powinien być aktywnym bojownikiem pokoju i postępu i wiedzieć, że postęp i pokój musi zwyciężyć.

* Józef Stalin (Marksizm a zagadnienie językoznawstwa, Warszawa, 1950, Wyd. Książka i Wiedza).

TADEUSZ URBAŃSKI

Warszawa

PRACE Z PRACOWNI SYNTEZY LEKÓW PRZECIWGRUŻLICZYCH INSTYTUTU GRUŻLICY

Część I, II, III

W s t ę p

Prace Oddziału Chemoterapii Instytutu Gruźlicy prowadzone są w trzech placówkach:

1. Pracowni Chemicznej (przy Politechnice Warszawskiej, Kierownik Prof. Dr T. Urbański).
2. Pracowni Bakteriologicznej (przy Śląskiej Akademii Medycznej, Kierownik Prof. Dr S. Ślopek).
3. Pracowni Farmakologicznej (przy Akademii Medycznej w Warszawie, Kierownik Dr J. Venulet).

Organizacja prac polega na tym, że Pracownia Chemiczna przyrządza próbki substancji, które następnie są badane *in vitro* w Pracowni Bakteriologicznej wobec *Mycobacterium*. W razie wyników zachęcających substancję bada następnie Pracownia Farmakologiczna, określając przede wszystkim jej toksyczność. Jeżeli toksyczność nie jest duża, wówczas substancja wraca do Pracowni Bakteriologicznej celem określenia skuteczności *in vivo* w stosunku do gruźlicy eksperymentalnej u zwierząt.

W razie dodatnich wyników substancję przesyła się do szczegółowego zbadania w Pracowni Farmakologicznej pod względem farmakodynamicznym i w razie dobrej tolerancji u zwierząt przechodzi do wstępnych badań klinicznych.

Prace objęły dotychczas, tj. przez pierwsze dwa lata istnienia (od maja 1949 do maja 1951), przyrządzenia około 110 substancji, z których wszystkie były zbadane *in vitro*, 14 substancji zbadano *in vivo*, a 40 substancji zbadano pod względem farmakodynamicznym.

Wszystkie badane substancje można podzielić pod względem chemicznym na szereg grup, opisanych poniżej.

Część I. Kwasy hydroksamowe

Doświadczenia wykonane przez Pracownię wykazały, że kwas salicylohydroksamowy (1 preparat T 2) ma wyraźnie właściwości przeciwgruźlicze *in vitro* i *in vivo* (T. Urbański, Nature, 166, 276, 1950; Gruźlica 206, 1950), dało to asumpt do przyrządzenia całej serii kwasów hydroksamowych i ich pochodnych:

T A B E L A I

Znak	N a z w a	Działanie		Toksyczność g/kg
		<i>in vitro</i> (mg ‰)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)	
T 2	Kwas salicylohydroksamowy	5 — 30	66	
T 26	Kwas N-acetylo-salicylo- hydroksamowy	125 — 250	79	
T 27	Sól sodowa T 26	60 — 250	61	
T 39	Kwas bromosalicylohydro- ksamowy	60 — 250		p.o. 3,5
T 40	Sól sodowa T 40	15 — 30	65	szczury s.c. 0,8 i.o. 0,12
T 95	Kwas o-krezotynohydroksa- mowy	15		
T 97	Kwas m-krezotynohydroksa- mowy	62,5		
T 100	Kwas p-krezotynohydroksa- mowy	62,5 — 125		w robocie szczury p.o. 2,5
T 106	Kwas 2-hydroksy- 3-naftohydroksamowy. . .	7,8 — 15,6		

Prócz tego przyrządzono również szereg substancji zawierających grupę hydroksylaminową, a więc:

T 60 — Kwas p-hydroksylamino-benzoesowy,

T 107 — Kwas fenylo-hydroksylamino-propionowy.

Obydwie substancje wykazują względnie słabe działanie przeciwegruźlicze *in vitro* i badania nad tymi substancjami nie były dalej prowadzone.

Z tą samą grupą związane są genetycznie preparaty:

T 32 — Amid kwasu salicylowego,

T 34 — N-(hydroksymetylo)-amid kwasu salicylowego.

Obydwie substancje wykazały bardzo słabe działanie przeciwegruźlicze.

Ze wszystkich związków grupy I najciekawsze wyniki uzyskano z kwasem bromo-salicylo-hydroksamowym (preparat T 39 i T 40). Tak więc śmiertelność morskich świnek leczonych tym preparatem wynosiła około 20% (przy leczeniu streptomycyną — 10%, kontrolne — 90%), a przeciętny okres przeżycia wynosił 80,2 dni (przy streptomycynie 84,4 dni, a kontrolne 47,2 dni). Substancja ta jest obecnie w badaniach klinicznych.

Część II. Nitrozwiązki

Zupełną nowością w chemoterapii gruźlicy jest grupa nitrozwiązków alifatycznych i heterocyklicznych. Szczególnie interesujące są nitrowe pochodne tetrahydrooksazyny, przyrządzone po raz pierwszy przez Hirsta, J. K. N. Jonesa i T. Urbańskiego i innych w 1947 r. (J. Chem. Soc. 1947, 924; 1949, 1766).

Okazało się, że większość tych substancji jest dość silnie czynna *in vitro*. Próby *in vivo* wypadły dodatnio tylko dla kilku substancji, które okazały się słabo toksyczne.

T A B E L A I I
Nitrozwiązki alifatyczne i heterocykliczne

Znak	N a z w a	Działanie		Toksyeczność g/kg
		<i>in vitro</i> (mg ‰)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)	
T 51	Dwu-(hydroksymetylo)- nitro-etan	30 — 125	77	mysz s.c. 5
T 50	Dwu-(hydroksymetylo)- nitro-propan	30 — 60	94	mysz s.c. 1
T 92	Dwu-(hydroksymetylo)- fenglo-nitrometan	30 — 60		szczury i.v. 0,3
T 53	Hydroksymetylo-2-nitropropan	500		szczury i.v. 1,4
T 41	5-nitro-5-etylo-tetrahydro-1.3- oksazyna (chlorowodorek) .	7.5 — 125	44	szczury i.v. 0,6 „ s.c. >2
T 42	Metylo jodek substancji T 41	500		
T 43	2-fenglo-5-nitro-5/-4 karboksy- fenglo-1-amino-metylo-1.3- dioksan			
T 46	Sól sodowa substancji T 43 .	125 — 500		
T 47	Hydroksymetylo-2.4-dwunitro- 4-hydroksy-metylo-2-etylo- heksyloamino (chlorowo- dorek)	7.5 — 60	75	szczury i.v. 0,7 s.c. 2.0
T 48	Bis-(2-nitro-hydroksymetylo- butylo)-amina (chlorowo- dorek)	7,5 — 60	83	mysz s.c. 0,6
T 49	5-nitro-5-etylo-tetrahydro 3- metylo-1.3-oksazyna (chloro- wodorek)	7,5 — 30	83	mysz i.v. 0,6
T 52	Bis-(2-nitroizobutylo)-amina (chlorowodorek)	15 — 125		szczury i.v. 0,3
T 78	5.7-dwunitro-3-hydroksymetylo- 5.7-dwumetylo-1-oksa-3-azo- cyklooktan		86	szczury p.o. >3,0
T 79	2-nitro-2-hydroksymetylo- butylo)-tetrahydro-1.3-oksa- zyna		72	szczury p.o. 3,0 s.c. 2,6
T 83	Bis-(2-nitro-hydroksymetylo- propylo)-amino (chlorowo- dorek)	15 — 30		szczury i.v. 0,6
T 91	Bis-(5-nitro-5-metylotetrahydro- 1.3-oksazylo)-metan			szczury p.o. > 3,0

Znak	N a z w a	Działanie		Toksyčność g/kg
		<i>in vitro</i> (mg ‰)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)	
T 93	Mono-benzoesan trój-(hydroksymetylo) nitrometan . . .	250		
T 96	3-Nitro-3-hydroksymetylobutylo-amina (chlorowodorek)	62		szczury i.v. 1,0
T 102	Bis-(N-metylo-dwuhydrochinolylo-nitrometan	62		w robocie
T 57	w-Nitrostyren	5 — 15		świnki morskie p.o. 0,6 myszy 0,15

T A B E L A III

Znak	N a z w a	Działanie		Toksyčność g/kg
		<i>in vitro</i> (mg ‰)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)	
T 28	Monohydrat N-sulfo-N-(5-chinolylo-8-hydroksy)-hydroksyloaminy	5 — 30	64	szczury i.v. 1,0 s.c. 1,5 p.o. ponad 3
T 61	5.7. dwuamino-8-hydroksychinolina ,	2,5 — 15		szczury i.v. 0,02 s.c. 0,03 p.o. 0,5
T 62	5-amino-hydroksychinolina	2,3 — 5		szczury i.v. 0,06 s.c. 0,11 p.o. 0,5
T 63	5-sulfo-hydroksychinolina	500		szczury i.v. 1,2 s.c. 2,0 p.o. ponad 5
T 94	Sól sodowa T 63	125 — 250		
T 64	8-hydroksychinolina	5 — 15		
T 65	Siarczan 8-hydroksychinoliny (chinoxol)	2,5 — 5		
T 67	6.7-dwuchloro-5. 8-dwuhydroksy-chinolina	2		szczury i.v. 0,02
T 70	5.7-dwuchloro-8-hydroksychinolina			szczury p.o. 6

Pośród substancji podanych w tabeli II najciekawsze wyniki uzyskano więc z preparatami: T 41, T 47, T 51. Szczególnie interesujące wyniki *in vitro*, zbliżone do streptomycyny, dał preparat T 41.

Obecnie są w toku prace przygotowawcze do przyrządzenia tej substancji w większej ilości.

Nadto spośród nitrozwiązków zbadano *in vitro* z wynikiem ujemnym tzw. nitrogesarol (T 58), tlenek trójmetylo-aminy (T 98).

Część III. Pochodne chinoliny

Znane antyseptyczne właściwości 8-hydroksychinoliny (tzw. chinazol) pobudziły nas do poszukiwania środka przeciwgruźliczego wśród pochodnych tej substancji.

Przyrządzono szereg pochodnych 8-hydroksychinoliny w nadziei, że będą one miały mniejszą toksyczność, zachowując działanie przeciwgruźlicze, charakteryzujące 3-hydroksy-chinazolinę.

Wyniki badań podaje tabela III.

Najciekawsze wyniki (silne działanie przeciwgruźlicze i niska toksyczność u zwierząt) dał preparat T 28.

Wobec tego poddano go dokładniejszym badaniom farmakodynamicznym. Badania te potwierdziły początkową obserwację o niskiej toksyczności przetworu. W związku z tym rozpoczęto doświadczenia kliniczne. Okazało się jednak, że tolerancja substancji u ludzi jest niedostateczna i doświadczenia na razie wstrzymano.

BARBARA SERAFINOWA

Warszawa

Część IV, V

Część IV. Tiosemikarbazony

Dalszą grupę związków przyrządzanych przez Pracownię Chemiczną Instytutu Gruźlicy do testów przeciwgruźliczych stanowią tiosemikarbazony i zbliżone do nich pod względem chemicznym pochodne guanidyny.

Punktem wyjściowym tych prac było działanie przeciwgruźlicze tiosemikarbazonów aldehydów aromatycznych, stwierdzone w r. 1946 przez Domagka, zwłaszcza zaś tiosemikarbazonu p-acetamino-benzaldehydu. Preparat ten przyrządzaliśmy również w naszej Pracowni (T 10), jednakże nie zajmowaliśmy się nim bliżej wobec tego, że jest to substancja znana pod względem właściwości przeciwgruźliczych *in vitro*, *in vivo*, a także w badaniach klinicznych. Przyrządziliśmy natomiast kilka analogów „Tebazydu“, a mianowicie:

tiosemikarbazon p-aminobenzaldehydu (T 9), tiosemikarbazon ald. salicylowego (T 15), i tiosemikarbazon ald. p-nitro salicylowego (T 80), dalej guanylowy analog „Tebazydu“ — guanylohydrazon p-acet-aminobenzaldehydu (T 16) i 2,4-dwunitrofenylohydrazon p-nitro-benzaldehydu (T 90). Z grupy tej najciekawszy okazał się preparat T 15, tzn. tiosemi-

karbazon aldehydu salicylowego, pozostałe substancje wykazują niską aktywność *in vitro*.

W r. 1949 ukazała się obszerna publikacja E. Hoggartha i współpracowników (Brit. J. Pharmacol. 4, 248), którzy przyrządzili i zbadali aktywność przeciwcruźliczą około 100 pochodnych tiosemikarbazydu i jego analogów, wobec tego Pracownia nasza zaniechała dalszych prac w tym kierunku.

Część V. Pochodne guanidyny

Biorąc pod uwagę fakt występowania 2 reszt gaunidynowych w cząsteczce streptomycyny przystąpiliśmy do prac badawczych nad aromatycznymi pochodnymi guanidyny i biguanidu.

Dotychczasowe, bardzo nieliczne zresztą, próby wykonane z pochodnymi guanidyny *in vitro* nie są zachęcające. W r. 1948 Hoggarth i Martin badali szereg leków przeciwcruźliczych, wśród nich biguanidy typu N¹-acrylo-N⁵-alkilo-, przeciw prątkom gruźlicy z wynikiem ujemnym. Również guanidofenyloglukozydy okazały się nieaktywne *in vitro* (Latham i wsp., 1950).

Pracownia nasza rozpoczęła badania od przyrządzenia fenylobiguanidu (T 11), który wykazuje słabe działanie *in vitro*.

Dalej przystąpiono do studiów nad reakcjami aromatycznych aminokwasów z dwucyjandwuamidem, dążąc do otrzymania nowych karboksy-fenylobiguanidów. Stwierdzono, że kwas m-aminobenzoesowy i p-aminobenzoesowy reagują w roztworach kwaśnych z dwucyjandwuamidem dając substancje krystaliczne o charakterze zasadowym; budowa tych związków nie została jeszcze ustalona (prace w toku). Trzy z nich były badane *in vitro* z ujemnym wynikiem (T 73, T 74, T 81). Kwas o-aminobenzoesowy reaguje również z dwucyjandwuamidem, daje jednak w odróżnieniu od swych izomerów m- i p- związek dwupierścieniowy pochodny chinazoliny, mianowicie 2-guanylo-4-hydroksychinazolinę (T 75). Połączenie to reaguje z kwasem azotawym w sposób charakterystyczny dla grupy guanidynowej i przechodzi w 2-cyjanamino-4-hydroksychinazolinę (T 76). Pod działaniem kwasu solnego 2-guanylo-4-hydroksychinazolina ulega rozszczepieniu na 2-4-dwuhydroksychinazolinę (T 86) i chlorowodorek guanidyny.

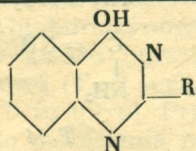
Opisane wyżej pochodne chinazoliny okazały się mało lub nieaktywne *in vitro* (próby *in vivo* w toku).

Dalej studiowano reakcje nitroamin i nitroaminokwasów aromatycznych z dwucyjandwuamidem; stwierdzono, że grupa nitrowa ma silny wpływ na przebieg reakcji i że nie jest ona ściśle analogiczna do przemiany amin i aminokwasów bez grupy nitrowej. Budowa otrzymanych zasad nie została jeszcze ostatecznie stwierdzona; badania nad ustaleniem ich konstytucji są w toku, jak również próby *in vitro* i *in vivo* (T 77).

Spośród znanych cyklicznych pochodnych guanidyny przyrządziliśmy i przekazali do badań *in vitro* kwas 3-amino-1.2.4-triazolo-5-karbonowy (T 89), 2-merkapto-4- (tetrahydroksybutylo)- imidazol (T 25), ponadto nitroguanidynę (T 54) i nitromocznik (T 56); wszystkie te substancje są nieaktywne *in vitro*.

T A B E L A IV

Znak	N a z w a	Działanie		Toksyczność g/kg
		<i>in vitro</i> w stężeniu mg ^o / _o	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)	
T 9	Tiosemikarbazon p-amino- benzaldehydu	500 mg ^o / _o		
T 10	Tebazyd			
T 15	Tiosemikarbazon ald. salicylowego	15—125		p. o. szczury 2 g/kg
T 80	Tiosemikarbazon ald. p-NO ₂ -salicylowego			
T 16	Guanylohydrazon p-acetamino-benzaldehydu.			
T 90	2,4-dwunitrofenylohydrazon p-nitrobenzaldehydu	500		
T 71	Fenylbiguanid	60—250		
T 72	Chlorowodorek p-nitrofenyloguanylonocznika			
T 75	2-guanylo-4-hydroksy- chinazolina	60—250		
T 76	2-cyjanamino-4- hydroksychinazolina			
T 86	2,4-dwuhydroksychinazolina .	500		
T 77	Chlorowodorek 2-guanylo- 4-hydroksy-7-nitro- chinazoliny			
T 89	Kwas 3-amino-1,2,4-triazolo- 5-karbonowy	500		i. o. szczury 1,8 g/kg
T 25	2-merkpto-4-tetrahydro- ksybutylo-imid-azol	250—500		p. o. szczury 1,0 g/kg
T 54	Nitroguanidyna	500		i. o. myszy 0,2 g/kg
T 56	Nitromocznik	500		s. c. „ 2,0 g/kg



T 75

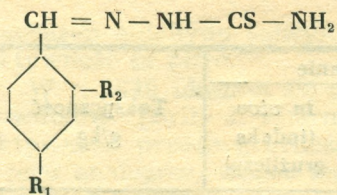
R = -NH-C-NH₂
NH

T 76

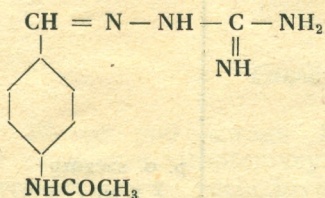
R = -NH-CN

T 86

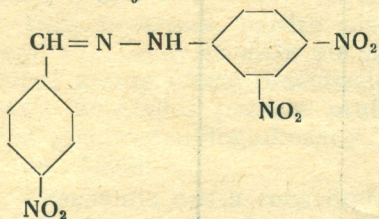
R = -OH



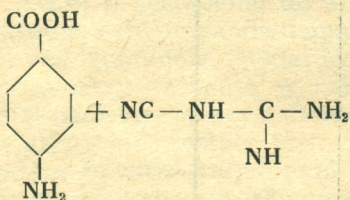
T 10	R ₁ = — NHCOCH ₃	R ₂ = H
T 9	R ₁ = — NH ₂	R ₂ = H
T 15	R ₁ = H	R ₂ = — OH
T 80	R ₁ = — NO ₂	R ₂ = H



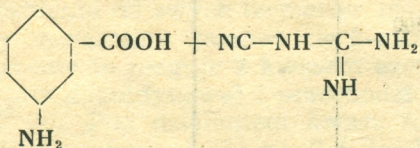
T 16



T 90

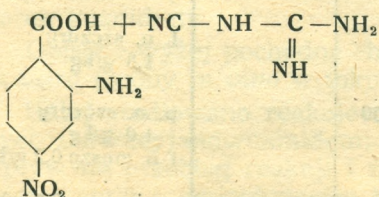


T 74

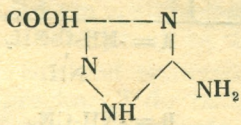


T 73

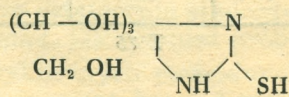
(T 81 chlorowodorek)



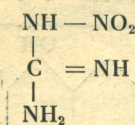
T 77



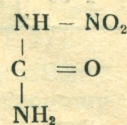
T 89



T 25



T 54



T 56

Część VI, VII, VIII, IX

Część VI. Grupa sulfonów

Znane jest działanie przeciwegruźlicze pochodnych sulfonowych, z których tibatina, promisol, promin, sulfetron przez pewien czas stosowane były klinicznie. Sulfetron jest siarczynowanym produktem kondensacji dwuamino-dwu-fenylo-sulfonu z aldehydem cynamonowym. Wykonaliśmy syntezę produktu podobnego kondensując dwuamino-dwu-fenylosulfon z aldehydem salicylowym (acetylowanym). Należało sądzić, że wprowadzenie do cząsteczki grupy salicylowej zwiększy jej działanie bakteriologiczne. Istotnie, otrzymany związek (T_3 i jego sól sodowa T_4) wykazał dobre działanie bakteriologiczne przeciw *TBC in vitro* (5—15 mg% *in vitro*).

Do tej samej grupy związków należy zaliczyć dwie substancje (T_{12} i T_{13}), w których pomiędzy grupą aminową a grupą sulfonową znajduje się: grupa metylenowa (T_{21}) -bis-formaldehido-sulfoksylan-benzydyny) i grupa o-hydroksybenzylowa w T_{13} . Substancje te wykazały słabe działanie przeciw *TBC in vitro* (60—250 mg%).

Część VII. Grupa kwasu nikotynowego i pochodnych pirydyny

Znane jest działanie pochodnych kwasu nikotynowego jako substancji farmakologicznie czynnych. Chodziło nam o zsyntetyzowanie i zbadanie właściwości farmakologicznych szeregu pochodnych pirydyny, zbliżonych w budowie do znanych pochodnych aromatycznych, wykazujących działanie bakteriostatyczne. Pozycja 3 w pirydynie przypomina pod względem działania fizjologicznego pozycję para do grupy aminowej w pierścieniu benzenowym. Wobec tego było rzeczą interesującą, czy kwas 2-hydroksynikotynowy (T_5), który można uważać za odpowiednik PAS-u w pochodnych pirydyny, będzie wykazywał działanie bakteriostatyczne. Związek ten i jego sól sodowa (T_6) działa bardzo słabo bakteriostatycznie. Zsyntetyzowany również kwas 2-amino-nikotynowy (T_{30}) działa bardzo słabo. Natomiast kwas 3-amino-pikolinowy (T_{69}) działa silnie bakteriostatycznie przeciw *TBC* (od 5 mg% *in vitro*). Na przeszkodzie do zastosowania tej substancji stoi jej wysoka toksyczność.

Część VIII. Grupa kwasu bursztynowego

Opierając się na właściwościach działania tuberkulostatycznego pochodnych kwasu bursztynowego wykonano syntezę szeregu pochodnych, mono-anilidów kwasu bursztynowego. Kwas sukcyntylo-anilinowy (T_{17}) i jego sól sodowa (T_{18}) wykazały słabe działanie *in vitro* przeciw *TBC* (125—250 mg% *in vitro*). Przypuszczaliśmy, że wprowadzenie grupy hydroksylowej do pierścienia powinno zwiększyć działanie bakteriostatyczne. Pochodna hydroksylowa kwasu sukcyntylanilinowego, w której grupa

hydroksy znajduje się w położeniu meta do aminowej (T_{19} i sól sodowa T_{20}) wykazuje bardzo słabe działanie przeciwgruźlicze (125—250 mg% *in vitro*). Podobne działanie wykazuje związek z grupą hydroksylową w położeniu orto (T_{103}): 7—60 mg% *in vitro*. Natomiast pochodna para (T_{104}) wykazuje silne działanie przeciw TBC *in vitro* (10—15 mg% *in vitro*). Cykliczny anilid kwasu bursztynowego, sukcydanil, wykazał bardzo słabe działanie przeciwgruźlicze.

Część IX. Grupa kwasów i amin aromatycznych

Znane jest działanie bakteriostatyczne kwasu salicylowego. Kwas salicylowy preparowany był jako środek do leczenia gruźlicy u ludzi.

Przypuszczaliśmy, że wprowadzenie drugiej grupy hydroksylowej do kwasu salicylowego powinno zwiększyć działanie bakteriostatyczne tego związku. Zsyntetyzowany kwas rezorcylowy (T_{22}) i jego sól sodowa (T_{23}) działają bakteriostatycznie w stężeniu 15—250 mg% *in vitro*.

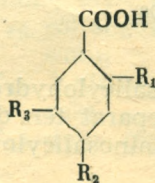
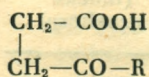
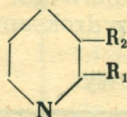
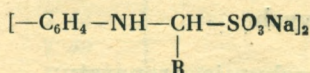
Zbadaliśmy również właściwości kwasów helidonowego (T_{36}) i helidamowego (T_{38}). Gdyby się okazało, że kwasy te mają działanie bakteriostatyczne, mogłyby one być punktem wyjścia do dalszych syntez. Oba kwasy działają jednak bardzo słabo przeciw TBC *in vitro* (250—500 mg%).

Zsyntetyzowaliśmy również i zbadaliśmy kwas o-acetamino-p-amino-benzoesowy (T_{87}) oraz kwas o-acetamino-p-nitrobenzoesowy (T_{88}) w tej myśli, że gdyby się okazało, że substancje te wykazują działanie przeciwgruźlicze, mogłyby one być punktem wyjścia do dalszych syntez. Oba związki wykazują bardzo słabe działanie przeciwgruźlicze (500 mg% *in vitro*).

T A B E L A 5

Znak	N A Z W A	Działanie		Toksyczność g/kg
		<i>in vitro</i> (mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)	
T_3	Bis (o-acetoksy-benzylu amino-sulfo)-p. p, dwufenylo-sulfon			
T_4	Sól sodowa T_3	2 — 15 m%	72	
T_{12}	Sól dwu sodowa-bis (formaldehydo-sulfoksyłanu benzylowy)	30 — 250		
T_{13}	Kwas N (o-hydroksy-benzylu) anilino-sulfonowy			
T_5	Kwas-hydroksy-nikotynowy . .	> 500		
T_6	Sól sodowa T_5			
T_{30}	Kwas amino nikotynowy . .	> 500		i.v. 2,5
T_{69}	Kwas 3 amino pikolinowy . .	5 —		i.v. 0.12
T_{17}	Kwas sukcydanilowy	125 — 250		
T_{18}	Sól sodowa T_{17}	250 — 500		

Znak	N A Z W A	Działanie		Toksyczność g/kg
		<i>in vitro</i> (mg ‰)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)	
T 19	Kwas-m-hydroksy-sukcyn- anilinowy	125 — 250		
T 20	Sól sodowa T19	> 500		
T 21	N-fenolo-sukcyn imid	> 500		
T 103	Kwas o-hydroksy-sukcyn- anilinowy	7 — 60		
T 104	Kwas p-hydroksy-sukcynanili- nowy	125		
T 22	Kwas-rezorcylowy	125 — 250		
T 23	Sól sodowa T22	15 — 250		
T 36	Kwas chelidonowy	250 — 500		
T 38	Kwas chelidamowy	< 500		
T 87	Kwas-o-acetyloamino p-amino- benzoesowy	< 500		
T 88	Kwas-o-acetoamino-p-nitro- benzoesowy	< 500		
T 99	Kwas-5 mino-salicylowy	250		

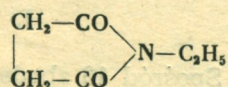


T 12 R = H
T 13 R = —

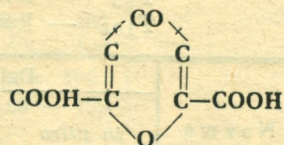
T 5 R₁ = OH
R₂ = COOH
T 30 R₁ = NH₂
P₂ = COOH
T 69 R₁ = COOH
R₂ = NH₂

T 17 R = —NH C₆H₅
T 19 R = m.OH
C₆H₅—
T 103 R = o.OH
C₆H₅—
T 104 R = p.OH C₆H₅—

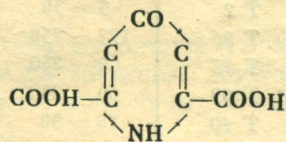
T 22 R₁ = R₂ = OH
T 87 R₁ = NH.COCH₃;
R₂ = NH₂
T 88 R₁ = NH.COCH₃;
R₂ = NO₂
T 99 R₁ = OH; R₂ = H;
R₃ = NH₂



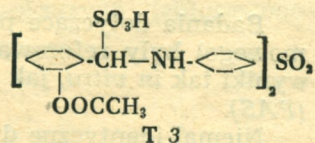
T 21



T 36



T 38



WYNIKI UZYSKANE W PRACOWNI BAKTERIOLOGICZNEJ WSPÓLPRACUJĄCEJ Z PRACOWNIĄ SYNTEZY LEKÓW PRZECIWGRUŻLICZYCH INSTYTUTU GRUŻLICY

Pracownia istnieje od 1 stycznia 1950 r. przy Zakładzie Mikrobiologii Śląskiej Akademii Medycznej w Rokitnicy.

W tym czasie wykonano badania 89 preparatów, z tego 70 przebadano *in vitro*, a 14 *in vivo*.

Badania *in vitro* prowadzono na podłożach sztucznych metodą probówkową wobec 6 różnych szczepów prątków saprofitycznych, a w niektórych przypadkach również wobec prątków gruźlicy (H_{37} Rv, Ravenel, typ ptasi, BCG). Razem *in vitro* wykonano około 600 badań.

Badania *in vivo* prowadzono na białych myszkach i morskich świnkach zakażanych prątkami gruźlicy (H_{37} Rv). Razem wykonano 29 serii na zwierzętach (275 białych myszek i 430 morskich świnek). Poza tym w 10 seriach badano wpływ niektórych preparatów wobec zarazka duru plamistego (*R. Prowazeki*). Badania te wykonano na 160 myszkach.

Wyniki uzyskane w badaniach *in vitro* i *in vivo* w poszczególnych grupach badanych preparatów:

I. Grupa kwasów hydroksamowych

Spośród 13 zbadanych preparatów na uwagę zasługują preparaty:

- T_2 — sól sodowa kwasu salicylohydroksamowego,
- T_{40} — sól sodowa kwasu bromo-salicylohydroksamowego,
- T_{95} — kwas o-krezotyno-hydroksamowy,
- T_{106} — kwas 2.hydroksy-3.naftohydroksamowy.

N a z w a	Działanie		N a z w a	Działanie	
	<i>in vitro</i> mg %	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)		<i>in vitro</i> mg %	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)
T_2	5 — 30	66	T_{100}	62.5 — 125	
T_{26}	125 — 250	79	T_{106}	7.8 — 15.6	
T_{27}	60 — 250	61	T_{60}	30 — 125	
T_{39}	60 — 250		T_{107}	62.5 — 125	
T_{40}	15 — 30	65	T_{32}	250 — 500	
T_{95}	15 —		T_{54}	12.5 — 500	
T_{97}	62.5				

Badania dotyczące preparatu T_2 (sól sodowa kwasu salicylohydroksamowego) były referowane na poprzednim Zjeździe. Preparat ten dawał wyniki tak *in vitro*, jak *in vivo* zbliżone do kwasu paraaminosalicylowego (PAS).

Niemal identyczne działanie z preparatem T_2 w doświadczeniu *in vivo* dały preparaty T_{27} i T_{40} . Aktywność tych związków *in vitro*, zwłaszcza preparatu T_{27} , była nieco słabsza niż preparatu T_2 .

II. Grupa związków nitrowych

Na 22 zbadane preparaty u 8 stwierdzono silne działanie bakteriostyczne w stosunku do prątków. Są to preparaty:

- T*₄₁ 5-nitro, 5-etylo-tetrahydro-1.3-oksazyna (chlorowodorek),
*T*₄₉ 5-nitro, 5-etylo-tetrahydro-3-metylo-1.3-oksazyna (chlorowodorek),
*T*₄₇ hydroksymetylo-2. 4-dwunitro- 4-hydroksymetylo- 2-etyloheksyloamina (chlorowodorek),
*T*₄₈ bis- (2-nitro-hydroksymetylo-butylu) -amina (chlorowodorek),
*T*₈₃ bis- (2-nitro-hydroksymetylo-propylo) -amina (chlorowodorek),
*T*₅₀ dwu- (hydroksymetylo) -nitro-propan,
*T*₅₁ dwu- (hydroksymetylo) -nitro-etan,
*T*₅₇ w-nitrostyren.

N a z w a	Działanie		N a z w a	Działanie	
	<i>in vitro</i> (w mg ‰)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)		<i>in vitro</i> (w mg ‰)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)
<i>T</i> 41	7.5 — 125	44	<i>T</i> 57	5 — 15	
<i>T</i> 42	pow. 500		<i>T</i> 58	—	
<i>T</i> 43	—		<i>T</i> 78	—	86
<i>T</i> 46	125 — 500		<i>T</i> 79	—	72
<i>T</i> 47	7.5 — 60		<i>T</i> 83	15 — 30	
<i>T</i> 48	7.5 — 60	83	<i>T</i> 91	—	
<i>T</i> 49	7.5 — 30	83	<i>T</i> 92	30 — 60	
<i>T</i> 50	30 — 60	94 (62, 73)	<i>T</i> 93	250 — 500	
<i>T</i> 51	30 — 125	77 (60, 80)	<i>T</i> 96	60 — 125	
<i>T</i> 52	15 — 125		<i>T</i> 98	pow. 500	
<i>T</i> 53	pow. 500		<i>T</i> 102	60 — 125	

In vivo najciekawsze jednak wyniki uzyskano z preparatem *T*₄₁, nieco tylko słabsze niż przy podawaniu streptomycyny (indeks 44 przy 22 dla streptomycyny i 100 dla kontroli).

Przy omawianiu preparatów grupy nitrowej trzeba wspomnieć o dość silnym działaniu niektórych preparatów tej grupy na zakażenia, wywołane zarazkiem duru osutkowego w doświadczeniu na białych myszkach. Działanie takie stwierdzono z preparatów:

- T*₄₆ sól sodowa 2-fenilo-5-nitro-4-karboksy-fenilo-1-metylo-1.3-dioksanu,
*T*₄₉ 5-nitro- 5-etylo-tetrahydro-3-metylo-1.3-oksazyna (chlorowodorek),
*T*₅₁ dwu- (hydroksymetylo) -nitro-etan.

III. Grupa chinoliny

Z 9 zbadanych preparatów tej grupy 6 wykazało silne działanie bakteriologiczne *in vitro*. Są to preparaty:

T₂₈ monohydrat N-Sulfo-N (5-chinolylo— 8-hydroksy) -hydroksy-loaminy,

T₆₅ siarczan 8-hydroksychinoliny (chinoxol),

T₆₁ 5.7. dwuamino-8-hydroksychinolina,

T₆₂ 5-amino-8-hydroksychinolina,

T₆₄ sól sodowa 5-sulfo-8-hydroksy-chinolina,

T₆₇ 6.7-dwuchloro-5.8-dwuhydroksy-chinolina.

Nazwa preparatu	Działanie		Nazwa preparatu	Działanie	
	<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)		<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)
T 28	5 — 30	64	T 65	2.5 — 15	
T 61	2.5 — 15		T 67	2.5	
T 62	2.5 — 5		T 70	—	
T 63	pow. 500		T 94	125 — 250	
T 64	5 — 15				

Ze względu na wysoką toksyczność większości tych preparatów wykonano badania *in vivo* jedynie z substancjami T 28 i T 70.

Z badań tych wynika, że preparat T 28 w dawce 20 mg/kg podawany podskórnie nie działa toksycznie na świnkę morską (indeks gruźliczy 64). Wyższe dawki wywołują objawy podrażnienia miejscowego i ogólne objawy toksyczne w postaci wychudzenia, stłuszczenia narządów wewnętrznych.

Czynny *in vivo* okazał się również preparat T 70. Podawany *per os* (myszki białe) hamował wybitnie rozwój procesu gruźliczego (indeks 46), wykazywał jednak objawy toksyczne przy dawce 10 mg.

IV. Grupa tiosemikarbazonów

Z 7 przebadanych *in vitro* preparatów (trudnorozpuszczalne) jedynie preparat T 15 (tiosemikarbazon aldehydu salicylowego) był czynny.

Nazwa preparatu	Działanie		Nazwa preparatu	Działanie	
	<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)		<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)
T 9	pow. 500		T 16	—	
T 10	—		T 80	—	
T 14	—		T 90	pow. 500	
T 15	15 — 125				

Badań *in vivo* z preparatami tej grupy nie prowadzono.

V. Grupa guanidyny

Żaden z 13 badanych preparatów nie wyróżniał się działaniem *in vitro*. *In vivo* badań nie prowadzono.

Nazwa preparatu	Działanie		Nazwa preparatu	Działanie	
	<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)		<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)
T 25	250 — 500		T 75	60 — 250	
T 54	pow. 500		T 76	—	
T 56	pow. 500		T 77	—	
T 71	60 — 250		T 81	—	
T 72	—		T 86	pow. 500	
T 73	250 — 500		T 89	pow. 500	
T 74	—				

VI. Grupa sulfonów

Zbadano 7 preparatów. Najczynniejszy *in vitro* okazał się preparat T 4 (sól sodowa bis- (O-acetoksy-benzilo-amino-sulfo-) pp. dwufenylosulfonu).

Badania *in vivo*, wykonane na świnkach morskich, wykazały również jego dość dużą aktywność (indeks 72 przy dawce 20 mg/kg).

Nazwa preparatu	Działanie		Nazwa preparatu	Działanie	
	<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)		<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)
T 3	—		T 12	30 — 250	
T 4	2.5 — 15		T 13	—	
T 7	15 — 60		T 82	250 — 500	
T 8	—				

VII. Grupa kwasu nikotynowego i pochodnych pirydyny

Ze zbadanych 5 preparatów jedynie w przypadku preparatu T 69 stwierdzono dość silne właściwości bakteriostatyczne (kwas 3-aminopikolinowy). Ze względu na dużą toksyczność tego związku badań *in vivo* nie prowadzono.

Nazwa preparatu	Działanie	
	<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)
T 5	250 — 500	
T 6	—	
T 30	pow. 500	
T 68	pow. 500	
T 69	5 — 15	

VIII. Grupa kwasu bursztynowego

Spśród 7 badanych preparatów tylko dwa wykazywały działanie hamujące rozwój prątków, a to

T 103

i T 104

Badan *in vivo* z preparatami tej grupy nie prowadzono.

Nazwa preparatu	Działanie		Nazwa preparatu	Działanie	
	<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)		<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)
T 17	125 — 250		T 21	pow. 500	
T 18	250 — 500		T 103	7.5 — 60	
T 19	125 — 250		T 104	10 — 15	
T 20	pow. 500				

IX. Grupa kwasów i amin aromatycznych

Zbadano 6 preparatów. Żaden z nich nie wykazał wybitniejszego działania *in vitro*. Badan *in vivo* nie prowadzono.

Nazwa preparatu	Działanie		Nazwa preparatu	Działanie	
	<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)		<i>in vitro</i> (w mg %)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy)
T 22	125 — 250		T 38	pow. 500	
T 23	15 — 250		T 37	pow. 500	
T 36	250 — 500		T 33	pow. 500	

Reasumując dotychczasowe badania *in vitro* i *in vivo* należy podnieść, że niektóre z przebadanych preparatów wykazują dość znaczne działanie hamujące rozwój prątków gruźlicy *in vitro*, a także hamują rozwój procesu gruźliczego w doświadczeniach na białych myszkach i świnkach morskich. Do takich preparatów należą:

T 2, T, 27 i T 40 z grupy kwasów hydroksamowych,

T 41 z grupy związków nitrowych

T 28 z grupy chinoliny i

T 4 z grupy sulfonów.

Załączone zestawienie wykazuje nam aktywność tych preparatów *in vitro* i *in vivo* w porównaniu z działaniem streptomycyny i kwasu p. aminosalicylowego (PAS).

Preparat	D z i a ł a n i e		
	<i>in vitro</i> (w n.g. ‰)	<i>in vivo</i> (indeks gruźliczy	
		myszki	świnki
Streptomycyna	0.1 — 0.2 mg ‰	22 sc.	39 — 57 sc.
Pas	0.5 — 1.0	58 p.os.	
T 2	5 — 30	66 p.os.	
T 27	60 — 250		61 sc.
T 40	15 — 30		65 sc.
T 41	7.5 — 125	44 p.os.	49 sc.
T 28	5 — 30		64 sc.
T 4	2.5 — 15		72 sc.

per os dawka 10 mg/myszkę, sc. podskórnio 20 mg/kg

STANISŁAW HORNING i MARIA KRAKOWSKA

Kraków

KWAS SALICYLOHYDROKSAMOWY I JEGO POCHODNE W LECZENIU GRUŹLICY PŁUC I OPON MÓZGOWYCH

Nawiązuję do wniosków wysuniętych przez Stopczyka, który w leczeniu kombinowanym gruźlicy płuc odma i antybiotykami widzi wyraźny postęp. Słusznie będzie podać do wiadomości wyniki wstępnych doświadczeń klinicznych przeprowadzonych przez nas nad niektórymi nowymi chemoterapeutykami. Boddcem do naszych doświadczeń było stwierdzenie, że dłuższe stosowanie antybiotyków czy preparatu chemicznego wywołuje zwykle odporność prątków gruźlicy na lek i że często zachodzi potrzeba zmiany leku u tego samego chorego, u którego poprzednio zastosowany środek przestał działać leczniczo.

W doświadczeniach naszych zastosowaliśmy preparaty T_2 i T_{40} uzyskane przez prof. Urbańskiego i współpracowników w pracowni chemicznej Instytutu Gruźlicy, które przeszły próby laboratoryjne pracowni farmakologicznej (prof. Venulet) i mikrobiologicznej (prof. Slopka). Wyniki eksperymentalne *in vitro* i na zwierzętach upoważniły nas do zastosowania tych preparatów u ludzi.

Preparat T_2 (kwas salicylo-hydroksamowy) stosowaliśmy począwszy od kwietnia 1950 r. Pierwsze wyniki przedstawił jeden z nas na posiedzeniu Instytutu Gruźlicy w Warszawie w maju 1950 r. Do chwili obecnej leczono tym preparatem 15 chorych. Doświadczenia nasze wykazały, że dawki doustne 10 g dziennie, a nawet do 20 g dziennie chorzy znoszą dobrze. Tylko w jednym przypadku przerwano leczenie z powodu objawów dyspeptycznych.

W przypadkach początkowej gruźlicy płuc po dawce 250 do 400 g stwierdzono poprawę podmiotową i przedmiotową w większości przypadków, a u mniejszej liczby chorych również poprawę radiologiczną. Działanie tego leku można by określić jako zbliżone do PAS-u.

Preparat T_{40} stosowano u 25 chorych w dawkach doustnych średnio po 1 g dziennie począwszy od kwietnia 1951 r. Czas leczenia wynosił 25 do 102 dni, średnio 60 dni. Ogólna dawka leku 25 do 100 g. Próbne dawki do 2 g dziennie znosili nasi chorzy równie dobrze jak zwykle stosowane, tj. 1 g dziennie.

Na uwagę zasługują wyniki leczenia kombinowanego gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w których leczenie samą streptomycyną nie da-

wało pożądaných wyników, a dopiero od chwili dodania preparatu T_{40} zaznaczyła się wyraźna tendencja do poprawy.

Na 9 przypadków *meningitis tbc.* leczonych w ten sposób wystąpiła

b. wybitna poprawa w 1 przypad.

wyraźna poprawa w 4 „

zaznaczona poprawa w 2 „

brak poprawy w 1 „

zgon w 1 „

W przypadkach prosówkowej gruźlicy płuc stosowanie wyłącznie preparatu T_{40} dało

wyraźną poprawę w 1 przypad.

zaznaczoną poprawę w 2 „

Przypadki naciekowej gruźlicy płuc wykazały:

wyraźną poprawę w 2 przypad.

zaznaczoną poprawę w 3 „

brak poprawy w 1 „

pogorszenie w 2 „

Przypadki przewlekłej gruźlicy płuc jamistej wykazały zaznaczoną poprawę w 1 przypadku, brak poprawy w 3 przypadkach.

Przypadek wysiękowego zapalenia opłucnej w przebiegu rozsianej gruźlicy płuc wykazał b. wyraźną poprawę.

Na 20 przypadków wykazujących zmiany w płucach stwierdzono poprawę obrazu radiologicznego u 9 chorych, w tym u 2 b. znacznego stopnia, brak poprawy w 8 przypadkach, pogorszenie w 3 przypadkach.

U niektórych chorych nie wykazujących poprawy po T_{40} zastosowaliśmy następnie streptomycynę, która również nie dała poprawy.

W 2 przypadkach po zastosowaniu T_{40} cofnęły się częściowo zmiany w takim stopniu, że można było przystąpić do leczenia zapadowego.

Brak objawów ubocznych, dobra tolerancja i dotychczasowe wyniki, zwłaszcza przy stosowaniu preparatu T_{40} , przemawiają za potrzebą dalszych badań klinicznych celem określenia realnej wartości leczniczej pochodnych kwasu salicylo-hydroksamowego w gruźlicy u ludzi.

ZOFIA LASSOTA, TADEUSZ GŁĘBICKI,
LUDMIŁA SZARKOWSKA i JAN SZARKOWSKI
Warszawa

WPLYW SUBSTANCJI PRZECIWGRUŻLICZYCH NA METABOLIZM PRĄTKA GRUŻLICY BADANY W APARACIE SYMA

Praca została wykonana w ramach prac Oddziału Biochemii Instytutu Gruźlicy w Warszawie pod kierownictwem doc. G. Bagdasariana.

Celem pracy było wykazanie, że aparat Syma i proponowane przez niego metody badań metabolizmu gotowych mas bakteryjnych nadają się do szybkiej oceny działania przeciwgruźliczego nowych chemoterapeutyków i antybiotyków przeciwgruźliczych. Autorzy oparli się na doświadczeniu przeprowadzonym tą metodą przez Syma ze streptomycyną. Wykazało ono, że wpływ tego antybiotyku na metabolizm prątka daje się stwierdzić za pomocą aparatu Syma.

Zgodnie z celem pracy należało zbadać:

1) czy wpływ, jaki na metabolizm prątka gruźlicy wywierają inne chemoterapeutyki, okaże się również uchwytne przy zastosowaniu aparatu Syma;

2) czy zmiany zachodzące w metabolizmie prątka gruźlicy pod wpływem różnych chemoterapeutyków objawiają się w sposób podobny, tzn. jako zmiana tych samych czynników;

3) czy nasilenie zmian jednego lub więcej czynników może służyć za podstawę oceny siły działania nowych preparatów w porównaniu ze środkami już klinicznie wypróbowanymi, takimi jak PAS czy streptomycyna?

Wszystkie doświadczenia objęte pracą niniejszą wykonano w aparacie Syma do szybkiego badania metabolizmu gotowych mas bakteryjnych. Opis aparatu został dokładnie podany w *Acta Physiol. Pol.* 1950, tom I, nr 2—3. Pozwolę sobie przypomnieć zasadę działania aparatu Syma. Prątki gruźlicy wyhodowane uprzednio na pożywce płynnej, syntetycznej, umieszcza się w aparacie na granicy faz gazowej i ciekłej. Aparat wraz z zawartą w nim płynną pożywką syntetyczną, mieszaniną gazową i masą bakteryjną stanowi układ zamknięty.

Zmiany w składzie zarówno pożywki, jak i fazy gazowej, wywołane przez metabolizm prątków, są uchwytne już po upływie 60—70 godzin. Omawiane doświadczenia wykonano na płynnej pożywce syntetycznej DGK/2, której skład podany jest w cytowanej wyżej pracy Syma. Głównym źródłem węgla w tej pożywce jest glukoza, a głównym źródłem azotu jest kwas glutaminowy. Do aparatu wprowadzano mieszaninę gazową, zawierającą około 65% tlenu; to stężenie tlenu okazało się optymalne w doświadczeniach prowadzonych tą metodą.

Wszystkie doświadczenia prowadzone na *Mycobacterium tuberc.* szczep zjadliwy H37Rv, z muzeum Instytutu Gruźlicy.

Czas doświadczenia wynosił przeciętnie 3 doby (68—72 godzin). Na początku i na końcu każdego doświadczenia wykonywano następujące oznaczenia:

1) oznaczenie zawartości tlenu i dwutlenku węgla w fazie gazowej w aparacie Christiansen-Wulff do mikroanalizy gazowej;

2) oznaczenie zawartości azotu całkowitego w pożywce mikrometodą Kjeldahla;

3) oznaczenie zawartości azotu aminowego w pożywce przy pomocy aparatu Van Slyke'a do grup aminowych;

4) oznaczenie zawartości glukozy w pożywce półmikrometodą Hagedorn-Jensen w modyfikacji Hanesa;

5) oznaczenie pH pehametrem produkcji radzieckiej, typ P4.

Dla każdego z badanych preparatów przeciwgruźliczych wykonano co najmniej jedną serię doświadczeń, tzn. ustawiono 2 aparaty kontrolne, zawierające czystą pożywkę DGK/2, i 2 aparaty z doświadczeniem właściwym, zawierające pożywkę DGK/2 z dodatkiem badanego preparatu.

W pracy niniejszej zbadano siedem preparatów: salicylan sodowy, PAS firmy „Cilag“, T2 i T28 (z Pracowni Chemoterapeutycznej Inst. Gruźlicy, pod kierownictwem prof. T. Urbańskiego), Tebethion-Jena, TBX produkcji polskiej i streptomycynę firmy Pfizer.

Streptomycynę zastosowano w stężeniu 20 mcg/ml, gdyż stanowiła ona swego rodzaju układ odniesienia. Inne preparaty stosowano w stężeniu 100-krotnie wyższym, aby uzyskać zgodnie z celem pracy wyraźny efekt hamowania. Jedynie Tebethion i TBX, z uwagi na ich małą rozpuszczalność, zastosowano w stężeniu 100 mcg/ml.

Otrzymane w doświadczeniu wyniki, po ich uporządkowaniu w tablice, posłużyły do wyliczenia wskaźnika hamowania, tzn. stosunku różnicy w procentowym zużyciu substratu (lub jak w przypadku dwutlenku węgla wytworzenia katabolitu) w kontroli i doświadczeniu właściwym do procentowego zużycia substratu w kontroli.

Zakres hamowania zużycia tlenu przez poszczególne preparaty jest bardzo zróżnicowany: poczynając od wskaźnika hamowania 10,4% dla PAS-u, poprzez wartości pośrednie aż do wskaźnika hamowania 82,7% dla T28.

Zużycie glukozy, stanowiącej w pożywce DGK/2 główne źródło węgla, zostało zahamowane przez wszystkie preparaty o więcej niż 50%. Najwyższy wskaźnik hamowania w przypadku T2 wynosił 93%, najniższy w przypadku salicylanu sodowego wynosił 53,1%. Działanie preparatów, hamujące wydzielanie dwutlenku węgla, zaznaczyło się równie ostro; najniższy wskaźnik hamowania 36,4% zanotowano dla TBX, najwyższy wskaźnik hamowania 98,5%, a więc prawie całkowite zahamowanie, dało doświadczenie z preparatem T2.

Nieco mniej wyraźnie przebiega proces hamowania zużycia azotu aminowego. Dla dwu preparatów T28 i streptomycyny działanie hamujące metabolizm azotowy nie znalazło w ogóle swego wyrazu w wynikach oznaczeń azotu aminowego. Dla PAS-u nie obliczano wskaźnika hamowania z uwagi na wprowadzenie do środowiska wraz z PAS-em dodatkowych ilości azotu aminowego w postaci grupy aminowej PAS-u. W pozostałych przypadkach wskaźnik hamowania zużycia azotu aminowego waha się w granicach 71,3—86,9%.

Wreszcie wyniki doświadczeń wskazują, że oznaczanie azotu całkowitego metodą Kjeldahla przy zastosowaniu tej metody badań nie może być traktowane jako podstawa do obliczenia wskaźnika hamowania.

Na podstawie otrzymanych wyników doświadczeń dochodzimy do wniosku, że aparat Syma i proponowana przez niego metodyka badań nadają się do szybkiej oceny nowych preparatów przeciugruźliczych.

Dla stwierdzenia faktu, czy dany preparat hamuje metabolizm prątka gruźlicy *in vitro*, wystarczy zbadanie zmiany jednego z trzech czynników: zużycia tlenu, zużycia glukozy lub wydzielania dwutlenku węgla.

Ze względu na prostotę wykonania oznaczenia zużycie glukozy wydaje się najdogodniejszym wskaźnikiem, co stwarza możliwość znacznego uproszczenia klasycznego aparatu Syma. Taki uproszczony typ aparatu był zresztą przez Syma przewidywany. Dla oceny siły działania badanego preparatu w porównaniu z innymi, już wypróbowanymi klinicznie, należy brać pod uwagę wszystkie trzy poprzednio wymienione czynniki.

Porównując w ten sposób PAS i T2, które użyte zostały w naszych doświadczeniach w jednakowym stężeniu, możemy stwierdzić, że chociaż nie przeprowadzono porównania w jednym doświadczeniu, działanie hamujące T2 *in vitro* jest znacznie silniejsze niż PAS-u.

Na zakończenie pragnę podkreślić, że metoda Syma ze względu zarówno na jej czułość, jak i krótki czas trwania doświadczenia może oddać znaczne usługi laboratoriom badawczym antybiotyków oraz pracownikom syntetyzującym chemoterapeutyki. To zastosowanie aparatu Syma jest tylko jedną z wielu możliwości, jakich ta metoda dostarcza, gdyż jest ona metodą ogólną i może być zastosowana do badań metabolizmu różnych biosubstancji.

**BADANIA NAD SKOJARZONYM DZIAŁANIEM
ŚRODKÓW CHEMOTERAPEUTYCZNYCH NA PRĄTKI GRUŹLICY *in vitro***

W pracowni bakteriologicznej Instytutu Gruźlicy wykonano pracę doświadczałą na temat skojarzonego działania chemoterapeutyków na prątki gruźlicy *in vitro*.

Przebadano działanie skojarzone na prątki gruźlicy *in vitro* 4 chemoterapeutyków: 1) streptomycyny, 2) kwasu paraaminosalicylowego PAS, 3) kwasu salicylohydroksamowego T₂ i 4) sulfo-chinolilo-hydroksylaminy T₂₈ (dwa ostatnie preparaty są syntetyzowane przez prof. Urbańskiego w Warszawie — w 24 kombinacjach po 2 chemoterapeutyki).

Działanie wyżej wymienionych substancji badano na następujących szczepach: 1) *Myc. tub.* „K” — szczep ludzki streptomycynowrażliwy, 2) *Myc. tub.* „Sk” — szczep ludzki streptomycynooporny, 3) *Myc. tub.* H₃₇ Rv., 4) *Myc. tub.* B.C.G. (824).

Do doświadczeń użyto pożywki Proskauera-Becka w modyfikacji Youmansa.

Z doświadczeń wynika, że mieszaniny dwu spośród wymienionych substancji mogą wykazywać *in vitro* działanie synergetyczne lub działanie antagonistyczne na prątki gruźlicy.

Działanie synergetyczne obserwuje się, jeżeli stężenie obu substancji chemoterapeutycznych znajduje się w pobliżu stężenia hamującego wzrost prątków przez każdą substancję oddzielnie, ale poniżej progowych wartości dla każdej z nich.

Pewną niespodzianką w wynikach doświadczeń było zaobserwowane w niektórych przypadkach zjawisko antagonistycznego działania chemoterapeutyków.

Większość klinicystów stosując skojarzone leczenie chemoterapeutykami spodziewa się synergetycznego działania tych leków.

Z naszych doświadczeń wynika, że przy znacznym obniżeniu dawek jednego chemoterapeutyku i równoczesnym stosowaniu drugiego chemoterapeutyku w dawkach nadprogowych może wystąpić *in vitro* ich działanie antagonistyczne, czyli jedna substancja podana w małych dawkach może znieść działanie hamujące drugiej substancji, która w użytych stężeniach mogła sama całkowicie zahamować wzrost danego szczepu.

W dostępnej mi literaturze *Ivanovics* podaje, że kwas salicylowy i paraaminobenzoesowy wykazują działanie antagonistyczne w stosunku do PAS-u na wzrost prętka gruźlicy.

Bigger stwierdził działanie antagonistyczne niektórych antybiotyków, ale do doświadczeń używał *E. coli*.

Wobec tego bez odpowiednich doświadczeń nie można przesądzać efektu skojarzonego stosowania chemoterapeutyków.

**DZIAŁANIE JODKU POTASU I STREPTOMYCYNY NA GRUŻLICĘ
DOŚWIADCZALNĄ MYSZEK**

Od r. 1948 ukazało się kilka doniesień o korzystnym wpływie podawania jodku potasu zwierzętom zakażonym doświadczalnie gruźlicą i leczonym streptomycyną. Dodatek jodku potasu do streptomycyny nie zmienia jej właściwości bakteriostatycznych *in vitro*.

Działanie jego ma polegać na ułatwieniu przenikania do mas włóknisto-serowatych przez streptomycynę, a tym samym na umożliwieniu koniecznego kontaktu prątków z antybiotykiem.

W pracowni Bakteriologicznej Instytutu Gruźlicy w Warszawie wykonano dwie serie badań nad skojarzonym działaniem streptomycyny i jodku potasu na gruźlicę doświadczalną myszek białych. Stwierdzono, że średni czas przeżycia myszek leczonych streptomycyną i jodkiem potasu był o kilka dni dłuższy w porównaniu z tymże czasem myszek leczonych samą streptomycyną. Efekt ten był wyraźniejszy w doświadczeniu, w którym zakażenie przebiegało bardziej przewlekłe wskutek mniejszej dawki zakażającej prątków i dłuższej kuracji. Zmiany mikroskopowe i makroskopowe narządów myszek wszystkich grup nie wykazywały uchwytanych różnic.

W konkluzji należy stwierdzić, że dodatek jodku potasu do kuracji streptomycynowej wywiera niewielki korzystny wpływ na przebieg zakażenia gruźliczego u białych myszek.

DYSKUSJA

LUCJAN DOBROWOLSKI

Warszawa

Poruszone we wspomniałym i wyczerpującym referacie prof. *Edwarda Mikulaszka* i doc. *Ludwika Rzucidło* zagadnienia istoty składników prątka i ich biologicznego znaczenia mogłyby rzucić wiele światła na zagadnienie niektórych związków, jakie powstają przy stosowaniu antybiotyków w gruźlicy. Zagadnienie jednak chemii samego prątka wysuwa się na pierwsze miejsce w związku z uwalnianiem różnych składników podczas procesów destrukcyjnych prątka w ognisku chorobowym. Z referatu wynika, że poza czynnikami mineralnymi i wodą głównymi składnikami prątka są: tłuszcze, białka i wielocukrowce. Powodują one różną odczynowość organizmu.

Tłuszcze — stanowią 3-krotnie większą zawartość niż u innych mikroorganizmów: a) tłuszcze obojętne — glicerydy stanowią jakby tłuszcz rezerwowy, zawartość jego waha się w zależności od podłoża. Działają one pobudzająco na powstawanie wielojądrzastych monocytów i komórek tkanki łącznej, b) fosfatydy są tłuszczami podstawowymi, stanowią zasadniczy czynnik powodujący zmiany patologiczne. Wstrzyknięcie ich powoduje powstawanie szybkiego odczynu komórkowo-nabłonkowego z komórkami olbrzymimi (utkanie gruzełkowe) dzięki pobudzeniu mitozy, c) woski nadające kwasooporność prątkom powodują zlewianie się komórek jednojądrzastych, monocytów oraz powstawanie komórek olbrzymich typu ciała obcego (przez zlewianie się).

Tłuszcze, jako nierozpuszczalne w wodzie, przenikają trudno i powodują zasadnicze odczyny tkankowe, są zatem przyczyną zmian miejscowych.

Białka są łatwo rozpuszczalne w wodzie, przenikają dobrze. Ich właściwości są znane od dawna, odgrywają zasadniczą rolę w uczuleniu organizmu i dają przeważnie odczyny ogólne. Pobudzają cokolwiek wzrost monocytów, komórek nabłonkowatych i komórek olbrzymich zarówno typu Langhansa, jak i typu ciał obcych.

Wielocukrowce dają nieznaczny odczyn miejscowy, pobudzają pojawianie się komórek wielojądrzastych, nie powodują jednak tworzenia się komórek nabłonkowatych ani olbrzymich.

Referenci cytują, że *Choucroun* wyciągając prątki olejem parafinowym stwierdziła dwie zasadnicze i ważne substancje biologiczne: antygen uczulający i sympleks wielocukrowo-lipinowy, powodujący pojawianie się przeciwciał; kto wie, czy nie odegra to dużej roli w zapobieganiu reinfekcji gruźliczej.

Zmiany histochemiczne nabierają coraz większego znaczenia, tym bardziej że ich przejawy miejscowe są identyczne niezależnie od tego, czy są wywołane przez zadziałanie żywych czy też martwych prątków. Wynika z tego, że dla pojawienia się komórek nabłonkowatych czy też olbrzymich sam metabolizm prątka nie odgrywa prawie żadnej roli, a wyłączny wpływ ma jego chemizm.

Aby wystąpiła specyficzna odczynowość, prątek gruźlicy nie necessarily musi być uszkodzony przez komórki organizmu. Substancje sympleksowe prątków mogą je warunkować, lecz wyłącznie na drodze chemicznej.

Dlatego wszelkie zmiany tkankowe w gruźlicy należy odnieść do tych czynników.

Mimo to należy stwierdzić, że chemizm prątka nie wyczerpuje problemu histogenetycznego, związanego ze zmianami, jakie zachodzą w organizmie, i że dla wywołania ich w warunkach doświadczalnych należy postępować w następujący sposób:

1) użyć b. znaczną ilość poszczególnych składników prątka gruźliczego; referenci podają, że wyraźne zmiany tkankowe występują po dawce 50 mg kwasu trójmetyldokosanowego, a inni, jak *Joynner* i *Smithburn*, że należy podać przynajmniej 80 mg fosfatydów, którą to ilość zawiera 1,6 g prątków, podczas gdy takie same zmiany mogą być wywołane przez dawkę żywych prątków 100 tysięcy razy mniejszą. Należy przypuszczać, że poszczególne składniki prątka w organizmie, który już uległ schorzeniu gruźliczemu, działają znacznie intensywniej. Zatem połączenie działania różnych części składowych prątka w jeden zespół bakteryjny wpływa na silniejsze działanie każdego z nich;

2) wystarczy użyć poszczególnych składników prątka, by spowodować pojawienie się prawie jednakowych odczynów, np. w postaci zjawiania się komórek nabłonkowatych. Można przypuszczać, że mamy do czynienia z niedostateczną czystością chemiczną poszczególnych składników, a mało jest prawdopodobne, by pojawienie się np. komórek nabłonkowatych było związane z działaniem tylko jednego składnika chemicznego. Mogą tu raczej wchodzić w grę przejawy fizyko-chemiczne;

3) stwierdzić, że aktywność poszczególnych składników prątka jest znacznie większa w organizmie już dotkniętym gruźlicą.

Z doświadczeń *Smithburna* i *Sabin* wynika, że wstrzyknięcie śródskórnie zdrowej śwince morskiej fosfatydów powoduje powstawanie na 3 — 4 dzień guzka składającego się z komórek nabłonkowatych, który znika w ciągu miesiąca. Natomiast wstrzyknięcie takiej samej ilości fosfatydów śwince morskiej już zakażonej gruźlicą powoduje wcześniejsze pojawienie się guzka znacznie większego, z obrzękiem, przekrwieniem, dążnością do martwicy i licznymi komórkami nabłonkowatymi oraz skłonnością do pojawiania się komórek olbrzymich; trwa to powyżej miesiąca. Jest jeszcze jednym przejawem zjawiska Kocha.

Podobny obraz występuje po wstrzyknięciu ciał białkowych, co znamy dokładnie, stosując żywe czy martwe prątki, a co warunkuje powstawanie alergii;

4) przyjąć, że prawie żaden z poszczególnych składników prątka nie może sam jeden wywołać serowacenia. Może nieznaczny wpływ w tym kierunku mają fosfatydy.

Chociaż serowacenie jest jednym z podstawowych problemów gruźlicy, to jednak dotychczas niezbyt się nim interesowano.

Jak wiemy, są trzy etapy serowacenia: a) nabrzmienie tkanek, b) ścinanie białka wewnątrz- i zewnątrzkomórkowego, c) tworzenie się jednolitej masy. Co do ostatniego należałoby mieć zastrzeżenia, gdyż pozostają przecież włókna sprężyste, części jąder i tkanki łącznej.

Z punktu widzenia chemizmu masy serowate stanowią mieszaninę ściętego białka i tłuszczów. Obecność cholesterolu i kwasu glicero-fosforowego świadczy, że pochodzą one z przemian tkankowych, a nie z prątka. Serowacenie nie jest jednakowe u różnych gatunków. U człowieka i rodzaju bydłęcego ma prawie jednakowy wygląd, podczas gdy u świni nadmiar komórek wielojądrzastych powoduje

jakby przemianę serowacenia w ropę. Nieco odmiennie zachowuje się u psa czy kota, a osobliwie u konia. Wynika z tego, że serowacenie nie jest uzależnione od właściwości prątków, a jest warunkowane przede wszystkim właściwościami osobniczymi.

Z punktu widzenia mikrobiologii należy zwrócić uwagę na dwie właściwości: a) na znaczne zwiększenie się ilości prątków na początku procesu serowacenia, co jednak nie jest stałą cechą u człowieka (np. *alveolitis exsudativa* i *alveolitis fibronosa*), b) stopniowe zanikanie prątków po uformowaniu się serowacenia.

Mechanizm serowacenia wymaga:

1) bezpośredniego działania samych prątków, które według *Corper* i *Sweane* mają zaczyny trypsyny, erepsyny, pepsyny, nukleazy, areazy i lipazy, istnieją one nawet w prątkach martwych, wywierają jednak wtedy działanie znacznie słabsze. Wzmocnić można działaniem oleju wazelinowego (*Canetti* i *Rist*). W Polsce zaczynami zajmowali się: *E. Sym* i *Kwapiński*;

2) uprzedniego uczulenia tkanek, które polega na impregnacji produktami pochodzącymi od prątka komórek tkankowych, aby spowodować ich rozpad.

Wiemy przecież, że serowacenie pojawia się znacznie szybciej, gdy mamy istnienie nadwrażliwości jako przejawu reinfekcji, niż to ma miejsce przy zakażeniu pierwotnym. Serowacenie jest zatem raczej wynikiem działania prątków na tkanki uprzednio już uczulone;

3) zatrzymanie się procesu serowacenia po jego sformowaniu; jest to uzależnienie od zahamowania przepływu komórek wielojądrzastych. Wiąże się to prawdopodobnie z zanikaniem substancji chemotaktycznych w martwicy;

4) destrukcji samych prątków w masach serowatych (*Canetti*), które poza tym stanowią przecież idealną pożywkę, ułatwiającą prątkom przyswajanie tlenu, a który w danych warunkach może być dostarczany. Niezbyt realne może byłoby przypuszczenie, że w masach serowatych powstają substancje bakteriobójcze. Czy nie należałoby przyjąć, że destrukcja prątków *in vitro* jest związana z pojawiającym się brakiem tlenu i zahamowaniem przez to metabolizmu prątka. Nasuwające się tu wątpliwości wymagają jednak rozwiązania.

T. ŻEBROWSKI

Sopot

Badania immunochemiczne choroby gruźliczej nie tylko rzucają światło na jej istotę, ale również oddają do rąk klinicyстів i praktyków nowe cenne metody rozpoznawania, zapobiegania i leczenia.

Własne studia nad tymi problemami i badania doświadczalne wykonane w Zakładzie Mikrobiologii Śląskiej Akademii Medycznej, w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej — Oddział Biochemii, a także w Sanatorium w Prabutach stworzyły podstawy do przyjęcia istnienia składowej anafilaktycznej alergii gruźliczej wywołanej tuberkuloproteinami i stwierdzenia jej niekorzystnego wpływu na przebieg gruźlicy doświadczalnej i klinicznej. Składowa ta została po raz pierwszy wyodrębniona przez uczoną radziecką *Drapkinę*. W naszych badaniach zwróciliśmy szczególną uwagę na zwierzęta z natury odporne na gruźlicę, pozbawione zdolności oddziaływania na tuberkulinę zarówno odczynem skórny, jak i wstrząsowym. Wyniki badań *Rafela*, *Corper-Cohna*, *Seibert*, a także wyniki własnych doświadczeń upoważniają nas do zalecania kroków zmierzających do podniesienia wartości szczepień

ochronnych. Cel ten jest możliwy do osiągnięcia przez unikanie powtórnego wprowadzenia dużej dawki swoistego lub nieswoistego antygeny, jak to się dzieje w przypadkach szczepień swoistych i nieswoistych ludzi zakażonych lub zakażeń ludzi zaszczepionych BCG, znajdujących się w stanie dużego nasilenia składowej anafilaktycznej alergii gruźliczej. Odpowiadają oni bowiem wtedy odczynem wstrząsowym pod postacią ostrej gruźlicy klinicznej. Składową anafilaktyczną alergii gruźliczej można stłumić powtarzanymi odczulającymi szczepieniami swoistymi i nieswoistymi lub przy użyciu leków przeciwalergiczych o silnych właściwościach przeciwanafilaktycznych, bez naruszenia odruchowych mechanizmów obronnych. Dotychczasowe niepowodzenia, jakie były obserwowane podczas leczenia tuberkuliny, wiążemy z właściwościami anafilaktycznymi tuberkuloprotein i obecnością tzw. czynnika łańcuchowego, nazwanego przez referentów czynnikiem kłębkowym. Wiążemy to także z obecnością pokrewnych temu czynnikowi lipopolisacharydów. Jednym z nich jest lipopolisacharyd opisany przez *Rafela*, złożony z estru kwasu mykoloowego i polisacharydu W, alaniny, kwasu glutaminowego i kwasu dwuaminopimelowego, rozpuszczalny w chloroformie i innych rozpuszczalnikach organicznych, odpowiedzialny za przedłużony, pośredni charakter odczynowości tuberkulinowej, a zatem za „zakaźną” składową alergii gruźliczej.

