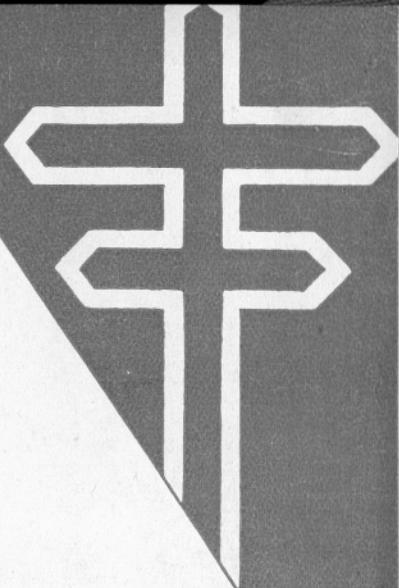


LETTO VI.

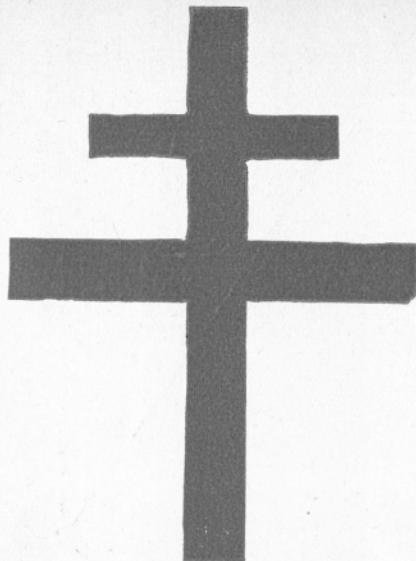


Z
D
R
A
V
N
I
K

VESTNIK

ŠTEV. 6 - 8.

TA ŠTEVILKA JE POSVEĆENA 1. JUGOSLOVANSKEMU PROTITUBERKULOZNEMU KONGRESU V MAJU 1934.



Gospod Tovariš!

Vaša dolžnost je, da v svojem kraju ustanovite protituberkulozno ligo, ako jo pa že imate, da v njej aktivno in z vsemi silami sodelujete.

VSEBINA :

	Stran
Uvod	1
Otvoritveni govor	3
Dr. I. Mačko: Manom prof. Alberta Calmette-a	7
I. Socijalno-higijenska predavanja:	
Dr. J. Stajić: Zekonodavne mere v borbi protiv tuberkuloze	11
Dr. St. Ivanić: Zakonodavne mere v borbi protiv tuberkuloze	26
Razprava: Dr. Izaković, dr. Debevec, dr. Ferri, dr. Neubauer, dr. Čepuli, dr. Vračević, dr. Petrović, dr. Petrič, dr. Ruvidić, dr. Prodan, dr. Stefanović, dr. Stajic.	
Dr. Ž. Hahn: Socijalno osiguranje u borbi protiv tuberkuloze	30
Dr. J. Bohinjec: Pota in cilji v borbi proti tuberkulozi	36
Dr. M. Vračević: Značaj i rad antituberkuloznih dispanzera u organizaciji borbe protiv tuberkuloze	47
Dr. I. Matko: Šola in tuberkuloza	51
Dr. V. Savić: Tuberkuloza i škola	72
A. Skulj: Šola in tuberkuloza	80
Dr. J. Prodan: Protituberkulozni dispanzer v službi šolske higijene	90
Dr. K. Petrič: Borba proti tuberkulozi s straničnošči higijenika	93
Dr. R. A. Ferri: Socijalno-profilaktični rad antituberkuloznih dispanzera	99
Dr. J. Škarje: Propaganda i stvarjanje sredstava za borbo protiv tuber- kuloze	105
Razprava: Dr. Bulović, dr. Nemanjić, dr. Maršić	111
Resolucija	111
II. Klinično-medicinska predavanja:	
Dr. V. Čepulić: Principi savremenog liječenja tuberkuloze	121
Dr. P. Samardžija: Terapija kaverne razapete u pneumotoraksu (7 slik)	134
Dr. Ibler-Seitić: Liječenje plućne tuberkuloze ambulantnim pneumot- raks m	142
Dr. J. Komljenović: Hirurško liječenje plućne tuberkuloze	149
Dr. F. Sorić: Značenje frenikoeksajreze kod procesa u gornjim partijsama pluća	153
Dr. T. Furlan: Pleuritične komplikacije pri umetnem pneumotoraksu	160
Razprava: Dr. Tomašić, dr. Debevec, dr. Radosavljević, dr. Čepulić, dr. Botteri, dr. Samardžija, dr. Furlan, dr. Tomašić	
Dr. M. Sekulić: Da li je plućna tuberkuloza izlečljiva	169
Dr. O. Haus: Težkoče in zapreke pri zdravljenju pljučne tuberkuloze	174
Dr. J. Nedeljković-dr. J. Popović: Naši rezultati sa krizoterapijom	178
Dr. M. Murić: Pokušaji terapije plućne tuberkuloze helinskim solima	187
Dr. V. Kušan: Medikamentozno suzbijanje haemoptoe	193
Dr. Fr. Debevec: Terapija pljučne tuberkuloze s posebnim ozirom na specijalno zdravljenje	197
Dr. V. Orlić: O lečenju tuberkuloze na Jugoslovenskom Primorju	205
Dr. R. Neubauer: Sodobno zdravljenje tuberkuloze in sanatoriji	211
Razprava: D. Tomazić, dr. Neubauer, dr. Sekulic, dr. Popovic	
Zapisnik II. god. skupštine J. L. P. T.	216
Unus : Z našega kongresa (1. slika)	218
V. Kocijančić : Učiteljstvo za svoje bolne tovariše	225
Iz zdravniških društav	226
Iz medicinskih časopisov	226
Drobne novice	229
Razpisi nagrad	230
Zdravniški tečaji	231
Iz uredništva	232

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 6—7.—8

31. JULIJA 1934.

Leto VI.

Narodna protituberkulozna liga v Ljubljani je poverila Zdravniškemu vestniku častno naložo, da objavi vsa predavanja, razprave in rezolucije, kratko celokupno delo prvega jugoslovenskega kongresa proti tuberkulozi. Mi smo to naložo sprejeli tem rajši, ker bomo na ta način vsem našim čitateljem nudili pravi zbornik razprav o najaktualnejših vprašanjih najvažnejšega zdravstvenega problema — tuberkuloze. Obenem pa se s tem predstavi Zdravniški vestnik prvič širši jugoslovanski pa tudi inozemski javnosti. Potrudili smo se, da nam ne bi bil v sramoto.

Urednik.

* * *

Organizacija 1. jugoslovenskega protituberkuloznega kongresa je bila po sklepu skupščine Jugoslovanske lige protiv tuberkuloze, ki je s sedežovanjem Jugosl. ftizeološkega društva priredila kongres, poverjena Narodni protituberkulozni ligi v Ljubljani, ki je že začetkom leta 1933 dala vzpodobudo za ta kongres.

Narodna protituberkulozna liga se je zavedala, da je prevzela nase veliko materijelno in še večjo moralno odgovornost; kongres je moral biti na dostojni znanstveni višini, organizacijsko pa tako izведен, da se je mogel program brez ovir razvijati. Ljubljanska liga je hotela, da bode kongres istočasno tudi velika splošna in javna manifestacija za probleme tuberkuloze. Organizacija kongresa se je kljub znatnim oviram v vseh smereh lepo in v celoti posrečila, tako, da je bil kongres eden najdostojnejših in po svoji globini in širini eden najresnejših kongresov, kar jih doživljamo v državi.

Velike materijelne težave je mogla liga premagati samo z velikodušnimi podporami ministra za soc. politiko in narodno zdravje gg. Pucelja Ivana in dr. Novaka Frana, bana Dravske banovine g. dr. Draga Marušića, s podporo ljubljanskega župana g. dr. Dinka Puca in drugih večjih slovenskih mest.

Program kongresa je bil vsestransko zanimiv, njegova izvedba na višku znanstvene popolnosti.

V program kongresa je bila sprejeta tudi proslava 25letnice delavskega sanatorija „Brestovac“ pri Zagrebu, da je kongres na ta način počastil tudi delo in spomin onih, ki so na slovanskem jugu prvi praktično orali ledino protituberkulozne borbe. Zastopniki javnih oblasti, zastopniki najrazličnejših organizacij, korporacij in ustanov so s svojo navzočnostjo posvedočevali, da hočejo biti stremljenjem protituberkulozne borbe naklonjeni. Časopisi so z največjo vestnostjo sledili programu kongresa in objavljali daljše in kraje članke o problemih tuberkuloze v naši državi. Udeleženci kongresa so se z ogledom našega najmodernejšega sanatorija za bolne na pljučih „Golnik“ in zdravilišča „Topolšica“ mogli prepričati, kako skrbno in dosledno se tudi pri nas ustvarjajo predpogoji za uspešno borbo proti jetiki.

Mednarodno važnost je kongres dobil s tem, da ga je z osebno navzočnostjo počastil prof. Sergent, profesor pariške klinike in mož svetovnega slovesa na polju interne medicine. Prof. Sergent si je ogledal tudi sanatorij „Golnik“. Na ta način je kongres izpolnil tudi važno propagandno funkcijo v inozemstvu za ugled in napredok naše države.

Narodna protituberkulozna liga v Ljubljani predлага jugoslovanski javnosti del bilance 1. jugoslovenskega protituberkulognega kongresa v dneh od 10. do 13. maja 1934. Pričajoča publikacija, ki vsebuje celokupno kongresn delo, naj za pozne rodove ohrani spomin na delo in stremljenja tega kongresa; publikacija naj bo pa tudi bodrilo za vedno intenzivnejše delo na polju pobiranja tuberkuloze. „Zdravniški vestnik“ je s to številko dal jugoslovanski javnosti na znanje, da zdravniki hočejo problemu jetike dati na razpolago svoje znanje, dušo in srce!

Hvala vsem!

Združujmo sile za zdravje in bodočnost naroda in države.

V Ljubljani, junija 1934.

Narodna protituberkulozna liga.

Prvi jugoslovanski protituberkulozni kongres je otvoril na Brestovcu dne 10. maja 1934 predsednik Jugoslovenske lige proti tuberkulozi, dr. Jordan Stajić, san. djeneral v.p. s sledećim

OTVORITVENIM GOVOROM

Gospodine Izaslaniče Njenog Veličanstva Kraljice!

Gospodo izaslanici gospode Ministra!

Gospodje i Gospodo!

Jedno veliko narodno zlo evo nas je sakupilo, da o njemu kao stručnjaci i najpozvaniji sinovi ove zemlje promislimo te da sa svojim stručnim znanjem i bogatim iskustvom ukažemo na puteve kako ćemo ga najpre i najlakše suzbili. Zatim, da svojim stručnim savetima skrenemo pažnju nadležnim i pozvanim faktorima, da obavestimo sve društvene klase iznad i ispod našega staleža o svemu onome što je u vezi sa ovim zlom i da prednjačimo u borbi protiv njega.

Ma da u toj opštoj nesreći celoga sveta — biču čovečanstva postoji već saznanje od kako i čovek postoji — nije mu se ipak moglo doskočiti, samo zato što se vekovima nije znalo za njegovog prouzrokovaca. Tek sa pronalaskom njegovim mogla je se i ozbiljna borba protiv njega povesti; ali ipak ne onako brzo i efikasno, kako što je to slučaj sa drugim zaraznim bolestima bilo, gde se uskoro posle pronalaska virusa jedne zarazne bolesti omogućila uskoro i definitivna pobeda nad njom. Medjutim pred ovom nemani još stojimo daleko od pobeđe.

Sve do 1865 godine, kao što Vam je poznato, bilo je dosta lutanja u istraživanju i ispitivanju tuberkuloze dok te godine nije pošao dobrim putem naučnik — francuski vojni lekar Vilmen, koji je prvi uneo u proučavanju tuberkuloze pojam o tuberkuloznom virusu i do čijeg vremena je bilo nepoznato etiološko proučavanje tuberkulognog procesa.

Tvrđenje Vilmena da je tuberkuloza jedno specifično obolenje i da bez ikakve sumnje pripada onim virulentnim bolestima, koje imaju svoga agensa i koji se daje inokulisati, ostalo je tačno, jer je u toku daljih ispitivanja ovo i potvrđeno. Ali i protiv ove njegove nauke čak i u Pariskoj Medicinskoj Akademiji, kojoj je Vilmen ovo saopštenje učinio 5. decembra 1865. god. — podigla se je jaka borba i odlučno negiranje svega onoga što on beše izneo u svojim naučnim opažanjima. No ovaj polpuno ubedjen u svoja naučna odkrića i dalje je tvrdio i dokazivao da tuberkulozu izaziva samo tuberkulozni materijal, u kome se nalazi jedan virus, jedna klica, koja kad dospe u čovečiji organizam nadje pogodno mesto za svoje razviće — u njemu se razmnožava i izaziva tuberkulozna obolenja,

Ali sa otkrićem u Gesundheitsamt-u u Berlinu 1880 godine kada je veliki naučnik — veliki dobrotvor čovečanstva Dr. Robert Koch, pronašao taj patogeni mikroorganizam, koji prouzrokuje tuberkulozu, videlo se da je

istina ono što je Vilmen tvrdio da se prouzrokovala tuberkuloze nalazi u patološkim produktima čoveka n. pr. u ispljuvku i drugim.

I dr. Koch već 24. marta 1882 god. saopštilo je Fiziološkom Društvu u Berlinu svoje naučne rezultate — postignute u istraživanjima kako u produktima ljudi tako i životinja. On je kako kod spontane tuberkuloze tako isto i eksperimentima pronašao bacil koji se naročitim načinom bojenja uvek može pronaći i raspoznati; on ga je na pogodnim podlogama mogao odgajiti i njime inokulisane životinje zaraziti, tako da su ove dobine izrazila tuberkuloznu obolenju.

Svi docniji radovi vršeni u ovom pravcu do danas potvrdili su ovu istinu.

Ova dva epohalna pronađaka: Vilmen-a da je tuberkuloza zarazna bolest čiji se virus nalazi u patološkim lučevinama ljudi i životinja i Kochov — pronađak virusa, koga je on izdvojio u čistu kulturu i pokazao nam kako se veštačkim bojenjem može pronaći u patološkom ispljuvku kao i u organizma od tuberkuloze obolelim — stvorena su nova polja rada i sa pronađaskom Kochovog bacila razrišćen je pojam o tuberkulozi i prekinuta su sva dotadanja lutanja. Tako je za navek utvrđeno, da je samo Kochov bacil prouzrokovala tuberkuloznu obolenju; time je data mogućnost za stvaranje praktičnih vrednosti, za njihovu praktičnu primenu, kako i proučavanju bolesnih — patoloških promena — tako i u drugim bakteriološkim i histološkim ispitivanjima. Od onda su otvorena nova polja rada i za terapijske svrhe, u čemu je u medicini stvorena veliki preokret. Tako kao jednu takvu terapijsku tekuvinu od ogromnog značaja po čovečanstvo imamo spomenuti Calmetteovu vakcincu: B. C. G. u čiju se efikasnost danas ne može više sumnjati, a u čiji prilog govore svi do sada poznati statistički podatci o obolenjima i smrtnosti od tuberkuloze. Besez-eom vaksinisanje i nevaksinisanje dece kao i patološko i anatomska nalazi kod dece koja su i posle vakcinacije B. C. G.-om obolela od tuberkuloze. Pa i za dijagnostičke svrhe stvorene su sigurne metode, što je od ogromnog značaja. Sa svima naučnim tekuvinama skinuta je ona mračna koprena iza koje se je skrivala tajanstvenost i profilaktičkih puteva protiv ove strašne bolesti.

Ali, i pored svega ovoga, gospodo, kako što vam je poznato, još mnoga naučna istraživanja po pitanju tuberkuloze nisu završena sa svima njenim problemima i njene etiologije. Još nisu sasvim razrišćena n. pr. pitanja o ulozi i značaju Muhovih granula, kako ni pitanje Calmetteovog ultravirusa, koji prolazi kroz filtreve a koji se do danas mikroskopski nije mogao otkriti. Dakle kao što vam je poznato daljim naučnim radovima i ispitivanjima došlo je se do saznanja, da ima takvih tuberkuloznih elemenata, koji se nalaze u kulturama tuberkuloznih bacila kao i u tuberkuloznom ispljuvku, koji prolaze kroz filtreve i koji mogu izazvati patološke promene u organizmu. Takodje opisima je utvrđeno — po Calmette-u, Valtis, Lacomme — da oni mogu prodreti i kroz posteljicu i izazvati u organizma fetusa tuberkuloznu obolenju još za vreme intra-uterinog života. Dakle pitanje koje

ostaje otvoreno a u vezi je i sa nekim socijalnim problemima kao i sa naslednošću tuberkuloze.

Osim ovoga, gospodo, kako što vam je poznato, uzeta su još i mnogo druga vrlo važna opažanja u kombinaciju po pitanju tuberkuloze kao n. pr. acidorezistentnost Kochovog bacila za patologiju i morbidni proces tuberkulozne prirode; tvrdilo se naime da osutnost ovih acidorezistentnih bacila — govori protiv tuberkuloznih karaktera patoloških produkata; u daljim ispitivanjima dokazano je da u stvari to nije tačno, jer je nadjeno dosta bacila, koji su acidorezistentni ali nisu prouzrokovači tuberkuloze i da ovu osobinu nemaju svi Kochovi bacili.

Pa čak i ona ispitivanja i značajni eksperimenti inokulacija tuberkulznih bacila na organe biljaka, koje je Muh činio, mogu stvoriti značajne preokrete u pitanju tuberkuloze kako za njenu etiologiju a tako naročito za terapiju tuberkuloze; jer, kako što vam je poznato, tim eksperimentima dokazano je da pojedine biljke inokulisane tuberkuloznim bacilima potpuno ih rastvaraju i posle inokulacije svim načinima u njima nisu nadjeni više bacili; druge biljke nemaju ovu sposobnost da rastovore tuberkulozne klice; u nekim se biljka na tuberkulozni bacili ne rastvaraju, ali izumiru, ni najmanje ne utičući ni na biljku ni njen život. Zatim imamo i takve vrste biljaka, koje niti ubijaju niti rastvaraju tuberkulozne bacile ma da ih žive sadrže u velikim masama, a pored toga ove biljke ipak napreduju. Ima biljaka koje ne ubijaju tuberkulozne bacile ali se sojevi bacila bitno razlikuju od inokulisanog bacila itd. Ima plodova biljaka koji se različito ponašaju prema tuberkuloznom bacilu n. pr. zeleni patlidžan — rajčica — Solanum Lycopersicum: on u toku od mesec dana ubija inokulisane tuberkulozne bacile dok zreo — crven patlidžan ne ubija ih. Salata i beli lukac potpuno ih ubijaju. Pasulj i helda su bez ikakvog dejstva i tako dalje. Pa i ispitivanja francuskog naučnika Auclair-a za imunitet protiv tuberkuloze kod pita, koji je on pre 4 godina pronašao — da datira od pankreasa, — pokušao je, da iskoristi i za imunitet kod ljudi te možda će dati u idućim godinama neke povoljne rezultate u tom smislu.

Iz dosada navedenoga mi vidimo da od kako je Kochov bacil pronađen i iz sviju vrsta dosadanjih istraživanja i ispitivanja izlazi, da po pitanju tuberkuloze još nije sve završeno i može biti da je baš taj razlog što nam oduzima onu moć da i sa tuberkulozom postignemo one pobedonosne uspehe, kao što su lako i brzo postignuli kod drugih zaraznih bolesti. Pa iako, bar sa ovim dosada poznatim elementima o tuberkulozi, sa kojima su nas upoznali mnogi naučnici — mi možemo uzeti jedan odlučan stav u borbi protiv ovoga narodnog zla i neprijatelja, onako, kako su takav stav u toj borbi i zauzele već mnoge kulturne države, kod kojih je plod takve borbe najboljim uspehom urođio.

Za tom svesnom i istrajnom radnjom mi lekari — kako pioniri ove velike ideje — moramo prvo probuditi svest o tuberkulozi u narodu i širokim narodnim masama, a najviše činiti apel na naše intelektualce, na sve

društvene korporacije, humana društva, na sve škole i sve društvene redove, da se svi krenemo u borbu naoružani duhovno i materialno, počev od onih iz najzabačenije seoske kolibe, do onih, iz najvećih gradskih palata, u kojima se malo oseća teret ovoga zla.

Ali gospodo, ova privatna inicijativa za borbu protiv tuberkuloze ovako usamljena biće leva ruka trupa bez glave i desnice. Glava je zakon a desnica izvršni državni organi. I za to, danas sa ovoga kongresa mi upućujemo prvenstveno apel na Vladu i narodno predstavništvo da donesu Zakon o suzbijanju tuberkuloze, koji će biti široka osnovica, na kojoj će počivati svemoguće antituberkulozne akcije koji će i moćno moći prihvatići ovu našu antituberkuloznu borbu, jer, samo sa koordinisanom akcijom državnom i privatnom a na osnovu naučnih tekovina o tuberkulozi mi možemo sve-srđnim naporima postići sjajne uspehe. A desnica — izvršni organi Zakona — neka budu što diktatorniji i moćniji, potpuno objekтивni i svesni da zasićuju najlepše narodne redove i najbolju narodno snagu — omladinu — i neka ne štede i šlje ničije interes — no samo interes svoga naroda čiji su momenti u ovim prilikama od presudnog značaja za sadašnjost i budućnost našega naroda. A vas prisutne, molim, da svojim radom, mišlju i svakovrsnim akcijama budete i nadalje istrajni u antituberkuloznoj borbi a vi, koji ste se nama približali — stupite u naše redove — prihvatiće čvrsto zastavu antituberkulozne ideje za dobro naše dece, naše rase pa i za dobro celoga čovečanstva.

Manom profesorja Alberta Calmettea*

Dne 27. oktobra 1933. je umrl v Parizu v 70. letu svoje starosti profesor *Alberte Calmette*, eden izmed najpomembnejših mož vseh vekov. Po njegovih delih ga štejejo med svoje velikane bakteriologija, serologija, in imunska biologija, nič manj pa tudi socialna medicina, socialna higiena in fitzeologija z vsemi fazami borbe proti tuberkulozi kot ljudski in kužni bolezni.

Praktično zatiranje tuberkuloze sloni na dveh važnih osnovnicah. Prvo izmed njiju je postavil *Robert Koch*, drugo pa *Calmette*. Po *Kochovi* osnovnici „*se razvije tuberkuloza le tam, kjer je jetična kal.*“ S tem so bile ovržene vse dotedanje fantastične razlage o nastanku tuberkuloze in je dobila praktična borba proti tuberkulozi realno podlago.

Drugi osnovnici pa je *Calmette* l. 1900. pripomogel do veljave s tem, da v središče borbe ni postavil tuberkuloze kot bolezen, kakor se je to dogajalo do tedaj, marveč kot *socialno zlo in kužen vir*, katerima je treba slediti prav na stanovanje, v rodbino in v poklic, neposredno na začuženo delovišče, da se dožene obseg okuževanja, se odvzame kužnemu virus nevarnost za bližnjega in očuva zdrava okolica ne le pred okužbo, marveč tudi pred obolenjem, odnosno izbruhom tuberkuloze.

Calmetteu moramo štetiti v nevenljivo zaslugo, da je strnil v celoto in točno opredelil domače in rodbinsko skrbstvo jetičnikov in pojetki ogroženih ter večji del borbe proti tuberkulozi prenesel neposredno v leglo jetične klice, v rodbino, v poklic, kraftkomalo povsod tja, kjer se pojavlja kužen, tuberkulozni človek.

Calmette je osredotočil vso to borbo v svojem slovitem dispanzerju, ki je sčasoma postal središče praktičnega zatiranja tuberkuloze in kmalu izpolnil nade, katere je sam *Robert Koch* stavljal vanj, ki je 12. decembra 1905 ob priliku svojega odlikovanja z Noblovo nagrado, dobesedno govoril: „*Smatram dispanzer za eno najmočnejših, ako ne za najjače orožje, kar jih moremo uporabljati proti tuberkulozi.*“

Landouzy, znameniti francoski zdravnik, pa je označil koristnost protituberkuloznega dispanzerja z naslednjimi pomembnimi besedami: „*Dispanzer sliči v pest stisnjeni roki, katere prsti se v razkrečeni drži dotika jetičnika v raznih dobah njegove bolezni in v raznih razdobjih njegovega življenja.*“

Drugo učinkovito orožje proti tuberkulozi kot ljudski bolezni je človeštvu *Calmette* dal v obliki cepila *B. C. G.* (*bacille bilié Calmette Guérin*). Sicer še niso sklenjeni vsi akti o tem zdravilu, akoprov se uporablja že nad 10 let pri stotisočih in stolisočih dojenčkih, vendar pa je z njim *Calmette* nehote dosegel namen, da je človeštvu vrnil up, odkriti učinkovito in zanesljivo cepilo in obenem pokazal smer, po kateri mora v bodoče hoditi, ako hoče priti do zaželenega cilja.

* Govor o priliki olvoritve kongresa na Brestovcu.

Tretje odrešilno sredstvo, ki ga je *Calmette* dal človeštvu v roke, je imunski serum proti strahovitemu koprinemu strupu, ki ga je uporabljal tudi pri študiju tuberkuloze in v zadnjem času tudi raka.

Po svojih nesmrtnih delih *Calmette* ni le največji dobrotnik francoskemu narodu, marveč vsemu človeštvu. S svojimi odkritiji in dognanji je pomagal in nadalje pomaga milijonom in milijonom oseb, jim vrača zdravje in jih ohranja stične in zadovoljne. Milijonom in milijonom otrok je vrnil in vrača zdravje roditeljev, milijonom in milijonom roditeljev pa vrača zdravo deco!

Calmette se je odlikoval po mirni stvarnosti, po neizčrpnem dolžnostnem čutu, po popolni vdanosti svojemu življenskemu cilju, kakor tudi po vdanosti in zvestobi proti samemu sebi. Njegovo življensko delo je bilo polno smotrnosti in prežeto s silno, občudovanja vredno življensko silo. Neomahljiv mir in samozavest v njegovem nastopu sta bila jasni priči, da je *Calmette* samemu sebi povsem zaupal.

Vsa njegova dela odlikuje visoki etični namen, ker ni *Calmette* delal, da bi kaj dosegel, torej delal za določen namen, marveč je iz notranjega nagona iskal resnico in jo kot tako tudi oznanjeval. Temu zvišenemu cilju je veljal ves *Calmetteov* strastni nagon za neumorna, tako uspešna raziskovanja in globoka razglaobljanja. Enormno število (310) knjig, brošur, spisov in novih odkritij ter dognanj je za *Calmetteovo* mirljivost, vztrajnost in energijo jasna in živa priča. Veliko število odličnih sotrudnikov in sodelavcev pa dovolj jasen dokument, da je *Calmette* umel prežeti s svojimi idejami tudi svojo širšo in ožjo okolico.

Calmette je bil osrečuječ pravir neumornega znansvenega delovanja in je bil vse prej, ko mož z željo po zunanjem, trenotnem uspehu. Vztrajno in smotrno delo brez miru in odpočitka je izraz njegovega bitja in njegove notranjosti, ki stojita pod vltisom notranjega nagona po ustvarjanju in po nadaljnjem izpopolnjevanju.

S *Calmetteovo* mnogo prerano smrlio je v prvi vrsli hudo prizadeta praktična borba proti tuberkulozi. Vrzel, ki nam jo je vsekala njegova smrt, bo le težko izpolnil in najli njemu vrednega naslednika, ki bi bil istotako kakor on uspešen pri nadaljnjih reziskovanjih o tuberkulozi kot ljudski in kužni bolezni.

Spomin na *Calmetteovo* vzvišeno osebo naj živi trajno med nami. Kajti setev, ki jo je tako bogato sipal vse življenje brez vprašanja po hvaložnosti, časti in priznanju, bo klila, dokler bo človeštvo živilo in ga bosta ogrožala zadnja kobra in zadnja tuberkulozna klica, in želev, obilna in bogata, ne bo izostala!

**Zatorej večna slava in večni spomin geniju
velikega, nedosegljivega in nesmrtnega profe-
sorja Alberta Calmettea! Slava mu!**

Pozdravne besede

V imenu Narodne protituberkulozne lige, ki je izvedla organizacijo I. jugoslov. protituberkuloznega kongresa, je kongres pred prehodom na nadaljevanje dnevnega reda v Ljubljani pozdravil njen predsednik g.dr. J. Bohinjec s temi besedami:

Danes nadaljujemo I. jugoslovanski protituberkulozni kongres, kateri je bil včeraj slovesno in formalno otvorjen v delavskem sanatoriju „Brestovac“ pri Zagrebu. Tako je prva misel našega prvega protituberkuloznega kongresa veljala počastitvi dela in spomina onih, kateri so pred več kakor 25 leti pričeli s pozitivnim delom na polju pobijanja tuberkuloze in ustvarili prvi sanatorij na jugu bivše monarhije in prvi sanatorij na Balkanu sploh. Ob 25-letnici sanatorija „Brestovac“ je bil otvorjen I. jugoslovanski vsedržavni protituberkulozni kongres, — ta časovna skladnost dveh pomembnih dogodkov v jugoslovenskih protituberkuloznih prizadevanjih je lepi in upanja polni znak, da smo na dobrì in bodrilni poti poglabljanja in izpopolnjevanja naše protituberkulozne borbe.

Druga misel ob otvoritvi kongresa je veljala *delavstvu*, katero v svojem zdravilišču „Brestovac“ išče in dobiva ozdravljenje od nevarne bolezni tuberkuloze. *Otvoritvene besede kongresa v prostorih delavskega sanatorija so simbolično in živo izraževale spoznanje in zavest, da se mora tudi jugoslovanska protituberkulozna borba v prvi vrsti osredotočevati v delavskih domovih in v delavskih središčih.* Od tu mora blagodejno segati v najoddaljenejše kraje podeželja.

Kongres deluje pod pokroviteljstvom Nj. Vel. kraljice Marije. *Mi moramo biti Nj. Vel. kraljici za to njeno visoko moralno pomoč izredno in iz srca hvaležni.* Nad kongresom in njegovimi udeleženci ter nad vso ono našo javnosjo, katera s simpatijami hoče spremljati naše delo, je razlit duh ljubezni, duh dobre in blage matere, katera iz zborovalnih dvoran kliče ven v javnost iz srca k srcu, da ne ostanejo zakrknjena, ko jih prosi pomoči beda in revščina med narodom, zaznamovana s teško bolezni jošlike. Simbol materinske ljubezni in materinega dobrega srca naj postane viden izraz vseh naših protituberkuloznih hotenj in ustvarjanj tudi v bodočnosti!

V času težkih gospodarskih prilik je s tem kongresom izvršena prva mobilizacija jugoslovenskih sil v borbi proti tuberkulozi; kongres je zato manifestativen izraz zavesti, da je baš gospodarska depresija in z njo v vzročni zvezi stoječa socialna kriza nujen in neodložljiv povod, *da pozovemo k mobilizaciji vso plemenito jugoslovansko javnost, da pride in rešuje, kar pod pritiskom gospodarske krize pada v zdravstveno in v moralno katastrofo.* Da, zato, ker je kriza, mora biti socialna zavest in vest ojačana, požrivovalnost za potrebe revnih in ubogih pa mnogo pomnožena, *naš nacionalizem mora dobiti živo in realno vsebino z dobrim delom na socialnem in zdravstvenem polju med narodom.* V času krize je treba, da se v državi uveljavljajo elementi notranjega miru in socialnega napredka. Naš kongres mora biti živo hotenje po resničnem in stvarnem socialnem na-

predku, ker je v njem velik, ako ne največji del bitke proti tuberkulozi dobljen. Naš kongres hoče biti resen opomin vsem onim, kateri se krivično skrivajo za pojavom „krize“ in nočajo priznati, da so kot živi člani narodo-vega občestva ravno v času kri e posebno dolžni, da vidijo in čutijo s trpljenjem naroda.

Tuberkuloza drži naš narod v stalni krizi, da ne more kvišku k gospodarskemu in kulturnemu napredku. Tuberkuloza je naša ljudska, delavska in tudi kmetska bolezen. Povsod, kjer so pokrajine pasivne, mora divjati tuberkuloza.

Na problemu tuberkuloze pa smo posebno interesirani mi v dravski banovini. Ta interes nam v prvi vrsti narekujejo *tujsko-prometni oziri*. Zavedamo se, da mora v tujsko-prometni zemlji vladati največja čistoča in snaga in pa tudi vseobče zdravje. Moramo priznati, da je v tej smeri ustvarjenega že zelo mnogo, tako, da moremo s polnim razmahom poglabljati tujsko-prometno propagando. *Posebno v pogledu zatiranja tuberkuloze je aktivnost javnih in zasebnih činiteljev posebno vidna in uspešna*. Toda mi hočemo, da bomo v najkrajšem času mogli reči: *v dravski banovini, v Sloveniji, tuberkuloze ni več!* Začo protituberkulozno kongresno zborovanje najiskrenejše pozdravljam, ker se zavedamo, da bo ta kongres vzbudil vse polno nove iniciativne in razmaha v naših protituberkuloznih prizadevanjih.

Naš kongres so s svojo navzočnostjo počastili predstavniki oblasti, posvetne, cerkvene in vojaške, zastopniki uradov, organizacij, korporacij in ustanov; posebno nas vzradošča navzočnost zastopnikov delavstva in načrtenstva. V enotni volji pomagati in sodelovati so združeni predstavniki našega gospodarskega življenja s predstavniki onih, katerim hoče biti posvečena prva in zadnja beseda kongresa. Vsem veljaj moj najiskrenejši pozdrav in *zahvala za to, da ste prišli pojačat našo manifestacijo za zdravje in srečo naroda*.

V navzočnosti teh visokih in spoštovanih predstavnikov našega uradnega in zasebnega življenja vidimo jamstvo, da plemenita prizadevanja zdravnikov in drugih delavcev na polju protituberkulozne borbe ne bodo ostala osamljena in pozabljeni, temveč, da bodo našla povsod največje in najresnejše razumevanje. *V tej skupnosti stremljen in hotenj je borbi proti tuberkulozi zajamčen uspeh, posebno, ako bo za tem uspehom hrepeleno vse, kar je v narodu dobrih in plemenitih duš in src.*

Z vero v ta veliki uspeh za srečo in mirno življenje našega ljudstva nadaljujemo kongres !

I.

SOCIALNO-HIGIJENSKA PREDAVANJA

Zakonodavne mere u borbi protiv tuberkuloze

Pored ostalih dužnosti, koje su predvidene članom četvrtim pravila društva Jugoslovenske lige protiv tuberkuloze, stavlja se u dužnost društvu tačkom četvrtom istog člana i zadatak: „da sarađuje na donošenju Zakona o tuberkulozi i da uzima učešća pri izradi ostalih zakona, koji su u vezi sa tuberkulozom.“

Kao jedno tako značajno pitanje za antituberkuloznu borbu uzeta je ova tačka pravila kao zasebna študija o merama, koje treba da obuhvati budući zakon za suzbijanje tuberkuloze i na kojim osnovama kao na glavnim činjenicama treba da bazira ovaj zakon za izvođenje antituberkulozne borbe.

Držim, da za angažovanje privatne inicijative u reševanju jednog ovakvog krupnog socijalnog pitanja, nije se mogla zamisliti ni bolja, ni pogodnija, ni prešnija tema od ove, koja je za ovaj kongres izabrana kao glavna tema, a to je: „zakonodavne mere u borbi protiv tuberkuloze“. Time ćemo dati povoda, da borba protiv ovog narodnog zla kreće ovim najsigurnijim putem - zakonskim putem, - koji će nas dovesti do mesta pobjede, kad ćemo se svi sa uspehom zadovoljiti jer ćemo hiljadama i hiljadama najboljih života od sigurne smrти oteti.

Iz iskustva ljudskoga života poznato je, da se pri pojavi ma kakvoga narodnog zla, nesreće ili ma kakve druge narodne nedaće prvo pojavljuje inicijativa za odbranu i borbu kod onih, koje je to zlo prvo i pogodilo, pa se to posle prenosi i na neposrednu okolinu nastradalih i tako je postepeno ova borba obuhvatala i široke narodne mase; udružene mase davale su zajednički postrek za zajedničku saradnju i borbu i tek tako organizovani mogli su svojom privatnom inicijativom uskolebati i zatalasati širu javnost i pozvane državne fakture. I samo tako trajnim insistiranjem privatne inicijative bili su pozvani državni organi prinuđeni da prihvate ovu borbu kao zajedničku i onda se koordinisanom saradnjom države i privatne inicijative dolazilo do željenih uspeha. Ako su ove nedaće dolazile iznenada i zahvatile od jednom veće mase, onda je i pokret — kao reakcija — bio brz i snažan; ako su pak te nedaće dolazile lagano i sa hroničnim tempom, onda se je i reakcija za odbranu protiv ovoga zla pojavljivala tek posle dugog perioda kada je zlo dostiglo veće razmere. Baš u takvim slučajevima privatnoj inicijativi treba dosta truda i istrajnosti, pa da može zadobiti državne organe za legalnu i zajedničku saradnju. I antituberkulozno pitanje je te vrste, kod koga treba dosta istrajnosti i složne borbe, pa da se uspe, što ćemo docnije jednim primerom dokumentovati.

Nepobitna je istina, da je tuberkuloza socijalna bolest i da se njeni etiološki momenti nalaze skoro isključivo u rđavim socijalnim, higijenskim

i kulturnim prilikama jednog naroda, kao i tamo, gde u opšte nije nikako ili rđavo organizovana socijalno - sanitarna služba.

Tuberkuloza je zavisna u glavnome pored prednjega, naročito i od ekonomske moći i kulturnog stanja samog naroda, te prava etiologija tuberkuloze jednoga naroda počiva baš na tim uzrocima, koji su opet međusobno u tesnoj uzročnoj vezi. Zato, za uspešnu borbu protiv ove bolesti treba prvo ispitati njene uzroke. Uklanjanjem ovih uzroka istovremeno se najsigurnije suzbija i njeno širenje. To je jedini pravilan put, kojim se rationalno i sigurno ide suzbijanju tuberkuloze u jednom narodu.

Ako budemo otkrili te etiološke činjenice, koje su u glavnom podloga i dobar uslov za razviće i širenje tuberkuloze u narodu, onda prvo treba te činjenice pronaći, otkloniti ih kao i sve njihove socijalno-higijenske štete i rdjave strane pa tek onda se može poboljšati stanje tuberkuloze u narodu.

S toga pri suzbijanju tuberkuloze kod jednoga naroda na prvom mestu se mora skoncentrisati sva pažnja na socijalnu profilaksu i upućivati sve zakonske i druge radnje tim pravcem.

Danas se svuda u kulturnim zemljama osobita važnost pridaje socijalno-medicinskim problemima i medju njima kao jedan od najvažnijih zauzima prvo mesto problem tuberkuloze. I borba koja se protiv nje preduzima od velikoga je značaja za dobro, sreću i napredak jednoga naroda, kao i za njihove ekonomske prilike i njegovu zdravu populaciju. S toga ta borba protiv ove narodne nemani ne može ostati samo u rukama pojedincata — kao što to mnogi misle, da su za to pozvani samo lekari — već ta borba mora biti zajednička, jaka, snažna i vrlo dobro planski organizovana. Ona mora biti u rukama : Države, opštine, škole, sviju javnih korporacija i humanih društava. Ona zavisi vrlo mnogo od društvenog uredjenja, od kulturnog i ekonomskog stanja jednog naroda te se zato s pravom ona zove socijalnom bolešću.

Zato je razumljivo, što se danas u svima kulturnim državama obraća najveća pažnja sanitarno-socijalnoj politici jer je ista već u nekim zemljama urodila najlepšim plodom, pa zato teže i druge države da ovo svoje narodno zlo otklone onim putevima koji su iz prakse dali najbolje rezultate.

Od sviju socijalnih bolesti kod nas bez sumnje da tuberkuloza zauzima prvo mesto, kako po morbitetu, tako i po mortalitetu. Što je pak najstrašnije u celoj stvari, ona svojom smrtnom kosom kosi svoje žrtve prvenstveno i najviše u redovima omladine i mlađeg sveta, naše najbolje narodne privredne i radne snage. To su ogromne i neocenjive ekonomske štete te i zbog toga pitanje tuberkuloze zasluguje našu najozbiljniju pažnju i interesovanje.

Pridavanje ovlike važnosti tuberkulozi kod nas kao socijalno-sanitarnom pitanju od velike je potrebe i zaslzuje zaista svu pažnju, pošto je ono od presudnog značaja kako za sadašnjost tako još više i za budućnost našeg naroda, i pošto je to životno pitanje našeg podmlatka i naše privredne i ekonomske snage. Kao što vam je poznato, najveći procenat poboljevanja

i smrtnosti od ove bolesti je u dobi mладости; hiljadama dragocenih mладих života se svake godине gase; međutim stanje se nikako ne poboljšava, te zato se sa najвеćom ozbiljnošću mора pristupiti najsavesnjem radu — borbi protiv ovoga najвеćeg narodnog zla i narodnog neprijatelja.

Ovakvo stanje tuberkuloze je ne samo kod nas; ono je i kod mnogih drugih naroda i oni su ga oglasili za najвећe narodno zlo i oglasili ga kao i mi za najвећeg narodnog neprijatelja. Tuberkuloza nam ubija oko 40.000 lica godишње i onesposobljava za privredu oko 500 000 lica. Ovo zlo, koje je zahvatilo skoro ceo свет postalo je opšte za celo čovečanstvo. Zato je razumljivo, što su se svi kulturni narodi krenuli u borbu protivu tuberkuloze, i što vidiemo u svima zemljama чitave organizacije za borbu protivu ovoga opasnog i moćnog narodnog neprijatelja. A kako taj neprijatelj ne preti samo jednom narodu, već svima, to je borba protivu njega postala opšta, međunarodna i dobila svoj izražaj u „Medjunarodnom Udruženju protivu tuberkuloze“. I u sреćnim zemljama где se ova borba vodila i vodi energično i uspešno, pokazalo se da se tuberkuloza može suzbiti i hiljade dragocenih života oleti od smrti.

Već je kod mnogih naroda dokazano, da borba protivu tuberkuloze nije tako laka i prosta.

Pošto je širenje tuberkuloze u vezi sa mnogobrojnim higijenskim i socijalnim prilikama, potrebno je da se za borbu protivu ove bolesti angažuje aktivan saradnja celog društva, jer se uspeh može postići samo ako se svi prihvate ovog teškog posla, koji traži mnogo istrajnosti i vremena, i velika materijalna sredstva. Popravke ekonomskih i socijalnih prilika u jednom narodu; zatim sankcionisane stroge diktatorne zakonske odredbe za suzbijanje tuberkuloze, učiniće nesumnjivo, da se uniše mnogobrojna zarazna gnjezda ove bolesti i omogućiće da se na širokoj bazi sprovedu celishodne socijalne i stručne profilaktične mere. Na svaki način da i širenjem saznanja o načinu prenošenja ove bolesti sa bolesnika na zdrave, u mnogome će doprineti za racionalno izvodjenje ove borbe.

Najglavniju ulogu u suzbijanju tuberkuloze kod jednoga naroda igra dobro i strogo sanitetsko i socijalno zakonodavstvo, koje će biti najjači služ, koji će na svojim jakim temeljima nositi celokupan antituberkulozni rad.

Takvo zakonodavstvo pored ostalog najviše ima da pomogne siromašnom delu našega naroda, koji u ostalom najviše i pati od ove bolesti, jer on daje najveći broj bolesnih i mrtvih. Tamo gde je rdjava izhrana, gde se stanuje po mračnim i vlažnim stanovima i gde sa napornim fizičkim radom radenici provode časovima u nezdravim i ne higijenskim prostorijama; gde je lična higijena potpuno osutna; gde često u jednoj bednoj sobici sa minimalnom kubaturom žive više članova jedne porodice ili drugovi, — dosta puta tuberkulozni i zdravi zajedno, — tamo su zakonske zaštite najpotrebniye.

Zakonodavstvom se ima regulisati izdržavanje onih, koji su zbog tuberkuloze postali nesposobni za rad, koji nisu u stanju da privrede ni ono malo, što su dotele mogli privredjivati. Ono ima da reguliše kako će se

tuberkulozom zaraženi izdvojiti iz sredine zdravih. Neizlečivi se moraju odvojili od zdravih, da bi se uklonio jedan stalni izvor zaraze; izlečivima se ima pružiti mogućnost da se leče, jer je lečenje tuberkuloznih bilo i biće vrlo skupo a u današnjim teškim novčanim prilikama ono je pristupačno samo imućnim.

Čim je jedan radenik oboleo od ove teške hronične bolesti, on je pri nudjen da se od svoga rada odvoji, kojim je do tada izdržavao sebe i često svoju siromašnu porodicu; njemu kao i njegovoj porodici valja omogućiti egzistenciju, a pri tom još stvoriti mu i materijalne izdatke za lečenje.

Danas siromašnija klasa — baš ona, koja najviše boluje od tuberkuloze — ovo lečenje postiže delom svojim osiguranjem kod ureda, što je za ovu bolest potpuno nedovoljno, a delom je upućena na milostinju pojedinaca i nekih dobrotvoornih organizacija. Milostinja pak lepa je reč ali kratka i najbednija pomoć.

Zakonom se jedino imaju otvoriti bolnička vrata bolesnicima sa otvorenom tuberkulozom. Ne sme se više čuti strašan i koban glas bolница — bar za ovakve bolesnike: „nema mesta, vodi ga kući“. — Dakle natrag u nehigijenski mračan i memljiv stan, u bedu, glad i nemaštinu; da bude i dalje najjači rasadnik i izvor tuberkuloze.

Dužnost je države, društva i čovečanstva, da zakonom prihvate ove bolesnike, otklone veliku opasnost i zaštite svoje zdrave sugrađane; to se ima zakon u ime države, — državne zajednice — isprsiti ispred ovoga narodnog neprijatelja i uzeti u zaštitu sve zdrave sugrađane od sigurne zaraze i smrti.

Kao što vidimo, pitanje tuberkuloze je socijalni problem, te i borba protivu tuberkuloze ima da bude prvenstveno socijalnog, pa socijalno-sanitarnog, pa higijenskog i na posletku medicinskog karaktera, i da je za ovo najbolji put zakonski. Njemu od pomoći može biti privatna saradnja, koja će raditi drugim pravcem, pravcem propagande i tačnog obaveštenja o načinu širenja tuberkuloze, o lečenju i njenoj izlečivosti, kao i da ona nije uvek smrtonosna. Zakonu i antituberkuloznoj borbi mnogo će od pomoći biti, ako so se po svima školama redovno drže kursevi iz higijene na kojima se ima naročita pažnja obratiti na tuberkulozu, kao na opaku narodnu bolest. Sa poboljšanjem higijenskih prilika kako u praktičnom životu tako i u razvijanju svesti, poboljšaće se t.j. smanjiće se obolenja od akutnih infektivnih bolesti prljavog porekla (kolera, trbušni tifus, dizenterija i letnja obolenja gastrointestinalnog trakta) — a tako isto znatno će uticati i na popravku i smanjenje hroničnih obolenja. Tim će se načinom smrtnost u narodu smanjiti, populacija povećati, a socijalna beda popraviti.

Pa i sva ostala propaganda srestva izvedena preko Lige protivu tuberkuloze, preko dispanzera, društva Crvenog Krsta i drugih humanih društava, pomoću brošura, knjiga, časopisa, letaka, grafičkih plakata i drugih proširiće antituberkuloznu svest i prosvetiće narodne mase, što ćeći u korist antituberkuloznoj borbi.

Težiti da se što više osnuju lige protiv tuberkuloze i podigne što veći broj antituberkuloznih dispanzera po svima većim naseljima, a preko kojih će se praktična propaganda razvijati.

U Norveškoj su bili od velikog značaja i veoma korisni za propagandu i uspešnu antituberkuloznu borbu „higijenski kursevi“ za učitelje, sveštenike i opštinske delovođe. Ovake kurseve treba i kod nas zavesti, jer pored lekarskog staleža ova lica imaju najviše dodira sa širokim narodnim masama i pogodniji su da u svakoj zgodnoj prilici praktično pouče narod kako će se odbraniti od tuberkuloze, kako se praktično izvodi profilaksa protiv sviju infektivnih bolesti i kako treba higijenski živeti. To su žive i praktične higijenske škole u širem smislu opšte higijene.

Dragocene usluge čine antituberkulozni dispanzeri, naročito po većim naseljima — većim varošima. Ovi se moraju zakonom predvideti, a njihovo dejstvo i pravilno funkcionisanje posebnim zakonskim pravilnikom regulisati, kao što je to u Francuskoj i drugim državama predviđeno. Oni mogu pripadati državi, samoupravnim telima, opštinama ili privatnim humanim društvima, ali njihov rad mora biti saglasan sa dispanzerskim pravilnikom tako, da preko njihovog osoblja jednovremeno bude ukazivana pomoć bolesnima, a zdravima i okolini bolesnikovoj davati savete i potrebna stručna i higijenska obaveštenja. Preko dispanzerskog osoblja će se najpre i lako pronalaziti tuberkulozni bolesnici, preko njih će se znati i sve higijenske i socijalne prilike porodice bolesnikove, te će se moći u svima slučajevima vršiti potrebna kontrola i ispravka u zdravstvenom smislu. Preko njih će se vršiti stalna i potrebna kontrola nad decom, kod koje je izvršena vakcinacija BCG-om, što će biti od velikoga značaja, sve dokle se ne populariše ova vrsta vakcinisanja.

Od kolikog su značaja antituberkulozni dispanzeri, kojima se pridaje tako velika važnost u pitanju tuberkuloze, vidi se po tome, što ih je Francuska još 1921 godine zakonom predvidela, zakonskim putem zaštitila i njihovu formaciju regulisala. Koliku im pak važnost Nemačka pridaje, vidi se po tome, što je podigla i ima danas više od 2.200 dispanzera, a stara se da ih još više namnoži, gledajući u njima kao pogodan faktor za poboljšanje antituberkulognog pitanja. U Americi su dispanzeri našli takođe vrlo veliku primenu još 1891 godine, čak su i svojim novčanim sredstvima pomagali njihovo podizanje u Francuskoj.

Ne treba se čuditi tolikom favoriziranju ove socijalno-sanitarne formacije, koju je kao prvu osnovao pre 33 god. u Lille-u veliki francuski naučnik Calmette, koji je najviše smisla imao za rešavanje pitanja ove vrste. Baš u ovom dispanzeru su i udareni naučni temelji za iznalaženje jednoga Virus fixe-a (u Pasteurovom smislu) bovinog tipa, poznatog pod imenom BCG-om, koji se prema načelima imunologije smatra kao „mikroorganizam oslabljene virulencije“ (po prof. Dr. Joanoviću) i da nije nozogen (po v. Schrötter-u) te se u dobro i ispravno dejstvo ove vakcine više ne sumnja i možda će baš ta metoda — metoda vakcinisanja BCG-om — rešiti ovaj težak društveni problem.

Iz dosada navedenoga, kao i iz prakse kod drugih naroda vidi se jasno, da se i kod nas, u našem narodu, mora tuberkuloza suzbijati prvenstveno putem zakona, čije odredbe moraju obuhvatiti sve ono što je bilo kao dobar uslov za razviće i širenje tuberkuloze u narodu. Taj zakon ima da prvenstveno obuhvati sve higijenske i socialne-profilaktične mere pa tek socialno-finansijske. Ovu poslednju odredbu, socialno-finansijsku, mora država zakonskim putem ma na koji način regulisati, na pr. da se radnici, činovnici i ostali staleži obavezno osiguraju na slučaj bolesti i invalidnosti, tako zvan „socijalno osiguranje“, te se sa nekom malom sumom mogu duže vremena lečiti po bolnicama; oni i njihovi članovi porodica da imaju besplatan pregled i lekarsku pomoć, lekove, lečenje po bolnicama i sanatorijumima.

Neke su države ovakva socijalna osiguranja već zavela, kao na primer Francuska. Po Dr. R. Tadiću: „U Francuskoj je stupio na snagu Zakon o socijalnom osiguranju 1930 godine. Po tom zakonu mora se osigurati svako, ko ima ispod 18.000 franaka godišnje prihoda. Na taj način osiguralo se protiv bolesti, invalidnosti i starosti 85% od celokupnog stanovništva. I to je imalo velikoga odjeka na borbu protiv tuberkuloze. Početkom (1931) bilo je u Francuskoj preko 44.000 postelja za tuberkulozne prema 3.138 u 1918 god. Broj sanatorijuma popeo se od 9 u 1918 na 98 u 1931 godini; broj preventorijuma od 0 na 154; sanatorijuma za hiruršku tuberkulozu od 5 na 58 (sa 12.689 postelja); a broj dispanzera od 70 na 650. Ove će se cifre jako povećati narednih godina, jer će se tek avgusta ove godine (1931) navršili prva godina, kako je zakon stupio na snagu.“

Kad smo kod ovog finansiskog dela za borbu protiv tuberkuloze, potrebno je da podvučemo jednu važnu činjenicu, a to je: koliko ova antituberkulozna borba zavisi od merodavnih faktora i njihovog shvaćanja značaja ove borbe. Kako gledište zauzimaju baš oni, koji su za to najviše pozvani i od kojih baš zavisi sadašnjost i budućnost naroda, vidi se najbolje po rešenjima koja se donose po ovim krupnim socijalnim pitanjima. Tako u francuskom narodu propagandom je raslo veliko interesovanje u narodu, a pored narodne mase, naročito se i francuski parlament interesovao i savesno vršio svoju očinsku dužnost. Mi vidimo, da je francuski parlament brzo i zrelo shvatio značaj ove borbe, te je 1928 godine izglasao kredit od 150 miliona franaka, a sledeće 1929 godine odobren je kredit od jedne milijarde i dvesta miliona (1.200.000.000) franaka koja je suma odobrena s tim, da se utroši u toku od sedam godina za suzbijanje tuberkuloze.

Mi se sličnim ne možemo pohvaliti. Već obrnuto.

Zakonom se moraju predvideti sve finansijske odredbe, koje imaju postojati pri opštinama i banovinama; ali zakonom treba osnovati i jedan veliki državni zdravstveni fond, u koji ima ući novi prirez i izvesni prihodi po sanitetskoj grani.

Bez sigurne finansijske pomoći od strane države i banovina, pa nešto i od privatne pomoći — neće se moći ni najmanji uspeh postići; stoga prvo ovo finansisko pitanje mora biti regulisano i obezbedjeno, pa tek onda pristupiti izvodjenju daljim antituberkuloznim radovima.

Kod nas sem pređvidjenih nekih odredaba u zakonu od 1927 god. i slabog privatnog antituberkuloznog pokreta — nažalost još ne postoji pravi i stvarni državni pokret, a znatan broj kulturnih država ovu antituberkuloznu borbu vodi već još odmah posle pronalaska Kochovog bacila. Na primer Norveška vodi ovu borbu od 1884 godine — dakle od pre 50 godina, takođe i Danska, a druge su tu borbu preduzele docnije kao Nemačka, Francuska, Severno Američke države i dr., a neke od skora kao Švajcerska (1930). I na osnovu njihovih zakonodavstava mi ćemo se poslužiti zanašu temu o stvaranju zakonodavnih mera u borbi protiv tuberkuloze kod nas.

Moramo napomenuti da skoro u svima državama u kojima se prvi put pokrenula ova antituberkulozna borba i gde je se zakonodavstvo moralo za istu da upotrebi, svuda se nailazilo na jake otpore i velike smetnje, jer se pred ovim problemom uvek stalo kao ispred kakvog nesavladljivog džina. Tako je po rečima uvaženog profesora g. Dr. Radosavljevića — bilo u Norveškoj : „Uskoro posle nepobitnog dokaza (R. Koch 1882 god.) da je tuberkuloza zarazna bolest, koju sa bolesnika na zdrave prenosi živa klica-bacil tuberkuloze u lekarskim krugovima Norveške steklo se ubedenje, da je čovek u stanju, da se protiv toga zla brani. Iz toga se ubrzo u javnosti rodila vatrena želja, da se ta borba, što pre i što energičnije započne. Nositac te ideje bio je Klaus Hansen, koji je već 1884 godine naglašavao neophodnu potrebu za stvaranjem ustanova u kojima će zarazni tuberkulozni bolesnici moći biti izolovani i učinjeni bezopasnim po zdrave, a isto tako isticao potrebu za jednim zakonom, po kome će vlast imati pravo i dužnost da interveniše u cilju sprečavanja širenja ove zarazne bolesti.

Posle dugotrajne diskusije, u kojoj su se češće čuli i glasovi odlučnoga otpora najzad je posle 16 godina — 1900 godine — po predlogu Hansena i Holmboa, norveški parlament doneo zakon o specijalnim merama protiv tuberkuloznih obolenja. Taj zakon ima u vidu na prvom mestu predohranu od tuberkuloze t. j. da sačuva zdrave od zaraze, a ne toliko lečenje već obolelih. On ima prvenstveno cilj higijenski, preventivni a ne kurativni.

Sprovodenje zakonskih propisa protivu tuberkuloze i postignuće postavljenih zadataka omogućeno je zakonom od 1911 godine o obaveznom osiguranju za slučaj bolesti. Po tome zakonu radnici i činovnici, kao i njihove porodice, za neznačan ulog dobijaju besplatnu lekarsku pomoć odnosno besplatno lečenje po bolnicama u slučaju ma kakvog obolenja pa i tuberkuloze. To lečenje sme da traje čitavih 10 meseci i za celo to vreme tuberkulozni bolesnici dobijaju šta više još i naročiti dodatak, ako je ovaj potreban radi lečenja u kakvoj specijalnoj ustanovi. Na taj način približno jedna polovina celokupnog stanovništva Norveške pripada takvim potpornim blagajnama, te je pojmljivo, da će se većina tuberkulozno obolelih blagovremeno ili sami prijaviti ili lako biti pronađeni već u začetku bolesti.“

„Od vrlo velikog značaja je zvanje Vrhovnog državnog Inspektora za tuberkulozu ustanovljeno 1914 godine. Inspektor je savetodolac Ministru narodnog zdravja po svima pitanjima tuberkuloze; on vrši vrhovnu kontrolu

nad svima antituberkuloznim ustanovama, koje ma u kome vidu uživaju državnu pomoć. Njegova je dužnost, da prati svaki novi pokret i da čini predloge za dalje unapređivanje postojećih ustanova; on je pretdsednik centralne zajedničke uprave triju glavnih udruženja za borbu protiv tuberkuloze. Na taj je način celokupna antituberkulozna akcija, državna i privatna usređena, koordinisana, te se i izvodi metodski i tačno po sporazumno utvrđjenom programu.“

„Pored države i zakona mnogo je doprinelo uspešnom suzbijanju tuberkuloze u Norveškoj svesrdan napor od strane nekajih organizacija u kojima učestvuje veliki deo naroda, i koje su u svoje programe unele borbu protiv tuberkuloze.“

Samo iz ovoga jednog primera videli smo koliko je privatna inicijativa morala insistirati na ostvarenju zakona za suzbijanje tuberkuloze i tek u nizu godina jedno po jedno pitanje u vezi sa antituberkuloznom akcijom moralno se regulisati.

I danas, Norveška se već uzima po ovome pitanju kao primer, i u njoj je obolenje i smrtnost od tuberkuloze svedeno na vrlo mali procenat. U Danskoj 1901 godine osnovano je Dansko Nacionalno udruženje protiv tuberkuloze i ono je odmah podejstvovalo kod vlade i uspelo, da se 1902 godine naime nenuje komisija, koja će proučiti pitanje kako bi država pomoći podesnih zakona i novčane pomoći mogla najbolje da doprinese suzbijanju tuberkuloze. Rezultat rada te komisije bio je Zakon o tuberkulozi, koji je danski parlament izglasao 1905 godine. Ovaj je zakon baza na kojoj počiva svekolika antituberkulozna borba u Danskoj. Njime je zajamčeno, da svaki tuberkulozni bolesnik može biti primljen u lečilište ili sklonište bez obzira na pokriće troškova.

Dobro organizovana propaganda je jedno veoma moćno i jako sredstvo za suzbijanje tuberkuloze. Tako u Sjedinjenim Američkim Državama ima više od 200 velikih i preko 1000 manjih antituberkuloznih organizacija u zemlji. Od ove propagande su bile velike higijenske i antituberkulozne koristi, ali i veliki materijalni izdatci za ovu borbu. —

U daljim izlaganjima nameran sam izneti Vam, šta bi morao naš zakon kao osnovne i glavne principe za borbu protiv tuberkuloze da ima.

Na prvom mestu ima se pri Ministarstvu Socijalne Politike i Narodnog Zdravlja osnovati jedan Inspektorat za tuberkulozu, čiji bi zadatak bio da prouči u narodu sve prilike i uzroke koji doprinose razviću i širenju tuberkuloze u narodu; da statističkim i drugim podacima kontroliše raščenje i opadanje mortaliteta i morbiditeta od tuberkuloze; da vrši kontrolu nad svima antituberkuloznim formacijama, koje su ma u koliko zavisne od države, samoupravnih i opštinskih tela, da se stara i da kao državni organ pomaže privatnu antituberkuloznu akciju; da nastane, da se što više izobreze specijalisti lekari za tuberkulozu, da se što više spreme sestre nudilje za dispanzersku službu; da pomaže stvaranje dispanzera; da se higijenska nastava po školama uvede i naročito da se uz nju obrati pažnja na anti-

tuberkuloznu borbu; da se sa odeljenjem za socijalnu politiku pobrine i zakonskim putem nastane, da se svi socijalni i socijalno-sanitarni problemi izvode tačno u smislu zdravstvenih doktrina; da preko ministarstva prosvete nastane da zakonski reguliše pitanja zdravstvenosti dece po školama, pa i školskog osoblja; da se u svima školama uvede higijena kao stalni školski predmet; da se obrazuju higijenski kursevi za učitelje, sveštenike, opštinske delovođe, ekonome pri ekonomskim stanicama itd.; da reguliše pitanje zbog tuberkuloze otpuštenih vojnika i njihovo dalje zbrinjavanje; da uredi i zakonski reguliše stanbeno pitanje i pitanje radeničkih stanova i higijenskih radionica; da se u detaljima obezbedi finansijska pomoć za izdržavanje teško obolelih od tuberkuloze i njihovih porodica; bezuslovno da se stara i pobrine za dovoljan broj postelja kako bi se mogli i morali izolovati svi bolesnici sa otvorenom tuberkulozom; izraditi pravilnike za kontrolu javne higijene i životnih namirnica; higijenski obezbediti javni saobraćaj, hotele, prenoćišta i dr., kao i obavezna dezinfekcija i dezinfekcija hotelskih soba i posteljnih stvari. Jednom rečju obuhvatiti sve što može uticati na zdravlje stanovništva, a suzbijati razviće i širenje tuberkuloze. Ovo što jače zakonom naglasiti i drastičnim merama kažnjavati svakoga, ko ne bude *ovo* izvršio ili se tome bude usprotivio. Kao što je zakonom to na pr. predviđeno u Švajcarskoj: ko se usprotivi izvršenju propisanih odredaba kazni se sa 1000 šv. franaka pa i sa 2000 šv. fr.

Kod nas mada zakon od 1927 god. ima neke odredbe, ali ih ne primenjuje niko, to se mora naročla kontrola od strane nadležnih vlasti vršiti; ovu kontrolu vršiti naročito nad izvršnim organima, jer ako oni ne budu tačno i savesno vršili svoju dužnost u izvođenju ovih antituberkuloznih zakonskih odredaba, onda je sve od male ili nikakve pomoći, niti od male kakve koristi.

Pored inspektora za tuberkulozu treba bar za prvo vreme obrazovati jedan odbor ili komisiju, koja će proučiti ovo tuberkulozno pitanje i kojoj se ima staviti u zadatku izrada zakona i pravilnika za antituberkuloznu borbu. Ove komisije predvideti i kod banovina, ali njihov bi zadatku bio informativni i nadzorni.

Dužnosti lekara

Da svakog tuberkulognog bolesnika lekari imaju obavezno prijaviti. Nadležni lekar (opštinski, sreski) po prijemu prijave o tuberkuloznom, dužan je odmah preduzeti sve zakonom dozvoljene mere za sprečavanje i širenje tuberkuloze i odstraniti sve ono, što bi moglo poslužiti za širenje tuberkuloze; izvršiti dezinfekciju sobe i stvari koje su bile u dodiru sa bolesnikom i ne dozvoliti njihovo izkorишćenje, dok se ove mere ne izvrše. Ovo važi za slučaj da je bolesnik stan promenio, ili je u bolnicu prenet ili za slučaj njegove smrti.

Lekar mora prijaviti svako ono lice kod koga su nađeni Kochovi bacili:

1. Ako je ono u sobi nezdravoj, nehigijenskoj ili sa nedovoljnom kubaturom; ili ako su prostorije, koje se izkorišćuju kao stan prepunjene

mnogim licama. Ovo naročito važi za slučajeve gde ima dece u istoj prostoriji.

2. Ako to lice ide u školu, pansion, zabavište, kancelariju i u tesnoj je saradnji sa drugim licima.

3. Ako se to lice bavi prodajom, preradom ili sličnim radnjama sa životnim namirnicama ili je u radnjema, kafanama, bifeima, restoranima i drugim sličnim radnjama službom zaposleno.

4. Ako je svojom službom i radnjom u dodiru sa svetom i može svoju bolest na zdrave preneti.

Lekar će prijavu činiti i za sve ono, što može uticati povoljno za razviće tuberkuloze i njeno širenje.

Pri svakoj prijavi lekar će morati izvestiti državnog lekara ili državnu vlast kojoj prijavljuje svoj slučaj i o tome, kakve je mere preduzeo kod bolesnika i njegove okoline i šta bi sve trebalo uradili, pa da se kod tog slučaja širenje bolesti spreči.

Radi izvršenja ovih radnji zakonom se ima tačno obeležiti kome se ima podnosititi ova prijava; kako na selu, tako i po opštinama, srezovima, školama, varošima i gradovima; tako, da se zna, ko je odgovoran za dalji rad i izvršenje propisanih mera.

Prijavu za tuberkuloznoga moraju činiti i sve bolnice, sanatorijumi, vazdušne banje i druge slične ustanove, koje su dužne uzeti podatke kada to bolesno lice ide i gde će se zadržati te da bi se u tom mestu što pre izvele potrebne mere predohrane.

Sve prijave od tuberkuloze obolelih lica šalju se poverljivim putem.

Na slučaj smrти, mora se pored obične mrtvačke prijave, prijaviti da je dotično lice umrlo ili bolovalo od tuberkuloze, kako bi se asanacija stana i stvari izvršila.

Ovu prijavu čini lekar, koji je pokojnika lečio; ili lekar, koji je zvanično pregledao mrtvaca, ili lice koje je odredjeno da izda dozvolu za sahranu mrtvoga. Ova prijava mora biti u svakom slučaju bez obzira da li je ranije slučaj kao tuberkulozan prijavljen ili ne.

Pravilnikom se ima regulisati prijava i cela administracija oko toga, kao i vršenje pregleda bolesnika i stana, a naročito ko i kako ima izvršiti dezinfekciju i čišćenje stana. Za dezinfekciju su pozvane opštine koje moraju imati potrebne aparate i dobro stručno izobraženu poslugu.

Škole

Sve prostorije, koje su namenjene za ma koju vrstu vaspitanja dece i mladeži moraju higijenskim uslovima odgovarati, a njihovo zidanje kontroliše komisija za suzbijanje tuberkuloze.

Kod školske dece postoji opasnost širenja tuberkuloze od same dece, ili njihovih nastavnika: učitelja, učiteljica, nadzornica, čuvarica i drugog pomoćnog osoblja. S toga povremeno se deca pregledaju od lekara školske poliklinike, da se blagovremeno mogu pronaći bolesna deca ili koja su su-

spektna na tuberkulozu; — ova se izdvajaju i upućuju, i to već obolela od tuberkuloze u bolnice ili sanatorijume; a suspektna šalju se na more, ili u oporavilišta; u preventorijume ako se deca slabunjava, malokrvna, iznurenja, adenopatična. Za njih su pogodne i škole u prirodi.

Školski službenici, nastavnici, učitelji, učiteljice, nadzornice u dečijim zabavištima, obdaništima i sva lica koja imaju direktnog dodira sa školskom i drugom decom, moraju se podvrgnuti lekarskom pregledu; svi oni koji ili daju sumnju ili kod kojih se nadje da su od tuberkuloze oboleli, kao i da su pogodni za širenje tuberkuloze — moraju se odmah iz škole udaljiti. Pa čak ako kod ovog nastavnog ili nadzornog osoblja ima bliskih srodnika, koji su sa njima u zajednici, u stanu, ima se vlast i tu starati da se preko ovih nastavnih i nadzornih lica tuberkuloza ne prenese na školsku decu.

Zakonom se mora predvideti i ta okolnost, da ako se jedno službeno nastavničko-vaspitno ili koje drugo lice razboli od tuberkuloze u toku svoje službe bez svoje krivice, onda mu se mora osigurati izdržavanje na taj način, što će mu od njegovih prinadležnosti izdavati izvestan deo (u nekim državama $\frac{2}{3}$ njihove plate).

Napred rečeno važi za sve državne i privatne osnovne škole, za sve državne i privatne srednje škole, zanatlijske, učiteljske škole, za domove siročadi, internate sviju vrstę, zabavišta, obdaništa i druge.

Zakonom se predvidja i zbrinjavanje dece, dece po pansionima i privatnim stanovima:

Prvo, dete mora biti zdravo pa da se primi u pansion ili privatan stan, što mora lekarskim uverenjem potvrditi. Drugo, stan u kome ima dete stanovati dužna je vlast pregledali i ustanoviti u kakvim se higijenskim prilikama taj stan nalazi i da li porodične prilike dopuštaju da se može ovo dete primiti.

U toj porodici u kojoj se dete prima na stanovanje ne sme bolovati od tuberkuloze ni jedno lice koje je u istom stanu. Takodje ne dozvoljava se da se primi na stanovanje ni jedno deťe ili mladić, koji boluje od tuberkuloze u stan gde ima zdrave dece. Ako bi se našlo da jedno dete živi u takvoj sredini, gde se može tuberkulozom zaraziti, vlast je dužna da ga skloni iz ove sredine i da ga smesti gde nadje za najbolje.

Stanovi i radionice

Svi stanovi pre upotrebe moraju biti prvo komisijski pregledani i ako se nadje da su higijenski ispravni za stanovanje, daće se na upotrebu i obrnuto. U komisiji za pregled stanova mora biti i lekar državni službenik.

Tako isto radionice i sve prostorije, koje služe za obavljanje industrijskih radova, trgovачke i zanatlijske radnje kao i prostorije za ma koju drugu vrstu rada moraju odgovarati higijenskim propisima, što se ima komisijski utvrditi. Po potrebi banovina će iz svojih srestava ozidati i stvoriti potrebne bolnice za tuberkulozne; preventorije za slabunjavy decu i oporavišta, zatim će obrazovati: ferijalne kolonije, savetovališta i rekovalessentna odelenja za izlečenje od tuberkuloze.

Lečenje

Najstrožije stati na put prodavanju nepoznatih i neispitanih lekova, droga, aparata i svakovrsne metode lečenja, koje nisu naučnim putem utvrđene kao ispravne i celishodne.

Državna zaštita privatne saradnje

Zakonom se dozvoljava privaćna saradnja na suzbijanju tuberkuloze i širenju propagande protiv ove putem predavanja, kurseva, časopisa, plakata, brošura, izložaba, filmova i drugim sredstvima.

Država će pomagati naučne radove u tuberkuloznim pitanjima

S obzirom, da se još uvek pojavljuju novi naučni pronašasci u istraživanju i ispitivanju tuberkuloze, to se zakonom pomaže svaka naučna radnja u istraživanjima i naučnim ispitivanjima u ovom pravcu; tako isto prihvatiće se i pomagati primena novih srestava i metoda u suzbijanju tuberkuloze.

Pregled mesa i mleka

Kako se tuberkuloza može preneti sa stoke, to se ima strogim pregledom žive i zaklane stoke vršiti stalni pregled od strane veterinara, bez čije se dozvole ne sme meso koristiti. Tako isto i mleko od bolesne krave se ne sme prodavati. Pa i nad ostalim životnim namirnicama mora se vršiti zdravstvena kontrola.

Kazne

Kazne će zakon predviđeti kako za one, koji ometaju ili sprečavaju ili ne izvršuju izdata naređenja ili ih nehatno izvršuju, te otuda mogu štetne posledice po druge nastati; ili se obmanom služe u svrhu koristoljublja i izbegavaju zakonske mere.

Takođe zakonske se kazne predviđaju za sve one organe, koji ne budu vršili pravilno ili vršili nehatno svoju dužnost u izvođenju zakonskih odredaba ili se ne trude da se izdata naređenja izvrše potpuno iz budi drugih kojih pobuda.

Materijalna srestva

Materijalna srestva, koja bi imala služiti za antituberkuloznu svrhu a koja se zakonom predviđaju bila bi:

1. Stvoriti jedan državni fond na osnovu novog prikeza koji će služiti izključivo za antituberkulozne svrhe. Iz ovog fonda imalo bi se davati izvesan procenat na izdržavanje i lečenje bolesnika, a izvesan kao pomoć obolelima, i najzad jedan deo za izdržavanje maloletnih članova porodica.

2. Banovinske uprave imaju osnovati u svojim budžetima fond za suzbijanje tuberkuloze pri sekciji za socijalnu politiku i narodno zdravlje. Ovaj se fond za nekoliko godina neće iskorišćavati, dok ne dostigne sumu, sa kojom se mogu podići sanatorijumi i odelenja za izolaciju neizlečivih od tuberkuloze pri banovinskim bolnicama.

Iz ovoga fonda će se docnije trošiti na izdržavanje ovih predviđenih odelenja i sanatorija banovine.

5. Svaka opština dužna je da u svom budžetu predviđi i izvesne potrebne sume, za izvršenje onih radova, koji su u vezi sa antituberkuloznom akcijom (dezinfekcioni aparati za sobe i postelje i druge sobne objekte; za stručno osoblje; za izvesnu pomoć svojim tuberkuloznim građanima; za pomoć siromašnoj deci, koja imaju provesti leti na moru, u oporavilištima, preventorijumima itd.)

Opštine su dužne da za svakog đaka iz svoje opštine daju po 10 dinara godišnje na ime zakonski obaveznu zdravstvenu zaštitu učenika osnovnih škola, kao što je to predviđeno zakonom za učenike srednjih škola.

4. Zakonom se mora izvesti „socijalno osiguranje“ za sve društvene klase, čije će kase služiti za besplatan pregled i lekove, a izvesan procenat davaće se za lečenje po bolnicama i sanatorijumima.

5. Težiti da se kod svih humanih društava, koja sarađuju na antituberkuloznom pitanju — osnuju fondovi za materijalno pomaganje antituberkuloznih dispanzera, davanja pomoći preventorijumima, obdaništima, sanatorijumima i drugim sličnim ustanovama.

Ovakve bi zakonodavne mere u borbi protiv tuberkuloze trebale da budu; i kod nas bi se osetile one velike blagodeti, koje su se osetile i kod drugih naroda na čije se zakonske odredbe prednji nacrt i oslanja. Ali i pored ovoga treba mnoge reforme sankcionisati zakonom. Svaki mislen čovek, kome leži na srcu dobro i napredak svoga naroda mora odobriti jednu diktaturu koja je u vezi sa kulturnim napretkom. Ko nije za nju, on je za konzervativam koji je i stvorio podlogu za ovo veliko narodno zlo i koji je zaveo tolike mase, da se ni danas ne mogu emancipovati i prilagoditi novim suverenim higijenskim prilikama. Baš naš narod, koji se je saživeo sa mnogim rđavim i primitivnim nehigijenskim i socijalnim navikama i koji se teško od istih odvaja — mora primiti jedan takav diktatorički zakon — a to će biti jedna vrsta diktature progresu.

Ubeđeni smo, da će se i u našem Narodnom Predstavništvu naći ljudi, koji će ovu vrlo važnu i sudbonosnu zakonsku potrebu uvideti i da će sami od svoje strane pripomoći, da se što pre doneše zakon o suzbijanju tuberkuloze, čime će ispuniti svoju patriotsku dužnost.

Bibliografija

1. *Statuts.* (Comité national de défans contre la tuberculose) 1927 — Agen.
2. *Legislation antituberculeuse Française.* (Loi des dispensaires d' Hygiène sociale du 15. avril 1916. — Paris. Loi des Sanatoriums de 7. septembre 1919. Décret des Sanatoriums du 10. août 1920. Publication du Comité National de Défans contre la tuberculose. 1921. — Paris.
3. *Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose. Vom 13. Juni 1928.* Bern.

4. Verordnung betreffend die Ausrichtung Bundesbeiträgen zur Bekämpfung der Tuberkulose. — Bern — 1929.
5. Vollziehungs Verordnung zum Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen Tuberkulose. — Bern — 1930.
6. Verordnung zum Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose. (Kanton Junich). — Zürich — 1931.
7. Dr. I. Matko — Protituberkulozni dispanzer v službi socijalno-higijenske borbe proti jetiki kot ljudski in kužni bolezni. I. II. in III. del — Maribor — 1930.
8. Dr. Vladimir Katičić. — Naše zakonodavstvo o tuberkulozi. Medicinska biblioteka sveska 25—28. — Karlovac — 1931.
9. Zum Tuberkulose-Gesetz. — Leipzig 1921 i to:
Die bisherige Tuberkulose-Gesetzgebung in Deutschland und im Ausland von Prof. Dr. B. Mollers — Berlin.
Was erwarten wir von einem deutschen Tuberkulosegesetz? — Von Prof. Dr. M. Kirchner.
- Zur reichsgesetzlichen Regelung der Tuberkulosebekämpfung. — Von Dr. Mugdan.
Könnte ein Ausbau der Tuberkulosefürsorge ein Tuberkulose-Reichsgesetz überflüssig machen? Von Dr. Harms.
- Welche Bedeutung kann ein Reichsgesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose für die Unterdrückung der Tuberkulose im Kindesalter gewinnen? — Von Prof. Dr. A. Schlossmann.
10. Prof. D. Dj. Joanović. — Kraftak izvod iz najnovije literature o tuberkulozi. — (Vojno-Sanitetski Glasnik br. 2. od 1931 god.)
11. Dr. Al. Djordjević san. major. — O tuberkuloznom Virusu i Ultra-virusu. — Vojno-san. Glasnik 1931.
12. Dr. St. Ivanić. — Socijalni uzroci tuberkuloze u Jugoslaviji. — Vojno-san. Glasnik 1931.
13. Dr. B. Konstantinović. — Raširenost tuberkuloze u Jugoslaviji i njenoproučavanje statističkom metodom. — Vojno-san. Glasnik 1931.
14. Dr. Rad. Tadić, san. ppuk. — Moderne metode za suzbijanje tuberkuloze. Vojn-san. Glasnik 1931.
15. Slobodan Ž. Vidaković. — Tuberkuloza za gledišta socijalno-komunalne politike.
16. Prof. Dr. A. Radosavljević. — Kako se Norveška i Danska bore protiv tuberkuloze.
17. Dr. J. Nedeljković. — Preventivne mere u borbi protiv tuberkuloze.
18. Dr. M. Vračević. — Deset godina rada na suzbijanju tuberkuloze u Beogradu.
19. Dr. Slaja A. Stajić. — Da li je tuberkuloza nasledna bolest?
20. Iz naučne teme: tuberkuloza u Slovena (rad VIII. godišnjeg skupa Jugoslovenskog Lekarskog društva 1927):
Dr. Dragomir Gergonov (Sofija). — Sanatorialnoto delo v Bulgarija.
Rudolf Kilm a. Svetova pandemie tuberkulosy.
Dr. Czeslaw Wroczysky. — Walka z gruzlica na Ziemiach Polskich.
Prof. Dr. D. Krilov. — Tuberkuloza medju ruskim izbeglicama u Bugarskoj.

Dr. A. Solonski. — Tuberkuloza sredi ruskih emigrantov v Beogradu.

Dr. Matušenko. — Tuberkuloza u Ukrajini.

Docent Dr. Ivan Matko. — Razširjenost in pobijanje jetike v Sloveniji.

Dr. R. Neubauer. — Boj proti jetiki v Sloveniji in njega smernice za bodočnost.

Dr. Vlad. Čepulić, prof. Univ. — Pomor od tuberkuloze u Hrvatskoj — Slavoniji.

Dr. A. Radosavljević, prof. Univ. — Nekoliko zaslivanja o organizaciji borbe protiv tuberkuloze kod nas.

Dr. Tod. Živanović. — Tuberkuloza i mere protiv nje na teritoriju Bosne i Hercegovini.

Zusammenfassung:

Dr. Jordan Stajić: Gesetzliche Massnahmen im Kampfe gegen die Tuberkuloze.

Referent hebt als unumstößliche Tatsache hervor, dass die Tuberkulose eine soziale Krankheit darstellt, deren Aetiologie wir vor allem in schlechten sozialen, hygienischen, kulturellen und wirtschaftlichen Verhältnissen eines Volkes sowie dort zu suchen haben, wo der soziale Gesundheitsdienst überhaupt nicht oder schlecht organisiert ist. Deshalb ist der einzige richtige Weg der Tuberkulosebekämpfung der, dass wir vorerst ihre Ursachen aufzusuchen: mit deren Bekämpfung verhindern wir auch gleichzeitig die weitere Verbreitung dieser Krankheit. Nur so können wir der Tuberkulose in einem Volke rationell und sicher beikommen. Deshalb gilt es, vorerst alle Aufmerksamkeit der sozialen Prophylaxe zuzuwenden und alle Gesetze wie überhaupt alle unsere Tätigkeit in diese Richtung zu lenken.

Die Verbreitung der Tuberkulose ist abhängig von vielen hygienischen und sozialen Faktoren, deshalb ist es nötig, dass sich um Ihre Bekämpfung Staat und Gesellschaft kümmern. Die Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse u. die Sanktionierung strenger Gesetze diktatorischen Charakters werden bewirken, dass alle Seuchenherde dieser Krankheit ausgerottet werden. Diese gesetzliche Aktion kann durch private Propaganda weitgehend gefördert werden, doch spielt wohl die Hauptrolle in der Tuberkulosebekämpfung eine gute und strenge soziale und sanitäre Gesetzgebung, die allen Mittellosen sowohl Isolierung wie auch Behandlung zu ermöglichen hat.

Ref. schlägt vor, das Tuberkulosegesetz soll die materielle Lage der Armen sowie vor allem des Arbeiterstandes schützen. Dies würde am ehesten nach Art der Kranken- und Invalidensozialversicherung möglich sein. — Auch die pflichtgemäße Anmeldung jedes Offentuberkulosen, sowie die Meldung sämtlicher unhigenischer Wohnungen und Arbeitsstätten wird vorgeschlagen. — Ebenso schlägt Ref. breiteste gesetzliche Massnahmen zum Schutz der Kinder tuberkulöser Eltern, sowie in Schulen und Kinderheimen vor. — Obligate Untersuchung der Kinder in Schulen sowie allen anderen Kinderanstalten. Ebenso Untersuchung des Lehrpersonals und aller Personen, die mit Kindern in Berührung kommen.

Ref. macht konkrete Vorschläge, wie es mögl. wäre, die Durchführung des Tuberkulosegesetzes materiell sicherzustellen und dies von Seiten des Staates sowohl wie der Banatsverwaltung und den Gemeinden. Doch auch sämliche humanitäre Vereine müssen an der Tuberkulosebekämpfung teilnehmen — Vor allem sei der Privatiniziative eine möglichst wirksame und gründliche Propaganda gegen die Tuberkulose vorbehalten.

Ref. empfiehlt die Gründung einer möglichst grossen Zahl von Tuberkulosefürsorstellen, den Bau von Heilstätten für jedes Banat, die der Behandlung heilbarer Kranker dienen sollen, sowie die Bereitstellung einer möglichst grossen Anzahl von Krankenhausbetten zur Isolierung unheilbarer Offentuberkulöser.

Ref. schliesst mit dem warmen Aufruf an alle amlichen Faktoren, sowie auch an die Volksvertreter, man möge das Gesetz zur Tuberkulosebekämpfung so bald als möglich herausbringen.

Zakonodavne mere u borbi protiv tuberkuloze

Zakonodavstvo protiv tuberkuloze nije jednostavno kako bi se to moglo misliti. Nisu dovoljne samo medicinske mere za sprečavanje širenja ovog narodnog i socijalnog zla. Medicinske mere mogu imati uspeha u suzbijanju tuberkuloze tek ako ih potpomažu i druge zakonodavne mere, koje se tiču socijalnih i privrednih odnosa. Veliki broj propisa i reformi koje se odnose na društveni život potrebno je zakonski regulisati, da bi se otklonili društveni uzroci tuberkuloze. Pored stručnog zakonodavstva moraju se u mnogim drugim zakonima doneti potrebne odredbe, kojima će se potpomoći iskorenjivanje tuberkuloze. Ali i u jednom i u drugom slučaju ne mogu se prosto prevoditi ili kopirati zakonski propisi drugih zemalja, već se morajo preučavati naši odnosi, pa na osnovu tih podataka izradjivati planovi i zakonski propisi za našu zemlju. I još jedno načelo moramo imati u vidu pri izradi našeg zakonodavstva protiv tuberkuloze. Ovo načelo je od neobične važnosti za uspeh u borbi protiv tuberkuloze. Osnovni zemaljski zakon protiv tuberkuloze mora *biti samo načelan, okvirni*. On mora istaći samo opšte mere i načela za ovu borbu, a stavili u obavezu dužnost banovinama i opštinama da prema svojim prilikama sprovodi te mere. Naša zemlja je vrlo polimorfna baš u ovim prilikama koje potpomažu širenje tuberkuloze, a kao što znamo i socijalna etiologija tuberkuloze može bili vrlo raznolika. Ako bi se u zakonodavstvu išlo i suviše u detalje, sputala bi se delatnost protiv nje, a nemogućnost je da se predvide sve mogućnosti i da se propisu sve mere koje bi odgovarale naročitim odnosima i prilikama. Iz ovoga ističe i dalje važno načelo. *Suzbijanje tuberkuloze mora biti organski povezano*. Kako sredstva, tako i organizacija i metode rada moraju se organski medjusobno povezati i svi činioци za suzbijanje tuberkuloze moraju se medjusobno povezati u jedan sistem. U tom sistemu moraju se tačno opределiti uloge svih činilaca, države, banovina, opština, privatne inicijative, pomoćnih ustanova i grana. Isto tako moraju koordinirati i sredstva. Danas mi nemamo u ovom pogledu nikakve saradnje. Akcija protiv tuberkuloze je slučajna, nekoordinovana, nesistematska. Svaki radi kako ume i za sebe, ne obzirući se na rad drugoga. Nema nikakvog određenog plana. Čak i u jednom istom mestu ne postoji ni podela rada, ni koordinacija, ni koncentracija sredstava i snaga ka jednom opštem cilju. Mi bismo mogli ovu neorganizovanu borbu koja se danas vodi kod nas protiv tuberkuloze nazvati gerilnom, gde se na raznim položajima bore mnoge čete, ali bez medjusobne veze, često i ne znajući se medju sobom. A ta borba mora se voditi na širokom frontu gde će sve borbene snage sva oružja i sva sredstva medjusobom biti povezana, u stalnom i neprekidnom dodiru.

Državni organi moraju bili samo vrhovna komanda, banovinska služba ima značaj armijskih komandi, a sanitetska služba u narodu su redovi oružja koji stupaju neposredno u borbu protiv neprijatelja. Iz ovakve organizacije borbe već je jasno, da je ne mogu voditi samo generali, oficiri i podoficiri. Mora postojati organizovana vojska. Sam narod koji treba da se brani od tuberkuloze mora biti organizovan u cilju te odbrane. Tek kad se organizacija vojne sile protiv tuberkuloze postavi na ovako široke osnove, tek će se onda moći uspeti u njoj.

Ali rekosmo već, nisu dovoljne samo stručne mere. I drugi zakoni se moraju dopuniti odredbama koji potpomažu ovu borbu. *Socijalno zakonodavstvo mora postati i preventivno*. Osiguranje radnika do sada je imalo samo kurativne svrhe. Mora se naći mogućnost i za preventivne mere. I osiguranje se mora dopuniti osiguranjem u nezaposlenosti. Zatim moraju se reformisati odredbe zakona o zaštiti radnika i proširiti na efikasniji nadzor nad odicima rada.

Naša je zemlja poljoprivredna, sitnih sopstvenika seljaka. Unapredjenje, racionalizovanje privrede, rad na poljoprivrednom prosvećivanju nesumnjivoće pomoći i borbi protiv tuberkuloze. Prosvećna politika ne može ostaviti šematično naročito prosvećivanje širokih narodnih slojeva. Ona mora postati planska i organski povezana.

Gradjevinsko zakonodavstvo takodje mora se prilagoditi potrebama za suzbijanje ove bolesti. Naročiti problem naše države je asanacija nezdravih odnosa ne samo na selu već i u varošima. U tom pravcu se nešto u nas radilo, ali to su više primeri nego stvarna asanacija, jer izradjeni objekti higijenske prirode su kap vode u moru. U našoj zemlji ima skoro tri desetine hiljada naselja, a krediti ne dostignu ni za nekoliko stotina sela. Takvim načinom ne možemo ništa više nego davati očigledne primere. A potrebne su duboke izmene odnosa i široke asanacije. One se mogu izvoditi: 1. uz aktivnu saradnju naroda; 2. sa unapred izradjenim planovima; 3. sa stalno obezbedjenim sredstvima u dovoljnoj meri.

Mi moramo probuditi i proširiti svest narodnu, ako želimo novu akciju i ako želimo stvarne uspehe protiv tuberkuloze. Tu već nailazimo i na drugo jedno pitanje koje smo već i do sada doticali. Socijalne prilike u našem narodu još nisu toliko izdiferencirane, da bi im odgovaralo potpuno izdvajanje pitanja i rad samo na njegovom suzbijanju. Ako rasmotrimo socijalne uzroke proširenja tuberkuloze u našoj zemlji, poglavito ćemo ih naći u opštih odnosima zdravstvenim, a samo delimično u naročitim prilikama. I rad nam se mora prema tome upravljati, pa i zakonodavstvom se o tome mora starati. Mi još ne možemo izdvajati tuberkulozu iz opštih zdravstvenih pitanja, već je neophodno potrebno, da se borimo protiv čitavog niza opštih nedaća i nevolja, ako želimo uspeha u borbi protiv tuberkuloze. To još ne znači da ne treba da postoje naročite organizacije i naročito stručne ustanove za suzbijanje ove bolesti. To znači samo da ove stručne ustanove i ove organizacije ne smeju se ograničavati samo na specijalne stručne

mere protiv tuberkuloze, već moraju voditi računa i o opštim zdravstvenim pitanjima i saradjivati na unapredjenju opšte zdravstvene kulture i na razvijanju opšte zdravstvene svesti.

Da bi se pak zaista stvorila ova kultura i razvila nova zdravstvena svest nisu dovoljni ni današnja organizacija našeg društvenog uredjenja, ni današnji sistem naše zdravstvene organizacije, ni današnje metode rada.

Moramo stvoriti koordinaciju izmedju raznih vrsta državne uprave. Mi smo samo napomenuli, kako na širenje tuberkuloze utiču i privredna zaoštalošć i neracionalna gradjevinska politika i neprosvećenost i nedovoljno socijalno obezbedjenje. Tome bismo mogli dodati i mnoge druge činioce. I saobraćajna politika može pomoći u suzbijanju tuberkuloze. Racionalna šumska politika, naročito u odnosu na pošumljavanje i eksploataciju šuma, nije samo privredno pitanje nego isto toliko i zdravstveno naročito s pogledom na borbu protiv tuberkuloze. Vojska prima mlade ljude u doba kad se tuberkuloza opet počinje jače ispoljavati. Ona bi mogla učiniti izvanredne koristi narodnom zdravlju i borbi protiv tuberkuloze kad bi mogla da se u njoj: 1. vrše ispitivanja i ankete o tuberkulozi i 2. kad bi kasarne postale organizovane škole za prosvećivanje i upućivanje tih mладих ljudi u metode borbe i zaštite od tuberkuloze.

Fizičko vaspitanje naroda sve se više širi, ali u isto vreme i preti da se sredstvo pretvori u cilj, da se fizička kultura vodi radi nje, a ne radi pravog cilja, podizanja i unapredjenja zdravlja i snage narodne. I mesto što stvara rekordere i prvake, fizičko vaspitanje treba u prvom redu da posluži podizanju zdravstvene kulture i u napredjenju zdravstvene prosvećenosti. Organizacije fizičkog vaspitanja, telesna vežbanja i sportovi, dolaze u najmoćnija predohrana sredstva protiv tuberkuloze.

Prosvećivanje naroda još nije postavljeno na zdrave osnove. Još ne postoji sistem narodnog prosvećivanja koji bi najbolje odgovarao pravim potrebama narodnim. Dosadašnji načini narodnog prosvećivanja nisu odgovarali narodnim potrebama, nisu izvodjeni sistematski, nisu koordinovani svi činioци, koji se ovim pitanjima bave, i zato i nema ni pravilne organizacije ni uspešnog rada. Mnogi činioci se bave ovim poslom, ali razdruženo, bez dodira i veze, bez zajedničke saradnje.

Iz ovih kratkih napomena izlazi kao potreba ne samo, da u zakonodavstva drugih struka unesu odredbe za čuvanje zdravlja u borbu protiv tuberkuloze, već i nešto više. Potrebno je da se iznađu načini i stvore mogućnosti za saradnju sličnih ustanova i resora, moraju se organski povezati isti ili slični ciljevi. Danas u nas ne postoji nikakva organska veza niti saradnja između ustanova sličnih zadataka. Da se zaustavimo tuberkulozi. Pored ministarstva socijalne politike i narodnog zdravlja, dužnost je i mnogih drugih resora neposredno ili posredno da se bore protiv ovog narodnog zla. Da bi ta borba dala bolje rezultate i pouzdanije uspehe, neophodno je potrebno, da se sve ove službe koordinuju, da se sva sredstva koncentrišu, da se svi napor uđuruže, da se izrade zajednički opšti planovi.

Kako je s tuberkulozom, tako je i s mnogim drugim zdravstvenim, prosvetnim, privrednim i sličnim pitanjima. Prema dosadašnjim zakonskim propisima i metodama javne uprave, do ove saradnje teško može doći iako je njena potreba očigledna. Zato se ta pitanja moraju regulisati naročitim zakonom o saradnji, a ustanove preuredili, da se osposobe za takvu saradnju.

Zusammenfassung :

Dr. Stevan Ivanić — Beograd : Gesetzl. Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung.

Die gesetzliche Regelung der Tuberkulosebekämpfung ist keineswegs ein einfaches Problem. Medizinische Massnahmen genügen dazu nicht, vielmehr ist es nötig sämtliche Vorschriften und Gesetze, die das Leben der Menschen untereinander regeln im Sinne der Tuberkulosebekämpfung zu reformieren. Das Gesetz zur Tuberkulosebekämpfung darf nur ein prinzipielles, ein Rahmengesetz sein, das den Selbstverwaltungen der Banale und Gemeinden weiteste Bewegungsfreiheit gewährt. Vor allem ist es die Aufgabe dieses Gesetzes, die auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung tätigen Einheiten untereinander organisch zu verbinden und so die bis jetzt völlig fehlende Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Vor allem aber müssen, wie gesagt, auch viele andere Gesetze einer zielbewussten Tuberkulosenbekämpfung angepasst werden. Unsere Arbeiterkrankenversicherung muss auf die Durchführung von Preventivmassnahmen erweitert werden. Diese Anpassung hat sich aber ebenso auf das Baugesetz, auf die gesetzliche Regelung des Unterrichtswesens usw. zu erstrecken.

Jedenfalls sind unsere speziellen Verhältnisse noch nicht reif für die Durchführung streng nur allein auf Tuberkulose abzielende Gegenmassnahmen, sondern wir müssen mit allen Kräften eine Hebung des allgemeinen Kulturniveaus vor allem in higienischer Beziehung anstreben.

Ref. betont die Wichtigkeit von Tuberkulosebekämpfungsmassnahmen im Hause, das zur einer wahren Schule in dieser Beziehung werden sollte und schliesst mit dem Ruf nach engster Zusammenarbeit aller zur Tuberkulosebekämpfung berufenen Stellen, zur Planarbeit und zur Schaffung eines diesbezüglichen Gesetzes.

Razprava o gornjih temah

Dr. Isaković — Vel. Bečkerek, naglaša da je treba vse zdravstveno delo usmeriti po optimističnem principu, da je jetika ozdravljiva, Uvede naj se obvezna prijava vseh primorov odprtne tuberkuloze. Povsed moramo dobiti zadostni zavodov za tuberkulozne, **Dr. Debevec — Ljubljana,** pripominja, da bi zakon o tuberkulozi imel realen pomen samo, če bodo država, odnosno banovine zgradile zadostni zavodov za jetične. Po kratki repliki **dr. Ferri-ja Split** opozarja šefzdravnik **dr. Neubauer — Golnik**, da obstoji kriza zdravstvene organizacije pri nas v prvi vrsti v krizi plačevanja oskrbnin. Preden govorimo o ustanovitvi bolnic itd., je treba zagotoviti finance. Predloge, naj bi se za protituberkulozni fond morda uporabili davki, ki prihajajo od alkoholnih pijac.

Univ. prof. dr. Čepulić — Zagreb navaja, da je zagrebški protituberkulozni dispanzer po svobodnem dogovoru z zavodi socijalnega zavarovanja že uvedel do neke mere obvezne prijave, kar se je doslej prav dobro obneslo. **Dr. Vračević — Beograd,** pledira za to, da mora zakon uestvi obvezno in brezplačno zdravljenje vseh odprtih jetičnih bolnikov.

Dr. Petrović — Beograd, naglaša potrebo tesnejše sodelovanja med vojsko in civilnimi zdravstveni oblastni. **Direktor dr. Petrić — Ljubljana,** se nasproti nekaterim izraženim pomislekom odločno zavzame za uvedbo obvezne prijave, brez katere je izolacija povsem nemogoča.

Sanit. gen. dr. Ruvidić — Beograd, sporoča, da ministrstva vojne in mornarice že pravljiva posebno uredbo o sodelovanju vojaških in civilnih zdravstvenih oblasti. **Dr. Prodan — Ljubljana** podčrta, da dispanzerji brez obveznega prijavila ja ne morejo uspešno poslovati; to prijavljanie pa seveda ne sme biti policijskega, temveč čisto sanitarnega značaja. **Dr. Stefanović — Beograd,** naglaša potrebo, da se v državi uvede splošno zavarovanje za primer obolenja na tuberkulozi. Ko predsednik **dr. Stajić — Beograd,** še na kratko replicira na diskusijo, je izvoljen redakcijski odbor za sestavo resolucije, nakar je dopoldansko zasedanje zaključeno.

Socijalno osiguranje u borbi protiv tuberkuloze

Naše radničko osiguranje ima naročito težak položaj i naročito teške dužnosti u borbi protiv tuberkuloze, jer naše radništvo u vrlo velikoj meri boluje od te bolesti. Godine 1930 umrlo je od 1000 stanovnika Kraljevine Jugoslavije 2.29 a od 1000 članova Središnjeg ureda 2.59 od tuberkuloze. Godine 1931 umrlo je od 100 umrlih stanovnika Kraljevine Jugoslavije njih 13.5, a od 100 umrlih članova Središnjeg ureda njih 46 od tuberkuloze, dakle preko tri puta više.

Opterećenje našeg radničkog osiguranja troškovima lečenja i suzbijanja tuberkuloze vrlo je veliko, razmerno veće nego u drugim zemljama.

Godine 1931 platilo je Središnji ured potpore za preko pet i pol milijuna dana bolovanja. Od toga otpada na tuberkulozu preko jedan i četvrt milijuna dana, to jest 23%. Kod Radničke Bolesničke Blagajne u Beču otpada samo 14.4% dana bolovanja na tuberkulozu. Zbog razmerno niskih osiguranih nadnica, manji je prinos našeg bolesničkog osiguranja od pristupa osiguranje u drugim zemljama.

