
REFERÁTY

61:614(079.3)

Z CESTY

MUDr. Robert VÍT

Předávám našim soudruhům a kolegům několik prvních zkušeností čtyřmi světadíly. Účast lékaře ve výpravě inž. Zikmunda a Hanzelky, pořádané tentokrát pod patronátem Československé akademie věd, rozšiřuje všeobecnou i speciální náplň úkolů expedice nemálo. Vždyť znalosti naší medicínské veřejnosti o mnoha zemích Středního a Dálného východu jsou poměrně malé. Jen omezený počet lékařů se dostal do oblastí, které po geomedicínské stránce jsou nám doma známy jen literárně. Mým úkolem není reportáž — je vyhrazena pro populární časopisy — ale mnohdy k pochopení, zejména

vztahu nemoci k prostředí — bude třeba zabořit i do oblastí sociálních, ekonomických a historických.

Jeden z prvních skutečně zdravotnický zájmových celků představuje území Balkánu. Není medicínsky celkem jednotným. Podobné typy zeměpisného rozšíření chorob najdeme stejně v Hercegovině jako v Albánii a části Makedonie. Naopak severní a severovýchodní Jugoslávie a celé Bulharsko je v podstatě s malými obměnami podobno oblastem střeoevropské.

Podrobnější rozbor zdravotní situace jsem měl možnost učinit v Albánii (balkánská oblast I.)

a záhy na to v Bulharsku (oblast II.). Dík za to patří v nemalé míře i albánským a bulharským lékařům.

Balkánská oblast I. představovala v minulosti endemické ložisko malárie, brucelasy a prudkých onemocnění gastrointestinálních (abdominální tyfus atd.).

Výskyt malárie na Balkáně ještě v době I. a II. světové války je všeobecně znám. Endemické oblasti se nacházely zejména v povodí albánské řeky Škumbin (bažiny Terbuf), ale i při dolním toku Vjosy. V jihovýchodní Albánii to byla zejména náhorní rovina korčská, kde okolí jezera Maliq (Maliť) ohrožovalo obyvatelstvo v této úrodné části země. Boj proti malárii byl opatřením albánské vlády č. 1 již záhy po osvobození země z německo-italské okupace. Pomocnou ruku tu podal mladému státu SSSR v technickém vybavení na vysušení bažin i v léčivech. A tak při rozhovoru v tiránské infekční nemocnici mi mohl přednosta oddělení dr. Ramazan Kruja sdělit, že za posledních 10 let viděl pouze 2 čerstvé případy malárie. Boj proti komárům byl vypověděn na široké frontě a lékaři spolu s celou státní zdravotní správou v tom udělali velký kus práce. Vysušení bažin Maliq a Terbuf znamenalo ozdravení celé země. V boji proti hmyzu se pokračuje i dnes. Jsou předpisy a Albánci je úzkostlivě dodržují. Je až směšné, jak jednou týdně v předním hotelu Turizmi v Durrësu bojují s nyní již neviditelným nepřítelem. Boj se vede benzinem. Benzinem s takovou příměsí merkaptanů, že má repellentní účinek i na člověka. Ale byla to zřejmě ta opravdová houževnatost a dbalost opatření, která pomohla tohoto nepřítel zlikvidovat na celé čáře. V infekční nemocnici je dnes jen tu a tam případ s chronickými potížemi, nepravidelně recidivujícími záchvaty — a pokud jde o akutní stadium, nemá mladá albánská universita medikům co ukazovat.

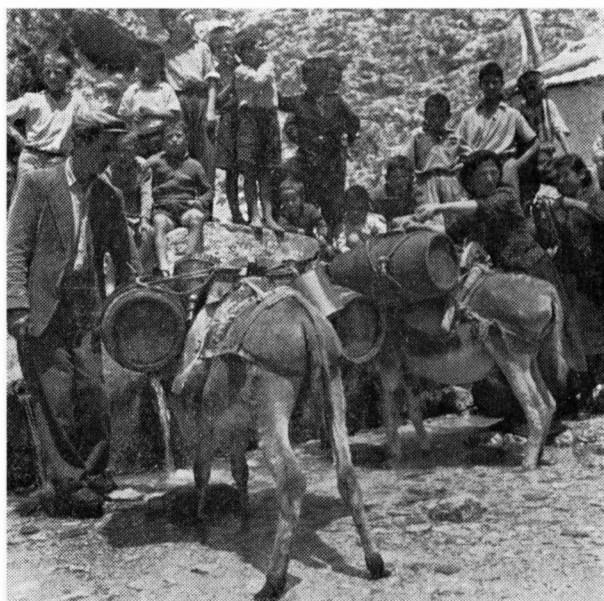
Opravdovým problémem albánského infekcionista zůstává brucelosa. Při návštěvě na infekčním oddělení tiránské universitní nemocnice bylo z 50 lůžek oddělení gastroenterálních infekcí 9 obsazeno nemocnými s brucelosou. Podle klinických i anamnestických rozborů jde o perorální infekce z mléka, převážně kozího, a z kozích i ovčích sýrů. Na albánském trhu dodnes vysoce převažuje konsum kozího mléka, vždyť kozy a ovce představují v albánském zemědělství všechno. V nemocnici je však i dnes mnoho nemocných, kde se anamnesticky nepodaří nákazu zachytit. Moderní albánské zdravotnictví má k dispozici všechny dnes dostupné léky, přesto však praceneschopnost u brucelasy je podstatně větší než u jiných onemocnění. Často zdánlivě uzdravený pacient se po několika týdnech vrací s recidivou. Následné pseudoneurastické stavy po tomto onemocnění ještě dále snižují fyzické i duševní síly postižených.