Własne badania kwasu nukleinowego, uwolnionego z prątków, we krwi zwierząt i ludzi chorych na gruźlicę wskazują na to, że zmodyfikowany przez *Leywę* odczyn Dischego może się stać nie tylko niezmiernie czułym wskaźnikiem istnienia czynnego procesu gruźliczego, ale może także odegrać swoją rolę jako wskaźnik prognostyczny. Kwas nukleinowy wydaje się odgrywać rolę haptenu części anafilaktogenu tuberkuloproteinowego.

Badania nad immunochemią gruźlicy doprowadziły również do odkrycia swojego odczynu hemaglutynacyjnego opisanego przez *Middlebrooka* i *Dubosa*.

LUDWIK RZUCIDŁO

Warszawa

Po dyskusji replikuje doc. *Rzucidło* dr *Żebrowskiemu*: Ponieważ w chwili obecnej dr *Żebrowski* wysuwa twierdzenie na podstawie swoich doświadczeń, pozostaje w to twierdzenie wierzyć, dopóki nie przeprowadzi się dalszych doświadczeń, które by je potwierdziły lub obaliły.

Jeśli chodzi o wartość diagnostyczną odczynu hemaglutynacji wprowadzonego przez *Dubosa* i *Middlebrooka*, to o wartości diagnostycznej tego odczynu w klinice gruźlicy można różnie powiedzieć. Przede wszystkim w wielu przypadkach nie przebiega on równolegle do rozległości i nasilenia zmian klinicznych. Często mimo bardzo dużych zmian gruźliczych jest z niewiadomych powodów ujemny.

Jeśli chodzi o wartość uczulającą białek prątka gruźlicy, to przeprowadziliśmy próby uczulania zwierząt i człowieka różnymi frakcjami białkowymi prątka gruźlicy. Otrzymaliśmy ujemny wynik prób uczulania. Natomiast poszczególne białka w ustroju już poprzednio uczulonym wywołują dodatnie odczyny. Przebadaliśmy w tym kierunku zwłaszcza nukleoproteidy różnych szczepów prątka gruźlicy. Poszczególne preparaty tych związków białkowych różniły się między sobą zawartością kwasu nukleinowego i białka. Odczynowość występująca pod ich wpływem była uzależniona od ilości białka.

Podsumowanie wyniku obrad II dnia Zjazdu

T. Urbański: Wydaje mi się, że do meritum sprawy trudno coś dodać, gdyż wszyscy, którzy brali udział w tej ostatniej dyskusji, wyczerpali dostatecznie jasno całość swoich tematów. Natomiast chciałem zwrócić uwagę na nowość, jaka jest w całym tym zespole referatów. Tą nowością jest fakt, że mamy w tej chwili zespół biochemików, chemików, bakteriologów, farmakologów i klinicystów, którzy razem pracują nad jednym zagadnieniem — nad zagadnieniem znalezienia nowych środków przeciw gruźlicy. Taki rodzaj pracy jest nowością w Polsce i wydaje mi się, że okres dwuletni, przez który istnieje dopiero ten zespół, okres krótki, dał już pewne wyniki, pozwalające dość optymistycznie patrzeć w przyszłość. Mam nadzieję, że praca zespołowa da na przyszłym zjeździe wyniki takie, które byłyby już pewnym zakończonym cyklem badań.

III D Z I E Ń O B R A D Z J A Z D U

PIĄTEK — 31 SIERPNIA 1951 R.

Godzina 9.00 — 12.30. Posiedzenie naukowe.

Przewodniczący: doc. dr *Jan Stopczyk* (Warszawa).

T e m a t K l i n i c z n y

„ANTYBIOTYKI A LECZENIE ZAPADOWE GRUŻLICY PŁUC“

Referent: *Jan Stopczyk* (Warszawa) — Referat podany w I części „Referaty i koreferaty X Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego“, str. 53 — 100, PZWL, Warszawa, 1951.

K o r e f e r e n c i :

1. *Jerzy Jurkowski* (Poznań) — referat podany w I części „Referaty i koreferaty X Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego“ str. 101 — 114, PZWL, Warszawa, 1951.
2. *Wit Maciej Rzepecki* (Zakopane) — tamże, str. 115 — 140.

Poniżej są podane referaty i koreferaty na temat kliniczny w postaci, w której zostały wygłoszone i zaktualizowane przez referentów.

D y s k u s j a

Godzina 12.30 — 15.00. Przerwa

Godzina 15.00 — 18.00. Dalszy ciąg dyskusji.

JAN STOPCZYK

Warszawa

ANTYBIOTYKI A LECZENIE ZAPADOWE GRUŹLICY PŁUC

Streszczę wnioski praktyczne mojego referatu i dodam kilka nowych, które z niego wypływają.

Erę przedstreptomycynową leczenia gruźlicy płuc charakteryzuje tworzenie i doskonalenie różnych metod czynnego leczenia zapadowego. W erze antybiotyków poprzednia zasada uzupełniania czy zastępowania jednego typu zapadu innym, skuteczniejszym, została przełamana, gdy okazało się, że zapad może być wsparty skutecznie działaniem bakterio-
statycznym.

Zbyt szablonowe, często nieracjonalne i nie zawsze technicznie poprawne stosowanie odmy, łącznie z przesadną wiarą w nowo odkryty antybiotyk, spowodowały podczas wojny ucieczkę wielu lekarzy, zwłaszcza w Ameryce i Kanadzie, od tego zabiegu i opowiedzenie się za stosowaniem długiego i rygorystycznego leczenia leżeniem w łóżku „*bed rest*” i antybiotykami stosowanymi w nadmiarze, a nawet za pierwotną, niekiedy radykalną chirurgią. Krytyczny jednak przegląd zarzutów czynionych odmie i analiza cyfrowa wykazały ich bezpodstawność. Przekonywające dowody każą stwierdzić niezbicie, że wczesna i skuteczna odma jest nadal najlepszym sposobem leczenia jamistej gruźlicy płuc.

A równocześnie krytyczna ocena stosowania samej streptomycyny w leczeniu jam gruźliczych wykazuje niewątpliwie, że wyleczalność jam w toku leczenia streptomycyną nie przewyższa zbliżonego do niej odsetka samowyleczalności jam w przebiegu leczenia zachowawczego i poza przypadkami, w których współdziałają szczególnie pomyślne warunki, nie może być przypisywana streptomycynie. Stąd wnioski:

- a) w zwalczaniu jamy gruźliczej streptomycyna zwykle zawodzi;
- b) w przypadkach nadających się do odmy nie wolno jej nawet próbnie zastępować streptomycyną;
- c) w przypadkach wymagających przygotowawczego leczenia antybiotykiem przed odmą (np. jamy mechaniczne, niedodma itp.) ze względu na taktykę chory powinien zawnocześnie wiedzieć o tym, że w planie leży

następcza odma, inaczej, czując się pod wpływem antybiotyku dobrze, na odmě się nie zgodzi.

W rozdziale omawiającym leczenie skojarzone gruźlicy płuc jami-
stej zapadem (przeważnie odma) i streptomycyną lub PAS-em pomijam
zagadnienie leczenia chirurgicznego i pozostawiam je dr *Rzepeckiemu*.
Wskazałem, że ma ono na celu wyzyskanie zalet obu tych środków:
streptomycyny — w celu likwidowania zmian, w których udowodniono
jej skuteczność, oraz zapadu — w jamach, na które streptomycyna nie
działa. Dalej wskazałem, że obie te metody stosowane równocześnie ko-
rzystnie na siebie oddziałują, co potęguje ich łączny wynik leczniczy.
Wskazania do leczenia skojarzonego są zatem liczne, a poprzednie grani-
ce wskazań i skuteczności leczenia zapadowego uległy przez to ewolucji.
Udowodnienie tego było jednym z głównych celów pracy.

Ze względów praktycznych, roboczych, wskazania do leczenia skoja-
rzonego zostały podzielone na szereg najczęściej spotykanych w klinice
zadań leczniczych, obejmujących gruźlicę ostrą, podostrą i przewlekłą
w różnych jej okresach, w których streptomycyna może zmienić granice
lub skuteczność zapadu. Schemat ten obrazuje tablica I na stronie 62 Re-
feratów i koreferatów.

W szeregu podrozdziałów zanalizowałem szczegółowo problematykę
kliniczną odnośnych grup leczniczych, omówiłem taktykę leczniczą,
przedstawiłem wyniki osiągnięte leczeniem skojarzonym w poszczególnych
grupach wskazań na 118 własnych przypadków zestawiając je, gdzie
było można, z grupami kontrolnymi lub z nielicznymi na razie cyframi
innych autorów, wyciągnąłem dla każdej z grup praktyczne wnioski.

Wnioski te są następujące:

1. W grupie gruźliczych zmian początko-
wych w okresie zmian wysiękowych streptomycyna zastosowana „za-
pobiegawczo“ (w sensie uniknięcia rozwoju jamy i potrzeby odmy) często
bywa skuteczna; w okresie serowacenia jama może się wytworzyć, co
zmusza do odmy. U młodocianych po tym leczeniu wg niektórych spo-
strzeżeń częściej niż u dorosłych występują nawroty; mogą one zależeć
od serowatych zmian w węzłach chłonnych, których streptomycyna nie
leczy, a nawet pogarsza.

W zespołach pierwotnych streptomycyna jest zbędna, w jątrzącym się
zespole — wskazana, w zakażeniach pierwotnych pierwszego okresu ży-
cia — niezbędna.

2. Z analizy wyników osiągniętych leczeniem skojarzonym w grupie
zatytułowanej „Uniknięcia odmy drugostronnej przez wpływ streptomy-
cyny na zmiany drugostronne“, to jest na świeżą bilateralizację lub
zmiany szczytowe w II płucu, wyłania się wybitny wpływ skutecznej od-
my w tym leczeniu. Wpływ ten, polegający na współdziałaniu strepto-
mycyny z odma, pozwoli w wynikach wczesnych uniknąć odmy drugo-
stronnej w 77% przypadków.

Taktyka w tej grupie wskazuje, że w razie nieskuteczności odmy
pierwszostronnej i zamiaru zastąpienia jej zabiegiem chirurgicznym he-
terolateralne zmiany płucne z tendencją do rozpadu powinny być w miarę
możliwości leczone od razu odma asekuracyjną, a streptomycyna użyta
ewentualnie dopiero jako osłona operacji, zmiany zaś bez rozpadu —
krótko streptomycyną i PAS-em.

3. Z rozważań nad grupą wskazań pt. „Ubezpieczenie odmy jednostronnej przez zlikwidowanie ostrego okresu nowego rzutu“ wyprowadzam praktyczny wniosek, że wstępne leczenie streptomycyną asekurując odmy skraca znacznie okres „niewyrównania“, który poprzednio zmuszał do dłuższego nieraz zwlekania z wytworzeniem zapadu, co groziło powstawaniem zrostów.

4. Z rozważań nad dwoma grupami następnymi, z których w pierwszej chodzi o przywrócenie za pomocą streptomycyny utraconych już wskazań do odmy jednostronnej, a w drugiej — do odmy obustronnej przez częściową likwidację zmian, poprawę stanu ogólnego, a często i uspokojenie burzliwego przebiegu, wynikają wnioski robocze:

a) przygotowawcze leczenie streptomycyną umożliwia leczenie odmy szeregu przypadków jednostronnie jamistej a rozległej i świeżo rozsianej gruźlicy płuc o burzliwym przebiegu (7 przypadków na 9);

b) umożliwienie odmy drugostronnej lub obustronnej w rozległej, lecz świeżo rozsianej jamistej gruźlicy obustronnej przez zastosowanie wstępnego leczenia antybiotykami jest szczególnie trudne, wymaga dokładnej oceny zmian, stanu chorego, stałego wywiadu, a nieraz zmiany planu leczniczego na inny, jeśli pierwszy zawodzi, lecz jest ono możliwe w około $\frac{1}{3}$ właściwie dobranych przypadków, co również rozszerza granice leczenia zapadowego.

5. W grupie jamistych zmian dolnopłatowych można było stwierdzić niemal dwukrotnie większą skuteczność leczenia różnego typu zapadem skojarzonym ze streptomycyną niż różnego typu zapadem samym (50% w stosunku do 27% grupy kontrolnej).

W wyniku rozważań tego trudnego i rozpracowywanego obecnie tematu można sądzić, że:

a) abstrahując od rodzaju zapadu sukces leczenia skojarzonego w zmianach dolnopłatowych jest w znacznym stopniu pochodną skuteczności streptomycyny dla zmian gruźlicznych w oskrzelach, które temu umiejscowieniu pierwotnemu zmian towarzyszą tak często (w około 73%);

b) w każdym przypadku gruźlicy dolnopłatowej należy podejrzewać gruźlicę oskrzeli i tu właśnie stosować z reguły bronchoskopię przed jakimkolwiek leczeniem, w którym streptomycyną często będzie leczeniem przygotowawczym, przedzapadowym.

6. Likwidowanie antybiotykiem gruźlicy oskrzeli nie tylko w zmianach dolnopłatowych, lecz w ogóle w gruźlicy płuc zabiegowej — jest najczęstszą grupą wskazań do leczenia skojarzonego (32,2% przypadków leczonych w sposób skojarzony). Należy pamiętać, że powikłanie to jest często groźne w skutkach i przebiega przeważnie skrycie, staje się namacalnie uchwytne, jak to przedstawia graficznie tablica 8 na str. 77 Referatów i koreferatów, najczęściej dopiero po wytworzeniu odmy lub (równie często) po przepaleniu zrostów, a czasem dopiero w późnym okresie skutecznej przedtem odmy. Dopiero wówczas stają się widoczne wskazania do bronchoskopii i do zastosowania antybiotyku, który, jak to wykazuje tablica 9, przywrócił skuteczność odmie w późnych wynikach w 55,2% przypadków własnych. Sanowi to ratunek dla 6,2% ogólnej liczby chorych leczonych zapadem.

Rozpoznanie bronchoskopowe gruźlicy oskrzeli i jej leczenie przed przepaleniem zrostów dało lepsze wyniki lecznicze niż dopiero po prze-

paleniu zrostów (60% wyników późnych dobrych w stosunku do 53%), lecz straty spowodowane późniejszym ujawnieniem zmian w oskrzelach, mianowicie zwięzienia bliznowate oskrzeli i marskość, są niewielkie w całości przypadków, które i tak docierają do leczenia późno. Dlatego można się odważyć na stwierdzenie, że z reguły stosowana bronchoskopia przedzapadowa jakkolwiek byłaby nader wskazana, nie jest konieczna, a nawet technicznie nie jest możliwa w leczeniu zbiorowym. Powinna więc być wynikiem czulej selekcji przypadków przeznaczonych do leczenia zapadowego.

7. W grupie wskazań do „przygodnego” kojarzenia odmy z antybiotykami omówiłem wskazania „płucne, opłucne i pozapłucne”. Wśród nich między innymi potrzebę osłony antybiotykiem zabiegu Jacobaeusa, leczenie wysięków opłucnych ostrych i ropniaków oraz postępowanie lecznicze w gruźlicy u ciężarnych. Cytując poglądy autorów polskich o skuteczności PAS-u w ropniakach opłucnych omyłkowo zaliczyłem dra *Tadeusza Żebrowskiego* do sceptyków leczenia PAS-em starych ropniaków gruźliczych, zwłaszcza powikłanych przetoką opłucno-oskrzelową, gdy miał on, jak pisze, dobre wyniki. Za to go przepraszam.

Wnioski praktyczne w tej grupie leczenia „przygodnego” są następujące:

a) w operacjach Jacobaeusa systematyczna osłona antybiotykiem jest celowa tylko w przypadkach trudnych i późniejszych, wykonywanych w IV — V miesiącu trwania odmy, a także w celu ochrony przed spodziewanym rozcięciem jamy, nawet mimo ujemnych wyników bronchoskopii. Natomiast po przepaleniu zrostów streptomycyna jest wskazana w ostrych wysiękach, zwłaszcza jeśli występują prątki, przy tym należy stosować równoczesne leczenie miejscowe (wypuszczenie płynu, płukania opłucnej, wlewki PAS-u);

b) jeśli chodzi o ciężę, to przypadki nadające się do leczenia zapadowego w różnych jej okresach powinny być leczone także odumą wspieraną w potrzebie antybiotykiem. Jeśli zapad zdołał ustabilizować zmiany przed okresem porodu, osłona porodu antybiotykiem, zwłaszcza streptomycyną, nie jest potrzebna: tylko w razie „rzutu” porodowego gruźlicy należy zastosować leczenie streptomycyną.

W świetle nowych spostrzeżeń i cyfr dzięki streptomycynie, zwłaszcza skojarzonej z zapadem, wskazania do sztucznych poronień, i tak już nieliczne, praktycznie spadają do zera.

8. Z omówienia rozdziału pt. „Przygotowanie do zapadu chirurgicznego” wynikły następujące wnioski praktyczne:

a) przygotowanie asekuracyjne lub lecznicze do chirurgii za pomocą antybiotyków samych lub skojarzonych z zapadem lekarskim, gdy jest prowadzone planowo, we właściwie dobranych przypadkach i zawsze w porozumieniu z torakochirurgiem, po ustaleniu wraz z nim terminu operacji, udaje się często, u nas w około 72% przypadków, co zwiększa zakres wskazań do torakoplastyki. Odsetek wyników pomyślnych może się wahać, zależnie od przewagi wskazań: leczenie przygotowawcze z planu pierwotnie czy wtórnie chirurgicznego, czy tylko asekuracja zabiegu;

b) skutek niedostatecznego leczenia chirurgicznego na niektórych terenach u znacznej części przygotowanych w ten sposób chorych na-

stępuje uogólnienie lub zaostrzenie, toteż zwiększenie liczby łóżek torakochirurgicznych na tych terenach jest palącą potrzebą.

Wczuwając się w sens tematu przed jego rozpracowaniem trudno było oprzeć się wrażeniu, że wkracza się na przedpole leczenia zapadowego, zdobywane antybiotykiem, że zbadanie tego terenu wymaga próbnych wierceń dla poszczególnych problemów klinicznych i że dopiero te próbne sondáže pozwolą na prowizoryczne na razie wytyczenie słupkami nowych jego granic. Tak powstał szkielet pracy uwidoczniiony w szeregu protuberancji, ułożonych na kole dawnych granic zapadu w schemacie strony 62 zbioru referatów. Poszczególne rozdziały — to wynik tych próbnych wierceń, a zdobyte jednostkowo cyfry mają znaczenie orientacyjne i stanowią wytyczne dla dalszej pracy zespołowej.

Z zestawień wynika, że leczenia skojarzonego zapadem i streptomycyną wymaga około 11% chorych na gruźlicę płuc i że jest ono skuteczne w 60%, nieskuteczne w 28,5%, nie sprawdzone kontrolnie w 11,5% przypadków.

Cyfry wskazują ponadto, że ewolucja wskazań do odmy i jej skuteczności istotnie się odbyła: pierwsza, przez zwiększenie liczby chorych, którzy mogą być leczeni skutecznym zapadem, przynajmniej o 6%; druga — przez zwiększenie ogólnej skuteczności odmy u 7,7% leczonych nią chorych.

Oparty na tych cyfrach wykładnik społeczny leczenia skojarzonego wykazał niezbicie jego opłacalność pokrywaną średnio już po 6 miesiącach pracy uratowanego w ten sposób pracownika.

Ułatwiając leczenie gruźlicy płuc leczenie skojarzone utrudniło, gdyż skomplikowało postępowanie lecznicze: nie może być ono szablonowe, wymaga dokładnego spostrzegania i bezwzględnie planowania z uwzględnieniem w planie celu bliskiego i nieraz odległego, taktyki i strategii leczniczej.

Wyniki lecznicze uzyskane w ciężkich stanach chorych i w szeregu im podobnych, których nie przedstawiam, powinny być wskazówką przy kwalifikowaniu chorych do leczenia streptomycyną, że w ocenie szeregu przypadków, zdawałoby się straconych, nie wolno zbyt pochopnie z góry rezygnować z leczenia.

Dawkowanie streptomycyny i innych antybiotyków oscyluje w dalszym ciągu i interesujące jest wiedzieć, jak się zmieniają wyniki osiągnięte w poszczególnych grupach leczniczych po zastosowaniu nowych mniejszych dawek i w nowym rytmie. Wykażą to dalsze badania.

JERZY JURKOWSKI

Poznań

UZUPEŁNIENIE KOREFERATU. „ANTYBIOTYKI A LECZENIE ZAPADOWE GRUŹLICY PŁUC“

Zamiast streszczenia koreferatu naświetlę krótko jego myśl przewodnią. Biorąc za punkt wyjścia wstęp koreferatu chirurgicznego powołuję się na przeciwstawienie w nim łatwości stosowania penicyliny trud-

ności operowania streptomycyną. Sprawa ta wymaga uzasadnienia. Opieram je na porównaniu działania wymienionych antybiotyków po sprowadzeniu ich do wspólnego mianownika, jakim jest charakter procesu chorobowego. Okazuje się, że działanie penicyliny i streptomycyny jest jednakowo niezawodne jedynie w przypadkach o przebiegu ostrym. W procesach natomiast przewlekłych, które zdołały doprowadzić do zmian ogniskowych w płucach i kościach lub do ropni otorbionych, ani jeden, ani drugi antybiotyk nie może wykazać pełnej skuteczności. Gdybyśmy przed poznaniem wartości penicyliny rozpoczęli badania od prób podawania jej w przypadkach przewlekłych ropni płuc, ocena tego antybiotyku doprowadziłaby do błędnego wniosku, że działanie jego nie jest pewne.

Do podobnie niesłusznych zaliczam wnioszek, że działanie streptomycyny jest niepewne, ponieważ musimy uznać ją za lek o działaniu niezawodnym. Stanowisko takie nie jest walką o słowo, lecz wyraża kierunek myślenia. Uznanie bowiem niezawodności streptomycyny odwraca uwagę od doszukiwania się przyczyn nieskuteczności leczenia w antybiotyku, a kieruje ją w stronę poznania wad i ujemnych stron leczenia narządowego gruźlicy płuc w przypadkach, na które streptomycyna nie działa. Stwierdzić też musimy, że nastawienie nasze, mniej czy więcej świadomie, zwraca się w tym właśnie kierunku. Dowodzą tego obecne poglądy, których ewolucji nie tylko jesteśmy świadkami, ale którą sami przeżywamy w ciągu kilku lat stosowania streptomycyny. Na kształtowanie ich składa się przecież nie tylko bezpośrednie doświadczenie ze streptomycyną, ale szereg czynników leżących poza antybiotykami. Należy do nich ulepszenie metod rozpoznawczych i postępy w leczeniu narządowym gruźlicy płuc. Dzięki wprowadzeniu bronchoskopii rozszerzyliśmy horyzont rozpoznawczy na nowy odcinek narządu oddechowego, a praktyczne zetknięcie z segmentową budową płuc umożliwiło przestrzenne umiejscowienie zmian. Poprawę wyników leczenia osiągnęliśmy przez stosowanie zasady wczesnego przepalania zrostów opłucnowych, wytwarzanie odmy zewnątrzopłucnej, udostępnienie nowoczesnej torakoplastyki, zabiegi na miazęszu płucnym, a nawet przez szersze wyzyskiwanie pomocniczego działania odmy otrzewnowej. Wszystkie te okoliczności łącznie ze stosowaniem antybiotyków stworzyły podstawy do pogłębienia znajomości fizjopatologii gruźlicy, mechanizmu leczenia zapadowego i znaczenia gruźlicy oskrzeli dla przebiegu leczenia zmian w płucach.

Na tle tak licznych czasowo i przyczynowo związanych z sobą czynników, o które w różnym stopniu zazębia się streptomycyna, mniej dotąd wydatnie PAS, przedstawienie pełnego znaczenia antybiotyków w leczeniu skojarzonym jest bardzo trudne. Uwzględnienie choćby takiej niepośledniej wagi sprawy jak skrócenie czasu leczenia zakładowego przekracza możliwości jednego ośrodka badawczego. Ograniczę się jedynie do przypomnienia zasadniczego dla oceny antybiotyków wniosku z mego koreferatu, że sam fakt ich zastosowania dostarczył wartości o charakterze trwałych zdobyczy niezależnie od korzyści doraźnych. Inaczej mówiąc chory leczony zapadem nie otrzymujący niepotrzebnych mu indywidualnie antybiotyków korzysta dziś również z ich dodatnich wartości. Zapewniamy mu bowiem coraz ściślej określony wybór rodzaju leczenia zapadowego i prowadzimy je coraz lepiej unikając powikłań niepodatnych na działanie antybiotyków.

Pomijam sprawę gojenia się jam pod wpływem antybiotyków. Uważam to za tradycję przebrzmiałą i nie podzielam wypowiedzianych nadziei na większą może skuteczność pod tym względem poszukiwanych nowych antybiotyków. Sądzę bowiem, że w najlepszym razie zdołają one doprowadzić do wyjałowienia jamy. Nie jest to przecież równoznaczne z jej zamknięciem, bo żaden antybiotyk z natury swego działania nie może wywierać bezpośredniego wpływu na odwracalność procesów anatomicznych.

WIT MACIEJ RZEPECKI

Zakopane

ANTYBIOTYKI W CHIRURGICZNYM LECZENIU GRUŹLICY PŁUC

Referent wygłosił swą pracę w zmienionej postaci, naświetlił nieco odmiennie i zaktualizował ważniejsze zagadnienia.

Omówiono znaczenie penicyliny i sulfamidów w ropnych zakażeniach i powikłaniach chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc przytaczając jako dowód ich korzystnego działania spadek powikłań ropnych i zgonów w 800 zewnątrzopłucnowych odmach, wykonanych w Instytucie Forlaniniego, z 45,2 na 11,4%. Wśród 378 przypadków zakopiańskich odsetek nieswoistych zakażeń ran i przestrzeni operacyjnych w torakoplastykach i zewnątrzopłucnowych odmach wynosił 1,5, z tego połowa wymagała sączkowania.

Referent powiedział o penicylinie, że przyczyniła się do „wypadnięcia na stałe sączka z rany pooperacyjnej po torakoplastyce“.

Stosowanie streptomycyny przez chirurga w leczeniu gruźlicy płuc różni się o tyle od podania antybiotyków przez ftyzjologa, że chirurg przerywa dla celów leczniczych ciągłość tkanek zmienionych procesem swoistym przez ich odłuszczenie, przecinanie, preparowanie itp.

Antybiotyki nie zastępują chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc, ale rozszerzają wskazania do tego leczenia. Ograniczone postacie zakażenia gruźlicą pozostały terenem działania chirurga. Swoiste nacieki położone z dala od jamy są przeszkodą do zabiegu, który wówczas trzeba czasowo odłożyć, wreszcie poprzez proces serowacenia prowadzą do jamy.

Jama nie jest wskazaniem do leczenia streptomycyną, przeciwnie, może stać się wylegarnią opornych na streptomycynę prątków. Jedynym pod względem biologicznym wskazanym okresem jej stosowania jest chwila, kiedy jama gruźlicza zaczyna się zamykać (*Jensen*), a więc po zabiegu.

Mówimy często o osłonie chorego streptomycyną podczas zabiegu, a równie celowe jest rozważyć sprawę osłony chorego przed streptomycyną w przypadkach starych jam, zmian włóknistych i serowacenia.

Streptomycynę stosujemy obecnie bardziej ekonomicznie i celowo, w sposób przerywany, w dawce ogólnej i dziennej o wiele mniejszej i dodajemy również PAS. Z żalem patrzymy na setki kilogramów streptomy-

cyny, które bezpowrotnie spłynęły drogami moczowymi w r. 1948/49 w okresie 100 gramowych i większych dawek ogólnych.

C z a s podania leku jest równie ważny jak c e l jego zastosowania i określenie wskazań, gdyż chodzi nam zawsze o odsunięcie czasu pojawienia się odpornych na streptomycynę szczepów prątków.

Stosowanie streptomycyny ma duże znaczenie w przypadkach operacyjnego otwarcia jam. Omówiono znaczenie stosowania streptomycyny w okresie leczenia pooperacyjnych powikłań.

Zabiegi proste (*Jacobaeus* — operacje na nerwie przeponowym i bronchoskopia) nie wymagają osłony streptomycyny poza szczególnymi wskazaniem, ale odłuszczenie zrostów (sposobem Michettiego), ich wyluszczenie (sposobem Maurera), operacje Sebestyena, kawernostomie, ssący drenaż jam sposobem zamkniętym, torakoplastyka korekcyjna i resekcja mięszu płucnego — wymagają stosowania antybiotyków.

Omówiono ponownie własne przypadki podkreślając odsetki, które dla statystyki mają znaczenie, np. różnicę odsetka powikłań swoistych u chorych leczonych torakoplastyką z osłoną i bez osłony streptomycyny, odsetek uzyskanego odprątkowania u 130 chorych, a także podkreślono różnicę w stanie chorych S w porównaniu z grupą B kontrolną, w której ryzyko operacyjne było mniejsze. Sprostowano nadmiernie wysoką liczbę przypadków niedodmy (19) w tabeli 4, wynikłą z błędnego obliczenia (Referaty i Koreferaty Zjazdowe str. 130).

Stosowanie streptomycyny porównano do lejc, które można ująć raz lub dwa razy, rzadziej trzy razy, aby uspokoić bieg gruźlicy. Ująć leje należy między innymi wtedy, kiedy przeprowadzamy chorego przez najwęższą, bo niepewną bramę zabiegu i jego możliwych powikłań.

DONIESIENIA DYSKUSYJNE

ALFRED BRILL

(Zastępca dyrektora Instytutu Gruźliczego — Bukareszt)

NICOLA BOMBACESCU

(Dyrektor filii Instytutu Gruźlicy — Jassy)

UWAGI W SPRAWIE DZIAŁANIA STREPTOMYCYNY

Mamy czteroletnie doświadczenie stosowania streptomycyny w leczeniu gruźlicy płuc.

Początkowo, gdy nadzieje pokładane w antybiotykach były tak duże, że wierzono w uleczalność gruźlicy, streptomycynę podawaliśmy we wszystkich postaciach choroby. Jako wytyczne do stosowania tego leku służyły nam prace *Hinshawa* i współpracowników, później prace *Mollareta*. Autorzy ci stosowali duże dawki streptomycyny w ilościach 2 i więcej gramów dziennie w ciągu długiego czasu. Zmieniliśmy postępowanie dopiero, gdy na V Wszechzwiązkowym Zjeździe Ftyzjatrów Radzieckich w 1948 roku w Moskwie *Rabuchin* podał własne obserwacje kliniczne. Stosując dawki nie przekraczające 1 grama streptomycyny dziennie i w ilości ogólnej 40 — 60 gramów otrzymał on w poszczególnych przypadkach takie same wyniki, jak autorzy amerykańscy stosujący duże dawki i to oczywiście bez powikłań, tak dobrze nam dziś znanych w przypadku użycia dużych dawek streptomycyny.

Początkowo badaliśmy działanie streptomycyny bez dobierania przypadków: u dzieci i młodzieży w różnym wieku i we wszystkich postaciach gruźlicy dorosłych. Po pewnym czasie oddzieliliśmy postacie kliniczne, w których streptomycyna miała działanie lecznicze, od postaci nie oddziałujących zupełnie.

Do końca 1950 roku w oddziale klinicznym Instytutu Gruźlicy w Bukareszcie było leczonych streptomycyną: 800 dzieci, 400 dorosłych, 450 chorych operowanych z podawaniem streptomycyny przed lub po zabiegu i 300 chorych z gruźliczym zapaleniem opon mózgowych.

Nasze wnioski dotyczące wskazań, dawkowania i leczenia skojarzonego są następujące :

1. Głównym wskazaniem do zastosowania streptomycyny jest gruźlica prosówkowa i gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Są to postacie gruźlicy, w których jest to jedyne leczenie.

Gruźlica prosówkowa, uważana początkowo za wyraźnie wyleczoną prawie w 100%, obserwowana w ciągu dwu lat daje 40% śmiertelności z powodu wystąpienia zapalenia opon mózgowych lub gruźlicy o innym umiejscowieniu (narząd moczowo-płciowy, układ kostno-stawowy). Jeśli chodzi o leczenie zmian resztkowych, stanowiących pozostałość punktu wyjścia wysiewów, bezwzględnie konieczne jest podanie streptomycyny. Zmiany resztkowe w płucach powinny być leczone metodą zapadową po zakończeniu leczenia streptomycyną gruźlicy prosówkowej.

2. Drugie wskazanie główne do leczenia streptomycyną narzuca się samo w gruźlicy płuc w przypadkach zakażenia pierwotnego u dziecka aż do drugiego roku życia.

3. U dzieci w wieku od 3 — 10 lat, a więc w wieku największej odporności przeciwko gruźlicy, w grupie leczonych streptomycyną oraz w grupie kontrolnej, leczonej tylko metodą higieniczno-dietetyczną, otrzymaliśmy podobne wyniki, dochodzące do 89% wyleczenia. Jesteśmy więc zwolennikami leczenia gruźlicy u dzieci w tym wieku metodą higieniczno-dietetyczną.

Wyjątek stanowią przypadki chorych gorączkujących, u których kilka gramów streptomycyny wystarcza do uzyskania poprawy. Leczenie to jednak należy prowadzić w połączeniu z leczeniem higieniczno-dietetycznym.

4. Gruźlica wieku pokwitania wymaga zawsze stosowania streptomycyny, ale w połączeniu z leczeniem zapadowym.

W grupie 47 przypadków gruźlicy wieku młodzieńczego, leczonych podaniem streptomycyny w okresie zjawienia się jamy, prątki w płwocinie utrzymywały się po zastosowaniu 40 — 50 gramów streptomycyny. U 11 chorych w tym samym wieku i leczonych tą samą ilością streptomycyny, lecz w skojarzeniu z leczeniem odma, odprątkowanie uzyskano we wszystkich przypadkach.

5. W przypadkach gruźlicy dorosłych, leczonych jedynie streptomycyną, nasze wyniki nie były zadowalające, z wyjątkiem przypadków powikłań wtórnych, jak gruźlica krtani, oskrzeli, jelit, w których stosując małe dawki streptomycyny osiągnęliśmy wyniki widoczne.

Wszystkie dotychczas stosowane metody leczenia, zarówno dawkami małymi, jak i dużymi, podawanymi długo czy krótko, bez przerwy lub z przerwami, są tylko metodami podawania leku, a nie oczyszczania zmian dokołojamistych, zjawiających się na nowo po 4 — 12 miesiącach od chwili zakończenia leczenia.

W konkluzji zawsze stosujemy zapad lekarski albo chirurgiczny tam, gdzie komponenta mechaniczna przeważa nad komponentą biologiczną. W przypadkach, w których komponenta biologiczna, przejawiająca się gorączką lub w inny sposób, jest dominująca, streptomycynę podajemy jako środek pomocniczy, a w połączeniu z PAS-em tylko wtedy, kiedy chodzi nam o stworzenie warunków sprzyjających leczeniu zapadem chirurgicznym.

Obserwacja 450 chorych operowanych w naszej klinice, którym w okresie przedoperacyjnym podano 20 — 40 gramów streptomycyny w połączeniu z PAS-em, pozwala ustalić, co następuje:

1. Okres hospitalizacji przedoperacyjnej znacznie się skraca.
2. Ilość powikłań pooperacyjnych jest bardzo mała.
3. Operowane są również przypadki ze wskazaniami ograniczonymi.

Leczenie podaniem 10 — 40 gramów streptomycyny powikłań pooperacyjnych w około 100 przypadkach (długotrwała gorączka, niedodma, zjawienie się świeżych ognisk w płucach) dało nam w pełni zadowalający wynik. Liczba chorych, u których po upływie 6 tygodni znikły prątki z płucociny, stanowi 58% ogółu chorych operowanych w tych warunkach (streptomycyna + operacja).

Spostrzeżenia nasze wykazują, że streptomycyna zastosowana jako środek leczniczy w gruźlicy płuc dorosłych nie może zastąpić leczenia zapadowego i służy tylko za wspaniąły środek pomocniczy.

Nawet w przypadkach szczególnych, jak gruźlica i cukrzyca oraz gruźlica ciężarnych, leczenie streptomycyną powinno być kojarzone z leczeniem zapadowym. Doświadczenie nasze wykazuje, że zastosowanie antybiotyków zwiększyło zakres wskazań do leczenia zapadowego.

Pogląd ten stał się poglądem oficjalnym naszego Ministerstwa Zdrowia i podstawą instytucji przeciwgruźliczych w naszym kraju.

Jesteśmy szczęśliwi, że nasze spostrzeżenia pokrywają się z doświadczeniem ftyzjologów polskich.

ALFRED BRILL i NICOLAS BUMBACESCU

SPOSTRZEŻENIA NAD TIOSEMIKARBAZONEM

Przedstawiamy pracę kliniczną nad leczeniem gruźlicy płuc tiosemi-karbazonem wytwarzanym w Rumuńskiej Republice Ludowej. Obserwowane przypadki podzielono na 2 grupy liczące razem 200 chorych. Każdą z tych grup obserwowano przez 4—5 miesięcy. W grupie pierwszej, składającej się z 73 chorych, było 17 dzieci w wieku od 7 — 16 lat. Grupa druga, obejmująca 124 chorych, składała się tylko z dorosłych.

Postacie kliniczne obu grup.

Gruźlica włóknisto-serowato-jamista jednostronna i obustronna, nie nadająca się do leczenia zapadowego z powodu zrostów; zabiegu chirurgicznego nie można było wykonać z powodu średniego stanu ogólnego 160 przypadków,

Powikłania gruźlicą krtani	31	przypadków
Powikłania gruźlicą oskrzeli	37	„
Powikłania gruźlicą jelit	25	„
Przypadki o innym umiejscowieniu gruźlicy	16	„

D a w k o w a n i e

Leczenie rozpoczynano od dawki 25 mg *pro die*, zwiększając dawkę co 7 dni aż do dawki dziennej 200 mg. W większości przypadków chorzy otrzymali w dawce ogólnej 16 — 20 gramów leku.

Działanie uboczne

1. O typie uczuleniowym (mdłości, wymioty, bóle głowy, pokrzywka, wysypka, białkomocz) — wystąpiło w 50% leczonych przypadków. Objawy te znikają w kilka dni po odstawieniu leku.

patologiczne, lecz również i procesy immunobiologiczne. Ponieważ badania nasze i doświadczenia w tym kierunku nie rozwinęły się jeszcze dostatecznie, ograniczę swoje wypowiedzi do tych obserwacji, w których rola układu vegetatywnego jest zupełnie jasna. Mam na myśli zjawisko dystrofii, pojęcie wprowadzone do pediatrii przez Pfaundlera, oznaczające wzajemne oddziaływanie dwóch równocześnie występujących schorzeń zakaźnych. Obserwacje moje dotyczące tego zagadnienia trwają półtora roku. Mogłem stwierdzić przy tym, że podobne działanie wzajemne istnieje między pierwotnym zakażeniem gruźliczym a dermatozami odżywczo-alergicznymi.

Dzieci cierpiące na uporczywe pokrzywki przestają na nie zapadać w chwili zjawienia się zakażenia gruźliczego nawet przy niezmiennym odżywianiu. Zjawisko to określiłbym jako zjawisko blokady. W tym przypadku przyjmuję, że silniejszy, a więc przodujący alergen w okresie swego maksymalnego działania immunobiologicznego opanowuje układ vegetatywny i w ten sposób hamuje wystąpienie alergenów słabszych. W „konkurencji“ alergenów o zajęcie układu vegetatywnego zwycięża silniejszy. W jednej z naszych obserwacji zjawisko to wystąpiło tak dokładnie, jak gdyby miało charakter zamierzonego doświadczenia: u jednego z dzieci zniknęły zupełnie objawy pokrzywki, a odczyn tuberkulinowy, dotychczas zawsze ujemny, nagle stał się dodatni. Po kilku dniach dziecko zjadło jajko, wskutek czego zjawiła się pokrzywka, ale tylko w miejscu, w którym wykonano odczyn Mantoux, nigdzie indziej.

Druga grupa obserwacji dotyczy związku zakażenia gruźliczego z zakażeniem wirusowym. W punkcie szczytowym gruźliczych procesów immunobiologicznych schorzenia wirusowe przebiegają w postaci poronnej. Ciężkość schorzenia wirusowego pozostaje w stosunku odwrotnym do ciężkości podstawowego schorzenia gruźliczego. Pewnego razu obserwowałem ospę wietrzną u dziecka z ciężkim zapaleniem gruźliczym opon mózgowych: wystąpił tylko jeden pęcherzyk ospy wietrznej. Łagodny przebieg odry, ospy wietrznej, świnki, wirusowego zapalenia wątroby spostrzegałem u kilkuset dzieci chorych na gruźlicę.

Obserwacje te, według mnie, wskazują na hamujące działanie procesu gruźliczego na schorzenia zakaźne, podobnie jak w przypadku pokrzywki. Rola ośrodkowego układu nerwowego w tym wzajemnym oddziaływaniu najbardziej wyraźnie występuje w przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Podczas moich obserwacji domowych zauważyłem, że dzieci wykazujące ciężkie zaburzenia ze strony międzymózdzia nie chorowały na zakażenia wirusowe, a jeżeli zakażenie wirusowe wystąpiło, to przebieg jego miał charakter łagodny. Z ciężkości objawów chorobowych z dużym prawdopodobieństwem można wnioskować o rozległości zmian w międzymózgowiu. W okresie remisji przypadków leczonych streptomycyną schorzenia wirusowe zawsze miały przebieg cięższy. W niektórych przypadkach mogliśmy nawet zauważyć znaczną poprawę objawów mózgowych. Obserwacje powyższe można wyzyskać w leczeniu i pewne próby zostały już przez nas rozpoczęte z wynikiem zadowolającym.

Praktycznym celem omówionych obserwacji jest zastosowanie ich w diagnostyce. W tych bowiem przypadkach, w których pokrzywka nagle przestała występować albo schorzenia wirusowe mają przebieg wyjątko-

wo łagodny, należy zawsze mieć na uwadze możliwość świeżego zakażenia gruźliczego.

Wierzę, że obserwacje te poza omówionymi korzyściami praktycznymi mają i teoretyczne znaczenie, bo pobudzą lekarzy do dalszych badań doświadczalnych.

STEFAN FLESCZ

Dyrektor Państwowego Sanatorium Dziecięcego — Budapeszt

ZNACZENIE ZJAWISKA WYDALANIA PRĄTKÓW GRUŹLICY U DZIECI

Wydalanie prątków ma we wszystkich przypadkach gruźlicy duże znaczenie. Pragnę zwrócić uwagę na stronę patologiczną tego zjawiska. Bodźcem do zajęcia się tym zagadnieniem stały się dla mnie badania *Rubinsteina* ze Związku Radzieckiego i badania kontrolne badacza węgierskiego *Szabo*. Badania te skierowały moje zainteresowania na czynność wydzielniczą ustroju, przede wszystkim na rolę żołądka w wydalaniu prątków. Z badań klasycznych *Rubinsteina* wynika, że prątki gruźlicy dostają się do żołądka wskutek połknięcia płwociny zawierającej prątki, i to również i w przypadkach, w których już w okresie przedalergicznym zakażenia pierwotnego popłuczyny żołądka wykazują wynik dodatni. Na czym polega znaczenie kliniczne dodatniego wyniku badania popłuczyn żołądkowych?

Dotychczas na podstawie wyniku dodatniego badań popłuczyn żołądkowych wnoszono o gruźliczym pochodzeniu nie rozpoznanego klinicznie cierpienia, a ponadto rozpoznawano postać gruźlicy otwartej ze wszystkimi następstwami epidemiologicznymi. Na podstawie danych *Rubinsteina* staje się konieczna rewizja dotychczasowych pojęć. Dodatni wynik badania popłuczyn u dzieci w wielu przypadkach stanowi dowód istniejącej bakteriemii nie zawsze doprowadzającej do przebicia ogniska pierwotnego lub zserowaciałych węzłów chłonnych do dróg oddechowych. Wynik dodatni nie zawsze musi być następstwem połknięcia własnych prątków, gdyż możliwe jest połykanie prątków z zewnątrz, np. w przypadku zakażenia kropelkowego. Prątki mogą przedostać się do żołądka również z zanieczyszczonym pokarmem lub przez zanieczyszczone rączki dziecka. Wskutek przebicia się ogniska gruźliczego do oskrzela lub tchawicy, a nawet do przelyku, prątki mogą przedostać się do żołądka i stąd właśnie zostają pobrane do badania.

Dodatni wynik badania popłuczyn żołądka może mieć miejsce w 3 przypadkach:

- 1) w następstwie połykania prątków własnych;
- 2) w następstwie połykania prątków z zewnątrz;
- 3) w następstwie bakteriemii z wydzielaniem prątków przez żołądek i jelita.

Ponieważ ocena poszczególnych przypadków, jak również zmiana w naszym ujęciu procesu chorobowego i jego konsekwencji epidemiologicznej wymaga ostrożności, postanowiliśmy sprawy te sprawdzić doświadczalnie na przypadkach Państwowego Sanatorium Dziecięcego w Bu-

dapeszcie. Wykonaliśmy przeszło 12.000 badań na pożywkach. Wynik dodatni uzyskaliśmy w 20% naszych chorych. Przypadki te można podzielić na 3 grupy:

Wynik dodatki rozmazu z krtani	73	przypad.	(31,6%)
Wynik dodatni popłuczyn	78	„	(33,8%)
Obydwa wyniki dodatnie	80	„	(34,6%)
R a z e m		231	przypad. (100%)

Na każdą więc grupę przypada mniej więcej $\frac{1}{3}$ przypadków; za przypadki otwartej gruźlicy płuc należy uważać te, w których rozmaz krtaniowy dał wynik dodatni, a więc 66,5% przypadków. Źródłem zakażenia były własne połykane prątki, jeśli był dodatni wynik nie tylko rozmazu z krtani, ale i popłuczyn, a więc w 34,5% przypadków. Pozostała grupa 33,8% dotyczyła dzieci mniej niebezpiecznych dla otoczenia, które obok bakteriemii przypadkowo połykały prątki gruźlicy z zewnątrz. W jaki sposób ocenić podgrupy pozostałych 33,8%? Należy tu uwzględnić następujące czynniki:

- 1) stałe występowanie wyniku dodatniego,
- 2) ilość i typ kolonii,
- 3) stan kliniczny,
- 4) trwanie schorzenia,
- 5) zakaźność z otoczenia,
- 6) następstwa wyłączenia ekspozycji.

W ten sposób udało się nam rozdzielić obie podgrupy, a dalszy przebieg kliniczny potwierdził słuszność naszego podejścia. Musimy stwierdzić, że doświadczenia *Rubinsteina* wyjaśniające wiele w patologii ludzkiej otworzyły nowe perspektywy dla badań klinicznych.

Wreszcie chcielibyśmy zwrócić uwagę na pewne interesujące zjawisko, które w przyszłości zostanie prawdopodobnie uzasadnione, a mianowicie że w przypadkach wykrycia prątków w popłuczynach żołądkowych nie udało nam się nigdy wyhodować ich z kału. Przypuszczać należy, że zawartość jelit nie sprzyja rozwojowi prątka z powodu działania czynników trawiennych lub wytworów innych drobnoustrojów, wpływających na zmianę pH. Zagadnienie to niesposób rozstrzygnąć trafnie i zadowalająco. Gdyby udało nam się wyodrębnić jeden z tego rodzaju czynników hamujących, można by, idąc w tym kierunku, rozpocząć badania nad wynalezieniem nowego środka przeciwgruźliczego.

MICHAŁ TELATYCKI
Gdańsk

ANTYBIOTYKI A LECZENIE ZAPADOWE,

Swój wyczerpujący referat kol. *Stopczyk* zakończył wnioskami, z którymi trudno byłoby się nie zgodzić. Chciałbym jedynie uzupełnić jego tezy wynikami własnych spostrzeżeń nad chorymi leczonymi w gdańskiej klinice gruźlicy. W stosunku do tych chorych ze względów humanitarnych przejeżdżamy z góry zasadę, że wszędzie tam, gdzie jest wskazane

1 wykonalne leczenie zapadowe, jest ono stosowane równolegle z wstrzykiwaniami antybiotyków. Tak więc w grupie 230 chorych leczonych w latach 1949—1950 streptomycyną podawano sam tylko antybiotyk (bez kojarzenia z innymi lekami lub metodami czynnego leczenia) 37 osobom (16% ogółu leczonych), streptomycynę i PAS bez leczenia zapadowego stosowano 33 osobom (14%) u całej zaś reszty, tj. 140 osobom (70% ogółu leczonych) kojarzono leczenie antybiotykami z leczeniem zabiegowym. Szczegółowe omówienie przekroczyłoby ramy tej dyskusji: będzie ono tematem specjalnej pracy. Ogólnie można podać: mężczyzn wśród leczonych — 122 (53%), kobiet — 108 (47%), wiek — 15—50 lat, przeciętna długość leczenia — 40, dni, przeciętna łączna dawka streptomycyny — 25 g, łączna dawka PAS-u — 500 g.

Leczonych streptomycyną i jednocześnie odmą śródopłucnową było 14 osób. Streptomycyna + PAS + odma śródopłucnowa — 13 osób. Streptomycyna + PAS + odma śródopłucnowa + odtłuszczanie zrostów — 35 osób; to samo, lecz bez PAS-u — 32 osoby. Streptomycyna + PAS + odma śródopłucnowa + przepalanie zrostów + odma brzuszna — 15 osób. Streptomycyna + PAS + odma brzuszna + miażdżenie nerwu przeponowego — 10 osób. Streptomycyna + PAS + odma brzuszna — 11 osób. Streptomycyna + odma brzuszna — 8 osób. Streptomycyna + torakoplastyka — 1 osoba. Streptomycyna + odma śródopłucnowa + odma brzuszna — 9 osób. Streptomycyna + PAS + torakoplastyka — 4 osoby. Streptomycyna + odma chirurgiczna — 2 osoby. Streptomycyna + PAS + odma chirurgiczna — 2 osoby. 224 osoby (97,4%) nie dały podstaw do beznadziejnego rokowania.

Za kryteria do oceny wyników leczenia przyjęliśmy: (+ + +) = bardzo znaczna poprawa, której morfologicznie towarzyszą pozory wyleczenia zmian spostrzeganych na zdjęciu rentgenowskim i odprątkowanie; (+ +) = bardzo znaczna poprawa stanu ogólnego i spadek gorączki do poziomu prawidłowego, lecz z częściowym pozostaniem czynnych zmian, widocznych na zdjęciu rentgenowskim i wydalania prątków w płwocinie; (+) = znaczna poprawa jedynie stanu ogólnego z odtruciem, obniżeniem OB, przyrostem wagi, lecz z przetrwaniem czynnych zmian na rentgenogramie i przeważnie wydalaniem prątków. Ocena wyników leczenia po upływie pół roku od jego zakończenia była następująca: poprawy wybitnej stanu ogólnego i rentgenogramu (+ + +) = 34 przypadki (15%); poprawy średniej (+ +) = 94 przypadki (41%); poprawy dotyczącej jedynie stanu ogólnego (+) = 69 przypadków (30%); „bez zmian” — 27 przypadków (11,5%); pogorszenia = 6 przypadków (2,5%). A zatem mimo połączenia leczenia zapadowego z leczeniem antybiotykami poprawę w sensie stałego powrotu całkowitej zdolności do pracy osiągnięto zaledwie w 15%, czyli wynik niewiele odbiegający od tego, jaki się uzyskuje w samym tylko leczeniu zapadowym bez antybiotyków.

Jest rzeczą ciekawą, że w grupie 70 leczonych samą tylko streptomycyną lub w połączeniu z PAS-em, lecz bez dodatkowego leczenia zapadowego, osiągnięto niewątpliwie gorszy odsetek i niższy stopień poprawy (ogółem 52 przypadki poprawy, tj. 74%, w czym poprawy wybitnej 7%, średniej 36%, niewielkiej 23%, bez zmiany 23%, pogorszenia 3%). Ta grupa również obejmuje 30 osób z płucnymi zmianami krwiopochodnymi drobnoogniskowymi rozszanymi, typu zimnej prosówki, w połwie z powikłaniami krtaniowymi. Takie przypadki wg opinii piśmiennictwa obce-

go, częściowo także krajowego, uchodzą za szczególnie dobrze poddające się leczeniu streptomycyną. Niestety, i tu mam pewne zastrzeżenia. W grupie naszych 30 chorych poprawę wybitną, pokazową, osiągnięto zaledwie w 3 przypadkach, poprawę średnią bez znamion trwalszego wyleczenia w 11 przypadkach, poprawę objawową — w dalszych 12 przypadkach; nie uzyskano poprawy w 3 przypadkach, wreszcie stwierdzono pogorszenie w 1 przypadku.

Nasze wyniki upoważniają do wysunięcia następujących tez:

1. Streptomycyna i inne dotychczas poznane antybiotyki z reguły nie leczą jam gruźliczych. Opisywane wyjątki potwierdzają regułę.

2. Według moich obliczeń wprowadzenie streptomycyny nie tylko nie zmniejszyło wskazań do leczenia zapadowego, lecz ją rozszerzyło kosztem uszczuplenia grupy chorych ze zmianami płucnymi traktowanymi w erze przedstreptomycynowej jako nie rokujące nadziei wyleczenia znanymi wówczas lekami i metodami.

3. Pod wpływem szerokiego stosowania streptomycyny przesunęły się również granice wskazań do poszczególnych rodzajów leczenia. Tak np. na podstawie własnych spostrzeżeń w dużej grupie osób chorych ze zmianami gruźliczymi w płucach, jeśli chodzi o najwłaściwszy rodzaj leczenia, stwierdzam, że na przeciętną setkę chorych wskazania do odmy jednostronnej wzrosły z 40% na 45%, wskazania do odmy obustronnej zmalały z 9% do 3,5%, a więc prawie trzykrotnie, natomiast wskazania do leczenia torakochirurgicznego wzrosły z 6% do 9%, czyli o połowę. Wreszcie grupa osób, uważanych dawniej za przypadki beznadziejne, nie nadające się do czynnego leczenia, zmalała o połowę (z 24% na 12,2%).

4. Wreszcie wniosek ostatni, pozornie odbiegający od wniosku czci-godnego referenta, doc. dr J. Stopczyka, brzmi: skojarzenie leczenia zapadowego z leczeniem antybiotykami nie tylko nie zmniejsza przeletności łóżek zakładowych, lecz odwrotnie, zwiększa ją. Wprawdzie, jak słusznie twierdzi kol. Stopczyk, wstępny pobyt w zakładzie osoby leczonej w sposób skojarzony trwa dłużej niż przedtem, lecz zwykle jest to pobyt jednorazowy, bo osiągnięta leczeniem skojarzonym poprawa jest trwalsza i raz uzyskana trudniej załamuje się po powrocie ozdrowieńca do zwykłych warunków życia; przez to ozdrowieniec rzadziej wymaga późniejszej rehospitalizacji. Wprawdzie w poprzednio stosowanym leczeniu wynik był doraźny, lecz chory musiał kilkakrotnie powtarzać leczenie zakładowe i w ostatecznym wyniku zajmował łóżko o wiele dłużej.

Streszczając się trzeba stwierdzić: antybiotyki, głównie streptomycyna, są w lecznictwie gruźlicy płuc zdobyczą bardzo cenną, lecz nie tylko nie rugują leczenia zapadowego, ale przeciwnie, rozszerzają wskazania do niego. Leczenie zapadowe trwałymi wynikami dotychczas jeszcze góruje nad leczeniem gruźlicy płuc wyłącznie tylko antybiotykami. Wyniki są jeszcze bardziej wartościowe, gdy stosuje się leczenie skojarzone, lecz i ono często zawodzi, zwłaszcza jeśli nie jest uzupełnione wystarczająco długim leczeniem zakładowym. Stąd wniosek, że leczenie antybiotykami i metodą skojarzoną bynajmniej nie pozwala na zwolnienie tempa dalszej rozbudowy łóżek szpitalnych i sanatoryjnych dla leczenia gruźlicy płuc. Niemniej ważnym postulatem pozostaje równoległa rozbudowa pół-sanatoriów nocnych i dziennych dla ozdrowieńców po gruźlicy powracających do pracy.

DZIAŁANIE STREPTOMYCYNY NA ZMIANY GRUŻLICZE W MIĘDZYŻEBROWYCH WĘZŁACH CHŁONNYCH

Na marginesie referatu dr Wita Rzepeckiego chcieliśmy poruszyć sprawę gruźliczego zakażenia rany pooperacyjnej w torakoplastyce oraz przedstawić wyniki naszych badań nad międzyżebrowymi węzłami chłonnymi.

Badania te pozwoliły nam na wyciągnięcie pewnych wniosków co do możliwości określenia wpływu streptomycyny na to powikłanie oraz na ustalenie racjonalnego sposobu podawania powyższego antybiotyku w celach zapobiegawczych.

Częstość występowania zakażenia ran w statystykach podawanych przez różnych autorów waha się od 2,2% — 33%. Wiemy, że powikłanie to poza znacznym nieraz przedłużeniem okresu leczenia prowadzi nie rzadko do wystąpienia ciężkich objawów toksycznych, jak również często jest przyczyną śmierci we wczesnym i późnym okresie po zabiegu.

Powyższe względy skłoniły nas do bliższego opracowania tego zagadnienia. Poszukując czynników przyczynowych podczas wykonywania torakoplastyki zwróciliśmy uwagę na stosunkowo często występujące duże węzły chłonne w okolicach główek żeberowych. Nieliczne doniesienia z literatury (*Somb, Hedblom, Coello, Joly*) oraz nasze wstępne badania wykazały, że są one w większości przypadków objęte procesem swoistym.

Systematyczne badania podjęte wspólnie z Państwowym Zakładem Higieny w Gdańsku we wrześniu 1949 r. metodami histopatologicznymi (hematoksylina — eozyna, m. Ziehl — Neelsen, m. Halberga — błękit nocy) wykazały w 77% przypadków zmiany gruźlicze w badanych węzłach. W 71% natomiast wykryto żywe prątki metodami bakteriologicznymi (posiew, próba biologiczna na śwince). Należy w tym miejscu zaznaczyć, że powiększone międzyżebrowe węzły chłonne znaleziono w 83% obserwowanej grupy 66 chorych.

Z powyższych badań wynika, że uszkodzenie tak zmienionych międzyżebrowych węzłów chłonnych w czasie torakoplastyki (najczęściej podczas apikolizy) jest istotną przyczyną zakażenia gruźliczego rany pooperacyjnej.

Zagadnienie zostało dokładnie omówione w osobnej pracy oddanej do druku do czasopisma „Gruźlica”. Obecnie podamy jedynie część wyników badania węzłów chłonnych, ściśle wiążących się ze streptoterapią.

TABELA I A

	Streptomycynę podawano przed zabiegiem	Streptomycyny nie podawano przed zabiegiem
Liczba przypadków	31	22
Gruźlicę stwierdzono metodą histopatologiczną	23 (74%)	17 (77%)
Gruźlicę stwierdzono metodą bakteriologiczną	21 (68%)	16 (73%)

Chorzy nasi zostali podzieleni na dwie grupy: do pierwszej włączono przypadki przygotowywane do zabiegu streptomycyną, do drugiej grupy te, które jej przed operacją nie otrzymywały. Wyniki zostały przedstawione w dwóch tabelach 1A, 1B.

Do grupy I zaliczono 31 przypadków (tab. 1A). Zmiany gruźlicze wykryto w 23 przypadkach (74%) metodą histopatologiczną i w 21 przypadkach (68%) metodą bakteriologiczną.

U 22 chorych (tab. 1A), którzy przed torakoplastyką nie dostawali streptomycyny, stwierdzono ogniska gruźlicze niewiele częściej niż w grupie poprzedniej. Znalezione je w 17 przypadkach (77%) posługując się metodą histologiczną, a w 16 (73%) posługując się metodą bakteriologiczną.

TABELA I B

	Ilość streptomycyny podanej przed zabiegiem		
	10 g	10—29 g	30 g
Liczba przypadków	2	15	14
Gruźlicę stwierdzono metodą histopatologiczną	1	12	10
Gruźlicę stwierdzono metodą bakteriologiczną	1	12	8

W tabeli 1B przedstawiono dodatkowe przypadki I grupy podzielonej na trzy grupy w zależności od ilości podanej streptomycyny. I tak w dwóch przypadkach, w których ilość podanej streptomycyny nie przekraczała 10 g, w jednym tylko wykazano gruźlicę zarówno metodą bakteriologiczną, jak i histopatologiczną. W 15 przypadkach podano przed zabiegiem od 10 — 29 g streptomycyny, u 12 wykryto zmiany gruźlicze obu metodami. W podgrupie trzeciej ogólna dawka streptomycyny przekraczała 30 g. Zaliczono do niej 14 przypadków; w 6 z nich przeciętna ilość podanego antybiotyku wynosiła od 50 — 100 g. Zmiany swoiste wykazano metodą histologiczną w 10 przypadkach, w 8 natomiast metodą bakteriologiczną.

Można więc przypuszczać, że niezależnie od wielkości dawki podawanej domięśniowo streptomycyny nie wywiera wpływu na zmiany gruźlicze w węzłach chłonnych międzyżebrowych oraz nie może odgrywać wobec tego dużej roli zapobiegawczej w występowaniu zakażeń wtórnych (gruźliczych) w ranie pooperacyjnej. Wyniki nasze potwierdzałyby spostrzeżenia kliniczne Dawidsona, który nie zauważył wpływu podawania ogólnego streptomycyny na zmniejszenie się częstości występowania zakażeń przestrzeni Semba, jak również potwierdzałyby spostrzeżenia Danielsa (Rzepecki) oraz „niezdecydowane“ wyniki Murphiego i współpracowników.

Porównując badania histopatologiczne i bakteriologiczne w 2 tylko przypadkach można było doszukać się pewnego działania streptomycyny. Pierwsza chora otrzymała przed zabiegiem 95 g streptomycyny. Badanie histopatologiczne wykazało niewątpliwie zmiany o charakterze swoistym w postaci dość licznych gruzelków oraz nieznacznych ognisk zserowacenia. W przypadku tym ani hodowlą, ani próbą biologiczną na śwince nie

wykryliśmy prątków gruźlicy. Metodą histopatologiczną udało się wykryć po długim poszukiwaniu zaledwie w paru skrawkach nietypowe gruzelki. Zaszczepiona świnka przez 6 miesięcy nie wykazywała zmian chorobowych, dopiero po zabiciu jej zdołano wykryć prątki gruźlicy w wątrobie i śledzionie. Przypuszczamy, że w obu tych przypadkach musiało jednak dojść do osłabienia zjadliwości prątków pod wpływem dużych dawek antybiotyków.

Na podstawie powyższych wyników wydawałoby się słuszniejsze podawanie streptomycyny bezpośrednio do wytworzonej przestrzeni zwnątrzpowięziowej, żeby miejscowo działać na wysiane w przypadku uszkodzenia zmienionych chorobowo węzłów prątki. We wszystkich naszych przypadkach już po otrzymaniu początkowych dodatnich wyników podawaliśmy streptomycynę w ilości 1 g (w roztworze 10 ml fizjologicznego roztworu soli) do komory Semba i tym tłumaczymy sobie stosunkowo niski procent przypadków zakażenia jamy pooperacyjnej u naszych chorych (2,6%).

Dr Rzepecki porównując liczbę przypadków powikłania pooperacyjnego, występujących w obu grupach wykazuje, że u chorych poddanych streptoterapii ogólnej zakażenie swoiste i nieswoiste rany wystąpiło w przeszło dwukrotnie mniejszej liczbie przypadków, nie wspomina natomiast nigdzie, czy w każdym z tych przypadków podawano streptomycynę również do przestrzeni pooperacyjnej. Na podstawie bowiem przedstawionych naszych badań należy sądzić, że tak wybitne zmniejszenie się częstości powikłań prawdopodobnie wystąpiło wskutek podawania streptomycyny miejscowo do przestrzeni pooperacyjnej.

JERZY DYBICKI

Gdańsk

LECZENIE CHIRURGICZNE GRUŹLICY PŁUC A STREPTOMYCYNA w świetle badań II Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej w Gdańsku

A. Torakoplastyka

W okresie od 9.XI.1948 r. do 30.III.1951 r. wykonano w II Klinice Chirurgicznej AMG torakoplastykę u 129 chorych. W 29 przypadkach (55 etapów) operowano bez streptomycyny, w 100 innych (178 etapów) stosowano antybiotyk zarówno ogólnie, jak i miejscowo do wytworzonej przestrzeni pooperacyjnej. Początkowo stosowano streptomycynę w dawkach 1 g na dobę, później 0,5 g na dobę. Do komory Semba podawano 1 g streptomycyny (w 10 ml fizjologicznego roztworu soli).

W 33 przypadkach streptomycynę podawano przygotowawczo przed zabiegiem ze względu na niezupełnie ustabilizowany charakter zmian po stronie leczonej oraz na czynne procesy gruźlicze w płucu drugim. Przecienna dawka streptomycyny wynosiła około 30 g. W przypadkach tych streptomycyna podawana była również w okresie pooperacyjnym. W pozostałych 67 przypadkach streptomycynę podawano wyłącznie w celach osłonowych; wstrzykiwania rozpoczynano zwykle na 2—3 dni przed zabiegiem.

Przypadki nasze były na ogół ciężkie; świadczy o tym zestawienie obejmujące częstość występowania zmian gruzliczych po stronie „lepszego“ (tab. I).

TABELA I

Gruźlica jamista	Zmiany czynne naciekowe	Zmiany nieczynne	Odma opłucnowa	Zabiegi chirurgiczne po stronie drugiej	Gruźlica pozapłucna
B 3%	16%	16%	13%	—	—
S 16%	10%	11%	15%	4%	10%

W grupie chorych poddanych streptoterapii zmiany jamiste znaleziono w 16%, czynne zmiany naciekowe w 10%, nieczynne w 11%, 15% chorych miało stosowaną odmę opłucnową. Po stronie drugiej w 4% przypadków wykonano takie zabiegi zapadowe, jak torakoplastykę i odmę zewnątrzpłucnową. W grupie chorych, którym nie podano streptomycyny, częstość zmian w płucu drugim była podobna (tab. I).

Wyniki leczenia w obu grupach są na ogół zgodne. I tak odprątkowanie oraz zamknięcie jamy potwierdzone zdjęciem rentgenowskim przeglądowym i warstwowym osiągnięto w grupie, która otrzymała streptomycynę w 61%, w 58% natomiast w grupie II.

Powikłania pooperacyjne i śmiertelność zostały przedstawione w tab. II.

TABELA II

	Rozsiew	Zaostrzenie zmian	Zakażenie rany	Śmiertelność wczesna	Śmiertelność późna
B	3%	6%	6%	—	6%
S	2%	3%	2%	5%	2%

W grupie streptomycynowej rozsiewy pooperacyjne wystąpiły w 2%, zaostrzenie zmian po stronie przeciwnej lub u podstawy w 3%, zakażenie rany w 2%. W grupie II odpowiednie powikłania wystąpiły nieco częściej: rozsiew w 3%, zaostrzenie zmian w 6% i zakażenie rany pooperacyjnej w 6%. Nieco inaczej jest ze sprawą śmiertelności. W grupie, w której podawano streptomycynę, śmiertelność wczesną notowaliśmy w 5% (5 chorych), w 2% natomiast w okresie późniejszym, od 12 do 24 miesięcy. Ten wysoki stosunkowo procent śmiertelności jest następstwem znacznego rozszerzenia wskazań operacyjnych i nadzwyczaj ciężkiego przypadku chorobowego. W grupie, w której nie podawano streptomycyny, przypadków wczesnej śmiertelności nie stwierdzono później, w 6% w okresie od 6—12 miesięcy po zabiegu.

Okres obserwacji przypadków u 80% chorych wynosił powyżej 12 miesięcy, u 20% nie był mniejszy niż 4 miesiące.

