

300 H

314 / 19

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

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



W A R S Z A W A

LEKARZ KOLEJOWY

Kwartalnik Podsekcji Naukowej Lekarzy
Kolejowych Sekcji Zdrowia ZZK

„Lekarz Kolejowy“ po ośmioletniej przerwie, wywołanej największym kataklizmem świata, a Narodu Polskiego w szczególności, po raz pierwszy opuszcza prasę drukarską, by dotrzeć do rąk lekarzy kolejowych.

W nowych warunkach, w odmienionej rzeczywistości, w przebudowanym ustroju społecznym Polski Ludowej nawiązuje on nić tradycji pracy naukowej lekarza kolejowego, przerwanej przez wojnę, jego pracy dla dobra kolejarza i kolejnictwa polskiego.

Nie ulega wątpliwości, że w tym zmienionym ustroju nowej Polski zadania lekarza społecznika są jeszcze donioślejsze i wszechstronniejsze.

Nie może zabraknąć wkładu ich pracy i inicjatywy na żadnym odcinku. Dążyć musimy, aby jaknajszersze grono naszych kolegów, przepojonych posłannictwem i zrozumieniem doniosłej ich roli, wiernych najszczytniejszej idei niesienia pomocy bliźniemu, znalazło na łamach naszego czasopisma możliwość fachowego wypowiedzenia się, bodziec i zachętę, oraz pragnienie do podniesienia na szczyty doskonałości swego umiłowanego zawodu. Niestety, w obecnym gronie naszym brak wielu Kolegów. Jedni z nich w czasie wojny zmarli śmiercią naturalną, drudzy zaginęli, a jeszcze inni zaginęli z rąk okupanta niemieckiego, zamęczeni w więzieniach i obozach koncentracyjnych.

Ku Nim wszystkim zwraca się w tej chwili nasza myśl i na tym miejscu składamy hołd Ich pamięci.

Naukowa Podsekcja Lekarzy Kolejowych
przy Sekcji Zdrowia Z.Z.K.



Po paroletniej przerwie, wywołanej wojną, wznawiamy wydawnictwo „Lekarza Kolejowego”, jako kwartalnika Podsekcji Naukowej, Lekarzy Kolejowych, Sekcji Zdrowia Z. Z. K.

Pragnieniem i zamierzeniem naszym jest przyczynienie się do rozwoju i usprawnienia Sanitariatu Kolejowego ku pożytkowi Kolejnictwa Polskiego i jego pracowników.

Pierwszy numer poświęcamy Konferencji Naczelników Wydziałów Sanitarnych oraz Kierowników Szpitali i Sanatoriów Kolejowych, odbytej w listopadzie ub. r. w Poznaniu i Chodzieży.

Obrady te miały doniosłe znaczenie, postawienie bowiem na odpowiednim poziomie kolejowych zakładów leczniczych, jest sprawą podstawową i wielkiej doniosłości, mającą na celu otoczenie najlepszą opieką lekarską pracownika kolejowego, zasługi którego na polu podnoszenia kolejnictwa z ruin powojennych są niespożyte.

W chwili obecnej Kolejnictwo Polskie posiada następujące zakłady lecznicze:

- 1) Warszawa: Szpital Św. Wojciecha na 84 łóżek, z oddziałami wewnętrznym, ginekologicznym i chirurgicznym. (Rozpoczęto odbudowę zburzonego w r. 1939 pawilonu chirurgiczno-ginekologiczno-położniczego na 72 łóżek).
- 2) Gdańsk: Szpital Kolejowy na 165 łóżek, z oddziałami wewnętrznym, chirurgicznym, ginekologicznym, laryngologicznym i okulistycznym.

- 3) Olsztyn: Szpital Kolejowy na 100 łózek, z oddziałami wewnętrznym, chirurgicznym i ginekologicznym.
- 4) Białystok: Szpital Kolejowy na 80 łózek z oddziałami wewnętrznym, chirurgicznym i ginekologicznym.
- 5) Poznań: Szpital Kolejowy na 120 łózek z oddziałami wewnętrznym, chirurgicznym i ginekologicznym.
- 6) Szczecin: Szpital Św. Karola z oddziałami wewnętrznym, chirurgicznym i ginekologicznym.
- 7) Chodzież (D. O. K. P. Poznań) Sanatorium dla płucno-chorych na 200 łózek.
- 8) Dolna Szklarska Poręba (D. O. K. P. Wrocław) Sanatorium dla płucno-chorych na 140 łózek.
- 9) Wilkowice Bystra (D. O. K. P. Katowice) Sanatorium dla płucno-chorych na 140 łózek.
- 10) Zaskoczyn (D. O. K. P. Gdańsk) Sanatorium dla dzieci.
- 11) Głucholazy (D. O. K. P. Katowice) Prewentorium dla dla dzieci na 80 łózek.
- 12) Anin (D. O. K. P. Warszawa) Prewentorium dla dzieci na 60 łózek.
- 13) Rabka Zdrój (D. O. K. P. Kraków) Zakład leczniczy dla dzieci na 140 łózek.
- 14) Aleksandrów Kujawski (D. O. K. P. Łódź) Zakład leczniczy na 80 łózek.
- 15) Krynica (D. O. K. P. Kraków) Sanatorium na 100 łózek. łózek.
- 16) Duszniki (D. O. K. P. Katowice) Sanatorium na 120 łózek.
- 17) Wierzyca (D. O. K. P. Gdańsk) Sanatorium na 40 łózek.
- 18) Inowrocław (D. O. K. P. Gdańsk) Sanatorium.

Konferencja trwała dwa dni. W pierwszym dniu obrady odbywały się w Szpitalu Kolejowym w Poznaniu, w drugim dniu — w Sanatorium w Chodzieży.

Wygłoszono cały szereg referatów i sprawozdań, nad którymi rozwinęła się obszerna i owocna dyskusja.

Jako wynik obrad, zapadły uchwały, które skierowano do Min. Kom.

Przebieg konferencji wykazał wielki pożytek takich zjazdów i dlatego pożądanym jest bardzo, aby odbywały się one co pewien czas, celem omówienia żywotnych zagadnień, dotyczących Sanitariatu Kolejowego.

REDAKCJA.

SZPITALA KOLEJOWE I SANATORIA W ŚWIETLE OBECNIE OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW P. K. P. *).

Stroiński Edmund, kierownik Działu Ogólnego DOKP Poznań.

Zadaniem mojego referatu jest obiektywne stwierdzenie obecnego stanu rzeczy wyłącznie w zakresie administracji szpitala kolejowego, opartej o wydane przepisy P. K. P.

Nie będę tu wykazywał braków w niektórych przepisach, względnie potrzebę zmiany tychże, gdyż te sprawy omówi później kierownik sanatorium w Chodzieży Dr Bartólewski. Również w dyskusji będzie można ustalić pewne konkretne wnioski w kierunku wprowadzenia zmian, względnie naprawienia, czy też ujednostajnienia gospodarki szpitalnej.

Niewątpliwie musimy przyznać, że należyte prowadzenie tej gospodarki w obecnym czasie powojennym w nader trudnych warunkach gospodarczych i przy braku dostatecznej ilości pełno-kwalifikowanych sił lekarskich, personelu pielęgniarskiego i administracyjnego stawia ogromne wymagania dla kierownictwa szpitala.

Chcąc omówić szczegółowo zakres działania szpitala kolejowego pod względem administracyjnym, trzeba uwzględnić 4 zasadnicze rodzaje zagadnień:

- I. Sprawy ogólnie organizacyjne.
- II. Sprawy personalne.
- III. Sprawy rachunkowo - budżetowe.
- IV. Sprawy gospodarcze, czyli materiałowo-inwentarzowe

*) Referat wygłoszony w Poznaniu na konferencji Naczelników Wydziałów Sanitarnych i Kierowników Szpitali i Sanatoriów Kolejowych.

I.

Organizacja i zasady prowadzenia kolejowych zakładów leczniczych jako zakładów leczniczych bez prawa publicznego są oparte na rozp. Ministrów Komunikacji i Opieki Społecznej z dnia 23.VII.37 r., ogłoszonego w Dz. U. R. P. Nr 57 z roku 1937 poz. 509 (patrz zał. 1). Rozporządzenie to opiera się znów na ogólnej ustawie o zakładach leczniczych z dnia 22 marca 1928 r., ogłoszonego w Dz. U. R. P. Nr 38/28, poz. 382 oraz na rozporządzeniu wykonawczym Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14.2.31 r., ogłoszonego w Dz. U. R. P. 29/31, poz. 195.

Na podstawie postanowień p. 2 § 1 wspomnianego rozporządzenia Ministra Komunikacji i Opieki Społecznej z dnia 23.7.37 r., szpitale kolejowe podlegają **bezpośrednio** właściwym dyrekcjom Okr. Kolei Państwowych, czyli Wydziałowi Sanitar-nemu D. O. K. P., który na podstawie § 13 statutu organiz. D. O. K. P. z roku 1934 wykonuje nadzór fachowy i administracyjno gospodarczy nad szpitalami.

Ingerencja Władz Ministerstwa Zdrowia, względnie władz administracji ogólnej w sprawach szpitali kolejowych w myśl postanowień § 32, art. 73 poprzednio wspomnianego rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14.2.31 r. Dz. U. R. P. 29/31 ogranicza się do nadzoru, ze stanowiska policji sanitarnej oraz do żądania sprawozdań w myśl § 15 tegoz rozp.

Klasyfikacja szpitali P. K. P. została dokonana przez Obyw. Ministra Komunikacji rozp. z dnia 7.6.46 r. Nr Dz. I-1-118-3-46 o ustaleniu i klasyfikacji jednostek służby sanitarnej.

W tym rozporządzeniu została również ustalona ilość i jakość oddziałów poszczególnych szpitali, sanatoriów oraz przynależnych pracowni badawczych i leczniczych.

Pod względem organizacyjnym szpital kolejowy jest jednostką służbową DOKP o charakterze specjalnym. Aczkolwiek szpital kolejowy zasadniczo jest traktowany jako liniowa jed-

nostka wykonawcza Wydziału Sanitarnego D. O. K. P., względnie służby sanitarnej, to jednak z drugiej strony w niektórych przypadkach kompetencja kierownika szpitala, jak np. sprawa dokonywania zakupów z wolnej ręki, z tak zwanej zaliczki do wyliczenia oraz hierarchiczne stanowisko kierownika szpitala I kl. według tabeli stanowisk pod wzgl. grupy uposażenia i wysokości dodatku funkcyjnego przyrównuje to stanowisko do stanowiska naczelnika oddziału kolei państwowych — tym bardziej, że i szpital jest tak jak oddział wzgl. warsztaty jednostką, podległą bezpośrednio dyrekcji.

W wyżej cytowanym rozporządzeniu Ministrów Komunikacji i Opieki Społecznej z dnia 23.7.37 r. zostały wymienione ogólne obowiązki kierownika szpitala pod względem fachowym i gospodarczym, lecz szczegółowe czynności i kompetencje w sprawach personalnych i finansowo - gospodarczych (§ 4, p. 3 tegoż rozp.) nie zostały dotychczas sprecyzowane oficjalnym rozp. Min. Kom.

Szpital i Sanatorium, podległe naszej Dyrekcji, opracowały w porozumieniu z Wydziałem Sanitarnym D. O. K. P. dla wszystkich stanowisk personelu szpitalnego t. zw. regulaminy czynności, które będą obowiązywały do czasu wydania szczegółowych regulaminów w zakresie działania dla poszczególnych stanowisk prac. szpitalnych przez Ministerstwo Komunikacji. O tych regulaminach będzie mówił później kierownik szpitala kolejowego w Poznaniu Dr Krajnik.

Ramowy i zupełnie ogólnikowy zakres działania w sprawach personalnych, rachunkowych i gospodarczych dla kierownika szpitala, **jako zwierzchnika jednostki służbowej** określony jest w §§ 20 i 21 części III statutu organizacyjnego oddziałów kolei państwowych (Dz. Urz. M. K. Nr 9/34).

II.

Zakres czynności kierownika szpitala kolejowego w sprawach personalnych jest następujący:

1) Przedstawia Naczelnikowi Służby Sanitarnej jako bezpośredniemu zwierzchnikowi prośby, zażalenia i odwołania podległego personelu; wnioski i opinie w sprawach personalnych, jak np. sprawy przyjęć pracowników umownych, mianowań, zwolnień ze służby, sprawy nagród, zapomóg, premii i t. d. na podstawie odnośnych zarządzeń D. O. K. P.

2) Przyjmuje do robót przejściowych pracowników fizycznych (sezonowych) za każdorazowym upoważnieniem Naczelnika Służby Sanitarnej, zwalnia ich i wydaje im świadectwa pracy.

3) Odbiera od podległych pracowników ślubowanie.

4) Czuwa, aby ilość pracowników nie przekroczyła istotnej potrzeby, a w każdym razie przyznanej normy personalnej dla poszczególnych stanowisk.

5) Ustanawia kolejność w służbie turnusowej (ciągłej).

6) Poucza pracowników o zakresie ich obowiązków oraz czuwa, aby personel znał przepisy.

7) Nakazuje w wypadkach wyjątkowych, gdy tego wymagają względy służbowe, pełnienia służby poza ustalonymi godzinami pracy.

8) Przeznacza pracowników czasowo, w razie koniecznej potrzeby do czynności, nieprzywiązanych do ich stanowiska służbowego, biorąc pod uwagę posiadane przez danego pracownika kwalifikacje.

9) Udziela podwładnym pracownikom urlopów okolicznościowych w rozmiarze i przypadkach, ustalonych odnośnymi przepisami i udziela urlopów wypoczynkowych według zatwierdzonego przez Naczelnika Służby planu. W nagłych wypadkach, gdy względy służbowe tego wymagają, ma prawo wstrzymać rozpoczęcie urlopu, względnie odwołać pracownika z urlopu.

Wyznacza termin rozpoczęcia przyznanego przez D.O.K.P. urlopu zdrowotnego.

10) Kieruje pracowników chorych do lekarza rejonowego, względnie Ubezpieczalni Społecznej, a pracowników, niezdolnych do pełnienia służby lub chorych ponad 6 tygodni, do komisji lekarskiej (przepisy S. 1).

W razie trwałej niezdolności do służby pracownika umownego wystarcza orzeczenie lekarza rejonowego do wniosku o zwolnienie ze służby.

11) Zezwala pracownikom na opuszczenie posterunku służbowego podczas godzin pracy.

12) Zakazuje pracownikom w nadzwyczajnych okolicznościach na wydalanie się z miejsca zamieszkania nawet poza godzinami pracy.

13) Nakłada na podległych pracowników kary porządkowe w ramach kompetencji do wysokości 1% miesięcznego uposażenia, §§ 56 i 57 pragmatyki służbowej, a na czas obowiązywania dekretu o militaryzacji nakłada kary dyscyplinarne w zakresie zwierzchnika jednostki służbowej (upomnienie, nagana lub 5 dni aresztu).

14) Zawiesza tymczasowo pracowników w służbie w granicach rozp. Rady Ministrów z dnia 2.11.1945 r. o służbie w przedsiębiorstwie P. K. P. (§ 73) Dz. U. R. P. Nr 52/45, poz. 299 z jednoczesnym powiadomieniem Naczelnika Służby Sanitarnej.

15) Zawiadamia Naczelnika Służby Sanitarnej o występach s.uzbowych i o wykroczeniach służbowych, nie ukaranych we własnym zakresie działania, oraz o przestępstwach, przewidzianych kodeksem karnym. Przeprowadza wstępne dochodzenia służbowe.

16) Nakłada na pracowników, zatrudnionych na podstawie umowy, kary, przewidziane w regulaminach pracy. (Punktu te-

go nie można stosować w czasie obowiązywania dekretu o militaryzacji),

17) Wydaje pracownikom książeczki i dowody na pobranie deputatu opałowego w granicach i na zasadach odnośnych zarządzeń D. O. K. P.

18) Prowadzi podręczną ewidencję personelu podległego oraz książki obecności dla personelu stałego, a osobno dla pracowników sezonowych.

Ponadto kierownik szpitala spełnia następujące czynności:

1) Współpracuje z Wydziałem Sanitarnym przy ustalaniu rocznego preliminarza osobowego.

2) Zgłasza nowoprzyjętych pracowników umownych do Ubezpieczalni Społecznej na podstawie odnośnych zarządzeń Dyrekcji i Ubezpieczalni Społecznej i uskutecznia ich wymeldowanie przy zwolnieniu ze służby kolejowej, wzgl. przyjęciu na etat.

3) Prowadzi książkę urlopową i książkę chorych.

4) Prowadzi rejestrację i korespondencję w myśl przepisów kancelaryjnych M. K. i przedsiębiorstwa P. K. P. Dz. Urz. Min. Kom. Nr 15/45.

5) Prowadzi korespondencję bezpośrednio z jednostkami służbowymi równorzędnymi oraz z osobami prywatnymi i instytucjami samorządowymi, jak również porozumiewa się z władzami państwowymi II instancji. Do władz wyższych instancji szpital może występować jedynie za pośrednictwem Wydziału Sanitarnego D. O. K. P.

6) Bierze udział jako członek komisji kwalifikacyjnej pracowników podległych.

7) Dbą o należyty stan biblioteki naukowej, zbioru przepisów kolejowych oraz czytelní dla chorych.

8) Czuwa nad bezpieczeństwem przeciwpożarowym.

9) Organizuje ochronę mienia kolejowego i czuwa nad jego całością.

10) Zaopatruje personel w karty żywnościowe na podstawie obowiązujących przepisów Wydziału Aprowizacji DOKP.

11) Wydaje regulamin porządku wewnętrznego w szpitalu i czuwa nad przestrzeganiem regulaminu tak przez chorych, jak i przez personel.

12) Prowadzi terminarz odejścia chorych ze szpitala oraz księgę zgonu.

13) Prowadzi statystykę szpitalną w myśl odnośnych zarządzeń i wzorów, podanych przez Wydział Sanitarny D.O.K.P. oraz Wojewódzki Wydział Zdrowia.

14) Rozstrzyga zażalenia od decyzji, wydanych przez ordynatora, intendenta i siostrę przełożoną.

15) Rejestruje nieszczęśliwe wypadki i ważniejsze wydarzenia w myśl przepisów R. 3.

16) Udziela podwładnym pracownikom pozwolenia na posłuchanie w dyrekcji w ich sprawach osobistych, z wyjątkiem posłuchań u Dyrektora kolei.

17) Utrzymuje łączność z Zarządem Koła Z.Z.K.

18) W porozumieniu z Naczelnikiem Służby sanitarnej opracowuje na podstawie ramowych regulaminów, wydanych przez Ministerstwo Komunikacji, instrukcje służbowe, czyli szczegółowe regulaminy czynności dla poszczególnych stanowisk personelu szpitalnego, przyczym albo wykonuje sam, lub zleca, wyżej wymienione czynności, pracownikom podwładnym, w zależności od zajmowanego stanowiska i posiadanych kwalifikacji służbowych lub zawodowych.

III.

W dziedzinie rachunkowej szpital kolejowy wykonuje następujące czynności:

1) Sporządza dowody płatnicze i zarządza wypłaty zarobków dla pracowników podległych, określone jako wypłaty tymczasowe w myśl postanowień § 15 poz. 5 ogólnych przepisów o rachunkowości P. K. P. 10.

2) Prowadzenie kart uposażenia dla wszystkich pracowników, opłacanych przez szpital (§ 19 przepisy F. 10).

Analogicznie, jak w sprawach personalnych, tak i w sprawach rachunkowych charakter specyficzny szpitala kolejowego, jako jednostki służby sanitarnej, wymaga prowadzenia następujących ksiąg, względnie ewidencji:

1) Współdziałanie z referatem budżetowym Wydziału Sanitarnego przy ustalaniu rocznego preliminarza budżetowego i sprawozdania budżetowego.

2) Prowadzenie głównej księgi chorych z podręczną ewidencją dni leczenia.