Naše osiguranje ima dakle razmerno više tuberkuloze a manje prihoda od osiguranja drugih zemalja. Pored toga kod nas još nije stupilo na snagu osiguranje za slučaj iznemoglosti, koje u drugim zemljama nosi veći deo troškova za lečenje i suzbijanje tuberkuloze. Unatoč teškog položaja, u kojem se nalazi naše osiguranje, potrebno je da stalnim naporima poboljšavamo lečenje tuberkulognog radnika i da tražimo nove puteve za suzbijanje tuberkuloze.

Pravovremena dijagnoza preduvet je uspešnog lečenja tuberkuloze. Radničko osiguranje omogućuje osiguranim radnicima i njihovim porodičnim članovima da pravovremeno traže lekarski pregled, jer je pregled besplatan. Materijalni razlozi, koji su tako često krivi da neimućni svet prekasno ide lekaru, otpadaju kod osiguranog radništva.

Svagde, gde radništvo stanuje u većim masama, osiguranje ima Röntgen - uredjaj i laboratorij u kojemu se može pregledati pljuvačka. Ako u mestu u kojem bolesnik stanuje takvog uredjaja nema, može se pregled izvršiti u najbližem zavodu, makar se ovaj nalazio na području drugog ureda. Isto vredi i za specijalističke pregledе.

Ipak još mnogo radnika prekasno dolazi lekaru. U našem članstvu ima mnogo radnika, koji su već tuberkulozni stupili iz drugoga zanimanja u osigurani posao i tako došli u osiguranje.

Prvi znaci tuberkuloze ostaju došta često neopaženi, ili se omalo-važavaju i to ne samo kod neukih radnika nego katkada i kod intelektualaca. Često je prava sreća ako malo krvoliptanje bolesnika još na vreme uplaši, pa ga potera lekaru. U buduće moramo posvetiti još više pažnje, nego

dosada, sistematskom prosvećivanju radništva. Svaki radnik treba da znađe, koji su prvi znaci tuberkuloze, i da je za radnika koji boluje od tuberkuloze jedini spas ako na vreme traži lekarsku pomoć.

Lečenje tuberkuloze u radničkom osiguranju mora biti naročito dobro organizovano i traži poseban uredjaj. Aktivni smer savremenog lečenja tuberkuloze, naročito kolapsterapija, stvorio je nova pitanja pri lečenju tuberkuloznih u radničkom osiguranju.

Lekari opšte prakse imaju u radničkom osiguranju vrlo tešku dužnost pri lečenju i suzbijanju tuberkuloze. Njihova je zadaća, da pravovremeno dijagnosticiraju početnu tuberkulozu, da leče člana u svim onim mestima u kojima nemamo specijalista za lečenje tuberkuloznih, da ga pravovremeno upućuju na potrebne preglede Röntgenom, da obrane okolicu bolesnika od zaraze i da za suzbijanje tuberkuloze u svom rajonu učine sve što mogu. To su velike i teške zadaće. Lekar ih može izvršiti samo onda, ako mu se omogućuje konsultovanje specijaliste ftiziologa uvek, kada je to potrebno.

Naše osiguranje ima 15 specijalista, koji leče tuberkulozne u ambulantama, ili u svojim ordinacijama, (i to u Beogradu, u Zagrebu u Ljubljani, u Sarajevu, u Novom Sadu, u Somboru, u Subotici, u Mariboru, u Osijeku i u Splitu); u velikim gradovima ima i više specijalista kod jednog te istog ureda, ili kod raznih mesnih organa. U manjim gradovima ima osiguranje ugovorne lekare, koji leče članove pneumotoraksom. Ovaj broj specijalista za tuberkulozu još nije dovoljan. Bez dovoljnog broja specijalista danas se ne može tuberkuloza radništva uspešno lečiti. Treba da se broj specijalista u radničkom osiguranju povećava tako, da se i onom tuberkuloznom članu koji živi u malom mestu omogući, da brže i lakše dolazi na pregled ili na lečenje pneumotoraksom specijalistu, nego dosada. Ima takovih mesta, gde je to skopčano velikim teškoćama. Moramo svladati ove potешkoće. Ali nije dosta da povećamo broj specijalističkih ordinacija. Delokrug specijalističke ordinacije treba proširiti.

Specijalistička ordinacija treba da bude centar lečenja i suzbijanja tuberkuloze osiguranog radništva u svom rajonu. Svako mesto u državi treba da spada u rajon jedne specijalističke ordinacije. Specijalist će lečiti tuberkulozne, davaće svoje mišlenje lekaru opšte prakse. On će pregledati svakoga bolesnika pre no što će se staviti predlog za lečenje u sanatoriju ili u oporavilištu, nastaviće lečenje bolesnika ili će vršiti nadzor nad bolesnicima koji su se vratili iz sanatorija, biće u vezi sa dispanzerom i sa bolnicom u svom rajonu, saradjivaće pri suzbijanju tuberkuloze i sa onim drugim ustanovama, koje mogu da osiguraju članu ono, što mu radničko osiguranje po zakonu i po svojim materijalnim mogućnostima ne može da daje. Svaka ovakova ordinacija ima svoj Röntgen uredjaj i celi uredjaj koji je potreban za uspešan rad uopšte. Treba nastojati da ove specijalističke ordinacije ne budu predaleko od mesta u kojem žive bolesnici, tako da bolesnik koji je doputovao na konsultaciju ili zbog pneumotoraksa, može

da se po mogućnosti još istoga dana vrati kući. Gde to nije moguće, treba osigurati bolesniku krevet, najbolje u sporazumu sa mesnim zdravstvenim ustanovama.

U mnogim ambulantama ima naše radničko osiguranje uredjaj za fizikalno lečenje, za zračenje tuberkuloznih žlezda, zglobova itd.

Tuberkuloza žlezda, kosti i zglobova leči se i u lečilištu Stražilovo u Banji Koviljači, koje ima 35 kreveta. Pojedini takovi slučajevi mogu se lečiti u oporavilištu („Jadran“ na Rabu) ili u državnom lečilištu u Kraljevcima. Jedan deo tih bolesnika kao i jedan deo bolesnika sa tuberkulozom pluća, leči se u javnim bolnicama na trošak ureda. Broj bolničkih kreveta je kod nas još nedovoljan, — smeštavanje bolesnika je katkada težak problem. Bez značnog povećanja broja kreveta za tuberkulozne u javnim bolnicama, nema pravog napretka u suzbijanju tuberkuloze.

Naše osiguranje ima dva sanatorija za lečenje tuberkuloze, Brestovac i Klenovnik sa 356 kreveta. U sanatorijima se leče tuberkulozni članovi, kojima treba sanatorijsko lečenje i kod kojih se u dogledno vreme može postići ozdravljenje ili osposobljenje za rad. Imamo i 4 oporavilišta: „Kasindol“ pod upravom Okružnog ureda u Sarajevu, „Palić“ pod upravom Okružnog ureda u Subotici, „Jadran“ na otoku Rab pod upravom Okružnog ureda u Ljubljani i „Zagreb“ na otoku Krk pod upravom Okružnog ureda u Zagrebu. U oporavilištima imamo 349 kreveta. U Kasindolu se leče slučajevi zatvorene tuberkuloze, dok druga oporavilišta služe za lečenje rekonalescenata i onih bolesnika, kojima preti obolenje od tuberkuloze, jer se kod kuće pod lošim prilikama pod kojim žive ne mogu uspešno lečiti. Naša oporavilišta služe dakle u glavnom profilaksi tuberkuloze. U Zagrebu ima Okružni ured jedno obdanište sa 120 kreveta, koje služi lečenju onih bolesnika sa zatvorenom tuberkulozom, koji nemaju higijenskog stana, ni nege — a katkada ni dobrog kreveta.

Godine 1931 imao je Središnji ured 25.497 slučajeva tuberkuloze, koji su primali potpore; mogao je da smesti u svojim sanatorijima oko 1400, a u svim svojim zavodima oko 4000 tuberkuloznih bolesnika. Prosečno na dan imao je Središnji ured na hranarini 3505 tuberkuloznih bolesnika, a mogao je u vlastitim sanatorijima da smesti samo njih 356.

Za vreme krize u porastu je broj dana bolovanja od tuberkuloze u našem osiguranju. Godine 1926 otpada na 100 članova 120, a 1931 godine 210 dana bolovanja od tuberkuloze.

Ako uočimo da naše radničko osiguranje, ima da leči zajedno sa članovima obitelji oko 50.000 tuberkuloznih, neimućnih bolesnika, čije stambene prilike i čiji niski standard života vrlo često otežavaju uspešno lečenje, uvidićemo da je dobra organizacija lečenja tuberkuloznih u našem osiguranju vrlo težak problem. Možemo ga rešiti samo aktiviranjem svih moralnih i materijalnih sila našega radničkog osiguranja. Ali ga moramo rešiti.

Socijalno staranje o tuberkuloznim bolesnicima — članovima osiguranja — vrši osiguranje davanjem novčanih potpora onim bolesnicima,

koji su nesposobni za rad. Bolesnik prima „hranarinu“ u iznosu od dve trećine osigurane nadnice kroz 26 nedelja, ali ako ima kvalificirano članstvo može da prima hranarinu kroz godinu dana. Porodica osiguranog člana, koja živi od njegove zarade, prima za vreme dok je član na trošak osiguranja u bolnici ili u lečilištu polovinu hranarine,

Radničko osiguranje plača članovima porodice u slučaju smrti člana pogrebninu u trideseterostrukom iznosu osigurane nadnice.

Na novčane potpore tuberkuloznim članovima potrošilo je naše osiguranje 1931 godine 21,5 milijuna dinara, na stvarne potpore oko 33 milijuna, to su: troškovi lekova, lečenja, bolnički i sanatorijski troškovi i t. d. Na potpore tuberkuloznima potrošilo je osiguranje dakle u toj godini preko 54 milijuna dinara t. j. svaki dan oko 150.000 dinara. Teško je pomisliti kakva bi bila srbina tih bolesnika, kada nebi primali ni tih potpora. Godine 1931 bila je bilanca bolesničkog osiguranja pasivna. Sada je bolja, ali osiguranje jedva može da podnosi opterećenje od tuberkuloze. Svako ko poznaje povest i zakonodavstvo socijalnog osiguranja u Evropi, znade, da osiguranje za slučaj bolesti skoro nigde nije moglo iz vlastitih sredstava da podnosi troškove potpomaganja i savremenog lečenja tuberkuloznih.

Trebalo je pomoći bolesničkom osiguranju. Ili je država preuzeala jedan deo tih troškova, ili je posebna grana osiguranja, osiguranje za slučaj iznemoglosti ili za slučaj obolenja od tuberkuloze, preuzeala najveći deo troškova za lečenje i suzbijanje tuberkuloze. Sanatoriji za lečenje tuberkuloze gradjeni su i izdržavaju se u Nemačkoj, u Francuskoj i u drugim zemljama uglavnom iz sredstava osiguranja za slučaj iznemoglosti, a ne iz sredstava bolesničkog osiguranja.

Lečilišno lečenje tuberkuloznih traje vrlo dugo, često mnogo dulje, nego što to osiguranje za slučaj bolesti iz svojih sredstava može da plaća. Da omogući lečenje tuberkuloznih u sanatoriju kroz godinu i pol dana, uvela je Švicarska posebno „nadopunsko“ osiguranje za tuberkulozu. Posebni prinos koji osiguranik plaća, i poseban dodatak koji država plaća, omogućuju da tuberkulozni bolesnik ostaje godinu i pol dana u sanatoriju. Ovi se posebni prinosi ne mogu potrošiti ni na kakve druge potpore.

Lečenje i suzbijanje tuberkuloze traže ne samo mnogo požrtvovnog rada nego i mnogo sredstava. I najsavršenije lečenje ne može da pomogne ako za rad nesposobni bolesnik medjutim umre od gladi.

Sredstva za izdržavanje i uspešno lečenje velikog broja za rad nesposobnih tuberkuloznih radnika može da stvari samo prisilna štednja, to jest socijalno osiguranje, i to osiguranje za slučaj iznemoglosti, ili posebno osiguranje za slučaj tuberkuloze.

Osiguranje za slučaj iznemoglosti uredile su veće i manje države, pojedine tek za vreme krize. Sada imaju i Čehoslovačka, Poljska, Madjarska i Rumunjska savremeno osiguranje za slučaj iznemoglosti; Italija ima posebno osiguranje za tuberkulozu.

Naše osiguranje nema prinosa osiguranja za slučaj iznemoglosti. Ipak nosi naše osiguranje često teret osiguranja za slučaj iznemoglosti. Ako je radnik iscrpio potpore, tera ga beda da radi osam nedelja, i ako je sa lekarskog gledišta nesposoban za rad. Posle toga ima opet šest meseci ili godinu dana pravo na potpore. Zakonom je odredjeno da se imaju redovno pregledavati radnici koji rade sa živežnim namirnicama i slične kategorije svih onih radnika, koji mogu da u svom poslu prenose tuberkulozu. Ako imaju otvorenu tuberkulozu, zabranjuje im se svaki rad u njihovom zanatu.

Kada su ovi nesretni radnici jednom iscrpili potpore, oni ne mogu ponovno steći pravo na njih. Tako onda ostaju na ulici, jer ne mogu da rade u svom zanatu, a u drugom zanatu teško će se danas smestiti i zdrav radnik, kamo li bolesnik. Spomenuta odredba Zakona potrebna je za obranu zdravlja pučanstva, ali je dovela ove radnike, koji su često očevi obitelji u strašan položaj. Strašna je sudska tuberkulozna radnika, koji je iscrpio sve potpore osiguranja, i nesposoban za rad ostao bez sretstava za život. Njemu se mora pomoći. Bila bi preka potreba, — hitnija od svega drugoga, — da se barem za ove kategorije radnika odmah oživotvori osiguranje za slučaj iznemoglosti.

Profilaksa tuberkuloze važnija je i jeftinija od lečenja i od izdržavanja tuberkuloznih. Tamo gdje postoji osiguranje za slučaj iznemoglosti može osiguranje da saradjuje kod suzbijanja tuberkuloze davanjem hipotekarnih zajmova za poboljšanje higijenskih prilika u gradovima, zatim finansiranjem gradnje jeftinih i higijenskih stanova itd.

Prava profilaksa tuberkuloze je podizanje životnog standarda širokih masa naroda. Dobra i izdešna hrana, higijenski stanovi i radionice, uzdržavanje od alkohola i higijenski način života: to su najbolja profilaktika protiv tuberkuloze. Treba da nestane neukosti i bede, pa će nestati i tuberkuloze. Ali se ne može pasivno čekati dok to zlatno vreme ne nadodje.

Treba učiniti sve što možemo, da sprečimo širenje tuberkuloze. Radničko osiguranje u svojim lečilištima i u bolnicima na svoj trošak izolira jedan deo bolesnika sa otvorenom tuberkulozom, nastojeći da broj izoliranih bude što veći. U svojim lečilištima i ambulantama pretvara savremenim lečenjem — kolapsoterapijom — jedan deo slučajeva otvorene tuberkuloze u zatvorenu tuberkulozu. Osiguranje daje onim bolesnicima, koji su bili u lečilištima džepne pljuvačnice, poučavajući svoje bolesnike o higijeni tuberkuloze i budeći u njima svest odgovornosti prema bližnjemu.

Naše je osiguranje sagradilo 11 kupališta i zavoda za hidroterapiju i gradi nove, šireći kulturu čistoće medju radništvom, što je također dobar način profilakse protiv svake zaraze.

Lekari osiguranja držali su predavanja članovima o profilaksi tuberkuloze, ova se predavanja sistemizuju. Središnji je ured sastavio seriju diafazitiva o suzbijanju tuberkuloze sakupljajući vlastiti, domaći material. Štivo za ova predavanja nalazi se u svečanom izdanju „Radničke Zaštite“ koje služi također propagandi protiv tuberkuloze. Ovu direktnu propagandu treba

pojačati. Svaki uredski lekar trebao bi da drži najmanje dva predavanja u godini: o higijeni rada i o profilaksi tuberkuloze.

Davanjem novčanih i stvarnih potpora u crnim danima bolesti i nesreće i saradnjom sa vlastima pri poboljšanju higijenskih prilika u radionicama poboljšalo je osiguranje ponešto životne prilike radništva. Ovaj rad treba svakako nastaviti i proširiti. Borba protiv štetne prašine i lošeg zraka u radionicama i borba za primenu naših dobrih zakona o zaštiti radnika, nailazi na sve više razumevanja sa strane vlasti.

Zabrana noćnog rada u pekarnama opet je korak napred. Ali na ovom polju rada čekaju nadležne vlasti jednako kao i nas, još vrlo velike zadaće.

Unatoč tome da su mu sretstva skromna izvršilo je naše radničko osiguranje pionirski rad u borbi protiv tuberkuloze, sagradivši prvi sanatorij i prvo obdanište za lečenje tuberkulznih, osnivajući pomoću srodnih nadleštava slanicu za socijalnu skrb i otvarajući radnička kupališta. Razmerno je mnogo, što je naše osiguranje učinilo u borbi protiv tuberkuloze ali sve to nije izdaleka dosta. Suzbijanje tuberkuloze radništva je vrlo složen socijalni problem, koje socijalno osiguranje iz vlastite snage ne može da reši. Biće rešen samo zajedno sa suzbijanjem tuberkuloze kod celoga naroda.

Trebalo bi osiguranje manje kritikovati pa mu malo više pomoći nego do sada. Bila bi preka potreba, da se sjedine sve sile, koje kod nas stoje na raspolaganje za borbu protiv tuberkuloze. Kod nas ima mnogo plemeñitih napora za suzbijanje te bolesti. Ali bi trebalo stvoriti čvrstu i dobru vezu izmedju svih vlasti, nadleštava i društava koji vode borbu protiv tuberkuloze. Trebalo bi organizovali u svakoj banovini disciplinovanu, stalnu saradnju izmedju svih lekara, zavoda i dispanzera izmedju javnih vlasti, radničkog osiguranja i svih onih organizacija, koje rade iz privatne inicijative. Nismo bogati. Uspeh ćemo postići samo organizovanom saradnjom svih onih, koji su voljni i kadri da saradjuju na velikom narodnom delu suzbijanja tuberkuloze. Apelujemo na socijalnu svest i na savest naroda da plemenita inicijativa, koju je dala ovaj kongres ne ostaje bez uspeha !

DR. ŽELJKO HAHN: — Zagreb.

Die Sozialversicherung im Kampfe gegen die Tuberkulose

Unsere Arbeiterversicherung befindet sich in einer besonders schwierigen Lage. Wir haben noch keine Invaliditätsversicherung, unsere Krankenversicherung ist in höherem Masse durch Tuberkulose belastet als die Krankenversicherung anderer Länder.

Im Jahre 1931 hatte das Zentralinstitut für Arbeiterversicherung 609.190 Mitglieder, 25.479 unterstützte Fälle von Tuberkulose, es bezahlte durchschnittlich täglich 3505 Tuberkulosen Leistungen in der Höhe von 150.000 Dinar, das ist beiläufig 54 Millionen Dinar im Jahr, 23% aller Leistungen.

Für ärztliche Behandlung und Medikamente zahlt der Versicherte nichts, er kann also bei Zeiten und in ausgiebigem Masse ärztlichen Rat suchen.

Die Sozialversicherung ermöglicht die Frühdiagnose der Tuberkulose, sie ermöglicht wirkungsvoile Behandlung. Unser Zentralinstitut hat im ganzen Lande seine Aerzte, 15 Fachärzte, Stationen für ambulante Pneumothorax-Behandlung, kann im Jahre beiläufig 4.000 Tuberkulöse in eigenen Sanatorien und Erholungsheimen unterbringen. Alles das ist noch lange nicht genug. Ohne Invaliditätsversicherung u. ohne Zusammenarbeit aller die berufen sind, für soziale Wohlfart und gesundheitlichen Fortschritt der Arbeiterschaft zu sorgen, kann von einer wirksamen Bekämpfung der Tuberkulose keine Rede sein.

Pota in cilji v borbi proti tuberkulozi

V realno - praktični borbi proti tuberkulozi bi postavil dva cilja. Glavni, idealni cilj leži v hotenju, da tuberkulozna obolenja reduciramo na kolikor mogoče nizko število slučajev, ker po človeški moći zaenkrat popolna zamoreitev tuberkuloze še ni dosegljiva. Ker se pa zavedamo, da se bodo tuberkulozna obolenja pojavljala v razmeroma še vedno opasnem številu tudi pri najsolidnejše izvedeni preventivni borbi proti jetiki moramo kot drugi cilj v protituberkuloznem prizadevanju postaviti možnost kar najučinkovitejšega zdravljenja tuberkuloznih obolenj z najmodernejšimi zdravilnimi metodami brez razlike za vse sloje in stanove naroda. Tako imamo pred očmi dva svetla in jasna, za vsakega razumljiva cilja: *1. do popolnosti izvedeno preventivno skrbstvo v vseh naših protituberkuloznih prizadevanjih in 2. na široke temelje postavljena in do podrobnosti izdelana kurativena briga za vse slučaje tuberkuloznih obolenj.* V stremljenju za temi cilji podčrtavamo dvoje: zaščito zdravih in utrjevanje njih odporne sile; vzporedno s tem pa mora ili zdravstvena briga za obolele.

Tuberkuloza je v prvi vrsti medicinsko - zdravstveni problem, takoj na to pa je ona tudi velevažen socialno - politični problem; *morda je tuberkuloza sploh najvažnejši socialni problem*, kajti tuberkuloza je tipična, prav svojevrstna bolezen tako po svojem postanku in razvoju, kakor tudi po svojem velikem uplivu na gospodarski standart bolnika, njegove družine in na gospodarsko moč celotnega naroda in države. V tej ugotovitvi vidim tudi stvarno utemeljitev za to, da so referati na našem prvem protituberkuloznem kongresu poverjeni tudi nezdravnikom, lajikom ki naj s svojim referatom simbolično in z živo besedo *izražajo potrebo po kar najintenzivnejši kolaboraciji med zdravniki - strokovnjaki na polju ftiziologije in pa med lajiškim elementom naše javnosti.* V borbi proti tuberkulozi morajo složno, bratsko in prijateljsko v kar največji tesni skupnosti sodelovali najvišji upravni uradniki v državi, poslanci, univerzitetni profesorji, industrija, obrt in trgovina, vsa naša ostala inteligencia z najpriprostejšim človekom v narodu. *Od ministra do pastirja mora biti vse združeno v eno trdo enoto in vojo, da vse svoje sile posvetimo eni najopasnejših ljudski bolezni — jetiki.*

Tuberkuloza je ljudska bolezen, ker je v množini razširjena med ljudstvom, zlasti močno pa med posameznimi socialnimi skupinami. *Ljudske bolezni pa moramo zdraviti le s široko razpletjenimi organizacijami ljudstva samega, z najtesnejšim sodelovanjem ljudstva samega in bolnikov samih.* Pri ljudskih boleznih je zdravniška oskrba in nega posameznega bolnika nezadostna in neučinkovita. Zdravnik sam ni v stanu niti, da ljudske bolezni preprečuje, niti, da jih uspešno zdravi. Pri ljudskih boleznih se morajo zdravnikovim prizadevanjem pridružiti razni socialni in *gospodarski ukrepi.* *Zato vidimo, da so vse kulturne države v svrhu uspešnega zatiranja*

ljudskih bolezni ustvarile posebne, samostojne organizacije, ki imajo nalogo, da s posebnimi metodami in s posebnim postopkom vodijo preventivno in kurativno brigo v borbi proti posameznim ljudskim boleznim.

Borba proti tuberkulozi mora sloneti na najširši demokratični osnovi, borba mora biti *pravi ljudski pokret, ki hoče, da zatiranje tuberkuloze v našem socialnem in kulturnem življenju tvori posebno točko zase, da je boj proti tej bolezni bistveni in sestavni del naših socialnih in kulturnih prizadevanj*. To se bo zgodilo, ko v nas vse prodre spoznanje, da je tuberkuloza dejansko ena najnevarnejših ljudskih bolezni, da je ona nalezljiva bolezen, da je zdravljenje te bolezni dolgotrajno, da je diagnoza te bolezni težka, zlasti začetna diagnoza, da ta bolezen prinaša s seboj najtežje socialne in gospodarske posledice za posameznika, za družino in narod, da tudi v smislu eugenike uničuje moč in veličino naroda. *Najpreje nam je treba spoznanja resnosti tuberkuloze* — in nato bo vse drugo sledilo tako-rekoč samo od sebe, seveda, ako smo narod, ki dejansko stoji kulturno in socialno na višku. Samo ena široka, odprta cesta je, ki v veliki bitki proti tuberkulozi more peljati do zmage: *resnična ljubezen in udanost do trpečega sočloveka, globoka in dajavna srčna kultura, ki se je s svojim blagodejnim blagoslovom razlila vsepovsod po najrevnejših domovih, pravo, nehlinjeno demokratično mišljenje, ki prodira v globine ljudskih potreb.* V veliki bitki proti tuberkulozi bo zmagal samo narod, *ki ima resnično socialno miselnost in čut za potrebe občestva.*

Ako iščemo pota v borbi proti tuberkuli moramo korajžno in brez sramu ugotoviti: v kulturnih državah govore o problemu tuberkuloze med narodom prvi državniki, ker v tuberkulozi vidijo enega najnevarnejših sovražnikov za veličino in kulturno poslanstvo naroda in države. Vodilni državniki in politiki hite podčrtavati in ugotavljati, *da problem tuberkuloze spada med prve točke državne zdravstvene politike, k osnovnim zahtevam državne socialne politike, da problem tuberkuloze spada k velikemu programu tellesne vzgoje in regeneracije naroda.*

Te ugotovitve slišimo ob najslavnejših prilikah državnega življenja in vedno takrat, kadar je govora o elementarnih potrebah naroda, ki je vreden večje in zdravejši bodočnosti. Tako pojmujejo problem tuberkuloze resno in globoko državniki onih držav, v katerih je tuberkuloza manj strašna, kakor v Jugoslaviji, v državi pretežno kmetskega prebivalstva in s pokrajinami z najprimilitivnejšimi oblikami življenja ki so leto in dan in vsa leta pasivne.

V Jugoslaviji o problemu tuberkuloze ne govorimo. Ne spominjam se da bi listi poročali o kaki pomembnejši in počrtanejši izjavi politikov in državnikov o posebni važnosti problema tuberkuloze zlasti med našim narodom in o dolžnostih države in državne politike napram temu specifičnemu problemu. V skupščinskih razpravah in govorih se izgovarjajo besede o važnih in nevažnih stvareh, o tuberkulozi ni omembe. Tudi v proračunskih debatah o proračunu ministrstva za narodno zdravje ni bilo nikdar čuti malo pomembnejše besede o tuberkulozi, o načrtih vlade v tej smeri, o dose-

danjih ukrepov na polju zatiranja te tipične jugoslovanske ljudske bolezni; zanimivo bi bilo nekaj slišati o mortaliteti in morbiditeti tuberkuloze v državi, o dosedanjih uspehih borbe proti tuberkulozi, o delovanju tozadevnih posebnih organizacij, ustanov in naprav. Podoben molk o problemu tuberkuloze smo mogli opažati tudi na zasedanjih banovinskih svetov. Kar pa je bilo v tej stvari poročil, so bila po večini kratka in šibka, da niso mogla vzbuditi živahnejšega zanimanja za stvar.

Ta brezbriznost na najvišjih in odgovornih mestih je težko odpustljiva, ker je tudi težko razumljiva. Tu leži vzrok, da v organizaciji naše zdravstvene službe tuberkulozi ni posvečena posebna organizacija, kar je slučaj v vseh pomembnejših državah. *V borbi proti tuberkulozi ni glave, ni vsestransko dobrega in enotnega vodstva iz vrhovne uprave naše zdravstvene politike.* Pred svetom se moramo skoraj sramovati, da v državi niti do danes nismo do konca izvedli organizacije zasebne Protituberkulozne lige, ki bi v mednarodni uniji protituberkuloznih organizacij reprezentirala jugoslovansko protituberkulozno borbo in bi bila nositeljica naših enotnih in skupnih protituberkuloznih prizadevanj. *Na ustvaritvi vsedržavne protituberkulozne organizacije še vedno boječe tipamo okrog, ker nam pač manjka iniciativne autoritete državne oblasti.* Tudi lokalnih ali pokrajinskih protituberkuloznih lig ni, odnosno jih je zelo malo s skromnim delokrogom in s skromnim zanimanjem javnosti. Kar je v tem pogledu ustvarjenega, je delo čiste zasebne iniciative in idealizma posameznikov. To delo tupata sedaj polagoma dobiva razumevanje oblasti. Toda teh osnovnih celic je skrajno malo in se pri veliki potrebi krepke protituberkulozne akcije izgubljajo v nič. S tem je protituberkulozni borbi vzeti temelj, ker ta borba ne more postati ljudska, splošno narodna. *Če spada v vsako občino društvo Rdečega križa, spada v vsako vas celica organizacije borbe proti jetiki!*

V naši protituberkulozni borbi nismo zgradili bojnih postojank, ki naj bi slonele na sistemu zasebne iniciative pod modrim državnim vodstvom in nadzorstvom. *Pred močnim, skritim in zahrbtnim sovražnikom stojimo neoboroženi, nekam otopeli in brezbrizni, kakor da bi se prodiranje sovražnika ne začelo že na celi črti: v kmetske domove, v delavske hiše, v uradniška in nameščenska stanovanja — tudi v domove bogatašev je udrl sovražnik.* Stika okoli predvsem po mladini, v borbi pa omagajo tudi starejši, očetje, matere.

Avtorji naše literature o tuberkulozi si glede statistike tuberkuloze niso edini. Avtorji pač nimajo na razpolago zanesljivih številk in so njih številke le aproksimativnega značaja. Vendar pa so navedbe avtorjev v enem edine: *podčrtavajo naravnost strašne številke o slučajih tuberkuloznih obolenj in o smrtnih primerih.* Pri rokah imamo brošuro docenta dr. Ivana Mačkota: *Česa je treba Jugoslaviji v borbi proti tuberkulozi?* V njej avtor pravi, da v Jugoslaviji umrje na leto približno 40.000 oseb na jetiki, 210.000 oseb boluje na odprtih, za okolico skrajno nevarni tuberkulozi. *Inaktivnih tuberkuloz pa je novih sto tisočev,* ki tvorijo stalen kader za aktivno

tuberkulozo. *Samo brezbržnim se te številke ne zde strašne!* Ko so v Italiji v l. 1923 pričeli s sistematičnejšo borbo proti jetiki, katera spada k nacionalno-političnim problemom fašizma, so propagatorji organizirane borbe proti jetiki z Mussolinijem na čelu navajali, da število tuberkuloznih bolnikov znaša v Italiji 500.000 oseb, smrtnih slučajev pa je 60.000. Te številke upravičujejo v Italiji trditev, da je tuberkuloza tam posebno razširjena in da resno ograža nacionalni preporod. Te številke so dale fašizmu povod, da je l. 1927 uvedel *posebno zavarovanje za slučaj tuberkuloze*. *Kakšni občutki morajo navdajati šele nas, ako te relativno manjše številke primerjamo z našimi in iščemo razmerje!* V času od l. 1929 do 1931 je fašizem dal tuberkuloznim bolnikom na razpolago novih 18.500 postelj z investicijo od 200 milijonov lir. V tej smeri grajena obramba države ne more zgrešiti svojih ciljev! Letni dohodki iz zavarovanja za slučaj tuberkuloze so v l. 1931 znašali 134 milijonov lir, v času od 1929 do 1931 je bilo na dajatvah v denarju in v naravi izplačano 245 milijonov lir. *Navajam številke iz Italije zato, ker smo si sosedje! Sosedova ustvarjanja navadno bodrilno in vzgledno vplivajo!* Mimogrede omenjam, da v mednarodnih publikacijah malo kedaj najdemo številke iz Jugoslavije — in še te so na prvi pogled nepravilne, nekam od nekoga kar iz rokava stresene. Toda jetika ni radi številk najtežja ljudska bolezen in samo radi številk ona ne spada med naše najtežje socialne probleme. Jetika je v prvi vrsti nalezljiva bolezen, njen zdravljenje je dolgotrajno, ona je v najjačji meri razširjena pri osebah in v družinah, ki žive v slabih socialnih prilikah: slaba prehrana, slabi dohodki, slaba stanovanja, mnogoštevilna družina, manjša inteligencia in s tem slabše razumevanje za bistvo in pojav jetike in s tem slabša obramba pred jetiko. *Omenjeni socialni razlogi povzročajo postanek tuberkuloze, pospešujejo razširitev in nalezenje, otežkočajo izvedbo potrebnih varnostnih in preventivnih ukrepov ter zelo neugodno uplivajo na potek zdravljenja, v kolikor slučaji sploh pridejo do zdravljenja. Vse to daje jetiki značaj strašne socialne in gospodarske šibe.* V mnogoštevilnih družinah, katere so stisnjene v tesna kletna, nezdrava stanovanja, je infekcija po tuberkulozi *neizbežna*, ako niso *pravočasno* storjeni vsi potrebni protiukrepi. *Uveljavljanje protiukrepov in zlasti še v pravem času pa je baš iz socialnih razlogov nemogoče ali — najmanj — združeno z velikimi ovirami.* Mnogoštevilne so družine in tesna so stanovanja na kmetih in med delavstvom. Iz teh razlogov postaja tuberkuloza *družinska bolezen, delavska bolezen*, v nekaterih pokrajinah pa tudi tipična *kmečka bolezen*. Prvo, kar pomaga zaježiti razmah tuberkuloze v družini, je poznanje nevarnosti te bolezni s pomočjo higijenskega pouka o tuberkulozi. Pravilno poznanje bistra, nastanka in poteka tuberkuloze olajšuje pravočasno ugotovitev diagnoze, pravočasno izolacijo bolnega od zdravih, zlasti od otrok, in pomaga k pravočasnemu učinkovitemu zdravljenju bolezni — seveda, ako je organizacija protituberkulozne borbe za izvršitev teh ukrepov ustvarila potrebne predpogoje.

Tuberkuloza je hčerka bede in revščine. Zato je problem mezd in plač nesamostojno pridobitno delovnih oseb za zatiranje jetike izredne važnosti. Mezde in plače paralizirajo bedo in revščino, ako v družini ne razsaja alkohol in druge strasti. *Mezdna politika je neprecenljivo važno orožje v rokah protituberkuloznih prizadevanj.* Nizke mezde imajo za posledico slabo prehrano in utesnitev življenja v temna in nezadostna stanovanja. *Zakon o zaščiti mezd in plač je za uspeh protituberkuloznih akcij nujen predpogojoj.* *Zdravstvena politika mimo problema mezd ne bi smela nikdar iti slepa, neodločna ali neaktivna!* Zelo resnične so Rooseveltove besede, ko je rekel, utemeljujoč l. 1933 zakon o obnovitvi in poživitvi gospodarstva: „*Gospodarstvo, ki plačuje svojemu delavstvu nezadostne mezde, nima eksistenčne upravičenosti*“. Resnica je, da industrija, ki čez noč spremeni socialno strukturo okolice in z nizkimi mezdam in s predolgom delovnim časom izkorišča delovne sile, povzroča narodni celoti mnogo več materijelne in zdravstvene škode, kakor pa so navidezne „koristi“, ki jih prinaša. K protituberkulozni borbi nujno in dosledno spada mezdna in zdravstvena inspekcija podjetij, katera ima za remedure na razpolago zadostno učinkovite sankcije. Kmetsko ljudstvo, ki za nizke mezde po ure daleč drvi iz zdravega okolja v nezdrave tovarniške razmere, proli tuberkulozi ni imunizirano in ji zato rapidno podlega. *V tem problemu leži ogromen kos dela za vse naše nacionalne organizacije!*

Zdravju posebno škodljiva industrijska podjetja, v katerih so nakopičeni naravni in umetno povzročeni predpogoji za tuberkulozna obolenja, bi morala v zdravstvenem pogledu storiti več, kakor store. Imamo podjetje, ki o krizi ne morejo govorili, pa plačujejo nizke mezde in drugače ničesar ne store v smeri utrjevanja ljudskega zdravja, ki ga ravno ona tako katastrofalno ogrožajo. Mnoga podjetja so filiale inozemskih podjetij, ki morajo doma plačevati premije za invalidno in starostno zavarovanje. S prenosom strojev ali financ na naša tla so ta „bremena“ odpadla, tudi drugače je podjetjem na naših tleh zasijalo večje sonce izdatno boljše konjunkture, toda na dolžnosti v pogledu zaščite zdravja in življenja svojih delavcev ne mislijo. *Cele panože industrij imamo, ki bi brez težav prenesle ureditev starostnega, invalidnega in posmrtnega zavarovanja svojih delavcev.* Ako naša nacionalna obramba in državna politika še nimata poguma, da bi takimi socialnimi ukrepi posegli v brezsrečno zadržanje kapitalizma, je pa najmanje, kar se mora nujno izvesti: *gotove panože industrije morajo biti prisiljene, da na račun neobstoječega invalidnega, starostnega in posmrtnega zavarovanja v svojih podjetjih uvedejo soliden sistem zdravstveno-preventivnega skrbstva, zlasti v smeri zatiranja jetike.* Žalostno je, ako tovarne producirajo jetičnike, pri tem pa nimajo na leto par tisoč dinarjev, da bi pomagale subvencijonirati ustanovitev protituberkuloznih dispanzerjev!

Nizke mezde in materijelna beda tirajo delavce v objem alkohola in jih vlečejo v moralni propad. V pogledu mezd vladajo pri nas naravnost obupne razmere, katere je prav, ako jih pazljivo skrivamo pred predstavniki

kulturnih narodov. Začne se ta žalost v državnih podjetjih in se seveda potencira v privatnih. Delavci pri železnici zaslužijo na pr. na mesec kmaj Din 600—800 ! Osrednji urad za zavarovanje delavcev izkazuje za l. 1933 povprečno zavarovano mezdo od Din 22:33! Od tega stran razne dajatve, dobimo mezdo, ki nam na kulturi dela veliko sramoto. Mnogo pokrajin imamo z mezdo po Din 20! Mnogo, premnogo podjetij imamo, ki na uro priznavajo mezdo Din 1— do 2— in manj! Celo v sezjskih obratih znaša mezda na uro samo Din 2— in manj. *Pri takih razmerah mora priti zdravstveni, kulturni in gospodarski polom!* V tem pogledu se dogajajo okoli nas zločini — mi pa se obnašamo, kakor, da je vse v najlepšem redu.

Ko smo žalostni naše industrije, ki tako velikopotezno zanemarja svoje dolžnosti naprem našim ljudsko-zdravstvenim potrebam, nam prihajajo na misel tudi naše privatne zavarovalnice. Za mislečega človeka bi bilo naravno in samo v skladu z lastnimi interesi zavarovalnic, ako bi videli, da one kažejo realno razumevanje za vsa ona naša narodna prizadevanja, ki hočejo zdravstveno stanje naroda dvigniti na višjo stopnjo. Zavarovalnice bi morale takim prizadevanjem nuditi svojo najučinkovitejšo pomoč. Vidimo pa, da zavarovalnice tako pomoč kar v celoti odklanjajo. *Zlasti nam je pa pasivnost zavarovalnic nerazumljiva, ko gre za ustvarjanje finančnih predpogojev za našo narodno borbo proti jetiki.* Ta pasivnost nam je tudi iz stališča kapitalističnih interesov nerazumljiva! Ljudsko-zdravstvene organizacije prinašajo zavarovalnicam neposredne koristi. Za to vidimo, kako zavarovalnice drugod takim organizacijam stoje s polnim razumevanjem ob strani. Na Švedskem vzdržujejo zavarovalnice za svoje zavarovance lastne sanatorie. Morda naše zavarovalnice odrekajo to pomoč za to, ker v njih prevladuje tuj kapital, ki našemu narodu noče dobro?

V ozki zvezi z materijelno zaščito rodbin je *socialno zavarovanje*. V sistemu potov v protituberkulozni borbi igra ali bi moral igrati zavarovanje najvažnejšo in odločilno vlogo. V prvi vrsti prihaja tu v poštvet invalidno zavarovanje, mnogo pa more in mora storiti tudi dobro fundirano bolniško zavarovanje. *Trdim, da je brez invalidnega, starostnega in posmrtnega zavarovanja borba proti tuberkulozi med delavci in nameščenci več ali manj iluzorna stvar.* Zlasti pri nas, ker je naše bolniško zavarovanje finančno preslabo dotirano, da bi ono moglo biti kos vsem potrebam preventivnega, pa tudi kurativnega skrbstva za tuberkulozne. Invalidno, pa tudi posmrtno zavarovanje ima posebno intenziviran interes na ugotovitvi zgodnje diagnoze, ker je jasno, da vsaka prekasna utrditev tuberkuloze, ko je ista postala že aktivna in odprta, zahteva priznanje zavarovalnih dajatev v naravi in v denarju, istočasno je pa nevarnost okužbe zelo povečana. S tem je življenska doba in delaspособnost zavarovancev ogrožena in tudi dejansko zmanjšana. Invalidno in starostno zavarovanje je sposobno, da s svojimi materijelimi sredstvi krepko poseže v protituberkulozno borbo. Pri tem se seveda poslužuje raznih sistemov. V glavnem gre za pravočasno ugotovitev diagnoze, za izolacijo bolnika in za njegovo zdravljenje ter za-

pravočasno zaščito otrok in ostalih članov družine. *V to svrhu mora biti mreža protituberkuloznih postaj gosto razpletena, ne samo zato, da imajo zavarovanci časovno in lokalno priliko in možnost pravočasno iti k zdravniku, temveč tudi zato, da je protituberkulozna propaganda in kontrolna služba lahko izvedljiva. Dokazano je, da se samo 16% bolnikov javi prostovoljno iz lastnega nagiba pri zdravniku, ostalih 84% mora pripeljati kontrolna služba ali pa seveda pridejo, ko je v organizmu že miljarde bacilov.* V Italiji je ugotovitvena služba poverjena bolnicam nacionalne socialno-zavarovalne blagajne, dalje ustanovam, s katerimi je blagajna ustvarila delovno skupnost in končno skrbstvenim uradom provincialnih zvez (lig) za zatiranje tuberkuloze. V nekaterih krajih prihajajo v poštev leteče ambulance. V ČSR. je Osrednji urad za socialno zavarovanje ustvaril po celi državi preiskovalne postaje, katere so istočasno opazovalnice bolnikov in prečiščevalnice njih diagnoz. *Poleg tega ima Osrednja zavarovalnica najtešnejšo delovno skupnost z vsemi ostalimi državnimi in zasebnimi protituberkuloznimi ustanovami in napravami.* Tu pride v poštev v prvi vrsti Masarykova liga proti tuberkulozi. Na ta način je zavarovalnici dana možnost, da svoj zavarovalni riziko značno zmanjša, *da zavarovalne dajatve za slučaj smrti in invalidnosti omeji, istočasno pa za zavarovance ustvari neprecenljive koristi na zdravju in na njih materijelni eksistenci.* V Nemčiji ima invalidno zavarovanje nebroj lastnih postaj za ugotavljanje tuberkuloznih obolenj, poleg tega pa se poslužuje občinskih skrbstvenih postaj za tuberkulozne. Zelo vestno je ta služba organizirana tudi v Angliji. — In pri nas? Komaj par let je, odkar so se v večjih mestih naselili v redkem številu zdravniki specijalisti. *Če hoče naš človek doseči zanesljivo specijalistično ugotovitev svoje diagnoze — tuberkuloze, mora žrtvovati mnogo na času, mnogo na denarju.* Obširne pokrajine nimajo ničesar! Praktični zdravniki niso imeli možnosti, da bi se seznanili z vsemi modernimi diagnostičnimi metodami. Tuberkuloza je tajinstvena bolezen, zato more njej biti kos le oni, ki mu služijo pripomočki laboratorija, in röntgenske naprave in ki razpolaga s primernimi skušnjami in prakso. V skromnem obsegu so pri nas v zadnjem času pričeli ustvarjati možnosti pravočasnega ugotavljanja tuberkuloze. Delavsko zavarovanje se poslužuje zdravnikov-specijalistov, toda teh je malo! Društva za pobijanje tuberkuloze ustvarjajo z lokalnimi činitelji protituberkulozne dispanzerje. Vse to pa je skromno. V bolnicah nimamo oddelkov za tuberkulozne, kaj šele, da bi bolnice tvorile važno ambulantno središče in žarišče za ugotavljanje jetike. Higijenski zavodi nimajo specijalistov-fiziologov. *Brez teh specijalistov so higijenski zavodi prisiljeni, da iz svojega delokroga praktično izločijo jetiko.*

Jugoslavija nima uvedeno splošno starostno, invalidsko in posmrtno zavarovanje. *Vse sosedne države, izvezemši Albanije, so do danes uvelile to socialno in gospodarsko prepotrebno panogo zavarovanja.* To vprašanje je zakonito urejeno, praktična izvedba pa je na nedoločen čas odložena.

Svet pa živi v zmoti, da je tudi v Jugoslaviji že uvedeno te vrste zavarovanje, katero je viden znak kulturnega in socialnega standarta države. Javnost varamo! *Prav s trudom moramo danes iskati državo, ki tega socialnega problema ne bi še uredila.* Dvomim, če je pri nas pomanjkanje starestnega, invalidnega in posmrtnega zavarovanja naši gospodarski kulturi v ponos! *Gotovo pa je eno: pri uvedbi te panoge zavarovanja bi bila gospodarska, socialna, zdravstvena in tudi moralna kriza manjša, kakor je.*

Te panoge zavarovanja so pri nas uvedene za rudarje, v Sloveniji in Dalmaciji tudi za privatne namešcence. Bratovske skladnice oziroma njih provizijske blagajne se svojih dolžnosti v smeri preventivnega skrbstva za zavarovance ne zavedajo. *V vseh revirjih bi morali poslovati stalni in le-teči dispanzerji. Trboveljska premogokopna družba je finančna in kapitalistična velesila. V njenih revirjih s težavo vzdržujejo najrazličnejši činitelji en sam skromen dispanzer — skoraj da brez vidnih prispevkov podjetja!* In tako je povsod! — Pokojninski zavod tudi še ni v vrstah krepkih in aktivnih sodelavcev v preventivni borbi proti jetiki!

Standard plač javnih uslužbencev je potisnjen skrajno navzdol. *Že 24 urna bolezen v hiši pomeni za družino udarec, kaj šele slučaj dolgotraj-nega tuberkuloznega obolenja. Na dlani leži potreba uvedbe bolniškega zavarovanja za javne namešcence, najmanj pa ureditev zavarovanja za slučaj obolenja nameščenca ali svojca na tuberkulozi. Ta zahteva velja zlasti za učitelje vseh strok!*

Tam, kjer je protituberkulozno skrbstvo sistematično in programatično izdelano, igrajo veliko vlogo *periiodični kontrolni pregledi ozdravljenih in pa sumljivih ter ogroženih.* Najidealnejša bi bila seveda temeljita periodična preiskava vsega prebivalstva letno enkrat. To je nedosegljivo. S tako preiskavo bi izločili vse one, ki kažejo zgodne simptome bolezni, srečni pa bi bili tudi oni, kateri mislijo, da so bojni, pa niso. Toda velikopotezne periodične preiskave so neizvedljive. H kontroli spadajo vsi zaposleni v škodljivih obratih, oni, ki so *ozdravili, njih svojci, šolska mladina vseh strok in starosti, v mestih in v vaseh.* Za naše razmere nimamo podatkov. Toda številke gotovo niso ugodne. Prekužni koeficijent za šolsko mladino v Nemčiji je zelo visok. Po Pirquetovi metodi je bilo ugotovljenih v mestih 50-70% pozitivnih slučajev, na deželi 25%. Te številke pa seveda še ne pomenijo števila obolenj — toda veliko nevarnost za obolenja! Pri nas vrši periodične kontrolne preglede samo delavsko zavavovanje — v skromnem obsegu, saj ni niti zadostnega števila zdravnikov, niti nimamo drugačnih kontrolnih postaj (letečih ambulanc).

Naj omenim par besed o vplivu stanovanj na postanek in razvoj tuberkuloze. Napredne države poznajo kot važno sredstvo v svoji zdravstveni politiki *zakone o negi in inspekciji stanovanj.* *Že za lajika je razumljivo, da bedno in revno stanovanje predstavlja pravo gnezdišče tuberkuloze.* Množinska infekcija je neizbežna! *Ali sedanji družabni red res ne bi dopuščal posega zdravstvene oblasti v taka stanovanja?!* Seveda ni glavno

ugotoviti, da je stanovanje nezdravo, glavno je, da je prizadetim na razpolago zadostno število zdravih in cenenih stanovanj! Predvojne ugotovitve kažejo npr. sledeče številke: v enosobnih stanovanjih je bilo pri 1000 osebah 27'94 smrtnih slučajev, od tega vsled tuberkuloze 278; pri 100 smrtnih slučajih ima svoj izvor v tuberkulozi 10 slučajev. Pri petosobnem stanovanju je slika popolnoma druga. Odstotek smrtnih slučajev vsled tuberkuloze znaša samo 4'2%! Razširjena je domnevā, da stanovanje na deželi ugodnejše vpliva na tuberkulozno statistiko. To je bilo nekdaj. Zlasti pred vojno. *Beg iz dežele v tovarne, ki ima za posledico, da so vasi prepojene z bacili in razne druge škodljive okolščine* (pomanjkljiva zdravstvena propaganda in kultura), pa so številke skoraj izjednačile. V Nemčiji je bilo razmerje smrtnih slučajev med mestom in deželo v l. 1913 kakor 148:100, v l. 1928 pa že 112:100. Podobno razmerje je tudi v drugih državah, kjer imajo zbrane tozadevne ugotovitve. Ne zapirajmo si oči pred dejstvom: *v državi skoraj več nimamo večje vasi brez aktivne tuberkulozne infekcije!*

V moderni protituberkulozni borbi mora priti v poštev tudi *pametna stanovanjska politika*. Stanovanjska politika ni izčrpana samo z zaščito najemnikov pred pretiranimi najemninami. Ona je bistveni del zdravstvene in pa socialne politike! Tuberkuloza pa seveda razsaja tudi v razkošnih domovih, kjer ni bede in revščine. *To je pa božji opomin, da napram problemu tuberkuloze ne sme biti nihče indiferenten!*

Že na par mestih sem povdaril, da je uspešna protituberkulozna organizacija brez *zadostnega števila specialno naobraženih in požrtvovalnih zdravnikov neizvedljiva*. Vsa teža problema tuberkuloze vendarle leži in bo ležala na zdravnikih, ki morajo biti istočasno globoko naobraženi socialno politični delavci in zdravniki z dušo in s srcem. Ako kje, velja čisto gotovo v protituberkuloznih akcijah v zadnjih časih zopet malo bolj aktualna kriatka, da samo dober človek more biti dober zdravnik. Samo oni zdravnik naj se pridruži protituberkulozni borbi, kateri je sposoben, da s svojim srcem objame vso bol tega našega dobrega ljudstva!

Zdravnikov ni! Municije ni! Naše zdravstvene oblasti morajo to točko protituberkuloznega problema prvenstveno postaviti na dnevni red Specijalizacijo zdravnikov morajo omogočati in pospeševati tudi ustanove našega socialnega zavarovanja. Naši medicinci so revni in ne morejo iz lastnih sredstev kriti visoke študijske izdatke. *Mnenja sem, če priznamo, da je tuberkuloza naša najopasnejša ljudska bolezen, specijalno delavska in kmetska bolezen, da morajo imeti specijalno izobrazbo iz ftiziologije zlasti pa iz predmeta socialne diagnoze tuberkuloze, vsi sreski sanitetni referenti, šolski zdravniki, komunalni zdravniki večjih mest in pa praktični zdravniki v vseh večjih delavskih središčih.* Začetek boljšega spoznavanja diagnoze in terapije tuberkuloze pa mora biti položen že v visokošolski medicinski študij. Tam je treba mlade medicince pričeti opozarjati na problem tuberkuloze. Prav je, ako zdravstvena oblast zahteva, da bodi vsak zdravnik, ki deluje zunaj med ljudstvom, porodničar, da spravimo na de-

želi higijeno porodov na dostenjno višino. *Toda — tudi jetiki bomo šele takrat dorastli, ako bo vsak zdravnik razpolagal s primernim in potrebnim teoretičnim in praktičnim znanjem — predvsem diagnostike tuberkuloze.* Ne pretiravam, ako rečem, da ima praktični podeželski zdravnik smatrali za svojo prvo bitno dolžnost, da je sposoben, da si zna glede zgodnje diagnoze tuberkuloze ustvariti jasno mnenje. On je blizu pacientu, pozna njegove socialne in družinske razmere, vidi infekcijske nevarnosti itd. *Naša dolžnost je, da praktične zdravnike za borbo proti tuberkulozi z zadostnimi sredstvi oborožimo!*

Tuberkuloza potrebuje mnogo študija, znanstvenega razglašljanja in eksperimentov. *Dobiti moramo ustanovo, ki bo služila izključno le znanstvenim svrham, da bomo na poti spoznavanja in zdravljenja tuberkuloze pomagali odkrivati vse skrivnosti, katere morda narava vendarle še hrani, da ob svojem času z njimi osreči človeški rod.*

Te dni so v državi organizirani dečji dnevi. Meseci spomladi so posvečeni počasti in mater. Kako moremo materam bolj vračati njih ljubezen, ako se združimo v delu za ohranitev zdravja njih otrok! Dečji dnevi bodo prinesli zaželjene uspehe, aко bo naš I. protituberkulozni kongres domenil res pričetek velike, skrbno in sistematično organizirane borbe proti jetiki zlasti med mladino vseh šol in poklicov. Vemo, da je tuberkuloza zlasti med mladino doma. *Toda, kje vidimo, da je mladina pod stalnim in rednim nadzorstvom zdravnikov - specijalistov, ki bi zlu mogli pravočasno priti na sled! Šole imajo precej močno dotirane zdravstvene fonde! Organizaciji protituberkulozne borbe med mladino ti fondi ne služijo. Če revež dijak oboli, mora ali podleči, ali pa mora poiskati vsa pota pomoči izven svoje šole in izven svojega zdravstvenega fonda!* Poglejte npr. ugotovitve ljubljanskega dispanzerja in začudili se boste, kako globoko v mladi naš narodni organizem je zajedena tuberkuloza! Lani so imeli v Nemčiji šolski in komunalni zdravniki skupen kongres z zdravniki flizeologji! V smeri take kolaboracije mora ili tudi uveljavljanje naših šolskih zdravnikov.

Še v eno smer moramo danes bežno, toda skrajno resno in svarilno obrniti svoj pogled. V naši narodni vojski je zbran cvet naroda, nosilci naše velike bodočnosti. *Hočemo, da je v naši vojski samo zdravje doma.* Zdravje naše vojske je sila, ki bo narodu in državi ustvarila in zagotovila brezskrbno ustvarjanje na vseh poljih človekovega življa. *Armada je organizem, kateri potrebuje svojo samostojno in posebno protituberkulozno organizacijo.* Druge države imajo posebne vojaške zavode za zatiranje tuberkuloze med vojaštvom. *Ne slišimo posebno ugodnih vesti o stanju tuberkuloze med vojaštvom.* Ni vse, ako je na jetiki oboleli vojak odpuščen domov, malo je, ako častnik dobi dopust, da se mora na račun svojih malih dohodkov zdraviti v dragih sanatorijih. *Tudi v tej smeri mora kongres postati mejnik skrbnejše brige za problem tuberkuloze v naši slavni narodni vojski.* Vsaka žrtev, ki jo bomo v tem pogledu storili, bo pojačala obrambo domovine — zato ne sme nobena žrtev biti prevelika.

Zatiranje tuberkuloze zahteva mnogo materijelnih sredstev in zelo veliko moralne pomoči od vsakega posameznika. So države, v katerih narod sam iz sebe s prostovoljnimi davščinami krije večji del materijelnih potreb protituberkulozne borbe. V tem pogledu prednjači zlasti prijateljski narod francoski. Okoli 30 miljonov frankov dohodkov izkazuje samo račun iz prodaje propagandnih kolkov, kateri predstavljajo visoko umetniško vrednost in veliko filatelično posebnost. V njih je izražena volja naroda, da sam v sebi najde sredstva, da more uspešno kljubovali divjanju tuberkuloze. V severnih državah, tudi v Nemčiji, v ČSR in v Poljski je smisel ljudstva in bogatejših posameznikov za finančne potrebe protituberkulozne borbe zelo globoko razvit. Tako žrtev, ako smemo finančno pomoč protituberkuloznim organizacijam sploh nazivali žrtev, zahleva ta bolezen tudi od nas! *Kdor ima, naj se spominja trpečih, da od sebe odvrača zle udarce usodel* *Kdor daruje za zdravje naroda, je storil eno najlepših del krščanskega usmiljenja in krščanskih dolžnosti.* Proračuni naših javnih korporacij naj bodo pa viden izraz, da mi tu na Balkanu postajamo država, katera hoče svojo bodočnost zidati na telesno, umsko in moralno zdravje naroda! Neki francoski parlamentarec je rekel: „preje morajo s pametno socialno politiko izginiti berači iz ulic, potem je šele prišel čas, da tlakujemo pariške ulice.“ Tudi mi moramo reči: preje moramo armado tuberkuloznih bolnikov preskrbeti z vsem potrebnim, potem pridejo na vrsto ceste, pristanischa in drugo!

Vsa pota protituberkulozne borbe pa morajo biti posuta s cvečjem bodrega optimizma, da zlo jetike ni nepremagljivo. Ako hočemo biti apostoli zdravja, moramo v naše revne domačije prihajati z žarom vere in upanja, da je tudi tuberkuloza ozdravljava. Nič več ni treba, da srce zastane, ko uho zasliši besedo: jetika. In z ljubeznijo moramo hoditi okoli. potem bo vsaka naša pot polna blagoslova in vsi, danes še v daljavi stojecih ciljih, bodo z vsakim dnem pomaknjeni bliže dosegljivosti.

Za zmago pa je eno potrebno: *Hoteli zmagati.* Vsa naša velika zgodovina je en sam izraz neukročenega hotenja in zmag. Kdo je, ki tudi v bitki proti jetiki ne bi *hotel zmagati?*

Dr. J. BOHINJEC — LJUBLJANA

Zusammenfassung
Wege und Ziele im Kampfe gegen die Tuberkulose.

Verfasser betont, dass das Tuberkuloseproblem zu den wichtigsten sozial-politischen Problemen zählt. Er verlangt eine einheitliche und systematische Arbeitsgemeinschaft mit Allen, die im Staate für die Volksgesundheit verantwortlich sind; denn die Tuberkulose steht in allen Staaten noch immer an der Spitze der Volkskrankheiten. Aus diesem Grunde müssen den Kampf gegen diese Krankheit besondere Volksvereinigungen aufnehmen, die imstande sind, in den breitesten Volksschichten das Verständnis für die soziale und wirtschaftliche Schädlichkeit der Tuberkulose wach zu rufen. Für einen erfolgreichen Kampf gegen die Tuberkulose ist es dringend notwendig, dass auch Politiker und Staatsmänner an der Lösung dieses Volksproblems führend mitwirken. In der obersten Sanitätsverwaltung

muss eine selbst-tändige Tuberkuloseabteilung tätig sein. Die Tuberkulose ist eine Arbeiter- und Bauernkrankheit. In enger Berührung mit der Tuberkulose steht die Frage der Arbeiterlöhne und eine gesunde Wohnungspolitik. Unsere Industrie ist sich ihrer diesbezüglichen Pflichten leider keinenswegs bewusst. Die Industrie erspart jährlich viele Millionen wegen Nichtbestehens der Invaliditäts- und Altersversicherung. Durch Einführung dieser Versicherungszweige würde unser Kampf eine kräftige Stütze finden.

Das Wesentliche im Kampfe gegen die Tuberkulose liegt in der Möglichkeit der Feststellung einer frühzeitlichen Diagnose. Deshalb benötigen wir ein Netz von ärztlichen Untersuchungsstellen. Will der Kranke nicht zum Arzt, so muss der Arzt und die Organisation eben zu ihm. Unsere Bruderläden und unsere Pensionsversicherungsanstalt für Angestellte stehen im Kampfe gegen die Tuberkulose noch abseits. Die frei praktizierenden Aerzte, insbesondere am Lande, sind über die Diagnose der Tuberkulose zu wenig unterrichtet. Auch unser Volksheer muss den Erkrankungen an Tuberkulose eine viel grössere Sorgfalt widmen als bisher.

Die allgemeine Zusammenarbeit muss sich in der allgemeinen Opferwilligkeit aller Volkskreise wirkend zeigen. Das Volk selbst muss den grösseren Teil der finanziellen Lasten tragen. Unsere Lebensversicherungsanstalten zeigen kein Verständnis für die Probleme unserer Volksgesundheitspolitik.

Der sicherste Weg ist auch im Kampfe gegen die Tuberkulose: der Wille zum Sieg.

Dr. M. VRAČEVIĆ — BEOGRAD.

Značaj i rad antituberkuloznih dispanzera u organizaciji borbe protiv tuberkuloze

Organizacija antituberkulozne borbe u državi predstavlja jedan dosta komplikovan sistem, koji mora da obuhvati i dovede u saradnju sve ustavne nove socijalnoga značaja, pored specijalnih ustanova, čija je dužnost a priori rad na lečenju i profilaksi tuberkuloze. Da bi se jedna ovakva organizacija mogla izvesti, potrebno je na prvom mestu stvoriti joj jednu osnovu zakonodavnim putem, donošenjem zakona o tuberkulozi, kojim bi se regulisali svi odnosi i prema kome bi se posle mogle organizovati regionalne i centralne ustanove u obliku udruženja ili liga, ali sve ovo pod pokroviteljstvom države, koja mora da koncentriše svoj rad i rad privatne inicijative u jednu nedeljivu, solidnu celinu. Samo ovakvom organizacijom može se postići rezultat borbe protiv tuberkuloze kakav je izborila Nemačka, u kojoj danas umire od tuberkuloze svega 7 stanovnika na 10.000 živih.

Dvanaestog decembra 1905 godine slavni Robert Koch u svome predavanju za Nobelovu nagradu, govoreći o ulozi dispanzera za tuberkulozu u borbi protiv tuberkuloze, rekao je ove reči; „Ja smatram ove ustanove za jedno od najjačih, ako ne baš i najjače sredstvo, koje mi u borbi protiv tuberkuloze možemo da upotrebimo, i verujem, da su antituberkulozni dispanzeri pozvani da izvrše jedno naročito blagoslovljeno delo onda, kada budu, kao što se nadamo, u gustoj mreži prekrilili celu zemlju.“ Ove reči izgovorio je slavni Koch onda, kada su dispanzeri počeli svoju prvu dejanost u Evropi.

I zbilja, veliki učitelj nije se prevario. Za ovih 29 godina mortalitet u njegovoj otadžbini smanjen je na trećinu od ondašnjeg mortaliteta, a zaslugom ovih ustanova čiji je broj danas daleko premašio 3000.

Iz ovog primera jasno vidimo značaj dispanzera u borbi protiv tuberkuloze, čiji je broj kod nas još tako mali, da ne možemo misliti na energetičnu i uspešnu borbu i rezultat u njoj.

Antituberkulozni dispanzeri predstavljaju centralne ustanove za antituberkuloznu borbu, iz kojih moraju polaziti svi impulsi, i kroz koje moraju voditi svi konci jedne organizovane mreže ustanova za borbu protiv tuberkuloze. Njihova je dužnost, da pregledajući i lečeći bolesnike preuzimaju oko njih i svu onu socijalnu stranu lečenja kao i celokupnu profilaksu : obaveštavanje, poučavanje, svu propagandu. Dispanzeri moraju biti u tesnoj kolaboraciji s jedne strane sa bolnicama i azilima, kuda će upućivati teže bolesnike, a s druge strane sa sanatorijumima, oporavilištima, letovalištima, kuda će upućivati lakše bolesne i obratno: prezdravle primati natrag na lečenje od bolnica, sanatorija i sličnih ustanova. Na trećoj strani pak dispanzeri moraju održavati veze sa svima ostalim humanim ustanovama u čiji delokrug rada spada socijalna strana ove antituberkulozne borbe.

Po svojoj unutrašnjoj organizaciji dispanzere vode stručni lekari, koji, prema prilikama moraju imati više pomoćnih lekara. U Beogradu postoji državni dispanzer u kome rade četiri lekara pored lekara-stažistâ, koje Ministarstvo socijalne politike i narodnog zdravlja upućuje na rad. Dužnosti ovih lekara jesu, kao i u kurativnim ustanovama, da pregledaju i leče, daju injekcije, pneumotorakse, vrše radioskopije i radiografije, preglede ispljuvka, krvi itd., a pored toga još da i oni obilaze bolesnike po domovima, da im daju uputstva u lečenju i profilaksi, izolaciji, desinfekciji, kako u pogledu na bolesnika, tako i u pogledu na njegovu okolinu. Uz to lekari daju uputstva i sestrama-pohodiljama, šta u pojedinačnim slučajevima kod bolesnika treba preduzimati, i najzad, proučavajući celokupan život bolesnika, beležeći podatke o njemu koji se unose u opštu statistiku dispanzera, staraju se i o socijalnoj pomoći najpotrebitijih bolesnika.

Za ovakav rad potrebno je da dispanzer ima veći broj sestara-pohodilja koje upisuju bolesnike, rade administrativne poslove i statistiku u dispanzeru, spremaju materijal za laboratorijski rad, a osim toga obilaze bolesnike po stanovima i referišu lekarima o svojim posetama, a naročito o slučajevima, koji zahtevaju hitnu pomoć u pogledu lekova, ishrane, ili kakvu intervenciju u profilaktičnom smislu. Dalje dispanzer mora imati svog administrativnog činovnika, koji treba da vodi knjige, kartoteke i administraciju, zatim svog daktilografa i služitelja.

Organizovanje socijalne pomoći pretstavlja jedan od najtežih i najvažnijih poslova dispanzera. Beogradski državni dispanzer je imao poslednjih godina vrlo lepih i ako ne baš potpunih uspeha u tome pravcu, organizujući saradnjom nekolikih humanih društava jedan kuratorijum, koji je mnogo usluga učinio tuberkuloznoj sirotinji. Ovaj kuratorijum sačinjavali su: Beogradska

Liga protiv tuberkuloze, Društvo za pomaganje sirotinje, Društvo za čuvanje narodnog zdravlja, Kolo srpskih sestara, dva Jevrejska ženska humana društva i Kolo humanih gospodja željezničara. Njihov ukupan prilog za tuberkuloznu sirotinju izneo je za godinu dana oko 30.000 dinara. Uz to smo od dobrovoljnijih priloga sakupili još 20.000 dinara pomoći te smo sa ukupnom sumom od 50.000 dinara mogli pomagati 165 bolesnika sa 710 članova porodice — ukupno oko 350 puta. Od ovih bolesnika veći broj je pomognut svega jedanput, a bilo ih je mnogo koji su po dva, tri i šest puta pomagani u toku godine. Medju njima bilo je većinom bolesnih i nezaposlenih radnika, zanatlija, bivših činovnika, domaćica itd., mahom onih koji su svojom dugotrajnom bolešću izgubili pravo na uživanje osiguranja od Ureda i drugih ustanova. Bolesnike smo pomagali na ovaj način: kad sestra-pohodilja pronadje bolesnika oskudnog, koji živi u bedi, ona izvesti odmah lekaru, koji i sam poseti bolesnika u stanu. Svi takvi slučajevi, koje lekar u toku nedelje poseti, iznesu se na nedeljnu sednicu kuratorijuma i odmah donese rešenje o pomoći, koja mu se istoga dana izdaje. Na prvom mestu dispanzer priliče u pomoć besplatnim lekovima, termometrima, pljuvaonicom, paravanom za izolaciju. Zatim se bolesniku kupe potrebne životne namirnice za 50 ili 100 dinara i uz to metar isečenih drva za gorivo. Od namirnica najčešće smo slali: po 2 kg šećera, 2 kg brašna, 1 kg pirinča, 1 kg makarona, 1 kg sira, 1 kg slanine, 15—20 jaja, 1 kg meda — sve to u vrednosti oko 100 dinara. Druge bolesnike smo pretplatili u raznim narodnim kuhinjama, da se hrane. Treće smo pomogli da idu na oporavljanje, plaćajući im putni trošak i u svakoj prilici smo ih pomagali rubljem, odelom, obućom, koliko smo god u magacinu imali prikupljeno od naših pomagača. Pomoć u novcu principijelno nismo nikome davali, pošto ne bismo njegov utrošak mogli kontrolisati.

Eto kako izgleda ukratko iznesena jedna praktična organizacija dispanzera.

Početak osnivanja dispanzera pada krajem prošlog veka. Ideologija ovih ustanova bazira na promenama u shvatanju borbe protiv tuberkuloze krajem prošlog i početkom ovog veka. Dok se ranije sva borba protiv tuberkuloze svodila na lečenje obolelih, pa se sav rad u toj borbi izražavao u podizanju skupih ustanova za lečenje, a to su bolnice i sanatorijumi, sada se to shvaćanje izmenilo, jer se smatra, da je važnije, potrebnije pa i lakše i jeftinije bolest sprečiti nego lečiti. To je bio uzrok što se počelo tražiti načina i ustanova, koji bi ovu novu ideologiju pomogli i izveli. Tako se u početku ove profilaktične ere došlo na ideju o osnivanju lakših, elastičnijih, pokretnijih borbenih jedinica, a to su antituberkulozni dispanzeri, koji materijalno mnogo manje staju od sanatorijuma i bolnica, pristupačni su i najširim i najsiromašnjim slojevima naroda, jer se u njima svako može lečiti besplatno, a profilaktički dejstvuju daleko brže i bolje. Ima dispanzera, koji su čisto socijalne ustanove i ne bave se lečenjem, ali njihov broj je u svetu uopšte vrlo mali. Kao primer navećemo dispanzer Dr. Götzla u Beču i nekoliko švajcarskih dispanzerâ Skoro svi ostali dispanzeri u

Nemačkoj, Francuskoj, Čeho-Slovačkoj, Belgiji, Engleskoj i Americi bave se i lečenjem. Kod nas bi nemoguće bilo zamisliti dispanzer bez lečenja, on uopšte ne bi imao svojih štićenika.

Prvi dispanzer je osnovao u Americi 1891 godine Dr. Flik uz bolnicu Ruš u Filadelfiji. U engleskoj početak njihovih osnivanja je 1899 godine, a istovremeno Calmette u Francuskoj i Malvause u Belgiji osnivaju prve dispanzere. Sada ih ima u svim evropskim zemaljama vrlo mnogo, a najviše u Nemačkoj koja je u opšte najviše učinila za svoje tuberkulozne. Iz podataka dr-a Matka vidimo da Nemačka ima na 20.000 stanovnika po jedan dispanzer, Japan na 47.000, Čeho-Slovačka na 60.000, Engleska na 62.000, Francuska na 64.000, dok u Italiji dolazi po jedan dispanzer na 213.000 stanovnika, a kod nas na 300.000 jer ih imamo svega oko 40.

U celom svetu većinu dispanzera i sličnih ustanova podiže privatna inicijativa, dok su kod nas skoro svi dispanzeri državni. Dužnost naših liga i društava za suzbijanje tuberkuloze jeste, da po ugledu na ostale zemlje podižu i kod nas što veći broj antituberkuloznih dispanzera, jer će na taj način pružiti narodu najbržu, najefikasniju pomoć kako u pogledu na profilaksu, tako i u pogledu lečenja. Isto tako dužnost liga i privatne inicijative uopšte jeste da se u našoj državi podiže još mnogo i mnogo tuberkuloznih bolnica, sanatorijuma, azila, oporavilišta, škola na vazduhu i drugih ustanova, kojima ćemo suzbijati tuberkulozu. A tuberkuloza jeste najbolnije mesto na našem nacionalnom organizmu, ono se mora najhitnije i najracionalnije lečiti. Pri tome moramo svi imati na umu da tuberkuloza ne bira, ona na svačija vrata zakuca!

Zusammenfassung:

Dr. M. Vračević – Beograd : Bedeutung und Leistung des antituberkulösen Dispan-saires im Rahmen der organisierten Tuberkuloseabwehr.

Autor unterstreicht vor allem die Notwendigkeit einer systematischen Zusammenarbeit aller im Tuberkuloseabwehrkampf tätigen Einheiten, die durch das dringend nötige Tuberkulosegesetz vereinheitlicht und unter staatliche Leitung gestellt werden sollen.

Die wichtigste Einheit in der Tuberkulosebekämpfung stellt unstreitig der Dispansaire dar, was R. Koch schon im Jahre 1905 klar erkannt und ausgesprochen hat. Alle Fäden der Tuberkulosebekämpfung müssen unbedingt im Dispansaire zusammenlaufen, dessen Wirkungskreis heute unverrückbar feststeht, wobei die Behandlung sonst unversorgter Kranke eine seiner wichtigsten Aufgaben darstellt. Der Beograder Dispansaire, der unter Leitung des Referenten steht, konnte mit Hilfe verschiedener humanitärer Vereine auch eine ziemlich ausgiebige soziale Hilfsaktion für seine Schützlinge durchführen.

Die Zahl der in unserem Lande bestehenden Dispansaires ist noch weitaus zu gering. Es kommen doch mehr als 300.000 Einwohner auf eines dieser Institute. Es ist vor allem Sache der privaten Initiative, ihre Zahl auf das notwendige Mass zu erhöhen, denn „die Tuberkulose ist die wundesste Stelle unseres nationalen Organismus, die schnellster und rationalster Behandlung zugeführt werden muss“.

Šola in tuberkuloza*

Bistvo tuberkuloze narekuje, da mora zajeti borba proti njej vse sloje človeške družbe neglede na stan, spol, poklic in starost. Iz tega razloga se mora posvetiti vsa pažnja tudi otroški in mladinski dobi in upoštevati se morajo vse posebnosti te dobe, prav tako pa tudi zakonita šoloobveznost z vsemi dobrimi, nič manj pa tudi s slabimi vplivi na celotni organizem učenca. Pobijanje tuberkuloze v drugem in tretjem petletju človeške starosti mora imeti svojevrstno obliko in bi bila popolnoma zgrešena pot, ako bi se prenesli nanjo — ker predstavlja učenec le neko „zmanjšano“ obliko odraslega — načini in postopki, ki veljajo za poznejšo človeško dobo. Ampak vedno iznova in iznova se mora poudarjati, da nudita telo in življenje učenca toliko svojevrstnih razlik nasproti organizmu in sploh življenju odraslega, da preko njih ne moremo in tudi ne smemo iti, ako hočemo v tej dobi sploh doseči povoljnih rezultatov. Po svojevrstnosti obeh organizmov je razumljiv popolnoma drugačen potek tuberkuloze in tudi drugih kužnih bolezni pri otroku in pri odraslem.

K čim intenzivnejši borbi proti tuberkulozi v šolski dobi pa nas silijo tudi razne činjenice. Predvsem gre skozi šolo skoraj vse prebivalstvo z razmeroma zelo majhno izjemo. Pri zadostnem številu šolskih naprav ne zajame šola v svoje okrilje le zdrave mladine, marveč v specialnih zavodih tudi pohabljene, slepe, gluhoneme otroke itd.

Dalje se razteza delovanje šole na starostno dobo, ki v svojih šegah in navadah še ni okorela, marveč je najbolj dostopna pouku in nič manj tudi posnemanju in izvajanju priučenih lastnosti. Ta starostna doba pa se odlikuje tudi po tem, da skuša uveljaviti priučeno tudi na svoji okolici, s čimer stopa v prve vrste pionirjev borbe proti jetiki.

Šola razpolaga tudi z raznimi napravami, kakor n.pr. s telovadnicami, šolskimi igrišči, dvorišči itd., torej s pripomočki, ki slově kot izborna sredstva v borbi proti jetiki in si brez njih sploh ne moremo predstavljati uspehov v tem pogledu.

Tudi uči praktično izkustvo, da vsebuje posečanje šole za otroški organizem večje ali manjše nevarnosti, ki so v končnem učinku tem jače, čim mlajši je organizem in na čim daljšo dobo se razteza šolski pouk. Šola ima vpliv tako na telo kakor tudi na dušo otroka in ga slabi telesno in duševno. Šola znižuje učencu mišično moč, občutljivost kože, tvornost, zmogljivost, delazmožnost, pa tudi dovzetnost in sprejemljivost. Pod kvarnim vplivom šole se zviša učencu meja dražljivosti, se mu okvarja sklepje in okostje in s'ednjič kvantitativno in kvalitativno omejujeta tvornost in tvorni nagon.

* O tem važnem predmetu sem spisal posebno knjigo „Tuberkuloza in šola“, ki v kratkem izide, na kar že danes opozarjam čitalelja.

Glavna kvarnost šolskega pouka pa je v tem, da se zbere v razmeroma majhnem prostoru večje število mladih, izredno občutljivih bitij, ki so vsa v razvojni dobi in ki so po bistveni sestavi učnega načrta prisiljena k enostranskemu udejstvovanju z možgani, k enostranski togi in okoreli drži telesa in slednjič k večurnemu vdihavanju skvarjenega, zdravju skrajno škodljivega zraka.

Vsi ti nedostatki šole znižujejo odporne sile otroškega organizma in ga delajo dovzetnega za razna obolenja, predvsem za tuberkulozo. Ta nevarnost je tem večja, ker zvišujejo tesne prostorne razmere šole možnost za medsebojno okužbo.

Navedeni nedostatki šole se zvišujejo v svojem učinku, aко je šola nehygienično urejena, so učilnice z učenci prenatrpane, se začne pouzjutraj prezgodaj, je šolski pouk čez dan nesmotorno porazdeljen, izhaja deca iz nezdravih in neurejenih rodbinskih in iz slabih socialno-gospodarskih razmer, je slabo hranjena in se preobremenjuje s šolskimi posli in s prerano zaposlitvijo pri težkem gospodinjskem delu.

K intenzivni borbi proti jetiki nas silita tudi naslednji dve spoznanji. Prvič se zgodnja otroška doba ne odlikuje le po visoki umrljivosti za tuberkulozo, marveč je po večini tudi zgodnja okužba izvor jetike v popklicno izobraževalni in pridobitni dobi, kar je zlasti z narodno-gospodarskega vidika izredno velikega pomena. Drugič je že svoje dni Kirchner dokazal, da se eventualno znižanje umrljivosti za jetiko ne razteza enakomerno na vse starostne dobe, marveč ostaja umrljivost za jetiko v otroški dobi od 1. do 2. in od 4. do 15. leta ali na isti višini ali pa se celo dviga. Kljub intenzivni in smotrni borbi ostaja razmerje med umrljivostjo otrok in odraslih za jetiko isto, kar ima svoj izvor v anatomske posebnosti obeh starostnih dob.

Statistika uči dalje, da je za tuberkulozo *prav posebno dovzetna zgodnja otroška doba*, ker ji najlaže podleže. Njej sledita dve petletji, ki padata v šolsko dobo in sta v primeri s poznejšim starostnim desetletjem spojeni z očitno nizko relativno umrljivostjo za jetiko. Od 15. leta se umrljivost za tuberkulozo strmo dvigne navzgor. Njen višek se pod pritiskom borbe proti jetiki sicer znižuje, vendar pa po številu še vedno presega vse ostale bolezni. Ta čuden pojav izvira deloma iz posebnosti, deloma iz jakosti imunitete teh dob protijetični klici.

I. Razširjenost tuberkuloze v šoli

a) Med šolsko mladino

Vpogled v razširjenost tuberkuloze med učenci si moremo ustvariti ali na podlagi števila učencev z očitnimi tuberkulznimi znaki, kar pa daje znatno nižje število nego je število dejansko zakuženih učencev, ali pa na podlagi pozitivnih imunsko-bioloških reakcij, ki nam omogočajo točen vpogled v zakuženost šolske mladine. Te pa imajo nedostatek, da jih v večjih šolskih organizmih brez večjih težkoč ne moremo v večjem obsegu izvesti.

Za imunsko-biološko preiskavo služijo razne reakcije. Vse pa slone na spoznanju, da se tvorijo v popadenem organizmu različne obrambne snovi, čim se naselijo v telesu bacili tuberkuloze in stoji telo pod vplivom njihovih strupov. V borbi proti njim nastanejo v telesu zaščitne in obrambne snovi, ki so po svoji množini in strupenosti podlaga reakciji, ki se očituje ali v splošnih (vročina itd.) ali v krajevnih znakih (raznetje tuberkuloznih ognjišč itd.). V ostalem krožijo v telesu, v katerega so vdrle jetične klice, v večji ali manjši meri protistrupne snovi, ki stopijo takoj v akcijo, ako prodro v organizem novi stupi. Na ta način morejo pri okužencu najfinejši drobci tuberkuloznega stupra, nazvanega tuberkulin, izzvali na koži več ali manj očitne znake.

Teh specifičnih reakcij poznamo več in jih delimo v *vkožne* in *podkožne*. Pri prvi skupini ostane reakcija lokalizirana na mestu, kjer vpliva tuberkulin; pri drugi se vbrizga tuberkulin v podkožno staničje, s čimer se izzovejo poleg istočasnih splošnih reakcijskih dogodljajev tudi pojavi ne posredno v bolezenskih ognjiščih.

Najobičajnejši vkožni reakciji sta *Pirquetova* in *Morova*. Znatno občutljivejša od teh je *Mantouxova* in *Rouxova*. *Pirquetova reakcija* se izvede na ta način, da se kane kapljica nerazredčenega tuberkulina na dve mestih notranje strani podlakta, ki sta medsebojno oddaljeni 10 cm. Nato se s tako zvenim Pirquelovim svedrom opraska kožna povrhnica, in sicer najprej na točki, ki leži v sredini med obema mestoma in nato na obeh mestih, ki ju pokriva kapljica nerazredčenega tuberkulina. Opraskanih mest ne obvezemo, marveč ju pustimo nekaj minut nedolaknjeni, da se tuberkulin dobra vpije v kožo. Po 24, 48, eventualno tudi šele po 72 urah pregledamo rane. Za kontrolo je 48 ur po izvedbi reakcije najugodnejši trenotek. Pri negativni reakciji nabreknejo opraskanine le malo in se pokrijejo z neznačno krasto. Pri pozitivni reakciji so rane prekravljene in izločajo. Koža okoli njih pa je v večjem ali manjšem obsegu nabrekla in pordečena.

Pri *Morovi* reakciji se vtre v kožo za grah velika količina 50% tuberkulinovega mazila, in sicer 4 minuto z zmeranim pritiskom na okoliš, velik približno 25 cm².

Pri pozitivnem posledku se po 24 do 48 urah pojavijo na koži rdeče pičice ali zlivajoči se rdeči mozoljčki ali pa majhne papule.

Mantouxova in *Rouxova* reakcija je v tem, da se vbrizga neposredno v kožno povrhnico kapljica tuberkulina, razredčenega v razmerju 1: 5.000, 1: 2.000, 1: 1.000 itd. Pri pozitivni reakciji se po 5 ali 6 urah pojavi v koži otopljal ali viden vcedek (infiltrat). Po 48 urah je vcedek večji, rdeč, semterja edemačen in obdan z eritemastim dvorom. Po 48 urah doseže reakcija višek.

Pri *podkožni reakciji* se vbrizgnejo v podkožno staničje postopno zvišane količine tuberkulinove razlopine. Ta količina pa se stopnjuje le tedaj, ako vbrizg ni povzročil zvišanja telesne topote. Ta oblika reakcije sestoji iz 4 delnih pojavov: a) vbdna reakcija, b) topotna reakcija, c) občna reakcija in č) ognjiščna reakcija. Ti pojavi lahko nastopijo vsak zase ali pa se združijo v večjo ali manjšo kombinacijo.

Za šolske namene sta uporabljeni le *Pirquetova* in *Mantouxova* reakcija. *Morov* preizkus je manj ugoden, ker se morejo pri skrofuloznih otrocih močnejši kožni pojavi razširiti tudi na druge dele telesa. Negativna *Pirquetova* reakcija priča v splošnem, da je preizkusno telo prosto tuberkuloze. Oseba, pri kateri na preizkus ni očitne reakcije, je v anatomskem

smislu povsem zanesljivo prosta jetike. Pozitivna reakcija pa priča, da je prišel organizem „enkrat in nekje“ v ožji dotik s tuberkulozno okolio. V pozitivnem smislu reagirajo ne le očitno jetične osebe, marveč tudi klinično nejetične, t. j. nosilci prikrite in neaktivne jetike, ki je klinično ni možno dognati. Vsako v telesu počivajoče, izceljeno, popolnoma brezpomembno tuberkulozno ognjišče nudi to reakcijo.

Pirquetova reakcija je za otroško dobo izrednega pomena in je njena vrednost tem večja, čim mlajši je otrok. Otroci brez reakcije so po večini prosti jetike, otroci z reakcijo pa so z jetiko okuženi. Dojenček in malček s pozitivno Pirquetovo reakcijo bolehati brez izjeme za aktivno jetiko. Močna reakcija v tej dobi pa pomeni večinoma aktivno tuberkulozo in pripravljenost organizma za borbo proti njej.

Značno občutnejša ko Pirquetova reakcija je Mantouxova in Rouxova in se uporablja pri primerih, kjer je bila Pirquetova reakcija negativna ali dvomljiva, in tudi pri onih, pri katerih se ne sme izvesti podkožne reakcije, je pa imuno-biološka preiskava neobhodno potrebna.

S Pirquetovo reakcijo, ki je za širšo preiskavo šolske mladine najugodnejše sredstvo, se je dognala silna zakuženost že mladine, ki je tem večja, iz čim neugodnejših socialno-gospodarskih razmer izhaja. V predmestjih gosto obljudenih velikih mest doseže zakuženost dece tudi 100%.

Po Hamburgerju in Montiju na pr. je nudilo od 509 velemestnih otrok pozitivno reakcijo.

v 2. letu starosti	9%	v 5.—6. leta	51%
v 3. "	20%	med 7. in 10. letom	71%
v 4. "	52%	med 11. in 14. letom pa	94%

Po Calmetteu je v Evropi z jetiko zakuženih otrok do 2. leta starosti 20% in do 5. leta 55%, od starejših otrok in odraslih pa približno 97%. V Ukrajini, ki je nam slična po sestavi zemlje in po narodno-gospodarskih razmerah, znaša na deželi prekužni indeks pri odraslih po Pirquetu 67·4% po Mantouxovi reakciji pa celo 75%. V mestih pa se dvigne prekužni indeks na 100%.

Prav zanimivo je razmerje med tuberkulizo in otroškimi boleznimi. Po Kirchnerju povzročajo pri šoloneobvezni deci otroške bolezni (oslovski kašelj, ošpice, davica itd.) največjo škodo. V šoloobvezni dobi pa stopijo te bolezni v ozadje in jih prekaša v številu tuberkuloza. Kirchnerjeve zadevne preiskave 100.000 otrok so dognale, da jih je umrlo

v prvem letu starosti: na oslovskem kašlju 83.39, na ošpicah 34.89, na davici 29.38, na tuberkulozi 21.27 in na škrlatici 11.30. Tuberkuliza je med njimi na četrtem mestu;

v drugem letu starosti: na ošpicah 36.65, davici 32.25, oslovskem kašlju 28.02, škrlatici 17.29, tuberkulozi 16.17. Tuberkuliza je na petem mestu;

v tretjem letu starosti: na davici 24.32, škrlatici 18.20, ošpicah 14.09, tuberkulozo 8.82, oslovskem kašlju 8.01. Tuberkuliza je na četrtem mestu;

Glede razširjenosti tuberkuloze tako med šolsko mladino kakor tudi med odraslimi v Jugoslaviji nimamo sistematičnih preiskav. V knjižici „Tuberkuliza v Zagrebu“ poroča dr. Köhler, mestni zdravstveni nadšvetnik v Zagrebu, da je našel v prvem razredu osnovnih šol pozitivno tuberkulinovo

reakcijo pri 44%, v četrtem razredu približno pri 59%, v drugem in tretjem razredu pa pri 44 do 59%. Po uporabi *Mantouxove* reakcije pa so se dvignile te številke za 10%.

Dr. Nemanić, zdravnik šolske poliklinike v Zagrebu, je preiskal na *Pirquetovo* reakcijo več stotin dijakov iz nižjih razredov in našel pozitivno reakcijo pri 70%.

Dr. Ljubomir Vulović, šef-zdravnik Centralnega dispanzerja in dečje ter materinske posvetovalnice v Beogradu, poroča v knjigi „*Borba proti tuberkulozi*“, da je v Beogradu okuženih od dojenčkov 5 do 15%, od učencev ob vstopu v osnovno šolo 40 do 50% in ob koncu osnovne šole 60 do 70%, od odraslih pa približno 97%.

L. 1920 je v „*Glasniku ministrstva narodnega zdravja*“ poročal dr. *Ivanic*, direktor Centralnega higienskega zavoda v Beogradu, da je bilo v Smederevu od 495 učencev osnovne šole po *Pirquetu* pozitivnih:

Pri	v 7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.—14. letu
moških	100%	83.34%	77.42%	74.62%	79.42%	87.50%	90.91%
ženskah	76.93%	75.0%	72.33%	88.24%	89.48%	93.55%	89.48%
skupno	80.00%	80.3%	76.72%	79.47%	90.15%	90.15%	90.25%

Dr. Ivanic se je bavil tudi s preizkavo dece osnovne šole v Guči (Srbija) na *Pirquetovo* reakcijo in je ugotovil pri 70% pozitivno reakcijo.

Profesor Čepulić v Zagrebu je ugotovil pri šolski mladini neke krajiške osnovne šole prekužni indeks 68.61% in 76.5% pri otrocih-varovancih protituberkoznega dispanzerja v Zagrebu. Pri šolski mladini v Šestinah je znašal prekužni indeks 45.5%.

Z vprašanjem prekužnega tuberkulognega indeksa se je bavil v Sloveniji *Dr. Prodan*, šef *Calmetteovega dispanzerja v Ljubljani*, ki je z dermotubinom ugotovil, da je bilo pozitivnih učencev:

v I. razredu Lichtenturnove osnovne šole	72%
v I. razredu Lichtenturnove meščanske šole	89.5%
v I. razredu osnovne šole v Mostah pri Ljubljani	66.1%

S tem sem navedel le nekaj podatkov o zakužnosti šolske mladine s tuberkulozo v naši državi. Predvsem je očiten ne le razmeroma visoki prekužni indeks v zadnjih letnikih osnovnih šol 60% (*Köhler*), 70% (*Nemanić*), 90.25% (*Ivanic*) in 70% (*Guči-Ivanic*), marveč tudi izredno visoki prekužni indeks že ob vstopu v šolo 40 do 50% (*Vulović*), 80% (*Ivanic*) itd.

Prekužni indeks se bolj ali manj dvigne, ako izhaja deca iz zakužene okolice. *Dr. Köhler* je dognal, da je bilo v Zagrebu 8% preiskane šolske dece v trajnem ali daljšo dobo trajajočem dotiku z aktivno tuberkulozno osebo. Od teh otrok je nudilo pozitivno kožno reakcijo 72% že v 7. letu starosti. Še višji indeks (95.75%) je našel v Zagrebu prof. Čepulić pri otrocih iz zakuženih rodbin.

Tudi glede razširjenosti očitnih znakov jetike pri šolski mladini sem našel v naši zdravstveni literaturi nekaj podatkov, ki se v celoti krijejo z ugotovitvami iz drugih držav. Po Švarcu je bilo izmed približno 6000 pre-

iskanih dojenčkov v mestnem dečjem ambulatoriju okoli 4% bolnih na očitni tuberkulozi. Po Köhlerju je nudilo od vseh po Pirquetu pozitivnih učencev 8%, znake aktivne jetike. Leta 1926/27. so se ugotovili na učencih prvega razreda aktivni procesi žlez pri 4%, skrofuloze žlez in oči pri 3%, tuberkuloza sklepov in kosti pri 0.5%, tuberkuloza pljuč in prsne mrene pri 2% in tuberkuloza ostalih organov pri 0.5%. Od 11.000 učencev, preiskanih v teku 3 let, jih je nudilo odprto jetiko 9. Celotna umrljivost je znašala pri šolski mladini 0.2 do 0.3%; umrljivost za tuberkulozo pa 0.5% celotne.

Po dr. Nemanicu je bilo v Zagrebu od 6.450 preiskanih dijakov 1329 sumljivih na jetiko, 48.5% izmed njih ni ne klinično in ne röntgenološko nudilo znakov. Od ostalih je imelo 44% inaktivne tuberkulozne izpremembe, 7.5% pa znake sveže tuberkuloze in so bili potreben specialnega zdravljenja. Izmed vseh 6.450 preiskanih dijakov je bolehalo za odprto tuberkulozo 0.6%, t. j. 39. Od teh je bil star eden 12 let, šest do 14 let, ostalih tri in trideset, t. j. 85% vseh odprtih, pa je bilo starih 15 do 21 let.

Omenjam še dr. Petrovića, šefa otroškega oddelka splošne državne bolnice v Beogradu, ki poroča v članku „Tuberkuloza kod dece“, da bo 'eha na raznih oblikah tuberkuloze skoraj ena tretjina oskrbovane dece.

Iz navedenih podatkov more vsak čitatelj razbrati, da je *naša šolska mladina zelo okužena s tuberkulozo in se ne bomo mnogo zmotili, ako smatramo, da znaša povprečni prekužni indeks za Jugoslavijo 70 do 80%*, kar je vsekakor visoka postavka! Predvsem je očitno visok prekužni indeks pri deci ob vstopu v šolo, kar pomakne dobršen del borbe proti jetiki v dojenčkovo dobo in v dobo pred šoloobveznostjo.

V šoloobvezni dobi pa je glavna naloga borbe proti tuberkulozi, da se zaslede odprtjijetičniki, se izločijo iz šolskega pouka in tako očuva zdrava, toda ogrožena mladina pred obolenjem, odnosno zakužbo.

b) Med učitelji

Tuberkuloza učiteljstva je pomembna točka v borbi proti tuberkulozi, in sicer z dveh vidikov. Prvič je jetičen učitelj zaradi tesnega kontakta s šolsko mladino nevaren činitelj za prenos jetične kali na učence, drugič pa je učitelj primoran čim dalj prikrivati svojo bolezen, ker za primer hiranja in upokojitve zlasti v mlajših letih zanj ni zadostno preskrbljeno. Ta okolnost je tudi kriva, da imamo prav o zakuženosti učiteljev z jetiko tako malo zanesljivih podatkov. Najzanesljivejše podatke si moramo pribaviti z raziskovanjem o vzrokih smrti in upokojenja učiteljev tako pri nadrejeni oblasti kakor tudi pri življensko-zavarovalnih zavodih.

Körössy n. pr. poroča, da je nekega leta umrlo na Ogrskem od 78 umrlih učiteljev nič manj ko 33 za tuberkulozo, t. j. skoraj polovica od njih.

Od 4.000 osnovnošolskih učiteljev v vladnem okraju Schleswig jih je umrlo v razdobju od 1. I. 1898 do 31. XII. 1902 v celiem 79; od teh pa za tuberkulozo 21, kar je več ko *ena tretjina celotnega števila umrlih*.

V vladnem okraju Düsseldorf je Schmidt preiskal 250 aktov mestnih in podeželskih učiteljev, ki so v teku zadnjih 20 letih umrli na jetiki ali bili zaradi nje upokojeni. Od 250 učiteljev, na katere so se nanašali predmetni akti, je bilo upokojenih zaradi pljučne ali grgovceve (larynx) tuberkuloze 26, za tuberkulozo pa jih je umrlo 18, to je skupaj ena šestina celotnega števila (250).

Karup in Gollner sta preiskala umrljivost učiteljev po izkustvih življensko-zavarovalne banke za Nemčijo v Gothenburgu in ugotovila, da odpade na 100 smrtnih primerov:

Starost let	gimnazijski profesor	učitelj osnovne šole	vsi zavarovani
21—45	5.7	6.5	7.1
46—60	15.3	15.8	19.0
61—91	58.3	59.1	82.0

Pri študiju teh številk se je izkazalo, da je umrljivost učiteljev značno pod sredino. Vendar preširoki okvir starostnih razredov ne dovoljuje zanesljive presoje v tem pogledu. Iz tega razloga sta avtorja na podstavi 5-letnih starostnih razredov izračunila verjetno povprečnost smrtnih primerov. Na ta način sta dognala, da koraka vzporedno s socialnim položajem tudi umrljivost učiteljsvza za tuberkulozo, kajti umrlo je za jetiko od

- univerz. profesorjev 71
- gimnaz. profesorjev 84
- učiteljev mestnih osnovnih šol 84
- učiteljev podeželskih šol 89
- učiteljev vobče 88

Karup in Gollner sta nadalje preizkala številčno razmerje med raznimi smrtnimi vzroki in ugotovila, da jetika pri učiteljih osnovnih šol značno presega povprečnost smrtnih vzrokov.

Prav zanimiv je tudi študij razmerja med raznimi poklici in umrljivostjo za jetiko. Iz statistike Ogle ki se nanaša na angleške razmere in na 27 raznih poklicev, je razvidno, da so učitelji po višini umrljivosti za jetiko na 24. mestu. Za njimi se vrste rudarji, kmetovalci, zdravniki, delavci v opekarnah in duhovniki. Za tuberkulozo umrje največ učiteljev v starosti od 20. do 25. leta. Relativno visoka pa ostane umrljivost pri njih še do 55. leta.

Iz statistike Schmidta za Düsseldorf in Altschula za Prago je razvidno, da zapadejo tuberkulozi učiteljice v večjem številu kot učitelji (22% : 13%). Vzrok temu pojavi je večjidel v slabotnejši konstituciji učiteljic, kar je krivo, da lažje podležejo poklicnim naporom.

Na podstavi poročila nemških zdravilišč je ugotovil Paetsch vprav strahovite podatke o razširjenosti tuberkuloze med učitelji in silno nevarnost, ki jo pomeni vsak jetični učitelj za šolsko mladino. V razdobju od leta 1920. do 1928. je bilo sprejetih v zdravilišča skupaj 741 učiteljev.

Več ko polovica od njih, t. j. 411, je bila odprta. Od teh jih je došlo v zdravilišče z že odprto jetiko 291. Pretežna večina od njih, t. j. 279, je izvrševala učiteljski poklic neposredno do odhoda v zdravilišče!

Paetsch je nadalje ugotovil, da je bilo med temi 279 jetičnimi učitelji 42 odprtih že četrt leta, 38 pol leta, 23 tri četrt leta, 25 eno leto, nič manj ko 116 pa že nad eno leto!

Izmed poslednjih 116 učiteljev je bilo pred zapustom učiteljske službe in pred vstopom v zdravilišče odprtih 2 že štiri leta, 4 devet let in eden celo nad 11 let!

Pri omenjenih 279 učiteljih, ki so kljub odprti jetiki izvrševali svoj poklic prav do odhoda v zdravilišče, je nadrejena šolska oblast vedela za nevarno in kužno obliko jetike le v 30 primerih! Od vseh 279 učiteljev pa jih je vedelo za svojo nevarno, nalezljivo tuberkulozo nič manj ko 193!

Od zgoraj navedenih 291 odprtih učiteljev jih je zapustilo zdravilišče kot ozdravljenih le 32, dočim ostalih 259 ni izgubilo nevarne jetične kali iz pljunka. Izmed teh 291 učiteljev je bilo zaradi jetike upokojenih le 73, dočim so se vrnili vsi ostali učitelji, t. j. 218, v šolsko službo, akoprav so hirali na odprti jetiki pljuč!

Izredno zanimivo je stališče nemške šolske oblasti nasproti kužnim, odprtim učiteljem. Od vseh 741 jetičnih učiteljev, ki so bili sprejeti v zdravilišče, je nadrejena oblast vedela le za 32, t. j. za 4%, da so jetični; vendar oblast kljub temu ni ničesar ukrenila proti njim!

Kot vzrok za pozno prijavo obolenja je navedlo vseh 741 jetičnih učiteljev „bojazen pred upokojitvijo in pred predčasnim odpustom iz službe“. Večina izmed njih se baje niti ni zavedala nevarnosti, s katero je ogrožala poverjeno jim mladino. Izvzemši nekaj izjem so se ostali uprli predčasni upokojitvi! V glavnem zaradi tega, ker bi se od piče penzije ne mogli preživljati, pa so bili mladi in morali skrbeti za rodbino.

Paetschove ugotovitve glede tuberkuloze pri učiteljih so vprav porazne! Tem silnejše učinkujejo, ker se nanašajo na Nemčijo, ki prednjači z obilico naprav za pobijanje tuberkuloze, z visoko razvito higienско prosveto in kulturno stopnjo, s priznano discipliniranostjo svojega uradništva in ker izdaja država za pobijanje jetke milijarde zlatih mark.