Podsumowując wyniki skojarzonego leczenia torakoplastyką i streptomycyną stwierdzamy, że streptomycyna bardzo znacznie rozszerzyła wskazania do zabiegu, tak że zakres operacyjny ograniczany był raczej pojemnością życiową chorego niż charakterem zmian chorobowych w płucach. Współdziałanie streptomycyny nie wpłynęło natomiast na poprawę ostatecznych wyników; z powikłań pooperacyjnych zauważono jedynie wybitniejsze zmniejszenie częstości zakażeń rany, co tłumaczymy działaniem miejscowym streptomycyny.

B. Odma pozaopłucnowa

W tym okresie wykonano odmę pozaopłucnową u 50 chorych. Liczba przypadków leczonych streptomycyną wynosiła 36. W pozostałych 14 streptomycyny nie podawano.

Streptomycynę stosowano domięśniowo i miejscowo do komory pozaopłucnowej w tych samych dawkach co i w torakoplastyce.

Oślonow podawano streptomycynę w 26 przypadkach, jako przygotowanie i osłonę w 10 pozostałych. Przeciętna i ogólna ilość podanej streptomycyny wynosiła w obu grupach około 15 g.

W omówionej grupie chorych, którym wykonano torakoplastykę, część należała do przypadków o wskazaniach granicznych (tabl. III).

T A B E L A III

	Gruźlica jamista	Zmiany czynne naciekowe	Zmiany nieczynne	Odma pozaopłucnowa	Zabiegi chirurgiczne	Gruźlica pozapłucna
B	2(14%)	—	—	14 %	—	—
S	9(25%)	5%	5%	19 %	2(5 %)	1(2,5%)

Z tabeli III widzimy, że zmiany rozpadowe po stronie drugiej występowały w 25% w grupie, która otrzymywała streptomycynę, naciekowe czynne w 5%, nieczynne w 5%. U 5% chorych wykonano po drugiej stronie torakoplastykę.

Wyniki leczenia w grupie, która otrzymywała streptomycynę, były nieco gorsze. Odprątkowanie i zamknięcie jamy osiągnięto w 61%. W grupie leczonej wyłącznie odmą zewnątrzpłucnową dodatnie wyniki dochodziły do 71%. Wynik ten jest niewątpliwie następstwem znacznego rozszerzenia wskazań operacyjnych.

Ze względu na stosunkowo szczupłą liczbę omawianych przypadków, porównania powikłań pooperacyjnych i śmiertelności nie można brać pod uwagę. Należy wspomnieć natomiast, że podawanie streptomycyny nie uchroniło w 2 przypadkach (5%) od wystąpienia zakażenia gruźliczego komory. Krwotok we wczesnym okresie pooperacyjnym wystąpił w obu grupach w 13 i 14%. Śmiertelność wczesna w grupie, która otrzymała streptomycynę, wystąpiła w jednym przypadku (2,5%), późna natomiast w 2 (5%) — w okresie od 6—12 miesięcy po zabiegu (tab. IV).

TABELA IV

	Rozsiew	Zaostrzenie zmian	Zakażenie rany	Duży wysięk	Krwotok	Śmiertelność	
						wczesna	późna
B	—	—	—	2(14%)	2(14 %)	—	—
S	—	—	2(5 %)	4(11 %)	5(13 %)	1(2,6 %)	2(5 %)

We wnioskach końcowych stwierdzamy, że podobnie jak w poprzedniej grupie, w której wykonano torakoplastykę, streptomycyna podawana przygotowawczo i osłonowo pozwoliła na znaczne rozszerzenie wskazań operacyjnych, natomiast nie wpłynęła na poprawę ostatecznych wyników leczenia.

DYSKUSJA

ANNA MARGOLISOWA

Lagiewniki

Uznając całkowicie słuszność poglądu doc. *Stopczyka* na leczenie skojarzone gruźlicy płuc, że antybiotyki nie zastępują leczenia zapadowego, pragnę podkreślić, że wskazania do wstępnego leczenia streptomycyną są znacznie szersze u dzieci i młodocianych niż u dorosłych.

Pogląd ten opieram na następujących przesłankach:

1. Jama gruźlicza u dziecka lub młodocianego jest powiązana zwykle z zespołem pierwotnym i towarzyszą jej zmiany gruźlicze w oskrzelach. Wśród 75 przypadków własnych u 65 stwierdzono metodą bronchoskopii gruźlicę oskrzeli. Należy tu zaznaczyć, że w 43 przypadkach z powodu zmian w oskrzelach drożność oskrzelowa była upośledzona. Dlatego praktycznie w wieku młodocianym jama może zawsze przekształcić się w jamę nadymaną i zbyt pochopne założenie odmy grozi utworzeniem się mechanizmu wentylowego. Jeśli chodzi o nasze przypadki, wielokrotnie zdarzało nam się wycofywać z pierwotnie założonej odmy i powracać do leczenia streptomycyną. Przypadki te omawiałam na zjeździe przeciwgruźliczym w Łodzi w 1949 r. i na zjeździe pediatrycznym w Krakowie w ubiegłym roku i nie będę ich powtarzać. Natomiast omówię przypadek planowego leczenia jamy w gruźlicy popierwotnej, powikłanej gruźlicą oskrzela.

Dziewczynka 14-letnia z jamą o średnicy 4 cm w dolnym lewym płacie i z szeregiem rozsianych cieni zagęszczenia w otoczeniu jamy. OB 15/36. Prątki gruźlicy — wynik dodatni. W obrazie bronchoskopowym w podstawowym zewnętrznym lewym oskrzeli przetoki, a w głębi oskrzele zacopowane. Leczenie streptomycyną — po 22 gramach jama zmniejszyła się do połowy. Wobec utrzymujących się prątków założono odmě, która okazała się skuteczna. Chora odprątkowana, wypisana po 8 miesiącach z OB 3/8, z przybytkiem wagi 13 kg.

W przypadku tym pierwotna streptoterapia i prawdopodobne zlikwidowanie zmian w oskrzelach doprowadziło do zmniejszenia jamy i skutecznej odmy. W analitycznym przypadku przed erą streptomycyny wytworzenie odmy z następowym przypalaniem zrostów pomimo zaniechania dopełnienia doprowadziło do pęknięcia jamy z wytworzeniem ropniaka opłucnowego. Należy tu zaznaczyć, że w przebiegu wstępnego leczenia streptomycyną, pomyślanego jako przygotowanie do odmy, zdarza się, że jamy znikają z obrazu radiologicznego. W naszych 110 przypadkach gruźlicy jamistej znikanie jam stwierdziliśmy u 12. Potwierdza to spostrzeżenie doc. *Stopczyka*, że liczba przypadków jam znikających po leczeniu streptomycyną wynosi około 12%.

Przytoczę przypadek dziewczynki 12-letniej, która z powodu styczości z gruźlicą była pod kontrolą poradni. Zmiany stwierdzone: mała jamka o grubej otoczce na

wysokości II żebra prawego. Stan ogólny b. dobry. Prątki gruźlicy — wynik dodatni. OB 24/59. Po 10 g streptomycyny jama znikła z obrazu rentgenowskiego, co potwierdzone zostało licznymi zdjęciami warstwowymi. W czasie 6-miesięcznej obserwacji nawrotu nie stwierdzono. Chora odprątkowana, OB — 9/23, przybytek wagi 3 kg.

2. Przypadki młodociane różnią się od przypadków dorosłych większą dynamiką procesu chorobowego. Wskutek tego zmianom jamistym u młodocianych towarzyszą rozległe zmiany wysiękowe i rozsiane oraz gruźlica pozapłucna. Przypadki te na pierwszy rzut oka sprawiają wrażenie beznadziejnych. Jak wynika jednak z naszych spostrzeżeń, oddziałują one dodatnio na leczenie streptomycyną. Zmiany wysiękowe i rozsiane cofają się, pozostałe zaś jamy poddają się leczeniu uciskowemu. Należy zaznaczyć, że przypadki te wymagają leczenia długotrwałego dawkami o wiele większymi, niż to się obecnie zaleca. W przypadkach tych nie liczymy się z możliwością wytworzenia streptomycynooporności, ponieważ podobnie jak w zapaleniu opon mózgowych gruźliczym w razie niepowodzenia są one i tak stracone.

Dla przykładu omówię następujące przypadki:

P r z y p a d e k I. Dziewczynka 10-letnia, gruźlica ze styczości. Od kilku miesięcy nie wstaje z łóżka. Od tygodnia bezgłos. Stan tragiczny. OB—108/134. Silnie prątkuje. Wyniszczona. Ciepłota hektyczna do 39°. Rentgenogram: oba górne pola płucne pokryte zlewającymi się cieniami zagęszczenia. Wśród nich liczne rozjaśnienia. Krtań: liczne nacieki na strunach prawdziwych i rzekomych. Pod wpływem leczenia streptomycyną stan ogólny poprawia się uderzająco. Po tygodniu ciepłota ciała prawidłowa. Wstaje z łóżka, zaczyna mówić. Po 18 g pogorszenie w obrazie rentgenowskim. W dalszym przebiegu zmiany rentgenowskie cofają się bardzo powoli. Po 70 gramach prawie całkowite ustąpienie zmian rozsianych z obrazu rentgenowskiego. Tomografia: jama po stronie lewej i 2 jamki po stronie prawej. Wytworzono skuteczną odmě skorygowaną przepalaniem zrostów. Po stronie prawej odmy nie udało się wytworzyć. Po 100 g streptomycyny po stronie prawej marskość odcinkowa. Odprątkowana. Stan świetny. Przybytek wagi 11 kg. OB 6/16.

P r z y p a d e k II. Dziewczynka 13-letnia, gruźlica ze styczości. Przed dwoma laty zmiany wnękowe. Chora od miesiąca. OB — 82/102. Prątki gruźlicy — wynik dodatni. Niedowaga 7 kg. Rentgenogram — rozsiane cienie zagęszczenia pokrywają całe lewe pole płucne. W górnym polu 2 rozjaśnienia. Serce przeciągnięte w lewo. W przebiegu długotrwałego leczenia streptomycyną (100 g) rozsiane cienie, zagęszczenia cofają się. W zdjęciu warstwowym — jamy. Wobec niemożności wytworzenia odmy zwykłej wytworzono odmě chirurgiczną — skuteczną. Odprątkowana, przybytek na wadze 8 kg. OB — 8/24. Czas obserwacji od wytworzenia odmy — 9 miesięcy.

P r z y p a d e k III. Dziewczynka 13-letnia. Gruźlica ze styczości. Choruje od 3 miesięcy. Krwotok. Stan zły. OB — 39/83. Prątkuje. Niedowaga 2,5 kg. Rentgenogram: zlewające się cienie zagęszczenia pokrywają górny prawy płąt, przy czym u podstawy tego płata zacienienie o charakterze bardziej jednolitym, ostro odgraniczone od dołu. W obu dolnych polach płucnych rozsiane drobnoplamiste cienie. Leczenie streptomycyną, poprawia się bardzo powoli. Po 84 g cienie utrzymują się. Dopiero po 100 g rozsiane cienie cofają się. Pozostaje owalny cień u podstawy płata. Na zdjęciu warstwowym podejrzenie rozpadu. OB — 8/18. FBK dodatni. Przybytek wagi 12 kg. Rodzina nie zgodziła się na odmě i chorą zabrano do domu. Po roku wraca. Prątki gruźlicy — wynik dodatni. Wytworzono sztuczną odmě. Przypadek zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na cofnięcie się po długim leczeniu bardzo

rozległych zmian, ale i ze względu na wytworzenie skutecznej odmy po 2 latach choroby.

Przypadek ten, jak i wiele innych przez nas obserwowanych, dowodzi, że spóźnienie zakładania odmy z powodu pierwotnego leczenia antybiotykiem nie zmniejsza możliwości wytworzenia odmy. Uważamy jednak, że w przypadku, w którym nie ma konieczności przedłużenia leczenia streptomycyną ze względu na powolne cofanie się zmian, okres wstępny nie powinien przekraczać 6 tygodni do 2 miesięcy.

MARIAN ZIERSKI

Łódź

W toku rozważań nad licznymi problemami związanymi z antybiotykami i leczeniem zapadowym gruźlicy płuc, zawartych w wyczerpujących referatach, zdaje się wynikać, że w ocenie działania antybiotyków, a zwłaszcza streptomycyny, w tak różnie przebiegającej jednostce chorobowej jak gruźlica płuc, mimo pogłębienia naszego doświadczenia, należy być nadal bardzo ostrożnym.

W ustaleniu wskazań i wyborze metody leczenia należy uwzględnić kilka czynników, wśród których na pierwszy plan wysuwa się nie tylko sam charakter zmian anatomopatologicznych, ich wiek, to jest świeżość zmiany chorobowej i rozległość, ale w dużej mierze również dynamizm procesu chorobowego.

Te dwie istotne cechy swoistego procesu chorobowego, tzn. swoistość zmian anatomopatologicznych i dynamizm — będą decydować o planie i wyborze metody leczenia.

Nasze spostrzeżenia kliniczne wykazują, że burzliwy i ostry początek choroby pogarsza w dalszym etapie, mimo opanowania leczeniem streptomycyną ostrego okresu choroby i umożliwienia w tych przypadkach leczenia czynnego, końcowe wyniki leczenia zapadowego. Są one znacznie gorsze aniżeli w grupie chorych, u których rytm choroby był powolny. W grupie tej bowiem odsetek przypadków z korzystniejszymi wynikami leczenia wstępnego i skojarzonego jest znacznie wyższy.

Dynamizm choroby w dużej mierze będzie decydował o skuteczności tak leczenia antybiotykiem, jak i leczenia zabiegowego.

W 67,8 % naszych przypadków ostrego przebiegu choroby udało się przez zastosowanie streptomycyny doprowadzić do opanowania ostrej fazy choroby i do takiego wyrównania, że można było przypadki jamistej gruźlicy poddać zabiegowi.

Ostateczne jednak wyniki leczenia zabiegowego w tej grupie wykazują, że tylko u 25,5% chorych o ostrym przebiegu gruźlicy przez zastosowanie streptomycyny i następny zabieg uzyskaliśmy wyleczenie i zamknięcie jamy, natomiast u większości, bo w 40,7%, nie uzyskano żadnej poprawy, a zabieg okazał się nieskuteczny. Proces po pewnym okresie uspokojenia nadal miał charakter postępujący, u 33,8% zaś przypadków tej grupy uzyskano ustalenie się sprawy chorobowej z utrzymaniem się jamy. Okres leczenia w ostrych postaciach gruźlicy płuc wynosił przeciętnie 28 dni przy dawce dziennej 1 g, a następnie 0,5 g. Ogólna przeciętna dawka wynosiła do 25 g, a tylko w przypadkach, w których następnie zastosowano torakoplastykę, okres leczenia dochodził do 90 dni przy ogólnej dawce około 45 g. Wyniki w grupie przypadków o burzliwym początku lub przebiegu choroby w zestawieniu z grupą przypadków o powolnym przebiegu są w naszym zestawieniu wyraźnie gorsze.

Również w ostrym serowatym zapaleniu płuc na 15 naszych przypadków tylko u 7 streptomycyna pozwoliła opanować ostrą fazę i następnie umożliwiła wykonanie zabiegu — wytworzenie odmy opłucnowej lub otrzewnowej. Niestety, jak dalsza

obserwacja wykazała, w żadnym z tych przypadków nie uzyskano następnie zamknięcia jamy i wyraźniejszej trwałej poprawy ani leczeniem streptomycyną, ani leczeniem zapadowym. U żadnego chorego po nieskutecznym leczeniu odną nie można było również później ustalić wskazań do zabiegu chirurgicznego. Antybiotyki nie zmieniły toku rozwoju ostrego serowatego zapalenia płuc.

W referacie kol. *Stopczyk* poruszył bardzo istotne zagadnienie leczenia streptomycyną początkowych postaci gruźlicy celem ewentualnego uniknięcia odmy opłucnowej. Jeśli zmiany naciekowe są ograniczone i jednoogniskowe, typu nacieku Asmana, niezbyt dużych rozmiarów, bez objawów rozmiękania — ulegają one po zastosowaniu streptomycyny często wchłonięciu lub zwłóknieniu. Wśród naszych przypadków uzyskaliśmy poprawę po 30 — 40 dniach leczenia streptomycyną. Zestawiając wyniki tego leczenia z wynikami leczenia podobnych postaci gruźlicy płuc spoczynkiem i PAS-em bez streptomycyny stwierdzamy, że są one podobne, mianowicie w około 90% przypadków nastąpiło wchłonięcie lub zwłóknienie nacieku. Dlatego obecnie w przypadkach początkowych jednoogniskowych zmian naciekowych nie stosujemy streptomycyny, a tylko PAS i leczenie spoczynkowe. Jeśli po 6—8 tygodniach tego leczenia nie uzyskujemy poprawy, a naciek się utrzymuje, należy naszym zdaniem zastosować odnę sztuczną.

Uważam, że w tego rodzaju postaciach początkowej gruźlicy leczenie streptomycyną jest zbędne i może mieć miejsce tylko w przypadkach, w których wczesny naciek lub początkowe ograniczone zmiany wieloogniskowe mają przebieg ostry. W tym przypadku krótkie leczenie streptomycyną w ogólnej dawce 15 g łącznie z PAS-em prowadzi do opanowania ostrej fazy wysiękowej. Natomiast w przypadkach zaznaczonego serowacenia i choćby minimalnego rozmiękania nacieku wczesne leczenie odną wydaje się przecież metodą z wyboru bez względu na to, czy wykrywa się prątki i zaznaczają się zarysy jamy. Wyczekiwanie w tych przypadkach grozi zdaje się ujemnymi następstwami w postaci włóknienia i usztywnienia ścian jamy, włóknienia zmian otoczenia jamy, co zawsze utrudnia i pogarsza szanse całkowitego wygojenia się zmian w czasie leczenia odną. Poza tym w większości przypadków zdjęcia przednio-tyłne wprawdzie nie wykazywały rozmiękania nacieku, ale zdjęcia warstwowe ujawniły rozpad tkanki. Potwierdza to celowość wczesnego zastosowania odmy sztucznej w większości przypadków nacieku wczesnego bez uciekania się, jak to niestety jeszcze obecnie ma miejsce, do stosowania streptomycyny.

R o z s i e w y świeże jednostronne lub obustronne w przebiegu wczesnej jamistej gruźlicy płuc w okresie przed antybiotykami stwarzały trudny do rozwiązania problem ustalenia właściwego momentu rozpoczęcia leczenia zabiegowego. Trudności te potęgowały się znacznie w przypadkach, w których początek i rozwój choroby przebiegał ostro i burzliwie. Wskazanie do leczenia wstępnego streptomycyną w przypadkach rozległego rozsiewu jednostronnego i jamy daje t y l k o o s t r y c h a r a k t e r p r o c e s u c h o r o b o w e g o. Po opanowaniu ostrej fazy choroby konieczne jest natychmiastowe leczenie zabiegowe. Natomiast w przypadkach powolnego przebiegu nie stosujemy już obecnie streptomycyny; od przeszło roku w pierwszym okresie rozległych jednostronnych rozsiewów — podajemy PAS w tabletkach i kojarzymy to leczenie z zabiegiem. Uzyskujemy bardzo wyraźne znikanie zmian rozsianych i korzystne wyniki leczenia zapadowego, zwłaszcza w początkowych okresach choroby. PAS w tych postaciach gruźlicy przez zniesienie zmian rozsianych około jamy uzupełnia leczenie odną i niewątpliwie korzystnie wpływa na gojenie się jamy.

W grupie gruźlicy świeżej naciekowo-jamistej przy rozsiewie w drugim płucu w 57,1% naszych przypadków udało się przez zastosowanie streptomycyny doprowa-

dzić do oczyszczenia zmian strony przeciwnej i umożliwienia zastosowania zabiegu, i to tylko z jednej strony. Jednak już w grupie gruźlicy przewlekłej serowato-jamistej, w której choroba trwa długo, wyniki leczenia streptomycyną rozsiewów drugostronnych kształtują się wyraźnie odmiennie. Dokładna analiza charakteru tych rozsiewów nie zawsze jest łatwa ze względu na niejednolity obraz anatomicopatologiczny tej postaci gruźlicy. Wprawdzie w pewnej liczbie przypadków po zastosowaniu streptomycyny zmiany rozsiane mają skłonność do cofania się, jednak nierzadko równocześnie ze znikaniem i włóknieniem zmian rozsianych stwierdzano powstawanie nowych ubytków w mięszu płucnym. Streptomycyna pozwala na opanowanie ostrego okresu, jednak nie wpływa już na większość zmian anatomicopatologicznych tych postaci gruźlicy płuc w tej mierze, aby można było ograniczyć leczenie czynne tylko do jednej strony płuca — jak to ma miejsce w świeżych naciekowych postaciach gruźlicy.

Tylko w 23% naszych przypadków przewlekłej serowato-jamistej gruźlicy płuc udało się opanować streptomycyną rozsiewy drugostronne w ten sposób, że można było ograniczyć zabieg do jednej strony.

Tak więc jeśli chodzi o nasze przypadki gruźlicy jamistej jednostronnej z rozsiewem w drugim płucu — w przeszło połowie przypadków gruźlicy świeżej naciekowej streptomycyna ograniczyła zabieg do jednej strony, natomiast w gruźlicy przewlekłej wytwórczo-jamistej — tylko w $\frac{1}{4}$ przypadków można było leczeniem antybiotykiem ograniczyć zabieg do jednej strony.

Rozpatrując wpływ zabiegu jednostronnego i streptomycyny na zmiany drugostronne — niezależnie od charakteru zmian chorobowych oraz skuteczności zabiegu jednostronnego — trzeba stwierdzić, że prawie w 80% przypadków udało się uniknąć zabiegu drugostronnego. To moje zestawienie jest prawie identyczne z danymi doc. *Stopczyka*. Rozumując dalej można stwierdzić, że są to graniczne przypadki nadające się do leczenia zapadowego jednostronnego, które prawie w 80% można było przygotować do zabiegu. Wspomnieć jednak należy o małym odsetku przypadków granicznych gruźlicy przewlekłej jamistej, które zostały przygotowane do zabiegu jednostronnego przez zastosowanie antybiotyku.

Nie zawsze więc w przewlekłej gruźlicy płuc rozsiewy drugostronne dają się opanować streptomycyną. Mimo zastosowania streptomycyny w tych postaciach gruźlicy płuc nie unika się obustronnych zabiegów (odma obustronna, torakoplastyka i odma drugostronna). Poza tym mogliśmy zauważyć, że w leczeniu przewlekłej jamistej gruźlicy płuc odma sztuczna, stosowanie streptomycyny nie wpływa wyraźnie na poprawę wyników i jest niecelowe.

J a m y. W 271 naszych przypadków jamistej gruźlicy płuc, w której zastosowaliśmy streptomycynę jako leczenie wstępne przed zabiegiem lub następnie w skojarzeniu z zabiegiem, tylko w 2 przypadkach w czasie leczenia przygotowawczego streptomycyną doszło do zamknięcia jamy. Były to przypadki świeżej gruźlicy płuc z równoczesną gruźlicą oskrzeli. Podobna szybkość znikania jam nasuwa wątpliwości, czy są to rzeczywiście ubytki w tkance płucnej, czy też raczej zmiany rozedmowe, które z wyleczeniem gruźlicy oskrzeli i zanikiem mechanizmu wentylowego ustępują.

Na gojenie się jamy gruźliczej wpływa szereg czynników, wśród których głównym jest zachowanie się drenującego oskrzela oraz mechanizmu mięszowego, to jest odprężenie tkanki płucnej, zniesienie urazu oddechowego — przez leczenie zapadowe. Działanie tego mechanizmu w leczeniu zapadowym jest tym skuteczniejsze, im mniej zmienione jest patologicznie otoczenie jamy. Ten schematyczny, krótki pogląd na gojenie się jamy uzmysławia, że sam antybiotyk nie może być skuteczny w leczeniu prawdziwej jamy gruźliczej.

Wiek jamy, czy jest stara, czy świeża, decyduje również o skuteczności leczenia.

W leczeniu przygotowawczym streptomycyną lub w skojarzeniu z zabiegiem udało się nam uzyskać zamknięcie jamy i odprątkowanie w 77,7% naszych przypadków, z tego 50,8% przypada na zamknięcie jamy w gruźlicy świeżej, a tylko w 17,9% na zamknięcie jamy w przewlekłej serowato-jamistej gruźlicy płuc. Zjawisko to jest bardzo istotne i wskazuje na to, że w gruźlicy świeżej jamistej zabieg staje się zasadniczo skuteczny, gdy jest skojarzony z antybiotykiem, oraz że dużą rolę odgrywa tutaj leczenie zapadowe odma.

Natomiast w leczeniu jam starszych lepsze wyniki daje torakoplastyka, która doprowadza do zamknięcia jamy u większej liczby chorych aniżeli ma to miejsce w grupie chorych leczonych odma.

Jeśli chodzi o leczenie chirurgiczne, to chciałbym zwrócić uwagę na poruszoną przez kol. *Rzepeckiego* sprawę gorszych wyników operacji przypadków z ostatniego okresu aniżeli w latach 1948 i 1949/50. Otóż moje własne spostrzeżenia są podobne. Zjawisko to ma, jak wydaje mi się, dwojakie przyczyny. Jedną, że w Polsce przypadki do zabiegu chirurgicznego są w większości graniczne. Uświadomiłem to sobie przez porównanie z tym, co widziałem z prof. *Misiewicz* w ubiegłym roku w Oslo na klinice u *Semba*, który pokazał nam swe przypadki operacyjne. Większość operowanych stanowią tam przypadki klasycznych wskazań do torakoplastyki — małych jam szczytowych przy minimalnych zmianach wytwórczych w mięszu płucnym. Tego rodzaju przypadki nie wymagają naturalnie ani przygotowania, ani osłony streptomycynowej, a wyniki leczenia torakoplastyką bez streptomycyny nie są w nich gorsze aniżeli w przypadkach bardziej rozległych zmian pod osłoną streptomycyny.

Druga przyczyna polega na tym, że w przypadkach jamistej gruźlicy, w których istnieją klasyczne wskazania do zabiegu chirurgicznego, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach stosuje się u nas bezplanowo i bez porozumienia z chirurgiem streptomycynę i nie kieruje się chorych do zabiegu. Pozytywnych wyników nie uzyskuje się, doprowadza się natomiast do streptomycynooporności. Chorzy zgłaszają się do zabiegu późno, już ze zmianami posuniętymi, poprzednio już leczenia dużą ilością streptomycyny. W tych warunkach zabieg chirurgiczny wykonany znów pod osłoną streptomycyny ma gorszy przebieg i grozi powikłaniem.

Oto są przyczyny naszych gorszych wyników operacyjnych ostatniego okresu. Jest to sprawa zasadnicza. Konieczne jest uświadomienie sobie przez ogół lekarzy, że jama jest domeną leczenia zabiegowego. Stosowanie bezplanowe samej streptomycyny stwarza duże niebezpieczeństwo dla chorego, a z epidemiologicznego punktu widzenia — również dla otoczenia.

Mając możliwość badania w naszym zakładzie wrażliwości prątków na streptomycynę stwierdziliśmy, że w przypadkach gruźlicy jamistej po podaniu 30 g streptomycyny mniej więcej u 80% przypadków zaczyna występować zjawisko oporności na streptomycynę. Zjawisko występowania oporności prątków na streptomycynę musi więc być brane pod uwagę i wpływać na plan leczenia.

Staramy się możliwie skrócić czas leczenia wstępnego streptomycyną. Ograniczamy go obecnie tylko do przypadków o przebiegu burzliwym i w ogóle nie przedłużamy go nadmiernie, aby nie dopuszczać do powstania oporności prątków na streptomycynę. W przypadkach zamierzonej operacji w gruźlicy płuc ustabilizowanej nie jest wskazane wczesne stosowanie streptomycyny w okresie przedoperacyjnym. Może to bowiem doprowadzić do tego, że oporność na streptomycynę pojawi się właśnie w okresie zabiegu chirurgicznego. Wszystkie przypadki jamistej gruźlicy płuc nie ustabilizowanej z rozsiewami, znajdującymi się poza granicami klasycz-

nych wskazań, należy przygotować do zabiegów w ten sposób, aby mieć rezerwę streptomycyny na wypadek możliwych powikłań.

Dlatego prawie już od roku zmieniliśmy zasadniczy schemat stosowania antybiotyków w tym sensie, że w przypadkach jamistej gruźlicy płuc, które chcemy kwalifikować do leczenia zapadowego, — a w których choroba postępuje wolno i nie ma wybitnie nasilonych objawów zatrucia swoistego, stosujemy PAS w tabletkach.

Jak wynika z naszych dotychczasowych obserwacji, PAS doskonale w tych przypadkach zastępuje streptomycynę. Powolniejsze jest wprawdzie jego działanie, jednak na szereg objawów, jak kaszel i gorączka, wywiera dość szybki wpływ. Natomiast cofanie się zmian rozsiańanych charakteru naciekowego występuje wolniej niż przy stosowaniu streptomycyny. PAS podajemy zwłaszcza w przypadkach, które są przygotowane do zabiegu chirurgicznego, tak chorym, u których są klasyczne wskazania, jak i w przypadkach granicznych, w których są jeszcze zmiany o typie wysiękowym jednostronnym lub obustronnym.

W okresie przed operacją na 2 miesiące przed zabiegiem stosujemy streptomycynę codziennie przez 10 dni, a potem tylko 2 razy w tygodniu, także jako dalszy etap po torakoplastyce. Streptomycyna wraz z PAS-em jest stosowana w okresie przygotowawczym tylko w przypadkach o ostrym przebiegu lub w razie powikłań. Poza tym staramy się dawać PAS możliwie bez przerwy — codziennie przez dłuższy czas, możliwie do 6 miesięcy. Wyniki tego leczenia są bardzo dobre. Jesteśmy natomiast absolutnie przeciwni schematycznemu kojarzeniu streptomycyny z leczeniem zabiegowym lub podawaniu streptomycyny w okresie przygotowawczym w przypadkach o przebiegu powolnym.

Mamy pewne zastrzeżenia co do instrukcji, która określa sposób dawkowania streptomycyny wyłącznie na podstawie zmian anatomopatologicznych.

Wydaje się nam, że w przypadkach, w których przebieg choroby jest burzliwy, należy stosować streptomycynę codziennie w dawce 0,5 — 1 g, aż bieg gruźlicy zmieni się na powolniejszy; dopiero w tym okresie można stosować streptomycynę jako leczenie uzupełniające w dawce 2 razy w tygodniu wraz z PAS-em, jak to określa instrukcja Komisji Chemoterapii. W wielu natomiast przypadkach, w których przebieg choroby był burzliwy, musieliśmy stosować streptomycynę codziennie i odstąpić od dawkowania jej 2 razy w tygodniu, gdyż nie uzyskiwaliśmy tak szybko pozytywnego wyniku, jak to miało miejsce przy codziennym stosowaniu streptomycyny. Na tę konieczność uzależniania dawkowania streptomycyny również od dynamizmu choroby zwracamy szczególną uwagę.

W końcu chciałbym poruszyć sprawę gruźlicy oskrzeli. Kol. *Jurkowski* w swym referacie szczegółowo omówił, jakie znaczenie ma stan drzewa oskrzelowego na wyniki leczenia zabiegowego gruźlicy płuc. W zupełności zgadzam się z kol. *Jurkowskim*, że rola streptomycyny w leczeniu gruźlicy oskrzeli jest przeceniana. Na podstawie zestawienia naszych przypadków dochodzimy do wniosku, że streptomycyna jest skuteczna w leczeniu gruźlicy oskrzeli, w której zmiany są świeże i powierzchowne. Ma to miejsce w świeżych, naciekowych, jamistych postaciach gruźlicy, natomiast w jamistej przewlekłej gruźlicy, prawie zawsze powikłanej gruźlicą oskrzeli, w której obok zmian świeżych są i zmiany starsze w drzewie oskrzelowym, o rozległej ziarninie, głębokich owrzodzeniach — streptomycyna, nawet jeśli doprowadza do zbliźnowacenia tych ubytków, pozostawia duże blizny nie poprawiając przebiegu leczenia zapadowego. W przypadkach tych następuje często uszkodzenie i zmniejszenie sprężystości dróg oskrzelowych, zaburzenie w ich drożności — co doprowadza do powstania różnych powikłań. Na powikłania te streptomycyna dalej nie ma już wpływu. Mimo stwierdzonego bronchoskopowo gojenia

się niektórych zmian w oskrzelach utrzymanie się niedodmy świadczy, że zmiany w oskrzelach są rozleglejsze. Odstępujemy wtedy od stosowania streptomycyny i ewentualnego wytwarzania lub konfynuowania odmy, natomiast stosujemy PAS. Leczenie chirurgiczne — torakoplastyka czy pneumonektomia w zależności od rozległości zmian — jest wtedy najlepszą metodą leczniczą i na ten okres powinna być zachowana streptomycyna.

W każdym razie zwracamy uwagę, że i w gruźlicy oskrzeli wikłającej gruźlicę jamistą płuc nie można stosować streptomycyny schematycznie i że nie każda postać gruźlicy oskrzeli stanowi wskazanie do stosowania streptomycyny. Właśnie w gruźlicy oskrzeli należy dokładnie ustalić plan leczenia streptomycyną i nie przedłużać go zbyt, aby w razie konieczności zabiegu chirurgicznego mieć rezerwę leku.

Reasumując nasze spostrzeżenia, słuszny wydaje się wniosek, że więcej uwagi należy przykładąć do stosowania PAS-u, który jest bardzo cennym lekiem, i stosować go w leczeniu przygotowawczym oraz kojarzyć z zabiegiem, zachowując streptomycynę tylko w przypadkach rozległych zmian rozsianych o burzliwym przebiegu i w leczeniu powikłań przy zabiegach.

STANISŁAW KUCZBORSKI

Lódź

Ograniczę się do zabrania głosu w sprawie przygotowawczego leczenia streptomycyną i PAS-em przypadków ostrego gruźliczego zapalenia płuc, które, jak wiadomo, nie mogą być poddane zabiegom zapadowo-odprężającym w burzliwym okresie procesu chorobowego (punkt: 4 i 11 referatu doc. Stopczyka).

W moim przekonaniu do ostrych gruźliczych zapaleń płuc, prócz wspomnianej przez referenta (w punkcie 4) postaci guzkowej i bronchopneumonicznej ostrej gruźlicy płuc oraz (w punkcie 11) zapalenia serowatego płuc płatowego i zrazikowego, można zaliczyć jeszcze postać ostrego gruźliczego zapalenia płuc rozlanego, która w obrazie radiologicznym wykazuje rozległe zacienienie ewentualnie z jamą, a klinicznie jest procesem chorobowym, który po ostrym, burzliwym początku ujawnia tendencję do uspokajania się.

Wydaje się słuszne wyodrębnianie 2 typów ostrego gruźliczego zapalenia płuc: typu złośliwego, odpowiadającego klasycznej serowatej pneumonii i bronchopneumonii (wymienionych w punkcie 11 referatu) oraz postaci łagodnych (wymienionych w punkcie 4 referatu).

Obserwowane przez nas 43 przypadki ostrego serowatego zapalenia płuc (*pneumonia et bronchopneumonia caseosa*) typu złośliwego potwierdzają opinię doc. Stopczyka o niepomysłnym rokowaniu w tych postaciach niezależnie od sposobu leczenia. Zarówno przypadki leczone spoczynkiem w erze przedstreptomycynowej, jak i przypadki leczone streptomycyną i PAS-em nie udało się przygotować do leczenia zapadowo-odprężającego. Wszystkie one miały zejście niepomysłne w ciągu 1 roku obserwacji.

Na odwrót, grupa ostrych gruźliczych zapaleń płuc nazwanych przeze mnie łagodnymi, a wspomnianych częściowo w punkcie 4 referatu, stanowi wdzięczne pole do przygotowawczego leczenia streptomycyną i PAS-em z możliwością dalszego leczenia metodami zapadowo-odprężającymi.

W grupie 51 naszych przypadków część z nich, 22 przypadki (w latach 1946 — 1948), próbowano przygotować do leczenia zabiegowego spoczynkiem (od paru tygodni do kilku miesięcy), pozostałe 29 przypadków (po roku 1948) otrzymywało

streptomycynę i PAS jako wstęp do leczenia zapadowego. W grupie chorych leczonych antybiotykami liczba przypadków, które „dojrzały” do leczenia zabiegowego, była 2-krotnie większa w porównaniu z grupą leczoną spoczynkiem, a ponadto okres „dojrzewania” był przeciętnie 4-krotnie krótszy.

Widać z tego, jak duże znaczenie mają antybiotyki w przekształcaniu ostrej gruźlicy płuc w postać przewlekłą, w której można już stosować sposoby czynnego leczenia chorego. Nie łatwo było w erze przedstreptomycynowej wśród przypadków ostrego gruźliczego zapalenia płuc odróżniać postaci łagodne i złośliwe. I tu znowu na pomoc przyszły nam streptomycyna i PAS. Szybkie (1—3 tygodni) opanowanie ostrego przebiegu choroby, poprawa stanu ogólnego, a ponadto wyraźna poprawa miejscowa, uchwytna badaniem radiologicznym — wskazuje na łagodny typ ostro rozpoczynającego się schorzenia. Natomiast uporczywe utrzymywanie się zmian naciekowych i rozpadowych w tkance płucnej mimo złudnego przejściowego „odtrucia” chorego pozwala nam zaliczyć dany przypadek do postaci złośliwej ostrego gruźliczego zapalenia płuc.

Ilościowy stosunek postaci łagodnych do złośliwych wśród naszych przypadków ma się prawie jak 1 : 1.

R e a s u m u j ę :

1. Streptomycyna i PAS rozszerzyły wskazania do leczenia zapadowego w około 50% przypadków ostrej gruźlicy płuc.

2. Przez stosowanie antybiotyków skrócono mniej więcej 4-krotnie okres „dojrzewania” do leczenia zabiegowego przypadków ostrej gruźlicy płuc.

STEFAN WARSZEWSKI

Kowary-Bukowiec

Nawiązując do tematu klinicznego o roli i znaczeniu antybiotyków w leczeniu zapadowym gruźlicy płuc chciałbym dodać kilka spostrzeżeń własnych odnośnie zapadu chirurgicznego pod postacią torakoplastyki i odmy pozaopłucnowej. Obserwacje moje opierają się na obserwacji 854 przypadków w oddziale chirurgicznym Sanatorium Bukowiec z 1248 zabiegami, w tym połowa przypadków własnych z 619 zabiegami operacyjnymi. Oddział nasz współpracuje ściśle z II Kliniką Chirurgiczną Akademii Medycznej we Wrocławiu, kierowaną przez prof. dr W. Brossa.

Aby uniknąć powtarzania się, nie będę poruszał zagadnień skojarzonego leczenia zapadowo-streptomycynowego, bardzo szczegółowo i wyczerpująco omówionych przez referenta głównego i koreferentów, przejdę natomiast od razu do sprawy wyników tego leczenia w poszczególnych fazach zastosowania antybiotyków, to znaczy w okresie przygotowawczym, operacyjnym i pooperacyjnym.

Za główną zasadę w stosowaniu streptomycyny w przebiegu leczenia włóknisto-jamistej i serowato-jamistej gruźlicy płuc przyjmowaliśmy ogólnie ustalony pogląd, że ten lek jest tylko środkiem pomocniczym w wymienionych postaciach gruźlicy, ma więc ograniczony zakres działania.

W o k r e s i e p r z y g o t o w a n i a do leczenia chirurgicznego streptomycyna odegrała rolę dość znaczną, szczególnie u chorych początkowo nie kwalifikujących się do leczenia czynnego lub u których były tak zwane „graniczne” wskazania. Mam tu na myśli przypadki obustronnych zmian serowato-jamistych u osobników pomiędzy 18 a 25 rokiem życia, niejednokrotnie z rozpadem w płucach o typie jam olbrzymich. Odsetek tych przypadków dochodzi do 20% całej liczby naszych chorych kierowanych na zabiegi chirurgiczne, co świadczy o ciężkości naszych przypadków kierowanych na operację (ryc. 1: „Wskazania Operacyjne”).

Leczenie przygotowawcze streptomycyną, zastosowane w odpowiednim czasie i dawce (zwykle rozpoczynane na 2 miesiące przed projektowanym zabiegiem w dawce ogólnej od 15 do 30 gramów, często kojarzone z dojamowym podawaniem leku przez nakłuwanie albo sączkowanie zamknięte jam sposobem Monaldiego) pozwoliło na wykonanie u tych chorych zabiegu operacyjnego. Szczególnie podatne na tego rodzaju leczenie ogólne i miejscowe okazały się przypadki wykazujące olbrzymie ubytki miąższu płucnego oraz jamy z wyraźnym zastojem wydzieliny wskutek zmian swoistych w obrębie oskrzela sączkującego. W razie stwierdzenia zakażenia mieszanego w jamie gruźliczej korzystne okazało się miejscowe zastosowanie penicyliny na przemian ze streptomycyną.

Próby działania na jamę gruźliczą w okresie przedoperacyjnym przez wyłączenie ogólne podawanie (pozajelitowe) streptomycyny nie odniosły wyraźnego skutku leczniczego. Ponieważ odsetek samowyleczenia niektórych jam gruźliczych jest równy odsetkowi wyleczenia po zastosowaniu streptomycyny, podawane wyniki nie mają praktycznego znaczenia.

W przypadkach z klasycznymi wskazaniami do leczenia chirurgicznego nie stosowaliśmy w okresie przygotowawczym streptomycyny pozostawiając ją na okres pooperacyjny.

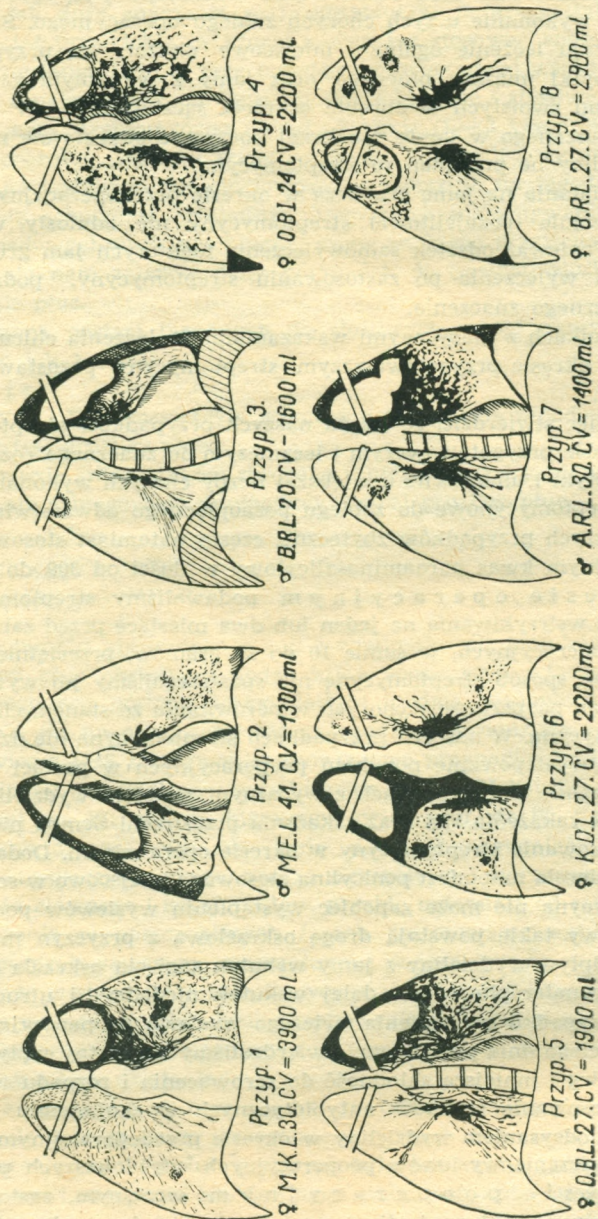
Należy więc stwierdzić, że wśród naszych przypadków streptomycyna przyczyniła się w sensie przygotowawczym i leczniczym do znacznego rozszerzenia wskazań do torakoplastyki i umożliwiła u większej liczby chorych wykonanie operacji. Przygotowanie streptomycynowe do zabiegu pozaopłucznego odwarstwienia płuca okazało się wśród naszych przypadków zbyt częste, często natomiast stosowaliśmy w okresie przedoperacyjnym kwas paraaminosalicylowy w ilości od 300 do 600 gramów.

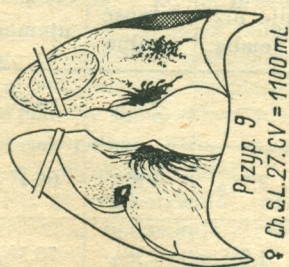
W okresie operacyjnym podawaliśmy streptomycynę jako osłonę rozpoczynając wstrzykiwania na jeden lub dwa miesiące przed zabiegiem w ciągu 10 do 20 dni pooperacyjnych, w sumie 10 do 20 gramów, przeciętnie 15 gramów leku. Stosując w ten sposób streptomycynę nie spostrzegaliśmy jej wyraźnie korzystnego wpływu na stan pooperacyjny chorych w porównaniu ze stanem chorych nie osłanianych streptomycyną. W naszych przypadkach streptomycyna nie działa również zapobiegawczo na występowanie powikłań pooperacyjnych w postaci wysiewów i zaostrzenia, szczególnie w przypadkach z wyraźnym zastojem wydzieliny w jamie gruźliczej. Odsetek zakażenia ran oraz zakażenia przestrzeni Semba nie zmalał wyraźnie w wyniku stosowania streptomycyny w okresie operacyjnym. Dodatni wpływ na gojenie ran wywierała natomiast penicylina stosowana miejscowo w sensie zapobiegania.

Streptomycyna nie może zapobiec wystąpieniu wysiewów pooperacyjnych, ponieważ wysiewy takie powstają drogą oskrzelową z przyczyn mechanicznych, jak utrudniony odpływ wydzieliny z jamy wskutek zagięcia oskrzela po torakoplastyce czy odmie zewnątrzpłucnowej, dalej wskutek niedodmy i utrudnionego odkrztuszania. W przypadku wystąpienia świeżego wysiewu pooperacyjnego, zwykle drugiego lub trzeciego dnia po zabiegu, stwierdzaliśmy korzystny wpływ streptomycyny na jego przebieg i mniejszą skłonność do serowacenia i rozpadu w obszarze zmian. Dojamowe stosowanie środków antybiotycznych w skojarzeniu z sączkowaniem zamkniętym i odsysaniem wydzieliny w okresie przedoperacyjnym wpłynęło korzystnie na ograniczenie wysiewów pooperacyjnych wśród naszych przypadków.

W okresie pooperacyjnym wczesnym, zastosowanie antybiotyków (streptomycyny i penicyliny) ograniczało się do zwalczania występujących powikłań pod postacią zaostrzenia i wysiewów w obrębie płuca strony operowanej i przeciwległej oraz zakażeniu przestrzeni pozaopłucnowej i pozapowięziowej a także rany operacyjnej. Skojarzenie leczenia ogólnego i miejscowego antybio-

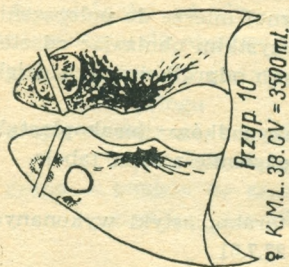
Ryc. 1. WSKAZANIA OPERACYJNE.





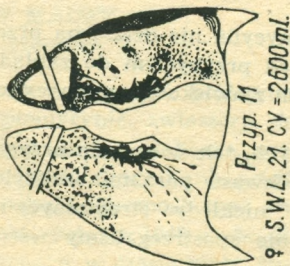
Przyp. 9

♀ Ch.S.L. 27. CV = 1100 ml



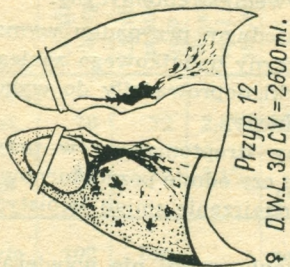
Przyp. 10

♀ K.M.L. 38. CV = 3500 ml.



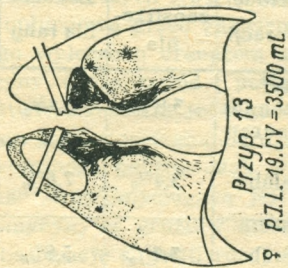
Przyp. 11

♀ S.W.L. 21. CV = 2600 ml.



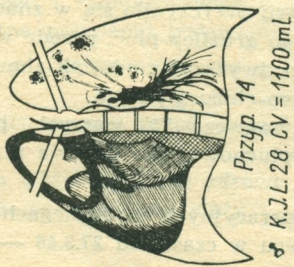
Przyp. 12

♀ D.W.L. 30. CV = 2600 ml.



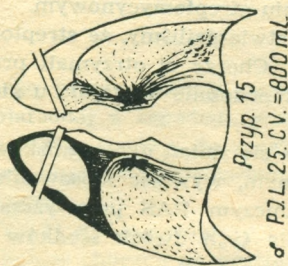
Przyp. 13

♀ P.J.L. 19. CV = 3500 ml



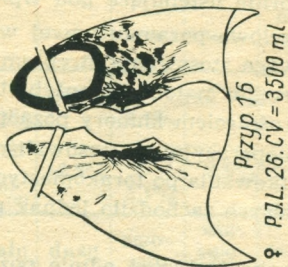
Przyp. 14

♂ K.J.L. 28. CV = 1100 ml



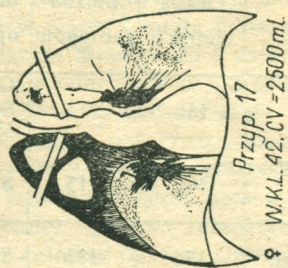
Przyp. 15

♂ P.J.L. 25. CV = 800 ml



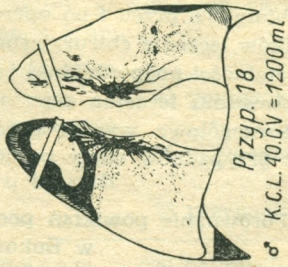
Przyp. 16

♀ P.J.L. 26. CV = 3500 ml



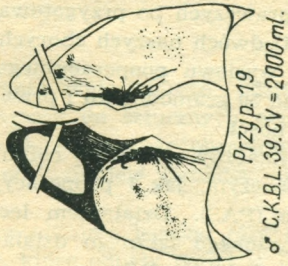
Przyp. 17

♀ W.K.L. 42. CV = 2500 ml



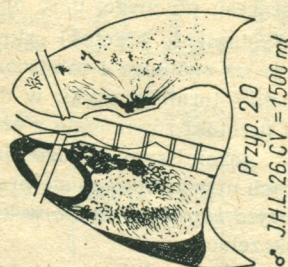
Przyp. 18

♂ K.C.L. 40. CV = 1200 ml



Przyp. 19

♂ C.K.B.L. 39. CV = 2000 ml.



Przyp. 20

♂ J.H.L. 26. CV = 1500 ml

kami wraz z nakłuwaniem przestrzeni ropnych i sączkowaniem doprowadzały po krótszym lub dłuższym czasie do opanowania tych powikłań niezależnie od tego, czy zakażenie było swoiste, czy mieszane. Powikłania miejscowe po torakoplastyce zmuszały do odkładania dalszych etapów operacji i wywoływały niekiedy zaostrzenie procesu płucnego, dość opornie ustępujące pod wpływem streptomycyny.

Wystąpienie przetoki oskrzelowo-pozaooplucnowej w jednym przypadku wymagało prócz ogólnego i miejscowego stosowania streptomycyny dodatkowego zabiegu w postaci torakoplastyki, w drugim natomiast antybiotyki doprowadziły do wygojenia przetoki równoległej z zarośnięciem komory pozaooplucnowej.

W późniejszym okresie pooperacyjnym stosowaliśmy streptomycynę w przypadkach utrzymującego się prątkowania po torakoplastyce czy odmie pozaooplucnowej z dobrym zapadem płuca, w których zachodziło jednak podejrzenie zmian swoistych w oskrzelach.

Na jamy resztkowe po torakoplastyce i odmie pozaooplucnowej nie wywierają antybiotyki większego wpływu i stany takie wymagają zabiegów uzupełniających i poprawczych po przygotowaniu streptomycynowym.

U dwóch naszych chorych stwierdziliśmy, że streptomycyna nie działa na przebieg wysiewu pooperacyjnego. Chorzy ci otrzymali przed przybyciem do zakładu ponad 50 gramów leku i prawdopodobnie wystąpiło u nich zjawisko streptomycynoporności.

Znaczny wpływ na cofanie się zmian okołogniskowych, tak w okresie przygotowawczym, jak i pooperacyjnym, wywarło stosowanie kwasu paraaminosalicylowego (PAS). Działaniem leczniczym PAS przewyższał niekiedy streptomycynę. Wzmoczonego łącznego działania tych dwóch środków nie spostrzegaliśmy wśród naszych przypadków.

Kończąc moje uwagi i spostrzeżenia chciałbym podkreślić, że zastosowanie antybiotyków przed i po operacji przyczyniło się w znacznej mierze do polepszenia wyników leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc, przede wszystkim obniżając odsetek śmiertelności pooperacyjnej i podwyższając odsetek chorych odprątkowanych dzięki zastosowaniu leczenia zapadowo-chirurgicznego.

Szczegółowe wyniki porównawcze 752 naszych przypadków torakoplastyki i 102 przypadków odmie pozaooplucnowej przedstawia niżej zamieszczona tabela.

Porównanie powikłań pooperacyjnych po zabiegach torakoplastyki wykonanych w Bukowcu w czasie od 27.3.46 — 27.7.51

	Liczba chorych	Liczba zabiegów	Metoda operacji	Wysiewy zaostrze- nia	Zakaże- nia rany	Zakaże- nia prz. Semba	Śmier- telność ogólna	Plwocina ujemna
Bez strept.	156	243	Graf- Schmidt Maurer	38 ⁰ / ₁₀₀	5,1 ⁰ / ₁₀₀	—	7,7 ⁰ / ₁₀₀	58,3 ⁰ / ₁₀₀
	462	715	Semb	3,4 ⁰ / ₁₀₀	7,6 ⁰ / ₁₀₀	2,1 ⁰ / ₁₀₀	5,8 ⁰ / ₁₀₀	68,1 ⁰ / ₁₀₀
Strept.	134	186	Semb	3,7 ⁰ / ₁₀₀	5,8 ⁰ / ₁₀₀	1,5 ⁰ / ₁₀₀	2,9 ⁰ / ₁₀₀	78,3 ⁰ / ₁₀₀
Razem	752	1144						

Porównanie powikłań po odmach pozaopłucnowych wykonanych w Bukowcu w czasie
od 19.3.48 do 27.7.51

	Liczba chorych	Liczba zabie- gów	Wysie- wy i zao- strzenia	Wysięki zakażenia				Przetoka oskrze- lowa	Kruwa- wienie	Zarasta- nie	Śmier- telność
				m.	d.	sw.	nsw.				
Bez strept.	70	72	2,8 ⁰ / ₀	25,7 ⁰ / ₀	12,8 ⁰ / ₀	7,1 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	2,8 ⁰ / ₀	14,2 ⁰ / ₀	5,7 ⁰ / ₀	0
Strept.	32	32	3,1 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀	12,5 ⁰ / ₀	3,1 ⁰ / ₀	9,3 ⁰ / ₀	—	15,6 ⁰ / ₀	3,1 ⁰ / ₀	0
Razem	102	104		mały	duży	sw- isty	nie- sw- isty				

JAN MADEY

Warszawa

Nawiązując do postawionego przez głównego referenta wniosku, że „dzięki streptomycynie, zwłaszcza skojarzonej z zapadem, wskazania do sztucznych poronień, i tak już nieliczne, praktycznie spadają do zera“, chcę dodać, że obserwacje ciężarnych chorych na gruźlicę płuc, przeprowadzone w Instytucie Gruźlicy, potwierdzają słuszność tego wniosku.

Od połowy 1948 r. do 31.VII.51 r. obserwowano i ewentualnie leczono różnymi sposobami w czasie ciąży 200 kobiet chorych na gruźlicę, które odbyły poród w Instytucie Gruźlicy.

W zależności od klinicznego i radiologicznego charakteru gruźlicy lub okresu jej ujawnienia się obserwowane przypadki podzielono na 3 grupy:

- I grupa — kobiety ciężarne z gruźlicą nieczynną w czasie ciąży i połogu 42 przypadki
- II grupa — ciężarne z gruźlicą czynną przed ciążą i w okresie zajścia w ciążę 135 przypadków
- III grupa — kobiety do czasu ciąży klinicznie zdrowe, u których gruźlica ujawniła się w okresie ciąży 23 przypadki

Razem 200 przypadków

W grupie I, kobiet przeważnie starszych i wieloródek, 13 ciężarnych miało ukończone leczenie gruźlicy odną opłucnową przed zajściem w ciążę; 1 miała olbrzymią jamę pochodzenia oskrzelowego wyleczoną drenażem ssącym Monaldiego i dojamowym stosowaniem streptomycyny. Ciąża, poród i połóg nie oddziaływały w tej grupie przypadków na gruźlicę, nie stwierdzono ani jednego obostrzenia podczas ciąży czy wskutek połogu. Streptomycyna była stosowana bardzo krótko, wyłącznie zapobiegawczo w okresie porodu i wczesnego połogu. Jak wynika z naszych spostrzeżeń, nawet ta krótkotrwała „osłona“ streptomycynowa jest zupełnie zbędna. Stosowane dotychczas podawanie streptomycyny w gruźlicy nieczynnej wpływa raczej z niepotwierdzonych przez nasze obserwacje sugestii różnych autorów (Runge, Orłowski, Turner i inni), że wczesny połóg jest momentem szczególnie sprzyjającym rozwojowi lub obostrzeniu gruźlicy.

W grupie II, obejmującej najliczniejsze przypadki ciężarnych z gruźlicą czynną przed i w okresie ciąży, przeważały kobiety w wieku 25 — 30 lat i wieloródki. U 15

kobiet tej grupy wystąpiły w I lub II okresie ciąży nagłe objawy gruźlicy krtani; u 18 — postęp lub kliniczne obostrzenie gruźlicy płuc, w tym w 3 przypadkach w okresie połogu; w pozostałych 109 przypadkach ciąża, poród i połów nie wywierały wpływu na przebieg gruźlicy.

Szczegółowa analiza i omówienie ewentualnej zależności tych obostrzeń od ciąży jest tematem mej pracy wydrukowanej w „Gruźlicy“ nr 3/51 r.

Streptomycyna jako krótka „osłona“ porodowa była stosowana u 51 ciężarnych w postaci pełnego 42 — 60-dniowego leczenia w końcowym okresie ciąży u 46 ciężarnych, a jako 2 kuracja — w początkowym okresie ciąży i w okresie porodu u pozostałych 38 ciężarnych. Niezależnie od tego leczenia 38 ciężarnych było leczonych odmą opłucnową jednostronną, a 3 obustronną — razem leczonych odmą było 41 ciężarnych, w tym u 5 ciężarnych odma została wytworzona w czasie ciąży. U 4 ciężarnych w okresie ciąży wykonano zabieg Jacobaeua, u jednej dr Rzepecki wykonał w 6 miesiącu ciąży odmę zewnątrzpłucnową, 3 ciężarne były po plastyce, a 2 po usunięciu nerki z powodu jej gruźliczych zmian.

Wyniki leczenia samymi antybiotykami (sama streptomycyna lub łącznie z PAS-em) lub skojarzonego z zapadem były takie same, jak leczenia gruźlicy w ogóle i jestem w ich ocenie zgodny z тезami, spostrzeganiem i wnioskami prelegentów.

Najlepsze wyniki otrzymano w gruźlicy krtani. W gruźlicy płuc jamistej, w której zastosowano w myśl wskazań leczenie streptomycyną skojarzone z leczeniem zapadowym, wyniki były również dobre.

W gruźlicy jamistej, w której nie można było zastosować leczenia zapadowego, leczenie samymi antybiotykami usuwało objawy toksyczne i dawało tylko poprawę kliniczną, umożliwiającą odbycie prawidłowego porodu i połogu, jama jednak pozostawała. Wobec powyższego spostrzegany w kilku przypadkach postęp choroby w bliższym lub dalszym okresie porodowym był tylko naturalnym biegiem sprawy, mało zależnym lub zupełnie niezależnym od przebytej ciąży.

Grupa III obejmuje 23 przypadki gruźlicy ujawnionej klinicznie w czasie ciąży, w tym 3 przypadki gruźlicy prosowatej płuc, 11 przypadków gruźlicy krtani, 7 przypadków tzw. wczesnego nacieku z jamą, 1 przypadek ostrego serowatego zapalenia płuc i 1 przypadek nacieku przywnękowego.

Większość ciężarnych — młode pierwiastki. Leczenie streptomycyną przypadków gruźlicy krtani i gruźlicy rozsianej płuc również i w tej grupie dało bardzo dobre i wydaje się, trwałe wyniki. W przypadkach gruźlicy z rozpadem zastosowano leczenie skojarzone antybiotyku z odmą opłucnową, wytworzoną w 6 przypadkach w czasie ciąży (uzupełnioną przed porodem przepaleniem zrostów opłucnowych), w 1 przypadku wytworzono odmę bezpośrednio po porodzie. Zarówno doraźny wynik, jak i rokowanie na przyszłość we wszystkich przypadkach leczenia skojarzonego były dobre.

Leczenie streptomycyną zawiodło w przypadku ostrego, serowatego zapalenia płuc (chora zmarła).

Ogółem u kobiet ciężarnych, chorych na gruźlicę czynną, tj. w grupie II i III, niezależnie od leczenia streptomycyną stosowano w czasie ciąży odmę opłucnową u 48, z których u 10 dokonano przed porodem przepalenia zrostów opłucnowych; 3 chore przebyły ciążę wkrótce po plastyce, 3 chorym wytworzono podczas połogu odmę brzuszną, u 1 chorej wykonano w ciąży odmę chirurgiczną, wreszcie 2 ciężarne były po operacyjnym usunięciu nerki z powodu zmian gruźliczych. Razem u 57 ciężarnych było stosowane leczenie zabiegowe, co stanowi przeszło 30% przypadków tych grup. 7 porodów było przedwczesnych, 193 o czasie, 198 dzieci urodziło się żywych.

Wnioski

Na podstawie obserwacji naszych przypadków nasuwają się następujące wnioski: gruźlica w obecnym stanie wiedzy lekarskiej nie jest klinicznym wskazaniem do przerywania ciąży, ponieważ:

- 1) ciąża nie uczynnia gruźlicy klinicznie nieczynnej;
- 2) gruźlica czynna lub ewentualnie obostrzenia gruźlicy u kobiet w ciąży, niezależnie od swego charakteru i rozległości, poddają się w równej mierze i z równymi wynikami nowoczesnemu leczeniu antybiotykami lub leczeniu skojarzonemu antybiotykami z leczeniem zapadowym, co gruźlica czynna w ogóle. Przypadki nie poddające się temu leczeniu należą do tych postaci gruźlicy, które w myśl wypowiedzi prelegentów są odporne niezależnie od ciąży na antybiotyki, a również nie kwalifikują się do leczenia zapadowego. Przerwanie ciąży w tych przypadkach nie zmieni i nie odwróci smutnego końca;
- 3) porody niezależnie od stosowanego leczenia w ciąży są prawidłowe, a wpływ tego leczenia na dziecko nie spostrzega się.

JADWIGA LANGE
Warszawa

W referacie głównym doc. J. Stopczyk omawia między innymi leczenie skojarzone zmian dolnopłatowych.

Chciałabym dodać, że w Instytucie Gruźlicy w Warszawie od 2 lat stosujemy jako przygotowanie do leczenia zapadowego w tego rodzaju zmianach — bronchoaspirację. W pracy mojej, wydrukowanej w „Gruźlicy“ nr 2, 1951, omówiłam szczegółowo samą metodę oraz wyniki.

Metoda ta pozwala, po pierwsze, na oczyszczenie jamy z zalegającej wydzieliny, a przez to na usunięcie toksemii, po drugie, na zmniejszenie wymiarów jamy, po trzecie, na osiągnięcie szybszego gojenia się zmian swoistych w oskrzelu przez bezpośrednie podanie do niego streptomycyny.

Jak wykazuje obserwacja, leczenie zapadowe zastosowane w odpowiednim momencie daje albo zniknięcie jamy, albo stopniowe jej zmniejszenie się i w konsekwencji znikanie jamy w obrazie radiologicznym, potwierdzone badaniami bakteriologicznymi i klinicznymi.

W żadnym spośród obserwowanych dotychczas 57 przypadków, leczonych bronchoaspiracją, a potem leczeniem zapadowym, nie nastąpiło powiększenie się jamy pod wpływem leczenia odmą czy to opłucnową, czy otrzewnową.

Z dotychczasowych obserwacji wynika, że bronchoaspiracja, jako przygotowanie do leczenia zapadowego, jest metodą godną zalecenia w przypadkach jam dolnopłatowych, zwłaszcza jeżeli stwierdzamy zaleganie wydzieliny w jamie.

Autorzy francuscy, jak: Lemoine, Langeard, Diakoumopolus, Pallas, Cohen, Neel, stosowali tę metodę w przypadkach jam utrzymujących się pod odmą lub powiększających się po przepaleniu zrostów. Po zastosowaniu bronchoaspiracji osiągnęli znikanie jam jeszcze przed erą streptomycynową.

Zalegającą wydzielinę można odsysać nie tylko za pomocą bronchoaspiracji pod kontrolą oka, ale również miękkim cewnikiem gumowym wprowadzonym do odpowiedniego oskrzela przez nos pod kontrolą rentgenowskiego prześwietlania. Cewnik łączy się z aspiratorem elektrycznym szklaną rurką.

Wspominam o tym, żeby zachęcić kolegów do stosowania tej metody w zakładach, w których nie ma zestawów bronchoskopowych i wyszkolonych bronchoskopistów. Technika odsysania cewnikiem jest bardzo łatwa i prosta i może być zastosowana w każdym zakładzie, gdyż nie wymaga prawie żadnego instrumentarium poza elektrycznym aspiratorem. Bezpośrednie podawanie streptomycyny do oskrzela skraca czas gojenia się zmian swoistych w oskrzeli, co znowu umożliwia szybsze zastosowanie leczenia zapadowego.

Pokazano 12 zdjęć ilustrujących stopniowe oczyszczanie się oraz zmniejszanie się jamy w toku leczenia bronchoaspiracją.

JAN GÓRSKI

Wrocław

Opracowaliśmy i zestawiliśmy wyniki leczenia streptomycyną 300 przypadków gruźlicy płuc u 141 kobiet i 159 mężczyzn w wieku od 13 do 56 lat, przebywających w Klinice Gruźlicy Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Chorzy ci byli leczeni w okresie od września 1948 do kwietnia 1951 roku.

Sposób podawania streptomycyny był początkowo ustalony: z reguły wstrzykiwano domięśniowo dwukrotnie w ciągu doby po 0,5 g; potem wstrzykiwano także dwukrotnie na dobę po 0,25 g, a ostatnio jednorazowo 0,5 na dobę.

Zestawiając wyniki leczenia streptomycyną podzieliliśmy przypadki na dwie grupy.

W grupie pierwszej umieściliśmy przypadki, którym stosowano streptomycynę i leczenie zapadowe, przeważnie odnę wewnątrzpłucną; w drugiej zaś te, którym stosowano wyłącznie streptomycynę bez leczenia zapadowego. Przypadek zrządził, że obie te grupy obejmują po 150 chorych.

Nawiązując do wypowiedzi referenta na temat leczenia skojarzonego odną i streptomycyną, pragniemy podkreślić, że 33% przypadków grupy pierwszej — to chorzy ze zmianami w jednym płucu, 40% zaś tej grupy stanowią chorzy, u których były większe zmiany w jednym płucu, a jednocześnie przerzut na płuco drugie. Z tego też względu częściej u tych chorych stosowaliśmy streptomycynę w celu zahamowania zmian przerzutowych, lecząc tymczasem płuco już zajęte metodą zapadową. Pozostałe 27% tej grupy to chorzy na gruźlicę płuc powikłaną gruźlicą innych narządów (opon mózgowych, jelit, oskrzeli, nerek, języka, jąder).

W ocenie wyników leczenia brano pod uwagę stan chorych podmiotowy (samopoczucie) i przedmiotowy (odczyn Biernackiego, ciepłota, waga ciała, prątki gruźlicy, obraz radiologiczny płuc). Na 184 chorych, którzy prątkowali przed kuracją, u 85 nie stwierdzono po leczeniu prątków w płwocinie ani w popłuczynach żołądkowych, u 99 zaś chorych były prątki i po leczeniu.

Jeśli chodzi o wpływ streptomycyny na jamy gruźlicze, to na 221 przypadków jamistej gruźlicy płuc, rozpoznawanych metodą zdjęć warstwowych, stwierdzono zniknięcie jam jedynie u 10 chorych, to znaczy tylko w 4,5%.

Wyniki ostateczne, ujęte liczbowo z uwzględnieniem zmian w płucach oraz ze zróżnicowaniem leczniczej skuteczności, przedstawia tab. I.

