

kako na reumatske promjene na drugim organima na pr. na srce, a što govori protiv specifičnog djelovanja.

ZAKLJUČAK. Kod reumatične upale nije se mogao utvrditi uzročnik ni u krvi ni u oboljelom organu. Eksperimentalnim putem jednako se nije moglo proizvesti neposredno reumatičnu upalu nikojim infektivnim uzročnikom, ni kojom drugom tvari (hormoni i t. d.). Po savremenom vodećem naziranju reumatična upala je alergično obolenje. Stanoviti infekciozni uzročnici, bakterije, bacili, virusi ili njihovi produkti, često ne izazivaju specifično djelovanje, a niti ostavljaju imunitet protiv toga uzročnika, već stavljaju organizam u stanje velike osjetljivosti (hipersenzibilizacije) odnosno potencirane upalne spremnosti. Tako senzibiliziran organizam kod ponovnog djelovanja istog uzročnika (alergija), a katkada i kod naknadnog djelovanja drugog uzročnika (paralergija) reagira s hiperergičnom (reumatskom) upalom. Imunobiološka reakcija organizma (rezultat naslijeđene i stečene konstitucije) odlučuje, da li netko oboli, a kada oboli, da li obolenje nosi karakter specifične bolesti ili organizam reagira nespecifično t. j. s hiperergičnom (reumatskom) upalom. Ta hiperergična upala prouzrokuje i karakterističnu morfološku promjenu tkiva (prva faza eksudativno-degenerativni infiltrat, druga faza granulom, treća faza zaraslina). Kod čovjeka tu hiperergičnu upalu izazivaju infekciozni uzročnici (fokalna infekcija i infekciozne bolesti). Fokalna infekcija (naročito streptokokna) najčešći je uzrok reumatične upale. Kroničnost fokalne infekcije omogućuje povremeno obasipavanje organizma s uzročnicima (antigenima odnosno alergenima), a koji prouzrokuju senzibilizaciju organizma, a zatim hiperergičnu (reumatsku) upalu. Faktori, koji pogoduju postanku reumatične upale su djelomično endogeni (endokrine smetnje, patološke promjene tvari i t. d.), a pretežno eksogeni (hlad, vlaga, propuh, stanovita vrsta rada, trauma i t. d.). Endogeni i eksogeni faktori djeluju u glavnom distonički na neuro-cirkulatorni sistem, te slabe ili lokalnu ili opću rezistenciju tijela.

DR. JANJIĆ FRAN:

SUZBIJANJE TUBERKULOZE U SOCIJALNOM OSIGURANJU

Ostvarenjem naše nove države, koja se temelji na pravednim socijalnim principima, s novim ekonomskim prilikama, nastaju i nove povoljnije perspektive za suzbijanje tuberkuloze, nego što su bile prije. Od poboljšanja ekonomskih prilika širokih radnih slojeva i boljih radnih uslova očekujemo i poboljšanje prilika u pogledu oboljevanja od tuberkuloze i njezinog širenja. Ali to nas ipak ne smije zavesti, a da ne bismo mi liječnici, osobito u socijalnom osiguranju, trebali i te kako aktivno sa svoje strane kao stručnjaci pridonijeti sve za visoki cilj, kojemu treba težiti, a to je iskorjenjivanje tuberkuloze kao socijalne bolesti.

Da vidimo ukratko, što se do sada u tom pogledu učinilo u socijalnom osiguranju, što bi trebalo učiniti i što se za prvo vrijeme može učiniti.

Prema prilikama, koje su kod nas vladale, učinilo se već mnogo. Socijalno osiguranje se može ponositi, da je prvo u našim krajevima počelo gradnjom sanatorija za tuberkulozne bolesne radnike, da u broju sanatorijskih

kreveta i danas stoji daleko ispred same države. Zbog toga su članovi socijalnog osiguranja imali i veće mogućnosti liječenja tuberkuloze, nego ostali državljani s jednakim ili dapače boljim materijalnim prilikama. Članovi socijalnog osiguranja imali su i veće mogućnosti ambulantnog liječenja, jer je bio prilično velik broj ftiziologa, koji su vršili ambulantnu službu u socijalnom osiguranju, a pridonosi tome i gušća naseljenost članstva u gradovima i njihovoj okolici.

Do sada se osjećao nedovoljan broj bolničkih kreveta i nedostaci u radu naših plućnih ambulanaata. Uzrok prvoj nedaći je podpuna nebriga bivše države u tom pogledu. Što se tiče rada u našim plućnim ambulantama, on je bio ograničen na skoro čisto kurativni dio i to manje krivnjom samih liječnika, nego uglavnom uslijed tadašnjih prilika u socijalnom osiguranju, kada se zaziralo od većih izdataka za preventivne medicinske svrhe.