Pri študiju *Paetschovih* podatkov se bralcu nehote vsiluje vprašanje, kakšne morajo biti te številke šele pri narodih, ki so na početku organizirane borbe proti jetiki in v katerih čut uradništva za odgovornost in čut posameznika za blaginjo splošnosti še ni zadostno razvit.

Paetschova statistika sili k najenergičnejšim ukrepom za zaščito šolske mladine pred kaznivo lahkomiselno okužbo! Žal ji manjkajo tudi podatki o šolskem pomožnem osobju, kakor tudi o svojcih učiteljev in o osebah, stanojučih v šolskem poslopu.

Zaradi ugotovitve razmer, ki vladajo pri nas glede tuberkuloze med učiteljstvom, sem se obrnil na zdravilišči Golnik in Brestovac. Od prvega sem prejel podatke, iz katerih je posneti da je bilo v oskrbi zavoda od leta 1924. pa do 1933. učiteljev 131 in učiteljiščnikov 19. Po spolu je bilo med njimi 40 učiteljev, 110 učiteljic, 6 moških preparandistov in 13 preparandk. Iz Dravske banovine jih je bilo 74, iz ostalih pa 76 oseb. Od

vseh 150 oseb je bilo v prvem obdobju tuberkuloze 12, v drugem 14, v tretjem pa celo 124!

Od vodstva zdravilišča Brestovac pri Zagrebu pa sem prejel podatke iz katereih je razvidno, da je bilo v razdobju od leta 1924. do 1933. oskrbovanih 67 učiteljev in profesorjev; med temi je bilo učiteljev 18, učiteljic 38, profesorjev 9 in profesoric 2. Od 67 oseb je bilo v prvem obdobju tuberkuloze 13, v drugem 24, v tretjem pa 30!

Iz navedenih podatkov je razvidna precejšnja zakuženost učiteljsvsa tuberkulozo. Ickert in drugi uvrščajo učitelje po razširjenosti tuberkuloze v skupino teksilnih delavcev. Visoka zakuženost učiteljsvsa je v zvezi z nezadostno plačo, nezadostno prehrano, s slabimi stanovanjskimi razmerami mladih učiteljev, z zdravstvenimi napakami, spojenimi z izvrševanjem poklica, s stalnim napenjanjem dihal pri dolgo trajajočem in glasnem govorjenju itd. Razen tega pa je treba tudi upoštevati, da se učiteljskemu poklicu posvečajo po večini pripadniki neimovitih slojev, ki zmorejo stroške za študij svojca le s težavo, s pičlo dotacija dijaka in lastno utesnitvijo glede prehrane itd. Tuberkulozi pa so učitelji tem bolj izpostavljeni, čim bolj so nehigienski šolski prostori in čim bolj so obremenjeni po poslih v šoli in zunaj nje.

Ker je z jetičnim učiteljem v veliki meri podana nevarnost za okužbo šolske mladine, je treba vse potrebno ukreniti, da se mu nevarnost kužnosti odvzame in da se očuva mladina pred okužbo.

II. Borba šole proti tuberkulozi

Razen zakona o prisilnem cepljenju proti osepnicam ne poseže v pošek otroškega življenja in s tem v njegov zdravstveni razvoj noben zakon bolj ko zakon o šoloobveznosti, ki pa je obenem za otroško dušo in telo pravi blagoslov. V interesu otroka in v lastnem interesu zahteva država, da morajo biti deležni šolskega pouka, in sicer skozi več let, vsi otroci določene starosti. S tako globokim posegom v otroško življenje pa je samoumevno država in z njo vsa javnost prevzela nase obvezno dolžnost, da po svojih močeh skrbi za zdravje otrok. V ta namen izdaja država točna navodila glede zgradbe in opreme učilnic, glede njih velikosti, širine hodnikov, glede sedal, stranišč, ogrevalnih naprav, prezračevanja, kopalnih možnosti itd. Seveda se morejo v polnem obsegu izvajati predpisi moderne šolske higijene le na novih stavbah. Pri starih stavbah, kamor bomo prisiljeni pošiljati otroke še desetletja, pa se bomo morali zadovoljili s postopnim izboljševanjem sedanjih nezadostnih oprem.

Iz zgoraj navedenih razlogov je v šoli mnogo možnosti za medsebojno okužbo otrok s tuberkulozo in za prenos jetične kali. Ta nevarnost pa je tem večja, ker so tu izpostavljena okužbi mladostna telesa, ki so za ješiko prav posebno dovetna. Zaradi tega je šola v znatni meri poklicana, da sodeluje pri praktičnem zatiranju jetike in oslanja svoje zadevno delo na vsa izkustva, nanašajoča se na bistvo, prenos in obrambo pred tuberkulozo.

lozo. Sodelovanje šole mora biti istočasno neposredno in posredno. K ne-
posrednim ukrepom spadajo vse odredbe, da se izslede vsi jetično bolni in
po jetiki ogroženi otroci, zlasti pa otroci iz zakuženih rodbin, da se izlo-
čijo od šolskega pouka vsi otroci, kolikor so kužljivi, da se ločijo od
zdrave okolice in da se jim nudi vsa pomoč za zdraviliško zdravljenje.

K posrednim ukrepom šole v borbi proti jetiki pa spadajo vse za-
čitne odredbe za zmanjšanje možnosti, da se jetična kal prenese po šoli,
da se utrdi in dvigne odpornost otrokovega organizma proti kužni nevar-
nosti in da se vobče pospešuje ljudsko zdravje.

1. Šolski zdravnik in šolska skrbstvena sestra

Tuberkuza je kužna bolezen. Zaradi tega mora biti smoter borbe
proti njej, ustvariti vse zaščitne mere, potrebne za preprečenje okužbe z
jetično kaljo. Ti ukrepi pa se ne smejo omejiti le na to, da se izsledi jetične
in po jetiki ogrožene osebe in se jim nudi zdravstvena pomoč, marveč se
morajo ti ukrepi raztezati tudi na vse obrambne mere, da ne postane jetič-
nik nevaren za okolico in ne prenese nanjo svoje žalostne usode. Iz tega
razloga ni jetično skrbstvo samo zdravstveno, marveč tudi zaščitno. Biti pa
si moramo na jasnem, da ne moremo zgolj z obrambnimi merami prepre-
čiti vsake okužbe. Kajti praktično izkustvo uči, da je okuženega n. p. v vele-
mestih vseh 100% prebivalstva. Od vseh okužencev pa oboli le neznaten
odstotek. *K borbi proti jetiki spada torej preprečenje predvsem one okužbe,
ki bi mogla izзвati resnično obolenje. To pa se da doseči, ako se stremi
po čimprejšnji izsleditvi jetične okužbe, odnosno obolenja.*

Pri pobijanju tuberkuloze v otroški dobi pa je treba še upoštevati, da
so se v zadnji dobi bistveno izpremenili nazori o zgodnjih znakih tuber-
kulognega obolenja. Svoje dni je prevladovalo mnenje, da tiči primarno
obolenje otrok v žlezah pljučnih lin. Danes pa se vobče trdi, da kužno
ležišče ni v žlezah, marveč neposredno v pljučnem tkivu. To moderno
naziranje pa le otežkočuje, nikakor pa ne olajšuje diagnostike jetike. Razen
tega nas uči praktično izkustvo, da je morala jetika že znatno napredovali,
ako se zglazi v zdrazniški ordinaciji bolnik radi kašla, izmečka, nočnega
potenza, vročine, padca telesne teže itd. V interesu borbe proti jetiki je, da
se izsledi jetična afekcija mnogo prej, t. j. še preden išče bolnik zdravnika
zaradi nastalih težav. K diagnostiki tuberkuloze se morajo pritegniti prav
vsi poznani pripomočki.

V šolsko zdravstveno zaščito se mora zajeti prav vsa šolska mladina,
in sicer tako zdrava kakor tudi bolna. Šolsko skrbstvo mora izslediti tudi
vse kvarnosti, ki so jim izpostavljeni otroci, in jih tudi odstraniti. Brezpo-
gojno se mora čuvati mladino pred nadaljnimi oškodbami zdravja in jo
krepliti ter vzgajati k zdravju. Šolska zdravstvena zaščita sloni torej na
zdravstvenem preiskovanju in na zdravstvenem nadziranju otrok. Pri tem pa
mora kar najučinkoviteje podpirati zdravnika učitelj, ki naj nemudoma pred-
stavi zdravniku učenca, ki se mu zdi sumljiv na jetiko.

Pri naših razmerah nam morajo kot šolski zdravniki pomagači bano-vinski zdravniki. Razen njih pa specializirani šolski zdravniki, katerih pa imamo le malo, in eventualno še sreski zdravniki; ob izvestnih pogojih tudi skrbstveni zdravniki dečjih in protituberkuloznih dispanserjev.

S tem sem dovolj obširno obrazložil vse smernice šole in šolskega zdravničkega začiranja jetike med šolsko mladino. Poslednjemu pripadajo naslednje specijalne naloge :

a) *Sodelovanje pri čim bolj zgodnji izsleditvi početne jetike in kužnih primerov!* To se najlažje doseže s sistematičnimi vrstnimi preiskavami učencev, ki se raztezajo na telesno in duševno usposobljenost učenca in na zdravstveno stanje njegovih notranjih organov in čutil. Specialno preiskavo pljuč ižvrši šolski zdravnik sam, zlasti ako je specialist za tuberkulozo, ali pa ga predstavi protituberkuloznemu dispanzerju, odnosno šefu internega oddelka splošnih bolnic.

Učence vseh šol in razredov je treba vsako leto vsaj enkrat vrstno preiskati. Brezpogojno pa učence osnovnih šol ob vstopu in izstopu iz šole in v četrtem ali petem šolskem letu. V poklicnih šolah se mora preiskati vsaj vsak drugi letnik ; v višjih šolah pa učenci prvega, petega in osmega razreda. V ugodnih prilikah naj se po možnosti preiščejo še učenci ostalih razredov. V poslednjem primeru vidi zdravnik vse učence vsaj enkrat na leto.

Poleg teh preiskovalnih ur mora šolski zdravnik imeti v šoli vsakih štirinajst dni, in sicer med učnim časom tako zvane šolske posvetovalne ure, ki so namenjene preiskavi otrok, katere privedejo starši, dalje učencev, katere želi zdravniku predstaviti učitelj in slednjič preiskavi takozvanih „pod nadzorstvo spadajočih otrok“. To so učenci, ki so potrebni trajnega zdravniškega nadzorstva in se morajo v določenih presledkih preiskovali, bodisi ker so telesno slabotni, ali imajo kako telesno hibo ali pa bolehajo na kaki kronični bolezni.

Za dosego tega smotra mora šolski zdravnik sodelovati s tuberkuloznimi dispanzerji, z vsemi ustanovami, ki so namenjene skrbstvu in oskrbi otrok, z državnimi in samoupravnimi zdravniki, z uradi za človeško blaginjo, z bolnicami in drugimi zdravstvenimi uradi, s socialno-humanitarnimi društvami itd. Po potrebi naznanjajetične croke primernim ustanovam in napravam. Te pa njemu vsakegajetičnega učenca, odnosno učenca iz zakuženega okoliša.

b) *Sodelovanje pri pravočasnem zdravljenju.* Za šolskega zdravnika velja v tem pogledu smernica, da ne potrebujejo skrbstvenih ukrepov učenci, ki so sicer okuženi, pa se telesno počutijo zdrave in niso ogroženi po možnosti zakuženja v rodbini. Tuberkuloznim učencem s plošno telesno šibkostjo, pa brez dojetnihjetičnih znakov dajmo pri „okrepčevalnem“ skrbstvu prednost pred drugimi. Taki otroci spadajo v ferialne kolonije, gozdne šole, v plavalne in gimnastične ure, v razna okrepčevališča itd. Tudi se morajo v prvi vrsti upoštevati pri „prehranjevalnem“ skrbstvu. Kajti ti otroci

niso potrebni samo vestnega zdravniškega nadzorstva in socijalno-higijenskega recepta, marveč tudi krepčilnih pripomočkov. Učenci z *inaktivno-jetiko* spadajo pod stalno zdravniško nadzorstvo. Učenci z dokazano *aktivno-tuberkulozo* pa se morajo izključiti od šolskega pouka in se jim mora nuditi vsa pomoč za zdravljenje, po možnosti v ustreznih zdravstvenih zavodih.

c) *Sodelovanje pri zatiranju kužnih možnosti.* Naloga šolskega zdravnika je organizirati v šoli borbo proti jetiki in pritegniti k sodelovanju tudi starše, učiteljstvo, šolske sluge in šolsko upravo. Zdravnik poučuje mladino ne le o jetiki, marveč vobče o higijeni in jo navaja k higijenskemu življenu. Šolski zdravnik nadzoruje tudi higijeno šolskega poslopja in njegovih postranskih naprav.

V tako zvanih *posvetovalnih urah* za starše daje zdravnik staršem nasvete glede oskrbe in negejetičnih in pojetki ogroženih otrok. Ob takih prilikah jim predava o prenosnih možnostih in nevarnosti jetike za posameznika in za splošnost, o zaščiti pred prenosom kali in pred okužbo z njo in o zdravljenju ter ozdravljivosti jetike.

Šolski zdravnik prisostvuje učiteljskim konferencam in je član zavodnih zdravstvenih odsekov, katerih člani so razen njega tudi učitelji in šolski upravitelji. Slednjič je član šolskega odbora. Na ta način se ustvarijo zdrave in prepotrebne zveze med učiteljem in zdravnikom, med pedagogiko in higijeno in končno tudi za sporazumno ureditev raznih perečih vprašanj šolske uprave in šolske tehnike.

č) *Sodelovanje pri zaščitni borbi proti jetiki v šoli.* Posebne zdravniške oskrbe so potrebni učenci s šibko telesno konstitucijo. Med njimi pa predvsem učenci prvih razredov, ki ob vstopu v šoloobvezno starost telesnoše niso dovolj zreli za napore šole, in učenci, ki po dovršenem šolanju še niso toliko razviti, da bi bili usposobljeni za kakšen praktični poklic. Učenci obeh skupin so neobhodno potrebni zdravniškega nadzorstva, odnosno-poklicnega posvetovanja. Kajti ti učenci izhajajo večidel iz jetičnega okoliša ali iz tuberkulozno obremenjene rodbine in so zaradi šibkega zdravja nagnjeni k tuberkulozi. Ti otroci naj bodo v prvi vrsti deležni okrepčevalnega, odnosno poklicno-posvetovalnega skrbstva.

Šolski zdravnik naj posveti posebno pozornost raznim anomalijam telesne drže, ker morejo okrnjevati normalni razvoj pljuč in srca. Praktično jih delimo v štiri skupine. V prvo spadajo otroci, na katere postane učitelj ali zdravnik pozoren zaradi nepravilne sede. Ta stopnja hibe je še brez anatomskev izpreamemb na okostju. K drugi skupini štejemo otroke, katerih držna anomalija je še neznačna in se da lahko odstraniti. Otroci tretje skupine imajo izrazito skrivljeno hrbitenjačo vstran in navspred. Otroci poslednje skupine pa nudijo težko okvarjeno hrbitenico. Razne nepravilnosti v drži telesa se dajo odpraviti s primernimi telesnimi vajami in s krepčanjem organizma.

Pri izsleditvi in ugotovitvi jetične okužbe in jetičnega obolenja so izredne važnosti *osebna zdravstvena predzgodovina* zlasti pa točni rod-binski podatki. Da se vse zahtevane beležke zberejo, so v šolah nujno potrebne tako zvane *roditeljske pole*, ki se izroče staršem, da jih izpolnijo. Pri popisu naj se posveča vsa pažnja zlasti podatkom o tuberkulozi. Iz njih razvidita učitelj in zdvavnik, ali je otrok po jetiki ogrožen ali pa za njо dedno obremenjen. S temi polami in s pomočjo posebnih šolskih skrbstvenih sester se more izslediti do 100% teh otrok. Točna predzgodovina pa zasluži polno zdravnikovo pozornost tudi zaradi tega, ker je pri ugotovitvi morebitne jetike navezan le na pretrkanje in preslušanje prsnega koša. Ta dva preiskovalna načina pa sta v splošnem preveč povrhna, da bi omogočila vsesransko točno razpoznavo prvih finih znakov jetičnega obolenja.

Z raznih strani se predлага, naj bi se pri vseh učencih ali pa vsaj pri sumljivih in po jetiki ogroženih sistematski izvedla tuberkulinova kožna reakcija. Ob presoji tega predloga se mora v prvi vrsti uvaževati dejstvo, da je uporaben le negativni izpad reakcije, ker priča, da trenutno nimamo opravka s tuberkulozo. Upoštevati pa je treba tudi, da je za izvedbo reakcije potreben pristanek staršev, in da morda presega tako prizadevanje pristojnost šolskega zdravnika. Za praktično življenje obveljav nasvet, da se pritegnejo vsi razpoznavači pripomočki prej nego se uporabi *Pirquetova* reakcija. Kajti tudi na ta način dosežemo zadovoljive uspehe in se duhovi ne razburajo po nepotrebni. Vse učence s pozitivno reakcijo, ako so sumni na jetiko, ogroženi po njej ali skrofulozni, naj vzame nemudoma zdravnik pod zaščitno skrbstvo, da jih obvaruje pred zdravstvenim propadanjem.

Take so v kratkih besedah naloge šolskega zdravnika pri pobijanju tuberkuloze v šoli! Kakor je razvidno, sem postavil na čelo vseh nalog vrstne preiskave vseh učencev začetnikov. Vse slabotne in za šolo nesposobne otroke je treba odkloniti. Vsak nanovo vstopivši učenec dobi svojo *zdravstveno polo, odnosno zdravstveno zapisnico*, ki ga spremlja do izstopa iz šole. Vanjo se vpišejo vsa opazovanja in izvidi o zdravstvenem stanju učenca v šolski dobi. Otrokom s telesno hibo, n. pr. s slabim vidom, naglušnostjo, kilavostjo, gobavostjo itd. odkaže zdravnik v šoli primerno mesto in jih oprosti pouka v določenih predmetih, n. p. telovadbe, petja itd., torej predmetov, ki bi učencu utegnili okvarjati zdravje. Učenci, potrebeni zdravniške oskrbe, se naznanijo staršem, eventualno se predajo tudi pristojnim šolskim poliklinikam, zobnim ambulatorijem itd. Specialni šolski zdravnik naj ne zdravi otrok! Vendar se to staro geslo ne da vselej izvajati v današnji dobi, ki zahteva prav glede pobijanju tuberkuloze v šoli nova pota.

Ob končnem izstopu iz šole sestavi šolski zdravnik (skupno z učitevjem) *dokončno sodbo o duševnem in telesnem razvoju otroka* v teku šolske dobe. Na podstavi te presoje se nudi učencu primeren nasvet glede njegove poklicne usposobljenosti. Istočasno naj prejme učenec tudi *pismen poklicni vodič*.

Pri pobijanju tuberkuloze v šoli je torej velevažen činitelj šolski zdravnik, čigar uspehi se stopnjujejo, ako ga podpira spretna šolska skrbstvena sestra. Ta prisotjuje zdravnškim posvetovalnim uram in podpira zdravnika pri delu. Sestra posreduje med šolo in rodbino in podvzame vse, da s svojim osebnim vplivom doseže potrebne ukrepe za učenčovo zdravje, kjer so ostali zdravniki nasveti brez odmeva. Ona posreduje tudi med šolo in zdravnikom in okrajnimi mladinskimi uradi in vsemi oblastnimi in zasebnimi napravami, kolikor se njih udejstvovanje razteza tudi na mladinsko skrbstvo. Šolski zdravnik, učitelj in sestra pa potrebujejo kot oporniki šolskega skrbstva tudi sodelovanje staršev in krepko podporo javnosti.

Omenjeno bodi, da skrbe po členu 110. zakona o osnovnih šolah za zdravje učencev in učiteljev a) šolske poliklinike in b) šolski zdravniki. V krajih, kjer poseča šolo nad 400 učencev, je ustavoviti polikliniko s kopališčico. Za 200 učencev se smejo nastavljati specijalni šolski zdravniki, in sicer le oni, ki so delali najmanj tri mesece na šolskih poliklinikah ter posečali tečaje za socijalno medicino in šolsko higijeno, trajajoče tudi tri mesece. Predpis tega člena je dober. Žal pa se ne izvaja povsod in tudi ne v polnem obsegu, ker nedostaje ali primernih sredstev ali potrebnega razumevanja za praktično vrednost takih naprav.

Določilo člena 110. navedenega zakona bi moralno zahtevali od vsakega šolskega zdravnika tudi temeljito klinično in skrbstveno izobrazbo o tuberkulozi. Tako izobrazbo je treba od njega brezpogojno zahtevati, ker je v borbi proti jetiki med šolsko mladino *glavni pionir* in spada v njegovo poslovno področje čim bolj zgodnja izsleditevjetičnega učenca in čim prejšnja izločitev kužnega vira iz šole.

Dalje določa člen 107. zakona o narodnih šolah (Službene novine št. 289/CXIX, z dne 9. XII. 1929), da se mora vsak učitelj in vsak učenec dvakrat na leto v presledkih šestih mesecev zdravniško pregledati. Pregled je brezplačen in ga vrše poliklinike ali sreski zdravstveni referenti, odnosno banovinski in mestni zdravniki.

Ta predpis je zelo umesten. Vendar bi se v praktičnem življenju moral tudi povsod in točno izvajati. Žal pa se zdravniški pregled po večini omejuje le na vsakoletni pregled učencev prvega in četrtega razreda, kar je seveda premalo za strnjeno zdravstveno zaščito učencev. Razen tega se je batiti, da bi v praksi tako pogostna preiskava učiteljstva utegnila zadeti na velike težkoče in bi se moralno računati z raznimi oblikami disimulacije s te strani.

Nedostatek tega člena pa je končno tudi v tem, da se njegovo obvezno določilo ne razteza še na šolske sluge, prodajalce živil v šoli in na svojce, stanujoče v šolskem poslopu v skupnem gospodinjstvu z učiteljem ali s pomožnim osobjem.

2. Skrbstvo in oskrbajetičnega učenca, učitelja in šolskega pomožnega osebja

a) Učenec

Praktično izkustvo uči nepobitno, da je jetičen človek večidel izvor in prenašalec jetike. Zategadelj se mora nanašati zaščita proti jetiki predvsem na odstranitev nevarnosti, ki jo pomeni jetičnik za zdravo okolico. Izmed vseh oblik jetike je za okolico najnevarnejša tuberkuloza pljuč in grgovca, ker je izmed vseh oblik jetike najbolj razširjena, razen tega pa more izločati s pljunkom neverjetne množine bacilov. Po *Flüggeju* utegne vsebovali en sam gram kužnega pljunka do 50 milijonov kali; kužen, težji slinast mehurček iz ust in pljuč pa do 3 milijone. Količina pljunka se ravna po obliku in starosti jetičnega procesa in lahko doseže na dan $\frac{1}{8}$ litra in še več! Osebe s tuberkulozo možganov, raznih mren in prevlak, dalje z *zaprto* tuberkulozo sklepov, kosti, žlez in celo pljuč za okolico niso nevarne!

Navedena dejstva usmerjajo vse poti, ki so potrebne za smotrno in uspešno pobijanje tuberkuloze v šoli. Glavni namen te borbe mora biti:

1. *izslediti vse odprte jetičnike, ki stanujejo v šolskem poslopju ali imajo drugače opravoka v njem;*
2. *odvzeti jim nevarnost za okolico;*
3. *nuditi jim zdravstveno pomoč;*
4. *zaščititi zdravo okolicu pred okužbo;*
5. *okužene pred izbruhom jetike.*

Osebe, na katere se nanašajo te zahteve, so učenci, učitelji in šolsko pomožno osebje. K njim pa moramo prištetiti še prodajalce živil v šolah in nič manj tudi svojce učiteljev in pomožnega osebja, ako stanujejo v šolskem poslopju, in sicer z njimi v skupnem gospodinjstvu. Ta zahteva pa se mora delno raztezati tudi na vse osebe, ki sprejemajo otroke na stanovanje in hrano, odnosno se bavijo z oskrbo otrok na drugi način. Svojci v šoli stanujočih oseb se morajo zaradi tega pritegniti, ker z odprtto jetiko kolikor toliko pomenijo nevarnost za šolsko mladino, n. pr. s tem, da se poslužujejo šolskega dvorišča in ga utegnejo onesnažili s kužnimi pljunki, da se njihov nerazkuženi pljunek meče na šolsko smetišče in da morejo njihovi svojci, uslužbeni v šoli, prenašati nevarno kal v učilnice s čevljji, obleko itd.

Po današnjih pravilih borbe proti tuberkulozi zgoraj naštete osebe, in sicer brez najmanjše izjeme brezpogojno toliko časa ne spadajo v šolska poslopja, kolikor časa hirajo za odprto jetiko. To osnovno pravilo mora upoštevati vsaka smotrna šolska zakonodaja, ako ji je na tem, da se zatré tuberkuloza v šoli. Jetični učenci se izslede pri vrstnih zdravniških preiskavah, v posvetovalnih urah za starše in ob posetih skrbstvenih sester na domu učencev. K izsleditvi pripomorejo tudi bolnice, tuberkulozni in dečji dispnazerji itd. Šolske oblast pa mora imeti zakonsko podlogo, da sme odrejati preiskavo, odnosno zahtevati zdravniško preiskavo vsake v šoli zaposlene osebe in tudi učencev, ki se ji združljivi na jetiko. Odprtega jetičnika

je treba brezpogojno odstraniti od šolskega pouka in glede njega je treba uveljali zakonito prijavo in obvezno razkužbo zakuženega stanovanja ob njegovi smrti, pa tudi ob izselitvi, ako so v njegovi rodbini še drugi otroci.

Starše, pristojno šolsko in zdravstveno oblast in krajevne skrbstvene naprave (dispanzerje) je treba nemudoma obvestiti o izključitvijetičnega učenca. Vendar je skoraj za vsakega učenca izključitev iz šole vprav usoden ukrep in zahteva glede njegove nadaljnje izobrazbe primernih korakov. Starši popolnoma upravičeno zahtevajo za svojega bolnega otroka, da se mu nudi ne le nadaljnji običajni, marveč celo razširjeni in izpopolnjeni pouk. Kajti ti otroci so še prav posebno potrebni takega pouka, da se jim zviša pridobitnost in pripomore do boljšega in lažjega kruha. Brez primerenega nadaljevanja v šolski izobrazbi je mladostni jetičnik prisiljen, da se posveti najnižjemu in umazanemu delu in more v najboljšem primeru doseči stopnjo običajnega ročnega delavca, ki živi od rok do ust in zaradi pomanjkanja prav hitro zapade siromaštvi in hitremu razsulu zdravlja. Posledica je, da pade tak mladostni delavec prav zgodaj v breme splošnosti. Brezdelje med bolovanjem pa je nevarno za mladostni organizem tudi zategadelj, ker more biti zgodnji temelj za razvoj postopaštva in delomržnje, kar roditi prej ali slej godnost za prisilno delavnico in za konflikte s kazenskim zakonom.

Na tem, da se omogoči nadaljnje šolanje odprtihjetičnih učencev, sloni velik del borbe protijetiki v šoli. Kajti naravno morajo biti starši proti temu, da se taki učenci kratkomalo izločijo iz šole in se izolirajo v zdraviliščih ali puste v domačem krogu, ne da bi se jim istočasno nudila možnost za popolno izšolanje in s tem vsaj delne, ako že ne popolne pridobitnosti in delazmožnosti. Po današnjih izkustvih je treba takim učencem vsekakor omogočiti in jim tudi dejanski nuditi polnovreden šolski pouk, seveda le ob zdravniškem nadzorstvu. Zdravnik prilikuje pouk in ga po individualnosti varovanca omejuje ali pa razširja.

Po navedenih razlogih je za tuberkulozno skrbstvo največjega pomena vprašanje, kaj naj se ukrene za otroke z odprtojetiko in kam z njimi, da se ispolnijo osnovne zahteve praktičnegaživljenja, prav tako pa očuvajo tudi interesi javnosti. Za usodo teh otrok je najbolj preskrbljeno, ako se oddajo v primerne zdravstvene zavode, katerih ustroj jim daje možnost nadaljnje šolske izobrazbe. Ta zahteva se da tem lažje izpolniti, ker ostanejo otroci v oskrbi zavoda daljšo dobo, po $\frac{1}{2}$ leta in še več. S tem pa je postavljeno na dnevni red vprašanje takih zavodov.

Na ta preprost način je možno vprašanje oskrbe teh otrok prav hitro in zadovoljivo rešiti. Vendar zadeva ni tako lahka, kakor bi se na prvi mah morda dozdevalo. Kajti ni je države na svetu, ki bi imela v tem pogledu na razpolago zadosno število takih zavodov. Zaradi nedostajanja takih zdravilišč mora pretežna večina odprtihjetičnih učencev ostati v domači oskrbi. V imovilih rodbinah je za učenca prav hitro poskrbljeno, ako mu najamejo domačega učitelja. Nerešena pa ostane situacija za otroke iz siromašnih rodbin. Zanje se lahko poskrbi naslednje načine:

1. v večjih krogih

z ustanovitvijo posebnih razredov, kjer uživajo popoln pouk, seveda ločeno od zdravih učencev, 2. z oddajo v gozdne šole s polnodnevnim obratom, kjer se oskrbujejo ločeno od zdravih otrok, 3. s tem, da se kratkomalo pripuste k rednemu pouku javnih šol, vendar pa opremijo z žepnimi pljuvalniki in z drugimi zaščitnimi napravami, in slednič 4. s tem, da jih nadzira v rodbini skrbstvena sestra in da se jim nudi vsa zdravstvena pomoč.

V praktičnem udejstvovanju mladinskega skrbstva sta izvedljivi le *prvi dve možnosti*. Četrta zaradi tega ne, ker ne nudi možnosti šolske izobrazbe. Tretja možnost pa praktično nima pravega pomena, ker pri otrocih brez trajnega zdravniškega nadzorstva ne dosežemo pravega namena ne s pljuvalniki ne z drugimi zaščitnimi napravami. Seveda pa bi morala biti pri tem kakor tudi pri prvem načinu odstranjena vsaka nevarnost za okužbo zdravih otrok po bolnih na potu v šolo in iz šole.

Ako ostane učenec v oskrbi lastne rodbine, je treba poskrbeli, da se *ne shaja z zdravimi tovariši*, in to ne le na domu, marveč tudi na javnih igriščih, ob mladinskih predstavah itd. V tem pogledu lahko šola učinkovito sodeluje. Ako obiskujejo mali otroci iz zakuženih rodbin *otroške vrtce*, morajo v zavodu obleči preko dnevne obleke čist plašček, ki se shranjuje v vrtcu. Dolžnost šole je tudi, da posveča prav posebno pozornost higieni otrok iz zakuženih rodbin in jih navaja k telesni negi in čistoti.

Otrok, ki se po ozdravitvi odprte jetike zopet vrne v šolo, mora biti pod posebnim zdravniškim nadzorstvom. Takega učenca je treba preiskati vsaj vsakega pol leta, pri čemer se mora pregledati tudi pljunek najetično kal. Thiele priporoča celo vidno označbo teh otrok nasproti ostalim sošolcem.

Učitelj mora učenca, ki se je povrnil v šolo, takoj predstaviti zdravniku, čim opazi, da bledi, postaja pobit, pokapljuje, je zaspan, nagiblje k sanjarenju, je manj uslužen, se hitro utruja in pouku ne sledi s posebno pozornostjo. Učitelj opozori zdravnika tudi na druge učence, ako opazi na njih podobne znake. Zakonodaja bi morala dati učitelju celo zakonsko podlago za take in enake ukrepe.

Zdravstveno nadzorstvo je neobhodno potrebno ne le nad učenci, ki so pri tujih osebah na stanovanju in hrani, marveč tudi nad rodbinami, ki se ukvarjajo z njihovo oskrbo. Te rodbine se morajo z izpričevalom izkazati vsaj enkrat na leto, da ne boleha nikdo izmed njih in tudi ne od podnajemnikov na odprtii jetiki. V tem pogledu je treba izpopolniti točko 4. čl. 35. zakona o zatiranju jetike, ki se v prvotni obliki glasi: Dokaze, da ne obolujejo za aktivno tuberkulozo, morajo predložiti rodbine, ki sprejemajo v stanovanje in na hrano tuje otroke (dijake). Zadevno izpričevalo izdajajo po čl. 36. zdravniki v javni službi in zdravniki okrožnih uradov za zavarovanje delavcev. Izpričevala se morajo obnoviliti, ako pristojno upravno oblastvo to zahteva.

Prav umesten je tudi čl. 38. navedenega zakona, ki določa, da se morajo otvarjati šole v zdraviliščih in šole v naravi za otroke, ki so nagnjeni k tuberkulozi.

V splošnem ima zakon o zatiranju jetike („Službene novine“ z dne 24. I. 1930, št. 18. [VII.]) dokaj dobrih predpisov. Žal pa je za prakso nepopoln, ker samo predpisuje, ne določa pa, *kdo in kako naj krije s predpisi spojene izdatke*.

b) Učitelj

Lorentz. „Večina tuberkuloznih učiteljev podleže jetiki med službeno dobo. Od smrtnih primerov za tuberkulozo jih je 57%, s pliučno jetiko, 47% vseh smrtnih primerov pa umrje že v teku prvih 5 službenih let.“

Zdravstveno nadzorstvo šolske mladine naj se prične uveljavljati *ob vstopu učenca v prvi razred, učitelja pa ob nastopu poklicnega izobraževanja in ob nastopu službe*. Pred nastopom poklicnega izobraževanja, odnosno poklicne vzgoje naj se z uradnim izpričevalom o zdravstvenem slanju izkažejo vse osebe, ki se hočejo posvetiti učiteljskemu poklicu, i. s. kot učna moč na javnih ali na zasebnih osnovnih šolah, na višjih šolah, dalje na poklicnih in strokovnih zavodih in slednjič tudi v službi v internatih in v podobnih zavodih za vzgojo in odgojo mladine. Z zdravniškim izpričevalom bi se morale torej izkazati vse osebe, ki imajo namen, da se posvetijo poklicem učitelja, tehnične učiteljice, sportnega, telovadnega, plavalnega ali veslaškega učitelja, učitelja za ortopedični pouk, učitelja na gluhonemnicah in na zavodih za slepce, dalje poklicu vzgojiteljice v otroških vrtcih in podobnih vzgojevališčih za mladino in končno poklicu voditelja mladine, predstojnika ferialnih kolonij, dečjih domov, zavetišč, mlečnih kuhenj, šolskih gospodinjskih šol itd. Zdravniško izpričevalo pa bi morale predložiti tudi osebe, ki se hočejo posvetiti poklicu učitelja jezikov, glazbe itd.

Te osebe pa bi se morale tudi neposredno ob nastopu enega izmed navedenih poklicev izkazati ne le z *zdravniškim izpričevalom*, marveč tudi s *potrdilom učnega zavoda*, kjer so se izšolale, kaksnega zdravja so bile med poklicnim šolanjem. K praktičnemu izvajjanju odgojnega in vzgojnega poklica šolske mladine naj se prepuste le osebe z *neoporečno zdravimi pljuči in zdravim srcem, ki niso v nobenem pogledu obremenjene s tuberkulozo*.

Vsakemu učitelju, ki za tuberkulizo oboli v teku poklicnega udejstovanja, je treba nuditi čim več podpore in ugodnosti tako glede zdravstvene pomoči, da se preprečita napredovanje in otvor jetike, kakor tudi glede upokojitve, ki postane aktualna pri hirajočih odprtih učiteljih. Učitelji, ki slabé, postajajo bledokrvni in tožijo o pljučnih težavah, naj se čimprej upotijo k zdravniški preiskavi. V šoli jih je treba razbremeniiti ne le v številu učnih ur, marveč tudi v drugih naporih, ki jih morda ograjo v zdravju. Zato naj se učitelju s početno jetiko nudi tudi vsa možnost za oskrbo v zdraviliščih, bivanje v klimatskih krajih itd.

Čim več razumevanja za svoje stanje bo našel oboleli učitelj, tem bolj se bo znižala nevarnost, da bi prikrival svojo bolezni in da bi se ne podredil zakonskim predpisom. Prav v prikrivanju bolezni po jetičnem učitelju je velika nevarnost za šolsko mladino. Kajti jetika je kronična bolezen,

z večletnim potekom in ako morajetični učitelj računati z izgubo službe, namesto da bi se mu nudila možnost ozdravljenja, je popolnoma razumljivo, če bolj upošteva svoje lastne koristi kakor pa koristi drugih. Žal je res, da *samoohranični egoizem mnogokrat uduši najboljše etično-moralne vzpodbude!*

Po sedanjem stanju socialne in zdravstvene zakonodaje sejetični učitelj upravičeno boji, da bo zaradi bolezni prikrajšan v svojih prejemkih. Posebno na slabem so mladi učitelji, ki v primeru odpusta še nimajo pravice do pokojnine, ker so s tem neizprosno izročeni gospodarskemu in zdravstvenemu propadanju. Razumljivo pa je tudi, ako skušajo učitelji, ki imajo sicer že pravico do pokojnine, vendar pa še nizko število službenih let, z vsemi sredstvi prikriti svoje obolenje, ker si ne žele prerane upokojitve. Kajti prav v času, ko bi za svoje lečenje potrebovali celo izdatnejših gmotnih sredstev, bi jim nizka pokojnina ne zadoščala niti za skromno življenje.

Ker pa mora vsakega državnega uslužbenca ob sprejemu v državno službo preiskati na njegovo duševno in telesno sposobnost posebna uradna komisija, in je torej jasno, da je moral biti učitelj ob sprejemu v državno službo zdrav, pa je obolel za izvrševanja svoje službene dolžnosti, bi se moral za tuberkulozne učitelje, neglede na stalnost ali nestalnost in neglede na število službenih let, določiti pokojninski minimum, ki naj bi znašal do dovršenega 15. službenega leta dve tretjini zadnjih celokupnih prejemkov.

Na ta način so nekatere države, kakor n. p. Danska, tudi dejanski poskrbele za svoje mlade učitelje ter s tem prihranile zajetično kar tako zelo doveztni mladini mnogo gorja, staršem pa odvzele mnogo bridkih skrbi.

V Nemčiji se je rešilo vprašanje oskrbejetičnih učiteljev na ta način, da prejema definitivno nastavljeni učitelj z manj ko 10 leti službe pokojnino, ki je preklicna (n. pr. ob ozdravljenju).

Začasno nastavljeni učitelj pa prejema v primeru tuberkulognega obolenja polne službene prejemke še nadaljnjih 26, odnosno 56 tednov, ako zaprosi zanje in je podpora potreben. Po preteku te dobe se mu s pristankom finančnega ministra lahko dovoli za izvestno dobo tako zvana podpirnina.

Takó začasno kakor tudi definitivno nastavljeni učitelj sta razen tega deležna še raznih ugodnosti pri zdravljenju v zdraviliščih in se jim dovoljujejo tudi podpore za kritje zdravniških stroškov. Za uspešno pobijanje tuberkuloze med učiteljstvom je nujno potrebno, da si *učiteljstvo z namenom samoobrambe in zaščite samo osnuje na vso državo se raztezačočno lastno bolniško blagajno ali pa, da se mu predpiše obligatorni pristop k splošnemu zavarovanju delavcev.*

Vsak odprt jetični učitelj, odnosno vzgojitelj in odgojitelj mladine se mora izločiti od šolskega pouka! V tem pogledu vsebuje že poprej navedeni zakon o zatiranju jetike v čl. 37., 4 zelo umestno določilo, da učitelji in vzgojitelji, ki bolujejo za odprto jetiko ne smejo opravljati učiteljske službe. To določilo pa bi se moral raztezati na vse vrste vzgojiteljev in odgojiteljev mladine in bi jih moral zakon vsaj v glavnem tudi našteti.

Samoumevno je, da bi se moral *vsak odprtjetičnik pri povraťku v šolo izkazati z uradnim izpričevalom, da ne boluje več za tuberkulozo.* Tudi spada vsaka taka oseba pod vestno zdravniško nadzorstvo s preiskavo pljuč v polletnih presledkih. Po potrebi pa sme nadrejena oblast odrediti njen preiskavo, ako nudi znake, sumljive na jetiko. Za odprtega učitelja se mora uvesti obvezna prijava bolezni, kakor tudi določilo, da tak učitelj ne sme stanovati v šolskem poslopu. Tudi ne sme odprtjetičnik živeti v skupnem gospodinjstvu z učiteljem, ki stanejo v šoli.

c) Šolsko pomožno osebje

Glede števila teh oseb in tudi učiteljstva, ki stanejo v šolskem poslopu, mora veljati kot ena izmed glavnih zahtev šolsko-zdravstvene nege in higijene, da se *zniža na najnajnejšo potrebo.* Kajti vsaka rodbina, zlasti z otroki ki ima stanovanje v šoli, ograža v primeru kužne bolezni šolsko mladino, obratno pa ta rodbina, ako se pojavi v šoli kužna bolezen. Na ta način je možno, da član v šolskem poslopu stanejoče okužene rodbine razvname med šolsko mladino epidemijo otrok in obratno, da okužen zunanj učenec prenese okužbo tudi v rodbino, stanejočo v šolskem poslopu.

Za pomožno osebje veljajo glede tuberkuloze isti strogi predpisi, kakor sem jih pravkar navedel tako za učence kakor za učitelje. Tudi *pomožno osebje mora biti zavezano obvezni prijavi kužne tuberkuloze, obvezni razkužbi zakuženega stanovanja ob preselitvi ali ob smrti jetičnika, prepovedi skupnega gospodinjstva z odprtim jetičnikom v šolskem poslopu, zdravniški preiskavi, odrejeni po nadrejeni oblasti, ako nudijo znake sumljive na jetiko.* Člen 107. zakona o osnovnih šolah se mora raztezati ne le na polletno preiskavo učencev in učiteljev, marveč tudi *pomožnega osebja in njihovih svojcev, ako stanejojo z njimi v šolskem poslopu.* Vse te osebe se morajo *odstraniti iz šole, ako obole za odprto jetiko, in se smejo vrniti v službo le, ko se izkažejo z zdravniškim izpričevalom, da niso več kužne.* Pa tudi po vrnitvi v službo jih je treba vsakega pol leta *zdravniško preiskati, da li so zdravi.*

Ob tej priliki naj pripomnim še, da po šolsko-higijenskih zahtevah *ni umestno, ako stanejojo učitelji in pomožno osebje neposredno v šoli.* V tem pogledu bom razpravljal obširneje v poglavju o šolskem poslopu in učilnici v svoji knjigi o tej temi.

č) Prodajalci živil v šoli

V šolskih prostorih naj prodajajo živila le zdrave, moralno neoporečne in po možnosti poklicno izobražene osebe, ki so si sveste velike odgovornosti za snažnost in čistoto dobave, za shranjevanje in za prodajo živil. V večjih šolah naj se odda prodaja živil v zakup, s čimer se prav hitro reši to sicer za šolsko higijeno prav kočljivo vprašanje. Kajti prodajalci živil utegnejo biti prav nevarni prenašalci tuberkuloze. Zato bi se morale tudi te osebe *izkazati vsakega pol leta, da so zdrave in da na njih ni znakov kake kužne bolezni.* Tudi je potrebno sprotno nadzorstvo teh oseb glede čistote in snage, tako kar se tiče telesne nege, kakor tudi perila in obleke ter prodaje živil.

Nehigijensko in vprav slud vzbujajoče otipavanje živil po učencih naj se v šoli na vsak način prepove. To se doseže najlaže s prodajo živil v ograjenem prostoru. Prodaja mesnih jedi naj se v šoli čim bolj omeji in daje prednost prodaji mleka, mlečnih izdelkov in sadja. Mesna jedila naj bodo sveža in naj ne vsebujejo prekomerne množine dišav, ki dražijo prebavila. Tudi naj se prepove v šoli prodaja močno dišečih živil, kakor n. pr. debrecink, ki po poslopu širijo in zapiščajo neprijeten vonj. Glede kruha naj šola polaga vso važnost na to, da se prodaja čim bolj črn kruh. Ponekod se učenci celo poučujejo, kako naj pravilno jedo, odnosno žečijo črni kruh, ki je najboljše sredstvo za ohranitev zobovja.

Še nekaj besed o živežu, ki gih prinašajo učenci s seboj v šolo! Večidel gre za kruh in za sadje, ki prioma v šolo bodisi v umazanem žepu suknjiča ali v šolski torbici, včasih v papirnatem ovoju, še večkrat pa tudi brez tega. Tako spravljanje živeža je skrajno nehigijensko in zdravju nevarno. Šola naj tudi v tem pogledu navaja in nadzoruje mladino. V delovnih urah naj si učenci sami sešijejo majhne vrečice, ali pa naj si iz vrbovja spletejo primerne košarice, odnosno morda škatlice s pokrovom. S povečalno lečo naj učitelj tudi praklično razkazuje učencem golazen in plesen na pokvarjenem živežu.

Razen tega pa naj se šolska mladina navaja k temu, da si vsakokrat pred zauživanjem hrane umije roke. S trejnim higijenskim poukom in nadzorstvom se bo tudi otrok, ki morda z doma ni vajen snage, polagoma priučil onim osnovnim higijenskim pravilom, ki so tako zelo važna za zaščito otrok pred okužbo in ga ohranijo pred marsikatero bolezni!

Zusammenfassung:

Dr. J. MATKO, — MARIBOR. — Schule und Tuberkulose.

Der Hauptkampf gegen die Tuberkulose muss aus verschiedenen Gründen in die Schulzeit und in die Vorschulzeit verlegt werden. Hierzu zwingt vor allem der in Jugoslawien schon beim Schuleintritt hohe und während der Schulzeit sich noch beträchtlich erhöhende Durchsuchungsindex der Kinder. Bis zum vollendeten 14. Lebensjahr beträgt dieser Index, d. h. die Zahl der mit Tuberkulose infizierten Kinder, 80—90% und noch darüber hinaus, während der Durchsuchungsindex der Gesamtbevölkerung Jugoslaviens ca 60—70% betragen dürfte. Weiters belehrt uns die Statistik der Sanatorien Golnik und Brestovac über die verhältnismässig hohe Erkrankungsziffer der Lehrkräfte an Tuberkulose, so wie auch über den Umstand, dass die Lehrer durchwegs aus dem Berufe direkt ins Sanatorium kommen und nach dem Verlassen der Anstalt ebenfalls sogleich in die Schule zurückkehren.

Die Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule ist entweder eine direkte oder indirekte. Unter die erstere sind zu zählen: der Schularzt (Reihenuntersuchungen der Schüler, Ausschaltung der Tuberkulosen, Schulberatungsstunden für Erkrankte, Gefährdete und deren Eltern etc.), die Schulfürsorgeschwester (Fürsorge und Betreuung der tuberkulösen Schüler, Lehrer und Schuldienner, so wie auch deren Angehörige, sobald sie mit den letzteren im gemeinsamen Haushalte leben und im Schulgebäude wohnen etc.). Im Falle der Erkrankung einer Lehrperson an offener Tuberkulose muss für deren Versetzung in den Ruhestand mit Zubilligung des entsprechenden Gehaltes Sorge getragen werden, um dem Verschweigen der Krankheit aus Angst vor Mangel und Not vorzubeugen. Lehrer, Schüler, Schuldienner und deren Angehörige, Lebensmit-

telvcrkäufer in der Schule müssen unter regelmässig ausgeübter ärzlicher Kontrolle stehen. Offenen Fällen muss bedingungslos das Betreten der Schulräume untersagt werden. Erst nach Vorweisung eines ärztlichen Zeugnisses, das die Ansteckung ausschliesst, ist der Schulbesuch von seiten dieser Personen zu gestatten.

Die indirekte Bekämpfung der Tuberkulose geschieht durch die hygienische Aufklärung des Schülers (praktischer Hygieneunterricht in allen Klassen der Volks-, Mittel-, Bürger-, Fach-, Gewerbe- und Handelsschulen, Aufsätze über Themen aus der Hygiene, speziell der Tuberkulose, Erhebung der Hygiene zu einem Haupt- und Prüfungsgegenstand, Einführung einer Note für Reinlichkeit, hygienische Schulung der Lehrer durch Kurse und Vorträge).

Zwecks wahrhafter körperlicher Ertüchtigung der Schuljugend und Hebung ihres Gesundheitszustandes muss die Ausübung des Sports unter ärzliche Aufsicht gestellt werden, um eine systematische Schulung der einzelnen Organsysteme des Körpers durchführen zu können. In den Mittelpunkt der Sport und Turnübungen muss man stellen:

- a) vollkräftige Entwicklung des Brustkorbes in die Breite, Länge und Tiefe,
- b) hygienische Haltung und
- c) zweckentsprechende Atemgymnastik.

Schliesslich sollte jeder Schüler beim Verlassen der Schule einen Gesundheitsausweis mitbekommen mit hygienischen Grundregeln fürs Leben und einer Anleitung für die Wahl des Berufes vom Standpunkte der Hygiene.

Dr. VASA SAVIĆ – TOPOLŠICA.

Tuberkuloza i škola

Vekovi su se izmenjivali, čitavi naraštaji silazili su sa pozornice života, a da se u bitnost odnosa telesnog i duhovnog zdravlja nije zadiralo. Jedna i druga naučna grana, pedagogija i medicina, razvijale su se kroz duge epohe u pravcu svojih vlastitih idealâ, kultivisane su i upravljanje po načelima koja su izgradjivana na terenu ne samo usko zasećenom i mahom na dohvati obradjivanom, nego gotovo hermetično i odvojenom, međusobno i od sušlinskih potreba narodnog organizma. Sa današnjeg uzvišenja jasnih i prodornih saznanja, svi ti periodi velikih i dugih napora liče na beskonačna lutanja. Kao pod uveličavajućem stakлом naziru se žrtve koje su iziskivale teške i duboko usadjene zablude pod čijim okriljem se narodni život gajio, venuo i propadao. I to saznanje o teškim promašanjima većine ranijih stremljenja gotovo je jedini plod koji smo dosad praktično ubrali od sjajnih otkrića i pronicavih saznanja kojima su poslednjih decenija obogaćene obe ove oblasti. Ostale plodonosne tekovine koje se kao varnice nižu od dodira ovih do nedavno razdvojenih oblasti, ne susrećemo još nigde. Našim životom nije još ni prostrujila a kamo li da ih je preobrazila i ozarila energija novih uverenja i osećanje kolektivnosti, koji kao slapovi plamte i osvetljuju puteve ostalim naprednim narodima.

Izlišno je izticati koliko je široko polje na kome se prostiru dva ogromna stabla, dve tako zložene i razgranate oblasti, kao što je škola, dakle vaspitanje pojedinih društvenih redova u najrazličitijim pravcima

duhovnog života, i tuberkuloza, problem biološki, medicinski, socijalno-politički, pedagoški, u svojim prirodnim, dakle vanredno širokim granicama. Dovoljno bi bilo da ispuni cele sate predavanja i zadovolji najbudniju pažnju kada bismo se ograničili samo na sažeto istraživanje veza koje bliže i organski spajaju i dopunjaju ova dva područja da u sve obilje ostalih pojedinosti i ne zalazimo. Nama je, međutim, na razpoloženju kratkih dvadeset minuta, zato čemo sažeto izneti samo neka svoja shvatanja o ovom kompleksu pitanja i obeležiti crtu njihovog rešenja.

Centralni problem odakle polazimo, je: obasjavanje odnosa škole i tuberkuloze, sa vidika suzbijanja ove potonije kao bolesti vaskolikog našeg naroda. Na prvi pogled problem prastar, ali su stare samo oznake, dok su pojmovi i sadržina koje ovi već donekle izbledili nazivi obeležavaju sasvim novi. Nov je način današnjeg shvatanja o tuberkulozi, njenom postanku i kliničkim pojavama, o individualnoj i socijalnoj penetraciji, o sreštivima, metodama i putevima diagnostisanja, predohrane i lečenja, u individualnim i kolektivnim obuhvatljima. Nove su sile koje pod zracima novih istina klijaju u društvenoj sredini, a nova, snažnija i racionalnija su i pretapanja nabujalih snaga u pravcima novostećenih uverenja.

Škola je kao tesnac u koji se neumitno sliva i kroz koji protiče životni hod celog naroda. Izvan vremena školovanja, nema perioda u kojem bi celi naraštaji, godinama, u stavu duhovnog oplodjivanja i u dobu bi loški za to najpodesnjim, bili pod neposrednjim i jačim uticajem kolektivne volje i njenih potreba. Nije na nama da ispitujemo kako je pedagogija iskoristila te izuzetno pogodne momente za dostignuće svojih zadataka. Znamo, i to navodimo tek kao kratak nagoveštaj, da je moderna doba donelo sobom savršen prelom u metodama i ciljevima opšteg vaspitanja. Škola rada i izgradjivanje celog čoveka u saglasnosti sa telesnim svojstvima i umnogome materijalno uslovljenim psihičkim osobenostima, zamenili su ranije rastarele metode, čije su nedostatke savremenii pedagozi jasno i bez okolišavanja istakli. Ali, ako se osvrnemo na medicinu, koja nas u ovaj mah isključivo zanima, na njeno zaleženje u zdravstveni a to će reći sveukupni problem omladine, a posređstvom nje i celog naroda, moramo doći do zaključaka koji su u mnogome nepovoljni. Ne mislimo na retke izuzetke gde je snažnom voljom i ličnom snagom stvoren viši, izuzetan stupanj radnog elana, nego na one prosečne tipove naših škola i na uobičajene načine zdravstvenog staranja, što sačinjava ogromnu većinu i jedino je merodavno za obeležje sveukupnog stanja. Do tih nepovoljnih rezultata čemo doći podvrgnemo li kritičkoj analizi bilo zdravstveno prosvećivanje i vaspitanje, bilo higijensko staranje u školi i izvan nje, sam način lekarskog rada, kao i dijagnostiku i terapiju u njihovom punom opsegu. Nikomu ne prebacujemo, ne tražimo krivca, jer ga i nema, ako stvari ocenjujemo u širem obzoru. Stalo nam je samo do toga da na toj pozadini kreiramo viziju fitologa optimiste, terenskog radnika koji je upoznao razne vidove tuberkuloze u hiljade pojedinih primera, osetio najteže bolove tuberkuloznih i

obradjivao deceniju i više socijalnu i individualnu ftizeoterapiju od interne do operativne krajnosti. Možda će tu našu viziju dezavuisali sadašnjica, ali sutrašnjica svakako neće, i u toj nadi i iznosimo svoje uverenje.

Ni u deset od sto slučajeva nije aktivna tuberkuloza na vreme dijagnostisana, a od sto ljudi kod kojih je ona utvrđena, ni deset njih nije bilo faktično tuberkulozno. To je rezultat jedne ne tako davne ankete u Nemačkoj o preciznosti dijaknostike tuberkuloze u opštoj praksi. Ako mesto ove u medicinskom i zdravstvenom pogledu svakako najnaprednije zemlje uzmememo za primer našu, izadjemo u pojedinačnu ocenu načina na koji se tuberkuloza u nas otkriva, suzbija i leči, ne u privatnoj praksi, kao što je napred bio slučaj, nego u školi, sa hiljade dece na jednog lekara, slika svakako ne može biti bolja i manje istinita. Nije nam mogućno da ovom prilikom iznesemo aktuelna shvatanja o ftizeogenezi sa svim onim spletvovima problema koji to pitanje uokviruju, niti smo u stanju da pred ovim širim krugom izložimo sve ogranke moderne dijagnostike. Potcrtavamo samo da dijagnostisanje aktivne tuberkuloze, pluća i ostalih organa, spada medju najteže medicinske zadatke. Perkusija i auskultacija, pregled ispljuvka, mokraće, krvi i raznih sekrela, kultivisanje sumnjivog materijala, prosvetljavanje i fotografisanje rentgenovim zracima, primena bioloških dijagnostičkih metoda, svestrano ispitivanje epidemiskog terena, budno promatranje i ispitivanje celog telesnog sastava, pojedinih njegovih organa i funkcija preduslovi su pravog dijagnostičkog analizanja, iako svi skupa ne garantuju brz i lak uspeh. Koja od potrebnih dijagnostičkih uredjenja imamo mi danas po našim školama, i od raznih sada spomenutih metoda, koje je u stanju da primeni i iskoristi današnji naš školski lekar? I konačno, koliko malen deo zauzima i najbolja dijagnostika u asanacionom programu samo tuberkuloze!

Brzo će biti iscrpljeno i nabranjanje socijalnih i individualnih terapeutskih mera koja se u školama i kod djaka danas zaista sprovode. Ne držimo suviše mnogo do mera opštег karaktera, jer je pouzdano da fizičko jačanje nije vazda i biološko, a najmanje imunobiološko u podnožju usplamtele tuberkuloze. Iskustvo dokazuje da se poglavito pre i oko puberteta tuberkuloza javlja više kod dece na oko zdrave i krepke. Mislimo, naravno, na početke aktivne tuberkuloze. U plućima: na sekundarne infiltracije, rane infiltrate, rane kaverne, rane i pozne hematogene i limfogene rasape itd. Niko više od nas ne može biti uveren o važnosti socijalnog stanja u preugotovljavanja terena za širenje tuberkuloze, a što se posebno gladovanja i tuberkulizacije tiče, primer Srbije za vreme rata više je no ubedljiv, i mi smo ga detaljno obradili i skrenuli na njega pažnju naših socijalnih higijeničara i javnih radnika. Ali o tome, o kvalitativno i kvantitativno nedovoljno ishrani nije reč nego o neiskorenjivoj lozinki koja se provlači kroz naš medicinski rečnik i naša nastojanja: da je jačanje fizičke snage sportom, gimnastikom, planinarstvom, smučanjem, itd. dovoljna barijera protiv tuberkuloze. Ne. Sve je to korisno i svake potpore vredno dok se tuberkuloza nije

ugnezdila, od tada, a naročito za vreme preokreta u njenoj cikličkoj evoluciji, sunčanje, telesno zamaranje, fizički napor i većeg razmera, kao što je nogomet, smučanje, plivanje, veslanje, turistika, mogu da budu, i često su propagatori bolesti. Puno skauta, sokola, prvaka u nogometu, planinara, rvača, teških atletičara, sa spoljašnjim znacima fizičkog zdravlja kao na antičkim kipovima, lečili smo od teške, ne jedno već obostrane i kavernozne tuberkuloze. Sa tog stanovišta i kod izbora dece kako se ono danas može da vrši ferialne kolonije i odašiljanje na more nemaju ni izdaleka ono povoljno delovanja na decu tuberkulozom već impregnisanu kao što bi to trebalo da nagovešte njihova porumenela lica i suncem opaljena tela. Ftizeolozi znaju da će mesec ili više nakon svečano završenog ferijalnog pira početi da pristižu prvi slučajevi brutalnijeg aktivisanja tuberkuloze. Šta više, pod normalnim prilikama, čak i kod sasvim slabog socijalnog stanja tuberkuloza se rečko kada tako naglo i sa takvom neodoljivošću širi kao u vezi sa sunčanjem na moru, dugim planinskim ekskurzijama itd.

Te mere, prema svemu, ne možemo uzeti ni za dovoljne, ni za potpuno korisne u suzbijanju tuberkuloze, naročito u onim najskromnijim granicama kako se one kod nas danas sprovode. A izvan toga, šta nam još preostaje u nabranjanju naše antituberkulozne akcije kvarc i nekoliko nedovoljno dugo lecene dece po oporavilištima i lečilištima. Od cele socijalne predohrane i terapije možda dva tri obilaženja na domu, nekoliko izolacija, još toliko predavanja i ništa više. To je stvarnost gledana sa stručne perspektive i očitana umerenim tonovima.

Vrlo dugo lečenje i suzbijanje tuberkuloze su predstavljali više socijalno-ekonomski i politički no strogo medicinski zadatak. Ne zato što u načelu ono ne spada u medicinu, nego stoga što medicina taj celi problem nije bila u stanju da obuhvati i reši. Dijagnostika na sasvim slabim osnovama, terapija lakših slučajeva još u povoju a u težim zaraznim slučajevima bezpomoćna, tok bolesti dug, broj bolesnika nepregledno velik, organizacija nikakova, programi u najboljem slučaju kabinetски, bez prisnog dodira sa stvarnošću i biološkom suštinom tuberkuloze. Vapaj bolesnika i prizori svirepog lomljenja ljudskih života prisiljavali su lekare na akciju i traženje izlaza. I on se našao onde gde je u to doba jedino i bio: izolacija tuberkulognog bolesnika kao vrhovni ideal, sprečavanje rasapa bolesti i zaražavanja zdravih na domu, u školi, radionici, uredu, inače pomoći higijenizovanja socijalnih odnosa i podizanja opšteg životnog standarta. Kao predlozi i zamisli više no opravdani, ali kao realni zadaci većinom neostvarljivi. Neostvarljivi psihološki, socijalno, danas, spora nema i materijalno, pogotovo kada naš ekonomski i sveukupni život ide svojim tokom jačim od svih higijenskih razloga i pobuda. Povrh svega, ovi principi, a oni sačinjavaju suštinu ranije t. zv. socijalne ftizeoterapije, nemaju više svoj rang iz vremena kada su zasnovani. Oni danas sačinjavaju bazu, istina neophodnu, ali samo bazu rada čiji su idealni već daleko odmakli. To je razlog da asanacioni

rad u školama, koji je odjek, i to slab i nepravilan odjek toga ranijeg uverenja, mora pretrpeti korenitu reformu u svim delovima.

Vrhovno načelo antiluberkulognog rada mora biti epidemiološko; iznaci i asanirati zarazna vrela tuberkuloze, sprečili da se početni i lakši slučajevi obolenja pretvore u teška i zarazna, a uz to sprovesti sve higijenske mere opšteg karaktera. Taj rad treba da je koncentrisan vazda na suštinu zadatka, da je epidemiološki kategorisan i izvodjen na način, ne razliven i nesprovediv kao ranije, nego prilagodjen ekonomskoj snazi i duhovnim strujama socijalnog života. Naš glavni zadatak i leži u tome da ispitamo kako se ovo može dovesti u sklad sa savremenom ftizeologijom, naročito sa metodikom današnje ftizeoterapije. U mom drugom predavanju o savremenoj terapiji tuberkuloze izneseni su načini i uspesi modernog lečenja, tako da ovde možemo mirno posvetiti svu pažnju pronalaženju puteva da se tekovine novog i velikog doba u ftizeologiji stave u službu radikalne asanacije tuberkuloze kod dece, a posređstvom njih i kod ostalih delova našeg naroda.

O tuberkulozi i njenoj asanaciji ne može biti govora sve dotle dok školski lekari ne budu upoznali sa svim metodama savremene ftizeognostike. Tek tada možemo očekivati da će se dečja tuberkuloza utvrditi svuda gde ona zaista postoji, da će se postavljati dobra kvalitativna dijagnoza i znati koji su od mnogobrojnih oblika bolesti skloni daljnoj evoluciji a koji ne. Bez toga nema asanacije tuberkuloze, jer terenski radnik, čije je delovanje od presudnog značaja danas, nema na raspoloženju potrebnih materijalno-tehničkih i subjektivnih elemenata da bi mogao odrediti, kada i kakve mere lečenja treba poduzeti u svakom pojedinom aktivnom obolenju, što je elementarni preduslov svake prave terapije. Način na koji se to važno pitanje dosada reševalo, potpuno je nedovoljno. Zatezanje očnih kapaka, gledanje jezika, usana, sluzokože, opipavanje žlezda na vratu i pod pazduhom, eventualno merenje težine, visine, prsnog obima, perkutacija i auskultacija, vršeni u buci i u grupama od po dvadesetak i više dece u jedan mah, nisu pravi putevi upoznavanja tuberkuloze, niti se u toj nedovoljnoj dijagnostičkoj svelosti daje uočiti njen faktični lik. I ne samo to. Da se svuda pravilno sprovedu i potrebne biološke reakcije, Pirquet, Mantoux, taloženje krvi, hemogram, vezivanje komplementa, razne t. zv. globulinske reakcije, zatim pregledi sputuma i ispitivanje röntgenovim zracima, samim tim još uvek nije utvrđena prava dijagnoza. Znamo koliko su vredni Röntgen snimci dok se nije dublje prodrlo u ftizeogenezu. Raspre izmedju ftizeologa, röntgenologa i patologe, koje još i danas traju, svedoče bolje od svega da navedeni pregledi moraju biti ne samo tačno izvedeni nego i pravilno analisani i dijagnostički upotrebljeni. Jasno je, prema tome, da za rad na tuberkulozi školskog lekara treba pripremati i uputiti ga u kliničku semiotiku i epidemiološka shvaćanja. I ne samo to, treba mu u jedno dati mogućnosti da svoju spremu s vremenom na vreme dopuni i usavriši, na pravim izvorima i u skladu sa njegovim položajem i obavezama

kao socijalnog radnika i zdravstvenog pionera. Jednom reči svekoliko njihovo staranje o tuberkulozi treba prilagoditi zahtevima savremene antituberkulozne borbe. U prvoj vrsti, oni treba da postanu izvidnice tuberkulizacije u sorazmerno veoma važnom otseku narodnog života. Jer pomoću sistematskih kutanih reakcija, školski lekari su bolje no iko drugi u stanju da dadu preciznu sliku o broju tuberkuloznih vrela, o hronologiji tuberkulozne invazije, a pomoću daljih dijagnostičkih i epidemioloških ispitivanja da pruže najviše podataka o razmaku vremena izmedju infekcije i obolenja, da ispitaju značaj primoinfekcije i njenih pojedinih evolutivnih etapa za razvoj pozniye tercijarne ftize, u našim prilikama i kod našeg naroda. Pojavom novih tuberkulinskih reakcija kod negativne dece, prateći nit njihovog zaražavanja, oni bi ostale terenske radnike mogli prvi da upozore na gotovo sva nova vrela tuberkuloze. Ispitujući, najzad, svaku pojavu zaraze i obolenja mogu upoznati i u njihovom značenju tačno oceniti pojedine endogene i egzogene faktore koji postiću, proširuju i potpaljuju nova i stara, skoro već usahnula, primirena ili pritajena tuberkulozna žarišta. Sem tog velikog udela koji ih čeka u izgradnji naše jugoslovenske ftizeologije, njihov će glavni zadatek biti da otkrivajo sve aktivne zarazne izvore u krilu škole, kod same dece, za koje, iz razloga u čije podrobnou analisanje ne možemo zalaziti, tuberkuloza predstavlja svakako najveću opasnost.

Iako su zadaci sada obeleženi po sebi važni i zamašni, školski lekar se na njima ne može zaustaviti. Predohrana i uža ftizeoterapija jesu dalje polje njegova rada. Odeljivanje zaraznih učenika i nastavnika od zdravih, već po sebi je veliki profilaktički akat. Dalje, kod svake t. zv. sekundarne infiltracije, ranog infiltrata, lekar će moći da ispita uzroke imunobiološkog poremećenja i da u pretežnom broju slučajeva otkrije one radi kojih je organizam počeo da podleže tuberkuloznoj opasnosti. Polovina poznjih obolenja bi se na taj način mogla da predupredi. Dodajte tome još i odmeravanje telesnih i umnih napora prema fizičkoj i duhovnoj snazi svakog pojedinca, staranje o zdravom načinu života u školi i izvan nje, na domu i inače, pa će imati kratko pobrojane one opštne funkcije lekara koje mogu da budu od vanrednog blagotvornog uticaja na zdravstveni standard učenika i na njihov otpor prema tuberkulozi.

Današnja terapija oživila je najsmelije nade ranijih vremena. Tuberkuloza se leči i u kaveroznim, baciloznim slučajevima, i to iz dana u dan sve više, pouzdanije i lakše. Ali, sem lečenja, time se ujedno uklanjaju i masivna vrela zaražavanja i sprovodi predohrana koja je svojom radikalnošću natkrilila životne prepone koje su stajale na putu ranijem asanacionom radu i stvorile ono gotovo opšte uverenje da je borba protiv tuberkuloze više moralna, kolektivna obaveza, nego realno ocenjen i ostvarljiv životni zadatak. Skretanje sa socijalno - higijenskog, neobuhvativog, na ftizeoterapeutski domen predstavlja epohu u celom antituberkuloznom radu. Neposredni ciljevi su jedino tako jasno obeleženi i dostižni, i to, ponovno, ne onim nesigurnim i nepouzdanim putem ranije nemoćne terapije, već

nepromašivim pogadjanjem suštinskog jezgra sveukupnog problema. Više no igde, taj radikalni asanacioni princip ima svoj ogromni značaj u školi gde deca za tuberkulozu naročito prijemljiva u vanrednom bliskom međusobnom dodiru provode duge godine zajedničkog života, posred dubokih previranja koja revolucionarno uplivisu na celo njihovo biće.

Iluzorno bi bilo i govoriti o borbi protiv tuberkuloze u školi ako se školski lekari baš u tim najsudbonosnijim godinama dečjeg života ne bi svom snagom uneli u njeno suzbijanje i neposredno lečenje. Znamo, nama najmanje treba dokazivati, da ostvarenje tog zadatka zavisi i od drugih okolnosti, koje su danas skroz nepovoljne. Ali ovakvi skupovi i imaju zadatak da pretresaju važna i još nerešena pitanja, da stime u vezi stvaraju zaključke na osnovu kojih bi se dosadašnji rad, odblesak ranijih uverenja i saznanja, saobrazio novim tekovinama nauke i epidemioloških ispitivanja.

Ti novi zadaci iziskuju nove radne programe školskih lekara. Staranje o zdravstvenom napretku se neće više dugo moći svoditi na uobičajene pregledе strogo po slovu zakona, već će lekar morati intimno da učestvuje u životu poverene mu dece, da stalno ispituje biološke reakcije, poremećaje i poraze, pronalazi im uzroke i na vreme ih otklanja. A za to mu treba dati vremena mogućnosti, i što spada u delokrug zakonodavca, raznih javnih i privatnih organizacija, celog društva. Nije još sprovedena ni pravilna razdeoba rada izmedju školskih lekara i lekara školskih poliklinika, antituberkuloznih dispanzera i privatnih, izmedju njih i bolnica, lečilišta, oporavilišta i rada ferijalnih kolonija. Nismo još ni pokrenuli pitanje školskih dijagnostičkih i terapeutskih centara pomoću kojih bi se suzbijanje tuberkuloze sve više racionalizovalo i dalje usavršavalо. Nemamo škola, čak ni posebnih odeljenja za tuberkuloznu decu, niti smo se postarali za sudbinu tuberkuloznih učitelja. To su problemi, međutim, od kardinalnog značaja, pa ipak nerešeni, zato ih ovde i stavljamo na diskusiju.

Stvorili mi bilo kakvu odluku i zaključke, od njih će biti koristi tek kada se oni integralno ostvare. Ne treba mnogo uobrazilje da se uvidi koliko je zamašan zadatak koji nas na ovom polju čeka. Ali jedared treba već pronaći odakle bi se ovo dosad nerazrešivo klupče počelo da odmotava. A to može biti samo uverenje da se tuberkuloza doista sa pouzdanošću leči, da je izlečenje bolesnika kao asanacija zaraznih vrela najbolji, siguran i najčovečniji način. Mesto skršene nemoći sa kojom smo do sada tuberkulozu susretali, mora prodreti nepokolebivo verovanje da je njena eradicacija u prvom redu pitanje znanja, volje, odlučnosti i koordinacije rada, i da se pod uslovima za to neophodnim svako dece može otrgnuti iz zagrljaja smrti. A to treba primerima, ne rečma dokazati, jedan razlog više, da se lekarski rad, bar u pogledu tuberkuloze, uputi stručno ispitanim smernicama i koncentriše na epidemiološko-asanaciju oštricu.

U isto vreme, time se sadi seme čiji će plod tek docnije sazreti. Ko nije sam proživeo ovu bolest i nije pratilo tragedije drugih pod njenim terebotom, ne može ni zamisliti usklik zdravstvenog uskrsnuća tuberkuloznih, sub-

jektivno već izgubljenih bića. Sva opisivanja i govor i o važnosti i značaju modernog lečenja bledi su prema realnim doživljajima ovog novog radjanja. Pred uverenjem toliko duboko doživljenim i tako neposredno proisteklim, prepreke i teškoće lome se i iščezavaju. To je svakako moralni kapital od neocenjive vrednosti. Ne zaboravimo, ovde je u pitanju omladina od osnovnih do visokih škola koja treba taj duboki preobražaj lično da proživi. Sutra, to će biti aktivni naraštaji naših javnih radnika, svih kategorija i svih mogućih boja. Asanacijom tuberkuloze po školama ne spasavamo samo zdravlje generacijama koje predstavljaju sutrašnju snagu našeg naroda, nego ih i sve neodoljivo pridobijamo za velike asanacione zadatke koji nas u buduće čekaju, i koji se tako jedino i mogu ostvariti.

Na nama je da ova današnja vizija što pre postane stvarnost.

Zusammenfassung.

Dr. Vasa Savić – Topolšica : Tuberkulose und Schule.

Jahrhundertelang haben sich Medizin und Pädagogik nebeneinander auf streng abgegrenztem Gebiet entwickelt, ohne sich gegenseitig zu befruchten und gemeinsam das Problem der Beziehung von körperlicher und seelischer Gesundheit zu lösen.

Zu den wichtigsten Teilproblemen beider Wissenschaften gehört die Klärung der Beziehungen zwischen Schule und Tuberkulose. Es ist allein vom Gesichtspunkt der Bekämpfung der Tuberkulose als Volksseuche zu lösen. In der Tuberkulosebekämpfung gebührt der Schule zweifellos der erste Platz, geniesst sie doch als einzige staatliche Einrichtung das Vorrecht, Generation um Generation eines Volkes durch lange Jahre zur Verfügung zu haben. Dieser Ausnahmestellung ist sich die Schule bis heute nicht in vollem Masse bewusst geworden, vor allem was die gesundheitliche Erziehung des Volkes anbelangt.

Als Phthiseolog möchte Ref. das Problem von einem durchaus optimistischen Standpunkt beleuchten. Jedenfalls genügt zur Tuberkulosebekämpfung durch die Schule keineswegs die immer wiederkehrende Lösung von der Stählung des Körpers durch Sport und Uebung. Wir haben zuviele Sporler, Skauten usw. an schwerer, offener Tuberkulose behandeln müssen, um an die Wirkung dieser Massnahmen zur Minderung der Zahl der Tuberkuloseerkrankungen zu glauben.

Auch in der Schule muss die Tuberkulosebekämpfung epidemiologisch eingestellt sein. Die Verhinderung der Ansteckung bleibt das anzustrebende Ziel. Eine Assanierung der heutigen, noch sehr schlechten Verhältnisse bleibt aber, abgesehen von allen anderen Schwierigkeiten, undurchführbar, so lange nicht die Schulärzte sich eine ausreichende Kenntnis der Tuberkulosediagnostik angeeignet haben. Ist dies einmal der Fall, dann kann ihre Mithilfe der allgemeinen Tuberkuloseabwehr unschätzbare Dienste erweisen, wobei nur an die Auffindung von Infektionsquellen mittels systematischer Pirquetisierung aller Schulkinder erinnert sei.

Aber nicht nur die Diagnostik allein, auch eine konsequent durchgeföhrte Therapie gehört zu den unbedingt notwendigen Bekämpfungsmassnahmen, denn die Ausschaltung der Infektionsquelle durch Heilung des Offentuberkulösen zählt bestimmt zu den besten prophylaktischen Mitteln. Was den modernen Bekämpfungsmassnahmen der Tuberkulose ihr besonderes, früher noch ungeahntes Gepräge gibt, ist das Bewusstsein der Heilbarkeit dieser schwersten und tragischesten aller Krankheiten.

Šola in tuberkuloza

Vprašanje tuberkuloze, te velike izpodjedalke ljudskega zdravja ne bi bilo pravilno in vsestransko osvobljeno, če ga ne premotrimo tudi v zvezi s šolo, ki je poleg družine prva poklicana, da se bavi s telesnim in duhovnim razvojem človeka že v dobi njegove najnežnejše mladosti. Družina, prva oblikovalka otroka, mora po ustanovjeni volji države, v sedmem letu predati otroka v nadaljnjo duševno in telesno nego šoli. Tako postaja šola soodgovorna ne samo za duševni razvoj, ampak tudi za telesno zdravje človeka, in sicer v tistih dobi, ko se on kot član družbe šele ustvarja, moralno in materialno oblikuje.

Če iz teh vidikov premotrimo delovanje šole v naši najbližji preteklosti moramo ugotoviti s posebnim ozirom na tuberkulozo, da se je v tej smeri pri nas storilo prav malo. Tuberkuloza, ki ji je najprimernejše ognjišče šolska učilnica, kjer se zbira dan za dnem šolska deca k napornemu delu duha, je tu našla kraj in prilike, da se lahko širi in prehaja iz enega obalelega človeškega organizma na drugega. Za to sta tudi med našim ljudstvom prešla v pregovor: tuberkulozni študent in tuberkulozni učitelj.

Statističnega materijala o razširjenju tuberkuloze med šolsko deco in učiteljstvom sicer nimamo na razpolago, ker smo doslej živeli nekako mimo tega vprašanja, vendar lahko z mirno vestjo postavimo trditev, da sta prvenstveno baš šola in življenje šolske družine v njej tisto nevidno ognjišče, iz katerega izhajajo poznejša tuberkulozna obolenja posameznikov. Šolska soba, ponekod res da velika in prostorna, je v mnogih primerih zatlačena s klopmi, da se ne moreš ganili v njej. V klopeh, nizkih in zastarelih, vrsta za vrsto drobnih otroških teles, ki se po širje in stirje, ponekod celo po šest in šest tišče drug drugega. Vse je pomešano vmes, zdravo in nezdravo, krepko in slabotno, odporno in neodporno. Celo dopoldne traja pouk, deca diha in se poti, zrak je že po prvi uri zatohel, okužen in nezdrav. Pet minutno zračenje med odmori ne more temeljito prečistiti z izparinami teles nasičenega vzduha. Bolezenske klice vseh vrst se tu svobodno prenashajo v prostoru, kjer dobe primerna kališča. Ko so ta dobljena, je začetek dolgotrajnega bolezenskega procesa že tu. Tako je bilo pri nas še do nedavna povsod, tako je do neke mere še danes marsikod.

Naša šolska zakonodaja v zvezi s šolsko zdravstveno politiko

Skrb za ljudsko zdravje, kakor tudi za zdravje posameznika, je pa v prvi vrsti zadeva splošnosti. Zato mora biti tudi vprašanje zdravstvene oskrbe šolske dece problem, ki je na njem zainteresovana v prvi vrsti človeška družba sama, oziroma njena organizirana oblika — država.

Tudi naša država je zaščitila v svoji šolski zakonodaji zdravje otroka. Novi zakon o narodnih šolah iz leta 1929 se dotika tega velevažnega vpra-

šanja, sicer samo v temeljnih točkah, prepuščajoč izvedbo organizacije službe za zdravstveno zaščito šolske dece posebnim zakonom in predpisom. Naj na kratko opozorim na one člene tega zakona, ki so v direktnem stiku z ljudskim, odnosno z otroškim zdravjem v šolski dobi.

Zakon o narodnih šolah priznava (čl. 7) dolžnost države, da poskrbi za ljudsko zdravje z organizacijo ljudskih higijenskih tečajev. Čl. 27 istega zakona predpisuje v vpogledu zidanja šol sledeče: „Poslopja narodnih šol morajo biti na primernih in zdravih krajih; biti morajo suha in svetla, ter morajo imeti zadosti prostora za učence“. S tem v neposredni zvezi je tudi čl. 109, ki določa, da se šolsko poslopje ne sme zidati vse dotlej, dokler ni preiskal kraja, kjer naj se šola postavi, zato določen zdravnik-higijenik. S tem predpisom je postavljeni zidanje šol pod kontrolo zdravstvenega strokovnjaka.

A tudi šolska deca sama, oziroma njeno zdravstveno stanje, sta predmet nekaterih določb novega zakona o narodnih šolah. Čl. 60 govorja o izostanku šolske dece iz šole in določa, da ta izostanek more upravičiti med drugim tudi otrokova bolezen. V nadaljnem odstavku istega čl. se povdinja, da začasno ne smejo hoditi v šolo oni otroci, ki so izključeni po higijenskih predpisih zaradi kakšne nalezljive bolezni. Tudi čl. 58 določa, da se po zdravniškem pregledu oproščajo obiskovanja šole otroci, ki so bolni na nalezljivih boleznih.

Prav tako povdinja zakon o narodnih šolah skrb države za zdravje učiteljev in učencev. V členih 107 do 111 je določeno, da se morata dati vsak učitelj in učenec najmanj dvakrat v letu, v presledkih 6 mesecev, brezplačno zdravniško preiskati. Ta pregled izvršujejo šolske poliklinike ali sreski sanitetni referenti. S to določbo se je postavilo življenje otroka in njegovega vzgojitelja pod neposredni stalni zdravniški nadzor. Čl. 108 gre še dalje v svoji preventivni izolaciji obolelega učitelja, saj določa, da v šoli ne more opravljati službe učna oseba, ki boluje na *akutni tuberkulozi* ali na kaki drugi nalezljivi bolezni, ki se lahko prenese na učenca. Čl. 110 določa, da skrbe za zdravje učiteljev in učencev šolske poliklinike in šolski zdravniki. V krajih, kjer obiskuje šolo nad 400 učencev, se ustanovi šolska poliklinika s kopalcico. Za usposobljenje šol. zdravnika določa zakon najmanj dvomesečno prakso v šolski polikliniki.

Za okoliš z nad 2000 učenci se lahko postavijo specijalni šolski zdravniki. Končno naj v zvezi z zakonom o narodnih šolah in težnjo, obavarovati otroka pred prezgodnjim obolenjem, še omenim predpis čl. 11 šolskega zakona, ki je po svojem bistvu vidno socijalnega značaja, a ga moramo tudi smatrati kot velevažno preventivno sredstvo v borbi za ljudsko zdravje. Ta določa, da se učenci narodnih šol ne smejo jemati na dnino in pridobitno delo zaradi zaslужka. S tem je hotel zakonodajalec obavarovati mladino že v njeni najzgodnejši dobi pred vsakršnim izkorisčanjem, ki bi jo utegnilo ovirati v njenem zdravstvenem oziroma fizičnem razvoju.

Osnova organiziranega hotenja države v vprašanju zdravstva na jugoslovenskih šolah sploh, posebej še v naši osnovni šoli, je zadobila poglobaljen izraz v zakonu o zdravstvenem varstvu učencev, ki določa v podrobnostih, kako naj se to varstvo tudi dejansko vrši.

V zakonu o narodnih šolah iz leta 1929 in v zakonu o zdravstvenem varstvu učencev iz leta 1930 je zadobila težnja obvarovanja šoloobiskajoče dece pred slehernim obolenjem zakonito osnovo. Na podlagi teh zakonskih določil bo mogoče prizadevanje šolske zdravstvene politike razširiti na sleherno jugoslovensko vas ter ustvariti na polju ljudskega zdravstva enoten mogočen temelj za lepšo bodočnost našega naroda.

Organizacija zdravstvenega delovanja v jugoslovenski šoli se je postopoma pričela z objavo pravilnika o delokrogu, delovanju in dolžnostih šolskih poliklinik in šolskih zdravnikov.

V zvezi z zakonom o zdravstvenem varstvu učencev je minister socialne politike in narodnega zdravja predpisal tudi poseben *Pravilnik o zdravniških pregledih učiteljev in učencev narodnih in srednjih šol*. S tem je v zvezi tudi *Pravilnik o prvem zdravniškem pregledu otrok za vpis v šolo*, ki ga je predpisalo ministrstvo za socijalno politiko in narodno zdravje v marcu leta 1932.

S tem je v kratki obliki podan pregled, kaj se je v vprašanju šolske zdravstvene politike storilo pri nas na zakonodajnem polju.

Naša šola in sodobne zdravstvene zahteve.

Zakoni, kakor jih beremo v uradnih listih, če niso prenešeni na polje vsakdanjega življenskega dela, ostanejo brez haska za splošnost. To velja tudi v vprašanju zdravstvene zaštite dece. Tuberkuloza, ki je izmed vseh bolezni naše šolske mladine morda najnevarnejša in tudi najpogostejša, je v neposredni zvezi z vprašanjem šolskih ubikacij. V šolskih poslopjih namreč poteka življenje naših otrok vsaj štiri do pet ur dnevno. Kakšna je kvaliteta naših šol v dravski banovini z ozirom na šolsko higijeno, nam kaže statistika.

Pripomniti pa moram, da je navedena statistika številčno nepopolna, ker niso zbrani podatki iz štirih podeželskih srezov (Kamnik, Kočevje, Metlika, Radovljica) in mesta Ljubljane, kar pa v bistvu ugotovitev razmerij ne spremeni.

116.091 šoloobveznih otrok, je porazdeljenih na 2223 učne sobe, tako da odpade na učno sobo približno 53 otroci. Po čl. 14, točka 2 zakona o zdravstvu šolskih otrok, ki določa, da sme imeti učilnica, ki je 9 m dolga, 7 m široka in 4 m visoka največ 50 učencev, bi gorenje povprečno število za vsak razred še nekako ustrezalo. Vendar je še premnogo šol v naši banovini, ki imajo v razredu po 80, 90 in celo več otrok v učilnicah, ki zadoščajo kvečjemu za 50 učencev. Kako je tu z zakonito predvidenim varstvom dece, si lahko mislimo. Šolske sobe, ki jih je, kakor smo že ugotovili 2223, se uporabljajo pri dnevnem pouku na različne, več ali manj

intenzivne načine. Samo po enem razredu dopoldne ali popoldne se uporablja 1450 učilnic. Po dveh razredih dopoldne in popoldne se uporablja dobra tretjina učilnic, to je 750 od celokupnega števila.

Zakoniti predpis določa za vsakega učenca 5 m^3 zračnega prostora v učilnici.

Statistika nam pokaže, da je v naši banovini komaj dobra četrtina šolskih prostorov, ki ustrezajo tem pogojem, namreč od 2223 učnih sob, imajo le 543 učilnicez zadostno kubaturo, 4 m^3 zračne kapacitete za slehernega učenca, kar je že pod zakonitim predpisom, pa ima 466 učilnic. Tako imamo po 5 in 4 m^3 na učenca okroglo 1000 učilnic, ki bi v glavnem ustrezale zakonitim zdravstvenim predpisom. To je v odstotkih nekaj manj nego 50%. V tem odstotku je zapopadeno okroglo 58.000 otrok, ki se gibljejo med šolskim poukom v nekaki minimalni količini zraka, ki je potrebna učencu, da je zadostno zavarovan pred okužitvijo po dihanju v zaprtem prostoru. Vse, kar je pod to mero zračne prostornine je nezadostno in zdravju naše dece škodljivo. Statistika pa nam dalje kaže da je 381 učnih sob, v katere pride na učenca samo 3 m^3 zraka; 125 učnih sob ima zračne količine le 2 m^3 na otroka, ostanek je pa celo pod to mero.

Vsi ti podatki veljajo za učne sobe, kjer je nameščen dnevno le po en razred in sicer za dopoldanski ali popoldanski pouk. Učilnic, ki jih uporabljata skupno dva razreda pri dopoldanskem odnosno pri popoldanskem pouku imamo 750. Od teh, 195 učnih sob, ki dado ob dopoldanskem pouku vsakemu učencu predpisanih 5 m^3 zračnega prostora, pri popoldanski uporabi pa poraste njihovo število na 199. S 4 m^3 prostornine na vsakega učenca pride ob dopoldanskih urah v 206 učilnicah ob popoldanskih pa v 204. Pod to skrajno mero prostornine imamo 185 učnih sob z tremi m^3 zraka ob dopoldanskem pouku in 143 učne prostore, pri popoldanskem pouku. Z 2 m^3 zraka je na razpolago učencem v dopoldanskih urah v 90, popoldne pa v 70 učnih sobah. Pod tem minimumom imamo ob dopoldanskih urah še 19 učnih prostorov ob popoldanskem pouku pa 32 učilnici. V plošnem moramo reči, da imamo ob dopoldanski in popoldanski izrabi učnih prostorov nekako polovico, to je 400 učilnic, ki nudijo učencem zadostno kubaturo.

Nedostatek je tudi preobljudenost posameznih učilnic. Učilnic, ki se dnevno izrabljajo samo po enem razredu in po enkrat na dan, je 715 in kjer se poučuje dnevno nad 50 otrok. To je v nasprotju s členom 2 zakona o zdravstvu šolskih otrok, ki dovoljuje največ do 50 obiskovalcev enega in istega učnega prostora. Učne sobe, kjer se vrši pouk dveh razredov izmenično dopoldne in popoldne je 318, z nad 50 otroci. Tu imamo primer dvojnega prekršenja zakonitih predpisov; 1. Zaradi dvakratne dnevne izrabe učnega prostora in 2. zaradi prekoračenja maksimalnega števila učencev. Razume se, da se ti, po dveh razredih dopoldne in popoldne izrabljeni šolski prostori, vsaj kolikor dopuščajo prilike, prezračijo. Interval med dopoldanskim in popoldanskim poukom traja po krajevnih in časovnih prilikah dve ali eno ura. Včasih pa tudi tega intervala ni, in v tem je osebno ogroženo otroško

zdravje. Statistika pove, da imamo v banovini le 78 učnih sob, ki se v njih vršita dopoldanski in popoldanski pouk dveh različnih razredov z opoldanskim presledkom 2 ur, ki se porabita za temeljito prezračenje prostora. Število pa takoj naraste na 439 učnih sob, ko gre za prezračevalni čas ene same ure med dopoldanskim in popoldanskim poukom. V 380 učnih sobah pa prične popoldanski pouk *takoj*, ko odidejo otroci od dopoldanskega pouka iz učilnice. Pri tem pa je treba pomniti, da je nastanjenih v teh razredih največkrat že prekoračeni maksimum 50, po zakonu o zdravstveni zaščiti dovoljenih otrok.

Od celotnega števila 2223 učilnic je le 1088 učnih prostorov, ki povsem ustrezajo higijenskim določilom zakona. Samo delno ustrezata zdravstvenim predpisom 657 učilnic. Okrog 300 učnih sob pa nikakor ne ustrezata določbam zdravstvenega zakona.

Slika se v ničemer ne spremeni, če vzamemo v poštev še učilnice, ki se nahajajo v privatnih, najetih poslopjih. Od teh — v celoti 110 učnih prostorov, je primernih za šolski pouk in ustrezata zahtevam socialne zdravstvene politike le 47 prostorov; 63 učilnic, tedaj več kot polovica, pa je povsem neprimernih, nezdravih.

Če to razmerje prenesemo *na otroke same*, ne dobimo razveseljive slike. Od celotnega števila 116.091 šoloobiskujočih otrok živi dobra polovica, nekaj čez 57.000 učencev v šolskih sobah, ki povsem ustrezajo določilom šolske zdravstvene politike. Veliko število učencev 34.821 se nahaja 4—5 ur dnevno v učilnicah, ki le delno ustrezajo zdravstvenim predpisom zakona. Vse preveč pa nam ostane še takih (16.000 okroglo vzeto), ki so dan na dan v učilnicah, ki niti v najmanjši meri ne zadoščajo normam zakonite zdravstvene zaščite otroka.

Važni, za zdravstveno politiko soodločujoči faktorji so tudi vodnjaki in stranišča. V banovini imamo samo nekaj nad 600 šol, ki imajo svoje vodnjake, oziroma vodovode. Od teh pa je samo nekaj nad 400 higijensko urejenih. Do 200 šol ima nehigijensko urejene vodnjake. Skoraj 100 šol pa je brez vodnjakov. Na slabem smo tudi glede opreme stranišč, ki so velevažen problem zdravstvene politike. Stranišč, ki so urejena na vodno izplakovovanje imamo komaj 60. Veliko število, 609 šol pa nima stranišč na izplakovovanje.

Dober pospeševatelj utrjevanja zdravja šolske dece je tudi šolsko igrišče. Slika ki je v tem vprašanju pokaže naša statistika, ni razveseljiva. 177 šol ima zadostna igrišča. To je zakonito določenih 4 m² na učenca. Premajhna igrišča ima 230 šol, a 268 šol je brez igrišč.

Vprašanje šolskih kopalnic, oziroma letnih kopališč pa je skoraj povsem nenačeto. Le v 14 šolah so šolske kopalnice. Letnih kopališč za šolarje pa nimamo več kakor 5. Če pomislimo na celotno število 860 šol je to skoraj toliko kot nič!

Pregled šolskih poslopij nam kaže, da imamo 355 suhih in zdravih poslopij, dalje 130 šolskih zgradb starejših, slabih in vlažnih, a okroglo 120

povsem neprimernih za učne namene — iz zdravstvenih razlogov, a se vsled sile razmer vseeno uporabljajo.

Posebno važnost, v zvezi s šolskim poslopjem, pa zadobi vprašanje učiteljevega stanovanja. Učitelj je nekak varuh šolske dece. On je ž njo v enem in istem prostoru, govori ure in ure, diha isti zrak itd. Že samo ta kratka ugotovitev nam pokaže vso važnost vprašanja učiteljevega osebnega zdravlja. Njegovo zdravje pa ni odvisno samo od materialnih prilik v katerih živi, ampak predvsem od stanovanja v katerem se kreta v izvenšolskem času. Za to je tudi država sama hotela poskrbeti zanj s tem, da mu je zagotovila z zakonom pravico do stanovanja v naturi. Pogled na statistiko, nas vprašanje učiteljskih stanovanj pouči takole: Število učiteljev, ki imajo naturalna stanovanja od šolskih občin in sicer zdrava in higijenska je 908. 316 pa je učiteljskih stanovanj, ki so slaba, higijenskim predpisom neodgovarjajoča in neprimerna. V privatnih in primernih stanovanjih stane 1175 učnih oseb. V nezdravih privatnih stanovanjih živi 329 vzgojiteljev naših otrok.

Iste važnosti kakor stanovanje, je tudi učiteljeva prehrana. Od celotnega števila učiteljstva je 2.039 učnih oseb, ki ima v službenem kraju primerno prehrano. Ostanek se mora boriti tudi z jelom, posebno v krajih, ki so že sami po sebi siromašni.

Vprašanje tuberkuloze pri učiteljih ostane še odprtlo že vsled dejstva, ker se letni zdravniški pregledi učiteljskega osobja, predpisani po zakonu o zdravstveni zaščili otrok, v naši banovini še ne izvajajo. Vendar nam statistika, v kolikor zadeva tuberkulozna obolenja učiteljstva, navaja število 96 na dopustu se nahajajočih učnih oseb.

Preidimo sedaj še bežno na otroka samega z ozirom na zdravstveno kvaliteto njegovega stanovanja.

Vseh šoloobiskujučih otrok v banovini, po naši statistiki, ki pa — to povdarjam posebej — ni še popolna, je 116091. Od teh ima 42.472 učencev primerne, zdrave stanovanjske prostore, to ni niti polovica celotnega števila.

V vsaj deloma zdravih stanovanjih stane 38.892 otroka, v nezdravih, preobljudenih stanovanjih pa mora živeti skoraj polovica šolske dece, to je okroglo 60.000 šoloobveznih otrok. To so predvsem vsi delavski otroci v rudarskih revirjih in v raznih delavskih predelih naših mest in industrijskih krajih. Pa bo vmes tudi marsikateri kmečki otrok, ker je znano, da tudi kmečki domovi po vaseh niso higienko urejeni.

Preostalo bi še vprašanje prehrane našega šolskega otroka v splošnem. O tem velevažnem problemu, ki utegne biti za normalen telesni razvoj dece naravnost odločilnega pomena, pa nimamo podakov.

Vendar nam že površen pogled v šolsko sobo pove, da so mnogi otroci slabo hranjeni, posebno v časih današnje krize.

Predlogi za izboljšanje zdravstvenega položaja v naši šoli

Glavni pogoj za izboljšanje zdravstvenega položaja v naših šolah je graditev šolskih poslopij, ki bodo povsem ustrezala zahtevam moderne šolske zdravstvene politike, kakor to podrobno predpisuje zakon o zdravstvenem varstvu učencev. Posebej bi bilo treba opozoriti na absolutno potrebo uvedbe šolskih kuhinj pri sleherni šoli, posebno v bolj siromašnih krajih. Prehrana naše dece je namreč ponekod prav slaba.

Glede učiteljstva in preskrbe stanovanj, bi se moral izvajati v polni meri zakon o narodnih šolah, ki v tem pogledu prav dobro skrbi za učiteljstvo. Z denarjem, ki ga danes občine izdajajo za učiteljske stanarine, bi se amortizirale glavnice, ki so potrebne za zidanje primernih, zdravstvenim predpisom ustrezajočih, učiteljskih stanovanj.

Zaradi preoddaljenosti šolskih otrok od matične šole, do katerih imajo včasih 5 in še več km je potrebno, da se šolski okoliši zmanjšajo.

Važna se mi zdi tudi zahteva, da je treba higijeno vasi dvigniti, da se tako zboljša zdravstveno stanje našega ljudstva s pomočjo države in banovine. Z zboljšanjem ljudskega zdravja bi se znižali stroški za vzdrževanje raznih zavodov za ljudsko zdravljenje.

Za propagando primernih zdravih stanovanj za prebivalstvo bi morala državna oziroma banovinska oblast izdelati vzorne načrte pri prostih, a higieničnih zasebnih stanovanj. Načrti naj bi bili na razpolago občinskim upravam, da jih lahko dado v uporabo za gradnjo občanom. Treba je tudi izboljšati način prehrane našega prebivalstva s tem, da se ustanove, kjer so dane prilike zato, *gospodinjske nadaljevalne šole*; drugod pa, da se prirejajo redno podeželski praktični gospodinjski tečaji. V to svrhu je treba primernih prostorov v šoli in za ta pouk usposobljenih učiteljic. Ko prebivalstvo spozna, da se da z malim stroškom pripraviti iz domačih pridelkov okusna in tečna hrana, bo razumelo pomen ustanavljanja šolskih kuhinj, ter bo radevoljno prispevalo k ustanovitvi oziroma k vzdržavanju te prepotrebne socijalne institucije. Tudi učiteljstvo bo potem po deželi lažje dobilo po primerni ceni tečno in zdravo hrano po privatnih hišah.

S tem se bodo izboljšale tudi higijenske prilike ljudskega stanovanja, ker bodo gospodinje skrbele bolj za red in snago v hiši. Z zadovoljstvom moramo ugotoviti, da kraljevska banska uprava mnogo žrtvuje za gospodinjsko nadaljevalne šole in jih že lepo število obratuje na šolah po kmetih.

Šolske poliklinike in njih delo ter nedostatki istega

Vprašanje kritike delovanja šolskih poliklinik, je po svojem bistvu pravzaprav zadeva zdravniškega stanu samega, ker je ta v prvi vrsti poklican po svojem strokovnem zvanju in znanju, da se bavi z organizacijo ljudske, oziroma šolske zdravstvene službe, odnosno s kritiko dosedanja dela delovanja raznih zdravstvenih institucij, ki služijo šoli oziroma našemu otroku. Vendar mislim, da je tudi učiteljski stan do neke mere upravičen, da iznese svoje poglede na dosedanje delo te šolsko-zdravstvene ustanove, ker ga

to neposredno zadeva v dveh ozirih: 1. kot človeka in drugič kot vzgojitelja, kateremu je izročena mladina.

Šolske poliklinike so se pri nas začele ustanavljati pred par leti, prvenstveno po mestih, a še tukaj ne povsod. Njihovo delovanje je določeno s pravilnikom o delokrogu, delovanju in dolžnostih šolskih poliklinik in šolskih zdravnikov.

Zaradi pregleda naj omenim, da imamo v naši banovini, ki šteje preko 130.000 osnovno šolskih otrok, ne upoštevajoč pri tem meščanskih, srednjih in drugih strokovnih šol, le 11 šolskih poliklinik, in sicer v Ljubljani in v vseh zdravstvenih domovih, ki so v Celju, Mariboru, Tržiču, Lukovici pri Brdu, Cerkljah na Gorenjskem, v Medvodah, Rogatcu, Kranju, Novem mestu in Murski Soboti.

Če pri tem upoštevamo določbo čl. 110 zakona o narodnih šolah, ki predpisuje, da se ustanove šolske poliklinike v vseh krajih, kjer obiskuje šolo nad 400 učencev, potem moramo priznati, da smo z ustanavljanjem zdravstvenih domov šele na začetku. Te institucije bi morale biti nekaka središča za zdravstveno varstveno službo v slehernem večjem podeželskem kraju.