Powyższa tabela została opracowana z uwzględnieniem stanu chorych w chwili, kiedy opuszczali klinikę.

Jeśli chodzi o wyniki późniejsze, to znaczy po roku do trzech lat od chwili ukończenia leczenia, rozpisano do byłych chorych Wrocławskiej Kliniki Gruźlicy

TABELA I

Wyniki ostateczne w okresie leczenia streptomycyną

		Znaczna poprawa	Poprawa	Bez większych zmian	Pogor- szenie	Zgon
		1	2	3	4	5
Podawanie streptomycy- ny i leczenie zapadowe	Zmiany jednostronne	xxxxxxxxx xxxxxxxxx xx 22	xxxxxxxxx xxxxxxxxx 18	xxxxxxx 7	xx 2	0
	Zmiany obustronne nierozległe	xxxxxxxxx 10	xxxxxxxxx xxxxxxxxx xxxxxx 27	xxxxxxxxx xxx 13	xxxxxx 6	xx 2
	Zmiany obu- stronne rozległe	xxxx 4	xxxxxxxxx xxxxxxxxx xx 22	xxxxx 5	xxxx 4	0
	Zmiany płuc i inne	xxx 3	xx 2	xx 2	0	0
	Gruźlica prosówkowa	0	x 1	0	0	0
Podawanie streptomycy- ny bez lecze- nia zapadowego	Zmiany jednostronne	0	xxxxxxxxx 9	xxxxxxxxx xxxxxxxxx 20	xxxxxxx 6	xx 2
	Zmiany obustronne nierozległe	xx 2	xxxxxxxxx 8	xxxxxxxxx xxxxxxxxx xxx 23	xxxxxx 6	xx 2
	Zmiany obu- stronne rozległe	xx 2	xxxx 4	xxxxxxxxx xxxx 14	xxx 3	0
	Zmiany płuc i inne	xxxxxx 6	xxxxxxxxx xx 12	xxxxxxxxx xx 12	xxxx 4	xxxxxx 6
	Gruźlica prosówkowa	xxx 3	xxx 3	xx 2	x 1	0

szczególą ankietę, pomijając jedynie tych chorych, którzy klinikę opuścili nie-
dawno, to znaczy do 6 miesięcy przed opracowaniem statystyki.

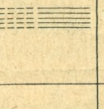
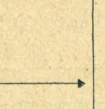
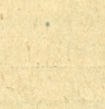
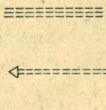
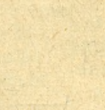
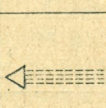
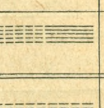
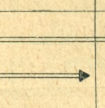
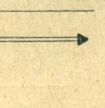
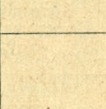
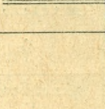
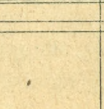
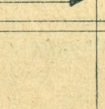
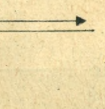
Na 220 wysłanych ankiet odpowiedziały tylko 154 osoby, ale już i ta liczba
znacznie zmieniła obraz wyników „bliskich“.

Ogólnie spostrzeżono, że znacznie zmniejszyła się liczba przypadków zakwalifi-
kowanych do rubryki „Bez większych zmian“, przesuwając się w lewo ku poprawie
i znacznej poprawie lub w prawo ku pogorszeniom i zgonom. A więc wyniki lecz-
nicze niejako zdeklarowały się ostatecznie w ciągu tych kilkunastu przeciętnie
miesięcy.

Tab. II i III charakteryzują stosunek wyników odległych do wyników bliskich.

Strzałką czarną kreskowaną oznaczono przypadki, które przeszły w lewo ku
znacznej poprawie lub pozostały w rubrykach poprawy, a strzałką czarną ciągłą

T A B E L A II
Grupa pierwsza — streptomycyna i leczenie zapadowe

	<i>Znaczna poprawa</i>	<i>Poprawa</i>	<i>Bez większych zmian</i>	<i>Pogorszenie</i>	<i>Zgon</i>
<i>zmiany jednostronne</i>					
<i>zmiany obustronne nierozległe</i>					
<i>zmiany obustronne rozległe</i>					
<i>zmiany gruźlicze płuc i innych narządów</i>					

te przypadki, które zadeklarowały się w kierunku pogorszenia. Każda linia pozioma oznacza jednego chorego, który odpowiedział na ankietę. Linie bez strzałek oznaczają chorych, u których wynik odległy można traktować jako ustabilizowany wynik bliski.

Tab. II i III uwypuklają jeszcze dobitniej niż tab. I zależność wyników leczenia od tego, czy streptomycyna była jedynym, pomijając PAS, środkiem leczniczym, czy też była skojarzona z leczeniem zapadowym.

Na 53 chorych z grupy, której stosowano streptomycynę bez leczenia zapadowego, jak wynika z otrzymanych wypełnionych kwestionariuszy, u 10 wyniki odległe były lepsze niż bliskie, u 17 wyniki odległe były zgodne z bliskimi, u 11 nastąpiło pogorszenie, a u 15 zgon.

Natomiast w grupie, której stosowano leczenie skojarzone streptomycyną i zapadem — analogicznie — na 101 chorych, jak wynika z otrzymanych wypełnionych kwestionariuszy, u 39 wyniki odległe były lepsze niż bliskie, u 48 wyniki odległe były utrwalonymi wynikami bliskimi (z tego 38 w rubryce poprawy i znacznej poprawy), u 11 nastąpiło pogorszenie, a tylko u 3 zgon.

TABELA III

Grupa pierwsza — streptomycyna bez leczenia zapadowego

	Znaczna poprawa	Poprawa	Bez większych zmian	Pogorszenie	Zgon
Zmiany jednostronne		←		→	
Zmiany obustronne nierozległe	←			→	
Zmiany obustronne rozległe		←		→	
Zmiany gruźlicze płuc i innych narządów		←		→	

Porównać ostateczne wyniki bliskie z wynikami odległymi można ilościowo i procentowo na podstawie tab. IV.

TABELA IV

Ostateczne zestawienie wyników leczenia

		Znaczna poprawa	Poprawa	Bez większych zmian	Pogorszenie	Zgon
		1	2	3	4	5
Podawanie streptomycyny i leczenie zapadowe	bl.	39 — 26 %	70 — 46,7%	27 — 18%	12 — 8%	2 — 1,3%
	odl.	53 — 35,3%	75 — 48,7%	4 — 2,7%	15 — 10%	5 — 3,3%
Streptomycyna bez leczenia zapadowego	bl.	13 — 8,7%	36 — 24 %	71 — 47,3%	20 — 13,3%	10 — 6,7%
	odl.	12 — 8 %	36 — 24 %	51 — 34 %	26 — 17,3%	25 — 16,7%

Wnioski są, jak wskazują tabele, zgodne z wnioskami referenta i drugiego z koreferentów. Popiera je porównanie wyników bliskich i odległych w naszych przypadkach. Skoro zatem bardzo często nasza walka z gruźlicą polega na zamknięciu jam gruźliczych, nie możemy tu bardzo liczyć na antybiotyki, w tym i na streptomycynę, a raczej na metody chirurgiczne.

LUCJAN DOBROWOLSKI

Warszawa

Temat kliniczny całkowicie i rzeczowo został wyczerpany przez referentów, tak że nie sposób dorzucić do niego więcej przekonywających szczegółów. Skierowuje on jednak naszą myśl na niezmiernie ważne zagadnienie streptomycynooporności. Niejeden bowiem z nas stosując streptomycynę uzyskiwał wspaniałe wyniki, przed erą streptomycyny wprost nieosiągalne, w niektórych jednak przypadkach obserwował szybkie postępowanie procesu gruźliczego właśnie podczas podawania streptomycyny. Wobec tej sprzeczności w działaniu antybiotyku nasuwa się przypuszczenie, że wrażliwość prątków gruźlicy na streptomycynę jest różna.

Najprawdopodobniej zasadniczym czynnikiem wywołującym streptomycynooporność jest czas stykania się prątka z antybiotykiem. Na pożywkach z bakteriostatycznym stężeniem streptomycyny oporność pojawia się po 10—15 dniach. U chorych na gruźlicę prątki streptomycynooporne zjawiają się najprawdopodobniej równie wcześnie, lecz nie będąc dostatecznie rozmnożone dają się wykryć w płwocinie dopiero po 4—6 tygodniach. Ilość podanego antybiotyku również nie pozostaje bez wpływu. Nie bez znaczenia jest stężenie antybiotyku w ognisku gruźliczym, zmniejszenie lub zniszczenie jego aktywności przez wytwory przemiany tkankowej, nierówne rozmieszczenie prątków wrażliwych i opornych w różnych ogniskach, następnie rodzaj i charakter zmian chorobowych (jamy), które utrudniają zabliznianie się zmian gruźliczych (względny czysto mechaniczne). Powstawanie prątków streptomycynoopornych jest przeważnie głównym powodem naszych niepowodzeń w leczeniu gruźlicy płuc.

Omówienie przez referentów klinicznych wielu ważnych spraw, jak również ostatnie wytyczne co do stosowania streptomycyny, opracowane przez Instytut Gruźlicy przy współudziale doc. Misiewicz, przyczynią się niewątpliwie do osiągnięcia lepszych wyników leczenia gruźlicy, ale pod warunkiem, że stosując streptomycynę nie będziemy pracować na ślepo.

Musimy zatem opracować metodę szybkiego określenia streptomycynooporności prątków, zwłaszcza u chorych, którym już stosowano leczenie chirurgiczne, a zatem dłuższe lub krótsze leczenie streptomycyną.

Nie wdając się w technikę określania streptomycynooporności wspomnę tylko o metodzie omówionej przez Benda i Urquia w 1950 r., pozwalającej na szybkie określenie streptomycynooporności prątków na podstawie morfologicznych zmian zachodzących w prątku po zabarwieniu wg techniki Fontesa. Metoda ta pozwala na zidentyfikowanie pod mikroskopem prątków opornych bezpośrednio podczas oglądania rozmazów płwociny. Należałoby ją wypróbować.

Doc. Stopczyk wspomina, że szereg autorów-chirurgów odstępkuje od wykonania zabiegu chirurgicznego u chorych, którzy uprzednio otrzymali już około 100 g streptomycyny, a kol. Rzepecki stwierdza powikłany przebieg pooperacyjny u chorych, którzy pobrali 50 g streptomycyny. Niewątpliwie wśród tych chorych istnieją jednak osobniki, u których prątek pozostał mimo to wrażliwy i należałoby jednak wy-

zyskać tu zjawisko i chorych tych poddać leczeniu streptomycyną, zwłaszcza w połączeniu z PAS-em, podczas zabiegów chirurgicznych.

Jakkolwiek wyniki osiągnięte przez kol. *Stopczyka* udowadniają celowość kliniczną i społeczną skojarzonego leczenia zapadu ze streptomycyną, z czym bez zastrzeżeń należy się zgodzić, to jednak sądzę, że poszczególne cele kliniczne muszą być w dalszym ciągu rozpracowywane na daleko większej liczbie przypadków.

Chciałbym jeszcze poruszyć sprawę skojarzonego leczenia streptomycyną i odmą otrzewnową. Na Zjeździe we Wrocławiu byłem odosobniony w twierdzeniu, że leczenie zapadowe oddolne, tj. odmą otrzewnową, wsparte lub nie porażeniem przepo-ny jest skuteczne, a zatem i celowe. Spośród lyskulantów jeden tylko kol. *Rzepecki* ocenił należycie wartość odmy otrzewnowej.

Od tego czasu w poglądach zarówno w kraju, jak zagranicą, zwłaszcza w ZSRR i Ameryce, zaszła ewolucja na korzyść mego ówczesnego twierdzenia. Słusznie, moim zdaniem, twierdzi *Michał Telatycki*, w czym zgadza się z nim dr *Jurkowski*, że odma otrzewnowa ze względu na układ napięcia i wpływ na oskrzela jest szczególnie skuteczna. Jeśli chodzi o jamy leżące w szczycie płata dolnego pozawnekowo, zgadzam się z doc. *Stopczykiem* i dr *Jurkowskim*, że mają one związek ze sprawami gruźliczymi w oskrzelach i dlatego skuteczność zapadu oddolnego, jak wynika z zestawienia doc. *Stopczyka*, wzrasta po zastosowaniu streptomycyny.

Główny referent podaje w związku z odmą otrzewnową, że utrwalił się pogląd, silnie broniony u nas w Polsce na Zjeździe we Wrocławiu, o jej celowości i skuteczności, lecz należy dodać, że obrona ta była wyłącznie moim dziełem. Nie ma prawie u nas zakładu przeciwgruźliczego, w którym obecnie nie stosowano by odmy otrzewnowej.

Jakkolwiek można by dziś retrospektywnie zakwestionować skuteczność leczenia zapadem oddolnym górnopłatowych zmian gruźliczych, to — zwłaszcza przy wsparciu streptomycyną — skuteczność zapadu oddolnego, tj. odmy otrzewnowej, uległa znacznemu rozszerzeniu i dalsze doświadczenia nad stosowaniem łącznie streptomycyny i PAS-u potwierdzą tylko mój pogląd sprzed 5 lat na skuteczność odmy otrzewnowej.

Kończąc należy stwierdzić, że ściśle rozgraniczenie przez kol. *Stopczyka* określonych celów klinicznych ułatwi pracę nad leczeniem skojarzonym, która powinna być planową pracą zespołową wszystkich zakładów lecznictwa zamkniętego w naszym kraju.

EDWARD KOMAR i ALEKSANDER NAUMAN

Otwock

Zabierając głos w sprawie podstawowego referatu doc. *Stopczyka* na obecnym Zjeździe musimy wyrazić nasz podziw dla głęboko przemyślanych, a przecież często opartych na obserwacji stosunkowo nielicznych przypadków, tym samym świadczących o wielkiej intuicji autora — wniosków dotyczących skojarzonego leczenia gruźlicy.

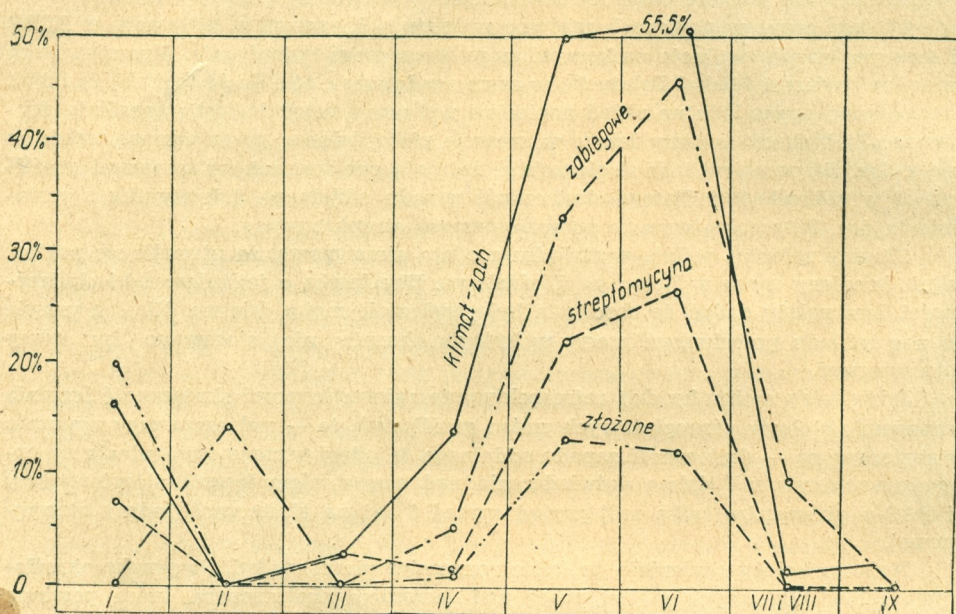
Praca nasza na zlecenie Instytutu Gruźlicy dotyczy późnej obserwacji 2911 chorych leczonych w Sanatorium im. F. Dzierżyńskiego w Otwocku w okresie od 1947 do października 1950 r. z oceną późnych wyników zastosowanego leczenia. Wyniki te nie były znane autorowi, a jednakże nasze wnioski są często zbieżne z wnioskami autora, są potwierdzeniem jego tez. Wśród naszych przypadków gruźlicy wyodrębniliśmy 10 jej postaci: 1. Zmiany wysiewowe. 2. Odosobniona gruźlica większych oskrzeli. 3. Zmiany wieloogniskowe jednostronne. 4. Zmiany serowato- jamiste

mało rozwinięte. 5. Zmiany jamiste obustronne. 6. Gruźlica jamista powikłana. 7. Gruźlica włóknista czynna. 8. Gruźlica przeważnie wygojona. 9. Zmiany wysiękowe surowicówek. 10. Schorzenia niegruźlicze.

Zastosowane metody leczenia podzielono na 4 grupy: a) wyłącznie spoczynko-klimatyczne, b) wyłącznie zabiegowe różnymi odmianami zapadu, c) wyłącznie streptomycyną, d) leczenie złożone.

W okresie posanatoryjnym znany nam był los 1847 osób różnie leczonych.

Przedstawiamy krzywą z naszej pracy, dotyczącą odsetków zgonów zależnie od postaci choroby oraz metody leczenia.



Ryc. 1

Jak widać z krzywej, odsetek zgonów w ciągu 1—4 lat po opuszczeniu zakładu przy leczeniu złożonym streptomycyną i zapadłem jest najniższy niezależnie od postaci, z wyjątkiem postaci rozsiewnych. Samo leczenie zapadowe daje wyraźnie większy odsetek zgonów w postaciach jamistych w porównaniu z leczeniem wyłącznie streptomycyną, które jednak zawodzi w odniesieniu do wczesnych nacieków (grupa 3). Leczenie tylko spoczynkiem poza gruźlicą wygojoną daje największy odsetek zgonów we wszystkich postaciach.

W pracy naszej interesowała nas jednak nie tylko sprawa przeżycia, ale i pełnej wydolności życiowej chorego, która wyrażała się brakiem nawrotów choroby (ponowne leczenie) oraz zdolności do pracy.

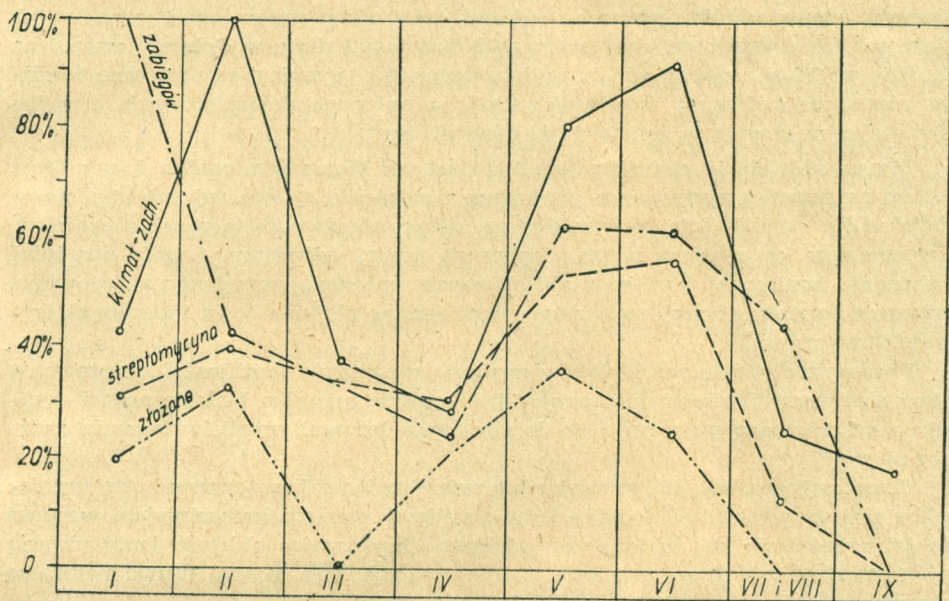
I tu wnioski dotyczące poszczególnych metod leczenia przemawiają za pełnowartościowością leczenia złożonego, dającego najmniejszy odsetek nawrotów i inwalidztwa.

Krzywa częstości nawrotów i zgonów w różnych postaciach leczonych różnymi metodami obrazuje dopiero społeczną celowość różnych sposobów leczenia i przydatność ich w różnych postaciach choroby.

Jak widać z krzywej nr 2, leczenie złożone znów przoduje w wynikach odległych. Leczenie samą streptomycyną zmian jamistych daje wzrost krzywej nieprzydatności społecznej chorego. Leczenie zabiegowe wśród naszych przypadków zawodzi w postaciach rozsiewnych, daje natomiast większy odsetek zdrowia w gruźlicy jamistej mało posuniętej.

Wyniki naszej obserwacji potwierdzają całkowicie wnioski referenta o racjonalności leczenia skojarzonego w skali planowej gospodarki socjalistycznej.

Z punktu widzenia epidemiologicznego najbardziej skuteczne jest zastosowanie tej metody w postaciach jamistych, w których sama streptomycyna nie jest skuteczna, bo nie doprowadza do trwałego odprątkowania, same zaś zabiegi prowadzić mogą nieraz do powikłań.



Ryc. 2

Reasumując wyniki odległe, dotyczące 1847 chorych, których los jest nam znany, stwierdzamy, że ze wszystkich metod leczenia najbardziej skuteczna jest metoda leczenia złożonego, polegająca na stosowaniu streptomycyny i zapadu. Jedynie ta metoda powiększa znakomicie szanse przeżycia i odzyskania zdolności do pracy oraz zapobiega w znacznym stopniu nawrotom choroby. Leczenie samym tylko spoczynkiem, nawet w warunkach klimatycznych, w odniesieniu do bardziej rozwiniętych postaci gruźlicy jest mało skuteczne, a zawodzi również we wczesnych postaciach, dając duży odsetek nawrotów. Leczenie samą tylko streptomycyną w warunkach sanatoryjnych pomimo doraźnych wyników pozytywnych nie daje tej trwałości w wynikach odległych co leczenie złożone.

BOLESŁAW SKOKOWSKI

Warszawa

Z zadowoleniem należy stwierdzić, że referenci tematu klinicznego pozytywnie wypowiedzieli się o wartości odmy otrzewnowej w leczeniu gruźlicy płuc. Przed 5 laty, gdy *Lucjan Dobrowolski* referował na VIII Zjeździe swe wyniki leczenia

gruźlicy płuc odmą otrzewnową, na 8 dyskutantów tylko jeden, *Wit Rzepecki*, ocenił właściwą wartość odmy otrzewnowej.

Przewodniczący posiedzenia, prof. *Skibiński*, streszczając wyniki, wyraził się wówczas dosłownie: „Co do odmy otrzewnowej metoda ta nie pozyskała większości przemawiających“.

A tymczasem dr *Dobrowolski* wraz z asystentami osiągał na oddziale płucnym Szpitala Nr 1 w Warszawie dobre wyniki, kontynuował tę metodę i obecnie nie ma chyba w Polsce zakładu przeciwgruźliczego, gdzie by jej nie stosowano.

Jednak dopiero liczne prace autorów w ZSRR oraz na Zachodzie potwierdziły całkowicie wartość odmy otrzewnowej.

Doc. *Stopczyk* w swym programowym referacie obecnego Zjazdu powiedział: „Zarówno w odniesieniu do porażenia przepony, jak i odmy otrzewnowej, wspartej lub nie porażeniem przepony, utarł się pogląd, broniony silnie w Polsce jeszcze na Zjeździe we Wrocławiu, że oddzielnie lub razem oba te zabiegi są skuteczne i celowe jako zapad wybiorny przede wszystkim w zmianach dolnopłatowych, a w daleko słabszym stopniu w zmianach górnych płatów“.

My, na oddziale płucnym Szpitala św. Ducha w Warszawie, rzadko dołączaliśmy zabiegi na nerwie przeponowym wychodząc z założenia, że operacje na nim nie są obojętne dla ustroju, dają bowiem dłuższe, nieraz nieodwracalne porażenia mięśnia przeponowego, co wywiera ujemny wpływ na drenaż oskrzelowy i może utrudniać wykonanie koniecznej terakoplastyki. Wreszcie uniesiona ponad normę przepona, zwłaszcza po stronie lewej, może powodować zmianę ułożenia serca i utrudniać jego prawidłową pracę.

Rozpowszechnianie antybiotyków znacznie rozszerzyło możliwości zastosowania odmy otrzewnowej, stosowanie bowiem jednocześnie czynnika biologicznego i czynnika mechanicznego przyczynia się do uzyskania lepszych wyników leczenia gruźlicy płuc.

Streptomycyna bowiem, usuwając lub zmniejszając objawy czynne i oczyszczając jakby zmiany wysiękowe dookoła jamy gruźliczej, stwarza korzystniejsze warunki do jej zapadnięcia się, metoda zaś uciskowa zmniejszając objętość jamy ułatwia jakby wyeliminowanie — usunięcie mas serowatych, tym samym usuwa naturalną przeszkodę, którą napotyka w swym działaniu antybiotyk.

Wiemy, że przewlekła gruźlica, tzw. zaawansowana, obustronna, dość rzadko nadaje się do leczenia zapadowego obustronną odmą opłucną, a prawie nigdy nie nadaje się do zastosowania dużego zabiegu chirurgicznego. Natomiast z zadowalającym wynikiem stosujemy leczenie odmą brzuszną.

Częste niepowodzenia podczas leczenia streptomycyną naprowadzają nas na myśl, że w gruźlicy postępującej serowato-włóknistej uzyskujemy nieraz tylko poprawę subiektywną, co prawda nie bez korzyści dla chorego, lecz niestety tylko przejściową, i to za cenę powstawania szczepów streptomycynoopornych, co poza tym stwarza duże ryzyko dla społeczeństwa.

Opierając się na powyższym przeprowadziliśmy na naszym oddziale próby skojarzonego leczenia streptomycyną, PAS-em i odmą otrzewnową.

Wybraliśmy 34 chorych z rozległymi obustronnymi zmianami, którzy ze względu właśnie na rozległość i charakter zmian w płucach lub na stan ogólny nie nadawali się wg naszego mniemania ani do leczenia streptomycyną, ani do leczenia odmą otrzewnową — zastosowanymi oddzielnia.

Uprzednio każdy chory przez 10 — 15 dni otrzymywał PAS po 12 g dziennie oraz 1 g streptomycyny i dopiero po zmniejszeniu się objawów toksycznych przy-

stępowaliśmy do wytworzenia odmy otrzewnowej. Następnie zmniejszaliśmy dawkę streptomycyny do $\frac{1}{2}$ g dziennie nie odstawiając PAS-u aż do pobrania przez chorego 30 gramów streptomycyny.

Stosowanie odmy otrzewnowej w tych prawie beznadziejnych przypadkach wpłynęło na znaczniejsze zredukowanie ilości powietrza w schorzałych tkankach oraz przyczyniło się do wydatnego zmniejszenia ruchów przepony i do jej podniesienia.

Obserwacje nasze wykazały, że najlepsze wyniki osiągnęliśmy w przypadkach jam szczytowych dolnego płata, co jest uzależnione od oskrzela drenującego skierowanego raczej do góry i nie zaciskanego przez ucisk oddolny. Obserwacje te są zgodne z wynikami osiągniętymi przez doc. Stopczyka i dr Jurkowskiego.

Znaczną poprawę osiągnęliśmy w 55% przypadków, średnią — w 22%, wyraźne zmniejszenie jam — w 56% przypadków, a ujemne prątki w 37% przypadków, pogorszenie w 2% przypadków.

Uzyskane przez nasz oddział wyniki są lepsze niż podane przez Dobrowolskiego przed 5 laty na Zjeździe we Wrocławiu, w których odma otrzewnowa była stosowana bez jednoczesnego podawania streptomycyny i PAS-u.

U 10 chorych po 6—12 miesięcznym skojarzonym leczeniu zastosowano uzupełniające leczenie zapadowe innego rodzaju, jak odma opłucnowa, a w 2 przypadkach torakoplastykę jednostronną.

Wynika z tego, że skojarzone leczenie odmą otrzewnową, streptomycyną i PAS-em stwarza możliwości zastosowania innych metod leczniczych i jest najracjonalniejszym postępowaniem leczniczym w pozornie beznadziejnych przypadkach obustronnej serowato-włóknistej, a nawet jamistej gruźlicy płuc.

JAROSŁAW ŚLUZAR

Poznań

We współczesnym leczeniu gruźlicy płuc odgrywa oczywiście dużą rolę stosowanie we właściwym zakresie poszczególnych metod, przede wszystkim odmy wewnątrzpłucnowej, torakoplastyki, odmy chirurgicznej i leczenia tzw. antybiotykami — streptomycyną i PAS-em.

Zagadnienie, jaki jest zakres stosowania odmy wewnątrzpłucnej i jak wcześniej należy przystępować do takiego zabiegu, jak torakoplastyka, i ile przez zastosowanie antybiotyków można uniknąć odmy czy torakoplastyki — zagadnienie rywalizacji poszczególnych współczesnych metod leczenia — są drugoplanowe.

Pierwszoplanowa sprawa — to sprowadzenie do minimum liczby przypadków beznadziejnych, nie kwalifikujących się do leczenia, przez wczesne zastosowanie w sposób racjonalny wszystkich współczesnych metod i objęcie leczeniem aktywnym wszystkich chorych na gruźlicę.

Sprawa wczesnego stosowania odmy przed rozpoczęciem się rozpadu, poruszona przez prelegenta, wymagałaby szerszego omówienia ze względu na wagę społeczną tego zagadnienia. Wiąże się ona ze sprawą masowego aktywnego leczenia wszystkich chorych na gruźlicę. Poza tym sprawa ta dotyczy zagadnienia nerwizmu w klinice gruźlicy płuc i nowoczesnych poglądów na mechanizm działania tzw. leczenia zapadowego.

W związku z referatem doc. *Stopczyka* chciałem kilka słów powiedzieć na temat systematycznego kojarzenia odmy ze streptomycyną. Prelegent jest zasadniczo przeciwny przedodmówemu leczeniu antybiotykiem. Nasuwa mi się tu nieco inne zagadnienie, a mianowicie sprawa bilateryzacji procesu gruźliczego w przypadkach zmian jednostronnych z jamką, leczonych skuteczną odmą opłucnową. Obserwując chorych ze szpitali warszawskich, ostatnio z Instytutu Gruźlicy oraz z Poradni Przeciwigruźliczej VIII Ośrodka Zdrowia, zauważyłem, że bilateryzacja procesu w odmie opłucnowej jednostronnej całkowitej (częściej w odmie prawostronnej) występuje wielokrotnie w jakiś czas po opuszczeniu szpitala przez chorego, w okresie kiedy chory przechodzi z biernego trybu życia do czynnego. W przypadkach tych natychmiast stosujemy streptomycynę; jeśli w drugim płucu już się wytworzyła jamka, kierujemy chorego do szpitala celem wytworzenia drugostronnej odmy opłucnowej. Jestem przekonany, że krótka kuracja a m b u l a t o r y j n a streptomycyną (10—15 g) w przypadkach skutecznej odmy, szczególnie prawostronnej, w jakiś czas (1—2 miesięcy) po opuszczeniu przez chorego zakładu leczniczego i przystąpieniu do pracy zmniejszyłaby wybitnie liczbę przypadków bilateryzacji procesu gruźliczego. Tym samym zmniejszy się liczba przypadków odmy obustronnej, która, jak wiemy, w znacznym stopniu upośledza sprawność ustroju, szczególnie pracownika fizycznego.

JERZY RUTKOWSKI

Łódź

Ograniczę się do bardzo krótkich uwag na temat roli, jaką antybiotyki odegrały w leczeniu chirurgicznym gruźlicy płuc. Chcę podkreślić, że chirurg opiera się na streptomycynie i nie może się wyrzec tych korzyści, jakie streptomycyna daje nie tylko ze względu na swoiste działanie skierowane przeciwko prątkom gruźlicy. Chirurg używa streptomycyny również jako środka zapobiegawczego lub zwalczającego te rodzaje zakażenia, na które nie działa penicylina. A przecież wiemy, że streptomycyna nie jest lekiem stosowanym tylko w walce z gruźlicą, ale współczesna, chirurgia bardzo szeroko stosuje streptomycynę w rozmaitych chorobach i powikłaniach pooperacyjnych jamy brzusznej lub narządów moczowych itd. Chirurgia nie może być dziś skuteczna bez tych antybiotyków. Dzięki antybiotynom, a więc penicylinie, streptomycynie łącznie z PAS-em staje się możliwe zastosowanie nowych sposobów skuteczniejszego w niektórych przypadkach opanowania jam gruźliczych.

Wspomnę tutaj o metodach, które są mnie najbliższe i które wprowadziliśmy do walki z gruźlicą, o takich zabiegach, jak kawernotomia, możliwa do wykonania z równoczesnym stosowaniem streptomycyny i w ogóle antybiotyków, a także apikofekcja, która jest na razie w stadium wstępnych badań, a mianowicie w tych przypadkach, w których przewidujemy dwa etapy: po pierwszym etapie wypełniamy jamę opłucną plombą gazową, następnie zaszywamy i po dwóch, trzech tygodniach usuwamy.

Jakie to ma znaczenie? A więc w przypadkach krwawienia, które trudno opłacać, następnie w przypadkach wiotkiego śródpiersia, w których może nastąpić groźne powikłanie pooperacyjne w postaci migotania śródpiersia. Wreszcie tampon jest idealnym środkiem, który podtrzymuje przez długi czas zapad jamy.

Od bardzo już dawna wprowadzam z reguły do przestrzeni pooperacyjnej 1 gram streptomycyny, 200 tys. jednostek penicyliny i PAS-u. W tych warunkach powikłania pooperacyjne zostały sprowadzone niemal do zera. Niektóre dane statystyczne, obrazujące wpływ antybiotyków na przebieg pooperacyjny i zachowanie się jamy, następnie na powikłania itd., przedstawi asystent mojego oddziału dr Czekwianianc.

MIKOŁAJ CZEKWIANIANC

Łódź

Wprowadzenie antybiotyków zapoczątkowało nową erę w leczeniu gruźlicy płuc, nabrało jednak szczególnego znaczenia w leczeniu chirurgicznym tej choroby. Obecnie chorzy o wiele chętniej, jak to już zresztą podkreślano, godzą się na proponowany zabieg chirurgiczny, a równocześnie znacznie więcej przypadków, uważanych za nienadające się, po uprzednim przygotowaniu antybiotykami kierujemy na zabieg chirurgiczny. Wreszcie w przypadkach granicznych, operowanych pod osłoną streptomycyny, nie widzieliśmy szczególnych powikłań przy leczeniu chirurgicznym. Zanim podam suche liczby ilustrujące korzystne działanie antybiotyków, chciałbym kilka słów poświęcić zagadnieniu nie dość zaakcentowanemu w poprzednich referatach, a mianowicie dawce streptomycyny.

O ile prawie wszyscy przedmówcy są zgodni co do dawki dobowej PAS-u, mianowicie że powinna wynosić 15 g, to zagadnienie dawkowania streptomycyny nasuwa pewne wątpliwości. Zagadnienie to jest w chwili obecnej szczególnie aktualne, gdyż streptomycyna jest to lek, którym bynajmniej nie możemy szafować, wręcz przeciwnie, konieczna jest jak najbardziej racjonalna i ekonomiczna gospodarka tym środkiem. Zdawałoby się, że w tych warunkach najlepszym rozwiązaniem byłoby się zatrzymać na dawce najmniejszej, to jest 0,5 g na dobę, dawce popartej zresztą przez kilku przedmówców. Mając jednak na uwadze to, że naszym pierwszym i najważniejszym celem jest poprawa zdrowia chorego, nasuwa się konieczność poddania krytyce półgramowej dawki streptomycyny na dobę. Jeśli nawet w późniejszym czasie powiększymy dawkę do 1 grama celem przeciwdziałania narastającej streptomycynooporności, wydaje się, że nie da to spodziewanego wyniku. Stosowanie właśnie małej dawki kryje bowiem w sobie niebezpieczeństwo możliwości szybkiego narastania streptomycynooporności. Działanie antybiotyków na bakterie jest przecież trudniejsze, gdy ich koncentracja jest mała, a równocześnie łatwiej może dojść do przystosowania się prątka do nowego podłoża. W razie zaś wytworzenia streptomycynooporności chcąc działać na prątek trzeba byłoby użyć dawki, jak wiemy, wielokrotnie wyższej, co nie pozostałoby bez szkody dla organizmu.

Dawkowanie streptomycyny musi uwzględniać zarówno obraz kliniczny, jak i ogólną obronność organizmu. Sądzę, że w przypadkach sprawy wyrównanej po operacji (torakoplastyka), przebiegającej bez powikłań, zupełnie wystarczy dawka streptomycyny proponowana przez Ministerstwo Zdrowia, to jest po 1 g dwa razy tygodniowo — jako osłona zabiegu. W przypadkach tych rola streptomycyny ogranicza się jedynie do osłony zabiegu, natomiast głównym czynnikiem stabilizacji są siły obronne organizmu, które w tych przypadkach wystarczają do opanowania sytuacji. W przypadkach natomiast przebiegających burzliwie po operacji, z wysoką temperaturą, w których obrazy rentgenowskie wykazują świeże wysiewy w płucach, powinniśmy podawać streptomycynę w skojarzeniu z PAS-em w dawce 1 g dziennie przez dłuższy czas, gdyż przebieg pooperacyjny wyraźnie wskazuje na załamanie

sił obronnych organizmu. Nie chcę przez to powiedzieć, że zagadnienie dawkowania streptomycyny można uważać w chwili obecnej za zupełnie rozstrzygnięte. Zagadnieniu temu powinniśmy poświęcać nadal szczególną uwagę, gdyż jedynie empirycznie i na podstawie obserwacji dużej liczby przypadków będziemy mogli w przyszłości ostatecznie ustalić dawkowanie streptomycyny.

Spostrzeżenia dotyczące leczenia chirurgicznego z jednoczesnym podawaniem antybiotyków obejmują przypadki z oddziału chirurgicznego szpitala specjalistycznego nr 10 w Łodzi. Przypadki leczone w 1948 roku o tyle różnią się od następnych, że w zabiegach w tym okresie jedynymi używanymi antybiotykami, i to w ograniczonej ilości były penicylina i sulfatiazol. Stąd mamy odpowiedni materiał porównawczy. W 1948 roku były operowane 23 przypadki, u których wykonano 33 zabiegi chirurgiczne. W 18% zaobserwowaliśmy powikłania ropne albo w ranie, albo też w przestrzeni pooperacyjnej. Świeże wysiewy wystąpiły w 12%, było 5 przypadków śmierci. W roku 1949 na ogólną liczbę 16 przypadków wykonano ogółem 21 zabiegów. We wszystkich przypadkach rana zagoiła się *per primam*; był jeden przypadek rozsiewu i 1 przypadek śmierci. We wszystkich tych przypadkach zastosowano osłonę streptomycinową. Najlepsze wyniki osiągnęliśmy w roku 1950 po zastosowaniu skojarzonego leczenia streptomyciną i PAS-em. U operowanych 30 przypadków wykonano 54 zabiegi.

Oceniając dane liczbowe trzeba pamiętać, że nie można ich uważać za ostateczne, rozstrzygające zagadnienie. Trzeba w tej sprawie zachować jak największą ostrożność, odpowiedni bowiem dobór przypadków odgrywał zawsze dużą rolę w interpretacji danych statystycznych. Na podstawie naszych obserwacji możemy jednak powiedzieć, że mimo uzyskanych wyników nie należy przeceniać antybiotyków. Antybiotyki nie zdołały zastąpić leczenia zapadowego i tym samym odsunąć na drugi plan leczenia chirurgicznego płuc. Wręcz przeciwnie, antybiotyki są tylko niezbędnym uzupełnieniem leczenia zapadowego.

STANISŁAW FRENKEL

Prabuty

Po wysłuchaniu bardzo wnikliwego referatu doc. Stopczyka chciałbym uwypuklić rolę streptomycyny, jako osłony w zabiegu przepalania zrostów. W sanatorium w Prabutach obserwowałem 50 przypadków operowanych bez streptomycyny i 50 przypadków pod osłoną streptomycinową.

Streptomycinę podawano przed zabiegiem i po zabiegu w ogólnej ilości 5 do 40 gramów; przeciętnie 10 g, od 1 g dobowo przez pięć dni, a następnie po 0,5 g do końca leczenia. Co siódmy dzień (w niedzielę) robiono przerwę w leczeniu.

Pomimo że chorych specjalnie nie dobierano, to jednak po porównaniu rozległości zrostów, trudności operacyjnych i czasu trwania zabiegu okazało się, że przypadki operowane w obu grupach były bardzo do siebie podobne.

W obserwacji obu tych grup chorych ograniczyłem się do porównania przebiegów pooperacyjnych i powikłań.

Ciepłota ciała w przebiegu pooperacyjnym w obu grupach przypadków była prawie jednakowa. Jednak stan ogólny chorych operowanych w osłonie streptomycinowej był po zabiegu znacznie lepszy niż w grupie kontrolnej. Również pooperacyjny odczyn Biernackiego, który wykonywano w 6 tygodni po zabiegu, był w grupie

streptomycynowej w większym odsetku przypadków normalny lub zbliżony do normalnego.

Powikłania pooperacyjne w obu grupach chorych:

Grupa	Wysięki surowicze wczesne		Wysięki surowicze późne		Ropniaki wczesne		Ropniaki późne		Odma samoistna krótkotrwała		Zarośnięcie komory odmorej	
I. Przypadki operowane bez osłony	8		5		0		2		0		2	
		16%		10%		0%		4%		0%		4%
II. Przypadki z osłoną streptomycynową	10		0		1		0		1		1	
		20%		0%		2%		0%		2%		2%

W I grupie z 8 wysięków wczesnych 3 utrzymywały się przez cztery miesiące, a jeden z tych chorych jeszcze z wysiękiem został wypisany do domu. Z 5 wysięków surowiczych późnych 2 były krótkotrwałe, 2 przeszły w ropniaki, a 1 utrzymywał się przez 6 miesięcy.

W II grupie z 10 wysięków wczesnych 7 ustąpiło w ciągu miesiąca, 2 trwały przez 6 tygodni, a tylko 1 nie ustąpił przez 5 miesięcy i chory z wysiękiem został wypisany do domu. Jedyny ropniak w tej grupie powstał w pięć dni po zabiegu. W przypadku tym wziernikowaniem stwierdzono bardzo liczne gruzełki na opłucnej trzewnej oraz pojedyncze na opłucnej ściennej. U chorego tego już przed zabiegiem przez długi czas utrzymywał się wysięk, a operację wykonano w dziewięć miesięcy od chwili wytworzenia odmy. W 1 przypadku wystąpiła odma samoistna, która ustąpiła po 48 godzinach. Stosowaliśmy wtedy równocześnie streptomycynę doopłucnowo przez 5 dni.

Poza omawianą grupą chorych podawaliśmy około 40 chorym streptomycynę tylko po zabiegu. Również w tych wypadkach zauważyliśmy, że wczesne wysięki pod wpływem streptomycyny szybko ustępują.

Jakkolwiek obserwacje moje opierają się na niewielkiej liczbie chorych, to jednak wydaje się, że streptomycyna podana po zabiegu zmniejsza możliwość powikłań pooperacyjnych, przyspiesza ich zlikwidowanie i działa korzystnie na stan ogólny chorego.

Nie uważam za celowe podawanie streptomycyny jako osłony w każdej operacji Jacobaeusa, ale sądzę, że każdy operator powinien mieć do swej dyspozycji pewną ilość streptomycyny, którą mógłby podać choremu, gdy grozi jakieś ciężkie powikłanie lub przebieg pooperacyjny jest nieprawidłowy.

MYSAKOWSKA HELENA

Lublin

Wyniki ogólne „wczesne” leczenia streptomycyną chorych na gruźlicę płuc na Oddziale Gruźliczym Miejskiego Szpitala w Lublinie:

W roku 1948 nie było doboru przypadków chorobowych, gdyż streptomycyna była prywatną własnością chorych. Od roku 1949 Komisja Streptomycynowa —

początkowo w Warszawie, później w Lublinie — decydowała o leczeniu. Uderzająca jest różnica (około 20%) w odsetkach uzyskanej poprawy (w roku 1950 i 1951) między leczeniem tylko streptomycyną a leczeniem streptomycyną i zabiegami — na korzyść tej ostatniej metody.

Rok	1948	1949	1950	1951 półr.
Ogólna liczba chorych	1018	1296	1317	766
% leczonych streptomycyną	3,9	26	39,1	29,1
% chorych wypisanych z poprawą				
1) leczonych tylko streptomycyną	22,5	58	54,6	50
2) leczonych streptomycyną i leczeniem zapadowym	58,7	68	76,3	72,5

Doc. Jan Stopczyk w swoim referacie wypowiada zdanie: Streptomycyna... zastosowana podczas odmy często... zapobiega powikłaniom... (wysięki).

Badanie opłucnej przy pleuroskopii na naszym materiale 943 operacji przedstawiają się następująco:

Rok	do 1948 wł.	1949	1950	1951 półr.
Liczba operacji	285	220	272	166
Opłucna bez zmian	39,8 ⁰ / ₀	48,1 ⁰ / ₀	48,8 ⁰ / ₀	49,4 ⁰ / ₀
Opłucna zmętniała, zgrubiała (bez płynu)	34,2 ⁰ / ₀	29,6 ⁰ / ₀	31,5 ⁰ / ₀	34,4 ⁰ / ₀
Surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej	22,6 ⁰ / ₀	17,3 ⁰ / ₀	13,9 ⁰ / ₀	10,8 ⁰ / ₀
„Gruzelki“ na opłucnej (prosówka)	2,7 ⁰ / ₀	4,1 ⁰ / ₀	4,4 ⁰ / ₀	2,4 ⁰ / ₀
Pęcherzyki pojedyncze i w kształcie gron	0,7 ⁰ / ₀	0,9 ⁰ / ₀	1,4 ⁰ / ₀	3 ⁰ / ₀

W miarę prowadzenia leczenia streptomycyną (w latach 1949, 1950 i 1951) odsetek surowiczo-włóknikowych zapaleń opłucnej stwierdzanych podczas pleuroskopii jest coraz mniejszy. W roku 1948 wynosi 22,6%, w roku 1951 — 10,8%. Natomiast odsetki „gruzelków“ (prosówka) i zmian opłucnej bez płynu są prawie jednakowe. Wyniki są zbliżone do wyników dra W. Rzepeckiego, dotyczących wysięków w odmie zewnątrzoopłucnej, gdzie po streptomycynie „wysięki były mniej częste... natomiast zakażenia swoiste komory były równie częste“.

TADEUSZ BIELECKI
Warszawa

W okresie od stycznia do czerwca 1950 r. obserwowaliśmy w oddziale doc. Stopczyka serię 21 przypadków, spośród około 200, przepalenia zrostów wewnątrzoopłucnych, w których zabieg wykonywany był w okresie leczenia streptomycyną lub też po ukończeniu leczenia tym antybiotykiem. Dla porównania wzięto z tego samego okresu leczenia taką samą liczbę przypadków operowanych bez przygotowania skojarzonego, a tylko zebrane *ex post*. Dlatego też są to chorzy o różnym umiejscowieniu zmian, w różnym okresie leczenia odną wewnątrzoopłucną — zmiany zarówno po jednej stronie, jak i zmiany obustronne.

Streptomycynę podawano od 9 do 80 dni przed zabiegiem i od 2 do 75 dni po zabiegu w ogólnej ilości od 15 do 70 g na jedną kurację. Zarówno w jednej, jak i drugiej grupie liczba przepalonych zrostów wahała się od 3 do kilkunastu u jednego chorego. W 5 przypadkach zauważono zrosty rozległe 3—4 cm średnicy na przekroju. U chorych tych po ukończeniu zabiegu stosowano doopłucne wlewanie po 1 g streptomycyny. Czas trwania zabiegu w obu grupach wynosił od 12 do 45 minut (licząc od chwili wkłucia pierwszego troakaru do chwili nałożenia klamerek).

Wśród operowanych pierwszej grupy ciepłota do 38,2° w kilka godzin po zabiegu wystąpiła w 3 przypadkach i ustąpiła w 2 — 3 dni po zabiegu. Płyn surowiczy wystąpił w 3 przypadkach do 4 żebra i utrzymywał się w ciągu dwóch dni. W jednym dalszym przypadku płyn utrzymywał się w ciągu 4 tygodni i był 3-krotnie wypuszczany w ilości od 800 do 250 ml. Płyn był przejrzysty, prątków kwasoopornych nie zawierał, posiew był jałowy. W pozostałych dwu przypadkach płyn ustąpił samoistnie w ciągu 2 i 3 tygodni. W 8 przypadkach płyn kątowy (sięgający do połowy sklepienia przepony) ustąpił samoistnie w ciągu 6 do 15 dni, w jednym przypadku utrzymywał się w ciągu 5 tygodni.

W żadnym przypadku z pierwszej grupy nie stwierdzono przejścia płynu surowiczego w płyn ropny. Spośród 21 przypadków pierwszej grupy 19 chorych podlega okresowej kontroli ambulatoryjnej. Wszyscy chorzy czują się dobrze, pracują w swoim zawodzie i u żadnego odma nie zarasta.

W grupie drugiej, operowanej bez osłony streptomycyną, w 7 przypadkach płyn wystąpił w kilka godzin po zabiegu, z podniesioną ciepłotą do 39° utrzymującą się w ciągu kilku dni, a w jednym przypadku w ciągu 4 tygodni. W przypadku tym płyn po 10 dniach zropiał, z ropy wyhodowano prątki szczepu Nr 73. Za każdym razem w ropie bakterioskopowo stwierdzano prątki kwasooporne. Mniej więcej równocześnie ze zropieniem płynu u chorego wystąpiły objawy odmy samorodnej. Za pomocą błękitu metylowego stwierdzono istnienie przetoki opłucnowo-oskrzelowej, utrzymującej się przez szereg miesięcy. U chorego tego, mimo następowego leczenia streptomycyną stosowaną domięśniowo i doopłucnowo i częstego płukania opłucnej z wprowadzaniem PAS-u, ropniak utrzymuje się dotychczas, chory czuje się źle, chudnie, do pracy jest niezdolny. W pozostałych 6 przypadkach wysięk po kilkakrotnej ewakuacji z podawaniem doopłucnowo PAS-u, a w dwu przypadkach w połączeniu z następowo podawaną streptomycyną, ustąpił, ciepłota spadła do normy, odma dopełniana jest w dalszym ciągu. W dalszych 8 przypadkach wystąpił płyn kątowy, ciepłota do 38° utrzymywała się w ciągu 1 — 3 dni. W pozostałych 7 przypadkach powikłań nie było.

W 28 przypadkach stosowaliśmy jedynie wlewanie 1 g streptomycyny doopłucnowo przez kaniulę tuż po wykonaniu zabiegu. W 20 z nich nie mieliśmy żadnych powikłań, przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, wysięku nie było, w pozostałych 8 przypadkach ciepłota do 38° utrzymywała się w ciągu 1 do 7 dni po zabiegu. W 4 z tych przypadków płyn sięgający od 6—4 żebra ustąpił po upływie 2—3 tygodni samoistnie, a tylko w jednym przypadku utrzymywał się w ciągu kilku tygodni, zmuszając do ewakuacji.

Jak więc widzimy z powyższego zestawienia, w pierwszej grupie chorych leczonych streptomycyną podwyższona ciepłota wystąpiła po zabiegu jedynie w 3 przypadkach, a więc pięciokrotnie mniej niż w grupie drugiej, w której gorączkowało 15 chorych. Powikłania wysiękiem wystąpiły w grupie pierwszej w 3 przypadkach, natomiast w grupie drugiej w 7 przypadkach, a więc dwukrotnie więcej. Ropniaków w grupie pierwszej nie było, podczas gdy w grupie drugiej mieliśmy jeden z bardzo złym rokowaniem. Również w grupie 28 przypadków operowanych, gdzie jedynie

w czasie zabiegu wlewaliśmy do opłucnej streptomycynę, stwierdziliśmy znacznie mniejszą liczbę powikłań. W 20 przypadkach tej grupy poza niewielkimi wyskokami ciepłoty (do 37,7°) w kilka godzin po zabiegu nie mieliśmy żadnych powikłań. Wynika stąd, że w grupie III przebieg pooperacyjny był gładki w około 75% przypadków, w grupie I w 85%, a tylko około 30% przypadków w grupie II.

W grupie I nie udało się uchwycić zależności zmniejszenia się powikłań od ilości podanej streptomycyny i od czasu jej podawania w okresie przedzabiegowym i pozabiegowym.

Dowodem, że niestosowanie streptomycyny zwiększa liczbę powikłań, może być to, że w okresie ostatnich 4 miesięcy na 43 chorych operowanych w moim oddziale, którzy nie otrzymywali streptomycyny, w 9 przypadkach wystąpiło powikłanie płynem surowiczym z krótszym lub dłuższym okresem utrzymującej się podwyższonej ciepłoty. W 5 z nich płyn trwał 2—5 tygodni, w 3 przypadkach byliśmy zmuszeni płyn kilkakrotnie ewakuować. U dwu spośród nich bardzo szybko, bo w 10 dniu, płyn surowiczy zropiał, choć w żadnym z nich nie stwierdzono prątków gruźlicy.

W n i o s k i

1. Podawanie streptomycyny w okresie przedzabiegowym i pozabiegowym zmniejsza trzykrotnie liczbę występujących powikłań (wysięków).
2. Wlewanie streptomycyny doopłucnowo w czasie zabiegu zmniejsza powikłania wysiękiem dwukrotnie.
3. Zmniejszenie się liczby powikłań nie jest zależne od ilości podawanej streptomycyny i od czasu jej stosowania w okresie przedzabiegowym i pozabiegowym.

KAROL SOSNOWSKI

Wrocław

Zabiegiem, bez którego trudno wyobrazić sobie skuteczne leczenie odmą, jest przepalanie zrostów. Stosunkowo częstymi powikłaniami tego zabiegu są wysięki surowicze, rzadziej ropniaki opłucnej, niwelujące nieraz dodatni efekt uwolnienia płuca od zrostów. Zadaliśmy sobie pytanie, czy można zmniejszyć częstość tych powikłań przez osłonę streptomycynową? Pod tym kątem widzenia rozpatrzyliśmy 242 przypadki spośród około 600 operowanych w naszej klinice od 1.IV.1947 do 31.III.1951. Wyniki są następujące:

	Liczba zabiegów	Wysięk surowiczy	Ropniak
Bez streptomycyny	202	47 (23,27%)	3 (1,49%)
Leczeni streptomycyną	40	12 (30%)	2 (5%)
Razem	242	59 (24,38%)	5 (2,07%)

W grupie chorych operowanych w czasie leczenia streptomycyną umieściliśmy 4 chorych, którzy ukończyli pobieranie streptomycyny przed 3 — 10 dniami.

Częstsze występowanie wysięków u chorych „streptomycynowych” można wytłumaczyć cięższymi zmianami w płucach, z powodu których była stosowana streptomycyna.

Ze względu na zbyt małą liczbę przypadków nie można wysnuć ostatecznych wniosków, wydaje się jednak, że podawanie streptomycyny jako osłony zabiegu przepalania zrostów nie zmniejszy częstości występowania wysięków pooperacyjnych.

FRANCISZEK MORAWSKI

Otwock

Leczenie skojarzone gruźlicy płuc, o którym tak obszernie i przejrzyście mówił docent *Stopczyk*, daje nam możność racjonalnego i najbardziej skutecznego użycia streptomycyny. Ze względu na to, że pewna grupa chorych, była leczona ambulatoryjnie w przychodniach przeciwgruźliczych i nie przerywała pracy zawodowej, a następnie po upływie paru miesięcy trafiła do sanatoriów do dalszego leczenia, chciałem przedstawić pokrótce los tych chorych. Na ogólną liczbę 17 chorych, którzy w ciągu najbliższych 6 miesięcy po ukończeniu leczenia streptomycyną pobieraną ambulatoryjnie, trafili do sanatorium i byli w naszej obserwacji, w 14 przypadkach stwierdzono rozpad potwierdzony tomograficznie oraz prątkowanie, a więc były to przypadki wymagające interwencji zapadowej. Jeśli uwzględnimy, że wszyscy ci chorzy otrzymali przydział streptomycyny z powodu świeżych zmian naciekowych bez rozpadu lub też z niewielkimi ubytkami w mięszu płucnym i przewidywano u nich dobry wynik leczniczy, musi nas zastanowić bardzo wielki procent wyników negatywnych w okresie późniejszym. Nie dochodzi widocznie do takiego stopnia poprawy i stabilizacji, która gwarantowałaby w okresie późniejszym nieczynność wspomnianych ognisk.

Jest rzeczą godną uwagi, że okres 6 miesięcy od czasu rozpoczęcia leczenia streptomycyną u tych chorych był okresem względnego spokoju. Poprawa OB, wybitna poprawa samopoczucia, które nastrajało chorego optymistycznie co do całkowitego powrotu do zdrowia, nakłaniały go niejednokrotnie do samodzielnego kontynuowania leczenia streptomycyną własną.

Warunki obserwacji ambulatoryjnej w przychodniach, brak odpowiedniej aparatury do zdjęć warstwowych zdawały się potwierdzać początkowo optymizm chorych. Do rozpadu jakoby nie dochodziło albo drobne spostrzegalne poprzednio ubytki stawały się niewidoczne. Zwykle zaskakiwała chorych wiadomość, że w miejscu dawnego nacieku dostrzeżono jamę i że trzeba zastosować leczenie zapadowe. Stosunkowo szybko uzyskana poprawa samopoczucia po poprzednio pobranej kuracji stwarza niechęć do leczenia zapadowego, a zwłaszcza po nieudanej próbie odmy do leczenia chirurgicznego. Jest to pierwsza trudność wynikająca ze zbyt gorliwego i pośpiesznego zastosowania leczenia streptomycyną. Wydaje mi się, że wyniki omawianych przypadków po leczeniu w warunkach sanatoryjnych bez streptomycyny byłyby nawet lepsze. Podana poprzednio streptomycyna opóźnia właściwą interwencję chirurgiczną, gdyż zachodzi konieczność zbadania, czy chory jest odporny na streptomycynę, co wymaga dłuższego czasu, a w tym czasie może dojść do nie dających się przewidzieć komplikacji, zwiężających możliwość, a nieraz wyłączaających zabieg operacyjny.

Według obserwacji w naszym sanatorium ostatnio znacznie częściej spostrzegamy jamy balonizujące po wytworzeniu odmy niż w erze przedstreptomycynowej. Bez wątpienia mamy tu do czynienia z gruźlicą oskrzeli nie ujawnioną przed wytworzeniem odmy. Jeśli przeprowadzimy dokładnie wywiad, co nie zawsze jest łatwe, gdyż chorzy często ukrywają przed lekarzem ilość pobranej streptomycyny

prywatnej w obawie przed nieprzydzieleniem tego leku, to okazuje się, że w większości jam balonizujących chorzy pobierali streptomycynę w sposób niewłaściwy, przerywany dowolnie, zależnie od uzyskanej subiektywnej poprawy, ponawiany przy pierwszych nieraz wyimaginowanych pogorszeniach.

Wydaje mi się, że należałoby ograniczyć wskazania do podawania streptomycyny, poza lecnictwem zamkniętym, do tych przypadków gruźlicy świeżej, w których zwlekanie z podawaniem streptomycyny radykalnie pogorszyłoby rokowanie. Z całym naciskiem należy podkreślić konieczność planowego i przemyślanego postępowania z chorymi od samego początku zachorowania, gdyż tylko przemyślana batalia i odpowiedni czas zastosowania streptomycyny, rokuje optymalną poprawę, jednocześnie ograniczając wydatki państwowe, zaoszczędzając lek ten dla innych. Doc. Stopczyk przedstawił nam schematy postępowania i celowego użycia streptomycyny w poszczególnych fazach rozwojowych gruźlicy. Naszym zdaniem należałoby to planowe postępowanie rozszerzyć na okres wczesny, kiedy chorzy nie znajdują się jeszcze w zakładach zamkniętych. Wydaje nam się słuszne, aby chorzy z wcześniej rozpoznaną gruźlicą mieli pierwszeństwo do miejsc sanatoryjnych, gdyż przez to uniknęlibyśmy późniejszych przypadków przewlekłych, a ogólnie szybciej doszlibyśmy do opanowania gruźlicy w kraju. Właściwie postawione lecnicstwo sanatoryjne zmniejszy liczbę chorych kwalifikujących się do leczenia streptomycyną, stała i bezpośrednia obserwacja chorego pozwoli wybrać w odpowiedniej chwili najwłaściwsze leczenie.

TADEUSZ GARBIŃSKI

Wrocław

W doniesieniu moim pragnę podzielić się spostrzeżeniami, jakie poczyniliśmy w ośrodku wrocławskim nad rolą antybiotyków w leczeniu chirurgicznym gruźlicy płuc. Ośrodek chirurgiczny kierowany przez prof. Brossa poza II Kliniką Chirurgiczną, Kliniką Gruźlicy, obejmuje Szpital Miejski Nr 6, w którym operuje asystent prof. Brossa dr Wręblewicz, oraz Sanatorium „Leśne“ z Zespołu Obornik Śl., gdzie wykonuje się zabiegi, a także zbiera się wszystkich chorych z wyżej wymienionych zakładów na leczenie pooperacyjne. W ten sposób postępujemy w myśl zasad jednolitej doktryny leczniczej. Łączenie czterech zakładów leczniczych pozwala na szerokie wyzyskanie przypadków operacyjnych do celów naukowych i dydaktycznych. Do chwili obecnej liczba przypadków leczonych metodami chirurgicznymi przekracza 1000 (nie włączamy w tę liczbę przepalań zrostów).

Nie mogąc podać w ramach dyskusji dokładnej analizy otrzymanych wyników, ograniczymy się do przedstawienia naszych spostrzeżeń.

Jesteśmy zgodni z ogólnie podkreślanym w referatach poglądem, że wyniki leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc są dzięki użyciu streptomycyny i penicyliny znacznie lepsze. „Lepszość“ ich polega na zmniejszeniu liczby powikłań pooperacyjnych oraz na poprawie przebiegu pooperacyjnego. Badania Brossa i Garbińskiego polegające na obliczaniu w współczynnika krążenia w o - o d d e c h o w e g o w przebiegu pooperacyjnym wykazały, że czynność narządu krążenia i oddechowego jest mniej upośledzona i wyrównuje się szybciej u chorych operowanych pod osłoną streptomycyny aniżeli bez jej zastosowania. Spadek współczynnika był przeciętnie o 30% niższy, a czas potrzebny na wyrównanie się go o 25% krótszy u chorych operowanych ze streptomycyną. U chorych tych mniejszy wpływ urazu operacyjnego znajdował wyraz w łagodniejszym odczynie narządów krwio-

twórczych, co wykazali *Bross i Garbiński* posługując się w s k a ż n i k i e m ogólnym krwinek białych (stosunek granulocytów do agranulocytów). Wszystkie te spostrzeżenia uwypuklają się z większą wyrazistością w przypadkach bardziej rozległych zmian gruźliczych, co wykazuje, że osłona streptomycynowa zabiegu odgrywa znacznie ważniejszą rolę w przypadkach cięższych aniżeli w łagodnych i wyrównanych.

Nie możemy jednak zgodzić się ze zdaniem dr *Rzepeckiego*, który uważa, że „klasyczne wskazania do torakoplastyki nie wymagają osłony streptomycyną“. Jesteśmy zdania, że mimo dobrania przypadków wyniki ostateczne uzyskane torakoplastyką są w obu grupach podobne. Skrócenie i złagodzenie przebiegu pooperacyjnego jest dla chorego na gruźlicę sprawą zasadniczą i nie obojętną dla całości organizmu.

Uważamy dalej, że największą zasługą streptomycyny w chirurgicznym leczeniu gruźlicy płuc jest rozszerzenie wskazań operacyjnych na przypadki daleko posuniętych obustronnych zmian, w których możliwość wykonania zabiegu staje się dla chorego ostatnią szansą życiową. Ośrodek wrocławski w ciągu ostatnich 18 miesięcy zajął się rozpracowaniem tego problemu. Leczenie jam olbrzymich, resztkowych, obustronnych daleko posuniętych zmian za pomocą jak najbardziej oszczędzających zabiegów stanowi interesujące nas zagadnienie. Próby rozwiązań tego rodzaju problemów bez pomocy antybiotyków byłyby nie do pomyślenia.

Ważną rolę odgrywa również streptomycyna w leczeniu gruźlicy płuc odłą po-zaopłucną. Jest to zabieg wymagający szczególnie uważnego i troskliwego postępowania w przebiegu pooperacyjnym, ze względu na częstość występowania późnych powikłań. Przy umiejętnym jednak prowadzeniu chorego oraz dzięki antybiotekom leczenie odłą pozaopłucną daje coraz lepsze wyniki. Modyfikując wskazania do tego zabiegu rozszerzyliśmy je znacznie i obecnie stosunek wykonywanych odm do plastik wynosi u nas 4 : 1. Takie powikłania, jak ropniak swoisty w komorze po-zaopłucnej, likwidujemy z reguły stosując antybiotyki i PAS w ciągu 3 do 5 tygodni.

Zagadnienie oporności prątka na streptomycynę i przemiany w szczepy streptomycynooporne jest zasadniczą sprawą w przypadkach długiego stosowania antybiotyku. Dzięki opracowaniu nowej metody oznaczania wrażliwości prątków na streptomycynę w Zakładzie Mikrobiologii prof. *Hirszfelda* przez dr *Bekierkunsta* otrzymujemy już po 4 — 5 dniach odpowiedź. Stanowi to dla nas zasadniczą pomoc w kierowaniu leczeniem chorego.

MARIA RADOMSKA i ST. MEYSNER

Smukała

Referat główny opracowany został przez *Stopczyka* wnikliwie i z dużą znajomością rzeczy. Toteż chętnie godzimy się z wysnutymi wnioskami praktycznymi.

Sanatorium Przeciwgruźlicze w Smukale miało 218 przypadków z okresu od 1948 aż do lipca 1951 r. włącznie. W zestawieniu statystycznym, które wykonała kol. *Radomska*, trzymaliśmy się podziału na grupy opracowane przez referenta, aby porównanie było łatwiejsze.

I. Leczenie zapobiegawcze zmian początkowych w okresie wysiękowym pozwoliło w 72 przypadkach na zastosowanie leczenia zachowawczego z podaniem streptomycyny z doskonałym, prawie 100% dobrym wynikiem, gdyż tylko w jednym przypadku powstała jama, którą poddano skutecznemu leczeniu odłą. Dodać należy, że zmiany chorobowe rentgenologicznie przedstawiały się jako ogniska drobnopla-

miste różnej gęstości lub jako plamistości chmurzaste, które szczególnie szybko zniknęły po streptomycynie. Nie pokusiliśmy się nigdy o leczenie nawet wczesnych jam gruczolanych samym tylko antybiotykiem, ale opanowaliśmy w tej grupie dwie zimne prosówki, 2 przypadki ciąży, którą utrzymaliśmy i 1 przypadek gruźlicy krtani.

II. W grupie tej, gdzie mowa o świeżej bilateryzacji i o uniknięciu odmy drugostronnej, przedstawiamy 42 przypadki. Niepowodzenie wynosi tylko 7%, w tym 1 zgon. Wyników dobrych 93%.

III. Grupa ta obejmuje przygotowanie chorego do odmy przez zlikwidowanie ostrego okresu lub częściową likwidację zmian rozległych. Grupa ta liczy 39 przypadków z wynikami dodatnimi w 90%. Z tego 8% chorych po leczeniu streptomycyną uważało się za zdrowych, tak że nie można było ich skłonić do poddania się zabiegowi odmowemu. W 10% zamierzonego celu nie osiągnięto.

IV. W grupie IV: „przywrócenie wskazań do odmy drugostronnej“ umieściliśmy 9 chorych z wynikiem dodatnim w 90%.

V. Powikłania w grupie V obejmują 26 przypadków, w tym 12 ropniaków, 13 wysięków uporczywych i 2 przypadki jamy nadymanej przy odmie. W leczeniu ropniaków uzyskaliśmy 66% dobrych wyników, w leczeniu uporczywych wysięków 100% dobrych, z 2 jam nadymanych 1 została zniszczona doszczętnie, w drugim przypadku tomogram wykazał jeszcze jamę resztującą. W tych dwóch przypadkach stosowano również inne zabiegi pomocnicze, jak masaż opłucnej i wysięk sztuczny.

VI. Do zabiegów chirurgicznych przygotowaliśmy streptomycyną 16 przypadków ze skutecznym wynikiem w 79%.

VII. Leczenie skojarzone zmian dolnopłatowych (3 przypadki) dało 66% pomyślnych wyników. W osłonie do torakokaustyki (7 przypadków) streptomycyna skuteczna była w 100%. Dorywczo dawaliśmy w przypadkach ciężkich streptomycynę po 1 do 2 g doopłucnowo, jeżeli podczas zabiegu nastąpiło krwawienie lub obnażone zostały większe odcinki opłucnej.