3) Prowadzenie księgi dłużników i wierzycieli, w której notuje się należności z tytułu leczenia prac. własnych Dyrekcji jak i innych Dyrekcji oraz osób postronnych. Księga ta ząębia się odnośnie ilości dni leczenia z główną księgą chorych.

4) Prowadzenie książki gospodarczej z podziałem na paragrafy i pozycje według szematu budżetowego:

Wydatki osobowe.

Rozdz. 7 § 1 poz. 1 Uposażenie zasadnicze.

„ 7 § 1 „ 1a Dodatek lokalny.

„ 2 Dodatek funkcyjny.

„ 3 Dodatek służbowy.

„ 4 Dodatek gospodarczy.

- „ 5 Dodatek rodzinny.
- „ 6 Opłaty ubezpieczeniowe.
- § 1a „ 2 Koszty podróży i diety.
- „ 3 Umundurowanie.
- „ 4 Premie ogólnie - eksploatacyjne.

Wydatki rzeczowe.

- Rozdz. 7 § 2 poz. 1 Koszty kancelaryjne (druki i t. d.).
- „ 2 Opał, światło i utrzymanie porządku.
- „ 3 Utrzymanie i wymiana inwentarza.
- Rozdz. 7 § 3 Koszty leków i materiałów opatrunk.
- § 4 Utrzymanie i leczenie chorych w szpitalu.
- § 10 Inne wydatki.

5) Książka do rozliczania zaliczek, do wyliczania t. zw. awansów z Rach. 8 konto 23 na Rozdz. 7.

6) Książka dochodów R. II § 13 p. 1 — 5 t. j. na dochody:

- 1) Opłata za leczenie.
- 2) Opłaty za lekarstwa osób prywatnych,
- 3) Udział kolei wąskotor. w kosztach służby sanit.
- 4) Udział kolei prywatnych w kosztach służby sanit.
- 5) Różne wpływy.

7) Książka kasowa dla kasy podręcznej gotówkowego obrotu i ewtl. posiadanego konta bankowego.

8) Książka kasowa na rozliczenie subwencji, otrzymanych z Urzędu Wojewódzkiego (na akcje dożywiania i t. d.), o ile dany szpital wzgl. sanatorium takie otrzymuje.

9) Książka depozytów na oddane przez chorych przedmioty wartościowe i pieniądze.

10) Prowadzenie wykazów stanu zatrudnienia dla Ubezpiecz. Społecznej.

11) Prowadzenie ewidencji składek na rzecz Z. Z. K.

12) Prowadzenie arkuszy rejestracyjnych odzieży służbowej.

IV.

Zakres działania szpitala kolejowego w dziedzinie gospodarki materiałowej i inwentarzowej przedstawia się następująco:

Pod względem gospodarki materiałowej, na podstawie postanowień przepisów o nabywaniu i ewidencji materiałów i przedmiotów inwentarialnych F 2, szpital kolejowy jest podrachunkozdawcą w stosunku do Wydziału Sanitarnego D.O.K.P., który jest rachunkozdawcą i sporządza miesięczne rachunki materiałowe. Szpital prowadzi ilościową ewidencję przychodu i rozchodu materiałów (§ 21 stat. organizacyjnego dla jednostek służbowych).

Warunki pracy szpitala wymagają prowadzenia następujących ewidencji materiałowych w/g wzoru Z. 18.

- a) na materiały gospodarcze, otrzymane z Głównego Magazynu Zasobów, Składnicy Sanitarnej, apteki lub innych jednostek służbowych, zakupionych we własnym zakresie;
- b) Na lekarstwa i materiały opatrunkowe, przy czym narkotyki prowadzi się w osobnej książce;
- c) Na towary spożywcze, przeznaczone na wyżywienie chorych i personelu;
- d) Książkę magazynową na towary żywnościowe, otrzymane lub zakupione dla stołówki, (o ile taka istnieje);
- e) Książkę kuchenną i jadłospisy;
- f) Ewidencję zamówień i dostawców oraz zawieranych umów na podstawie przetargów.

W sprawach inwentarzowych Szpital Kolejowy wzgl. Sanatorium jest samodzielnym rachunkozdawcą i na podstawie art. 6 p. 2 Przepisów F. 2 winien prowadzić następujące ewidencje, wzgl. wykazy inwentarza użytkowego:

1) Książkę inwentarzową na druku Z. 18 według mianownictwa. Szczególną trudność sprawia tu brak specjalnego mianownictwa dla przyborów lekarskich.

2) Roczny wykaz pozostałości inwentarza w/g wzoru Z. 24.

3) Półroczne wykazy zmian inwentarza (wzór Z. 23).

4) Wykaz nadwyżek, wzgl. braków, stwierdzonych przy rewizjach przez organa kontrolne lub przy kontroli we własnym zakresie.

5) Książeczki kompletowe na przybory, które składają się z większej ilości przedmiotów jak np. mikroskop, aparat rentgenowski, diatermia i t. d.

6) Spisy inwentarza, znajdującego się w poszczególnych ubikacjach służbowych (wzór Z. 19).

7) Kwartalne protokoły kasyjne (Z. 9 b).

Przy poszczególnych ewidencjach materiałowych i inwentarzowych prowadzi się specjalne teki z dowodami dochodowymi i rozchodowymi (ceduły Z. 9 wzgl. Z. Gn).

Celem prowadzenia racjonalnej gospodarki materiałowej i inwentarzowej szpital sporządza okresowe zapotrzebowania na materiały i druki w/g wzoru Z. 10 z wyjątkiem tych materiałów, które zakupuje się z wolnej ręki.

Tak samo zapotrzebowania na inwentarz użytkowy sporządza szpital zasadniczo okresowo, a w wypadkach wyjątkowych sporadycznie, wzgl. na zlecenie Wydziału Sanitarnego.

W sprawach materiałowo - inwentarzowych obowiązuje

szpital ścisła współpraca z referatem gospodarczym i aptekarskim Wydziału Sanitarnego.

To byłby mniej więcej opis całokształtu gospodarki szpitalnej pod względem administracyjnym według obecnego stanu faktycznego i tak w przybliżeniu przedstawia się administracja szpitala i sanatorium w naszej dyrekcji (Poznań).

Zaznaczam, że poza cytowanymi przepisami P. K. P. istnieje jeszcze cały szereg innych przepisów kolejowych oraz indywidualnych rozporządzeń Min. Komunikacji i Dyrekcji, dotyczących w pewnym stopniu administracji szpitala, jako jednostki służbowej, wzgl. kierownika szpitala, jako zwierzchnika tejże jednostki, jak np. pragmatyka służbowa, przepisy uposażeniowe, przepisy o czasie pracy, mieszkaniowe i t. d., których tu jednak nie wymieniałem, gdyż stosowanie ich w praktyce jest rzeczą kierownictwa szpitala, a przede wszystkim intendenta, odpowiedzialnego wobec kierownika szpitala za stronę administracyjną gospodarki szpitalnej, to też intendent szpitala powinien być pracownikiem wszechstronnie obeznanym i doświadczonym w całej administracji kolejowej.

Na zakończenie mego referatu chciałbym wyrazić życzenie, by dyskusja dzisiejsza na temat gospodarki szpitalnej dała jak najlepsze wyniki, bowiem uregulowanie całkowite i wyczerpujące tego odcinka pracy kolejowej w formie szczegółowego rozporządzenia Min. Komunikacji, wzgl. osobnego statutu organizacyjnego na wzór statutu Warsztatów Głównych, Drogowych lub t. p. jednostki niewątpliwie byłoby powitane z dużym zadowoleniem przez wszystkich zainteresowanych pracowników sanitariatu, jak również przez współpracujące z nami służby, wzgl. jednostki służbowe.

Wyciąg z Dz. Ustaw Nr 57, poz. 509.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRÓW KOMUNIKACJI I OPIEKI SPOŁECZNEJ.

z dnia 23 lipca 1937 r.

o organizacji i zasadach prowadzenia zakładów leczniczych Kolei Państwowych.

Na podstawie art. 76 rozp. Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr 38, poz. 382) zarządza się, co następuje:

§ 1. (1) Szpitale Kolei Państwowych, nazywane w dalszych przepisach rozporządzenia niniejszego szpitalami kolejowymi, są zakładami leczniczymi bez prawa publiczności, utworzonymi w przedsiębiorstwie „Polskie Koleje Państwowe”, przeznaczonymi do leczenia lub obserwacji szpitalnej osób, uprawnionych do kolejowej opieki lekarskiej.

(2) Szpitale Kolejowe podlegają bezpośrednio właściwym dyrekcjom okręgowym kolei państwowych.

(3) Szpitale Kolejowe, o ile posiadają ogólne zezwolenie Ministerstwa Komunikacji, udzielone na wniosek właściwego dyrektora kolei państwowych, mogą przyjmować osoby nieuprawnione do kolejowej opieki lekarskiej w miarę posiadania miejsc wolnych.

(4) Ilość i siedziby szpitali kolejowych ustala Minister Komunikacji w porozumieniu z Ministerstwem Opieki Społecznej.

§ 2. (1) Szpital Kolejowy obejmuje:

- 1) Oddziały szpitalne.
- 2) Pracownie badawcze i lecznicze.

(2) Ilość i rodzaje oddziałów szpitalnych oraz pracowni badawczych i leczniczych w szpitalu kolejowym ustala Minister Komunikacji.

§ 3. Świadczenia szpitali kolejowych są w zasadzie odpłatne. Wysokość opłat dziennych określa Ministerstwo Komunikacji na wniosek właściwego dyrektora kolei państwowych. Opłata dzienna za chorych, nie mających prawa do kolejowej opieki lekarskiej, wynosi o 20% więcej, niż za chorych, posiadających prawo do tej opieki.

§ 4. (1) Na czele szpitala kolejowego stoi kierownik lekarz, mianowany przez Ministra Komunikacji, posiadający kwalifikacje fachowe, określone w art. 51 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr 38, poz. 382).

(2) Kierownik szpitala kolejowego:

1) Podlega dyrekcji okręgowej kolei państwowych.

2) Reprezentuje szpital na zewnątrz.

3) Jest zwierzchnikiem pracowników szpitala.

4) Zarządza bezpośrednio szpitalem pod względem lekarskim i administracyjno - gospodarczym, w szczególności:

a) organizuje życie wewnętrzne szpitala i wydaje regulamin porządku wewnętrznego w szpitalu,

b) decyduje o przyjęciu chorych do szpitala, o potrzebie wykonania zabiegów operacyjnych (par. 6) jak również o zaniechaniu sekcji zwłok (§ 7),

c) inicjuje i popiera pracę naukową lekarzy,

d) stara się o doksztalcanie personelu pomocniczego,

e) nadzoruje stan lecznictwa w szpitalu,

f) stara się o należyte zaopatrzenie szpitala w potrzebne narzędzia lekarskie, aparaty, środki leczniczo - opatrunkowe, pomocnicze środki lecznicze, inwentarz użytkowy i inne niezbędne materiały,

g) czuwa nad stanem technicznym urządzeń szpitala,

- h) dba o zaspokojenie potrzeb gospodarczych szpitala,
- i) dba o wyposażenie szpitala w potrzebne urządzenia higieniczne i przestrzeganie higieny szpitalnej, a w szczególności higieny osobistej chorych i w stosunku do chorych.

(3) Kompetencje kierownika szpitala w sprawach personalnych i finansowo - gospodarczych określa Minister Komunikacji.

(4) Dyrekcja Okręgowa Kolei Państwowych może kierownikowi szpitala kolejowego powierzyć równocześnie pełnienie czynności ordynatora jednego z oddziałów szpitalnych.

(5) Nieobecnego kierownika szpitala kolejowego zastępuje jeden z ordynatorów, wyznaczony przez dyrekcję okręgową kolei państwowych, na którego przechodzą wszystkie prawa i obowiązki kierownika.

(6) Na czele oddziałów szpitalnych stoją ordynatorzy, na czele pracowni badawczej lub leczniczej bądź kierownicy, bądź ordynatorzy, zależnie od decyzji Ministerstwa Komunikacji.

(7) Do pomocy kierownikowi szpitala kolejowego, ordynatorom oddziałów szpitalnych i kierownikom pracowni badawczych lub leczniczych w szpitalach kolejowych, jest przydzielany odpowiedni personel lekarski, administracyjny i pomocniczy. Szczegółowy zakres działania tego personelu określa Minister Komunikacji.

§ 5. (1) Przyjęcie do szpitala kolejowego chorego, uprawnionego do korzystania z kolejowej opieki lekarskiej następuje:

1) Na zlecenie lekarza kolejowego kolei państwowych.

2) Bez zlecenia, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli zachodzi konieczność natychmiastowego umieszczenia chorego w szpitalu.

(2) O przyjęciu do szpitala kolejowego osoby, nieuprawnionej do kolejowej opieki lekarskiej (§ 1 ust. (3)), decyduje kierownik szpitala.

(3) Wypisanie chorego ze szpitala kolejowego następuje w razie:

1) Stwierdzenia ukończenia leczenia lub obserwacji.

2) odmowa przez chorego poddania się operacji, uznanej za konieczną, jeżeli wypisanie ze szpitala nie grozi niebezpieczeństwem choremu lub jego otoczeniu.

3) niestosowania się chorego do obowiązującego regulaminu porządku wewnętrznego w szpitalu, pod warunkiem, że wypisanie chorego nie spowoduje następstw groźnych dla jego życia lub jego otoczenia.

4) żądania chorego lub prawnego jego zastępcy, jeżeli wypisanie mogłoby ujemnie wpłynąć na stan zdrowia chorego, wypisanie następuje na podstawie pisemnej deklaracji, mocą której wypisany przedwcześnie ze szpitala zrzeka się wszelkich pretensji do przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe” za wyniki z tego powodu skutki.

5) Stwierdzenia, że chory nie kwalifikuje się do dalszego leczenia i może być oddany pod opiekę rodziny, a w braku tejże, pod opiekę gminy, obowiązanej do udzielenia opieki.

§ 6. (1) Zabiegi operacyjne, dokonywane w szpitalu kolejowym, mogą być podejmowane za zgodą chorego; jeżeli chory nie ukończył 21 lat życia, albo z powodu niedojrzałości umysłowej lub też z powodu stanu zdrowia nie może ocenić potrzeby zabiegu operacyjnego, zabieg operacyjny może być dokonywany za zgodą jego prawnego zastępcy, z wyjątkiem wypadków, grożących niebezpieczeństwem dla życia chorego, w których każdorazowo o potrzebie dokonania zabiegu decyduje kierownik szpitala.

(2) Dokonanie zabiegu operacyjnego bez zgody chorego lub jego zastępcy, zapisuje się w „historii choroby”, z uzasadnieniem potrzeby i nagłości dokonania zabiegu.

§ 7. (1) Zwłoki osób, zmarłych w szpitalu kolejowym, poddaje się sekcji, jeżeli jej wykonanie nakazują przepisy sanitarno - policyjne, albo gdy zażąda tego właściwa władza bądź to ze względów policyjno - sanitarnych, bądź też dla celów postępowania sądowego, lub gdy tego wymagają inne względy publiczne lub naukowe.

(2) Sekcję zwłok przeprowadza się z reguły w 34 godzin po niewątpliwym stwierdzeniu śmierci przez lekarza szpitalnego.

(3) Z każdej przeprowadzonej sekcji zwłok spisuje się protokół, który załącza się do akt choroby zmarłego.

(4) W razie śmierci chorego, uprawnionego do kolejowej opieki lekarskiej, koszty pogrzebu ponosi szpital kolejowy jedynie z braku osób, do tego obowiązanych.

§ 8. Przepisy rozporządzenia niniejszego stosuje się do zakładów leczniczych kolei państwowych, przeznaczonych specjalnie do leczenia klimatycznego (sanatoriów kolejowych).

§ 9. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

UWAGI DO REFERATU P. STROIŃSKIEGO *).

Dr Bartólewski Henryk, kierownik Sanatorium w Chodzieży.

Wygłoszony dziś referat p. Stroińskiego p. t. „Szpitale kolejowe i Sanatoria w świetle obecnie obowiązujących przepisów P. K. P.” nasuwa przez analogię do szpitalnictwa ogólnego pewne refleksje. Pragnąłbym, by moje uwagi, zrobione na

*) Referat wygłoszony w Poznaniu na Konferencji Naczelników Wydziałów Sanitarnych i Kierowników Szpitali i Sanatoriów. Kolejowych.

marginesie wspomnianego referatu, zostały potraktowane jako dążenie do ulepszenia szpitalnictwa kolejowego, a nie jako złośliwą krytykę.

Podstawą prawną dla Zakładów leczniczych w Polsce jest Ustawa Prezydenta R. P. z dn. 22.III. 1928 r., ogłoszona w Dzienniku Ustaw R. P. Nr 38, Poz. 382. Interpretacja nasuwa wniosek, że każdy zakład leczniczy — bez względu na to, czy posiada prawa publiczności, czy nie — winien być:

- a) jednostką o charakterze społecznym, a nie przedsiębiorstwem dochodowym (prócz lecznic), jedynie dążyć ma do samowystarczalności w gospodarce bieżącej,
- b) opartą o instytucję opiekuńczą (Państwo, Samorząd ttp),
- c) jednostką samodzielną, a przynajmniej rachunkozdawczą, wchodzącą z własnym budżetem do budżetu instytucji opiekuńczej, pod względem zaś administracyjno-gospodarczym, mającą dużą swobodę działania, naturalnie w ramach statutowych.

W tej samej myśli wydane jest rozporządzenie Ministrów Komunikacji i Opieki Społecznej z dn. 23.VII. 1937 r. (Dz. U. R. P. Nr 57, Poz. 509), oparte na wyżej wymienionej zasadniczej Ustawie, za wyjątkiem art.: 2, 4, 45, 46, 47 (1), 48 (1), 49 (lit. c), 50, 52, 54, 55, 66, 67, 71 (lit. a, b), 86. Takie przynajmniej nasuwa się przypuszczenie po przeczytaniu go, zwłaszcza art. 4, ustęp 1, 2, omawiający prerogatywy kierownika. Niestety brak jest w tym rozporządzeniu przepisów odnośnie spraw personalnych i finansowo - gospodarczych, które miały być osobno wydane, co jednak do tej pory nie nastąpiło. Ale nawet ten fakt ma swoją wymowę. Świadczy on bowiem, że Ministerstwo Kom. dążyło do wyodrębnienia Zakładów leczniczych kolejowych, doceniając ich przeznaczenie i odmienny zupełnie charakter. W przeciwnym bowiem razie zacytowane Rozporządzenie z 1937 r. nie zapowiadałoby osobnych prze-

pisów dla spraw personalnych i finansowo - gospodarczych, lecz w § 3 byłoby powiedziane, że te działy są regulowane przepisami już istniejącymi w poszczególnych DOKP (Statut organizacyjny DOKP — Dz. Urz. M. K., Nr 9, poz. 54 z dnia 19.III. 1934 r.) oraz określałoby jedynie, za jaką jednostkę należy uważać szpitale.