Še slabše pa je poskrbljeno s šolskimi zdravniki, ki jih imamo v vsej banovini samo pet.

Kako važno udejstvovanje je določeno šolskim poliklinikam v šolskem obretnu, sledi iz obsega poslov istih in sicer: pregledovati učitelje in učence; poliklinično pregledovati in zdravili obolele učitelje in učence; skrbeti za zatiranje nalezljivih bolezni po šolah s potrebnim cepljenjem, razkuženji itd; nadzorovati higijeno šolskih prostorov glede razsvetljave, prezračevanja, kurjenja, beljenja, čiščenja stranišč, preskrbovanja z vodo, učili, pohištvtom, posebno pa nadzor šolskih klopi; ločiti učence po posameznih telesnih in duševnih nedostatkih ter jih oddajati v posebne šole na specijalno zdravljenje ali v zdravilišča; skrbeti za šolska kopališča, obednice, počivališča, oddajo slabotnih otrok v kopališča in na morje; skrbeti za pouk iz higijene, ter delati zdravstveno propagando med starši s sestanki in predavanji; preiskovati po potrebi domače razmere učencev, navajati učitelje, starše in skrbnike otrok za potrebne zdravstvene ukrepe.

Kakor vidimo iz naštetege je naloga šolskih poliklinik zelo obsežna. Kako se pa pri nas vse to delo izvaja? Vzemimo pregled učencev odnosno učiteljev? Ko stopi učenec v šolo, ga zdravnik, oziroma šolska poliklinika pregleda. Ta prvi pregled pa navadno ugotovi le v koliko je otrok telesno in duševno sposoben za vstop v šolo. Natancnejše se otrok pregleda šele med šolskim letom, kar je potrebno posebej povdariti. Tako je dana možnost, da živi tuberkulozni otrok par mesecev med svojimi součenci dnevno 4 do 5 ur, jih ogroža v njihovem zdravju, ne da bi kdo preventivno posegel vmes.

Tudi drugi pregled, ki se izvrši sicer temeljitejše, nam ne daje garan-cije, da doseže v polnem svoj namen, kajti na enega banovinskega šolskega zdravnika pride v pregled 1000 do 1200 otrok. Kako naj se ob takem

številu izvrši temeljiti pregled, si je težko predstavljati že vsled dejstva, da vežejo banovinskega zdravnika tudi druge obilne uradne dolžnosti in sedaj tudi pri najboljši volji, vsled pomanjkanja časa, ne more poglobiti v svoje delo, kakor bi bilo potrebno.

Predpisani dvakratni letni pregled učencev in učiteljev se pri nas dosledno ne izvaja, kar bi bilo pa nujno želeli. Prvič bi se s temi pregledi bolezen pri posamezniku takoj ugotovila in predpisale posebne varstvene mere, drugič pa bi se nad ostalimi zdravimi skrbno čuvalo, da se ne ustvarjajo bolezenska ognjišča v šoli, kar ni važno samo zanje, ampak tudi za vso šolsko okolico.

Pri ugotovljenih bolezenskih slučajih ostane važno vprašanje zdravstvene obravnave bolnika. Tu na žalost, v večini primerov naša zdravstvena praksa povsem odpove. Zdravljenje je pri nas do malega še zasebna zadeva obolelega otroka, oziroma njegove ožje okolice, to je družine. Tu pa igrajo odločilno vlogo gospodarske in socijalne razmere posameznika in družine. Danes so te pa takšne, da v večini slučajev, ko gre za udejstvitev zdravniških nasvetov ob ugotovitvi otrokovega obolenja, ostane največkrat vsled pomanjkanja denarnih sredstev le pri nasvetih. Tu bi morala poseči vmes država in banovina s svojo organizatorsko in socijalno močjo. Ustvarjati bi bilo treba pogoje, da bi se vsak v šoli ugotovljen slučaj bolezni obravnaval takoj, pa naj so domače gospodarske prilike učenca take ali drugačne. Dokler ne bomo deležni take prakse, ostanejo vse naše zdravstvene šolske institucije s svojim zdravstvenim delom le na pol pota.

Z ozirom na zatiranje nalezljivih bolezni po šolah, s potrebnim cepljenjem, razkuženji itd. ugotavljam, da se to delo pri nas v obče ne vrši. Pomanjkljivo pa se mi zdi predpisano nadzorovanje higijene šolskih prostorov glede razsvetljave, prezračenja, kurjenja, beljenja, čiščenja stranišč itd. Naša statistika nam je pokazala, da imamo v banovini še preko 300 slučajev, kjer se pouk v razredu vrši nepretrgoma od jutra do večera brez prekinitev, brez prezračenja učilnic.

Z odvozom fekalij iz šolskih stranišč ponekod tudi močno grešijo zoper ljudsko zdravje, odnosno šolsko zdravstveno varstvo. Izpraznjevanje šolskih greznic se vrši na najprimitivnejši način, ter se tako ustvarja možnost prenašanja bolezni.

Precej na boljšem smo glede letnih okrevališč, počitniških kolonij v gorah in na morju. Tu se je precej storilo, kar je v veliki meri zasluga različnih privatnih karitativnih in socijalnih udruženj, ki iz lastnih moči in izdatno pomočjo banovine skrbe izdatno za telesno slabotno in obolelo-deco. Vendar pa bo treba vse to delo smotreno organizirati, ter postaviti na širše temelje, da bo zajelo v resnici vse potrebne otroke.

Tudi skrb za pouk iz higijene in za zdravstveno propagando med starši s prirejanjem sestankov in predavanji po zdravnikih higijenikih bo treba razširiti in poglobiti. Opozorjen človek, ki je kolikor toliko posvečen v dolžnosti zdravstvene zaščite pozameznika, nam postane najboljši porok za izboljšanje ljudskega zdravja, zlasti v boju proti zahrbtni tuberkulozi.

Učitelj v boju zoper tuberkulozo

Pri vprašanju, kako more pomagati učitelj v boju zoper tuberkulozo, se moramo spomniti najprej na njegovo poklicno delo, ki je vzgoja in pouk otroka. S tem je nakazana tudi smer njegovega udejstvovanja v boju zoper tuberkulozo in sicer v dvojnem pravcu: otroka vzgajati, da živi po vseh onih zdravstvenih pravilih, ki ovirajo razširjenje bolezni v človeški družbi, odnosno na otrokovem domu. Poučiti ga o tuberkulozi z ozirom na njeno bistvo in zunanje pojave v kolikor pač more otrok te stvari doumeti. Tudi zakon o narodni šoli predvideva tako učiteljevo delo, ker predpisuje nauk o higijeni in telovadbo po sokolskem sistemu. V teh dveh predmetih bo našel učitelj primerno priliko, da govoriti o tuberkulozi kot ljudski bolezni v splošnem in obenem navaja učence k sistematični gojitvi telesa, kakor mu jo nudi predpisana telovadna tedenska ura. Posebno velik vpliv pa si pridobi učitelj s priejanjem tozadevnih sestankov s starši, kjer se s posebnimi predavanji lahko primerno pouče v vseh onih zdravstvenih ukrepih, ki so potrebni na otrokovem domu, da si ohrani zdravje prej, nego je boleznen tu. Če se na tak sestanek povabi kot strokovnjak tudi šolski zdravnik, bo uspeh še vidnejši in trajnejši. Posebno važnost pri pobijanju tuberkuloze pa zadobi učiteljevo delo takrat, kadar se veže na različne humane ustanove, ki delujejo z svojimi podmladki po naših šolah.

Te ustanove so: 1) Podmladek RK, kraljevine Jugoslavije, 2) Podmladek JS, 3) Sokolstvo in različna humanitarna društva, ki organizirajo vsako leto kolonije in letovanja na deželi in ob morju.

Statistični podatki glede organizacije okrevališč, kolonij in letovanj nam povsem manjkajo. Vendar iz dnevnega opazovanja vemo, da je to pri nas v precejšnjem razvoju. Velik del organiziranega dela pri teh velevažnih socijalnih ustanovah pa moramo šteti v dobro zdravniškemu in učiteljskemu stanu.

Končno naj še omenim, da se je naše učiteljstvo, ki je v šolskem in izvenšolskem delu močno zaposleno, dalo po svoji stanovski organizaciji JUU, tudi v tem pravcu svojemu ljudstvu na razpolago. Pred nedavnim ustanovljeni interni učiteljski klub „Prijateljev vaške kulture“ je prevzel med drugim programatskim delom v zvezi s našim kmečkim domom tudi iniciativno, da pomaga v popolni meri pri zdravstveno propagandnem delu med našim ljudstvom s priejanjem tozadevnih tečajev ob pomoči zdravnikov strokovnjakov. Le z roko v roki z zdravniškim stanom je mogoča racionalna povzdiga higijene na naši vasi in s tem tudi našega kmečkega otroka, ki je bil, je in ostane tudi za naprej živo, nikdar usahlo vrelo narodove moći in zdravja.

Zusammenfassung:

Andrei Skulj — Schule und Tuberkulose.

Referent betont, dass man bei uns dem so wichtigen Problem noch fast gar keine Aufmerksamkeit gewidmet hat. Unsere Schulgesetzgebung sieht zwar verschiedene Massnahmen zum Schutz von Schülern und Lehrern vor. (Vorschriften über allgemeine Schulhygiene, Errichtung von Schulpolykliniken an Schulen mit über 400 Schülern usw.) auch haben wir ein Gesetz über den Gesundheitzzustand für Schüler, doch stehen viele dieser Bestimmungen leider nur auf dem Papier. Auch fehlen uns statistische Daten über Verbreitung der Tuberkulose an den Schulen.

Unerlässlich wird es daher sein, dass die gesetzlichen Bestimmungen sobald als möglich praktisch verwirklicht werden. Auch die hygienischen Bedingungen, die das Leben der Kinder zu Hause bestimmen, sind sehr häufig äußerst unzureichend.

Referent unterzieht hierauf die Schulcliniken einer sachlichen Kritik. Vor allem haben wir viel zu wenig von diesen Anstalten, auch die vorgeschriebenen Untersuchungen werden nicht überall ausgeführt, häufig ist die Untersuchung wegen Zeit-

mangels zu oberflächlich und ist ein Krankheitsfall festgestellt, so ist es häufig der schlechten häuslichen Verhältnisse des Schülers wegen, unmöglich, ihn in entsprechender Weise zu versorgen. Hier müssen Staat, Bannatsverwaltung und Gemeinden eingreifen.

Zum Schluss erwähnt Ref. die ausserordentlich aufopfernde und anstrengende higienische Erziehungsarbeit, die unsere Lehrer ausserhalb der Schule in den verschiedensten Vereinen usw. leisten.

Dr. J. PRODAN — LJUBLJANA

Protituberkulozni dispanzer v službi šolske higijene

Središče celotne protituberkulozne borbe med vsemi kulturnimi narodi sveta je protituberkulozni dispanzer, najsrečnejša zamisel neumrlega Calmetteovega genija.

Protituberkulozni dispanzer je ustanova, ki je namenjena vsemu človeštву, da ga varuje pred boleznijo, ki je najstrahotnejša med vsemi ostatekimi. Posebno poslanstvo izvršuje med tistimi, ki so up in nada vsakega naroda, kateri stremi in hoče, da mu bo bodočnost boljša in sigurnejša. Semkaj spada naša mladina, kateri je v šolski dobi od ljudske šole pa do univerze posvečena vsa skrb in briga, da bi bila duševno in telesno pripravljena, ko bo prevzela efektivno življensko delo in ustvarjala integralni narod.

Tuberkuloza spremlja človeštvo od pamтивeka, a vsakega posameznika od rojstva do groba. Na tej poti se vrši gigantska življenska borba za obstoj z uporabo vsemožne bojne opreme z obeh strani. Žrtve so preneštete in predragocene za človeštvo in za narod, ako so te v dobi njegovega nastajanja in pripravljanja v življenje.

Šolska doba zajema le eno življensko razdobje, toda to razdobje predstavlja najvažnejšo perijodo, ko se diktira usoda narodu. Ako je tuberkuloza ona splošna narodna bolezen, ki brez izjeme ogroža ves narod in mu prizadeva globoke rane, potem je upravičena zahteva, naj bo vsa šolska higijena osnovana v prvi vrsti na principih protituberkulozne borbe. Rezultati vseh sistematičnih preiskav se strinjajo v tem, da je naša šolska mladina v celoti okužena s tuberkuloznim bacilom. To sicer ne pomeni, da je ta mladina v resnici tuberkulozno bolna, pomeni pa, da ji bolezen grozi. Bolezen šolske mladine je ali izključno tuberkulognega ali vsaj v visokem procentu posredno tuberkulognega značaja. Od 1600 ljubljanskih dijakov, preiskanih v protituberkuloznem dispanzerju, je pokazalo 86% pozitivno biološko probo, dočim je rentgen zvišal tuberkulozno okužitev skoro na 100%. Med temi je bilo 23 slučajev z odprto floridno tuberkulozo. Večina od njih je redno obiskovala šolski pouk, nevedoč za svoje resnično bolezensko stanje. Kot početek bolezni so navajali prehlajenje ali eno do dvotedensko influenco. Le težko so sprejeli obvestilo o pravem bolezenskem stanju, o načinu potrebnega zdravljenja, ter o potrebi po opustitvi začasnega šolskega pouka. V nekaterih slučajih je bolezen že v toliko napredovala, da je bilo vsako zdravljenje prepozno, ker se je zamudil pravi čas. Za slučaje, ki so bili potrebni strokovnega zdravljenja, se je isto preskrbelo z od-

dajo v zdravilišče ali bolnico. Od povrnitve iz zdravljenja so bili trajno pod nadzorstvom dispanzerja, ter so v večini slučajev lahko nadaljevali s šolo. Izkazalo se je potrebno upeljati strogo kontrolo tudi nad zboljšanimi in celo ozdravelimi, osobito z ozirom na pozitivni izmeček, ki je pri nekaterih po krajišem ali daljšem času vnovič vseboval tuberkulozne kali. Predno se je dovolilo obiskovanje šole je moralo preteči vsaj 6 mesecev od zadnjega pozitivnega izmečka. Logična nujnost torej zahteva ureditev sistematične borbe proti tuberkulozi, v dobi, ko je mogoče namreč po kataloškem redu zajeti ves naraščaj brez izjeme.

Dispanzer ima nalogu individualno kategorizirati vsakega učenca ali dijaka na vseh šolah z ozirom na tuberkulozo. Žalostno je dejstvo da se še danes prečestokrat dogaja, da bolnik s težko odprto tuberkulozo redno obiskuje šolski pouk, ter nevede najnevarnejše ogroža svoje zdrave kolege in nastavnike. To stanje je mogoče sanirati le potom sistematične dispanzerske preiskave, kateri so podvrženi vsi, ki obligatno zahajajo v šolsko poslopje. Dispanzer, ki stoji na braniku ljudskega zdravja, mora pod vsako ceno preprečiti vsako medšolsko širjenje tuberkuloze in onemogočiti obenem izvenšolskemu viru prestop šolskega praga. V to svrhu dispanzer budno nadzira vse tuberkulozne vire, ki prihajajo v direktni ali indirektni kontakt s šolo in jih skuša brezpogojno sanirati. Pri tem prihaja do izraza neobhodno potrebna kolaboracija šole in doma tudi v dispanzerskem, protiberkuloznem delovanju. Šola postane potem ne samo hram duševne hrane, temveč tudi torišče zdravja za ves narod. Izolirati šolo od doma ali šolsko dispanzersko delovanje od dispanzerskega delovanja na domu, bilo bi neracionalno ravnanje v borbi proti tuberkulozi, ker bi se opustilo izhodno zlo, ki je zasidrano v okuženih domovih. V organizaciji enotnega postopanja mora dobiti mesto šolski protituberkulozni dispanzer, ki zajema celotno šolstvo po principu delitve dela, ne da bi pri tem trpela glavna zahteva socijalne medicine o pobijanju tuberkuloze.

Prehod iz predšolske v šolsko dobo in iz pošolske v poklicno življenje je naravno kontinuiran. Dispanzer vodi otroka od rojstva preko ljudsko-šolske dobe, ko tuberkuloza zahteva najnižje število smrtnih žrtev, v dobo pubertete, to je v nadaljevalne, srednje in druge šole, ko tirja od naše mladine relativno največ žrtev. Namen dispanzerja je, da prebodi šolska mladina to najnevarnejšo dobo brez obulusa tuberkulozi. Borba proti tuberkulozi kulminira, ima svoj višek v dobi pubertete, ki se v glavnem ujema s šolsko dobo. Marsikatera benigna forma tuberkuloze, katero je dispanzer nadziral že od zgodnjih let, se v tej dobi nenadoma poslabša. Naše srednje in visoke šole nosijo pečat t. zv. tuberkulozne eksacerbacije, ko se namreč stara in že ozdravljenja žarišča ponovno reaktivirajo ter ogrožajo njihovo zdravstveno stanje. Tuberkuloza v odrasli dobi je v resnici največkrat le konec ob zibelki zapete melodije.

Poliklinična ureditev osnovnih in srednjih šol in bolniška blagajna za akademike so brez protituberkuloznega dispanzerja zelo pomanjkljive usta-

nove, ker nimajo najracijonelnejše osnove, ki iim nudi in omogoča pravilno poslovanje v svrhu dosege njihovega popotnega smotra.

K zahtevi po taki ureditvi šol spada ustanovitev gozdne šole, preventorija in brezpogojna možnost za hitro oddajo v zdraviliščno zdravljenje. Mnogo je ljudsko-šolskih otrok, katerim dispanzer ne sme dovoliti šolskega pouka skupno z zdravimi součenci v zaprtem prostoru, pač pa bi isti lahko obiskovali šolo, ki je nameščena na svežem zraku v prosti naravi. Gozdna šola najidealnejše zadosti dispanzerju in tudi staršem, ki so ob takih prilikah v velikih skrbeh radi šolskega pouka svojih otrok. Preventorij in trajne kolonije pridejo v poštev pri vseh, ki iz zdravstvenega razloga morajo prekiniti začasno šolski povk, a niso potrebni zdraviliščnega zdravljenja. Šolski mladini, ki spada v zdravilišče, se isto mora omogočiti brez vsakih zadržkov z najhitrejšim postopkom. V našem zdravilišču na Golniku naj se ustanovi šolski oddelek za tuberkulozno dijaštvvo, ker istega še nima, a je nujno potreben z ozirom na veliko število, ki prihaja v poštev.

Ni vseeno, kako se pobrigamo in preskrbimo za našo tuberkulozno in po tuberkulozi ogroženo šolsko mladino. Dispanzer ima nalogu, individualno odločati kako je postopati, da si bo vsak pozamezen osvojil navodila protituberkulozne borbe kot stalne smernice za svoje življenje. Zainteresiran je na celokupni higijeni dijaške dobe. Higijena telesa in oblačil, prehrane, telesnega in duševnega udejstvovanja, kakor tudi higijena šolskega poslopja in privatnega stanovanja, mora imeti viden upliv dispanzerskega poslovanja. Disciplina kašljanja, pljuvanja in govorenja mora postali trajna navada vsakega dijaka. Mnogo se tudi greši, če se brez predhodne stroge opredelitev odpošiljajo skupine šolskih otrok v to ali ono podnebje v svrhu okreplitve zdravstvenega stanja. Končni efekt je mnogokrat negativen in denarna sredstva se brez vsake koristi zapravijo. Vse počitniške kolonije so sestavni del protituberkulozne borbe, ki izkoriščajo naravne dobrine v svrhu okreplitve telesnega zdravja. Kot take spadajo v nadzorstvo dispanzerja, ki bo vedno izbral najugodnejše pogoje za dosego najboljšega uspeha.

Protituberkulozni dispanzer v službi šolske higijene povsod, v šoli in izven nje, nadzira in vodi šolsko mladino, ki naj bo močnejša od tuberkuloznega bacila.

Tuberkuloza je eminentno vprašanje narodne eksistence. Borba proti njej je naloga dispanzerja osobito tedaj, ko se ustvarjajo pogoji za to eksistenco. Kulturni narod ne sme dovoliti tuberkuloznih žrtev šolske mladine, ker je njegova kultura sicer bolj namišljena kakor resnična.

Summary

Dr. J. Prodan — Ljubljana: Antitubercul. dispensary and school hygiene

All the care for the health of the discipleship must be founded upon the fight against the tuberculosis, which is to be guided by a special school dispensary in connection with the central dispensary, school-ambulatory, clinic school and with the family.

The school-youth of all schools must be sorted, owing to the fact, that 100% of the school-youth is infected by the bacterium of the tuberculosis.

Each scholar infected with contagious tuberculosis must be immediately excluded from school-education, owing to the fact, that the tuberculosis in the school is most dangerous for the spread of perilous infections.

He demands the foundation of forest schools, permanent colonies and of a special ward in the sanatorium of Golnik.

He declares himself against the unsystematic work of various organisations for holidaycamps and demands the concentration of all strength in the dispensary, which alone will direct methodically the care for the school-youth.

Borba proti tuberkulozi s stališča higijenika

Zdravnik higijenik ali socijalni mediciniec obravnava vprašanje tuberkuloze s povsem drugih vidikov kot praktični zdravnik. Praktični zdravnik gleda na tuberkulozo kot bolezen tega ali onega telesnega organa povzročeno po Kochovem bacilu, ki se je naselil na nekem mestu v organizmu in ga začel zastrupljati, kar se kaže v posebnih notranjih in zunanjih, za tuberkulozo karakterističnih znakih. Za točno ugotovitev tuberkuloze mu služijo mnoga sredstva (bakteriološki pregled izmečkov in izločil, rentgenološki pregled, razne reakcije na tuberkulozo). Čim ugotovi tuberkulozo, jo skuša ozdraviti z najboljšimi in priznanimi zdravili ali pa z operacijo, kakršna je pač narava bolezni in v kolikor je bolezen že napredovala. Z ugotovitvijo tuberkuloze, z uspešnim ali pa brezuspešnim zdravljenjem neha običajno zanj vprašanje tuberkuloze.

Higijeniku pa le ugotovitev in zdravljenje tuberkuloze pri posameznikih ne zadostuje. On gleda na tuberkulozo kot bolezen družbe z vsemi škodljivimi posledicami za družbo in išče pota in sredstva, kako bolezensko okužbo preprečiti in omejiti na najmanjše število obolenj. Pri vsakem slučaju jetike si stavi higijenik več vprašanj:

1. od koga se je jetični okužil in išče vir okužitve.
2. koga iz svoje okolice jetični lahko naprej okuži z jetiko in išče možnost izolacije in zdravljenja jetičnika in možnost odstranitve še neokužene dece iz miljeja jetike.
3. kateri razlogi so poleg bacila jetike dovedli do bolezni:
 - a) ali nehigijensko stanovanje obolelega,
 - b) ali slaba prehrana in glad,
 - c) ali beda in siromaštvo,
 - d) ali prenaporno delo v neprimernih obratih,
 - e) ali splošna slabotna telesna konstitucija,
 - f) ali pa le nepoučenost o jetiki in o socijalnih zleh, ki poleg drugega (alkohol) pospešujejo razvoj jetike.

V vseh pod to točko navedenih vprašanjih daje higijenik navodila v svrhu izboljšanja higijenskih prilik in mora iskati pot k izboljšanju slabih socijalnih gospodarskih in drugih nedostatnih razmer, ki so poleg bacila povod jetike.

Toda iz teh izvajanj, ki so le uvod v vprašanje jetike s stališča higijene in socijalne medicine in s katerimi sem hotel le povdariti, da ni le bacil glavni vzrok jetiki, temveč predvsem nehigijenske in slabe socijalne prilike prebivalstva, nam problem jetike kot socijalne bolezni, to je bolezni družbe, še ni jasen.

Iz tega razloga ga bom razčlenil v tri poglavja.

1. Izvor jetike v socijalnih pojavih (socijalna etiologija bolezni).
2. Vpliv in pomen jetike za družbo (socijalna patologija)
3. Način obvarovanja ogroženih slojev družbe pred jetiko (socijalna preventivna ali socijalna higijena).

Jetika ni bolezen novejšega izvora, kakor n. pr. kolera, ki jo poznamo komaj dobreih 100 let in se tudi ne pojavlja v obliki epidemij od časa do časa, kakor n. pr. influenca, temveč je že tisočletja poznana kronična bolezen, ki se je udomačila povsod, kjer se je človek stalno naselil. Nomadski narodi je ne poznajc, dokler ne pridejo v dotiko s civiliziranim prebivalstvom. Jetika je tipična stanovanjska bolezen. Če proučujemo statistično v kakšnih stanovanjih zahteva največ žrtev ugotovimo, da v onih, ki se nahajajo v kleteh, v barakah in pa v onih, ki so premajhna. V takih stanovanjih pa bivajo le socialno šibki sloji prebivalstva. Tu vlada beda in siromaštvo. Ne le vлага in slab zrak, temveč tudi nezadostna in slaba hrana uničujejo odpornost telesa proti okužitvi z jetiko. Ker pa je izolacija jetičnega v bolnici ali zdravilišču večinoma, na domu pa sploh nemogoča, je ogrožena po jetiki vsa rodbina jetičnika, kar se kaže v novih slučajih jetike in prečarjem umiranju vsled nje. Zaraditega je jetika tipična rodbinska bolezen in je bolan človek glavni vir okužbe. Radi tega ji zapade ravno tako lahko bogataš, kot berač v baraki, če nista prosvečena. Nadalje je jetika poklicna bolezen. Delavstvo, ki je zaposleno v obratih, kjer se tvori s predelavo surovin mnogo prahu (tekstilna, kamenasta, kovinasta industrija) umira na jetiki v veliko večjem številu, kot ostalo delavstvo. Toda ne le prah, temveč tudi prenaporno in prekourno delo in seda v sključeni drži pospešujejo razvoj jetike.

Že na teh ugotovitvah spoznamo, da je izvor jetike v glavnem v nepravilnih medsebojnih odnošajih posameznih slojev človeške družbe in jo zato po pravici imenujemo socialno bolezen.

Jetika je tudi najbolj razširjena bolezen in zahteva največ žrtev, kar je drugi razlog za naziv socialna ljudska in kužna bolezen. S tem prehajamo na drugo poglavje o vplivu in pomenu jetike za družbo. V Jugoslaviji umira vsako leto sa jetiko približno 50.000 prebivalcev. Pri nas ne poznamo bolezni, ki bi zahtevala toliko človeških življenj. V dravski banovini umre vsako leto preko 2000 ljudi za jetiko ali vsak osmi človek. (Na vsakih 10.000 prebivalcev 18 ljudi). Če pa računamo na vsakega umrlega jetičnega 4—5 slučajev živih z odprto tuberkulozo, trosi v državi 200.000 ljudi, v Dravski banovini pa 10.000 ljudi, vsak dan klice tuberkuloze. Pri proučavanju statistik na tuberkulozi umrlih ugotavljamo, da je večina njih legla v grob v cvetju življenske dobe, v dobi pridobitnosti in delazmožnosti.

Vsako človeško življenje pa ima v dobi produktivnosti izvestno materialno vrednoto, ki je velikega pomena za splošnost. In če to ocenimo le din. 100.000 po življenju, znaša letna izguba narodnega premoženja v jugoslaviji 5 milijard dinarjev. Pri tem pa niso vračunani stroški zdravljenja in drugih potreb umrlih. Zgoraj navedenih 200.000 siromakov z odprto tuberkulozo je pa za delo nezmožnih. Če računamo dnevni zaslužek vsakogar izmed njih le 10 din. gresta v izgubo vsak dan 2 milijona din. neglede na to, da so prepuščeni tisoči in tisoči rodbin tuberkuloznih hraniteljev, pomanjkanju in bedi in tem nevarnosti obolenja. In če okuži vsak od teh

200.000 le enega človeka imamo 200.000 novih okuženj. V resnici pa je nepoučen, brezobziren odprt jetičnik 100% ukužljiv za svojo okolico. Večji del so to tisti tajni, nevidljivi, neizsledljivi in nedosegljivi viri tuberkuloze, ki se šele po letih nepričakovano pojavijo, ne da bi vedeli odkod. Iz tega sledi nujni zaključek, da je pomen in vpliv tuberkuloze za širšo družbo izredno velik, toda žali-bog v negativnem smislu.

Prvo okuženje z jetiko sega v otroško dobo. Od 12—15 starostnega leta je okužene 90—95% celokupne dece, kar je lahko ugotoviti s posebnimi imunskimi reakcijami. V prvih mesecih življenja je jetika kot očitna bolezen nepoznana, to pa vsled tega, ker ima dojenček v početku še dovolj zaščitnih tvarin, to je obrambnih sil proti jetiki po materi v svojem telesu in vsled tega, ker je jetika bolezen, ki se pojavi v očitni obliki šele več mesecev po okužitvi. Lübeška katastrofa v letu 1929. je pokazala, da pretečejo od dne okužitve z bacilom jetike pa do izbruha očitne bolezni najmanje 3 meseci odnosno od naselitve klice do vidnega tuberkula najmanje en mesec. Od drugega starostnega leta dalje raste postopoma odstotek okuženj. Toda vsako okuženje ne dovede do vidnih znakov bolezni, temveč le približno v 10—12% tekom célega življenja, kar se ravna po rasi, spolu, poklicu itd. Iz tega sledi, da je jetika sama od sebe ozdravljiva bolezen, če razpolaga človek z dovolj obrambnimi silami v organizmu in če živi v ugodnih prilikah. Slednje potrjujejo razne statistlike. V Nemčiji je n.pr. leta 1880 umrlo za tuberkulozo na vsakih 10.000 prebivalcev 32 ljudi, leta 1910 le 18 ljudi, leta 1931 le 8 ljudi. V združenih državah Amerike je leta 1913 umrlo na vsakih 10.000 prebivalcev za jetiko 20 ljudi, leta 1933 le 7 ljudi. Na Novi Zelandiji umira za jetiko na vsakih 10.000 prebivalcev vsako leto le 5 ljudi. V pokrajini Utah Združenih držav Amerike le 3 ljudje. Navedeni primeri iz statistike nam jasno kažejo padec umrljivosti za jetiko v nekaterih državah, kar ima prav gotovo svoj vzrok. Prvotno padanje števila smrtnih slučajev in s tem tudi števila tuberkulznih obolenj spravljamo v zvezo z izboljšanjem higijenskih prilik v obrti in industriji, in z zvišanjem živiljenskega standarda prebivalstva, kar je imelo za posledico tudi izboljšanje splošnih higijenskih prilik. Nadaljnjo padanje umrljivosti za jetiko v tem stoletju pa spravljamo v zvezo tudi s sistematično borbo proti jetiki v naprednih državah. Ustanavljanje protituberkulznih dispanzerjev, zdravilišč, okrevališč, posebnih šol in intenzivna zdravstvena prosveta prebivalstva so v zvezi z dvigom splošnih higijenskih in socijalnih prilik pripomogli do tako lepih uspehov.

Uspešna borba proti tuberkulozi je torej možna in sredstva, ki se zato uporabljajo, so za narodno zdravje in nič manj za narodno gospodarstvo dobro obrestovan kapital.

V Jugoslaviji zaznamujemo v povojni dobi do nastopa krize neznačen padec v umrljivosti za tuberkulozo, kar kaže še na nedostatne higijenske in socijalne prilike v državi, kakor tudi na nepopolno oziroma še nesklanjeno organizacijo borbe proti tuberkulozi. Napredek v tem oziru je v Dravski banovini še največji. Leta 1921 je umrlo na vsakih 10.000 prebi-

valcev 26 ljudi za tuberkulozo, po od župnišč dobljenih statističnih podatkih, l. 1933 le 18 ljudi. Toda v zadnjih treh letih ne opazimo nikakega izboljšanja in imamo isto smrtnost za tuberkulozo, kot so je imeli Nemci leta 1910. Če hočemo v tem oziru in pa v oziru vseh ostalih načeljivih bolezni doseči vidno izboljšanje, so potrebne temeljilve gospodarske, socijalne in zdravstvene reforme.

Prvi pogoj uspešne borbe proti katerikoli bolezni, predvsem pa proti jetiki je dvig življenskega standarda prebivalstva. Pri vsakem višjem življenskem standardu se zboljujejo-higijenske prilike prebivalstva, seveda ob primerni zdravstveno-higijenski prosveti najširših plasti naroda in se s tem zboljšajo zdravstvene prilike prebivalstva. Med socijalnimi napravami odnosno reformami sta najvažnejši:

1. izpopolnitev obstoječega socijalnega zavarovanja delavstva in razširitev tega zavarovanja na vse sloje prebivalstva.

2. ureditev splošnega socijalnega skrbstva.

Po sedanjem sistemu ima oboleli zavarovanec pravico do zdravljenja le pol leta, pod izvestnimi pogoji pa celo leto. Če tekom te dobe ne ozdravi, zavarovanje preneha in zavarovanec je na cesti in sicer brez zdravstvene in gnotne podpore. Toda ni na cesti samo on, marveč je najbolj usodepolno to, da je z njim tudi cela njegova družina. Praktično izkustvo uči, da se v večini slučajih napredujoča jetika ne ozdravi v 6 mesecih. Radi nezadostne socijalne zaščite delavstva ima bolezen za posledico brezposelnost. Pri nas je še popolnoma neurejeno vprašanje, kam z delavcem, ki je zbolel na jetiki v izvrševanju težkega poklica ter je zapustil bolnico ali zdravilišče ozdravljen, kajli splošno je znano, da vrnete v tak poklic more kaj hitro izzvati izbruh ponovne jetike. Za take slučaje vseh stanov bi morale obstojati poklicne posredovalnice, ki bi preksrbele ozdravljenim v jihovem telesnem in zdravstvenem stanju primerno zaposlenje. V interesu borbe proti tuberkulozi je odpraviti brezsrečno izkoriščanje odnosno izmaganje delavstva, kar se tiče mezd, prekournega dela, akordnega nakopičenega dela in zaposlenja v nehigijenskih obratih.

Tudi za naše državno uradništvo ni zadostno preskrbljeno za slučaj dolgotrajne bolezni. Po enoletni nepretržni bolezni, čaka one, ki imajo preko 10 let državne službe, skromna penzija, one pa, ki imajo manj kot 10 let službe, odpust iz službe. Privatni nameščenec pa je v tem pogledu še neprimerno na slabšem, ker njega čaka po daljši bolezni neusmiljena brezposelnost.

Splošno socijalno skrbstvo bi se moralno tako urediti, da bi ostal ne-preskrbljen le oni človek, ki bi — delazmožen — delati ne hotel.

Z izboljšanjem higijenskih in socijalnih prilik bi bila borba proti jetiki lahka pri zadostnem številu ustanov za pobiranje jetike. V prvi vrsti je potrebno večje število postelj zajetične v zdraviliščih in bolnicah. V Dravski banovini imamo za 10.000 bolnikov z odprto jetiko v zdraviliščih komaj 500 postelj, toda še od teh 500 postelj je % zasedenih po prebivalstvu iz ostalih

banovin. Te ustanove sploh še daleko nimajo širšega ljudskega značaja, marveč je zdravljenje v njih pravcati luksus, katerega premore le neznačna peščica ljudi. Mesečni dohodki srednje plačanega uradnika zadostujejo komaj za zdravstveno vzdrževanje ene osebe, kaj šele za veččlansko rodbino. Za kmetovalca pa pomeni zdravljenje v zdravilišču propast domačije. Iz teh razlogov se poda danes le malo oseb pravočasno v zdravljenje, marveč išče zdravstvene pomoči šele tedaj, ko je pomoč že prepozna. Zato je upravičena zahteva po ljudskih zdraviliščih, ki bodo dostopna vsakomur brezplačno ali pa za mal denar. Ta zdravilišča naj se gradijo iz državnih in drugih javnih sredstev, ne pa na račun tuberkuloznih bolnikov, kot se danes žal dogaja. Zdraviliščem in bolnicam naj se priključijo posebni oddelki za one jelične, ki so neozdravljeni in oskrbe v bolnici neobhodno potrebni. Sistem posebnih azilov za take bolnike se mnogim ne zdi pripričljiv, ker kdor bo odpravljen v tak azil, bo vedel že v naprej, da je zapisan smrli in v največih primerih ne bo niti hotel v azil, temveč bo iskal pomoči za ozdravljenje bolezni povsod drugod. Te vrste tuberkulozni so pa kot že preje rečeno najnevarnejši za okužitev svoje okolice. Poleg zdravilišč so potrebni domovi za jelične rekonvalescente in okrevališče za pojetiki ogroženo deco. O ukrepih z borbo proti tuberkulozi pri šolski mladini se je obravnavalo na drugem mestu, zaradi tega se ne spuščam v podrobnejša razmotrivanja. Središče celotnega specifičnega protituberkuloznega boja pa mora biti protituberkulozni dispanzer, katerega glavne naloge so:

1. Izsleditev in po potrebi tudi zdravljenje jeličnih.
2. Posredovanje sprejemajočih jeličnikov v zdravilišča, bolnice, okrevališča itd.
3. Izolacija jeličnih na domu in skrb za njihove svojce.
4. Zaščita zdrave okolice od okužbe in ogroženih pred obolenjem.
5. Posredovanje pri socijalno humanitarnih ustanovah in dajanje materialne pomoči v slučajih potrebe.
6. Posvetovanja z jeličnimi in njih rodbinami v vseh vprašanjih jetike.
7. Zdravstveno higijenska prosveta, pouk prebivalstva v vprašanjih tuberkuloze, osebne in javne higijene.

Proti-tuberkuloznemu dispanzerju sta v veliko pomoč pri zatiranju jetike dečji in materinski dispanzer in šolska poliklinika z vsemi svojimi panogami. Na vseh teh ustanovah, ki posredno ali neposredno služijo zatiranju jetike trpimo občutno pomanjkanje in je v interesu naše higijenske službe in s tem javnega zdravstva, torej dviga narodnega zdravja, da primemo čimprej do zadostnega števila teh ustanov. Na vprašanje, odkod vzeti sredstva za ustanavljanje ustanov za pobijanje jetike bi predlagal:

Uvede naj se poseben tuberkulozni davek.

Pri tem naj velja zdravo načelo:

Kdor ima več dohodkov, naj več prispeva za napredek zdravstva prebivalstva, ker to zahteva blagor splošnosti.

Tesno združena sta z uspešno borbo proti jetiki vprašanji zadostnega števila zdravih stanovanj in sanacija naselij. Eno in drugo naj se uredi

iz javnih sredstev. Poglavlje o zdravstveni zakonodaji se je obravnavalo v drugem referatu. Radi tega opuščam obravnavo na tem mestu.

Iz dosedanjih izvajanj lahko zaključimo, da je borba proti tuberkulozi uspešna le pod sledečimi pogoji:

1. Dvig življenskega standarda prebivalstva,
2. Smotrena zdravstvena in socijalna zakonodaja,
3. razširitev socijalnega zavarovanja delavstva za slučaj bolezni, nezgode, invalidnosti, starosti, brezposelnosti in za slučaj smrti.
4. oživotvorenje zadostnega števila zdravju prikladnih stanovanj in higijensko urejenih naselbin.
5. zadostno število zdravstvenih in zaščitnih naprav za tuberkulozne.
6. izčrpna zdravstvena prosveta celokupnega naroda.
7. sistematična telesna vzgoja mladine.

Pri razmotrivanju problema tuberkuloze smo spoznali niz vprašanj, ki so po bistvu in pa načinu rešitve vezana med seboj in vsled tega praktično teško rešljiva. Vendar ako bodo naše oblasti, javnost in zdravništvo imele polno razumevanje za ta vprašanja, smo lahko prepričani, da bo tuberkuloza v Jugoslaviji izgubila svoj pomen kot teško rešljiv problem in gledali bomo lahko z mirnim srcem v bodočnost.

Zusammenfassung:

Dr. PETRIČ KARL — LJUBLJANA: Die Bekämpfung der Tuberkulose vom Standpunkt des Hygienikers

Es wird das Problem d. Tuberkulose vom Standpunkte a) der sozialen Ätiologie b) der sozialen Pathologie c) der sozialen Therapie behandelt. Die Tbc ist eine Infektionskrankheit, die neben dem Bazill vor allem ungünstige Wohnungs-, Ernährungs-, Arbeits-, Konstitutions- und allgemeine hygienische Verhältnisse verursachen. Ihr Beginn lässt sich bis ins frühe Kinderalter verfolgen. In Jugoslawien sterben jährlich bis 50.000 Einwohner an Tbc und leiden an offener Tbc bis 200.000 Einw. wodurch jährlich ungefähr 5 Milliarden Din. an Volksvermögen verloren gehen. In der Dravska banovina (Slovenien) wo die Tbc Sterblichkeit im Staate am niedrigsten ist, haben wir auf 10.000 Einwohner eine jährliche Tbc Sterblichkeit von 18. Eine erfolgreiche Bekämpfung der Tbc ist nur denkbar durch:
1) Erhöhung des allgemeinen Ledensstandartes der Bevölkerung 2) Verbesserung der Gesundheitsgesetzgebung 3) Verbesserung der sozialen Gesetzgebung 4) Erweiterung der Arbeiterversicherung für den Fall von Invalidität, von Alter, Tod und Arbeitslosigkeit 5) Gründung verschiedener Anstalten zur Tbc Bekämpfung insbesondere von Volksheilstätten- und Tbc Fürsorgestellen.

Socijalno-profilaktični rad antituberku-loznog dispanzera

Djelovanje antituberkuloznog dispanzera treba da se savršeno odvija u 3 razna pravca: diagnostičkom, terapeutskom i socijalno-profilaktičnom. Prva 2 pravca su čisto medicinska i vrlo je važno, da budu na stručnoj visini; ali je isto tako važno da se dispanzeri ne ograniče samo na taj rad, jer bi onda postali obične ambulante. Treći pravac djelovanja dispanzera t. j. socijalno-profilaktični rad, jest glavna zadaća dispanzera, i to je onaj rad, koji dispanzere podiže daleko iznad značaja običnih ambulanta.

Socijalno-profilaktični rad treba da je koncentriran prvenstveno na bolesnike s otvorenom tuberkulozom pluća, jer su ovi najpotrebniji i najopasniji za svoju okolinu. Zatim je nužno da taj rad bude u prvom redu ograničen na sjedište dispanzera, jer se dispanzerima tu pruža veća mogućnost rada. Osim toga to su obično veća naselja, gdje je i procenat tuberkuloze veći nego na selima, pa je tu i jače djelovanje dispanzera opravdano.

Kod organizacije socijalno-profilaktičnog rada potrebita je evidenca bolesnika s otvorenom tuberkulozom pluća, zatim nadzor i skrb za te bolesnike, pa kontrola o njihovom krećanju i stanju.

Evidenca bolesnika s otvorenom tuberkulozom pluća

Polazna točka svakog socijalnog rada mora biti dobra statistika, koja nam jedina može kazati, gdje treba raditi i što treba raditi. Radi toga je neophodno nužno, da dispanzeri u prvom redu dobiju u svoju evidencu sve bolesnike s otvorenom tuberkulozom, pošto ovi predstavljaju opasnost za okolinu.

Za dispanzere nije važno da vode evidencu o svim infekcijama tuberkuloze, jer samo mali dio ovih progredira i postaje proces otvorenog karaktera. Pod procesom otvorenog karaktera ne smatramo samo proces sa pozitivnim nalazom Kochovih bacila u sputumu, nego i one sa negativnim nalazom, kod kojih je rentgenološki nalaz takav, da liječnik može sa sigurnošću računati, da dolazi do izbacivanja bacila. Ove slučajevе smatramo fakultativno otvorenima i medju nje uvijek računamo treći, a često i drugi stadij po Turbanu, i ako nalaz sputuma ispadne negativan. Svakako smatramo da je svaki slučaj plućne tuberkuloze prije egzitusa dulje vremena imao otvoreni karakter.

Sa profilaktičnog stanovišta ovakovi bolesnici predstavljaju izvor infekcije, i naša je dužnost da njihovu opasnost eliminiramo ili barem svedemo na najmanju granicu. Sasma drugo i sporednije značenje imaju takozvane apicitide ili afekcije u hilusima, kojima se često daje previše važnosti i previše lako postavlja dijagnoza. Za socijalno profilaktični rad je vrlo nezgodno kad se afekcije u hilusima ili apicitide, odnosno apikalne zaraslice, trpaju skupa sa otvorenom tuberkulozom u istu rubriku kao tuberkulozna obolenja.

Dispanzeri treba da kontroliraju, koliko se od tih bolesnika nalazi u njihovoj evidenci, a to se najbolje postizava kontrolom mortaliteta. Ako dispanzeri tačno vode knjige umrlih od tuberkuloze, mogu lako da ustanove, koliko je od tih bilo ranije u njihovoj evidenci. Kod ove kontrole treba lučiti umrle od vanplućne tuberkuloze, jer ovakovi slučajevi ne rasijavaju bacile kao plućne forme. Ovdje treba da naglasimo, da pod plućnim formama u širem smislu mislimo na sve forme organa za disanje, uključivo larinksa. Od vanplućnih forma kao causa mortis najobičnija je meningitis tuberculosa, a ova baš ne predstavlja nikakvu opasnost za okolinu, jer je bolest kratkotrajna i redovito ne izbacuje bacile. Osim toga radi svog teškog stanja i kratkog trajanja rijetko dolazi do znanja dispanzera prije smrti. Kad ne bismo lučili plućne i vanplućne forme, — što se često događa kod službenih statistika, koje vrše neliječnici, — onda bi nam izgledalo da je procenat evidence manji, nego što u istinu jest.

Za stvaranje evidence od tuberkuloze mislimo da nije nužna obvezatna prijava nego dobra organizacija. Najbolja će se evidenca postići ako dispanzeri svojim radom znaju privući što veći broj bolesnika. Osim toga mnogo znači, ako otvorene slučajeve prijavljuju dispanzerima javne ustanove, na koje se ti bolesnici obraćaju, kao općine, ouzori, banske uprave i Higijenski zavodi, čija bakteriološka odjelenja pregledavanjem sputuma mogu uvijek naići na nove slučajeve. Istina je da je na ovaj način teško dobiti u evidencu imućnije bolesnike, ali njih se ne može dobiti ni obvezatnom prijavom. Oni, koji žele da sačuvaju diskreciju svoje bolesti, mogu je lako sačuvati i kod obvezatne prijave, osobito ako njihovo zanimanje ne traži uvjerenje dispanzera o zdravlju. Treba računati sa činjenicom da dobar dio tuberkulotičara hoće da ostane diskretn, a to se kosi sa obvezatnom prijavom. U tom slučaju bi sigurno mnogi bolesnici izbjegavali dispanzere, a za slučaj potrebe od privatnih ljekara tražili bi da im ispostavi drugu dijagnozu. Posljedica toga bi sigurno bila da bi kao uzrok smrti manje puta bila navedena tuberkuloza, ali ne uslijed opadanja pomora nego uslijed nepoznavanja psihologije tuberkulznih bolesnika, koji ne će da se njihova nesreća povećava još time, da ih se objesi na veliko zvono.

Bez obvezatne prijave imamo sada barem dosta tačan mortalitet, a to za antituberkulznu akciju mnogo znači. Sve obitelji, u kojima se desi slučaj smrti od tuberkuloze, treba da od dispanzera dobiju pismene upute o opasnosti bolesti, o potrebi desinfekcije i poziv na pregled ostalih članova obitelji. Ove je upute mnogo bolje slati pismeno nego usmeno, jer obitelj umrloga smatra da je to diskretnije, i jer u časovima obiteljske žalosti nije svaki momenat pogodan za razgovor, a pismene upute imaju vremena da pročitaju svi ukućani, i da se odluče za najbolje. Na taj način ugroženi članovi obitelji većinom dobrovoljno pristupe na pregled, a to je takodjer jedan važan način, kojim se dolazi do novih bolesnika.

Splitski dispanzer vodi diskretnu evidencu otvorenih tuberkuloza za grad Split od god. 1929, a za seoske odlomke splitske općine od god.

1933. Knjiga evidence je jednostavna i pregledna: osim imena i adrese bolesnika sadrži samo nalaze sputuma, koji se bilježe jednostavno po Mileru. Pomoću ove knjige kontroliraju se bolesnikče karte, koje sestra pohodilja drži odijeljene od drugih. Paralelno s ovim vodi se i knjiga umrlih, prema kojoj se kontrolira procenat evidence i šalje pismeni poziv ugroženim članovima obitelji.

Nadzor i skrb za bolesnike

Uredivši evidencu otvorene tuberkuloze treba organizirati nadzor nad tim bolesnicima. Taj se rad mora najviše osloniti na sestru pohodilju, koja treba da je dobra i pouzdana, ali za uspjeh toga rada odlučne su dobra kontrola i direktive liječnika, koji preko sestre pohodilje mora provadjati profilaktični i socijalni rad na terenu.

a) profilaktični rad.

Sestra pohodilja treba da bolesniku u obitelji dade sve nužne higijenske upute, zatim da se brine za dezinfekciju sputuma i izolaciju bolesnika. Higijenske upute mnogo sigurnije djeluju, ako se dadu ne samo usmeno nego i pismeno u obliku zgodnih i ukusnih letaka, koji se lako čiteju i čuvaju. Kod toga je najvažnije, da se bolesnici nauče na disciplinu kod kašljanja i izbacivanja. U svrhu dezinfekcije sputuma nužno je da bolesnici dobiju podesne pljuvačnice, zatim da sestra pohodilja i same ukućane poduci i nadzire u desinfekciji sputuma.

Najvažnija i najteža zadaća u profilaktičnom radu jest izolacija, koja je u našim prilikama najteže provediva. Ako kažemo najteže provediva, to ipak ne mislimo reći, da nije barem djelomično provediva, jer ako se bolesnik ne može izolirati, obično se može udaljiti krevet i postaviti paravan, a u svakom slučaju može se i mora odstraniti djecu iz sobe bolesnika, jer je kod njih opasnost infekcije najveća. Premda je ovakova izolacija samo djelomična, ipak snizuje procent mogućnosti infekcije a i to mnogo znači.

Kod izolacije bolesnika dobro je da vodimo računa o činjenici, da je opasnost zaraze kod starijih osoba mnogo manja. Najbolji dokaz za to jesu novije stručne publikacije, koje dokazuju da je procenat zaraze između supruga vrlo malen. To se samo slaže sa utvrđenom činjenicom, da infekcija većinom nastaje u mladim godinama.

b) socijalni rad.

Egoizam je urođen kod svih ljudi, ali najviše dolazi do izražaja kod onih, koji su iz društva izopćeni ili osudjeni na smrt. Tuberkulozni bolesnici ne vole nikakove mjere, koje se provadjavaju u korist drugih a ne u njihovu ličnu. Oni za to ne vole nadzor dispanzera i taj je egoizam psihološki razumljiv.

Sasma je drukčije, ako je uz nadzor bolesnika vezana i socijalna skrb za iste, jer se tako bolesnike najbolje privlači i prisiljava da se drže propisanih profilaktičnih mjeru. Kad bolesnik vidi da ima i neke koristi, on mnogo ljepše prima nadzor dispanzera, a i rad dispanzera je time mnogo lakši i uspješniji.

Materijalna pomoć ne treba da je velika, jer već jedna litra mlijeka dnevno ili pola kilograma kruha ima svoj uspjeh. Tuberkuloza je kronična bolest, kod koje bolesnik redovito vrlo osiromaši, pa i mala pomoć mnogo znači. Poželjno bi bilo da ova potpora bude što bolja i redovitija, ali da se daje samo onima, koji stoje u evidenci dispanzera, i pod uvjetom da se drže profilaktičnih mjera.

Treba priznati da su dispanzeri u prvom redu stvoreni radi tuberkuloznih bolesnika, i ovi treba da imaju prednost pred drugim pacijentima kod svakog davanja pomoći bilo u intervencijama, ljekovima, bakalarevom ulju ili ostalim potrebštinama. Pravedno je da i kod pregleda u dispanzeru budu opremljeni prije drugih, a to je važno i radi pogibelji infekcije u čekaoni. Pravedno je također da budu oslobođeni od raznih taksa i da molbu za liječenje i potporu ne prave sami, nego da je za njih prave dispanzeri s ureda. Iz istih razloga je nužno da se u dispanzeru omogući besplatno liječenje siromašnim bolesnicima, i to ne samo propisivanjem i davanjem ljekova nego i primjenom pneumotoraksa.

Socijalno-profilaktične mjere su opsežne i svaki slučaj treba obraditi posebno. Odviše bismo daleko zašli, kad bismo opisivali sve mogućnosti na tom polju rada, koje je ogromno za svakoga, tko hoće da radi. Mi ćemo samo još jednom naglasiti, da je kod toga vrlo važno da se računa s egoizmom bolesnika, i da se za nj neugodne stvari spoje s nečim, što rado prima. To će biti i najbolja reklama za druge bolesnike, a to je vrlo važno.

Izvještaji o kretanju i stanju bolesnika

Socijalno - profilaktični rad dispanzera mora doći do izražaja u posebnom izvještaju. Do sada su dispanzeri slali samo izvještaj o ambulantnom radu, ali iz njega se nije moglo vidjeti, kakav je efekat toga rada. Ako se u dispanzeru godišnje pregleda nekoliko hiljada osoba, ne može se iz toga nikako zaključiti, ni koliko ima bolesnika u gradu, ni kakovo je njihovo stanje, pa niti da li su dispanzeri potrebni i što treba da rade. Naprotiv izvještaj o kretanju tuberkuloznih bolesnika daje najbolji uvid u efekat rada i potrebu dispanzera. On je potreban za sanitetske vlasti i za javnost, jer se njime omogućuje javna kontrola, a to je najbolje jamstvo za dobar rad.

Splitski dispanzer takove izvještaje šalje od god. 1932 svaka tri mjeseca Banskoj upravi, Općini, Higijenskom zavodu i Centralnom Hig. zavodu kao tromjesečne izvještaje o kretanju tuberkuloze u gradu. Izvještaj ima 4 rubrike, čije ćemo značenje u kratko spomenuti.

U prvoj rubrici su podatci o mortalitetu, koji se u glavnom baziraju na podatcima gradskog zdravstvenog otsjeka. Najprije je broj umrlih od svih forma tuberkuloze, pa broj umrlih od tuberkuloze pluća. Zatim dolazi broj koji kaže, koliko ih je od umrlih od plućne tuberkuloze bilo u evidenci i nadzoru dispanzera, a koliko ih je izvan evidence umrlo u privatnim stanovima, napose koliko u bolnicama.

Iz ove rubrike možemo dozнати vrlo važnu stvar a to je procenat evidence dispanzera prema sveukupnom broju umrlih od tuberkuloze pluća.

Idealno bi bilo, kad bi taj procenat bio stopostotan, ali to ne uspjeva niti u zemaljama sa obvezatnom prijavom tuberkuloze. Procent evidence u splitskom dispanzeru iznašao je 1929 god. 21.7%, 1930. god. 26%, 1931 god. 43.6%, 1932. god. 40%, a 1933. god. 51.7%.

U drugoj rubrici su podaci o morbiditetu tuberkuloze, u koliko se nalazi u evidenci dispanzera. Najprije je broj zaostalih bolesnika od prošlog tromjeseca, zatim nastale promjene kroz tromjesec (prinovljeni, umrli i otselili), pa broj bolesnika koncem tromjeseca. Ova rubrika kao i ona prva izračunava se ne samo za svaki tromjesec nego i koncem godine za čitavu kalendarsku godinu.

Splitski dispanzer imao je koncem godine u evidenci 1928 god. 65 bolesnika, 1929 god. 75 bolesnika, 1930 god. 100 bolesnika, 1931 god. 126 bolesnika, 1932. god. 150 bolesnika, a 1933 god. 173 bolesnika. Ako prema mortalitetu znamo, koliki je procenat evidence bio u pojedinim godinama, onda možemo izračunati prosječno i kolik je broj bolesnika u tim godinama. Na temelju ovakvog računanja dolazimo do mnogo tačnijih podataka o broju bolesnika, nego li se to više puta bez mnogo promišljanja i bez stvarne podloge objavljuje.

U trećoj rubrici su podaci o zdravstvenom stanju i radnoj sposobnosti bolesnika. Prvo dolazi broj oporavljenih bolesnika, a za njim broj teže bolesnih, nad kojima se vrši nadzor. Iz toga se vidi da i oporavljene bolesnike zadržavamo u evidenci, i ako se nad njima skoro i ne vrši nadzor. Ovdje nadzor nije strogo potrebit, a niti je moguć, jer je proces postao inaktiviran, pacient radi i smatra se zdravim. Ove ozdravljene slučajevе mi ipak zadržavamo u evidenci, jer se takovi slučajevi često reaktiviraju. Kad se uzme u obzir da se tu radi obično o slučajevima drugog i trećeg stadija, onda smatramo da bolje stoji riječ oporavljeni nego ozdravljeni.

U četvrtoj rubrici su podaci o kućnim prilikama bolesnika, koji stoje pod nadzorom osobito u pogledu izolacije. Najprije je broj bolesnih, koji se nalaze u bolnicama, liječilištima ili negdje vani na oporavku. Zatim dolazi broj bolesnika, koji imaju zasebnu sobu. Onda onih, koji spavaju s odraslim u istoj sobi ili u istom krevetu, a najposlije onih, koji spavaju s djecom u istom krevetu ili u istoj sobi. Iz ove rubrike vidimo, koliko ima bolesnika sa provedenom asanacijom, naime smeštenih u bolnici ili zasebnoj sobi. U ostalim slučajevima nužno je provesti barem djelomičnu asanaciju u pogledu zasebnog kreveta ili odstranjenja djece. Stanje te djelomične asanacije također se najbolje vidi iz spomenute rubrike.

Sve ove četiri rubrike sačinjavaju izvještaj, koji nam daje najbolje direktive za rad. Iz njega doznajemo, koliko ima poprečno bolesnika u gradu, i koliko je od tih u našoj evidenci. Za one, što su u evidenci, doznajemo, koliko ih ima izoliranih, a koliko ih ima, kod kojih bi tek trebalo provesti asanaciju.

Ovi izvještaji nam također potvrđuju, da je najvažnija karika u akciji protiv tuberkuloze stvaranje bolničkih odjelenja. U svrhu asanacije do-

mova mnogo je jeftinije i opravdavanje bolesnika smjestiti u bolnicu, negoli dvoje troje djece smjestiti u razne domove. Iz socijalno-profilaktičnih razloga potrebito je da dispanzeri određuju bolesnike, koji se moraju sklonuti u bolnicu, s kojom i inače treba da budu i stručno što jače povezani. Time rad dispanzera mnogo dobiva i u medicinskim i u socijalnom pogledu.

Kad govorimo o važnosti izvještaja, predpostavljamo tačnost statistike, jer bolja je nikakova statistika nego netačna ili kriva. S toga je nužno da se za svaku rubriku vode posebne knjige, iz kojih se brojevi u izvještaju mogu uvijek kontrolirati. Istovremeno bi trebalo, da se drugi izvještaji o radu dispanzera skrate i pojednoslavne, i da se brišu suvišne rubrike, osobito one, o kojima se ne vode posebne knjige, jer bi te mogle koga izazvati, da stavlja proizvoljne i netačne brojeve, a to bi bilo ruglo statistike i smrt svakog socijalnog rada.

* * *

Pri koncu ovog referata smatramo da je potrebno naglasiti, da je za uspješan rad antituberkuloznih dispanzera potreban poseban stručni forum, koji bi promicao kolaboraciju raznih ustanova, davao direktive i koordinirao rad svih ustanova protiv tuberkuloze u našoj zemlji; a jedini stručni forum, koji bi tu funkciju mogao da vrši, jest konferencija predstavnika svih ustanova protiv tuberkuloze ili barem onih aktivnijih.

Treba priznati da je ovaj kongres, koji je organizirala Narodna liga protiv tuberkuloze u Ljubljani, prvi pokus takovih konferencija, na kojima mogu doći do izražaja predstavnici svih antituberkuloznih ustanova u našoj zemlji, pa možemo očekivali da će ovaj kongres dati potstrelka svim ustanovama protiv tuberkuloze, oscbito antituberkuloznim dispanzerima, koji bi dobro organizovani trebali da u narodu budu glavni nosioci borbe protiv tuberkuloze.

Zusammenfassung:

Dr. Rafo Ferri, Split. — Die Sozial-prophylaktische Tätigkeit des Tuberkulosedispensaires.

Es wird dargelegt, wie die sozial-prophylaktische Tätigkeit des Tuberkulosedispensaires organisiert sein soll und diese Darlegung wird bestärkt mit Erfahrungen und Resultaten am Spliter Dispensaire, der unter ärzlicher Leitung des Autors steht. Die Organisation dieser Tätigkeit teilt der Autor in 1) Evidenz der Kranken mit offener Lungentuberkulose; 2) Aufsicht und Sorge für diese Kranken; 3) Kontrolle über ihre Bewegung und ihren Zustand. Jeder von diesen drei Punkten wird für sich analysiert und motiviert.

In das Evidenzbuch kommen die offenen und fakultativ offenen Prozesse. Das Ziel des Dispensaires soll sein, alle diese Kranken in seine Evidenz zu bekommen. Der Erfolg der Evidenz wird ausgedrückt als Prozentsatz der erfassten gegenüber der Gesamtzahl der bestehenden Fälle und wird Evidenzprozent genannt. Zu diesem Prozent gelangt man indirekt wenn man mittels Kontrolle der Mortalität feststellt, wieviele Kranke vor dem Tode in der Evidenz des Dispensaires waren. Wenn wir einmal die Evidenzprozente kennen, dann können wir mittels der Evidenzzahl ungefähr auch die Gesamtzahl der Kranken ermitteln.

Referent meint dass für erfolgreiche Evidenz obligatorische Anmeldung nicht notwendig ist, sondern gute Organisation und Mitarbeit mit staatlichen und autonomen Gesundheitsämtern und Instituten. Ref. betont, dass die obligate Anmeldung wegen

Mangel an Diskretion sicher unrichtigere Resultate gibt als man mit obigem System erreichen kann.

Die Aufsicht und Sorge für die Kranken teilt man in prophylaktische und soziale Arbeit. Aus verständlichem Egoismus gestatten die Kranken die prophylaktische Aufsicht nicht gerne, sie nehmen dagegen sehr gerne soziale Hilfe an. Man muss dieses Moment berücksichtigen und mit der prophylaktischen Aufsicht, wo notwendig, auch eine kleine Hilfe verbinden, am besten in Form von einem Liter Milch oder einem Laib Brot. Wenn der Kranke einen kleinen Nutzen sieht, gestattet er viel lieber die Aufsicht des Dispensaires und damit wird dessen Tätigkeit erleichtert u. erfolgreicher gestaltet.

Wegen der Kontrolle der sozial-prophylaktischen Tätigkeit ist es notwendig, dass Dispensaire alle drei Monate einen Bericht über Bewegung und Zustand der Tuberkulose an ihrem Sitz geben. Dieser Bericht soll folgende Rubriken enthalten: 1) Mortalität mit Evidenzprozent; 2) Morbidität, soweit sich in Evidenz des Dispensaires befindet; 3) Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit der Kranken; 4) Wohnverhältnisse mit Rücksicht auf die Isolierung der Kranken.

Auf Grund solcher Berichte erfahren wir, wieviele Kranke es ungefähr in der Stadt gibt, und wieviele von diesen in unserer Evidenz sind. Ueber jene, die unter Evidenz stehen, erfahren wir, wieviele isoliert sind und wieviele es gibt, die noch zu sanieren sind. Solche Berichte zeigen uns am besten den Erfolg unserer Arbeit und geben uns weitere Direktiven.

Der Dispensaire in Split hat mit diesem Arbeitssystem bis jetzt über die Hälfte der Gesamtzahl der Kranken mit offener Lungentuberkulose unter seine Aufsicht bekommen.

Zum Schluss betont der Autor die Notwendigkeit der Schaffung von Tuberkulosepavillons in Spitäler zur Isolierung der Kranken. Aus sozialen-propylaktischen Gründen hält es der Autor für notwendig, dass der Dispensaire die Kranken für das Spital bestimmt, mit welchem er auch in medizinischer Hinsicht zusammenarbeiten soll. So gewinnt die Tätigkeit des Dispensaires sehr viel in medizinischer und sozialer Richtung.

Dr. ŠKARIĆ – SPLIT.

Propaganda i stvaranje sredstava za borbu protiv tuberkuloze

Propaganda je jedno od najjačih sredstava za postignuće jednog cilja. Ozbiljnom i intenzivnom propagandom stvara se interes za jednu ideju dapače s vremenom se dobivaju i najindiferentnije osobe za tu ideju.

Propaganda protiv tuberkuloze kod nas relativno je vrlo slaba. Na teritoriji pojedinih Higijenskih Zavoda je jača i postigla je već lijepih i praktičnih rezultata, kod drugih je tek započeta a kod nekih i ne postoji. Sredstva za propagandu protiv tuberkuloze imamo dovoljno, potrebno je samo ista praktički upotrebiti. Predavanja kao ona sa diapozitivima ili filmovima, djeljenje brošura i letaka pojedinicima, opština, školama, žandarskim stanicama i župskim uredima u velike propagiraju borbu protiv tuberkuloze. Prisilnim (zakonskim) uvadjanjem pljuvačnica po svim javnim lokalima, školama, crkvama, gostonama itd. te zabranom pljucanja na ulici i po javnim mjestima, uvadjanjem taksa sa strane opštine u korist „Lige protiv tuberkuloze“ mnogo će se pridonijeti u borbi protiv tuberkuloze.

U borbi protiv tuberkuloze potrebno je zainteresirati i upoznati sa tom bolescu one osobe, koje dolaze najviše u dodir sa narodom kao učitelje, sveštenike, žandarme, glavare sela itd. U školama imale bi se više puta godišnje čitati brošure o tbc. laganog, kratkog i razumljivog sadržaja, koje bi brošure imala svaka „Banovinska Liga protiv tuberkuloze“ besplatno ustupati svim osnovnim školama. Isto tako bi mogli sveštenici i žandarmi održavati pučka tumačenja po zabačenim selima — o značenju i širenju tuberkuloze.

Da se zainteresiraju gradjani, radnici i seljaci u borbi protiv tuberkuloze, potrebno je da se bolesniku z aktivnom tuberkulozom pruža i najmanja pomoć kao: krevete, pljuvačnice, raskužna sreštva, riblje ulje, mlijeko, pomoć u hrani itd. Ukućani zahvalni na zauzimanju za njihove bolesne članove i upoznati načinom prenosa tuberkuloze postanu aktivni u borbi protiv tuberkuloze, ako ne drugo a to barem prama užoj okolini, u kojoj žive. U gradovima pozvane su u prvom redu sestre-nudilje da tu propagandu po kućama vrše, a po manjim mjestima i selima zdravstveni personal školskih poliklinika, zdravstvenih stanica i zdravstvenih zadruga te primalje.

Propaganda protiv tuberkuloze mora ići uporedno sa prikupljanjem novčanih sredstava. Nikakva socijalna bolest ne zahtjeva toliko novčanih sredstava kao tuberkuloza. Najintenzivnija propaganda protiv tuberkuloze neće dati pozitivnih rezultata u smanjenju te društvene bolesti, dok se ne postigne mogućnost pa bilo kakvu izolaciju tuberkuloznih osoba, koje siju na miljarde klica dnevno po javnim mjestima kao dok se janačnjim metodama liječenja ne reducira broj tuberkuloznih sijača klica.

Što to znači tuberkulozni bolesnik za jednu obitelj osobito radničku ili polugradjansku, to je svakom ljekaru vrlo dobro poznato. Kroz najkratće vrijeme nastupa uslijed nerada i bezkorisnih ljekova, poremećenje i onako slabog ekonomskog stanja do postepenog propadanja i konačnog izumiranja cjele porodice.

Propaganda protiv tuberkuloze mora stoga kao glavni cilj imati prikupljanje novčanih sredstava i to od najmanjih do najvećih. To prikupljanje novčanih sredstava mora se prepustiti privatnoj inicijativi i to u prvom redu „Ligi protiv tuberkuloze“, da se time dodje do jednog fonda, pomoću kojeg će se moći izvadjati izolacija teških neizlječivih kao i liječenje početnih slučajeva tuberkuloze. Prikupljanje i najmanjih i najčednijih doprinosa preko širokih slojeva, dovesti će nas prije do poželjnog cilja negoli čekanja i nade u velike ostavštine i zadužbine plemenitih ljudi, koje su rijetke i slučajne.

U naprednim državama osobito Sjeverne Europe (Holandija, Danska, Švedska itd.) upravo se nalječu razna humanitarna društva kao Crveni Krst, Zeleni Krst, Lige protiv tuberkuloze u prikupljanju novčanih sredstava, pomoću kojih se podižu i uzdržavaju dispanzeri, oporavilišta i sanatoriji za tuberkulozne. Jedna praktična primjena sa neosjetljivom novčanom žrtvom može

velike praktične koristi da dade. Tako je u Italiji uvedena u svakoj provinciji taksa od 50 cent. po osobi a isto toliko za strane provincije, što iznaša ukupno Din 3 po osobi godišnje.

Zašto se nebi moglo uvesti po našim banovinama taksa od recimo Din 1 godišnje na svaku osobu što bi doprinosom banovinske takse od Din 1 po osobi iznašalo godišnje 2 do 5 miliona dinara prema veličini pojedinih banovina.

Za kratko vrijeme dalo bi se tom svotom mnogo pozitivna postići.

I druge praktične primjene mogu da budu od nevjerovatne koristi za postignuće tog plemenitog cilja. Tako je uvedanjem „Cvjetnog dana“, kad se sakupljaju velike svote za suzbijanje tuberkuloze prodajom malih cvijetića i uvedanjem „dana protiv tuberkuloze“ kad se uz propagandu prikupljaju u žarama doprinosi u već spomenutu svrhu može vremenom doći do efektuiranja našeg glavnog cilja t. j. mogućnosti izgradnje izolacionih tuberkuloznih baraka i lječilišta.

Vrijedno je istaknuti, da je grad Turin time, što je uveo dvostruku nedjeljnu tramvajsку taksu (50 cent mjesto 25 cent) sagradio veliki sanatorij „San Luigi“ sa 700 kreveta za teže i lakše slučajeve tuberkuloze i da se tom stalnom taksom u glavnom uzdržava. Na isti način opština Rim sagradila je u „Ostia“ na moru „Preventorium“ sa 300 kreveta za djecu naklonjenu na tbc. u glavnom tuberkuloznih roditelja. Zašto se nebi mogle i kod nas u većim gradovima uvesti slična autobusna i tramvajska taksa, koje bi publika lako podnašala, kad bi znala u koju svrhu pridonaša.

Sa prikupljenom svotom na jedan ili drugi način nije potrebno graditi nove sanatorije. Adaptacije postojećih starih dvoraca, zapuštenih samostana, manastira itd. najbolje će poslužiti toj svrsi. — Tim načinom izolacije tuberkuloznih osoba služe se i druge države. Kao što se postigao odličan uspjeh sa suzbijanjem malarije uvezvi u zakup Samostan Sv. Kriz na Čiovo kod Trogira za 6.000 dinara godišnje zakupnine u kojem se liječi 80 do 100 djece mjesечно. Zašto se ne bi preuzimali zapušteni samostani, dvorci, kasarne itd. na odgovarajućim položajima za liječenje tuberkuloznih.

U borbi protiv tuberkuloze potrebno je zainteresirati sve krugove osobito imućnije osobe bez nasljedstva, bogatije iseljenike itd. — Jednom profesoru iz Splita uspjelo je u Americi sakupiti svotu od 300.000 dinara za izgradnju jedne zdravstvene ustanove po intenciji zdravstvenih vlasti, u prvom redu za liječenje djece sa tuberkulozom kostiju, kože i žlijezda.

Nažalost svjetska kriza zahvatila je i naše iseljenike te su izostali daljni doprinosi za dovršenje tog lječilišta, koji je bio već pod krovom, pak je odnosnu zgradu za dovršenje preuzeila Bolnica Milosrdnih sestara u Zagrebu.

Za svaku stvar pak i za najplemenitiju ideju potrebno je interesirati okolinu, pak uspjeh prije ili poslije neće izostati.

U borbi protiv tuberkuloze pomoću privatne inicijative ne treba zaoštati već ustrajati i ne zdvajati. Svaki početak je težak. Ako ne uspije za jednu uspjeti će za 10 godina, glavno da je sjeme bačeno a plod neće izostati.

Jedan direktor gimnazije na pr. ostavio je svom rodnom mjestu na ostrvu Hvaru zakladu od Din 100.000—, da se kamatima ove svote pobija tuberkuloza po predlogu stručnih organa. Iako mala svota ipak se ono par tuberkuloznih iz mjesta poslalo na liječenje u Sanatorij kao i poduzela propaganda protiv tuberkuloze svim postojećim sredstvima.

Predlaže se da se na ovoj konferenciji u pogledu „propagande protiv tuberkuloze kao i stvaranja sredstava za borbu protiv tuberkuloze“ uzmu slijedeći zaključci :

1. Socijalna - medicinska odjeljenja Higijenskih zavoda zatim Domovi Narodnog zdravlja i Dispanzeri za grudne bolesti organizirat će najmanje po jedno predavanje o tuberkulozi po svim većim mjestima područnog teritorija u banovini i to : filmovima ili diapositivima i tom prilikom zainteresirali pučanstvo za „Ligu protiv tuberkuloze“ u cilju prikupljanja sredstava za Ligu, koja će sa prikupljenim sredstvima osigurati fond za podizanje Lječilišta za tuberkulozne.

2. Poduzeti intenzivnu propagandu pomoću brošura, diagrama, filmova u cilju narodnog odgoja u pogledu očuvanja od oboljenja tuberkuloze kao i poduzimanja preventivnih mjera osobito kod školske djece.

3. Uzakoniti zabranu plucanja po javnim mjestima time da utjerana svota ide na korist „Lige protiv tuberkuloze“.

4. Predložiti Kr. Banskim upravama da se svaka osoba u banovini tak-sira sa 1—2 Din godišnje, kojom će se svotom uspostaviti „fond za gradnju Lječilišta za tuberkulozne“ u dotičnoj Banovini. Istu svotu će banovina unašati u svoj godišnji banovinski budžet.

5. Predložiti opštinskim upravama većih gradova u banovini da uvedu nedeljcm i blagdanima dvostruku tramvajsку ili autobusnu taksu. Utjerana svota imala bi se predavati „Ligi protiv tuberkuloze“ za „fond za gradnju Lječilišta za tuberkulozne“.

6. „Liga protiv tuberkuloze“ ima za dužnost da ispita sve zapuštene dvorce, samostane, zgrade i t. d. u cilju preuzimanja i adaptacije za „Lječilište protiv tuberkuloze“.

7. Liga protiv tuberkuloze ima da zainteresira imućnije pojedince za neophodnu potrebu podizanja Lječilišta protiv tuberkuloze, te imadu da uplivišu na iste da bi svoje imanje djelomično ili potpuno ostavili „Ligi protiv tuberkuloze“ za tu plemenitu svrhu.

8. Prikupljanje novčanih sredstava osobito prigodom „cvjetnog dana“ kojeg treba uvesti u svim većim mjestima potrebno intensivirati.

Zusammenfassung:

Dr. Škarić — Split: Propaganda und Beschaffung von Mitteln zur Tuberkulosebekämpfung.

Im Kampfe gegen die Tuberkulose, einer der schwersten sozialen Krankheiten, ist vor allem eine umfassende Propaganda und die Beschaffung der Geldmittel notwendig.

Die Propaganda hat mit Hilfe von Vorträgen, Film- und Diapositiv-Vorführungen, wie auch durch Verteilung von Aufklärungs- und Flugschriften an alle jene Korporationen

zu erfolgen, die mit der Bevölkerung in engere Berührung kommen. In allen Schulen sollen zweimal jährlich obligate leichtverständliche Aufklärungsschriften über das Wesen und den Kampf gegen die Tuberkulose gelesen werden. Weiter sollen Spucknäpfe in allen öffentlichen Lokalen, wie Schulen, Kirchen usw. aufgestellt und das gesetzliche Spuckverbot auf der Strasse und allgemeinzugänglichen Orten eingeführt werden. Bei der Uebertretung dieses Verbotes sind Straftaxen vorgesehen, deren Ertrag dem Fonde der „Liga gegen die Tuberkulose“ zugeführt wird.

Um das Interesse der Allgemeinheit im Kampfe gegen die Tuberkulose zu fördern, ist es angezeigt, erkrankten Personen eine, wenn auch nur geringfügige Hilfe in Form von Spucknäpfen, Heilmittelen, Betten oder Lebensmittel angedeihen zu lassen.

Die Hauptaufgabe des Kampfes gegen die Tuberkulose ist die Isolation der an aktiver Tuberkulose erkrankten Personen und zwar in Sanatorien, Krankenhäusern wie auch in improvisierten Pavillonen oder Baraken. Zur Erreichung dieses Ziels sind bedeutende Geldbeträge erforderlich, die von der „Liga gegen die Tuberkulose“, einer privaten Organisation in erster Linie herbeizuschaffen sind.

Mit Hilfe der gesammelten Beträge ist es nicht unter allen Umständen angezeigt Sanatorien zu errichten. Es ist oft günstiger Isolationsanstalten oder -heilstätten zu improvisieren, zu welchem Zwecke sich verlassene Schlösser, Klöster oder Kasernen in bescheidener aber zweckentsprechender Form adaptieren lassen. Die Hauptaufgabe ist die Erreichung des Ziels d. h. die Isolation der Ueberträger von Tuberkulosekeimen.

Die „Liga gegen die Tuberkulose“ deren wichtigste Aufgabe die Schaffung des „Fondes zur Errichtung von Heilstätten“ ist, hätte die notwendigen Geldbeträge in erster Linie wie folgt zu beschaffen:

1. Es ist durch eine entsprechende Propaganda bei vermögenden und nachkommenlosen Personen und Auswanderern die Schaffung von testamentarischen „Stiftungen“ zu Gunsten des Fonds der „Liga“ zu erreichen.

2. Es ist die Durchführung des gesetzlichen Spuckverbotes an öffentlichen Plätzen durchzusetzen. Die Straftaxen, die im Falle der Uebertretung eingehoben werden, werden der „Liga“ zugeführt.

3. Durch die Einführung einer jährlichen Taxe von Din 1 pro Bewohner in jedem Banusdistrikte ist ein „Distriktsfond“ zur Errichtung der „Distriktsheilstätte“ zu gründen.

Das Aequivalent der eingehobenen Taxe hat die Banusregierung in ihrem Jahresbudget vorzusehen, so dass zur Errichtung der Heilstätte beide Beträge zur Verfügung stehen.

4. Von den Gemeindeverwaltungen der größeren Städte ist an Sonn- u. Feiertagen die Einführung von erhöhten Strassenbahn- und Autobusfahrpreisen zu erwirken. Der Erlös dieser Massnahme wird dem schon erwähnten Baufonde der „Liga“ überwiesen.

Hilfsbedürftige Bewohner jener Städte, die die bedeutendsten Zuschüsse liefern, werden gelegentlich der Aufnahme in die Heilstätte in erster Linie berücksichtigt.

5. Es ist der Sammeldienst und die Werbung von Mitgliedern der „Liga gegen die Tuberkulose“ zu intensivieren und es sind in allen Distriktsstädten „Blumentage“ zu Gunsten der Liga einzuführen.

Bei Durchführung aller oder wenigstens der wichtigsten der angeführten Massnahmen wäre es den staatlichen Behörden im Verein mit der „Liga gegen die Tuberkulose“ ermöglicht die gestellten humanen Ziele zu erreichen.

Razprava k gornjim predavanjem

Dr. Bulović — Split povdarja najprej eminentno važno stališče učitelja v borbi proti tuberkulozi in sicer naj bo vsak učitelj osebno prepričan, da je boj proti tuberkulozi deci, njemu samemu in narodu v največjo korist. Za vzgled, kako se učiteljstvo zaveda važnosti borbe proti tbc, je nemško učiteljstvo. V tej prepotrebni borbi morajo biti zastopani vsi: tako starši kot učitelj v šoli. Govornikove besede so žele burno odobravanje. Poleg tega posebno naglaša g. govornik, kaj tudi more in mora storili država in kaj je dolžnost šolskega zdravnika. Ne sme se kar na hitro obsojati ne učiteljstva, ne zdravnika, če uspehi niso takšni, kot bi si jih želeli, zlasti, ker je tuberkuloza socijalna bolezen, v veliki meri povzročena po slabih gmotnih razmerah. Danes pa vsi živimo v slabih gospodarskih prilikah, ter je tudi materijelna pomoč vsestransko zelo omejena.

Dr. Nemanic — Zagreb izrazi radost nad kongresom, ki je pokazal veliko važnost temeljitega raziskovanja in proučevanja tuberkuloze. Se zahvali gg. govornikom za njihova predavanja o elementarnem vprašanju: šola in tuberkuloza. Kongres je dal mnogo novih, daljnih pobud, kako se čim bolje in pravilneje vodi organiziranje bojadeva proti jetiki.

Dr. Nemanic pripominja, da je treba pri šolski deci najti vse slučaje odrastejetike in deli otroku priliko in sredstva za zdravljenje. Pri tem bi morale denarno pomagali predvsem banske uprave. A ne samo šolske otroke, temveč tudi ostale člane (bolne) njih rodbin je treba preiskati in zdraviti, ker je le tako možno zašteti kal tuberkuloze v rodbini. Zelo važno je, da se deca, ki gre v ferijalne kolonije, natančno preišče, ker mnogi nosijo v sebi aktivno jetiko, ki ob povratku s počitnic ne kažejo nobenega zboljšanja, ampak ravno obratno, veliko poslabšanje. Tako deco je treba porazdeliti v posebnih počitniških kolonijah ter ji posvetiti posebno zdravniško pažnjo. Prav tako je treba zdravniško pregledati vse nastavnike ferijalnih kolonij, ker jetični nastavnik ne spada med deco v ferijalni koloniji.

Dr. Maršić stavi odboru sledeče predloge:

1. tema: šola in tbc. naj bo na vsakoletnem zasedanju v evidenci, da se bo videlo, kaj in koliko se je izvršilo v tem elementarno važnem vprašanju.

2. Šolski zdravniki pogosto niso dovolj izobraženi v vseh tbc. vprašanjih v toliki meri, v kolikor bi bilo v njihovi važni službi potrebno. Zato bi se moral poliklinični zdravnik zlasti v tbc. vprašanjih še posebno izobraziti kot n. pr. praktični zdravnik v porodništvu.

3. Veliko skrbi se mora posvetiti gradnji novih kakor tudi izboljšavanju starih šol, ki naj ustrezajo higijeničnim predpisom. Kubatura učilnic, prhe, kopalnice, so zelo važne stvari. Tudi naj bo stanovanje za učiteljstvo ločeno od šolskih učilnic.

4. Največja skrb se mora posvečati gimnastiki šolske dece. Da naj šolski zdravniki vplivajo na nastavnike za lelovadbo, ki imajo navadno premalo izobrazbe v higijenskih vprašanjih. Sploh pa: šolski zdravnik je v prvi vrsti poklican k rešitvi teh vprašanj.

Dr. Maršić želi, da glavni odbor njegove predloge upošteva.

RESOLUCIJA

V soboto dopoldan dne 12. maja t. l. se je oglasila pri banu Dravske banovine, g. dr. Marušiču, posebna deputacija, katero so pod vodstvom dr. Jordan Stajića, predsednika Jugoslovenske lige proti tuberkuloze, tvorili : dr. Vlad. Čepulić, univ. profesor in predsednik Društva za suzbijanje tuberkuloze v Zagrebu, docent dr. Ivan Matko in dr. J. Bohinjec, predsednik Narodne protituberkulozne lige v Ljubljani. Deputacija je g. banu izročila posebno resolucijo kongresa s prošnjo, da isto s svojim poročilom in priporočilom pusti odposlati g. ministru za socialno politiko in narodno zdravje.

Ban dr. Marušič je članom deputacije zagotavljal, da bo kr. banska uprava borbi proti tuberkulozi posvetila svojo največjo skrb in pažnjo. Glavno skrb pa je treba osredotočiti na pridobivanje potrebnih sredstev. V tem oziru je uvaževanja vredna misel po uvedbi posebne zdravstvene davščine.

Depulacija je dobila prepričanje, da se g. ban resno zaveda nevarnosti, ki ljudstvu preti po jetiki. Ugotovili moramo tudi zelo razveseljivo dejstvo, da se je zdravstveni oddelek kr. banske uprave po svojih zastopnikih, gg. načelniku dr. Dolšaku in inspektorju dr. Majerju živo zanimal za polek, ugotovitve in sklepe kongresa. V tem zanimanju je bilo mnogo več od gole formalnosti. Navdaja nas upanje, da bo v bodoče naša protijetična borba v zdravstveni oblasti Dravske banovine dobila resno in stalno podporo in zaščito.

Gospod minister!

Tuberkuloza je ena izmed najstrašnejših in najbrezobzirnejših sovražnikov jugoslovanskega naroda in njegove države. Tuberkuloza ustvarja stalno krizo v narodu, katera mu ne da možnosti za gospodarski in zdravstveni razmah. Statistično je dognano, da spada Jugoslavija med države, katere so s tuberkulozo najbolj zakužene. Številke za posamezna mesta in za posamezne sloje naroda pozivajo k največji skrbnosti. Umrljivost za jetiko dosega skrajno resno in nevarno stopnjo! Škoda, ki jo na leto utrpi Jugoslavija vsled tuberkuloznih obolenj, znaša več milijard dinarjev!

Priznati si moramo, da borbi proti jetiki do danes nismo posvečali one globoke, resne in doslednje pažnje in skrbnosti, katero značaj in narodno gospodarski pomen te bolezni zahtevata. Mnoge, tudi manj napredne države, nas v točki ljudsko-zdravstvenega skrbstva daleko prekašajo. Državna organizacija protituberkuloznega skrbstva je skrajno nezadostna in v vseh smereh pomanjkljiva, čestokrat naravnost brezbržna; zasebna iniciativna pa je v organizaciji borbe proti jetiki komaj v zadnjih

letih malo vidna. Kulturni narodi pa imajo ponosne vsenarodne in ljuaske protituberkulozne organizacije. Ljudskim boleznim morajo biti kos le ljudske organizacije, katere so svoje korenine globoko pognale v narod!

Skrajni čas je, da se narod in država zdramita k zavesti. Resno se moramo pričeti zavedati svoje velike in težke odgovornosti pred bo dočnostjo naroda. Narod je polno legitimiran, da od onih, kateri nosijo odgovornost za usodo ljudskega zdravja, zahteva obračun, zlasti obračun v pogledu pobijanja jetike.

Danes bi se moral vršiti 15. ali vsaj 10. jugoslovanski vsedržavni protituberkulozni kongres! Taka činjenica bi bila dokaz, da narod in država pravilno pojmujeta bistvo in pomen tuberkuloze med jugoslovanskim narodom. Letos od 10. do 13. maja se je vršil šele prvi jugoslovanski protituberkulozni kongres. Želimo in zahtevamo, da je ta kongres važna in pomembna izhodna točka za jugoslovansko državno in narodno borbo proti tuberkulozi. Kar je bilo v dolgih letih zamujenega, morata narod in država dohiteti in dopolniti, da zdravje našega ljudstva ne bo še hujše trpelo.

Kongres je prva velika mobilizacija vseh naših sil, katere hočejo v tej borbi za ljudsko zdravje sodelovati. Kongres pa je tudi javnna manifestacija za pravice naroda v ljudsko - zdravstvenem pogledu, posebno v pogledu protituberkulognega skrbstva. Skromna je sicer četa mobiliziranih sil, toda v tej četi je mnogo plemenitega in nesebičnega idealizma in zelo veliko ljubezni do svojega bližnjega, predvsem do trpečih bratov in sester. Zato je ta četa močna! Na čelu ji korakajo zdravniki, kateri bodo dokazali, da so nalogam protituberkulozne borbe docela kos in dorasli. Potrebujejo pa razumevanje in pomoč države in vse javnosti, katera želi narodu lepšo in močnejšo bodočnost.

Na prvem jugoslovanskem protituberkuloznem kongresu smo podčrtali tole: V Jugoslaviji spada sistematična in na globino in v širino vsestransko vestno in skrbno organizirana borba proti jetiki med elementarne in prvobitne dolžnosti države in naroda. Udeleženci kongresa so si edini v tem, da je sistematična organizacija borbe proti tuberkulozi postala neodložljiva potreba in dolžnost države, banovin, srezov, občin in mest ter vsega naroda.

Kongres je bil tolmač te potrebe in dolžnosti. S temle pismom, naslovljenim na Vas, gospod minister, je kongres podčrtal samo nekaj smernic, katere naj se v protituberkulozni borbi predvsem uvažujejo:

Svoje poglede na potrebe protituberkulozne borbe je združilo kongres v slediči dve osnovni resoluciji.

I.

Splošne smernice v borbi proti tuberkulozi.

1. Upoštevaje kulturno in prosvetno stopnjo ter šege in navade našega naroda je treba staviti na čelo borbe proti jetiki; dvig narodno-gospodarskega stanja in čim globljo zdravstveno-higijensko prosveto naroda. Pri pobiranju tuberkuloze v Jugoslaviji mora biti poleg Kochove prve in Calmetteove druge osnovnice zdravstveno-higijenska prosveta najširših plasti naroda tretja osnovnica.

Borbi proti jetiki naj služijo: dispanzerji, posebne bolnice, oddelki, pododdelki in domovi za tuberkulozne. Njim ob strani naj stoje razne oblike ljudskih zdravilišč, preventoriji in ostali oskrbovalni in skrbstveni zavodi zajetičnike in po jetiki ogrožene.

Pri vsaki obstoječi in novo ustanovljeni bolnici naj se uživotviroj protituberkulozni dispanzerji, ki naj bodo obenem stanice za reinsuflacijo pnevmotoraksov. V vsaki bolnici naj dobi dispanzer določeno število postelj za oskrbo jetičnikov. Šef dispanzerja bodi istočasno šef tuberkuloznega oddelka, pododdelka, odnosno odseka v bolnici.

Dispanzerji morajo biti nele socijalno-higijenski, marveč tudi za manj imovite sloje zdravilni centri.

Da morejo dispanzerji uspešno in vsestransko vršiti svojo naloge, je minimalna zahteva ta, da imač vsak politični srez svoj potujoči sreski dispanzer s krajevnimi posvetovalnicami.

V vsakem srežu ali za več srezov mora biti na razpolago poseben „dom za tuberkulozne“, v prvi vrsti za oskrbo neozdravljenih jetičnih hiralcev.

2. Organizacija borbe proti jetiki naj sloni v Jugoslaviji na Jugoslovanski protituberkulozni ligi, dalje na banovinskih, sreskih in krajevnih protituberkuloznih udruženjih, društvih in organizacijah.

Pri najvišji državni zdravstveni oblasti mora celotno borbo proti jetiki združevati v skupnost, voditi in nadzirati poseben inspektorat za tuberkulozo. Protituberkulozna liga in društvo fiziologov sta mu posvetovalna in izvršilna organa.

Zdravstveni oddelki pri banskih upravah morajo biti organizirani tako, da se z borbo proti tuberkulozi peča posebni odsek ali referat, kateri predstavlja bonovinski inspektorat za tuberkulozo.

3. S posebnim „tuberkuloznim zakonom“ naj se proglaši tuberkuloza za kužno in prenosljivo bolezen. Zakon naj obsega najmanj sledeča določila:

a) obvezno prijavo vsakega kužnega jetičnika, vsaj pa vsake osebe, ki vsled jetike in po svojem poklicu ogroža ožjo ali širšo okolico;

b) obvezno prijavo vsakega za jetiko umrlega prebivalca;

c) obvezno razkužbo zakuženih stanovanj, i. s. nele ob smrti jetičnika, marveč tudi ob njegovi izselitvi;

č) izločitev odprtih jetičnikov iz poklicov in obratov, ki so za razširjenje jetike prav posebno nevarni, vendar ob zadostni materijelnii zaščiti takih bolnikov;

d) vse osebe, ki se nahajajo v takih obratih in poklicih ali pa se pečajo z nego, odgojo in vzgojo otrok, se morajo vsakega pol leta ali na zahtevo zdravstvene oblasti izkazati z zdravniškim izpričevalom o stanju njihovega zdravja;

e) zaščitno cepljenje z B. C. G. vsaj dojenčkov iz zakužene okolice;

f) izločitev takih dojenčkov iz zakuženega miljeja;

g) skrbno izberi in strokovno izobrazbo bolniškega oskrbovalnega in zdravstvenega osobja;

h) v javnih zdravstvenih zavodih brezpogojno odvojitev odprtih jetičnikov v posebne oddelke, odseke ali sobe;

i) čim temeljitejšo izobrazbo v kliniki, patologiji in terapiji tuberkuloze v javni službi stoečih zdravnikov;

j) rešitev denarnega vprašanja, v kolikor prihaja v poštev za kritje iz tuberkulognega zakona nastalih izdatkov, in slednjič;

k) naglasitev in z zakonskimi merami zasigurano obligatorno sodelovanje vseh činiteljev, ustanov in oblasti, ki imajo zanimanje za pobiranje tuberkuloze.

4. Za praktično izvedbo vseh ukrepov, potrebnih za zdravstveno higijensko in socialno zaščito prebivalstva pred tuberkulozo in pred zgodnjim hiranjem, so potrebna zadostna finančna sredstva, ki naj se krijejo iz posebnega „tuberkulognega fonda“ pri državni centralni oblasti in pri vseh banovinah „dalje s posebnimi davki, odnosno s posebnimi dodatki pod naslovom „protituberkulozni dinar“ k nekaterim že obstoječim davkom, taksam itd.

5. Strogo sanitarno - policijsko nadzorstvo nad letovišči, klimatskimi zdravilišči in turističnimi kraji. Sem spada obvezna prijava kužljivih jetičnikov, dospelih v zdraviliške kraje. Z oskrbo odprtih jetičnikov v takih krajih se smejo pečati le oni zdraviliški domi, penzionati, hoteli in za-

sebne hiše, ki imajo za to uradno zdravstveno dovoljenje, so zadostno opremljeni glede razkužbe zakuženih predmetov in stoje pod zadostnim zdravstveno-higijensko-policijskim nadzorstvom.

6. Oživotvorenje posebne stolice za tuberkulozo pri medicinskih fakultetah, ki naj omogoča specijalno izobrazbo medicincev in zdravnikov v kliniki, patologiji in terapiji tuberkuloze in v socialnem ter eksperimentalnem spoznavanju te bolezni. Stolica se opira na zavod za znanstveno raziskovanje tuberkuloze.

V učni načrt medicinskih fakultet spada ne le socialna medicina, marveč tudi socialna higijena in fizeologija.

7. Obstaječi zakon o zaščiti delavstva naj se v celoti praktično izvede. Isto velja za zakon o zdravstvenih občinah. Neobhodno potrebno je razširjenje bolezenskega zavarovanja na javno uradništvo in na vse panoge delavstva ter izboljšanje zavarovanja svojcev. Uvedba invalidnega kakor tudi starostnega zavarovanja je nujna socialna, zdravstvena in gospodarska potreba.

Brezpogojno pa se mora kar najhitreje uvesti invalidno zavarovanje vsaj za osebe, navedene v točki 3, č.

Pospoševanje oživotvorenja zdravstvenih zadrug v vaseh in mestih bi znatno podprlo borbo proti jetiki. Razširitev socialnega zavarovanja bi omogočilo vsestransko preventivno delo v borbi proti tuberkulozi.

8. Naj se izvaja čim izčrpnejša asanacija našega sela in podvzamejo vsi ukrepi za dvig življenskega standarda celotnega naroda, posebno malega kmeta in delavca.

Za poglobitev higijene na vaseh se priporoča oživotvorenje zdravstvenih inpektorjev pri higijenskih zavodih, ki po izdelanem načrtu poučujejo in nadzorujejo široke plasti naroda tako glede zdravstva kakor tudi glede higijene.

9. Za uspešno pobijanje tuberkuloze naj se podpira gradnja cenenih in higijenskih stanovanj za delavstvo, kmeta, nameščenca in uradnika. Potreben pa je tudi smoterni stanovanjski in stavbeni zakon, kakor tudi specijalna uradna inspekcija in skrbstvo stanovanj po dovoljnem številu strokovno izobraženih moči (sestre, desinfektorji itd.). Posebno strogo higijensko nadzorstvo naj se izvaja nad gostilniškim, hotelirskega in živilskim obrtom, pri prvih dveh zlasti glede ureditve prenočevalnih možnosti, opreme in menjave posteljnine, jedilne posode, umivalnih naprav itd.

10. Najstrožje higijensko nadzorstvo po zdravnikih strokovnjakih, nameščenih pri inspekciji dela, nad vsemi obrti in industrijo, zlasti nad

živilsko, grafično, gospodinjsko in tekstilno industrijo, nič manj pa tudi nad nevarnimi takozvanimi sobnimi poklici, ki prav posebno prihajajo v poštev za okužbo in prenos tuberkulozne klice.

Posebno nevarni (prašni) poklici smejo biti dostopni le delavcem, k so zdravniško preiskani in so na pljučih popolnoma zdravi.

Veleobrt in veleindustrija te panoge morata biti po zakonu obvezani, preskrbeti delavstvu nele zdravju popolnoma ustrezajoča delovišča, marveč tudi primerne in higijenske stanovanjske možnosti.

11. Oprema vseh javnih obratnih lokalov in delavnic s stenjskimi pljuvalnimi napravami s pokrovom in s primernimi napisimi glede obnašanja pri pljuvanju, kašljanju itd. Potreben je periodičen pouk delavstva, zlasti pa vseh nameščencev v poklicih, za prenos tuberkuloze posebno nevarnih, o obči telesni higijeni in o praktičnem pobiranju tuberkuloze.

Oba predmeta spadata v strokovni izpit nameščencev teh kategorij, odnosno obratov.

12. *Pobiranju tuberkuloze med govedo je posvečati posebno skrbno pažnjo. Sterilizacija ati vsaj paštevrzacija mleka v večjih mlečnih obratih, namenjenih proizvajaju mlečnih proizvodov, je osnovni predpogoj za omejitev prenosajetike od živine na ljudi.*

Radi tega naj se čim strožje izvaja *zakon o nadzorstvu nad živili* in uvedejo vsi ukrepi za *pobiranje tuberkuloze med govedo.*

13. *Pri urejevanju višine plač, draginjskih doklad itd. ne smejo biti merodajna samo kvalifikacija, službena leta itd., marveč tudi število in starost otrok uslužbenca.* Rodbine s številnimi, nepreskrbljenimi otroci zaslužijo večjo pažnjo kakor rodbine brez otrok ali z malim številom otrok. Tudi pri *pobiranju preposestnosti* naj velja to načelo.

14. Reorganizira naj se *vsesocialno skrbstvo po načelih borbe proti tuberkulozi.*

15. *Zdravstvena in higijenska prosvetila* naj se razteza na vse plasti naroda, predvsem pa na šolsko mladino vseh panog. Prosветa bodi prilagodena zahtevam in potrebam vsakdanjega življenja!

Posebna pažnja naj se posveti *fizični vzgoji in odgoji* ne le mladine, marveč celokupnega prebivalstva, zlasti pa na selu. Kajti fizična vzgoja naroda je eden izmed najboljših pripomočkov pri praktičnem zatirjanju tuberkuloze!

V središče telesnih in sportnih vaj naj se postavijo: a) izoblikovanje pravilne telesne drže, b) razvoj krepkega prsnjaka, v globočino in širino in c) smotrna dihalna gimnastika!

16. Velika nevarnost širjenja tuberkuloze po šoli, po bolnih učencih, učiteljih in slugah zahteva največjo pozornost. Zaradi tega naj se zakon o zdravstveni zaščiti učencev in zakon o narodnih meščanskih, učiteljskih, srednjih itd. šolah čim strožje izvajata ter dopolnila in izpolnila z dočebami, katere zahtevajo moderni principi pobijanja tuberkuloze v šoli.

17. Čim tesnejše sodelovanje vojaških in drugih oblasti pri pobijanju tuberkuloze.

II.

Smernice za borbo proti tuberkulozi v šoli.

1. Pred vstopom v poklicno izobraževanje in v poklicno vzgojevanje se morajo z uradnim izpričevalom o zdravstvenem stanju izkazati vse osebe, ki se posvetuje učiteljskemu poklicu kot učna moč na vseh javnih in zasebnih šolah, dalje na poklicnih in strokovnih zavodih in službi v internatih in v podobnih zavodih za vzgojo in odgojo mladine.