Stejně živým problémem jako brucelosa je v této oblasti i sezónně endemický výskyt abdominálního tyfu a dysentérie. Abdominální tyfus tu co do frekvence dominuje nad paratyfy. Je to, jako všude na světě, otázka v první řadě všeobecně hygienická. Zaostalé hospodářství, za-

nechané v této zemi Turky a pak italskými a německými okupanty, se dodnes tvrdě obrází v běžných hygienických návycích, a zejména poměry na vesnici jsou mnohde takové, že tyfus a dysentérie jsou jen přímým důsledkem. Přispívá k tomu i nedostatek kanalisací, neregulované toky, mnohde špatně svedené vodovody, prameny i studně. Trvalý styk se zvířaty v blízkosti lidských obydlí, jejich znečišťování blízkého i vzdáleného okolí podporuje přenos. Křivka výskytu dysentérie narůstá zejména v letním období. Vedle přímého přenosu je tu i spoluúčast hmyzu, zejména much, které, zvláště v okolí stád ovcí a koz, bývají přítomny ve stovkách. Obdobným problémem je i infekční hepatitis. Na infekčním oddělení tvořila v Tiraně skupinu nejpočetnější. Viděl jsem tu neobvykle těžké formy s přechodem v atrofii flava, případy několikrát recidivující. Dr. Kruja vykládá tu věc tím, že nemocný vyhledává lékařskou pomoc velmi pozdě, většinou v kulminaci onemocnění, a to až již z důvodů odlehlosti území a nedostatku komunikací anebo proto, že je léčen „domácky“. Terapie je dietetická, omezují i mléčnou bílkovinu (málo kvalitní), běžně podávají methionin a glukosu. Vedou přísný lůžkový režim, pacienti jsou oddělení, průměrná hospitalizace je 3 týdny, bez další rekonvalescence ústavní či domácí.

Živým problémem v Albánii jsou geohelminthosy. Vyskytují se u dospělých i u dětí. U mladších častěji. Převažují askaridy, méně častá je tasemnice vepřová (velmi omezený konsum vepřového masa, vzhledem k převážně mohamedánské populaci), častá je oxyuriasa. Po stránce parasitologické je u nás tato oblast dobře známa z popisu našich parasitologů.

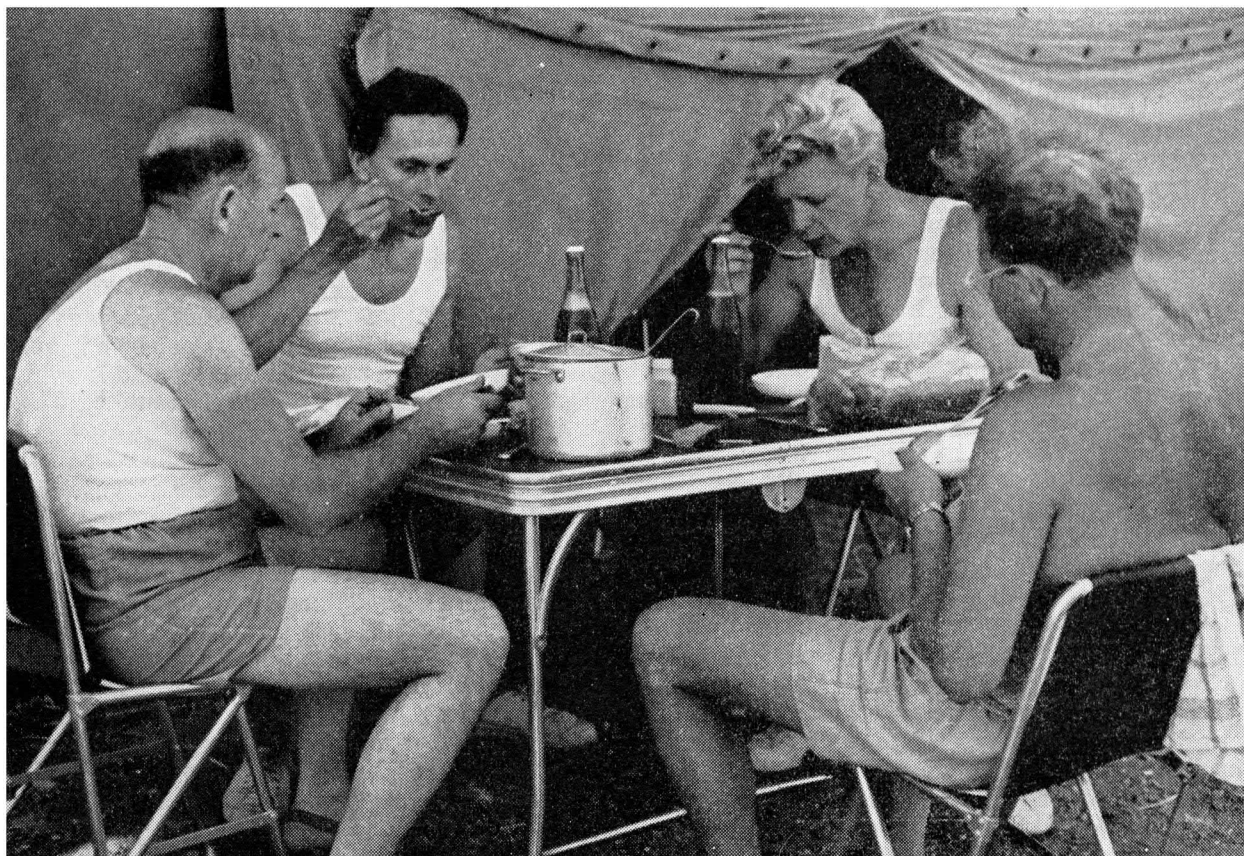
Vedle problémů infekčních chorob jsem se jako neurolog pochopitelně zajímal o vlastní obor. Již při uvítání v tiránské nemocnici byl přítomen vedle místoředitele ústavu dr. Spiri