Jak wybrnęły z tej sytuacji poszczególne Dyrekcje P.K.P.? Siłą faktów — jako przedsiębiorstwa, ujęte w ramy paragrafów, musiały w te same ramy wtłoczyć i szpitalnictwo, nie określając bliżej charakteru szpitali, czy też sanatoriów. Jeżeli spróbujemy oprzeć się na istniejącym podziale technicznym w kolejnictwie — to nasuwa się przez porównanie pytanie, w jakim stosunku znajduje się dany Zakład leczniczy kolejowy do Wydziału Sanitarnego DOKP? Czy odpowiada on warsztatom głównym, czy oddziałowi, czy też odcinkowi? W zasadzie żadnemu z nich. Jest to twór zwany „jednostką służbową” bez określonej pozycji. Pod względem kompetencji finansowo - gospodarczych odpowiada najbardziej odcinkowi, zakres wymagań jednak — jakie stawia się szpitalowi, czy sanatorium, stawia te na równi z oddziałem, ew. warsztatami głównymi. Tego rodzaju rozstrzygnięcie czasowe nie dało się poważniej odczuć w okresie stabilizacji gospodarczej kraju przed wojną, ale obecnie jest poważną przeszkodą w gospodarowaniu zakładem i powstrzymuje jego rozwój. Szczególnie odczuwają to sanatoria, które z reguły są znacznie oddalone od siedziby Dyrekcji okr. Kierownik takiego sanatorium, skrępowany paragrafami i pozbawiony samodzielności traci gros energii na zbyteczną korespondencję, wzgl. jazdy do centrali, czy do biura zasobów, by po trzech, czy czterech tygodniach uzyskać odpowiedź, że dany artykuł należy kupić po uprzednim przedłożeniu oferty. W międzyczasie ceny podskoczyły o kilka — lub kilkadziesiąt procent. Traci na tym w pierwszym rzędzie pacjent - kolejarz, traci również i Państwo, ponieważ Ministerstwo zmuszone jest do asygnowania

dodatkowych kredytów. Straty te można zmniejszyć jedynie przez danie kierownikom poszczególnych jednostek jak najwięcej swobody. Dążyć należy raczej do wzmocnienia kontroli, ale kontroli zdrowej i nie zaślepionej martwą literą. Na przykład: Sanatorium musi wszelkie wpływy odprowadzać do kasy dyrekcyjnej, a ta równocześnie wypłaca mu zaliczki w wysokości 50.000.— do wyliczenia. Czyż nie byłoby praktyczniej zezwolić, by wpływy szły na potrzeby zakładu, który wyliczałby się rachunkami, unikając w ten sposób zbytecznej straty czasu, a równocześnie — orjentując się w wahaniach rynkowych — kierownictwo miałoby możliwość nabywania koniecznych artykułów w odpowiednim czasie i ilości. (Wysokość sumy zaliczkowej przy obecnych cenach nie sprzyja temu). Nie miałyby również miejsca wypadek, że sanatorium, odprowadzając wpływ do Dyrekcji, prosi o uregulowanie rachunków i uzyskuje odpowiedź, że wszelkie wypłaty wstrzymane. Efekt — firmy poszczególne nie udzielają dalszego kredytu, co pociąga za sobą wstrzymanie rozpoczętych prac, czy też obcięcie porcji żywnościowych. Najciekawsze, że przedsiębiorstwa państwowe, czy też instytucje, dostarczające przydziałów żądają tylko gotówki i dość często trzeba wpłacać naprzód. W tych wypadkach nie pomogą nawet zapasy, ponieważ są pewne artykuły spożywcze, które nabywa się codziennie. A co będzie z zapasami na zimę? Jeżeli dziś nie zaopatrzymy się w kartofle, jarzyny — to jakie bająnskie sumy będzie trzeba płacić na wiosnę?

Wracając jednak do zagadnienia, gdzie i na jakim szczeblu drabiny administracji kolejowej uplasować zakłady lecznicze, i czy wogóle wtlaczać je w te ramy, do których nie pasują, tak ze względu na swój specyficzny charakter, jak i przeznaczenie, pragnę sugerować Kolegom dwie koncepcje myślowe:

I-to wyodrębnienie całkowite zakładów lecznicz. kolejowych, które zasięgiem swym obejmują kilka dyrekcji, np. sanatoria — przez danie im samodzielności w ramach statutu or-

ganizacyjnego na wzór szpitali czy sanatoriów publicznych (samorządowe, związkowe), czy bez prawa publiczności (kongregacyjne, itp.). Projekt takiego statutu został opracowany przez Dyрекcję Poznańską po całkowitym uzgodnieniu między Wydziałami: sanitarnym — prawnym — finansowym — personalnym.

Projekt ten, całkowicie oparty na wzmiankowanych na wstępie przepisach z zachowaniem wszelkich prerogatyw P. K. P., wyzwala w znacznej mierze zakłady lecznicze kolejowe ze sztywnych ram formułek administracyjnych, daje im warunki do życiowego rozwiązywania problemu gospodarki dzisiejszej, nie ograniczając w niczym kontroli i wglądu w życie jego przez opiekuńczą Dyрекcję Okr. K. P. Według tego projektu dochód zakładu składałby się z opłat za chorych, wnoszonych przez poszczególne dyrekcje bezpośrednio do kasy szpitala, czy sanatorium, oraz z opłat od chorych, którzy korzystają z opieki lekarskiej innych przedsiębiorstw czy instytucji (Ubezpieczalnie Społ., Ministerstwo Zdrowia, Opieka Społeczna itp.) i innych. Naturalnie z zastrzeżeniem, że kolejarze mają pierwszeństwo i dopiero w wypadku wolnych miejsc mogą być przyjmowani niekolejarze. Otóż ten punkt wywołał sprzeciw w Departamencie Finansowym M. K., który stanął na stanowisku, że „Zakład leczniczy kolejowy nie może czerpać dochodu z kolei“. Tego rodzaju stanowisko nie jest dla mnie jasne. Mam wrażenie, że „Finansiści“ nie włączyli się w treść rozporządzenia Ministra Komunikacji i Opieki Społecznej z 23.7. 1937 r., które w § 3 mówi „świadczenia szpitali kolejowych są w zasadzie odpłatne“ i ta odpłatność obowiązuje kolej w stosunku do szpitali kolejowych, gdyż — jeżeli chodzi o pacjentów prywatnych lub innych — to obowiązują stawki o 20% wyższe. Tak mówi wyraźnie ten sam paragraf w dalszych zdaniach. Także samo jedna dyrekcja płaci drugiej za świadczenia, na jej rzecz wykonane. Ba! Nawet wydział wydziałowi musi płacić. Np. jeżeli Wydział Sanitarny zamówi w Drogowym meble dla szpitala

la — to musi za to zapłacić. Nie czyni tego wprawdzie w t. zw. „żywej gotówce“, lecz na drodze obciążeń kontowych, ale to nie zmienia treści. Nie będzie więc żadnego przestępstwa, jeżeli ta, czy inna dykcja wpłaci szpitalowi za swych chorych drogą przelewu na P. K. O. lub K. K. O. Istnieje ponadto jeszcze jedno, a mianowicie: „szpital nie jest przedsiębiorstwem, ale instytucją społeczną, a istnienie jego w kolejnictwie jest wielką zdobyczą socjalną kolejarza“. Sumy, przelewane do szpitali za leczenie, można potraktować na równi z emerytalnymi, jakie przed wojną P. K. P. wpłacało do Kolejowej Kasy Emerytalnej. Subwencje, jakie Ministerstwo Komunikacji przyznawało zakładowi kolejowemu, należy traktować tak samo, jak subwencje np. na kolonje letnie dla dzieci kolejarzy. Jeżeli więc Departament Finansowy spojrzy pod tym kątem widzenia (jak to uczynił Wydział Finansowy DOKP Poznań), mam nadzieję, że sprzeciw cofnie. Tymbardziej, że na tym ani Państwo, ani kolejarz nie poniesie straty. Ten ostatni nawet znacznie zyska przez usprawnienie gospodarki szpitalnej.

Jest jeszcze jedna dodatnia strona tego wyodrębnienia zakładu leczniczego kolejowego, który, tracąc swą ekskluzywność, wszedłby z pełnym udziałem do szpitalnictwa, czy też do Zrzeszenia Sanatoriów i narówni z innymi korzystałby z pomocy Ministerstwa Zdrowia, czy też z przydziałów UNRRA. Dziś dostaje się nam procent niewspółmierny do ilości kolejarzy w Polsce. A świadczenia te mają duże znaczenie i są poważne choćby z tego względu, że obejmują artykuły pierwszej potrzeby, jak masło, mleko, tłuszcze po cenach sztywnych. Istnieje cały szereg dowodów, przemawiających za wydzieleniem zakładów leczniczych kolejowych; nie będę ich jednak przytaczać, ponieważ Panowie koledzy dobrze je znają, jako bezpośredni kierownicy, bądź też jako naczelnicy Służby Sanitarnej, stykają się stale z tymi bolączkami.

II-ga koncepcja nie idzie tak daleko. Wysuwa ona tylko sprawę oznaczenia ścisłego miejsca dla zakładu leczniczego kolejowego.

wego według istniejącego podziału technicznego, a mianowicie:

- a) sanatorium otrzymuje te same prawa, co warsztaty główne;
- b) szpitale — jak oddziały.

Tę drogę uważałbym jako prowizoryczną na okres przejściowy, aż do czasu wyjścia ustawy uzupełniającej Rozporządzenie Ministrów Kom. i Op. Społ. z dnia 23.7. 1937 r.

Na zakończenie poruszę jeszcze jedno, a mianowicie niewłaściwie przyjęty w kolejnictwie tytuł „kierownik Szpitala czy sanatorium“, zamiast przyjętego w szpitalnictwie „dyrektor“. Tymbardziej, że podstawowa Ustawa o szpitalnictwie mówi w rozdz. I par. 20 „**na czele szpitala stoi dyrektor - lekarz**“. Nie chodzi tu o sam tytuł, lecz o pewnego rodzaju degradację w stosunku do kolegów ze szpitali miejskich, komunalnych itp. Podobno tytuł ten zachowano dla M. K. i dyrektora DOKP. Ministerstwo Zdrowia ma też dyrektorów Departamentów, ale równocześnie i dyrektorów szpitali. Z tego powodu nie zachodzą jednak żadne nieporozumienia. Nikt nie bierze dyrektora szpitala za dyrektora departamentu, ani vice versa. Podobnie i w wojsku, gdzie gradacja jest bardzo ściśle przestrzegana, istnieje dowódca drużyny, plutonu, kompanii i dowódca pułku, armii — a jednak nie wprowadza to zamieszania.

Kończąc, proszę Szanownych Kolegów o wypowiedzenie się i przedyskutowanie poruszonych przeze mnie tematów oraz o wyciągnięcie odpowiednich wniosków.

GRUŹLICA PŁUC W ORZECZNICTWIE LEKARSKIM *).

Dr med. Franciszek Bednarek.

Orzekanie w gruźlicy płuc z punktu widzenia uposzczenia zdolności do pracy zarobkowej i zawodowej jest jednym

*) Referat wygłoszony d. 17 XI 46 r. w Chodzieży na Konferencji Naczelników Wydz. Sanitarnych i Kierowników Szpitali i Sanatorjów Kolejowych.

z najtrudniejszych działów orzecznictwa lekarskiego, ze względu na różnorodność postaci gruźlicy płuc, stanowiących w praktyce klinicznej jakoby osobne jednostki chorobowe rozmaitej gruźlicy płuc. Wiadomo, jak bardzo różni się np. gruźlica prosówkowa od przebiegu przewlekłej gruźlicy włóknisto-wytwórczej. To też pierwszym warunkiem dla miarodajnej oceny przypadku gruźlicy płuc jest dokładne rozpoznanie postaci choroby.

Rozpoznanie będzie się opierało na danych wywiadu i wynikach badania przedmiotowego i badań pomocniczych. Nie wdając się w szczegóły sposobów badania, pragnę podkreślić wartość niektórych z nich.

Otóż w wywiadzie chorego należy dążyć do ścisłego wypośrodkowania daty początku choroby. Jest to ważne dlatego, że przeciętna życia chorego na gruźlicę płuc, a zwłaszcza na gruźlicę zakaźną, jamistą, jest dość określona i waha się w granicach od 2-ch do najwyżej 4-ch lat.

Również ważna jest skrupulatna analiza historii poprzedniego leczenia, terminów i okresów kuracji sanatoryjnej, ich skutków, okresów poprawy i pogorszeń. Zestawienie tych szczegółów pozwala ustalić tak zwany rytm przebiegu gruźlicy. Im częstsze i dłuższe okresy pogorszeń wykaże rytm przebiegu cierpienia, im mniejsze były wyniki leczenia, tym bardziej uzasadnione będzie złe rokowanie.

Co do plwociny należy pamiętać, że ilość jej nie zawsze odpowiada wielkości zmian chorobowych. Zdarza się, że w okresie tworzenia się jamy gruźliczej chory prawie wcale nie odpluwa. Większe ilości plwociny, przekraczające 50 cm³ na dobę, świadczą jednak o dużych zmianach w płucach.

Krwioplucie w gruźlicy może mieć znaczenie ważne. Nie duże krwioplucie w przebiegu gruźlicy włóknistej może nie mieć większego znaczenia, jeśli natomiast krwiopluciu towarzyszy podniesiona ciepłota i zwiększona ilość plwociny, to

może to świadczyć o powstaniu nowych ognisk lub uczynieniu starych.

Podwyższona ciepłota ciała, zwłaszcza stany podgorączkowe nie są takim ważnym objawem patognomicznym, za jaki są naogół uważane. Dawniej rozpoznawano t. zw. utajoną gruźlicę płuc li tylko na podstawie istnienia stanów podgorączkowych. Nowoczesna diagnostyka gruźlicy płuc wymaga oznaczenia siedziby zmian gruźliczych w płucach, określenia ich wielkości i charakteru morfologicznego, oraz ustalenia dynamiki istniejącej w płucach sprawy, z oznaczeniem jej jako czynnej lub wygojonej. Poziom ciepłoty jest tylko cennym objawem chorobowym, nie może on jednak decydować o rozpoznaniu.

Tak samo, jak nie istnieje jeden zespół objawów podmiotowych w przebiegu gruźlicy płuc, niema też ściśle określonego zespołu objawów przedmiotowych. Wiadomo jest, że nawet duże zmiany w płucach mogą nie ujawniać się ani w zmienionym odgłosie opukowym, ani nie zdradzać się szmerami dodatkowymi, możliwymi do stwierdzenia osłuchiwaniami.

Rentgenodiagnostyka gruźlicy płuc należy dzisiaj do tych sposobów badania, bez której ściśle rozpoznanie jest wogóle niemożliwe. Dotyczy to zarówno wykluczenia zmian w płucach, jak i dokładnej oceny zmian nawet tych, które można wykryć zwykłym badaniem. Pamiętać jednak należy, że obraz rentgenowski ujawnia stan płuc w chwili badania, lecz nie wskazuje na rodzaj zmian, dawniej przebytych. Cienie smugowate np. mogą być wyrazem istniejącego lub przebytego zapalenia tkanki okołoskrzelowej, nie można jednak sądzić, czy istniały również w tym miejscu większe wysiękowe zmiany w mięszu płucnym. Wiedzieć trzeba również o tym, że wynik badania rentgenowskiego nie jest bezwzględnie obiektywny. Każda, jako taka zróżniczkowana, opinia rentgenologiczna zależy po pierwsze od stanu wiedzy rentgenowskiej w danej chwili, gdyż nie jest ona stała, lecz ulega zmianom, jak

każda inna wiedza, po drugie opinia rentgenologiczna zależna jest od interpretatora, ściślej mówiąc, od poziomu wiedzy i doświadczenia rentgenologa.

Stwierdzenie prątków w płwocinie świadczy zawsze o czynnej gruźlicy płuc, natomiast nieznanie prątków nie jest dowodem braku czynnej i zakaźnej gruźlicy płuc. Obecność włókien sprężystych w płwocinie świadczy o rozpadzie tkanki płucnej.

Za granicę prawidłowego odczynu Biernackiego przyjmuje się 7 mm u mężczyzn i 11 mm u kobiet po pierwszej godzinie.

Przyspieszenie opadania krwinek do 20 mm określamy jako nieznaczne, do 40 mm jako mierne, a powyżej jako znaczne. Niektórzy autorzy uważają, że przyspieszenie opadania krwinek powyżej 15 mm świadczy już o niezdolności do pracy. Pewnym zdaje się być, że przypadki o odczynie Biernackiego powyżej 30 mm są wyrazem ciężkiego zaburzenia równowagi ustrojowej, zwłaszcza jeśli po leczeniu sanatoryjnym nie uzyskano wyraźnej poprawy OB.

Zmiany w haemogramie towarzyszą każdemu zaostrzeniu gruźlicy i uwidaczniają się przesunięciem obrazu na lewo. Liczby powyżej 20% młodych, obojętnochłonnych ciałek białych wskazują na znaczne nasilenie choroby i w tych przypadkach chory nie będzie zdolny do pracy.

Do innych metod określenia stopnia utraty zdolności zarobkowej i zawodowej należy spirometria. Aczkolwiek wyniki spirometrii zależą w dużej mierze od dobrej woli badanego, a wielkość pojemności płuc u ludzi zdrowych waha się w dość znacznych granicach, to jednak należy uważać obniżenie pojemności życiowej płuc poniżej 2000 cm³ za znaczne upośledzenie sprawności narządu oddechowego.

Ostre postaci gruźlicy płuc, jak bronchopneumonia caseosa acuta, pleuropneumonia caseosa acuta i tuberculosis mi-

liaris acuta nie nasuwają wątpliwości przy ocenie zdolności do pracy i zarobkowaniu. To samo dotyczy okresów zaostrzeń w przebiegu przewlekłych postaci gruźlicy płuc. Chory taki jest bezwzględnie niezdolny do pracy.

Przewlekłe postaci gruźlicy płuc dzielimy dla celów orzecznictwa na dwie grupy:

grupa pierwsza obejmuje zespół pierwotny, a grupa druga gruźlicę przewlekłą, drugo- i trzeciorzędą, którą znowu dzielimy na:

gruźlicę włóknisto - wytwórczą i

gruźlicę jamistą z jej odmianami gruźlicy włóknisto-serowatej i włóknisto - wrzodziejącej.

Dla każdego przypadku badanego należy ustalić nie tylko rodzaj zmian, czyli postaci gruźlicy, lecz określić obszar zmian i rozstrzygnąć, czy znalezionym zmianom towarzyszą objawy czynnej gruźlicy, oraz czy i w jakim stopniu stwierdzone zmiany i objawy chorobowe upośledzają zdolność do pracy.

W zespole pierwotnym gruczoły wnęki odgrywają dużą rolę. Powiększenie i gruźlicze zapalenie gruczołów nie tylko współlistnieje zwykle z pierwotnym ogniskiem gruźliczego zapalenia odoskrzelowego w płucach, lecz najczęściej zapalenie gruczołów trwa znacznie dłużej, niż zapalenie w płucu. Po cofnięciu się stanu zapalnego pozostaje we wnęcie na bardzo długi czas, często na całe życie, ślad w postaci rozwoju tkanki łącznej wzdłuż naczyń limfatycznych i w samych gruczołach, oraz zwapnienia. Takie zwapniałe gruczoły pozostają powiększone przez całe życie.

Czynna gruźlica gruczołów wnęki to choroba wieku dziecięcego, już po 10-tym roku życia spotykamy ją rzadko, a po 20-tym wyjątkowo rzadko.

Czynna, wygojona gruźlica gruczołów i naczyń limfatycznych wneki nie upośledza zdolności do pracy.

Przewlekła gruźlica płuc rozwija się po przebyciu zespołu pierwotnego. Jest to tak zwana gruźlica wtórna, powstająca z krwiopochodnych wysiewów, pochodzących najczęściej z gruczołów wnekowych. Przebiega ona zwykle jako gruźlica włóknisto - wytwórcza, lub w późniejszych okresach jako gruźlica włóknisto - wrzodziejąca. Albo jest to gruźlica trzeciorzędna, rozwijająca się wskutek późniejszego t. zw. dodatkowego zakażenia gruźliczego i przebiegająca jako gruźlica włóknisto - serowata.

Gruźlica włóknista przebiega naogół z nieznacznymi objawami zatrucia i bez uszkodzenia czynności narządów oddechowych, o ile obszar jej w płucu jest ograniczony, i w tych przypadkach zdolność do pracy chorego nie jest upośledzona. Jeżeli natomiast dochodzi do rozlanego, uogólnionego zwłóknienia płuca, stwierdzamy obraz rozedmy płuc ze wszelkimi towarzyszącymi jej objawami, powikłaniami i dolegliwościami, jak skłonność do nieżyków oskrzeli, łatwo występujące objawy niewydolności prawego serca, kaszel, duszność i upośledzenie sprawności ogólnej. Orzeczenie o zdolności do pracy opierać się będzie na stopniu nasilenia tych objawów.