Zdravniško izpričevalo morajo predložiti vse osebe, ki se posvetijo poklicu: poklicnega učitelja, tehničnega učitelja, športnega, telovadnega, plavalnega ali veslaškega učitelja, poklicu učitelja za ortopedični pouk, poklicu učitelja v gluhonemnicah in zavodih za slepce, dalje poklicu vzgojitelja ali vzgojiteljice v otroških vrtcih in v podobnih ustanovah za mladino in splošno poklicu, kateri ima v katerikoli obliki neposredno stik z mladino.

2. Neposredno ob vstopu v enega izmed zgoraj navadenih poklicov imajo vse naštete osebe predložiti tudi potrdilo učnega zavoda, kjer so se šolale, kakega zdravja so bile med poklicnim izobraževanjem.

Pri vseh, pod 1 naštetih osebah so potrebne posebne zdravstvene kartotekе, v katero se vpišejo nele dopusti, marveč tudi bolovanja in vzroki bolovanja, izstopa iz službe, odnosno smrti.

3. Za vsako osebo, našteto v točki 1, alinea 2, pod II., dalje za vsakega učenca in za vse pomožne osebe (šolske sluge, prodajalce živil v šolah itd.), se mora izvršiti uradna preiskava, ako vsled pogoste bolezni izostačajo od šolskega pouka, odnosno od službe ali pa bolehajo na daljšo dobo trajajočih ali pa na pogosto se ponavljajočih afekcijah dihal. Uradno zdravniško preiskavo more zahtevati šolski, odnosno uradni zdravnik, dalje šolska oblast sama, v prvi vrsti pa pristojni ravnatelj, oz. upravitelj, odnosno za učence razredni učitelj.

K uradni zdravniški preiskavi se moreta po potrebi pritegniti tudi zdravnik strokovnjak za pljučne bolezni ter rentgenolog.

4. Osebe, navedene v točki 1. pod II., imajo moralno in službeno dolžnost, da v slučaju pojavljanja znakov, sumljivih za obolenje na jetiki poiščejo nemudoma zdravniško pomoč v svrhu ugotovite morebitnega obolenja na tuberkulozi in se podvržejo potrebnemu zdravljenju.

5. Zdravniški preiskavi se imajo ob vstopu v službo in periodično med izvrševanjem službe podvreči nele vse učne osebe, marveč tudi vse pomožne osebe (šolski sluge, prodajalci živil v šolah itd.) in tudi svojci onih rodbin in oseb, ki stanujejo v skupnem gospodinjstvu z njimi v šolskem poslopu.

6. Učne in pomožne osebe, ki bolehaajo na kužni obliki pljučne jetike ali na jetiki jabolka, ne smejo biti zaposlene v šolskih prostorih. Učenci, bolni na navedeni obliki jetike, ne smejo posečati šolskega pouka. Na kužni obliki jetike bolne osebe pod točko 5, pod II., se morajo odstraniti iz šolskega poslopja.

7. Otroci iz rodbin z odprto jetiko smejo posečati otroške vrtce in podobne mladinske ustanove le, ako nosijo preko običajne dnevne obleke delovni plašček, ki se shranjuje in oskrbuje v zavodu.

Priporoča se oživotvorjenje posebnih otroških vrtcev za otroke iz zakuženih rodbin in tudi za slabotno, po jetiki ogroženo deco s posebnim dnevnim redom (po vzorcu okrevališč, gozdnih šol itd.)

8. Osebe, ozdravele od kužne oblike jetike pljuč ali jabolka, se smejo povrniti v šolsko službo, odnosno v učni poklic, ako z uradnim zdravniškim izpričevalom dokažejo, da niso več nevarne za okolico. Tudi po vrnitvi v službo morajo te osebe vsako četrtek predložiti zdravniško potrdilo, da so za okolico gledejetičnega obolenja neopasne (preiskava pljunka, eventualno rentgenološka preiskava pljuč).

Ta predpis velja tudi za osebe, ki se vrnejo v skupno gospodinjstvo v šolskem poslopu stanujočega učiteljskega ali pomožnega osebja.

9. Z vidika uspešnega pobijanja jetike med učiteljstvom je nujna potreba, da se osnuje zanj posebno bolezensko zavarovanje ali pa se mu omogoči pristop k enemu izmed že obstoječih socialno-zavarovalnih zavodov. Na tuberkulozi oboleli učitelj mora skozi dobo 52 tednov v neokrnjeni obliki prejemati vse svoje službene prejemke.

Učitelj, kateri je za čas svojega službovanja obolel na jetiki in postal stalno nesposoben za izvrševanje službe, mora dobiti neglede na dobo službovanja in brez ozira na stalnost ali nestalnost pokojninski minimum, kateri naj do dovršenega 15. leta službovanja znaša najmanj $\frac{2}{3}$ zadnjih skupnih prejemkov.

10. Šolski prostori se smejo uporabljati le v učne namene. Nikdar pa ne smejo služiti kot zasebno stanovanje, še manj pa predstavam, predavanjem, predvajanjem itd. po zasebnih društvih, ki pa morajo poskrbeti za desinfekcijo uporabljenih prostorov.

11. Za uspešno pobijanje jetike med učiteljstvom in šolsko mladino se mora obvezno prijaviti pri šolsko-zdravstveni oblasti vsak učenec, vsaka učna in pomožna oseba, pa tudi svojec poslednjih oseb, stanujoč v šolskem poslopu z njimi v skupnem gospodinjstvu, ako se pri njih ugotovi oblika odprte pljučne ali grgovčeve jetike. Isto velja tudi za osebe, ki se pečajo z oskrbo in skrbstvom mladine (dijaške gospodinje itd.

12. K uspešnemu pobijanju tuberkuloze v šolah spadajo: razbremeničev preobremenjenih šol in razredov, ustvarjenje higieniskim zahtevam ustrezačih šolskih prostorov, ustanavljanje šolskih poliklinik itd.

Vsaka šola mora stati brezpogojno pod nadzorstvom primerno izobraženega šolskega zdravnika!

Pri ministrstvu prosvete in pri prosvetnih oddelkih banskih uprav morajo poslovati zdravniki kot strokovni šolsko-higienski referenti.

Pri deljenem šolskem pouku je misliti na zadostno prehrano otrok. Pozabiti pa se ne sme na preskrbo šol z zdravo pitno vodno napravo in s smoterno urejeno kopalno napravo, najbolj v obliki dovoljnega števila prh.

K vsaki šoli spada dovolj veliko dvorišče, igrišče, dnevnišče itd.

V višjih razredih srednjih, učiteljiških, meščanskih obrtnih in trgovskih šol mora biti higiena nele obvezni šolski predmet, marveč mora najti primerno mesto tudi pri tečajnem diplomskem odn. završnem izpitu.

13. K glavnim nalogam šolskega zdravnika spadajo:

- a) ugotovitev zdravstvenega stanja vseh učencev,
- b) tekoče nadzorstvo zdravstvenega stanja vseh bolnih in bolnosumnih učencev, in slednjič,

c) zdravstveno posvetovanje z učenci z ozirom na poklicno izberbo.

V delokrog šolskega zdravnika spadajo: vsakoletne vrstne preiskave učencev, zdravstveno posvetovalne ure neposredno v šoli za učence, zdravstveno posvetovalni sestanki s starisci, pregledavanje tako žvanih rodinskih pol itd.

Šolski zdravnik mora stati v najožji zvezi z vsemi krajevnimi ustanovami in napravami, ki služijo v tej ali oni obliku zatiranju jetike. Šolsko vodstvo mora naznaniti zdravniku vsakega jetičnega ali na jetiko sumljivega učenca.

*Šolski zdravnik ima sedež in glas nele v krajevnem šolskem odboru
marveč tudi pri zdravstvenih šolskih konferencah.*

14. Priporoča se oživotvorjenje skrbstvenih in oskrbovalnih naprav
za tuberkulozno in po tuberkulozi ogroženo deco.

15. Šolska izpričevala naj vsebujejo tudi oceno „snaga in čistota“,
ki naj se vrednoti kakor ostali predmet. Priporočajo se javne izkušnje z
javnim priznanjem nele iz fizične, marveč tudi iz zdravstveno-higienske
izobrazbe.

16. Periodično zdravstveno in skrbstveno nadzorstvo naj uživajo
vajenci in sploh deca, stara izpod 14 let, zaposlena v tujih gospodinjstvih;
pod isto nadzorstvo (najbolje občinske skrbstvene sestre itd.) spada tudi
deca, ki v rodbini ne vziva primerne in zadostne socialne, odgojne in
vzgojne zaščite.

*Gospod minister! Iskreno želimo, da uvidite nujnost ustvaritve orga-
nizacije protituberkulozne borbe na kar najširši podlagi, z možnostjo kar
najširšega uveljavljenja. Leto I. jugoslovanskega protituberkuloznega kon-
gresa naj pomeni pričetek nove dobe prizadevanja Jugoslavije na polju
pobijanja tuberkuloze. Za srečo in zdravje naroda morajo biti na razpo-
lago zadostna moralna in materielna sredstva. To mora biti zahteva nele-
vsakega posameznika, marveč tudi naše celokupne javnosti!*

**V Ljubljani, v dneh I. jugoslovanskega protituberkuloznega
kongresa od 10. — 13. maja 1934.**

Za:

Jugoslov. protituberk. ligo :

Dr. Jordan Stajić,

predsednik lige in šef vojne
sanitev v p.

Za:

Jugoslov. ftiziološko društvo:

Dr. A. Radosavljević

univerzitetni profesor in predsednik.
društva.

II.

KLINIČNO-MEDICINSKA PREDAVANJA

Principi savremenog liječenja tuberkuloze

U većini slučajeva skroz neopaženi tečaj primarne tuberkulozne zaraze, razvitak tuberkulognog procesa s kasnijim periodama skroz neopaženo ili sa lakin poremećajima općenitog stanja i jedva primjetljivim smetnjama sa strane bolesnog organa čak i kod vrlo opsežnih cirotičnih procesa, znaci su slabe otrovnosti bacila tuberkuloze za čovječji organizam, a prisuće bacila tuberkuloze u čovječjem organizmu kroz čitav život individua, a da kod toga bacil ne ugine, o čem svjedoči pozitivna tuberkulinska reakcija, znači, da se i bacil tuberkuloze može uslijed svoje naročite otpornosti da kroz godine i decenije opire čovječjem organizmu, organizam nije u stanju, i ako je na oko likvidirao borbu sa bacilom tuberkuloze, da ga do kraja uništi, a s druge strane sve te činjenice znak su i sposobnosti obrane i odupiranja organizma bacilu tuberkuloze.

I nakon tega uspjeha organizma, bacil se tuberkuloze nije slomio. On čeka na povoljne okolnosti za nj, čeka priliku, kad oslabe bilo s kojih razloga (socijalni uzroci, zaražne bolesti, trudnoća, pubertet, diabetes itd.) otporne snage organizma, da iz zasjede izrabi za sebe povoljan momenat, da se dovoljno namnoži, da stvori dovoljni broj jakih navalnika, pa da se ponovno uputi u borbu sa u momentu slabijim protivnikom, oštećenim organizmom, da se raširi sada na tom za se povoljnem terenu u momentu, kad organizam ne može da reagira onako, kako bi inače pod povoljnim kondicijama reagirao, i da sada u toj za se povoljnoj situaciji pokuša iznijeti pobjedu, da slomi snage organizma, da poremeti ravnotežu, koja se očituje u pojavnama bolesti.

Već sama činjenica, da su gotovo svi ljudi do stanovitog doba života zaraženi tuberkuloznim klicama, a da samo jedan dio oboli od tuberkuloze, govori za važnu ulogu terena, na koji su klice tuberkuloze pale, govori za važnu ulogu individualne nespecifične otpornosti, rezistence, govori za važnu ulogu obrane, koju je teren, organizam, u stanju da pruži, a koja leži već od naravi u njem, kojom on raspolaže od prirode. Tko će iznjeti pobjedu, tijelo ili uzročnik, zavisi od medjusobnih snaga, zavisi od načina navale uzročnika, zavisi od toga, kako su uslijedile navale, da li naglo ili postepeno, u većim ili manjim intervalima, zavisi s jedne strane od *ekspozicije*, a s druge strane od osobina organizma, od te njegove nespecifične otpornosti, nespecifične obrane, zavisi od načina reagiranja organizma na tu navalu, zavisi dakle od faktora, koji svi leže u njegovoj *konstituciji*, koja predstavlja više ili manje podesan teren za eksistenciju bacila tuberkuloze. Konstitucionalni faktori mogu biti u nekom slučaju za bacil tuberkuloze i nepovoljni, ali *kondicionalni* momenti (razni socijalni, fizički i psihički momenti) mogu biti od tolikog ulječaja, da i na tom konstitucionalno za bacile tuberkuloze vrlo nepodesnom terenu, klice tuberkuloze, u za organizam s kondicionalnih razloga nepodesnoj situaciji, mogu naći podesne uvjete za svoj bujni život. A opet konstitucionalno

podesno tlo može da se vanjskim kondicionalnim momentima modificira tako, da klice tuberkuloze ne nadju na njem ugodnih odnosa za svoj opstanak.

Setimo se nekih primjera o ulozi terena, konstitucije, kod tuberkulognog zbijanja, kako se bacil tuberkuloze snalazi na pojedinom terenu kod konstitucionalno raznih tipova. Nedovoljna otpornost, nepovoljan tečaj, nepovoljnija prognoza tuberkulognog procesa kod asteničara, smatra se izrazom slabe obrane tijela, smanjenje reaktivne sposobnosti organizma u svakom pogledu, a poglavito nedovoljne reaktivne sposobnosti, stvaranje vezivnog tkiva i nedovoljne produkcije antitjelesa, pa zato dolazi kod njih tuberkuloza u obliku malignijih procesa. Sam habitus asthenicus nije posljedica tuberkulozne zaraze, jer imade obilje astenične djece, koja nisu ni zaražena tuberkulznim klicama. Tipovi fibrozne (*Krilov*) — muskularne (*Sigaud*) — atletičke (*Kretschmer*) — konstitucije naginju na jako stvaranje vezivnog tkiva, slabo oboljevaju od tuberkuloze, naginju na njezine fibrozne forme, na induraciju i cirozu. Pikničari (*Kretschmer*) — digestivna konstitucija (*Sigaud*) — typus megalosplanchnicus (*Viola*), k njima spada status hypoplasticus t. j. limfatisam i status thymicolumphaticus, jako reagiraju na podražaje, stvaraju obilje vezivnog tkiva, raspolažu sa dobrom naravnom obranom. Ako kod njih dodje do pojava tuberkuloze, one su benigne naravi, najčešće ekstrapulmonalne. Benigni tečaj tuberkuloze kod djece s eksudativno-limfatičnom dijatezom, veliki broj limfatičara medju bolesnicima s ekstrapulmonalnim tuberkulozama, imade se svesti dakle takodjer na osobitosti dotičnog terena, na osobiti način reagiranja, na pojačanu reaktivnost limfatičnog tkiva na tuberkulozni virus i stim u vezi na dobru obranu organizma. Pikničari i fibrozni tip su dakle antagonisti asteničkog tipa.

Prema nalazima *Saltykowa* kod asteničara i osoba sa gracilnom konstitucijom dolazi plućna tuberkuloza u najvećem broju, u 87.5%, slučajeva, dok kod fibrozne i pikničke u 12%, ekstrapulmonalne lokalizacije i neznatne plućne promjene dolaze kod asteničara i osoba sa gracilnom konstitucijom u 69.5%, a kod fibrozne i pikničke konstitucije u 30.5%. Tuberkulozna pak žarišta u zacjeljivanju nadju se kod asteničara i osoba sa gracilnom konstitucijom u 58.5%, a kod fibrozne i pikničke konstitucije u 41.5%. Medju 100 seciranih lješina, kod kojih se našla plućna tuberkuloza bilo je 2.1% limfatičara, izmedju 100 lješina, kod kojih su se našle ekstrapulmonalne tuberkuloze i neznatne plućne promjene, bilo je 27.8%, a izmedju 100 lješina sa pojedinim tuberkuloznim žarištima u zacjeljivanju bilo je 12.2% limfatičara.

To ne znači, da su stanoviti tipovi zaštićeni od tuberkuloze, jer kod postanka oboljenja od tuberkuloze, kako smo spomenuli, igraju ulogu osim konstitucije još i ekspozicija i kondicija.

U periodi triumfa bakteriologije bili su konstitucionalni i kondicionalni faktori potpuno potisnuti u pozadinu. Sva se težina i sudbina zaraženog individua dovodila u vezu i zavisnost od tuberkulognog virusa i njegovog

djelovanja. Uzrokom raznolikog tečaja tuberkuloze smatra se raznolika virulenza pojedinih loza bacila tuberkuloze. Precjenjivao se specifični stičeni imunitet. Nije se dovoljno uočilo, da se specifični imunitet stiče tek nakon zaraze, da se on kod prvih prodiranja klica tuberkuloze u organizam, od kojih je u glavnom zavisan tuberkulozni proces, poglavito ako su te zaraze nagle, još nije ni razvio, da on nije dakle od bitnog značenja za postanak bolesti, već da služi samo za zaštitu tuberkulognog organizma od novih kasnijih zaraza, superinfekcija, i da je najjači ondje, gdje uslijed nedovoljne naravne otpornosti tuberkulozni proces napreduje. Potpuno se izgubilo s vida, zaboravilo, da osim klica postoji i teren, na kojem te klice žive i rade, da i taj teren ne ostaje bez reakcije i ne snaša bespomoćno, što se na njem zbira.

Neposjedujući do danas kauzalnog sredstva za liječenje tuberkuloze u smislu „therapia sterilans magna“, koja ostaje i nadalje ftizeoterapijski ideal, idemo još uvijek putevima, koje su nam ukazali *Troudeau*, *Brehmer* i *Dettweiler* izgradivši higijeničko dijetetsko liječenje na bazi konstitucionalne terapije. Polazeći sa gledišta, da ftiza nastaje uslijed stanovitih konstitucionalnih anomalija organizma, Brehmer je u izgradnji higijeničko-dijetetskog liječenja išao za tim, da te konstitucionalne anomalije, uslijed kojih organizam ne raspolaže sa dovoljnom obranom, odstrani, da se tako što većma dignu otporne snage tijela, da se što jače učvrsti i osnaži naravna obrana, da se organizam učini što otpornijim, da se ospособi, da svlada bolest, da se odstrane posljedice raznih štetnih utjecaja.

I danas je u liječenju tuberkuloze osnovni princip, da se stvaranjem što boljih kondicija, jačanjem organizma, promjenom terena, promjenom načina reagiranja organizma digne što većma otpornost i obrana, da se organizam što većma osnaži za borbu sa bacilom tuberkuloze. Utječe se raznim fizikalnim mjerama: mirovanjem, hranom, klimatskim utjecajima, boravkom na zraku, hidroterapijskim i helioterapijskim mjerama.

Higijeničko-dijetetskim liječenjem stvaraju se najpovoljniji fiziološki uslovi za izlječenje. I uz dovoljnu istrajnost, strpljivost i optimizam, glavne elemente za uspješno provodjenje liječenja, proces će se kompenzirati. Ojačat će naravne snage i otpornost tijela, pojačat će se vitalnost čitavog организма, učvrstiti i ospособili mehanizam obrane, stvoriti uslovi za uspješno syladavanje tuberkulognog oboljenja.

Taj put povraćanja i stvaranja dovoljnih obrambenih snaga tijela, preobražaja organizma i njegove naravne obrane, naslijedovanje je one naravne obrane, kojom se organizam u slučajevima, gdje ne dodje do oboljenja, brani. Ovdje, gdje je bila obrana i otpor tijela nedovoljan, jačanjem obrane i dizanjem otpornosti, promijenom načina reagiranje, dovodi se tijelo u kondicije, u kojima mu je i ako pod težim uvjetima, moguće iznijeti pobjedu jer je i broj navalnika veći. Navalnik se je na za nj podesnom terenu namnožao, pa je obrana mučna i teža, jer se obrambene snage moraju tek

polako stvarati i sticati, što je teže, nego kad te snage leže u organizmu samom, kad organizam s njima razpolaze od prirode.

Ipak ne smijemo pustiti s vida, da stanoviti higijeničko-dijetetski utjecaji na pr. klimatski, neispravno doziranje na pr. helio-i hitroterapija, često i u maloj mjeri, neispravna ishrana, mogu oslabiti obranu.

U ishrani bolesnika dovoljna će biti obična mješovita hrana. Nije nam cilj, da bolesnika utovimo, dovoljno je, da postignemo nešto iznad njegove normalne težine. Svišto je bolesnika mučiti dijetom bez soli (Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfer), koja je dosta neukusna, osim ako je priredjuju osobe osobito vješte u priredbi takove hrane. Tom se ishranom i onako kod plućne tuberkuloze ne postizavaju nikakovi uspjesi. Napuštena je i prelijerana ishrana mlijekom, dovoljno je litar mlijeka u nekoliko obroka na dan, a kad bolesnik dodje do normalne težine i manje od pola litre. Kod vrućice nisu potrebne nikakove osobite mjere u ishrani, osim što treba paziti na to, da jela ne budu preteška. Alkohol kao hranivo nije potreban, ali se bolesnicima, koji su navikli na vino, može dozvoliti dnevno manja količina vina.

Potanje o raznim faktorima higijeničko-dijetetskog liječenja nije potrebno da govorim u ovom krugu, tek bih naglasio na važnost psihoterapijskih utjecaja, kojima se u potrebnim slučajevima mora nastojati preobraziti psihičko stanje bolesnika tako, da se stvori povoljno psihičko tlo za uspješno tjelesno liječenje. Smještavanjem bolesnika u podesnu sredinu, držeći daleko od njega razne nepodesne podražaje, stvaraju se uslovi i povoljni uvjeti za mogućnost provodjenja higijeničko-dijetetskog liječenja i izliječenja, kao što nepovoljno duševno stanje može stvoriti povoljno tlo za razvitak tuberkulognog procesa ili za napredovanje procesa, koji se pojavio.

Higijeničko-dijetetsko liječenje može se najbolje provesti u zatvorenim zavodima, specijalnim bolnicama i lječilištima. Sistematskim individualizovanim mirovanjem u povoljnoj psihičkoj atmosferi, daleko od dnevnih briga i konflikata, najlakše i najradikalnije će bolesnik moći promijeniti svoj način života, individualno primjenjivanim mirovanjem mogu se najbolje odstranili razni simptomi, koji nastaju uslijed nedovoljnog duševnog i tjelesnog mira. Bez ispravnog provadjanog mirovanja nema izgleda za uspješno liječenje tuberkuloze. Mirovanje je najbolji antipiretik, najbolje sredstvo protiv kašlja, dispnoe, besanice, noćnog znojenja, pomanjkanja teka. Mirovanjem povraća se organizmu snaga, raspoloženje i životna radost. Naprotiv je umor najveći neprijatelj tuberkuloznih, javlja se vrlo lako kod nepravilnog načina života. Uslijed napora i umora podiže se temperatura, pojavičava kašalj, ekspektoracija, stvara loše raspoloženje, stvara osjećaj malakslosti. Radi ugodnog osjećanja kod povraćanja snaga i dobrog raspoloženja, što ga ima bolesnik nakon dovoljnog odmora, razumljivo je, da mnogo tuberkuloznih bolesnika smatra odmor opojem za duh i tijelo. Bolesnika, koji to ne osjeća, treba da na to upozori i u tom uvjeri liječnik, on mora da upo-

trijebi sav svoj autoritet, da uvjeri bolesnika o potrebi mirovanja, i ako je to uspio, doveo ga je na sigurniji put izlječenja.

Najidealnije bi bilo, kad bi se svi tuberkulozni bolesnici mogli smjestili u specijalne bolnice i lječilišta, gdje je sve svrshodno uredjeno za što uspješnije provodjenje liječenja, i kad bi ondje mogli ostati do potpunog izlječenja. Bilo bi potrebno, da bar neko vrijeme provedu u takovim zavodima, da upoznaju način života, koji je potreban za njihovo ozdravljenje, i da nastave liječenjem i načinom života, koji su upoznali, nakon otpusta iz lječilišta kod kuće pod lječničkom kontrolom.

Kod nedovoljnog broja kreveta u bolnicama i lječilištima, trebalo bi se voditi principom, da se u lječilišta primaju samo izlječivi bolesnici, a do stanovite mjere obzirom na uspjehe kolapsoterapijom morao bi to biti i princip za specijalne bolnice. I u specijalne bolnice i odjeljenja imali bi se primati u prvom redu bolesnici, kod kojih je potrebna primjena kolapsoterapije, koji se na taj način za kratko vrijeme mogu učiniti abacilarnima i za privredu sposobnima. Odatle će isteći veća korist, nego ako specijalne bolnice i odjeljenja pune dezolatni bolesnici, koji se kratko vrijeme prije smrti dolaze na takova odjeljenja, samo toliko, da umru u bolnici, a prije toga imali su dovoljno prilike biti rasadnici zaraze. Često ne će biti moguće ni tim dezolatnim bolesnicima uskraćiti primitak u specijalnu bolnicu ili odjeljenje, ali bismo se kod ograničenog broja kreveta morali ipak voditi principom u prvom redu pružiti mogućnost izlječenja izlječivima, zatvarati tako vrela zaraze, kojima inača predstoji dugotrajnija i veća mogućnost sijanja zaraznih klica posvuda, kuda se kreću, nego bolesnicima, koji su pred smrt vezani uz krevet i mogu da siju klice na vrlo ograničenom prostoru, u glavnom oko svog kreveta. Iz takvog postupka poističu i socijalne i ekonomski prednosti obzirom na skorašnje postignuće privredne sposobnosti nakon liječenja kolapsoterapijom. Lječilišta i bolnice ne smiju da budu posljednje utočište, kad su zatajili hektolitri raznih beskorisnih sirupa, kad su zatajili boravci u klimatskim mjestima bes ispravnog načina liječenja, već treba onamo smjestiti bolesnika, čim se ukaže potreba liječenja. Zavodsko liječenje je najbrže, najsigurnije, najjeftinije i najracionalnije. I kod ovakog postupka, kod davanja prednosti izlječivim bolesnicima, osjećat će se kod nas još uvijek veliko pomanjkanje kreveta u specijalnim bolnicama, odjeljenjima i sanatorijima. Međutim uspjesi ambulantnog liječenja pneumotoraksom, nalažu nam, da tražimo, da se u dispanzerima i u specijalnim ambulantama provodi ambulantno liječenje pneumotoraksom, da se osnivaju centri za reinsuflaciju, gdje bi se u individualno terapijskom, profilaktičnom i socijalnom pogledu vrlo značajno liječenje pneumotoraksom moglo započeti ili nastaviti nakon otpusta iz bolnica i lječilišta.

Nabacili smo, da klimatsko liječenje kao jaki podražajni faktor nije kod liječenja tuberkuloze indiferentno, pa zato treba sa jačim klimatskim podražajima biti oprezan u stavljanju indikacije za boravak u stanovitom klimatskom mjestu. Radi podražajnog utjecaja klime na živčane centre, na

disanje, na srce, na vazomotore, na djelove koštane moždine, u kojima se stvara krv, treba pomno odabrat i u svakom slučaju klimatsko mjesto, kamo ćemo bolesnika poslati na liječenje. Visinska i morska klima sa jakim podražajnim djelovanjem podesne su samo za dovoljno otporne bolesnike, sa dobrom obranom i velikim rezervnim snagama, a to su samo prilično kompenzirana oboljenja. Srednje visinsko gorje i ravnica sa umjerenim podražajnim djelovanjem klimatskih faktora podesni su za sve oblike tuberkuloze. Najpovoljnija je klima sa konstantnim meteorološkim odnosima, pa je potrebno kod izbora klimatskog mjeseta za liječenje tuberkuloznih polagati veću važnost na meteorološke odnose nego na visinu, jer treba znati, da specifične klime za liječenje tuberkuloze, koja se još uvijek kod nedovoljno upućenih vidi u visinama, nema.

Pokušalo se i specifičnim sredstvima pojačati obranu tijela. Specifična terapija nije sredstvo, kojim se može izlijeciti tuberkuloza. Ona je u smislu podražajne terapije ipak najблиže sredstvo za podražajnu terapiju tuberkuloze, možemo je smatrati u najbolju ruku kao adjuvans uz druge metode liječenja tuberkuloze podesnu za liječenje afebrilnih, indurativnih, torpidnih, benignih slučajeva. Liječenje treba provoditi tako, da se izbjegnu ognjišne reakcije, koje su pogibeljne. Uz obilje preparata, koji se preporučaju, najbolji su još uvijek Kochovi preparati i Muchovi partigeni. Potonji su radi blagog djelovanja najpodesniji za ambulantno liječenje.

Aktivna imunizacija vakcinama, kao i pasivna imunizacija serumima potpuno su zatajile.

Medikamentozno liječenje dolazi u obzir samo u krajnjim slučajevima kao simptomatsko liječenje, ako su stanoviti simptomi jako izraženi i bolesniku odviše tegotni, i ako ih nije uspjelo odstraniti higijeničko-dijetetskim liječenjem. Čitava legija preparata, koje često nesavjesne industrijske tvrtke dnevno preporučaju reklamnim dopisima i oglasima u novinama kao lijekove za tuberkulozu, spada u koš.

Kod aplikacije medikamenta treba uvijek imati na umu, da svi simptomi, na koje kušamo djelovati, nastaju na tuberkulotoksičnoj bazi, i da će ih spontano nestati, kad ti 'otrovi' prestanu trovati organizam, i da je jedva moguće na njih medikamentozno djelovati. Kreozot i preparati kreozota učinju časovito ekspektoraciju, ali nemaju nikakvog utjecaja na tuberkulozni proces. Treba biti vrlo oprezan s ordiniranjem tih lijekova, jer nakon dulje upotrebe čine probavne smetnje, i mogu poremetiti ishranu, koja je toliko važna kao higijeničko-dijeteski faktor. Otešćena ekspektoracija može se olakšati aplikacijom unakrsnog obloga temperiranom vodom preko noći ili samo za 2—3 sata uz zatvorene prozore. Ne zaboravimo disciplinu kašljivanja, male količine toplog mlijeka, čaja, površno disanje, prazno gutanje sline, razne t. zv. prsne bonbone (princip gutanja sline — Ulrici), koji će moći vrlo dobro u najvećem broju prilikama nadomjestiti narkotika. Narkotika su rijetko potrebna osim ev. u večer, da kašalj ne smeta bolesniku san kao i u konačnom stadiju, gdje ne treba štediti sa narkoticima.

Razna antipiretika, nije potrebno da sve navodim, nemaju prednosti jedni pred drugima. Treba ih upotrijebiti tek onda, ako nakon duljeg vremena nije uspjelo bolesnika učiniti afebrilnim mirovanjem u krevetu. Kakova je korist od toga, ako temperatura nakon upotrebe antipiretika časovito nešto spadne, a bolesnik to mora da skupo otkupi nesnosnim znojenjem, tegobama srca, pojavama kolapsa, koje dolaze u vezi sa padom temperature, i bolesnika još više slome. Poglavito nije uputno upotrebljavati velike doze antipiretika, već ako se daje samo u malim dozama.

Stomahika nemaju takodjer utjecaja, jer se pomanjkanje teka, koje je toksični simptom, najbolje izgubi onda, kad nestane toksičnog djelovanja tuberkuloznog procesa. I sekundarne anemije kod tuberkuloze ne reagiraju na medikaciju, jer su one radi svog toksičnog karaktera zavisne od tuberkuloznog procesa. Preparati arsena, soli raznih metala, nemaju utjecaja na tuberkulozni proces. Djelovanje zlatnih preparata na tuberkulozni proces nije onakovo, kako se na pr. za sanocrysin prvi čas javljalo. Nastavlja se i usavršuje chrysoterapija (uljeni preparati-solganal, oleosum i dr.), ali čini se, da smo još daleko od idealja: therapia sterilis magna! Gradja bacila tuberkuloze, gradja tuberkuloznih ognjišta, koja su bez krvnih sudova, očuvena i protkana fibroznim tkivom, predstavljaju teškoće za uspješnu kemoterapiju.

Osim navedenih metoda liječenja, koje idu za pojačanjem obrane i otpornosti organizma, imademo danas u kolapsoterapiji na raspolaganje niz vrlo uspješnih metoda, kojima možemo utjecati lokalno na tuberkulozni proces u plućima. Te metode imadu to veće značenje, što se njima mogu postići uspjesi upravo kod onih procesa, kod kojih smo prije bili bezmoćni. Postizavaju se njima uspjesi u onim slučajevima, kod kojih prije ni sanatorijskim liječenjem nije u većim slučajeva bilo izgleda za izliječenje, i koji su se za to otklanjali od sanatorijskog liječenja.

Radi se o terapiji kaverne, koja svojom pojavom u ftizeogenetskom i ftizeoterapijskom pogledu stvara posve novu situaciju, koja čitavu dinamiku tuberkuloznog procesa dovodi u novu fazu i stavlja tuberkulozni proces pod sasvim nove okolnosti. Kavum predstavlja osobito maligno stanje, pretstavlja mogućnost masivne maligne propagacije tuberkuloznih klica u okolini. Pretstavlja maligni obrat u kroničnom i vrlo često do tada benignom tečaju tuberkuloznog procesa. Od momenta pojave kaverne pretstavlja bacil tuberkuloze ogromnu opasnost za organizam. On ne pretstavlja više neki benigni bakterij, koji živi u dobrim simbiotskim odnosima sa organizmom, za organizam je od tada značenje konstitucionalnih i kondicionalnih momenata mnogo više ograničeno. Jer dok su kod noplava pluća hematogenim putem tuberkulozne klice ipak došle pod utjecaj humoralnih obranbenih snaga organizma i u neku ruku mitigirane i razrijedjene došle u do tada zdrave dijelove pluća, intrakanalikularnom propagacijom budu tuberkulozne klice direktno, grubo, u masama implantirane u do tada intaktne, a kod fibroznih procesa benignim procesom aficirane dijelove pluća. To je

toliko važna činjenica, da je potrebno, da od momenta stvaranje kaverna, od momenta pozitivnog sputuma kao znaka raspada tuberkuloznog tkiva i mogućnosti grube masivne intrakanalikularne propagacije, i ako ne otklanjamo našu pažnju od općenitog značenja tuberkuloznog procesa, ipak moramo glavnu pažnju obratiti na kavum, na novi momenat mogućnost propagacije i poduzeti sve, da se ta nova zlokobna faza odvrati i odstrani. Koliko je ta nova okolnost mogućnosti bronhogene propagacije maligna, najbolje svjedoči okolnost, što unatoč higijeničko-dijetetskih terapijskih utjecaja u najidealnijem smislu za vrijeme sanatorijskog liječenja dodje kod takovih procesa često do novog malignog rasada. U toj novoj situaciji sa pojavom kaverne utjecaj općenitim mjerama je ograničen. Ne uspije li za kratko vrijeme konzervativnim putem, općenitim liječenjem, odstraniti taj zlokobni momenat, ne nestane li kaverne ili ne nestane li bacila u ispljuvku za nekoliko tjedana, treba da tražimo mogućnost mehaničkog odstranjenja kaverne i stavljanja ulceroznog i kavernoznog pluća pod takove mehaničke okolnosti, da je ili posve otstranjena ili na minimum reducirana mogućnost malignog rasada. Kroz to, što je pod utjecajem kolapsoterapije otstranjena i spriječena pogibelj maligne propagacije, stavljen je pluće pod takove mehaničke i fiziološke okolnosti, pod kojima je moguće najbrže i najjače stvaranje brazgutina, zatvaranje šupljina i zaliječivanje tuberkuloznog procesa.

Kolapsoterapija spada medju najveće medicinske terapijske tekovine, a neuspjesi te metode liječenja počivaju najčešće na pogrešnoj interpretaciji njezine biti i svrhe.

Cilj je kolapsoterapije, da se njome postigne što bolji i uspješniji kolaps. Djelovanje plućnog kolapsa je to bolje, što većma bolesno pluće miruje i što je jače kolabirano. Moramo trajno zadržati pred očima, da je kolapsoterapija u prvom redu mehanička terapija, da kolaps mora da djeliće bilo to pneumotoraksom ili plastičkim operacijama mehanički. Treba zadržati u vidu, da uslijed tog mehaničkog djelovanja kaverne i veći ili manji smekšali dijelovi tuberkuloznog procesa kolabiraju, da se time podupire proces smežuravanja, da se spriječava dalnja bronho- ili limfogena propagacija procesa. Ne smijemo se odveć zanašati predodžbama o djelovanju kolapsa u prvom redu i u glavnom putem pasivne hiperemije, zastoja limfe, teorijama o utjecaju hipotetskih i nejasnih imunizatornih celularnih i humoralnih sila i računajući sa mogućnošću takovih fizioloških učinaka zadovoljiti se i sa djelomičnim nedovoljnim kolapsom. Ako nismo u nekom slučaju postigli apliciranom kolapsnom metodom dovoljno mehaničko djelovanje, ako pluće nije uslijed svoje vlastite elastičnosti dovoljno kolabiralo, ako se nakon kraćeg vremena ne pokaže, da će mehaničkim djelovanjem kolapsa nestati šupljine, radi koje smo dotičnu kolapsnu terapiju aplicirali, ako nema dovoljno mogućnosti za smežuravanje kaverne, treba ići dalje i tražiti u drugim metodama kolapsoterapije dalje mehaničke mogućnosti za otstranjenje dotičnog patološkog stanja. Uvijek treba držati pred očima, da je fiziološko gibanje pluća zapreka naravnom procesu zali-

ječivanja, da je cilj kolapsnih metoda imobilizacija, smanjenje napetosti pluća i stvaranje povoljnih okolnosti za stvaranje brazgotina, da bi se koncentričnim smežuravanjem mogla kaverna zalijeći. Sve druge teorije o dje-lovanju kolapsnih metoda su fantastične i nejasne, jer kolapsoterapija nema nikakovog uljeca ni na virulencu ni na vitalitet bacila tuberkuloze.

Kolapsoterapija je mehaničko liječenje i treba da ostane rezervirano za liječenje kaverna i procesa, gdje je došlo do raspadanja tuberkuloznog tkiva, što se očituje u pozitivnom sputumu. Kod zatvorenih tuberkuloza, benignih, torpidnih slučajeva, ne ćemo aplicirati kolapsoterapijskih metoda. Treba ga aplicirati dakle kod kaveroznih procesa, a u slučajevima, gdje se takova šupljina stvara, sačekati, dok se veće količine sirastih masa iz šupljine ne eliminiraju, nakon eliminacije kao i za vrijeme eliminiranja najprije kroz nekoliko tjedana uz potpuno mirovanje bolesnika u krevetu sačekati, da se kaverna ev. spontano zalijeći i tek, ako nakon više nedelja — bar 6—8 nedjelja — potpunog mirovanja u krevetu, zaliječenje kaverne izostane, treba pokušati aplicirati pneumotoraks.

Idealnu indikaciju za liječenje pneumotoraksom predstavljaju svježe, početne fibrokazeozne ftize, kod kojih nema pleuritičkih zarastica. Kod takovi-ih procesa nema bojazni, da će doći do komplikacija sa strane pleure, niti da će doći do odveć jakog smežuravanja, da bi uslijed toga bio potreban trajni kolaps drugim kolapsnim metodama. Naprotiv kod starih fibro-kazeoznih procesa postoje uvijek pleuritične zarastice, pa će biti moguće izvesti samo parcijalni pneumotoraks. Ako kavum nije kolabirao, bit će potrebno paljenje zarašica, frenikoeksajrezom ili torakoplastičkim operacijama izvesti potrebni kolaps.

I bilateralnim pneumotoraksom postizavaju se najbolji rezultati kod svježijih ne preopsežnih procesa. Kod kroničnih fibroulceroznih procesa može se pokušati bilateralni pneumotoraks, ali ćemo često radi zarastica morati obično napustiti takav pokušaj.

Tehnika pneumotoraksa je danas usavršena i postigla je svoju konačnu formu, tako te svadjanjem pogibli liječenja pneumotoraksom na minimum ona uz kontrolu rentgenom ne predstavlja nikakovih teškoća. Umijeće lije-čenja pneumotoraksom sastoji se u provodjenju liječenja, umijeću aplikaci-je potrebne količine plina, odredjivanja intervala između dva punjenja, kao i u tom, da se odredi pravo vrijeme, kada će se aplicirati prvi pneu-motoraks.

Nakon aplikacije pneumotoraksa često vrlo brzo, kadšto polaganije nestane kašalj, ekspektoracija, vrućica spadne, bolesnik se počinje doskora dobro osjećati, nestane umora, dolazi dobro raspoloženje, nestaje svih znakova otrovanja organizma. Brže nego svim drugim metodama liječenja vraća se radna sposobnost, ne valja nikada započeti prerano radom ni normalnim načinom života, ni tjelesnim ni duševnim naporima, koje treba uvijek izbjegavati. Na savjet liječnika moći će bolesnik započeti radom i dalje nastaviti liječenjem pneumotoraksom. Brže nego ikojom drugom meto-

dom liječenja sputum postaje abacilaran, bolesnik nije više zarazan, ne predstavlja pogibelj za svoju okolinu, a to je osobito važan socijalni i epidemiološki momenat. Žene mogu za vrijeme liječenja pneumotoraksom pod stanovitim okolnostima zanijeti, mogu roditi, rode zdravu djecu, ne predstavljaju za njih vrelo zaraze, mogu ih i dojiti.

Eksudat predstavlja svakako neugodnu komplikaciju, koja dolazi u preko polovici slučajeva liječenih pneumotoraksom. Manji serozni eksudati, a i veći, dok ne čine tegoba i simptoma potiskivanja, ne trebaju liječenja niti smetaju liječenju. Kod simptoma potiskivanja, ili ako eksudat postane mutan, treba ga odstraniti punkcijom. Empijem, koji ne čini tegoba niti vrućice ne treba drugoga postupka nego serozni eksudat, punktirat će se pod istim indikacijama. Mješovito infiltrirane eksudate sa tresavicom, visokom vrućicom i teškim poremećajem općenitog stanja treba drenirati po Bühlau-u ili učiniti resekciju rebra.

Kada možemo napustiti pneumotoraks? U prvom redu treba da vodimo računa o tom, kakove su bile promjene prije liječenja pneumotoraksom, da li veće ili manje. Kod većih promjena treba pneumotoraks podržavati dulje vrijeme. Ako kroz 2–3 godine postoji valjan kolaps, što možemo konstatovati po tom, da bolesnik nema temperature, dobro se osjeća, ne kašlje, nema ispljuvka, ili ako ga ima, nema u njem bacila tuberkuloze, sedimentacija je dobra, krvna slika normalna ili pomaknuta nešto u desno, ako se kaverne rentgenološki ne vide, a sjene su na snimci oštре, možemo u takovim slučajevima nakon 2–3 godine napustiti pneumotoraks. Treba ga napuštati polako, postepeno, nadopunjujemo ga sve rijedje i u manjim količinama. Treba se uvijek voditi principom: radje podržavati pneumotoraks dulje, nego prekratko vrijeme.

Što da učinimo u slučajevima, gdje je pneumotoraks izvršio svoje djelovanje, i sada neće, da se rezorbira. Obično se to dogadja kod fliza, kod kojih su postojali jako razorni procesi, pa se je pluće uslijed vrlo jakog smežuravanja jako umanjilo. U takovom pluću ima vrlo malo funkcionalno valjanog plućnog tkiva, jer je ono uslijed dugogodišnjeg kolapsa i atelektaze induriralo (kolapsna induracija). U takovim slučajevima, gdje je dakle pluće postalo premaleno za prsni koš, pokušat ćemo najprije umanjiti torakalni prostor frenikojksaerezom. Ako se nakon duljeg vremena ne promjene postojeći odnosi ni nakon toga zahvata, potrebno će biti terakoplastički umanjiti torakalni prostor.

I kod bolesnika gdje je kod pneumotoraksa postojao kroz dugi niz godina eksudat, pa se je na površini kolabiranog pluća stvorio debeli oklop vezivnog tkiva, koji ne da, da se pluće raširi, može se pokušati freniko-eksajrezom smanjiti torakalni prostor, ali će biti uvijek potrebna i torakoplastika. Često ne će uspjeti ni njom ispunili zadatak, jer bi bilo potrebno prsni koš modelirati do kralježnice, uz koju leži stisnuto pluće. U ovakovim je slučajevima najvažnija profilaksa, koja se sastoji u tom, da se eksudate, u kojima imade obilje fibrina, ne pušta odveć dugo vrijeme u pleuralnoj

šupljini, da se ne bi na površini kolabiranog pluća nakupilo odveć fibrina. Ako vidimo, da bi mogla nastupiti situacija, da se pluće ne će više moći raširiti, bolje je učiniti torakoplastiku prije, dok se pluće može još ipak nešto više raširiti (Ulrici).

U slučajevima, gdje radi obliteracije pleure, nije moguće aplicirati pneumotoraks ili je djelovanje pneumotoraksa nedovoljno, apliciraju se kolapsne metode, kojima se postizava trajni kolaps. Kod aplikacije tih metoda najodlučniji je momenat unilateralnost procesa, premda smo i tu danas širokogrudniji, pa ćemo i kod lako progredijentnog ograničeno diseminaranog rasada ili malog smekšalog ognjišta, na teško bolesnoj strani učiniti trajni kolaps, a prema potrebi djelomični pneumotoraks na lakše oboljeloj strani. Kod torakoplastičkih metoda modelira se prsni koš, kaže *Maurer*, zato treba da se oblik te modelacije rukovodi sjedištem, naravi, značenjem bolesnih pojava i postojećim patološkim deformacijama na pr.: ako je vršak jako smežuran, može biti nepotrebno, da se resecira prvo rebro. Treba imati uvijek u vidu kod stvaranja odluke poglavito za velike zahvate kod plastičnih operacija, da nakon aplikacije trajnog kolapsa, ako oboli druga strana, nema reparacije kao kod pneumotoraksa, koji se može uvijek napustiti.

Oleotoraks kao trajna kolapsna metoda radi neugodnih komplikacija u obliku pritiska na slabe dijelove medijastinuma, desnu pretkljetku i lijevi ošit, radi neugodnih kasnih perforacija u pluću sa mješovitom infekcijom pleuralne šupljine, sve se manje aplicira. Svakako je to prema nekim iskustvima uspješna metoda za liječenje tuberkuloznih i mješovito inficiranih epijema (pomoću 4—8% gomenolovog ulja).

Operacijama na živcu freniku, koji idu za tim, da se postigne kljenut ošita, može se ako se živac isčupa (frenikoeksajreza) ili prereže (frenikotomija), postići trajan, a ako se frenikus samo zgnjeći ili alkoholizacijom blokira, postigne se samo temporerni kolaps. Najbolje djelovanje postići će se tim zahvatom kod procesa u donjem režnju i kaverna u srednjem plućnom polju, a opažani su dobri uspjesi i kod kaverna u gornjem režnju. Operacijom na frenikusu može se upotpuniti i nedovoljni kolaps kod djelomičnog pneumotoraksa. Operacija na frenikusu može se izvesti u mjesto plastike ili plombe, ako bolesnik otklanja te veće zahvate, a može se izvesti i kod bolesnika, kod kojih su radi poodmakle dobe radi bojazni komplikacija sa strane srca ili drugih organa kontraindicirana spomenuti veliki zahvali. Prije velikih plastičnih operacija može se učiniti operacija na freniku i u tu svrhu, da se ispita stanje srca i druga strana, ako postoje sumnje o izdrživosti tih organa, ako bi se izvela plastika. Radi jakih smežuravanja kod jakih kožura i pogibli, da budu organi trbušne i prsne šupljine jako dislocirani — opažano je, da je flexura lienalis došla pod pazuhu, flexura hepatica pomaknula se nad jetru, jednjak se zavrnuo, jer je kardija povučena prema gore — treba biti ipak suzdržljiv sa tom operacijom, pa je preporučeno, da se izvodi najprije temporerna kljenut ošita, i ako nema štetnih znakova i posljedica kljenuti, a potrebna je trajna kljenut ošita, može se naknadno izvesti eksajreza.

Kod izoliranih kaverna u srednjim i donjim djelovima pluća, da se ne žrtvuju veliki djelovi zdravih pluća, koji bi se u tim slučajevima, da se izvede torakoplastika morali žrtvovati, može se izvesti plombiranje. Kod solitarnih kaverna u vršku bolje je izvršiti plastičnu operaciju vrška ili gornjeg svoda toraksa, ako nije potrebno izvesti veću plastičnu operaciju. Uvijek treba imati pred očima, da je plomba strano tijelo, da uvijek postoji pogibelj, da se plomba eliminira ili da provali u pluće, da dodje do mješovito inficiranih empijema. Pogibelj perforacije postoji osobito kod kaverna, koje su posve uz stijenu toraksa, pa je uslijed pritiska plombe dotični dio kaverno slabo hranjen.

Kod kaverna vršaka i nepotpunog pneumotoraksa, gdje ostane kaverna razapeta uslijed adhezija sa vrška, može se učiniti plastika vrška po Lauwersu (1. se rebro sasvim odstrani, 2. gotovo sasvim i uz to se plućni vršak mobilizira ekstrapleuralnom pneumolizom) ili plastika gornjeg svoda (Obergeschossplastik) po Grafu (1. se rebro odstrani sasvim, drugo gotovo sasvim, a 3. i 4. pače do 6. rebra, što zavisi od opsega procesa u gornjem režnju, djelomično). Obe ove plastične metode mogu se kombinirati sa parcialnim pneumotoraksom. Plastične operacije djeluju u oba ova slučaja u smislu kolapsa odozgo.

Kod procesa, kod kojih je pleura obliterirana, a u najdonjim djelovima pluća nema većih razaranja, može se u svrhu kolapsa jednovremenom totalnom plastikom odstraniti 8 gornjih rebara (od 1. rebra nekoliko cm, 2. do 5. rebra sve više do 15 cm, a od 6. do 8. rebra na manje do 8 cm.) Koliko će se komadi resecirati, zavisi od opsega procesa, poglavito od položaja i veličine kaverna. Budući da nakon operacije lopatica upadne medijalno i prema naprijed, djeluje mehanički momenat kompresije poglavito odostrag prema naprijed.

Kod teških tuberkuloznih procesa u gornjem i donjem režnju učini se totalna plastika najbolje u dva maha. Najprije se reseciraju donja rebra do 5. ili 6., a nakon 3—4 tjedna resecira se preostalih 4 ili 5 gornjih rebara. Mehanički djeluje ta plastika na donje dijelove uslijed toga, što su resecirana i donja rebra, djeluje odozgo prema dolje uslijed resekcije gornjih rebara, a djeluje i u medijskom smjeru i odostraga prema naprijed uslijed toga, što je ugala skapula.

Potonje dvije velike plastične operacije toraksa stavljuju radi opsežnosti stanovite zahjeve na srce, pa je potrebno odluku za takove velike zahvate stvarati tek nakon svestranog ispitivanja stanja srca i funkcije pluća i nakon točne kliničke i rentgenološke analize. Treba uvijek voditi računa i o trajanju procesa, jer je kod starih ftiza srce često oštećeno, a to bi moglo pomuliti ispad operativnog zahvata. Kod bolesnika iznad 40 godina treba biti uvijek na oprezu radi stanja srca, i ako je srce u redu, može se izvršiti operacija i kod starijih bolesnika. Bolesnici do tada liječeni pneumotoraksom ev. komplikirani s eksudatom lakše podnose torakoplastički zahvat, jer je srce stojeći dulje ili kraće vrijeme pod kolapsnim okolnostima već pripravljeno za plastiku.

U glavnim smo potezima skicirali principe savremeno liječenja plućne tuberkuloze. Kod odredjivanja terapije u svakom pojedinom slučaju ne zaboravljajmo, da je potrebno imati pred očima uvijek cijelog čovjeka, a ne postupali tako, kao da imamo pred sobom pluća na dvije noge. Treba uvijek imati u vidu, da je tuberkuloza općenita bolest, treba imati uvijek u vidu i mogućnost aktivnosti izvora novih hematogenih naplava i ne potpuno zaliđenog primarnog kompleksa ili aktiviranje starih hematogenih metastaza. Treba imati u vidu, i ako smo mehaničkim utjecajem kolačnim metodama postigli u nekom slučaju siguran uspjeh, da je potrebno, da taj uspjeh podupremo i podržavamo higijeničko-dijetetskim djelovanjem na općenito stanje čitavog organizma. Naš je cilj, da postignemo trajan rezultat liječenja, a za taj trajan rezultat potrebne su upravo higijeničko-dijetetske mjere, koje treba da provodi, i ako u ograničenoj mjeri trajno uz rad i u obliku vrlo higijenskog načina života i u obliku redovnog godišnjeg oporavka i izlijeceni bolesnik, a trajna i dugotrajna kontrola bivšeg bolesnika bit će potrebna i odlučna za trajni uspjeh liječenja i za odredjivanje roka, trajanja i mjesa oporavka.

Ovako ćemo aplikacijom raznih metoda liječenja, kontrolom bolesnika i godišnjim tjelesnim i duševnim odmorom postizavati trajne rezultate, koji će biti od koristi i za bolesnika i za zajednicu.

Zusammenfassung:

Prof. Dr. Vladimir Čepulić – Zagreb: Prinzipien der gegenwärtigen Behandlung der Lungentuberkulose.

Nachdem wir bis heute kein kausales Mittel für die Behandlung der Tuberkulose im Sinne der „Therapia sterilisans magna“ haben, bleiben die Grundlagen der Tuberkulosebehandlung hygienisch-diätetische Massnahmen, die am besten in speziellen Krankenhäusern und Heilstätten durchzuführen sind. Bei ungenügender Bettenzahl in den speziellen Krankenhäusern, Krankenhausabteilungen und Heilstätten sollen in diesen Institutionen in erster Linie heilbare Kranke, die durch die Kollaps therapie in verhältnismässig kurzer Zeit abzillär u. erwerbsfähig gemacht werden können, aufgenommen werden. Natürlich kann man in dringend nötigen Fällen auch den desolaten Fällen Krankenhausaufnahme zwecks Isolierung nicht verweigern.

Die spezifische Therapie ist im Sinne der Reiztherapie das meist angewendete Mittel zur Reiztherapie der Tuberkulose.

Die medikamentöse Therapie als symptomatische Therapie kommt nur in denjenigen Fällen in Betracht, in denen durch hygienisch-diätetische Massnahme das betreffende Symptom nicht zu beseitigen war.

Die Chrysotherapie hat bis jetzt die Hoffnung nicht erfüllt. Es bleiben die Erfolge der neueren Goldpräparate (Solganal oleosum etc) abzuwarten.

Die Kollaps therapie ist eine mechanische Behandlung. Durch mechanische Massnahmen werden die kranken Lungenpartien unter günstige physiologische Bedingungen gestellt. Sie muss für die Behandlung der Kavernen und der Zerfallsprozesse reserviert bleiben. Es ist zuers die Eliminierung der Käsemassen abzuwarten, und erst wenn nach der Eliminierung der Käsemassen durch einige Wochen die spontane Rückbildung durch vollständige Belüftung des Körpers nicht eingetreten ist, ist die Pneumothoraxbehandlung zu versuchen. Wenn durch Pneumothoraxbehandlung die erwünschte mechanische Wirkung nicht eingetreten ist, wenn die Lunge nicht genügend kollabiert ist, wenn keine Aussichten für Höhlenschwund bestehen, müssen wir weitere mechanische Möglichkeiten in anderen Kollapsmethoden zur Beseitigung des betreffenden pathologischen Zustandes suchen. Das Kavum als Quelle des malignen bronchogenen Aussaates muss unbedingt beseitigt werden.

Bei der Tuberkulosebehandlung muss man immer den ganzen Menschen im Auge behalten, man muss die Tuberkulose immer als Allgemeinerkrankung vor Augen haben. Die Dauerresultate der Behandlung werden nur durch die Weiteführung der hygienisch-diätetischen Massnahmen bei der Wiederaufnahme der Arbeit, durch jährliche Erholungskuren und dauernde Kontrolle des Kranken erreicht werden.

Terapija kaverne razapete u pneumotoraksu

(7 slik)

Pod razapetom kavernom razumjevaju se u ovom referatu svi slučajevi kad kaverna pod pneumotoraksom, iz bilo kojih razloga, ne može da kolabira.

Broj takovih slučajeva varira prosječno oko 50% sviju pneumotoraksa; on može biti i veći, odnosno manji, već prema bolesničkom materijalu i širini indikacije za pneumotoraks. Ti slučajevi imaju za kliniku artef. pneumotoraksa veoma veliko značenje; oni predstavljaju upravo najslabiju stranu pneumotoraksa, a valjda i najdelikatnije područje kolapsoterapije uopće. Zato smo smatrali opravdanim da se ovaj problem na ovom mjestu iznese i pretresi. Iskustva koja ćemo ovdje iznijeti temelje se na opažanjima od 960 slučajeva pneumotoraksa tečajem posljednjih 10 godina.

Razapetu kavernu mogu uvjetovati slijedeće okolnosti:

1. torakopulmonalne priraslice
2. pomanjkanje elastičnosti plućnog tkiva
3. nezgodna lokalizacija kaverne
4. labilnost medijastinuma
5. nezasitnost (prevelika permeabilnost) pleure.

Navedene komplikacije sretamo ili pojedinačno ili, još češće u raznim međusobnim kombinacijama.

I.

Slučajevi sa torakopulmonalnim priraslicama pružaju najčešću i najljičniju sliku razapete kaverne. Iz prognostičkih i terapijskih razloga razlikujemo medju njima slijedeće 3 grupe:

1. kad je kaverna razapeta samo u jednom smjeru
2. kad je kaverna razapeta unakrsno, t. j. u dva razna smjera
3. kad je kaverna u cijelosti, t. j. u svim smjerovima razapeta.

Kod *kaverne razapetih u jednom smjeru* sretamo obično slijedeće dvije forme: kaverna je razapeta priraslicom koja inzerira u samoj kupoli grudnog koša (na slici 1. a.), odnosno, kaverna je razapeta priraslicom koja inzerira ispod kupole lateralno ili dorzalno (na slici 1. b.)

Slučajevi s apikalnim priraslicama (1. a.) prognostički su najbenigniji, jer se kaverna s vremenom obično spontano zatvori. Slučajevi sa subapikalnim priraslicama (1. b.) su mnogo manje benigni. Spontano zatvaranje kaverne je rijedje, i kojiput samo *prividno*: kaverna koja nam je na rentgenu izgledala već zatvorena jednog je dana opet tu u svojoj prvotnoj veličini ili još i veća. I komplikacije su kod ove druge forme češće nego kod one prve. Naročito su česte metastaze u zdravo pluće, zatim hemoptoje i pleuritični eksudati. Međutim, u ovakovom slučaju eksudat je takorekuć poželjan, jer nam on vrlo često i u relativno kratkom roku zatvori kavernu.

Treba ipak naglasiti da je, i bez eksudata, moguće sasvim spontano zatvaranje ovakovih kaverna. Zato je kod njih indiciran prvo vrijeme ekspek-

tativan stav, osobito, ako kaverna ne pravi komplikacije i ako pokazuje ma- i najmanju tendenciju da se spontano zatvori. Ipak se ne preporuča ni u kojem slučaju čekati duže od 6 mjeseci, jer kaverna s vremenom postaje sve tvrdja i mogućnost kolapsa sve manja. Ako kaverna prouzrokuje hemoptoje, odnosno, ako se pod pneumotoraksom stane povećavati, potrebna je što ranija i što hitnija intervencija.

Na prvom mjeslu dolazi u obzir *endotorakalna kaustika po Jacobaeusu*. Ona je baš kod ovih oblika razapete kaverne najlakši i najzahvalniji zahvat. U onim rijetkim slučajevima kad kaustika nije izvediva, preostaje nam da biramo između torakalne plastike i imobilizacije prečage. Kod liječenja razapete kaverne dolazimo uopće veoma često u tu — tešku i odgovornu — situaciju da se moramo odlučiti bilo za plastiku bilo za ekserezu frenikusa. Da sebi i svojim bolesnicima uštedimo suviše zahvate potrebno je da tom prilikom imamo pred očima neke principijelne, iskustvima utvrđene smjernice. *Imobilizacija prečage* opravdana je samo onda ako postoje i bazalna i interlobarna srašćenja. Kod sasvim slobodne plućne baze, odnosno, kod izrazitog interlobarnog pneumotoraksa ostaje paraliza prečage bez upliva na kavernu razapetu u gornjem plućnom režnju. Imobilizacija prečage je to efikasnije što je kaverna svježija, manja, i što je više bazalno položena. Naprotiv, što je kaverna rigidnija, veća, i što je više apikalno položena — to više je indicirana *plastična operacija*.

U slučajevima gdje je kaverna obješena relativno nisko tako da niti svojim gornjim obrubom ne dosiže ključnicu, ako, uz to, ne leži kortikalno, i ako ostale promjene u pluću ne pokazuju suviše evolutivan karakter: može se pokušati *arteficijelni serotoraks sa fiziološkom otopinom kuhinjske soli*. Nivo serotoraksa treba da dosegne visinu kaverne. Kadšto je i mali serotoraks dovoljan da nam putem podražaja pleure izazove poboljšanje kolapsa i posješi zatvaranje kaverne.

U ovu grupu, t. j. medju kaverne razapetu u jednom smjeru, mogli bismo ubrojiti i slučajeve t. zv. *lateralnog pneumotoraksa*, kod kojeg je pluće fiksirano u medijalnom dijelu kupole i istodobno sraslo sa medijalnom polovicom prečage. Redovito je i interlobij srastao. Rentgenska slika je kao pod 1. c. Pluće je, dakle, razapeto po dužini, svaka ekskurzija prečage prenaša se na čitavo pluće pa i na kaverne u njemu. Terapija sastoji, najčešće, u *temporernoj ili trajnoj imobilizaciji prečage*. Obično je rezultat imobilizacije odličan, pa i onda kada postoje pojedinačne tанke adhezivne trake prema lateralnoj stijeni toraksa.— Iznimku čine oni slučajevi lateralnog pneumotoraksa kod kojih je kaverna razapeta sasvim visoko u kupoli grudnog koša; kod njih je bolje načiniti odmah *apikalnu plastiku*, jer imobilizacija prečage obično zataji.— Naprotiv, kad ovako po dužini razapeta kaverna leži nisko, u srednjem ili donjem plućnom polju, opravdana je aplikacija *arteficijelnog serotoraksa*. Kadšto ćemo i nakon imobilizacije prečage morati da pojačamo kolaps pomoću serotoraksa.

Kod kaverna druge grupe, koje su uslijed kombinacije apikalnih i sub-apikalnih priraslica *unakrsno razapete* (slika 2.), i koje razmjerno često sretamo, postoji veoma mala mogućnost spontanog zatvaranja. Te se kaverne, štaviše, često povećavaju pod pneumotoraksom. Imamo utisak da to povećavanje kaverne napreduje to brže što se više forsira pritisak u pneumotoraksu. Pri tom je bolesnik često afebrilan, subjektivno se osjeća dobro i živi u iluziji da ima dobar pneumotoraks s kojim će brzo i sigurno ozdraviti. Uistinu, takav bolesnik približuje se svakim danom sve više svojoj katastrofi koja ga neminovno čeka u obliku hemoptoje, oboljenja druge strane, ili —što je najgore — u obliku perforacije s empijemom.

Ovi slučajevi pružaju *najčešću indikaciju za endotorakalnu kaustiku*. Kod njih je kaustika tehnički daleko teža nego kod kaverna 1. grupe, relativno često je uopće neizvediva. U tom slučaju, kad *kaustika nije moguća, postoji striktna indikacija za plastičnu operaciju toraksa*. Kod malene i visoko u kupoli razapete kaverne dostatna je t. zv. apikalna plastika, pod kojom razumjevamo resekciju 1.—5. rebara. Kod velike kaverne, naročito, ako ne leži sasvim visoko, nećemo izići s apikalnom plastikom, nego će biti potrebna izdašnja resekcija u obliku *proširene gornje plastike po Graf-u*. Kao kod svake torakalne plastike treba i u ovim slučajevima zahvat strogo individualizirati, t. j. prilagoditi ga veličini, položaju i tvrdoći razapete kaverne.

Ako je plastična operacija indicirana, ali iz bilo kojih razloga nije izvediva, treba pokušati *ekstrapleuralnu apikolizu, bez resekcije rebara*, kako ju preporučuju Bérard, Michelsson, Zorini — pa i Kremer. Za bolesnika je taj zahvat kudikamo lakši nego plastika. Naprotiv, treba naglasiti da t. zv. *Lauwersova apikoliza*, koja kod visoko razapete kaverne može da zamjeni apikalnu plastiku, znači za bolesnika težak i opasan zahvat. Još je teža i opasnija *pneumoliza po Sebestyenu*.

Kod unakrsno razapete kaverne ne samo da se ne preporuča artefserotoraks, ili čak oleotoraks, nego je svaki takav pokušaj kontraindiciran zbog opasnosti perforacije. Pokušaj kompletiranja ovakvog pneumotoraksa imobilizacijom prečage nema mnogo izgleda na uspjeh — baš zato, jer je kaverna unakrst razapeta. Ne možemo ipak ustvrditi da je mogućnost uspjeha pomoću imobilizovane prečage apsolutno isključena. Zato se u stanovitim slučajevima, kad bolesnik otklanja svaki drugi zahvat, može i mora opravdati takav pokušaj. Ne može se, međutim, ničim opravdati ako neko principijelno, i kod ovakvih slučajeva, daje prednost ekserezi samo zato jer je to manji zahvat nego plastika.

Kaverne 3. grupe, koje su *cirkumferentno razapete*, pokazuju na rentgenu slijedeće dvije tipične forme: (na slici 3 a. i 3 b.) t. j. plućni vršak sa kavernom u njemu okružen i razapet vrlo kratkim periapikalnim membranama, odnosno, plućni vršak, totalno i direktno srastao uz kupolu. Kod ovakvih kaverna ne koristi niti spontani pleuritični eksudat, kod njih nije indicirana kaustika, kod njih nema nikakvog opravdanja imobilizacija prečage; jedina metoda koja dolazi u obzir jest apikalna odnosno gornja

Dr. P. Samardžija — Klenovnik
Terapija kaverne razapete u pneumotoraksu



1a



1b



1c



2



3a



3b



4

plastika. Ako je ista iz bilo kojih razloga neprovediva, treba pokušati ekstrapleuralnu apikolizu. Indikacija za plombu — kod slučajeva kao 3b. — danas se općenito otklanja zbog opasnosti prodora plomba u šupljinu pneumotoraksa.

Pošto apikalna odn. gornja plastika znači u ovim slučajevima, zapravo, jedini ispravan postupak, potrebno je da na ovom mjestu upozorimo na činjenicu da baš bolesnici s pneumotoraksom odlično podnose plastiku, jer su i medijastinum i srce i veliki sudovi već akomodirani na kolaps, a nema niti opasnosti aspiracije u bazalne partije, jer su iste pneumotoraksom komprimirane (Ziegler, Grof, Kremer, Jessen, Kleesattel).

Ukratko bismo ovo poglavlje mogli rezimirati ovako : kod priraslica 1. grupe, gdje je kaverna razapeta samo u jednom smjeru, treba znati čekati; kod priraslica 2. grupe, gdje je kaverna unakrst razapeta, treba na vrijeme izvesti kaustiku, odnosno, ako je kaustika nemoguća, apikalnu ili gornju plastiku; kod priraslica 3. grupe, koje kavernu totalno razapinju, treba se čim prije odlučiti za plastiku.— Ako bolesnik s takvom razapetom kavernom, gdje postoji opasnost perforacije, otklanja svaki zahvat — najispravnije je napustiti daljnje punjenje pneumotoraksa.

II.

Kao drugu veliku skupinu pod pneumotoraksom razapetih kaverna označili smo slučajeve kada kaverna nemože da kolabira uslijed *pomanjkanja elastičnosti plućnog tkiva*. Tu moramo razlikovati dvije mogućnosti : 1. cirotičnu kavernu, koja je opkoljena rigidnim prstenom, 2. kavernu koja je obkoljena kazeoznim masama. U oba slučaja kaverna je uistinu razapeta, iako se ne može govoriti o formalnoj razapetosti kao kod slučajeva sa priraslicama. Najlošiji su izgledi za kolaps ako imamo takav slučaj plućne inercije kombinovan sa labilnim medijastinom.

Kod *rigidne kaverne* priznaje se gotovo općenito opravdanost indikacije za *oleotoraks*. Ako je medijastinum labilan treba, ulje ispočetka davati u minimalnim dozama (t. zv. *nadražajni oleotoraks*, „Reizoleothorax“), pa istom kada se medijastinum učvrsti preći na *kompresivni oleotoraks*. Ako kaverna leži kortikalno nije oleotoraks nikako indiciran, jer je opasnost perforacije više nego velika.

Mi držimo da je za slučajevi rigidne kaverne *podesniji artef. serotoraks nego oleotoraks*. Fiziološka otopina ne podržuje pleuru tako žestoko kao ulje, opasnost perforacije je značno manja, a manja je i opasnost empijema — bez perforacije. Loša strana serotoraksa je što se brzo resorbira, pa ga treba često kontrolirati i često nadopunjavati.

Samo u slučajevima kad nam *rigidna kaverna poslije kaustike neće* da kolabira, premda su priraslice prepaljene, primjenjujemo radije oleotoraks. Tu je pleura, uslijed skoro redovitog većeg ili manjeg eksudata iza kaustike, prilično neosjetljiva, osim toga poželjno nam je i antisimfizerno djelovanje oleotoraksa. Ne pravimo ipak nikada kompletan oleotoraks, već *podržavamo*.

istodobno i pneumotoraks i oleotoraks, jer nam taj mali pneumotoraks omogućuje uvijek kontrolu plućnog kolapsa, kao i točnu kontrolu intrapleuralnog pritiska — što je kod kompletног oleotoraksa u mnogo manjoj mjeri moguće.

Kod kaverne u kazeoznom terenu nije na mjestu nikakvo nadraživanje pleure, ne dolazi dakle u obzir ni serotoraks ni oleotoraks.

III.

Spominjući slučajeve kod kojih je, po našem mišljenju, već samom lokalizacijom kaverne uslovljen njezin loši kolaps, mislili smo na *intrahilarne, parahilarne i bazalne kaverne*. Da se te kaverne često izmiču kolapsu pod pneumotoraksom prilično je poznata i priznata stvar. Zato i postoji dilema: treba li kod kavernoznih oboljenja s takvom lokalizacijom primjeniti prvenstveno pneumotoraks ili ekserezu. Većina autora daje kod čisto bazalnih oboljenja prednost ekserezi, a neki (Plieninger, Morin i dr. smatraju da je i kod hilarne kaverne indicirana u prvom redu eksereza kao samostalan zahvat. Kremer drži da takve kaverne treba uzeti „medju dvije vatre“ t. j. kombinovati pneumotoraks s ekserezom.

Mi kod hilarnih i bazalnih oboljenja *postupamo individualno*. U slučaju izrazite socijalne indikacije počimamo lijeчењe ekserezom. Kad je proces jako evolutivan i destruktivn, pa se bojimo perforacije, odlučujemo se također radije za ekserezu, inače uvijek apliciramo pneumotoraks. Ako vidimo da nam kaverna pod pneumotoraksom neće da kolabira, *upotpunjujemo pneumotoraks artef. serotoraksom*; imobilizovanje prečage ostavljamo kao ultimum refugium. Ranije smo se u takvim slučajevima odlučivali bez daljnje na upotpunjavanje pneumotoraksa ekserezom; tu indikaciju priznaju uostalem, svi autori. Na veću suzdržljivost prema ekserezi baš kod ovih slučajeva navela su nas opažanja da *pretežan dio tih bolesnika oboli kasnije na drugoj strani* i da je novi proces redovito istoga karaktera i iste lokalizacije kao i raniji. Ako nam sada ne uspije pneumotoraks nalazimo se u vrlo teškoj situaciji: bolesniku bi trebalo načiniti ekserezu, ali ju nesmijemo riskirati, jer je jedna prečaga već imobilizovana.

Apsolutna indikacija za imobilizovanje prečage postoji samo kad je kolaps bazalne kaverne onemogućen širokim srašćenjem između plućne baze i prečage (slika 4.). Pa i tada treba najprije pokušati privremeno imobilizovanje prečage putem alkoholizacije ili gnjećenja živca.

Ovo poglavje bismo, dakle, rezimirali ovako: kod destruktivnih bazalnih i hilarnih oboljenja treba prvenstveno primjeniti pneumotoraks i izbjegavati, dok je ikako moguće, trajnu imobilizaciju prečage; ako se kasnije ukaže potreba da kompletiramo pneumotoraks, nastoјaćemo da to učinimo također bez trajne imobilizacije prečage — polazeći sa stanovišta da bolesniku treba sačuvati mogućnost eksereze na drugoj strani kao rezervu za budućnost.

IV.—V.

Dalje smo bili spomenuli slučajeve kad kaverna pod pneumotoraksom ne može da kolabira zbog *labilnosti medijastinuma*. Problem labilnog medijastinuma veoma je važan i iziskivao bi sam za sebe jedan ovakav referat, Mi ćemo samo naglasiti da je svako forsiranje pritiska u pneumot. s labilnim medijastinom ne samo iluzorno nego i veoma opasno obzirom na srce, velike venozne sudove, pa i na samu respiraciju.

Kao terapijski postupak dolazi u obzir aplikacija t. zv. *potpornog pneumotoraksa* na zdravoj strani. Preporučena je i imobilizacija prečage (Zadek i Sonnenfeld), ali većina autora tu indikaciju — s pravom — otklanja premda je istina da nakon imobilizovanja prečage postaju ekskurzije medijastinuma manje, naročito, ako se u pneumotoraksu podržava strogo negativan pritisak. Pošto je i potporni pneumotoraks obično u praksi neprovediv, ne preostaje nam kašto drugo nego da pokušamo umjetnim načinom učvrstiti medijastinum. Činimo to minimalnim dozama ulja (1—2 ccm) ili malim dozama fizijološke otopine (10—100 ccm). Dozu ponavljamo povećavamo odn. smanjujemo već prema reakciji nakon prve injekcije.

Taj isti postupak, t. j. *umjetno izazivanje pleuritične reakcije*, primjenit ćemo u veoma rijetkim slučajevima *nezasitne pleure*, (t. zv. *pneumotoraks insatiabilis*). Većina autora negira doduše opstojanja takvog pneumotoraksa, no priznaje se općenito da postoje veoma velike individuálne razlike u permeabilnosti pleure.

Mi za podraživanje pleure upotrebljavamo 10% *Ol. camphoratum*, jer ima izrazito antiseptično djelovanje, dobar je kardijakum, i imamo ga sterilnog uvijek pri ruci. Gdje nije poželjna jaka reakcija pleure upotrebljavamo, kako smo već spomenuli, *fizijološku otopinu*. Ako osim nadražajnog djelovanja na pleuru želimo postići i kompresivno djelovanje na pluće, povećavamo postepeno dozu fizijološke otopine dok ne dodjemo do $\frac{1}{2}$ odnosno do 1 litre pro dozi. Naglasili bismo da i fizijološka otopina prouzrokuje kod intaktne pleure povisenu temperaturu, jake bolove i eksudaciju, samo te reakcije nisu ni iz daleka tako žestoke kao kod ulja.

Što se tiče razapete kaverne kod *bilateralnog pneumotoraksa* naglasili bismo samo da vrijede, mutatis mutandis, isti principi kao i kod jednostranog pneumotoraksa. Moguća je obostrana kaustika, i obostrana gornja plastika, ali se ne može preporučiti obostrana ekserezza, jer su posljedice takvog zahvata nepredvidive.

Time bi ovaj naš — radi kratkoće vremena veoma šematisirani i neotpuni — prikaz liječenja razapete kaverne bio u glavnim crtama dovršen. Radi potpunosti slike moramo ipak da dodamo još par riječi o najčešćoj komplikaciji razapete kaverne, t. j. o njezinim *bronhogenim metastazama u zdravom pluću*. Uzimajući u obzir lokalizaciju i kvalitet tih metastaza mogu se postaviti *slijedeće terapijske direktive*:

1. Kod diseminiranih metastaza koje ne konfluiraju i ne naginju na destrukciju obično je dovoljeno *konzervativno liječenje* uz strogi higijensko-dijetetski režim;

2. Kod infiltrativnih međastaza lokalizovanih u gornjim partijama, ako su manjega opsega i bez znakova destrukcije, postupamo također konzervativno;

3. Kod infiltrata s destruktivnom tendencijom, ako su lokalizovani u gornjim partijama, dolazi u obzir samo aplikacija pneumotoraksa. Obično ga je dovoljno podržavati 6—8 mjeseci. (Pogrešno je čekati s primjenom pneumotoraksa dok se na zdravoj strani ne razvije velika kaverna!)

4. Kod destruktivnih infiltrata uz hilus ili u bazalnim partijama dolazi u obzir prvenstveno *temporerna immobilizacija prečage*.

Završujući ova izlaganja želili bismo naglasiti da su u njima dane i postavljene samo općenite terapijske direktive. Kod svakog pojedinačnog slučaja treba imati na umu da je kaverna samo jedan simptom tbc. oboljenja; pri stavljanju indikacije treba uzeti u obzir nesamo čitavu sliku bolesti, nego i čitavog čovjeka t. j. njegovu fizičku i psihičku konstituciju te njegove socijalne i ekonomske prilike. A najviše treba imati na umu da *nijedan operativni zahvat ne liječi tuberkulozu kao bolest čitavog organizma*; operacija samo stvara lokalne i mehaničke preduvjete da vlastite obrambene snage организма mogu doći do izražaja.

Zusammenfassung:

Dr. P. Samardžija — Klenovnik : Ueber die Behandlung der ausgespannten Kaverne beim Pneumothorax.

Die im Pneumothorax ausgespannte Kaverne kann durch folgende Momente bedingt sein:

- I. Thorakopulmonale Verwachsungen,
- II. Rigidität des Gewebes,
- III. Ungünstige Lage der Kaverne,
- IV. Weiches Mediastinum,
- V. Erhöhte Durchlässigkeit der Pleura.

Wir unterscheiden aus prognostischen u. therapeutischen Gründen 3 Grundtypen der durch Verwachsungen ausgespannten Kavernen: 1. in einer Richtung ausgespannte oder hängende Kaverne (Bild 1. a. und 1. b.), 2. kreuzweise ausgespannte Kaverne (Bild 2.), und 3. zirkumferent ausgespannte Kaverne (Bild 3. a. und 3. b.).

Die Fälle der hängenden Kaverne sind relativ gutartig. Es kommt doch mit der Zeit meistens zu einem spontanen Kollaps der Kaverne; nicht selten aber ist der Kollaps nur scheinbar und reversibel. Solange eine solche Kaverne keine Komplikationen verursacht, ist ein abwartendes Verhalten indiziert; doch ist es keinesfalls ratsam länger als 6 Monate zu warten, sonst wird die Kaverne zu rigid. Therapeutisch kommt an erster Stelle die Kaustik in Betracht. Ist die nicht ausführbar, so hat man zwischen Teilplastik und Zwerchfellähmung zu wählen. Dabei ist prinzipiell zu bemerken, dass die Zwerchfellähmung nur bei gleichzeitigem Vorhandensein basaler Adhaesonen Sinn hat, und dass sie bei grossen, harten, und bei hoch hängenden Kavernen gewöhnlich versagt. Deswegen ist eine allzu konservative Indikationsstellung, die nur nach der Schwere des Eingriffes gerichtet ist, abzulehnen. In geeigneten Fällen bei tief hängender Kaverne

haben wir durch Applikation eines artif. Serothorax (mit physiologischer Kochsalzlösung den gewünschten Kollaps erreichen können.

Bei Fällen des sog. lateralen Pneumothorax (Bild 1. c.) ist eine Zwerchfellähmung indiziert; nur bei streng supraklavikulärer Lage der Kaverne ist eine Spaltenplastik vorzuziehen.

Bei der kreuzweise ausgespannten Kaverne sind die Aussichten für ein spontanes Zusammenfallen sehr gering. Nicht selten vergrößert sich sogar die Kaverne unter dem Pneumothorax. Streuungen in die gesunde Lunge und Blutungen kommen sehr oft vor. Grosse Gefahr der Perforation! Deswegen ist ein rechtzeitiges therapeutisches Eingreifen am Platze. Die Kaustik ist die Methode der Wahl; ist sie nicht ausführbar, so besteht eine strikte Indikation für die obere Teilplastik.

Bei den Fällen der 3. Gruppe (Bild 3. a. und 3. b.) kommt einzig und allein die obere Teilplastik in Betracht.

In allen Fällen wo eine Plastik indiziert, aber nicht ausführbar ist, kann man die einfache Apikolysis — ohne Rippenresektion — versuchen.

Bei Kavernen die durch unelastisches Lungengewebe ausgespannt gehalten werden ist eine zirrhoisch-rigide und eine käsig-rigide Form zu unterscheiden. Bei zirrhoischer Kaverne bevorzugen wir den artifiziellen Serothorax, bei welchem die Komplikationen bedeutend seltener sind als bei dem Oleothorax. Nur bei rigider Kaverne nach Kaustik applizieren wir lieber den Oleothorax; gleichzeitig unterhalten wir auch den Pneumothorax weiter. Das Verfahren hat gegenüber dem kompletten Oleothorax ganz bedeutende Vorteile. — Bei einer käsig-rigiden Kaverne ist jede Reizung der Pleura kontraindiziert.

Der ungünstigen Lage ist es zuzuschreiben, dass basale und hiläre Kavernen sich dem Kollaps sehr oft entziehen. Jedoch ist auch bei diesen Lokalisationen immer zuerst eine Pneumothoraxanlage indiziert, ausgenommen sehr evolutive und destruktive Prozesse wegen der Perforationsgefahr. Wenn später eine Ergänzung des Pneumothorax notwendig erscheint ist die temporäre Zwerchfellimmobilisation oder der artif. Serothorax am Platze. Bei diesen Patienten hat man nämlich mit einer späteren gleichartigen und gleichlokalisierten Erkrankung der Gegenseite zu rechnen. Demzufolge trachten wir, womöglich, dem Kranken die Möglichkeit der Exhairesis auf der Gegenseite als eine Reserve für die Zukunft zu erhalten.

Bei Fällen mit labilem Mediastinum kommt therapeutisch ein Stützpneumothorax der Gegenseite in Betracht. Ist der nicht ausführbar, kann man eine Festigung des Mediastinums mittels kleinster Oeldosen oder, noch besser, mittels kleiner Mengen physiologischer Kochsalzlösung versuchen.

Dasselbe Verfahren der Pleurareizung kommt auch bei seltenen Fällen des „Pneumothorax insatiabilis“ in Betracht.

Die Behandlung der ausgespannten Kaverne in Fällen mit beiderseitigem Pneumothorax richtet sich — mutatis mutandis — nach denselben Prinzipien. Eine beiderseitige Exhairesis ist wegen der ganz unberechenbaren Folgen zu verwerfen.

Für die Behandlung der bronchogenen Metastasen der Gegenseite gelten folgende Direktiven:

Bei disseminierten, nicht konfluierenden und nicht zerfallenden Herden — konservatives Verhalten, ebenso bei nicht zu Zerfall neigenden Oberlappeninfiltraten. Bei zerfallenden Oberlappeninfiltraten — artifizieller Pneumothorax, bei zerfallenden Hilus- und Unterlappeninfiltraten — temporäre Zwerchfellausschaltung.

Die Kaverne ist nur eine Teilerscheinung der Tuberkulosekrankheit. Bei jeder Indikationsstellung muss man das ganze Krankheitsbild und den ganzen Menschen berücksichtigen. Es gibt keine kollapsotherapeutische Methode, die imstande wäre die Tuberkulosekrankheit als solche zu heilen.

Liječenje plućne tuberkuloze ambulantnim pneumotoraksom

Od god. 1928—1934 liječeno je u zagrebačkom dispanzeru umjetnim pneumotoraksom ambulantno 350 bolesnika. Iz ovoga smo broja isključili one bolesnike koji su se iselili, i koje smo izgubili iz evidencije iz bilo kojeg drugog razloga, kao i one, kod kojih je liječenje započeto tokom posljednje godine, jer ti ne mogu zbog prekratkog trajanja liječenja doći u obzir. Ostaje nam dakle 187 bolesnika, koji su opažani od 1 do 6 godina. Kod jednog dijela tih bolesnika započeto je liječenje pneumotoraksom u bolnici ili u lječilištu, te je dalje kod nas u dispanzeru nastavljeno, kod drugog dijela provedeno je ono od početka u dispanzeru, t. j. kod ovih je bolesnika i prvo davanje pneumotoraksa izvršeno ambulantno. Prije nego što se je počelo liječenjem pomoću umjetnog pneumotoraksa bili su svi bolesnici opažani stanovito vrijeme; diagnoza je bila utvrđena točnim fizičkim nalazom, rentgenskom snimkom, pregledom sputumu, sedimentacijom krvnih tjelešaca i kontrolom temperature. Tehnika samog zahvata, bilo prvog pneumotoraksa, bilo naknadnih punjenja, nije se razlikovala od običajne tehnike u bolnicama i lječilišima, pa se zato ne čemo kod toga dulje zadržavati. Istaknut ćemo samo, da smo kod prvog davanja pneumotoraksa tražili uvijek, da bolesnik dodje u pratinji odraslog člana familije ili drugog poznatog, da je bolesnik odležao 1—2 sata iza punjenja u dispanzeru, da se odvezao kući tramvajem ili kolima društva za spasavanje, rjedje je išao kući pješke. U toku liječenja kontrolirali smo uvijek kod svih pacijenata fizikalni nalaz, kretanje temperature i težine, sedimentaciju krvi, a prije svakog naknadnog punjenja izvršen je pregled rentgenom. Kod nastalih promjena, kod završavanja pneumotoraksa, učinjena je uvijek rentgenska snimka pluća. Za određivanje razmaka izmedju pojedinih punjenja, kao i za određivanje količine zraka kod pojedinih insuflacija ravnali smo se prema veličini kolapsa, prema tlaku, prema brzini resorpcije, kao i prema stanju kontralateralne strane pluća i općem stanju bolesnika. Od komplikacija kod punjenja, i to kod prvog davanja, imali smo nekoliko lako počkožnih emfizema na mjestu insuflacije, ozbiljnih komplikacija nije uopće bilo. Kod naknadnog punjenja nastupila je u jednom slučaju bilateralna pneumotoraksa cerebralna embolija: dotična pacijentica bila je zadržana u bolnici 48 sati i za to su vrijeme iščezli svi simptomi. Neki od protivnika ambulantnog liječenja pneumotoraksom ističu napose, da se ovi pacijenti nalaze kod kuće u opasnosti radi komplikacije spontanog pneumotoraksa, koji zahlijeva momentanu liječničku pomoć. Od svih naših pacijenata, koje smo do sada liječili pneumotoraksom, došlo je samo kod jedne bolesnice, i to opet sa bilateralnim pneumotoraksom, do spontanog pneumotoraksa nekoliko sati nakon punjenja, kada je pacijentica bila već kod kuće. Pacijentica je odmah prevezena u dispanzer, gdje joj je pružena pomoć, i zatim zadržana u bolnici.

Ove dvije spomenute komplikacije bile su jedine teže komplikacije, koje su nastupile u vezi sa insuflacijom i obe su dobro završile.

Sada ćemo najprije prijeći na prikazivanje 163-ojice bolesnika koji su liječeni ambulantno *unilateralnim pneumotoraksom*. Medju njima bilo je 87 muškaraca i 76 žena, jednih i drugih u dobi od 8—49 godina.

Prema težini i kvalitetu oboljenja bilo je: 1) pacijenata sa pretežno eksudativnim oboljenjem 47, 2) sa pretežno fibrokazeoznim oboljenjem i jednom ili više kaverna 102, 3) sa fibrokazeoznim oboljenjem, a da kaverna nije rentgenološki ustanovljena 13, i 4) jedan bolesnik sa sekundarnim infiltratom i raspadom tkiva. Sputum je bio prije započetog liječenja pozitivan kod sviju osim kod petorice bolesnica. Kod dvojice od ovih bilo je liječenje započeto u bolnici, te se nije moglo naknadno provjeriti da li su u sputumu nadjeni bacili tuberkuloze, a kod ostale trojice postojali su klinički i rentgenološki znakovi progresivnog karaktera, te je učinjen pneumotoraks premda se bacili običnom metodom bojadisanja sputuma nisu mogli dokazati. Do konca 1933. g. umrlo je 9 pacijenata, odnosno 5%. U liječenju pneumotoraksom nalazi se 95 pacijenata odnosno 58%, kod 6 t. j. 3% pacijenata liječenje se završava, a kod 62 pacijenta, odnosno kod 38% liječenje je pneumotoraksom završeno, medju te smo ubrojili i onih 9 umrlih. Kod završavanja pneumotoraksa mogli smo obustaviti pneumotoraks zbog klinički i rentgenološki ustanovljenog ozdravljenja u 18 slučajeva. Ako k tome pribrojimo još 6 slučajeva kod kojih se pneumotoraks sada završava, imamo 24 slučaja, odnosno 14%. Kod 10 pacijenata morao je pneumotoraks biti obustavljen radi propagacije oboljenja na drugu stranu od tih je dosada umrlo 9, što smo ih već ranije spomenuli. U 7 slučajeva napustili su pneumotoraks pacijenti sami, a u 27 slučajeva prestao je pneumotoraks pomalo sam od sebe zbog adhezije nastalih većinom nakon eksudativnih pleuritida. O završavanju pneumotoraksa mogli smo dakle odlučiti u 20% slučajeva, pribrojivši i onih 6 slučajeva kod kojih se sada završava, bilo uslijed kliničkog ozdravljenja, bilo uslijed kontraindikacije za dalje nastavljanje pneumotoraksa. Prema Maendlu i Sachsu dolazi liječnik u 30% slučajeva u priliku, da sam odlučuje o vremenu završavanja pneumotoraksa, prema Arniu samo u 11%, a i kod ovih je, prema navodima spomenutog autora, liječnik samo u nekoliko slučajeva mogao završiti pneumotoraks zbog kliničkog ozdravljenja. Naši se rezultati kreću po srijedi između rezultata dobivenih kod spomenutih autora.

Od tuberkuloznih komplikacija spomenut ćemo u prvom redu eksudativni pleuritis. O tome, kako često dolazi ta komplikacija kod pneumotoraksa uopće, nalazimo u literaturi ekstremne po latke. Po Arni-u kreću se između 6—100%, po Maendlu je prosjek između 50—60%. Kod naših pacijenata imali smo veće eksudate u 95 slučajeva odnosno kod 58%, i malene eksudate, koji nisu prešli sinus u 32 slučaja t. j. 19%. Procenat većih eksudata kreće se, dakle, unutar granica spomenutog prosjeka, i ako medju našim pacijentima imade mnogo njih sa teškim formama oboljenja.

Stanje pacijenata prije liječenje umjetn. pneumotoraksom:

	I. Prvi pneumot. započet u bol.: 101		II. Prvi pneumot. započ. amb.: 62		Ukupno: 163	
	u %	u %	u %	u %	u %	u %
Pretežno unilaterali fibrokazeozni proces	101		62		163	
Sputum bio pozitivan	99	98	53	59	158	96
Sputum bio negativan	2	1.98 1	3	4.84 4	5	3
III. Bilateralni proces	15		9		24	
Sputum bio pozitivan	15	100	9	100	24	100
Sputum bio negativan	—		—		—	
Do konca 1933. god. pneumotoraks je:						
Završen radi dovoljnog poboljšanja	11	10	7	11	18	11
Završava se radi dovolj- nog poboljšanja	4	4	2	3	6	3
Presao sam od sebe zbog adhezija	14	13	13	21	27	15
Obuslavljen radi obolje- nja druge strane	5	5	5	8	10	6
Napustili sami pacijenti	3	3	4	6	7	4
Pneumotoraks još traje	64	63	31	50	95	58
Komplikacije:						
Pleuritis exsudat va sa višim eksudatom	56	55	39	62	95	58
Sinus-exsudat	20	20	12	19	32	19
Aktivacija druge strane sa spontanim regresom	8	8	5	8	13	7
Aktivacija druge strane sa progred. karašt.	15	15	8	12	23	14
Druge komplikacije	1	1	2	3	3	1
Tbc. drugih organa	4	4	2	3	6	3
Komplikacije nespec. naravi	1 lues 4 poroda	5	3 poroda 1 diabet. 1 epilep.	9	1 lues 7 poroda 1 diabet. 1 epilep.	6
Stanje pacijenata koncem 1933. god.:						
Praktično zdravi	33	3	16	25	49	30
Znatno poboljšani	31	30	19	30	50	30
Poboljšani sa dobrom prognozom	13	12	11	17	24	14
Poboljšani sa dub oznom prognozom	13	12	6	9	19	11
Prognoza infaustna	6	5	6	9	12	7
Umrli	5	4	4	6	9	5
Sputum postao negativan	83	82	44	70	127	77
Sputum fakult. pozitivan	5	4	1	1	6	3
Sputum ostao pozitivan	6	5	10	16	16	9

Kako su naši bolesnici bili stalno kontrolirani rentgenom to nam je mogao izbjjeći tek vrlo mali postotak eksudata. Kod naših slučajeva imao je eksudat utjecaj na tok liječenja u tom smislu, da je konačno doveo do obustavljanja pneumotoraksa u 23% svih eksudata. Od ostalih komplikacija nastupila je aktivacija druge strane u 36 slučajeva, i to u 13 slučajeva nastupile su infiltracije, koje su se dijelom spontano resorbirale, a dijelom je došlo do induracije, u 8 slučajeva morao se je izvršiti bilateralni pneumotoraks, a u 15 slučajeva, odnosno u 9%, nastupila je teška propagacija oboljenja. U 3 slučaja razvio se pyotoraks, od kojih su 2 slučaja imali dobar svršetak. Do specifičnog oboljenja drugih organa došlo je u 6 slučajeva. Od komplikacija nespecifične naravi spomenut ćemo, da je bilo 7 slučajeva graviditeta sa porodom, 2 slučaja luesa, 1 diabetes i 1 epilepsija.

Koncem godine 1933. bilo je *praktično zdravih* 49 odnosno 30% svih pacijenata. Medju praktično zdrave svrstali smo samo one pacijente, koji su dulje vremena potpuno kompenzirano i sposobni za rad. Ovi bolesnici nemaju nikakovih općenitih simptoma oboljenja, fizikalni nalaz pluća ne pokazuje znakova aktivnosti, rentgenološki vidljiva su samo indurativna polja, sputum je stalno negativan, a sedimentacija krvи snižena na normalu. *Znatno poboljšanih* pacijenata bilo je 50, odnosno 30%. U ovu grupu svrstali smo pacijente, kod kojih još nije nastupila potpuna kompenzacija, odnosno kod kojih ona ne traje dulje vremena. Kod svih pacijenata ove grupe sputum je stalno negativan, sedimentacija krvи snižena na normalu, ili najviše do 20 mm u prvom satu po West., a opće stanje pokazuje kod nekoliko od njih još stanovaštvo labilitet. Pacijenti ove grupe dijelom privreduju, dijelom obavljaju samo lakše poslove. *Poboljšana*, sa vjerojatno dobrom prognozom, bila su 24, odnosno 14%. *Sa poboljšanim stanjem*, ali sa *dubioznom prognozom* bilo je njih 19, odnosno 11%, sa *inaustnom prognozom* bilo je 12 slučajeva ili 7%, *umrlo* je njih 9, t. j. 5%. Pod konac opažanja postao je sputum mikroskopskim pregledom razmaza negativan kod 127, prije pozitivnih, pacijenata, odnosno u 77%, fakultativno pozitivan kod 6 pacijenata t. j. 3%, a ostao stalno pozitivan kod 16 bolesnika t. j. u 9% slučajeva. Pri tome nisu uzeti u obzir petorica, kod kojih se nisu mogli dokazati bacili tuberkuloze u ispljuvku običnom metodom bojadisanja, kao i svih 9 koji su umrli.

Da bismo mogli uporediti rezultate postignute kod bolesnika liječenih od početka ambulantno, sa rezultatima liječenja onih bolesnika, kod kojih je pneumotoraks započet u bolnici ili u lječilištu i onda dalje ambulantno nastavljen, razdijelili smo ih u dvije odgovarajuće grupe. Kao treću grupu izlučili smo bolesnike liječene ambulantno bilateralnim pneumotoraksom. Pacijenti druge grupe, liječeni od početka ambulantno, mogu se po kvaliteti i težini oboljenja uporediti sa bolesnicima prve grupe, jer smo kod njih prisiljeni stavljati isto tako široku indikaciju za liječenje pneumotoraksom, kao što je uobičajena kod liječenja pneumotoraksom u bolnici ili

u lječilištu. Prisiljeni smo na to zbog pomanjkanja mjesta u bolnicama, zbog minimalnog broja kreveta za tuberkulozne, što je svima dobro poznato, ali što se, praktički, možda nigdje toliko ne ističe kao u ambulantama antitbc. dispanzera. Od 62 bolesnika, koji su od početka ambulantno liječeni bilo ih je sa pretežno eksudativnim oboljenjem 33%, sa fibrokazeoznim oboljenjem sa kavernama 62% i bez rentgenološki vidljivih kaverna 4%. Od 101 bolesnika, kod kojih je pneumotoraks započet u zavodu, bilo je pretežno eksudativnih oboljenja 25%, fibrokazeoznih oboljenja sa kavernama 63% i bez rentgenološki vidljivih kaverna 10%. Vidimo dakle, da kod naših, od početka ambulantno liječenih bolesnika prevaleiraju teža, pretežno eksudativna oboljenja otprilike za 8% prema bolesnicima prve grupe, prema tome moramo očekivati i stanovitu razliku u rezultatima. — Uporedit ćemo sada komplikacije nastale u ove dvije grupe. Od eksudativnog pleuritisa sa većim eksudatom oboljelo je u drugoj grupi 62% bolesnika prema 55% prve grupe. Od ostalih komplikacija došlo je kod bolesnika druge grupe do aktivacije oboljenja na kontralateralnoj strani u 20% prema 23% prve grupe. U dva slučaja nastupio je pyotoraks sa dobrim konačnim izlazom u 1 slučaju prema 1 slučaju pyotoraksa prve grupe. Drugih težih komplikacija nije bilo. Vidimo dakle, da je kod pacijenata druge grupe broj komplikacija sa eksudativnim pleuritisom nešto viši prema prvoj grupi, dok u ostalim komplikacijama nema znatnih razlika. Iz iskustva stečenog sa našim pacijentima možemo zaključiti, da komplikacije, koje nastupaju kod liječenja umjetnim pneumotoraksom čine kontraindikaciju za ambulantno liječenje, uključivši ovamo i prvo davanje pneumotoraksa. Uporedimo li rezultate liječenja obju grupe, dobivamo 25% praktično zdravih iz druge grupe, prema 32% praktično zdravih u prvoj, zatim 30% znatno poboljšanih prema jednakom postotku t.j. 30% prve grupe. Poboljšanih sa dobrom prognozom u drugoj grupi 17% prema 12% u prvoj grupi poboljšanih sa dubioznom prognozom 9% prema 12% u prvoj grupi. Pacijenata sa infaustum prognozom i umrlih zajedno u drugoj grupi ima 15% prema 9% iz prve grupe. Dobivamo dakle kod pacijenata druge grupe nešto slabije rezultate, kako smo i očekivali, radi većeg broja težih forma oboljenja sa kojima moraju i rezultati da stoje u omjeru. Svima našim, ambulantno liječenim, bolesnicima nastojali smo, da od vremena na vrijeme omogućimo liječenje u lječilištu od nekoliko mjeseci. Od 62 pacijenta druge grupe uspjelo nam je da 21 od njih tokom liječenja smestimo barem na neko vrijeme u lječilište. Kod ostalih 41 bolesnika nije nam to bilo moguće, te su cijelo vrijeme liječeni isključivo samo ambulantno. Budući da nemamo ovde mjesta da ulazimo u kazuistiku, to ćemo samo sumarno istaknuti, kako su ovi posljednji, posve ambulantno liječeni, bolesnici dobili tokom liječenja prosječno 3—7 kg na tjelesnoj težini. Pojedinci dobili su i po 10, 14, i po 18 kg na težini. Temperatura, koja se prije započetog liječenja kretala prosječno između 37—38° C., pala je na normalu kod svih osim kod trojice. Sedimentacija krvi, koja se kretala prije liječenja prosječno u visini 20—40 mm u prvom satu po West,

snižena je u 19% slučajeva na normalu, a u dalnjih 14% snižena je na ispod 20 mm u prvom satu.