Albánie: U pramene pitné vody



Turecko: Skalní město Göreme



Albánie: Výprava při táborovém obědě

Lito (je místoředitelem a současně patologickým anatomem), i přednosta neurologické kliniky dr. Bajram Preza se svou první i poslední sekundářkou dr. M. I. Najda. Při této příležitosti jsem si uvědomil, jaká je to heroická práce — v zemi, kde chyběli do nedávna všechny odborné kádry a kde nyní ti první lékařští „pionýři“ pracují bez ohledu na čas a osobní pohodlí na 50-lůžkovém oddělení a na bezpočetné ambulanci! Jsou dnes v moderním pojetí medicíny samostatným oborem a mají samostatné oddělení. Je to přízemní pavilon s většinou silně poddimensovanými pokoji o 5–6 pacientech. Všeobecně hygienická úroveň je dosud nízká. Je málo i středně zdravotních kádrů! Oddělení dosud postrádá vybavení, která dnes u nás již pokládáme za základní a naprosto nezbytná. Pracuje se tu opravdu průkopnický, zato — s tím větším elánem! Sami tento nedostatek velmi nepříjemně pocítují. Uvnitř vlastního oboru se zatím nijak nespecializují. Jejich centrální úřady nešetří penězi na zdravotnictví, ale Albánie má co dohánět nejen za desetiletí, ale za celá staletí. Stavějí se železnice, přehrady, silnice, nové domy, nová města. Dr. Preza i dr. Najda se chtějí seznámit s EEG, EMG, chronaxií, dosud nejsou těmito možnostmi vybaveni. Mají spolupráci s rtg. oddělením, provádějí PEG (ne příliš často), znají literárně přetlakovou PEG, ale bojí se konu, u sebemenšího městnání PEG neprovádějí. Jsou jim dobře známa jména našich neurologů: Hennera, Jirouta. Mají velmi dobré teoretické znalosti. Arteriografii neprovádějí, nemají kontrastních látek, doporučoval jsem náš Diodon, zastupce ministerstva zdravotnictví jim slíbil pomoc. Rádi by navázali bližší kontakty s československými neurology, chtěli by navštívit ČSR. Píší a publikují v albánském lékařském časopise a zejména v sovětských žurnálech. Rád jsem jim napsal článek o československé neurologii pro jejich časopis.

Neurologický pavilon má samostatný a nově zřízený dětský pokoj, který si vynutila potřeba. Velikým překvapením a zajímavostí na oddělení bylo obrovské množství hospitalizovaných pacientů s neurózami. Najdou se tu formy vaskulární, meningitické, parenchymatosní — cerebrální i míšní, formy smíšené a přechodné, těžké alterace psychické, typické ikty paralytické i gummata. Zdá se, že to všechno je důsledkem dřívějšího stavu naprosto neléčených případů (tj. ani obsolentními léky — rtutí a jodem). Je pravděpodobné, že i dnes se čerstvé infekty nezachytí a ani ve stadiu generalisace procesu necítí pacient potřebu navštívit lékaře. Dnes je v nemocnici léčení moderní. Užívá se penicilinu i arsenu, léčí se pyretoterapií.

Na oddělení se většina případů řeší bez kontrastní diagnostiky: z anamnesy a ze základního neurologického vyšetření. Nemají dosud neurochirurgie, pacienty tohoto druhu odesílají do zahraničí. V době, kdy jsem navštívil dr. Prezu na neurologické klinice, byl jeden z albánských chirurgů odeslán do ČSR na studijní cestu k doc. Kuncovi i na další pracoviště v naší republice.

Neurologické oddělení má velmi dobrou likvo-

rologickou laboratoř a provádějí si sami základní vyšetření biochemická. Ze základních vyšetření neurologických znají dobře diagnostiku mozečkovou, zřejmě vliv Hennerovy školy. Algické syndromy bederní a cervikální diagnostikují většinou jako radikulitidy, aniž věří jako my, že většina těchto onemocnění je diskogenního charakteru.

Tak slabé obsazení jako neurologie mají ovšem i ostatní obory. V celé Albánii je totiž celkem asi 200 lékařů. Při tom je nezbytně nutné, aby řada jich pracovala venku v terénu v odlehlých koutech země. Hory Albánie jsou často velmi nepřístupné. Odlehlá místa dodnes mnohdy nezvládla jiná doprava než na koni nebo oslu. Dosáhnout lékařské pomoci z některých vzdálených míst není jednoduchý problém, a tak se často pacienti dostávají do odborného prostředí pozdě. Je tu v této malé a hrdinné zemi všude obrovská snaha dohonit křivdu celých staletí a různých okupačních režimů, které se v zemi střídaly. Je zřejmé, že mnoho starších lékařských kádrů, které nesrostly s novým prostředím, je mimo zemi. Generace lékařů starších se většinou vyškolovala v Itálii, někteří v Německu. Střední generace studovala v SSSR nebo i Československu, ti nejmladší zahájili studium na zcela mladé tiránské universitě.