Charakterystyczną cechą dla gruźlicy włóknisto serowatej i włóknisto-wrzodziejącej jest skłonność do martwicy serowatej i tworzenia ubytków w tkance płucnej. Ich cechą wspólną jest brak wyrównania i objawy zatrucia ustroju. Stwierdzenie obecności jamy w płucach nie tylko ustala rodzaj zmian w płucach, lecz ma także duże znaczenie dla oceny stopnia upośledzenia zdolności do pracy.

Włóknisto-wrzodziejąca postać gruźlicy jest procesem chorobowym stale czynnym, zależnie od okresu zaostrenia, z mniejszym lub większym zatruciem ustroju. Wpływ na obniżenie zdolności do pracy jest znaczny.

Jeśli, po określeniu rodzaju i rozległości zmian w płucach i oznaczeniu stopnia czynności gruźlicy, chcemy przystąpić do

ostatecznego i ścisłego zaopiniowania o zdolności do wykonywania zawodu lub pracy zarobkowej chorego, pozostaje nam jeszcze obowiązek uwzględnienia charakteru pracy, przezeń wykonywanej, t. j. wszystkich warunków pracy oraz stopnia wysiłku, jakiego wymaga od badanego praca zawodowa lub zarobkowa.

Każda czynna gruźlica płuc obniża w pewnym stopniu zdolność do pracy, nawet gdyby warunki pracy były jak najidealniejsze. Z drugiej strony wiadomo, że niektóre rodzaje pracy zawodowej wpływają szczególnie ujemnie na stan zdrowia gruźlika. Wymienię tu pracę wykonywaną przy temperaturze wysokiej, lub zmiennej, w atmosferze zanieczyszczonej kurzem itp.

Trzej rosyjscy autorzy: Gładzstein, Kończałowski i Rufanow wydali w 1935 roku książkę pod tytułem „Wraczebnaja ekspiertiza trudospobnosti“, w której to książce podają trafne bardzo zestawienie pewnych warunków pracy, wykluczających z niej chorych na gruźlicę płuc.

I tak wyklucza:

- | | |
|---|--|
| 1) wysoka temperatura i ciepło promieniujące; | chorych ze skłonnością do krwioplucia, do zapaleń opłucnej, z chwiejnością ciepłoty i tętna i do tworzenia się jam gruźliczych, |
| 2) praca na otwartym powietrzu; | chorych z usposobieniem do nieżytów nosa, gardła, oskrzeli i do zapaleń opłucnej, |
| 3) ciśnienie nadmiernie wysokie lub niskie; | chorych ze skłonnością do krwioplucia, z odmą lub jamą, |
| 4) kurz; | chorych z objawami nieżyłowymi, kaszlem, dychawicą, niedrożnym nosem, z odmą, chorych po tarakoplastyce i wyrwaniu nerwu przeponowego i chorych ze zmniejszoną pojemnością życiową płuc, |
| 5) ciężka praca fizyczna; | chorych ze zwłóknieniem płuc, przesunięciem serca i tchawicy, powikłaniami ze strony serca, chorych z dużymi jamami i odmą, |
| 6) ciężka praca umysłowa; | chorych z objawami zatrucia gruźliczego jak: bezsenność, ból głowy, zmęczenie umysłowe i rozdrażnienie. |

Dla niektórych zawodów rozpoznanie gruźlicy zakaźnej równa się stwierdzeniu niezdolności do wykonywania pracy zawodowej. Są to chorzy, którzy z racji swego zawodu muszą się stykać blisko ze współpracownikami lub klientami, lub którzy mają bezpośredni kontakt z produktami spożywczymi

Do takich zaliczyć trzeba:

- 1) w zakresie pracy umysłowej: wychowawcę, pielęgniarkę, nauczyciela, farmaceutę, położną, lekarza pediatrę, lekarza szkolnego i innych;
- 2) w zakresie pracy fizycznej: piastunkę, pracowników, obcujących z dziećmi, konduktora kolejowego, tramwajowego lub autobusowego, niektórych pracowników w przemyśle spożywczym i w mleczarstwie, kelnerów i innych.

Kończąc te rozważania, podaję jeszcze krótkie zestawienie stopnia upośledzenia zdolności do pracy zawodowej wzgl. zarobkowej w stosunku do poszczególnych grup gruźlicy płuc.

Są to cztery grupy, z których:

pierwsza obejmuje przypadki bez upośledzenia zdolności zawodowej lub zarobkowej, gdzie zatem jest zachowana pełna zdolność do pracy,

druga z nieznacznym upośledzeniem, a zatem z zachowaną zdolnością do średnio-ciężkiej pracy,

trzecia ze znacznym upośledzeniem, czyli z zachowaną zdolnością tylko do lekkiej i najlżejszej pracy i wreszcie czwarta z bardzo znacznym upośledzeniem, czyli zupełną niezdolnością do jakiegokolwiek pracy.

Do pierwszej grupy będziemy zaliczali:

nieczynną, wygojoną gruźlicę włóknisto-wytwórczą, ograniczającą się do małego obszaru płuc.

Do grupy drugiej:

zmiany nieczynne włókniste, obejmujące większy obszar płuc i postaci gruźlicy włóknisto-wytwórczej czynnej, którym nie towarzyszą objawy wyraźnego zatrucia ustroju.

Do grupy trzeciej:

przypadki otwartej gruźlicy włóknisto - wrzodziejącej o łagodniejszym przebiegu, oraz przypadki gruźlicy włóknisto - serowatej we wczesnych okresach.

Do czwartej grupy:

wszystkie przypadki o znacznych zmianach w płucach i znacznych objawach zatrucia ustroju, czyli przypadki, w których rokowanie zarówno co do wyleczenia jak i co do życia jest złe.

Chorym pracownikom kolejowym, należącym do ostatniej grupy będziemy przyznawali przy badaniach komisyjnych 95% utraty zdolności do zarobkowania.

Pragnę poruszyć jeszcze zagadnienie wskazań do leczenia sanatoryjnego.

Skąpa ilość w naszym Państwie sanatoriów dla płucno-chorych oraz trudne warunki prowadzenia ich w obecnym okresie powojennym zmusza nas do dysponowania wolnymi miejscami w jaknajbardziej rozumny sposób i do udostępnienia leczenia sanatoryjnego na koszt funduszu publicznego tylko takim chorym, którzy rokują poważną poprawę stanu zdrowia i odzyskanie zdolności do pracy zarobkowej. Koledzy z Wydziałów Sanitarnych, rozpatrujący wnioski pracowników kolejowych o skierowanie ich lub członków ich rodzin do sanatorium dla płucno-chorych, wiedzą najlepiej, ile samozaparcia trzeba, aby odrzucić wniosek zadaleko zaawansowanego chorego, który w leczeniu sanatoryjnym widzi, jedyny ratunek dla siebie, lub który, mieszkając w jednej izbie razem z liczną rodziną i

czując swoją odpowiedzialność za zdrowie żony i dzieci, błaga o odizolowanie go i umieszczenie w sanatorium. Niestety dużo jeszcze czasu upłynie, zanim, dźwigająca się z ruin nowa Polska, będzie posiadała specjalne szpitale i izolatoria dla chorych z nieuleczalną, otwartą gruźlicą płuc.

Dlatego konieczna jest ścisła selekcja spośród chorych, zgłaszających się do leczenia sanatoryjnego. Znane, lecz niestety wciąż jeszcze za mało przestrzegane, są wskazówki racjonalnego doboru chorych do leczenia w sanatorium w Chodzieży, dane kilkakrotnie podawane do wiadomości Wydziałów Sanitarnych wszystkich Dyrekcji, które korzystają z naszego sanatorium. Uznajemy za nadające się do leczenia sanatoryjnego przypadki, rokujące poprawę procesu chorobowego i odzyskanie zdolności do zarobkowania. Nie nadają się natomiast przypadki z obustronnym jamistym procesem chorobowym, z wysokim odczynem Biernackiego i daleko posuniętym wyniszczeniem ustroju, przypadki przewlekłych procesów wrzodziejących, przypadki z rozległymi zrostami opłucnowymi.

Jeśli będziemy się kierowali powyższymi zasadami, to wykorzystamy nasze skromne możliwości leczenia sanatoryjnego najbardziej celowo i będziemy służyli naszym chorym najlepiej.

ELEKTROKARDIOGRAMY I NAJCZĘŚCIEJ SPOTYKANE W NICH ZMIANY W GRUŹLICY PŁUC.

**Dr med. Józef Maciejewski, Pracownia Elektrokardiograficzna
Szpitala Kolejowego P. K. P. w Poznaniu.**

(Streszczenie referatu, wygłoszonego dnia 17.XI.46 r. w Sanatorium dla płucno-chorych w Chodzieży.

Obserwacje swoje opiera prelegent na materiale przeważnie ambulatoryjnym. Na z górą 13.000 przeanalizowanych przez niego elektrokardiogramów od roku 1937 odsetek chorych na gruźlicę płuc nie był mały. Dokładnych danych liczbowych

nie może prelegent przytoczyć ze względu na dwukrotne zniszczenie kartoteki wskutek działań wojennych. Największa liczba badań chorych na gruźlicę płuc przypada na lata 1942—1945 w Krakowie, ze względu na masowo przeprowadzane wówczas badania pracowników kolejowych w kierunku gruźlicy. Szereg z nich kierowano do poradni sercowej, ze względu na skargi ze strony narządu krążenia, innych ze względu na stwierdzone klinicznie i radiologicznie zmiany ze strony tego narządu.

Prelegent dzieli najczęściej spotykane ekg., względnie zmiany w nich w przypadkach gruźlicy płuc na trzy podstawowe grupy. Zaznacza jednocześnie, że żadna z tych grup nie jest bynajmniej typową dla gruźlicy płuc, spotykać je możemy, jeżeli chodzi o grupę pierwszą, także u zdrowych osobników, budowy astenicznej z sercem wiszącym; jeśli chodzi o drugą grupę — w szeregu innych stanach chorobowych serca; a jeśli chodzi o grupę trzecią — także w innych chorobach płuc, przebiegających ze wzmożeniem oporów w krążeniu małym. Ekg. grupy ostatniej będą czasem pod pewnymi względami podobne do spotykanych w wadach zastawki dwudzielnej z przewagą jej zwężenia, względnie wadach wrodzonych serca.

Grupa pierwsza obejmuje przypadki, w których prelegent stwierdza tak zwany typ stromy ekg. bez zmian ze strony odcinków środkowych ST i wychyleń końcowych T. Grupa ta spotykana była u osobników o budowie astenicznej z sercem wiszącym, często też małym, względnie u osobników, u których wskutek znacznego wychudzenia, doszło do znacznej utraty tkanki tłuszczowej i w następstwie tego do opadnięcia trzew, obniżenia się przepony i powstania „nabytego” serca wiszącego. Grupa ta obejmuje więc przypadki, w których elektrokardiograficznie rozpoznawano prawidłowy przebieg pobudzenia w sercu przy typie stromym ekg., czyli stromym ustawieniu osi elektrycznej serca.

Grupa druga obejmuje przypadki, w których stwierdzono obniżenie odcinków środkowych ST przeważnie w III i II od-

prowadzeniu różnego stopnia względnie najczęściej z towarzyszącymi jemu zmianami ze strony wychyleń końcowych TIII i TII. Wychylenia te stawały się jużto krótsze, niższe, spłaszczone, dwufazowe (ujemno - dodatnie), wreszcie w posuniętych przypadkach ujemne. Typ elektrokardiogramów w tej grupie był albo stromy, albo występował opisany w następnej grupie wyraźny prawotyp, względnie typ prawidłowy, często z tendencją do typu stromego.

Zdarzały się tu również elektrokardiogramy lewotypowe wyraźne lub zaznaczone, ale bardzo rzadko, przyczym tym ostatnim towarzyszyło przeważnie najwyraźniejsze obniżenie odcinków środkowych ST w odpr. I i II.

Spotykane w tej grupie przypadków zmiany, odnosi prelegent do wielu przyczyn i tak:

- A) Do przyczyn, będących w mniej lub więcej ścisłym związku z gruźlicą, a więc:
- 1) do działania jadu gruźliczego na mięsień sercowy i jego układ naczyniowy,
 - 2) do działania jadu gruźliczego na układ naczyń obwodowych,
 - 3) do bezpośredniego wpływu zmian swoistych w mięśniu sercowym w postaci gruzełków,
 - 4) do wtórnej niedokrwistości,
 - 5) do zaburzeń w układzie wewnątrzwydzielniczym, towarzyszących bardzo często gruźlicy płuc w postaci jużto nadczynności gruczołu tarczycowego, jużto toksycznego uszkodzenia nadnerczy, przyczym w ostatnim przypadku dochodzi do znacznego podciśnienia oraz zmian podobnych, do spostrzeganych w chorobie Addisona.

B) Do przyczyn, nie będących w związku z istniejącą gruźlicą płuc, a towarzyszących jej, a więc:

- 1) do działania innych czynników zakaźno - toksycznych przy współistnieniu dodatkowych ognisk zapalnych, jak ropne przewlekłe zapalenie migdałków, przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie przydatków itp., względnie przy istniejącym zakażeniu goścącym,
- 2) do schorzeń naczyń wieńcowych serca, jak ich miażdżyca i kiła,
- 3) do zatrucia nikotyną,
- 4) do zatruc przypadkowych i zawodowych (Co, Pb. itd.)
- 5) do działania leków, jak naparstnica, strofantyna, chinina i chinidyna,
- 6) do zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, (zaburzenia jajnikowe itp.),
- 7) do przerostu i uszkodzenia hypoksemicznego komory prawej, o czym mowa będzie w grupie następnej.

Jest rzeczą jasną, że wymienione pod B—1) a głównie 4) czynniki mogą także ze swej strony wpływać szkodliwie nie tylko na sam mięsień sercowy i jego naczynia, lecz też na układ naczyń obwodowych, na układ krwiotwórczy itp.

O wszystkich, wspomnianych możliwościach, należy pamiętać przy stwierdzeniu obniżenia odcinków środkowych STIII i STII i zmian w załamkach TIII i TII. Nie zawsze też łatwo będzie sprowadzić zmiany te do jednej z tych przyczyn. Oczywiście mogą i często wchodzi tu istotnie w rachubę kombinacje kilku wymienionych wyżej czynników.

Prelegent spotykał się dość często z współistniejącą przy gruźlicy płuc niedokrwistością wtórną, która była przyczyną

niedomogi wieńcowej i pogarszała ukrwienie zapewne także toksycznie uszkodzonego mięśnia sercowego. Podawanie związków żelaza sprowadzało w tych przypadkach zdumiewające szybkie cofanie się dolegliwości sercowych, a zwłaszcza przykro przez chorych odczuwanych bólów o różnym charakterze oraz niepokojów i kołatania serca. W następnej kolejności stawia prelegent przypadki toksycznego uszkodzenia naczyń obwodowych i występującego w związku z tym podciśnienia i gorszego ukrwienia serca, zapewne nie bez współudziału uszkodzenia nadnerczy. Następnie dopiero wymienia współistniejące ogniska zakażenia w migdałkach, zatokach bocznych nosa, przydatkach itp. i zakażenia gośćcowe.

Grupa trzecia obejmuje przypadki, w których istniejące wzmoczenie oporów w krążeniu małym jest zasadniczą przyczyną wszelkich zmian klinicznych, spotykanych ze strony serca i w elektrokardiogramach. Spotyka się ją przeważnie w przypadkach gruźlicy włóknistej płuc, często z przewlekłym zrostowym zapaleniem opłucnej, rozległymi zrostami opłucnowymi i przy współistnieniu komponenty rozedmowej. Pierwszą zmianą, jaką spostrzegamy w przypadkach ze wzmocnieniem oporów w krążeniu małym na krzywej ekg. jest tak zwane „P pulmonale”. Polega ona na występowaniu wyraźnie podwyższonego (ponad 2 mm) załamka przedsionkowego P w odprowadzeniu III i II, który początkowo jest nieposzerzony. Przy dłuższym trwaniu wzmoczonych oporów w krążeniu małym, załamek ten ulega często jeszcze rozszerzeniu, co odnosi się zwykle do rozstrzeni przedsionka prawego. Typ ekg. jest w przypadkach wyrównanych często stromy. Nie spostrzega się też w tych razach zmian ze strony odcinków środkowych ST i załamek końcowych T, których oś elektryczna również przebiega stromo. Przejawia się to na krzywej ekg. występowaniem niskiego załamka TI oraz dość wysokich dodatnich załamek TIII i TII. W miarę wzrastania oporów w krążeniu małym przerasta komora prawa. Przerost ten często odbija się na krzywej ekg. Jako pierwszą zmianę w tym kierunku notu-

je się zjawienie się prawotypowego ekg., cechującego się m. i. obok występowania niskiego R w odprowadzeniu pierwszym także pojawieniem się wyraźnego, zczasem wybitnego i poszerzonego załamka SI, który w daleko posuniętych przypadkach przerostu prawej komory jest jedynym załamkiem wychylenia początkowego części komorowej QRS i nazywa się go wtedy skierowanym w dół załamkiem RI. Załamki RII i RIII są wysokie, przyczym w przypadkach dalej posuniętych głębokiemu SI odpowiada w odprowadzeniu trzecim skierowany w górę załamek R. W tych też przypadkach obserwuje się przeważnie również poszerzenie wychylenia początkowego części komorowej QRS. Odcinki środkowe ST mogą początkowo nie wykazywać istotnych odchyień od normy. Z czasem ulegają one też zmianom w następującej kolejności: najpierw występuje zawsze zaznaczone obniżenie odcinka ST w odpr. III. Obniżenie to staje się coraz wyraźniejsze. Następnie obniża się też, choć w mniejszym stopniu również odcinek STII. Obniżeniom STIII i STII towarzyszy często najpierw zaznaczone, później wyraźne uniesienie się odcinka ST₁ w odpr. I. Zmianom tym towarzyszą przeważnie zmiany w załamkach końcowych T. I tak TIII staje się początkowo niższe, spłaszcza się, staje się ujemnododatnie, w końcu odwraca się, czyli staje się ujemnym.

TII ulega często obniżeniu, spłaszczeniu, staje się ujemnododatnie, przy bardzo wybitnym przeroście i uszkodzeniu hypoksemicznym prawej komory, nawet ujemne. Jednocześnie z obniżaniem się, względnie odwracaniem się załamka TIII stwierdza się często podwyższanie się załamka TI. A więc przy wybitnym przeroście prawej komory widzimy w ekg. obok charakterystycznego „P pulmonale” wybitny prawotyp, wykazujący typowe cechy tkzw. prawoopóźnienia pobudzenia. Jak już wyżej wspomniałem, spotykamy takie elektrokardiogramy wszędzie tam, gdzie dochodzi do wybitnego przerostu prawej komory serca, a więc nie tylko we włóknistych postaciach gruźlicy płuc, zrostach opłucnowych i wybitnej rozed-

nie płuc, ale także w wadach wrodzonych i niektórych nabytych (zwężenie zastawki dwudzielnej) serca. W tym ostatnim przypadku występuje wyraźnie poszerzone, często też podwyższone „P mitrale”. W przypadkach daleko posuniętego przerostu prawej komory, któremu, jak wykazały dokładne badania kliniczne elektrokardiograficzne i histopatologiczne Kienlego, zawsze towarzyszy niedotlenieniowe uszkodzenie mięśnia roboczego komory prawej, dojść może, zwłaszcza przy dołączającej się rozstrzeni tejże komory, do wystąpienia krzywej bloku Wilsona, którą tenże autor uważa za postać typową dla uszkodzenia, względnie przerwania prawej odnogi Tawary. Prelegent podkreśla duże znaczenie odprowadzeń z klatki piersiowej dla rozpoznawania przerostu prawej komory. Odprowadzenia z klatki piersiowej stosuje od roku 1942 co najmniej z czterech punktów, a mianowicie: odprowadzenia CFI, II, IV, VI w przypadkach szczególnych, również: CFIII, V. Podkreśla przytym charakterystyczne zachowanie się części komorowej w odprowadzeniach CFI i CFVI. I tak w przeroście i uszkodzeniu komory prawej, kiedy dochodzi do opóźnionego pobudzenia komory prawej, spotyka się wysokie RCFI przy obniżeniu RTCFI i ujemnym TCFI, a głębokie SCFVI przy podwyższeniu STCFVI i dodatnim TCFVI, czyli odwrotne stosunki do tych, które spotykamy w przeroście i uszkodzeniu komory lewej.