Osvrnut ćemo se još ukratko na treću grupu bolesnika, koji su liječeni bilateralnim pneumotoraksom. Indikacija za bilat. pneumotoraks bila je postavljena: prvo, kod bolesnika koji su od početka imali bilateralni nalaz oboljenja i drugo, kod aktivacije druge strane, koja je nastupila u toku liječenja unilateral. pneumotoraksom. U ovoj grupi imamo 24 bolesnika, kod 9 od njih započet je pneumotoraks na obje strane ambulantno. Eksudativni unilat. pleuritis kod ovih 24-ero pacijenata pojavio se u 13 slučajeva, samo u 1 slučaju nastupio je obostrani, niski eksudat. Medju praktično zdrave ne možemo dosada uvrstiti nijednoga od ovih pacijenata. Znatno poboljšana su 2 i poboljšana 4 bolesnika. Kod dalnjih 8 stanje je poboljšano, ali je prognoza dubiozna. Kod 7 je prognoza infaustna, a 3 su umrla. Sputum je postao negativan kod 11-torce, t. j. kod 45% pacijenta. I ambulantnim bilat. pneumotoraksom postignuli su, dakle, povoljni rezultati, samo je broj pacijenata još premašen, da bismo iz njega mogli zaključivati.

Rezultati liječenja umjetnim pneumotoraksom kod naših pacijenata nisu još konačni, kod velikog broja njih liječenje još traje, a i oni, kod kojih je pneumotoraks već završen, stoe najdulje tri godine iza završetka liječenja u spažanju. Rezultati će se u dalnjem slijedu godina promijeniti, smanjiti za izvjestan procenat, jer je zasada nepredvidivo koliki će od njih biti trajni, no ipak nam ove brojke prikazuju veliku važnost ambulantnog pneumotoraksa u liječenju kao i u suzbijanju tuberkuloze. Epidemiološku važnost uočit ćemo najbolje ako istaknemo, da bi gotovo svi ovi bolesnici, kod kojih je pneumotoraks amputantno započet, jer nije bilo mesta u bolnicama, danas prestavljalii vrelo zaraze za svoju okolinu, a ovako je kod 77% bolesnika sputum postao negativan, premda samo običnom pretragom razmaza. Ambulantni pneumotoraks ima i veliko socijalno značenje: svi bi ovi bolesnici pali na teret ili svojim porodicama, koje i onaka materijalno loše stoe, jer naši pacijenti pripadaju siromašnim slojevima, ili pak na teret društva, države. Liječenjem pomoću ambulantnog pneumotoraksa uspjelo je ove bolesnike u znatnom procentu, i u razmjerno kratko vrijeme, povratiti zaradi, i učiniti ih opet aktivnim članovima ljudskoga društva. Zaradi su povraćeni svi pacijenti registrirani u grupi praktično zdravih, a u grupi znatno poboljšanih zaradjuje takodjer većina od njih.

Ambulantni pneumotoraks zauzimlje danas sve veći mah, sve važniji položaj. U medicinskoj literaturi velikog dijela evropskih naroda možemo već naći podatke o dobrim uspjesima tog ambulantnog liječenja. Kolika se važnost podaje ambulantnom liječenju pneumotoraksom vidi se i po tome, što je za ovogodišnji medjunarodni kongres odredjena tema o ulozi dispanzera u borbi protiv tuberkuloze. Glavni referent za ovu temu bit će prof. Leon Bernard iz Pariza. On se je tom prilikom obratio na dispanzere raznih država, pa i na dispanzer u Zagrebu s molbom, da mu sakupi podatke ostalih dispanzera u našoj državi o tome, da li se dispanzeri uz preventivni

rad bave i liječenjem tuberkuloze, i koje se vrste liječenja provode, s osobitim osvrtom na liječenje pomoću pneumotoraksa. Dosada nam je stiglo 26 odgovora, iz kojih vidimo, da se prvo i naknadno davanje pneumotoraksa vrši ambulantno u još tri dispanzera, dakle sa našim ukupno u 4, samo naknadno punjenje vrši se u 7 dispanzera. U 4 odgovora istaknuto je da se liječenje ambulantnim pneumotoraksom još ne provodi, ali da se čine pripreme za to. Dvanaest odgovora bilo je negativnih.

Ističući važnost ambulantnog liječenja pneumotoraksom ne želimo time zastupati stanovište, da je bolničko liječenje ovim bolesnicima nepotrebno, naprotiv, bolničko liječenje treba provesti svadje, gdje je to moguće. Pošto je to kod velikog broja naših bolesnika nemoguće, to držimo na osnovu ovih iskustava, da bi ambulantno liječenje pneumotoraksom trebalo da ispunи ovu prazninu, i da bi se ono moralo provesti na mnogo široj bazi, t. j. da se uvede u sve ambulante, koje raspolažu sa stručnjakom fitzeologom. Napose bi trebalo, da se uvede u antilbc. dispanzere, koji kao ustanove za suzbijanje tuberkuloze treba da uče veliko epidemiološko i socijalno značenje, ambulantno liječenje pneumotoraksom.

Zusammenfassung:

Dr. Ibler-Sertić – Zagreb: Ambulante Pneumothoraxbehandlung

In der Zeit von 1928–1934 wurden in der antituberkulosen Fürsorgestelle in Zagreb mit künstlichem Pneumothorax 350 Kranke behandelt. Im Referat wurden von diesen nur 187 Kranke berücksichtigt, weil man nur von dieser Zahl die erforderlichen Daten besass. Bei 101 begann die Pneumothoraxbehandlung im Krankenhaus oder in einer Heilstätte und wurde bei uns weitergeführt, bei 62 wurde dieselbe gleich von Anfang an ambulant in unserer Fürsorgestelle durchgeführt. 163 Patienten behandelte man also mit unilateralem, 24 ambulant mit bilateralem Pneumothorax. Die Technik des Eingreifens, sowohl bei der ersten Anlegung als auch bei den nachträglichen Füllungen unterscheidet sich nicht von der üblichen Technik in den Heilstätten. Von den Komplikationen bei der ersten Anlegung hatten wir einige leichte subkutane Emphyseme an der Stelle der Insufflation, bei den nachträglichen Füllungen trat in einem Falle des bilateralen Pneumothorax Gehirnembolie ein; die betreffende Patientin wurde 48 Stunden in Krankenhaus zurückbehalten, während welcher Zeit alle Symptome verschwanden. Andere Komplikationen kamen nicht vor. Praktisch gesund wurden 49 (30%) aller Patienten. Der Auswurf wurde negativ bei 127, also bei 77% aller Fälle. Grössere pleuritische Exsudate im Verlauf der Pneumothoraxbehandlung hatten wir bei 58%. Die Aktivierung der kontralateralen Seite zeigte sich bei 36 Fällen, und zwar bei 7% entstand sie in Form von Infiltration, die sich spontan resorbieren bzw. in die Induration überging, in 14% der Fälle nahm sie einen progredienten Charakter an. Zu einer spezifischen Erkrankung anderer Organe kam es in 6 Fällen (3%), gestorben sind 9 Kranke oder 5%. Bei Patienten, die vom Anfang an ambulant behandelt wurden, ist die Zahl der Komplikationen an der Pleuritisexsudativa etwas grösser (um 7%), und etwas kleiner die Zahl derjenigen die praktisch gesund wurden (um 7%), im Vergleich zu jenen, bei denen die Behandlung im Krankenhaus oder in einer Heilstätte begann. Bei der ambulanten Behandlung mit bilateralem Pneumothorax wurden auch ziemlich gute erfolge erzielt, nur ist die Zahl der Patienten zu klein um hieraus besondere Schlüsse zu ziehen. Berücksichtigt man die grosse epidemiologische und soziale Bedeutung der ambulanten Pneumothoraxbehandlung, in Anbetracht der geringen Anzahl der in den Krankenhäusern und Heilstätten zur Verfügung stehenden Betten, so sollte man diese in jeder Ambulanz oder Fürsorgestelle, wo ein Lungenfacharzt arbeitet, einführen.

Hirurško liječenje plućne tuberkuloze

Gospodje i gospodo! Ovaj moj kratki referat nema nikakovih naučnih pretenzija. Hirurška iskustva u ovoj grani medicine kod naš su još mala, pa ne može biti govora o povlačenju nekih dalekosežnih konkluzija. Ja mislim da dijelite samnom mišljenje, ako ustvrdim, da je najuža saradnja na polju kolapso-terapije, izmedju hirurga i ftiziologa, od eminentne važnosti za povoljne uspjehe, te da nema niti jedne grane medicinske nauke u kojoj bi ta kolaboracija bila od tolike neophodne potrebe. Ovaj naš današnji sastanak neka bude poticaj, da se ta intimna veza i suradnja izmedju hirurga i ftiziologa što pre uspostavi, te da bude što harmoničnija, da bi se postigli što bolji uspjesi na toliko prostranom polju rada u našoj domovini.

Liječenje ekstrapleuralnom torakoplastikom bezdvojbeno spada u domenu hirurga, dok liječenje vještačkim pneumotoraksom u domenu ftiziologa. Odgovornost, koju preuzima kako hirurg tako i ftiziolog, je velika. Ona je kudikamo veća kod extrapleuarne torakoplastike no kod vještačkog pneumotoraksa, jer plastikom stvaramo trajno ireparabilno stanje, pa su i eventualne dijagnostičke greške ireparabilne. Hirurg ne smije da bude samo fizički izvršilac ftiziologovog naredjenja. On mora da se sam pobliže upozna sa bolesti, mora unapred da prosudi šta se u konkretnom slučaju smije i može poduzeti, da postignemo što efikasniji uspjeh. Ne smije šematisirati ni šablonizirati, jer time samo izvrgava pacijenta opasnosti, a prokušane metode diskreditira. Diletantizma i šematzizma ne smije da bude u kolapsoterapiji, oni su štetni i opasni.

U aktivnoj terapiji plućne tuberkuloze najefikasniji je vještački pneumotoraks. On ujedno prouzročuje i najmanje promjene na organizmu, a što je od osobite važnosti, nakon izlječenja i napuštanja pneumotoraksa, zdravi plućni parenhim preuzme u punom opsegu svoju ftiziološku funkciju. Kremer izvještava na zadnjem skupu njemačkih ftiziologa, kako su povoljni uspjesi kod malih kavuma, a kako nepovoljni kod kavuma koji su poput jabuke veliki ili još veći. On se jedva sjeća da bi jedan takav kavum bio izlječen pneumotoraksom i ako on raspolaže sa velikim pneumotoraks-materijalom. Kremer kod pacijenta s velikim kavumom preporuča pneumotoraks kao pripravnu operaciju, a nakon te priprave totalnu extrapleuralnu plastiku.

Uslov za uspjeh pneumotoraksa je slobodni medjupleuralni prostor. Potpuna obliteracija isključuje njegovu primjenu. Mayer je pokušao kod potpune obliteracije medjupleuralnoga prostora izvesti extrapleuralni pneumotoraks, ali ovaj način liječenja slabo je našao odaziva. U literaturi nalazimo na sporadične slučajevi liječenja ovom metodom. (Shojama, Torikata, Jachia itd.) Nissen od 5 teških slučajeva, kod kojih je exereza frenikusa bila bez efekta, plomba radi raširenoga procesa nije dolazila u obzir, a torakoplastika radi općeg stanja bila je apriori kontraindicirana, imao je 2 uspjeha a 3 neuspjeha. On smatra ovu metodu posljednjim pokušajem, te savjetuje

da se kod veoma teških slučajeva pokuša i na ovaj način postići kolaps i spasiti pacijenta. Nissen indicira extrapleuralni pneumotoraks s primjenom pozitivnoga tlaka do + 20 i kod velikih kavuma s jedne strane, kod kojih je plastika radi druge strane nemoguća. Dakle i kod teških slučajeva, kod kojih su jedne aktivne metode zakazale, a druge kontraindicirane, moramo se odlučiti i na primjenu ove metode t. j. extrapleuralnog pneumotoraksa, jer nam je dužnost učiniti sve, što nam je u moći za spas pacijenta.

Parcijalni pneumotoraks

Kod parcijalnog pneumotoraksa kod kojeg uslijed opsežnosti adhezija kompletiranje bilo otvorenim bilo endotorakalnim načinom ne dolazi u obzir, a kavum u gornjem režnu je razapet uslijed ovih zaraslica, indikacija za primjenu gornje plastike je apsolutna. Unverricht u ovakovim slučajevima preporuča da se čeka do 3 mjeseca, da se vidi hoće li se u to vrijeme kavum zatvorili, ili će efekt parcijalnog pneumotoraksa biti nedovoljan. Ovi razapeti (viseći) kavumi gornjeg režnja u parcijalnom pneumotoraksu, po mišljenju svih autora, su opasni, bilo po rasap bilo po opasnost prodora i infekcije samog pneumotoraksa. Pomplun smatra ove viseće kavume osobito malignim i on ovo traženo vrijeme po Unverrichtu od 3 mjeseca skraćuje kod pacijenta s povиšenom temperaturom, te kod kojih se uopće stanje pogoršava. Ne pristaje li pacijent na plastiku, to se pneumotoraks mora napustiti, jer daljnje njegovo podržavanje predstavlja za pacijenta samo veću opasnost. Pomplun, Zadek, Sonnenfeld preporučuju u ovakovim slučajevima pneumotoraks napustiti i izvesti totalnu torakoplastiku.

Mi, na klinici, priklanjamо se autorima koji su pristaše dalnjeg podržavanja pneumotoraksa, uz primjenu parcijalne plastike gornjih 7 do 8 rebara. Ovaj način lečenja iz više razloga suponiramo totalnoj plastici. Gornja plastika kod pacijenta s parcijalnim pneumotoraksom nije nikakav veći zahvat. Mediastinum, kao i srce, preparirano je već parcijalnim pneumotoraksom. Srce se akomodiralo na smanjeni krvotok. Nakon napaštanja pneumotoraksa celi zdravi donji dio pluća ponovno sudjeluju u punom opsegu na respiraciji. Ovim načinom lečenja imademo veći akcioni radius u aktivnoj terapiji te nam je pružena mogućnost aktivne terapije i u slučaju oboljenja zdrave strane. Opasnosti infekcije kod parcijalnog pneumotoraksa za vrijeme, kao i posle operacije, nije velika. Veća je opasnost da dodje do infekcije pneumotoraksa kod samog dužeg podržavanja bez torakoplastike. Opasnost ozljede pleure pri operaciji kod ispravnog rada zapravo i ne dolazi u obzir. Kako dugo treba podržavati parcijalni pneumotoraks nakon gornje plastike, to imade odlučili fitiolog prema svome iskustvu. Mi smo imali prilike da ovaj način lečenja do sada primjenimo 4 puta. Sva četiri pacijenta imali su serozni exudat. Jednime smo pre operacije ispuštiti 1200 ccm. seroznog sadržaja. Nismo primjetili da bi exudat nakon plastičke postao veći ili da se inficirao. S uspehom smo bili zadovoljni. 3 pacijenta su u kratkom vremenu izgubili bacile u ispljuvku, a uopće stanje

značno se poboljšalo. Kod 4-tog pacijenta nije uspjeh bio dobar. Kod njega smo u II-aktu izveli donju plastiku, takodjer bez uspjeha, pa čemo još izvesti korektturnu plastiku. Ovaj pacijent imade ogromni kavum gornjeg režnja, tako, da mu je cijeli gornji režanj sekvestiran.

Extrapleuralna torakoplastika

Pri stavljanju naših indikacija izuzevši općih zahtjeva moramo imati u vidu i socijalne momente, koji baš kod naših pacijenata igraju veoma veliku ulogu. Kod imućnijih pacijenata, koji si mogu priuštiti duže sanatorijsko liječenje, možemo duže čekati i promatrati. Kod siromašnih moramo se prije odlučiti i primjenili metodu koja imade izgleda na što brži uspjeh, da pacijent postane što pre za rad sposoban. Osim ove socijalne indikacije, osobito kod nas, postoji i profilaktička indikacija sa stanovišta zaraze. Naši pacijenti žive većinom u zadugama sa više članova, često u jednoj sobi. Pacijent s otvorenom tuberkulozom opasnost je ne samo za sebe no i za svoju okolinu. Prednosti torakoplastičnih metoda jesu: značno kraće liječenje, materijalni izdaci su manji. Mi moramo ovom činjenicom da računamo, kad znademo da ima veliki broj pacijenata, koji jedva skupe toliko sredstava da dodju i prvi put do lječilišta. Ova metoda iziskuje najmanje materijalne žrtve. Socijalni momenti priznati su kod naroda s mnogo naprednijim sanitarnim ustanova i boljem ekonomskog stanja pa ja mislim da se i ovaj momenat u današnjim našim prilikama mora i te kako uzeti u obzir. Materijalna bijeda sili kako pacijenta, tako i liječnika, da i kod slobodnog medjupleuralnog prostora, odustane od terapije pneumotoraksom i da se odluči za terapiju plastikom.

Kod jednostranih fibroznih, proliferativnih ili cirotičnih procesa metoda izbora je totalna plastika. Exudativne i pretežno exudativne procese treba isključiti od ovoga načina liječenja. Kod fibroznih i proliferativnih procesa nismo u stanju ni rentgenološkim kontrolama da prosudimo u kolikoj mjeri je proliferativnom oboljenju primješano i exudativno. Kliničko posmatranje i laboratorijske pretrage, u ovakovim slučajevima su nam više od pomoći. Danas se u glavnom primjenjuje extrapleuralna paravertebralna torakoplastika po Sauerbruchu, manje subskapularna paravertebralna po Braueru i ako je razlika izmedju jedne i druge čisto graduelna. Sauerbruchovom metodom volumen pluća smanjuje se po prilici do $\frac{1}{2}$. Rebra regeneriraju, i pluće u smanjenjoj mjeri sudjeluje u respiraciji. Po Brauerovoj metodi kolaps je značno veći, pa i rijedje dolazi do potrebe za izvadjanje korekcionih plastika. Kod obih metoda zajedničko je da se drže Boiffen-Gourdet ovog principa t. j. resecerati rebro što bliže transversalnom procesu. Kod idealnih indikacija totalnu plastiku treba izvesti u jednoj sjednici. Zahvat u jednoj sjednici imade prednost pred razdiobom u više sjednica, što je kolaps jednomjerniji, te što pacijenta ne izvrgavamo višestrukom psihičkom šoku. Jedna od najvećih opasnosti za uspjeh totalne plastike jeste medijastinalno treperenje. Da se spriječi ova neugodna, a često i smrtonosna komplikacija,

preporučio je Kirschner 1931 god. šav izmedju kostalnih batrljaka. Ovaj Kirschnerov predlog valjda se nigdje ni ne primjenjuje, jer njegovom primjenom kolaps bi bio nedovoljan, vertebralne batrljke morali bi duže ostavljati radi mogućnosti šva rebara, a što izdašnije kraćenje vertebralnih batrljaka igra veliku važnost. Niti predlog Kristen Andersena u primjeni torakoplastične metode nije se uvredio. On je preporučio ostavili VI. rebro neresecirano, time misli izbjegći nagli kolaps i sve njegove opasnosti, a nakon nekoliko dana, kada je već prošao operacioni šok, onda resecerati ovo zaostalo rebro. Do danas nemamo niti jedne sigurne metode, da bi ispitali čvrstoću medijastinuma. Kod potpune obliteracije medjupleuralnog prostora ova neugodna komplikacija dolazi redje u obzir, zato pre torakoplastike treba na više mjesta pokušati pneumotoraks i na taj način ustanoviti postoji li potpuno obliteracija medjupleuralnog prostora. Kod slobodnog medjupleuralnog prostora gdje se iz socijalnih razloga indicira plastika, ili se radi velikog kavuma nema očekivati povoljan efekt pneumotoraksa treba izvesti najprije pneumotoraks, te kad je medijastinum dovoljno učvršćen, onda tek pristupiti torakoplastici. Pa i kod parcijalne obliteracije medjupleuralnog prostora t. j. kod obliteracije u gornjim partijama, može da dodje do opasnog medijastinalnog treperenja, u ovakovim slučajevima bolje je i treba početi plastiku odozgo. Druga teška komplikacija je slabost srca. Jessen je upozorio da od godine na godinu oštećenje srčanog mišića biva sve jače. Traje li bolest duže od 7 godina oštećenje mišića je takovo po Jessenu, da on kontraindicira operaciju. Na temelju iskustva i kliničkog rada Cobet tvrdi da ova razdioba Jessenova u godine intoksikacije, nije tačna i ona vredi samo u svojim grubim potezima, važnije je da znademo kako dugo je proces zapravo bio aktivan, te kako često su nastupile teške akutne exacerbacije i kako su dugo trajale. Srce pre primjene plastike treba pomno ispitati. Stalna tahikardija sa frekvencijom pulsa oko 100 a i preko je kontraindikacija.

Treći važni moment u postoperativnom toku je aspiraciona pneumonija iste a i zdrave strane. Kod razdiobe totalne plastike u više sjednica preporuča se početi plastikom odozdo, da bi se izbjeglo aspiracionu pneumoniju u donjim partijama. Interesantno je spomenuti da je Denk, koji redovno izvadja totalnu plastiku u dve sjednice, imao kud i kamo češće aspiracione pneumonije kod donje plastike, a rijedje kod gornje.

Gornja plastika

Otkako je Graf preporučio potpunu extirpaciju prvog a eventualno i drugog rebra silno se raširila ova metoda liječenja t. j. parcijalna gornja plastika sa resekcijom 7–8 rebara. Parcijalnu gornju plastiku 7–8 rebara treba primjenuti kod procesa u gornjem režnju, kad je donji dio zdrav. Princip je sačuvati zdravi donji dio fiziološkoj funkciji. Prednosti ove metode su znatne, indikacije za njenu primjenu su znatno šire. Kleesat tel s uspjehom primjenuju je u sledećim kombinacijama,

1. Jednostrana plastika, kod starog obostranog pneumotoraksa.
2. Plastika jedne strane kod obostranog pneumotoraksa s neučvršćenim mediastinumom.
3. Plastika jedne strane, kod svježeg obostranog pneumotoraksa.
4. Plastika jedne strane, pneumotoraks s druge strane.

Osim ovih prednosti još su dve važne: srce i mediastinum neuporedivo su manje opterećeni, tako rekuć i nemamo opasnosti slabog srca i mediastinalnog treperenja. Bojazan aspiracionih pneumonija bila je pretjerana.

Mi na klinici do sada smo izveli 37 torakoplastika i to 8 totalnih, 4 donje i 25 gornjih, od gornjih 2 apikalne na istom pacijentu. Od 8 totalnih 4 su izvršene u jednom, a 4 u dva akta. Donje plastike vršene su kao 1 akt totalne plastike 3 su umrla pre drugog akta, a 4 nije pristalo. Od ovih 37 devetorica je umrlo. Vreme promatranja je prekratko, a da bi se moglo govoriti o trajnim rezultatima.

Zusammenfassung:

Dr. Janko Komljenović (Chirurgische Universitätsklinik in Zagreb)

Prof. dr. Budisavljević). Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose

Die wirksamste Behandlung der aktiven Lungentuberkulose stellt wohl der künstliche Pneumothorax dar. Ist bei partiellem Pneumothorax eine Oberlappenkaverne wegen Verwachsungen ausgespannt, so ist die absolute Indikation zur Thorakoplastik gegeben, wenn innerhalb von drei Monaten eine günstige Wirkung des Pneumothorax nicht erzielt werden kann und seine Komplettierung durch Lösung der Verwachsungen nicht möglich ist.

Bei einseitigen, proliferativen, fibrösen und zirrothischen Prozessen mit Verwachung des Pleuraspaltes ist die totale extrapleurale Plastik die Operation der Wahl. Exudative oder vorwiegend exudative Fälle sind von dieser Operation auszuschliessen.

Die soziale Indikation bei Patienten mit freiem Pleuraspalt ist berechtigt

Bei Prozessen des Oberlappens mit gesundem Unterlappen, ist die Operation der Wahl die erweiterte obere Plastik (7. bis 8. Rippe).

Die Belastung der mediastinalen Organe bei oberer Plastik ist unvergleichlich geringer als bei totaler Plastik.

Die Indikationsbreite der oberen Teilplastik ist weitaus grösser als die der totalen.

DR. FRAN SORIĆ — SPLIT

Značenje frenikoeksajreze kod procesa u gornjim partijama pluća

Pod dojmom prvih sigurnijih uspjeha kolapsoterapije u početku našega stoljeća nastala je ideja Stürtza, koji je 1911. god. prvi predložio da se prerezom frenikusa izvede paraliza ošilnog mišića na bolesnoj strani. Kroz dva decenija prošla je ova metoda mnoga ispitivanja, izdržala je mnoge kritike, i znatno usavršena zauzima danas vidno mjesto u modernoj ftizeoterapiji. Općenito joj se priznaje vrijednost u kombinaciji s drugim zahvalima, navelastito pneumotoraksom. Kao samostalni zahvat uživa dobar glas kod hilarnih i bazalnih procesa, te joj se ovdje katkad s pravom priznaje i prednost pred pneumotoraksom; međutim još uvijek se razilaze mišljenja o njezinoj vrijednosti kod procesa u gornjim partijama pluća.

Sauerbruch, koji je prvi izveo frenikotomiju kod izolirane tuberkuloze gornjeg režnja kao predoperaciju torakoplastici, da time otkloni opasnost aspiracije u donje partie, ne priznaje frenikoeksajrezi kao samostalnom zahvatu vrijednost kod apikalnih procesa. Brauer i Herms tvrde da obično zataji kod apikalnih procesa, pa i u kombinaciji s nekim metodama sužavanja gornje aperture. Kremer je imao dobre rezultate samo kod smirenih cirotičkih procesa, dok kod eksudativnih misli da može više škoditi nego koristiti. Dok Neddermeyer naziva frenikoeksajrezu „operacijom iz mode“ i kategorički je odbija kod apikalnih procesa, Wirth i v. Jaski su oduševljeni uspjesima i misle da se može izvoditi s istim pravom svagdje, gdje postoji indikacija za pneumotoraks, izuzev vitalnu indikaciju kod jakih krvarenja.

Velik je broj pristaša frenikoeksajreze kod apikalnih procesa. Dok jedni tvrde, da operacija može imati uspjeha samo ako dodje do visokog uspona paralizivane diafragme (Zadek), tvrde drugi da uspjeh ne ovisi o visini uspona. Općenito joj priznaju vrijednost osim spomenutih Wirtha i v. Jaski-a Deist, Jessen, Graf, Nägeli, Schulte-Tigges, Orsos, Loeschcke i bezbroj drugih.

Kod nas je 1931. god. Samardžija naglasio vrijednost frenikoeksajreze kod apikalnih procesa. On daje prednost pneumotoraksu, ali podvlači važnost frenikoeksajreze u socijalnoj indikaciji.

Glavni razlog ovoj razlici u ocjenjivanju vrijednosti frenikoeksajreze kod procesa u gornjim partijama pluća mora da leži u raznom materijalu koji se operira. Kod toga vjerojatno veliku ulogu igraju i razna tumačenja mehanizma operacije. Dok jedni vjeruju da se paraliziranjem diafragme postizava samo relativna imobilizacija bolesnog pluća, drugi misle da se operacijom postizava i kolaps bolesnih partie. Tako na pr. Orsos i Loeschcke ispitujući funkciju ošta dolaze do zaključka da ošta igra veliku ulogu pri ventilaciji gornjih partie pluća i zato predlažu eksajrezu i kod apikalnih procesa. Mislim da nije suvišno da se ovdje malo zadržimo.

Pluće je u torakalnoj šupljini rašireno jako preko svog normalnog volumena, te ga nastoji smanjili t. j. retrahirati se prema hilusu. Ono se dakle nalazi u nekom stanju elastične napetosti, u kom ga održavaju dvije sile nasuprotnog djelovanja.

S jedne strane djeluje sila, koja ga nastoji retrahirati prema hilusu, to je rezultanta sila elastičnih vlakanaca. Ovoj nasuprotni djeluje sila intrapulmonalnog atmosferskog pritiska i sila adhezije priljubljenih listova pleure. Radi tog stanja elastične napetosti, radi posebne strukture plućnog tkiva, konačno radi idealno glatke i vlažne površine pluća, ono je neizmjerno pokretljiv organ, koji se promptno prilagodjuje svim promjenama veličine i oblika torakalne šupljine. Omjer izmedju spomenutih sila mora da je preko cijelog pluća konstantan i uravnoležen, te pod normalnim prilikama ne mogu da na dvije razne tačke jednog plućnog krila postoje diferencije u omjeru sila, koje se ne bi odmah izjednačile.

Pod patološkim prilikama može doći do poremetnje u omjeru sila na ova tri načina :

1. razaranjem elastičnih vlakanaca, 2. začepljenjem bronha i 3. priraštanjem listova pleure.

U prvom slučaju može doći do proširenja bolesnih partija, u drugom do stezanja, a u trećem je slučaju pluće nesposobno da se retrahira u priraslom području — tim teže što je zaraštenje čvršće i šire. Naravno da se obično ovo troje kombinira, pak ćemo u pojedinom slučaju moći smanjivanjem torakalne šupljine umjetnom paralizom dijafragme postići bolji ili slabiji rezultat, prema tome, kako će se bolesne partie relaksirati.

Frenikoeksajrezom postizavamo dakle u principu isto što i pneumotoraksom: relativnu imobilizaciju i relaksaciju bolesnih partie.

Možda su mišljenja o vrijednosti frenikoeksajreze kod apikalnih procesa tako različita upravo zato, što su rezultati bolji kod početnih i svježih oboljenja, kad još nema jačih zaraštenja izmedju listova pleure, a tu ne može vrijednost operacije doći do izražaja, jer se ovakovi slučajevi liječe pneumotoraksom, ili konzervativno ako pneumotoraks ne ide. Iz nepovjerenja prema zahvatu odgadja ga se, jer se neće bolesnika s relativno malenim nalazom dovesti operacijom u jedno ireparabilno stanje. Oni pak, koji frenikoeksajrezu izvode u ranijim stadijima imaju dobre rezultate, te je neki stavljaju čak i ispred pneumotoraksa. Nägeli i Schulte-Tigges na pr. imali su sa samom frenikoeksajrezom lijepih uspjeha kod t. zv. „ranih kaverna“ (Frühkaverne). Naprotiv ako eksajreza znači zadnje sreštvo i ako se izvodi samo za utjehu, jer se je izgubila svaka nada, rezultati moraju razočarati.

S druge strane kod starih cirotičkih procesa sa kavernama rigidnih, fibroznih stijenka rezultati su lošiji, a proces poboljšavanja često vrlo spor. U želji da se bolesniku što brže vratи radna sposobnost pristupa se sigurnijim, radikalnijim metodama. Medutim to su teži kirurški zahvati koji se izvode samo u većim zavodima, u kojima se stvarno kod ovakovih slučajeva postizavaju bolji rezultati. Budući da su ovi zavodi dosta rijetki, većinom i dobivaju već izabrani materijal, kod kojeg su laganje i konzervativnije metode zatajile.

Ovo bi mogao biti razlog, da medju pristalicama frenikoeksajreze kod apikalnih procesa ne nalazimo imena najistaknutijih ljudi na području torakalne kirurgije.

Ja ću pokušati da prikažem efikasnost frenikoeksajreze u gornjoj indikaciji ispitujući rezultate koji su postignuti u Klenovniku od početka 1929. do februara 1932. god. Dužnost mi je da se na ovom mjestu zahvalim g. Dru Samardžiji, šefu lječilišta Klenovnik, koji me je pri sabiranju podataka svojski pomagao. U navedenom razdoblju izvedeno je u Klenovniku 101 eksajreza n. frenici radi oboljenja ograničenog na gornje partie pluća. Moram upozoriti da su uzeti u obzir samo oni slučajevi, kod kojih je frenikoeksajreza izvedena kao samostalni zahvat. Kod velike većine operiralо

se je tek nakon neuspjelog pokušaja stavljanja arteficijalnog pneumotoraks-a, u par slučajeva je postojala socijalna indikacija za frenikoeksajrezu.

Prije operacije nadjeni su u ispljuvku bacili tuberkuloze kod 95, a kavernu je imalo 94 bolesnika. U 8 slučajeva postojale su 2 kaverne, a dvaputa bile su kaverne bilateralno. U jednom slučaju je uz kavernozni proces u vršku postojala oveća kaverna uz hilus. Taj je bolesnik nakon dva mjeseca napustio lječilište bez bacila u ispljuvku, kaverna uz hilus bila je izčezla, dok je apikalna bila jedva vidljiva. Danas nakon 5 godina bolesnik nema kaverne, nema bacila u ispljuvku, osjeća se odlično i radi bez tegoba. U drugom slučaju postao je osim otvorenog kavernoznog procesa u gornjem polju i diabetes. Nakon kure insulinom i dijetom izvedena je operacija. Uspjeh je bio odličan i bolesnica danas, nakon 5 godina,javlja da je potpuno ozdravila, osjeća se odlično i radi bez tegoba. Nijesam mogao doznati u kojem stanju se danas nalazi diabetes. U dva daljnja slučaja postojala je kompenzovana insuficiencija mitralnog ušća. Oba su se lijepo popravila. Nedavno sam imao prilike da jednoga pregledam, te mogu reći da je danas, pet godina nakon operacije, potpuno zdrav. Sa strane srca nema nikakovih tegoba.

Pri ocjenjivanju ranih rezultata postupalo se je vrlo rigorozno, te su kao poboljšani označeni samo oni, kod kojih je uz klinički i röntgenološki ustanovljeno poboljšanje bilo povoljnih prognostičkih izgleda. Izbjegavalose je da se operira u febrilnom stanju, te se većinom počekalo da se proces malo smiri a bolesni organizam ojača. Bolesnici su većinom radnici obojeg spola, koji kod kuće žive u vrlo lošim ekonomskim i higijenskim prilikama i obavljaju najteže poslove. Iza operacija dolazi na svakoga prosječno još 46,3 dana boravka u lječilištu.

Od navedenih 101 bolesnika otpušteno je iz lječilišta kao poboljšano 63, nepromjenjeno 31, pogoršano 6, jedan je umro u lječilištu od nenadane haemoptoe (bilateralni cirotičko-kavernozni proces). Od 95 s pozitivnim nalazom bacila u ispljuvku izgubilo je bacile još u zavodu 41, od 94 s kavernom kaverna se je zatvorila kod 32 a umanjila kod 16. U postotcima postignuto je poboljšanje u 62,3%, bacili nestali u 43,1%, kaverna se zatvorila u 34%, kaverna se umanjila u 17%.

Proces je bio u glavnom ograničen na jednu stranu 63 bolesnika, a kod 38 bio je obostran. Od unilaterálnih otpušteno je poboljšano 51=80,9%, nepromjenjeno 11, pogoršano 1. Od 57 s pozitivnim nalazom bacila izgubilo je bacile 37=64,9%; od 56 s kavernom zatvorila se je kaverna kod 29=51,7%, a umanjila se kod 12=21,7%.

Kod bilateralnih rezultata su mnogo slabiji. Svih 38 imalo je kavernu i bacile u ispljuvku. Otpušteno je poboljšano 12=31,8%, nepromjenjeno 20, pogoršano 5, umro 1. Bacile je izgubilo 4=10,5%, kaverna se zatvorilo kod 3=7,8%.

Vidimo iz ovih brojaka od kolike je važnosti da se operira dok je proces na jednoj strani. Dok je kod unilaterálnih poboljšano 80,9% kod bilateralnih je samo 31,8%.

Od velike je važnosti da promotrimo rezultate uzev u obzir karakter oboljenja. U stvari sve su to infiltrativni procesi tercijarne izolirane flize u raznim fazama razvitka. Svi su ti procesi prije kraćeg ili dužeg vremena prošli exudativnu fazu s kazeifikacijom, koja je dovela do stvaranja kaverne. U nekim slučajevima se je nakon izlučenja nekrotičkih masa proces smirio, a susjedna ognjišta kao pritajila; kod drugih je tendenca kazeifikacije ostala i destruktivni proces se nastavlja. U nekim opet slučajevima nakon očišćenja eksudativnog ognjišta zauzima tečaj sve više produktivnu tendencu, dok je konačno kod nekih cirotičko prožimanje uznapredovalo. Prema ovim fazama ja sam materijal razdijelio u čeliri grupe. Možda će ova razdioba izgledati malo nенaravna, ali nama je glavno da praktički dobro posluži.

1. Infiltrativni procesi s tendencem kaseifikacije: 13 slučajeva. Otpušteno poboljšanih 0, nepromjenjeno 10, pogoršana 3. Kaverna se nije zatvorila u nijednom slučaju, bacili u ispljuvku ostali. Ipak nije se opazilo da bi operacija štetno djelovala na sam tečaj bolesti.

2. Infiltrativni procesi bez kazeozne tendencije: 25 slučajeva. Kod odlaska poboljšano $16=64\%$, nepromjenjeno $6=24\%$, pogoršana $3=12\%$. Prije operacije bacili su nadjeni kod 22, izgubilo ih $9=40.9\%$, od 21 s kavernom kaverna se zatvorila kod $5=23.8\%$.

3. Procesi s pretežno produktivnom tendencijom: 41 slučaj. Poboljšano $35=85.4\%$, nepromjenjeno $6=14.6\%$, pogoršan 0. Od 40 s bacilima postalo negativno $30=75\%$, od 37 s kavernom kaverna se zatvorila kod $22=59.4\%$.

4. Pretežno cirotički procesi: 22 bolesnika. Poboljšano $12=54.5\%$, nepromjenjeno $9=40.9\%$, pogoršan 0, u zavodu umro $1=4.6\%$. Od 21 s bacilima postalo negativno $2=9.5\%$, kaverna se zatvorila kod $4=18.1\%$.

Iz gornjih brojaka vidimo da su najbolji rezultati kod procesa sa pretežno produktivnom tendencijom, pogotovo ako su unilateralni. Vrlo loši su kod eksudativnih procesa s kazeoznom tendencijom. Nadalje vidimo da su raniji rezultati bolji kod svježih infiltrativnih procesa nego kod cirotičkih.

O daljnjoj sudbini bolesnika obavješteni smo izvještajima koji su nam slali sami bolesnici uz pomoć svojih ljekara na formularima sa tiskanim pitanjima, koji su im razdijeljeni prilikom otpuštanja iz zavoda. Pokušalo se u februara o.g. razaslati upitne liste na sve bolesnike, ali do danas je stiglo premalo odgovora da bi moglo poslužiti za statistiku o današnjim rezultatima. Tim listama postigli smo da smo vjerovatno saznali za sve slučajeve smrti, jer nam je u tom slučaju pošta vratile dopis s naznakom „umro“. Na temelju tako sakupljenih podataka mogu izvestiti o kasnijim rezultatima kod 86 bolesnika, dok se za 15 nije moglo ništa doznaći ili su izvještaji poslani u roku kraćem od jedne godine, pa za to nisu upotrebljeni. Od spomenutih 86 umrlo je $36=41.8\%$, boluje $8=9.4\%$, u dobrom je stanju i radi $42=48.8\%$.

Iz broja umrlih možemo donekle zaključivati na ispravnost naših prognostičkih nagadjanja kod otpuštanja. Uzmemo li naime da su poboljšani otpušteni s dobrom prognozom, nepromjenjeni sa dubijoznom, a pogoršani sa lošom, to je od 63 poboljšana umrlo $11=17.5\%$, od 31 sa nepromjenjenim nalazom $18=58\%$, dok je svih 6 pogoršanih umrlo $=100\%$.

Dobar rezultat postignut je dakle kod 48.8% bolesnika. Da bude bolji pregled kasnijih rezultata prema formi procesa i prema lokalizaciji donosim ovu tabelu:

Vrst procesa	Operirano svega	U evidenciji	Dobro	Loše	Umrlo
Kazeozni unilat.	4	2	—	—	2
Kazeozni bilat.	9	7	—	—	7
Infiltrat. unilat.	15	12	7	1	4
Infiltrat. bilat.	10	8	2	1	5
Produktiv. unilat.	32	31	23	2	6
Produktiv. bilat.	9	7	2	1	4
Cirotički unilat.	12	12	7	1	4
Cirotički bilat.	10	7	1	2	4
U svemu	101	86	42	8	36

Vidimo da su kasniji rezultati značno bolji kod unilateralnih procesa, a s obzirom na formu procesa najbolji kod procesa pretežno produktivnih, dok su se rezultati infiltrativnih i cirotičkih izjednačili. To možemo tumačiti tako, što proces zacjeljivanja kod cirotičkih procesa značno polaganje napreduje.

Rok opažanja kod naših bolesnika sa dobrim rezultatima je prosječno nešto više od 3 godine i to:

1 god.	2 god.	3 god.	4 god.	5 god.
kod 10	9	3	6	14=42

Dakle kod 20, t. j. skoro kod polovine, je rok opažanja duži od 4 godine. Ima jedna činjenica koja govori za realnost naših kasnijih rezultata i iz koje možemo zaključiti, da postotak povoljnih uspjeha ne bi bio nipošto manji kad bi imali današnje podatke od sviju bolesnika. Mi imamo naime relativno najviše podataka od bolesnika koji su operirani 1929. god. Te je godine operirano radi procesa u gornjim partijama pluća u svemu 35 bolesnika, od kojih je danas 14, t. j. 40% , u odličnom stanju i rade. Kod ovih je slučajeva rok opažanja dovoljno dug da rezultate smijemo smatrati konačnim, pogotovo jer većinu ovih bolesnika još uvijek lično poznajemo i kroz pet godina mogli smo pratiti njihovo stanje. Kod slučajeva s kraćim rokom opažanja moraju rezultati biti mnogo bolji.

Moglo bi se prigovoriti da naši rezultati nisu baš osobiti, jer ima statistika i sa boljim rezultatima. Tako je na pr. prošle godine izvjestio Sadowski

da je pod upravom Deista u lječilištu Ueberruh postignut povoljan rezultat u 66.1%. Moramo imati na pameti 1. da naš materijal predstavlju većinom radnici, koji žive u vrlo lošim prilikama i koji su kratko vrijeme iza liječenja morali teškim radom zaradjivati svoj kruh; 2. da je liječenje i suviše kratko; kako sam spomenuo na svakog bolesnika dolazi iza operacije još prosječno 46 dana liječenja u sanatoriju, 3. naš materijal je probran. Zahvaljujući novijim metodama kompletiranja kolapsa danas se znatno više bolesnika može liječiti pneumotoraksom nego prije. Uvažimo li sve ove činjenice vidimo, da bi svi naši bolesnici bez ovog zahvata bili osudjeni na smrt. Ako nam je dakle samom ovom metodom uspjelo spasiti 48.8%, nije nikako malo.

Konačno moram nadodati da sam u više slučajeva iz privatne prakse, koji dakako nisu ušli u ovaj prikaz, opazio da se u pojedinim slučajevima moglo utjecati i ubrzati proces zacjeljivanja raznim konzervativnim metodama. U nekim slučajevima dostajala je malo duža klimatsko-dijetetska kura, u drugim je sa kojim zlatnim preparatom ili tuberkulinom uspjelo da se proces makne sa mrtve tačke, na kojoj je znao mjesecima zastati nakon stnovitog poboljšanja iza operacije. U jednom slučaju apikalne kaverne nije se kroz godinu dana iza operacije vidjelo nikakovog naročitog uspjeha, međutim nakon par mjeseci ležanja na tvrdom jastuku, koje mu je preporučeno u lječilištu Topolšica, kaverna se je počela naglo smanjivati i danas je jedva vidljiva.

Iz svega dosadanjeg razmatranja razabiremo da se i samom freniko-eksajrezom mogu kod procesa u gornjim partijama pluća postići dobri rezultati. Vidjeli smo da uspjeh operacije mnogo zavisi o formi procesa i o tom, da li je zahvaćena jedna ili obje strane pluća, te da je osobito kod bilateralnih procesa važno, da se u svakom pojedinom slučaju detaljno ispita karakter bolesti prije nego se pristupi operaciji. Nismo opazili štetnog utjecaja operacije na sam tečaj bolesti, pa ni kod eksudativnih procesa, ali zato se operacija nije izvodila ako je unaprijed bilo jasno da bi mogla štetno djelovati. Nismo u našem materijalu mogli opaziti štetnih utjecaja niti na funkciju okolnih organa. Iz dobrih ranih rezultata možemo zaključiti, da kod pomno izabranog materijala frenikoeksajreza povoljno utiče na sam tečaj bolesti i da pomoći nje u većini slučajeva možemo zaustaviti proces u napredovanju i tako dati bolesnom organizmu priliku da se ojača, da može kasnije — ako se pokaže potreba — izdržati i druge, teže ali radikalnije zahvate, kojima se danas postotak dobrih konačnih rezultata znatno popravio.

Pneumotoraks jeste i ostaje suverena metoda u liječenju procesa u gornjim partijama pluća, ali ako ga nije moguće provadjati bilo radi zaraštenja pleuralnih listova bilo iz drugih razloga, frenikoeksajreza je zahvat sa kojim možemo i moramo računati.

Zusammenfassung

Dr. Fran Sorić — Split: Die Bedeutung der Phrenikusexhairese bei Oberlappenprozessen.

Nach Darlegung der verschiedenen Ansichten der einzelnen Autoren über die Anwendungsmöglichkeit der Phr.-Ex. als selbstständigen Eingriffes bei umgrenzten Oberfeldtuberkulosen, versucht der Vortragende die sehr weit auseinander liegenden Erfahrungen hauptsächlich durch die Verschiedenheit des operierten Materials zu erklären.

Es folgt eine kurze Besprechung der Kräfte, welche die Lunge innerhalb des Brustkorbes in einem Zustande elastischer Spannung halten. Jede Verkleinerung des Brustraumes wirkt im Sinne des elastischen Zuges der Lunge und hat eine Entspannung der ganzen Lunge zur Folge. Die Ausgiebigkeit der Relaxation des erkrankten Oberlappens ist jedoch auch vom Zustande der elastischen Fasern, Durchgängigkeit der Luftwege, wie von der Ausbreitung der Pleuraverwachsungen abhängig.

Der Vortragende berichtet über 101 Phr.-Ex., die vom Anfang 1929 bis Februar 1932 im Sanatorium Klenovnik vorgenommen wurden.

Es handelte sich ausschliesslich um Oberfeldtuberkulosen, davon 94 kavernös u. 95 mit Bazillen im Auswurf. Bei der Entlassung ist eine gute Besserung in 62,3% der Fälle festgestellt worden. Einseitig lokalisierte Prozesse liessen sich viel besser beeinflussen; sie wurden in 64% als geschlossen entlassen (Kavernenschwund in 52,7%), gegen nur 10,5% bei bilateralem Sitz der Krankheit (Kavernenschwund: 7,8%). Am weitgehendsten wurden die produktiv infiltrativen Formen beeinflusst (Besserung: 85,4%, Bazillenfreiheit: 75%, Kavernenschwund: 59,4%), während bei den exudativ-käsigen die Methode gänzlich versagte.

Nach einer Beobachtungszeit von 1—5 Jahren (im Durchschnitt etwas mehr als 3 Jahre) waren 48,8% im guten Zustand u. arbeitsfähig, 9,4% erwerbsunfähig u. 41,8% starben.

Es muss berücksichtigt werden, dass es sich um Kranke aus der ärmsten Arbeitsklasse handelt, bei denen ein Versuch der Pneumoth.-Anlegung misslang und die im Durchschnitt nur 46 Tage nach der Operation im Sanatorium verbleiben konnten.

Der artifiz. Pneumothorax bleibt bei Behandlung der Oberlappen-Tbc. die Methode der Wahl; wo aber seine Anlegung misslingt oder sich als unzweckmässig erweist, sollte man immer die Phren.-Exhair in Betracht ziehen.

Dr. TOMAŽ FURLAN — GOLNIK

Pleuritične komplikacije pri umetnem pneumotoraksu

Pod tem naslovom so mišljene pleuritis exudativa, specifični in mešani empyem. Namen predavanja je, podati naziranja glede etiologije, patogeneze, prognoze in terapije omenjenih obolenj kakor so veljavna v literaturi oziroma kakor so veljavna v sanatoriju Golnik.

Etiologija exudativne pleuritide je postala v zadnjem času znana. S pomočjo kulture Kochovega bacila iz eksudata je možno dobiti skoro 100% pozitiven rezultat, pri nas v Golniškem laboratoriju smo dospeli do 90%. S pravico smemo sklepati torej, da je vsake serofibrinozne komplikacije v poteku zdravljenja z umetnim pneumotoraksom kriv le Kochov bacil in nihče drugi. Vsi drugi momenti so indirektni pomagači. S tem dejstvom odpadejo vse teorije, zakaj nastopa ta komplikacija tako pogosto — pri različ-

nih avtorjih dosti različno — vendar pa pri vseh mnogo pogosteje, kot bi jo bilo pričakovati brez umetnega pneumotoraksa. Posebno pa je važno to dejstvo radi tega, ker po njem ni noben terapeut kriv osebno, da je delal premalo sterilno ali da je uporabljal prehladen zrak ali kakor se že glasijo pozname teorije. Procenti pozitivnih kultur se znižajo pri genuini pleuritidi na polovico. Zato pa absolutno nimamo pravice postaviti ostalih 50% negativnih eksudatov med reumatična obolenja ali katerakoli nespecifična obolenja. Naše mnenje je, da je vsaka genuina eksudativna pleuritida povzročena po Kochovem bacilu in da ni bistvene razlike med genuino in pneumotorakalno pleuritis, še več: mi smatramo pneumotorakalno pleuritis za nekak naravni poizkus, ki nam dokaže, kako nastane genuina pleuritis sama.

Ko je bila odkrita specifična etiologija eksudatov, tedaj šele so se začele prave težave, kako dobiti ob istem povzročitelju skupno zakonitost ob tako raznoliki pojavnosti eksudatov. Lansko leto je napisal Schoenbeck v Praktische T. Blätter: „Ich habe immer wieder im Laufe einer Reihe von Jahren nach gesetzmässigen Kriterien der Entstehung von Pneumothoraxergüssen gesucht, aber immer feststellen müssen, dass es diese wohl nicht gibt!“ Torej: po dolgoletnem raziskovanju mora gospod Schoenbeck priznati, da ni skupnih zakonitih kriterijev za nastanek eksudatov. Bolje bi avtor naredil, če bi si priznal, da jih le ni našel, da pa nekje morajo biti, kakor ima po našem načinu mišljjenja vsaka posledica svoj vzrok. V ilustracijo našega neznanja v zadevi patogeneze eksudatov naj omenim zadekovo okrožnico vsem nemškim in švicarskim avtoritetam, 77 po številu, ki je išla tudi lani v „Die Tuberkulose“, glasom katere se niso strinjali odgovori vseh 77 učenjakov niti v eni sami točki glede postanka eksudatov. Izgleda, da mnogi avtorji niso poučeni o novejšem stanju stvari, da jim tudi Kochov bacil ni nesporen povzročitelj.

V tej točki začnejo naša raziskovanja. Že R. Kochu je padlo močno v oči, da subkutane reinfekcije pri poizkusni živali čisto drugače, mnogo viharnejše potekajo, kot prva infekcija. Ravno tako je tudi R. Koch že opozoval, da dobi poizkusna žival pri kateri se je inficiral peritoneum čisto drugačno reakcijo pri reinfekciji peritoneuma kot pri prvi infekciji. Pri subkutani reinfekciji nastopi nekrosa, absces in čir, pri intraperitonealni reinfekciji nastopi peritonitis exudativa, med tem ko nastane pri intraperitonealni aplikaciji Kochovega bacila pri zdravi torej nealergični živali neizmerno število peritonealnih tuberklov ali tb c. peritonei. Isto zakonitost so našli različni avtorji na ostalih seroznih kožah na pleuri, na meninah. Smemo pa sklepati, da velja ta zakonitost tudi za perikard kot za serozno oblogo vseh sklepov.

Torej je potrebno za nastanek eksudativne pleuritide gotovo alergično stanje plus Kochov bacil. Alergično stanje organizma, kakor tudi deloma množina in virulenza Kochovega bacila v telesu sta dve veličini, ki se dasta meriti. Posebno alergično stanje se da s pomočjo perkutane tuberkul. reakcije prav lepo titrirati. Masivnost pleuralne reinfekcije pa lahko približno

merimo s številom zraslih kolonij na gojišču, oziroma koliko bacilov je mogoče najti v sedimentu pod mikroskopom. Miselni potek naprej je bil sleden: Ako nastane eksudativna pleuritis v medsebojnem boju med alergično pleuro oziroma v boju na pleuri med alergičnim organizmom in Kochovim bacilom v katerem nastopi bakterioliza in sprostitev endotoksinov, potem se mora isto ponoviti vsaj v zmanjšani meri, ako zamenjamo žive Kochove bacile z mrтvim tuberkulinom. Sleden tem premisam smo izbrali pacijenta z visoko alergijo merjeno po kožni reakciji oziroma boljše izraženo pacijenta v hyperergičnem alergičnem stanju ter srednje močno dozo AT IV/50 ali 0.05 mg ter ga vbrizgali intrapleuralno. Reakcija je do pike odgovarjala premisi. Že po par urah dvig sicer normalne temperature na 38° , zvečer že 40° . Temperatura se skozi tri dni dviga do iste višine, nato litično pada, pri tem se pojavi močan kašlj kot obfokalni reakciji ter hude bolečine na injicirani pleuri kot ob nastopu vsekoga eksudata. Že naslednji dan je kupola pleure pokrita z eksudatom, ki se kasneje dvigne do srede srčne sence ter se tekom več mesecov resorbira. Kultura tega eksudata ostane po več poizkusih sterilna. Pacijentka kasneje ni dobila spontanega eksudata, danes je že opustila pneumotoraks in je praktično zdrava.

Da bi dokazali alergičen pogoj za nastan k eksudata, smo izbrali še dva slučaja in sicer dva taka, ki bi spadala po Hayeku eden v pozitivno anergijo in drugi v negativno anergijo, kolikor smemo pri živem človeku sploh govoriti o negativni anergiji, torej o stanju, kjer vlada popolno pomanjkanje živočnih reakcij, kar pa predstavlja v čisti obliki le smrt sama.

Prvi slučaj pozitivne anergije na AT. 0,05mg sploh ni reagiral, ostal je brez temperature, brez kašlja, brez eksudata. Drugi slučaj negativne anergije je na isto dozo reagiral strahovito. 25 letni železničar: Fibrocaseosa confirmata dextr., z aspir. ognjišči po haemoptoah levo. Pred injekcijo tekom pol leta temperatura do 38° . Prognosis dubiissima. Po injekciji temperatura čez 39° in profuzne krvavitve. Obupno stanje traja mesec dni. Prve dni se eksudat ne pokaže, nato prav počasi, da napolni tekom enega meseca polovico prsnega koša. Kultura po več poizkusih ostane sterilna. Čez mesec dni temperatura pade prvič po polletnem bolovanju na normalo. Pacijent se v sledenem mesecu zredi za šest kg. in odide s svojim eksudatom v službo, ki jo opravlja od takrat stalno že dve leti. Neizmerno mi je žal, da mi ni nikdar več pisal o svojem stanju. Stvar je prezanimiva in tudi predragocena za vsa naša raziskovanja. Sedaj uporabljamo to metodo v slučajih, kjer hočemo s pomočjo eksudata stisniti kaverno in kjer ne pridemo do cilja z nespecifičnimi dražili kot Ol. paraffini c. gomenolo. (V zadnjem času je tako zanimiv slučaj, ki nam malo osvetljuje dosedaj popolnoma temno patogenezo specifičnih empyemov in ki nam kaže tudi upanje, da je to tudi ona metoda, s pomočjo katere se bodo lahko akutni eksudati močno omilili, če ne preprečili). Žalibog ni časa v tem trenutku slučaj podrobnejše analizirati.

Zaključno k temu poglavju moremo glede patogeneze eksudatov reči:
Vsa mnogoličnost v pojavnosti eksudatov in sicer od komaj opaznega obrob-
nega eksudata preko viharnih hyperergičnih eksudatov pa do pomanjkanja
vsake likvidnosti v infaustnih slučajih gre na rovaš prvič alergičnega stanja
v organizmu, ki se stopnjuje od početne normergije do neizmerne hyperer-
gije ter se izmiri v pozit. oziroma v negat. anergiji in drugič na rovaš šte-
vila Kochovih bacilov; eksudat lahko nastopi v vsakem stanju telesne
specifične reaktivnosti, zato pa tudi tako raznoliko: Pri pozitivni anergiji
komaj opazen pojav, pri hyperergiji cela revolucija z najboljšim zaključkom,
pri negativni anergiji začetek konca.

Povsem razumljivo je tudi, da k tej opisani alergični raznolikosti pri-
stopi in še bolj zaplete celotno sliko število bacilov, ki zopet izredno vari-
ira. Pri genuini jih skoraj ni, ker jih v celiem telesu ni dosti, pri spontanem
pneumotoraksu pa najdemo že mikroskopično rekel bi vse rdeče, ko so se
razpadli kartikalni tuberkli izlili v pleuralno duplino. Vsi ti pri vsakem slu-
čaju premenjeni pogoji napravijo, da je pač vsak slučaj za sebe in
da g. Schoenbeck pride do zaključka: „skupnih zakonitih kriterijev za na-
stanek eksudatov ni“.

Dosedaj nisem omenjal poti, po kateri pridejo bacili v pleuralno du-
plino. Po našem naziranju je večina krivde za tako močno povišan odsto-
tek eksudatov v premenjenih mehaničnih razmerah. Pljuča so stisnjena, ad-
hezije so nategnjene, možnost pravočasnega zlepiljenja obeh pleuralnih listov
ni več dana radi distance, povzročene po zraku in še polno drugih momentov.
Namesto zarastlin ob kortikalnih žariščih nastopi vnetje cele pleure, ker ni
več možnosti bolezen lokalizirati. Potem prideta v poštev še lymfna in krvna
pot. Toda čim začnemo misliti tudi na ta poto, dospemo do druge nadvse
važne razdelitve eksudatov in sicer benigni eksudati, ki nastopajo v prvi
vrsti kot posledica na spremenjene razmere v toraksu, radi nekake zunanje
sile. To je večina naših eksudatov. Potem pa so oni drugi ominozni maligni,
brez posebnih burnih dogodkov prihajajoči eksudati, ki se preje ali kasneje
izkažejo kot delna pojava pogubnosne generalizacije. Ko eksudat že traja
štirinajst dni, mesec dni, se polagoma pokaže nova lokalizacija bodisi na
zdravi strani v pljučih, v grlu, v intestinu, jetrih in še povsod dru-
god, kjer kasneje pokaže autopsia kako v velikem obsegu se je razvijala
pogubnosna, a v zunanjem izgledu pod lahno eksudativno pleuritido mas-
kirana generalizacija. Če upoštevamo to našo razdelitev — naj še enkrat
ponovim 1. benigni eksudati povzročeni izključno le vsled človeškega
poseganja v anatomske razmere, ki ne motijo imunbiološkega razmerja v
pogubnem smislu in potem 2. prognostično maligni generaliza-
cijiski eksudati, nastopajoči kot najvidnejši del generalizacije, povzro-
čene po polomu imunbiološkega ravnotežja; kdor ima to razdelitev pred
očmi, ta bo razumel kako je mogoče, da se je polovica najuglednejših av-
torjev v Zadekovi okrožnici izrekla na najvažnejše vprašanje o imunbiološki
vrednosti eksudatov v pritrdilnem, a druga polovica v kontrarnem smislu.

To je v glavnem naše pojmovanje o patogenezi eksudatov, miselna konstrukcija, ki je podprtia z opazovanji in eksperimenti. Kar se tiče terapije, se držimo konservativnih načel, da ne motimo z grobimi posegi finih ozdravljajočih sil, ki so tukaj na delu. Mi mislimo, da na ta način zmanjšujemo število specifičnih empyemov, tistih empyemov, ki nastanejo po več punkcijah iz čistega seroznega eksudata. Kadar pa gre za obranitev ogroženega pneumotoraksa, se ne strašimo niti specifičnega empyema ter storimo vse, da ohranimo kaverno slisnjeno. Kadar vse naše prizadevanje s punkcijami in insuflacijami slabo pomaga, adhezije vedno bolj zmanjšujejo pneumotorakalno duplino, se kar hitro odločimo za oleothorax.

Empyemi. Specifični empyemi nam ne vlivajo Bog ve kako velike brige, ker je njihova prognoza običajno dobra kot pri specifičnih eksudatih. Kaj radi pustimo, da se vsa votlina izpolni z empyemom, v katerem številni Kochovi bacili polagoma poginejo, pljuča pa dolgo časa ostanejo v kolabiranem stanju. Tako mislimo, da najuspešneje podpiramo zdravilne intencije narave. Desinfekcijski oleothorax smo opustili, ker gomenol ne uniči Kochovega bacila, še vedno pa smo pristaši antisymphyzerne indikacije. Patogeneza specifičnih empyemov je danes še docela nejasna.

K besedi o empyemih z mešano infekcijo bi rad dodal nekaj principijelno važnih misli. Tukaj ni važno vprašanje patogeneze, nadvse važno pa je vprašanje terapije. Prvo povdarem, da celo v učbenih knjigah nista strogo ločeni obe vrsti: specifični in mešano infic. empyem. Diagnoza mora biti absolutno jasna, ker je mogoča v vsakem slučaju in ker je odločilna. Običajno zadostuje klinična slika ter mikroskop. Specifični empyem se zdravi absolutno zaprto, punkcije imajo smisel le ob velikem številu Kochovih bacilov da se odstranijo iz telesa. To je vedno le v akutnem stadiju, stari empyemi so po naših izkušnjah sterilni. Če pa pove mikroskop, da je empyem mešano inficiran, potem nastopita dve možnosti: odprta ali zaprta terapija. Odprta terapija pa zopet v obliki široke drenaže ali pa Bülau. Tekom let smo dospeli v teh pogledih do sledečih principov: Vsako zaprto zdravljenje vročih empyemov je nesmiselno, pa naj bo povzročitelj katerekoli vrste coccus. Izpiranja, desinficiencia ne privedejo do nobenega cilja, pacient propada in izgublja z vsakim dnem izglede za popolno ozdravljenje. Čim preje odpremo, tem preje postane bolnik afebrilen in obstoji tem večja možnost na popolno razvitje kolabiranih pljuč. Zato mora biti naše delovanje v smeri, da dosežemo prvič popoln odtok gnoja in drugič, da dosežemo čim večje razvitje pljuč, kajti pojavil se je nov nasprotnik, preostala duplina (die Resthöhle), ki se nikoli ne zaraste, ki se vse življenje gnoji, ravna, direktna pot v amyloidozo. Čim dalje časa so pljuča kolabirana pod empyemom, tem debelejša visceralna pleura, tem večja bo preostala duplina. Zato odprto zdravljenje, čim je postavljena diagnoza. Prav nerazumljivo mi je, da more Brauer v „Neue d. Klinik“ iz l. 1930. svetovali zaprto terapijo in pristavi, da se mora končno itak vsak slučaj odpreti, če sam ne perforira.

Kako odpreti! Mi zmetujemo široko drenažo ker je preširoka, ker je radi prostega prehoda zraku nemogoč negativni tlak v prsnem košu, zato razvijanje pljuč zmanjšano, preostanek dupljine prevelik. Drugič, ker se nam vedno posreči z Bülauom, napravljenim čisto v sinusu s pomočjo rentgenske kontrole, doseči popolen odtok gnoja kot pri široki drenaži ter pacient enako v najkrajšem času izgubi temperaturo. Tretjič predstavlja ta način manjši duševni šok in je četrtič vse opravljeno mnogo čistejše, ker se gnoj odteka v steklenico. S pomočjo frenikoeksajreze in jodoformata se nam je posrečilo v enem slučaju popolnoma obliterirati preostalo duplino, tako da se je fistula zarasla v prvem tednu po odstranitvi drena, medtem, ko je po vsaki odprtii drenaži potrebna izdatna plastika in še ta je pogosto brez uspeha. Res, da se naslanjam na en slučaj kombiniranega zdravljenja z jodom, pa je ravno ta slučaj tako jasno enostaven in tako odličen, da smo trdno uverjeni, da hodimo po pravi poti.

1. Za nastanek eksudativne pleuritide je potrebno dvoje: alergičen organizem ter vdor K. b. na alergično pleuro.

2. Potrebno alergično stanje organizma smo dokazali s pomočjo intrapleuralne injekcije AT. Na isto dozo AT. (pri različnih stopnjah alergije) eksudat nastopi v hyperergični alergični fazi, v anergični fazi se ne pojavi; vse tako, kakor smo navajeni opazovali reakcije pri perkutani aplikaciji tuberkulina.

3. S pomočjo kultur in poiskusa na živalih je mogoče v vseh eksudatih dokazati prisotnost K. b. Množina K. b. v eksudatih variira v vseh možnostih. Lahko si predstavljamo, da se nahaja v obrobnih eksudatih v poteku pneumotoraks-terapije ali pri močno hyperergični genuini pleuritidi, le par desetin K. b., ko bi pa iste pri eksudatih, ki nastopijo po perforaciji pljuč, lahko tehtali v gramih.

4. Domnevno pomanjkanje vsake skupne zakonitosti pri nastopih eksudatov oziroma z drugimi besedami: vso mnogoličnost eksudatov lahko razumemo iz vseh možnih prehodov alergičnega stanja, ki jih je toliko, kolikor je alergičnih organizmov in iz neizmernih variacij v številu K. b., ki lahko vdare na alergično pleuro.

5. Intrapleuralna aplikacija tuberkulina se je izkazala kot močno sredstvo za izzivanje eksudata, sevede z vso opasnostjo, ki jo nudi tuberkulin.

6. Patogeneza spec. empyemov nam je še vedno dosti nejasna. V enem slučaju intrapleuralne aplikacije tuberkulina smo dobili — po dveh mesecih vseskozi afebrilnega stanja — moten, sterilni eksudat.

7. Pri vročih empyemih ne zaupamo niči serološki niči desinfekcijski terapiji. Smatramo kot najbolšo pot tako, še torakotomijo radi momentanega padca septičnih temperatur ter radi popolnega razvilja pljuč, dokler še viščerálna pleura ni preveč zadebeljena.

8. Pri torakotomiji nam zadostuje metoda po Bülau, ker nam omogoči enako popolen odtok gnoja kot široka drenaža z resekcijo treh reber, seveda pod pogojem, da je cev uvedena v najnižjem mestu empyema.

Résumé

Dr. Tom. Furlan: Les complications pleuritiques chez le pneumothorax artificiel

1. Pour le développement de la pleurésie exsudative il faut deux choses: un organisme alergique et la pénétration du B. K. dans la plèvre alergique.

2. Nous avons démontré l'état alergique nécessaire de l'organisme à l'aide de l'injection intrapleurale de l'AT. A la même quantité d'AT. (à de différents degrés d'allergie) l'exsudat apparaît dans une phase hyperergique-alergique; dans la phase anergique, il ne se montre pas, comme nous sommes accoutumés d'en apercevoir, les réactions à l'application percutane de la tuberculine.

3. On peut démontrer la présence du B. K. dans tous les exsudats à l'aide des cultures produites dans les expériences sur des animaux. La quantité du B. K. dans les exsudats varie dans toutes les possibilités. On peut s'imaginer qu'il se trouve dans les exsudats bordants pendant la thérapie avec pneumothorax ou à une pleurésie fort hyperergique, généralement quelques dixièmes du B. K. tandis qu'on pourrait peser par grammes ceux qui se montrent quand il y a perforation des poumons.

On peut comprendre l'absence apparente d'une loi générale à l'apparition des exsudats, on pour mieux dire la multiplicité des exsudats, par le grand nombre de toutes les transitions possibles de l'état alergique — il y en a autant qu'il y a des organismes alergiques — et par les innombrables variations du B. K. qui peuvent pénétrer à la plèvre alergique.

5 L'application intrapleurale de la tuberculine s'est montrée un moyen fort pour produire l'exsudat, mais au risque du danger causé par la tuberculine.

6. La pathogénèse des empyèmes spéciaux nous reste encore assez peu éclaircie. Nous avons obtenu dans un cas d'application intrapleurale de la tuberculine après deux mois d'état afebrile un exsudat stérile trouble.

7. Quand il y a des empyèmes chauds nous ne nous confions ni à la thérapie sérologique ni à la thérapie désinfective. Dans ce cas nous supposons la thoracotomie comme la meilleure méthode à cause de la baisse de température sceptique et du développement parfait des poumons, jusqu'à ce que la plèvre viscérale n'est pas encore trop épaisse,

8. En appliquant la thoracotomie il nous suffit la méthode d'après Bülow, ce qui nous rend possible l'écoulement parfait du pus comme dérangement large avec résection de trois côtes, mais à condition que la canule soit introduite au plus bas endroit de l'empyème.

Razprava u gornjim predavanjem

Dr. K. Tomašić — Brestovac:

a) K referatu dr. T. Furlana: Vidljiv je i klimatski vpliv na eksudate: najviše ih nastaju izmedju februara i maja. Takodje telesni napor: krejanje, putovanje i sl. U kompletnim pneumotoraksima bez priraslica eksudati su rediji.

b) K referatu dr. Samardžije: Oleotoraks je zbog podražaja i reakcije pleure i u slučaju aspiracije kroz fistulu, opasniji od serotoraksa, inače je delovanje po hidrostatičkom pritisku jednak. Samo što je kod ulja više ujednačeno zbog vrlo polagane rezorpcije.

Alkoholizacija frenikusa podesna je kod manjih promena i raspada, koji se mogu zaleći u roku trajanja blokade nerva, dok je za razširenje procese i veće kaverne uputnija eksajreza (s pñih).

Dr. F. Debevec — Ljubljana:

Omenja zdravilni vpliv tuberkulina na eksudat, zlasti, če slednji nastane hematogeno!

Dr. prof. A. Radosavljević — Beograd:

Sva predajašnja raspravljanja više ili manje su teoretska!

Iz tñk. p. euriličnih eksudata se u 80% slučajeva dade kultivirati virulentni bacil Koch. Bacile koji su odgajeni na veštačkim podlogama pleuritični eksudat ubija. Iz ovih konstatacija docenta Nedeljkovića sleduje zaključak, da je eksudat baktericidan za bacile iz kul-

ture, dok taj isti eksudat nije baktericidan za bacile koji se u njemu (u telu) nalaze. To se može protumačiti tako, da je bacil u čovečjem telu postao otporan, neoselljiv, naspram baktericidne moći telesnih humora.

U pogledu frenikoeksajreze postoji, naročito u našim prilikama, pored poznatih indikacija, još i jedna specijalna, socijalna: ona se dade korisno primenili i tamo, gde je inače indiciran i izvodljiv vešt. pneumotoraks, ali koji je nemoguće dovoljno dugo održati iz socijalnih razloga.

Dr. prof. V. Čepulić – Zagreb :

Uz iskusstva mojih saradnika pridodao bih, da tijekom 15-godišnjeg ambulantnog liječenja pneumotoraksom u privatnoj praksi nisam mogao opaziti nikakovih razlika ni u pogledu tehničkih poteškoća ni rezultata prema slučajevima, koji su se u zatvorenim zavodima liječili pneumotoraksom.

U tehničkom pogledu preporučio bih da se u privatnoj praksi prvo punjenje učini u slanu bolesnika jer je to za bolesnika ugodnije poglavito ako dodje do tegoba i komplikacija nakon punjenja. Naravno bez kontrole rentgenom prije i poslije svakog punjenja nikako nije dozvoljeno ni u privatnoj praksi provoditi liječenje pneumotoraksom, za koje je ta rentgenska kontrola neophodno potrebna. Ako nema u toraksu bar neka vidljiva količina zraka, treba aplicirati pneumotoraks sigurnosnom Salamonovom iglom.

Upozorio bih na dva opažana slučaja graviditeta u vezi s ambulantnim liječenjem pneumotoraksom. Kod jedne bolesnice, koja je za vrijeme ambulantnog liječenja pneumotoraksom postala gravidna, ostavio sam graviditet, porod je bio normalan, abacilarna mati sa kompenziranim procesom rodila je zdravo dijete sa težinom većom od normalnog djeleta, dojila je dijete sama i dijete je danas zdrava 5 godišnja djevojčica. U drugom slučaju za vrijeme graviditeta u drugom mjesecu pojavio se svježi početni fibrokazeozni proces. Mati je željela, da se graviditet zadrži. Učinjen je ambulantno pneumotoraks. Za kraško vrijeme bio je proces kompenziran, graviditet je ostavljen, ambulantno liječenje pneumotoraksom nastavljeno je za vrijeme čitavog graviditeta. Bolesnica nije nikako htjela, i ako joj je bilo moguće, da se podvrgne sanatorijskom liječenju. Trudnoća je tekla normalno, za čitavo vrijeme trudnoće nisu se pojavili nikakvi znaci dekompenzacije specifičnog procesa. Mati je rodila divno dijete iznad prosječne normalne težine, porod je bio radi vrlo dobro razvijenog djeleta nešto teži, u toliko, što je bio dugotrajniji, ali bez ikakovih komplikacija. Mati dojila dijete. Dijete i mati ne pokazuju nikakovih poremećaja zdravlja, dijete se krasno i normalno razvija.

Činjenica, da se ambulantnim liječenjem pneumotoraksom u vrlo velikom broju slučajeva, kod našeg dispanzerskog materijala u 73%, može postići abaciloznost, da proces biva razmjerno brzo kompenziran, da bolesnici postaju doskoro sposobni za rad, govori dovoljno i o epidemiološkom i socijalnom značenju te vrsti liječenja. Upozorio bih na to, da kod bolesnika čije je materijalno stanje zavisno od njihovog rada i koji sile na to da bi se već u subkompenziranom stanju opet dali na rad, treba biti oprezan i poduzeti sve, da se bar kroz 6 mjeseci provede ambulantno liječenje pneumotoraksom uz potrebno mirovanje. Najboljesnije je za sve takove bolesnike da im se bar neko vrijeme omogući liječenje u lječilištu ili bolnici, gdje će naći potreban tjelesni i duševni mir, a i najbolje upoznati način života, koji je potreban za njihovo ozdravljenje i održanje postignutog zdravstvenog rezultata. Treba bolesnike upozoriti na to, da je potrebno i kad se vrati na tragu u život i na rad za slobodnog vremena provoditi higijeničko-dijetetsko liječenje, po mogućnosti što više vremena provesti mirovanjem na zraku.

Epidemiološki uspjesi pneumotoraksom doveli su i naš epidemiološki rad na suzbijanju tuberkuloze na posve novi teren. Time, što se poslužan liječenjem pneumotoraksom doskoro abaciloznost, pruža nam se u liječenju pneumotoraksom jedna nova i vrlo uspješna epidemiološka, asanaciona mјera za zatvaranje vrela zaraze. Ta okolnost zahljjava novu orijentaciju asanacionog rada dispanzera. Dok se izliječenje i abaciloznost postizavalo jedino higijeničko-dijetetskim liječenjem u sanatorijima, mogli su se dispanzeri baviti samo

profilaktičnim radom i otklanjati liječenje. Danas kad ambulantno liječenje pneumotoraksom predstavlja jednu važnu asanacionu mjeru, dužni su dispanzeri kao preventivne ustanove, da tu epidemiološku mjeru prihvate i uvedu u svoje metode profilaktičnoga rada.

Mnogi dispanzeri diljem cijelog svijeta su to već učinili, ambulantno liječenje pneumotoraksom predstavlja njihovu važnu asanacionu metodu rada. I kod nas se u dispanzerima provodi u istom smislu i s istih razloga ambulantno liječenje pneumotoraksom. Prema jednoj okružnici, koju sam na molbu prof. Bernarda, koji je ljetos na Medjunarodnoj konferenciji o tuberkulozi u Varšavi referent za pitanje liječenja u dispanzerima, uputio svim našim dispanzerima u državi, dobio sam odgovore od 24 dispanzera. Od tih 24, 12 t. j. poljica provode liječenje pneumotoraksom, neki samo reinsuflacije. U našem dispanzeru u Zagrebu uveli smo dva posebna dana za liječenje pneumotoraksom.

Obzirom na veliko pomanjkanje kreveta u bolnicama i lječilištima kod nas, ambulantne liječenje pneumotoraksom predstavlja za nas poglavito jednu važnu individualno-terapijsku, epidemiološku i socijalnu mjeru. Ovako uspešnom metodom za individualno-terapijski i socijalno-medicinski rad, uz naše teško stanje sa jedva značajnim brojem kreveta za tuberkulozne možemo se uspješno koristiti. Organizirajući mogućnost ambulantnog liječenja pneumotoraksom, mogli bismo postići vrlo važne i individualno-terapijske i epidemiološke uspjehe.

Trebalo bi kod svih postojećih bolница, a i onih, koje će se podizati, osnivati antituberkulozne dispanzere, dotično centre za reinsuflaciju sa specijalistom na čelu, koji bi vodio dispanzer i prema veličini bolnice veće ili manje tuberkulozno odjeljenje. Ako se dogodi kakova komplikacija za vrijeme insuflacije, bolesnik se može odmah zadržati u bolnici, kod bolesnika, gdje je potrebno moglo bi se započeti pneumotoraksom u bolnici, bolesnici bi mogli ostajati u bolnici bar tako dugo, dok ne postanu obacilozni.

Osnivanjem dispanzera i centara za reinsuflacije kod svih bolница, ne bi bolesnici morali vrlo dugo ostajati u bolnici, a osnivanjem dispanzera, koji bi obuhvatili za rana sve slučajeve moglo bi se u početnom kavitarnom stanju postići brze i skore rezultate ambulantnim pneumotoraksom u vrlo velikom broju slučajeva, što bi značilo veliki epidemiološki i individualno-terapijski uspjeh. Danas moramo često u bolnicama i lječilištima zadržavati bolesnike kroz dugo vrijeme, jer ne možemo dozvoliti, da 2 dana putuju do mjesta reinsuflacije.

Uvodjenjem kolapsoterapije u dispanzerski rad, promijenila se uloga i zadatak dispanzera. On više nije samo profilaktična, već provođenjem terapije u svrhu profilakse, postao je i ustanova za liječenje tuberkuloznih bolesnika. Dispanzer pri tom ne smije da zaboravi svoju prvu ulogu i zadaću, treba da zadrži uvijek pred očima, da je profilaktična ustanova i da je uvodjenjem kolapsoterapije dobio novu mogućnost profilaktične djelatnosti.

Dr. prof. J. Botteri — Zagreb:

Povdarja, da se operacije pri srčnih komplikacijah ne smeju izvajati na pljučih; posebno ako je puls zelo labiten: 120 na min. in je sedimentacija krvi pod $\frac{1}{2}$ ure.

Za srce se daje v teh slučajih: Coramin.

Dr. P. Samardžija — Klenovnik:

Tvrdi, da je oleothorax više opasan i nadražljiv za pleuru nego serothorax. Indikacije za liquidothorax (u oba slučaja: oleo-seroth.) očigledne su iz referata. Pre svega kaverne ne smeju ležati površno i apikalno, već niže, bazalno i u unutranjosti. Spodnja pleura treba da je prosta!

Možda bi ipak trebalo naglasiti moje stanovište: da je privremena imobilizacija prečage (putem alkoholizacije frenika!) prema mojem referatu bolja metoda nego eksajreza („Methode der Wahl“) kad treba kompletirati pneumotoraks sa bazalnim ili hilarnim kavernama. Tu nije potrebna eksajreza, koja stvara traino ireparabilno stanje, — jer se u tim slučajevima kaverne zatvore već nakon par nedjelja.

Dr. T. Furlan — Golnik:

Većina starih eksudatov postane sterilnih. Ako eksudati po daljem času ne izgubijo bacilov, pri tem pa pacijenti dobro uspjevaju, moramo iskati še posebne vzroke. Tuberkulin kot sredstvo za preprečenje eksudatov uporablja Neumannova šola, kateri pa mnogo priznanih avtorjev oporeka. Čisto teoretično bi bila stvar sprejemljiva po doseženju pozitivne energije s pomočjo trojnega tuberkulinskega draženja.

Dr. K. Tomašić — Brestovac:

Hteo sam reći ovo:

Ulje jače draži pleuru i u slučaju perforacije opasnost je od aspiracije ulja znatna, ali je kompresivno delovanje i njegov riziko jednak kod svake vrsti likvidotoraksa.

Alkoholizacija može mnogo promeniti i okolinu, što kod provadjanja event. kasnije eksajreze može praviti potežkoće.

Dr. MILOŠ SEKULIĆ — BEOGRAD

Da li je plućna tuberkuloza izlečljiva?

Pitanje, da li je plućna tuberkuloza izlečljiva i šta razumemo pod pojmom izlečenja aktuelno je i neobično važno sa gledišta teorijskog, praktičnog i socijalnog.

Odgovoriti na ovo pitanje znači proći kroz ceo problem tuberkuloze u opšte, a za to bi trebala poveća studija. Mi ćemo baciti samo jedan kratak pogled na glavne činjenice i izneti ono što današnja medicinska nauka može da nam pruži. Da se upuštamo u detalje ovog pitanja odvelobi nas mnogobrojnim navodima i često kontradiktornim mišljenjima pojedinih autora.

Pojedini momenti su još uvek nedokazani, hipotetični i zahtevaju ne samo klinička posmatranja, nego i eksperimentalna istraživanja.

Pokušaćemo jednim logičnim redom da prodjemo kroz ovo pitanje, sa namerom, da iznesemo kako nama izgleda ovaj problem osvetljen poglavito sa kliničkog gledišta.

Samo ćemo dodirnuti problem nasledja, jer je to pitanje još uvek u toku studija. Danas se smatra, da se dete rodi bez tuberkulozne infekcije, pa makar i od težko tuberkulozne majke. Samo izuzetno, ono se može inficirati još u majčinoj utrobi. Mnogobrojne statistike i posmatranja dokazuju da se dete inficira od svoje najbliže okoline: majke, oca, brata, sestre i drugih ukućana. Otuda i pojam kod nerođa, „iz tuberkulozne porodice“. Ne treba svakako zaboraviti ispitivanja u vezi sa poznavanjem procedljivog virusa. Ali to je pitanje budućnosti i mi za sad smatramo da tuberkuloza nije nasledna. Negativna Pirquet-ova reakcija kod novorodjene dece služi nam kao dokaz za to.

Organizam jednom inficiran od tuberkuloznih bacila ostaje preko celog života nosilac izvesnih tuberkuloznih promena, pa i samih bacila. Dete, rođeno u sredini, gde je tuberkuloza česta, naročito u gradovima, redovno se inficira, najdalje do svoje 15—16 godine. To pokazuju ispitivanja varoške dece sa tuberkulinskim reakcijama, koje su skoro 96 na 100 pozitivne. To

znači, da 96 na 100 nose u sebi virulentne ili aviruletnе tuberkulozne bacile i imaju u najmanju ruku minimalne tuberkulozne promene bar u limfatičnim žlezdama. Razlog tome je nemogućnost da se izbegne infekcija zbog velikog broja bolesnika, koji rasipaju levo i desno bacile, zbog nedovoljnih higijenskih prilika i načina života.

U koliko su deca starija, u toliko je i procenat pozitivne Pirquetove reakcije veći, tako da se može smatrati da su svi odrasli varošani bili bar jednom inficirani tuberkulozom. To važi i za svaku sredinu u kojoj je tuberkuloza česta. Međutim u selima, kao i u mestima, gde tuberkuloza još nije stigla da se proširi, stanje je drugojačije. Postoje mesta i u našoj državi gde tuberkuloze nema i gde odrasli reaguju na tuberkulin negativno u smislu pozitivne anergije.

Kada tuberkulozni bacili prođu u organizam u dovoljnem broju, oni ga inficiraju, a prema terenu razvije se i sam patološki proces. Povoljan teren i masivna infekcija proizveće najčešće težak tuberkulozni proces, usled koga organizam može i da podlegne.

Ali ako infekcija nije masivna, a teren nepovoljan, sve se može svršiti lakšim obolenjem, koje se klinički najčešće manifestuje kao „nazeb“ ili „grip“ itd. i koje će načiniti neznatne patološke promene u plućima, tako da se objektivnim pregledom neće naći ništa. Jedino rentgenogram, i to ne uvek, može da nam pokaže t. zv. primarni afekt. I u prvom i u drugom slučaju organizam može da preboli i da ostavi klinički i rentgenološki vidljive ili nevidljive promene. Kod ljudi sa negativnim rentgenskim i kliničkim nalazom jedino Pirquetova reakcija pokazuje prebolenu prvu infekciju. Međutim vidljive promene manifestovaće se u obliku fibroznih i kalcificiranih lezija u plućnom parenhimu, što označava praktično ozdravljenje primarnog ognjišta. Sve ovo izloženo važi za one koji se inficiraju prvi put bez obzira na starost, jer su poznati slučajevi prve infekcije kod odraslih, kod kojih bolest protiče kao kod dece. Ako su promene neznatne pri prvoj infekciji, pa nastupi cikatrizacija i kliničko ozdravljenje, možemo smatrati da je, u neku ruku, proizvedeno kalemljenje protiv tuberkuloze i da su dotične osobe zaštićene bar od akutne tuberkulozne infekcije, odnosno svaku novu infekciju podnose znatno bolje. Calmette je primarnu infekciju sproveo kod velikog broja dece pomoću naročitih tuberkuloznih bacila B. C. G. koji nisu dovoljno virulentni da bi mogli da proizvedu infekciju, ali su sposobni da stvore bar za izvestan duži rok imunitet.

Dečji lekar ima posla sa prvoj infekcijom i gotovo je nemoćan tamo gde je ona masivna, a teren povoljan. Međutim kod slabe infekcije, a nepovoljnog terena higijensko-dijetetski režim i simptomatska terapija čine svoje i dete ozdravi. I dok jedni primenjuju kod dece istu terapiju kao i kod odraslih (veštacki pneumotoraks, oleotoraks, frenisektomiju i dr.), kao Arman Delin, dotle drugi najčešće se zadrže samo na higijensko-dijetetskom režimu, kao Leon Bernard.

Kod odraslih se lekar obično bori sa reinfekcijom. Terapija će sada imati u toliko većeg uspeha u koliko je aktivnost slabija, a proces manji. Reinfekcija kao i primarna infekcija može biti fatalna, smrtonosna. Ali organizam može i da ozdravi. Trajno ozdravljenje biva tako često da se danas u nauci smatra i tvrdi da je tuberkuloza pluća izlečiva bolest. Rezultati postignuti na praksi za posljednjih 2-3 decenije, pokazali su opravdanost ovakvog shvatanja. Ali to ne znači, da svaki tuberkulozni može sigurno da ozdravi. Postoji niz neizlečivih oblika plućne tuberkuloze, koje su neizlečivi većim delom samo zato što bolesnik nije odmah i na vreme preuzeo lečenje. Takođe i takvih formi koje su već od početka neizlečive, kao što je opšta milijarna tuberkuloza.

Šta razumemo pod pojmom izlečenja i kojim sretstvima ga možemo dokazati?

Apsolutno izlečenje t. j. restitucio ad integrum, vrlo je retko kod plućne tuberkuloze. Kada se i dogodi, tuberkulozna etiologija obolenja obično ostane nedokazana. Lekar previdi tuberkulozu ili je shvati kao neku drugu plućnu bolest, najčešće grip, fibrinoznu pneumoniju. Postoji shvatanje novijeg datuma, da se u početku histološki i mikroanatomski proces tuberkuloze pluća sastoji u sasvim banalnoj zapaljivoj reakciji. Ovakav infiltrat sličio infiltratu genuine pneumonije može potpuno da se resorbuje i to je jedini tip tuberkulozne infiltracije koji se završava sa restitucio ad integrum. Ali ako ovoj eksudativnoj fazi, što često biva, sleduje faza nekroze, razmekšanja i pojava kaverne više ne može biti govora o restitutio ad integrum. Proces sada prelazi kroz razne faze i dovodi do smrti ili se može zaustaviti na izvesnom stupnju, kada je moguće praktično izlečenje.

Pod *praktičnim izlečenjem* razumemo pretvaranje aktivnog oblika u inaktivran, stacionaran ili potpuno fibrozan (état sequelle po L. Bernardu). Fibrozna metamorfoza pretstavlja anatomsku podlogu procesa kod praktičnog izlečenja. Bolesnik je postao praktično zdrav i sposoban za rad. Njegova tuberkuloza koja je bila otvorena t. j. sa tuberkuloznim bacilima u ispljuvku, postala je zatvorena bez bacila.

Izlečenje se može dokazati pomoću kliničkog, rentgenskog i laboratorijskog pregleda. Ako uporedimo nalaz bolesnika pre i posle lečenja videćemo da su kod apsolutno izlečenih svi patološki klinički, rentgenski i laboratorijski znaci potpuno isčezli. Kod praktičnog izlečenja su klinički znaci aktivnosti procesa nestali, međutim su ostali znaci fibrozne induracije odnosno stacionarnosti procesa. Laboratorijski znaci, kao što je nalaz bacila, ubrzana sedimentacija eritrocita i dr. takođe sada pokazuju normalno stanje. Međutim rentgenogrami, pre i posle lečenja, služe nam kao dokaz izlečenja. Očevidni dokaz da se tuberkulozni proces može izlečiti, je obdukcioni nalaz ne samo umrlih od plućne tuberkuloze nego naročito onih, koji su nekada uspešno bili lečeni od plućne tuberkuloze, a umrli od neke interkurentne

bolesti ili nesrećnog slučaja. Proučavanje anatoma — patološkog nalaza i njegovog poredjenja sa rentgenogramima najviše je doprinelo da možemo danas tvrditi o izlečivosti plućne tuberkuloze. Moramo se ogradići da pod absolutnim izlečenjem mi ne mislimo da su i bacili i one minimalne promene koje se ne mogu ni jednim sreštavom utvrditi, potpuno iščezli. Jer kada bi to bilo moguće izgubio bi se verovatno i imunitet, dakle, i Pirquetova reakcija postala bi negativna u smislu pozitivne energije. Medjutim to se ne bi slagalo sa shvatanjem o reinfekciji, za koju danas najveći broj autora tvrdi da je endogena. Smatramo ozdravljenje kao absolutno, kada ni klinički, ni rentgenološki, ni laboratorijski nismo više u stanju da pokažemo ili dokažemo na kakvu patološku pojavu. Razume se, dotični će reagovati na tuberkulin pozitivno i time pokazati alergiju.

Pitanje šta biva sa bacilima pri absolutnom i praktičnom izlečenju još je otvoreno. Chacrot misli da se oni mehanički izbace pri izkašljivanju. Ali to se ne da zamisliti naročito kod procesa hematogene prirode. Oni se mogu uništiti bakteriolizom, ali za to sigurnih dokaza nemamo.

Pri eksperimentima na životinjama se ipak utvrđuje da se bacili fiksiraju u tkivu i da zatim nastaju pojave bakteriolize.

Primećeno je da se bakteriopeksija i bakterioliza razvija mnogo brže kod tuberkuloznih životinja, nego kod zdravih (alerģije). Ovaj zadatak vršećelje mezenhima (histiociti, ćelije plućnih alveola, monociti, retikuloendotelijalne ćelije, mononukleari i dr.).

Prema svemu izloženom za nas su najvažnija klinička prosmatrana na osnovu kojih smo došli do jasnog praktičnog zaključka da je plućna tuberkuloza danas sigurno izlečiva.

Dopustite mi da svoja izlaganja bar donekle potkreplim i izvesnim dokazima na jednom nizu rentgenograma.

* * *

Na kraju izlaganja autor je prikazao rentgenograme 22 bolesnika i ukratko njihove istorije bolovanja koje pokazuju trajno absolutno i praktično izlečenje. Ovi bolesnici su zdravi ili praktički zdravi već duže vremena (od 1—6 godina) i svi su sposobni za rad. Izložen bolesnički materijal je tako raznovrstan da se na njemu vidi primena higijensko-dijetetskog režima kao samostalnog terapijskog sreštava, kao i udruženog sa skorošvim poznatim specijalnim naročito kolapsoterapijskim metodama (veštački pneumotoraks, frenisektomija, torakoplastika, oleotoraks, krizoterapija i dr.) i njihovim raznovrsnim kombinacijama. Na taj način je izvršena klinička ilustracija teorijskih izlaganja po pitanju izlečivosti pljučne tuberkuloze.

Résumé

M. Secoulitch — Beograd: Peut-on guérir la tuberculose pulmonaire ?

L'auteur expose un bref aperçu sur les faits, que la science actuelle peut nous donner.

L'organisme, une fois infecté par les bacilles tuberculeux, reste porteur, pendant toute sa vie, de certaines altérations tuberculeuses et de bacilles mêmes.

Lorsque les bacilles tuberculeux entrent dans un organisme, en nombre suffisant, il l'infectent, et le processus pathologique évolue selon le terrain. Le rentgenogramme seul peut quelquefois montrer la lésion primaire. Mais l'organisme peut laisser des altérations cliniquement décelables ou non. Dans l'examen clinique et radiologique

giquement négatif, seule la réaction de Pirquet sera positive. Cependant, les altérations, la forme des lésions fibreuses et des calcifications montrent la guérison du foyer primaire. Une telle guérison est considérée comme une vaccination contre la tuberculose, parce que toute nouvelle infection est plus facilement supportée. Calmette a réalisé l'infection primaire dans un grand nombre d'enfants au moyen de bacilles B.C.G., qui ne sont pas assez virulents pour pouvoir produire l'infection, mais capables de créer l'immunité au moins pour un certain temps.

Chez les enfants, en général, combat la prime-infection, qui peut être même mortelle. Chez les adultes la primo-infection arrive exceptionnellement, et la réinfection d'habitude. La réinfection (endogène ou exogène) peut être mortelle mais peut guérir aussi. La guérison durable est si fréquente, qu'*actuellement la tuberculose est considérée par la science comme une maladie guérissable*. Il y a aussi beaucoup de formes non guérissables, soit par suite d'un retard du traitement, soit dans les cas de tuberculose miliaire, inguérissable dès son début.

La guérison absolue c'est-à-dire restitutio ad integrum, est très rare dans la tuberculose pulmonaire. Le processus tuberculeux au début histologiquement et microanatomiquement, montre des réactions inflammatoires tout à fait banales. Lorsqu'une pareille infiltration est tout à fait resorbée on obtient, en réalité, une restitutio ad integrum. Si cette phase exsudative passe à la phase nécrose, de ramollissement et d'apparition des cavernes, la restitutio ad integrum n'est plus possible. Le processus passe par toutes les étapes jusqu'à la mort ou jusqu'à la guérison clinique.

La guérison clinique est la transformation d'un processus destructif en un processus inactif, stationnaire, tout à fait fibreux. La transformation fibreuse est le substratum anatomique d'une guérison clinique.

La guérison peut être prouvée au moyen des examens clinique, radiographique et du laboratoire. Dans une guérison clinique, les signes d'activité ont disparu, les lésions anatomiques sont présentées par les indurations fibreuses et les calcifications. Les rentgenogrammes avant et après le traitement, sont une preuve de la guérison. Une preuve évidente reste à l'examen lors de l'autopsie, seulement des tuberculeux pulmonaires, mais surtout de ceux qui sont mort par suite d'une maladie intercurrente ou d'un accident, mais qui jadis étaient traités avec succès de leur tuberculose pulmonaire.

Dans la guérison absolue, nous ne croyons pas que les bacilles et les lésions imperceptibles aient complètement disparu. La question de ce qu'il advient des bacilles, se pose à présent. Leur virulence est-elle seulement diminuée ou bien existe-t-il des phénomènes de bactériolyse etc?

Les plus importantes pour nous sont les observations cliniques qui nous ont permis d'arriver à une conclusion manifeste et pratique que la tuberculose pulmonaire est actuellement sûrement guérissable.

A la fin, l'auteur a présenté des radiographies de 22 malades et les brèves histoires qui montrent la guérison absolue ou clinique. Ces malades sont guéris ou pratiquement guéris depuis un certain temps (1-6 ans) et capables pour le travail. On y voit l'application du régime hygiéno-dietetique, les méthodes de collapso-thérapie (pneumothorax artificiel, phenicocetomie, thoracoplastie, oléothorax, cryothérapie etc) et leurs combinaisons variées. Ainsi on a fait une illustration clinique des exposés théoriques dans la question de la guérison de la tuberculose pulmonaire.

Težkoče in zapreke pri zdravljenju pljučne tuberkuloze

Gospoda! Mogoče se eden ali drugi izmed vas še spominja kongresa v Wiesbadenu kmalu po vojni, kjer je Aschoff imel svoj veliki referat o pljučni tuberkulozi. Aschoff in njegova šola sta takrat še zastopala mnenje, da je vsaka kaverna smrtna rana, na kateri mora človek umreti najkasneje v sedmih letih, in A. Schmidt se je izrekel v tem smislu, da so vsi merodajni strokovnjaki že prišli do prepričanja, da pomeni umetni pneumotoraks samo simptomatično terapijo. Če mislimo na to, vidimo, da smo v desetih letih več napredovali, kakor v celiem preteklem stoletju. Danes pozna vsak izmed nas že lepo število slučajev, ki so imeli težke, eksudativne infiltrate in široko odprte kaverne, in pri katerih danes tudi natančna rentgenološka preiskava ne bi mogla več dognati, na kateri strani so imeli prav za prav tiste smrtne rane. Tako idealna restitutio od integrum spada sigurno med najlepše uspehe zdravniške umetnosti. Od česa pa so odvisni ti uspehi? V prvi vrsti nedvomno od tega, da dobimo bolnika v roko pravočasno, predno so se še delale preširoke zarastline, predno se je bolezen vrgla na drugo stran. Vse se je torej danes koncentriralo na ta cilj. Teroetične debate so utihnile. Specifična terapija je stopila v ozadje. Rentgenologija se je preselila iz pljučnih konic za eno nadstropje nižje. Tehnika kolapsa je izpopolnjena do skrajne možnosti. Če imamo še neuspehe, ni to več krivda naše znanosti. Krivda je organizacije, krivda socijalnih razmer.

To nam pove pogled na našo stroko danes. Ali se nam bodo pokazale stvari jutri še v isti perspektivi?

Sigurno ne! Strokovno znanje se širi, rentgenologija se širi, dispanzeri delujejo. Vedno več bolnikov bo prišlo k nam pravočasno tako, da si bomo lahko izbrali najugodnejši trenutek za začetek naše terapije. In tedaj bomo šele videli, koliko je slučajev, ki jih kljub tem ugodnim prilikam ni mogoče izlečiti s kolapsom. Tedaj se bomo vprašali za vzroke takih neuspehov, za razpoložljiva druga sredstva. Zavedali se bomo, kaj smo, pri zmagovitem prodiranju na eni črti, na drugih črtah zanemarjali, koliko smo pozabili. Začel se bo nov boj, z novim razmahom. S tem boljšim, ker smo prišli med tem v blagodejno distanco od teorij, od doktrin in od sistemov.

V tem smislu hočem danes z Vami diskutirati slučaj, ki nam na razmeroma prozoren, razmeroma monosimptomatičen način predočuje eno vrsto takih, za kolaps refrakternih, pljučnih tuberkuloz. S takim razmotrivanjem se podamo takorekoč na start neizogibnega novega gibanja in tekmovanja v naši vedi.

Mlad človek, čvrst, dober telovadec, trenira lahko atletiko in pri tem nenadoma pljuje kri. Prebije eno leto v zdravilišču, potem začenja, polagoma, zopet delati, ne da bi pri tem veliko reagiral niti na počitek, niti na delo. Kakor pa pri njemu poskusimo kako aktivno terapijo, bodisi s tuber-

kulinom ali z zlatom, dobimo že na minimalne doze tako dolge in neugodne reakcije, da moramo tako zdravljenje opustiti.

Na pljučih najdemo med tem znake lahkega fibroznega zgoščenja konic. Izmečka je malo, ali v tem redkem izmečku od časa do časa kar mrgoli bacilov. Temperatura nizka ali subfebrilna, valovi v dolgih perijodah, skupaj z običajnimi vegetativnimi motnjami luhkih tuberkuloz.