Dwa przypadki odmy samorodnej z objawami zatrucia z 15 g streptomycyny przeszły bez powikłań. Na uwagę zasługuje jeden przypadek, w którym w 4 dni po kaustyce doszczętnie wystąpiło ostre zapalenie gardła i krtani rozpoznane jako *tbc. miliaris pharyngis et laryngis c. ulcerationibus*.

D a w k o w a n i e:

W latach 1948 i 1949 stosowaliśmy streptomycynę prawie wyłącznie bez PAS-u. PAS jeszcze był wtedy mało stosowany. Dawki streptomycyny wynosiły przeciętnie około 30 g. W roku 1950 ilość globalna streptomycyny spadła do około 20 g, a skojarzenie z PAS-em było coraz częstsze. W tym czasie podawaliśmy niejednokrotnie w sprawach o charakterze nieostrym PAS 12 g dziennie przez pierwsze 4 dni w tygodniu, a streptomycynę po 1 g dziennie jednorazowo w ciągu następnych 3 dni. Wyniki tego sposobu stosowania streptomycyny są za szczupłe, aby pozwalały na wyciągnięcie wniosków. W roku 1951 dawka ogólna streptomycyny jeszcze się obniżyła, a skojarzenie z PAS-em jest stałe. Podawanie streptomycyny 2 razy tygodniowo po 1 g nie można uważać za regułę. Sposób ten może okazać się korzystny w leczeniu ambulatoryjnym i w przypadkach przebiegających nieostro. W leczeniu zamkniętym sposób ten zmniejszył przelotność zakładu. W powikłaniach krtaniowych, oskrzelowych i w przypadkach przebiegających ostro sposób ten wydaje się za powolny. Radziłbym stosować 3 razy tygodniowo po 1 gramie w leczeniu skojarzonym z PAS-em. W sprawach ostrych najlepsze wyniki otrzymaliśmy zawsze stosując po 1 gramie dziennie przez pierwsze 10 dni. Po uzyskaniu wyrównania można przejść na stosowanie przerywane leku. Stopczyk swoim chorym dawał 40 do 60 g streptomycyny. Taką dawką niewątpliwie poszerzyć można wskazania.

Przy mniejszych dawkach trzeba mieć skromniejsze wymagania. Duży odsetek dodatnich wyników w Smukale przypisać należy bardzo ostrożnej selekcji do zabiegów zapadowych i stosowanie streptomycyny w sprawach najwyżej średniopłamistych, przy czym zwracamy uwagę nie tyle na rozległość zmian, ile na gęstość plamistości w obrazie rentgenowskim i na objaw zatrucia. Poza tym wpływ dodatni nie tylko przypisać można stosowaniu antybiotyku, ale w dużej mierze leczeniu sanatoryjnemu, a przede wszystkim samym zabiegom zapadowym, zdajemy zaś sobie sprawę, że tylko wczesne uzyskanie wolnego od zrostów zapadu daje szanse trwałego wyleczenia.

Streptomycyna jest doskonałym środkiem leczniczym przeważnie pomocniczym. Nadzieje wyleczenia jamistej gruźlicy płuc samą tylko streptomycyną ziścić się mogą wyjątkowo i wtedy zwykle nieoczekiwanie. Nie potrafimy jeszcze odróżnić zmian hematogennych od bronchogennych na odcinkach od bronchoskopu oddalonych.

Wyniki nasze na pozór bardzo optymistyczne odpowiadają chwili wypisania chorego z sanatorium. Ile z nich pozostanie trwałych i na jak długo, nie wiemy. Obawiamy się, że czas je zaciemni.

ZBIGNIEW BRODA

Bystra Śląska

W związku z szeroko stosowanym leczeniem streptomycyną, wyłania się zagadnienie powstawania streptomycynooporności. Mam wrażenie, że naczelnym wskazaniem do dalszego stosowania streptomycyny lub przerwania leczenia tym antybiotykiem powinien być stopień wrażliwości prątków na streptomycynę. Wiąże się to ściśle z jednej strony z dobrem chorego, gdyż wiemy z piśmiennictwa i praktyki, że podawanie streptomycyny w przypadkach osłabionej wrażliwości prątków lub ich oporności albo nie daje żadnego wyniku leczniczego, albo powoduje zaostrenie się stanu chorobowego, z drugiej zaś strony musimy pamiętać o racjonalnym stosowaniu drogiego leku.

Wśród sposobów oznaczeń streptomycynooporności wymienić należy klasyczną metodę Youmansa, hodowlę na pożywkach żółtkowych wg *Paryskiego*, oraz bezpośrednią metodę podaną przez *Monoda* w *Revue de la Tuberc.* Nr 3—4, 1950.

Dla uzyskania możliwie szybkiego wyniku streptomycynowrażliwości oparliśmy się w Państw. Sanatorium w Bystrej Śląskiej na metodzie wzbogacenia preparatów bezpośrednich za pomocą rozmazów na szkiełkach podstawowych umieszczonych we krwi zhemolizowanej (metoda opisana przez *Price'a*). Metoda ta pozwala na szybkie otrzymanie wzrostu mikrokolonii. W celu oznaczenia streptomycynooporności do krwi dodaje się kolejnych rozcieńczeń streptomycyny. Hodowlę prowadzi się w cieplarni odczytując wynik po 6 dniach bezpośrednio ze szkiełka po zabarwieniu metodą *Ziehl-Neelsena* pod immersją. W 4 miesiącu stosowania przez nas tej metody okazało się, że identyczną niemal metodę (gdyż różniącą się tylko sposobem hemolizowania krwi) podał w r. 1950 *Etienne Bernard*.

Aby porównać dostępne nam metody oznaczeń streptomycynowrażliwości prątków do celów praktycznych, przeprowadziliśmy badania porównawcze trzech metod. Porównywaliśmy metody „szybkie“, tj. wyżej omówioną metodę hodowli na krwi zhemolizowanej wodą destylowaną oraz metodę bezpośrednią *Monoda*, w której wprowadziliśmy drugi wariant, tj. w miejsce trudnej do osiągnięcia zieleni

malachitowej wprowadziliśmy kwas pikrynowy, z metodą Paryskiego, którą przyjmujemy za dającą wyniki najbliższe rzeczywistości.

Dla otrzymania możliwie szybkich wyników wprowadziliśmy do metody Paryskiego utlenianie podłoża polegające na tym, że po 24 godzinach do korków z waty zatykających próbówki z wysianym materiałem wstrzykujemy 2 cm wody utlenionej i następnie zatapiamy próbkę parafiną. Modyfikację tę wprowadziliśmy również do posiewów na pożywkach jajowych. Zastosowaliśmy ją dotąd w 192 przypadkach hodowli uzyskując szybszy wzrost hodowli z tlenem przeciętnie o 5,4 dni w porównaniu z posiewami kontrolnymi bez tlenu. Tylko w 6 przypadkach otrzymaliśmy wzrost szybszy na pożywkach bez utleniania.

Badania porównawcze nad przydatnością metod wykonaliśmy wszystkimi trzema metodami w 144 przypadkach, z tego metodą najczulszą, tj. Paryskiego dało się oznaczyć stopień wrażliwości prątków w 131 przypadkach. W 13 przypadkach na hodowlach nie uzyskano wzrostu prątków.

Wyniki badań zebraliśmy w tabelach, które pozwalam sobie w krótkości omówić.

T A B E L A I

Ilość pobranej strepto mycym w gramach	Ilość ozna czeń	Znaleziona % prątków w badaniach metodą			
		Parys- kiego	Hodowla na krwi	Bezpośrednia Monoda	
				zielen Malachit.	kwas Pikryn
0	10	100	100	100	100
0-20	57	96.5	84.2	36.8	42.1
20-30	46	93.5	67.2	28.2	39.1
30-40	13	92.3	69.2	30.8	30.7
40-60	10	70.0	60.0	60.0	70.0
Ponad 60	8	50.0	37.5	25.0	25.0
Razem	144	97.9	74.3	38.8	45.1

Tabela I daje porównanie metod stosowanych u nas pod względem przydatności praktycznej, tzn. pod względem możliwości wykonania oznaczenia streptomycynowrażliwości. Metodą Paryskiego dało się wykonać badanie w 97,9%, natomiast w hodowli na krwi hemolizowanej w 74,3%, wreszcie badaniach bezpośrednich 38,8% wg metody Monoda oraz 45,1% dobarwiając kwasem pikrynowym. Rozbieżności wyników polegają na tym, że w metodzie Paryskiego posługujemy się posiewem jako punktem wyjściowym badania, a więc metodą dokładniejszą, badanie na krwi w założeniu swoim jest metodą wzbogacającą, dającą mniejsze możliwości wykazania prątków. Metoda francuska wreszcie da się tylko zastosować przy dużej ilości prątków, stwierdzalnych już metodą bezpośrednią.

T A B E L A II
Prątki wrażliwe na streptomycynę w %.

		Ilości streptomycyny					
		0	0-20	20-30	30-40	40-60	Pow. 60
Metoda	Paryskiego	100	83,6	69,7	58,3	14,3	25
	Hodowla na krwi.	90	83,3	64,5	55,5	16,7	33,3
	Met. bezpośred.	70	33,3	23,1	25	16,7	50

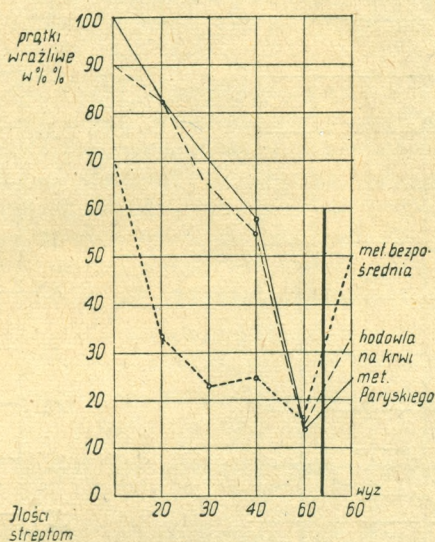


Tabela II przedstawia porównanie grupy przypadków o prątkach wrażliwych na streptomycynę za pomocą trzech badanych metod. Cyfry wyrażone są w odsetkach w zależności od ilości pobranej streptomycyny.

Tabela III i IV daje nam ten sam obraz dla grupy przypadków z prątkami o osłabionej wrażliwości oraz z prątkami opornymi.

Analizując przebieg krzywych we wszystkich trzech tabelach stwierdza się, że krzywe odpowiadające metodzie Paryskiego i metodzie hodowli na krwi są do siebie zbliżone, podczas gdy krzywa odpowiadająca wynikom uzyskanym metodą bezpośrednią odbiega od nich znacznie we wszystkich trzech przypadkach. Charakterystyczne dla niej są dużo wyższe wyniki w tabeli III, a znacznie niższe w II i IV. Może należałoby to tłumaczyć tym, że w preparacie bezpośrednim w przeciwieństwie do innych metod mamy mieszaninę prątków opornych i wrażliwych, którą w sumie ocenia się jako prątki o wrażliwości osłabionej. Zaznaczyć chciałbym, że w tej metodzie badania streptomycynooporności dużą rolę gra subiektywna ocena ze strony badającego, ponieważ miernikiem w niej jest ocena barwliwości prątków.

Przyjmując za porównawczą metodę Paryskiego, nieznaczny ilościowo nasz materiał pozwala, wydaje mi się, na wyciągnięcie następujących wniosków:

TABELA III

Prątki o osłabionej wrażliwości na streptomycynę w %.

Metoda	Ilości streptomycyny					
	0	0-20	20-30	30-40	40-60	Pow. 60
Paryskiego	0	14.6	23.5	25.1	28.6	25
Hodowla na krwi	10	14.6	29.4	33.3	33.3	33.3
Met. bezpośr.	30	66.7	69.2	75	66.6	50

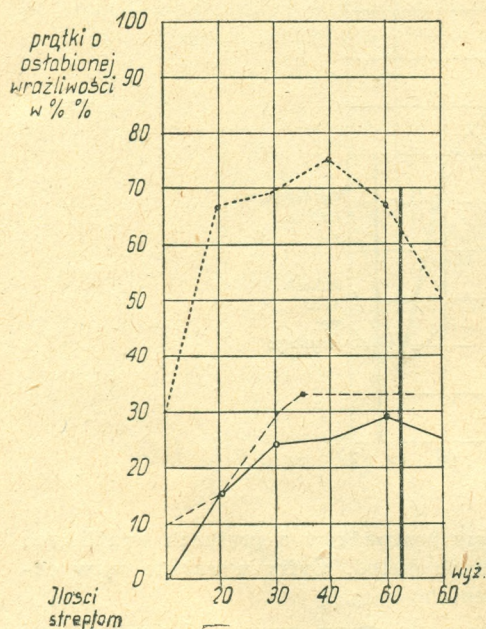
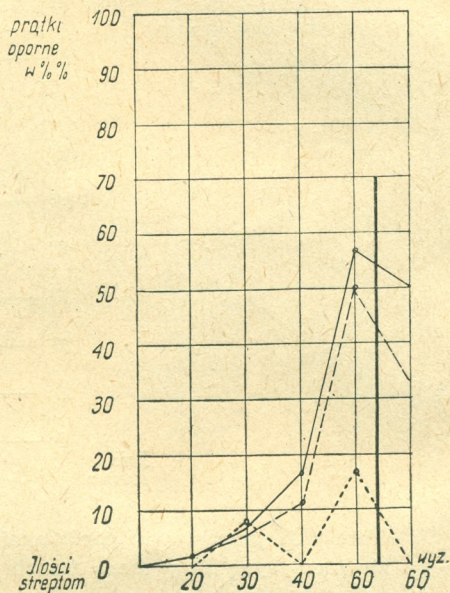


TABELA IV

Prątki odporne na streptomycynę w %.

Metoda	Ilości streptomycyny					Pow. 60
	0	0-20	20-30	30-40	40-60	
Paryskiego	0	1.8	6.8	16.6	57.1	50
Hodowla na krwi	0	2.1	6.1	11.2	50	33.4
Met. bezpośr.	0	0	7.7	0	16.7	0



1. Metoda posiewów na krwi jest metodą dającą wyniki zbliżone do wyników metody Paryskiego i jako krótka, bo trwająca tylko 6 dni może być zastosowana do praktycznego oznaczania wrażliwości na streptomycynę do celów klinicznych.

2. Skrócona metoda francuska na określenie jej przydatności wymagałaby opracowania porównawczego na większym materiale.

3. Wobec coraz częstszego stosowania streptomycyny w leczeniu zabiegowym, pożądane jest stosowanie metod pozwalających na jak najszybszą ocenę stopnia wrażliwości prątków.

WŁADYSŁAW PRĘGOWSKI

Bystra Śląska

Opracowując materiał odm brzusznych stosowanych w Sanatorium w Bystrzej Śląskiej (co zostanie umieszczone w artykule przygotowanym do druku), wyodrębniłem 300 kolejnych przypadków, pod kątem widzenia skuteczności odmy

brzuszej, odmy skojarzonej z innymi zabiegami zapadowo-odprężająco-uciskowymi oraz tychże metod leczenia z równoczesnym leczeniem antybiotykami.

Wydaje mi się, iż nie rozporządzamy w Polsce dostatecznym piśmiennictwem na ten temat.

Wyniki obu grup 150 mężczyzn i 150 kobiet na ogół są podobne; z uwagi na ograniczony czas podaję razem. Są to wyniki wczesne.

Przeciętny okres obserwacji przed wytworzeniem odmy brzusznej wynosił 6 tygodni, po wytworzeniu odmy brzusznej 13 tygodni i 4 dni.

Niektóre przypadki obserwowane były po upływie około 1 roku podczas powrotnego pobytu w sanatorium.

Przypadki podzielono na grupy jak na tabeli I.

W 25 przypadkach (czyli w 8,3%) odmę brzuszną przerwano z powodu złej tolerancji, w początkach leczenia w stanie bez zmian, co powoduje skurczenie się przypadków obserwowanych do 275.

Miernikiem oceny były: 1) dla „znacznej poprawy“ — zniknięcie rtg. jam lub zmniejszenie do 30% ich pierwotnej wielkości oraz zniknięcie prątków z płwociny badanej kilkakrotnie metodą bezpośrednią lub wzbogaceniem, wraz ze znaczną poprawą stanu ogólnego. Z powodu daleko posuniętych zmian u chorych, u których stan nie nadawał się do innych zabiegów lub dopiero po stosowaniu odmy brzusznej zaczął się do nich nadawać, określenie „znaczna poprawa“ nie ma tego samego znaczenia odpowiadającego niemal wyleczeniu, jakiego używa się w przypadkach leczenia skuteczną odmą opłucną lub zabiegami chirurgicznymi dużymi;

2) dla „poprawy“ zmniejszenie nacieków i jam do 50% ich pierwotnej wielkości, zmniejszanie się ilości prątków oraz znaczna poprawa stanu ogólnego;

3) dla „niewielkiej poprawy“ wyraźne zmniejszenie nacieków i jam oraz poprawa ogólna.

Przypadki poprawy ogólnej bez odpowiednika rentgenowskiego zaliczono do stanów „bez zmian“.

Odmę brzuszną jako jedyną metodę leczenia zastosowano w 126 przypadkach, a kontynuowano w 101 przypadkach.

Odmę brzuszną wraz z innymi zabiegami, jak odma opłucna jednostronna, zabieg na nerwie przeponowym, duży zabieg operacyjny, stosowano w 19 przypadkach. Ogółem leczonych: a) odmą brzuszną i b) odmą brzuszną w połączeniu z innymi zabiegami bez stosowania antybiotyków — było 120 przypadków.

Grupom tym przeciwstawione są grupy przypadków odmy brzusznej leczonych również antybiotykami — 121 przypadków, leczonych odmą brzuszną skojarzoną z wymienionymi zabiegami i równocześnie antybiotykami — 34 przypadki. Ogółem leczonych równocześnie antybiotykami — 155 przypadków.

Przypadków leczonych dużymi zabiegami operacyjnymi z uwagi na ich skąpą liczbę nie wyodrębniono. Nie są opracowane również odsetki w grupach najmniej licznych. Ilościowo porównywane grupy są podobne, a jakościowo nie istnieją duże różnice między chorymi leczonymi antybiotykami lub bez antybiotyków.

Na sprawę stosowania antybiotyków wpływało wiele czynników nie zawsze zależnych od stanu chorych, dlatego jakościowo grupy te są prawie takie same.

W grupie chorych leczonych samą odmą brzuszną uzyskano 68% wyników korzystnych, podczas gdy w grupie leczonych samą odmą brzuszną i antybio-

TABELLA I

	Pnp + Strept	Pnp + PAS	Pnp + Strept + PAS	Pnp + TB I + PAS Strept	Pnp + Antyb. ogółem	Pnp + Phr	Pnp + Px + Phr	Pnp + Phr ogółem	Pnp + Antyb	Pnp + Px + Phr + Antyb ogółem	Pnp + Antyb ogółem	Skoja- zonych z Antybio- tykami ogółem	Samych Pnp + Phr ogółem	Samych Pnp + Phr ogółem
Znaczna poprawa	6 19,3 ⁰ / ₀	5 7,4 ⁰ / ₀	18 41,8 ⁰ / ₀	1 41,8 ⁰ / ₀	28 23,1 ⁰ / ₀	4 36,5 ⁰ / ₀	—	4 21 ⁰ / ₀	5 50 ⁰ / ₀	10 52,6 ⁰ / ₀	5 —	20 58,8 ⁰ / ₀	48 30,9 ⁰ / ₀	7 6,9 ⁰ / ₀
Poprawa	11 35,4 ⁰ / ₀	20 48,8 ⁰ / ₀	12 28,3 ⁰ / ₀	2 28,3 ⁰ / ₀	45 37,1 ⁰ / ₀	2 18,1 ⁰ / ₀	3 18,1 ⁰ / ₀	6 31,5 ⁰ / ₀	2 20 ⁰ / ₀	4 21 ⁰ / ₀	—	6 17,6 ⁰ / ₀	51 32,9 ⁰ / ₀	22 21,7 ⁰ / ₀
Niewielka poprawa	8 25,8 ⁰ / ₀	8 19,5 ⁰ / ₀	8 18,6 ⁰ / ₀	1 18,6 ⁰ / ₀	25 20,6 ⁰ / ₀	3 27,2 ⁰ / ₀	3 27,2 ⁰ / ₀	6 31,5 ⁰ / ₀	2 20 ⁰ / ₀	3 15,7 ⁰ / ₀	—	5 14,6 ⁰ / ₀	30 19,3 ⁰ / ₀	39 38,6 ⁰ / ₀
Razem Korzystnych	25 80,5 ⁰ / ₀	31 75,6 ⁰ / ₀	38 88,3 ⁰ / ₀	4 88,3 ⁰ / ₀	98 80,9 ⁰ / ₀	9 81,8 ⁰ / ₀	6 81,8 ⁰ / ₀	16 84,2 ⁰ / ₀	9 90 ⁰ / ₀	17 89,4 ⁰ / ₀	5 —	31 91,1 ⁰ / ₀	129 83,2 ⁰ / ₀	68 67,3 ⁰ / ₀
Bz.	3 9,6 ⁰ / ₀	10 24,5 ⁰ / ₀	1 2,3 ⁰ / ₀	1 2,3 ⁰ / ₀	15 12,4 ⁰ / ₀	2 18,1 ⁰ / ₀	1 18,1 ⁰ / ₀	3 15,7 ⁰ / ₀	1 10	1 5,2 ⁰ / ₀	—	2 5,8 ⁰ / ₀	17 10,9 ⁰ / ₀	21 20,7 ⁰ / ₀
Pogorszeń	2 6,4 ⁰ / ₀	—	3 6,9 ⁰ / ₀	1 6,9 ⁰ / ₀	6 4,9 ⁰ / ₀	—	—	—	—	1 5,2 ⁰ / ₀	—	1 2,9 ⁰ / ₀	7 4,5 ⁰ / ₀	10 9,9 ⁰ / ₀
Zgonów	1 3,2 ⁰ / ₀	—	1 2,5 ⁰ / ₀	—	2 1,6 ⁰ / ₀	—	—	—	—	—	—	—	2 1,3 ⁰ / ₀	2 1,9 ⁰ / ₀
Razem złych	3 9,6 ⁰ / ₀	—	4 9,3 ⁰ / ₀	1 9,3 ⁰ / ₀	8 6,6 ⁰ / ₀	—	—	—	—	1 5,2 ⁰ / ₀	—	1 2,9 ⁰ / ₀	9 5,3 ⁰ / ₀	12 11,8 ⁰ / ₀
Ogólna liczba przypadków	31 10,3 ⁰ / ₀	41 13,6 ⁰ / ₀	43 14,3 ⁰ / ₀	6 2 ⁰ / ₀	121 40,3 ⁰ / ₀	11 38,0 ⁰ / ₀	7 2,5 ⁰ / ₀	19 6,3 ⁰ / ₀	10 8,3 ⁰ / ₀	19 6,3 ⁰ / ₀	5 1,6 ⁰ / ₀	34 11,3 ⁰ / ₀	155 51,6 ⁰ / ₀	101 33,3 ⁰ / ₀

Oznaczenia: Pnp — pneumoperitoneum. Px — pneumothorax. Phr — phrenico. Antyb — antybiotyki.
Wytworzono 300 Pnp. — Zaniechano 25/8,3⁰/₀ — Kontynuowano 275/91,7⁰/₀

kami — korzystnych wyników osiągnięto znacznie więcej, bowiem 80,9%. W grupie leczonych samą odmą brzuszną widzimy prawie 4 razy mniej „znacznych popraw“, 1,5 raza mniej „popraw“, więcej natomiast „niewielkich popraw“, niż w grupie leczonych równocześnie antybiotykami. Odwrotnie przedstawiają się liczby pogorszeń.

W grupie odmy brzusznej skojarzonej z innymi zabiegami zapadowo-odprężająco-uciskowymi uzyskano 84,2% wyników korzystnych, co stanowi znacznie większy odsetek niż w grupie samej odmy brzusznej (67,3%). Wyniki tej grupy są z kolei gorsze od wyników leczonych odmą brzuszną skojarzoną z innymi zabiegami oraz antybiotykami, gdzie osiągają wysoki odsetek 91,1%. Zaznaczyć należy, że grupa ta jest prawie 2-krotnie liczniejsza od grupy porównawczej, przez co w odsetku zawarty jest mniejszy błąd statystyczny. Najlepsze wyniki osiągnięto w grupie „odma brzuszną, odma płucną, nerw przeponowy oraz antybiotyki“, gdzie widzimy 5 znacznych popraw na 5 przypadków. Z uwagi na zbyt małą liczbę przypadków nie wydaje mi się możliwe wyciąganie dalej idących wniosków. Wydaje mi się jednak wskazane podnieść, zarówno na podstawie podanych grup z zabiegiem na nerwie przeponowym, jak i innych obserwacji z wyników skojarzonego, uzupełniającego stosowania zabiegów na nerwie przeponowym, że przejawiający się w niektórych pracach lat ostatnich wyraźny odwrót od stosowania zabiegów na nerwie przeponowym jest podobnie niesłuszny jak odwrót autorów amerykańskich od odmy opłucnej.

Badaniem bronchoskopowym stwierdzono 23 przypadki czynnych zmian oskrzelowych, co stanowi około 8,3% przypadków. Niższy ten od zwykle spotykanych odsetek tłumaczy się celowym unikaniem przez nas wziernikowania oskrzeli w przypadkach z oczywistą, z uwagi na obraz kliniczny, towarzyszącą gruźlicą oskrzeli u chorych z rozległymi daleko posuniętymi zmianami płucnymi, w przypadkach gdzie potwierdzenie bronchoskopowe rozpoznania nie miałoby wpływu na terapię. W grupie tych wziernikowaniem oskrzeli stwierdzonych zmian oskrzelowych uzyskano wyniki następujące: na 14 przypadków leczonych odmą brzuszną i antybiotykami uzyskano 14 wyników korzystnych, w tym 5 „znacznych popraw“, 8 „popraw“, 1 „niewielką poprawę“.

W grupie leczonych odmą brzuszną frenicotrypsją i antybiotykami na 5 przypadków osiągnięto 3 „znaczne poprawy“, 1 „niewielką poprawę“, 1 „pogorszenie“ (przypadek ze zwężeniem oskrzela).

W grupie leczonych samą odmą brzuszną, obejmującej 4 przypadki uzyskano 1 „znaczną poprawę“, 2 „niewielkie poprawy“ i 1 stan bez zmian.

Do porównania działania poszczególnych antybiotyków łącznie z odmą brzuszną oraz łącznego ich stosowania — służą odpowiednie grupy tabeli.

Wyniki potwierdzają przypuszczenie teoretyczne, że w grupie łącznego stosowania obu antybiotyków będzie więcej popraw niż w grupie odmy brzusznej i samej streptomycyny lub samego PAS-u. Przypadków, w których stosowano Tb I jako mniej licznych nie opracowano procentowo i włączono do grupy wspólnej antybiotyków. Kontrolne wziernikowania oskrzeli przypadków gruźlicy oskrzeli leczonych za pomocą ATB I (preparat krajowy) nie pozwalają jeszcze na zajęcie zdecydowanego stanowiska. Widziałem przypadki dużej poprawy i przypadki braku poprawy.

Pragnąc zbliżyć się do oceny skuteczności odmy brzusznej w zależności od charakteru zmian, cały materiał podzielono na 3 grupy:

1) przypadki z przewagą zmian włóknistych, 2) przypadki z przewagą zmian wysiękowych oraz 3) przypadki graniczne, tj. ciężkie przypadki o zmianach rozległych, daleko posuniętych, w których przy rozległym zwłóknieniu stwierdza się równocześnie rozległe zmiany wysiękowo-serowate. Są to przypadki obostrzeń, przypadki zejściowe. Podział ten i wyniki przedstawia tabela II.

T A B E L A II

	Przypadki z antybiotykami:			Przypadki bez antybiotyków:		
	Przewaga wysiękowych w %	Włóknisto wysiękowe ciężkie w %	Włókniste: w %	wysiękowe w %	Włóknisto wysiękowe ciężkie w %	Włókniste: w %
Znaczna poprawa	34 — 48	11 — 25,6	2 — 4,6	10 — 19,2	—	1 — 2,8
Poprawa	27 — 38	14 — 32,5	12 — 27,6	14 — 27	3 — 10	9 — 25
Niewielka poprawa	6 — 8,4	6 — 14	18 — 42,2	15 — 28,8	9 — 30	21 — 58,3
Razem korzystnych	67 — 94,3	31 — 72	32 — 74,4	39 — 75	12 — 40	31 — 86,1
BZ	3 — 4,2	5 — 11,6	10 — 23,2	8 — 15,4	12 — 40	5 — 13,9
Pogorszeń	1 — 1,4	5 — 11,6	1 — 2,2	5 — 9,6	4 — 13,2	—
Zgonów		2 — 4,6	—	—	2 — 6,6	—
Razem złych	1 — 1,4	7 — 16,2	1 — 2,2	5 — 9,6	6 — 20	—
Ogólna liczba przypadków	71 — 23,6	45 — 14,3	45 — 14,3	52 — 17,3	30 — 10	36 — 12

O ile w przypadkach z odmami brzuszными i stosowaniem antybiotyków istnieje wyraźna przewaga wyników korzystnych w grupie przypadków wysiękowych, o tyle wyniki w grupie odm brzusznych bez antybiotyków są dwuznaczne. Ogólne liczby wyników korzystnych przemawiałyby za zdaniem *Lucjana Dobrowolskiego*, który na 500 przypadków odm brzusznych wykazał lepsze wyniki w grupie włóknistych (76% poprawy) niż wysiękowej (66% poprawy). Odsetek jednak „popraw znacznych“ i „popraw“ wykazywałyby raczej podobieństwo do wyników *Polończyka* oraz *Czkwianiańca*, którzy na 93 przypadkach osiągnęli lepsze wyniki w grupie z przewagą wysięku.

Do słusznej obrony odmy opłucnej przeprowadzonej w dokładnym, wszechstronnym referacie doc. *Stopczyka* dodać należy, że przez wprowadzenie do repertuaru zabiegów operacyjnych dekortykacji (oblupienia płuca z warstwy nalotu włókniaka oraz usunięcie jego ze ścian klatki piersiowej z następczym rozprostowaniem płuca) sprawa ropniaków opłucnej, sprawa odm sztywnych, odm wieczystych zaczyna przestawać być zmorą wiszącą nad chorym. Szersze wprowadzenie bronchoaspiracji powinno postawić na właściwej płaszczyźnie sprawę funkcjonalnej wartości płuca rozprostowanego po tym zabiegu.

Na marginesie spostrzeżeń referenta dotyczących małej skuteczności zapadów oddolnych w jamach nadprzeponowych dodać pragnę, że w 2 przypadkach jam zwiększających się pod wpływem odmy brzusznej, po stwierdzeniu, że jamy te znajdują się od tyłu w trójkącie ograniczonym tylnym brzegiem łuku przepony a ścianą grzbietową klatki piersiowej — zastosowanie pozycji leżącej na brzuchu

przy kontynuowaniu odmy brzusznej jamy te wyraźnie zmniejszyło, a w 1 przypadku po dodatkowym zabiegu na nerwie przeponowym wraz z zastosowaniem leczenia streptomycyną doprowadziło do zniknięcia rtg. jamy o pierwotnej wielkości 4 na 3 cm.

Do słusznych wypowiedzi referentów w sprawie konieczności wziernikowania oskrzeli przed stosowaniem leczenia zabiegowego dodać pragnę na podstawie około 250 bronchoskopii, że często spotyka się trudności w ocenie zmian oskrzelowych. Zaczerwienienie i lekki obrzęk śluzówki spotkać można nie tylko w zmianach gruźliczych oskrzeli, lecz i w przypadkach nieżytów oskrzeli i rozróżnienie charakteru zmian w przypadkach z towarzyszącym nieżytem — bywa niekiedy niemożliwe. Niedostateczna liczba powiększających teleskopów z boczną i wsteczną optyką sprawia, że ośrodki wziernikujące nie mają dostatecznej możliwości poznania dalej posuniętych zmian w oskrzelach mniejszego kalibru, stwierdzenie których wątpliwości te mogłyby rozwiązać.

TADEUSZ ŻEBROWSKI

Sopot

1. Wydrukowane wypowiedzi J. Stopczyka i W. Rzepeckiego miały na celu porównać wyniki leczenia zapadowego (lub ilości powikłań) u chorych na gruźlicę płuc z wynikami takiego samego postępowania leczniczego połączonego z podawaniem antybiotyków. Dla wykrycia ewentualnej różnicy obaj autorzy obliczyli odsetki i porównali je ze sobą. Wyciągnięte na tych podstawach wnioski, mające ogromne znaczenie praktyczne, budzą pewne zastrzeżenia natury merytorycznej. Wszystkie bowiem dające się porównać wielkości wyrażone w odsetkach przy ścisłej analizie statystycznej nie noszą cech znamienności różnicy, gdyż mieszczą się w granicy błędu. Innymi słowami różnice te są przypadkowe. Weźmy dla przykładu śmiertelność pooperacyjną w torakoplastykach. Na str. 130 wiersz 15 od dołu czytamy: „Wczesna śmiertelność w okresie 20-miesięcznej obserwacji jest trzykrotnie mniejsza w grupie chorych S. tablica 1.“ Wniosek ten oparty jest na nast. cyfrach: dla grupy S. 2,5%, dla grupy B. 7,5%. Wydawałoby się, że śmiertelność w grupie S. jest trzykrotnie mniejsza ($7,5 : 2,5 = 3$). Różnica ta jest jednak wyłącznie dziełem przypadku. Jeżeli bowiem obliczyć wskaźnik znamienności różnicy dla tych liczb wg wzoru

$$\sqrt{\frac{p_1 \times q_1}{N_1} + \frac{p_2 \times q_2}{N_2}}$$

q_1 i $q_2 = 100 - p_1$, lub p_2 , a N_1 i N_2 liczby przypadków, to okazuje się, że wynosi on 1,4. Odpowiadające temu wskaźnikowi prawdopodobieństwo wskazuje, że zaobserwowana przez autorów różnica leży jeszcze w granicy błędu i nie pozwala na wyciągnięcie jakiegokolwiek wniosku posiadającego wartość naukową. Podobne wyniki otrzymałem przy analizie różnic pomiędzy niemal wszystkimi odpowiadającymi sobie parami liczb wyrażonych w odsetkach, z wyjątkiem liczby powikłań, których odsetek został błędnie obliczony (za podstawę przyjęto ilość powikłań a nie powikłanych przypadków, a odsetek obliczono w stosunku do liczby przypadków). Ograniczenie czasu dyskusji nie pozwala na przedstawienie szczegółów tej analizy.

Na omówione wyżej nieścisłości zwróciłem uwagę listownie *J. Stopczykowi* i osobiście *W. Rzepeckiemu*. Jeżeli nie zostaną one sprostowane przy wygłaszaniu referatu, należy je podnieść w dyskusji, gdyż wskazuje to na konieczność wprowadzenia zmian w ostatecznych wnioskach.

2. Z przytoczonej przez *J. Stopczyka* na str. 72 i 73 Referatów i Koreferatów statystyki *Telatyckiego* wynika, że „wśród 1560 przypadków nacieków i jam wczesnych” umiejscowienie nadprzeponowe ma miejsce w około 6,9%. Pragnę zaznaczyć, że na 3000 przypadków leczonych wspólnie z kol. *Unszlicht* w Sanat. w Prabutach umiejscowienie poniżej dolnej krawędzi I żebra od przodu wystąpiło zaledwie w 1% przypadków. Najlepsze wyniki lecznicze zaobserwowaliśmy na 31 przypadkach przy kojarzeniu zapadu oddolnego z antybiotykami i zapadem bocznym. Szczegóły podamy w prasie naukowej.

3. Z przytoczonych przez *W. Rzepeckiego* badań *E. Paryskiego*, wyrażonych liczbami nie dającymi się zanalizować naukowo (statystycznie) z powodu braku potrzebnych do tego celu danych wynika, że pogorszenia lub zgony występujące u chorych leczonych streptomycyną, u których prątki straciły wrażliwość na ten antybiotyk, są zależne od powstania streptomycynooporności. Przed dwoma laty na Zjeździe Przeciwgruźliczym w Łodzi zwracałem uwagę na tę możliwość. Jednak późniejsze badania doświadczalne na myszkach białych zakażonych prątkami streptomycynoopornymi i leczonych streptomycyną nie potwierdziły tych przypuszczeń. Wynika z nich bowiem jedynie, że streptomycyna nie leczy gruźlicy wywołanej prątkami opornymi na streptomycynę, ale i nie pogarsza przebiegu procesu gruźliczego w porównaniu z grupą kontrolną (po 10 przypadków).

4. Jaką metodą badano poziom PAS-u we krwi w badaniach cytowanych przez *J. Jurkowskiego*. Z przedsięwziętych przeze mnie przed dwoma laty badań wynika bowiem, że do celów klinicznych konieczne jest stosowanie metody Lehmana, wykrywającej grupę NH_2 , która jest w największej mierze odpowiedzialna za właściwości bakteriostatyczne związku. Z badań tych wynika również, że optymalny poziom PAS-u we krwi wykrywany tą metodą powinien przekraczać 10 mg%, a ponadto że nie zależy on od wieku, wagi i płci chorego i powinien być określony w każdym przypadku dla ustalenia odpowiedniej dawki leku.

*J. ALEKSANDROWICZ, KOSTKOWSKI, BLICHARSKI,
GODLEWSKI, RETINGER, WĘGRZYNOWSKA, WESTRYCH*
Kraków

W toku naszych hematologicznych badań nad czynną mezenchymą wciągnęliśmy w zakres naszych badań chorobę gruźliczą, szukając w mezenchymogramach odpowiedzi na zagadnienia nurtujące współczesną ftyzjologię.

Kierunek nasz dąży do wypracowania metod, które by, pobudzając naturalne siły obronne ustroju w stopniu znacznie silniejszym niż dotychczasowe, działały chemoterapeutycznie, wspierając leki niszczące prątek. Nie ma bowiem skutecznej i trwałej chemoterapii bez immunoterapii. Skoro dziś wiemy więcej o działaniu chemoterapeutyków, wiemy też, jaką zasadniczą rolę odgrywa układ siateczkowo-śródbłonkowy; sądzimy, że unikniemy rozczarowań i niepowodzeń, jeżeli równocześnie z chemoterapeutykami zadziałamy nieswoiście na ustrój pobudzając czynną mezenchymę.

Próby realizacji tych założeń przedstawiam w skrócie naszych prac doświadczalnych prowadzonych zespołowo w Klinicznym Oddziale Przeciwgruźliczym III Kliniki Chorób Wewn. A. M. w Krakowie.

Śpośród środków o znanym ogólnie wpływie drażniącym na czynną mezenchymę zatrzymaliśmy się na metalach, zwłaszcza na rtęci oraz na iperycie azotowym. W pierwszym etapie stwierdziliśmy, że optymalne dawki rtęci wynoszą 0,27 g na wcierkę, stosowaną dwa razy tygodniowo przez 8—12 tygodni. Najkorzystniejsza dawka iperytu azotowego wynosi 5 gamma na 1 kg wagi ciała, czyli około 0,1 miligrama na wstrzyknięcie, powtarzane 6—10 razy w 3—6-tygodniowych odstępach.

Wyniki osiągnięte metodą rtęciową rejestrowała dr *M. Retinger*. Streszczają się one w możliwości korzystnego oddziaływania leczniczego na ropniaki płucnej, odporne nawet przez szereg miesięcy na dotychczasowe sposoby leczenia. W pewnych postaciach serowato-jamistej gruźlicy płuc metoda ta wywiera korzystny wpływ, wyrażający się ustępowaniem zapalnych odczynów okołoogniskowych. Szczególnie ciekawe spostrzeżenia poczyniono w toku stosowania wcierek stwierdzając, że niezależnie od dynamiki procesu chorobowego zwalnia się wybitnie szybkość opadania krwinek, by po kilku tygodniach znów osiągnąć wyjściowy poziom. Mechanizm tego zjawiska wymaga jeszcze dalszych badań.

Do zastosowania iperytu azotowego w chorobie gruźliczej skłoniły nas niezmienne ciekawe właściwości tego leku podawanego w dawkach 50 — 100 razy mniejszych niż powszechnie stosowane dawki „przeciwnowotworowe“. Są to właściwości pobudzające ośrodkowy układ nerwowy, dalej właściwości przeciwzapalne, przyspieszające wysysanie się wysięków, pobudzające zjawisko gojenia ubytków powłok przez pobudzenie bliznowacenia i ziarninowania, pobudzające odczyny układu siateczkowo-śródbłonkowego, wzmagające fagocytozę, pobudzające wzrost miana przeciwciał, a nadto działanie wzmagające aktywność antybiotyków i barwników wirusobójczych.

Te nowe farmakodynamiczne właściwości iperytu azotowego zostały stwierdzone podczas zespołowych badań prowadzonych wspólnie z Zakładem Mikrobiologii Lekarskiej prof. *Legeżyńskiego* i Zakładem Anatomii Patologicznej prof. *Kowalczykowej*.

Próby leczenia różnych postaci choroby gruźliczej, jakie były konsekwencją nowoodkrytych właściwości iperytu, przeprowadziliśmy zespołowo wspólnie z *Blicharskim*, *Godlewskim*, *Kostkowskim*, *Lewy*, *Misiaczkim*, *Węgrzynowską*, *Westrychem*, a nadto z prof. *Michałowiczem* i *Nowakiem* w Klinice Chorób Dzieci A. M. w Warszawie, dr *E. Weisem* dyr. Szpitala w Legionowie oraz dr *Zon-Mazia* dyr. Szpitala MBP w Otwocku.

Leczeniem wyłącznie samym iperytem azotowym udało nam się uzyskać korzystne wyniki w następujących postaciach choroby gruźliczej:

- w gruźliczym zapaleniu węzłów chłonnych powierzchownych i głębokich,
- w gruźliczym zapaleniu wysiękowym płucnej i otrzewnej,
- w gruźlicy kości powikłanej porażeniami i przetokami,
- w przywnękowych jamach, gdy ogólny stan chorego jest dobry,
- w pewnych postaciach nacieków.

Jeżeli tym leczeniem nie osiągamy dostatecznie zadowalającego wyniku, stosujemy metodę sprzężoną, która polega na równoczesnym stosowaniu iperytu azotowego i streptomycyny w dawkach znacznie mniejszych niż jest to powszechnie przyjęte, a mianowicie 0,25 — 0,5 grama 2 razy w tygodniu przez 1 — 3 miesięcy (2 — 4 gramów streptomycyny miesięcznie).

Metodą tą osiągaliśmy ponadto szczególnie korzystne wyniki w gruźliczym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, uzyskując wybitne skrócenie choroby, oszczę-

dzenie streptomycyny i, jak się wydaje, zapobieżenie w pewnych przypadkach wogłowi.

U wielu ludzi, cierpiących z powodu obustronnej i serowato-jamistej gruźlicy płuc, powiodło nam się tą metodą w około 35% przypadków powstrzymać proces chorobowy i uzyskać nieraz wyraźne zmniejszenie się, a nawet znikanie mniejszych jam. W niektórych przypadkach (około 16%) powiodło nam się przygotować tego typu chorych do leczenia zapadowego. Przez częściowe zlikwidowanie procesu i poprawę ogólnego stanu umożliwiono wykonanie zabiegu.

Reasumując wyniki leczenia sprzężonego iperytowo-streptomycynowego podkreślamy, że spełnia ono założenie, poruszone w hipotezie roboczej, gdyż wzmagając chemoterapię swoistą przez nieswoistą immunoterapię można osiągnąć lepsze wyniki niż samą chemoterapią.

Metoda nasza otworzyła następujące możliwości: 1) rozszerzenie wskazań do leczenia streptomycyną i środkami działającymi statycznie na prątek, 2) pozwala wybitnie zaoszczędzić lek z zachowaniem pełnych jego właściwości leczniczych, 3) zapobiega nawrotom tak częstym po odstawieniu leku, 4) skraca wydatnie czas leczenia, 5) przesuwają granice wskazań do torakoplastyki, umożliwiając zastosowanie zabiegu u osobników, którzy się do niego uprzednio nie nadawali, 6) jest cennym środkiem pomocniczym w leczeniu zapadowym, przyspieszając zjawiska gojenia, co może skrócić czas leczenia odmy, 7) wpływa korzystnie na powikłania opłucnowe w przebiegu odmy.

LUDWIK KRATOCHWIL

Oborniki Śląskie

Wr. 1945 *Wuhrmann* i *Wunderly* podali nową reakcję z białkami surowicy krwi, nazwaną odczynem kadmowym. Jest to reakcja nieswoista, a spośród chorób przewlekłych najczęściej wypada dodatnio w przewlekłych chorobach wątroby, nerek oraz gruźlicy. Wykonanie jej jest bardzo proste, możliwe w każdym ambulatorium. Do 0,4 ml surowicy krwi, otrzymanej przez odwirowanie 1,5 ml krwi pobranej jak do odczynu Wessermanna dodajemy 0,2 ml 0,4% roztworu siarczanu kadmu (CdSO_4); w razie dodatniego wyniku występuje zmętnienie zwiększające się i dochodzące do szczytu w ciągu 5 minut. Wówczas odczytujemy wynik posługując się, w myśl zaleceń autorów, obrazem ramy okiennej. Jeśli jest ona niewidoczna przez probówkę z badaną surowicą, wynik jest dodatni. Stopień zmętnienia określamy liczbą krzyżyków. Odczyny wątpliwe znakiem + —. Krystaliczny siarczan kadmu jest dobrze rozpuszczalny w wodzie destylowanej, a dodatni jon kadmu przyciąga dobrze ujemnie naładowane cząsteczki proteinowe, odpychane równocześnie przez ujemny jon SO_4 . Okazało się, że najsilniej reagują albuminy i globuliny. Odczyn kadmowy jest prosty, nie wymaga specjalnych urządzeń ani wiele czasu na wykonanie go, a otrzymanie 0,4 ml surowicy krwi nie sprawia choremu żadnych przykrości. Surowica krwi zdrowego człowieka daje z siarczanem kadmu odczyn ujemny, jednak wynik dodatni nie zawsze jest sprawdzianem choroby, występuje bowiem również w okresie rekonwalescencji, w okresie pooperacyjnym itp. Pamiętać należy, że dodanie większej ilości roztworu siarczanu kadmu lub większe jego stężenie da również zmętnienie z surowicą zdrowego człowieka. Dodatni odczyn kadmowy u chorego wysoko gorączkującego należy uważać za oddziaływanie układu siateczkowo-śródbłonkowego na czynnik uszkodzający. Odczyn kadmowy nie zawsze idzie w parze z odczynem opadania krwinek czerwonych, jest zaś jego cennym uzupełnieniem. W gruźlicy płuc dodatni odczyn kadmowy świadczy z dużym prawdopodobieństwem o jej czynności.

W zakładzie naszym wykonaliśmy odczyn kadmowy 368 razy u 301 chorych. Równocześnie z odczynem kadmowym wykonano u każdego chorego odczyn opadania krwinek czerwonych.

Oto wyniki odczynu kadmowego w zależności od postaci gruźlicy płuc:

Postacie choroby	Liczba badań	O d c z y n y				Uwagi
		ujemne (—)	słabo dodatnie (+ —)	dodatnie (+)	wybitnie dodatnie (++)	
1. Zdrowi (pracownicy sanatorium)	17	9	8			
2. Gruźlica włóknista	65	47		18		
3. Gruźlica włóknisto-serowata	14	3		11		
4. Gruźlica jamista leczona zabiegowo	111	33		78		
5. Gruźlica jamista postać wyrównana nie leczona zabiegowo	63	18		53		
6. Gruźlica jamista nie wyrównana, nie leczona zabiegowo	31	1		30		

Z podanych cyfr wynika jasno, że odczyn kadmowy jest wprost proporcjonalny do czynności procesu. Zauważa się też dużą liczbę odczynów dodatnich w okresie pooperacyjnym (odma chirurgiczna, plastyka piersiowa).

W szeregu przypadków wykonaliśmy seryjne badania odczynu kadmowego w odstępach miesięcznych. Okazało się, że:

1) w gruźlicy włóknistej na 5 badanych odczyn wypadł ujemnie u 2, dodatnio u 3. W następnych badaniach u wszystkich wypadł ujemnie;

2) w gruźlicy serowato-włóknistej wyniki nie uległy zmianie;

3) w gruźlicy jamistej leczonej zabiegowo wynik ogólny pozostał ten sam (ilościowo), niemniej jednak w szeregu przypadków odczyn kadmowy zmienił się na ujemny (np. w miarę przedłużania się okresu pooperacyjnego) lub na dodatni w razie powikłań albo nieefektywności zabiegów takich, jak odma, przepalenie wzrostów;

4) gruźlica jamista wyrównana nie leczona zabiegowo — wyniki niemal nie uległy zmianie;

5) w gruźlicy jamistej nie wyrównanej wszystkie wyniki w badaniach następnych były dodatnie.

Badania odczynu kadmowego u chorych leczonych streptomycyną dały wyniki następujące:

Liczba badanych	O d c z y n y				Uwagi
	ujemny (—)	słabo dodatni (+ —)	dodatni (+)	wybitnie dodatni (++)	
169	49	69	39	12	

Wnioski nasuwające się w związku z podanymi obserwacjami nie mogą być wiążące ze względu na stosunkowo małą liczbę badań, niemniej jednak nie ulega wątpliwości, że odczyn kadmowy uzupełnia znakomicie nasze dotychczasowe możliwości diagnostyczne, ułatwia rokowanie, a zwłaszcza, co najważniejsze, umożliwia odpowiednią w czasie decyzję zabiegu operacyjnego lub leczenia antybiotykami.

ZYGMUNT DADLEZ

Istebna

Ślusznie podkreślił prof. dr Groër w pierwszym dniu Zjazdu, że w naszej organizacji walki z gruźlicą istnieją jeszcze braki, szczególnie w odniesieniu do gruźlicy dziecięcej. Uwidocznia się to zwłaszcza w dziale leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc u dzieci, którym to działem większość sanatoriów przeciwgruźliczych dziecięcych nie zajmuje się, a w sanatoriach dla dorosłych i oddziałach szpitalnych oraz klinicznych jedynie starsze dzieci przygodnie brane są pod uwagę. Zajmując się od kilku lat tym zagadnieniem, wspólnie z prof. Brossem zorganizowaliśmy dział leczenia chirurgicznego gruźlicy dziecięcej w sanatorium w Istebnej, gdzie duży pawilon na 200 łózek przeznaczonych dla dzieci z gruźlicą jamistą płuc pozwalał na odpowiedni dobór przypadków, a odpowiednio urządzone sale operacyjne ułatwiają wykonanie zabiegów operacyjnych.

Przeglądając piśmiennictwo światowe odnośnie do metod chirurgicznych w dziecięcej gruźlicy płuc stwierdzić można, że nawet w ostatnim okresie 3-letnim niewiele zakładów przeciwgruźliczych za granicą zajmuje się systematycznie tym zagadnieniem praktycznie, a liczba przypadków gruźlicy dziecięcej w ten sposób leczonych w jednym zakładzie nie przekracza 30—40 (w dostępnym mi piśmiennictwie).

Mówiąc o leczeniu chirurgicznym gruźlicy płuc u dzieci mam na myśli odmę zewnątrzpłucną, jako metodę wyboru dla wieku dziecięcego zarówno na podstawie naszych, jak i innych obserwacji.

Na podstawie doświadczeń, zebranych na 150 odmach pozapłucnych u dorosłych, przystąpiliśmy do wykonywania odm tych u dzieci, których dotychczas wykonaliśmy 120, z czego 45 w ostatnim okresie w ścisłej kombinacji z leczeniem antybiotykami.

Streptomycynę stosowaliśmy jako osłonę przed operacją i w okresie operacji oraz jako metodę leczenia powikłań pooperacyjnych. Stosowanie streptomycyny w okresie przedoperacyjnym u dzieci ma też znaczenie lecznicze ze względu na występującą u pewnej grupy chorych — gruźlicę oskrzeli, uprzednio nie rozpoznaną, a na którą streptomycyna wybitnie oddziałuje. Równocześnie ze streptomycyną stosowaliśmy w okresie pooperacyjnym penicylinę, dawniej stosowaną głównie ze względu na bardzo korzystne jej oddziaływanie na chorych w tym okresie. Podkreślić przy tym pragnę, ze względu na poruszoną przez kilku przedmówców sprawę odmy otrzewnej, że u dzieci stosujemy ją już od kilku lat w szerokim zakresie z wynikami na ogół dobrymi, zwłaszcza w razie istniejących zmian obustronnych. Odmę otrzewną stosujemy w tych postaciach, gdzie inny rodzaj leczenia zapadowego, jako bardziej obciążający wydolność oddechową i krążenia, zastosować się nie daje, jak również w zmianach dolnopłatowych i przywnekowych, gdzie tą metodą uzyskujemy wyniki lepsze niż innym rodzajem zapadu. W przypadkach jam przywnekowych u dzieci często kombinacja odmy zewnątrzpłucnej z odmą otrzewną i zmiążdżeniem nerwu przeponowego daje dopiero możliwość należytego ucisku jamy gruźliczej. Odma otrzewna w połączeniu z antybiotykami, zwłaszcza strepto-

myciną, pozwoliła w niektórych przypadkach pozornie beznadziejnych doprowadzić dziecko chore do takiego stanu biologicznego, w którym na zakończenie zastosowana odma zewnątrzopłucna dała w wyniku ostatecznym należyty ucisk i zablźnienie jamistego procesu płucnego.

W wieku dziecięcym, jak słusznie podkreśliła kol. *Margolisowa*, proces gruźliczy przebiega bardziej gwałtownie, ale i wrażliwość na streptomycynę jest często większa oraz efekt wybitniejszy. Porównując wyniki uzyskane samą metodą chirurgiczną w pierwszych 75 przypadkach, w zasadzie bez równoczesnego leczenia antybiotykami, widzimy, że wyniki dodatnie odnośnie do podstawowych zmian patologicznych, jak: zanik prątkowania, zanik jamy, spadek temperatury i OB uzyskaliśmy w 55—65%. Powikłania wysiękiem ropnym w 7%, z czego 3% — swoiste. W 45 przypadkach w okresie ścisłego stosowania streptomycyny, skojarzonego z leczeniem chirurgicznym, wyniki dodatnie spostrzegaliśmy w 78—82% przypadków, powikłania wysiękiem ropnym zmniejszyły się z 7% na 4½%. Wyniki te oczywiście ulegną pewnej korekturze, gdy liczba przypadków dosięgnie tej liczby, jaka była leczona zapadem chirurgicznym bez streptomycyny, a czas obserwacji obu grup chorych będzie jednakowy. Zaznaczyć też należy, że w obu grupach przypadków oraz w leczeniu zapadowym w ogólności stosowaliśmy w okresie przygotowawczym PAS ze względu na pewien wpływ dodatni na nacieki gruźlicze oraz pewien wpływ hamujący PAS-u na powstawanie szczepów streptomycynoopornych. W pewnej grupie przypadków dłuższe podawanie PAS-u przyczyniło się do zmniejszenia krzepliwości krwi, co ze względu na późniejsze wykonanie zabiegu chirurgicznego nie było objawem korzystnym. U tych chorych podawaliśmy przed operacją i w okresie pooperacyjnym witaminę K na poprawienie krzepliwości.

Reasumując powyższe dane na podstawie własnych obserwacji u dzieci i odnośnego piśmiennictwa, należy podkreślić, że odma opłucna uważana jest za metodę podstawową w leczeniu gruźlicy płuc jamistej u dzieci, zgodnie z głównym referentem doc. *Stopczykiem*, podającym to w zasadzie u dorosłych, obok odmy otrzewnej, którą należałoby coraz szerzej i częściej stosować też u dzieci. W przypadkach gruźlicy jamistej, w których z powodu zmian zrostowych nie można wykonać odmy opłucnej, lub gdy zrosty w odmie opłucnej nie dadzą się przeciąć, można uważać odnę zewnątrzopłucną za metodę wyboru, specjalnie dostosowaną do wieku dziecięcego, przy czym antybiotyki na czele ze streptomycyną mają ważne znaczenie, wspierając w czasie wykonywania zabiegu oraz w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym. Ostateczne wnioski z naszego postępowania można będzie wyciągnąć dopiero po dłuższym okresie obserwacji.

JANINA MISIEWICZ

Warszawa

Dzisiejszy temat został przez referenta i obu koreferentów opracowany jasno i wyczerpująco, tak że moim zdaniem nie ma właściwie punktów zaczepienia i sporów. Zaletą referatów jest to, że świadczą one, tak samo jak i tyle głosów w dyskusji, o postępie w badaniach ftyzjatrycznych u nas, co postaram się wykazać.

W wypowiedziach referentów i dyskusji nie było zasadniczych rozbieżności i można z zadowoleniem stwierdzić, że coraz bardziej zaznacza się postęp, gdy chodzi o istnienie polskiej szkoły ftyzjatrycznej. Za rzecz zrozumiałą uważali dyskutanci i referenci celowość i nawet konieczność pracy zespołowej, co należy powitać z zadowoleniem. Przejście od pracy indywidualnej do zespołowej jest postępem. Nowe

formy organizacyjne nauki i służby zdrowia zaznaczyły się również w samym stanowisku i zaleceniach Naukowego Komitetu do walki z gruźlicą. Wyjątkiem jest stanowisko kol. *Meisnera*, który uważa za właściwe podawanie streptomycyny 2 razy w tygodniu i przedstawia prace i otrzymane wyniki.

Dowodem postępu w dzisiejszych referatach jest fakt poszerzenia rozwiązywania zagadnień klinicznych w dziedzinie fizjopatologii. Np. dążenie kol. *Jurkowskiego* jest dążeniem do ustalenia istotnej zmiany w płucach; coraz częściej nie wystarczają płaskie obrazy radiogramów.

Sporu o skuteczności streptomycyny w leczeniu jam, zdaniem moim, nie można rozstrzygnąć statystycznie. Określenie jamy jako przestrzeni napełnionej powietrzem i gazopowietrzem jest słuszne, lecz wydaje mi się, że o istocie jamy decyduje nie tylko jej zawartość, ale ściany, konstrukcja jej ścian. W każdej jamie płucnej ściany są stworzone z tkanek. Jeżeli jama dopiero co powstała jako skutek rozedmy płucnej, to usunięcie tego mechanizmu np. za pomocą streptomycyny może doprowadzić do istotnego zniknięcia jamy, bo jama taka nie ma właściwej, własnej ściany. Jeżeli jednak jama jest już stworzona, to ściany są zbudowane z tkanki łącznej, zawierającej ogniska serowacenia itd. Taki przypadek gojenia jam jest trudny i może iść po linii leczenia ścian jamy. Nie dochodzi do tego w jamach dużych i położonych niedaleko wnęki, tzn. m. in. z zewnątrz zakaźnych. W takich przypadkach mogą powstać zmiany: 1) uniedrożnienie oskrzeli, 2) zbliżenie i przyciskanie do siebie ściany spodniej jamy, stwarzające warunki do powstawania blizn. W takiej interpretacji stają się bardziej zrozumiałe powodzenia i niepowodzenia leczenia. W świetle tych rozważań, moim zdaniem, jest niesłuszne twierdzenie, że w gruźlicy oskrzeli nigdy nie można stosować odmy. Zrozumienie stosunków między jamą i oskrzelami wymaga dalszych i rozległych badań, a zwłaszcza badań tzw. nerwizmu w odniesieniu do oskrzeli płuc, w oparciu o badanie trwałe i dłuższe. Badania te mogłyby wiele wyjaśnić w sprawie jamy. Właściwie dopiero niedawno ftyzjatrzy uświadomili sobie, że istnieją oskrzela i obecnie musimy planować bliższe poznanie oskrzeli, a poznanie tego zagadnienia bez wątpienia posunie nasze wiadomości o gruźlicy płuc i może polepszyć wyniki leczenia jamy gruźliczej.

Odpowiedzi referentów na głosy w dyskusji

Jan Stopczyk (Warszawa): Wywody dra *Tadeusza Żebrowskiego*, w których na ryczałtowanym przykładzie, zaczerpniętym z bardzo krytycznej pracy dra *Wita Rzepeckiego*, usiłuje on udowodnić, że oba nasze referaty kliniczne w świetle teorii prawdopodobieństwa nie pozwalają na podstawie przytoczonych cyfr „na wyciągnięcie jakiegokolwiek wniosku posiadającego wartość naukową” — mają charakter dogmatyczny i pozornie tylko odpowiadają rzeczywistości.

Zarzut ten, o którym dyskutant uprzedzał nas zawczasu, jest nieistotny, bowiem obaj z kolgą *Rzepeckim* zdajemy sobie sprawę, praca jednostkowa nie może być oparta na tak dużym materiale, jakim rozporządzają prace zbiorowe. Dałem temu wyraz w mym referacie, podkreślając, że wyniki łączne mej pracy, będące syntezą wyników osiągniętych w różnych grupach klinicznych, omawianych w poszczególnych rozdziałach, posiadają wartość orientacyjną w ocenie szeregu tych „próbnych wierceń” w nowym terenie, jaki stwarza omawiana terapia skojarzona. Ich sprawdzenie jest dalszym zadaniem prac klinicznych w wytyczonych przez nas kierunkach. Apelowanie dra *Żebrowskiego* do naszego zmysłu krytycznego jest wyważaniem otwartych drzwi; prof. *Michał Telatycki* najsluszniej mówił o interpretacji cyfr.

Natomiast, w przeciwieństwie do dra Żebrowskiego, szereg innych dyskutantów w swym pozytywnym ustosunkowaniu się do tego ważnego tematu klinicznego podało własne wyniki, osiągnięte leczeniem skojarzonym w wytyczonych przeze mnie zagadnieniach, uzupełniające, a nawet nieraz przewyższające liczbowo mój materiał i o to właśnie chodziło: o usystematyzowanie celów i zadań klinicznych, pozwalające na powiązanie wyników różnych autorów w pracy zbiorowej.

Podkreślić muszę z satysfakcją, że wyniki, które osiągnęli oni leczeniem skojarzonym odpowiednich grup klinicznych, są na ogół potwierdzeniem moich osiągnięć, co jest zarazem najbardziej przekonującym argumentem celowości krytycznie prowadzonego leczenia skojarzonego antybiotykami i leczeniem zapadowym.

Dr Meissner dodał cyfry do każdej z omawianych przeze mnie grup klinicznych, na ogół zgodne z moimi. Krzywe kolegów A. Naumana i Komara, oparte na wynikach późnych w dużym materiale klinicznym 1848 przypadków są również potwierdzeniem moich wniosków. Ilustracja wektorowa dra Jana Górskiego z Wrocławia dowodzi niezbicie, że w świetle późnych wyników wyniki wczesne, osiągane leczeniem skojarzonym, wzrastają ku poprawie, gdy osiągane wyłącznie antybiotykiem — bez równoczesnego stosowania leczenia zapadowego — wzrastają ku pogorszeniu. Dr Stanisław Frenkel zapoczątkował dyskusję szeregu innych kolegów o wsparciu antybiotykiem zabiegu Jacobaeusa. Dyskusja ta dowodziłaby celowości podawania streptomycyny w odnośnych przypadkach.

Jakkolwiek dyskusja nie wyczerpała wszystkich zagadnień tematu klinicznego, to jednak wnioski stanowią obszerne i przez to cenne uzupełnienie referatu, za co składam kolegom podziękowanie.

Praca dra Władysława Pręgowskiego, jakkolwiek podana w dużym skrócie — wobec ograniczonego czasu dyskusji — wydaje się potwierdzać zawarte w mym referacie zapatrywania na leczenie zmian dolnopłatowych.

Natomiast twierdzenie dra Kostkowskiego, że nitrogranulogen pozwala na oszczędzanie streptomycyny, gdyż dopiero w skojarzeniu z tym lekiem dawki streptomycyny mogą ulec znacznej redukcji, byłoby słuszne, gdyby wyniki kliniczne, uzyskiwane niemal równie małymi, obecnie stosowanymi dawkami streptomycyny (2 g tygodniowo) nie dawały takich samych skutków, co poprzednie, większe i bez ipe-rytu azotowego.

Na wniosek dra Stefana Zelskiego, że ambulatoryjnym leczeniem streptomycyną można zapobiegać rozwojowi bilateryzacji w odmie jednostronnej, nie mógłbym się zgodzić; wg naszych spostrzeżeń leczenie ambulatoryjne antybiotykami bez równoczesnego stosowania spoczynku bywa daleko mniej skuteczne, a leczenie zapobiegawcze zawodzi.

Jerzy Jurkowski (Poznań): Z podnoszonych w rozmowach zastrzeżeń wynika, że podane w mym koreferacie niebezpieczeństwa powikłań powodowanych zmianami gruźliczymi w oskrzelach mogą być zrozumiane jako zalecanie przesadnej ostrożności w stosowaniu leczenia zapadowego. Nie chciałbym być w ten sposób rozumiany, bo orientacja w powikłaniach i ograniczenia w leczeniu zapadowym wynikają z doświadczeń na długo wyprzedzających wprowadzenie bronchoskopii. Dotychczasowe jednak dane o znaczeniu zmian w drzewie oskrzelowym niewątpliwie wskazują na ich związek z niektórymi powikłaniami i zachęcają do dalszych badań. Podkreślenie zmian oskrzelowych w tym oświetleniu ma na celu wykazanie konieczności uwzględnienia również i tej przyczyny niepowodzeń leczniczych. Przecenianie tego momentu jest niewątpliwie błędem. Niedocenianie wszakże pewnych zjawisk uważam za błąd poważniejszy.

Wit Marian Rzepecki (Zakopane). Na wstępie referent podkreślił, że określenie „odma zewnątrzpłucna“ powinna zastąpić wyrażenie „odma pozapłucna“. Przyimek „zewnątrz“ określa coś, co znajduje się na zewnątrz worka opłucnej, a więc w najbliższym jego sąsiedztwie, natomiast przyimek „poza“ oznacza miejsce znajdujące się wszędzie poza workiem opłucnej. Instytut Gruźlicy stosuje również określenie „zewnątrzpłucna“ odma.

Referent dziękuje wszystkim dyskutantom biorącym udział w dyskusji, szczególnie zaś za dorzucenie wartościowych uwag i spostrzeżeń dotyczących tematu. Stwierdza on, że głosy i opinie różnych ośrodków klinicznych w Polsce na ogół zgadzały się z wywodami referatu i z jego myślą przewodnią.

Całość dyskusji można ująć w jedno zdanie: że antybiotyki, a zwłaszcza streptomycyna w chirurgicznym leczeniu gruźlicy płuc rozszerzają znacznie wskazania do operacji, leczą skutecznie pooperacyjne powikłania i wpływają dodatnio na wyniki tego leczenia, a tylko mała liczba chorych chirurgicznych nie będzie korzystała z zabiegu po użyciu antybiotyków.

Nie poruszono w dyskusji dwu ważnych korzyści użycia antybiotyków w chirurgicznym leczeniu gruźlicy płuc. Antybiotyki w razie wystąpienia swoistych powikłań skróciły znacznie czas wykonania następnego aktu operacji z kilku miesięcy do kilku tygodni. Przed pojawieniem się antybiotyków czekaliśmy długie miesiące, a nierzadko pół roku, zanim przystąpiliśmy do następnego aktu. Obecnie okres ten jest znacznie krótszy.

Druga korzyść stosowania antybiotyków, podkreślona jedynie przez dra Czekwianca, to zmniejszenie rozległości zabiegu u niektórych chorych.

W sprawie incydentu, który wywołał dr Żebrowski zarzucając doc. Stopczykowskiemu koreferentowi niewłaściwe i błędne ujęcie liczb statystycznych i odsetek — dr Rzepecki zaznacza, że po zwróceniu mu uwagi przez dra Żebrowskiego (jeszcze przed Zjazdem) na znaczenie liczb statystycznych w referacie, w czasie wygłaszania referatu podkreślił umyślnie cyfry, które są statystycznie znaczące, tzn. przekraczają dopuszczalny błąd przypadkowości i zaznaczył te cyfry, które statystycznie są bez większego znaczenia. Odpowiedni sąd o odsetkach opiera się raczej na doświadczeniu i wrażeniu klinicznym, to samo dotyczy wniosków. W miarę gromadzenia materiału klinicznego odsetki początkowe nieznaczące stają się coraz wymowniejsze.

Mimo to dr Żebrowski podjął w dyskusji jeszcze raz ten temat. Referent wyraża zdziwienie, że uwagi dra Żebrowskiego (które merytorycznie są uzasadnione) dotyczyły wyłącznie doc. Stopczyki i koreferenta, mimo że istnieje wiele podobnych prac nie kwestionowanych, a nawet opartych na skromniejszej liczbie chorych, mimo że nawet w dniu dzisiejszym przedstawiono dane, zestawienia i tablice, które podawały wiele cyfr statystycznie mało znaczących lub nieznaczących. Taki udział w dyskusji jest również znaczący.