Obok opisanych trzech grup, które wysuwały się na czoło obrazów elektrokardiograficznych, spotykanych w gruźlicy płuc, obserwował prelegent i inne zmiany elektrokardiograficzne. I tak bardzo często spotykał się z zaburzeniami w wytwarzaniu bodźców, jak z niemiarowością oddechową, następnie ze skurczami dodatkowymi różnego pochodzenia — tak zatokowymi, przedsionkowymi, przedsionkowo - komorowymi, jak i komorowymi z najróżniejszych odcinków komór. Skurcze dodatkowe były wyrazem ogniskowego uczynnienia niżej położonych odcinków, przede wszystkim układu swoistego serca, następnie i samej mięśniówki roboczej tak przedsionków, jak i komór, które dochodzą do głosu jako obcorodne ogniska pod-

nietotwórcze już to chwilowo, jużto przez dłuższy okres czasu, dając obraz salw skurczów dodatkowych, względnie dłuższych częstoskurczów. Typowe napady częstoskurczu napadowego nie należą w gruźlicy płuc do rzadkości. Prelegent spostrzegł dwa takie przypadki. Miał również w swym materiale 2 elektrokardiogramy ze skróceniem czasu PQ, w jednym przypadku bez, w drugim ze zniekształceniem części komorowych w sensie bloku lewej odnogi Tawary (syndrom Wolffa — Parkinsona i White'a). Ekg. te odnosi prelegent do układowego podrażnienia elementów układu swoistego serca, przyczym w obu przypadkach b. prawdopodobnym jest tło toksyczne (podrażnienia elementów układu swoistego serca jadem gruźliczym). We wspomnianych wyżej przypadkach ponadskurczliwości dodatkowej i częstoskurczu napadowego przyczyną może być podrażnienie ogniskowe układu swoistego serca jadem prątka Kocha. W rzadszych przypadkach przyczyną takiego podrażnienia ogniskowego mogą być same gruzełki gruźlicze przy szczególnym ich umiejscowieniu, względnie nawet większe ogniska gruźlicze. Gruzełki, a zwłaszcza większe ogniska gruźlicze, wzgl. nawet nacieki mogą być przyczyną następnej grupy zaburzeń, spotykanych w gruźlicy, a mianowicie zaburzeń w przewodnictwie. Ogniska te, gdy usadowią się w miejscach, w których przebiegają ważne elementy układu swoistego serca, prowadzić mogą do bloków tak zatokowo - przedsionkowych, jak i przedsionkowo - komorowych, tak częściowych, jak i całkowitych, bloków odnogi Tawary i innych postaci zaburzeń w przewodnictwie wewnątrzkomorowym. Tego rodzaju zmiany są rzadkie. Częstszą przyczyną zaburzeń w przewodnictwie, spotykanych w gruźlicy płuc, będą współistniejące przede wszystkim zakażenia gościcowe, ale mogą być też i inne. Swoiste toksyczne uszkodzenie układu swoistego serca jadem prątka gruźlicy, w sensie zahamowania przewodnictwa, uważa prelegent raczej za rzadkie.

Jeżeli chodzi o nierzadkie w przebiegu gruźlicy płuc i opłucnej zapalenia gruźlicze osierdzia, to zgodnie ze znanymi

prelegentowi publikacjami i obserwacjami własnymi, rzadko kiedy widzi się w nich typowe zmiany ekg.-ficzne, występujące w przebiegu zapaleń osierdzia na innym tle w postaci wysokiego odchodzenia odcinka środkowego ST od zstępującego ramienia załamka R i zlewania się jego z załamkiem T oraz powolnego wytwarzania się ujemnego, kończystego załamka T. W każdym razie odnosimy, występujące czasem w przebiegu gruźlicy płuc kończyste, ujemne załamki T, do przebytego zapalenia osierdzia. W przewlekłych przypadkach gruźliczego zapalenia osierdzia obserwował Holzmann szczególnie niski woltaż QRS w odprowadzeniach kończynowych i piersiowych i odnosił zmianę tę do współistniejącego toksycznego uszkodzenia mięśnia sercowego. Niski woltaż załamków QRS obserwował też u gruźlików znacznie wychudzonych i wyniszczonych w przypadkach ze złym rokowaniem.

Bardzo rzadkie w przebiegu gruźlicy są ekg. zawałowe, które mogą wystąpić w razie obecności większego ogniska gruźliczego, wzgl. nacieku gruźliczego w ścianie przedsionków, wzgl. komór. Z literatury znany jest prelegentowi przypadek Reichenfelda, który obserwował w przypadku serowatego ogniska gruźliczego w tylnej ścianie lewej komory serca, głębokie Q i ostre, kończyste T w odpr. III i II, jak w zawale tylnej ściany lewej komory.

Na zakończenie podaje prelegent znane mu z literatury zmiany ekg.-ficzne, obserwowane przy wyrwaniu nerwu przeponowego, torakoplastyce i odmie piersiowej.

Prelegent podkreśla również, że w razie istnienia wskazań do leczenia operacyjnego gruźlicy płuc, nie należy przywiązywać zbyt wielkiej wagi do ewentualnie stwierdzonych odchylen ekg.-ficznych, przytaczając opinię Hechta, w/g której nawet chorzy z ciężkimi zaburzeniami przewodnictwa mogą, ~~znieść~~ **znieść** dobrze zabieg operacyjny.

NOWOCZESNE METODY LECZENIA GRUŹLICY PŁUC *).

Dr Janina Rabcewicz.

Tytuł tego referatu obiecuje więcej, niż zawiera jego treść, ponieważ odrazu na wstępie muszę zaznaczyć, że dotychczas nie umiemy leczyć gruźlicy, pomimo, że sprawca jej prątek Kocha został wykryty przed przeszło 60-ciu laty i wykonano tysiące badań nad jego budową, składem chemicznym i innymi właściwościami. Więcej jeszcze: statystyki amerykańskie dowodzą, że przeciętną długość życia gruźlika w okresie przed-odmowym i po stosowaniu odmy nie uległa zmianie i wynosi, jak dawniej, siedem lat. A nawet, jak wyraził się niedawno prof. Biernacki, można powiedzieć, że metoda leczenia zapadowego zahamowała rozwój badań w kierunku wykrycia związku chemicznego, lub antybiotyka, zabijającego lub hamującego rozwój prątka w ustroju. Jednakże obecnie wydaje się, że może już wkrótce lek taki zostanie odkryty. Nadzieje, związane z wykryciem streptomycyny, są bardzo duże, a w każdym bądź razie próby, wykonane z tym antybiotykiem, dały takie rezultaty, jak żadna ze stosowanych metod dotychczasowych. Przyszłość okaże, czy nadzieje te są płonne.

W referacie tym nie będę poruszała sprawy leczenia ogólnego, objawowego i chemoterapeutycznego, ponieważ są to rzeczy wszystkim zbyt dobrze znane. Podam tutaj metody leczenia zapadowego, która to metoda jest obecnie najbardziej skuteczna i rozwija się coraz szerzej, wychodząc z dziedziny interny, a wkraczając daleko w dziedzinę chirurgii.

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Kierowników Szpitali i Sanatoriów Kolejowych oraz Naczelników Wydziałów Sanitarnych.

Pierwszym szczeblem w leczeniu zapadowym jest odma wewnątrzopłucna i tak, jak i dawniej, gra pierwszorzędną rolę w leczeniu gruźlicy płuc. Obecnie jednak stawiamy jej znacznie większe wymagania i wskazania do jej stosowania są coraz dokładniejsze. Obecnie nie prowadzi się miesiącami odmi nieskutecznych, zrostowych, gdyż wiadomym jest, że odmy zrostowe z ziejącą jamą dają najczęściej powikłania ropniakiem opłucnej i prowadzą prędzej, czy później do bilaterylizacji. W przypadku odmy zrostowej z obecnością jamy i prątków w płwocinie, a nawet według francuzów bez widocznej jamy i bez prątków, należy możliwie szybko przystąpić do zabiegu przepalania zrostów. Amerykanie podają okres 3—5 tygodni po wytworzeniu odmy. Wyniki takiego wczesnego wkroczenia są znacznie lepsze od tych, które osiągnano w okresie 2—3 miesięcy, licząc na wyciągnięcie się zrostów, zanik w nich naczyń i resztek tkanki płucnej. Nie wiem jednak, czy w naszych warunkach wyniki byłyby równie dobre. Nie należy bowiem zapominać, że aparaty ich pozwalają na dokładną koagulację zrostu przed jego przecięciem, a warunki życiowe ogólne i sanatoryjne są na znacznie wyższym poziomie.

Obecność zrostów, nawet pozornie nienadających się do zabiegu, jest zawsze wskazaniem do wziernikowania opłucnej, i dopiero na tej podstawie może zapaść decyzja co do zabiegu. Jeśli chodzi o sam zabieg, to naczelną zasadą obecnie jest przepalanie wszystkich zrostów, lub nieprzepalanie żadnego. Przepalanie jednych zrostów, a pozostawienie innych, nienadających się do przepalenia, prowadzi często, wskutek zmiany statyki wewnątrzopłucnej, do odmy samoistnej i ropniaków opłucnej, a wiadomo, jak trudnym do leczenia jest to powikłanie. O ile zabieg jest niewykonalny, odma nieskuteczna należy ją możliwie szybko przerwać i przystąpić do innego sposobu leczenia, bardziej radykalnego, wkraczającego już w dziedzinę chirurgii.

I tu coraz poczestniejsze miejsce zajmuje odma **zewnątrzopłucna** — pneumolysis. Jest to zabieg dość trudny w sensie

technicznym. Polega on bowiem, jak wiadomo, na odłuszczeniu powięzi wewnątrzpiersiowej i wprowadzeniu do uzyskanej przestrzeni powietrza. Powikłania, jakie mogą temu zabiegowi towarzyszyć, są: ropienia swoiste, nieswoiste i jałowe, krwawienia i wewnętrzne przetoki. Statystyki pod tym względem są bardzo różne. Graf w 1942 roku na podstawie 317 przypadków podaje 22,4% śmiertelności i 53,3% różnych powikłań. Natomiast Brunner (Zurych) na 100 przypadków podaje 84% wyników dobrych, a tylko 16% powikłań. Z tego 93% było leczonych dalej tą metodą, w 6% zastosowano torakoplastykę a w jednym procencie drenaż metodą Monaldiego. Wyniki późne są także zachęcające. Po okresie od 1—5 lat uzyskano 81,6% odprątkowania, całkowitą zdolność do pracy w 64%, a niezdolność w 9,8%. Wydaje się, że tak różne wyniki zależne są raczej od umiejętności technicznych przeprowadzenia zabiegu. W każdym bądź razie wyniki poprawiają się z roku na rok i przypuszczać należy, że metoda ta znajdzie w Polsce szersze, niż dotychczas zastosowanie. Pneumoliza częściowa w sensie przeważnie apikolizy z następowym założeniem plombi parafinowej lub olejowej metodą Baera ogranicza się tylko do ścisłych wskazań, to znaczy małej ograniczonej jamy gruźliczej w górnym płacie.

Zabiegiem, który jest hasłem obecnego okresu w leczeniu gruźlicy płuc, jest torakoplastyka. Można powiedzieć bez większej przesady, że żyjemy w erze torakoplastyki i w tej metodzie także przoduje Ameryka, gdzie stosują ją bardzo szeroko zarówno jedno, jak i obustronnie. Metoda ta nie jest nowa, gdyż wprowadził ją Sauerbruch w 1910 roku. Jednakże postępy techniki operacyjnej i chemoterapia spowodowały, że początkowo niebezpieczny zabieg staje się obecnie jednym z częściej wykonywanych.

Istnieje cały szereg sposobów wykonywania torakoplastyki — Sauerbrucha, Brauera, Friedricha, Alexandra, Grafa, Monaldiego i najnowsza, szwedzkiego chirurga Semba. Nie będę

ich omawiała, gdyż są to rzeczy zbyt specjalistyczne i nie mam miejsca na to w tym referacie. Wspomnę tylko o metodzie Semba, gdyż chociaż jest ona technicznie najtrudniejsza, jednak wyniki osiągnane dochodzą do 80% zapadnięcia jam, a śmiertelność wynosi 6%, podczas gdy inne metody dają do 10%. Semb łączy torakoplastykę z apikolizą zewnątrzpowięziową, co pozwala na bardzo szybkie spadnięcie się płuca i zapadnięcie nawet dużych jam o sztywnych ścianach. Zabieg ten zyskuje coraz więcej zwolenników. Torakoplastykę wykonuje się obecnie zawsze w dwóch, lub trzech etapach. Przy czym odstępy pomiędzy nimi nie powinny przekraczać trzech tygodni. O ile ważnym jest usunięcie pierwszego żebra, o tyle niepotrzebnym jest usunięcie 11, gdyż usuwa się wraz z nim podstawy przyczepu mięśni. Jednoczasowe usuwanie 11 żeber jest obecnie zupełnie zarzucone. Przy kierowaniu do torakoplastyki należy pamiętać o zasadzie, że nigdy nie należy stosować tego zabiegu, gdy można leczyć dobrą odmą. Najważniejszym wskazaniem jest przewlekła jednostronna gruźlica płuc włóknisto serowata z jamą, przetoki płucne, powstałe w przebiegu leczenia odmą, ropniaki opłucnej. Dawniej przestrzegano bardzo ściśle jednostronności zmian. Obecnie niezbyt rozległe włókniste drugostronne zmiany nie są przeciwwskazaniem, natomiast takie same, ale świeże są bezwzględny przeciwwskazaniem. Ideałem są zmiany jednopłątowe, ale rozleglejsze, niż jeden płąt nie są przeszkodą. Natomiast torakoplastykę obustronną można wykonać tylko przy istnieniu nierozległych górnopłatowych zmian. W Polsce torakoplastykę obustronną tylko jeden raz wykonał Piasecki, podczas gdy Amerykanie, jak już wspomniałam, stosują ją dość często. Przeciwwskazania: ostra gruźlica płuc lub zaostrzenie przewlekłej, gruźlica przewlekła jednego płuca z rozedmą drugiego, ciężki stan ogólny, ciężki stan układu krążenia. Wiek nie stanowi ograniczeń. Stosuje się zabieg u dzieci i u ludzi powyżej 60-ciu lat (Alexander stosował u 62 i 64 letnich). Najlepszy wiek od 20—40 lat, płeć nie odgrywa roli. Przed i po zabiegu

konieczne jest leczenie sanatoryjne. Sam zabieg można wykonywać w okresie remisji sprawy płucnej. Można tu wspomnieć, że niektórzy stosują przed zabiegiem wyrwanie nerwu przeponowego lub przecięcie nerwów międzyżebrowych. Powikłania: najważniejszym jest zaburzenie w krążeniu, które występuje zawsze, ale w pomyślnych przypadkach cofa się szybko, wysiew drugostronny, płatowe zapalenie płuc, zapaść. Z następstw trwałych należy wymienić, skrzywienie kręgosłupa i niewielkie ograniczenie ruchów ramienia.

Przy odpowiednio dobranych przypadkach i dobrej technice uzyskuje się obecnie 80% wyleczonych (Semb), 20% — to niegojące się jamy resztkowe, leczenie których jest trojaki: ponowna torakoplastyka, drenaż Monaldiego, wycięcie płatu lub płuca, o czym niżej.

Drenaż Monaldiego jest to metoda leczenia jam gruźliczych coraz bardziej zarzucana, ponieważ zawiodła zupełnie. pokładane w niej nadzieje. Jedynym prawie wskazaniem do stosowania go są właśnie jamy resztkowe po torakoplastyce, gdzie osiąga się dość dobre wyniki.

Metodą najnowszą i najbardziej radykalną jest **wycięcie płuca lub płatu płucnego**. Metodę tę stosuje się przede wszystkim przy raku płuc, gdzie osiągnięto 50% wyleczenia we wszystkich przypadkach, nadających się do zabiegu, co jest wynikiem bardzo dobrym, w porównaniu z beznadziejnością choroby. Obecnie liczba chorych z gruźlicą płuc, leczonych tą metodą, wzrasta ciągle. Wpływają na to coraz lepsze osiągnięte wyniki, jako następstwo rozwoju techniki operacyjnej, sposobu prowadzenia narkozy i wykrycie Penicilliny i Sulfonamidów. Zamiast stosowanego dawniej podwiązywania całej wnęki przed odcięciem płuca, podwiązuje się jej poszczególne elementy. Kikut obszywa się płatem opłucnej, co zapobiega powstawaniu przetoki oskrzelowej. Wziernikowanie oskrzeli prowadzi do wykrycia istniejących w nich zmian gruźliczych i pozwala na racjonalne wybranie odpowiedniego zabiegu.

Znieczulanie gazowe dotchawicze pod ciśnieniem z porażeniem kurarą mięśni i ośrodków pozwala na operowanie w możliwie najlepszych warunkach i długim okresie czasu (ruchy i odruchy są zniesione). Penicillina i Sulfonamidy zapobiegają i ułatwiają leczenie powikłań. To wszystko sprawia, że zabieg ten jest obecnie znacznie mniej niebezpieczny, niż przed kilku laty i metoda ta powinna być rozważana w każdym poszczególnym przypadku. Wycięcie płuca lub płatu powinno być stosowane: 1) z wyboru przed torakoplastyką w przypadku z czynnymi zmianami mięszszowymi, powikłanymi zwężeniem oskrzela. 2) w rozległej gruźlicy podstawy płuc bez lub z rozstrzeniami oskrzeli. 3) w jednostronnej gruźlicy przy nieskutecznej odmie lub torakclastyce. 4) w rozległych jedнопłatowych zmianach o charakterze marskim. 5) w tuberculoma.

Najgroźniejszym powikłaniem pooperacyjnym jest wysiew drugostronny. Powikłanie to według statystyk Overhota i Wilsona, którzy podają 60 przypadków zabiegu u 59 chorych w latach od 1.1. 1942 do 1.1. 1944, występuje w 11,1 — 12%, podczas gdy dawniej w 24 — 25%. Powikłanie to występuje niezależnie od rodzaju operacji. Z innych powikłań należy wymienić przetokę oskrzelową i ropniaka opłucnej. Ci sami autorzy podają, że na 60 operowanych przypadków po wycięciu płatu nie było ani jednej przetoki i ropniaka opłucnej, a po wycięciu płuca 2,7% trwałej przetoki i 5,5% ropniaków opłucnej. Natomiast Thornton i Adams (1942) podają cyfry znacznie większe — po wycięciu płatu 39% przetok i 25% ropniaków, a po wycięciu płuca 34% przetok i 17% ropniaków. Ropienie kikuta oskrzelowego wystąpiło w 8,5%. Powikłanie to wykrywa się badaniem bronchoskopowym. Dość łatwo poddaje się ono leczeniu systematycznym, co dwa tygodnie wykonywanym, przyżeganiem 30% roztworem azotanu srebra. Z innych powikłań należy wymienić — zaostrenie sprawy drugostronnej, którego to powikłania nie spostrzegano po wycięciu płata. Śmiertelność u Overhota i Wilsona wynosiła 11,6%, wśród chorych rokujących niepomysłnie 38,5%. Przyczyną

zgonów były powikłania chirurgiczne. Zmiany drugostronne nie stanowią przeciwwskazania. U jednego z operowanych chorych zmiany drugostronne zajmowały 1/3 płuca, jeden miał pojemność życiową płuc 900 cm³, jeden chorował od 19 lat na gruźlicę. Gruźlica oskrzela była w 31,7% przypadków. Wiek chorych najlepszy od 30 — 40 lat. Płęć nie odgrywa większej roli. Jak wypływa z tego doniesienia, wyniki są conajmniej zachęcające. U nas w Polsce już prawdopodobnie w niedługim czasie będzie można ten zabieg wykonywać w Warszawie, w Szpitalu Wolskim.