A mi znamo, da je ovaj preventivni dio medicinskog rada baš u suzbijanju tuberkuloze jedan od najvažnijih faktora i njemu treba obratiti naročitu pažnju. Mi to danas u socijalnom osiguranju srećom možemo i moramo raditi.

Zbog toga naše dosadašnje plućne ambulante treba da se podignu na nivo dispanzerskog antitbe rada, to znači, da svoj djelokrug imaju proširiti u tom smislu, da pregledavaju što veći broj članova i obiteljskih članova, da neprestano traže nepoznata vrela tbc zaraze i da ih saniraju. Nije dakle uputno, kao do sada što je bilo, ograničavati broj rentgenskih pregleda pluća na različite načine, da na pr. bolesnik može u plućnu ambulantu na rtg pregled samo po uputi praktičara, koji ga i tako u velikom broju slučajeva ni ne pregleda, nego najprije uputi u plućnu ambulantu na rtg pregled. Time se postižu samo dvije negativne stvari: Neki liječnici i u nekim slučajevima misle, da nije potreban rtg pregled — nekoliko puta sam vidio žalosne posljedice takovog postupka. Drugo — bolesnik gubi nepotrebno vrijeme na dvostruko čekanje za pregled, time se bolesnici oneraspoložuju, gube strpljenje, liječniku je teže u takovim prilikama raditi, a kako sam spomenuo često je na šteti i sam član kao bolesnik.

Naša težnja u antitbe službi mora biti rentgenski pregledati pluća što većeg broja članova i na oko zdravih, a kamo ne onih, koji se tuže na neke tegobe u prsima, kašalj i t. d. Zašto je to potrebno, vidimo najbolje i iz podataka iz naših sistematskih pregleda, koje sada vršimo u Zagrebu, gdje je postotak novo otkrivenih, do tada nepoznatih, tuberkuloznih slučajeva, koji nisu imali nikakvih subjektivnih tegoba, veći od broja poznatih tuberkuloznih slučajeva.

U predmetu upućivanja bolesnika u plućnu ambulantu na pregled izdali smo 12. VI. o. god. naputak za praktičare u Zagrebu izrađen prema podacima utvrđenim u stručnoj literaturi. (Lij. vjesnik g. 62. br. 6.). Držim, da će biti korisno i ovdje to iznijeti:

Uspjeh suzbijanja tuberkuloze osniva se u prvom redu na što ranijoj dijagnozi. Poznato je, da se tuberkuloza u početnom stadiju prečesto ne može ustanoviti ni auskultacijom ni perkusijom, nego samo stručnim rentgenskim pregledom. Bez rentgenološkog pregleda ne može se nikada isključiti tuberkuloza pluća. Stoga treba uputiti na rentgenski pregled pluća:

1. Svakoga, tko mora ili tko želi biti pregledan, jer ima u svojoj obitelji slučajeva tbc ili jer je izložen zarazi tbc inače.
2. Svakog, tko dulje od 3 tjedna boluje od bilo koje bolesti organa za disanje, a napose grla.

3. Svakoga, tko je zadnjih godina više puta trebao liječničku pomoć zbog »prehlada«, katara dušnika ili sličnih bolesti.

4. Svakoga, tko boluje od gripe, upale pluća ili koje druge bolesti organa za disanje s atipičnim tečajem.

5. Svakoga, tko boluje od suhe ili vlažne upale porebrice (takove bolesnike treba kroz više godina voditi u opažanju i u redovitim vremenskim razmacima rentgenski pregledati).

6. Svakoga, tko baca krv.

7. Svakoga bolesnika s kojom god vrsti tbc izvan pluća.

8. Svakoga bolesnika s erythema nodosum i s fliktenama.

9. Svakoga bolesnika s analnom fistulom ili periproktitičnim apscesom.

10. Svakoga diabetičara, kao i svakoga bolesnika s tvrdokornim i nerazjašnjenim želučano-crijevnim tegobama, gdje nije bilo moguće utvrditi točnu dijagnozu.

11. Svakoga, tko boluje od etiološki nerazjašnjenog kroničnog gnojenja srednjeg uha.

12. Svakoga, tko ima još kakove smetnje, koje bi mogle biti uzrokovane tuberkulozom. Kao što i mnoge druge bolesti, tako može i tuberkuloza uzrokovati pojave »reumatizma u ramenu«, »probadanje u prsima«, »opću slabost«, »slabokrvnost«.