Referent zwraca dr Żebrowskiemu uwagę, że wymowa cyfr nie zawsze jest sądem ultimatywnym i obiektywnym. Należy do cyfr dołączyć doświadczenie kliniczne i właściwą krytykę. Właśnie na obecnym Zjeździe prof. Misiewicz omawiała dane liczbowe Andersona ze Stanów Zjednoczonych dotyczące walki z gruźlicą płuc. Dane owe świadczyć by mogły, że walka z gruźlicą w tym kraju jest na wysokim poziomie, a referentka dowiodła, że tak nie jest. Czysto liczbowe ujęcie zjawisk biologicznych nie zawsze jest możliwe.

Dr Rzepecki jest w pełni świadomy, że przedstawiony przez niego materiał jest skromny, ale za to starał się on dobrać go starannie, tak aby grupa kontrolna była

porównywalna. Niewiele mamy przykładów w literaturze takiego dobrania grupy kontrolnej. Z porównania wynika w sposób statystycznie znaczący, że grupa chorych (S) leczonych streptomycyną była pod względem klinicznym i rokowania gorsza w porównaniu z grupą chorych (B). Ostatnia grupa była „lepszą“, jeśli chodzi o czas trwania choroby, wielkość jam, liczbę schorzeń współistniejących i charakter gruźlicy po stronie operowanej i drugiej. Może dr Żebrowski na te momenty nie zwrócił uwagi.

Ilość powikłań u operowanych odną zewnątrzpłucną nie jest „absurdem“, jak to określił dr Żebrowski, gdyż odsetki obliczono w stosunku do powikłań, a nie w stosunku do chorych. Znany jest fakt, że powikłania w odmie zewnątrzpłucnej są liczne i u jednego chorego może ich występować kilka na raz. Stąd powikłania w grupie B chorych wyrażają się odsetkiem paradoksalnym, bo przekraczającym 100, mianowicie 104. Analizowano tutaj same powikłania, a nie chorych z powikłaniami.

Podsumowanie wyniku obrad III dnia Zjazdu

K. Dąbrowski: Najważniejsze wnioski, jakie wynikają z dzisiejszych referatów i dyskusji dadzą się streścić następująco:

1. Streptomycyna jest bezcennym środkiem w obecnym leczeniu gruźlicy, ale równocześnie lekiem niebezpiecznym — nie przez swą toksyczność, lecz przez niewłaściwe jej stosowanie. Dlatego znajomość doboru wskazań i przeciwwskazań, strategia i taktyka stosowania streptomycyny, tak podkreślane w referatach i dyskusji, powinna być przyswojona nie tylko przez ftyzjatrów sanatoryjnych i poradniowych, lecz przez ogół lekarzy. Każdy przypadek typowany do leczenia streptomycyną powinien być przemyślany, powinna być nakreślona taktyka postępowanie z myślą o przyszłych możliwościach. W wielu przypadkach należy odbyć naradę sztabową ftyzjatry-internisty z ftyzjatrą-chirurgiem. Należy dodać, że zakres wskazań do stosowania streptomycyny jest inny u dzieci i młodocianych, a inny u dorosłych.

Kuszące jest podawanie małej dawki streptomycyny w każdej trudniejszej operacji Jacobaeusa. Natomiast nie powinno mieć miejsca leczenie „zapobiegawcze“ i ambulatoryjne streptomycyną.

2. O ile doba wczorajsza była erą leczenia jedynie zabiegowego, o tyle dzień dzisiejszy jest okresem leczenia zabiegowo-antybiotycznego. Skojarzone w ten sposób leczenie pozwala na rozszerzenie wskazań do zabiegów. W tej kombinacji leczenie antybiotykiem przebiega w różnych wariantach jako przygotowanie do zabiegu, jego osłona i leczenie powikłań. Leczenie skojarzone jest znacznie korzystniejsze od samego leczenia streptomycyną lub samego leczenia zabiegowego.

3. Podkreślono znaczenie zmian patologicznych drzewa tchawiczoskrzelowego dla wskazań lub przeciwwskazań do leczenia zapadowego.

4. Zrewidowano poglądy na wartość odmy otrzewnowej w tym sensie, że przyznano jej większą wartość leczniczą niż to uczyniono na zjeździe wrocławskim w r. 1947.

5. Dzień wczorajszy tak ściśle związany przez swą część „chemiczną“ z dzisiejszymi tematami klinicznymi, wzbudził nie tylko podziw i wdzięczność dla polskich chemików-syntetyków, ale i nadzieję otrzymania własnego przetworu, który częściowo zastąpi streptomycynę i uniezależni nas od importu drogiego leku. Bardzo cenna jest wiadomość, że coraz więcej pracowni w Polsce bada streptomycynooporność prątków gruźlicy, a Zakład Mikrobiologii we Wrocławiu znalazł własną, szybką metodę jej oznaczania.

Należy podziękować naszym przyjaciółom i gościom zagranicznym za wzięcie udziału w dyskusji i za dzielenie się z nami osiągnięciami i doświadczeniem. Podnieść należy wysoki poziom referatów i dyskusji, jej rzeczowość i lapidarność.

Wychodzimy z sali obrad uzbrojeni w większą wiedzę co do wskazań stosowania streptomycyny i zabiegów. Życzyć sobie należy, aby cenne uzupełnienia referatów i głosy dyskusji zostały jaknajszybciej wydrukowane wraz ze wszystkimi rentgenogramami, tablicami, wykresami i wzorami chemicznymi. Taki pamiętnik Zjazdu będzie dla nas drogowskazem na najbliższe lata.

Byłoby bardzo celowe, aby praktyczne zdobycze obecnego Zjazdu podano w sposób syntetyczny i skondensowany w Polskim Tygodniku Lekarskim ogółowi polskich lekarzy, a personelowi lekarskiemu średniemu w jednym z numerów „Służby Zdrowia“. Należałoby również spopularyzować nasze wyniki wśród szerokiego ogółu, aby chorzy oraz ich rodziny nie widzieli — jak to jest jeszcze obecnie — w streptomycynie „panaceum“ leczącego każdą postać gruźlicy i w każdym okresie.

Należy wreszcie uświadomić sobie, jaki ogrom pracy tkwi w przedstawionych wczoraj wzorach chemicznych i w tablicach statystycznych, które dziś nam demonstrowano. Należy wyrazić podziw i wdzięczność tym przodownikom pracy lekarskiej, nieznaney jeszcze ogółowi.

Wymiana myśli, kontakt osobisty ftyzjatrów całej Polski, wspaniałe produkcje zespołów świetlicowych i występ Filharmonii Katowickiej orzeźwił nas. Wrócimy do swych warsztatów z nowym napędem do jeszcze intensywniejszej pracy dla naszych chorych i Polski Ludowej.

IV D Z I E Ń O B R A D Z J A Z D U

SOBOTA — 1 WRZEŚNIA 1951 R.

Godzina 9.00 — 14.00. Posiedzenie naukowe.

Przewodniczy: Prof. *Michał Telatycki* (Gdańsk).

Temat Społeczny

ROLA PORADNI PRZECIWGRUŻLICZYCH TERENOWYCH I CENTRALNYCH W WALCE Z GRUŻLICĄ W POLSCE

Referent: *Stanisław Hornung* (Kraków) — Referat podany w I części „Referaty i Koreferaty X Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego“ str. 141 — 186. 1951. PZWL. Warszawa. Poniżej podany zostaje „Wstęp do referatu“, wygłoszony na Zjeździe, a nie umieszczony w I-ej części „Referatów i Koreferatów“.

Koreferenci:

1. *Maria Dworzaczek* (Warszawa) — Referat podany w I części „Referatów i Koreferatów“, str. 187 — 198. 1951. PZWL. Warszawa.
2. *Jadwiga Szustrowa* (Łódź) — tamże, str. 199 — 216

Dyskusja

Godzina 14.00 — 14.30. Uchwały. Zamknięcie Zjazdu

STANISŁAW HORNUNG

Kraków

ROLA PORADNI PRZECIWGRUŻLICZYCH W WALCE Z GRUŻLICĄ

Od chwili złożenia do druku referatu o poradniach przeciwgruźliczych zostały wydane niezwykle ważne zarządzenia Ministerstwa Zdrowia dotyczące tego zagadnienia.

W Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia nr 8/51 z 15.4.1951 r. ogłoszono instrukcję Ministerstwa Zdrowia nr 15/51 w sprawie powiatowych rejonowych i przyzakładowych poradni przeciwgruźliczych.

Zgodnie z instrukcją każdy powiat i miasto powiatowe ma poradnię przeciwgruźliczą, która jest zasadniczo jednostką samodzielną, ma jednak łączność z oddziałem gruźliczym szpitala lub sanatorium, albo też wchodzi w skład ośrodka zdrowia.

Gdy przelotność poradni powiatowej jest niedostateczna, należy zorganizować rejonową poradnię, która by objęła swą działalnością część powiatu. Wreszcie powinny powstać poradnie przyzakładowe, w każdym zakładzie pracy czy zespole zakładów zatrudniających ponad 5000 osób, a także w każdym zakładzie, w którym pracuje ponad 100 chorych na gruźlicę. Przyzakładowe poradnie wchodzi w skład placówek lecznictwa otwartego przemysłowego, a ich wydatki pokrywa się z budżetu Zakładu Lecznictwa Pracowniczego.

W ustępie I pozycja 2 ujęto zadanie powiatowej poradni, a w pozycji 3 zadania jej kierownika, którego powołuje Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej po zasięgnięciu opinii Centralnej Wojewódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej. Jednym z jego zadań jest organizowanie punktów zabiegowych (wytwarzania odmy) w ramach poradni lub na oddziałach przeciwgruźliczych szpitalnych.

Nadzór fachowy nad powiatową poradnią pełni Centralna Wojewódzka Poradnia Przeciwgruźlicza.

Instrukcja powyższa stanowi doniosły krok w należytych rozwoju poradnictwa przeciwgruźliczego w Polsce. Jej realizacja jest uzależniona przede wszystkim od zapewnienia odpowiedniej liczby kwalifikowanych lekarzy ftyzjatorów i pielęgniarek.

W ostatnich tygodniach Ministerstwo Zdrowia rozesłało w teren nowe druki do użytku poradni, jak druk historii choroby, arkusz dziennego ruchu chorych i wykazy chorych na gruźlicę. Formularze te i instrukcja

budzą jednak poważne zastrzeżenia doświadczonych lekarzy i pielęgniarzek poradnianych. Sprawy te powinny być jak najrychlej przedyskutowane w szerokim kole fachowców i poddane rzeczowej krytyce na właściwym forum. Ministerstwo Zdrowia powinno wziąć pod rozwagę wnioski rzeczoznawców i ustalić wzory druków, które obowiązywałyby dłuższy czas, a częste zmiany uniemożliwiają bowiem w zupełności ocenę dłuższej pracy danej poradni i uzyskanie danych o przebiegu gruźlicy na tym terenie w czasie co najmniej kilku lat.

D Y S K U S J A

MARIAN ZIERSKI

Łódź

W akcji przeciwgruźliczej niewątpliwie pierwsze miejsce należy przyznać poradni przeciwgruźliczej. Znaczenie jednak tej placówki w dużej mierze jest uzależnione od stylu pracy i metod działania. Wszystkie poradnie przeciwgruźlicze muszą mieć ujednoliconą metodę pracy, opartą na podstawach epidemiologicznych i społecznych. System pracy, metoda, musi być dla poradni jednolicie opracowana, obowiązująca i konsekwentnie stosowana w całym kraju. Niestety, dotąd nie mamy dokładnie opracowanych metod i instrukcji dla tej pracy, są jeszcze duże niedociągnięcia w tej dziedzinie.

Każda poradnia powinna prowadzić kartotekę według tych samych zasad i mieć odpowiednią, jedną dla całego kraju, strukturę organizacyjną oraz tę samą, obowiązującą wszystkie poradnie, metodę walki z gruźlicą. Okólnik Ministerstwa Zdrowia o powiatowych poradniach przeciwgruźliczych nakreśla i wytycza samodzielną ich rolę, nie znalazł on jednak jeszcze szerszego zastosowania w terenie. Przyczyną tego są braki personalne i trudności lokalowe. Mimo tego należy konsekwentnie dążyć do jak najszybszej rozbudowy powiatowych poradni przeciwgruźliczych i stworzenia z nich ośrodków walki z gruźlicą.

Najważniejsza jest fachowa obsada personalna — lekarska i pielęgnarska. Dr Szustrowa oblicza, że w powiatowej poradni przeciwgruźliczej konieczne jest około 21 — 25 godz. dziennej pracy lekarskiej. Pod tym względem braki nasze są największe. W wielu powiatowych poradniach nie mamy jeszcze pełnej 7-godzinnej obsady pracy lekarskiej przez lekarzy umiejących prowadzić otwartą akcję przeciwgruźliczą w terenie. Sprawa pielęgniarek jest niemniej ważna. Dotychczas w większości powiatowych poradni przeciwgruźliczych jest do dyspozycji tylko 1 pielęgniarka, co jest całkowicie niewystarczające. Uzupełnienie i skierowanie większej liczby pielęgniarek w najbliższym czasie do powiatowych poradni przeciwgruźliczych jest koniecznością. Uważam, że przy odpowiedniej i dostatecznej obsadzie pielęgnarskiej — wystarczy jeden pełnozatrudniony lekarz, by w powiatowej poradni przeciwgruźliczej można było zorganizować opiekę przeciwgruźliczą na odpowiednim poziomie.

Poradnia przeciwgruźlicza ma być przede wszystkim placówką zapobiegawczą — to jest jej zasadnicze zadanie i ten cel ma kształtować styl pracy. Tymczasem dotąd w powiatowej poradni przeciwgruźliczej dominują sprawy ambulatoryjnego leczenia. Leczenie w dużej mierze łączy się z zapobieganiem i znacznie je uzupełnia, jednakże na pierwszym miejscu w pracy poradni powinna stać akcja zapobiegawcza i sanitarna. Po tej linii musi pójść praca większości naszych powiatowych poradni przeciwgruźliczych.

Gruźlica jest chorobą zakaźną, dlatego zapobieganie musi oprzeć się o przesłanki epidemiologiczne, analizę stanu gruźlicy w terenie. Wymaga to znajomości terenu, zaludnienia, składu społecznego ludności, stanu sanitarnego i higieny analizy zgonów i zachorowań z powodu gruźlicy. Na poznaniu tych spraw powinien oprzeć się plan pracy poradni przeciwgruźliczej. Zagadnienia te, jak mogłem na podstawie swych spostrzeżeń jako specjalista wojewódzki stwierdzić — są dotąd większości poradni nieznane i leżą odłogiem. Nie są dostatecznie znane wskaźniki umieralności z powodu gruźlicy, przybliżone wskaźniki zachorowań i zakażeń dla poszczególnych grup ludności według wieku lub płci. Analiza stanu zgonów i zachorowań ludności co pewien okres czasu musi być systematycznie wykonywana i stać się podstawą dalszej pracy poradni. Wymaga to prowadzenia kartoteki poradnianej, podziału na grupy oraz klasyfikowanie chorych.

Już z wywodów referentów wynika, że w zaliczaniu poszczególnych zachorowań do określonych grup istnieją rozbieżności. Całkiem odmienny jest grupowy podział podany przez *Szustrową* i *Hornunga*; jeszcze inaczej są grupowane poszczególne jednostki kliniczne gruźlicy w drukach sprawozdań wydawanych ostatnio przez Ministerstwo Zdrowia. Ponieważ dobrze prowadzona kartoteka i grupowanie zachorowań w poradni jest fundamentem pracy — sprawa ta wymaga wreszcie uregulowania. Musi ona być obowiązująca dla wszystkich lekarzy i poradni. Jest to ważne również dla statystyki, której znaczenie jest mało doceniane w poradni.

Najodpowiedniejszy do przyjęcia wydaje się oparty na wzorach radzieckich podział na grupy Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej w Łodzi, podany przez *Szustrową*, który po małych poprawkach — powinien być przyjęty i obowiązujący dla wszystkich poradni w kraju.

Chciałbym na podstawie analizy niektórych materiałów poradnianych pokrótce omówić, jak w świetle rozważań epidemiologicznych przedstawia się jedno z podstawowych zagadnień pracy poradni, w y k r y w a n i e c h o r y c h.

Jeśli chodzi o wyszukiwanie chorych, to należy sobie uświadomić, że z punktu epidemiologicznego i społecznego skierowanie do poradni lub wykrycie przypadku przewlekłej gruźlicy płuc zaawansowanej, jamistej, tuż przed śmiercią — nie jest pozytywnym osiągnięciem. Chory ten bowiem nie będąc pod opieką poradni przez dłuższy czas mógł szerzyć zakażenie wśród swego najbliższego otoczenia i w zakłádzie pracy. Późne uchwycenie gruźlicy płuc jest dla poradni właściwie dyskwalifikujące. Działalność zapobiegawczą poradni należy ocenić biorąc pod uwagę okres choroby poszczególnych chorych, w których zostali oni przez poradnię wykryci i otoczeni opieką. To sprawa zasadnicza. Uchwycenie i zarejestrowanie gruźlicy w poradni powinno nastąpić możliwie w najwcześniejszym okresie zachorowania. Wczesne dotarcie do źródeł choroby, do chorego, oraz wczesne rozpoznanie gruźlicy — oto główny postulat pracy poradni. Dotąd w bardzo nielicznych poradniach można ustalić, ile z czynnych, zakaźnych postaci gruźlicy płuc było poprzednio znanych poradni, w okresie gdy proces był nieczynny. Przyjmując wskaźnik 100 — w chwili rejestrowania w poradni, chorych z rozpoznaną gruźlicą jest przeszło 50% przypadków zaawansowanej gruźlicy płuc o złym rokowaniu i niewielkich szansach uzyskania odprątkowania, około 30% przypadków minimalnych zmian wytwórczych, nieczynnych, zagojonych, a tylko około 20% stanowią przypadki czynnej gruźlicy o dobrym rokowaniu, z tego zaś jest stosunkowo bardzo mało chorych z naciekowymi początkowymi zmianami. Prawie więc połowa chorych zgłaszających się lub skierowanych do poradni ma gruźlicę zaawansowaną i znaczny ich odsetek umiera w ciągu pierwszego roku obserwacji w poradni. Spóźnione zgłoszenie chorego do poradni i późne objęcie go opieką poradni unie-

możliwia naturalnie pozytywne wyniki, jeśli chodzi o leczenie, jak i zapobieganie. Otoczenie tej grupy chorych wymaga jednak — z epidemiologicznego punktu widzenia — jak najdokładniejszej i systematycznej opieki poradni. Jak wynika z licznych prac naukowych szeregu autorów zagranicznych, a zwłaszcza radzieckich, dalej również z zestawień *Hornunga* i moich, w otoczeniu gruźlicy zakaźnej wykrywa się około 3—6 razy więcej zachorowań na gruźlicę aniżeli ma to miejsce u reszty ludności. Na zjawisko to należy zwrócić szczególną uwagę. Chorzy na czynną przewlekłą jamistą gruźlicę płuc są w większości stałym źródłem zakażenia. Zwrócenie szczególnej uwagi zwłaszcza na warunki sanitarno-higieniczne mieszkania i zakładu pracy, środowiska tych chorych — jest bardzo istotnym zadaniem poradni.

Szczególną rolę mają dokładne badania rodziny chorego. Systematycznie okresowe badania kontaktów, stała kontrola, powinny być podstawowymi zadaniami poradni.

Niestety, stosunkowo mało jeszcze uwagi zwraca się u nas na dokładne badania kontaktów. Poradnia powinna prowadzić dokładny rejestr wszystkich współmieszkańców chorego na gruźlicę i dokładnie ustalać wskaźniki zbadanych kontaktów. Jeśli poradnia będzie mogła się wykazać wzrastającym odsetkiem zbadanych kontaktów — i każdego roku będzie te dane analizować, można o niej będzie powiedzieć, że kierunek jej pracy jest właściwy.

Dotąd w żadnej z powiatowych poradni przeciwgruźliczych w terenie nie mogłem ustalić, jaki jest wskaźnik i procent zbadanych kontaktów. Mimo że poradnia w swej sprawozdawczości podaje, ile jest zbadanych osób z otoczenia chorego, nie można z tego wywnioskować, ile osób z całego otoczenia chorego jest rzeczywiście pod opieką poradni, a także ile z nich jest zbadanych.

Następnie poradnia nie analizuje, ile i jakie postacie gruźlicy wykrywa wśród badanych kontaktów. Jak wielkie znaczenie epidemiologiczne mają te badania, wykazują wskaźniki wykrytej gruźlicy — ze względu na liczbę wykrytych jej przypadków i jej postacie. Przez badanie rodziny chorego wykrywa się więcej przypadków czynnej gruźlicy niż przez seryjne badania masowe. W tej grupie chorych jest mniej przypadków gruźlicy aniżeli w grupie osób zgłaszających się lub skierowanych przez lekarzy, jednak wyniki analizy rozpoznanych postaci gruźlicy są różne. Wśród 100 wykrytych przypadków gruźlicy z grupy badań rodziny chorego około 85% stanowią chorzy na gruźlicę o dobrym rokowaniu, w tym około 65% to chorzy z początkowymi naciekowymi postaciami, a około 20% chorzy z przebytymi ograniczonymi, nieczynnymi zmianami o typie bliznowatym, a tylko około 15% stanowią przypadki zmian rozleglejszych, jednak również o niezłym rokowaniu. Jeśli te cyfry zestawimy z poprzednio podanymi odnoszącymi się do grupy rozpoznanej gruźlicy osób skierowanych do poradni, w której tylko 20% było chorych na gruźlicę o dobrym rokowaniu, to stanie się rzeczą jasną, że badania kontaktów z punktu widzenia epidemiologicznego i zapobiegania gruźlicy są niesłychanie ważne. Jeżeli chodzi o wyniki badania kontaktów, wczesne postacie gruźlicy wyraźnie przeważają. Przytoczyłem te zestawienia, aby podkreślić wagę badania rodziny chorego w akcji przeciwgruźliczej poradni.

Zestawienia te kierują poza tym uwagę na znaczenie współpracy poradni z lekarzami rejonowymi, ogólnie praktykującymi w poliklinikach i ambulatoriach. Współpraca taka pozwoli na zmniejszenie liczby późnych skierowań z posuniętymi zmianami i na zwiększenie liczby przypadków wczesnego rozpoznawania gruźlicy. Jak dotąd nie ma ustawowego obowiązku zgłaszania do powiatowej poradni przeciwgruźliczej każdego przypadku czynnej gruźlicy i moim zdaniem jest to poważny brak. Wobec ważności uchwycenia możliwie wszystkich źródeł zakażenia zrozu-

miała jest konieczność ustawowego uregulowania tej sprawy. Od planowej i fachowej pracy poradni przeciwgruźliczej w dużej mierze zależeć będzie, czy spełni ona swoje zadanie wykrywania świeżych zachorowań.

Dlatego bardzo racjonalny jest projekt *Szustrowej*, aby każda poradnia powiatowa przeznaczała jeden lub dwa dni pracy w tygodniu na masowe grupowe badania radiologiczne. Te masowe prześwietlenia rentgenowskie powinny być planowe i zasadniczo, pomijając rodzinę chorego, ograniczać się do otoczenia rozpoznanego w poradni zakaźnego przypadku gruźliczego, a więc przede wszystkim osób ze środowiska chorego, z warsztatu pracy, szkoły, biura itd., dalej np. personelu szkół, mieszkańców burs i internatów oraz kobiet w ciąży i po porodzie. W wielu przypadkach badania te były dotychczas bezplanowe bez epidemiologicznego uzasadnienia. W masowych badaniach grupowych dużo miejsca zajmują np. badania dzieci w wieku od 5 do 10 lat, ze szkół podstawowych, a tymczasem ze względu na minimalną zachorowalność w tym wieku na gruźlicę powinny one w planie badań masowych stać na dalszym miejscu.

Pozwolę sobie tutaj przytoczyć zestawienie *Kayser-Petersena*, który wykazuje, że przy seryjnych badaniach rentgenowskich na 1000 badanych wykrywa się:

	Gruźlicy wymagającej leczenia	W tym gruźlicy zakaźnej
W otoczeniu gruźlicy zakaźnej	100 — 150	25 — 50
W środowisku dzieci	1 — 2	0 — 1
W środowisku młodocianych	10 — 20	3 — 5
W środowisku osób dorosłych	2 — 8 — 15	1 — 4 — 8

Zestawienie to ma swoją wymowę. Wynika z niego, że przede wszystkim musi być systematycznie badane najbliższe otoczenie źródła zakażenia, rodzina, a następnie dalsze, z zakładu pracy. W dalszej kolejności należy badać środowiska osób młodocianych, w wieku od 14 do 25 lat, szczególnie bursy, internaty, a ze środowiska dorosłych — pracowników zakładów Służby Zdrowia i kobiety w ciąży. Praca nad wykrywaniem wczesnych postaci gruźlicy musi być planowa i systematyczna. Każde seryjne badanie, zwłaszcza środowisk młodocianych, powinno polegać na wykonaniu odczynów tuberkulinowych oraz badaniu rentgenowskim. Wszyscy z ujemnym odczynem tuberkulinowym po 10 lub 100 jednostek tuberkuliny (tj. Mantoux III) — powinni być poddani szczepieniu śródskórnemu szczepionką BCG.

Wartość rokowniczą wcześniej uchwyconych przypadków gruźlicy wykazują moje dane dotyczące badania młodzieży akademickiej. Zaznaczam, że nie są to jeszcze liczby ostateczne.

W wyniku badań seryjnych w r. 1946 wykryto i rozpoznano wśród młodzieży akademickiej w wieku od lat 18 do 26 około 216 przypadków czynnej gruźlicy. Po 5 latach obserwacji około 86% można uważać za praktycznie zdrowych, około 11% za wymagających dalszej opieki poradniowej; zmarło tylko 3%.

Z tych krótkich zestawień epidemiologicznych wysuwają się wyraźne wnioski o doniosłości wczesnego rozpoznawania i uchwycenia gruźlicy i przekazania jej opiece poradni. Ma ono znaczenie lecznicze, gospodarczo-społeczne i zapobiegawcze. Z wielu zagadnień, które poradnia przeciwgruźlicza ma do rozwiązania, sprawa możliwie wczesnego wykrywania gruźlicy wydaje się w obecnym etapie najistotniejsza; ściśle wiąże się z nią sprawa systematycznej opieki nad chorymi i środowiskiem.

Chciałbym poruszyć jeszcze jedną sprawę, mianowicie punktów szczepień, ponieważ wymagają one również systematycznej rozbudowy. Otóż, jak dotąd, punkty szczepień nie rozwinęły w poradniach przeciwgruźliczych należycie swej pracy i nie mają wyraźnego planu. Akcja ta rozwija się stosunkowo słabo. Liczba szczepień wykonanych przez te punkty jest stosunkowo znikoma — kierownicy poradni za mało zajmują się opracowaniem i ustalaniem planu szczepień. Nie ma systematycznej kontroli poszczepiennej, która jest tak bardzo ważna. Należy prowadzić systematyczne badania kontrolne osób szczepionych. Wszystkie dzieci, które wstępując do szkół podstawowych mają ujemny odczyn tuberkulinowy, powinny być poddane obowiązkowemu szczepieniu, jak również wszyscy z ujemnym odczynem tuberkulinowym, wstępujący do szkół zawodowych i wyższych. W dobie uprzemysłowienia naszego kraju i dużego skupienia ludności wędrującej ze wsi do dużych, nowych ośrodków przemysłowych, wobec faktu że ludność w około 20—30% nie jest jeszcze zakażona — wykonanie szczepień przeciwgruźl. u osób z ujemnym odczynem tuberkulinowym staje się bardzo ważnym zadaniem poradni przeciwgruźliczej.

Dokładność oraz metoda wykonywania odczynów tuberkulinowych w naszych poradniach przeciwgruźliczych bardzo szwankuje. Pielęgniarki w poradni są nie wyszkolone i nie kontrolowane. Kilkakrotnie podkreślałem ważność przeszkolenia personelu pomocniczego w poradniach w niektórych podstawowych zagadnieniach gruźlicy. W wielu poradniach spotkałem się z tym, że pielęgniarki nie wiedziały, jak wykonuje się odczyny tuberkulinowe, jak wykonuje się roztwory i rozcieńczenia, jak określa się odczyn jako dodatni lub ujemny. Należy w najbliższym czasie wydać instrukcję dla poradni, w jaki sposób wykonuje się odczyny tuberkulinowe. Musimy w Polsce ustalić miernik dla odczynów tuberkulinowych i podać, w jakiej kolejności mają one być wykonywane. W kartach chorobowych powinno być zaznaczone jaką metodą był wykonywany odczyn tuberkulinowy. Musi być ustalona jedna wspólna metoda wykonania odczynu tuberkulinowego dla wszystkich poradni przeciwgruźliczych w kraju.

Podniesienie jakości pracy poradni przeciwgruźliczej powinno stać się obecnie podstawowym zadaniem. Jakość pracy poradni przeciwgruźliczej w dużej mierze decydować będzie o powodzeniu akcji przeciwgruźliczej w naszym kraju. Dokładne opracowanie metody pracy poradni i systematyczne jej stosowanie to jest cel, który powinniśmy w najbliższym etapie osiągnąć.

WACŁAW MARKERT

Łódź

Zabierając głos w dyskusji w sprawie działalności Centralnej Poradni Przeciwgruźliczej chciałbym omówić sprawę badań masowych, a w szczególności zdjęć małoobrazkowych.

Masowe badania poradni przeciwgruźliczych mają na celu głównie wykrywanie wczesnych postaci gruźlicy płuc. Można by je było wyzyskać dla wczesnego rozpoznawania także innych chorób narządów klatki piersiowej, które podobnie jak gruźlica płuc rozwijają się podstępnie, nie mają objawów chorobowych uchwytanych nawet dla chorego, a wykryte we wczesnym okresie swego rozwoju mogą być skutecznie leczone, natomiast przeoczone doprowadzają chorego do śmierci. Wymienię tutaj oprócz pylicy płuc, omówionej przez prof. Zahorskiego, 2 jednostki chorobowe, mianowicie raka płuca i kiłę serca, a ściślej kiłę tętnicy głównej.

Nie ulega obecnie wątpliwości, że częstość raka płuca wzrosła. Jednostka chorobowa, która przed pierwszą wojną światową należała do rzadkości, obecnie, jak

podaje *Dawidowski*, zajmuje drugie miejsce ustępując co do liczby jedynie rakowi żołądka. Biuletyn Francuskiej Ligi do Walki z Rakiem z 1944 r. określa częstość raka płuc na 10% wszystkich przypadków raka u człowieka. W II Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego dr *Kodejszko* za okres 21 lat zebrał 139 przypadków, a w Poradni Pulmonologicznej III Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Łodzi w ciągu ostatniego roku zanotowano 15 przypadków raka płuc. Przytaczając te liczby zdają sobie sprawę, że nie mogą one być z sobą porównywane, jednak liczby te zgodnie dowodzą, że zagadnienie raka płuc staje się coraz więcej aktualne. Zagadnienie to jest tym ważniejsze, że rozpoznanie we wczesnym okresie pozwala na skuteczne leczenie chirurgiczne tej choroby. Wobec bardzo nikłych początkowych objawów raka płuc, rozpoznanie ustala się zazwyczaj zbyt późno, najczęściej w okresie nie nadającym się już do żadnego leczenia. *Aleksandrowicz* z Państwowego Instytutu Przeciwrakowego w Gliwicach podaje, że wszystkie 31 przypadków raka płuca skierowano do Instytutu w takim okresie choroby, że chorzy ci nie mogli być już skutecznie leczeni. Podobne zjawisko możemy również zaobserwować i w naszej poradni.

Drugą jednostką chorobową, którą można podczas masowych badań wychwycić, są zmiany sercowo-naczyniowe. Nie są one tak rzadkie, jak by się to na pierwszy rzut oka wydawało. W statystyce *Elkina*, obejmującej 71,767 badanych za pomocą masowych zdjęć małoobrazkowych, było 2,3% osób ze zmianami w płucach, a 2% — ze zmianami sercowo-naczyniowymi. W wykrywaniu zmian sercowo-naczyniowych chodzi głównie o kilę tętnicy głównej. Choroba ta nie leczona doprowadza bowiem do nieodwracalnych ciężkich zmian, gdy tymczasem w odpowiednim czasie zastosowane leczenie powstrzymuje rozwój choroby.

Toteż w masowych badaniach, których celem jest wykrywanie ognisk gruźliczych, te 2 jednostki chorobowe powinny być również uwzględnione. Dlatego należałoby nieco zmienić kartę statystyczną i pouczenia dla personelu badającego. Byłoby dobrze, aby Instytut Gruźlicy rozpatrzył tę sprawę i powołał Komisję składającą się z ftyzjatri, rentgenologa i internisty, która by opracowała poprawki i zmieniła istniejący porządek badań masowych. Odpowiedni projekt będzie nadesłany Instytutowi w najbliższym czasie.

Badania masowe raczej segregują chorych. Wątpliwe przypadki wymagają dodatkowych badań, a nawet obserwacji. Przetrzymywanie takich chorych na obserwacji w poradni przeciwgruźliczej lub odsyłanie do lekarza domowego lub ośrodków zdrowia jest niecelowe. Toteż trzeba zorganizować odpowiednie ośrodki badawcze zwalczania omawianych 2 jednostek chorobowych, a zwłaszcza raka płuc, którego rozpoznanie we wczesnym okresie należy do jednych z najtrudniejszych w medycynie wewnętrznej. Zagadnienie to może być rozwiązane w zależności od warunków terenowych przez zorganizowanie takich ośrodków bądź na oddziale chorób płucnych, który jest przygotowany do tego rodzaju badań, lub też w inny sposób. W Łodzi sprawą tą zajęła się Klinika Wewnętrzna organizując Poradnię Pulmonologiczną. Poradnia ta współpracuje z Zakładem Rentgenowskim, Kliniką Laryngologiczną, Pracownią Anatomico-patologiczną, Pracownią Bakteriologiczną dysponuje wszystkimi danymi koniecznymi do wczesnego rozpoznania raka płuc, współpracując z Kliniką Chirurgiczną stwarza dla chorego możliwość szybkiego leczenia i dalszej obserwacji. Poradnia nasza istnieje od 1½ roku, a więc zbyt krótko, aby można było omawiać wyniki jej pracy, lecz dostatecznie długo, aby osądzić jej celowość.

Chorych ze zmianami w układzie sercowo-naczyniowym kieruje się na leczenie do poradni kardiologicznej.

(Projekt postępowania zespołu badań małoobrazkowych dla wczesnego rozpoznawania nowotworów klatki piersiowej i zmian sercowo-naczyniowych).

Aby wyzyskać masowe badania małoobrazkowe dla wczesnego rozpoznawania guzów klatki piersiowej i zmian w układzie sercowo-naczyniowym proponuje się następujący porządek badań:

1. W karcie statystycznej badań małoobrazkowych należy wprowadzić jeszcze jedną rubrykę i oznaczyć ją liczbą 6 — dla określenia w niej zmian sercowo-naczyniowych.

2. Kwadracik 5, przeznaczony dla oznaczania zmian w płucach pochodzenia niegruźliczego, rozdzielić na dwie części: 5a odnosić się będzie do zmian niegruźliczych wymagających dalszego dodatkowego badania i 5b — dla widocznych zmian na zdjęciu nie wymagających dalszych kontrolnych badań.

3. Kwadracik 4 przeznaczony dla oznaczania zmian w płucach podejrzanych o gruźlicę podzielić na dwie części: 4a — określić w nim zmiany wymagające kontrolnego badania i 4b — zmiany widoczne na zdjęciu nie wymagające tego rodzaju badań (zrosty opłucnowe, zwapniałe zespoły itp.).

4. W masowych badaniach małoobrazkowych chodzi głównie o wykrycie osób nie uświadamiających sobie istniejącej choroby. Wobec tego należy zapytać badanego przed wykonaniem zdjęcia, czy leczy się na płuca i czy leczy się na serce — oznaczając odpowiednim znakiem odpowiedzi dodatnie lub ujemne z lewej strony kwadracika 3, 4, 5 i 6. —z

5. W razie stwierdzenia zmian w układzie oddechowym lub krążenia u chorych, którzy się już leczą z tego powodu, pozostawia się ich nadal pod opieką tych instytucji, w których się leczą (poradnia przeciwgruźlicza, ośrodek zdrowia itp.).

6. Zmiany niepewne na zdjęciu wyjaśnia się prześwietleniem i zdjęciem w zakładzie rentgenowskim poradni.

7. Chorych ze zmianami w układzie sercowo-naczyniowym, kwalifikowanych do grupy „6“, kieruje się do poradni kardiologicznej. Chorych ze zmianami niegruźliczymi, kwalifikowanych do grupy 5a i ewentualnie do grupy 5b, kieruje się do poradni pulmonologicznej. Chorych ze zmianami gruźliczymi lub podejrzani o gruźlicę, należącą do grupy 3, 4a lub ewentualnie do grupy 4b, zostawia się w Poradni Przeciwgruźliczej. Poradnia Przeciwgruźlicza eliminuje sprawy nieczynne i zatrzymuje do leczenia sprawy czynne gruźlicze, wykryte zaś przy dalszym badaniu sprawy niegruźlicze kieruje do poradni pulmonologicznej.

8. Poradnia przeciwgruźlicza w sprawach rozpoznań niepewnych konsultuje się z kliniką czy poradnią pulmonologiczną lub przesyła tam chorych w przypadkach trudnych i niepewnych rozpoznawczo.

9. Poradnia pulmonologiczna współpracując z Kliniką Chorób Wewnętrznych (lub Kliniką Chorób Płucnych) oraz z Kliniką Laryngologiczną, Zakładem Rentgenowskim, Zakładem Anatomii Patologicznej i Zakładem Bakteriologii ma duże możliwości wczesnego ustalenia rozpoznania.

10. Rak płuca wczesnie rozpoznany kwalifikuje się do leczenia operacyjnego lub naświetlań, które mogą przedłużyć życie chorego.

W referacie głównym spotykamy się ze zdaniem, że zakażenie gruźlicę głównie przenosi się bezpośrednio z człowieka na człowieka, a inne źródła zakażenia grają rolę podrzędną. Tak jednak nie jest. *Badania Luitthena* z lat ostatnich wykazały, że 50% spośród wszystkich zakażonych gruźlicą dzieci na całym świecie zostało zakażone drogą przewodu pokarmowego wskutek spożywania mleka surowego i jego przetworów, pochodzących od chorych na gruźlicę krów. Zmiany w węzłach chłonnych szyjnych u dzieci autor ten uzależnia od wrót zakażenia, mianowicie od wtargnięcia zarazka przez jamę ustną. Pogląd ten jest zgodny z prawem Corneta, które głosi, że zmiany gruźlicze, zlokalizowane w odpowiednim odcinku węzłów chłonnych, świadczą o wrotach wtargnięcia zarazka. Prawa tego nie należy mieszać z prawem Parrota. *Gigon* śledząc to zagadnienie stwierdził, że na wyspie Cypr i wyspie Bornholm, gdzie nie ma hodowli bydła rogatego, nie spotyka się dzieci ze zmianami w węzłach chłonnych szyi. *Uehlig*er zajmując się badaniem wrót zakażenia u dzieci wykonywał puste zdjęcia jamy brzusznej, otrzymując na kliszy liczne zwapnienia węzłów chłonnych zlokalizowane w okolicy prawego dołu biodrowego lub w okolicy krezki. Ponieważ badacz ten nie znajdował zmian w węzłach chłonnych klatki piersiowej dochodził do wniosku, że zakażenie nastąpiło drogą przewodu pokarmowego.

Referenci wymieniając nazwiska autorów polskich, pionierów nauki o poradnictwie, nie wymienili nazwisk znakomitych fizyjatrów-społeczników polskich, nie podali przede wszystkim nazwiska zmarłego w pełni sił *Kazimierza Dąbrowskiego* z Warszawy, który jako doskonały pedagog wychował spory zastęp fizyjatrów; wielu z nich znajduje się na tej sali. Dobrze pamiętamy, że był on pierwszym z tych fizyjatrów, który żądał od swych asystentów i uczniów-wolontariuszy powiązania pracy poradni z pracą na oddziale szpitalnym, był pierwszym, który rozumiał i wymagał łączenia opieki zamkniętej z otwartą. Pominęto również nazwiska znanych i bardzo cenionych fizyjatrów, jak: *Paradista*, *Budzińska-Tylicka*, *Martyszewski*, *Popowski*, *Telatycki*.

Referenci podają, że centralne poradnie i poradnie rejonowe „winny” lub „powinny” wykonać takie lub inne zadania bez podania realnych sugestii, w jaki sposób trudności te mają być pokonane. My, kierownicy centralnych poradni i lekarze poradni przeciwgruźliczych żądamy, aby obecny X Zjazd Przeciwgruźliczy powziął uchwałę domagającą się w Ministerstwie Zdrowia:

- 1) uzupełnienia braków w urządzeniu lokali poradni przeciwgruźliczych;
- 2) uzupełnienia braków personelu lekarsko-pielęgniarskiego w poradni, abyśmy mogli sprostać ogromowi czekających nas zadań;
- 3) zwiększenia liczby łóżek sanatoryjnych, szpitalnych i zwłaszcza izolacyjnych, aby wyrównać tempo poradnictwa przeciwgruźliczego;
- 4) specjalnych warunków materialnych dla pracowników działu gruźlicy;
- 5) przekazania tej sprawy do rozważania Wojewódzkim Komitetom Partyjnym.

Jesteśmy działem służby zdrowia pracującym w szczególnie trudnych i niebezpiecznych warunkach. Infekcja i reinfekcja jest rzeczą tak pewną, że nie podlega dyskusji. Stojąc w ogniu często powtarzającej się infekcji, nikt z nas mu się nie ostoï, gdyż infekcja ta działa w ciągu godzin, dni, miesięcy i lat. Ogniem tym już niejednen z nas mniej lub bardziej dotkliwie został poparzony stając się inwalidą. W pojęciu wiedzy dzisiejszej nie ma odporności przeciw gruźlicy. Gruźlica, według *Cardisa*, jest dramatem granym przez 3 aktorów. Aktor pierwszy, najważniejszy, to

dosyć dobrze znany — prątek gruźlicy. Aktor drugi, mniej znany, to ustrój ludzki — człowiek. Aktor trzeci, najmniej poznany, o kolosalnych możliwościach rozwoju, to nasze warunki życiowe. Napięcie dramatyczne akcji zmienia się w zależności od zamiany ról między tymi trzema aktorami. Przez poprawę obsady poradni, poprawę warunków lokalowych i materialnych personelu zatrudnionego w walce z gruźlicą ujmemy w pewne i mocne ręce ster akcji dramatycznej nie dopuszczając do jej rozwoju. Szeregi nasze, w pełni świadome swego zadania, przyczynią się do wzrostu dobrobytu szerokich mas pracujących naszej Ojczyzny.

LESŁAW WĘGRZYNOWSKI

Wrocław

Referat kolegi *Hornunga* jest doskonale ujęty tak co do treści, jak i wniosków. Pewne zastrzeżenia budzi zdanie w założeniach epidemiologicznych. W punkcie I referent stwierdza, iż gruźlica... „jest przenoszona z człowieka na człowieka. Inne sposoby przenoszenia mają, jak wiadomo, podrzędne znaczenie“. Sądzę, że pogląd ten jest błędny. Niebezpieczeństwo, które stanowi bydło rogate jako źródło zakażenia, jest poważnym czynnikiem epidemiologicznym. Jak wiadomo, np. na Dolnym Śląsku stwierdza się dodatni odczyn tuberkulinowy u bydła rogatego w 80 do 85%. Przytoczę tylko kilka cyfr ze statystyk. I tak *Eber* ogłosił cyfry z badań mleka na targach wielkich miast. Znalazł on prątki gruźlicy: w mleku w 10,5% próbek, w maśle — w 12%, w śmietanie — w 6%, w serze — w 4%; w 25 próbkach mleka z mleczarni w 60% wykazał prątki gruźlicy.

Jeżeli chodzi o badania odnośnie typu ludzkiego i typu bydlęcego prątków, to *Park* na 1038 przypadków gruźlicy u ludzi stwierdził:

od 0 do 5 lat typ ludzki	73,5%,	typ bydlęcy	26,5%
od 6 do 16 lat „ „	75,0%,	„ „	25,0%
u starszych „ „	98,69%,	„ „	1,31%

Savage (Human Tuberculosis of Bovine Origin, London 1927)

Typ	Poniżej 5 lat	5 — 14 lat	15 i wyżej
<i>Humanus</i>	167	442	379
<i>Bovinus</i>	114	167	25
Procent <i>bovinus</i>	41	27	6

Chang (N. Eng. I. M. 1933)

	Przypadki	<i>Humanus</i>	Procent	<i>Bovinus</i>	Procent
1 — 5 lat	24	7	29	17	71
6 — 10 lat	25	11	44	14	56
11 — 16 lat	32	21	65,6	11	34,4
17 i wyżej	119	106	89	13	11
Razem	200	145	72,5	55	27,5

Jeżeli chodzi o częstość typu bydłęcego w rozmaitych postaciach gruźlicy to przytaczam tutaj ogłoszoną w roku 1932 (Brit. Md. Journal) tablicę opartą na badaniach 1300 przypadków zachorowania z różnych krajów.

Postać gruźlicy	P r o c e n t i n f. b o v i n u s			
	Niemcy	Anglia	Szkocja	Wszystkie inne kraje
<i>Meningitis tuberculosa</i>	8,4	30,1	13,3	11,9
Kości i stawy	4,6	18,0	42,8	1,6
Węzły chłonne szyi	22,3	45,7	73,6	25,6
Jama brzuszna.	32,7	—	—	35,9
Narządy moczowo-płciowe	0	17,4	9,1	5,2
Lupus	21,3	48,6	53,8	9,0
Węzły chłonne płuc i oskrzeli	1,2	0,8	3,8	0,2
Gruźlica dorosłych	0,7	—	—	—

Z innych statystyk, których nie przytaczam, wynika również jasno, że *typus bovinus* jest ważnym czynnikiem epidemiologicznym i nie wolno nam tego czynnika nie doceniać. Walka z gruźlicą u ludzi musi być ściśle złączona z walką z gruźlicą u bydła. Należy dążyć, by obory były wolne od gruźlicy. Drugi fakt, który uderza w statystykach, to różnica procentowa *typus bovinus* i *typus humanus* w miarę wieku chorych. Nasuwa się więc przypuszczenie, iż *typus bovinus* w miarę bytowania w ustroju ludzkim przechodzi powoli w typ ludzki.

W ustępie „Zagadnienia profilaktyki przeciwgruźliczej“ nie uwypuklił referent roli szpitali gruźliczych, które poza poradnią odgrywają decydującą rolę w walce z gruźlicą. W tej chwili w Polsce musimy wyteńczyć wszystkie wysiłki, aby powiększyć liczbę łóżek szpitalnych dla gruźlicy. Mają one bowiem zadanie lecznicze i izolacyjne.

Kraje znacznie bogatsze od nas i lepiej zorganizowane do walki z gruźlicą, jak Związek Radziecki i niektóre kraje zachodnie, mimo dużej liczby łóżek szpitalnych nie zaniedbują izolacji w domach chorych. Izolacja taka może być trudna do zrealizowania w mieście, ale jest znacznie łatwiejsza po wsiach, gdzie wystarczy w tym celu dobrze zorganizować poradnie terenowe. Gdybyśmy mogli uzyskać pewne fundusze, np. 15 zł na chorego izolowanego w domu, mógłby chory pozostać pod opieką Poradni Terenowej i otrzymywać pomoc w wyżywieniu oraz opiekę lekarską i pielęgnarską z poradni.

Mówiąc o masowych badaniach ludności wiejskiej przed wojną opuścił referent nazwisko mojego dawnego asystenta *Ludwika Ptaszka*, który badał wsie na południu Polski.

Słusznie podkreśla referent, że najbardziej celowym rozwiązaniem sprawy opieki posanatoryjnej jest stworzenie takich warunków, w których chory mógłby pracować pod opieką i stałą kontrolą lekarza. Wobec braku fizyotatrów powinno się tworzyć przy wszystkich zespołach sanatoryjnych, oprócz warsztatów dla leczenia pracą, które są w poszczególnych sanatoriach, także zakłady pracy ozdrowieńców, w których pod okiem fizyjatry przysposabialiby się oni do pracy przez dawkowanie; mając pracę dawkowaną po osiągnięciu zdolności do 6-godzinnego dnia pracy wracaliby do swoich zajęć. Taki był nasz plan, gdy obejmowaliśmy zakłady pracy ozdrowieńców w Twardowie, dziś w Górzyniu w powiecie jeleniogórskim; kontynu-

waliśmy pracę tego zakładu przez rok 1946 i połowę roku 1947. Niestety, zakład ten z chwilą przejęcia go przez ZUS został skasowany. Podobny zakład powstał w Sokołowsku w r. 1947 i w Obornikach Śląskich w roku 1948, ale był on prowadzony tylko do połowy 1950 roku i został zlikwidowany w myśl decyzji Dyrekcji Zespołu Oborniki-Śląskie.

Uważam, że zanim przy większych zakładach pracy powstaną półsanatoria z fachową obsadą ftyzjatrów zakładowych, tego rodzaju zakłady pracy ozdrowieńców powinny powstać przy zespołach sanatoryjnych; odegrają one ważną rolę w utrwaleniu wyników leczenia sanatoryjnego. Problemem zmiany zawodu powinny zająć się Związki Zawodowe, jednak przygotowanie chorego do nowego odpowiedniego zawodu powinno się rozpocząć już w sanatorium w warsztatach leczenia pracą, a następnie kontynuować w zakładach pracy ozdrowieńców przy przysposobieniu do pracy.

Referent zwrócił uwagę, że np. w województwie krakowskim liczba ftyzjatrów, jak pielęgniarek w szczególności do przeprowadzania wywiadów jest stanowczo niewystarczająca. Stan ten pogarsza i to, że ftyzjatrzy tylko część swego czasu poświęcają walce i leczeniu gruźlicy, resztę zaś innym działom leczenia. To samo obserwujemy w województwie wrocławskim.

Jedynym sposobem poprawienia doraźnie tego stanu byłoby szybkie szkolenie kadr ftyzjatrycznych, tak lekarzy, jak i pielęgniarek, i oddanie ich do dyspozycji Centralnej Poradni. Można by poszczególnych fachowców wyzyskać nawet dla dwóch powiatów i w ten sposób poprawić obecny stan.

Ministerstwo powinno przyznać więcej stypendiów specjalizacyjnych we ftyzjatrii. Liczba stypendystów jest stanowczo za mała, np. wrocławska klinika w ciągu ostatniego roku dostarczyła 4 lekarzy-ftyzjatrów, spośród których jeden został zresztą przeniesiony z województwa wrocławskiego; 9 asystentów zajętych jest na Klinice, a trzech stypendystów skończy specjalizować się za jakieś półtora roku.

Gdybyśmy zatrudnili 47 lekarzy, przeważnie częściowo zatrudnionych w służbie ftyzjatrycznej w pełnym wymiarze godzin, potrzebne by było co najmniej jeszcze 10. Gdybyśmy 30 zatrudnionych pielęgniarek zatrudnili w pełnym wymiarze godzin, będzie nam mimo tego potrzeba jeszcze co najmniej 79.

Toteż wniosek o stworzenie kadry ftyzjatrycznej, o zwiększenie liczby stypendystów jest w pełni uzasadniony.

ALEKSANDER NAUMAN

Otrock

Duże doświadczenie referenta pozwoliło mu przedstawić ogrom zadań poradni przeciwgruźliczych i poruszyć wiele istotnych braków i bolączek akcji przeciwgruźliczej w poradni. Zarówno bogactwo tematu, jak i sposób ujęcia niektórych tez budzą refleksje, zmuszające do krytyki.

Sądzę, że może zbyt mało podkreślona została różnica pomiędzy poradnią dawnego typu, opartą na indywidualnym zgłoszeniu i indywidualnej opiece nad chorym i otoczeniem — a poradnią nowoczesnego typu „tubdispansera“, stanowiącą świadomy społecznych i państwowych zadań epidemiologiczno-specjalistyczny, zajmujący się całością problemów przeciwgruźliczych w terenie. Nie do pomyślenia jest to bez oparcia o ustawę, która 1) wprowadzi przymus rejestracji, 2) zapewni należyte leczenie, 3) rozłoży opiekę nad przewlekłym chorym i ozdrowieńcem, 4) pozwoli na rozbudowę aparatu poradni.

Referat cechuje może nadmierny optymizm, gdy mowa o możliwości rozbudowy pracy poradni w ich dotychczasowym składzie osobowym, powiększonym jedynie o sekretarkę. Wiadomo, że poradnie nie spełniają jeszcze dotychczasowych zadań, a tymbardziej bez głębszych zmian struktury nie będą mogły spełniać zadań dodatkowych. Nieraz słyszy się skargi, że lekarze z powodu przeciążenia pracą zbyt mało dziś leczą w poradni, że pielęgniarki zbyt mało robią wywiadów. Referent słusznie podkreśla, że poradnie nie badają dostatecznie problemów umieralności, śmiertelności. Nie badają również problemów zatrudnienia. Wątpliwe, aby bez nowych kadr i gruntownego rozszerzenia agend poradni sprawa już dziś mogła ulec zmianom na lepsze.

Z drugiej strony uderza w referacie pewien pesymizm, wynikający z nastawienia do gruźlicy, wymagającej według referenta śledzenia przez całe życie. Sądzę, że gruźlicy nie można ujmować inaczej, jak czasowego zaburzenia równowagi pomiędzy oddziaływaniem szkodliwym zarazka a siłami obronnymi ustroju. Nastawienie ftyzjatrii do gruźlicy musi być nastawieniem do choroby trwającej może długo, lecz uleczalnej. Zacytowane statystyki *Braueninga* są bardzo pesymistyczne. *Brauening* w swej książce z r. 1941 (rozszerzone 2 wydanie) przytacza statystykę śmiertelności, ogłoszoną poprzednio przez niego i *Neisena* w okresie przedwojennym. Dotyczy ona 10-letniej obserwacji później, a więc okres leczenia początkowego przypada na czas po I wojnie światowej. Nie uwzględnia więc ani okresu bujnego rozkwitu leczenia zapadowego, ani leczenia antybiotykami. *Brauening* sam podkreśla, że istnieje zasadnicza różnica pomiędzy odsetkiem gruźlicy otwartej, która pozostała otwartą pomimo leczenia, oraz gruźlicą otwartą, w której po zastosowaniu leczenia prątki przestały być wydalone. Nowoczesne dane oparte na dużym materiale (na przykład prześledzenie losu 4144 chorych przez *Hilleboe'a* przez 6 lat), różnicując grupę odprątkowanych i nieodprątkowanych w czasie leczenia ustalają śmiertelność: a) dla odprątkowanych 3,6%, 11,4%, 20,9% (przy zmianach minimalnych, miernie rozwiniętych i znacznie rozwiniętych), dla nieodprątkowanych 58,4% oraz 74,6% (w grupie miernie i znacznie rozwiniętych zmian).

Łącząc obie grupy (dających się i nie dających się odprątkować w czasie leczenia) za przykładem *Braueninga* w jedną grupę gruźlicy otwartej i opierając się na niewspółmiernie wysokiej śmiertelności 80%, referent wyciąga wniosek o niebezpieczeństwie zachorowania na gruźlicę otwartą, nie uzupełniając tego wyjaśnieniem, że chodzi mu prawdopodobnie o gruźlicę otwartą, która taką pozostała mimo leczenia.

Sądzę, że w ogóle niebezpieczeństwo społeczne gruźlicy powinniśmy opierać raczej na statystyce umieralności, która w świetle ostatnich danych nie zniechęca bynajmniej lekarza.

Operowanie pojęciem gruźlicy otwartej, może wygodne z punktu widzenia epidemiologicznego, nie jest raczej słuszne. Nie można podzielić stanowiska referenta, że „ważne jest zapobieganie, by człowiek nie zachorował na otwartą gruźlicę, gdyż szanse wyleczenia go są niewielkie“. Przyjęcie takiego rozumowania powoduje zamieszanie pojęć, neguje szanse wyleczenia chorego na prawdziwą gruźlicę (która raczej zawsze jest otwartą), wprowadza znów nieszczęśliwy termin „zagrożonych“, a z drugiej strony sugeruje, że lepiej zachorować na uleczalną gruźlicę zamkniętą. Tymczasem *Burnand*, *Jackelin* i ostatnio *Dumarest* wyraźnie podkreślają nieuleczalność niektórych postaci właśnie gruźlicy zamkniętej (impregnacja, zimne nawrotowe rozsiewy, nietypowe gruźlice, jak astma i in.).

Są w referacie pewne niejasności, np. niezrozumiałe jest, dlaczego propaganda, jako akcja długodystansowa, ma wpajać przekonanie, że gruźlica jest najczęstsza

chorobą wieku młodego, kiedy dane ostatnie, że przytoczę na przykład *Lukina Robinsona* i pracę jego dotyczącą statystyki zgonów w Kanadzie w okresie 1942/44 — świadczą dobitnie o przesuwaniu się momentu zachorowania i najdotkliwszych strat społecznych właśnie na okres dojrzalości, związany z pracą zarobkową. W rozdziale o profilaktyce dyspozycyjnej moment „zmęczenia“ uznany na przykład przez *Daviesa* za najistotniejszy poza źródłem zakażenia, powód szerzenia choroby został przez referenta pominięty.

Ochrona przed nawrotem choroby została przez referenta bardzo pobieżnie potraktowana, mimo że istnieją dziś bogate materiały w pracach uczonych radzieckich i anglosaskich (*Berenson, Zakin, Siltzbach, Patisson* i in.). Ochrona taka nie jest możliwa bez podziału chorych na grupy rehabilitacyjne. Tezy dotyczące takiego podziału ogłosiłem w niedawno wydanej pracy. Pozwalają one na praktyczne ujęcie stosunku do pracy i życia przez lekarza i chorego. Szczegółowe opracowanie zajęć czwórcenych i nieodczwórcenych dla chorych i ozdrowieńców nie powinno być obce poradni terenowej, a wnioski poradni, dotyczące zmiany zajęcia, „przezawodowania“ stanowią podwalinę jej pracy. Właściwe ustawienie chorego i ozdrowieńca w pracy, jak mówimy „urządzenie w pracy“, najlepiej zapobiega nawrotom. Potrzeby na tym odcinku są olbrzymie. Dla przykładu przytoczę wyniki pracy eksperymentalnej poradni rehabilitacyjnej Instytutu Gruźlicy, czynnej dopiero od kilku miesięcy. Na 172 zbadanych chorych 68, czyli 39,5% wymagało urzędnienia w pracy, a z tej liczby 28 osób zostało w pracy urządzonych (co wynosi 41,2% potrzebujących). Jeden jedyny nawrót zanotowany w ciągu 9 miesięcy wystąpił u chorej, która wbrew zaleceniom poradni miała inne zajęcie i pracowała nadmierną liczbę godzin. „Urządzenie w pracy“ łączy się z problemem inwalidztwa z gruźlicy i jego społecznym rozwiązaniem. Wstęp do zakładów pracy i masowe urządzanie chorych przypadają powinno raczej poradni na szczeblu wojewódzkim, poradnia zaś terenowa powinna w tym tylko współdziałać.

Samozgłaszanie się chorych w Związku Radzieckim nie ma miejsca dlatego, że tubdispanser sam narzuca i przeprowadza okresowe badania masowe, sam wkracza na teren zakładów pracy, sam narzuca częstą, masową kontrolę rentgenologiczną szerokim masom. U nas, gdzie nie ma jeszcze dokładnej, powszechnej ewidencji gruźlicy, należy ustalić jeden dzień w tygodniu, w którym poradnia prześwietlałaby samozgłaszających się, aby codzienne zgłaszanie nie wytrącało personelu z pracy.

Od czasu powołania do życia oddziałów zamkniętych przy poradniach obok wytwarzania odmy powinno być uwzględnione, tam gdzie będą ku temu warunki, również wczesne przepalanie zrostów.

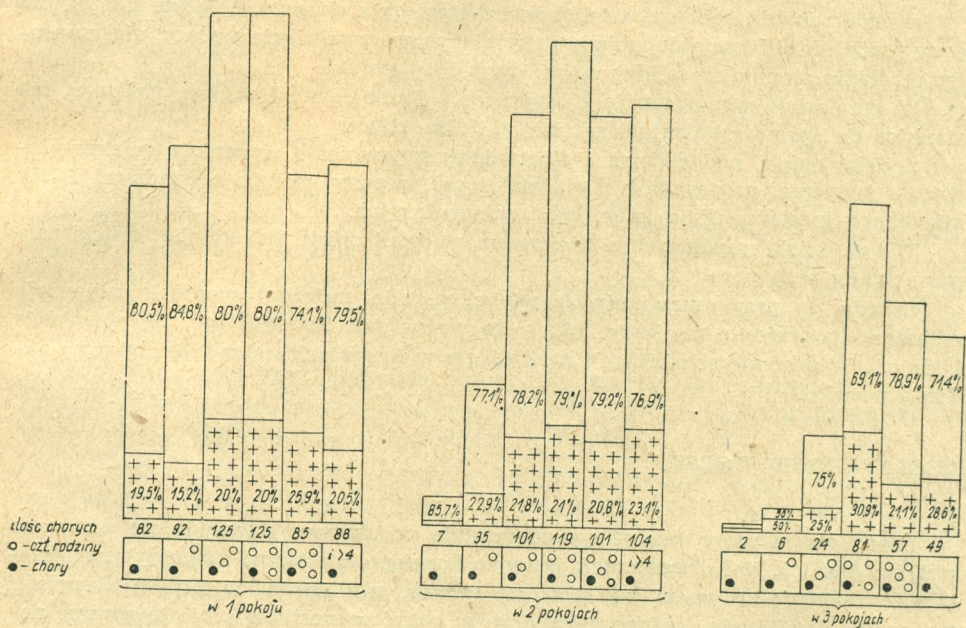
Powiększenie personelu poradni o pracownika biurowego jest celowe i słuszne, aby tylko nie powiększyło to obojętności lekarzy i pielęgniarek na sprawy statystyki i ruch chorych.

W zakresie poradni centralnej nieodzowne jest uzupełnienie planu pracy nadzorem i opieką a) nad warsztatami pracy chronionej, b) nad spółdzielniami pracy, c) nad półsanatoriami.

Izolacja chorego zaraźliwego w domu w osobnym pokoju powinna znaleźć wyraz ustawowy. W naszych warunkach jest to trudne nie tylko z braku pomieszczeń. Wadliwa i społecznie dziś szkodliwa teza o „zagrożonych“, „przez całe życie chorych“, przyczynia się do tego, że za pośrednictwem władz lokalowych przypadki niezaraźliwe jako „gruźlica“ uzyskują prawo do osobnego pokoju, gdy zaraźliwi z braku pomieszczeń takiego prawa uzyskać nie mogą.

Materiały moje i *Komara*, dotyczące losu chorych leczonych w sanatorium im. Dzierżyńskiego w ostatnich 4 latach odzwierciedlają stosunki mieszkaniowe cho-

rych głównie w środowisku warszawskim. Przedstawiam szkic graficzny, z którego wynika, że spośród zamieszkałych w pojedynczym pokoju samotnych chorych na prątkujących przypada jedynie około 20%. Mniej więcej tak samo przedstawiają się stosunki osób obarczonych rodziną, zamieszkałych w 1 izbie.



Pominięta została przez referenta sprawa dożywiania przewlekle chorych i ozdowieńców. W Związku Radzieckim powstała już dawno sieć stołowni podległa i współpracująca z tubdispanserami. Olbrzymi aparat gospodarczy został wprężony do akcji przeciwgruźliczej na tym odcinku.

Wreszcie zagadnienie zatrudnienia chorych i ozdowieńców, ich czasowego lub stałego inwalidztwa i współdziałanie w tym poradni nie zostało wyczerpująco przedstawione.

Wydaje się, że od spełnienia istotnych zadań struktura poradni powinna pójść po linii wciągnięcia w krąg jej zainteresowań wszystkich spraw, dotyczących chorego, to znaczy zarówno przebiegu choroby, jak i jego warunków bytu: żywienia, mieszkania i pracy, oraz stosunków rodzinnych i społecznych.

Aby poradnie mogły spełnić te zadania, muszą być odpowiednio rozbudowane obejmując agendy (działy): 1) metodologiczno-organizacyjno-statystyczny, 2) leczniczy, 3) rehabilitacyjny, 4) opieki nad chorym i otoczeniem. Rozbudowa taka nie pociąga za sobą potrzeby nowych kadr lekarsko-pielęgniarskich, a więc jest praktycznie możliwa już obecnie. Rozbudowa taka odciąża nawet personel fachowy w jego pracy.

Praca poradni powinna mieć 4-kierunkowy plan działania:

a) metodologiczno-organizacyjno-statystyczny: masowe i indywidualne wykrywanie źródeł zakażenia, ewidencja tych źródeł, masowa kontrola zagrażalności otoczenia tych źródeł, statystyka umieralności, śmiertelności i zapadalności.

W dziale tym współdziała z lekarzem sekretarka (sekretarz);

b) dział leczniczy: leczenie czynne, dążące do zamknięcia jamy gruźliczej, jako głównej przyczyny zaraźliwości, opieka pielęgnarska w domu chorego, lekarska w oddziale zamkniętym poradni, czasowa izolacja chorych w tym oddziale, celem wytworzenia skutecznego zapadu, leczenia antybiotykami.

W tym dziale współdziała z lekarzem doświadczona pielęgniarka.

c) dział rehabilitacji: opieka nad warunkami bytu chorego, należyte urządzenie go w pracy, kwalifikacja do zmiany zajęcia, czasowe zwalnianie z pracy, ulgi w pracy, ustalanie stopnia inwalidztwa, przewznowodowanie itd.

W tym dziale współpracuje z lekarzem technik rehabilitacyjny, najlepiej inżynier do spraw szkolenia i zatrudnienia inwalidów;

d) dział opieki nad chorym i otoczeniem; zapewnienie warunków mieszkaniowych i żywienia, propaganda uświadamiająca (w porozumieniu z władzami PCK), szczepienia masowe, akcja kolonijna i prewentyjna.

W tym dziale współpracuje z lekarzem referent opieki lub komitet opieki zorganizowany przy poradni.

Szkoda, że przy omawianiu zagadnień poradni referent pominął całkowicie ogłaszane poprzednio projekty takich znawców, jak *Telatyckiego*, *Dąbrowskiego* i innych. W zakresie rehabilitacji na Zjeździe w Prabutach nakreśliłem główne zadania poradni.

LUCJAN DOBROWOLSKI

Warszawa

Wyśmienicie ujęty referat społeczny daje podstawowe i zasadnicze wytyczne walki z gruźlicą. Kol. *Dworzaczek* w swym koreferacie słusznie zaznaczyła, że działalność naukowo-badawcza jest wówczas celowa, gdy będzie w ścisłej łączności z zagadnieniami życia praktycznego, dlatego pokrótce pozwolę sobie tę sprawę poruszyć.

W roku ubiegłym, należy przypuszczać, mieliśmy około 10 zgonów z powodu gruźlicy na 10 tys. mieszkańców. Świadczy to o dużym wysiłku Min. Zdrowia i całej naszej Służby Zdrowia w kierunku stałego zmniejszania śmiertelności na gruźlicę. Nie są to zupełnie ścisłe dane, opierają się na przeciętnej umieralności obliczonej w naszych dużych miastach z uwzględnieniem częściowej umieralności na wsi, której ludność stanowi u nas prawie 70%.

Nasza akcja przeciwgruźlicza jest jeszcze dotychczas prowadzona z powodu braku dostatecznej liczby specjalistów, zwłaszcza obeznanych z aparatami Roentgena, głównie w miastach.

Wyrazem naszej niedostatecznej akcji przeciwgruźliczej niech będzie przykład Warszawy i województwa, w których w dniu dzisiejszym czeka około 4000 chorych na leczenie zakładowe i liczba chorych znacznie wzrosła w końcu roku. Terenową przyczyną tego było zlikwidowanie w roku ubiegłym w Warszawie 2 oddziałów dla chorych na gruźlicę — (*Stopczyka* i *Dobrowolskiego*) na 250 osób, które jako zabiegowe obsługiwały prawie $\frac{1}{4}$ terenu Polski, przyczyniając się jednocześnie do szkolenia kadr.