WŁAŚCIWE SKIEROWYWANIE PŁUCNO - CHORYCH DO SANATORIÓW Z PUNKTU WIDZENIA LEKARSKO - SPOŁECZNEGO I GOSPODARCZEGO *).

**Dr Raczyński Ryszard, ordynator Sanatorium P. K. P.
w Wiłkowicach.**

Przy codziennym przyjmowaniu pacjentów do sanatorium, zwracają szczególną uwagę dwie kategorie chorych: jedna, dla których wyrobiło się już popularne określenie „nihilistów” t. zn. tacy, którzy albo nie mają nic wspólnego z gruźlicą, względnie u których stwierdza się rentgenologicznie nieznaczne, stare, wygojone pozostałości po przebytej ongiś infekcji. Druga, to ciężko - chorzy, których stan płuc przedstawia się tak rozpaczliwie, że lekarzowi „opadają ręce”, gdyż przewidzieć można zgóry, że wszelka interwencja lekarska będzie niemożliwa, a leczenie klimatyczne bezskuteczne.

Przyczyną powyższego stanu rzeczy jest naturalnie nieodpowiednia, względnie nefachowa selekcja chorych, spowodowana przede wszystkim niedostatecznie zorganizowaną dotych-

*) Referat wygłoszony w Sanatorium w Chodzieży d. 17 XI 46 r. na Konferencji Kierowników Szpitali i Sanatoriów Kolejowych oraz Naczelników Wydziałów Sanitarnych.

czas akcją przeciwgruźliczą, — w tym wypadku na terenie P. K. P. — jak i brakiem domów izolacyjnych.

Przyjrzyjmy się, jak wygląda obecnie droga chorego, wiódąca do kuracji w sanatorium. Najpierw zgłasza się on ze swoimi dolegliwościami do lekarza rejonowego, u którego pozostaje w krótszym, lub dłuższym leczeniu. Poczym pacjenta skierowuje się, lub nie, na prześwietlenie. Z orzeczeniem rentgenologa (czasem zbyt krótkim i fachowym) wraca do swego lekarza, — zajmującego się z natury rzeczą ogólną praktyką, — który teraz według swego uznania, drogą urzędową stawia wniosek o przyjęcie podopiecznego do sanatorium, które dopiero zawiadamia o wolnych miejscach.

Droga to najczęściej długa i żmudna, w czasie której stan zdrowia pacjenta ulega najczęściej znacznemu pogorszeniu tymbardziej, że przeważnie pracuje on niemal do ostatniej chwili. Nacieki ulegają rozpadowi, z jamek robią się jamy, nieraz nienadające się już do leczenia odmowego.

Czasem znów starczą podmiotowe skargi pacjenta (niejednokrotnie odpowiednio wyolbrzymione), by wyprosić skierowanie do sanatorium. A wieleż jest przypadków wogóle nierozpoznawanych, lub mylnie rozpoznawanych?

Dlatego koniecznym jest stworzenie odpowiedniego filtru, którym byłaby dobrze zorganizowana i urządzona poradnia przeciwgruźlicza z lekarzem specjalistą. Tutaj powinien być przekazany każdy podopieczny, z najmniejszym bodaj podejrzeniem w kierunku schorzenia płuc, przyczym powinna przyświecać zasada, że lepiej prześwietlić dziesięciu chorych daremnie, niż przeoczyć jednego gruźlika. Tu stawia się rozpoznanie i na podstawie ewentualnych dodatkowych badań klinicznych i obserwacji decyduje się o leczeniu chorego i o konieczności skierowania go do sanatorium. Tu wreszcie byłaby centrala wywiadu społecznego, która, po nitce do kłębka, zebrałaby z czasem w swoich kartotekach chorych na gruźlicę

i ich rodziny. Obecnie np. kwestja przebadania całej rodziny chorego i poznanie jego warunków bytowania, leży jeszcze zupełnie odłogiem, a nawet napotyka na trudności, — ba! nie znajduje zrozumienia.

A teraz, celem zobrazowania różnorodności przysyłanych nam przypadków i podkreślenia konieczności stworzenia domów izolacyjnych, pozwolę sobie przytoczyć statystykę, opracowaną na materiale chorych Sanatorium P. K. P. w Wilkowicach. Jako podstawę przyjmąłem okres czasu jednego roku (od 1.XI.45 r do 1.XI.46 r.). Chorych podzieliłem na cztery grupy:

1) Właściwie skierowanych, t. zn. nadających się do leczenia sanatoryjno - klimatycznego.

2) Niewymagających leczenia, u których nie stwierdzono uchwytnych zmian, lub też widoczne były rentgenologicznie tylko pojedyncze, twarde, bliznowate smugi i ogniska, a fizykalnie byli bez dodatkowych zmian osłuchowych, z normalnym odczynem Biernackiego i płwociną naturalnie negatywną.

3) Ciężko chorzy z ogólnym znacznym wyniszczeniem, z obustronnymi rozległymi zmianami naciekowo rozpadowymi, albo z jednostronnymi, gdzie nie można było stosować żadnych zabiegów, głównie ze względu na wiek (t. zn. powyżej lat 45), i gdzie często występowały powikłania ze strony innych narządów (krtani, jelit i t. p.).

4) grupa obejmuje przypadki z różnymi innymi schorzeniami z zakresu chorób wewnętrznych, ginekologii, chirurgii i t. p., oraz pewną grupę dzieci, kwalifikujących się do prewentoriów, a nie do otwartej gruźlicy dorosłych.

Liczba ogólna chorych wynosiła 513 osób, z tego do pierwszej grupy „właściwych“ zaliczono 317 osób, co równa się 62% ogólnej cyfry, do drugiej grupy „nihilistów“ 66 osób, czyli 12,8%. Trzecia grupa „ciężko - chorych“ wynosiła 88 osób w

procentach 17% i czwarta grupa „inni chorzy” w liczbie 42 osób stanowiła 8,2%. Zatem w sumie, nienadających się z tych czy innych względów do leczenia sanatoryjnego, było 196 osób, czyli 38%.

Dla ciekawości obliczmy w przybliżeniu, jak dalece te 38% obciąża budżet sanatorium. Jeżeli przyjmiemy, że obecnie samo tylko utrzymanie jednego chorego w sanatorium kalkuluje się na 120 złotych dziennie, a pacjenci z II i IV grupy przebywali przeciętnie po 28 dni, to obciążenie budżetu sanatoryjnego wyniosło 366.880 złotych, zaś na leczenie tylko „nihiliistów” wydano niepotrzebnie sumę 221.760 złotych. Ciężko-chorzy, w liczbie 88 osób, dla których niema obecnie odpowiedniego pomieszczenia, obciążyli budżet sanatorium na sumę 950.400 złotych. Pobyt ich trwał przeciętnie 90 dni. Gdybyśmy to samo obliczyli, biorąc za podstawę właściwy ogólny koszt leczenia chorego w sanatorium, kalkulowany na ostatnim zebraniu Dyrektorów w Warszawie w dniu 26.X. b. r., t. z. 300 złotych dziennie, to „nihiliści” pochłonęliby sumę 554.400 złotych, a ciężko - chorzy kosztowałiby 2.376.000 zł.

Zrozumiałe, że przypadki nieuleczalne z grupy III-ciej, jak i inne schorzenia z grupy IV, wymagają leczenia, więc trzeba na nie przeznaczyć odpowiedni fundusz, ale nie należy nimi zajmować i tak bardzo ograniczonych miejsc w sanatoriach. Ci z grupy IV-ej pomieszczą się w istniejących już instytucjach (szpitale, domy zdrowia i t. p.), natomiast należałoby pomyśleć o tych ciężko-chorych, którzy nie mogą i nie powinni, ze względów społeczno - lekarskich, powrócić do swoich rodzin. Dla nich właśnie powinno się stworzyć domy izolacyjne (względnie kolonie, tak jak to mamy zagranicą).

Cel i istota tych domów polega na stworzeniu tym biednym ludziom możliwie dobrych warunków bytu z zapewnieniem opieki lekarskiej, z jednoczesnym odseparowaniem ich od społeczeństwa zdrowego, dla którego są ciężarem i rozsądnym ciężarem. Pobyt tam musiałby być naturalnie bezterminowy.

nowy. Czas, abyśmy się zatroszczyli o tych, którzy po krótszym czy dłuższym bezcelowym pobycie w sanatorium, nie są w stanie powrócić do pracy i rodziny i nie mają dalszych warunków do życia. Na ten cel proponowałbym poświęcić jeden lub drugi majątek ziemski, z odpowiednio dużym domem mieszkalnym, z którego dochody, zamiast do prywatnej kieszeni, jak dawniej, szłyby obecnie na utrzymanie domu izolacyjnego, który w ten sposób mógłby być prawdopodobnie całkowicie samowystarczalny. Odżywienie tam możnaby kalorycznie kalkulować nieco niżej niż w sanatorium. Wśród chorych dałoby się ewentualnie zorganizować lekką pracę, która im uprzyjemniała czas i łagodziła myśl o własnej bezużyteczności, a nawet dawała pewien dochód. Dla niejednego chorego po dłuższym pobycie i wypoczynku w takim domu znajdzie się może droga do sanatorium, celem podjęcia zabiegowego leczenia.

Stworzenie takich domów uważam za ważniejsze, a w każdym razie za równorzędne w znaczeniu z prowadzeniem prewentoriów. Natomiast, według mego zdania, uważam w dobie obecnej za bezcelowe uruchamianie i finansowanie sanatoriów dla nieprątkujących, gdyż zwiększy to tylko procent „nihilistów”, dla których w zupełności wystarczy urlop wypoczynkowy. Bowiem chorzy dorośli z początkującą gruźlicą, lub „rzekomo” nieprątkujący (t. zn. z wyraźnymi objawami klinicznymi, ale z plwociną negatywną), znajdują, jak dotychczas pomieszczenie w istniejących już sanatoriach na oddziałach „minusowych”.

Reasumując powyższe, mam nadzieję, że apel mój o rychłe i celowe zorganizowanie całej akcji przeciwgruźliczej na terenie P. K. P., nie przebrzmi bez echa i znajdzie pełne zrozumienie u czynników miarodajnych. Z przytoczonych cyfr i obliczeń wynika chyba dostatecznie, że opłaci się wprowadzenie proponowanych inowacji.

ZEZ TOWARZYSZĄCY — A PRZYDATNOŚĆ DO SŁUŻBY KOLEJOWEJ W ŚWIETLE PRZEPISÓW Nr S. 1.

Podał Dr med. Tadeusz Sokołowski, Sosnowiec.

W związku z badaniem okresowym robotnika oddziału drogowego nasunęły mi się wątpliwości co do kategorii, do której tenże powinien być zaliczony. Badany podaje, że ma 46 lat, jest pracownikiem etatowym, na kolei pracuje 20 lat, dobrze widzi, choć od dzieciństwa zezuje. Badanie wykazało: gałki oczne anatomicznie prawidłowe, rozróżnia barwy prawidłowo, v. p. o. = 0,9, v. l. o. = 0,8, szkła nie poprawiają. Lewe oko ustawione w zezie rozbieżnym, towarzyszącym. Kąt zezu = ok. 30°. Reakcja źrenic na światło zachowana. Ponieważ tylko zez porażenny dyskwalifikuje pracownika, a o zezie towarzyszącym przepisy nie wspominają ani słowa, badany otrzymał I kat.

Pod względem formalnym wydaje się być ten sposób załatwienia dobrym, lecz świadomość, że badany może być maszynistą lub spinaczem i, że od sprawności, z jaką on swymi zezowatymi oczyma ocenia odległość jest zależne nie tylko jego własne, ale i życie wielu innych ludzi, każe szukać ułomności zbliżonych lub analogicznych, a w przepisach wyraźnie wymienionych, któreby nie dopuszczały zezującego do stanowisk odpowiedzialnych pod względem bezpieczeństwa pracy.

Cofając się w przepisach od szczegółowych do coraz bardziej ogólnych, trafiamy na § 4. „Wykaz chorób i wad organicznych, wyłączaających przyjęcie do służby kolejowej lub pozo-

stanie w niej", a więc dotyczący pracownika i kandydata. Pod lit. n. ze stanów i zaburzeń oczu wybrać możemy dla porównania z zezem towarzyszącym „ślepotę na jedno oko, brak soczewki i porażenie zewnętrznych mięśni ocznych". Praktycznie rzecz biorąc, nasz zezujący jest jednoocznym, ma jednak tę przewagę nad ślepyim na jedno oko, że ma szerokie pole widzenia i w razie uszkodzenia oka wodzącego ma zapasowe, i to niezłe oko. Drugie kalectwo „brak soczewki" już bliższym jest do stanu zeza, bowiem w obu przypadkach istnieje posługiwanie się okiem lepszym i jest szerokie pole widzenia, ale w razie uszkodzenia oka lepszego nasz badany jest w lepszej sytuacji, gdyż bez szkiele widzi drugim okiem niezłe, a oko bez soczewki musi być uzupełnione okularami. Trzecie kalectwo „porażenie zewnętrznych mięśni ocznych" ma to do siebie, że zmusza do zamykania oka porażonego, powoduje przez to ograniczenie pola widzenia, jak u jednoocznego, a w razie uszkodzenia oka dobrego, posługiwanie się tylko okiem o mięśniach porażonych jest trudniejsze, niż w zezie towarzyszącym. W zestawieniu z tymi trzema kalectwami, wymienionymi pod lit. n) nasz przypadek zeza jest tylko nieznacznie mniej upośledzonym i właściwym dla niego miejscem byłoby umieszczenie pod tąże lit. n).

Cofając się w wykazie chorób i wad, dyskwalifikujących pracowników i kandydatów do lit. d), znajdujemy „jąkanie się" a pod lit. a.) „rażące swoją szpetnością choroby i kalectwa np. brak nosa". Podany przykład „brak nosa" ma być miernikiem zeszczenia, dającego się podciągnąć pod lit. a.). Zez jest zeszczeniem gatunkowo mniej rażącym, niż podany przykład, więc pod lit. a.) nie podpada.

Cofając się do § 3. „Ogólne zasady badania", czytamy 2 zdania: 1) „Oceniając zdatność do służby kolejowej, należy uwzględnić rodzaj pracy, jaką badany ma wykonywać, lub już wykonywa na służbie kolejowej." Oceniając zezującego pracownika według tego zdania, powinno by się pogodzić z tym,

że już od 20 lat na kolei pracuje w wydziale drogowym, że na-
był wprawy i doświadczenia w pracy i przez to dalej będzie
mógł na dotychczasowym stanowisku pozostawać. Ale jaką ma
otrzymać kategorię? Znajdziemy na to odpowiedź później.
2) zdanie stosuje się do kandydatów. „Do służby kolejowej mo-
gą być przyjmowani kandydaci zdrowi pod względem fizycz-
nym i psychicznym”. Zachodzi pytanie, czy zez jest dowodem
braku zdrowia pod względem fizycznym i psychicznym? Odpo-
wiedź brzmi: tak i to pod obydwu względami. Z przyczyn zez
wymieńmy: dziedziczność, zachowanie równowagi mięśni-
owej, wady refrakcji, anisoiakonia, nierównomierna gęstość ele-
mentów widzących w siatkówce i inne niedostępne dla wzier-
nika zmiany w siatkówce, nerwie wzrokowym, i mózgu. Zezu-
jący cierpią nie tylko na kompleks mniejszej wartościowości,
ale żarty i drwiny, na jakie z powodu swego kalectwa są nara-
żeni, wpływają na ich charakter. Jest też rzeczą stwierdzoną,
że pomiędzy zezującymi znajduje się wielu psychopatów (La-
uber). Przyczyn zez
jest wiele. Zez jest do pewnego
stopnia analogicznym cierpieniem do jąkania. W obu cier-
pieniach jest zaburzone zdrowie fizyczne: tu wadliwe ustawie-
nie oczu, zmienione widzenie, tam wadliwa praca warg, języ-
ka i płuc przy wymawianiu, jedni i drudzy bywają przedmio-
tem drwin, stąd też charaktery ich są podobne.

Wachholz traktuje jąkanie się jako jedną ze znamienych
cech dla psychoz. Jąkanie jest wymienione w § 4 jako wada,
dyskwalifikująca kandydata i pracownika. Jeżeli jąkała nie
może być maszynistą, spinaczem czy robotnikiem torowym, to
tymbardziej zezowaty nie powinien się znajdować między per-
sonelem kolejowym, a zez nie powinien być kwalifikowany, ja-
ko brak zdrowia pod względem fizycznym i psychicznym, a po-
winien być nazwany w przepisach po imieniu.

Tymczasem wyraz zez znajdujemy na stronicy 2. „Karty
stanu zdrowia” (Druk PKP Seria S. Nr 11) w rubrykach, doty-
czących badania oczu, jako zapytanie: „Czy badany zezuje?
Czy pytanie to ma pozostawać jako zwrot retoryczny, skoro

z odpowiedzi „tak” nie można wyciągnąć żadnych konsekwencji?

Przepisy Nr S. 1 i dołączone do nich wzory druków powinny być ze sobą szarmonizowane i logicznie powiązane, a każdy defekt wymieniony w „Karcie Stanu Zdrowia” musi mieć swe omówienie w odpowiednim miejscu przepisów. Jeżeli w przypadku zezachodzi dysonans, należy przypuszczać, że słowo „zez” w przepisach było umieszczone, lecz w trakcie wydawania przepisów drukiem, zostało przez zecera opuszczone, a przez korektora brak wyrazu „zez” został niezauważony. Wyraz zez powinien znajdować się w § 4 pod lit. n.) między wadami, pod względem funkcjonalnym najbardziej z nim spokrewnionymi, t. j. między brakiem soczewki i porażeniem zewnętrznych mięśni oka. Tam też go znajdujemy w przepisach kolejowych niemieckich „Tauvo” (Vorschriften für Feststellung der körperlichen Tauglichkeit des Reichsbahnpersonels), obowiązujących od 1.I.26 r., na których to przepisach wzorowały się nasze przepisy Nr S. 1. z dnia 20.II.29 r.

Rzeczą władz kolejowych jest wycofanie tego, już od 18 prawie lat obowiązującego, a wadliwego nakładu i rozesłanie nowego, w sposób tu podany, uzupełnionego wydania dla użytku służbowego.

Przy tak uzupełnionym § 4 żaden kandydat zezujący, nie będzie przyjęty, a pracownicy, służący mniej niż pięć lat będą zwolnieni.

Dla pracowników, pozostających w służbie ponad pięć lat będzie miał zastosowanie § 5, który daje naczelnikom Wydz. San. DOKP bardzo szerokie kompetencje, albowiem upoważnia ich do pozostawienia na służbie pracowników z najrozmaitszymi ułomnościami, za wyjątkiem chorób psychicznych i padaczki.

Łącząc powyższe z przypadkiem, od którego zacząłem, mogę się spodziewać, że mój badany w najlepszym razie otrzyma III kat.

SPRAWOZDANIE SZPITALA KOLEJOWEGO W WARSZAWIE za czas od 1-I-46 do 30-IX-46.

Szpital kolejowy w Warszawie nie przerwał w czasie wojny swej działalności. Zmiana ogólnych warunków politycznych i gospodarczych odbiła się jednak i na szpitalu. Okres powstania, oraz okres popowstaniowy szczególnie zmałyły normalny tok pracy szpitalnej. Brak personelu lekarskiego, pielęgniarzkiego i administracyjnego, oraz narzucone siłą faktu szpitalowi kolejowemu leczenie chorych obcych wpłynęły niekorzystnie na pracę szpitalną, wprowadzając w dziedzinie administracji szpitala zamieszanie i chaos, z którego powoli wychodzimy i staramy się wejść w ramy przedwojenne. Jako okres sprawozdawczy wybrano pierwsze 9 miesięcy 1946 r., jako okres, w którym gospodarka szpitala zbliżać się zaczyna do normy.