Misliti će se možda, da se u našim plućnim ambulantomama ne bi mogao izvršavati taj posao. Prikazat ću ukratko uz koje pretpostavke bi to bilo moguće. U prvom redu treba malo promijeniti način samoga liječničkog rada u ambulanti imajući pred očima njegovu svrhu, a to je: Vršiti preglede, da se otkrije tuberkuloza, otkrivenu tuberkulozu privesti odgovarajućem liječenju, odnosno donijeti ocjenu o radnoj sposobnosti. Sve je ostalo balast za dispanzerski rad: liječenje aktivne i kronične bronhitide, pleuritide i t. d., time se može baviti praktičar, jedino će ftiziolog za takove slučajeve naznačiti, da je potreban nakon stanovitog vremena kontrolni rentgenski pregled pluća.

Druga je važna stvar: dovoljan broj pomoćnih sila, da liječnik ne troši vrijeme na poslove, koje može obavljati svaki laik, zbog toga svaki ftiziolog treba da za vrijeme svoga rada ima kao pom. sile: jednu sestru po mogućnosti kvalificiranu, koja može stručno uzimati anamnezu, mjeriti temperaturu, vagati, voditi administraciju, kartoteku, priređivati instrumentarij, praviti razmazu i bojadisati sputume i t. d., te 2 pisarske sile, jednu u sobi liječnika za pisanje diktiranih rentgenskih nalaza i jednu kao pomoć sestri (vođenje dnevnika, ispunjavanje hranarinskih doznaka, pomaganje u kartoteci i t. d., osim toga sestra za terenski rad, kućnu sanaciju.

Treće: Da bi se uspješno mogao obaviti veći posao u srazmjerno kratko vrijeme, a da se kod toga ipak svakoga bolesnika individualno tretira, moraju i prostorije odgovarati zahtjevima, treba da ih bude dovoljan broj uz sistem kabina. Prema tome je potrebna jedna, a još bolje dvije čekaonice (jedna za odrasle, a jedna za djecu), jedna soba za sestru (kartoteka, mjerenje temperature i vaganje), sestra treba da bude odijeljena staklenom ogradom od bolesnika, ova prostorija mora biti kabinama vezana za sobu, u kojoj se vrši rentgenski pregled, a uz ovu potrebna je bar još jedna soba za davanje pneumotoraksa, injekcije i dr. Po mogućnosti treba još jedan mali laboratorij.

Veoma važna stvar je, da se rentgenski aparati zaštite kabinom s olovnim pločama, kako bi liječnik i pomoćno osoblje bili zaštićeni od štetnog djelovanja rentgenskih zraka.

Treba još spomenuti kartoteku. Bez vođenja kartoteke ne može se zamisliti pravi dispanzerski rad, formular kartoteke treba uskladiti s dispanzerskim uz dodatke o osiguranim članovima: Vrsta, naslov i adresa poduzeća, od kada je uposlen, radna sposobnost i t. d. Kartoteka se mora stručno voditi, kako u medicinskom pogledu (liječnik), tako i tehničkom (sestra). U protivnom slučaju će kartoteka za neko vrijeme biti samo balast.

Sanacioni terenski rad najbolje je organizirati zajedno s dispanzerima, gdje sestre imaju svoje rajone, te bi bilo neekonomično da različite sestre idu u istu ulicu, a često i u istu kuću.

Najhitnije zadaće, koje mi moramo od sada vršiti u našim plućnim ambulantama jesu:

1. Pregled poslanih od praktičara, te onih, koji su se sami javili i kontrolni pregled istih.
2. Pregled familijarnih članova bolesnika.
3. Pregled ekstrasfamilijarnih osoba, s kojima je bolesnik u kontaktu.
4. Kontrolni pregledi eksponiranih osoba u redovitim vremenskim razmacima.
5. Sistematski rentgenski pregledi i traženje vrela zaraze u većim i manjim poduzećima, gdje se pronašao bolesnik s otvorenom tbe u smislu šire provedenih ekstrasfamilijarnih pregleda okoline.

U većim, odnosno industrijskim centrima, treba osim toga što prije pristupiti i sistematskim rentgenskim pregledima članova u samim poduzećima s prenosivim rentgenskim aparatom, a gdje takovoga nema, organizirati te preglede stacionarnim rentgenskim aparatom, uz pomoć sindikata i zdravstvenih aktiva. Mi to u Zagrebu već radimo, te smo do sada pregledali preko 5.000 članova.

Suradnja s dispanzerima potrebna je u svakom pogledu: Stručno-medicinskom, socijalno higijenskom i tehničkom, osobito sada je potrebno, kad socijalno osiguranje proširuje svoje djelovanje fuzijom različitih ustanova.

Podpunom suradnjom moći će se epidemiološki sigurnije obuhvatiti tuberkulozu u dotičnom mjestu ili kraju te će i rad biti uspješniji. Često su članovi socijalnog osiguranja u zajedničkom stanu s nečlanovima, koji se inače liječe u dispanzeru ili obratno. Zajedničkom kartotekom se to odmah može uočiti i voditi točniju kontrolu o vrelima zaraze, u čemu pomažu i zajedničke sestre za terensku sanaciju. Osim toga u nekim dispanzerima su prostranije i bolje uređene prostorije, često stanoviti dio dana slobodne, te treba i to upotrebiti na opću korist, dok ne bude mogućnost gradnje novih dispanzera sa potpuno suvremenim rasporedom prostorija.