Z tego pobieżnego zestawienia wynika, że dzięki naszym wysiłkom osiągnęliśmy znaczne zmniejszenie umieralności, co jednak nie wpłynęło wydatnie na zmniejszenie się zachorowalności na gruźlicę.

Przyczyniło się do tego:

1) szybsze i dokładniejsze wykrywanie gruźlicy, dzięki wyposażeniu przez Min. Zdrowia poradni terenowych w nowoczesną aparaturę rentgenowską;

- 2) utworzenie centralnych poradni przeciwgruźliczych i ich sprawne funkcjonowanie zwłaszcza w akcji małoobrazkowej i szczepieniach ochronnych BCG;
- 3) wprowadzenie masowego leczenia streptomycyną i PAS-em, co znacznie przedłużyło życie chorych na gruźlicę;
- 4) brak dostatecznej liczby łóżek przeciwgruźliczych;
- 5) niedostateczna walka z gruźlicą na wsi.

Zwalczanie gruźlicy według słusznego twierdzenia *Michała Telatyckiego* w $\frac{2}{3}$ stanowi zagadnienie społeczno-ekonomiczne, a tylko w $\frac{1}{3}$ kliniczno-epidemiologiczne. Dlatego zapobieganie należy postawić na pierwszym miejscu tym bardziej, że jest łatwiejsze do zrealizowania wobec braku kadr (jest znacznie tańsze), nie wymaga niezwłocznej budowy i utrzymania drogich sanatoriów. Jednak będzie ono skuteczne, gdy będzie przebiegać dwutorowo: a) przez stosowanie szczepień ochronnych BCG i b) będzie połączone z wykrywaniem i odosabnianiem siewców gruźlicy. (*M. Telatycki*, referat na Zjazd Międzynarodowy w Kopenhadze 1950 r.). To słuszne założenie wynika z przewlekłego i różnorodnego przebiegu gruźlicy. Cykl epidemiologiczny gruźlicy jest zasadniczo i bezpośrednio uwarunkowany przemianami społecznymi.

Zakażenie, odporność osobnicza i czynniki społeczno-ekonomiczne wywierają zasadniczy wpływ na rozprzestrzenianie się choroby, warunkują jej szczególny charakter oraz wpływają na różnorodność cierpienia.

Nie ulega wątpliwości, że realizując Plan Sześcioletni przyczynimy się do zmniejszenia nie tylko umieralności, ale i zachorowalności na gruźlicę. Uprzemysłowanie bowiem, przynosząc w następnych etapach ogólną poprawę bytowania szerokich mas, jednocześnie podniesie uświadomienie ogółu, a co za tym idzie i higienę. Jednocześnie osiągniemy liczbę łóżek przeciwgruźliczych, odpowiadających liczbie zgonów.

Zanim to jednak zrealizujemy, obecnie główny nacisk powinniśmy położyć na: 1) utworzenie kilku szpitali izolatoriów — odciąży to sanatoria i szpitale; 2) przeszkolenie personelu terenowego nie odciągając go zbyt od codziennej pracy; 3) utworzenie przy poradniach terenowych kilku łóżek zabiegowych; 4) położenie głównego nacisku na szczepienia ochronne BCG, które należy przypuszczać, lepiej zabezpieczają niż przebycie naturalnego zakażenia pierwotnego. Dzięki temu stajemy się odporni na zakażenie, gdy zarówno ilość, jak i jakość (złośliwość) prątków jest umiarkowana oraz gdy organizm znajduje się w dobrych warunkach ogólnych.

Szczepienia ochronne BCG pozwalają nam przebyć zakażenie gruźlicze bez zbyt dużego ryzyka, podczas gdy naturalne zakażenie pierwotne, zwłaszcza w latach późnej młodości, może być związane z poważnymi następstwami.

Pozostaje jeszcze kwestia reinfekcji gruźliczej egzogennej czy endogennej. Stosując próby leczenia gruźlicy płuc szczepionką BCG stwierdziłem przypadkowo, że u osobników zdrowych w stanie alergii po zastosowaniu 10 szczepień śródskórnych w odstępach tygodniowych występuje wyraźne zmniejszenie się odczynowości skóry na tuberkulinę, co pojawiała się u 50% osób. Wynika z tego, że alergia i odporność są to sprawy niezależne od siebie. Powyższe zostało potwierdzone na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwgruźliczym w Kopenhadze w 1950 r. przez *Arlindo de Assis*, który podając szczepionkę BCG doustnie wielokrotnie, w krótkich odstępach czasu, stwierdził zmniejszenie się odczynu alergii tuberkulinowej.

Doprowadza to do wniosku, że istnieje możliwość czynnego i bezpośredniego modyfikowania nadwrażliwości ogólnej na gruźlicę, w kierunku zmniejszenia od-

czynowości alergicznej, by osiągnąć pomyślny przebieg kliniczny. Wymaga to dalszych doświadczeń i prób na szerszą skalę, a na razie może być uważane jako pierwszy krok w zapobieganiu reinfekcji gruźliczej. By umasować szczepienia ochronne BCG i uprościć ich technikę, należałoby zastanowić się, czy nie zrezygnować z uprzedniego wykonania prób tuberkulinowych. Szczepienia BCG stosowane do ustnie czy też śródskórnie nie powodują u osobników zdrowych schorzenia gruźliczego, a tylko przestrajają organizm pod względem odpornościowym, w stosunku zaś do nosicieli żywych prątków gruźlicy zachowują się raczej obojętnie. Jeżeli więc prątek chorobotwórczy spowodował już naturalne zakażenie pierwotne, to w żadnym wypadku nie następuje sumowanie zakażenia i pierwszeństwo ma pierwszy okupant.

Nieraz następuje rozwój gruźlicy, pozornie jako wynik szczepienia BCG. Wiemy jednak, że szczepienia BCG zmniejszają możliwość zachorowania na gruźlicę, jednak jej nie wyłączają (zwłaszcza w masowym zakażeniu specjalnie złośliwym szczepem). W takich sporadycznych przypadkach wykrywamy jednak zwykłe prątki typu ludzkiego, podczas gdy szczepionka BCG jest pochodzenia bydłowego, co świadczy, że szczepionka ochronna BCG nie mogła być powodem powstania czynnej gruźlicy.

Należy otoczyć opieką osoby przybyłe do miasta ze środowisk wiejskich, zwłaszcza młodzież, która jest szczególnie wrażliwa na zakażenie gruźlicze. Wreszcie należy położyć większy nacisk na uświadamianie i propagandę przeciwigruźliczą.

Na zakończenie prosiłbym prof. *Hornunga* i dr *Szustrową* o wyjaśnienie sprawy podziału chorych na grupy w zależności od stopnia zainteresowania nimi poradni, istnieje bowiem pewna rozbieżność: główny referent do grupy III zalicza czynną gruźlicę pozapłucną, koreferent zaś — proces gruźliczy ustabilizowany; do grupy V jeden zalicza przypadki obserwacyjne, drugi zaś przypadki pozapłucne.

HENRYK LISSOWSKI
Katowice

Chciałbym uzasadnić wniosek, złożony do Komisji Wniosków, a wskazujący na konieczność opracowania przez Instytut Gruźlicy dokładnej metodologii pracy Centralnych Wojewódzkich Poradni Przeciwigruźliczych.

Okólniki Ministerstwa Zdrowia, statuty Centralnych Poradni i wypowiedzi referentów Zjazdu są zgodne co do zakresu pracy i zadań centralnych poradni. W praktyce jednak okazuje się, że zakres i sposób pracy każdej poradni centralnej jest inny. W poprzednich latach wykonywaliśmy na zlecenie Ministerstwa Zdrowia inspekcje w poszczególnych centralnych poradniach, przy czym kierownicy jednej poradni inspekcjonowali inną poradnię. Wyniki tych inspekcji były następnie omawiane na specjalnym zebraniu. Brałem udział w wizytach 4 centralnych poradni. Muszę stwierdzić, że dużo się nauczyłem poznając sposoby pracy i rozwiązując trudności na innych terenach. Wydaje się rzeczą konieczną, by Instytut Gruźlicy dokładnie przeanalizował styl pracy poszczególnych poradni i wypracował pewne zasady organizacyjne, które by z koniecznymi ze względu na pewne specyficzne właściwości terenowe odmianami były obowiązujące dla wszystkich poradni.

Prof. *Hornung* cytuje na stronie 173 zalecenie ministra *Sztachelskiego*, wypowiedziane przy omawianiu Planu 6-letniego, by nie obciążać personelu pielęgniarzkiego pracą, którą może wykonać personel ściśle biurowy. Jest to zasada niezmiernie

śluszną, gdyż umożliwia lepsze wyzyskanie szczupłych kadr fachowych. W życiu okazuje się jednak, że jest to zasada prawie niemożliwa do wprowadzenia wobec braku w etatach poradni odpowiednich pozycji. Liczba takich sił urzędniczych, koniecznych do wykonania w centralnych poradniach prac biurowych i statystycznych, jest w związku z centralnym kierowaniem chorych i przydziałem streptomycyny i PAS-u bardzo duża. W pierwszym półroczu br. wpłynęło do centralnej poradni w Katowicach 21 176 pism, wysłano 21 503 odpowiedzi. Do samego oddziału skierowań sanatoryjnych zgłosiło się osobiście, celem uzyskania informacji, załatwienia formalności lub interwencji około 16 000 osób. W pierwszym półroczu oddział skierowań wysłał około 9 000 odpowiedzi pisemnych w sprawach sanatoryjno-szpitalnych, prewentyjnych i wczasów leczniczych. Jest rzeczą oczywistą, że ta wielka liczba pism i interwencji nie świadczy o wybujałej biurokracji, gdyż ściśle wiąże się z ilością wniosków o leczenie sanatoryjne, szpitalne, leczenie streptomycyną lub PAS-em. Każde pismo i każda interwencja jest wyrazem troski o chorego, który albo sam, albo w jego imieniu członek rodziny zwraca się do centralnej poradni o pomoc i opiekę. Jest rzeczą oczywistą, iż na każde takie pismo lub interwencję pisemną czy osobistą centralna poradnia musi dać odpowiedź. Proste przeliczenie tych pism i interwencji na możliwości pracy jednego pracownika wykazuje nam łatwo, ilu tego rodzaju pracowników jest w centralnej poradni bezwzględnie potrzebnych.

Pobieżne choćby opracowanie materiałów statystycznych na podstawie wniosków sanatoryjnych i innych wymaga szeregu prac ściśle biurowych, do których trzeba przewidzieć odpowiednie etaty biurowe. Że warto opracowywać te materiały statystyczne, których kopalnią po prostu jest każda centralna poradnia i których opracowanie naukowe jest koniecznością palącą, wynika z poniższych cyfr podanych niejako wyrzykowo. Liczba wniosków dla płci żeńskiej wynosi 36%, dla męskiej 64%. Ciekawe przy tym, że aż do około 20 roku życia liczba wniosków jest mniej więcej równa dla obu płci. Następnie procentowo jest coraz więcej mężczyzn, t.j. w okresie powyżej 50 lat życia liczba mężczyzn była kilkakrotnie większa niż kobiet. Na wiek poniżej 14 roku życia przypada ogółem około 22% wszystkich chorych na gruźlicę, od 14—18 — 4,9%, od 18—30 — 33%, od 30—40 — 14%, powyżej 40 roku życia przeszło 25%. Szczegółowe opracowanie tych danych cyfrowych powinno mieć duży wpływ na planowanie akcji przeciwgruźliczej. Opracowanie to można i trzeba wykonać w każdej centralnej poradni pod kierownictwem Instytutu Gruźlicy i z odpowiednią liczbą pracowników biurowych.

O tych sprawach personalnych mówię dlatego, że chociaż pozornie nie łączą się one ściśle z samymi referatami i poprzednią dyskusją, gdyż otrzymaliśmy preliminarze etatów na rok 1952, w których nie przewidziano odpowiedniej liczby etatów administracyjnych. Nie ulega wątpliwości, że niedoceniecie tego zagadnienia przez Ministerstwo Zdrowia musi doprowadzić do obniżenia poziomu pracy centralnej poradni.

Frf. Hornung podaje, że Centralną Poradnię w Krakowie zajmuje około 30 pomieszczeń. Nasza Poradnia będzie zajmowała po przebudowie około 40 pomieszczeń. Obiektów nadających się do tego celu nie ma. Nasze wielkie wysiłki w kierunku adaptacji odpowiednich pomieszczeń są i pozostaną zawsze tylko paliatywem. Potrzeby nasze wymagają budowy nowych centralnych poradni, które w swym założeniu już powinny być przystosowane do stale rosnących naszych potrzeb.

Ze względu na konsultacyjną działalność centralnych poradni i na obowiązki szkolenia i doszkalania pracowników przeciwgruźliczych, jak również ze względu

na celowe wyzyskanie koniecznych dla normalnej pracy specjalistów i cennych oraz trudnych do osiągnięcia instrumentów — konieczne jest naszym zdaniem by nowe centralne poradnie były połączone bezpośrednio z oddziałem szpitalnym. Na tym oddziale można by wykonać w sposób stojący na odpowiednim poziomie specjalistycznym te badania konsultacyjne, których nie da się wykonać ambulatoryjnie. Tu na oddziale zabiegowym można by wytwarzać odmy i przepalać zrosty, aby umożliwić lekarzom z terenu województwa, wzywanych na doszkolenie zapoznawanie się i doszkalanie w obrębie centralnej poradni z całością leczenia otwartego i pracą na oddziale w tym zakresie, w jakim mają to leczenie wykonywać w poradniach terenowych, połączonych ze stacjonarami.

JAN TRÓSZYŃSKI

Leszno Wlkp.

Jest rzeczą nie tylko pożądaną, ale i konieczną, by dla skutecznego zwalczania gruźlicy organizacja na terenie powiatu przyjęła formy zespołu przeciwgruźliczego, tak jak to przedstawia schematycznie tablica II, podana przez referenta.

Na schemacie tym widzimy powiązanie opieki otwartej z opieką zamkniętą. Powiązanie to jest myślą przewodnią referatu głównego.

Na wykonanie swych zadań poradnia terenowa, poza działem ambulatoryjnym, laboratoryjnym, pracownią rentgenowską, punktem szczepień BCG i biurem statystyczno-sprawozdawczym, musi dysponować w zasięgu powiatowym odpowiednią liczbą łóżek szpitalnych i sanatoryjnych oraz prewentorium i sanatorium dziennym dla dzieci.

Przy takiej organizacji przeciwgruźliczej w terenie rola i znaczenie powiatowej poradni przeciwgruźliczej zmienia się zasadniczo: z instytucji, której głównym zadaniem było dotąd wyszukiwanie źródeł zakażenia i chorych, z którymi nie wiadomo było co robić — poradnia powiatowa staje się najdalej w teren wysuniętą „formacją frontową“.

Przy tak pomyślanej reorganizacji powiatowa poradnia przeciwgruźlicza staje się „formacją frontową“, faktycznie kierującą walką z gruźlicą na powierzonym jej odcinku, odpowiedzialną za wyniki prac wchodzących w zakres profilaktyki, leczenia otwartego i zamkniętego, a co najważniejsze — formacją posiadającą najniezbędniejsze środki potrzebne do prowadzenia tej walki, tj. łóżka dla chorych na gruźlicę.

Postulat powiązania na szczeblu powiatowym opieki otwartej z opieką zamkniętą jest słuszny, pilny i konieczny. Zrealizowanie tego postulatu nie powinno nastroczać większych trudności tam, gdzie istnieje opieka zamknięta w terenie. Ale niestety, jak dotychczas łóżek potrzebnych dla chorych, czyli opieki zamkniętej w terenie, nie ma albo prawie nie ma.

W jaki więc sposób można wiązać opiekę otwartą, która jest, z opieką zamkniętą, której jeszcze nie ma?

Wpierw trzeba ją stworzyć, wpierw muszą powstać łóżka dla chorych na gruźlicę w terenie. A gdy łóżka już w terenie będą, to bez trudności powiąże się je z opieką otwartą powiatowej poradni.

Niestety, liczba potrzebnych łóżek szpitalnych ciągle jest u nas i prawdopodobnie długo jeszcze będzie niewystarczająca.

Z istniejącej liczby łóżek dla chorych na gruźlicę znaczna większość znajduje się w szpitalach i sanatoriach wojewódzkich lub ogólnokrajowych. Liczba łóżek na terenie powiatów jest znikomo mała.

A przecież doświadczenie uczy i z analizy przypadków chorych na gruźlicę płuc otwartą wynika, że na każdych 100 chorych prątkujących przynajmniej połowa otrzymać może potrzebną pomoc leczniczą w szpitalu lub sanatorium terenowym. Obciążanie nimi zakładów leczniczych szczebla wyższego, a więc wojewódzkich czy też ogólnokrajowych, jest niecelowe i nieekonomiczne, a często połączone nawet ze szkodą dla chorego. 20% z ogólnej liczby chorych prątkujących — to chorzy w stanie beznadziejnym, których należy izolować od otoczenia i zapewnić im opiekę w zakładzie zamkniętym na miejscu. 30% wymaga tylko leczenia spoczynkowego, ale przynajmniej połowa z tej liczby może, a nawet powinna być leczona w tym klimacie, w którym stale mieszka i pracuje, a więc w sanatorium terenowym. 8% przypadków leczonych odmą, która idzie gładko, nie potrzebuje również leczenia w zakładach leczniczych szczebla wyższego.

Z pozostałej liczby chorych (42%), wymagających przeważnie leczenia chirurgicznego i klimatycznego w sanatoriach ogólnokrajowych pewien procent po przebytych leczeniu wymagać będzie również przez jakiś czas opieki lekarskiej pod okiem poradni w sanatorium terenowym.

Na każdych 100 chorych na czynną gruźlicę płuc:

w stanie beznadziejnym	20%
wymaga leczenia jedynie spoczynkowego	30%
wymaga torakoplastyki pierwotnej	5%
odmy bez dodatkowych zabiegów	8%
„ z przepaleniem zrostów	19%
„ z wtórną torakoplastyką	17%
innych metod leczenia zapadowego	1%
	44%

Z obliczenia tego wynika jasno, że łóżka dla gruźlicy powinny być rozmieszczone równomiernie, tj. połowa w dużych szpitalach sanatoryjnych, druga zaś połowa w szpitalach i sanatoriach terenowych.

Jest rzeczą niesłuszną powiększać liczbę łóżek, że się tak wyrażę, na tyłach w instytucjach pozafrontowych w wielkich sanatoriach, zaniedbując pozycje frontowe, tj. sanatoria terenowe.

Bo chociaż pod względem lecznictwa pierwsze stoją znacznie wyżej od drugich, znaczenie społeczne sanatoriów terenowych, jako zakładów przede wszystkim zapobiegawczych, niewspółmiernie jest większe.

Ileż więc łóżek szpitalnych i sanatoryjnych do swej wyłącznej dyspozycji powinna posiadać poradnia terenowa, której powiat liczy powiedzmy 100.000 mieszkańców? Liczba zgonów rocznie na gruźlicę w tym wypadku wyniesie około 150. Minimalna więc liczba łóżek potrzebnych równać się będzie 150, z czego połowa, tj. 75 znajdować się powinno na terenie danego powiatu.

Jakież są kontrargumenty wysuwane przeciwko temu jedynie racjonalnemu sposobowi rozwiązania zagadnienia walki z gruźlicą. Kontrargumenty są następujące:

- 1) że nieekonomicznie jest tworzyć małe zakłady lecznicze (powiedzmy 75-łóżkowe), lepiej kalkulują się wielkie zespoły sanatoryjne;
- 2) brak jest fachowego personelu, a przede wszystkim lekarzy, żeby obsadzić tak wielką liczbę drobnych zakładów leczniczych;
- 3) jeśli tworzyć coś nowego, to już lepiej duże zespoły sanatoryjne, odpowiadające nowoczesnym wymaganiom lecznictwa, odpowiednio wyposażone w najnowocześnie-

niejsze urządzenia, zamiast rozdrabniać fundusze pieniężne i wysiłki na tworzenie małych zakładów, w których poziom lecznictwa z konieczności musi być niższy;

4) że leczenie chorych na otwartą gruźlicę płuc w zakładach zamkniętych obecnie nie obejmuje jeszcze wszystkich chorych;

5) dla „beznadziejnie“ chorych wystarczą, mówiąc językiem wstydlwym, tzw. „izolatoria“.

Czyż chory na gruźlicę, który w niezawiniony sposób, a często skutkiem złych warunków społecznych nabył tę ciężką chorobę, nie zasługuje na taką samą opiekę lekarską i komfort, jakim staramy się otoczyć wszystkich innych chorych szpitalnych? — A powtóre, doświadczenie uczy, że tzw. „izolatoria“ są sprawą z góry przegraną, skazaną na niepowodzenie. Zawsze stać one będą puste, pomimo wielkiej liczby chorych, żeden z nich bowiem nie zechce pójść tam, skąd już wyjście jest tylko na marach. Jest to chyba zrozumiałe. I jestem przekonany, że nawet sami projektodawcy, gdyby znaleźli się w podobnej sytuacji, nie zgodziliby się na to, żeby ich w takim „izolatorium“ umieścić.

Co się zaś tyczy ekonomii, to — ekonomiczne jest to, co najprędzej prowadzi do celu, chociaż na razie więcej kosztuje. Łóżka dla chorych na gruźlicę są drogie, to prawda, ale prędzej doprowadzą do celu niż problematyczna opieka w domu nad chorym i jego otoczeniem.

Jeśli chodzi o porównanie kosztów budowy, urządzenia i prowadzenia wielkich sanatoriów z małymi, których będzie znaczna liczba, to sądzę, że porównanie to wypaść musi raczej na korzyść sanatoriów terenowych, gdyż:

a) sanatoriów terenowych przeważnie nie trzeba będzie budować od nowa, zużytkowane bowiem być mogą do tego celu odpowiednio zaadoptowane istniejące obiekty, jak pałace dawnych majątków niemieckich itp.;

b) urządzenie i wyposażenie sanatoriów terenowych może być dużo skromniejsze (na wzór sanatoriów ludowych w Norwegii) niż sanatoriów krajowych, w których wykonywane są zabiegi chirurgiczne;

c) sanatorium terenowe nie musi być samodzielną jednostką administracyjną, co zwiększałoby koszty jego prowadzenia. Sanatorium terenowe może być filią szpitala powiatowego lub może stanowić rozszerzenie oddziału dla chorych na gruźlicę tego samego szpitala, prowadzonego przez tego samego ordynatora.

Przydzielony samochód ułatwiałby lekarzowi wykonywanie swoich obowiązków na obydwóch placówkach.

Co się tyczy braku lekarzy, to istotnie wiemy, że pod tym względem sprawa przedstawia się katastrofalnie, chociaż powoli i stopniowo w Planie 6-letnim ulegnie poprawie. Ale czy przez przydzielenie łóżek do dyspozycji lekarzy pracujących na wysuniętych placówkach terenowych pogorszymy sytuację w zakresie kadr lekarskich na odcinku walki z gruźlicą? Nie. — Przeciwnie, stworzymy warunki przyciągające młodych lekarzy do poświęcania się tej, tak dzisiaj omijanej, ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia się, specjalności.

Ośmielam się wyrazić pogląd, że nie dlatego placówki terenowe są nieobsadzone, że nie ma lekarzy, ale przeciwnie, dlatego nie ma lekarzy poświęcających się walce z gruźlicą, że nie ma dla nich odpowiednich placówek lekarskich w terenie, placówek, które dawałyby im pełne zadowolenie z wykonywanej pracy.

W chwili obecnej niestety, praca lekarza ftyzjologa na placówce terenowej przeważnie jest prawie beznadziejna. Rola jego bowiem sprowadza się głównie do rejestrowania ciągle nowych zachorowań na gruźlicę z powodu niemożności odosobnienia wykrytych źródeł zakażenia.

Na marginesie tego niezmiernie ważnego zagadnienia, jakim jest brak personelu zarówno lekarskiego, jak i pielęgniarskiego, z ubolewaniem stwierdzić należy, że ostatnia 30% podwyżka poborów w lecznictwie otwartym ominęła personel poradni przeciwgruźliczych. To niefortunne pociągnięcie z pewnością nie zwiększy dopływu nowych sił do szeregów walczących z gruźlicą. Przeciwnie, spowoduje ich odpływ, co już, niestety, w niektórych wypadkach daje się zauważyć.

Na argument trzeci, który głosi, że lepiej stworzyć jedną rzecz „porządną“, niż kilka „byle jakich“ — odpowiedzieć można, że sanatoria duże (pozafrontowe) i sanatoria małe (frontowe) nie są sobie współmierne, nie można więc ich ze sobą porównywać. (Tak jak nie można np. porównać wojskowego szpitala polowego ze szpitalem etapowym). Wspólny dla nich jest cel ogólny i nazwa, ale rola i zadania są różne, przeznaczone są bowiem dla różnych kategorii chorych.

Wreszcie kontrargument czwarty, który głosi, że w naszych warunkach leczenie zamknięte wszystkich zakaźnych przypadków gruźlicy jest nieosiągalne, nie może być uznawany za słuszny. Prawda, jest trudne do osiągnięcia w krótkim czasie, ale rozłożone na etapy jest osiągalne. (W pierwszym etapie organizacja łóżek w większych miastach powiatowych i powiatach odpowiadających siedzibie dawnych ubezpieczalni społecznych, w drugim etapie — organizacja pozostałych powiatów). W państwie ludowym wszystko, co jest celowe, naukowo uzasadnione i podyktowane troską o zdrowie szerokich mas pracujących — jest osiągalne.

Że realizacja nakreślonego planu, schematycznie przedstawionego na zademonstrowanej tablicy jest możliwa, wykazało już doświadczenie niektórych powiatów.

Niestety, są to wypadki sporadyczne, gdzie decydującą rolę odegrała inicjatywa i aktywność lekarza poradni, który potrafił należycie przedstawić zagadnienie gruźlicy Radzie Narodowej i przekonać ją o słuszności swojego planu.

Ale czy właściwa jest rzecz, żeby realizację tak ważnego i doniosłego planu, jakim jest plan zwalczania gruźlicy w terenie, opierać tylko na aktywności i inicjatywie lekarza poradni, który potrafi lub nie potrafi przekonać właściwą Radę Narodową o słuszności swoich poczynań?

Realizacja tego planu powinna iść z góry, a nie z dołu. Realizacja tego planu powinna się oprzeć nie na inicjatywie lekarza poradni, a na inicjatywie obecnego Zjazdu Przeciwgruźliczego, który treścią swych uchwał zdoła przekonać Ministerstwo Zdrowia o konieczności szybkiego wprowadzenia ich w życie.

KAZIMIERZ MULAK

Kraków

Przy omawianiu roli poradni przeciwgruźliczych terenowych i centralnych w walce z gruźlicą w Polsce wysuwa się jako kapitalne zagadnienie zespolenie lecznictwa otwartego z zamkniętym, zapowiedziane przez Ob. Ministra Zdrowia.

Połączenie poradni przeciwgruźliczych terenowych z oddziałem szpitalnym ma stworzyć z tej poradni ośrodek organizacyjno-metodyczny, warunkujący sprawne wykonywanie czynności leczniczych i zapobiegawczych, a więc wczesne rozpoznanie i wczesne leczenie chorego przez tego samego lekarza, co da ciągłość obserwacji i leczenia, począwszy od zachorowania w domu, leczenia w poradni przeciwgruźliczej lub jej części szpitalnej i to na podstawie znajomości warunków pracy i bytu chorego. Zasady zespolenia placówek przeciwgruźliczych przedstawiają się następująco: 1) każda poradnia przeciwgruźlicza powinna mieć oddział szpitalny; 2) zasadniczą komórką organizacyjną i wyjściową w zespoleniu jest poradnia przeciwgruźli-

cza i przy zespoleniu poradni i oddziału szpitalnego na kierownika zespolonych instytucji wyznacza się dotychczasowego kierownika poradni przeciwgruźliczej; 3) przeprowadza się dyslokację, tzn. albo przenosi się poradnię do budynku szpitala, albo oddział gruźliczy do budynku poradni lub w końcu należy uzyskać nowe pomieszczenie dla poradni przeciwgruźliczej wraz z jej oddziałem szpitalnym; 4) tam gdzie wyjątkowo nie można połączyć oddziału gruźliczego z poradnią w jednym budynku ze względu na warunki miejscowe, ustanawia się powiązanie organizacyjne obu zakładów, jeżeli budynki ich nie są od siebie zbyt oddalone i wtedy lekarze pracują równocześnie w obu instytucjach, odbywają wspólne konferencje i konsultacje.

Jeżeli chodzi o centralną wojewódzką poradnię przeciwgruźliczą, statut jej w związku z zespoleniem będzie musiał ulec zmianie i oddziały szpitalne centralnych wojewódzkich poradni przeciwgruźliczych stworzą podstawy właściwej i nowej metodyki pracy tych poradni.

Na oddziale szpitalnym centralnej wojewódzkiej poradni przeciwgruźliczej należy przewidzieć łóżka dla dorosłych chorych na gruźlicę płuc, łóżka dla dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym, łóżka dla przypadków gruźlicy kostno-stawowej; leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc odbywać się może albo na oddziale szpitalnym centralnej wojewódzkiej poradni, albo w wojewódzkim szpitalu gruźliczym. Specjalnym zadaniem centralnej wojewódzkiej poradni będzie kierownictwo metodyczne walki z gruźlicą na terenie województwa i zapewnienie ludności kwalifikowanej specjalistycznej pomocy leczniczej i konsultatywnej oraz współudział w przygotowaniu kadr do akcji przeciwgruźliczej. Jeżeli się zważy, że w czasie stosunkowo krótkiego badania chorego, zgłaszającego się do poradni przeciwgruźliczej, lekarz poradni ma powziąć taką czy inną decyzję, która przesądzać będzie o szansach wyleczenia chorego, a nieraz o jego życiu, nasuwa się wniosek o odpowiedzialności i obowiązku instytucji powołanych do czuwania nad tym, aby lekarze poradni przeciwgruźliczej posiadali dostateczne przygotowanie fachowe i specjalistyczne. Stąd obowiązek centralnej wojewódzkiej poradni przeciwgruźliczej kształcenia lekarzy i innego personelu zatrudnionego w akcji przeciwgruźliczej. Wysiłki w tym kierunku wszystkich zainteresowanych instytucji oraz klinik ftyzjatrycznych, instytutu gruźlicy i centralnych wojewódzkich poradni przeciwgruźliczych powinny być skoordynowane.

W ten sposób, jeżeli przeprowadzi się zespolenie placówek przeciwgruźliczych, wzorując się na organizacji radzieckiej służby zdrowia, i jeżeli podniesie się kwalifikacje lekarzy i personelu zatrudnionego w akcji przeciwgruźliczej, można mieć nadzieję, że nasze poradnie przeciwgruźlicze staną się zgodnie z życzeniem wyrażonym przez Ob. Ministra Zdrowia dyspanserami przepojonymi duchem aktywności i poczuciem odpowiedzialności za stan zdrowotny ludności.

WIKTORIA NOWICKA

Kamienna Góra

Prof. Misiewicz, referując plan pracy Instytutu Przeciwgruźliczego wspominała o gruźlicy kostno-stawowej, która dotychczas była traktowana po macoszemu.

Przypominam, że chociaż gruźlica kostno-stawowa jest wtórnym umiejscowieniem gruźlicy, lecz na podstawie badań rentgenowskich wszystkich naszych chorych stwierdzić można, że pierwotne ogniska są jeszcze czynne i nawet dość często spotykamy nacieki w płucach. Poradnie przeciwgruźlicze centralne i rejonowe nie mogą wobec tego pominąć tej postaci gruźlicy.

Polska Ludowa walcząca o zdrowie każdego dziecka, nie może nie otoczyć specjalną opieką tej grupy wyjątkowo zdolnych dzieci, wymagających dłuższej troskliwej opieki. Samo leczenie sanatoryjne nie wystarcza. Potrzebna jest jeszcze kontrola w ciągu lat, żeby zapobiec tworzeniu się kalek i malkontentów życiowych.

Leczenie gruźlicy kostno-stawowej wymaga ciągłości, bez tego jest tylko marnowaniem grosza publicznego.

Żadne państwo nie może leczyć sanatoryjnie przez długie lata wszystkich chorych na gruźlicę kostno-stawową. Dlatego leczenie tego schorzenia musi być oparte na centralnej poradni przeciwgruźliczej.

Poradnie rejonowe muszą być domem macierzystym kierującym, zależnie od rodzaju schorzenia i warunków socjalnych oraz miejsca zamieszkania, do leczenia: a) ambulatoryjnego, b) sanatoryjnego, c) szpitalnego; chory jednak powinien pozostać przez cały czas w ewidencji poradni.

1. Dotychczas nie posiadamy statystyki, operujemy cyframi w przybliżeniu, chociaż nasze Towarzystwo Chirurgiczno-Ortopedyczne stara się o pełną statystykę od chwili swego powstania, czyli od roku 1928.

2. Odczuwa się jeszcze wciąż brak specjalistów w zwalczaniu gruźlicy kostno-stawowej. Brak ten jest wprost tragiczny i nie widzimy napływu nowych kadr. Wskutek braku specjalistów rozpoznanie choroby bywa bardzo spóźnione i z tego powodu leczenie przedłuża się i wyniki są znacznie gorsze. Przedłużenie leczenia zmniejsza przelotność zakładu i zwiększa koszty.

3. Za mało jest zakładów leczniczych gruźlicy kostno-stawowej, a nadto z powodu niewłaściwych skierowań istniejące miejsca są niewłaściwie zużytkowane. Dzieci z gruźlicą czynną i w początkowych okresach czekają miesiącami na miejsca sanatoryjne.

4. Brak jest pracowni ortopedycznej. Dzieci opuszczają zakład w gipsach w oczekiwaniu na aparaty ortopedyczne, co często trwa aż do roku i te spóźnione aparaty już nie nadają się do użytku.

5. Brak jest dalszej sanatoryjnej opieki nad chorymi dziećmi. Konieczna jest opieka poradni nad nimi oraz tworzenie specjalnych kolonii letnich, ponieważ dzieci te nie są przyjmowane razem z innymi na zwykłe kolonie.

6. Konieczne są zjazdy i konferencje lekarzy pracujących w tej dziedzinie, jak np. konferencje dyrektorów sanatoryjnych gruźlicy płucnej oraz kierowników poradni przeciwgruźliczych.

7. Brak jest literatury specjalnej, jedyne pismo „Chirurgia narządów i ortopedia polska” przestało wychodzić w bieżącym roku.

Zagadnienie gruźlicy kostno-stawowej jest tak ważne z punktu widzenia walki o zdrowie w Planie 6-letnim i jest tak ważne z punktu widzenia kadr, że na wzór Związku Radzieckiego powinno się temu poświęcić jak najwięcej uwagi w myśl założeń ostatniej wizyty lekarzy radzieckich, specjalistów gruźlicy kostno-stawowej.

MARIAN MARCIAK

Radom

Wydaje się, że dyskusja nad referatami o roli i pracy poradni w walce z gruźlicą nie byłaby kompletna gdyby pominąć sprawę praw i prerogatyw, przysługujących pracownikom placówek przeciwgruźliczych. W referatach swych prelegenci bardzo obszernie omówili zasady akcji przeciwgruźliczej oraz obowiązki poszczególnych pracowników, pomijając zupełnie lub wspominając ogólnikowo o ich prawach. Je-

dy nie prof. *Hornung* stwierdził krótko, „że personel mający zawodową styczność z chorymi na gruźlicę powinien być szczególnie chroniony przed przepracowaniem, niedożywieniem i innymi szkodliwymi wpływami, osłabiającymi odporność ustroju“. Jednym ze sposobów wzmacniania odporności ustroju jest jego wypoczynek, połączony z przerywaniem kontaktu z prątkiem gruźlicy. Dotychczas dwutygodniowy lub czterotygodniowy urlop wypoczynkowy i 40% dodatek zakaźny był wyrazem troski Władz o pracownika przeciwgruźliczego. Ostatnio słyszałem pogłoski o przyznaniu pracownikom przeciwgruźliczym fizycznym czterotygodniowego, a ftyzjatom i pracownikom umysłowym sześciotygodniowego urlopu wypoczynkowego, podzielonego w ciągu roku na dwie części (większą latem i mniejszą zimą).

Niezależnie od istotnego znaczenia w ochronie zdrowia pracownika przeciwgruźliczego — przedłużenie urlopu wypoczynkowego dla tej grupy pracowników służby zdrowia może mieć skuteczny wpływ, przyciągający nowych ludzi do pracy w akcji przeciwgruźliczej. Zwiększenie zaś kadr personelu przeciwgruźliczego spowoduje dalsze, skuteczniejsze wzmocnienie ochrony zdrowia przemęczonych ftyzjatrów, którzy pracując w szkodliwej atmosferze promieni rentgenowskich zasługują na przedłużenie ich urlopów.

Chciałbym zapytać referenta, czy ten — ze wszech miar słuszny (moim zdaniem) — pogląd jest ujęty w oficjalne zarządzenie, obowiązujące w całym kraju i czy zechciałby podać kolegom dokładne dane tego zarządzenia?

JANINA MISIEWICZ

Warszawa

Temat „Poradnia Przeciwgruźlicza i jej miejsce w akcji przeciwgruźliczej“ jest tematem starym, bo liczącym już przeszło pół wieku. Dlaczego dziś został on ponownie wybrany na Zjazd Przeciwgruźliczy?

Temat wybierany na zjazd naukowo-lekarski bywa aktualny albo jako podsumowanie wyników, albo jako nowość, albo staje się aktualny z powodu zrnian, które zaszły w ujęciu dawno znanego zagadnienia.

Ta ostatnia właśnie okoliczność stała się decydująca. Przekształcenia, które zaszły w naszym ustroju gospodarczym i politycznym, okres obecny, okres przejściowy pomiędzy kapitalizmem a socjalizmem zmienił zasadniczo podstawowe wytyczne w organizacji akcji przeciwgruźliczej.

Zmiany ustroju politycznego muszą bezwzględnie zaważyć na zmianie roli poradni przeciwgruźliczej. Jeżeli nie zaważyły dotąd należycie, jeżeli stare nawyki tkwią jeszcze w pracy naszych poradni, to właśnie Zjazd powinien to ujawnić i wytyczyć racjonalny rozwój pracy poradni obecnie i na przyszłość.

Czy znajdujemy te wytyczne w referatach zjazdowych? Dużo zaleceń podanych w referatach ma wartość nieprzemijającą i niezależną od bazy ekonomicznej i politycznej. Z drugiej jednak strony trudno jest dopatrzeć się w tekstach tych referatów wpływu zmiany bazy na nadbudowę, jaką jest akcja przeciwgruźlicza.

Poszczególne elementy pracy poradnianej włączały się stopniowo do czynności poradni zależnie od zapotrzebowania społecznego i stanu wiedzy lekarskiej. W ten sposób dziś ilość tych elementów jest wielka. Nie znaczy to, żeby wszystkie one były jednakowo ważne i aktualne. W referatach nie widzę podkreślenia tej hierarchii poszczególnych prac poradni. Świadomie używam wyraz „prac“ zamiast „zagadnień“ ponieważ, jak uczy doświadczenie, jeżeli program pracy, technika pracy poradni będzie prawidłowo zorganizowana, to rola poradni, a więc jej zadania i cele będą

automatycznie osiągnięte. Otóż tej „techniki“, tego programu jest, zdaniem moim, za mało w referatach zjazdowych.

Jak oceniać pracę poradni, jakich mierników używać? Dzisiejsze sprawozdania poradni nie ujawniają wcale, czy poradnia zna teren, czy dużo wykryła „nowej“ gruźlicy, co uczyniła praktycznie w zakresie profilaktyki. Liczby, na których dotychczas opieraliśmy ocenę pracy poradni, nie pozwalają opiniować rzeczowo. Parę przykładów wyjaśni moją myśl.

Są dwa fetysze w sprawozdaniach poradni: liczba wywiadów i liczba porad.

Większość poradni ma zdaniem władz nadzorujących małą liczbę wywiadów. Na wielu odprawach i konferencjach wytyka się poradniom tę za małą liczbę wywiadów, jak gdyby sama liczba wywiadów była sprawą decydującą... Chodzi przecież o to, jaki jest praktyczny wynik wywiadu, nie zaś kolekcjonowanie wywiadów, których nikt nie czyta i które nie pociągają za sobą żadnych posunięć praktycznych. Zgodziłabym się na mniejszą liczbę wywiadów, gdyby każdy z nich pociągał za sobą realne posunięcia przeciwepidemiczne. Tu wspomnę, że podpisuję się gorąco pod hasłem dr *Szustrowej* w obronie gabinetu lekarza przed nadmiarem niepotrzebnych klientów.

Drugi fetysz — to liczba porad. Zadaniem poradni jest obniżyć umieralność i zapadalność oraz liczbę zakażonych zjadliwym prątkiem gruźliczym wśród ludności podległego jej terenu. Liczba porad nie jest tu żadnym wskaźnikiem. Raczej przeciwnie, racjonalizacja pracy poradni powinna polegać na tym, żeby coraz więcej czasu lekarz i pielęgniarka poświęcali walce z epidemią, nie zaś wyłącznie na „załatwianie“ przewlekłych i najczęściej nieuleczalnych chorych. Liczbę porad można sztucznie zwiększyć bez żadnej korzyści dla chorego i dla akcji przeciwigruźliczej, a raczej ze szkodą. Jako przewodnicząca krajowej grupy specjalistów-ftyzjatrów stwierdzałam wielokrotnie w czasie lustracji, że niektóre poradnie wydają zaświadczenia o niezdolności do pracy z ważnością zaledwie 3-dniową, a po 3 dniach na nowo piszą zaświadczenie na następne 3 dni, choć z góry wiadomo, że ma się do czynienia z nowym obostrzeniem gruźlicy wymagającym uznania niezdolności chorobowej na 4 — 6 tygodni.

W ogóle zagadnienie oceny niezdolności, technika załatwiania przez poradnie nie jest uwzględniona w referatach. A przecież jest to sprawa ważna i poradnie powinny, zachowując w pełni interes chorych, włączyć się w walkę o obniżenie liczby zbytecznych zwolnień nieuzasadnionych klinicznie.

Nie mogę się też w pełni zgodzić z niektórymi тезami referentów. Zadaniem propagandy przeciwigruźliczej ma być, między innymi zdaniem prof. *Hornunga*, rozpowszechnianie następujących założeń:

- 1) gruźlicy można uniknąć,
- 2) gruźlica w porę wykryta jest uleczalna.

Obie tezy z punktu widzenia naukowego budzą zastrzeżenia. Jeżeli można uniknąć gruźlicy, to dlaczego 30% lekarzy zatrudnionych w sanatoriach przyszło tam z gruźlicą? Gruźlicy można uniknąć tylko wówczas, jeżeli nie stykamy się z zakaźnym chorym na gruźlicę, to zaś w naszej obecnej rzeczywistości jest niemożliwe praktycznie.

Gruźlica „w porę“ wykryta może być uleczona, tak, to prawda, lecz zdarza się to raczej rzadko. W materiale np. dr *Margolisowej* widzimy, jak w czasie pobytu w dobrym sanatorium występuje z dnia na dzień rozległa niedodma płucna; więc sanatorium nie „w porę“ rozpoznało gruźlicę? Jeżeli zaś to założenie ma na celu

sugerowanie ogółowi ludzkości tłumnego i częstego zgłaszania się do poradni, to wiemy, że poradnie nie mogą takiej pracy wykonać.

W ogóle zagadnienie propagandy i oświaty sanitarnej do celów przeciwgruźliczych nie jest należycie rozwiązane w kraju i wymaga przede wszystkim szczerości i oparcia na przesłankach naukowych.

Z doświadczenia nabytego w terenie stwierdzam, że wiele poradni w kraju pracuje dobrze i nawet ofiarnie, lecz jednocześnie wiele poradni nie rozumie ani co ma robić, ani jak ma robić. Należy im to podać w postaci podręcznika czy instrukcji omawiającej przede wszystkim technikę pracy poradni.

Żeby obiektywnie móc oceniać istotną wartość pracy poradni należy koniecznie opracować lepsze wzory sprawozdań, ponieważ kontrola wykonania pracy stanowi ważny czynnik w służbie zdrowia.

Można tu przytoczyć wypowiedź *Stalina* na XVII Zjeździe Partii: „Dobrze zorganizowane sprawdzenie wykonania jest to ten reflektor, który pomaga oświetlić stan pracy instytucji w każdym czasie, a jednocześnie ujawnia biurokratyzm. Można z całą pewnością powiedzieć, że $\frac{9}{10}$ niedociągnięć i załamań tłumaczy się brakiem należycie zorganizowanej kontroli wykonania”.

Streszczając: zastosowanie metod racjonalizatorskich usprawni pracę poradni i przyczyni się do przekształcenia ambulatorium dla przewlekłych chorych na gruźlicę, jakim jest dziś większość naszych poradni przeciwgruźliczych, w stacje walki z epidemią gruźlicy, jakimi powinny być wszystkie nasze poradnie przeciwgruźlicze.

Odpowiedź referentów na głosy w dyskusji

Stanisław Hornung (Kraków). Będę starał się odpowiedzieć krótko na niektóre sprawy poruszone przez dyskutantów.

Koledzy *Dobrowolski* i *Zierski* poruszyli sprawę różnic podziału chorych, jakie zaistniały pomiędzy moim referatem a referatem dr *Szustrowej*. Muszę podkreślić, że różnice te są bardzo drobne i nie mają podstaw merytorycznych: chodzi tylko o zmianę kolejności.

Koledzy *Gackowski* i *Węgrzynowski* poruszyli sprawę wartości i znaczenia zakażenia typem bydłęcym u człowieka. Zgadzam się w zupełności z tym, że gruźlica bydła występuje często, ale czy gruźlica bydła ma tak ważne znaczenie w przenoszeniu na człowieka i czy jest gruźlicą najczęstszą? Przedstawiona przez kolegów statystyka zagraniczna niewątpliwie ma znaczenie, prosiłbym jednak o przedstawienie odpowiednich statystyk polskich. Osobiście znam tylko jedno badanie przeprowadzone bardzo dokładnie na terenie Polski przed kilku laty przez ekipę duńską, która zbadała ludność jednego powiatu i wszystkie przypadki podejrzane o gruźlicę w tym powiecie. We wszystkich tych przypadkach pobrano od chorych materiał zakaźny i odesłano do Kopenhagi celem wszechstronnego zbadania. Okazało się, że w przypadkach gruźlicy płuc dorosłych nie znaleziono ani razu prątka typu bydłęcego, natomiast w jednym przypadku gruźlicy kostnej typ ten udało się wykazać. Na blisko 200 przypadków gruźlicy płuc nie znaleziono ani razu typu bydłęcego, a chodziło o ludność zbadaną w powiecie rolniczym, jakim jest Maków Myślenicki. Jeżeli ktośkolwiek wykona badania w tym kierunku i będzie mógł wykazać gruźlicę typu bydłęcego u dorosłych w naszym kraju, to zdanie moje ulegnie zmianie. Tymczasem nie mamy żadnych konkretnych danych świadczących o ważności tego zagadnienia, jeżeli chodzi o gruźlicę płuc. Zgadzam się z prof. *Węgrzynowskim* w sprawie podkre-

ślenia znaczenia szpitali gruźliczych dla akcji przeciwgruźliczej. Następnie odpowiadam dr *Naumanowi*, który wypowiedział kilka dość oryginalnych poglądów, nie popartych badaniami własnymi, bez podania konkretnych wskazań czy rad. Kol. *Nauman* podaje w wątpliwość wartość sloganu, że gruźlica jest najczęstszą chorobą wieku młodego, nie zaś dziecięcego. W tej sprawie należy odesłać kol. *Naumana* do rocznika statystycznego polskiego i publikacji międzynarodowych, gdzie ponad wszelką wątpliwość zostało to stwierdzone. Również dr *Nauman* odbiega od rocznika statystycznego twierdząc, że w wieku starszym ponad 30 lat na pierwszy plan przed gruźlicą wysuwają się inne schorzenia. Dalej kol. *Nauman* mówi, że poradnie leczą zbyt mało, a inne głosy w dyskusji raczej stwierdziły coś przeciwnego. Dziś, jak wiemy, nasze poradnie są przede wszystkim ambulatoriami, które badają i leczą, a nie prowadzą w sposób szeroko zakreślony akcji zapobiegawczej. Są nawet takie, które jedynie prowadzą czynność leczniczą. Więc postulat, żeby jeszcze więcej leczyły, jest zdaje się w tej chwili niepotrzebny. Dalej kol. *Nauman* mówi o konieczności zmiany struktury organizacyjnej naszych poradni. Nie mogłem się jednak z tych wypowiedzi dowiedzieć, na czym ta zmiana struktury miałaby polegać i o jakie zmiany chodzi kol. *Naumanowi*. Jeżeli chodzi o przepalanie zrostów w każdej poradni, to kol. *Nauman* twierdzi, że zagadnienie to zostało opuszczone w referatach. Znając stan faktyczny naszych poradni wiemy, że jeżeli większość naszych poradni będzie rozporządzała w najbliższym czasie choćby tylko kilkoma łózkami, gdzie będzie można założyć odmě, będzie to już bardzo dobrze, ale wymagać, żeby w każdej poradni powiatowej przepalano zrosty (gdy każda poradnia przeciętnie posiada 20 łóżek) zdaje mi się w obecnym stanie rozwojowym naszej akcji przeciwgruźliczej za przedwczesne. Proszę pamiętać też o tym, że istnieją większe oddziały szpitalne, a nawet sanatoria, w których dziś nie ma jeszcze przepalania czy to z braku aparatury, czy z innych powodów.

Teraz zagadnienie wprowadzania do poradni określenia gruźlicy otwartej czy zakaźnej — powiada kolega, że to jest niepotrzebne. Mnie się wydaje, że nie ma kierownika poradni, który by nie opierał swojej akcji właśnie na zwalczaniu wszystkich przypadków gruźlicy otwartej i zakaźnej.

Sprawa przyjmowania samych zgłaszających się w poradniach — otóż tutaj ta sprawa powinna być traktowana jako otwarta. Jest rzeczą jasną, że poradnie są przeznaczone pracą i należy dążyć do tego, żeby z czasem przyjmowały one tylko chorych kierowanych przez innych lekarzy, ale będzie to możliwe, tak jak to jest w Związku Radzieckim, i u nas, gdy każde ambulatorium internistyczne będzie mogło chorego prześwietlić. Jak wiemy, w terenie, w powiatach rolniczych istnieją aparaty rentgenowskie jedynie w poradniach przeciwgruźliczych i nie ma mowy, żeby ten lekarz, który pierwszy dostaje chorego, mógł przeprowadzić wszystkie badania i chorych na gruźlicę przesłać do poradni.

Zagadnienie rehabilitacji jest niezwykle ważne i co do tego uznajemy wszyscy, że jesteśmy pełni podziwu dla zapału kol. *Naumana*, ale tworzenie specjalnych jakichś komórek w każdej poradni w obecnym stadium rozwoju poradni uznaję za przedwczesne.

Co do rokowania w gruźlicy otwartej — to w dyskusji wypowiedziano dwa zupełnie przeciwne zdania. Prof. *Misiewicz* twierdzi, że stosując słowa kol. *Naumana*, zajmuję stanowisko jeszcze bardziej pesymistyczne. Kol. *Nauman*, opierając się na badaniach klasycznych podaje, że 88 spośród 100 chorych na gruźlicę otwartą umiera po 10 latach. Szkoda, że nie przedstawił poglądu innych autorów czy doświadczeń własnych, które pokrywałyby się z poglądami ogólnie przyjętymi w sprawie tego zagadnienia.

Kol. Trószczyński słusznie podkreślił, że poradnie terenowe powinny zajmować się prowadzeniem chorych i być jedynie instytucją, kierującą chorych do szpitali czy regionalnego sanatorium. Zagadnienie izolatoriów nie należy do dzisiejszego naszego tematu.

Pragnę zwrócić uwagę i podkreślam, że w referacie moim nie było poruszone wyczerpująco zagadnienie metodyczne, ponieważ jest ono tematem pracy specjalnej, umieszczonej w planie Instytutu Gruźlicy, i przeprowadzane jest w dziale terenowym Instytutu Gruźlicy.

Kończąc, chciałem stwierdzić, że wiele trudności i przeszkód widzę w chwili obecnej co do możliwości właściwego prowadzenia poradni, ale już te możliwości, które mamy dziś do dyspozycji, napędzają nas optymizmem i entuzjazmem w akcji zwalczania gruźlicy jako klęski społecznej.

Maria Dworzaczek (Warszawa). Przed 20 laty, kiedy rozpoczęłam pracę w poradnictwie przeciwgruźliczym, to wówczas uważano za dobrą taką poradnię przeciwgruźliczą, która miała jak najwięcej przypadków gruźlicy otwartej. Obecnie dochodzimy do takiego okresu, kiedy za dobrą uważa się taką poradnię, która ma jak najwięcej przypadków wczesnych. Chciałabym dożyć jeszcze drugiego okresu następnego 20-lecia, żeby poradnie przeciwgruźlicze miały tylko wczesne przypadki gruźlicy, natomiast cała akcja poradni rejonowych opierałaby się na akcji zapobiegawczej.

Jadwiga Szustrowa (Łódź). Zdaje się, że kontrowersje, jakie istnieją, wynikają z tego, że chcielibyśmy mieć słuszne wskazówki w terenie, każdy chciałby wiedzieć, jak ma pracować i dlatego są zapytania i różnice. Można by na ten temat mówić wiele, ale gdyby koledzy byli tutaj na naszym miejscu, byłoby to samo.

Co do meritum sprawy, nie mogę się zgodzić z kol. Zierskim, że kontakty dają najwięcej wczesnych schorzeń. Zagadnienie to zostało zbadane na terenie Łodzi i ku wielkiemu naszemu zdumieniu okazało się, o czym dobrze wie cały nasz personel, że bardzo mały odsetek chorych ze zmianami wczesnymi zgłosił się w ciągu roku do poradni z kontaktów, a największy odsetek dały postaci u osobników tzw. złe czujających się, których kierowali koledzy z innych rejonów i okazało się, że chorzy tej kategorii cierpią na gruźlicę. Co do terminu „otwarty“ uważam, że klasyfikacja Związku Radzieckiego rozróżniania podstawy epidemiologicznej uwzględnia wszystkie postaci i nie muszą one być podkreślane, czy są otwarte, czy zamknięte. Przypuszczam, że wynika to z ujęcia epidemiologicznego spraw w Związku Radzieckim. My u siebie staramy się w tej chwili więcej zająć chorym, o którym nie wiemy, czy cierpi na gruźlicę otwartą, albo tym chorym, który zarejestrowany jest w poradni jako zaraźliwy. Nazwa *IB* jest właściwa i ta kategoria powinna być ciągle przez nas obserwowana, gdyż w tej grupie zjawiają się chorzy zaraźliwi. Rozumiem trudności terenu, że jest bardzo wiele braków i braki te ujęte są w zestawieniu, które będziemy mogli przedstawić kolegom, przypuszczając, że zestawienie nasze zadowoli prawie wszystkich.

Podsumowanie wyników obrad IV dnia Zjazdu

Michał Telatycki: Obrady nad bardzo ważnym tematem, tematem społecznym, dobiegły końca. Poczuję się do obowiązku podsumowania wyniku obrad z podkreśleniem pewnych rzeczy, które w dyskusji zostały poruszone. Na wstępie podkreślić pragnę, że uważny słuchacz dzisiejszego posiedzenia mógł tak i tak stwierdzić brak zasadniczych niezgodności między poszczególnymi referentami i dyskutantami na temat „jaka po-

winna być poradnia“, a pewne może różnice zdań dotyczą tych rad, których zebranie nam udzieliło. Jak usunąć trudności, które przeszkadzają, żeby poradnie stanęły na właściwym poziomie? Istnieją rozbieżności co do tej części dyskusji, która mówiąc ściśle, może nie była na temat, gdyż nie mówiliśmy o rolach i zadaniach, ale występowaliśmy raczej w roli lekarzy biorących udział w konsylium nad chorym; każdy ma inne podejście, każdy daje inne rady, a celem wszystkich jest przywrócenie choremu zdrowia jak najszybciej. Wiemy doskonale, że poradnie chorują na anemię i sądzę, że każda z rad udzielonych tutaj miała swoje uzasadnienie i co najważniejsze, wierzę w to, że wszystkie rady były życzliwe i ciekawym uchem wysłuchane przez przedstawicieli resortu Ministerstwa Zdrowia, przedstawicieli Związków Zawodowych, przedstawicieli Partii, gdyż w ich mocy jest pomóc naszym zadaniom.

Przez referenta głównego poruszone były bardzo ważne sprawy, a mianowicie zapowiedź Ministerstwa Zdrowia częściowej realizacji prawnego powiązania personelu poradni i szpitali w oddziale gruźliczym szpitali terenowych. Wiemy, ile jest przeszkód na drodze do osiągnięcia tego celu, jednak krok pierwszy został zrobiony w postaci podania terminów, w jakich realizacja tego zagadnienia będzie osiągnięta.

Dlaczego nie było niezgodności co do tego ideału, jaki sobie wyobrażano dla centralnej i terenowej poradni przeciwgruźliczej?

Nie przypadkowo musimy sobie powiedzieć, że obraz ideału poradni społecznej namalowany został przed lat dziesiątkami przez naszych poprzedników, społeczników lekarzy polskich i nielekarzy, którzy marzyli o tym, aby leczenie i zapobieganie gruźlicy nie było tylko domeną grupy elitarnej, ale żeby stało się zdobyczą ogółu świata pracy.

Dlatego, mniemam, nie ma żadnych różnic co do tego, jaka powinna być poradnia. Jeżeli mówimy o tym, to dlatego, że zmiany ekonomiczne i społeczne dzisiaj dopiero w większej mierze niż kiedykolwiek w historii umożliwiły realizację planów tego ideału, gdyż nastawienie na ochronę zdrowia mas pracujących nigdy nie było tak życzliwe, bardziej sprzyjające, niż obecnie. Podkreślam wyjątkowo aktualny postulat referenta głównego o tworzeniu poradni przyzakładowych, które obsługiwałyby duże warsztaty pracy gromadzące masy robotników, którzy nie mogą być narażeni na odchodzenie z pracy i szukanie pomocy w poradni, a muszą tu właśnie, gdzie pracują, mieć poradnię w pełni fachową i w pełni wystarczającą.

Witam również postulat prof. *Hornunga* o jak najszybsze utworzenie Komitetu Współpracy z czynnikami społecznymi, niekoniecznie lekarskimi, z przedstawicielami Związków Zawodowych, o ile chodzi o poradnie terenowe przeciwgruźlicze z przedstawicielami większych zakładów pracy. Współpraca ta będzie niezwykle piękna szczególnie na tym odcinku, co do którego kol. *Dworzaczek* słusznie podkreśliła jako obowiązek zarówno poradni centralnej, jak i terenowych, aby poradnie przeciwgruźlicze zajęły się bezpośrednio uzyskiwaniem pracy dla ozdowieńców po gruźlicy. Współpraca ta na terenie zakładu, w poradni przeciwgruźliczej z czynnikami społecznymi ma bardzo doniosłą rolę i znaczenie. Wreszcie kilku referentów poruszyło sprawę klasyfikacji chorych poradni przeciwgruźliczej. Jest to bolączka nasza i nie chciałbym nikogo tutaj urazić, ale nie ulega wątpliwości, że jest ona spowodowana dotychczasowym kla-

syfikowaniem; sprawa klasyfikowania, ewidencji czy też segregacja czysto biurowa nam nie odpowiada, a co gorsza, nie daje nam obrazu nie tylko w skali państwowej, ale nawet w skali poszczególnych województw o stanie chorobowości. Uważam jednak, że nawet wzór nieidealny, który trwał od 5 lat, jeżeli chodzi o podział na 5 klas, był lepszy, niż próby zmian wprowadzane co pół roku, które nam nie tylko uniemożliwiają sprawdzanie, ale dezorganizują nauczanie pielęgniarek tej pracy i ich kontrolowanie.

Jeden ze specjalistów w dziedzinie badań publicznej ochrony zdrowia wysunął postulat, że ewidencja poradni przeciwgruźliczej i sprawozdawczość powinny być takie, by w każdej chwili, o każdej porze dnia można było dowiedzieć się, ilu chorych zaraźliwych jest w danym obwodzie. Otóż, jako konsultant placówek przeciwgruźliczych muszę powiedzieć, że od 1949 r., tj. od eksperymentów nad sprawozdawczością, niestety w żadnej poradni w ciągu godziny, a nawet 2 godzin nie można się o tym dowiedzieć. Dlatego postulatem naszym jest, żeby opracować wzory trwalsze, nie idealne, ale w każdym razie uwidaczniające sposób klasyfikowania.

Jeżeli chodzi o zagadnienie readaptacji na szczeblu centralnej wojewódzkiej poradni przeciwgruźliczej, to postulat ten był poruszony przez kol. Dworzaczek i Naumana i podpisują się pod nim — mam wrażenie — wszyscy. Nie podobna zostawić własnemu losowi chorego, który naszym wysiłkiem organizacyjnym i dużym wysiłkiem finansowym Państwa odzyskał zdrowie przynajmniej na tyle, że może pracować, a błąka się od jednego warsztatu pracy do drugiego, a co gorsza, uzyskuje pracę w warunkach jakże często niewłaściwych dla siebie. Kto ma wkroczyć w usprawnienie tego zagadnienia, jeżeli nie lekarze specjaliści, pracujący w poradni przeciwgruźliczej, jeżeli nie lekarze poradni rejonowej czy centralnej? Jasną przecież jest rzeczą, że zagadnieniem tym zajmie się Instytut Gruźlicy i poda projekt Ministerstwu Zdrowia, żeby rozszerzyć możliwości centralnych wojewódzkich poradni pośredniczenia przy umieszczaniu ozdrowieńców w pracy produkcyjnej i w przełamywaniu wstrętu do nowego zawodu.

Kol. Ziarski bardzo słusznie podkreślił konieczność ujednolicenia pracy poradni w całym kraju i ujednolicenia metodyki badań odczynów tuberkulinowych, szczególnie przed szczepieniem i po szczepieniu BCG.

Kol. Węgrzynowski również słusznie podkreślił konieczność tępienia gruźlicy wśród bydła, co moim zdaniem nie jest do zbagatelizowania, mimo oporu ze strony kol. Hornunga.

Bardzo słusznie podniesiono niezwykle aktualną sprawę powiększenia etatów stypendialnych dla specjalizujących się w gruźlicy. Przecież tu chodzi o zagadnienie kadr. Wiemy wszyscy, że jeżeli istnieją usterki w pracy poradni, to przede wszystkim na skutek niedoboru kadrowego, jesteśmy świadkami redukcji etatów asystenckich w klinikach gruźlicy i nie wiadomo dlaczego cofa się stypendia na specjalizację i redukuje się godziny wykładowe. Załatwienie tej sprawy ułatwi akcję przeciwgruźliczą i jako uczestnicy Zjazdu w sposób najbardziej delikatny poprosimy przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o załatwienie tej sprawy.

Kol. Trószczyński, Marczak i m. in. ja podkreśliłiśmy konieczność utrzymania, a nawet przedłużenia urlopów dla personelu przeciwgruźliczego. Przyznaję, że jest dla mnie rzeczą niezrozumiałą, dlaczego taki stan istnieje, żeby w szpitalach przeciwgruźliczych i klinikach personel obsługujący

właśnie zaraźliwie chorych, ścielący im łóżka, miał tylko 2 tygodnie urlopu w ciągu roku. Powtarzam, że tu nie chodzi o żadne przywileje, a o higienę pracy, a nikt, tak jak my, nie jest powołany do tego, żeby nie tylko przypominać się, ale krzyczeć o przedłużenie urlopów. Musimy prosić władze, żeby ze względu na higienę pracy pracowników służby zdrowia na odcinkach zagrożonych gruźlicą przysługiwał dodatek przeciwgruźliczy i dodatkowe urlopy. W dziedzinie dodatków podwyższenie przynajmniej o 40%, a w dziedzinie urlopowej przedłużenie o 1 tydzień dla ogółu pracowników służby zdrowia stykających się z gruźlicą. Chodzi tu o zapobieżenie odpływowi pracowników z poradni i szpitali przeciwgruźliczych. W lecznictwie otwartym służby zdrowia wprowadzono obecnie 30% dodatek, o czym mówiono, i jeżeli dodatek ten otrzymuje i chirurgia, i ambulatorium neurologiczne, to ten sam dodatek otrzymuje i ftyzjatra. W ten sposób właściwie pracownicy gruźlicy w lecznictwie otwartym mają tylko 10% dodatku i dlatego pracownik idealnie pracujący, mając do wyboru tylko 10% dodatku, zawsze będzie uciekał z tych miejsc zagrożonych. Chcemy prosić o to, żeby zdystansowana została równorzędna praca na odpowiednich stanowiskach placówek przeciwgruźl., zagrożonych zakażeniem, o 40% w stosunku do pracowników niezagrażonych zakażeniem.

Kol. *Dobrowolski* najsluszniej przestrzega przed zbytnim optymizmem. Otrzymujemy wprawdzie niezbyt ściśle rejestry chorych, ale na podstawie obserwacji można stwierdzić, że gruźlica w Polsce bardzo się obniżyła. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że gruźlicy jest mniej, że zgonów jest mniej.

Kol. *Markert* w sposób zupełnie słuszny podkreślił, że musimy dążyć do większego niż dotychczas wyzyskania materiału badań masowych i sądzę, że będzie to przedmiotem obrad Instytutu Gruźlicy, gdyż postulat jest słuszny.

Kończąc przemówienie pragnę, jak powiedziałem na wstępie, wyrazić wiarę w to, że przynajmniej większość naszych dzisiejszych dezyderatów będzie wysłuchana życzliwie przez czynniki decydujące i że już w najbliższych latach odczujemy dużą ulgę na tych odcinkach.

Przemówienie przewodnika pracy Wiktora Wąsika

Górnicy polscy przynoszą Wam, lekarzom, obradującym na X Ogólnopolskim Zjeździe Przeciwgruźliczym proletariackie pozdrowienia. Wdzięczni Wam jesteśmy za opiekę, jaką otaczacie nas i nasze rodziny. Dzięki opiece naszego Rządu, jaką otacza Was, lekarzy, Wasza nauka rozwija się i dochodzi do coraz większej doskonałości zawodowej, co przyczyni się do lepszego zwalczania chorobowości w naszym społeczeństwie.

My, górnicy, wydobywamy „czarne złoto”, tzw. „chleb dla przemysłu”, jak powiedział tow. *Stalin*. Wy natomiast przez swoją naukę i wiedzę podnosicie zdrowotność naszego narodu. Łączy nas wszystkich pracujących jeden cel, jedna idea — budowanie socjalizmu w Polsce i utrwalenie pokoju. Jesteśmy pewni zwycięstwa, bo złączeni w Narodowym Froncie pod przewodnictwem Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej zwyciężymy, gdyż mamy braterską pomoc wielkiego Kraju Rad i krajów demokracji ludowej.

Naszą pokojową pracą pokrzyżujemy plany podżegaczy wojennych i pod sztandarem pokoju, wielkiego *Stalina* — zwyciężymy.

ZAKOŃCZENIE ZJAZDU

W wyniku prac Komisji Wniosków, uzgodnionych z Prezydium Zjazdu, przyjęto następujące

U C H W A Ł Y

1. Zjazd Przeciwgruźliczy występuje do Prezydium Rady Ministrów o ustalenie przepisów prawnych, umożliwiających rozszerzenie akcji przeciwgruźliczej na teren przemysłu. Zorganizowanie i zrationalizowanie zatrudnienia chorych na gruźlicę w przemyśle, uniemożliwienie zwalniania z pracy chorych na gruźlicę zdolnych do pracy oraz umożliwienie izolacji przymusowej osobników społecznych chorych na gruźlicę, celem ochrony ich dzieci przed zakażeniem.

2. Zjazd stwierdza konieczność przeznaczenia znacznie większej niż dotychczas liczby łóżek dla przewlekłych chorych, zaraźliwych dla otoczenia, i tworzenia tych łóżek w zakładach dla dorosłych na szczeblu powiatu, a dla dzieci na szczeblu wojewódzkim.

3. Zjazd uważa za konieczne tworzenie w każdym powiecie oddziału szpitalno-sanatoryjnego powiązanego z poradnią powiatową i izolacji chorych na gruźlicę.

4. Wobec tworzenia licznych szkół w zespołach sanatoryjnych dziecięcych, konieczne jest wypracowanie przez Ministerstwo Oświaty i Ministerstwo Zdrowia specjalnego programu nauczania, dostosowanego do możliwości dziecka chorego na gruźlicę.

5. Zjazd uważa za konieczne utworzenie zakładów izolacyjnych dla noworodków, niemowląt i dzieci szczepionych, pochodzących z czynnych środowisk gruźliczych.