Należy przedewszystkim zaznaczyć, że szpital obecnie ma mniej łóżek, niż przed wojną ze względu na to, że jeden pawilon został w 1939 r. zburzony. Dostawienie łóżek w pokojach starego pawilonu nie uzupełniło braku łóżek, utraconych przez zburzenie pawilonu. Pomimo to, szpital ten, w przeciwieństwie do czasów przedwojennych nie był w okresie sprawozdawczym dostatecznie zapełniony. Przyczyną tego jest zmniejszenie obszaru dykcji i zła komunikacja prowincji z Warszawą, zmuszająca chorych do szukania pomocy lekarskiej w szpitalu, najbliższym od miejsca zamieszkania. Pozwoliło to z drugiej strony na przyjmowanie do szpitala osób postronnych, przeważnie rodzin kolejarzy, nie mających prawa do kolejowej pomocy lekarskiej.

W porównaniu z okresem przedwojennym przeciętna ilość dni leczenia chorego pozostała bez zmiany. Poziom śmiertelności pozostał również bez zmian.

Zmniejszyła się procentowo ilość zabiegów chirurgicznych oraz opatrunków.

Jeżeli chodzi o koszt utrzymania szpitala, to, obliczając porównawczo i procentowo wydatki z okresu sprawozdawczego i przedwojennego, niższe są obecnie wydatki w dziale rozchodów kancelaryjnych, opału, światła i utrzymania porządku, wymiany i reperacji inwentarza, leków i materiałów opatrunkowych i wo-

dy. Procentowe obciążenie kosztów szpitalnych przez pobory personelu utrzymało się w okresie sprawozdawczym na poziomie przedwojennym (górną granicę). Zwiększyły się procentowo wydatki na wyżywienie chorych. Jest to zrozumiałe, gdyż środki żywności, przydzielane szpitalowi po cenach sztywnych urzędowo, są niewystarczające i szpital musi takowe dokupywać dodatkowo na wolnym rynku.

Byłoby celowe, aby Biuro San. Min. Kom. wydało ściśle wytyczne dla obliczania kosztów utrzymania szpitali i sanatoriów, obowiązujące wszystkie szpitale i sanatoria kolejowe. Ułatwiło by to orientację w tym kierunku i umożliwiło w pewnym stopniu ujednolicenie systemu.

Sprawozdanie z działalności szpitala za okres od 1. I. do 30 IX 1946 r.

	Pracow.	Człon. rodz.	Emeryt.	Postronn.	Razem
Pozostało na 1.I.46	30	8	5	13	56
Przybyło w c-3 kw.	355	210	49	111	725
Razem leczyło się	385	218	54	124	781
Wypisało się . . .	334	200	41	115	690
Zmarło	19	5	7	3	34
Razem ubyło . . .	353	205	48	118	724
Pozostało na 1.X.46	32	13	6	6	57

- 1) Operacji 206
- 2) Drobnych zabieg. chirurg. 227
- 3) Opatrunków gipsowych 148
- 4) Opatrunków 6230
- 5) Dopełnień odmy 56
- 6) Chory śred. leczył się 20,4 dn.
- 7) Śmiertelność wynosiła . 4,7%

- Ilość naświetlań
- 1) Diathermia 812
 - 2) Lampa kwarcowa 542
 - 3) Sollux 752
 - 4) Elektryzacja 618

wewnętrz. 4410

Ilość dniówek:

chirurgicz. 11531

Razem 15941

Wydatki w czasie od 1. I. 46 r. do 30. IX. 46 r.

Rozdział 7 §2 pl	Rozdział 7 §2 p. 2	Rozdział 7 §2 p. 3	Rozdział 7 §3.	Rozdział 7 §4.	Rozdz. 7 §10.	Woda	Po- bory	Pre- mie
Rozchody kancela- ryjne	Opat, światło utrzymanie porządku	Wymiana i utrzymanie inventarza	Leki i ma- terjały opa- trunkowe	Utrzymanie chorych	Inne roz- chody Trom- wole pogrzeby i t. p.			
10260,98	81962,50	13724	151334,64	735771,75	7379	34024	923306,214369	
0,52%	4,18%	0,7%	7,78%	37,5%		1,73%	1137675	% wyd. bez premił
0,47	3,77%	0,63%	6,96%	35,71%		1,59%	52,4%	% wyd. z prem.
(0,82%)	(5,98-5,28%)	(5%)	(12%)	(25,79%)		(2,62-2,76%)	52,68 - 47,62%	% wyd. przed- wojennych

Suma z premiami 2172131,87 : 15941 — 136,27 wydatki dzienne z premią.
(dnie)

Suma 1957762,87 : 15941 — 122,83 wydatki dzienne bez premii
(dnie)

Dr Okoński
Kierownik Szpitala

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SZPITALA

Prewentorium P.K.P. w Aninie DOKP Warszawa

Prewentorium P.K.P. w Aninie zostało uruchomione 4-go marca 1946 r. Przyjmowane są dzieci obojga płci pracowników P.K.P. w wieku od 7 do 14 lat włącznie, które mają prawo do opieki lekarskiej kolejowej. Prewentorium czynne jest okrągły rok i posiada 60 etatowych łóżek. Przyjmowane są dzieci w pierwszym rzędzie: a) z dodatnim odczynem tuberkulinowym, b) z gruźlicą gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, c) z gruźlicą gruczołów nieropiejących zewnętrznych, d) z środowisk gruźliczych, stykających się z chorymi na gruźlicę, e) wykazujące brak odpowiedniej wagi, obwodu klatki piersiowej, brak łaknienia, stany podgorączkowe, f) ozdowieńcy po przebytych chorobach płuc lub innych.

W budynku, w którym umieszczeni są chłopcy, znajduje się gabinet lekarski z apteczką i lampą kwarcową. Na leżalnię wyzyskane są kryte werandy przy budynkach, przeznaczonych na sypialnie dla dzieci, z których korzysta się w razie niepogody. Zakład dysponuje 60-cioma leżakami. Kuchnia wraz z jadalnią mieści się w oddzielnym budynku. Również w oddzielnych budynkach mieszczą się mieszkania personelu i spiżarnia. Wychowawca i wychowawczynie mieszkają razem z dziećmi. Prewentorium położone jest w osiedlu Anin (na linii Otwock), na zalesionej parceli. Nasłonecznienie dobre. Zakład posiada w budynkach wodociąg i kanalizację własną, oświetlenie elektryczne, ogrzewanie piecowe. Wszelkiego rodzaju badania (laboratoryjne, prześwietlenia i zdjęcia rentgenologiczne, badania przez lekarzy specjalistów) są wykonywane w Warszawie. Sprzęt lekarski skromny, lecz wystarczający, a na wszelkie braki złożono zapotrzebowanie. W leczeniu zasadniczo uwagę zwraca się na leczenie witaminowo-odżywcze oraz fizykalną terapię, przedewszystkiem słońcem i powietrzem — w miesiącach letnich i naświetlania lampą kwarcową w miesiącach jesienno-zimowych. Prewentorium zaopatrywane jest w leki ze Składnicy Sanitarnej przy D.O.K.P. w Warszawie oraz z aptek prywatnych, gdy składnica nie posiada zaleconego leku.

Dzień ujęty jest specjalnym regulaminem:

Godzina	7.00	pobudka, mierzenie temperatury, mycie się, ubieranie.
„	7.45	obchód lekarski.
„	8.00	modlitwa, dziesięć minutowa, nie męcząca gimnastyka z przeważającą ilością ćwiczeń oddechowych.
„	8.30	śniadanie.
„	9—11	leżakowanie dla chorych według zlecenia lekarza, lub zajęcie w Świetlicy (nauka) dla dzieci, znajdujących się w lepszej kondycji fizycznej.
„	12.30	obiad.
„	13—15	leżakowanie obowiązkowe dla wszystkich pacjentów.
„	15.30	podwieczorek.
„	16—18	badanie lekarskie, mierzenie temperatury.
„	18—19	słuchanie audycji radiowych lub zorganizowane gry i zabawy.
„	19.00	kolacja.
„	19.20	gry i zabawy.
„	20.00	modlitwa.
„	20—21	mycie się i przygotowanie do odpoczynku.
„	21.00	gaszenie światła, odpoczynek.

Jeśli chodzi o diagnostykę, to przeważają dzieci wątłe ze sprawami gruczołowymi, z niedokrwistością, niedożywieniem, a nawet wyniszczeniem (około 80%) i innymi organicznymi schorzeniami.

Statystyka według ilości dni pobytu:

Marzec	. . . . .	129 dni szpitalnych.
Kwiecień	. . . . .	777 „ „
Maj	. . . . .	959 „ „
Czerwiec	. . . . .	1729 „ „
Lipiec	. . . . .	2020 „ „
Sierpień	. . . . .	1663 „ „
Wrzesień	. . . . .	764 „ „
Październik	. . . . .	461 „ „

R a z e m : 8502 dni szpitalnych.

Przeciętnie miesięcznie 1063 dni szpitalnych, co daje przeciętnie dziennie 35-ciu pacjentów.

Ilość pacjentów za powyższy czasokres 169 (74 chłopców i 95 dziewcząt).

Statystyka według przybytku na wadze:

bez przybytku na wadze — 8 pacjentów			
z przybytkiem na wadze do 2 kg — 72 pacjentów			
„	„	„	do 3 kg — 64 „
„	„	„	do 4 kg — 5 „
„	„	„	do 5 kg — 4 „
„	„	„	do 6 kg — 3 „

Personel wynosi 15 osób.

Za cały okres od marca do m-ca października włącznie pobrano 807.139 zł z funduszu zaliczkowego, które wydatkowano całkowicie przy ogólnej ilości 8502 dni szpitalnych, co wynosi 95 zł dziennie na wyżywienie.

Jeśli chodzi o produkty żywnościowe to otrzymywane są z dwóch źródeł:

- a) z przydziałów kartkowych po cenach sztywnych.
- b) z zakupów rynkowych.

Chorych prywatnych zakład nie przyjmuje.

Dr. Frąckiewicz
Kierownik Prewent.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SANATORIUM P.K.P. Aleksandrów Kujawski.

Po sześciu latach wojny, zdewastowane przez okupanta Sanatorium Kolejowe w Aleksandrowie Kujawskim, zostało ponownie powołane do życia.

Dnia 4 sierpnia 1946 r. w obecności władz Ministerstwa Kom., Dyrekcji i czynników społecznych miejscowych Sanatorium zostało uroczystie otwarte i poświęcone. Następnego dnia po otwarciu zaczęły już przybywać grupki dzieci pracowników kolejowych

z Dyrekcji Warszawskiej i Łódzkiej. Ogółem gościło w Sanatorium przez okres od 5 sierpnia do 15 września 1946 r. 52 dzieci. Tę małą liczbę przebywających należy tłumaczyć tym, że: późno został przeprowadzony remont budynków, ponieważ były zamieszkałe przez pracowników kolej., których trzeba było przenieść do innych pomieszczeń. Należy podkreślić jednakże, że w roku bież., jak na początek rozwoju Sanatorium, zrobiono wiele, a poza tym praca wciąż posuwa się naprzód. Pierwszy budynek piętrowy, w którym są sale sypialne i sala rekreacyjna, prócz podłogi i drzwi, (które należy jeszcze pomalować) jest całkowicie wyremontowany. Drugi budynek, w którym mieści się kuchnia i jadalnia również wyremontowany. Lokatorzy, pracownicy kolejowi Dyrekcji Gdańskiej częściowo mieszkania zwalniają, a zatem niezwłocznie przystępuje się do remontu. W budynku gospodarczym została zainstalowana pralnia z dwoma kotłami (już czynna).

Poza tym w toku są następujące prace: 1) przeprowadza się pokrycie dachu papą na jednym z budynków gospodarczych, również w tym samym budynku dorabia się brakujące drzwi i okna i szklenie tychże, 2) składanie i odświeżanie 46 szaf garderobianych dla pensjonariuszy, 3) przerabianie 70 łóżek.

Życie w Sanatorium zostało ujęte następującym planem:

Godz. 7 rano pobudka, gimnastyka, mycie, modlitwa oraz podciągnięcie na maszt sztandaru narodowego, zwiastującego rozpoczęcie życia w Sanatorium. Godz. 8. śniadanie, następnie zabawy i gry. Godz. 10 drugie śniadanie, poczym wycieczki do lasu lub w razie niepogody pogadanki, które były przeprowadzane na temat higieny, chorób zakaźnych, sportu oraz, wyrobienia obywatelskiego. Pogadanki były przyjmowane z wielką uwagą i zadowoleniem. Zaznaczyć należy brak radia lub głośnika. Godz. 12. obiad. Do godz. 13. odpoczynek w sypialniach. Godz. 13,15 wyjazd na kąpiele lecznicze do Ciechocinka. Po kąpieli na miejscu podwieczorek i spacery. Godz. 18. powrót z Ciechocinka. Godz. 19. kolacja poczym ogólne mycie się. Godz. 20. apel, opuszczenie sztandaru i spoczynek.

W niedzielę i dnie świąteczne, na życzenie dzieci, pod kierownictwem wychowawczyni były urządzone przedstawienia. Onieka lekarska została całkowicie zorganizowana na miejscu przez lekarza kolejiowego i nielegniarkę. Zachorowań poważnych nie było. Odżywianie dzieci 5-cio krotne w ciągu dnia, obfite i smaczne. Sanatorium było zaopatrywane w świeże produkty, które przechowy-

wano w suchej i widnej spiżarni, poza tym lodownia była codziennie zaopatrywana w lód. Nic więc dziwnego, że dzieci, które były ważone co tydzień, przybrały na wadze od 3 do 5 kg.

Sanatorium otrzymało z Ministerstwa Kom. następujący przydział: 60 prześcieradeł, 240 poszewek, 60 kołder U.N.R.R.A., 20 kocy wełnianych U.N.P.R.A., 40 kocy bawełnianych, 610 m. płótna na pościel, 30 ręczników, 30 szczotek do kurzu, ceratę do stołu do jadalni. Z Wydziału Aprow. otrzymano żywności po cenach sztywnych na 110 osób jak: cukier, mąkę, kaszę, kawę, kakao, herbatę, groch, mleko w puszkach, jarzyny w puszkach, margarynę, sól, mydło.

Dnia 4 b.m. Wydział Aprow. Dyrekcji Łódzkiej przydzielił dla dzieci słodycze i inne artykuły w puszkach, które zostały rozdzielone dzieciom.

Dnia 12 września b.r. zorganizowana została wycieczka do Torunia.

Dnia 15 września dziatwa rozjechała się do domów.

Dnia 16 września b.r. Sanatorium otwiera sezon dla osób starszych pracowników kolejowych, wymagających odpoczynku oraz kąpieli leczniczych w Ciechocinku. Pobyt trwać będzie do dnia 15 października b.r.

Następnie przedstawiam sprawozdanie kasowe Sanatorium w Aleksandrowie Kuj.: Na podstawie zleceń lekarskich przybywało w Sanatorium w czasie od dnia 5 sierpnia do dnia 1 listopada:

1) dzieci	52 — dni	1435
2) personelu	12 — dni	432
3) personelu dodatkowo-osoby	2 — dni	30
R a z e m :		dni 1897

Otrzymano z Wydziału Sant. D.O.K.P. Łódź —	295,053,— zł
Wpływy od dzieci po 300 zł od każdego	
oraz inne	— 16,850,— zł
R a z e m :	
	311,903,— zł

Wydatki na wyżywienie dzieci, personelu, pomocniczych sił w czasie od 5.VIII do 15.IX — 276.741,— zł

Z powyższego wynika, że koszt wyżywienia na 1 osobę od dnia otwarcia kolonii wyniósł dziennie 150 zł.

Sprawozdanie kasowe z drugiego okresu działalności Sanatorium Kol.

Na podstawie zleceń lekarzy rejonowych przebywało:
 chorych osób — 60 — dni 1603
 personelu osób — 12 — dni 564

Otrzymano z Wydziału Sanitarnego — 419,863,27 zł
 Z pierwszego okresu sprawozdawczego pozost.— 4,570,— zł
 Różne wpływy — 4,000,— zł
Razem: 428,433,27 zł

Wydatkowano na leczenie, utrzymanie kura-
 cjuszy, wyżywienie i opłacenie personelu — 427,727,27 zł

W kasie pozostało — 706,— zł.

Artykułów spożywczych pozost. na ogólną sumę 135,351,74 zł

Z powyższego wynika, że koszty utrzymania i leczenia wy-
 nosiły na 1 osobę dziennie — 135,— zł.

Niższe koszty utrzymania kuracjuszy wynikły stąd, że w
 pierwszym okresie sprawozdawczym (pobyt dzieci) nie wzięto pod
 uwagę pozostałej w magazynie ilości różnych produktów.

Niskie koszty utrzymania, należy tłumaczyć tym: 1) w sumę
 powyższą nie wchodzi wydatki następujące: jak opał, światło, które
 dostarcza kolej, wszelkie inwestycje, wykonywane również przez
 kolej oraz zakup inwentarza. Poza tym Sanatorium otrzymywało
 miesięcznie 110 kart żywnościowych, za które otrzymywano pro-
 dukty po cenach sztywnych.

Na tym kończę sprawozdanie powyższe z działalności Sana-
 torium Kolejowego w Aleksandrowie Kuj. oraz zwracam się z ape-
 lem o organizowanie częstych zjazdów kierowników sanatoryjnych,
 a to celem omawiania różnych spraw, dotyczących rozwoju Sana-
 toriów. Pożądane byłoby ażeby każdy taki zjazd odbywał się za
 każdym razem w innym Sanatorium.

R. Konnewiszer
 Kier. Sanator.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SANATORIUM KOLEJOWEGO W KRYNICY za czas od 20 VI. do 31 X, 1946 r.

Budynek nowoczesny, murowany, 3 piętrowy z urządzeniem
 wodociagowym, skanalizowany, centralne ogrzewanie, oświetlenie
 elektryczne, 36 pokoi dla kuracjuszy, sala jadalna, 2 pokoje na świe-

tlęcę, kancelaria, gabinet lekarski, magazyn na bieliznę, portierka, natryski i wanny.

Pokoje przeważnie 2 osobowe, kilka 3 osobowych. Wewnątrz budynek wymaga odmalowania. Brak piwnicy, pomieszczenia na magazyn żywnościowy, chlewa i częściowo na opał.

Umeblowanie skromne. W 80% wypożyczone od Tymczasowego Zarządu Państwowego w Krynicy. Obecnie Sanatorium wystąpiło o nabycie tego umeblowania na własność. Do ostatniej chwili brak poduszek, w znacznym procencie materacy, które zastępuje się siennikami, krzesel do jadalni, luster do pokoi, lodówki do kuchni. Naczynia stołowe i kuchenne wymagają uzupełnienia. Całość umeblowania niejednolita i w nienajlepszym stanie.

Świetlica zaopatrzona w parę dzienników, tygodników, szachy warcaby, i skromną bibliotekę. Brak radia odczuwać się będzie szczególnie w sezonie zimowym.

Lecznictwo. Sanatorium jest zakładem ściśle leczniczym, a nie domem wypoczynkowym.

Wskazania:

1. Choroby przewodu pokarmowego (nieżyty kwaśne i śluzowe żołądka, choroba wrzodowa, nieżyty jelita cienkiego, kamica żółciowa).
2. Choroby narządu krążenia (przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, zwyrodnienie mięśnia sercowego we wczesnych okresach, wyrównane wady serca).
3. Choroby kobiece (przewlekłe wysięki, zapalenie macicy, i przydatków, sprawy nieżytowe pochwy i macicy, słaby rozwój części rodnych, nieplodność).
4. Choroby dróg moczowych (kwaśne nieżyty i kamica nerkowa).
5. Choroby przemiany materii i gruczołów dokrewnych (cukrzyca lżejszego stopnia, niedaleko posunięta hyperthyreoza).

Przeciwwskazania do leczenia sanatoryjnego w Krynicy.: Ostre stany zapalne, gruźlica, wady niewyrównane serca, ciężka nerwica, tętniaki aorty, daleko posunięta rozedma płuc, przewlekłe zapalenie nerek, ostatnie miesiące ciąży.