Léčivý je Albánie dotována velmi slušně. Jsou k dostání prakticky všechny druhy léčiv, jak antibiotika, tak i ostatní. Jsou tu léky naše, sovětské, maďarské, ale i západní. Nemocniční léčení a ambulantní péče jsou bezplatné, léky psané ambulantně pro lékárnou je nutno platit, aby se pojištění nezneužívalo. Ceny za léky jsou však velmi nízké, rozhodně nižší, než je cena, za níž je albánská vláda nakupuje.

Přestože kádrů je takový nedostatek, je již dnes vidět obrovský pokrok. Protiepidemická nařízení, očkovací povinnost, zdravotnická osvěta, boj proti hmyzu, zvyšování všeobecné životní úrovně — to vše dnes přináší již své ovoce. Zánik malárie v této oblasti Balkánu je toho nejpádňejším důkazem. Dodnes je v Albánii problémem i tbc. Zlepšená výživa, otevřená okna i dveře, v dříve stále uzavřených, spíše pevnůstkách než obydlích, to vše vede k vymýcení i tohoto nepřitele obyvatel „země orlů“.

* * *

Druhou balkánskou oblast představuje Bulharsko. Liší se po všech stránkách od ostatního Balkánu. Po stránce všeobecného standardu je možno je přirovnat k těm nejpokročilejším evropským zemím. Je zemí bez rozsáhlých bažin s pokročilým zemědělstvím. Je to oblast s bohatou historickou tradicí kulturní. Není tu patrných pozůstatků turecké nadvlády tak jako v Hercegovině, Bosně a v Albánii. Bulharští lékaři již před desetiletími studovali v Praze, v Rakousku i v Německu. Mnoho mladých lékařů má školy sovětské i naše. Šofijská universita s lékařskou fakultou má již svou vžitou tradici a výtečnou úroveň. Bulharsko se ale liší od ostatního Balkánu i po stránce vegetace. Bohaté porosty lesů, které byly úplně zničeny v ostat-

ních částech Balkánu, zdržují po celý rok dostatek vláhy. Pečlivě, až puntičkářsky jsou obdělána pole, zahrady a nádherné ovocné sady. Nelze tuto zem nazvat prostě jinak než „zahradou Balkánu“.

Je třeba o těchto faktorech vědět k pochopení odlišnosti dvou blízkých sousedních balkánských oblastí a nápadného rozdílu zdravotní situace. V podstatě je možno říci, že obraz Bulharska medicínsky je totožný s problémy střeoevropského zdravotnictví.

1. 7. 1959 jsem navštívil krajskou nemocnici v Sofii. Kulturní atašé našeho velvyslanectví s. Z. Verner mne seznámil s dr. Georgijevem, který studoval v ČSR, zná výtečně česky a také jeho manželka je Češka. Pracuje na gynaekologicko-porodnickém oddělení krajské nemocnice u dr. V. Michajlova, který je žákem vídeňské porodnické školy. Oddělení je vzorně vedené, má vysoký hygienický standard a ačkoli ve stísněných poměrech, nelze mu vytknout ani to nejmenší.

Celá krajská nemocnice vlastně dožívá. Nestáčí dnes svou kapacitou lůžkovou ani provozními prostory a čeká na přestěhování do nového objektu, který je ve stavbě.

Následuje návštěva na neurologickém oddělení krajské nemocnice. Vedoucí lékařkou je tu dr. Donka Šikirova, má sovětské lékařské školy, pracovala dlouho v SSSR. Vede malé oddělení o 35 lůžkách a větším ambulantním provozu. Nestáčí lůžka ani stísněné prostory ambulance (bývá 60—70 pacientů denně). Oddělení má 5 lékařů, z toho 2 pracují neustále na ambulanci. Přijímají pacienty ze sofijského kraje, nikoli ze Sofie. Pro pacienty přímo z hlavního města je vyhrazena nemocnice městská. Neurologie v Bulharsku se dosud plně neodloučila od psychiatrie. Pracují sice jako úplně samostatný obor, ale společnost i časopisy jsou vedeny psychiatri. Je značná snaha o pokrok i v tomto smyslu k úplnému oddělení obou disciplín.

Rentgenologické oddělení nemocnice je centrální a kontrastní diagnostika je velmi omezená. Vlastní přístroj EEG krajská nemocnice dosud nemá. V celém Bulharsku je nyní 8 EEG přístrojů, koncentrovaných hlavně na kliniky a v některých větších odlehlých městech (Plovdiv).

Podobně jako u nás jsou ambulance i lůžka neustále přeplněna lumboischadiickými syndromy. Velmi častá je frekvence paresy lícního nervu, zdá se častější než u nás. Z fyzikální léčby nesahají k teplým obkladům a horkým náčinkům, daleko častěji používají kalciové iontoforesy. Mnoho pares etiologicky považují za projev polyradikuloneuritidy. Běžně používají salicylového nárazu, stejně i strychninu, daleko méně než my léků synaptických, eserín jen ojediněle. Na rozdíl od Albánie je tu neurolyues zcela ojedinělá, tak jako u nás. Mají velmi početnou dětskou ambulanci neurologickou, velmi frekventní jsou choroby heredodegenerativní.