6. Zjazd stwierdza konieczność włączenia zakładów zwanych prewentyoriami do arsenału walki z gruźlicą i ścisłego związania ich z sanatorium w jednym departamencie walki z gruźlicą.

7. Zjazd stwierdza konieczność utworzenia specjalnych zakładów sanatoryjnych i prewentyjnych dla młodocianych w wieku od 14 do 21 roku życia.

8. Zjazd stwierdza konieczność przyspieszenia zorganizowania działu gruźlicy kostno-stawowej przy Centralnych Poradniach (gdzie to jeszcze nie zostało utworzone) oraz zwiększenia liczby łóżek sanatoryjnych dla chorych na gruźlicę kostno-stawową.

9. Zjazd stwierdza, że konieczne jest przyswojenie minimum wiedzy ftyzjatrycznej przez ogół lekarzy, a zwłaszcza przez lekarzy leczenia otwartego. Należy niezwłocznie opracować program tego minimum, a następnie masowo doszkalać ogół lekarzy w zakresie wiedzy ftyzjatrycznej.

10. W większych zakładach leczenia gruźlicy należy tworzyć pełnowartościowe pracownie mikrobiologiczne. Zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą, aby w programach katedr mikrobiologii uwzględnione zostało szersze ujęcie bakteriologii gruźlicy.

11. Celem zachęcenia studentów medycyny do wybierania ftyzjatrii jako przyszłej specjalności lekarskiej należy kierować ich na praktykę wakacyjną również do dobrze prowadzonych sanatoriów gruźliczych, zaliczając tę praktykę jako internistyczną.

12. Studenci i absolwenci medycyny, którzy przed uzyskaniem dyplomu lekarza pracują w instytucjach przeciwgruźliczych, po uzyskaniu dyplomu powinni być kierowani przez Komisję Przydziału Pracy przede wszystkim do instytucji przeciwgruźliczych, gdyż w ten sposób okres konieczny do uzyskania specjalizacji zostanie skrócony.

13. Zjazd uważa za wskazane stworzenie kursów dla młodszych pielęgniarzek, przeznaczonych do pracy tylko w zakładach przeciwgruźliczych.

14. Zjazd uważa za konieczne powiększyć liczbę miejsc w prewentiach dla dzieci najmłodszych i młodocianych.

15. Zjazd uważa, że w zakładach przemysłowych narażających na niebezpieczeństwo pylicy nie powinni pracować chorzy na gruźlicę.

16. Ze względu na dotkliwy brak lekarzy specjalistów w zakresie gruźlicy dziecięcej należy stworzyć przynajmniej jedną klinikę gruźlicy dziecięcej celem szkolenia lekarzy i studentów w tej dziedzinie.

17. Dla pogłębienia i rozpracowania zagadnienia dziecka w wydziale walki z gruźlicą należy stworzyć stanowisko konsultanta ftyzjatrii z ramienia Departamentu Opieki nad Matką i Dzieckiem.

18. Zjazd stwierdza, że rozkład urlopowy i plan pracy w zakładach przeciwgruźliczych musi być uzgadniany z Dyrektorem Centralnej Poradni danego okręgu, jako odpowiedzialnym za wykonanie planu akcji.

19. Zjazd zwraca się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą, aby godziny pracy obowiązującej dla ftyzjatrów ustalone zostały analogicznie do pracy radiologów na pięć godzin z zachowaniem stawki płac za pełny etat lekarza ftyzjatrii, motywując to tym, że ftyzjatrzy pracują jednocześnie przy aparatach Roentgena, a poza tym narażeni są na ciągłą pracę w atmosferze żywych bakterii gruźlicy.

20. Personel lekarsko-pielęgniarski pracujący w instytucjach przeciwgruźliczych pełną normę dzienną powinien korzystać z dodatkowego urlopu wypoczynkowego, wynoszącego 12 dni roboczych.

21. Zjazd uważa za konieczne przeznaczenie pewnej liczby żłobków stałych dla dzieci z otoczenia gruźliczego, nie szczepionych i z odczynem tuberkulinowym ujemnym.

Ustalenie terminu i miejsca następnego Zjazdu

Doc. Jan Stopczyk podał, że termin następnego Zjazdu Przeciwgruźliczego wyznaczony został na pierwszą połowę września 1953 roku. Zjazd odbędzie się w Gdańsku.

Na Walnym Zebraniu w dniu 30 sierpnia 1951 roku ustalone zostały dla przyszłego Zjazdu następujące tematy:

1. Temat biologiczny — Technika badań bakteriologicznych w rozpoznawaniu gruźlicy.
2. Temat kliniczny — Różnice i podobieństwa gruźlicy u dzieci i dorosłych.
3. Temat społeczny — Fluorografia w walce z gruźlicą.
4. Referaty na temat dowolny.

Przewodnicząca Zjazdu prof. Janina Misiewicz podaje zebranim, że decyzja co do terminu, miejsca i tematyki Zjazdu obowiązuje fakultatywnie, a więc, jeżeli zajdą przeszkody niezależne od nas, Zjazd może się odbyć nie w miejscu podanym albo o innej tematyce, a sprawę tę rozstrzygnie Zarząd Główny bez zwoływania Walnego Zebrania Towarzystwa. Oświadczenie to zostaje przyjęte przez aklamację.

ZAMKNIĘCIE ZJAZDU

**Przemówienie Przewodniczącego Zjazdu
prof. dr Janiny Misiewicz**

Oceniając Zjazd należy mówić o jego stronie naukowej i o jego organizacji.

Pierwszym punktem Zjazdu był I Kongres Nauki Polskiej. Było to podkreśleniem naukowego charakteru Zjazdu i konieczności oparcia pracy praktycznej na podstawach naukowych.

Dalej, nową cechą tego Zjazdu były niedostateczne może jeszcze, lecz już wyraźne próby stosowania zasad materializmu dialektycznego do teorii i praktyki we ftызjatrii. Należy życzyć i spodziewać się, że na następnym Zjeździe ta cecha naszych rozważań zostanie rozwinięta i przepełni referaty zjazdowe.

Wyraźnie zaznaczone było także zainteresowanie osiągnięciami nauki radzieckiej zarówno w referatach, jak i w dyskusji. W referatach dotyczących roli poradni przeciwgruźliczej podkreślano konieczność wzorowania naszej organizacji przeciwgruźliczej na organizacji istniejącej w Związku Radzieckim.

Na Zjeździe obecnym, po raz pierwszy w historii zjazdów, Rząd przedstawił swój projekt Planu 6-letniego w zakresie zwalczania gruźlicy, podając go krytyce Zjazdu. To sięganie do opinii fachowców jest wyrazem postępu, jest zachowaniem zasad demokratycznych, a zarazem jest wyrazem tego, jak wielką wagę przypisuje Ministerstwo Zdrowia akcji zwalczania gruźlicy.

Wypowiedzi członków Zjazdu dopełniły referat oficjalny, a podstawy planu rządowego znalazły uznanie Zjazdu. Obok tego w dyskusji zaznaczyła się chęć i wola wykonania i przekroczenia tego planu.

Ważnym punktem w 6-letnim Planie jest podkreślenie konieczności większego związania lekarza poradni z tą placówką przez zatrudnienie go nie na 2—3 godziny dziennie, lecz na 5 godzin, co pozwoliłoby obarczyć go większą odpowiedzialnością za całość pracy poradni.

Temat biologiczny — Immunologia prątka gruźliczego — na pozór wydaje się oderwany od życia: badanie właściwości antygenowych rozmaitych składników prątka — to przecież prace laboratoryjne. Należy jednak zdać sobie sprawę, że poszukiwanie antygeny, który by mógł być użyty zamiast żywej szczepionki, aby pobudzić ustrój do wytwarzania przeciwciał — byłoby dużym osiągnięciem.

Dlatego referat był nie tylko streszczeniem poglądowym, lecz podawał także dorobek nauki polskiej.

Referaty z pracowni syntezy organicznej leków przeciwgruźliczych utrzymywanej przez Instytut Gruźlicy, a kierowanej przez profesora *Tadeusza Urbańskiego*, są wyrazem dążenia do znalezienia możliwości otrzymania własnego krajowego leku przeciwgruźliczego. Wyniki osiągnięte dotychczas pozwalają mieć nadzieję na otrzymanie takiego leku.

W III dniu Zjazdu w wypowiedziach licznych mówców wnioski były na ogół zgodne: metody kolapsoterapii zachowują swoją pozycję w leczeniu gruźlicy płuc. Jednocześnie podkreślono niedostatecznie ściśle ustalenie wskazań do wytwarzania i nie dość staranne prowadzenie odmy opłucnej, co przyczynia się do pozornej dyskryminacji metody.

Obok tego słyszeliśmy, w jak wielu ośrodkach jest stosowany zabieg przecinania zrostów opłucnowych. Jeżeli przypomnimy sobie stan z okresu Zjazdu we Wrocławiu w r. 1947, to uświadomimy sobie, jak duży postęp osiągnięto w tej dziedzinie.

Liczba oddziałów torakochirurgicznych wzrosła również znacznie i są one rozmieszczone w kraju tak, że każdy chory może mieć wykonaną plastykę czy odnę zewnątrzpłucnową.

Zabieg odmy zewnątrzpłucnowej jest coraz częściej wykonywany — zaznacza się więc postęp w tej dziedzinie, i to zarówno co do ilości operacji, jak i jakości wyników.

Co się tyczy streptomycyny, to zarówno z referatów, jak i dyskusji widać było szerokie zrozumienie roli tego antybiotyku w leczeniu gruźlicy wraz ze wszystkimi zastrzeżeniami, które wysuwa zdobyte doświadczenie.

Obrady ostatniego dnia wykazały raczej troskę o należytą organizację pracy poradni przeciwgruźliczych, niż jasno sprecyzowane i jednolicie ujęte sprawozdanie z osiągniętych doświadczeń i wyników, z wyjątkiem referatu dr *Szustrowej*.

Obrady te wykazały konieczność ujęcia całości pracy poradni w ramy praktycznych instrukcji dotyczących techniki pracy kierownika poradni, lekarzy i pielęgniarek. Podręcznik taki jest opracowywany już przez zespół specjalistów w Instytucie Gruźlicy.

Przechodząc do wrażeń ogólnych należy podkreślić dużą liczbę uczestników, a zwłaszcza liczny udział młodych lekarzy, którzy zaczęli pracować w akcji przeciwgruźliczej już po wojnie. Należy tu przypomnieć, że w Polsce przedwrześniowej każdy uczestnik pokrywał z własnej kieszeni koszty udziału w Zjeździe, co stanowiło przeszkodę dla młodych lekarzy. Dziś okólnik Ministerstwa Zdrowia zaleca pracodawcy pokryć koszty uczestnictwa w zjazdach naukowych. Jest to duże ułatwienie, korzystne dla powodzenia Zjazdu. Udział młodych lekarzy był nie tylko bierny, lecz i czynny — wielu z nich zabierało głos, a poziom ich dyskusji był wysoki. Jest to fakt niezmiernie pozytywny. Nie wątpimy, że młodzi ftyzjatrzy potrafią nie tylko utrzymać najlepsze tradycje postępowej nauki polskiej, lecz i pójść naprzód.

Na Zjeździe podkreślano często rolę Instytutu Gruźlicy w organizowaniu walki z gruźlicą opartej o badania naukowe. Fakt ten z jednej strony obciąża Instytut dużymi obowiązkami, lecz z drugiej strony będzie bodźcem dla Instytutu do uczynienia największego wysiłku, aby sprostać swym zadaniom.

Przekształcenie Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą w Polskie Towarzystwo Ftyzjatryczne jest krokiem naprzód w historii naszego Towarzystwa Naukowego. Nowy statut daje jasne ramy organizacyjne i wyraźnie wytycza cele i zadania Towarzystwa.

Zadania te są obszerne i przewidują konieczność dużego wysiłku ze strony zarządu i członków Towarzystwa, żeby je wykonać. Majowy zjazd delegatów oddziałów Towarzystwa wykazał już jednak wolę uczynienia tego wysiłku i nakreślił plan pracy Towarzystwa.

Zjazd odbywa się na Śląsku, w tej dzielnicy Polski, która zdobyła szeroką sławę pracy górników, hutników, pracy robotników wspólnie z pracą inteligencji technicznej i naukowców. Oni to wykultuwają dobrobyt kraju, im przypadło w udziale wykonywać podstawowe zadania Planu 6-letniego. Widzimy jasno, jak wielki wysiłek czyni robotnik dla Polski Ludowej, a w tym i dla dobra nauki polskiej.

Zjazd podkreślił konieczność związania teorii z praktyką; uznał jednocześnie, że nauka służy u nas społeczeństwu, a osiągnięcia nauki muszą być wprowadzane do praktyki dla dobra mas pracujących. W wyrazem tego jest między innymi wybranie na przyszły Zjazd takich tematów, których opracowanie da wyniki praktyczne.

W Zjeździe naszym po raz pierwszy w historii zjazdów przysiliśmy do Prezydium Otwarcia Zjazdu przedstawicieli miejscowego społeczeństwa oraz robotników-przodowników pracy.

Usłyszeliśmy tu głos przedstawiciela robotników-górników, jakże ważny, jakże cenny — podkreślający związek pracy i nauki, wyrażający zaufanie do lekarzy.

W imieniu całego Zjazdu odpowiadam, że lekarze ftyzjatrzy nie zawiodą tego zaufania oddając całą swą wiedzę i całą swoją pracę na podniesienie zdrowotności mas pracujących.

Wybór miejsca Zjazdu na Śląsku był podkreśleniem tej uwagi, która zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i ogół ftyzjatrów poświęca zdrowotności Śląska. Wyrazem tego jest oddanie wszystkim łóżek gruźliczych dla Śląska.

Zorganizowanie tak liczego Zjazdu, zakwaterowanie i wyżywienie dla około 830 osób jest to zadanie trudne w tej pracowitej i przeludnionej dzielnicy.

Swierdzamy, że Komitet Miejskowy, a zwłaszcza przewodniczący dr Henryk Lissowski przełamał wszystkie trudności i w imieniu Zjazdu wyrażam mu serdeczne podziękowanie. Dziękujemy wszystkim, którzy pomogli zorganizować ten Zjazd, a więc Przewodniczącemu Rady Narodowej, Akademii Medycznej, Instytucjom, które użyczły samochodów, pracownikom, którzy obsługiwali Zjazd. Dziękujemy także referentom, koreferentom i wszystkim kolegom, którzy zabierali głos w dyskusji. Osobne podziękowanie należy się kolegom z zaprzyjaźnionych z nami krajów. Ich przyjazd jest wyrazem naszego wspólnego dążenia do nawiązania współpracy naukowej.

Dziękujemy tym wszystkim, których nie wymieniam, z imienia, czy funkcji, ponieważ liczba osób, którym należy się podziękowanie, jest tak wielka, że nie mam pewności, czy nie opuściłam bezwiednie kogoś — prosząc o wybaczenie, jeśli tak było.

Wyrażam nadzieję, że Zjazd następny w Gdanskim będzie zorganizowany jeszcze lepiej i tym życzeniem zamykam Zjazd.

SPIS ALFABETYCZNY I ADRESOWY UCZESTNIKÓW
X OGÓLNOPOLSKIEGO ZJAZDU PRZECIWGRUŻLICZEGO
W ROKITNICY — BYTOMIU

(sporządzony według wykazu podanego przez Komitet Miejscowy Zjazdu)

- Adamowiczowa Stanisława, lek., kier.
Oddz. St. P. S. Warszawa.
- Akslerowa Anna, lek., asyst. Instytutu
Gruźlicy, Warszawa, Jarosława Dą-
browskiego 84/90.
- Aleksandrowicz J., prof., kier. III Klin.
Chor. Wewn. Kraków, Kopernika 17.
- Alkiewicz Tadeusz, rentgenolog, Ra-
domsko, Szpital Powiatowy.
- Armeński Władysław, lek., kier. Po-
radni Przeciwgruźliczej, Prudnik,
Rynek 40.
- Bagdasarian Grzegorz, doc., kier. oddz.
Inst. Gruźlicy, Warszawa, Płocka 26.
- Balk Anatoliusz, lek., ord. oddz. gruźli-
czego, Szczecin, M. Buczka 15.
- Bańkowski Mirosław, lek., st. asyst.
I Kliniki, Łódź, Jaracza 36.
- Baranowicz Paweł, lek., ord. oddz. chi-
rurg., Łódź, Brzeźna 14.
- Baranowski Władysław, lek., dyr. szpi-
tala, Bydgoszcz, 1 Maja 27.
- Barański St., lek., Sanatorium Korcza-
ków.
- Barbaro P., lek., Poznań, Rokossow-
skiego 98.
- Barska Maria, lek., Legnica, Obr. Sta-
lingradu 3.
- Bartolewski Henryk, lek., Rzeszów, Obr.
Stalingradu 8.
- Baseches Michał, lek., Szpital M.B.P.
Otwock.
- Batycki Wojciech, lek., dyr. szpitala
Nr 6, Wrocław, Dygasińskiego 5.
- Baut-Opieńska Janina, kier. Zakł. Che-
mii Fizj. Lublin, Stalingradzka 85.
- Bazylczuk Edward, lek., kier. Poradni
Przeciwgruźliczej, Biała Podlaska,
Terespolska 24.
- Bądzińska Wanda, kier. Prac. Radiolo-
gicznej, Warszawa, Niemcewicz 9.
- Bekierkunst Adam, st. asyst. Zakł. Mi-
krobiol., Wrocław, Chałubińskiego 2.
- Belke Janina, lek., ord. Sanat. Dzieka-
nów Leśny, Warszawa.
- Benendo Franciszek, lek., Wrocław.
- Berdo Nadzieja, lek., ord. oddz. gruźl.,
Sosnowiec, Małachowskiego 42.
- Białynicki-Birula Teodor, dyr. Sanat.
Nauczycielskiego, Zakopane.
- Bieda Jan, lek., kier. Szpitala i Ośr.
Zdr. Wieruszów, pow. Wieluń.
- Biele Cecylia, kier. Laboratorium Szpi-
tala Zakaźn. Nr 1, Warszawa, Wol-
ska 37.
- Bielecka Zofia, lek., st. asyst. Kliniki
Radiol., Warszawa, Krasieńskiego 16.
- Bielecki Tadeusz, lek., ord. Szpitala
Gruźl. w Otwocku, Warszawa, Kra-
sieńskiego 16.
- Bielińska Wiktoria, lek., lekarz Poradni
Przeciwgruźliczej, Bydgoszcz, Cho-
cińska 5.
- Biełowicka Maria, st. asyst. Klin. Gruź-
licy, Gdańsk - Wrzeszcz, Miszewskie-
go 18.
- B'ieniek Stan., lek., ftizjatra, Poznań.
- Bienkiewicz-Rodek Zofia, lek., st. asyst.
Szpitala Nr 1, Sosnowiec-Pekin.
- Biernacki Andrzej, prof. Akad. Med.,
kier. I Klin. Chor. Wewn., Warszawa.
- Biernacki Mieczysław, lek., kier. Ośr.
Zdrowia, Borowa, pow. Mielec.
- Bincer Janina, mikrobiolog, adj. PZH.,
Sopot, Chopina 9.
- Birecka Ada, lek., ord. oddz. płucn.,
Zakopane, Kasprowicza.
- Blacha Eugenia, lek., st. asyst. Sanat.
im. Marchlewskiego w Otwocku.
- Bober Henryk, lek., ord. szpitala, Mła-
wa, Z.M.P. 1.
- Bobrowski Witold, lek., Wrocław.
- Bochiński Karol, lek., Sanat. Kowa-
nówko.
- Bogucki Bogusław, stud. Akad. Med.
Poznań, Święcickiego 6.

- Borowski Antoni, lek., dyr. Sanat. w Więncu koło Włocławka.
- Bortnicka Maria, lek., Sanat. Otwock.
- Brauer Witold, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Strachowice, Marszałkowska 110.
- Braunowa Wanda, lek., kier. Wydz. Zdrowia, Sopot, Czerw. Armii 47.
- Brejdygant Ignacy, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Zielona Góra.
- Brejser Roman, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Włocławek, Waryńskiego 15.
- Broda Zbigniew, lek., st. asyst. Sanat. Bystra Śląska.
- Brodacki Roman, lek., dyrektor Sanat. Szklarska Poręba, Rokossowskiego 7.
- Brodziak Walenty, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Racibórz, Winna 4.
- Broen Artur, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Będzin, Kościuszki 20.
- Brokman Henryk, prof. Akad. Med. Gdańsk.
- Brokman Stanisław, lek., Białystok, 1 Maja 3.
- Bronski Bolesław, lek. szpit. gruźl., Sosnowiec.
- Bruski Józef, (bez bliższych danych).
- Brzeziński Jan, lek. I Kliniki, Lublin, Bernardyńska 3.
- Buch Elżbieta, lek., Szczecin, Mazurska 24.
- Buczowski Zenon, kier. Filii PZH, Gdynia, Starowiejska 50.
- Bujak Tadeusz, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Bytom.
- Bukowy Antoni, lek., Lipiny Śląskie.
- Bułhak Wanda, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, ord. Sanat. Prabuty.
- Buraczewska Maria, lek., Inst. Gruźlicy, Warszawa, Okopowa 7.
- Buraczewski Olgierd, lek., Nacz. Wydz. Walki z Gruźlicą w Dep. Med. Społ. Minist. Zdrowia, Warszawa, Okopowa 7.
- Burakowski Wacław, lek., st. asyst. Sanat. Gośtynin-Kruk.
- Burno-Kindt Zofia, lek., Jaworze koło Bielska.
- Cagara Andrzej, lek., Kraśnik.
- Chatys Halina, lek., asyst. oddz. ginek. Inst. Gruźlicy, Warszawa-Włochy.
- Chilmanowicz Jan, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Bartoszyce, woj. olsztyńskie.
- Chmielnicka Edwarda, przełoż. pielęgn. szpitala gruźl. Otwock.
- Chodkowska Stefania, doc., kier. prac. Anat. Patol. Instytutu Gruźlicy, Warszawa, Foksal 13.
- Chomska Emilia, lek., ord. Sanat. Bysstra Śląska.
- Chudoba Antoni, lek., pediatra szpitala wojewódzkiego, Opole.
- Chwalibogowska Alina, lek., Katowice.
- Chwalibóg Barbara, lek., asyst. Inst. Gruźlicy, Warszawa, Kopińska 24.
- Chwiałkowska Cecylia, lek. Akad. Med. Łódź.
- Cynkutis Helena, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Toruń, Mickiewicza 7.
- Cyrkowicz Adam, lek., ord. Sanat. Gryfów.
- Czech Józef, lek., asyst. Sanat. Gryfów.
- Czerwiński Zdobystaw, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Łódź, Sowińskiego 24.
- Czkwianianc Mkołaj, asyst. Klin. Chirurg., Łódź, Sienkiewicza 37.
- Dadlez Zygmunt, dyr. Sanat. Istebna.
- Danielski Jan, adj. Akad. Medycznej, Lublin, Narutowicza 25.
- Dąbrowska Jadwiga, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Warszawa, Lisa Kuli 7.
- Dąbrowska Danuta, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Jelenia Góra, Bartka 9.
- Dąbrowski Henryk, lek., ord. szpitala, Szczecin, św. Wojciecha 11.
- Dąbrowski Kazimierz, dyr. Zespołu Sanat. Zakopane, Krupówki 36.
- Dekowa-Sokołowska Antonina, asyst. Klin. Pediatrycznej, Warszawa, Litewska 16.
- Deloff Maria, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Zabrze, Dworcowa 9.
- Deloff Leonard, lek., kier. oddz. gruźl. Zabrze, Dworcowa 9.
- Demińska Widy Ludomira, lek., asyst. Akad. Med. Poznań, Matejki 60.
- Dernbska Barbara, asyst. Klin. Gruźlicy, Wrocław, Pankiewicza 26.
- Dębicki Kazimierz, prof. Akad. Med. Gdańsk.
- Długosz Bronisław, stud. Akad. Med. Kraków, Grzegorzeczka 20.
- Dobrowolska Zofia, lek., dyr. Sanat. Otwock, Piusa 9.
- Dobrowolski Lucjan, lek., ord. szpitala, Warszawa, Lwowska 4.
- Dobrzyński Zbigniew, ord. Sanat. w Tuszyńku.
- Doerffer Henryka, ord. szpitala pediatrycznego, Gdańsk-Oliwa.
- Drewniak Andrzej, dyr. Sanatorium, Gdańsk - Oliwa, Polanki 119.
- Drzewski Zbigniew, ord. Sanat. Zakopane, Szymony 17.
- Dworak Włodzimierz, lek. Sanat. Kański, p-ta Złocenie.

- Dworzaczek Maria, ord. Sanat. Między-
lesie, Plantowa 11.
- Dybicki Jerzy, asyst. II Klin. Chirurg.
Gdańsk.
- Dyczkowski Adam, lek. Wydz. Zdrowia,
Katowice, Warszawska 5.
- Dylicz Kazimierz, dyr. Sanat. Trzebie-
chów, pow. Świebodzin.
- Eder Juliusz, ord. Sanat. Sokołowsko.
- Ejsmont Maria, st. piel. CWPP, Łódź,
Moniuszki 7.
- Elektorowicz Czesław, kier. Poradni
Przeciwgruźliczej, Katowice, Opol-
ska 5.
- Fafrowicz Biruta, lek., asyst. Akad.
Med. Białystok.
- Fenc Piotr, dyr. Sanat. Olsztyn.
- Fenczyn Jan, doc. adj. II Klin. Kraków,
Jabłonowska 8.
- Fibig Alfred, lek. Poradni Przeciwgru-
źliczej, Mogilno, Kościuszki 4.
- Fiečkowa Helena, lek., kier. Poradni
Przeciwgruźliczej, Płońsk, Płocka 20.
- Filip Irena, dyr. szpitala, Brańsk.
- Fiszerowa Apolonia, lek., ord. Sanat.
Ludwików.
- Flach Gustaw, ord. Sanat. Zabkowice
Śląskie.
- Flakowicz Kazimierz, lek., st. asyst. Sa-
nat. Tuszynek.
- Fomici Aleksander, lek., zast. dyrek-
tora Sanat. Olsztyn.
- Franik Antoni, stud. Śl. Akad. Med.
Katowice.
- Frączkova Anna, lek., st. asyst. Sanat.
Gostynin - Kruk.
- Frenkiel Stanisław, dyr. Sanat. Prabuty.
- Fryczewa Irena, absolw. Akad. Med.
Poznań.
- Gackowski Józef, lek., dyr. CPP, War-
szawa, Wilcza 42.
- Gajewski Stanisław, lek., dyr. CWPP,
Białystok, Wojska 4.
- Galuba Stefan, lek., asyst. Sanatorium
Prabuty.
- Gałązka Zbigniew, lek., Łódź, Sterlin-
ga 1.
- Garbiński Tadeusz, adj. Klin. Gruźlicy,
Wrocław, Siemieńskiego 14.
- Garlej Tadeusz, lek., Płońsk, Szpital
Powiatowy, dyr. Szpitala.
- Garmata Maria, lek., dyr. CWPP, War-
szawa, Odyńca 21.
- Garnuszewski Zbigniew, lek., ord. Sa-
natorium Dziekanów Leśny.
- Gawęcki Zygmunt, lek., kier. Ośrodk
Zdrowia, pow. Ięczyński.
- Gawińska Wanda, lek., CWPP, Lublin,
Szopena 13.
- Gawlik Stefan, lek., dyr. Sanatorium,
Siewierz.
- Gawlikowska Alicja, lek., asyst., War-
szawa, Podwale 3.
- Gazdowski Bolesław, lek. PKP, Wie-
luń, Mickiewicza 11.
- Gebauer Maria, ord. Szpitala M.W.U.
B.P. Kraków, Mazowiecka 8.
- Gerwelowa Hanna, st. asyst. Państw.
Szpitala Klin. Poznań.
- Ginelli Jerzy, ord. oddz. gruźl. Słupsk,
Poniatowskiego 45.
- Glazar Władysław, lek., Krosno woj.
rzeczowskie.
- Glińska Zofia, CPP, Warszawa, Brac-
ka 5.
- Gliński Jan, lek. Poradni Przeciwgru-
źliczej, Zgorzelec, Górna 1.
- Głębicki T., Warszawa.
- Głodzik Władysław, PZSP, Oborniki
Śląskie.
- Godlewski Wacław, kier. Ośrodk
Zdro-
wia, Kraków, Jaracza 10.
- Gogołkowicz Czesław, kier. Poradni
Przeciwgruźliczej, Malbork.
- Golonka Kazimierz, lek., Zakopane, ul.
Sienkiewicza.
- Gołaszewska Waleria, lek., ord., Rabka,
Stalina 21.
- Goszkowski Edward, prof. Akad. Med.
Szczecin.
- Górecki Antoni, lek., ord. oddz. zakaźn.
Stalowa Wola.
- Górska Irena, lek. Poradni Przeciwgru-
źliczej, Warszawa, Mickiewicza 27.
- Górska Stefania, lek., Lublin, Stalin-
gradzka 45.
- Górski Jan, st. asyst., Wrocław, Sape-
rów 19.
- Górski Józef, dyr. Sanatorium Zabko-
wice Śl., Batalionów Chłopskich 4.
- Grabowska-Wróblewska, lek. ftizjatra,
Grudziądz, Mickiewicza 27.
- Grabowski Ludwik, ord. Bukowiec,
pow. Kowary.
- Grajkowski Jan, lek., asyst. Sanat.
Gostynin - Kruk.
- Gregorczykowa Zofia, kier. Poradni
Przeciwgruźliczej, Kraków, Słowac-
kiego 30.
- Grodzki Stanisław, st. asyst. Klin. Chi-
rurg. Lublin, Królewska 6.
- Grüspan Maurycy, lek. Poradni Prze-
ciwgruźliczej, Jełena Góra, ul. Sta-
lina 51.
- Grzelewska Eugenia, asyst. Inst. Gru-
źlicy, Warszawa, Górnośląska 16.
- Grześkacki Jan, Szpital Państw., Bis-
kupice.
- Halikowski Bogusław, ord. Sanat. J.
Marchlewskiego, Otwock.

Hałacińska Felicja, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Opole, Zalewskiego 6.
Hampel Maria, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Lubliniec, Zakł. Głuchoniemych.

Harasiewicz Stefan, asyst. Inst. Gruźlicy, Sanat. P.S. Otwock.

Herbert-Żebrowska Halina, lek., Sopot. Bieruta.

Hermelichowa, lek., Warszawa, Al. 3 Maja 2.

Hibl Stanisław, dyr. Sanat. Górnio, Rzeszów.

Hoca Helena, asyst. oddz. gruźl. Katowice - Załęże, Osiedle 96.

Hofman Włodzimierz, dyr. Szpitala, Miłicz, woj. wrocławskie.

Hołodrowicz - Gorzyńska, st. asyst., Łódź, Kilińskiego 100.

Hornowski Sergiusz, lek., Warszawa, Inst. Gruźl. oddz. chirurgiczny

Hornung Stanisław, prof. Kliniki Gruźl., kier. Inst. Gruźl. Kraków J. Lea 20.

Horwat-Bożyczko, lek., Katowice

Hryniewicz Maria, lek., Warszawa, Warecka.

Illicki Teodor, dyr. Sanatorium, Zakopane, Sienkiewicza 16.

Izdebski Zygmunt, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Koszęcin, pow. Lubliniec.

Jagielski Tadeusz, dyr. CWPP, Szczecin, Waryńskiego 4a.

Jahoda Maria, pediatra, Kraków, Gołębia 4.

Jahr-Rubin Irena, st. asyst., Kraków, Prądnicka 80.

Jakubacka Maria, lek. pediatra, Warszawa - Bielany, Luga 30.

Jakimowska Krystyna, asyst., Warszawa, Zwycięzców 31.

Jakubowska Irena, piel. dyplomow., Otwock.

Jakubowski Aleksander, dyr. Sanatorium, Gidla, pow. Radomsko.

Jankowska Felicja, Kowanówko/Oborniki.

Janowski Andrzej, asyst. oddz. chirurg., Bukowiec, Kowary.

Jaraczewski Zbigniew, st. asyst. Sanatorium Ludwikowo - Poznań.

Jaroszewicz Wiwa, ord. Inst. Gruźl., Warszawa, Angorska 23.

Jastrzębski Leon, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Augustów. 1 Maja 12.

Jasińska Władysława, dyr. Sanatorium, Nowogard.

Jaśkiewicz Leonard, ord. szpitala, Tomaszów Maz.

Jaworski Jan ord., Sanat. Akademickiego, Zakopane.

Jelec Mikołaj, lek., ord. San. Bystra Śl. Jeśman Konstancja, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Sierpc, Mickiewicza 25.

Jędrzejewska Irena, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Warszawa, Żolibórz, Wilsona 4.

Juchniewicz Mieczysław, lek. Sanat. Akadem. Zakopane.

Juraszek Karol, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Tarnów, Grottgera 9.

Jurkowski Jerzy, adj. II Kliniki Wewn., Poznań, Śniadeckich 15.

Kacperski Aleksy, ord. szpitala, Kościelna 10.

Kakietek Janina, pielęgn. Poradni Przeciwgruźliczej, Jelenia Góra, Matejki 11.

Kalinowski Romuald, dyr. Sanatorium, Otwock, Reymonta 57.

Kamińska Janina, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Warszawa, Jarosława Dąbrowskiego 18.

Kański Marek, adj. oddz. chirurg., Lublin, Wieniawska 6.

Kapusta Zofia, pielęgn. Ośr. Zdr., Stoczek Węgrowski.

Karwowski Janusz, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Chodaków, pow. Sochaczew.

Kaszubska Bronisława, ord. Sanat. PKP, Wilkowiec-Bystra.

Kawiński Eustachy, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Kozienice.

Kelner Beniamin, lek. szpit. WUBP, Bydgoszcz.

Kielanowski Tadeusz, prof. Kliniki Gruźlicy, Akad. Med. Białystok.

Kiernicka Gizela, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Warszawa, ul. Konopacka 10.

Kiewszyniak Kazimierz, stud. Akad. Med., Lublin, Cicha 6.

Kilawski Michał, lek., Paczków, pow. Nysa.

Kisiel Walerian, kier. Ośr. Zdr., Gdańsk-Oliwa, ul. Noakowskiego 9.

Kitliński Eugeniusz, ord. szpitala, Kamienica.

Kleczkowski Julian, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Tarnobrzeg, Kościelna 5.

Klepacz Jerzy, lek. WP, Szczecin, Samosierry 7a.

Klimaszewska Augusta, st. asyst., Kraków, Siemiradzkiego 20.

Klyszcz Andrzej, Wrocław, Curie-Skłodowskiej 89.

- Kłosowski Józef, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Bolesławice, ul. Jeleniogórska 5.
- Kmera Zygmunt, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Józefów-Otwork, Waryńskiego 16.
- Kobierska Halina, pediatra Centr. Poradni Przeciwgruźliczej, Warszawa, Katowicka 8a.
- Kobierzycka Stefania, st. asyst. Akad. Med. Gdańsk.
- Kaczorowska Maria, lek., Klembów.
- Kodejszko Eugeniusz, doc. Akad. Med., Warszawa, Żurawia 40.
- Kokoszka-Kosowski Michał, kier. Polikliniki, Warszawa, ul. Chmielna 13.
- Kolbow Harry, lek. ord. Sanat. Tuszynek.
- Kołosut Halina, lek. mikrobiolog, szpit., Łódź—Chojny.
- Komar Edward, ord. Sanat. Otwork, Reymonta 57.
- Konieczny Bolesław, ftyzjatra, Warszawa, Świecka 40.
- Kononowicz Irena, radiolog, Inst. Gruźl. Warszawa, Płocka 26.
- Konopnicki Jan, wicedyr. szpitala, Warszawa, Noakowskiego 12.
- Kordylewska Zofia, ord. szpitala, Toruń, Klonowicza 45.
- Korniłowicz Halina, ord. Sanat. Marchlewskiego, Otwork.
- Korta J., dyr. szpitala, Łomża, Stalina 5.
- Kosiński Władysław, ord. szpitala, Warszawa, Wileńska 29.
- Kostrzeński W., lek. Inst. Gruźl., Warszawa, Płocka 26.
- Koszańska Anna, lek. asyst. Sanat. Prabucice.
- Kotkowska-Skolikowska, Bytom, Jagiellońska 6.
- Kotowicz Irena, lek. Poradni S., Ostrowiec, Żurawia 40.
- Kowalczewski Zbigniew, lek. Polikliniki, Gdańsk.
- Kowański Marian, lek., W. W. Kańsk, pow. Złocień.
- Kozakow Helena, lek. Inst. Gruźl., Warszawa, Wysockiego 51.
- Koziejowski Witold, lek., Białystok, 1 Maja 34.
- Koziorowski Antoni, lek., Warszawa.
- Kozłowska Irena, lek. Klin. Gruźl. Wrocław, Pasteura 10.
- Krakowska Maria, asyst. Inst. Gruźl. Kraków, Lubicz 40.
- Krakówka Paweł, lek. Inst. Gruźl., Warszawa, Londyńska 28.
- Krasowska Maria, lek. ord. Sanat., Bystra Śl.
- Kraft W., lek., specj. chor. płuc., Tczew, Zamkowa 19.
- Krippendorf Krystyna, k'ier. Poradni Przeciwgruźliczej, Toruń, Lindego 17.
- Krotochwil Ludwik, kier. Sanat., Oborniki Śl.
- Królikowski Jerzy, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Żywiec, Batorego 11.
- Krukowska Helena, ord. Sanat. J. Marchlewskiego, Otwork.
- Krupka Jan, kier. Poradni Przeciwgruźlicz., Lublin, ul. Obywatelska 14.
- Kruszewska Wanda, dyr. szpitala, Otwork, Konopnickiej 17.
- Krysiak Mieczysław, lek. Sanat. Kańsk, pow. Złocień.
- Krystosik Jerzy, asyst. Zakł. Chemii, Lublin, Cyrulicza 5.
- Krysztol Alfons, dyr. szpitala Zak. Nr 1, Warszawa 37.
- Krzyśko Rajmund, stud. Akad. Med. Poznań, Święcickiego 6.
- Krzyżanowski Zygmunt, lek., asyst. Siewierz, Zawiercie.
- Kubczak Stanisław, lek., Olsztyn UBP.
- Kubik Kazimierz, radiolog, Sanat. Nauczyc., Zakopane.
- Kucharska Bogusława, dyr. Sanat. Kiekrz, Poznań.
- Kuczborski Stanisław, lek. ftyzjatra, Łódź, Piotrkowska 15.
- Kufel Teodor, lek., Sanat. Prabucice.
- Kujawa Gerhard, stud., Katowice.
- Kukieła Zenona, stud., Akad. Med. Lublin, Cicha 6.
- Kukier Zenon, stud., Lublin, Krak. Przedm.
- Kulesza Stanisław, ord. szpitala, Zamość, Szopena 3.
- Kuślowski Leszek, ord. Sanat., Prabucice.
- Kuncewicz Zofia, lek. ftyzjatra DOKP Gdańsk, Gdańsk-Wrzeszcz, Wajdel 21.
- Kuniewicz Helena, st. asyst. Klin. Pediatr., Gdańsk, Rokossowskiego 35.
- Kunicki Stanisław, lek., kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Bielsko, Wzgórze 19.
- Kuśmierczyk Wacław, lek., Nowy Sącz, Jagiellońska 72.
- Kwapiński Jerzy, kier. Centr. Laborat. Polsko-Szwedzkiego, Otwork.
- Kwiek Agnieszka, asyst. Inst. Gruźl., Warszawa, Wójcika 38.
- Kwiek Stanisław, asyst. Inst. Gruźl. Warszawa, Wójcika 38.
- Kwit Władysław, dyr. CWPP, Lublin, Ogrodowa 7.
- Lachowicz Kazimierz, lek., Gdańsk, Wrońskiego 3.
- Lachowicz Wanda, lek., asyst., Kraków, Sikorskiego 8.

- Landsberger Henryk, st. ord. Sanat. Sokołowsko.
- Lange Jadwiga, asyst. Inst. Gruźl. Warszawa, Mianowskiego 15.
- Lasota Zofia, Warszawa, Jarosława Dąbrowskiego 71.
- Laszczka Czesław, ord., Kraków, Pl. na Groblach 16.
- Lazuga Kazimierz, asyst. Inst. Gruźl. Lublin, Narutowicza 23.
- Lehman Józef, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Krotoszyn, Mickiewicza 7.
- Lepiarczyk Bolesław, stud. Akad. Med., Lublin, Cicha 6.
- Lesiński Michał, Włocławek, Słowackiego 20.
- Leśkiewicz Halina, Warszawa, Walecznych 11.
- Leśniewski Wł., Gdańsk, Nowy Port.
- Lewelstein Waclaw, asyst. Gł. Inst. Chemiczn., Warszawa.
- Lewicki Tadeusz, dyr. CWPP, Rzeszów, Daszyńskiego 8.
- Lewit Józef, Ludwikowo k/Poznania.
- Lewkowicz Stanisław, ord. Sanat. Piotrków.
- Lewy Anna, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Cieszyn, Pl. Wolności 8.
- Lisiecki Leonard, dyr. szpitala, Czerwionka, Rybnik.
- Lissowski Henryk, dyr. CWPP, Katowice.
- Listewnik Jerzy, asyst. oddz. gruźl. Szpitala Miejsk. Nr 3, Szczecin.
- Liszewska Maria, pielęgn., Toruń.
- Litwin Jan, lek., ord., Szczecin, Samosierry 9a.
- Litwiniuk Kazimierz, kier. Poradni Przeciwgruźl., Lublin, Martynów 4.
- Lubczyński Waclaw, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Wrocław.
- Lubelski Jan, ord. Sanat. PKP, Chodzież, Obr. Stalingradzkich 6.
- Lutz Jerzy, dyr. San. Dziekanów Leśny.
- Łabędziński Franciszek, prof. III Klin. Chor. Wewn. Poznań, Mickiewicza 22.
- Łaniewska Katarzyna, ord. Sanat., Zakopane, Chałubińskiego 40.
- Łapińska Józefina, lek., Inst. Gruźl., Warszawa, Potulickich 20.
- Łaski Stefan, lek. ord. szpitala, Łódź, Żwirki 1.
- Ławrynówicz Walentyna, st. asyst. Sanat. Waryńskiego, Otwock.
- Łuczak Jan, asyst. Sanat., Prabuty.
- Łyżwańska Nonna, st. piel., Inspekt. Min. Zdrowia.
- Maćkowski A., Szpital Śląski, Cieszyn.
- Madey Jan, kier. Klin. Gruźl., Warszawa, Górnośląska 7a.
- Majcaszek Tadeusz, lek. szpit. gruźl., Bydgoszcz, Libecka 5.
- Majewska Irena, lek., dyr. Sanat. Jan-ka Krasickiego, Otwock.
- Majewski Adam, ord. Sanat. Tuszynek.
- Malinowski Stanisław, Warszawa, Fil-trowa 61.
- Małecki Stanisław, szpital Państw. Bi-skupice.
- Mańkowski Marian, lek., Otwock, Sło-wackiego 4.
- Marciak Marian, kier. Poradni Prze-ciwgruźliczej, Radom, Limanowskie-go 28.
- Margolisowa Anna, dyr. Sanat., Łódź, Narutowicza 115.
- Markert Władysław, prof. Klin. Wewn., Łódź, Legionów 9.
- Markowicz Marian, stud. Akad. Med. Lublin, Cicha 6.
- Marynowska Hanna, doc. Klin. Pediatr., Gdańsk.
- Maszczyk Zenaida, mł. asyst. Inst. Gruźl., Warszawa, Koszykowa 59.
- Matyjasek Romana, ord. Sanat., Otwock, Kochanowskiego 2.
- Matysiak Jan, lek. Poradni Przeciwi-gruźliczej, Krasnystaw, ul. PCK 15.
- May Józef, ord. szpit. Zakażn. Nr 1, Warszawa, Czerw. Krzyża 16.
- May Maksymilian, dyr. CWPP, Poz-nań, Wierzbicice.
- May Stanisław, ord. szpit. Gdynia, Świętojańska 120.
- Mazurek Józef, lek. Poradni Przeciwi-gruźliczej, Tomaszów Lubelski.
- Mazurkiewicz Rut., lek., kier. BCG, Łódź, Podrzeczna 8.
- Meissner J., lek. Ośr. Zdr., Pruszków.
- Mercik Wanda, lek., asyst. Sanat. Dziec., Otwock.
- Meysner St., dyr. Sanat., Smukała.
- Mianowski Eugeniusz, ord. oddz. gruźl., Płock, 1 Maja 1/3.
- Michalikowa Jadwiga, ord. Sanat. Dziec., Zakopane-Bystre.
- Mierosławski Jerzy, lek. ftizjatra, Ka-lisz, Kopernika 5.
- Mieźaniec Janina, lek. Poradni Prze-ciwgruźliczej, Inowrocław, Sienkie-wicza 3.
- Migdalska-Kassurowa Bronisława, st. asyst. szpit. Zakażn. Nr 1, Warszawa, Saska 91.
- Mikulaszek Edmund, prof. Mikrobiolo-gii Akad. Med. Warszawa, Podkowa Leśna.
- Milbrom F., st. asyst., Wrocław.
- Milewski Mieczysław, dyr. Sanat. Dziec., Ludwikowo.
- Misiewicz Janina, dyr. Inst. Gruźl., Warszawa, Płocka 26.

Modrzelewski Henryk, szpit. Miejski, Kraków, Oboźna 13.
 Mokrzycki Mikołaj, asyst. szpit., Łódź, Sienkiewicza 63.
 Moll Jan, ord. oddz. chirurg., Poznań, Szkolna 8.
 Morawski Franciszek, ord. Sanat., Otwock, Narutowicza.
 Mordyński Kazimierz, lek. Sanat. PKP, Wilkowice—Bystra.
 Mosink Ksawery, lek. Sanat. Dziec., Rabka-Zdrój.
 Moskalowa Helena, ord. szpit. Powiat., Nowy Dwór, Gdańsk.
 Mroczkiewicz Urszula, lek. CWPP, Gdańsk—Wrzeszcz Sienkiewicza 5/7.
 Mromlińska Maria, lek. fizyjatry, Katowice, Stelmacha 23.
 Mucha Stanisław, lek. pediatry, Będzin, Sienkiewicza 17.
 Mulać Kazimierz, dyr. CWPP, Kraków, Siemiradzkiego 6.
 Murczyńska Halina, lek., Kraków, Pędzichów 21.
 Mysakowska Helena, ord. oddz. gruźl., Lublin, Górna 11.
 Napiórkowski Jan, lek., Warszawa.
 Nauman Aleksander, ord. Sanat., Otwock, Narutowicza 5.
 Naumik Aleksander, konsult. CWPP, Lublin, Curie-Skłodowskiej 46.
 Nawrat Jan, stud. Akad. Med., Łódź, 22 Lipca 84/86.
 Nickel Józef, lek. Rokitnica.
 Niemiec Józef, dyr. Sanat., Gostynin—Kruk.
 Niepokoyczycka Urszula, adj. Klin. Gruźl., Gdańsk.
 Nikodemowicz Eugeniusz, ord. szpit. Powiat., Łańcut.
 Niwińska Julia, st. piel. CWPP, Łódź, Al. Kościuszki 93.
 Niżegorodcew Maria, dyr. Sanat., Jaworze k/Bielska.
 Nowak Henryka, asyst., Poznań.
 Nowak Jan, adj. Klin. Pediatr., Warszawa, Litewska 16.
 Nowak Jan, stud. Akad. Med. Poznań, Święckiego 6.
 Nowicka Wiktoria, ord. Sanat., Kamien-na Góra.
 Nowosadko, lek., Skierniewice, ul. Armii Ludowej.
 Obrucki Witold, lek. fizyjatry, Białogard.
 Obtułowicz Tadeusz, laryngolog, Zakopane.
 Obuchowicz Aleksandra, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Bydgoszcz, Chocimska 2.

Ogiełło Maria, Kraków.
 Olcha Stanisław, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Niemodlin.
 Olejniczak Antoni, lek., Łódź, Bednarska 24.
 Olpiński Stanisław, dyr. Sanat., Otwock, Kochanowskiego 2.
 Ormowski Stanisław, lek. Sanat. MBP, Głuchołazy, Szopena 20.
 Orzeł Danuta, mł. asyst. Sanat. Marchlewskiego, Otwock.
 Osińska Maria, lek. Sanat., Adamopol.
 Ossowska Krystyna, kier. Prac. Radiologicznej Inst. Gruźl., Warszawa, Płocka 26.
 Ostern Mieczysław, dyr. szpitala, Zawiercie, Narutowicza 3.
 Ostrowska Jadwiga, st. asyst. Sanat., Tuszynek.
 Otowicz Klaudia, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Wałtor, woj. Koszalin.
 Paciorkiewicz Alfred, lek., Wieluń, 18 Stycznia 60.
 Paczyński Lucjan, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Łęczyca, 3 Maja 13.
 Pajerski Romuald, ord. Sanat., Zakopane, Gimnazjalna 8.
 Pakowski Jan, lek. CWPP, Łódź, Brzeziny 14.
 Papliński Zbigniew, asyst. I Klin. Lublin, Grottgera 7.
 Parliński Adam, lek., Katowice.
 Paryski Edwin, lek., Zakopane, Chramcówki 19b.
 Paulo Janina, asyst. szpit. Miejsk., Kraków, Prądnicka 80.
 Pawelec Alojzy, dyr. Sanat., Sokołowsko, pow. Wałbrzych.
 Pawlita Józef, dyr. szpitala, Złotoryja, Warszawska 14.
 Pawłowicz Feliks, dyr. Sanat., Koszalin, Zwycięska 32.
 Pawłowski Tadeusz, lek., asyst. szpit. Nr 1, Chorzów I, Sienkiewicza.
 Pąckiński Feliks, dyr. Sanat., Świder k/Warszawy, Majowa 106.
 Pecyna Janina, st. asyst. Inst. Gruźl., Warszawa, Bednarska 18.
 Peikert Eugeniusz, ord. szpit., ZLP Katowice.
 Pelczar Feliks, st. asyst. Akad. Med., Kraków, Al. Mickiewicza 59.
 Petropolis, lek., Katowice.
 Pieczka Jan, stud. Akad. Med. Wrocław, Curie-Skłodowskiej 89.
 Pieczonka Bogusław, ord. Sanat. Marchlewskiego, Otwock.
 Pieniążek Janusz, ord. oddz. gruźl., Kraków, Sienkiewicza 26.
 Pietras Edmund, st. asyst. szpit. Nr 10, Łódź, Kosynierów 20.

- Pietrzykowski Tadeusz, lek. Inst. Gruźl. Warszawa, Targowa 69.
- Piotrowski Aleksander, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Siedlce, Kilińskiego 24.
- Piotrowski Lucjan, lek., Warszawa.
- Piskozub Stanisława, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Mielec, Legionów 17.
- Piskozub Wacław, kier. Ośr. Zdr., Mielec, Legionów 17.
- Piwoński Kazimierz, kier. Ośr. Zdr., Puszcza Mariańska.
- Pizlo Stefan, dyr. Sanat., Tuszynek.
- Plebańczyk Krystyna, st. asyst. Sanat. Marchlewskiego, Otwock.
- Plebańczyk Piotr, ord. oddz. gruźl., Świder, Majowa.
- Podejma Edmund, Łódź, Napiórkowskiego 39.
- Podobiński Kazimierz, lek. ftyzjatra PKP, Lublin, Bernardyńska 5.
- Pokorny Adolf, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Częstochowa, Kordeckiego.
- Polakowska Mira, lek. Sanat., Tuszynek.
- Polikowski Stanisław, kier. Ośr. Zdr., Kwidziń, Sztumska 16.
- Polski Aleksander, lek., Katowice.
- Polys Władysław, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Konin.
- Popielska Zofia, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Wrocław, Głogowczyka.
- Popławski Zdzisław, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Wrocław, Parkowa 17.
- Preis Janina, ord. oddz. gruźl., Łódź, Piotrkowska 116.
- Pręgowski Władysław, dyr. Sanat., Bystra Śl.
- Pruska Zofia, lek. ftyzjatra, Poznań, Barwińskiego 1.
- Prusko Wanda, lek. Poradni Przeciwgruźl., Warszawa, Mokotowska 55.
- Pszczynski Józef, ord. oddz. Sanat. PKP, Wilkowice—Bystra.
- Pytel Aleksander, lek. Klin. Pediatr. Warszawa, Litewska 16.
- Rabcewicz-Lubelska Janina, ordyn. Sanat. PKP, Chodzież.
- Raczyński Jan, ord. szpitala, Poznań, Jackowskiego 41.
- Radajewski Marian, st. asyst. 2 Klin. Akad. Med. Poznań.
- Radomska Maria, ord. Sanat., Smukała.
- Radwan Stanisław, dyr. Sanat., Ząbkowice Śl.
- Rasiewicz Janina, szpital Państw. Biskupice.
- Rechowicz Roman, lek. Sanat. „Odrodzenie”, Zakopane.
- Reiner Witold, kier. por. spec., Drawsko Szczecińskie, Świerczewskiego 36.
- Retinger Małgorzata, asyst. szpit. miejskiego, Kraków, Kossaka 1.
- Reych Krystyna, lek. szpit. miejsk. Nr 2, Sosnowiec.
- Robakiewicz Maria, lek., Warszawa, Tykocińska 25.
- Rodziewicz Janina, Łódź, Łagiewnicka 136.
- Rodziewicz Kazimierz, kier. labor., Łódź, Łagiewniki 136.
- Romanowska Izabella, dyr. CWPP, Bydgoszcz, Stalina 24.
- Romanowski Zbigniew, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Żnin, Śniadeckiego 7.
- Ropek Mieczysław, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Szczawno—Zdrój.
- Rozenman Maksymilian, ord. Szpit. Dziec., Bielsko.
- Rudolf-Skokowska Maria, dyr. Sanat., Warszawa, Opoczyńska.
- Ruszkowski Marian, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Częstochowa, Czerw. Armii 10.
- Rutkowska Helena, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Łódź, Więckowskiego 23.
- Rutkowski Jerzy, prof. Klin. Chirurg., Łódź, Sterlinga 1/3.
- Ryder Karol, prac. nauk., Łódź, Jarcza 36.
- Rzepecki Maciej, chirurg konsultant, Zakopane, Kasprowicza.
- Rzucido Ludwik, doc. Inst. Gruźl., Warszawa, Koszykowa 82a.
- Sadkowska Danuta, asyst. II Klin. Wewn., Kraków.
- Sadłowska Inga, stypend. Min. Zdr., Zakopane, Sanatorium.
- Salaciński Jan, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Warszawa, 11 Listopada 64.
- Samborska Jadwiga, lek., st. asyst., Sanat. Sokołowsko.
- Samolewska Wiesława, asyst. II Klin. Akad. Med., Poznań.
- Sandałowicz Julia, lek., Kraków.
- Schmidt Tadeusz, lek., Sanat., Zakopane.
- Senkowska Jadwiga, asyst. II Klin. Chirurg., Wrocław, Curie-Skłodowskiej 60.
- Serafin Barbara, st. asyst., Warszawa, Al. Niepodległości 210.
- Sibiński Aleksander, lek. Ośr. Zdr., Rawa Mazowiecka.
- Siedleczo Kazimierz, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Rybnik, Sobieskiego 7.
- Sielicki Stanisław, lek. oddz. gruźl. Wrocław, Matejki 3.

Sikorska Irena, lek. Sanat. Pstrowskiego, Rabka.
 Silwanowiczowa Romana, lek. asyst., Lublin, Uniwersytecka 13.
 Siwabierowicz Z., lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Jarocin, 3-go Maja 11.
 Siwek Barbara, lek., Otwock, Korczaka 5.
 Skibińska Jadwiga, lek. Sanat. „Warszawianka“, Zakopane.
 Skokowski Bolesław, lek., Warszawa, Niecała, 10.
 Skubiszewski L., prof. Akad. Med., Poznań, Kozia 9.
 Skwarczewska-Stypułkowska H., ord. szpit., Warszawa, Szpitalna 8.
 Smolarek Jan, lek. Sanat., Andrychów.
 Smoleński Janusz, lek. oddz. gruźl. Koło, Żelazna 12.
 Sobek Maksymilian, dyr. Sanat., Bukowiec—Kowary.
 Sobieniecki Stefan, lek. WP, Gdynia, Czerw. Kosynierów 98.
 Sobolewska Teofonia, lek. Sanat., Jaworze k/Bielska.
 Sokala Tadeusz, lek. Szpit. Miejsk., Stalowa Wola.
 Sokołowski Lucjan, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Poznań, Wypiańskiego 10.
 Solzys Jan, lek. CWPP, Gdańsk — Wrzeszcz, Jaśkowa Dolina 46.
 Sosnowski Karol, st. asyst. Klin. Gruźl., Wrocław, 3 Maja 54.
 Spindel Benjamin, ord. szpit., Dzierżoniów, Rokossowskiego.
 Spiro Bernard, ord. oddz. gruźl., Otwock, Reymonta 51d.
 Spychalski Mirosław, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Kluczbork.
 Sroczyńska Barbara, piel. Ośr. Zdrowia, Rawa Mazowiecka.
 Sroczyński, lek., Zakopane.
 Stalewski, lek. szpitala wojskowego, Szamotuły k/Poznań.
 Stanek Wandalin, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Siemianowice, Powstańców 4.
 Stankiewicz Hanna, lek. oddz. gruźl., Żyrardów, Farbiarska 2.
 Stankiewicz Wanda, dyr. Sanat., Warszawa, Krakowskie Przedmieście 65.
 Stanowski Edmund, dyr. Sanat., Gryfów Śląski.
 Starzyk Waław, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Hrubieszów, Kilińskiego 6a.
 Stasiak Zbigniew, stud. Klarysew, Warszawa 41.
 Staszewski Czesław, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Koźmin, pow. Krotozyn.

Stawarski Kazimierz, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Krosno.
 Staweno Krystyna, ord. Sanat., Prabuty.
 Stawiarska Gabriela, ord. Szpit. Miejskiego, Kraków, Prądnicka 80.
 Stawiński Edward, lek. radiolog, Poznań.
 Steffen Edward, kier. Ośr. Zdrowia, Pruszków.
 Stella Witold, ord. Sanat., Bystra Śl.
 Stiber Władysław, lek., Pszczyna, Kopernika 16.
 Stojalowski Kazimierz, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Lublin, Ogródowa 15.
 Stopczyk Jan, doc., dyr. naukowy Sanat. Otwock, Warszawa, Al. Jerozolimskie 81.
 Stopnicka Marta, lek. CWPP, Warszawa, Puławska 30.
 Stypułkowski Bolesław, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Częstochowa, Al. Najśw. Marii Panny.
 Sułkowski A., lek. Ośr. Zdrowia, Pruszków.
 Swidowska Irena, lek. asyst., Sanat. Łagiewniki.
 Syć Stefan, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Mikulczyce.
 Synocki Bolesław, lek., Warszawa, Al. Stalina 57.
 Szarkowska L., Warszawa.
 Szary Stanisław, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Piotrków Trybunalski, 3 Maja 9.
 Szczepankiewicz Walerian, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Jarosław, Żeromskiego 1.
 Szczepski Olech, lek., st. asyst., Poznań, Św. Magdaleny 14.
 Szerbiński Naumik Zbigniew, dyr. Sanat. Kowary, Wysoka Łąka.
 Szlemiński Leon, lek. WCPB, Szczecin.
 Szlezinger Szczepan, stud., Kraków, Szopena 3.
 Szmēja Franciszek, dyr. Sanat. Głuchołazy Lompy 1.
 Szpakowska Wanda, lek. Poradni Przeciwgruźliczej, Gdynia, Świętojańska 53.
 Szpunar Władysław, kier. Poradni Przeciwgruźliczej, Łańcut, Wąłowa 6.
 Sztajner Julia, asyst. Sanat. PKP, Chodzież.
 Szustrowa Jadwiga, dyr. CWPP, Łódź, Wólczńska 197.
 Szydło Kazimierz, stud. Akad. Med., Wrocław, Curie-Skłodowskiej 89.
 Szydłowski Stanisław, lek. Ośr. Zdr., Namysłów, Wojska Polskiego 10.

Szymanik Sebastian, lek. Poradni Przeciwigruźliczej, Leżajsk, Żwirki i Wigury 3.

Szymańska Stanisława, pielęg., Otwock, Korczaka 5.

Szymański Karol, adj., Sopot, Pomorska 21.

Szymański Paweł, kier. Poradni Przeciwigruźliczej, Wschów, Wasiljewa 40.

Szymaszek Jan, kier. Poradni Przeciwigruźliczej, Dębica, Krakowska 62.

Ścibich-Korsak Joanna, lek. Katowice. Śladkowski Zygmunt, dyr. Sanat., Rudka, St. Mrozy.

Śliwomik Tadeusz, dyr. szpit., Tarnów, Stalingradzka 3.

Śluzar Jarosław, ftyzjatra, Poznań, 27 Grudnia 11.

Tarnowski Stefan, dyr. Sanat., Rabka, Sanatorium PZSP.

Tarkowa Stanisława, lek. Państw. Zesp. Sanat., Sokołowsko.

Tarka Stefan, lek. Państw. Zesp. Sanat., Sokołowsko.

Tebnika Jan, lek. szpit., Mysłówice, 9 Maja.

Telatycki Michał, prof. dr, Gdańsk.

Terajewicz Antoni, lek. CWPP, Olaszyn, Podleśna 19.

Tondos Władysław, lek. ord., Zakopane, Chramcówki 18.

Trachtenberg Natan, Warszawa.

Troszyński J., kier. Poradni Przeciwigruźliczej, Leszno, Sienkiewicza 9.

Trybes Adam, lek. Sanat., Głucholazy, Świerczewskiego 9.

Trybesowa Jadwiga, lek. Sanat., Głucholazy, Świerczewskiego 9.

Trzcńska Czesława, lek. ord., Sanat. ZNP, Zakopane.

Tundak Adam, kier. Poradni Przeciwigruźliczej, Gdynia, 22 Lipca 24.

Turkiewicz Anna, lek. szpit. Kliniczn. Akad. Med., Warszawa, Szustra 18.

Turniłowicz Helena, lek., asyst., Śródborów, Narutowicza 1.

Tynecki Józef, adj. Kliniki Gruźlicy, Lublin, Szopena 3.

Tyssarowski Wiesław, asyst. Inst. Gruźl., Warszawa, Czerniakowska 64.

Uchocka Zofia, lek. pediatra, Poznań, Barlickiego 1.

Ulanowicz Stanisława, stud. med., Łódź, Nowotki 81.

Umiastowski Witold, lek. ord., Sanat., Rabka-Zdrój.

Urban Kazimierz, stud. Akad. Med., Zakopane, Chramcówki 15.

Urban Paweł, lek. ord. Sanat., Oborniki Śl.

Urbański Tadeusz, prof. dr, Warszawa, Nowowiejska 22.

Urbasik Jan, Jabłonków.

Uzarewicz Leokadia, Szczawnica.

Wagner Bronisław, dyr. Sanat., Kowary, Rokossowskiego 14.

Wałczyński Zygmunt, dyr. szpitala, Środa, woj. poznańskie.

Wander Mieczysław, stud., Poznań, Święckiego 6.

Warejko Anatol, lek., asyst. Sanat., Prabucice.

Waręska Wanda, st. asyst. Klin. Gruźl. Warszawa, Niemcewicz 9.

Warm Izajasz, ord., Łódź, Południowa 36.

Warszewski Stefan, ord., Sanat. Kowary.

Wawrzyniak Stanisław, kier. Poradni Przeciwigruźliczej, Poznań, Piekary 9.

Wąsowska Janina, lek., asyst. Sanat., Łagiewniki /Łódź.

Werner Artur Karol, kier. Prewentorium, Szczawnica, ul. Dietla.

Westfal Irena, st. asyst. II Klin. Wewn. Akad. Med., Poznań.

Westrych Feliks, lek., Kraków, Smolńskiej 1.

Węgrzynowicz Julia, lek., Lębork, Zwycięstwa 34.

Węgrzynowska Krystyna, ord. szpit. Miejsk., Kraków, Józefa 17a.

Węgrzynowski Lesław, prof. Klin. Gruźl. Akad. Med., Wrocław.

Wichura Maria, lek. Poradni Przeciwigruźliczej, Częstochowa, Śląska 6.

Wieczorek Wilhelm, kier. Poradni Przeciwigruźliczej, Głubczyce, Stalina 5.

Wieczorkiewicz Piotr, Szczecin, Czorszyńska 5.

Wiendlocha Michał, kier. Poradni Przeciwigruźliczej, Świętochłowice, Czerwonej Armii 23.

Wietrzny Apolinary, dyr. Sanat. Andrychów.

Wilczyński Mieczysław, asyst. oddz. gruźl. Szpital Miejski Nr 1, Poznań.

Wilkoszewski Edward, szp't. Wewn. Bydgoszcz, Chodkiewicza 44.

Winczewski Henryk, lek., Konin, Kolejowa 30.

Wink Edward, Szopienice.

Winkler Julian, ord. oddz. gruźl., Wrocław, Piastowska 38.

W'śniewski Marian, dyr. szpit., Czeladź, Szpitalna 5.

Witkowska Józefa, dyr. Domu Zdrowia, Ciechocinek.

Wnuk Henryk, lek., Wrocław, Rozbrat 4.

Wolińska Teresa, ord. Sanat., Wielgo-
wo.

Wołkowiński Felicjan, dyr. Sanat. PKP,
Wilkowice — Bystra.

Woszczyna Maria, stud. Akad. Med.
Kraków, Grzegórzecka 20.

Woźniewski Zbigniew, lek. szpit. MBP,
Otwock.

Wójcik Zofia, lek. Klin. Dziec., War-
szawa.

Wójcikiewicz Jan, kier. Poradni P.re-
ciwgruźliczej Akad., Warszawa.

Wysłouchowa Adela, kier. Poradni
Przeciwnruźliczej, Wrocław, Mickie-
wicz 33.

Wysocka Wiktoria, Chrzanów, Daszyń-
skiego 1.

Wysocki Józef, Chrzanów, Daszyńskie-
go 1.

Zaborski Franciszek, lek. Sanat.,
Szkłarska Poręba.

Zagórski Czesław, ord. oddz. gruźl.,
Chojnice, Dworcowa 20.

Zajac Jan, stud. Akad. Med., Kraków,
Grzegórzecka 20.

Zajączkowska Jadwiga, st. asyst. Inst.
Gruźl., Warszawa, Skolimowska 6.

Zalwowski Stanisław, lek. Klin. Gruźl.,
Wrocław, Pasteura 10.

Zamiński Michał, lek. Poradni Prze-
ciwgruźliczej, Sosnowiec, Dębliń-
ska 7.

Zaniewski Ziemowit, st. asyst. Inst.
Gruźl., Warszawa, Al. Niepodległo-
ści 132.

Zareba, lek. Miedzeszyn, Poprzeczna 2.

Zareba Henryk, abs. med., Sanat. Pra-
buty.

Zarebowski Włodzimierz, Warszawa,
Iwicka 36.

Zawadzińska Wanda, lek. WP, Szcze-
cin, Piotra Skargi 34.

Zaworski Czesław, lek., dyr. CWPP,
Olsztyn, ul. Stalina.

Zdanowicz Włodzimierz, lek. CWPP,
Obrońców Stalingradu 76.

Zielnicki Ludwik, lek. Sanat., Tuszynek.

Zierski Marian, ord. szpit. gruźl., Łódź,
Narutowicza 30.

Zimmerman, kier. Poradni Przeciwn-
gruźliczej, Ciechocinek.

Zimmerowa-Graberska E., kier. Prac.
Radiol., Kalety, Lubliniecka 8.

Zodrow Paweł, lek., asyst. szpit. w
Otwocku, Warszawa, Okopowa 7.

Zon Maria Lidia, dyr. szpit., Otwock,
Warszawska 65.

Zundel Kahan, kier. Poradni Przeciwn-
gruźliczej, Skarżysko-Kamienna.

Żardecka Wanda, lek. Sanat., Warsza-
wa, Jarosława Dąbrowskiego 18.

Żebrowski Tadeusz, st. asyst. Klin.
Gruźl., Sopot, Bieruta 8.

Żelski Stefan, st. asyst. Inst. Gruźl.,
Warszawa, Chmielna 36.

Żera Janina, st. asyst. szpit. Miejsk.,
Warszawa, Mała 7.

Żmucka-Majchrzak K., lek. Sanat.,
Kowanówko-Oborniki Śl.

Żurawska Julia, lek. Sanat., Włodawa.

Życzyński Tadeusz, lek. Sanat., Otwock.

Podany spis nie obejmuje jeszcze 206 osób które wzięły udział w Zjeździe.

Pełna liczba uczestników Zjazdu wynosiła 830 lekarzy.

1009

+