Če vidimo bolnika enkrat, če zasledujemo za nekaj tednov potek ene take subfebrilne eksacerbacije, ne najdemo ničesar kar nam bi delalo večje skrbi. Če ga opazujemo eno leto, drugo leto in tretje ieto, tedaj vidimo, da hira, da gre za bolezen hektičnega značaja. Polagoma se nabirajo znaki fizičnega procesa v levih pljučih. Leta in leta se trudimo, da bi našli kaverno. Končno se pokaže votlina v višini hila. Pneumotoraks, ki ga takoj napravimo, doseže precej dober kolaps, ali ne doseže nikake spremembe kliničnega poteka in je po poldrugem letu zaraščen. Dve leti pozneje se odločimo za totalno plastiko. Operacija, ki jo izvrši eden od najboljših specijalistov v tej stroki, uspeva izvrstno, neposredni učinek je vse kar si moramo želiti. Ali pol leta pozneje, ko bolnik zapusti zdravilišče, pride iz tako dobro stisnjenejih pljuč še isto rožljanje, isti bacilozni izmeček in febrilne, hektične perijode se ponavljajo v istem neizprosnem ritmu kakor prej. Operacija je bila nedvomno koristna, preprečila je najbrž razvoj obestanske kavernozone flize. Ali čeprav je zaprla kaverno, ni mogla s tem zamašiti izvora, iz katerega vedno znovega bruhajo bacili.

Če temu izviru že ne moremo do živega, moremo ga-li vsaj izslediti?

V našem slučaju je to mogoče. Rentgenološki pregled nam je pokazal že od začetka v levem hilu nenavadno velik konglomerat poapnelih žlez. Dvanajst let opazujemo bolnika. Tekom dvanajstih let smo mogli zasledovati, kako se tista velika črna senca zmanjšuje in zmanjšuje. Ali med vsem tem časom je bolnik vedno znova našel v svojem izmečku nekaj trdega, bela zrnca in škrbinčke apnaste konsistence. Izmeček je takrat rad nekoliko krvav in vedno poln bacilov; kadar pa se pokaže tak izmeček, sledi po navadi novo poslabšanje bolezni.

S tem nam je stvar pojasnjena. To, kar tukaj določi potek bolezni, je sekvestracija onega velikega, nekrotično-zaapnelega kompleksa, ki se polagoma ruši, se razžene in izločuje pod naskokom leukocitov in granulacij. Taka interpretacija je anatomsko dovolj dobro fundirana. Ni treba da to dolgo razlagam. Spominjam imena Ranke, Ghon, Beitzke.

V čem se pa ta slučaj razlikuje od mnogih drugih primerov analognega poteka? V tem, da razpadajoči kompleks radi svoje velikosti, eksponirane lege in izredno močnega poapnenja takoj skoči v oči, in da imamo v perijodični izločitvi makroskopičnih, zaapnelih fragmentov viden dokaz za patogenetične odnošaje, ki jih v večini drugih slučajev samo slutimo.

Zato naj nam služi ta primer kot representant dolge vrste drugih, ki jih vam ne bi mogel razlagati brez obširnih rentgenoloških in kliničnih demonstracij.

V vseh teh slučajih nastopa destruktivna fliza kot komplikacija v poteku druge, neskončno dolgotrajne in enolične, subfebrilne bolezni. Kolaps učinkuje zoper komplikacijo, je pa brez učinka zoper prvotno bolezen, in po navadi tudi ne more preprečiti, da se iz nje ne bi razvijale nove komplikacije.

V mnogih sličnih slučajih smo mogli eruirati kot princip prvotne bolezni in kot izvor komplikacije neko nekrobiotično stanje v sredini debele, stare brazgotine ali limfadenitične ali peribronhitične vrste ali primarnega afekta samega.

Da kolaps ne more učinkovati na notranjost takega trdega tkiva, je samo ob sebi umevno. Razumemo pa tudi, zakaj vsa naša druga sredstva tukaj odpovedo.

Zakaj bistvo, biološka naloga brazgotinastega tkiva je ravno v tem, da ne reagira. Zato mora biti slabo vaskularizirano, z minimalno preosnovno, neprehodno v kemičnem in bakteriološkem smislu. Samo s tem brani naš organizem. S tem pa tudi predstavlja za bacile, ki jih vsebuje, nedotakljivo zavetišče.

To, kar rezultira iz teh nazorov, je pojmovanje tuberkuloze kot fokalne infekcije.

Razumemo da ima klasični, polni in končnoveljavni uspeh pneumotoraks dve veliki premisi:

Prvič, da se tkivo, v katerem so se naselili bacili hitro in popolnoma uniči, omehča in izloči.

Drugič, da pridejo stene nastale votline v medsebojni dotik tako, da lahko zopet zaraščajo.

Od teh dveh dogodkov smo navajeni videti v prvem katastrofo in v drugem rešitev. V resnici sta oba enako potrebna za popolno ozdravljenje.

To nam razlaga paradoksno dejstvo, da vidimo večkrat najboljše trajne rezultate ravno pri slučajih, ki so začeli s posebno obsežnim, rapidno razpadajočim eksudativnim infiltratom.

Nasprotni slučaji nam predstavljajo cne flize, o katerih smo govorili — ftize, ki se razvijejo, kot izraz fokalne infekcije, iz počasnega biološkega razkroja, ki se vrši v sredini zelo starih, limfogenih, indurativnih in sklerotičnih tvorb. Kadar se tukaj nevarnost pokaže, je po navadi že prepozno za kako odločilno intervencijo. Mi moremo tu in tam popraviti sekundarne poškodbe, ali zoper fokus ne moremo ničesar, če se ta sam ne uniči.

Kaj nam preostane? Samo profilaktično delovanje.

Mi smo brez moči zoper to, kar se dela v notranjosti takih brazgotin — ali sredstev imamo dovolj, da uplivamo na to, kar se odigrava na njihovi površini.

Deset let, dvajset let in več traja tam predhodna doba perifokalnih in kolateralnih vnetij. Plast za plastjo, se vleže novo fibrozno tkivo na staro brazgotino, in vsaka plasti pomeni nove težkoče in cvire za obtok krvi in

s tem pospeši degenerativni proces v notranjosti. Časa imamo dovolj, da tukaj interveniramo, sredstev imamo, samo ena stvar nam manjka: spoznanje.

Zavedati se moramo, da je vse, kar se je še pred desetimi leti pisalo o inaktivnosti in brezpomembnosti primarnega kompleksa pri odraslih, postulat brez klinične in brez anatomske podlage. Postulat v zaščito preplašenih lajikov, v zaščito bolniških blagajn, v zaščito starih teorij, ki so kljub temu že umrle. Rekli so, da je izlečitev primarnega kompleksa predpogoj za izbruh jetike. Vsi slučaji, ki sem jih mogel opazovati jaz, govorijo odločno proti taki hipotezi. V najnovejšem času je Wurm publiciral anatomske preiskave v tem oziru pri 120 na tuberkulozi umrlih. Wurm pride do zaključka, da se je v 80% teh slučajev razvila smrtna tuberkuloza več ali manj neposredno iz primarnega kompleksa. Tukaj torej moramo predvsem revidirati svoje stališče.

Vsak od nas lahko k temu prispeva. Zakaj tu in tam se bo vendar le zgodilo, da postane bolnik, ki ga poznamo že delj časa, pod našo kontrolojetičen. Naj se vsi taki — zelo redki — slučaji kar najbolj natančno registrirajo, in kmalu bomo prišli v naši znanosti za lep in važen korak naprej.

Résumé:

Dr. Oton Haus — Ljubljana: Difficultés et obstacles chez le traitement de la tuberculose pulmonaire

Le développement de la collapsothérapie, qui a, de plus en plus, dominé toute la phthisiologie d'après-guerre, touche à son sommet. À la technique actuelle, on ne peut plus ajouter grande chose. Les organisations, destinées à amener le malade au spécialiste en bon temps, se répandent et se perfectionnent rapidement. Quand elles seront achevées, on pourra évaluer le nombre des cas, qui, malgré toutes ces opportunités, restent rebelles au collapse.

Alors, la nécessité de nouvelles recherches s'imposera. Elles partiront, inévitablement, d'une étude approfondie des cas, où la grande thérapie d'aujourd'hui est inefficace.

C'est dans ce sens, qu'on va discuter un cas, chez qui le pneumothorax, puis une plastique totale, bien réussie et bien tolérée, se sont montrés impuissants à arrêter le progrès, lent et apparemment peu menaçant, d'une tuberculose ouverte. Comme source de la maladie paraît un bloc crélacé de ganglions hilaires, qui trahit son état de démolition par la diminution progressive de son ombre et par l'expectoration de fragments calcaires.

Le cas est pris comme représentant d'autres, analogues, mais moins manifestes, où la tuberculose, en vraie infection focale, émane du milieu de vieilles formations indurées ou sclérotiques, descendues plus ou moins directement, par voie lymphatique, du chancre d'inoculation. Les difficultés, qui résultent de la situation biologique de tels foyers, sont esquissées. Mettant en doute certaines idées, fausses ou simplistes, en tout cas surannées, qu'on s'a faites en cette matière, l'auteur recommande d'étudier de nouveau les rapports existants entre l'infection primaire et les évolutions phthisiques.

Naša iskustva u krizoterapiji

Danas preovladjuje mišljenje da krizoterapija predstavlja nesumnjivu dobit u lečenje tuberkuloze. Ali što se tiče indikacija krizoterapije i njenog praktičnog izvodjenja, postoje veoma raznovrsna gledišta. S toga je od interesa izneti iskustvo koje smo stekli na III. internoj klinici Beogradskog univerziteta, ma da za ovakva posmatranja bolnički materijal u opšte nije podesan, jer je u bolnici lečenje odveć kratko.

Na ovoj klinici lečeno je 63 bolesnika zlatom od kojih 8 ambulatno. Od njih se mogu upotrebili svega 46, dok ostali ne, zbog toga što su dobili mali broj injekcija.

Sve slučajevi iznosimo u sledećim tabelama:

Iz ovih tabela se vidi da je na 46 bolesnika lečenih zlatom bilo 20 poboljšanih i 26 pogoršanih. Od poboljšanih slučajeva 16 su lečeni Solganalom B u zejljavoj emulziji, 2 vodenim rastvorom Solganala B, 1 Krizalbinom i 1 Sanokrizinom.

U poboljšane ubrajamo sve one bolesnike kod kojih se je pored poboljšanja većine drugih znakova bolesti, popravilo i opšte stranje. Da videmo kako je bilo dejstvo zlata na glavne poremećaje kod poboljšanih slučajeva.

Dejstvo zlata kod poboljšanih: *Dejstvo na temperature:* Pre lečenja bilo je 9 febrilnih, 4 subfebrilna i 7 afebrilnih bolesnika. Kod 8 febrilnih temperatura se je smanjila tako, da su 5 postali subfebrilni, 3 afebrilni, a 1 slučaj kazeozne pneumonije ostaje i dalje febrilan. Kod 4 subfebrilna slučaja temperatura se je neznačno poboljšala. Onih 7 slučajeva koji su bili pre lečenja afebrilni ostali su i posle lečenja afebrilni.

Dejstvo na težinu tela: Svi slučajevi, sem dva, dobili su u težinu i to po 2, 3, 4, 6 i 10 kg za 1—3 meseca lečenja. Najveći porast težine vidimo prve 2 nedelje lečenja, dok docnije težina tela ili sporo raste, ili ostaje stacionarna.

Dejstvo na plućni nalaz: Plućni nalaz se poboljšava svega kod 5 slučajeva, ali i kod ovih samo u toliko što se smanjuju šumovi, dok na rentgenu poboljšanje nije bilo sasvim jasno.

Dejstvo na bacile: Svi bolesnici koji su imali bacile u ispljuvku pre lečenja, imali su ih i posle lečenja izuzev jedne fibrokazeozne ftize sa hidrotoraksom gde su ovi isčepljeni, posle 6-nedeljnog lečenja Solganalom B oleosum.

Dejstvo na količinu ispljuvka: Kod 7 slučajeva količina ispljuvka se je smanjila, kod 7 ostala ista, a kod 6 se je povećala.

Dejstvo na sedimentaciju eritrocite: (praćeno kod 17 slučajeva). Sedimentacija se poboljšava kod 9 slučajeva. Navešćemo nekoliko primera: Kod sl. B. D. (2) diskretnе milijarne tuberkuloze pala je od 40 na 8 mm. za 1 sat za vreme 20-dnevног lečenja. Kod sl. M. M. (3) ftize pala je od 20

Bolesnici lečeni Solganom B oleosum	težina tela:	temperatura	količina ispljuv'ka	bacili	količina Solganala	trajanje lečenja	plućni način	pored zlata lečen	komplikacije
1. G. P. 28 god. phtisis f. caseosa cavit.	+ 10 kg	od 38.5 afebr.	obilat- isčezo	pozitivni	2.10 gr	3 mes.	poboljš.	frenektomija 5 meseci lečenja	—
2. G. Š. 36 god. phtisis ulc. cas. cavit.	omršav.	od 38.5 afebr.	—	pozitivni	1.10 gr	2 $\frac{1}{2}$ mes.	umro	—	—
3. G. L. 24 god. phtisis ulc. cas. bilat.	+ 4 kg	pre subfebr. afebrilan	5-6 ispljuv'ak isčezo	pozitivni	2.20 gr	3 mes.	poboljš.	—	pre lečenja imao bolove u zglobo- vima koji su posle leč. izčesli
4. G. N. B. 16 god. phtisis juvenilis	omršav.	39—40°	3-6 ispljuv.	pozitivni	0.70 gr	4 mes.	pogorš.	—	posle svake injek- cije febrilna i fokal- na reakcija
5. G. J. P. 70 god. phtisis cas. ex.	omršav.	subfebrilna febrilna	—	—	0.30 gr	2 mes.	umrla	—	—
6. G. P. 7 god. T. b. c. miliaris	omršav.	afebrilna	—	negativ	0.20 gr	3 mes.	umrla	—	—
7. G. Šiš. 28 god. T. b. c. miliaris	omršav.	visoko febr.	ispljuv. 5-6 5-6	—	1.10 gr	2 mes.	umro	—	—
8. lečeni sanokri- sinom: G. Dj. 44 god. phtisis fibrocas. bilat.	—	visoko febr. afebrilna	—	pozitivni	0.40 gr	4 injek.	poboljš.	—	—
9. G. N. 29 god. phtisis caseosa	—	visoko febr.	—	pozitivni	80.0 gr	8 injek.	umro	—	—
10. lečen solgan. b oleos. B. V. 26 god. phtisis fibrocas. cavit.	omršav.	od 37.5 afebr.	od 20 na 30 cm 3	pozitivni	0.26 gr.	4 injek.	umro	px. 20 dan. pre lečenja	—

Bolesnici lečeni Solganalom B oleosum

	Sedimentacija pre posle	tempe- ratura	količina ispljuvka	B. K.	el. vl.	težina	količina trajanje Solgan. lečenja	plućni nalaz	pored Solga- nalala lečen
1. M. T. 19 god. phtisis ulc. fibr. sin.	59	94.5	od 38.6—37.2	manje	+ isto	+ isto	+ 2 kg 1.32 gr	5 nedelj. pogorš.	pneumt. otpoč. 6 dan. prezleta
2. B. D. 27 god. T.b.c. miliaris diser.	40	8	ista afebr.	više	+ isto	0 isto	+ 3½ 0.257 gr	1 mes.	isti —
3. M. M. 22 god. phtisis f. cas. incip.	20	95	ista afebr.	više	0 isto	0 isto	+ 6.5 kg 0.037 gr	20 dana	isli —
4. R. Dj. 26 god. T. b. c. ulc. fibr.	34.5	21	ista afebr.	od 5 na 30 cm³	+ isto	0 isto	+ 6 kg 0.107 gr	5 ned.	isti —
5. A. Dj. 20 god. phtisis f. cas. s/n. pleuritis haem. sin.	71.5	58.5	od 38.5—37.2	od 40 na 60 cm³	+ isto	post.	+ 4½ 0.597 gr	2 mes.	isti pneumt. 1 mes. pre zlata
6. M. L. 27 god. phtisis ulc. fibrosa	91.5	91	ista subfeb.	100 cm³	isti	+ isto	2.5 kg 0.447 gr	2 mes. pogorš.	pneumt. 17 dan. posl. zlata
7. B. V. 21 god. phtisis ulc. fibrosa	28	23	ista afebr.	od 60 na 90 cm³	isti	0 isto	+ 4 kg 0.08 gr	3 injek.	isti —
8. D. R. 26 god. phtisis f. caseosa bil.	26	24	ista afebr.	od 20 na 0 cm³	isti	0 isto	+ 7 kg 0.967 gr	2 mes. poboljš.	—
9. A. D. 19 god. phtisis f. cas. bil.	56.5	36.5	ista subfeb.	ista 100 cm³	isti	pozitiv.	— 4 kg 0.107 gr	1 mes.	isti pneum. 9 dana pre Solganala
10. A. D. 55 god. phtisis f. cas. bil.	18.5	75.5	ista do 37.5	od 70—100 cm³	isti		— 1.5 kg 0.137 gr	1 mes. pogorš.	—

11. Š. M. 54 god. phtisis f. cas. bil.	35	45	ista afebr.	malo	isti	0 isto	+ 2.5 kg 0.757 gr	7 ned.	isti	--
12. M. J. 26 god. phtisis fibr. cas. bil.	45	22	od 38--37.2	od 200 na 50 cm ³	isti	0 isto	+ 4.5 kg 0.052 gr	20 dana	isti	pneumot. 10 dan. posl. zlata
13. I. M. 27 god. phtisis fibr. cas. bil.	82	—	od 39.5 na 38	više	isti	+ isto	- 9.5 kg 0.757 gr	7 ned.	pogorš.	frenicoexair. 3 dana pre zl.
14. L. P. 48 god. phtisis fibr. cas. bil.	104	93	38 2 na 37.8	od 50 cm ³	isti	isti	+ isto	- 2.5 kg 0.565 gr	1 mes.	frenicoexair. 3 dana pre zl.
15. Č. S 31 god. lobite sup. droite hydro, neumotorax	66	71	od 38 afebr.	manje pljuje	postao negat.	0 isto	+ 4 kg 0.362 gr	6 ned.	isto	pneumot. 2 ¹ / ₂ mes. pre zlata
16. D. M. 21 god. phtisis ulc. fibrosa	39	22	do 37.4	sasvim malo	+ isto	0 isto	+ 5 kg 0.447 gr	1 mes.	isto	--
17. S. L. 17 god. lobite super. droite hydropneumotorax	92	88	isto subfeb.	više	0 postao pozit.	0 isto	- 1.5 kg 0.447 gr	1 mes.	pogorš.	pneumot. 7 mes. pre zlata
18. B. A. 20 god. phtisis fibr. cas. bil.	56	55	do 38.5 ista	—	pozit. isto	0 isto	- 1 kg 0.017 gr	3 injek.	isto	pneumot. 9 m. pre zl. napušt.
19. Z. V. 20 god. pneumonia cas. lobi sub. sin.	24	82	do 38.5 ista	3—4 isplj.	+ isti	0 isto	+ 3 kg 1.432 gr	9 ned.	isto	frenicoexair. 20 dana pre zl.
20. V. P. 20 god. phtisis cas. lobi sup. et. inf. sin.	36	12	do 40 ista	—	+ isti	+ isto	- 6.5 kg 0.079 gr	5 ned.	pogorš.	pneumot. 6 dana pre zlata
21. D. B. 35 god. phtisis fibro cas. bil. cavit.	60	23	afebrilan	—	+ isti	0 isto	+ 3 kg 0.033 gr	1 mes.	poboljš.	frenicoexair. 6 ned. pre zl.

Bolesnici lečeni Solganalom B	sediment. pre posle	tem- perat.	količ. ispljuv.	B. K.	el. vl.	kol.Solg.	trajanje lečenja	tež. tela	pluć. nalaz	pored zl. lečen	mo- kraća	kom- plik.	
† 1. V. Č. 27 god. ptisis ulc. fibroso	26	29	od 37.5 na 37.3	5 isplj.	+ isto	+ isto	0.36	5 ned.	+ 5.5 kg	isti	—	0	—
2. P. Dj. 27 god. ptisis f. cas. bilat.	21	16	od 38.8 na 38	60 cm ³	+ isto	„	0.81 gr	6 ned.	— 1.400 kg	lako pogor.	px. 7 m. pre zlata	—	—
3. P. M. 26 god. ptisis f. cas. bilat.	73.5	—	do 38 ista	25 cm ³	+ isto	„	0.161 gr	4 injek.	— 1 kg	isti	px. 20 d. posle zl.	alb. trag	—
† 4. Z. D. 30 god. ptisis f. cas. bilat.	77	52	od 38 na 37.2	—	+ isto	„	2.26 gr	10 injek.	+ 2800 kg	isti	—	alb. trag	exan.
5. S. L. 18 god. ptisis fibr. bilat.	36	53	do 38.4 ista	5 isplj. ista	ista	„	0.041 gr	4 injek.	— 1 kg	isti	—	—	—
Bolesni leč. sanokris.:													
1. S. J. Tbc gl. trach. cobronhial. god. 16	79	72	do 38.5 ista	redak	0 ista	0 ista	0.60 gr	3 injek.	— 1.300 kg	isti	—	a'b. trag	—
2. K. Tomić 20 god. ptisis f. cas. bilat.	99	77	od 40 do 39.5	obilat	+ isto	+ isto	1.40 gr	6 injek.	1.700 kg	+ isti umro	—	alb. trag	—
3. N. Š. 20 god. ptisis. gangl. pulmon.	83	65	—	200 cm ³ ista	ista	— isto	2.35 gr	6 injek.	0.3600 kg	pogorš. umro	—	alb. trag	exan.
4. O. S. 18 god. ptisis. c. gangl. pulm.	68	27.25	do 38.8 ista	70 cm ³ ista	— ista	— isto	1.375 gr	6 injek.	— 2.300 kg	pogorš. umro	—	alb. trag	—
Bolesnici leč. lopion.													
1. B. J. 21 god. ptisis f. cas. bilat.	33	—	do 38.5 ista	redak	+ ista	+ isto	0.185 gr	4 injek.	— 3 kg	pogorš.	px. 5 n. pre zlata	alb. trag	drhta- vica
2. J. V. 17 god. ptisis. f. c. pleur. exud. s.	40	40	do 38.5 ista	od 50 na 25 cm ³	+ ista	— isto	0.0337 gr	5 injek.	— 2 kg	isto	px. 1 m. pre zlata	—	—
3. S. H. 25 god. poliseros. ptisis ulc. f.	—	—	do 40 ista	od 50 na 15 cm ³	+ ista	— isto	1.6 gr	6 injek.	— 7 kg	isti umro	px. 7 d. pre zlata	—	—
4. D. G. 17 god. ptisis f. cas. cav. sin.	77	93	od 38.5 na 38.2	od 50 na 10 cm ³	+ ista	+ isto	1.1 gr	8 injek.	— 8 300 kg	isti	—	alb. trag	—
Boles. leč. krisalbin.													
1. V. Dj. 22 god. ptisis gangl. pulm.	37	34	od 37.2 na 38	manje	+ isto	isto	3.75 gr	15 injek.	— 700 gr	isti umro	fren. exair.	alb. trag	—
† 2. O. P. 28 god. ptisis f. cas. bilat.	22	4	do 37.2 ista	od 50 na 25 cm ³	+ isto	isto	1.25 gr	6 injek.	+ 2.5 kg	poboljš.	—	—	—

† Krstom označeni slučajevi su poboljšani.

na 9 mm. za 1 sat za vreme 5-nedeljnog lečenja. Kod sl. M. J. (12) bilateralne fibrokazeozne ftize pala je od 45 na 22 mm. za 1 sat za vreme 20 dnevног lečenja. Kod sl. D. M. (16) ulcerofibrozne ftize pala je od 39 na 22 mm. za 1 sat za vreme 1 mesečnog lečenja. Kod sl. R. Dj. (4) ulcerofibrozne ftize pala je od 34 na 21 mm. za 1 sat za vreme 5 nedeljnog lečenja. Kod bilateralne fibrokazeone ftize sl. D. B. (21) pala je od 60 na 23 mm. za 1 sat za vreme 1 mesečnog lečenja. Kod bilateralne fibrokazeozne ftize sl. Z. D. (26) pala je od 77 na 52 mm. za 1 sat za vreme 2 mesečnog lečenja. Kod bilateralne fibrokazeone ftize sl. P. O. (37) pala je od 22 na 4 mm. za 1 sat za vreme 6 nedeljnog lečenja.

Kod 6 slučajeva sedimentacija je ostala skoro ista i ako se temperatura smanjila i bolesnici dobili u težini. Samo kod 2 slučaja vidimo povećanje sedimentacije. Oba slučaja su naročito teška: jedan sa ulcerokazeoznom ftizom, drugi sa kazeoznom pneumonijom.

Interesantno je zabeležiti da je kod jednog bolesnika (sl. Gl.) sa ulcerofibroznom ftizom poboljšan zlatom jedan reumatoidni sindrom koji se sastojao u čestim otocima zglavkova (svakog meseca jedan do dva puta) praćenim bolom, koji su prolazili za 24 do 48 sati. Ove pojave su sasvim isčezle u toku lečenja zlatom.

Klinički oblici. Svrstani po oblicima poboljšani slučajevi su bili sledeći: 11 fibrokazeoznih ftiza (5 bilateralnih, 5 unilateralnih i 1 fibrokazeozne ftiza sa hemoragičnim eksudatom), 6 ulcerofibroznih ftiza, jedna diskretna milijarna, 1 ulcerokazeozna ftiza i 1 kazeozna pneumonija.

Dejstvo zlata kod pogoršanih: Smatramo za pogoršane sve one slučajeve gde se opšte stanje pogoršalo, a plućni nalaz se pogoršao ili ostao nepromenjen. U pogoršane slučaje spadaju: 13 slučajeva lečenih Solganalom B oleosum, 3 Solganalom B, 4 Lopionom, 5 Sanokrizinom i 1 Krizalbinom.

Dejstvo na plućni nalaz: Kod 14 slučajeva se plućni nalaz jasno pogoršao, dok je kod 12 ostao na izgled nepromenjen.

Dejstvo na težinu tela: Kod 21 bolesnika težina je opala za 1 do 3 kgr. za vreme jednog do dvomesečnog lečenja, dok kod 4 slučaja težina je pala za 4 do 9 kgr.

Dejstvo na temperaturu: U 1 slučaju, temperatura od subfebrilne postaje febrilna. U ostalim slučajevima ne vidimo povećanje temperature. U većini slučajeva ona ostaje stacionarna, a u 3 slučaja se lako smanjila.

Dejstvo na bacile: Bacili su bili pozitivni kod 23 slučaja pre i posle lečenja, dok kod 1 slučaja bez bacila, bacili su se pojavili za vreme samog lečenja.

Dejstvo na količinu ispljuvka: Kod 4 slučaja količina ispljuvka je postala veća, kod 17 ista, a kod 4 manja.

Dejstvo na sedimentaciju: (posmatrano kod 16 slučajeva). U 3 slučaja sedimentacija se povećala, kod 7 ostala nepromenjena, ali pošto bolesnici gube u težini, smatrani su kao pogoršani.

Dva teška slučaja, jedna kazeona pneumonija sa pneumotoraksom i jedna bilateralna fibrokazeozna ftiza sa bilateralnim pneumotorsksom pokazuju poboljšanje sedimentacije. Taj pad se može objasniti i uticanjem pneumotoraksa koji sam za sebe povoljno dejstvuje na sedimentaciju.

Slučajevi lečeni Sanokrizinom, naročito su interesantni u pogledu sedimentacije. Ti bolesnici su visoko febrilni, gube u težini, u dva slučaja imamo i pogoršanje plućnog nalaza, a pored svega toga sedimentacija se znatno poboljšala. Ona kod jedne kazeozne gangliopulmonarne ftize, pada od 68 mm. na 27 mm., 10 dana pred smrt. Taj pad sedimentacije dolazi brzo, posle druge injekcije.

Klinički oblici: Pogoršanje je nastupilo kod sledećih kliničkih oblika: 14 fibrokazeoznih ftiza (11 bilateralnih, 3 unilateralnih, 3 ulcerokazeozne ftize, 1 kazeozne pneumonije, 2 kazeozne lobularne ftize, 1 tuberkuloze traheo-bronhialnih žlezda, 3 gangliopulmonarne ftize, 1 diskretne milijarne tuberkuloze i 1 milijarne hronične tuberkuloze pluća).

Samo pogoršanje kod većine naših slučajeva ne može se sa sigurnošću pripisati liječenju zlatom, već je ono verovatno nastupilo zbog toga, što ovo lečenje nije bilo od koristi, te je bolest mogla da nastavi svoj progredijentni tok. Jedino se u slučaju D. P. javljala, posle svake injekcije, osetna reakcija fokalna i opšta, tako da nam izgleda da su ove injekcije bile štetne po sam tok bolesti.

Kombinovano lečenje zlatom i kolapsoterapijom: Od naših 46 slučajeva, 21 je lečeno zlatom i kolapsoterapijom i to: 15 pneumotoraksom, 6 frenektomijom, a 2 najpre pneumotoraksom pa zatim frenektomijom.

Prema vremenskom odnosu ovi se bolesnici mogu podeliti u tri grupe:

I. Zlato i kolapsoterapija početi istovremeno.

II. Zlato početo posle kolapsoterapije.

III. Zlato početo pre kolapsoterapije.

Teško je oceniti uticaj lečenja zlatom kod slučajeva prve grupe, gde su zlato i kolapsoterapija početi istovremeno. Od 6 slučajeva svega su 2 poboljšani.

To je lakše oceniti kod slučajeva druge grupe, gde je zlato početo posle više meseca lečenja kolapsoterapijom (jedan do šest meseci.) Ovаких je bilo 12 od kojih su 6 pokazali jasno poboljšanje.

U trećoj grupi imamo svega 3 slučaja. Kod svih je lečenje zlatom bilo neefikasno, te je pokušana i kolapsoterapija, koja ni u jednom slučaju nije imala vidnog uspeha.

Prema tome na 21 slučaju lečen kombinovano zlatom i kolapsoterapijom, imamo svega 8 poboljšanja. Ali, treba uzeti u obzir da su to bili sve teški bolesnici, kod kojih sama kolapsoterapija nije dala željeni uspeh: dve kazeozne pneumonije, 10 bilateralnih ftiza (1 sa bilateralnim pneumotoraksom), 2 ulcerokazeozne ftize, 1 poliserozit sa ulcero-kazeoznom ftizom, 1 gangliopulmonarna ftiza i 5 teških unilateralnih fibrokazeoznih ftiza, koje

su i pored pneumotoraksa bile febrilne pre lečenja zlatom. S toga se i ovo poboljšanje mora upisati u uspeh lečenja zlatom.

Komplikacije: Najčešće komplikacije kod naših slučajeva bile su bubrežne i to: pojava belančevine u tragovima koja nije ometala lečenje, a redje belančevina u jeku meri praćene eritrocitim i cilindrima.

Naročito otskače Sanokrizin posle koga su se ove komplikacije pojavele kod 4 od 5 lečenih slučajeva i to posle 0,025 i 0,5 gr.

Kod 2 slučaja belančevina je bila obilatija sa eritrocitim i cilindrima u sedimentu, kod druga 2 samo u tragovima.

Na 7 slučajeva lečenih Solganalom B imamo 1 gde se belančevina javlja u jačoj meri posle injekcije od 0,1 gr. a 2 gde belančevina u tragovima posle 0,01 odnosno 0,05 gr.

Na 4 slučaja lečenih Lopionom kod 2 belančevina se javlja u tragovima posle 0,1 gr. Lopiona. Na 28 slučaja lečenih Solganalom B oleosum svega se kod jednog pojavila belančevina sa eritrocitim i hijalinim cilindrima samo posle injekcije od 0,05 gr. da posle sledećih injekcija isčešnu.

Kožne pojave: Exantem smo imali kod 2 slučaja. Kod jednog bolesnika lečenog Sanokrizinom pojavljuje se posle injekcije od 0,5 gr. makulopapulozni exantem i konjuktivitis kojih nestaje 12 dana po prestanku injekcija.

Posle prve injekcije Solganala B pojavljuje se kod drugog bolesnika lak exantem koji traje celo vreme lečenja. Istovremeno sa exantemom bolesnik je na 3 do 5 sati posle svake injekcije osećao bolove u zglobovima koji su trajali dva do tri dana.

Povećanje temperature: Temperatura se je povećala neposredno posle injekcije u 3 slučaja da sutradan postane isto kao prethodnih dana. Interesantan je slučaj sa bilateralnom flizom (z. d. 26) gde je pre lečenja temperatura bila 38°. Posle prve injekcije 0,01 gr. Solganala B temp. je 39,6. Posle druge injekcije 0,025 gr. temperatura je 38,8 a posle 3. injekcije iste doze Solganala temp. je 38°, pa se zatim trajno spusti na 37,40.

Povišenje temperature bilo je praćeno drhtavicom kod 2 slučaja. U jednom na jedan sat posle injekcije 0,1 gr. Lopiona, a u drugom na 5 sati posle injekcije 0,01 gr. Solganala B.

Prema svemu ovome izlazi: da svi vodeni preparati zlata češće izazivaju komplikacije, a naročito hubrega, dok oleozne emulzije redje.

Preparati i njihovo doziranje: U toku ovog ispitivanja upotrebili smo sledeće zlatne preparate: Solganal B oleosum 2 i 20% 28 slučaja, Solganal B 6 slučaja, Lopian 4, Sanokrizin 6, a u 2 slučaja Krizalbin.

Lečenje Solganalom B oleosum trajalo je 1—4 meseca. Dato je 0,05 do 2,10 gr. Solganala ukupno. Injekcije su davane svaki peti dan i to: Solganal B oleosum 2%: 0,002 gr. 0,005, 0,01, 0,02, 0,03, 0,04 gr.

Zatim produženo je sa Solganalom B oleosum 20%: 0.02 gr., 0.02 gr., 0.05 gr., 0.1 gr., 0.2 gr., 0.3 gr.

Solganala B dato je 4 — 10 injekcija za vreme jednog lečenja, Ukupno je dato 0.26 do 2.26 gr. Solganala. Injekcije su davane svaki sedmi dan i to: 0.01 gr., 0.025 gr., 0.05 gr., 0.1 gr., 0.1 gr., 0.2 gr., 0.35 gr., i tri puta po 0.5 gr.

Lopiona je dato 4—8 injekcija ukupno 0.1 do 1.5 gr. Injekcije su davane svaki peti — šesti dan i to: 0.01 gr., 0.025 gr., 0.05 gr., 0.1 gr., 0.25 gr., 0.75 gr.

Sanokrizina je dato: 3—6 injekcija, ukupno 0.45 do 2.35 gr. Injekcije su davane svaki sedmi, osmi dan i to: 0.05 gr., 0.1 gr., 0.15 gr., 0.25 gr., 0.35 gr., 0.5 gr. ili 0.1 gr., 0.25 gr. i četiri puta po 0.5 gr.

Krizalbina je dato u jednom slučaju 6, u drugome 15 injekcija, ukupno do 3.75 gr., i to jedan put nedeljno po 0.25 gr.

Iz ovoga se vidi da je jedino Sanokrizin dat u uobičajenim većim dozama, inače Solganal B oleosum, Solganal B i Lopian davani su veoma oprezno i u malim dozama.

U sasvim poslednje vreme primenili smo doziranje koje su preporučili Cardis i Bourgignon, koje se sastoјi u tome da se daju t.zv. minimalne aktivne doze, t.j. najmanje doze koje utiču povoljno na stanje bolesnika. Sa ovom se dozom zadovoljava sve dok bolesniku koristi, a povećava se tek onda kad nastupi zastoj. Ovakvo doziranje je sasvim logično, ako se uzme u obzir mišljenje, koje danas preovladjuje, da zlato ne utiče direktno baktericidno, već kao sretstvo koje draži na odbranu retikuloendotelijalni sistem, a verovatno i druge ćelije organizma. Korisne su stoga samo one doze, koje izazivaju nadržaj ovih ćelija, dok su štetne one koje prekoračaju ovaj nadražaj, jer mogu da izazovu nekrozu ćelija i njihovu smrt. Mi smo videli da povoljno dejstvuju i najmanje doze, a isto tako da i ove najmanje doze mogu da budu štetne izazivajući čak i pogoršanja.

Zaključak

1. Iz celokupnog našeg materijala izlazi da je lečenje zlatom koristilo priličnom broju slučajeva. Ali kako ovo lečenje spada u red t.zv. nadražajnog lečenja, a nikako specifičnog i direktno baktericidnog, veoma je važno ne težiti za većim dozama, od kojih se mogu imati češće rdjave nego dobre posledice.

2. Poboljšanja smo primetili samo kod hroničnih oblika, kako bronhogenih, tako hematogenih, a nikad kod akutnih (milijarne tuberkuloze, kazeozne pneumonije i bronhopneumonije), niti čak kod akutnih zamaha fibrokazeozne ftize. Ova su se poboljšanja odnosila poglavito na opšte stanje, na temperaturu, redje na količinu ispljuvka, skoro nikako ili vrlo retko na anatomske promene u plućima.

Summary :

This study contains the cases of 46 tuberculous patients, treated by means of aurotherapy.

The authors come to the following conclusions:

1. the dose employed must not be large, the aurotherapy not being bactericid.
2. We have detected an improvement of all chronic patients, but in no case one of the acute illnesses (miliary, caseous pneumonia, bronchopneumonia) nor in the progresses of the fibro-caseous phthisis.

Résumé :

Les auteurs communiquent les résultats de traitement de 46 malades tuberculeux par l'or. Ils arrivent aux conclusions suivantes :

1. Les doses employées ne doivent pas être grandes, car cette thérapie n'est pas directement bactéricide, d'une façon spécifique et directe, mais probablement utile d'une façon indirecte non spécifique.

2. Une amélioration c'est produite dans les formes chroniques, (bronchogènes et hématogènes, mais jamais dans les cas aigus (tuberculose miliaire, pneumonie caséuse, bronchopneumonie tuberculeuse) et dans les poussées aiguës des phthisies fibro-caséuses. Ces améliorations se manifestaient-surtout par amélioration de l'état général: augmentation du poids, abaissement de la température quelquefois diminution de l'expectoration et rarement par une amélioration des lésions pulmonaires mêmes.

Dr. MILOŠ MURIĆ — BEOGRAD

Pokušaji terapije plućne tuberkuloze holinskim preparatima

Otpornost koju je tuberkulozna infekcija pokazala na skoro svu hemijsku i specifičnu terapiju, do sada upotrebljenu, nagnala je istraživače da potraže nove puteve.

Uloga terena kod tuberkuloze je već odavno zapažena, ali joj se tek u poslednje vreme obraća dovoljna pažnja.

Zna se na pr. da su mačka i jež otporni na tuberkuloznu infekciju dok je zamorče vrlo osjetljivo. Takođe je poznato da kod gravidnih žena tuberkuloza često uzima torpidni tok. Znamo isto tako da pojedinci, i ako živeći stalno u tuberkuloznoj sredini, ne obolevaju od tuberkuloze. Izvestan imunitet na tuberkulozu se takođe pokazuje kod gojaznih, pletoričnih i litijatičnih osoba. Prirodno je da je uzrok tome najpre potražen u hemijskom sastavu krvi. Analize mnogobrojnih autora su dokazale da su u krvi otpornih slučajeva na tuberkulozu nalazi visoki procenat holesterolina: tako krv mačke i ježa zadrži 1'50%₀₀ holesterolina dok krv zamorčića 0'35%₀₀. Poznata je takođe hiperholerinemija kod gravidnih žena, kod pletoričnih i kod litijaza.

Holesterol ima takođe izraženo antitoksično dejstvo u pogledu mnogih toksina. Semoine i Gérard su dokazali da tuberkulin, kome je dodat holesterol, ne daje više nikakve reakcije.

Orlowsky, Vitte, Rosset i dr. nalaze da se ne može postaviti neko odredjeno pravilo o luktaciji holesterina kod tuberkuloze. Medjutim *Chaufard, Lemoine, Grigout, Gravila, Ker, Sweony, Patelj i dr.* nalaze da ipak postoji izvestan odnos izmedju aktivnosti tuberkulognog obolenja i holesterinemije, tako da bi hiperholesterinemija pretstavljala neku vrstu otpornosti terena na bacilarnu infekciju.

Carles i Leuret smatraju medjutim da je ta otpornost organizma uslovljena odnosom glikemije i holesterinemije, što bi objasnilo da kod dijabetičara imamo po nekad hiperholesterinemiju koja prati tešku tuberkulozu.

Ako se primi da je tačno tvrdjenje da hiperholesterinemija znači otpornost na tuberkuloznu infekciju onda dolazi pitanje: može li se na veštački način podići nivo holesterinemije?

Klasična je već peroralna upotreba ribljeg zejtina, koji donosi organizmu dosta holesterina, kao i lecitinskih preparata, čiji su glavni sastojci holesterin i neurin. Holesterin uziman *per os* ili u injekcijama izgleda da nije uspevao podići nivo holesterina u krvi.

Već ranije su *Werner, Ascher, Kessler, Pal i drugi* primenili sa uspehom borat holina kod anemija i kahekacija razne vrste. Zbog toga se *Cares i Leurat* obraćaju takodje holinu ali u obliku hidrochlora, koji je manje toksičan, i sa kojim su uspeli podići nivo holesterinemije, ne dižući glikemiju.

Njegovom parenteralnom primenom kod 250 slučajeva plućne tuberkuloze dobili su ovi autori u 50% slučajeva poboljšanja, od kojih kod 25% kliničko izlečenje.

Kako se drugi autori (*Rist, Labbè Piéry etc.*) ne slažu sa ovim rezultatima, smatrali smo za korisno proverili iste.

* * *

Prvo što smo hteli znati to je koliki je nivo holesterina kod tuberkuloze, a zatim da li injekcije holina mogu isti podići. Pošto nismo bili instalirani za doziranje holesterina u krvi to nam je sve dole izložene analize ljubazno izvršio g. Dr. Dušan Borić, docent II. Interne Klinike, na čemu smo mu neobično blagodarni.

Kod 13 slučajeva plućne tuberkuloze je doziran holesterin pre početka primene holina ili u samom njegovom početku. To su sve bili slučajevi fibrokazeozne ftize, stacionarne i alergične, sa dobrim opštim stanjem. Kod troje njih je konstatovan od prilike normalan nivo holesterinemije (oko 1'90%). Kod 10 ostalih je nivo holesterina bio jasno povišen (od 2'5 do 4%). Demonstrativan je naročito slučaj jedne fibrokazeozne ftize koja se spontano inaktivirala; bolesnica febrilna, dobila 6 kgr. i postala izraženo alergična; holesterin je kod nje bio 3'40% pre svake primene holina.

Dakle kod naših slučajeva je visoki nivo holisterinemije u glavnom odgovarao stacionarnim oblicima tuberkuloze na otpornom terenu.

Po pitanju da li injekcije holina mogu podići nivo holesterinemije doziran je holesterin kod 15 slučajeva od kojih 3 netuberkulozna i 12 tuberkuloznih.

Kod onih prvih se sa 0'10 holina (5 svakodnevnih injekcija po 0'02 gr.) nivo holesterinemije jasno povisio od 2'77 na 3'56 od 2'83 na 3'85 i od 2'04 na 2'28%. Kod 2 tuberkulozna bolesnika je takođe dobijen izvestan porast holesterina (od 2'29 na 2'34 i od 1'91 na 2'50) dok je stanje bolesti ostalo otprilike isto. Dakle u 5 slučajeva injekcije holina su uspele podići nivo holesterina u krvi.

Kod 2 druge slučaja plućne tuberkuloze nivo holesterinemije je ostao isti, pre i posle primene holina (1'70 do 1'90%).

Najzad kod 8 ostalih slučajeva tuberkuloze konstatovali smo manje izražen pad holesterinemije posle 25 injekcija holina. Istina je da i posle pada nivo holesterina nije silazio daleko ispod 2%, te je i posle kure holina, i pored pada, ostao iznad normale. Tako je holesterin pao od 2'86 na 2'01, od 3'15 na 2'01, od 3 na 1'93, od 4'02 na 2'46 itd. Klinički su neki od ovih slučajeva ostali nepromjenjeni a neki su se pogoršali i u nekoliko reaktivirali. Primena holina kod ovih 8 bolesnika nije uspela dakle niti poboljšati stanje same bolesti, niti podići nivo holesterinemije. Kako su ovi bolesnici živeli pod vrlo rdjavim higijenskim prilikama i posmatrani u proleće, kada su reaktivacije najčešće, to se pitamo da li primena holina nije i pre svega bila od koristi, održavajući nivo holesterinemije ipak dosta visoko (iznad 2%) i sprečavajući fatalne reaktivacije.

Iz naših slučajeva dakle bi se mogli izvesti sledeći zaključci:

1. Kod plućne tuberkuloze povišenje holesterina u krvi ukazuje u nekoliko na otpornost terena i prati obično inaktivne oblike; ali se ne bi moglo reći da postoji neki sigurni i jasni paralelizam izmedju holesterinemije i aktivnosti tuberkulognog obolenja.

2. Holin u injekcijama je u stanju da povisi nivo holesterinemije, premda to ne čini uvek. Jasan razlog tome ne vidimo.

Klinički deo

Hidrochlorat holina* smo primenili u terapijskom cilju kod ukupno 64 bolesnika i to delom II. Unutr. odelenju drž. bolnice (Klinika prof. dr. Radosavljevića), a delom u Uredu za osiguranje radnika i u privatnoj praksi. Isti je davan potpuno sam, bez druge terapije, kod 32 bolesnika, a u vezi sa kolapsoterapijom kod isto tolikog broja bolesnika. Injekcije su davane potkožno, svaki drugi dan po 0'02 gr. Napomenućemo odmah da nikakve reakcije, niti ma kakvog štetnog delovanja, nismo zapazili ni u jednom slučaju.

a) Holin kod kolapsoterapije

Kod 32 slučaja ftize tretiranih kolapsoterapijom, i 25 v. pneumotoraksa i 7 frenikoeksajreza, a kod kojih je takođe dat i holin, zapazili smo visoki nivo poboljšanja i oporavljenja, viši nego što se to obično kod kolapso-

* Postoji nekoliko specijaliziranih preparata hidrochlorata kao Hormochine, Choline, Cholibiol. Mi smo se služili za naša ispitivanja ovim poslednjim.

terapije nalazi. Tako je vrlo dobar uspeh postignut kod 21 slučaja, srednji kod 4 a neuspeh kod 7 slučajeva.

Uspeh se sastojao u sledežem: težina je rasla za 2—6 kgr. i apetit se pojačao kod 25 njih. Kašalj i ispljuvak su se smanjivali a B.K. je praćen kod 10 njih, izčezao u 5 slučajeva, smanjen kod 3, a ostao kod 2 bolesnika. Temperaturna je kod svih 25 bolesnika opala i postepeno sišla na normalu. Krvna slika, praćena kod 6 njih, je pokazalo porast limfocita i mononuklearnih na račun polinuklearnih elemenata. Krvna sedimentacija po Westergrren-u je praćena kroz 17 bolesnika: kod 12 njih je pokazala izražen pad i to od 81 na 21, od 70 na 20, od 79 na 21, od 53 na 29, od 63 na 13, od 50 na 20 itd.

Fizikalni i radiološki nalaz se medjutim nije znatno izmenio sa 2—3 meseca holinske i kolapsne terapije, što se dalo naročito zapaziti kod frenikoeksajreza, i što je razumljivo kad se uzme u obzir kratkoča vremena. Ali je zato povoljno delovanje na aktivnost procesa bilo jasno izraženo.

Logično je da će se svi ovi uspesi staviti na račun kolapsoterapije. Ali pojedini slučajevi pokazuju da je i holin doprineo tome poboljšanju.

Tako na pr. 1 slučaj frenikoeksajreze dobija sa 28 injekcijom holina 6 kgr. a drugi za isto vreme 5 kgr.; oba su postala vrlo brzo afebrilni. Kod drugih je takodje zapažen sličan rezultat. Zna se medjutim, da kod frenikoeksajreze oporavljenje ide obično znatno sporije.

Kod 2 slučaja parcijalnog v. pneumotoraksa, primenjivanih već godinu dana i nedovoljno efikasnik, injekcije holina su učinile te je temperatura opala na normaln, apetit se popravio i bolesnice dobole u težini jedna 6 a druga 5 kgr.

Najzad kod prvog slučaja v. pneumotoraksa pojavljuje se u 2 god. lečenja diseminacija kontralateralna. Primenjenje su injekcije holina i auroterapija Znaci aktivnosti i kontraletalne diseminacije iščezavaju. Tek posle godinu dana se isto obnavlja, te smo bili primorani primeniti bilateralni pneumotoraks.

Holin smo još u dva slučaja udružili uspešno sa auroterapijom, et mislimo da ovu kombinovanu terapiju treba češće primeniti.

Najzad smo imali 7 vrlo aktivnih ftiza, sa malim nefikasnim pneumotoraksom, Kod njih injekcije holina nisu dale nikakvo poboljšanje.

Dakle holin kod kolapsoterapije može doprineti bržem oporavljenju bolesnika, naročito kod nedovljno efikasnih pneumotoraksa i frenikoeksajreza, te se u tome cilju može primeniti.

b) Primena holina bez druge terapije

Holin je primenjen sam u 32 slučaja plnčne tuberkuloze i to : 15 sl. aktivne fibrokazeozne ftize, 9 sl. stacionarne i sekundarne fibrozne tuberkuloze, 1 sl. ulcerofibrozne tuberkuloze, 1 sl. abortivne tbk., 1 sl. postpleuritične tbk., 2 sl. diskretne milijarne tbk., i 3 sl. tbk. traheobronhijalnih žlezda.

Broj injekcija je bio 20—30. Prosečno 28.

Neuspeli kompletan smo imali kod 9 njih, i to kod aktivnih obostranih procesa; obolenja su nastavila svoju evoluciju dalje.

Delimičan uspeh je postignut kod 9 njih i to kod 4 aktivne ftize, kod 3 stacionarne tbk., kod 1 abortivne tbk. i kod 1 tbk. traheonbronhialnih žlezda. Uspeh se sastojao u oporavljenju apetita, umerenom padu sedimentacije (61 — 51, 55 — 44, 26 — 14 itd.), manjem kašlu i iskašljivanju, po nekad dobijanju u težini (1—2 kgr).

Dobar uspeh je zapažen kod 11 njih, od kojih 2 kod aktivne tbk. 5 kod stacionarne i fibrozne tbk. 2 kod diskretnе milijarne tbk. i 2 kod tuberkuloze tr. bronhjalnih žlezda. Uspeh se sastojao u poboljšanju svih kliničkih simptoma, boljem subjektivnom osećanju, manjem kašlu i iskašljivanju, dobijanju u apetitu. U 3 slučaja B.K. je iščezao iz sputuma. Fizikalni i radiološki nalaz se medjutim samo u tri slučaja nešto popravio.

Dobujena poboljšanja obično ne traje dugo, zbog čega treba kure holina obnavljati.

Vrlo izražena oporavljenja smo dobili u 3 slučaja i to :

1. R. Kon. *Phthisis ulcerofibrosa bill.*: primio 120 injekcije holina; u težini dobio 26 kgr., manje kašle, B. K. redji, R. S. pada od 68 na 44, postaje afebrilan. Fizičkalno i radiološki stanje isto.

2. Jelena St. *Phthisis fibrocaseosa confirmata*. Sa 20 injekcija holina dobija 4 kgr; postaje afebrilna, ima bolji apetit, manje kašle, B. K. negat. (ranije B. K. + +); R. S. pada od 68 na 26; Fizičkalno manje vlažnih šumova.

3. F. Šal.: *Tbc. pulmon. post pleuritica*. Pleuralni eksudat sa diskretnim pluć. promenama. Sa 20 injekcija holina dobija 9 kgr. postaje afebrilna, bez spuluma; R. S. pada od 86 na 25.

Dobijeni uspesi se zaista mogu kod ovih slučajeva pripisati samo holinu, pošto je velika većina ovih bolesnika (21 njih) živila pod vrlo rdjavim higijenskim uslovima, tako da nije moglo biti govora o sprovodenju higijeno-dijetetskog režima.

Klinički efekat holinske terapije

1. Apetit je kod 18 od 32 bolesnika značno poboljšan, praćen boljim subjektivnim osećanjem i manim znojenjem.

2. Težina je porasla u 16 slučajeva, i to za prosečno 1—4 kgr. u toku 1—2mca, a izuzetno 9 i 26 kgr. Zapaženo je takođe zaustavljanje mršavljenja kod bolesnika koji su gubili u težini stalno do primene holina.

3. Temperatura je u 12 slučajeva postepeno opala te su oni sa febrkulama postajali potpuno afebrilni. Kod 11 vrlo aktivnih procesa visoka temperatura je ostala ista.

4. kašalj i ispljuvaci su se jasno smanjili kod 14 bolesnika i to već u toku prvog meseca lečenja. B.K. je praćen pre i posle primene holina kod 16 slučajeva: kod 4 je isti iščezao iz sputuma.

5. Alergija je praćena kod 14 bolesnika, ali se nikakav jasan uticaj nije dao primetiti u vezi sa promenom holina.

6. Krvna sedimentacija je praćena kod 19 bolesnika. Kod 12 njih je zapažen izražen pad posle upotrebe holina, i to u relativnom kratkom roku.

Kod 3 bolesnika je krvna sedimentacija ostala ista, a kod 4 je porasla. Pad sedimentacije je odgovarao poboljšanju opšteg stanja, dok je porast bio prečen sve većom evelutivnošću procesa. Krvna sedimentacija ostaje kao najverniji izraz evolutivnosti tbk. obolenja i najbolje nam je kazivala u koliko je uspeh postignut.

Primena holina je dakle imala uticaja na evolutivnost procesa i uspevala je istu suzbijati. Ali na anatomske povrede je imala slabog uticaja: fizikalni nalaz je posle holina bio svega u 5 slučajeva u nekoliko povoljan. Radiološki je u tim istim slučajevima primećeno takodje izvesno poboljšanje, ali nikad iščezavanje kavarni.

* * *

Kao zaključak možemo reći da holin, nemajući nikako protenzije nekog specifičnog leka, može ipak imati izvesnog povoljnog dejstva na aktivnost tuberkulognog obolenja, premda je od minimalnog uticaja na sam anatomski oblik procesa. Može se koristno upotrebiti kao adjuvans uz kolapsoterapiju ili udružen sa auroterapijom. Kao samostalna terapija može doći u obzir samo kod lakših oblika plućne tuberkuloze, bez izražene destruktivne tendencije.

Resume

Dr. Mouritch — Beograd: Essais de traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels de choline

En étudiant l'effet de la choline sur 64 cas de tuberculose l'auteur arrive à des conclusions suivantes :

1. Par les dosages de la cholestérolène dans le sang l'auteur n'a pas trouvé un parallélisme absolu entre cholestérolémie et l'activité de la maladie, quoiqu'il a constaté assez souvent l'hypercholestérolémie dans la tuberculose inactive, fibreuse, sur le terrain résistant.

2. Les injections de la choline ont le plus souvent réussi à éléver le niveau de la cholestérolémie.

3. Chez les tuberculeux traités par la collapsothérapie et la choline (32 cas) l'amélioration rapide a été constatée chez la grande majorité (21 cas). Quoique les succès peuvent être mis sur le compte de la collapsothérapie certains cas montrent en évidence l'influence favorable de la choline.

4. La choline chez les tuberculeux sans autre thérapie (32 cas) a produit dans 18 cas l'amélioration de l'appétit, dans 16 cas augmentation du poids, dans 12 cas baisse de la fièvre, dans 11 cas diminution des crachats et dans 19 cas baisse notable de la sémentation globulaire.

5. Quoique la choline n'a pas la prétention d'un remède spécifique elle peut être utile comme médication adjuvante, surtout dans la collapsothérapie. Comme médication autonome on peut l'essayer dans les tuberculoses inactives, avec tendance fibreuse.

Medikamentozno suzbijanje hemoptoe

Polazim od pretpostavke, da se u okviru današnje naše teme, t. j. u razmatranju savremenog liječenja tuberkuloze, ne smiju pojedina pitanja obradjivati samo i isključivo sa specijalističkog gledišta i da rješavanju tog velikog pitanja treba dati i neki praktički karakter, ukoliko je to dakako moguće. U terapiji se to, nesumljivo može. Specijalno smatram, da je nužno upoznati šire ljekarske krugove sa glavnim smjernicama tog dijela akcije protiv tuberkuloze, poglavito da treba praktične ljekare *upoznati s mjerama prve pomoći kod tuberkuloze* — da se tako izrazim.

Hemoptoa, kao srazmjerno vrlo česta komplikacija, koja prati tuberkulozno oboljenje pluća, jedan je od onih simptoma manifestnih procesa, koji zadaju bolesniku najviše brige, koji ga najjače impresiraju i koji u isto doba najčešće dovode ljekara u situaciju da intervenira. Ona je prema tome najglavniji objekat za pružanje prve pomoći.

Držim stoga, da smo dužni da na današnjem skupu povedemo riječ o mogućnosti uspješnog suzbijanja hemoptiza i da ukažemo na medikamentozna sredstva koja su kadra, da nas u tom nastojanju pomognu.

Vodeći se vlastitim iskustvom, dajem, razumije se, ovim svojim izvodima isključivo karakter ličnih zapažanja, no se nadam, da će u diskusiji i ovo pitanje dobiti neke opće i konkretnije forme kao i neku praktičnu formulaciju, kako bi moglo korisno da posluži svima nama — specijalistima kao i praktičnim ljekarima,

Radi boljeg pregleda, dijelim hemoptoje na dvije grupe : prvo na tzv. parenhimalozna krvarenja, pretežno fibroznih procesa, plućne tuberkuloze i drugo na kavernozne hemoptoje kod fibrokazeoznih, odnosno eksudativnih tuberkuloznih procesa uopće.

Već prema patološko-anatomskom supstratu pojedinih krvolijtanja, pretpostavljamo jednom slabije — drugiput opet izdašnije hemoptoje — do onih katastrofalnih krvarenja, gdje više nemamo vremena ni špricu, da sastavimo.

Ova podjela vodi računa samo o jakosti hemoptoje, ostavljajući po strani detalje patološko — anatomskih promjena u pojedinim slučajevima. Služi dakle jedino za praktičnu orientaciju na bolesničkoj postelji.

Hemoptoe prve grupe — t. j. *hemoptoe kod fibroznih procesa* — nije, po našem iskustvu, teško suzbijati. One zapravo mogu da se smire i bez naše intervencije, pa to i čine. Pa ipak treba i u tim slučajevima nastojati što prije stati im u kraj, ako ni radi čega drugog, a ono već iz psiholoških razloga — za umirenje pacijenta.

Skoro je svejedno koja ćemo sredstva primijeniti, jer ćemo, manje više, od svakog vidjeti dobre rezultate, bilo da ga apliciramo per os ili parenteralno.

Mi smo se u tim slučajevima s uspehom služili svim mogućim sredstvima kao što su Coagulen, Clauden, te razni kalcijevi preparati, od kojih se

naročito ističu Selvadin i calcium — Sandoz u parenteralnoj aplikaciji — subkutano odnosno intravenozno.

Peroralno smo rijetko primjenjivali patentovane preparate, ali zato vrlo rado i — čini se — s dobrim efektom ovu kombinaciju : Natr. chlorati 15·0—20·0, Natr. bromati 5·0—10·0, Calc. chlorati 4·0—6·0, Sir. kal. sulfogujacol. ad 200·0 i to tako, da bolesnik uzme dnevno 4—6 kašika s nešto vode. Imam impresiju da bromova komponenta djeluje vrlo povoljno, možda više i bolje nego ostali sastavni dijelovi kojima se pripisuje i neko hemosliptičko djelovanje.

Naročito mjesto u ovoj grupi krvarenja zauzimaju tzv. premenstrualne hemoptize kod žena. To su, kako vam je svima poznato, krvarenja u premenstrumu — par dana, često do 10 dana pred početak mensesa, koja se mogu da produže i za vrijeme menstruiranja, da ih sa prestankom menstruacije spontano nestane.

Te hemoptize koje, uglavnom prate i lakša povišenja temperature, tek nešto nad normalu, i koje donekle ukazuju na manifestne pulmonalne procese, ne reaguju ni na jedno od spomenutih sretstava, pa čak ni tamo gdje se klinički jedva dadu utvrditi neke promjene na plućima.

Još jednu karakteristiku imaju ove hemoptoze: one su pretežno manifestacija juvenilnih formi plućne tuberkulozne, t. j. fibroznih procesa, a vezane su poglavito na izvjestan konstitucionalni tip žena — na žene manje više, izrazite svjetle kompleksije.

Od nazad nekoliko godina zaveo sam za te slučajeve specijalnu terapiju koja se vremenom pokazala ne samo kao uspješna mjera za suzbijanje premenstrualnih hemoptiza, nego i kao efikasna terapijska mjera uopće. Pokazalo se naime, da je ona, pri zgodnom izboru slučajeva, znala vrlo povoljno da utiče i na sam proces, mnogo bolje nego tuberkulin, koji smatramo nekim suverenim sretstvom u terapiji juvenilnih formi tuberkuloze pluća.

Mislim ovdje na zračenje ovarija rentgenovim zrakama. Svrha bi ove terapijske mjere trebala, da bude privremeno presijecanje menstruiranja. Čini se, međutim, da nije potrebno ići tako daleko i da se može da izadje na kraj i s mnogo manjim dozama zračenja. Vidio sam i pribilježio povoljne rezultate čak i tamo, gdje nam nije uspjelo postići presijecanje menstruiranja. Prerano je, istina, da dadem definitivnu riječ o tom pilanju, ali se uzdam, da će nam dalja opažanja u tom pravcu vremenom pomoći, da dobijemo pravi uvid u cijelo zbivanje i da ćemo o svemu moći da stvorimo pravilan sud i sud od opće vrijednosti. Danas je sigurno tek toliko, da nam je vazda do sada uspjelo rentgenskim zračenjem suzbiti pojavu premenstrualnih hemoptiza kao i ponovnog krvarenja za duže vrijeme.

Drugu veliku i mnogo važniju grupu čine hemoptoe kod fibrokazeoznih procesa. To su mahom izdašnja, često profuzna, kavernozna krvarenja.

Kad govorim o ovim krvoliptanjima, uvijek mi je pred očima ovaj moj doživljaj :

Jednoga dana potražila je savjet u mojoj ordinaciji neka seljanka iz okolice Rogatice. Prevalila je od kuće do mene 3 sata na konju plus koja 3 sata vozom do Sarajeva, a onda još neka 2 km pješke od stanice do mog stana, sa pola dana čekanja u hanu. Dan ranije — kaže ona — „zalila je krv“ i skoro je udušila. Količinu izbačene krvi cijeni ona na 2 litre. Sputum je još u ordinaciji bio potpuno krvav. Impresioniran njezinom pri-povjetkom, nisam se usudio, da je podvrgnem detaljnem pregledu, nego joj savjetovah bolničku njegu. Pošto se nije na to dala nagovoriti, izvršio sam letimičnu rentgensku eksploraciju: lijevi gornji režanj bio je i cijelosti infiltriran, a periferno, u subklavikularnom predjelu, nazirala se kaverna u veličini guščijeg jajeta. Ni ponovni moj savjet, da podje u bolnicu, nije htela da prihvati; uporne je zahtijevala, da joj prepišem lijek i konačno sam morao, da popustim. Zadovoljna je napustila moju ordinaciju, da mi se nakon par nedelja ponovno navrati „zdrava“, kako ona tvrdi, jer se krvarenje nije više ponovilo, ali je zaboljelo u grlu. Bila je to tuberkuloza laringsa. Taj put je ipak ostala u bolnici i nije više iz nje izašla.

Ovaj me je slučaj mnogo poučio. Na osnovu toga, kao i daljih mojih opažanja, došao sam do uvjerenja, da jača, pa vjerovatno i kaverozna, krvarenja stanu, zapravo onda, kada ona hoće. Drugim riječima — *nemamo danas ni jednog medikamentoznog sretstva kojim bismo sigurno mogli jednoj kaveroznoj hemoptizi, da stanemo u kraj.*

Tim, dakako, ne želim da kažem, da u slučaju jače hemoptize ne treba ništa činiti. Naprotiv, dužnost nam je, da preduzmemo sve što će eventualno moći krvarenje da suzbije, a specijalno da se založimo za to, da se pacijentu vrati izgubljeni mir.

Kada biste me, nakon svega ovoga, pitali koja sretstva ja u tim prilikama najviše cijenim i preporučujem, vjerujte, da bih se našao u velikoj neprilici, jer ne bih znao ni smio na to pitanje odredjeno da vam odgovorim.

Upravo pred par dana izradjena je pregledna statistika hemoptoja na mom odjeljenju za posljednjih 10 godina. Na materijalu od okruglo 4000 bolesnika bilo je svega 334 hemoptize: od toga kod fibrokazeoznih procesa, t. j. jačih hemoptiza 122 ili 36% cjelokupnog broja; profuznih je krvarenja bilo 20 i svi su bolesnici za vrijeme krvoliptenja umrli. To znači, da se nesrazmjerno veći dio, ukupno 102 jače hemoptoje, u kraćem ili dužem vremenu, smirio.

Ovo par statističkih cifara govorilo bi, nesumnjivo, za neki terapijski efekat, kad ne bi bilo naprijed spomenute sumnje u sva naša sretstva. Primoramo još, da odbijemo par slučajeva dobrog terapijskog efekta primjeni hirurških mjera: pneumotoraksu i eksajrezi frenikusa. No uza sve to gros rezultata proizlazi iz tobožnje medikamentozne terapije.

Pri suzbijanju ovih krvoliptanja primjenjivana su sva moguća sretstvo: 10% cals. chlorat, kao i razni patentovani kalcijevi preparati, počevši od Calcivena i Selvadina do Calcium-Sandoza, pa Coagulen, Clauden, Stryphnon, kongorot, ol. camphoratum — parenteralno kao i peroralno, već prema mo-

gućnosti i odredbama, često u kombinaciji od više preparata u isto doba. Nisu izostavljana ni ostala preporučivana medikamentozna sretstva u zajednici sa fizikalnim metodama ili bez njih. Usprkos svega toga efekat je bio uvek nestalan.

Ne bih htio da budem nepravedan ni prema jednom preparatu, ali ne bih želio ni prirodi, da učinim krivo. Impresija, kao čisto subjektivna mjera prosudjivanja, znade često, da varu, no uza sve to mi se čini, da su ipak poneki od spomenutih preparata vrijedni naša pažnje, pa čak i povjerenja i preporuke. Naši komparativni klinički eksperimenti s pojedinim kalcijevim preparatima obzirom na sposobnost, da mijenjaju i podižu nivo kalcija u krvu, a tim putem pojačaju i viskozitet, odnosno življu produkciju trombocila, naveli su nas, da pri izboru preparata činimo izvjesnu razliku, a naročito kada je u pitanju suzbijanje hemoptoe.

U tom nastojanju služimo se danas, u svakom slučaju hemoptize, Coagulenom Ciba, u dozama od 20—40 ccm i pojačajemo ga dnevno sa 10 ccm Selvadina ili calcium-Sandoza u intrevenoznoj aplikaciji i možemo da kažemo, da sa ta tri sretstva izlazimo, uglavnom, vazda na kraj, dakako tamo, gdje se može da očekuje neki efekat. Nismo još tako daleko da bismo nekom od njih mogli da priznamo prednost, ali vjerujemo u kombinaciju Coagulena sa jednim od njih nekako podjednako.

Važan je uslov efekta primijenjenih medikamentoznih mjera i *suzbijanje kašla*, koji redovno prati hemoptoje i koji često jako ometa naša terapijska nastojanja u borbi sa krvarenjem. Koliko god, iz razumljivih razloga, nije zgodno, da se kašalj potpuno guši velikim dozama sedativnih sretstava, ne možemo ih se ni potpuno odreći. Izbor nije uvek jednostavan. Mi počinjemo obično s bromom i sličnim preparatima i radje se njim služimo, nego kodeinom — dikodidom opet prije, nego morfijem, dioninom ili heroinom. Ovo posljednje primjenjujemo, ako već mora da bude, samo u kranjoj nuždi i samo u osrednjim dozama.

Uz ostale mjere opreznosti, kao mirovanju, zgodan položaj i izdašno vjetrenje bolesničke sobe — izaći ćemo, u najviše slučajeva, sa spomenutim sretstvima na kraj — krvarenje će stati, a tim će se vratiti i bolesniku mir, a zatim i idu naša nastojanja pri suzbijanju hemopliza.

Zusammenfassung.

Dr. Vjekoslav Kušan — Sarajevo : Die medikamentöse Bekämpfung der Lungenblutungen.

Referent teilt die Lungenblutungen in 2 Gruppen: 1. die parenchymatöse Blutung vorwiegend bei fibrösen Prozessen, wobei es sich meist um leichtere Blutungen handelt und 2. die Kavernenblutung der fibrocas. und exudativen Prozesse meist schwerer Natur, häufig profus.

Die Blutungen der ersten Reihe stehen meist von selbst und verlangen gar keine besondere Therapie. Immerhin gibt Ref. gerne die verschiedenen Ca. und anderen Präparate, vor allem aber eine Mischung von Ca, Na und Br, wobei er vor allem der letzteren Komponente die Hauptwirkung zuschreibt.

Eine besondere Stellung nehmen in dieser Reihe die häufigen prämensuellen Blutungen des meist blonden Frauentypus ein. Hier haben sich dem Refer. fast schlagartig Röntgenbestrahlungen der Ovarien bewährt, wobei es gar nicht zum Sistieren der Regel kommen muss.

Von den Blutungen der exudativ-kavernösen Prozesse glaubt Ref. dass sie nur dann zum Stillstand kommen, wenn es ihnen beliebt. Leider haben wir trotz der grossen Zahl von Medikamenten kein einziges, auf das wir uns in diesen Fällen verlassen könnten. Trotzdem empfiehlt Ref. eine Behandlung, wie sie auf seiner Abteilung üblich ist, nämlich prinzipiell Coagulen „Ciba“ und ein Calciumpräparat zu geben.

Dr. Fr. DEBEVEC — LJUBLJANA

Terapija pljučne tuberkuloze s posebnim ozirom na specifično zdravljenje

Terapija tuberkuloze ni samo vsota znanstvenih metod nje zdravljenja v ožjem smislu, sistematično uporabljanje najrazličnejših zdravilnih pripomočkov, temveč mnogo, mnogo več. Terapija tbc., prava in vsestranska za vse sloje, ves narod, vštevši profilakso, obsega tako ogromne naloge in dolžnosti, toliko znanstvenega truda, gospodarskih naporov in finančnih žrtev, da je vse to v kratkem predavanju jedva mogoče bežno skicirati.

Zdravljenje jetike te ali one vrste ni le izključna domena zdravnika; ono prizadene *vsakega človeka, vso družbo, ves narod*. Zakaj? Prvič se po jetiki vsakdo večkrat okuži; čim je okužen, lahko kadarkoli resno zbole, če mu namreč organizem notranje oslabi, ali je le-ta že po svojem ustroju, konstituciji, tej bolezni podvržen. Skušnja uči, da je sprejemljivost za jetiko čisto individualna, svojstvena, neodvisna od števila kilogramov telesne teže.

Nadalje ima vsak poedinec *socialne dolžnosti* za očuvanje sebe in drugih pred jetičnim obolenjem. To velja prav enako za bolnega, kužnega kakor za zdravega. Za zdravega morda še prav posebno, zakaj profilaksa pred jetiko je vedno boljša kot zdravljenje v obolelosti.

Nadalje tirja *eugenika*, da bodi zdrav zarod iz zdravih ljudi. Morda največje socialne dolžnosti v pogledu varovanja pred jetiko zadenejo *službodajalce*. Tisočeri dokazi dan na dan živo kričijo in pričajo o tem, da so uslužbenci navadno zdravi vstopili na posel, a v službi zboleli, ker so jim posušile življensko moč škodljive službene okolnosti.

Gospodje! Ne mislim s temi očitki večati socialni razdor sodobne družbe, temveč le povdariti, da je za *službodajalca sveta dolžnost najskrbnejše se brigati za zdravstvene okolnosti svojih podrejenih*; da pa bo gospodar ali družba kot službodajalec vedel in znal, kaj je treba urediti in storiti, da ne bo ogroženo zdravje uslužbencev, za to je treba študija, skrbnega študija in pouka iz najboljšega vira, po ta čas najboljših vzorcih. A poleg študija je treba tudi vseh onih finančnih žrtev, ki so za čuvanje

zdravja nameščencev potrebni. Razmah obrača sme ili samo vzporedno z zadostno mezdo in z urejenimi zdravstvenimi napravami.

Prva točka v profilaksi in terapiji tbc. nujno zahteva višje plače in popolnejšo higijensko ureditev službenih prostorov in drugih okolnosti.

Vzoren, pošten službodajalec imej na prvem mestu svoje režije zabeležene zadostne dajatve za plačo in čim popolnejše službene pogoje svojih uslužbencev. Dokler ni to poglavje rešeno, bo terapija tbc. (inkl. profilakso) ohromena kljub vsemu strokovnemu znanju, kljub vsem zdravilom in zdravilnim metodam.

Prva najvažnejša naloga terapije tbc. je torej *ozdravljenje javnosti*, etična vzgoja k gospodarski morali. Šele potem, ko bo notranji čut in odgovornost za blagor podrejenih visoko vzrasel, bodo higijenski predpisi in nasveti dobili meso in kri.

Vse te naloge in dolžnosti padejo tem težje na one činitelje, ki imajo že po svojem *službenem položaju* voditi brigo za zdravje državljanov, kar kor tudi na one instance, ki imajo posebno *gospodarsko moč in oblast*. Mislim tu na vse prizadete oblasti v državi in deželi, vse zdravstvene in druge socialne ustanove.

Poznano nam je, da smo nekako do 15. leta starosti v naših krajih vsi okuženi po kaleh jetike, najbolj zle so okužitve v prvem in prvih letih, nakar do pubertete krivulja bolezni in smrti pada. V dobi pubertete se ponovno nekaj dvigne, v času od 16 do 30 leta gre ena tretjina smrtnih primerov na rovaš jetike. To so po veliki večini bolniki, ki so se v mladosti okužili. Neizogibno sledi iz tega dejstva, da se posebno pobrigajmo za *temlade okužence*, ki dajejo tako kmalu tako visok odstotek smrti. Vprašanje je le: Kaj se da pozitivnega storili za to ogroženo, okuženo ali že obolelo mladino? Najprej je potrebna točna diagnoza, najmanj klinična plus rentgenološka, po potrebi tudi specifična. Ako imamo pred sabo le oslabelega, anemičnega otroka, ki v rasti in teži slabo uspeva, pa nima temperature (merjeno v ustih), nikakih znakov aktivno bolnih mezgovnih žlez ali hujšega obolenja, niti reakcije po tuberkulinu, potem velja takšnega otroka *odtegniti iz nevarnega okolja in ga splošno okrepliti*. Tu zdravijo svetloba, sonce, krepka hrana, jačajoča vitaminozna zdravila. Vse to najbolje v planinskem ali morskom ozračju z določenim dnevnim redom za ležanje, gibanje, kopanje, solčenje, zasebno ali skupno v kolonijah.

Čim pa so tu *znaki aktivno bolnih žlez* v košu ali drugod, s povisano temperaturo, bolečinami v košu, hiranjem, eventualnim kešljem itd., potem spada tako bolna mladina v zavod, zdravilišče za deco. Tu naj bi ostala toliko časa, da popolnoma okreva in zgubi vse simptome aktivnosti.

Žal le majhen odstotek indiciranih primerov ima možnost in priložnost za bodisi splošno okrepitev ogroženega zdravja, bodisi sistematsko izlečenje aktivno bolnih ognjišč. Ne le to. Tudi zdravilišč za otroke silno primanjkuje in morajo mnogi nujni primeri predolgo čakati na sprejem. V takšnih težkih okolnostih smo prisiljeni storiti pač ono, kar je sploh mogoče: oskr-

beti siromašnim ogroženim ali že obolelim boljšo hrano, primernejše stanovanje; pošiljati jih k dobrim ljudem na deželo; če so v lastnem domu zdravstvene prilike vsaj deloma povoljne, svetujemo doma pripravili prosto zračno ležišče za predpisano ležanje, priporočamo prav krepko mešano hrano, predpisujemo jačajoča in simptomatska zdravila; če ni temperature, uvedemo ako mogoče solnčenje ali umečno obsevanje itd. Pri tem pa nikdar pozabiti na osnovno pravilo: *Z mladino proč od kužno bolnih ljudi, domačih in drugih!*

Zdravljenje tbc. bodi čim bolj profilaktično; zajeti mora torej že mladino. Isto velja tudi za odrasle. Z vso vehemenco treba vedno znova povdarjati načelo: *ne čakati, da se bolezen hujše razpase*, da se celo pojavi rana ali njih več. Takšne kužne poškodbe se le težko reparirajo, zdravljenje traja dolge mesece in je obenem združeno s silnimi denarnimi žrtvami, ki jih le redki bolni poedinci zmorcejo. V žal mnogih slučajih pa popolno okrevanje sploh ni mogoče; a kadar tu smemo govoriti o ozdravljenju, je le-to navadno zvezano s strožjim življenjem, omejenim življenskim razgibavanjem, skratka: delno dejansko invalidnostjo pod pretečim Damoklejevim mečem.

Gospodje, tu vidim samo en izhod: *pravočasna in res točna diagnoza*, ki vsebuje prve skrite še fleče aktivne sledove, morda le v mezgovju, zlasti mezgovnih žlezah sredi koša. Za to diagnozo je potrebna strokovna preiskava, klinična in rentgenološka, a če dasta prvi dve negotov izvid, potem odločijo potrebo zdravljenja diagnostične injekcije tuberkulina. Zdravimo potem deloma ambulatno, ako imamo pred sabo dokaj čvrst organizem, če pa ambulančno zdravljenje ne dovede do smotra ali če so aktivni znaki že prav očitni klinično in rentgenološko, potem v zavodu. Praksa uči, da je v takih primerih okrevanje in odstranjenje kužne opasnosti *v času do treh mesecev skoraj pravilo*. Do kavernoznih razpadov potem zlepa ne bo prišlo, dolgotrajno, draga zdravljenje v neprijetnem brezdelju, mnogokrat spojeno z neljubimi operacijami, bo omejeno na pičlo število, neozdravnost, spremljana z mučnim hiranjem, bo postala redek gost. Pri res pravočasnem in splošnem zajetju ter sistematskim zdravljenjem začetnih obolenj je terapevski efekt najbolj izdaten, trpljenja malo, izguba časa in denarnih žrtev omejena kar najbolj. Le sušice, eksudativne tuberkuloze pljuč bi stvorile glavni kader težjih obolenj, pri katerih bi operativno in dolgotrajneje zdravljenje prihajalo resneje v poštev (kostne tuberkuloze tu ne vstejam).

Če bi terapijo tbc. mogli usmeriti po teh vidikih, bi bili seveda nujno potrebni vsem dostopni, ceneni bolniški zavodi, ki bi morali biti — čeprav ne tako obsežni — vendor precej številni, v vsakem večjem mestu, še bolje v njih okolici. Po svoji notrajni opremi in ureditvi bi bili nekako v sredi med zdraviliščem in bolnico, torej domovi za tuberkulozne, ki naj nemudoma sprejemajo in strokovno zdravijo zaprte in odprte obolele, v kolikor jih ne odpošljejo v luksuzne sanatorije.

Ob tej priliki ne morem ili molče mimo vprašanja: *Kam z neozdravnimijetičnimi hiralcii?* Dan na dan jih imamo priliko opazovati, da prihajajo

na pr. v bolnice, največkrat v prepričanju, da niso resno bolni. V zavodu se malo popravijo, a kam nato z njimi? Domov, če dom sploh imajo? Jasno je, da trajno ne morejo ostati v bolnici. Doma bi morali imeti sobo zase, redno oskrbo. Vsega tega žal tolkokrat nedostaja! Tu vidim samo eno zasilno režitev: *azili*, zavetišča za pljučno bolne, namenjeni za vse kužne neozdravne osebe, ki nimajo lastnega doma ali pa doma pogrešajo lastne, zračne sobe in vešče nege. Azilov sploh nimamo, niti enega. Le v poedinacu skupna zavetišča se nam posreči vtakniti kakšnega neozdravnega bolnika. Azili so nam krvavo potrebni. Oni bi absorbirali najbolj opasne trosilce kužnih klic. Njih ustanovitev in oprema ne bi zahtevali toliko finančnih bremen. Primerna, higijensko zidana stavba z vrlom zadošča. Lahko se kot objekt zase priključi drugim splošnim zavetiščem.

Gospodje! Predpogoj za vsako sistemsko zdravljenje so zadostni cenení bolniški zavodi. Dokler teh ni v potrebnem številu, dotlej redna, splošna terapija ni mogoča, kužni trosilci bolezenskih klic bodo ostali med zdravimi, infekcije in nova obolenja bodo rastla, pred sabo bomo imeli sliko podobno Sizifovemu početju.

1) Urejeno socijalno žitje, 2) možnost takojšnje izolacije. 3) priložnost spoznanja v bolezni in zdravljenje v prav prvih še skritih začetkih, to so trije najvažnejši stebri redne terapije in uspešne borbe proti jetiki.

Šele sedaj, gospodje, sem upravičen govoriti o ožji snovi svojega predavanja, terapiji kot taki. Kakor znano se ta porazdeli v *klimatsko-dietsko* (vštevši fizikalno), *medicinsko* in *kirurško*. Nikdar ne izberemo samo ene metode zdravljenja, temveč izkušamo jih več smotrnno kombinirati, kakor je pač najbolje indicirano in kakor pač razmere dopuščajo. Pri tem imejmo vselej pred očmi pravilo, da *telo, organizem zdravi, mi le pomagamo pri tem zdravljenju*. Pri nekih bolezenskih primerih je tendenca naglega braz-gotinastega zaraščanja obolelih mest zelo izrazita, pri drugih s približno isto patološko anatomske sliko minimalna. Za nekega bolnika bo ležanje, združeno s krepko hrano, morda nekaj zdravil (kalcijem, roborancijama, vitaminozi,) za okrevanje zadostovalo, pri drugem s podobnim obolenjem je potrebna izbrana klima, sanatorij, operacije itd. Zato smemo reči: *terapija tbc. je splošno individualna, odvisna od stopnje bolezni, ohranjene notranje telesne moći, načina življenja, finančnih sredstev.*

Poleg primerne prehrane, ležanja na zraku, kar je vsakemu bolniku v prid, pridružimo — po indikaciji — še specifično kuro, fizikalno obsevanje, operativne posege. Omenil sem že, da glejmo, da do potrebe operiranja če le mogoče ne pride. Zakaj operacija je indicirana *pri kužnem razkroju* pljučne tkanine, a nje razpad pri vedno nemirnem, dihajočem organu je prav nevaren zapletek. Naj se pacijent tudi pozdravi, preostalo mu bo v najboljšem slučaju brazgotina ali njih več, vitalna moč pljuč in telesa sploh bo manjša, odpornost za bolezni šibkejša. V večini primerov se bodo meje življenske aktivnosti morale zožili, zato bo postojala delna invalidnost.

Organizirajmo torej boj proti tbc. tako, da do potrebe operiranja pride-čim redkeje!

Pregled operativnih metod bodo, oziroma so že podali drugi predavatelji. Moja naloga je v prvi vrsti opisati in razložiti zlasti *specifično zdravljenje*.

Tuberkulini so izločki, ekstrakti iz umetno vzgojenih kultur tuberkuloznih bacilov. Ti kemični izločki so *toksini*, sorodni onim, ki jih kužna ognjišča pljučne in druge tkanine spuščajo v organizem. Ti toksični se vmesajo raznim konservirajočim tekočinam ali mazilom. V tem sestavu se navadno razredčene ubrizgavajo v ali pod kožo, vcepljajo, masirajo v kožo.

Med raznimi tuberkulini ni bistvene razlike ne po kemijskem sestavu, ne glede praktične uporabe. Saj pri njih vseh gre za toksične snovi in spojke, ki jih po tej ali oni metodi dobim na umeten način (z filtriranjem, centrifugiranjem, sedimentiranjem, omrivenih kultur) iz bacilov. Za praktično uporabo je potrebno, da tuberkuline lahko poljubno razredčujem in te raztopine stopnjema aplikujem bolnemu telesu.

Po katerem načelu si razložimo zdravilni vpliv tuberkulinov? Po Ehrlichovi teoriji obrobnih členov. Tuberkulín, parenteralno dan v telo, dejstvuje kot antigen. Na dražljaje tega zopernika odgovore celice — posebno okrog obolelih mest — s tvorbo kemičnih protiteles, ventavcev, ki v preobilici prihajajo tudi iz celic ven v kri in limfo. Čim se združijo z antigeni, slednje na ta način vežejo, neutralizirajo. Pri tem spoju verjetno nastaja tudi toksična snov, ki sproži reakcijo, zvišuje temperaturo itd. Preobilni ventavci krožijo dalje časa v humornalem obtoku ter na ta način do neke meje čuvajo, imunizirajo telo. Ali se ventavci nazivajo aglutinini, precipitini, opsonini, bakterijolizini, fagociti itd. je za nas postranskega pomena. Res pa je, da imuniziranje s tuberkulini ne rodi tako naglega in trajnega uspeha, kakor n. pr. cepljenje proti osepnicam (varioli); vendar izkušen zdravnik, ki zna dobro razlikovati razne tipe tuberkuloze, po pravilno dozirani, redno dalje časa stopnjevani uporabi tega leka doseže lahko odlične uspehe, pri tem naravno ne sme zanemariti ostalih metod, zlasti prostozračnega ležanja in dobre prehrane ter nekaj pomožnih zdravil, v prvi vrsti kalcija in vitaminov. Tudi operativno zdravljenje ostane pri tem neokrnjeno.

Za pravilno rabo tuberkulina velja pravilo :

1. *Ni vsaka oblika tbc. primerna za tuberkulin.*
2. *Le prava doza tuberkulina je individualno koristna.*

Ad. 1. Navadna, najbolj pogostna razvojna pot tbc. je počasna, bolj prikrito tleča, navadno šele po dolgih letih trajanja tako manifestna, da pride do razkroja pljučne tkanine, do kavern. Patološko anatomsko gre tu za tleče mezgovne žleze in mezgovnice koša, ki so bile večinoma skozi pljuča (po primarnem afektu) okužene, so otekle ena za drugo ali pa le nekatere izmed njih, povzročile razne bolezanske simptome.

Pri daljšem trajanju in primerni patološki aktivnosti teh sprememb, neizogibno včasih kužne kali zaidejo iz obolelega mezgovja skozi ductus

thoracicu v veno cavo, desno srce, arž pulmonalis. V tankih kapilarah pljuč obtiče, tu prej ali slej vzkale interasticijalno drobni tuberkuli, ki se navadno kmalu brazgotinasto zarastejo. Tekom let pa je teh hematogenih propagacij s sličnim koncem, brazgotinastem zaraščenju tuberkulov, vedno več, zlasti v gornjih delih pljuč. Navadno se šele v višjih letih, ko telo ni več tako čvrsto, pojavljajo rane v tako spremenjeni pljučni tkanini. *Tuberkulozna obolenja te tako pogostne, navadne vrste, so za tuberkulinsko terapijo najbolj primerna, uspeh je pri njih najbolj očiten.* Tudi manjše rane se lahko po tuberkulinu popolnoma zarastejo. Vendar so ti bolezenski primeri za tuberkulin občutljivi, alergični, reagirajo na zadostno dozo s poviškom topline, lokalno oteklino ter neugodni subjektivnem občutju. Sej je uprav ta reakcija organizma dokaz, da ima telo moč tuberkulinske zopernike, antigene, s tvorbo zadostnih protiteles, ventavcev, vezati, pri čemer nastane reakcija. Mi samo želimo, da so reakcije z ozirom na bolnika in večjo varnost njegovo majhne, pri temperaturi jedva za par desetink opazne; bolnik pa naj ima — predno tuberkulin apliciramo, splošno normalno temperaturo, maksimalno do 37.5 stopinj ustno merjeno; obolenja z eksudatom smejo za rabo tuberkulina imeti tudi višjo temperaturo.

Radi reaktivnosti tuberkulinske kure neskončamo tako naglo, ona traja en do tri mesece; bolnik mora bili glede eventuelnih občutkov in pojavov reakcije poučen, da si ne dela krivih zaključkov. Hkrati se naravno zdravi na druge načine: z ležanjem, dobro hrano, zdravili. Eventuelno tudi operativno. Vsak pneumotoraks naj se — če je temperatura normalna ali največ do 37.5 ustno — zdravi obenem s tuberkulinom. Eksudat bo potem redkost!

Druga relativno maloštevilna vrsta tbc. obolenj so sušice, to je hitre, eksudativne jetike. Te označujejo nagle hude bolezenske atake z visoko vročino, slabim splošnim počutjem (radi intoksikacije), zbadljaji v prsih, kašljem, nagnjenjem za razpad tkiva.

Tudi tu se lahko terapevtično daje tuberkulin, doze pri tem navadno ne povzročajo posebnih reakcij, tuberkulinska kura je brž gotova; zdravilni efekt pa je majhen in ni trajen. *Pri eksudativni tuberkulozi, sušici, je treba mobilizirati vse možno, uvesti klimatsko-dijetsko, kirurško zdravljenje itd., da bo uspeh trajnejši in da se notranja telesna dispozicija za tbc. polagoma morda prezene.*

Trejta vrsta tbc. napade mladino od 12. do 20. leta, torej v dobi pubertete in malo pozneje. Tu gre za hematogeno širjenje podobno ko pri prvi najčešči vrsti, hkrati pa se tudi uveljavlja — radi notranje pubertetne in druge oslabelosti indispozicije — eksudativna zla tendenca, označena z naglo infiltracijo, nagnjenjem za razpad ter širjenjem okužbe z dihanjem po bronhih.

Ti bolezenski primeri podobno kot prave sušice niso idealni za lečenje s tuberkulinom, vendar je baš radi istočasnega hematogenega širjenja, pri čemer se telesne celice bolj živahnno udeležujejo pri tvorbi protituberku-

linskih snovi, nekaj več izgledov za uspeh. Izmed vseh treh vrst tbc. je torej prva, katera predstavlja navadna, svakdanja obolenja, najprimernejša.

Glede rabe tuberkulina velja pripomniti, da le *prava doza* individualno koristi! prenizka je brez efekta, previsoka je škodljiva; prenizka ne zadošča za obilno tvorbo ventavcev, individualno previsoka doza pa ne vzbudi potrebne nadprodukcijske antituberkulinskih teles, strupeni antigeni se potem le pojačajo, reakcija bolnega staničja je izredno močna in obsežna, v tej napojeni vneti tkanini imajo bacili posebno priložnost za rast in razmnoževanje.

Za zdravljenje s tuberkulinom je torej treba dobro poznavati tuberkulozo v raznih slikah in oblikah, nadalje je potrebno imeti dovolj skušen glede indikacije in doziranja. Če pa je tema glavnima pogojema zadoščeno, polem imamo v tuberkulinu za prav mnoge boleznske primere odlično terapevtsko orožje, ki mu v nekih slučajih ne najdemo para.

Na ta način v teku enega do treh mesecev stopnjema in pod strokovno kontrolo zlasti z merjenjem topline obdelavam imunizirajoče celice in tkanine telesa, da dajo iz sebe vse, kar morejo. Tuberkulin je navidez priprosto orožje, dejansko pa za res skušenega zdravnika terapevtično orožje, ki mu lahko dajem *poljubno moč in ostrino*, od raztopine 1:10 do raztopine 1:1,000,000 in več. Že v tem tiči dobra plat n.pr. napram preparatom zlata. Pri zlatih soleh so nam na razpolago le omejene izbire glede koncentracije in jakosti, ca od 1 do 10. Zlate preparate torej ne morem tako poljubno prilagoditi organizmu, možnost toksične poškodbe je tu večja. Vendar so tudi zlati preparati koristno zdravilno orožje, zlasti za ona tuberkulozna obolenja, pri katerih tuberkulin ni tako učinkovit, torej zlasti eksudativne oblike, nadalje pri mešanih okužbah v bronhijalnih vejah in kavernah.

Obenem s specifičnim zdravljenjem seveda zdravimo tudi *klimatskodijetsko, medicinsko, kirurško*.

Tuberkulin dobro služi tudi v diagnostične svrhe. Seveda šele na tretem mestu; prvo je klinična, druga rentgenološka preiskava; če ti dve ne pokažejo očitnih patol. sprememb, odločijo glede potrebe zdravljenja spoznavne injekcije tuberkulina.

Gospodje, te diagnostične injekcije tuberkulina so velikega pomena; zakaj že spočetka sem povdaril, da bodi naloga proti tbc. terapije in sploh boja zoper njo ta, da *zajame že prve skrite sledove obolenja*, ko še ni nobene rane, tudi v pljučih samih ni najti očitnih večjih ognjišč, temveč v organizmu so šele tleči kužni infekti, zlasti v mezgovju koša, deloma tudi drugod v telesu. Tu je zlata priložnost za uspešno kratkotrajno terapijo (en do tri mesece), ki naj bi specifičnega zdravljenja na pogrešala. A ravno ti boleznski primeri klinično ter rentgenološko mnogokrat ostanejo prikriti. Dogodi se, da v zavodu spoznajo kakšnega bolnika za nepotrebnega zdravljenja, češ da ni aktivno bolan. Diagnostične doze tuberkulina pa niso bile aplicirane; in vendar, ako jih damo, bi že po prvi dozi vzplamtela reakcija do 38° in več, kar jasno dokazuje aktivnost skritih ognjišč, ki večji del tudi rentgenološko ne pridejo do očitnega izraza.

Brez diagnostičnih injekcij tuberkulina diagnoza začetne skrite tleče tbc. pri negotovem kliničnem in rentgenološkem izvidu ni mogoča.

Tuberkulin ima pomen tudi za praktičnega zdravnika. Vzemimo bolezanske primere, ki klinično ne pokažejo nikakih hujših sprememb, nimajo rane in očitnih aktivnih ognjišč; rentgen brez posebnosti, kvečjemu pokaže nekaj senčišč v pljučnih linah, morda staro plevralno zaraslin, ki ovira dihanje in pospešuje prehladne katarje. Takšnih in podobnih primerov je med nam vse polno. Zlasti spomladi in jeseni ti ljudje čutijo v košu bolečine, morda pokašljujejo, temperatura pa je normalna, sem in tja kakšno desetinko na 37°. Boje se, da imajo tbc. Hite k zdravniku, ki pa nič posebnega ne najde. Gredo k rentgenološki preiskavi: izvid brez posebnosti. Ljudi pa še vedobi in tišči ali zbada. Tu praktični zdravnik stori najbolje, da dà — ako so vse preiskave negativne, diagnostične tuberkulinske injekcije. Če so le — te brez znatnejših reakcij, potem ve: pregledanec je brez aktivnih ognjišč, bolečine izvirajo le od starih, neopasnih zaraslin med mrenami, zlasti kraj pljučnih lin. Če pa je reakcija po tuberkulinu očitna, toplina povisana za ca. pol stopinje ali več, potem imamo posla z aktivno tlečim mezgovjem (zlasti žlezami). V tem slučaju je potrebno vsaj na domu par mesечно pol-strogo zdravljenje, s prosto-zračnim ležanjem vsaj nekaj ur dnevno, dobro hrano, nekaj zdravili (kalcijem, vitamin, toniki) ter terapevtskimi injekcijami tuberkulina ali pa — kar je lažje izvršno — z rednim masiranjem tuberkulinskega mazila, n.pr. z Atebanom v koncentraciji od 2 do 20%. Ta terapija se je pri starih sledovih tuberkuloznega okuženja v košu izredno obnesla. Naravno solnčenje in obsevanje — ako je možno — je tukaj priporočljivo.

S tem smo podali ne sistematskega pregleda terapije tbc., temveč le bistvene vidike tega zdravljenja kot osnovo za umevanje in pravilno usmerjenje lečenja po praktičnem ter strokovnem zdravniku. *Vedimo pa: pobijanje in zdravljenje tbc. je tako silen problem, da je potreba vzajemne vsestranske borbe ne le po zdravnikih, temveč vseh činiteljev urejene ljudske družbe, vsega naroda.*

Zusammenfassung:

Die systematische Therapie der Tuberkulose besteht nicht so sehr in der Anwendung einer bestimmten therapeutischen Methode, sondern sie muss:

1. Alles mögliche aufbieten, alle Volkschichten zum Kampfe gegen die Tbc. mobilisieren;

2. Frühzeitig geradezu prophylaktisch beginnen, gefährdete Kinder vor der Erkrankung schützen, Erwachsene bereits bei latenten, geringfügigen Krankheitsherden heilen und retten (hier nötigenfalls diagnostische Tuberkulininjektionen applizieren!)

Zu dem Zwecke müssen genügende billige Anstalten zur Verfügung stehen.

Neben allen übrigen (klimat., diät., medizin. operativen) Methoden und Mitteln sind Tuberkuline (beliebiger Art, verdünnter und dosierbar!) therapeutisch anzuwenden. Sie sind mit wahrscheinlichem Erfolg nur bei bestimmten Krankheitsformen zu applizieren:

1. Bei verschiedenartigen haematogenen Erkrankungen, die ja in der Mehrzahl sind, je frühzeitiger desto besser.

2. Bei juvenilen Phihisen (haemalogenen + bronchogenen) ist weniger Erfolg zu erwarten.

3. Bei echten Phihisen ist der therapeutische Effekt meist nicht fest und dauernd.

Im Allgemeinen kann man Tuberkulin bei jeder stationären *Tbc. mit normaler Temperatur* (ausnahmsweise bis 37,5 unter der Zunge) anwenden. Reaktionen sollen minimal sein (es genügen leichte subjektive Sensationen), namenlich die Temperaturreaktion soll nicht hoch sein und muss vor der nächsten Injektion immer abklingen. Bei geringfügigen Veränderungen (latente, proliferierende Drüsen etc.) darf die lokale und Temperaturreaktion ausnahmsweise auch höher sein — ohne Gefahr, aber rascher Effekt!

Auch bei Kollapstherapie (Pneumothorax etc.) ist Tuberkulin bei normaler Temperatur ausnahmsweise bis 37,5 zu applizieren; bei längerdauernden Exudaten kann die Temperatur auch höher sein.

Dr. ĐJURO ORLIĆ — DUBROVNIK

O liječenju tuberkuloze na Jugoslovenskom Primorju

1.

Da bi utvrdili, koja se tb. oboljenja mogu uspješno liječiti na našoj rivijeri ogledaćemo najprije ranije faze talasoterapije tuberkuloze, a onda naučne temelje i empirička saznanja sadašnjice, da bi otale po analogiji izveli indikacije i kontraindikacije za naše obale.

Kod plućne tb. talasoterapijom služili su se kako je poznato već Grci i Rimljani. Celsus iz prvog vijeka kaže: *Utilis etiam in omni tussi navigatio longa.* Za isto preporučivali su more i arapski liječnici pa i sam Avicenna-princeps medicorum. Poslije 7 vjekova oživjela je onda nanovo talasoterapija tuberkuloze u Engleskoj, ali samo za liječenje skrofuloze i to g. 1750 kad je ugledalo svijeta djelo Richarda Russela: *De tave glandularum sive usu aquae marinae in morbis glandularum.* God. 1792. osnovan je prvi pomorski hospicium u Engleskoj a kroz XIX. vijek slijede ovaj primjer sve ostale države, tako te početkom našeg vijeka ima već 25.000 postelja za to. U isto vrijeme šalju se i plućni bolesnici u morsku klimu, ali samo na južna mora, naročito na Madeiru i rivijere. Za talasoterapiju ftize zalaže se 1826. god. i sam Laennec. Poslije se čuju i kontra glasovi. Najveći je protivnik Jules Rochard, koji poriče svaku vrijednost morskoj klimi kod ftizeoterapije. Popularnost rivijera naročito se smanjila, kad uzeše ftizu uspješnije liječiti na alpskim visinama. Inicijator alpske terapije bio je Spengler u svojoj brošuri: „*Die Landschaft Davos als Kurort gegen Lungenschwindsucht*“ 1869. god. Ipak se talasoterapija i kod ftize održala, najviše na sjevernim morima u zavodskom liječenju u Engleskoj i Danskoj.

2.