Nemocniční i ambulantní léčení je bezplatné, léky si však pacient musí koupit v lékárně při poměrně vysokých cenách. K dostání jsou vše-

chny druhy léčiv. Základní platy lékařů jsou asi 700—800 leva, všichni lékaři však bez výjimky mají povolenou soukromou praxi.

Asi 1½ roku je již v praxi nový zákon o přerušení těhotenství a je ještě daleko benevolentnější než u nás. Kyretáže se provádějí často v soukromých praxích.

Přijetí v krajské nemocnici bylo u bulharských soudruhů až dojemné. Přátelské, soudružské a upřímné. Pohoštění nebralo konce, sesterský kolektiv mi dal na památku vyšívaný polštář. Zájem o československou medicínu je mimořádně živý. Slíbil jsem primárce dr. Šikirově seznámit naše střešovické neurologické oddělení s jejím kolektivem. Zatím písemně, později by určitě byla na místě výměnná akce mezi oběma pracovišti — na prospěch obou stran. Bulharští soudruzi by za to byli velmi vděční! Pro eventuální výměnnou akci slíbil pomoc a podporu i náš kulturní atašé v Sofii soudruh Zdeněk Verner a společně jsme informovali i našeho velvyslance soudr. G. Spurného.

Malá Asie

Turecko je z lékařského hlediska zajímavé jednak po stránce klimatologické, jednak epidemiologické. Zaujímá část evropskou, s přibližně podobným počasím jako ve stejných šířkách v Řecku a Bulharsku, daleko více se tu však uplatňuje vzájemné působení přímořských větrů (od moře Černého i od Marmary a moře Egejského). Převládá hlavně vítr černomořský, ale ráz krajiny (flóra a fauna) je odlišný od stejné zeměpisné šířky bulharské. Rozhodují o tom bohaté porosty, sady a lesy na straně bulharské a pustá step na půdě Turecka. S tím pochopitelně souvisí i množství zadržených srážek, stín nedá sežehnout travinám a nízkým porostům. Evropské Turecko je charakterisováno stepí a poměrně značnou relativní vlhkostí ovzduší, kterou organismus daleko hůře snáší.

Vlastní Turecko maloasijské má rozsáhlou pobřežní subtropickou oblast s velikou relativní vlhkostí a obrovskou partií kontinentální, zaujímající převážnou část Anatólie a nejvýchodnější kout země, směrem ke hranicím Iránu a Iráku. Kontinentální oblast má značné výkyvy teplotní. Mrazy (i velmi značné) v údobí zimním a suchá vedra bez srážek v létě. Přímořská oblast černomořská vcelku odpovídá analogickému podnebí krymskému. Subtropická oblast středomořská (okolí Antalye, Mersinu, Adany, Iskenderunu a Antakye) má nejnižší průměrnou zimní teplotu 10° C, většinou však i vyšší a umožňuje koupání ve Středozemním moři i v zimě.

Několik poznámek k všeobecné situaci hygienické a epidemiologické. Hlavní pozornost je soustředěna na výskyt parazitárních onemocnění střevních. Vnitřní Anatólie je zanedbána jak po stránce kulturní, tak i hygienické a možnosti šíření helminthos, zvláště geohelminthos jsou značné. Neexistuje kanalisace, společné napájení lidí a dobytka u studní a pramenů, intimní soužití obyvatelstva a dobytka. Zvláště velké množství potulných psů (ale i koček), o něž se nikdo

nestará, a jež náboženské přežitky nechávají potulovat krajem v celých smečkách, nese v sobě nejen risiko parazitárního přenosu i na větší vzdálenosti (totéž krysy ve městech a zejména v přístavech — Istanbul!), ale vede také k možnosti akvirování lyssy. Na silnicích Anatolie se často setkáváme s uhynulými, napadenými nebo ubitými zvířaty, která se ani nezakopávají ani nespalují, jedinými hrobaři jsou tu červi, brouci, supi a hejna much. Mouchy se soustřeďují zvláště kolem lidských obydlí, na zbytcích potravy a splašcích (pod okny, před vraty) a svou subtropickou dotěrností jsou příčinou poměrně velmi častých myias (zvláště u dětí). Stejně časté je i věčné a neodborně ošetřované impetigo. Po stránce malariologické není Turecko, pokud jsem mohl zjistit, příliš exponovanou zemí. Vnitřní část v teplém období neskytá Anophelinům možnost k životu (chybí voda), tvrdá zima je nenechá přežít! Pokud jsou kolem jezer, chybí tu opět osídlení — a tak kruh mezi komárem a člověkem není uzavřen. Sání v době množení se děje zřejmě na ojedinelém dobytku a drobné zvěři. Oblast kolem velkých solných jezer je hmyzu takřka prázdná. Ostatní části ve vnitrozemí nejsou vhodné, zejména pro larvální stadia komárů. Poměrně častý je výskyt drobného komára z rodu *Phlebotomus* (*Phleb. papatasi*), známého přenašeče středomořské horečky a kožních leishmanios. Při večerním světle v našem obydlí na kolech jsme ho měli takřka stále na očích. Plísňová onemocnění ve vnitřní Anatolii jsou nečetná, jejich křivka prudce stoupá ve vlhkých oblastech středomořských (*microsporon minutissimum*, *epidermophyton inguinale*, *epid. interdigitale* a *epid. rubrum*).

V oblasti Turecka jsme se na rozdíl od Balkánů setkali jen s nepatrným počtem plazů — rozumí se hadů. Za celou dobu našeho pobytu jsme zde na silnici viděli jediného (přejetého), a to ještě patřícího do skupiny užovek.