U nekim se mjestima već i vrši posao socijalnog osiguranja u dispanzerima, ali u većini slučajeva je odvojeno, te tu treba stupiti u kontakt s rukovodiocima antitbe dispanzera i ugovoriti sve potrebno, vodeći računa o tome, da ftiziolog socijalnog osiguranja ima po mogućnosti svoje posebno radno vrijeme, jer je njegova administracija opširnija, osim one redovne dispanzerske, dolazi još specijalna socijalnog osiguranja: hranbinaški dnevници, hranarinske doznake, receptura i t. d.

Što se tiče prenosivih rentgenskih aparata treba ih za sada ev. posuditi od dispanzera, koji ih imaju, dok ne bude mogućnost nabavke novih.

Nešto se, doduše, još mora napomenuti: Mi nemamo dovoljan broj ftiziologa, to je jedno, a drugo, ne može ftiziolog izvršiti neograničeni broj rentgen-

skih pregleda, nego maksimum oko 30 diaskopskih pregleda dnevno, i to uz zaštićeni rentgenski aparat, inače se liječnik izvrgava velikoj opasnosti oštećenja rentgenskim zrakama.

Za sada, dakle, dok nemamo veći broj ftiziologa, morat ćemo se zadovoljiti s time, da izvršimo najhitnije zadaće, a sistematske rtg preglede prepustiti kolegama, koji imaju za to u prvom redu zdravstvenu kondiciju, volje, smisla i samopožrtvovanja. U samom Zagrebu moći ćemo nastaviti i dalje sa sistematskim pregledima, jer imamo florograf — aparat za snimanje s rtg sjenila, — koji će uskoro proraditi, a tu nema tolike opasnosti oštećenja rtg zrakama. Ima međutim nade, da će Središnji zavod za socijalno osiguranje nabaviti i pokretni florograf, kojim će se prema potrebi moći snimati veće grupe članova i u drugim mjestima.

Jasno je, da cijeli izloženi dispanzerski rad ne može donijeti pravih uspjeha u suzbijanju tuberkuloze bez dovoljno bolničkih kreveta, potrebnih za terapiju i hospitalizaciju otvorenih tuberkuloza, no nadamo se, da će se uskoro i u tom pogledu prilike popraviti, i da ćemo već tokom slijedeće godine doći do većeg broja bolničkih kreveta, osim toga je socijalno osiguranje već i sada u boljim prilikama, jer za svoje članove ima priličan broj od 796 sanatorijskih kreveta.

Planskim intenzivnim dispanzerskim radom, oslanjajući se na podporu sindikata i zdravstvenih aktiva, zdušnim zbrinjavanjem otvorenih tuberkuloza i dobrim izborom bolesnika za sanatorijsko liječenje, učinit ćemo mnogo već i u sadašnjim prilikama.

Literatura:

Dr. Kesić: Osnovni problemi zdravstvene službe soc. osiguranja, Nar. zdravlje, 1945., br. 9—10.

Dr. S. Ibler: Osnovni društveni problemi tuberkuloze, Nar. zdravlje, 1945., broj 5.

Dr. Griesbach: Die Tuberkulose-Bekämpfung, Leipzig, 1941.

Dr. Čepulić: Suzbijanje tuberkuloze, Zagreb, 1940.

DR. KAZIMIR MODRIĆ:

OCJENJIVANJE PRIVREDNE SPOSOBNOSTI U GRANI ZA IZNEMOGLOST I STAROST

Osiguranje za slučaj iznemoglosti, starosti i smrti najmlađa je grana osiguranja, koja je kod nas doduše bila predviđena zakonom o osiguranju radnika iz god. 1922., ali je provedena u život tek sa 1. IX. 1937. Glavni je cilj ove grane osiguranja, da radnicima, koji uslijed bolesti iznemognu ili koji su zbog starosti postali nesposobni za rad, omogući izdržavanje davanjem renta, a u slučaju smrti da omogući izdržavanje porodice davanjem dječjih renta, te otpisnine ili rente udovici. I ako je ova grana osiguranja na temelju gore izloženog cilja u glavnom socijalnog i privrednog karaktera, ipak je njezino značenje i u zdravstvenom pogledu neobično važno i to zbog toga, što je ona pozvana, da s jedne strane spriječava pojave iznemoglosti, a s druge strane da iz svojih kapitala za osiguranje renta podiže ustanove za liječenje bolesnih i iznemoglih. Na taj način ova grana osiguranja služi napretku i podizanju