Boljim upoznavanjem etiologije i patogeneze tuberkuloze te mogućnošću rane diagnoze i usavršavanjem terapeutičnog oružja kod plućne tuberkuloze

mijenja se mišljenje sadašnjih ftizeologa o klimatoterapiji. Danas je gotovo aksiom, da se tuberkuloza može liječiti u svakoj klimi te da nema specifične tb. klime. Moderna ftizeoterapija zasniva se u glavnom na radu liječnika i tome se pripisuje opadanje ove bolesti u cijelom svijetu. Uspjeh se više ne svodi na samo meteorološke uslove već i na promjenu sredine, uklanjanje iz ne-higijenskih prilika i opasnosti superinfekcije, psihične utjecaje, a nada sve na strogo zavodsko liječenje po modernim principima, gdje se kombinuju higijensko — dijetska, hirurška, medikamentska i fizička sretstva.

Ali se općenito usvaja velika vrijednost klime u ostalom potpuno dokazana kod hirurške tuberkuloze visinske, kod skrofuloze morske. Zajednički je terapeutični faktor u oba slučaja helioterapija i to cio spektar Sunčev a ne kako se prije mislilo samo njegov ultravioletni dio. Ovo zračenje radja u tuberkuloznom organizmu pojave imunizacije stvaranjem epitheloidnih i orijaških stanica te umnožavanjem limfocitnih elemenata sa poznatom fagocitozom. U visinskoj klimi presudna je helioterapija, a pomaže joj suhoća i tišina užduha. Na žalost se helioterapija upotrebiti može samo u nekim slučajevima kod ftize, jer sunčane zrake, pošto ih se ne može tačno dozirati, mogu da tu proizvedu kao i upotreba specifičnih antigena u jakoj dozi neželjene organske reakcije u vidu kongeslija i reakcija u ognjištu bolesti. Kod morske klime ne cijeni se samo zračenje sunčeve, već i ostali klimatski nadražaji, koji i bez helioterapije vrše u krvi promjene povoljne za imunizaciju bolesnika. I ostale klimatsko-fiziološke promjene respiracije, cirkulacije, metabolizma, psihe i naravi koriste u ftizeoterapiji i ne mogu se potpuno zamjenili surrogatima, recimo hidroterapeutičnim procedurama, uzdušnim kupeljima itd. kao što se ni sunce nemože zamijeniti u punoj mjeri vještačkim izvorima svjetlosti.

3.

Srvavimo li sada morsku i visinsku klimu u njihovom djelovanju na tuberkulozu, bilo kiruršku bilo plućnu, moramo da damo prvenstvo visinskoj klimi, jer ta je po svojim jačim klimatskim agensima aktivnija za terapiju pa ulijeva više nade na uspjeh tamo gde možemo očekivati ozdravljenje t.j. kod bolesti mladih i jakih individua, gdje nema komplikacija (emfizem, bronhitis, slabo srce). U prilog je visinskoj klimi i iskustvo. Odavno se zna, da bolesti koje nastaju uslijed prehlade, a isto tako mortalitet i morbiditet tuberkuloze, padaju s morskom visinom. Mora se dakle pretpostaviti, da je neka relativna imunost u tamošnjih stanovnika protiv infekcije tuberkuloznim bacilom. Te imunosti međutim za cijelo nema na našem Primorju. Tu su plućne bolesti veoma česte i samo zbog klime blažije forme. Pleuritis exudativa koja je većinom specifične naravi, baš je karakteristično oboljenje našeg Primorja, pa je na njem ima barem 30% više nego li u ostalim djelovima države. Bolesti od prehlade tu čine većinu oboljenja u opće. Zato se hirurška i kožna tuberkuloza a tako isto i skrofuloza sasvim rijetko javljaju. Rekli bi dakle, da su klimatski faktori i kod visinske i kod morske klime u

isto vrijeme i najbolji profilaktični i najbolji terapeutički elementi. Ali pored velike raznolikosti tuberkuloznih oboljenja te individualnih i psihičnih osobina pojedinaca bolesnika, naći će se dosta slučajeva flize, koji će se s uspjehom moći liječiti u morskoj klimi a kojima visinska klima ne bi koristila.

4.

Morskem klimom zovemo onu morske pučine ili manjih otoka, dosta udaljenih od kopna. Taka se klima odlikuje visokim pritiskom uzduha i njegovim stalnim strujanjem i velikom vlagom. Sunčanog zračenja ima u srednjim geografskim širinama dosta. Negda se naročito govorilo o ljekovitosti mora u tropskim krajevima, ali danas se cijeni ujednačenost temperature na svakom moru. Jačina zračenja istina, manja je nego li na visinama, ali je zato pojačano refleksijom morske površine, a kroz čisti uzduh i zračenje je jače. Odkad od sedamdesetih godina prošlog stoljeća ima parobroda sa dovoljenim konform za bolesnike, preporučuju se morska putovanja, koja koriste onima, koji nagniju tuberkulozi ili su u početnom stadiju bolesti. Samo kod liječenja dosta smeta morska bolest. Kontraindikaciju čini opća tjelesna slabost, teži procesi, tendencija hemoptoi, teže srčane bolesti. Često se čini kao da morska klima direktno deluje specifično na neke slučajevе. Dakako, da osim klime povoljno utječe na psihu i smenjivanje estetskih utisaka obala. Na našem moru osim zimskih mjeseca, kad su oluje česte, ova se vrsta liječenja može uspješno primjeniti cijele godine.

Klima morske obale nije ujednačena, negdje je bliža morskoj a negdje kontinentalnoj, pa zato negdje vlažnija negdje suvlja. Klasifikacija se vrši po vlažnosti i temperaturi. Naročitu važnost imaju za flizeoterapiju tople i vlažne obale zimi. Ljeti ima svuda sunca i čista uzduha, svuda se možemo kupati u suncu i uzduhu, primjenjivali hidroterapiju, vještački pneumotoraks i drugo, što traži savremena flizeoterapija. Drugo je zimi. Samo obale južnih mora imadu i u to doba dosta sunca uz blagost klime i čist uzduh. Dakako birajući zimske stacije za tuberkulozu, valja da se tačno odredi intenzitet patoloških promjena, a treba tačno i poznavati klimu same stacije, kako djeluje. Ne mogući tačno odrediti ni jedno ni drugo, liječnik obično po svom individualnom shvaćanju šalje bolesnika nježnog sastava ili teže bolesti na blažiju klimu, dakle što dalje na jug, a to da može što bolje vršiti liječenje u slobodnoj prirodi i da lakše podnese terete svoje bolesti: opću slabost, kašalj, nervozu itd. Kako ti bolesnici zaista ne podnose ni hladnu ni suhu atmosferu, njima treba t.zv. sedativna klima t.j. ona koja štedi organizam i smanaže sve njegove funkcije. Kao primjer tople i vlažne klime sa sedativnim djelovanjem može se istaknuti otok Madeira, najpovoljnija klimatska stacija u cijelom svijetu. Zima tamo po temperaturi liči srednjoeuropskom ljetu. U istu grupu mogu se svrstati i oceanske obale južne Evrope, dok obale Sredozemnog mora i to na sjevernim i istočnim stranama, imaju pretežno t.zv. rivijersku klimu t.j. toplu i suhu sa širokom skalom zraka a relativnom vlagom ispod 70%.

Naša obala zbog dužine svoje a i zbog različitih orografskih i hidrografske prilika klimatski je dosta raznolika. Gotovo čistu morsku klimu sa pretežno morskim vjetrovima, blagom temperaturom, visokom vlagom, dosta sunca, a bez dosadnih dugih kišnih perioda imaju samo neka mjesta na Visu i Hvaru. Da tu istaknemo Komižu na Visu, gdje u nas najranije do spiјeva i cvijeta južno voće. U meteorološkom pogledu bolje je ispitan grad Hvar sa meteorološkom stanicom još iz 1858. Kao on imaju blagu klimu i ostala mjesta tog otoka na zapadnoj strani, jer ih brežuljci potpuno štite od utjecaja kopnenih vjetrova. Iza Komiže i Hvara slijedi grad Vis, koji je već pod jačim utjecanjem kopna. Ove tri stacije dolaze u prvom redu u obzir za liječenje plućne tuberkuloze, ali mogu, kao i ostale južne stacije s toplim morskim vjetrovima, da omilitave organizam i da ubijaju apetit.

Ovim kupalištima najsrodnija je po klimi južno-dalmatinska i crnogorska obala, jer izoterna Visa teče preko Dubrovnika i Boke ka crnogorskem primorju, dok je sjeverno dalmatinsko primorje više stepena hladnije zimi. Ali, ako je rječ o vjetrovima i vlazi, postoji znatna razlika. Od kontinentalnih vjetrova ponajčešća je bura, ali ne duva ni izdaleka toliko i s takom jačinom kao na sjevernom primorju. U dubrovačkom kraju ima osim bure i istočnjak (levanat) a rjeđe sjever (tramuntana). Grad Dubrovnik nalazi se u zavjetrini brda Srdja, dok su mjesila njegove neposredne okoline — Župa i Rijeka dubrovačka — na udaru vjetru. U Kotorskem zalivu dobro su zaklonjeni Topla i Meljine a donekle i sam Herceg Novi, ali najbolje je Perast, a izvan zaliva Budva. Više jugu najzaklonjeniji je Ulcinj, svakako najpitomiji grad na našoj obali. Gotovo isto toliko često kao i bura javlja se i drugi glavni vjetar jugoistočnjak (šilok) i ta dva se prema podacima za periodu od 1921 do 1930 — smjenjuju u omjeru 125 : 113, dakle duvaju gotovo podjednako često. Ali valja imati u vidu i ostale kontinentalne vjetrove (levenat, tramuntanu) zbog kojih se kontinentalna klima protegne do obale. Na sjevernom primorju frekvencija bure prema frekvenciji šiloka odnosi se kao 1.8 : 1. Bura duva duž cijelog primorja najviše u decembru, januaru, februaru, dok šilok osvaja u martu, aprilu, septembru, oktobru i novembru, a svježi maestro ljeti. Zbog rečenih kopnenih vjetrova mnogo padne relativna vлага — dođe i ispod 20% zimi, izuzetno, ali za kratko vrijeme čak do 5%, pa i niže. Bura bez prekida duva oko tri dana i obično ne dostigne neku naročitu jačinu, dok se jug javlja i sa većom snagom pa traje i dosta dana. Jug je topao i vlažan vjetar ali izuzetno i suh i onda mu čak i zdravi teško odolijevaju. Bura je svjež, suh vjetar, koji vole i zdravi i bolesni, ako nije vrlo jak. Kiša ima najviše u novembru i decembru a padne je godišnje u Dubrovniku 1430 mm prema 796 mm na Hvaru a 3'000 u Risnu. Sunca ima u Dubrovniku više nego li u glasovitom Davosu, što pokazuje dole navedena tablica sunčanih sati.

U mjesecu:	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Dubrovnik:	4	4	6	6	8	10	13	12	9	8	4	4
Davos:	3.17	4	5	5.43	5.58	6	6.66	6.7	5.7	4.4	3.4	2.8

Klima dakle ovih obala bliska je morskoj najviše u proljetnje i jesenje doba, ali onda ometaju slobodno liječenje vrlo duge kiše. Pošto nije dovoljno stabilisana ni temperatura ni vлага ta mjesta nijesu zgodna za liječenje plućne tuberkuloze, naime za one slučajeve, gdje treba liječiti mjesecima ili duže. Kako po temperaturi i vlazi, tako i po sunčanom zračenju odvajaju se pojedine pozicije. Na pr. u Dubrovniku mjesta na Pločama izložena su jakom suncu, dok su recimo na Lapadu zaklonjena. A u koliko je riječ o Kotor-skom zalivu uvaljenom u orjenski i lovćenski planinski sklop, vлага, koja se kondensuje na tim planinama — otale tolike kiše — može da u onom kotlu negativno djeluje na psihu bolesnika. Ipak su neka mjesta i zimi dobro obasjena, ponajbolje Perast. Obala na jug od Budve nije još meteorološki dovoljno ispitana.

Osim Budve omiljelo je ljetovalište Petrovac, ali je on zimi kao i Bar dosta izložen buri. Zato ova obala obiluje želovima, od kojih je k mnogima lagan pristup, pjesak veoma fin. Neka imaju i izvor vodu. Da spomenemo Mogren, budvansku plažu, Bečiće, Velu i Malu luku, Sv. Stefana, Drobni pjesak, Petrovac, Lučaricu, Buljaricu, Čanj, Sulomore, barsku i ulcinjsku plažu. Te plaže još nijesu iskorišćene za liječenje.

Iz svega dakle slijedi, da ove klimatske stacije idu u grupu onih sa rivijerskom klimom t. j. gdje relativna vлага redovno u prosjeku ne prelazi 65%, a većinom kreće između 55% i 60%. Lijepih dana ima aproksimativno 35 do 40%. Prema tome bi ovaj klimat morao prijati ne samo liječenju hirurške i kožne tuberkuloze već u jesenjoj i proljetnoj sezoni i torpidnim formama plućne. Uz dobru klimu i sanitарne su prilike za liječilište fundamentalno važne. A i one su ovdje dobre. Malaričnih je mjesta malo. Samo nehigijensko stanovanje i po selima i po gradovima olakšava širenje tuberkuloze, jer zbog tjesnobe nije moguća ni izolacija najtežih bolesnika. Za opću čistoću, polijevanje ulica, kanalizaciju, najviše je učinjeno u Dubrovniku. Upravo udara u oči, kako narod mahom voli čistoću. Time se i objašnjava, što Dubrovnik od svih mjesta u državi najmanje strada od infekcionalih bolesti.

6.

Prvih godina poslije rata mnogo je fizičara dolazilo u Dubrovnik na liječenje, ali sa slabim rezultatom, najprije zato, što su dolazili većino kojim ne spadaju u ovu klimu, a onda i zato jer su, kao u ostalom po svima sunčanim rivijerama, zanemarivali higijensku disciplinu i klimatotehniku. Blaga klima toliko zanesa, da se u bolesnika stvori iluzija, da je dorastao i onom zamornom životu, koji se provodi po svima kupališima u kafanama, kazinima, i teatrima. Većina se tu bez velike nevolje ne obraća liječniku. A vrijednost ove klime, kao i svake druge, može se naravno pokazati samo u onih bolesnika koji vode računa o mirovanju, higijenskom stanovanju, odgovarajućoj hrani, čistom uzduhu, koji putuju po moru, provode u čamcima itd.

Za tako disciplinovane a higijensko odgojene pacijente može se Dubrovnik a tako isto i Herceg Novi preporučiti i to ne samo za one, koji su

disponirani i sumnjivi na tb. već i onima u kojih se vrlo blago manifestuje početak oboljenja, napokon onima, koji su praktično izliječeni od tb. i ako pokazaju znakove infiltracije i fibroziteta samo ako je u redu cirkulacija i respiracija. Indicirani su i bronhitisi i plevrite bez eksudata, ali naročito skrofuloza, hirurška i spoljašnja tuberkuloza. Za Vis i Hvar bile bi indikacije nešto šire.

Ali da se naše Primorje savršeno izkoristi u borbi protiv tuberkuloze treba uvažiti sljedeće:

1. Jedini kriterij za slanje bolesnika na more mora biti patološko stanje saobrazno izvjesnom klimatskom tipu.

2. Širina, izoberska podjela, variabilitet vjetrova, a tako isto i konfiguracija suhog golog zaledja čine velike razlike ne samo na razdaljene tačke već često i mesta sasvim bliska. Zato treba detaljno proučiti te razlike, pa da se ustanovi fiziološka akcija klime u pojedinim mjestima i po tom odredi terapeutična indikacija. Zato bi svako mjesto, koje se smatra zimskom stacijom, moralo imati meteorološku stanicu II. reda i klimatoterapeuta-lječnika.

3. Praktično iskorišćavanje morskog klima zahtjeva klimatotehničke procedure i pri aklimatizaciji i pri vršenju kure slobodnog uzduha i eventualne upotrebe sunčane banje, kure na moru, u barkama itd. a valja paziti i na način ishrane. Za to bi se trebalo pobrinuti za osnivanje primorskog sanatorija za liječenje plućne tuberkuloze na Visu, Hvaru ili Perastu.

SUMMARY

Dr. Djuro Orlić — Dubrovnik: About the treatment of T. B. on the Yugoslavia Riviera

For a considerable period the only treatment for Phthisis was climatic, Scrofulotics being sent to costal resorts, whilst for consumptivs southern maritim stations were reserved, to be quickly followed by the Alpine cure as a successfull rival.

Medical advance in phthiseotherapia of the present days makes the Profession practically indepedent of climate, though the best success is observed when surgical T.B. is necessary at highs Mountainous altitudes, Scrofulas showing better results at coast level.

Both climates are helpful for the cure of Phthisis especially Alpine conditions, however less resistent patients are far better during the winter in a warm and wet seaside resort, where sedative action is characteristic, all of which climatic conditions may be found in Jugoslavia.

Commencing with the islands Vis and Hvar, near to these are south Dalmatia, the former Montenegrin Coast now called Zeta. This only applies to the temperature, other meteorological conditions being different, chiefly caused by the severe conditions raging down from the inland Mountains. This coast is considered to have a Rivieralike climate being sufficiently dry, the relative moisture is under 70%, the sun iradiation being considerable. This climate is not good for the treatment of Phthisis, only certain torpid forms responding to cure.

The islands mentioned are suitable for Phthisis, then only in a Sanatorium which up to this time of writing are unfortunately nonexistent.

The entire importance of our coast for the healment of T. B. is only to be explained on the meteorogical basis, for which reason meteorological stations should be erected in every town and island.

Sodobno zdravljenje tuberkuloze in sanatoriji

Gospoda! V lepem nizu predavanj smo slišali tehtna poglavja iz moderne ftizeoterapije. Videli smo, da se giblje naše terapevtično prizadevanje v borbi proti tuberkulozi čisto na črti sodobne ftizeoterapije po najnaprednejših deželah sveta. Z zadoščenjem smo mogli najti v vseh referatih naših kolegov potrdilo dejstva, ki ga danes niti ni treba več podčrtati, da namreč naš način zdravljenja tuberkuloze, da naši uspehi v ničemur ne zaostajajo za svetovnim nivojem.

Ta konstatacija je tembolj razveseljiva, ker razpolagajo naši ftizeologi le z neznanim številom onih ustanov, ki jih drugod smatrajo kot conditio sine qua non za uspešno zdravljenje tuberkuloznih. Ne samo da imamo v celi državi le neznatno število postelj po sanatorijih, se tem ustanovam tako od strani zdravnikov kot od strani merodajnih oblasti posveča mnogo premalo pažnje.

Opozorili na potrebo *ljudskih zdravilišč*, na potrebo sanatorijskega zdravljenja sploh je edini namen tega mojega kratkega referata, pri čemur se zavedam, da Vam ne morem podali nič principejno novega, podčrtati hočem le nekoliko načelnih točk.

Kdor zasleduje smer sodobnega zdravljenja pljučne tuberkuloze, vidi kot najbolj jasen njegov karakteristikum naraščanje aktivne, predvsem operativne terapije. Kjer so se prejšnje generacije zdravnikov resignirano omejili na to, da vse prepustijo prirodi, od katere tudi vse pričakujejo, tu sedaj stavljajo vse upanje na operativne posege od pneumotoraksa do plastične. Skoraj izgleda tako, kakor da bi zadostovalo, da vzamemo bolniku živec, mu vbrizgamo zrak, izrežemo rebra — in zdravje se mu povrne. To zveni morda pretirano, toda v praksi srečamo ne malo kolegov, ki niso daleč od tega stališča.

Napram temu mišljenju ne moremo nikdar dovolj naglašati, da je tuberkuloza — katerekoli lokalizacije — vedno bolezen *celega* organizma. Vsi zdravilni, predvsem pa operativni ukrepi bodo zato imeli čim boljše in trajnejše uspehe, v čim boljšem stanju so — splošno rečeno — obrambne moči bolnika. Ni vseeno, v katerem splošnem stanju se nahaja bolnik ob času operacije, kakor tudi ni vseeno, v katerih prilikah bo lahko prebolel postoperativni štadij, štadij, v katerem se dostikrat šele — bolj kot pri sami operaciji — odloča usoda bolnika.

Ni dvoma, da se je ravno operativni terapiji posrečilo skrajšati za znatno dobo oni preje tako odiozni čas ležanja, takozvanega zgolj dijetetično-higijenskega zdravljenja. Toda varo se, kdor misli, da bo mogoče priti do trajnih rezultatov *popolnoma* brez teh konservativnih ukrepov, ki tvorijo še vedno osnovno vsake ftizeoterapije in ki se le redkokdaj dajo izvajati drugod, kot v dobro urejenih špecijalnih zavodih — zdraviliščih. O nujno

potrebnem in jako važnem vzgojnem vplivu sanatorijskega zdravljenja tu niti ne bom govoril.

Toda niso niti vsi primeri pljučne tuberkuloze operativni primeri. Še daleč smo od zaželenega cilja, da bi vsi bolniki prihajali v našo oskrbo v štadiju, ko še niso potrebni operativne terapije, skoraj nič manj daleč tudi od onega, da bi bolniki prihajali, dokler je njihova bolezen — radi enostranosti procesa — gladko ozdravljava s pomočjo operacije.

Imeli bomo torej še dolgo dobo let tri kategorije bolnikov, ki jim je zdravljenje v zdravilišču *neobhodno* potrebno:

1. primeri incipientne ftize (rani infiltrati), pri katerih lahko sanatorijsko zdravljenje *samo* dovede do ozdravljenja;

2. težji, že napredovani ali a priori obojestranski slučaji (haematogeni), ki nujno potrebujejo dijetično-higijensko zdravljenje poleg vsega drugega zaklada naših terapevtičnih sredstev, da se iz aktivnega, nevarnega stanja rešijo v kronično, benigno, zaprto formo ali v štadij, kjer postanejo zopet operabilni in s tem ozdravljeni.

Kdor je imel priliko delati tudi samo krajši čas v kakem sanatoriju, ve, koliko se ravno v teh slučajih lahko doseže.

3. Tretjo, a po važnosti prvo kategorijo, pa tvorijo oni bolniki, pri katerih je dana indikacija za operativno zdravljenje. Ne morem dovolj poudarjati, koliko je glede končnega, trajnega uspeha zdravljenja, tudi operativnega, odvisno od štadija bolezni, v katerem operiramo. To so vedeli že najstarejši pneumotoraks-terapevti. Sploh velja pri tuberkulozi načelo : *pusti organizmu čas, da sam opravi s svojo boleznijo do dosegljive meje, potem še-le: medice cura!* Samo začetnik v ftizeologiji je takorekoč stalno z nožem in z iglo v roki pripravljen, da čimpreje preizkusi svoje znanje. Čimveč dobivamo prakse, témbolj skromni in potrežljivi postanemo. Le žal, da nas danes bolj kot kdaj gospodarske prilike, v katerih živijo naši bolniki, silijo v skrajno aktiviteto v pogledu našega terapevtičnega ravnjanja. Slepkoprej pa mora biti naša želja tudi za operativne primere pljučne tuberkuloze, da bi mogli vse svoje bolnike zdravili v špecijalnih zavodih.

Ti špecijalni zavodi — sanatorji — so se napram prvotnemu tipu popolnoma preoblikovali. Nehalo je idilično brezdelje v teh zdraviliščih, kjer je bila edina naloga zdravnika, da preiskuje od časa do časa svoje bolnike ter da gleda na čim strožje ležanje. Nehalo je — hvala Bogu — naziranje da so sanatoriji „Apicitisanstalten“.

Obrat sodobnega sanatorija odlikujejo poleg higijensko-dijetetičnega zdravljenja starega Brehmer-ja, ki mu je slejkoprej teinej, četvero dejstev:

1. intenzivno klinično — diagnostično delo v preiskovalnici, v rentgenskem kabinetu v laboratoriju.

2. najintenzivnejše terapevtično delo : pneumotoraks, operacije, hemoterapija, specifično zdravljenje, helioterapija itd.

3. stremljenje po čimvečji samostojnosti in neodvisnosti v vsakem oziru, kar je neobhodno potrebno radi oddaljenosti večine teh zavodov od odstalih zdravstvenih institucij.

zdr

4. Radi tega se je razvijal v ftizeologu novi tip zdravnika. Skrajna špecializacija je imela paradoksn posledico: ftizeolog posebno sanatorijski zdravnik — ne samo, da mora biti splošno medicinsko dobro izobražen — mora biti danes internist, rentgenolog, bakterijolog, operater, laringolog, epidemiolog, itd. itd., ako hoče biti kos svoji težki nalogi.

Mogel bi še marsikaj navesti v prid sanatorijev, tako n. pr. ozki, prisrčni kontakt z bolniki, ki traja še leta in leta po njihovem odhodu iz zavoda in silno olajša oziroma še-le omogoča nujno potrebno, mnogoletno opazovanje bolnika. Mogel bi reči, da nudijo danes zdavilišča z malimi izjemami skoraj izključno možnost nadaljne izobrazbe praktičnega zdravnika v ftizeologiji, oni veji medicine, ki so jo klinike na najbolj nerazumljiv način skozi desetletja najbolj zanemarjale. Pa tudi naraščaj ftizeologov-strokovnjakov izhaja po devetih desetinah iz sanatorijev.

Preoblikavanje novodobnega sanatorija je imelo za posledico, da se je v mnogočem približalo tipu bolnice. Zato se stavlja vprašanje, če so nam sanatoriji sploh še potrebni, če morda ne bi zadostovale samo bolnice. Na to vprašanje: ali sanatorij ali bolnica, poznam za svojo osebo samo eden pravilni odgovor: kombinacija obojega — bolnica-sanatorij ali sanatorij-bolnica, to se pravi zavod, dostopen širokim slojem prebivalstva, za sprejemanje vseh form tuberkuloze, v kolikor mogoče ugodnem podnebju, vendar ne predaleč od mesta, pri čemur moramo pa vsekakor vpoštovati akcijski radij naših modernih prometnih sredstev. Ta sanatorij-bolnica bi zadostovala vsaj za večino odrastlih tuberkuloznih, medtem ko nikakor ne izključuje špecijalnih zavodov n. pr. za otroke, za kostno tuberkulizo itd. Ta tip, ki ga imam pred očmi, je v zapadnih državah že postal pravilo, v razčlenjenje njegove notranje organizacije pa se tu ne morem spuščati.

Vsekakor se temu tipu ravno glavni naši sanatoriji čimdalje bolj približujejo.

Ne bi hotel končati ta kratki referat, ne da bi se dotaknil vprašanja, ki ni v direktni zvezi z naslovom moje teme in ki vendar žarko osvetljuje specifične naše jugoslovanske prilike. Vprašanje se glasi: Zahteva li trenutno stanje pobijanja tuberkuloze v naši državi nujno graditev sanatorijev? Ako bi hoteli merititi z mero drugih držav, bi morali reči brezpogojno da. Število postelj po naših sanatorijih je v razmerju do umrljivosti na tuberkulozi kakor tudi do števila prebivalstva sramotno nizko. In vendar nas silijo prav posebne razmere, da smo s svojim odgovorom skrajno previdni.

Če natančno premotrimo stanje naših zdravilišč za t. b. k., tedaj vidimo, da se vsa precej težko borijo za svoj obstoj. Efekt je: — razmeroma vsaj za naše prilike — previsoka oskrbnina. Drugo: mislim, da ne pretiravam, če vzamemo, da je 30% vseh bolnikov po naših sanatorijih v stadiju bolezni, ki izključuje trajnih uspehov — posledica nepodučenosli, v prvi vrsti pa slabega materijelnega stanja bolnikov in še vedno pomankljive izobrazbe zdravnikov. Tretjič: pozimi je zasedba teh zavodov nepopolna, 30 — 40% mest je nezasedenih. Iz vsega tega sledi, da pri nas v Jugoslaviji

ne obstoja — vkljub silno majhnemu številu sanatorijskih postelj — kriza pomankanja postelj (razen v 3—4 poletnih mesecih), temveč za enkrat samo pomanjkanja kritja za oskrbnine. Temu pa ne moremo odpomoči z gradbo novih zavodov — ker tu ne velja trgovsko pravilo o obratnem razmerju med povpraševanjem in ceno — temveč samo s tem, da se celo naše socialno skrbstvo orientira v prid sanatorijskega zdravljenja sploh, da omogoča pomoč države in samoupravnih oblasti pocenitev za naš svet še vedno razmeroma visokih in nedosegljivih oskrbnih stroškov, zlasti pa, da široko osnovana privatna iniciativa omogoča čimvečjemu številu bolnikov potreбno sanatorijsko zdravljenje. Potem bo kmalu mogoče misliti tudi na gradbo novih zavodov.

Vem, da se moji ožji tovariši — ftizeologi strinjajo z menoj, ako želim, da bi se razvoju naših sanatorijev, ki so slejkoprej poleg dispanzerjev najvažnejši faktor uspešnega pobijanja tuberkuloze, posvečalo več aktivnega interesa. Vsi ostali kolegi so prisrčno vabljeni, da se na licu mesta prepričajo o posebnostih, delu in uspehih naših sanatorijev. S tem bo izginil marsikateri predsodek, ki je danes glede teh zavodov še razširjen.

Zusammenfassung:

Dr R. Neubauer — Golnik. Moderne Tuberkulosebehandlung und Heilstätten

Ref. betont, dass die Linie, auf der sich die Phthisetherapie der letzten Jahrzehnte bewegt, den Anschein erwecken könnte, man könne die Tuberkulose allein durch operative oder chemotherapeutische Massnahmen heilen. So sehr uns die grossen Erfolge vor allem der Kollapstherapie mit Stolz und Freude erfüllen, so dürfen wir doch keinen Augenblick aus dem Auge lassen, dass es sich bei dieser Krankheit um eine Allgemeinerkrankung des ganzen Organismus handelt, der auch eine Allgemeinbehandlung von Nöten ist. Je besser der Zustand des Patienten zur Zeit des operativen Eingriffes, je günstiger die Bedingungen, unter denen sich die postoperative Behandlung abspielen kann, um so besser und dauerhafter werden unsere Erfolge werden.

Da wir noch weit davon entfernt sind, unsere Patienten rechtzeitig, d. h. wenn möglich bevor, wenigstens aber so lange eine operative Behandlung noch möglich ist, in die Hand zu bekommen, werden wir in die Sanatorien vor allem drei Kategorien von Kranken schicken müssen: Beginnende Fälle, bei denen Sanatoriumsbehandlung allein genügt, um sie der Heilung zuzuführen; vorgesetzte oder von Anfang an zweiseitige hämatogene Fälle, die weitgehend gebessert und geschlossen oder durch die Anstaltsbehandlung für eine operative Behandlung erst reif werden können und schliesslich die praktisch einseitigen, operablen Fälle.

Ref. hebt die Umgestaltung des ursprünglichen Heilstättentyps in der Richtung des Sanatorium-Krankenhauses hervor, das er als den Typ der Zukunft vor allem empfiehlt. Schliesslich streift er die Frage der Notwendigkeit der Errichtung neuer Heilstätten in Jugoslawien, wo deren Zahl ausserordentlich klein ist. Dabei hebt Ref. hervor, dass es sich bei uns nicht so sehr um eine Krise der Sanatoriumsbetten handelt, da diese selbst in ihrer bescheidenen Anzahl nicht voll ausgenutzt werden, sondern um eine Krise der Verpflegungsgebühren die für die Mehrzahl der Patienten nicht aufgebracht werden können. Grösseres Interesse und Verständnis für diese Anstalten von Seiten des Staates, vor allem aber private Initiative werden allein aus diesem Dilemma den Weg weisen.

R A Z P R A V A

Dr. Tomašić — Brestovac :

Ka referatu dr. Orlića : Sanatoriji kraj mora za obolele na plućima mogli bi se napraviti za nuždu iz starih brodova trgovačke mornarice s privalno pomoći!

Obalu treba više iskoristiti nego što je sada iskorišćeno Dalmatinsko Primorje; n. pr. otok Mljet i južna strana otoka Korčula pripravni su za te svrhe. Za klimatske stanice ugodnija je inzulinska klima, naši otoci.

Podvlači, da je bilo na Primorju pre rata manje tbc. negoli danas! Bolesnici boluju tamo kraći vreme od tuberkuloze nego na drugim meslima. Eksudativne forme tbc. pak slabije prolaze nego na drugim delima.

Dr. Neubauer — Golnik :

a) K referatu dr. Orlića bi hotel posebno povdariti, da odprta fliza brezpogojno ne spada k morju. Mislim, da se v tem oziru popolnoma strinjam z. g. referentom

b) K referatu dr. J. Popovićeve : Vkljub temu, da nam teoretska osnova krizoterapije ni popolnoma jasna, smo pristaši tega zdravljenja, ki smo ga izvršili pri ca. 500 bolnikih (skozi sedem let). Za vpliv zlata na pljučni proces nam govorijo v prvi vrsti sledeča opazovanja : običajno izredno zboljšanje sedimentacije tekom zdravljenja; izrazilo - zmajšanje patoloških šumov nad bolnimi deli pljuč (dekongestija?) ter končno dejstvo, da smo pri boznikih s tuberkulozo grla, ki smo jih zdravili z zlatom, opazili sempatija izrazite reakcije v smislu razpadanja malega infiltrata, ki mu je sledilo posebno hitro zboljšanje s tvorbo čvrste brazgotine. Za uspeh krizoterapije govorijo tudi opazovanja pri kombinaciji frenikoeksajreze z zlatom. V teh slučajih nam je mogoče natančno zasledovati potek sprememb na pljučih. Iz tega mislim da smemo sklepati, da se slični pojavi odigravajo tudi v kolabiranih pljučih po pneumotoraksu, vsled česar bi misil, da je tudi ta kombinacija priporočljiva.

c) K referatu dr. Debevca : Na Golniku uporabljamo tuberkulin od 1.1922. Nekaj časa smo ga dajali zelo mnogo. Na podlagi naših opazovanj smo indikacije za tuberkulinsko zdravljenje znatno omejili in ga uporabljamo le za golove oblike tuberkuloze. O preprečenju eksudatov pri pneumotoraksom s pomočjo tuberkulinskih injekcij se nismo mogli prepričati.

Dr. Sekulić — Beograd :

Krizoterapija nema specifičnog dejstva, jer do danas nije stvoren preparat koji bi štetio tuberkulozne bacile, a da u isto vreme ne bude organotropan. Njen uspeh se sastoji u pojačavanju odbrambene snage organizma. Iako rezultati ponekad izgledaju brijančni, kao što smo videli na nizu slučajeva na klinici L. Bernarda u Parizu, lečenih sa Krizalbinom, nije se ipak zasad postigao očekivani uspeh. Velika korist, pored ostalog, postiže se zbog toga, što bolesnik istovremeno sprovodi strog higijensko-dijetetski režim i nalazi se pod nadzorom lekara. Mora se spomenuti, da su Kuvion, Pok i Rotenstein konstatovali proporcionalno isti broj radioloških čišćenja u toku lečenja solima zlata kao i pri običnom sanatorijskom higijensko-dijetetskom režimu.

Dr. J. Popović — Beograd :

Krizoterapija je u mnogim slučajevima pokazala pozitivan uspeh lečenja, a kontrola svuda nije bila moguća, jer su bolesnici bili siroti.

Dr. Tomašić — Brestovac :

Krizoterapija isto tako i po mom mišljenju nije pokazala poseban efekat. Pokušao sam naime manganske soli (mangan-klorid) i kadmium : uspeh još nije jasan.

Zapisnik

II. redovne godišnje skupštine Jugoslovenske lige protiv tuberkuloze, održane u Ljubljani 11. maja 1934. godine u dvorani Radničke komore.

Predsednik g. dr. **Jordan Stajić** otvara skupštinu pozdravljajući prisutne delegate iz Beograda, Ljubljane, Maribora, Sarajeva, Osijeka, Niša, Novog Sada itd., kao i goste g. g. prof. dr. **V. Čepulića**, predsednika društva za suzbijanje tuberkuloze u Zagrebu i dr. **R. Feri-a**, sekretara društva za suzbijanje tuberkuloze u Splitu.

1. Predsednik g. dr. **Jordan Stajić** predlaže za sekrelara g. dr. **Milana Petrovića**, što skupština jednoglasno usvaja. Zatim predlaže za overače zapisnika: g. dr. **Milivoja Miloševića** i dr. **Lazu Markovića**, što se takodje prima jednoglasno.

2. g. dr. **Milan Petrović** čita izveštaj glavnog odbora o radu u prošloj godini, a g. dr. **Miodrag Vračević** čita izveštaj blagajne i predlog budžeta za 1934/35 godinu.

3. Diskusiju po izveštajima otvorio je predsednik g. dr. **Jordan Stajić**, objašnjavajući, da su odobrenje i potvrda novih pravila zakasnili i da je to zakašnjenje omelo jaći rad na osnivanju liga u mestima, srezovima i oblastima. Isti uzrok onemogućio je pribiranje sredstava za borbu protiv tuberkuloze, ali će se, po svemu sudeći, rad u narednoj godini razviti u toliko pre što će se u samom ministarstvu socijalne politike i narodnog zdravlja ustanoviti jedno mesto inspektora i što će taj inspektor raditi isključivo na borbi protiv tuberkuloze. Garancija za iskren, intenzivan i uspešan rad tog inspektora leži u tome, što će na čelu toga inspekторata biti naš cenjeni polpredsednik g. dr. **Ivan Matko**.

Žali što društva za suzbijanje tuberkuloza u Zagrebu i Splitu nisu ni do danas prislušili J. L. P. T., i što je liga u Ljubljani dala jedan nedovoljno afirmalivan izraz svoga pristupanja. Moli g. g. predstavnike tih društava i liga da se sada izjasne i pristupe, jer zajednički rad ima više izgleda na uspeh.

G. dr. **V. Čepulić** izjavljuje, da društvo protiv tuberkuloze u Zagrebu nije do sada formalno pristupilo J. L. P. T., jedino iz želje, da očuva svoju punu materijalnu samostalnost; pominje izraz „izrabljivanje“, kao i bojanan da kasnije uprave ne zahtevaju veće doprinose, i na kraju daje ovu izjavu: pošto u sadašnju upravu J. L. P. T., ima puno poverenje, a govoreći u ime društva za suzbijanje tuberkuloze u Zagrebu, to izjavljuje, da društvo za suzbijanje tuberkuloze u Zagrebu pristupa u J. L. P. T.

Za ovim g. dr. **F. Debevec**, delegat lige protiv tuberkuloze u Ljubljani, izjavljuje: da Liga u Ljubljani takodje pristupa J. L. P. T.

G. dr. **J. Feri**, govori o društvu za suzbijanje tuberkuloze u Splitu, koje ima neodstupno rešenje, da svaki i najmanji ulog i prilog upotrebi na podizanje jednog skloništa za tuberkulozne bolesnike. Izjavljuje u ime društva za suzbijanje tuberkuloze u Splitu, da oni ne mogu pristupiti, jer ne mogu dati nikakvog doprinosa. Napominje, da su u njihovom društvu svi administrativni troškovi svedeni na nulu, pa to treba da bude sprovedeno i u J. L. P. T. Počinje da kritikuje blagajnički izveštaj i predlog budžeta.

Predsednik g. dr. **Jordan Stajić** prekida g. dr. **J. Feri-a**, izjavljujući, da mu je dao reč kao gostu da izjavi pristup ili da iznese razloge koji rukovode društvo za suzbijanje tuberkuloze u Splitu, da ne pristupi J. L. P. T., a ne da kritikuje izveštaj i budžet. Pravo kritike i učešća u diskusiji imaju samo predstavnici učlanjenih liga i društava, a gošti ne.

Iza ovoga slavljuju se pročitani izveštaji na glasanje. Izveštaji su primljeni jednoglasno.

4. Za ovim je zamenjenik blagajnika g. dr. **Miodrag Vračević** ponovo pročitao ovaj predlog budžeta za 1934/35 godinu:

P R I H O D I :

1. Golovine u kasi iz 1933/34. g.:	Din 10.641,25
2. Od dana protiv tuberkuloze:	Din 25.000
3. Pomoći	Din 10.200
4. Od članarine i priloga:	Din 17.000
Svega:	Din 62.841,25

R A S H O D I :**I. Lični**

1. Honorar činovnika za 1934/35	Din 3.600
2. Ulog za tri člana medjunarodne unije	Din 2.000
3. Posluga:	Din 6.000

Svega ličnih: Din 15.200

II. Materijalni

1. Kancelariski materijal i poštara	Din 2.500
2. Kancelariski nameštaj	Din 7.691,25
3. Propagandistički materijal	Din 25.000
4. Dani protiv tuberkuloze	Din 8.000
5. Putovanje članova	Din 3.000
6. Nečredvidjeni rashodi	Din 5.050

Svega: Din 62.841,25

Ovaj predlog budžeta za 1934/35. godinu primljen je bez diskusije.

5. Odredjivanje doprinosa pojedinih liga i društava Jugoslovenskoj ligi protiv tuberkuloze.

Pretkednik g. dr. Jordan Stajić izjavljuje, da je predlog glavnog odbora da svaka učlanjena liga i društvo daje J.L.P.T., od naplaćenog članskog uloga svakog rednog člana po 1 dinar godišnje.

Po ovom predlogu uzimaju reč gg. dr. A. Stojanović, dr. V. Čepulić, dr. M. Vračević, dr. B. Muačević, dr. Stajik i dr. M. Petrović, pa je na kraju rešeno: da se utvrdi doprinos za 1934/35. g. po 1 dinar od uplaćenog članskog uloga svakog redovnog člana.

Za ovim je vodjena diskusija o doprinosu 10% od prihoda od dana protiv tuberkuloze, pa je na kraju diskusije rešeno: da ovaj doprinos ostane onako kako je predviđeno pravilima, a ko želi da predloži izmenu pravila u pogledu visine ovog doprinosa može to da učini blagovremeno pre naredne glavne godišnje skupštine.

6. Izbor glavnog odbora.

Prezsednik, g. dr. Jordan Stajić izjavljuje, pošto su pravila J. L. P. T. potpuno nova, treba da se izabere i potpuno nova uprava. Zato je na jednom prethodnom sastanku, sastavljena lista iz lica koja su se u radu lige do sada pokazala kao najrevnosnija. Predlaže da sekretar pročita tu listu.

Sekretar g. dr. Milan Petrović objašnjava, da po pravilima: prezsednik, 1 potprezsednik, 1 sekretar, blagajnik i 5 članova moraju biti iz Beograda, a svi ostali mogu biti iz unutrašnjosti. Ova kandidatska lista je sastavljena s obzirom na te odredbe pravila. Moli, da se skup izjasni za svakog pojmenca dali ga prima kao kandidata ili ne. Polemčila polako ova imena i skup ih sve redom prihvata i time izglasava:

za prezsednika: g. dr. Jordana Stajića

za potprezsednika: gg. dr. Žarka M. Ruvidića, dr. Ivana Matka i dr. V. Čepulića

za sekretare: dr. Milana Petrovića i prof. Božidara Zečevića

za blagajnika: g. dr. Miograda Vračevića

za članove glavnog odbora gg: gospodnjicu dr. Jelicu Bresejanac — Šabac, dr. VI. Katičića — Zagreb, dr. Nemanica — Zagreb, dr. J. Bohinec — Ljubljana, Fr. Debevec — Ljubljana, dr. J. Nedeljković — Beograd, dr. St. Ivanić — Beograd, dr. Prokopije Uzelac, — Osijek, Manoje Sokić — Beograd, dr. Branko Muačević — Osijek, dr. Laza Marković — Novi Sad, dr. Vjekoslav Kušar — Sarajevo, dr. Arandjel Stojanović — Niš, dr. Neško Radović — Celinje, dr. Stjepan Sagadin — Beograd.

Za članove Nadzornog odbora: Dr. Sava Nedeljković — Beograd, Vasa Božidarović — Beograd, Svet. Trajković — Beograd, Fran Smodej — Beograd, Josif Mihajlović — Skoplje.

Pošto nije bilo drugih pilanja na dnevnom redu, to posle izvršenog gornjeg izbora, predsednik G. Dr. Jordan Stajić zaključuje drugu redovnu godišnju skupštinu i zahvaljuje učesnicima na interesovanju i moli ih, da svoju akciju i istrajnost pojačaju na što veću korist ideje borbe protiv tuberkuloze.

Sekretar:

Dr. M. Petrović

Predsednik:

Dr. J. Stajić

Z našega kongresa

Tri mesta so se „prepirala“ za čast prvega jugoslovanskega profiluberkulognega kongresa: Ljubljana, ki je dala inicijativo in ki je prva tudi dejansko začela s pripravami, Topolšica in končno Brešovac oziroma radi njega Zagreb, ki ga je legitimirala 25-letnica prvega jugoslovanskega zdravilišča za bolne na pljučih.

Skoraj bi bil ta homerski prepir ogrožal zamisel kongresa samo. Toda čvrsta volja je razpršila oblake, prišlo je do kompromisa in do kongresa . . . na treh krajih. Enotna volja, ki je morala premagati marsikatero trenje, danes davno pozabljeno, je premagala tudi organizatorne težkoče tega „potovalnega kongresa“ in uspeh nam je dal prav. „Bilo je naporno, toda bilo je lepo“, — tako se je na koncu glasila splošna lapidarna sodba udeležencev, ki so izdržali do kraja.

B r e s t o v a c

Krasen spomladanski dan nas je pripeljal že na predvečer dne 9. maja v zeleni Zagreb, ki vsakega svojega gosta takoj ob sprejemu na kolodvoru pozdravlja, vabi in očara s široko, aristokratsko gesto svojega bujnega Zrinjevca.

Hitimo — člani upravnega odbora Flizeološkega društva — v prostore Lekarske komore, kjer nas čakajo zagrebški kolegi, vsi že slavnostno razpoloženi in delo se prične. Določimo program prihodnjega kongresa, z navdušenjem sprejmemo Sarajevo kot kongresno mesto, dogovorimo se o prvi letni skupščini našega mladega društva in vse nas preveva iskreno, toplo kolegialno razpoloženje, ki ga je znal prvi naš predsednik prof. Radosavljević tako sijajno ustvarjati in vzdrževati tekom celega kongresa.

In to toplo prijateljsko razpoloženje nas spremlja v Gradske podrum, kjer nam zagrebški kolegi ad oculos et linguam demonstrirajo, kaj se pravi zagrebška gostoljubnost in zagrebška kuhinja. Da bi nam mogel kdo očitati, da gre ljubezen skozi želodec? Nad tem sumom smo bili pač zvišeni.

Sv. Peter nam je tudi drugi dan — prvi kongresni dan — pokazal vso svojo naklonjenost, ko nas je že na vse zgodaj vabilo rajske majsko solnce iz postelj.

Kmalu pridejo zagrebški kolegi s svojimi avtomobili, vrstijo se pred Esplanado avtobusi za vožnjo na Sljeme. Že ta vožnja sama je užitek, ki ga kmalu ne pozabiš. Komaj so zadnje hiše velikega, vedno bolj se širajočega mesta za nami, ko nas objame gozd, nas spremlja po sijajno speljanih serpentinah do sanatorijsa, kjer se samo toliko umakne, da nam pokaže ves čar edinstvene lege, ki je prednost tega zdravilišča. Doli tik pod two-

jimi nogami se svetljikajo stolpi in strehe mesta v blesku jutranjega solnca—daleč daleč, se Ti odpira pogled čez Savsko ravan, ki se izgublja ne, v beli megli skončne dalje.

Toda že smo sredi vrvenja, od vseh strani nas pozdravlja z veselim glasom kolegi in prijatelji, avtobus za avtobusom pripelje dvakrat toliko gostov, kot so največji optimisti med organizatorji mislili. In vse preveva harmonija tega v resnici slavnostnega dne, nikjer ni mukega obraza, povsodi samo vedre, vesele oči.

Pretesna je velika dvorana zdravilišča, ko se polagoma zbiramo, da prisostvujemo velikemu trenutku.

Predsednik Jugoslovanske lige proti tuberkulozi, san. general v p. dr. Jordan Stajić, pri vseh priljubljen, od vseh spoštovan, govori:

„Gospodo!

Danas imamo jednu retku proslavu u ovome hramu isceljenja imamo 25-godišnju proslavu osnivanja ovoga lečilišta.

Neobično me raduje, što je visoki značaj antituberkulozne ideje još pre 25 godina našao pobornike, koji su svesrdačno prihvatali ideju ovoga sanatorijuma „Brestovca“ — sanatorijuma Ureda za osiguranje radenika — i time stvorili mogućnost prihvatanja grudobolnih; ovim aktom inicijatori su dali dovoljno dokaza, kako su oni još onda svesno prihvatili i u praksu priveli suvremene doktrine u reševanju ovoga sanitarno — socialnog pitanja.

Ma da lečenje jednog bolesnika, ma koliko da je od značaja i potrebe, manje je važno za celo društvo i budućnost jednog naroda nego što je pitanje javne higijene i pitanje opšte socialno — sanitarne prirode, ipak podizanjem jednoga lečilišta postizavaju se dva uspeha: uspeh kurativni — lečenje izlečivih i drugi profilaktični — izolacija neizlečivih; a to je pravi put za rascišćevanje antituberkulognog pitanja u praksi.

S toga pri današnjoj proslavi — dvadesetpetogodišnjici egzistiranja i obilnog i plodnog rada ovoga sanatoriuma u ime onih koji pri ovoj proslavi nisu prisutni — njihovih bolesnika i u ime naše, neka je najlepša i duboka blagodarnost inicijatorima i svima saradnicima; neka bi se put njihovoga rada ugledal još mnogi drugi te da i drugi krajevi naše lepe Domovine što pre steknu veliki broj ovakih lečilišta.

Sve tvorce i saradnike ovoga sanatoriuma molimo, da prime našu iskrenu i toplu zahvalnost i naše priznanje na ovako lepom upravljanju i rukovodjenju, kako u naučno zdravstvenom smislu tako i u administrativnom.

Hvala im!“

Govor za govorom se vrsti, vsak hiti čestitat; kdo bi štel imena vseh govornikov. Edina grenka kapljica: dr. M. Dežman, ustanovitelj zavoda, ne pride, se oprosti.

Nato si ogledamo zavod, ki mu je „zob časa“ izjemoma samo koristil, ker se je od leta do leta lepše razvijal in prilagodil rastočim notranjim in zunanjim zahtevam tako, da smemo biti ponosni nanj; pa se še vedno širi in razvija.

In zopet se zbiramo — to pot samo zdravniki — v veliki dvorani, kjer z velikim zanimanjem sledimo predavanjem šefa zavoda dr. Tomašiča in njegovih sodelavcev. Vsa ta predavanja, zlasti pa prvo je odlikovala jasnost v podajanju ter blagodejna objektivna skromnost v navajanju rezultatov posameznih metod.

Že sedimo ob gostoljubni mizi zdravilišča, nekaj zdravic, živahno-aklamiranih, tedaj se pojavi vitka, postava starega profesorja Sergenta, ki pride s soprogo v spremstvu prof. Radoničiča.

Toda že je skrajni čas, da se zbiramo zopet v predavalnici. Prva skupščina jugoslovanskega ftizeološkega društva — znanstveni del prične. Ob napetem zanimanju polnoštevilno zbranih ftizeologov predava prof. dr. A. Radosavljević o „klasifikaciji pljučne tuberkuloze.“ Sledi živahna, skozi in skozi stvarna diskusija.*

Večer se bliža, ura slovesa od gostoljubnega Brestovca, ki nam bo vsem ostal v nepozabnem spominu. Toda dnevni red še ni izčrpan, vsi imamo v žepih vstopnice za opero, kjer je kongresu v čast slavnostna predstava „Rusalke“. Škoda, da dan ni daljši, dvakrat škoda, da tudi lepi in prijetni doživljaji človeka utrudijo. Jutri nas čaka zopet dan resnega dela.

L j u b l j a n a

Sprejem na kolodvoru. Odbor ljubljanske Lige polnošteviljen. Zastopniki zdravništva, mesta itd. Dr. Stajić se poljublja s prof. Šlajmerjem, starim soborcem iz balkanske vojne. Ganljiv pozdravni govor podpredsednika Lige. Krašek — prekratek odmor v hotelu, Točno ob napovedanem času otvarja predsednik ljubljanske Lige v navzočnosti gospoda bana Dravske banovine, zastopnikov mesta in raznih korparacij v nabito polni veliki dvorani Okrožnega urada ljubljanski del — jedro celega kongresa.

S predavanjem gener. Stajića hočemo dati glavni poudarek potrebi po zakonu za pobijanje tuberkuloze, brez katerega je naše delo Sisifovo delo, obsojeno le na pol-uspehe. To zveni iz stvarnih argumentov vseh diskusijskih govornikov, v tem izzveni skupna dopoldanska prireditev medicinskega in socijalno-higijenskega dela kongresa, ki odslej razpravlja točno po programu v dveh dvoranah hkrati.

V odmorih brezhibno posluje kongresni urad, ki sprejema in zadowolji vse številne želje udeležencev, ki so prihiteli v nepričakovano velikem številu iz vseh delov Jugoslavije, predvsem pa iz Dravske banovine.

Še se zbirajo posebno marljivi kolegi okrog demonstracij h poglavju kirurške terapije pljučne tuberkuloze, ko se pripravljajo drugi za predstavo v gledališču opere „Wilhelma Tell“ — gospod ban in podban sta kongresnemu vodstvu odstopila za ta večer svoji loži — ko zopet tretji v družbi kolegov uživajo prijetno hladen večer.

V soboto z jutraj napolni že pred začetkom predavanja o temi „Šola in tuberkuloza“ učiteljstvo dvorano Delavske zbornice, medtem ko so zdravniki iz podeželja prihiteli na medicinski del predavanj, ki danes obravnavajo zopet važne probleme sodobnega zdravljenja tuberkuloze.

Med vilikim odmorom izroči deputacija kongresa rezolucijo gospodu banu kot zastopniku ministra za socialno politiko in narodno zdravje.

Komač so se zopet začela predavanja, ko se pojavi v dvorani Okrožnega urada prof. Sergent, toplo pozdravljen od poslevodečega predsednika, zahvali se v ljubeznivih besedah, pozorno posluša nekaj časa in odide, da mu pokažemo lepote mesta Ljubljane.

In zopet se zbirajo udeleženci kongresa skupaj k slavnostnem zaključku. Predsednik gener. dr. Stajić povzame zadnjikrat besedo:

*Predavanja v okvirju ftizeol. društva bodo izšla v Lječniškem Vjesniku.

„Gospodo!

Prikupljeni da pomognemo našem narodu u borbi protiv jednog njegovog strašnog neprijatelja, koji mu svake godine otima smrtnom kosom po nekoliko desetina hiljada njegove dece, evo izvršili smo prvu mobilizaciju, čija će dužnost biti, da pod svoju zastavu prikupe one silne i moćne odrede, koji će u toku daljih dana pobediti toga neprijatelja.

Ovaj naš kongres na kome smo raspravljali i referisali po tako važnim pitanjima, kako u stručno naučnom smislu tako i o socijalno tuberkuloznom problemu a u želji da se i kod nas — kao i što je to i kod drugih kulturnih naroda donese zakon za suzbijanje tuberkuloze u našem narodu, te držim, da posle ovog iscrpnog rada na ovome kongresu neće biti više potrebe da činimo dalje pokrete za donošenje zakona protiv tuberkuloze jer su naša ubedjenja i dokazi toliko jasni i ubedljivi, da će se samo na osnovu istih morati doneti željeni zakon, tako važan za sadašnjost i budućnost našeg naroda.

Budemo li pak razočarani u tome, onda ćemo istrajno i dalje raditi na tome sve dokle ne budemo uspeli; jer smo svesno ubedjeni, da je taj zakon našem narodu nasušni hlebac. Zato danas pri zaključku ovoga kongresa želim da naglasim, a to je, da stavim svom težinom na srce gospodinu Ministru Socijalne politike i Narodnog Zdravlja tu potrebu zakona za suzbijanje tuberkuloze, o kojoj potrebi je — siguran sam — i on sam uveren, a verujem da i on sam ima istu misao i želju, da se ta potreba što pre zadovolji, kako bi se tolike hiljade života naših gradjanina spasile i ovome velikom zlu stalo na put.

Nadam se da će preko gospodina Ministra i naše Narodno Predstavništvo uviditi ovu potrebu donošenje zakona za suzbijanje tuberkuloze i time odgovoriti svojoj patriotskoj dužnosti.

Zaključujući ovaj kongres osećam prijačnu dužnost, da se sa ovoga mesta najlepše zahvalim:

1. Priredjivačkom odboru u Ljubljani i inicijatorima za ovaj kongres, a to je Ljubljanska protituberkulozna liga koja je uložila veliki trud za stvaranje i priredjivanje ovoga kongresa, a koja se uvek isticala svojim primernim radom.

2. Svima saradnicima koji su svojim naučnim radovima dali svoj prilog, kako po pitanjima socijalno-sanitarne prirode, tako i saradnicima našeg mladog fitzeološkog društva pod vodstvom uvaženog profesora dr. A. Radoslavjevića, koji su svojim obilnim i mnogobrojnim naučnim radovima dali dovoljno dokaza o svojoj temeljnoj stručnoj spremi, čiji će redovi uvek biti najbolji saradnici u suzbijanju tuberkuloze.

3. Ne mogu propustiti ovu prigodu, a da se ne zahvalim najlepše na lepoj i visokoj pažnji i predusretljivosti Banu gospodinu dr. Dragu Marušiću, kako i gradskoj upravi a naročito gradjanstvu grada Ljubljane, koje je svojim lepim manifestacijama dalo izraze svojih osećaja za našu plemenu ideju i akciju.

4. Takodje svesrdno naša blagodarnost pripada našoj štampi i njenim vrednim saradnicima, koji donoseći iscrpne izveštaje sa kongresa o našem radu učinili su još jednu drugu uslugu, kako nama pionirima ove ideje, još više, što nam tim putem olakšavaju širenje antituberkulozne ideje po širokim masama.

5. Svima Vama saučesnicima takodje od srca neka je hvala, što niste žalili truda da ste tako mnogobrojno došli na ovaj kongres.

— — —

Na završetku imam Vam saopštiti da je postignut sporazum izmedju Jugoslov. lige p.t. i Jugoslovanskog ftiziološkog društva: da se iduće godine u septembru mesecu održi opet zajednički kongres u Sarajevu sa sledećim temama :

1. Kako da se organizuje borba protiv tuberkuloze kod nas.
2. Rana dijagnoza plućne tuberkuloze.
3. Slobodne teme“.

Skupno kosilo v Unionu. Točno na minuto odhod na Golnik.

Golnik.

Golnik pričakuje visoke in drage goste. Pokazati se hoče brez šminke, toda v slavnostni obleki. Še uro pred prihodom gostov je rahel dežek škropil ceste, da ne bi bilo preveč prahu. Ko prihajajo, se smeje solnce kakor da bi bilo na Golniku večna pomlad.

Prvi si ogleda zavod predsedstvo Ftizeološkega društva in Jugoslovanske lige. Kmalu se jim pridruži prof. Sergent s soprogo v spremstvu francoskega konsula. V operacijski sobi mala razstava zanimivih anatomskeih preparatov in redkih serij rentgenogramov. Gostje vse pogledajo in hvalijo in vse ima — ob koncu kongresa — isto praznično lice kot ob začetku.

Prehitro minejo kratko odmerjene ure tega obiska, prehitro za goste, ki se jim hoče še ostati, prehitro za zavod, ki bi se bil rad pokazal vsakemu posameznemu do vseh kotičkov. Po zakuski se poslovi prvi prof. Sergent s spremstvom v besedah polnih hvale. In že odbrenče tudi avtobusi — eni na Bled, drugi z večino ftizeologov v Celje in Topolšico.

Topolšica

Dan v Topolšici ni bil več kongresni dan v strogem smislu. Tu se sedaj vrši nadaljevanje znanstvenega dela skupščine ftizeologov. Predavanje dr. Savića nas zaposluje cel dopoldan, tako da se večina drugih predavanj ni mogla vršiti, še manj seveda diskusija.

Temboljše je razpoloženje pri kosilu, ki se servira na prostem in ki ga tudi kratkotrajni dež ne more prav nič motiti. Komaj najdemo še čas za kratek sestanek, v katerem zaključi prof. Radosavljević prvo skupščino ftizeologov in se obenem poslovi kot prvi predsednik, izročajoč posle novemu predsedniku prof. Čepuliću. S tem je tudi ta del kongresa zaključen. Že

pa prikorakajo Sokoli, šolski otroci in godba, da se ob sodelovanju vseh slovesno otvori novi paviljon „Mladika“, ki že nekaj mesecev služi svojemu namenu.

Večerni vlaki razprše udeležence na vse strani. Vsi pa nosimo v sebi neizbrisen spomin na to prvo manifestacijo protituberkulozne borbe in zavest, da se vrsta zavednih, zvestih borcev širi in da bomo zmagali vsem težkočam vkljub, ker **zmagati hočemo.** Unus

Zahvalne brzjavke.

Na udanostne brzjavke, ki jih je predsedstvo kongresa poslalo že z Brestovca Nj. Vel. Kralju, Nj. Vel. Kraljici ter ministru za socialno politiko in narodno zdravje, sta prispeala sledeča odgovora:

Beograd, 18. maja 1934.

Poštovani gospodine.

Po nalogu Njihovih Veličanstva Kralja i Kraljice čast mi je izjaviti Vam zahvalnost na izrazima udanosti, podnesenim sa svečanosti dvadesetpetgodišnjice otvaranja sanatorijuma Brestovac u ime Lige protiv tuberkuloze i Jugoslovenskog fitzeološkog društva.

Ministar Dvora: Milan Antić

Beograd, 10. maja 1934.

Jugoslovenskoj ligi protiv tuberkuloze

Beograd

Izvolite primiti moju najlepšu zahvalu za pozdrave upućene mi sa proslave dvadesetpet-godišnjice sanatorijuma Brestovac.

S odličnim poštovanjem

Dr. Ivan Novak

Učiteljstvo na protijetičnem kongresu.

Učiteljstvo se z veseljem in zanimanjem udeležuje dela v podeželskih protituberkuloznih ligah. Mnoge lige bi brez sodelovanja učiteljev in učiteljic zaspale in likvidirale. Tako naše učiteljstvo vzhedno kaže, da mu je tudi zdravje naroda pri srcu, zlasti, da razumeva socijalne in gospodarske posledice, ki jih prinašajo med ljudstvo tzv. ljudske bolezni, od katerih je jetika najbolj nevarna.

Tudi protijetičnemu kongresu je učiteljstvo posvetilo vse svojo pozornost, katera se je kazala v izredno veliki udeležbi od strani učiteljstva na kongresu, zlasti pri predavanju docenta dr. I. Matkota o problemu: „Šola in tuberkuloza“. K temu referatu je imel koreferat posebni delegat JUU, da je na ta način učiteljstvo podčrtalo svojo zavednost in pa tudi svoje dolžnosti v borbi proti jetiki med priprostim narodom.

Učiteljstvo je dalo kongresu svoj posebni pečat. Vemo, da bodo tesne zveze, ki jih ima učiteljstvo z ljudstvom, naši protijetični borbi v veliko korist. Prosvetljevanje ljudstva je v tej borbi eden najvažnejših predpogojev.

Učiteljstvu čast in hvala!

Dr. B.



Predsedstvo
kongresa s prof.
E. Sergent-om
na Golniku

Od leve na desno v prvi vrsti: Gen. dr. Stajić, franc. konsul, prof. Sergent, dr. Neubauer, prof. Radosavljević, gen. Ruvidić.

V drugi vrsti med konzulom in prof. Sergent-om, prof. Čepulić.

Protituberkulozna razstava

Izredna zgoščenost programa našega prvega kongresa je bila kriva, da je ta razstava, nekoliko oddaljena od kongresnih dvoran, pri udeležencih kongresa ni našla onega odziva, ki ga je po svoji odlični ureditvi zaslужila. Kdor pa je bil na njo opozorjen in je žrtvoval vsaj malo časa za njen ogled, je samo obžaloval, da je ne more natančneje ogledati ali celo, da je ne more odpeljati s seboj, da bi z njo v ožjem krogu ozivljjal zanimanje in razumevanje vseh za borbo proti tuberkulozi.

V resnici je ta razstava, čije organizacijo je prevzel Higijenski Zavod v Ljubljani, nudila izredno mnogo in jo smemo šteti po nazornosti in pregledni ureditvi razstavljenega materiala za eno najbolj uspelih higijenskih razstav sploh. Kar jo pa prav posebno odlikuje, je dejstvo, da je bil ves material skoraj brez izjeme domačega izvora, večinoma delo mladega, talentiranega risarja, tehnika M. Benedika.

R. N.

Učiteljstvo za svoje bolne tovariše

Učiteljstvo, ki je pokazalo toliko pozitivnega zanimanja za delo protituberkuloznega kongresa, ima tudi sicer polno razumevanje za težek položaj bolnih tovarišev. To priča predvsem dejstvo preusmeritve učiteljske samopomoči, ki je postala s tem podpora blagajna za tuberkulozne učitelje. To je prvi korak za bolniško zavarovanje celokupnega učiteljstva, ki se živahnno pripravlja.

Učiteljstvo Dravske banovine ima podporno zadrugo „Učiteljska Samopomoč“ (US), ustanovljena l. 1898. Danes ima US 2570 članov. Skozi več desetletij je bil edini namen te zadruge ta, da je nakazovala družinam (dedičem) umrlih članov ob smrti denarno podporo — posmrtnino, ki znaša danes Din 12.850,—, to je petkrat toliko dinarjev kot ima US članov. Izplačane posmrtnine znašajo do danes nekaj nad Din 2,600.000.—

Kmalu pa so spoznali člani US, da bi potrebovali i oni že v življenju kakih podpor, zlasti mlajšim učiteljem brez družin ni bila sama posmrtnina zadostni vabljiva, da bi vstopali v zadrugo v takem številu kot bi to bilo želeti. Posamezniki so se oglašali s predlogi o podporah v bolezni. Opravičeno, saj je bolezen največje zlo v življenju. Na posebni anketi, ki se je vršila pred kakimi 7 ali 8 leti na Golniku, nam je podal globoko in stvarno poročilo o tem važnem problemu g. dr. R. Neubauer, šefzdravnik sanatorija Golnik. Med drugim je priporočal, da naj US uvede podpore za bolne člane na ta način, da 1. od vsakokratne posmrtnine, ki je bila že takrat okrog Din 10.000,—, pri izplačilu odtegne primeren procent za bolniški sklad, ali 2. vsak član US naj se obvezuje, da plača letno ali enkrat za vselej na občnem zboru določen znesek v ta sklad. Dobra in človekoljubna zamisel pa takrat ni našla dovolj razsodnih ljudi. Morali so priti hujši časi. Svetovna kriza je pritisnila tudi v Jugoslaviji na vse sloje, posebno trdo še na državnega uradnika. Na občnem zboru leta 1933 je načelstvo US priporočalo **ustanovitev podpornega skладa**. Predlog je bil od zborovalcev skorostno sprejet.

Namen podpornega sklada je: nakazovati bolnim članom za nje in za njihove bolne družinske člane denarne podpore, ki jih ti pozneje v majhnih zneskih in v večmesečnih obrokih (do 2 let) brezobrestno vračajo US. Načelstvo lahko dovoli podporo od Din 500,— do 5.000,— Vsak član US plača enkrat za vselej znesek Din 60,— v podporni sklad. Do konca junija 1934 se je nabralo v podpornem skladu okroglo Din 154.000.—

Kako resnično potreben je bil ta sklad nam priča dejstvo, da je že takoj v prvem mesecu prosilo za bolniške podpore okrog 100 članov. Na prvi seji (27. VI. 1934) je razdelilo načelstvo US 58 potrebnim članom znesek Din 122.100—. Na vsakomesečnih sejah bo načelstvo razdeljevalo razpoložljivi denar, to je ostanek od prej in v mesecu vrnjene obroke, novim prosilcem potrebnim zdravniške pomoči.

Pri skrbni in vestni upravi bo to večno kroženje denarnih sredstev iz podpornega sklada lep in neusahljiv vir za pomoč bolnim članom, obenem pa jim bo nudil novo nado, da si zamorejo baš s temi podporami in strokovnjaško pomočjo pridobiti znova zaželjeno in potrebno zdravje.

J. Kocjančič.

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

Udeležencem IX. mednarodnega protituberkuloznega kongresa. Jugoslovanska liga proti tuberkulozi nas obvešča, da se bo IX. mednarodni protituberkulozni kongres vršil v Varšavi od 4. do 6. septembra t. l. Ob tej priliki bodo vsi udeleženci tega kongresa imeli popust na železnicah in to: skozi Madžarsko 33%, skozi Češko 33%, skozi Avstrijo 25%, skozi Poljsko pa 50%. Poljski vizum za potni list je brezplačen. Vozovnice se lahko dobe pri „Putniku“. Vsa ostala obvestila kakor tudi podrobni program kongresa se dobijo pri tajniku Lige g. dr. Miljanu Petroviću. — Beograd, Krunska br. 69.

* * *

Na končnem zasedanju I. letne skupščine „Jugoslovenskega ftizeološkega društva“, 13. maja t. l. v Topolščici, se je sestavil odbor društva kakor sledi:

predsednik: prof. dr. V. Čepulić; podpredsedniki: dr. Vračević, dr. Kušan, docent dr. Matko; tajnik: Dr. Dujmošić; blagajnik: dr. Bogičević; odborniki: prof. dr. Botteri, dr. Nemanić, dr. Samardžija, dr. Neubauer, dr. Debevec; namestniki: dr. Hahn, dr. Okolokulak; nadzorni odbor: predsednik: prof. dr. Radosavljević; odborniki: general dr. Ruvidić, dr. Čirić.

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Radnička zaštita štev. 5 — 1934. „Lečenje i suzbijanje tuberkuloze u našem radničkom osiguranju. „Lečilište Središnjeg ureda za osiguranje radnika „Brestovac“ kraj Zagreba 1909—1934“. Pod tem naslovom je v spomin 25 letnice svojega zdravilišča Osrednji urad za zavarovanje delavcev (Suzor) izdal posebno številko Radničke zaštite, ki nam obširno in dovolj temeljito pokaže delo socijalnega zavarovanja na polju pobiranja tuberkuloze. Pri tej priliki moramo takoj ponovno ugotovili, da je v praktični borbi proti tuberkulozi socijalno zavarovanje najvažnejši činitelj sploh in da je ta borba še zelo malo uspešna povsod tam, kamor socijalno zavarovanje ne sega, to je zlasti v najširše, kmečke sloje naroda. Da bi se tudi socijalno zavarovanje moglo v marsikaterem oziru še bolj uveljaviti v borbi proti glavnim socijalnim bolezni, to najbolje uvidijo vodilni funkcionarji zavarovanja sami in to iz marsikaterega članka pričajoče lepe in reprezentativne številke R. Z. Jasno odseva.

Radi omejenega prostora, ki nam je na razpolago, hočemo samo nakratko navesti vsebino glavnih člankov, prepričani, da je večina kolegov to številko že ne samo prelistala,

temveč preštudirala, kar bo prav gotovo samo v korist razumevanju celokupnega protituberkuloznega pokreta.

Po krajšem spominskem uvodu gen. ravnatelja Milana Glaserja sledi živahno pisani in vsega vpoštevanja vredni članek dr. M. Dežmana, ustanovitelja „Brestovca“, v katerem nam jasno in jedrnatno podaja svoje misli o „suzbijanju tuberkuloze i socijalnom osiguranju“. Njegovim izvajanjem ne bo nihče mogel odrekali mnogo poznavanja stvari in logične doslednosti, akopraj se morda — kakor referent — ne strinja z vsemi predlogi.

Dr. A. Nemanić, bivši šefzdravnik Brestovca, poroča o svojih opazovanjih in uspehih za časa svojega službovanja v tem zavodu (1917 do 1923.) Primerja uspehe s temi drugih sličnih zavodov v inozemstvu ter pride do sklepa, da Brestovac v ničemur ni zaoštjal za njimi.

O velikih in skoraj nepojmljivih težkočah, s katerimi je bila zvezana ustanovitev sanatorija nam poroča dr. A. Mudrinić, sedanji ravnatelj zagrebškega Okrožnega urada. Iz takih reminiscenc šele vidimo, kako daleč je segla protituberkulozna propaganda zadnjih let. Vsaj se danes posemnežni kraji kar trgajo za ustanovitev sanatorijev v svoji bližini, med tem ko so svojčas razni javni činitelji kar tekmovali med seboj v strahu pred zavodom za odprto tuberkulozo.

O razvoju Brestovca nam obširno poroča dr. Ž. Hahn, šefzdravnik SUZOR-ja na podlagi točne statistike, o medicinskem razvoju pa sedanji šefzdravnik sanatorija dr. K. Tomazič. Iz obeh člankov posnemamo, da se je ševelilo oskrbovanih bolnikov od leta do leta povečalo, povprečna oskrbna doba — kar je važno zlasti za člane urada — podaljšala, da se je delo sporedno z vedno novimi pridobitvami moderne fitoterapije vedno bolj intenziviralo ter da so se temu primerno tudi uspehi zboljšali.

Nato poroča v kakor vedno temperamentnem članku dr. J. Bohinjec, ravnatelj ljubljanskega okrožnega urada o temi: „Naša skrb za tuberkulozne bolnike“. Tu prinaša temeljiti poznavalec socijalnega zavarovanja sploh in problema tuberkuloze posebej nebroj podatkov o tem, kar je socijalno zavarovanje že storilo za svojejetične člane (n.pr. izdaja sam ljubljanski urad ca. 5 milijonov dinarjev letno v ta namen) ter o tem, kar bo moralo storiti v bodočnosti, ako bo hotelo zmagati ta ogromni problem.

Isto temo obravnava na ogromnem statističnem materijalu dr. Ž. Hahn. Ta statistični materijal zahteva študij zase.

Prav posebno zanimiv je članek dr. Samardžije, šefzdravnika Klenovnika o temi „Lečilišta za tuberkulozne nekoč i sada“, ker nam pokaže silni napredek praktične fitoterapije in fitoterapije v zadnjih 50 letih. Pokaže pa tudi koliko in kje potrebuje sanatorijski zdravnik sodelovanje svojih kolegov praktičnih zdravnikov, da bi bil današnji sanatorij kos svojih težkih nalog in da bi se moglo doseči maksimum tega, kar je dosegljivo pri skromnem številu sanatorijev in sanatorijskih postelj zlasti pri nas. Dejanski obračun o delu sanatorija Klenovnik nam podaje isti avtor v drugem članku.

Nato sledi revija vseh ostalih zavodov SUZOR-ja, ki služijo ali edino ali deloma, posredno ali neposredno pobijenju tuberkuloze med delavstvom. Tako najdemo poročila dr. Ostojića o Oporavilištu „Kasindo“, dr. Marinkovića o oporavilištu „Zagreb“ na Krku, dr. Palčića o „Jadranu“ na Rabu in dr. Mardešića o Paliču. O svojem delu poročajo še: dr. Bogičević, „o ulogi obdaništa“, dr. Sokolović: „bolničko i ambulantno lečenje tuberkuloznih bolesnika“, dr. Murić — dr. Adašević: „O tuberkulozi u grudnoj ambulanti beogradskog okružnog ureda“, dr. Sorić: „Uloga ambulanta za tuberkulozu“, dr. Čirić: „Ambulantno lečenje veštačkim pneumotoraksom u radničkom osiguranju“, dr. Kušan: „Rad na liječenju i suzbijanju tuberkuloze kod okružnog ureda u Sarajevu“, dr. Korenić: „Prosudjivanje radne sposobnosti kod oboljelih na tuberkulozi pluća u radničkom osiguranju“, dr. Deutsch: „Ustanovljenje radne sposobnosti kod tuberkuloze, kostiju i zglobova“, dr. Čop: „Fizikalna terapija i tuberkuloza“, dr. Deutsch: „Tuberkuloza zglobova i kostija u našem socijalnom osiguranju.“

Slede še članki dr. Žokalja: „Tuberkuloza i trauma“, dr. Marinkovića „Saradnja sa anti-tuberkuloznim dispanzerom“, dr. Palmonovića: „Socijalna skrb o tuber-

kuloznim radnicima u našem radničkom osiguranju". Konča pa ta izredno bogata številka (164 strani) s člankom arhitekta J. Paravica o "izgradnji Brestovca". R. N.

* *

Lječnički Vjesnik 5/34 Tudi Lječnički Vjesnik je izdal ob 25-letnici zdravilišča Brestovac posebno številko, ki prinaša tako po vsebini kakor tudi po številu vsega priznanja vredno znanstveno delo brestovaških in zagrebških fizeologov.

Dr. M. Dežman govori najpreje o svojih spominih z Brestovca, ki odkrivajo zanimiv del zdravstvene in za to splošno kulturne zgodovine iz predvojne dobe.

Dr. K. Tomazić podaje v članku "Liečilište Brestovac" nakon 25 godina „sumarni prikaz kronike i statistike“, ki vsebuje v drugi obliki vse one podatke, ki smo jih našli v odgovarjajočih člankih Radne zaštite.

Dr. A. Nemanić: "Spontani pneumotoraks kao komplikacija arteficijalnog". To ne prav posebno redko komplikacijo opisuje avtor na podlagi treh lastnih primerov. Jasno je, da pomeni spontani pneumotoraks samo tedaj usodno komplikacijo umetnega, ako se radi rupture kaverne ali predora kazeoznega infiltrata inficira. V vseh drugih slučajih je naša dolžnost, da čimpreje spremenimo odprti (ventilni) pneumotoraks v zaprtega ter nadaljujemo zdravljenje po pravilih, ki veljajo za zdravljenje s pneumotoraksom sploh.

Prof. dr. Vi. Čepulić: "Uloga krvotoka u fizeogenezi". Avtor obravnava razne bolezenske slike iz vrste takozvane hematogene tuberkuloze. Te hematogene oblike pljučne tuberkuloze se lahko širijo pozneje po predoru v bronchijalni sistem intrakanalikularno (bronhogeno) in dajo potem zopet jasno ločljive bolezenske slike. Krvotok ima torej v fizeogenezi prav posebno velik pomen, akoprav o usodi našega bolnika odločuje še mnogo drugih v njem in izven njega ležečih faktorjev.

Dr. K. Tomazić: "Oleothorax". Zelo obširna in temeljita obravnava oleotoraksa, njegovih mehaničnih in fizikalnih pogojev, njegovega vpliva, indikacij in kontraindikacij, materijala in tehnike ter komplikacij, ki jo konča avtor s kazuisliko svojih 25 primerov. Posebno zanimiva sta slučaja, pri katerih se je avtorju posrečilo, maskirati pulmonalne perforacije s pomočjo oleotoraksa, zanimivo pa tudi, da se oleotoraks pri slučajih avtorja niti enkrat ni komplikiral s predorom v pljuča.

Dr. g. Merkulov: "Izkustva s bilateralnim terapevtskim pneumotoraksom". Na Brestovcu so s to metodo, ki jo avtor najpreje na kraško obravnava s teoretskega in tehničkega stališča, zdravili 57 primerov odprele pljučne tuberkuloze (24 krat simultano, 33 krat uspešivno). Uspehi so precej zadovoljivi z ozirom na zelo stroge indikacije, po katerih so prišli za to metodo v poštev samo prav težki slučaji. Avtor radi tega tudi zah-teva razširjenje indikacij na lažje slučaje.

Dr. J. Komljenović: "Proširena gornja torakoplastika". Avtor je z delno plastiko operiral doslej 22 bolnikov, od teh 7 z razširjeno gornjo plastiko, ki daje po njegovem mnenju prav posebno ugodne rezultate.

dr. E. Leskovović: "Klimatsko liječenje plučne tuberkuloze". Kratek referat najnovejših rezultatov raziskovanja podnebja in njegovega vpliva na organizem zdravrega in bolnega. Avtor nato govori o raznih tipih podnebja in o indikacijah za zdravljenje v njih.

R. N.

* * *

Ars Therapeutica Br. 4/34

Nimam namena, obsežno referirati o tej številki, ki je prišla vsem jugoslovanskim kolegom brez izjeme v roke. Poudarjati pa hočem, da si je tvrdka "Kemika", ki izdaja ta list, pridobila s to številko nedvomno, velike zasluge. Pohvalno bi hotel predvsem omeniti, kako je uredništvo lista znalo na eleganten in obenem širokogruden način vzeti številki popolnoma značaj reklamnega lista. S tem se je "Ars therapeutica" uvrstila na dostojno mesto med ostale jugoslovanske medicinske revije.

R. N.

Knjigarna Kleinmayr & Bamberg Ljubljana

Miklošičeva cesta 16
Telefon 31-33

priporoča gg. zdravnikom medicinsko in farmacevtsko slovstvo, ki jo ima vedno v zalogi. Novosti, kakor tudi druge knjige pošilja radevole na ogled. Vse v „Zdravniškem vestniku“ navedene medicinske knjige in časopise dobavlja najhitreje. Prosimo gg. zdravnike, da se obračajo v slučaju potrebe na nas. Dragevolje dajemo vse informacije in nasvete glede knjig.

Ne naročajte pri inozemskih tvrdkah in potnikih, temveč vedno le pri domači tvardki, ki Vas bo znala v vsakem oziru zadovoljiti.

DROBNE NOVICE

Docent dr. Ivan Matko — šef odseka za tuberkulozo pri ministrstvu za socijalno politiko in narodno zdravje.

Ko se je ta številka že nahajala v tisku, smo prejeli vest, da je minister za socijalno politiko in narodno zdravje vpošteval eno glavnih zahtev protituberkulognega kongresa. Ustvaril je odsek za tuberkulozo in postavil za njegovega šefa docenta dr. Ivana Matka, znanega prvoboritelja na protituberkuloznem polju.

Iskreno čestitamo gospodu docentu, ki je s tem dobil zavičanja vreden delokrog smotrne organizacije protituberkulozne akcije v Jugoslaviji. Še bolj pa čestitamo sami protituberkulozni akciji, da je dobila ravno njega za vrhovnega šefa. Prepričani smo, da bomo odslej z velikimi koraki kmalu dohiteli one države, ki so še daleč pred nami.

V teku svoje obširne akcije proti tuberkulozi so Italjani pred kratkim otvorili nov institut za ugotovitev rane dijagnoze in za pobiranje tuberkuloze v Privernu. (Prov. Roma).

Letošnji nemški protituberkulozni kongres se vrši v Bad Salzuflen od 13. do 15. septembra.

Umrli : V Zagrebu urednik Lječniškega Vjesnika dr. Vladimir Jelovšek. Nekrolog v prihodnji številki.

V Ljubljani dr. A. Praunseis, eden prvih zobozdravnikov v Ljubljani, obenem go-dovo najbolj priljubljeni med njimi.

V Parizu Madame Curie. Na njeno delo in življenje se povrnemo v prihodnji štev.

Razpisi nagrad

Nagrada mesta Celje

Mesino načelstvo v Celju je ob priliki I. Jugoslovanskega protituberkulognega kongresa dalo na razpolago Jugoslovanskemu Ftizeološkemu društvu Din 2.000,- kot nagrado za najboljše originalno znanstveno delo iz področja ftizeologije v I. 1934.

Tekmovalci morajo predložiti svoja dela Jugoslovanskemu Ftizeološkemu društvu (Zagreb, Institut za tuberkulozo, Rockefellerjeva ul.) do 31. decembra 1934. pod gesлом, ime avtorja pa v zaprti kuverti.

Nagrajeno delo bo objavljeno v časopisu, ki ga določi ocenjevalni odbor.

V slučaju, da do omenjenega roka ne bi bilo predloženo odgovarjajoče delo, lahko Ftizeološko društvo na predlog ocenjevalcev natečaj podaljša.

Ocenjevalca sta po želji podelitelja nagrade: gg. prof. dr. Vladimir Čepulić in docent dr. Ivan Matko.

Nagrada doc. dr. I. Matka

Gospod docent dr. Ivan Matko je ob priliki I. Jugoslovanskega protituberkulognega kongresa dal na razpolago Jugoslovanskemu Ftizeološkemu društvu Din 2.000,- kot nagrado za najboljše originalno znanstveno delo iz področja ftizeologije v I. 1934.

Tekmovalci morajo predložiti svoja dela Jugoslovanskemu Ftizeološkemu društvu (Zagreb, Institut za tuberkulozo, Rockefellerjeva ul.) do 31. decembra 1934. pod gesлом, ime avtorja pa v zaprti kuverti.

Nagrajeno delo bo objavljeno v časopisu, ki ga določi ocenjevalni odbor.

V slučaju, da do omenjenega roka ne bi bilo predloženo odgovarjajoče delo, lahko Ftizeološko društvo na predlog ocenjevalcev natečaj podaljša.

Ocenjevalca sta po želji podelitelja nagrade: gg. prof. Vladimir Čepulić in docent dr. Ivan Matko.

Kurs za usavršavanje praktičnih lekar na Beogradskom medicinskom fakultetu

Od 24. septembra do 13. oktobra t.l. se vrši v Beogradu zopet tečaj za praktične zdravnike, na katerega s tem posebno opozarjam.

Ker nam ni bilo mogoče, prinesti izredno obsežni program, bi hoteli samo poudariti, da bodo predavali najbolji profesorji in docenti Beogradske medicinske fakultete o najvažnejših problemih skoraj vseh vej praktične medicine tako, da bodo udeleženci dobili res obsežen vpogled o stanju sodobne diagnostike in terapije.

Vsa pojasnila daje: Dekanat medicinskog fakulteta — Beograd, Bulevar oslobođenja br. 16 — Anatomijski institut.

VZPORED VII. ZDRAVN. TEČAJA NA GOLNIKU OD 11. DO 19. SEPT. 1934

	7-8	8-9	9-10	10-10 ³⁰	10 ³⁰ -11 ³⁰	11 ³⁰ -12 ³⁰		16-17	17-18	18-19
Sreda 12. sept.		Dr. R. Neubauer Patogeneza tuberkuloze			Klinična vizila			Dr. R. Neubauer Klinična preiskava s prakt. vajami	Dr. R. Neubauer	Demonstracije k patogenezi tbc
Četrtek 13. sept.		Dr. O. Haus — Ljubljana Rentg. preiskava pljuč			Praktično delo			Dr. A. Simoniti Laborat. tehn. za prakt. zdravnike	Dr. R. Neubauer	čitanje rentgenogramov
Petelek 14. sept.	Demonstra- cije operacij	Dr. F. Radšel — SI Grádec tbc laryngis s prakt. demonstracijami			Praktično delo			Dr T. Furlan Alergija in imuniteta	Dr. R. Neubauer Spec. diagn. in terapija tbc ter kemoterapija	Prosto za vaje
Sobota 15. sept.		Prof. dr. V. Čepulić — Zagreb Tbc kod dece z demonstracijami			Praktično delo			Popolden prost za izlete itd.		
Nedelja 16. sept.	Skupni									
Poned. 17. sept.		Dr. M. Delić — Kraljevica Tbc kosti z demonstracijami			Izlet			udeležencev		
Torek 18. sept.	Demonstra- cije operacij	Dr. M. Vračević — Beograd Infekcija i razvitak plućne tbc s na- ročitim obzirom na plućne žlezde			Praktično delo			Dr. R. Neubauer Kolaps terapija plj. tuberkuloze in njene indikacije	Dr. R. Neubauer	
Sreda 19. sept.		Dr. R. Neubauer Posebne forme plj. tbc in difer. diagno- v rentg. sliki	Dr. R. Neubauer Tbc. kot socialna bolezen		Razgovor o terapiji plućne tuberkuloze			Dr. T. Furlan Pleuritis exudativa	Dr. R. Neubauer Zdravljenje plj. tuberkuloze po prakt. zdravniku	Odhod udeležencev

Odmor za predjužnik

Opoldanski odmor

IZ UREDNIŠTVA

Zahvala urednika.

Izdajo te kongresne številke sta velikodušno podpirala Kr. banska uprava Dravske banovine s podporo Din. 2000 — ter Zdravniška zbornica Dravske banovine z Din 1000. Nej nam bo dovoljeno, da se na tem mestu obema najtopleje zahvaljujem za naklonjenost.

Obenem pa se moramo zahvaliti vsem tvořkam, ki so v polnem razumevanju naših teženj šele omogočili to izredno izdajo z naročilom svojih inseratov.

Zahvaliti pa se hočemo tudi tiskarni „Sava“ v Kranju, ki se je potrudila, da dá svoje najbolje, da bi kongresna številka postala res lepa in reprezentativna.

Za tiskovni sklad Z. v. so prispevali: Din 200.—: dr. V. Čremošnik — Gornja Radgona, po Din 100.—: dr. Lavrič — Rogaška Slatina, dr. J. Pihler — Maribor, dr. Arnšek — Hrastnik, dr. J. Nedeljković — Beograd, dr. Sedlaček — Slatina Radenci; Din 60.—: dr. Lovšin — Laško; Din 50.—: dr. C. Porekar — Ljutomer; po Din 30.—: dr. Mikuš — Vojnik, dr. Kapralov — Velika; po Din 20.— dr. Jamšek — Ljubljana, dr. Kocijančič — Škofja Loka.

Prisrčna hvala!

G. tovariš!

Če Vam je bila ta številka všeč in če ste v njej našli kar Vas zanima, tedaj mislite trenutek tudi na to, da je gmotno stanje našega lista še vedno skrajno neurejeno. Če Vam je mogoče, pošljite prispevek za tiskovni sklad.

* * *

Stare letnike Zdravniškega vestnika od I. do IV. (1929 do 1932) iščemo event. proti plačilu Din 100.— za letnik.

VSEBINA:

	Stran
Uvod	226
Otvoritveni govor	227
Dr. I. Matko: Manom prof. Alberta Calmette-a	231

I. Socijalno-higijenska predavanja:

Dr. J. Stajić: Zakonodavne mere v borbi protiv tuberkuloze	235
Dr. St. Ivanić: Zakonodavne mere v borbi protiv tuberkuloze	250
Razprava: Dr. Izaković, dr. Debevec, dr. Ferri, dr. Neubauer, dr. Čepulić, dr. Vračević, dr. Petrović, dr. Petrić, dr. Ruvidić, dr. Prodan, dr. Stefanović, dr. Stajić.	
Dr. Ž. Hahn: Socijalno osiguranje u borbi protiv tuberkuloze	254
Dr. J. Bohinjec: Pota in cilji v borbi proti tuberkulozi	260
Dr. M. Vračević: Značaj i rad antituberkuloznih dispanzera u organizaciji borbe protiv tuberkuloze	271
Dr. I. Matko: Šola in tuberkuloza	275
Dr. V. Savić: Tuberkuloza i škola	296
A. Skulj: Šola in tuberkuloza	304
Dr. J. Prodan: Protituberkulozni dispanzer v službi šolske higijene	314
Dr. K. Petrić: Borba proti tuberkulozi s stališča higijenika	317

Dr. R. A. Ferri: Socijalno-profilaktični rad antituberkuloznih dispanzera	323
Dr. J. Škarić: Propaganda i stvaranje sredstava za borbu protiv tuberkuloze	329
Razprava: Dr. Bulović, dr. Nemanić, dr. Maršić	
Resolucija	335

II. Klinično-medicinska predavanja:

Dr. V. Čepulić: Principi savremenog liječenja tuberkuloze	345
Dr. P. Samardžija: Terapija kaverne razapete u pneumotoraksu (7 slik)	358
Dr. Ibler-Sertić: Liječenje plućne tuberkuloze ambulantnim pneumotoraksom	366
Dr. J. Komljenović: Hirurško liječenje plućne tuberkuloze	373
Dr. F. Sorić: Značenje frenikoeksajreze kod procesa u gornjim partijsama pluća	377
Dr. T. Furlan: Pleuritične komplikacije pri umetnem pneumotoraksu	384
Razprava: Dr. Tomašić, dr. Debevec, dr. Radosavliević, dr. Čepulić, dr. Botteri, dr. Samardžija, dr. Furlan, dr. Tomašić	
Dr. M. Sekulić: Da-li je plućna tuberkuloza izlečljiva	393
Dr. O. Haus: Težkoće in zapreke pri zdravljenju pljučne tuberkuloze	398
Dr. J. Nedeljković-dr. J. Popović: Naši rezultati sa krizoterapijom	402
Dr. M. Murić: Pokušaji terapije plućne tuberkuloze holinskim solima	411
Dr. V. Kušan: Medikamentozno suzbijanje haemoptoe	417
Dr. Fr. Debevec: Terapija pljučne tuberkuloze s posebnim ozirom na specijalno zdravljenje	421
Dr. V. Orlić: O lečenju tuberkuloze na Jugoslovenskom Primorju	429
Dr. R. Neubauer: Sodobno zdravljenje tuberkuloze in sanatoriji	435
Razprava: D. Tomažić, dr. Neubauer, dr. Sekulić, dr. Popović.	
Zapisnik II. god. skupštine J. L. P. T.	440
Unus : Z našega kongresa (1. slika)	442
V. Kocijančič : Učiteljstvo za svoje bolne tovariše	449
Iz zdravniških društev	450
Iz medicinskih časopisov	450
Drobne novice	453
Razpisi nagrad	454
Zdravniški tečaji	454
Iz uredništva	456

Verzeichnis der Referate

I. Sozialhygienische Vorträge:

Dr. J. Stajić: Gesetzliche Massnahmen in der Tuberkulosebekämpfung	235
Dr. St. Ivanić: idem . . . 250; Dr. Ž. Hahn: Die Sozialversicherung im Kampfe gegen die Tuberkulose . . . 254; Dr. J. Bohinjec: Wege und Ziele in der Tuberkulosebekämpfung . . . 260; Dr. M. Vračević: Bedeutung und Leistung der Tuberkulosefürsorgestellen im Rahmen der organisierten Tuberkuloseabwehr . . . 271; Dr. I. Maško: Schule und Tuberkulose . . . 275; Dr. V. Savić: idem . . . 296; A. Skulj: idem . . . 304; Dr. J. Prodan: Die Tuberkulosefürsorgestelle im Dienst der Schulhygiene . . . 314; Dr. K. Petrić: Tuberkulosebekämpfung vom Standpunkt des Hygienikers . . . 317; Dr. R. A. Ferri: Die Sozialprophylaktische Tätigkeit des Tuberkulosedispensaires . . . 323; Dr. S. Škarić: Propaganda und Beschaffung von Mitteln zur Tuberkulosebekämpfung . . . 329; Resolution . . . 335.	

II. Klinisch-medizinische Vorträge:

Dr. V. Čepulić: Prinzipie der gegenwärtigen Tuberkulosebekämpfung . . . 345; Dr. P. Samardžija: Ueber die Behandlung der ausgespannten Kaverne beim Pneumothorax . . . 358; Dr. Ibler-Sertić: Ambulante Pneumothorax-Behandlung . . . 366; Dr. J. Komljenović: Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose . . . 373; Dr. F. Sorić: Die Bedeutung der Phrenicoexairese bei Oberlappenprozessen . . . 377; Dr. T. Furlan: Pleuritische Komplikationen beim künstl. Pneumothorax . . . 384; Dr. M. Sekulić: Ist Lungentuberkulose heilbar? . . . 393; Dr. O. Haus: Schwierigkeiten und Hindernisse bei der Heilung der Lungentuberkulose . . . 398; Dr. J. Nedeljković-Dr. J. Popović: Unsere Resultate mit der Chrysotherapie . . . 402; Dr. M. Murić: Versuche der Tuberkulosebehandlung mit Cholinsalzen . . . 411; Dr. V. Kušan: Medikamentöse Bekämpfung der Lungenblutungen . . . 417; Dr. F. Debevec: Die Therapie der Lungentuberkulose mit besonderer Rücksicht auf die spezifische Therapie . . . 421; Dr. V. Orlić: Ueber Behandlung der Lungentuberkulose an der jugoslaw. Riviera . . . 429; Dr. R. Neubauer: Moderne Tuberkulosebehandlung und Heilstätte . . . 435.

Rapports du I. congrès antituberculeux Yougoslave

I. Partie medico-sociale

Doct. J. Stajić: La legislation dans la lutte antituberculeuse . . . 235; doct. St. Ivanić: idem . . . 250; doct. Ž. Hahn: L'assurance sociale dans la lutte contre la tuberculose . . . 254; doct. J. Bohinjec: Les moyens et les buts dans la lutte contre la tuberculose . . . 260; doct. M. Vračević: Significations et travail des dispensaires antituberculeuses dans l'organisation de la lutte contre la tuberculose . . . 271; doct. I. Matko: L'école et la tuberculose . . . 275; doct. V. Savić: idem . . . 296; A. Skulj: idem . . . 304; doct. J. Prodan: Le dispensaire antituberculeux dans le service de l'hygiène scolaire . . . 314; doct. K. Petrić: La lutte contre la tuberculose du point de vue du hygiéniste . . . 317; doct. R. A. Ferri: Le travail prophylactique sociale le dispensaire antituberculeux . . . 323; doct. I. Škarić: La propagande contre la tuberculose et comment lui procurer des moyens nécessaires . . . 329; Resolution . . . 335.

II. Partie medico-clinique

Doct. V. Čepulić: Les principes du traitement moderne de la tuberculose . . . 345; doct. P. Samardžija: La therapie des cavités étendues dans le pneumothorax artificiel . . . 358; doct. Ibler-Sertić: Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax ambulant . . . 366; doct. J. Komljenović: Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire 373; doct. Fr. Sorić: La signification de la frenicectomy chez les processus des parties supérieures du poumons . . . 377; doct. T. Furlan: Les complications pleuritiques chez le pneumothorax artificiel . . . 384; doct. M. Sekulić: La tuberculose pulmonaire est-elle guérissable? . . . 393; doct. O. Haus: Difficultés et obstacles chez le traitement de la tuberculose pulmonaire . . . 398; doct. J. Nedeljković-J. Popović: Nos expériences dans la chrysotherapie . . . 402; doct. M. Murić: Essais thérapeutiques avec préparats du choline . . . 411; doct. V. Kušan: Le traitement medicamentale des hemoptyses . . . 417; doct. Fr. Debevec: Le traitement de la tuberculose pulmonaire, au point de vue du traitement spécifique . . . 421; Doct. D. Orlić: Le traitement de la tuberculose pulm. à la rivière Yougoslave . . . 429; doct. R. Neubauer: Le traitement moderne de la tuberculose pulmonaire et les sanatoriums . . . 435.

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

ima v svojih treh vrelcih „TEMPEL“
„STYRIA“ in „DONAT“ izvanredno
lekovito slatino, ki s svojo silno trans-
mineralizacijo organizma najugodnejše
upliva na organske funkcije, njih ve-
getativno in hormonalno regulacijo.
Indikacije: Vse bolezni želodca, čre-
vesa, jeter, žolčnih kamnov, ledvic.
Sladkorna bolezen in giht. Sezona 1.
maj—30. september. - Gospodje zdrav-
niki! Zahtevajte prospekte in vzorce
vode pri direkciji zdravilišča
R O G A Š K A S L A T I N A!

Priporočajte
rekonvalescentom,
slabokrvnim

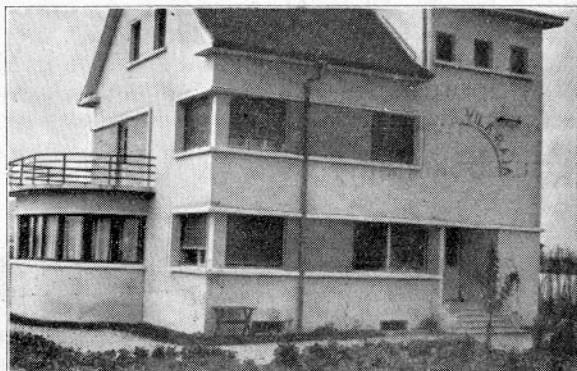
BLED

Prospekte in informacije daje zdraviliška
komisija, Bled.

Radio-therma Laško

© ——

Najučinkovitejše zdravljenje išsasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, znižanje krvnega tlaka, rekonvalescenca itd. = Sezona traja od 15. junija do 15. septembra. = V posezoni t. j. od 15. septembra do 15. junija se nudi popolna oskrba 20 dni za Dín 1.100—, 10 dni za Dín 600— (štirikrat dnevno hrana, stanovanje, kovel, dve zdravniški preiskavi. Všete so tudi vse takse). Prospekti in informacije na zahtev od uprave z draviljšča.



Staršem ki iščejo za svoje hčerke-dijakinje stanovanje v Ljubljani, priporočamo „Vila Rajo“ v Zg. Šiški (poleg remize) kjer imajo Šolske sestre svoj novi konvikt. Gojenke so pod skrbnim nadzorstvom sester vzgojiteljic, imajo popolno oskrbo po zmerni ceni,

brezplačno pomoč

pri učenju in po želji tudi pouk v klavirju.

Podrobna pojasnila daje predstojništvo konviktla

„Vila Rajo“, Ljubljana VII