Z epidemiologického hlediska je důležitá v Turecku a nakonec ve všech muslimských oblastech ochrana pramenů a vody. To, co tu nařizuje korán, je jedním z nejznamenitějších hygienicko-epidemiologických nařízení u plynulých staletí. Posvátnost pramenů, úcta k vodě, zákaz znečišťování — dané pochopitelně nutností zemí i klimatu — je pro tyto oblasti pravým dobrodíním. Každý pramen je podchycen železnou trubkou (spíše výjimečně dřevěným korytem) a volně s výše vytéká do kamenných napajedel pod přívodem. Přívod je někdy členěný a stejně i napajedla jsou stupňovitě pod sebou umístěna tak, aby se mohlo napájet co nejvíc kusů dobytka současně. Dobytku nelze vodu znečišťovat, často je ale vidět pít místní obyvatelé z těchto částí napajedla, kde popíjí kůň, kráva nebo velbloud. Většina pramenů je artézských, jen v horských oblastech jsou vyvěrající vody svedeny polopovrchově k napajedlům. Ojedinele před napajedly je reservoár (kamenný nebo i betonový), sloužící jako dostatečná zásoba při větším odbytě. Voda v těchto napajedlech bývá nejméně kvalitní a většinou jsme ji používali jen jako užitkovou nebo k umytí. Závažnější pro-

blém vodní je tam, kde není vod vyvěrajících na povrch. Je to v Turecku, zejména v oblastech mezi pohořím Taurus na sever ke Kayseri (oblasti stepní u Nigde, ale i kolem Konye), kde jsou vyhloubeny ve stepi hluboké studny a voda se vytahuje kbelíky ručně provazem. Studna je sice pečlivě uzavřena močnými balvany, ale v jejím bezprostředním okolí se nachází kamenný žlab — napajedlo, kde se soustřeďují celá stáda z okolí. Rozbáhněné a znečištěné okolí, značná poréznost půdy vede k rychlé kontaminaci zdroje. Těmto vodním stanicím jsme se pochopitelně na cestě vyhýbali.

Starší města jako Istanbul, prodělávají nyní rozsáhlé a bolestné epidemiologické ozdravení. Přistupuje se v celých velkých komplexech k bourání starých ulic a uliček, k úplnému přetvoření té staré, špinavé, orientální zaostalosti, která ohrožovala po staletí nejen vlastní obyvatelstvo, ale byla i v minulosti vstupní branou rozsáhlých epidemií v celé Evropě. Město je dodnes zamořeno potkany a krysy, zejména příslavní čtvrti (osobně jsem se ale přesvědčil, že se vyskytují i v nové čtvrti Mačka v okolí našeho generálního konsulátu). Starý Istanbul mizí a místo něj vyrůstá moderní zamerikanisované město. Boletná přestavba, i když s sebou nese ozdravení, je těžká pro ty nejchudší vrstvy, které právě v těchto místech bydlily. Celé rodiny jsou stěhovány mimo město, do domků z vepřovic na rychle slátaných, do stanů i do volné přírody. Nad bídou tu nikdo ochrannou ruku nedrží...

Celé turecké zdravotnictví je pochopitelně vybudováno na základech soukromého obchodu. Ze staré doby sultánské, ale i ze současnosti si Turecko nese s sebou pečeť vlivu koloniálních mocností. Svědčí o tom nemocnice vybudované a spravované Francouzy, Američany i Němci. To jsou přední ústavy velkých měst, venku se nemocnice takřka nevyskytují. Ošetření v privátních lékařských praxích je nákladné a stejně i léky, které jsou téměř všechny zahraničního původu. V poslední době v souvislosti s dalším pronikáním zahraničního kapitálu do země tu vyrůstá i farmaceutický průmysl značek — např. Squibb. Léčení tureckých lékařů je v první řadě symptomatické, méně kauzální. Nadbytečně se používá antibiotik (stačí diagnosa horečnaté či průjemové onemocnění, bez jakéhokoli bakteriologického vyšetření). Často ani anamnestické údaje nejsou pro tuto kategorii lékařů dosti důležité. To platí pochopitelně pro praxi. Městské kliniky a nemocnice zahraničních ústavů mají možnost kompletních a velmi kvalitních rozborů. Jsou však pro většinu tureckého obyvatelstva pro vyšší honorářů nepřístupné. Soukromé praxe lékařů se koncentrují většinou do měst. A tak, jak je orientálním zvykem koncentrovat řemeslo do jedné uličky (ulička hodinářů, klempířů, zelinářů atd.), tak i turečtí lékaři v mnoha městech mají své ordinace v jedné ulici (Konya, Mersin a další) a mnohdy ve zcela specifické symbióse s kanceláři advokátů. Často lze vidět v jediném domě 3 lékaře a dvojnásobek advokátů. Dům je pak opentlen jejich velkolepými vývěskami a jistě se často stane, že pacient

s bolavou osmičkou přijde žádat o pomoc do advokátní kanceláře. Rozhodně ty tabule by zavdaly za první republiky u nás příčinu k pohnání před lékařskou komoru. Soudě podle některých těch lékařských domů a domků nemají však ani zdejší lékaři vždy na různých ustláno. Viděl jsem ordinaci chirurga v domku, kam bych stěží vstoupil při koupi ovce. Ti obchodně zdatnější lékaři se nespokojují s praxí jedinou, ale mají dvě i více ordinací v několika městech a objíždějí tyto své „podniky“ v různých dnech. Značná část lékařů má zahraniční vzdělání. Hodně francouzské, mnozí německé, někteří anglické. Universita v Istanbulu je poměrně velmi mladá a byla založena až za vlády Kemala Atatürka.

Centrum Blízkého a Středního východu — Libanon

Libanon má zcela odlišné podmínky od ostatních zemí Blízkého a Středního východu nejen po stránce ekonomické, ale i po stránce zdravotní a klimatické. Výjimečnost tohoto postavení je dána právě faktory hospodářskými. Tento stát se vyvíjel po II. světové válce díky americké podpoře na úrovni, o které se ostatním arabským zemím ani nesní. A že tomu tak bylo ne právě z důvodů nezištných, není třeba podotýkat. Libanonom prochází valná část obchodu těchto oblastí, sem se zkoncentrovaly dodávky spotřebního zboží, potravin, automobilů, zde mají sídlo velké naftové závody i banky všech „mocných“ kapitalistického světa. Stavějí se tu v městech celé nové rozsáhlé a moderní čtvrtě a takřka úplně se skoncovalo s orientální zaostalostí. Je to ovšem jen povrchová slupka zdejšího života, pod níž se skrývá mnoho bídy, ngramotnosti a lidského neštěstí. To se ale v pozlátku „západní životní úrovně“ ztrácí.

Města a vesnice Libanonu jsou stavěny podle moderních zásad hygieny bydlení. Všude jsou bezvadné zdroje nezávadné vody, i v malých obcích jsou dobře vybudované kanalizační sítě. Osobní hygienický standard obyvatelstva je více než průměrný.

Klimatologicky patří Libanon do oblasti mírných subtropů v přímoří, pohoří Libanon, Anti-libanon a plošina mezi oběma pohořími má spíše podnebí kontinentální, podobné nitrotureckému, anatolskému. Bezvadný zavodňovací systém však učinil i z této části země velmi úrodný kraj. Srážky převládají v zimních měsících, asi od poloviny prosince do poloviny února. Výchyly v obou směrech bývají časté. Přímořská vegetace je velmi hojná a bujná, porosty na horách jen ojediněle. Pověstné libanonské cedry jsou dnes jen malou přírodní rezervací, která vede spíše k zamyšlení nad kdysi mohutným zalesněním ve všech těchto biblických zemích.

Z infekcionistaického hlediska je malárie v Libanonu spíše sporadickou a tyto ojedinělé případy bývají hlášeny z jižní oblasti země. Jinak není malárie dnes v Libanonu zdravotnickým problémem. V infekcích nesporně vedou prim náklady gastrointestinální a vedle paratyfů a streptokokových a stafylokokových enteritid je

poměrně častým abdominální tyfus. Virové choroby se podílejí nejvíce epidemickou hepatitidou, běžnými infekcemi dětskými, neuroinfekcemi typu lymfocytárních meningoencefalitid, polyneuritidami včetně obrazu Guillain Barré. Podle sdělení lékařů bejrútské francouzské university se v zemi nevyskytuje dengue.

Ačkoli města se modernisují, nové domy mají centrální odpadové šachty i dokonalou kanalizaci, přesto je na ulicích i kolem domů a zejména na tržištích vidět spoustu špíny. Komunální hygiena značně pokulhává za individuálním standardem bytů. Je běžné vidět vyhazovat odpadky z hypermoderního činžáku, málo jsme viděli metařů, kropení ulic je spíše výjimečné. Vážne odvoz odpadků, mnohde, protože přilákají spoustu much, se vedle domů (na dvorech nebo na zahradách) polijí naftou a spalují.

Libanonské zdravotnictví je zcela v soukromých rukou. Lékařská učiliště jsou dvě. Americká a francouzská universita v Bejrútu. Vyučování je pochopitelně anglické nebo francouzské. I střední školy mají většinou vyučovací jazyk francouzský nebo anglický. Není povinná školní docházka, naopak i základní (obecná) škola musí být rodiči žáků placena, a to nikoli levně. University mají vedle fakult lékařských další fakulty: právnickou, farmaceutickou větev, filosofickou, přírodovědeckou a inženýrskou se speciálními obory. Na každé z lékařských fakult v Bejrútu je zapsáno asi 600 posluchačů, tedy množství, které vzhledem k velikosti Libanonu (1½ mil. obyv.) je neúměrné. Většina studentů obou universit je však zahraničních, z okolních i vzdálenějších arabských států. Ten, kdo na to má, doplňuje si svá lékařská studia dalším pobytem v zahraničí, převážně ve Francii, ale i v USA, Kanadě a v Anglii. Většina specialistů a vedoucích klinik má za sebou dlouhodobá studia na zahraničních ústavech.

Během pobytu v Bejrútu jsem měl příležitost seznámit se dobře s odborným prostředím ve francouzské universitní nemocnici (Hôtel Dieu de France). Pozorným a milým průvodcem mi tu byl vedoucí neurologické katedry na francouzské universitě dr. Hajjar. Patří k nejlepším neurologům v Libanonu. Je vlastně na místě vysokoškolského učitele, ale kupodivu nemá vlastní lůžkové oddělení. Neurologičtí pacienti jsou tu dosud (tak jako u nás před desetiletími) hospitalisováni na interní klinice a jeden z předních asistentů je zaměřen na neurologii a eo ipso se stává i vyučujícím. Pokročilý stav jejich diagnostiky, zvláště v privátních praxích (EEG, EMG, chronaxie atd.) je v kontrastu s tímto neutešeným stavem oboru. Neurologičtí pacienti jsou umístěni promiscue s interními nemocnými a bývá tak na klinice obsazeno v průměru 40 lůžek (ze 200). Další část neurologických pacientů je hospitalisována na všeobecně chirurgickém oddělení. Jsou to převážně případy traumatické. Měl jsem tu ve dvou dnech možnost vidět celou sérii případů krvácení epidurálního a subdurálního, počet, který odpovídá způsobu jízdy na libanonských silnicích. Měl jsem možnost všechny případy si vyšetřit a prodiskutovat s lé-

kaři na klinice. Je pochopitelné, že za tohoto pro neurologii neutěšeného stavu jsou veškeré infekce umístěny mimo ústav a neurolog jako konsiliář má tedy velké časové i cestovní ztráty. Pokoje nemocných jsou veliké, vzdušné a velmi čisté. Středně zdravotní personál je z řádových i civilních sester. Vedoucí místa mají však v rukou řády.

Velikým dojmem na mne zapůsobilo oddělení rentgen-radiologické. Je nově zřízeno a vybaveno a představuje nejen nejlépe vybavené pracoviště v Libanonu, ale snadno se může měřit i s předními ústavy evropskými. Vedoucím kliniky a katedry je francouzský profesor Paul Ponthus, který ústav vybudoval velmi pedanticky, ale také velmi účelně. Z přístrojů je tu zastoupen Philips, Siemens, Elema a další. Znájí i naši Chiranu. Pro neuroradiologii je tu Schoenanderovo zařízení v západoněmeckém provedení — kontrasty ale provádějí neurochirurgové. Je jich zatím málo, ale školí se v zahraničí. PEG se kupodivu provádí jen velmi málo, obávají se jí. Stejně i počet arteriografií je velmi omezen, to zase zejména proto, že je to nákladné vyšetření! 3 poschodí budovy jsou zabrána speciálními pracovišti. Tomografie, skiaskopy, sériograf pro angiokardiografii (Elema), několik pracovišť pro hloubkovou i povrchní rtg. terapii, oddělení pro kobaltové ozařování, vlastní pracovny histologické, mikroskopické, mají dokonce i vlastní EEG, které nemá k dispozici na klinice neurolog! Velmi pěkná posluchárna, studovna i knihovna. Vedle dr. Hajjara mne po klinice prováděl i dr. Fallah Maroun, mladý chirurg s neurochirurgickým zaměřením. Od ledna 1960 bude pracovat jako stipendista UNESCO v Mont-realu v Kanadě — je tam poslán na specialisaci na dobu 6 let!

Podle diskuse s neurologií a neurochirurgií je teoretické vzdělání našich lékařů ve srovnání s libanonskými o něco výše, po praktické stránce je naše neurologie, díky akad. Hennerovi, neskonalé dále. Aktivnost v diagnostice i terapii je u nás často i v malých podmínkách okresních nemocnic větší. Zde se vytvořily podmínky, že dříve než se neurologie osamostatní, bude již

vybudováno samostatné pracoviště neurochirurgické. Vyplývá to také jistě z té okolnosti, že neurochirurgickým nemocným se kontrastní diagnostiky dostává až v podmínkách chirurgických oddělení.

Klinická nemocnice je pochopitelně rozčleněna na třídy. Je jen velmi omezený počet bezplatných lůžek a pro nejnnutnější dobu. Platí se lůžko, léky, lékař, středně zdravotní personál. Vedle těchto velkých nemocnic je řada soukromých ústavů menších a bývá zvykem, že lékaři pracují pro několik ústavů a ještě ve svých ordinacích.

Navštívil jsem soukromou ordinaci vedoucího neurologické katedry dr. Hajjara. Má ordinace dvě. Jednu normální praxi všeobecně neurologickou, druhou ordinaci zřízenou jako elektrodiagnostickou stanicí. Je skvěle vybaven: elektroencefalografem firmy Schwartz (8kanálovým), elektromyografem firmy DISA — Dánsko (3kanálovým), chronaximetr Sigmaflux Humbert (Paris). Celé vybavení jeho laboratoře stálo na libanonské poměry úplné jmění: 60 000 L. L., (libanonských liber, asi 135 000 devisových korun). Zde pracuje nejen pro své pacienty, ale i pro soukromá sanatoria, nemocnice i pro vlastní pacienty z kliniky. Těžiště práce dr. Hajjara je pochopitelně zkoncentrováno sem — na jeho pýchu. Své věci v oboru elektrodiagnostiky opravdu výtečně rozumí a zdá se, že mu provoz kryje pořizovací náklady i amortisaci. Pracoval v Paříži u prof. Gastauda, je jeho žákem, i když svá pozdější studia trávil hlavně v Anglii. Zná prof. Hennera a jeho práce, rád by se podíval do ČSR na nějaký mezinárodní kongres.

Libanon je země ostrých protikladů. V běžném životě i v medicíně. Beduínská galabije a zahalené ženy proti dandyovsky oblékaným synkům z „lepších“ rodin a maximálně dekoltovaným jejich přítelkyním. Moderní činžáky amerického stylu se vším komfortem proti páchnoucímu tržišti, plnému much. A konečně nejmodernější technika neurologické diagnostiky proti dosavadnímu zařazení neurologie v medicínských disciplínách.