Ze względu na to, że Sanatorium nie posiada jeszcze aparatu Rentgena i laboratorium, konieczne jest załączenie krótkiej historii

choroby od lekarza rejonowego, wyniku badań: moczu, opadania i ciśnienia krwi, ponadto dla skierowanych z chorobami przewodu pokarmowego—wyniku badań treści żołądkowej, z chorobami krążenia „Rg“ klatki piersiowej, z chorobami kobiecemi analizy, wykluczającej „Go“, z hyperthyreozą wyniku badań podstawowej przemiany materii.

Do Sanatorium Kolejowego w Krynicy są przyjmowani chorzy z wymienionemi cierpieniami, o ile są uprawnieni do kolejowej opieki lekarskiej, pracownicy, członkowie rodzin i emeryci i posiadają zlecenie do szpitala (Druk. S. Nr 5), wystawione przez lekarza rejonowego i zatwierdzone przez Naczelnika Służby Sanitarnej. W przeciwnym wypadku, jak również skierowani z przeciwwskazaniami **nie są przyjmowani i są narażeni** na powtórna uciążliwą i przeważnie długą podróż.

Największy procent chorych było na choroby:

1. Choroby narządu krążenia 52%.
2. „ przewodu pokarmowego 25%.
3. „ kobiece 16%.
4. „ dróg moczowych 2%.
5. „ przemiany materii i gruczołów dokrewnych 5%.

Chorzy z niewyrównaną wadą serca, z ostrym gośćcem stawowym, zniekształcającym gośćcem stawów nie zostali przyjęci.

Dokona no:

Opatrunków 139.

Zabiegów ogólnych nie balneologicznych 711.

Zastrzyków (dożylnie i domięśniowe) 668.

Ponadto chorzy otrzymywali zabiegi balneologiczne, kąpiele mineralne (kwasowęglowe, kąpiele borowinowe) pełne, półpełne, nasiadowe, nożne, ręczne, okłady borowinowe. Zabiegi wodolecznicze, natryski, przepłukiwanie jelit, irygacje. Stosowano wodę do picia: Zuber, Słotwina, Zdrój Główny, Kryniczanka, Jana.

Życie kulturalno-oświatowe Świetlica: Dzienniki, tygodniki, szachy, warszawy, wypożyczalnia książek (tomów 72); wypożyczono 394. Korzystających 167.

Wszystko to bezpłatnie. Ponadto zorganizowano 4 odczyty.

- a) Istota suwerenności Polski.
- b) Najdawniejsze czasy języka polskiego.
- c) Odczyt o Kościuszcze.

d) Odczyt o Mickiewiczu.

Jeden wieczór poświęcony współczesnej poezji polskiej.

Cztery wieczory literacko-muzyczne.

Siedem koncertów muzycznych (śpiew, fortepian i skrzypce).

Wycieczki (tylko chorzy, którym stan zdrowia na to pozwalał).

1) Na górę parkową (dojazd kolejką elektryczną).

2) Park Słotwiny (3 km.).

3) Park Puławskiego (3 km.).

4) Tylicz (Osiedle 7 km. Kaplica Cerkiew, źródła gazowe.

W cerkwi obraz Św. Barbary z czasów Konfederatów Barskich).

5) Muszynka 11 km. pociągiem i autobusami. Miasteczko nad Popradem (ze zwiedzeniem zamku).

6) Muszyna wieś (12 km.). Okopy Konfederatów Barskich z 1769 r.

7) Tunel (między Muszyną a Żegiestowem), jazda pociągiem, zwiedzanie odbudowy tunelu.

8) Żegiestów (21 km.) pociągiem i autobusami. Jedno z najładniejszych uzdrowisk w Polsce pod względem krajobrazu.

9) Rożnów. Zorganizowana staraniem Dep. Planowania M.K. dla zwiedzenia zapory Rożnów.

10) Jaworzyna (9 km.) autem. Najwyższa góra w tej okolicy 1116 mtr.

Wyżywienie 4 razy dziennie — dieta normalna. Dla chorych z cierpieniami przewodu pokarmowego — jest stół dietyczny. Dla bardzo wycieńczonych i tych, którzy muszą jeść częściej, daje się drugie śniadanie (mleko jajka, pszenne pieczywo).

Wnioski Sanatorium. Chorych należy kierować na 4 do 6 tygodni, gdyż przeciętnie tyle czasu trzeba na jedną kurację i uniknąć się korespondencji w sprawie przedłużenia czasu leczenia dla dokończenia kuracji.

Kierować tylko chorych na leczenie, a nie na wczasy, przez co uniknie nieprzyjęty powtórnej uciążliwej drogi, a kierownictwo Sanatorium przykrego wysłuchiwanie zupełnie słusznych narzekań na lekarzy, skierowujących, co podrywa również niepotrzebnie autoritet tychże.

Dołączać do zlecenia krótką historię choroby i wyniki analiz laboratoryjnych.

	Koszt dzienny		Całkowite utrzymanie 1 chorego zł	U w a g i
	wyżywienie 1 chorego zł	Utrzymanie bez wyżywienia zł		
20. VI. — 31. VII	142	25	167	Bez kosztu inwestycji i uposażenia personelu
Sierpień	140	14	154	„ „ „
Wrzesień	164	34	190	„ „ „
Październik	158	22	180	„ „ „
Sredni	151**)	22	173*)	x) Wydatek miesięczny podzielony przez ilość dni sanatoryjnych xx) Koszt zużytego prowiantu podzielony przez ilość dni sanatoryjnych

Uposażenie personelu wynosi w średnim + — 40.000 miesięcznie, co zwiększy koszt utrzymania 1 chorego dziennie:

za 20. VI. — 31. VII.	o 30 zł.
za sierpień	o 18 zł.
za wrzesień	o 18 zł.
za październik	o 13 zł.

U w a g a: Od miesiąca września do dziś wszystkie artykuły na rynku zwyżkują. Jeżeli Sanatorium nie otrzyma większego przydziału, iub D.O.K.P. nie pokryje uposażenia personelu, to Sanatorium w taksie 185 zł. dziennie za chorego nie utrzyma się.

Obsada personelu

Stan faktyczny.

Na wydatkach osobowych.

1. Kierownik Sanatorium
1. Intendent Sanatorium
1. St. Pielęgniarka
1. Pielęgniarka
1. Podreferendarz
1. Maszynistka I kl.
1. Woźny (portier).

Na wydatkach rzeczowych.

1. Gospodyni
1. Kucharka
2. Podkuchenne
3. Pomocnice kuchenne
2. Kelnerki
2. Sprzątaczk
1. Praczk
1. Palacz

Dr. A. Niewiński
Kier. Sanator.

SPRAWOZDANIE
Z DZIAŁALNOŚCI SANATORIUM DZIECIĘCEGO P.K.P.
w Rabce — Zdroju.
za okres od 10.VII do 15.XI 1946 r.

Z dniem 10 lipca 1946 Dyrekcja O.K.P. w Krakowie uruchomiła Sanatorium Dziecięce w Rabce-Zdroju, okolicy podgórskiej, położonej na wysokości 640 mtr. p.p.m., u podnóża pasma górskiego Gorców. Pasma te chronią Rabkę od dokuczliwych wiatrów i zapewniają jej łagodny, jednostajny klimat.

Rabka-Zdrój słynna jest ze swych solanek jodo-bromowych. Stosowane w postaci kąpeli, inhalacji i zażywane do wewnątrz wpływają one korzystnie na leczenie szeregu schorzeń wieku dziecięcego.

Sanatorium w chwili obecnej ma uruchomione już kąpiele solankowe (18 wanien), a w przyszłości otwarte zostanie również inhalatorium z możliwością stosowania inhalacji leczniczych: nosa gardła i krtani. Poza solankami dysponuje Sanatorium rozległymi tarasami krytymi, werandą oszkloną i solarium. Budynki sanatoryjne pomieścić mogą 280 kuracjuszy. Przyjmowane są dzieci w wieku od 5 do 14 lat.

Wskazania lecznicze: Powiększenie gruczołów chłonnych obwodowych, scrophulosis, powiększenie gruczołów wnekowych, i okołoskrzelowych, nacieczenia przywnękowe bez cech rozmiękania, zejścia po zespołach pierwotnych i nacieczeniach okołogniskowych, jak też schorzenia kostno-stawowe na tle swo-

istym — gruźliczym w okresie gojenia się (nadające się do leczenia kąpielami solankowymi), stany astmatyczne, przewlekłe nieżyty oskrzeli, rozstrzenie oskrzelowe, ozdowieńcy po przebyciu ostrych procesów zapalnych w płucach, ozdowieńcy po zapaleniu opłucnej (surowicznych i ropnych). Przerost migdałów bocznych oraz migdałka III-go, jak też przerost muszli nosowych, przewlekłe schorzenia bocznych jam nosa, powiększenie gruczołów obwodowych na tle nieswoistym, anaemia, asthenia.

Przeciwwskazania: nie są przyjmowane dzieci z objawami otwartej gruźlicy, jaglicy, kiły, epilepsji, moczenia nocnego oraz z objawami chorób zakaźnych w okresie ostrym, przewlekłym lub ozdowieńczym.

Na leczenie do Sanatorium P.K.P. w Rabce kierowane są dzieci przez lekarzy rejonowych, po uprzednim wypełnieniu zlecenia na druku S. Nr 5 i zatwierdzeniu przez Wydział Sanitarny, odnośnej Dyrekcji kolejowej. Sanatorium zaś po otrzymaniu z Dyrekcji zlecenia na przyjęcie, wyznacza termin przyjazdu i zawiadamia o tem rodziców, względnie opiekunów dziecka — drogą pisemną.

Pacjentów prywatnych przyjmuje Sanatorium tylko za zezwoleniem Dyrektora Kolei.

Dzieci, przebywające na leczeniu w Sanatorium, nic nie tracą ze swego życia. Mogą bowiem równocześnie z przeprowadzaniem kuracji, uczęszczać do, specjalnie dla nich założonej, 7-oddziałowej Szkoły Sanatoryjnej z prawami Szkół Publicznych.

Dzieci poniżej lat 7-miu mają na miejscu Przedszkole, prowadzone przez fachowe siły, przydzielane do Sanatorium również jak i nauczycielki Szkoły Sanatoryjnej przez Kuratorium Szkolne.

Ogólna ilość leczonych dzieci 288.

Przeciętny okres leczenia na 1 dziecko około 2 mies.

Ilość wykonanych operacyj 4.

Ilość wykonanych drobnych zabiegów 283.

Stosowane leczenie: Kąpiele powietrzne, słoneczne, kąpiele solankowe, picie solanki, płukanie solanką gardła, preparaty fosforowo-wapniowe, witaminowe, płukanie solanką gardła i wysokokaloryczne, 5 X w ciągu dnia odżywianie (zależnie od wieku dziecka i stanu łaknienia od 2500 do 4000 kal. dziennie).

Wyniki leczenia: wyraźne zmniejszenie się gruczołów obwodowych, zmniejszenie się migdałków, gojenie się przetok gruczołowych, ustąpienie stanów podgorączkowych, a po 2—3 miesięcznym leczeniu zmniejszenie się również gruczołów wnekowych i okołogniskowych oraz poprawa stanu ogólnego z przyrostem na wadze: u dzieci młodszych, względnie w przypadkach z czynnymi procesami schorzenia specyficznego 1 — 3 kg w czasie pobytu, u dzieci starszych, względnie ze schorzeniami w okresie już gojenia się, nie gorączkujących 6 — 8 kg.

Dzięki stale postępującemu odremontowywaniu budynku w chwili obecnej czynny jest już cały gmach główny i oddział izolacyjny.

Z końcem zaś listopada zostanie uruchomiony również pawilon boczny, czyli cały już kompleks sanatoryjny na 280 łóżek.

W okresie sprawozdawczym zainstalowana została również własna elektrownia (agregat 40 KM — 15 KV). W budowie własna studnia na 2 hydrofory, tłocząca wodę do poszczególnych pawilonów, garaże, stajnia i t.d.

Administracja i gospodarka Sanatorium, jak też prowadzenie ksiąg rachunkowych i magazynowych przeprowadzane jest według ogólnie obowiązujących przepisów dla Sanatoriów Kolejowych.

Dr Gołaszewska.

SANATORIUM WILKOWICE BYSTRA.

Dr Wołkowiński, kierownik Sanatorium.

W roku 1930 powstało **Sanatorium w Wilkowicach**, dla pracowników kolejowych i ich rodzin. Podczas okupacji zostało doszczętnie zniszczone, a uruchomione ponownie w lipcu 1945 r. jako jedno z pierwszych. Zagadnienie walki z gruźlicą płuc jest problemem bardzo ważnym, gdy się weźmie pod uwagę, że według niekompletnej statystyki przedwojennej umiera rok rocznie około 7000 chorych. My w Polsce potrzebujemy blisko 40.000 łóżek sanatoryjnych, w obliczeniu 1—600, a rozporządzamy tylko 3-ma i z tych 1000, jest niezajętych. Wynika więc z tego, że w racjonalnym obsadzeniu łóżek sanatoryjnych jest jakiś błąd. Lekarze, pracujący w Sanatoriach, wiedzą dobrze, jakich chorych skierowuje się do tychże:

- 1) Obłożnie chorych z wysoką temperaturą, o rozległych zmianach w płucach, którym leczenie w Sanatorium nie przynosi prawie żadnej korzyści, lecz przyspiesza ich zgon. Obciąża niepotrzebnie Sanatorium, nie przygotowane na masowe przyjęcie ciężko chorych: brak wind, niedostateczna ilość personelu.
- 2) Skierowywanie dzieci od 8--14 z gruźliową postacią gruźlicy, jakkolwiek przynosi poprawę, to jednak należy liczyć się z tym, że przebywanie w atmosferze zakaźnej może w sposób ujemny odbić się na dalszym zdrowiu.
- 3) A już zupełnie niedopuszczalne jest kierowanie do Sanatoriów pacjentów, nie mających nic wspólnego z gruźlicą, co naraża pacjentów na możliwość zakażenia się, a skarb państwa na stratę.

Biorąc pod uwagę powyższe, kierowanie chorych, wymagających leczenia klimatyczno-sanatoryjnego, odbywać się powinno przy pomocy istniejących „Przychodni Przeciwgruźliczych“, które w założeniu swym, posiadają wszelkie możliwości dla dokładnego zbadania i kwalifikowania chorych. Przychodnie przeciwgruźlicze mają możliwość także kontroli i opieki nad rodzinami chorych, co w wysokim stopniu ułatwia pracę uświadamiającą, a tym samym wydatnie przyczyni się do walki z gruźlicą płuc. Wtedy obłożnie chorzy nie będą zajmowali cennych łóżek w sanatorium, bo przy pomocy fachowego personelu przychodni muszą być skierowani do szpitali, lub sanatoriów — szpitali, aby ich rodziny były izolowane od źródła zakażenia.

Chorzy na gruźlicę wymagają dłuższego leczenia klimatycznego. Uzyskana poprawa po 3-ich lub 6-ciu miesiącach jest tak znikomą, że po powrocie do służby powoduje w szybkim tempie recydywę. Dlatego decyzja co do czasu trwania pobytu w sanatorium musi być uzależniona od wskazań lekarzy sanatoryjnych. W ten sposób chory po ukończeniu kuracji wracałby do swego warsztatu pracy w stanie mniej niebezpiecznym dla otoczenia. Chorych, wymagających długiego pobytu w górach, można byłoby zatrudnić przy uwzględnieniu warunków klimatycznych.

W leczeniu sanatoryjnym bardzo ważną rolę odgrywa wyżywienie, które należałoby uregulować w ten sposób, by chory dostawał nie mniej jak 4.500 kalorii dziennie, ponieważ niedokarmienie chorych powoduje ubytek na wadze, złe samopoczucie, a co za tym idzie jakościowo pogarsza stan zdrowia. Dlatego też jakość i ilość

wyżywienia musi być całkowicie podporządkowana wskazaniom lekarzy, biorąc pod uwagę, że wypoczynek i klimat pobudzają apetyt. Personel i pracownicy sanatorium, mający ciągłą styczność z chorymi, w dużym stopniu narażeni są na zakażenie, muszą więc dostawać wyżywienie, odpowiadające wyżywieniu chorego. Jak wiemy, jednym z zasadniczych punktów leczenia gruźlicy jest przebywanie chorych na powietrzu. Chorzy, przebywając w ciągu dnia po kilka godzin na werandach latem i zimą, wymagają zabezpieczenia od mrozu. Konieczne jest dostarczenie worków futrzanych.

W końcu zaznaczam, że sanatorium oprócz leczenia zajmuje się wychowaniem chorego, gdzie przez częste pogadanki, uświadamiające o sposobach zarażania się, przygotowuje się chory do dalszego umiejętnego sposobu życia, by po wyjściu z zakładu chronił swoją rodzinę od zakażenia.

W celu racjonalnej walki z gruźlicą instytucje, niepodlegające Ministerstwu Zdrowia, a tworzące w swoim zakresie zakłady, mające na celu walkę z gruźlicą płuc, powinny nawiązać bliższy kontakt z Ministerstwem Zdrowia dla uzgodnienia i usprawnienia jednolitego frontu walki z gruźlicą płuc.

W obecnych powojennych czasach administracja i gospodarka sanatorium jest jednym z najtrudniejszych zagadnień.

Dlatego w Sanatoriach, pozbawionych własnej gospodarki, umożliwiającej pokrycie naikonieczniejszych artykułów żywnościowych (mleko, masło, ser, jaja, drób), wskazane jest i celowe zachowanie obecnego systemu.

L e c z n i c t w o .

W roku 1945 od dnia 10.VIII. do 31.XII. przebywało na leczeniu:		
1) pracowników kolejowych i członków rodzin	133 osób	5.872 dni
2) osób prywatnych (stawki dzienne 80 i 100 zł)	18 osób	377 dni
	R a z e m	151 osób
		6.249 dni
Od prac. kol. ściągnięto tytułem opłat 15%		32.178 zł
Od osób prywatnych pełne stawki		40.240 zł

1946 r. do 10 listopada.

Od dnia 1.1. 1946 do 10.XI. 1946 r. przebywało na leczeniu:		
1) prac. kolejowych i członków rodziny	513 osób	28.541 dni
2) Elektryczne koleiki dojazdowe W-wa	31 osób	653 dni
3) osób prywatnych (stawki dzienne a 120 zł)	82 osób	1.808 dni

Razem	626 osób	31.002 dni
W roku 1945	151 osób	6.249 dni
Ogółem	777 osób	37.251 dni

Od prac. kolej. w 1946 r. opłat nie pobiera się.

Od E. K. D. Warszawa opłata a 120 zł		78.360.— zł
Od osób prywatnych a 120 zł		216.960.— zł
	Razem	295.320.— zł
	W roku 1945	72.418.— zł
	Ogółem	367.738.— zł

W leki zaopatrywani jesteśmy przez Min. Zdrowia, Wydział Sanitarny Katowice, oraz zakup w Aptekach w Bielsku. Wskutek tego, że niektóre leki są w aptekach wyczerpane — ten stan rzeczy odbija się ujemnie na leczeniu.

Administracja.

Personel składa się z 43 osób.

Prowadzi się księgowość, jak: książka kasowa, księga amerykańska, księga budżetowa, ewidencja inwentarza, księga szpitalna, księga ewidencyjna żywnościowa Z 38.

WYKAZ

chorych przebywających w Sanatorium P. K. P. Wilkowice-Bystra
od dnia 10.8.45 do 31.12.45 roku.

Miesiąc:	Dyrekcja:	Ilość chorych:	Ilość przebytych dni	Razem
sierpień	Katowice	33	585	33 585
wrzesień	Katowice	25	1.086	25 1.086
październik	Katowice	21	1.035	21 1.035
październik	Łódź	4	234	4 234
listopad	Katowice	17	1.272	17 1.272
listopad	Łódź	3	131	3 131

Miesiąc:	Dyrekcja:	Ilość chorych:	Ilość przebytych dni	Razem
listopad	M. K. Warsz.	1	28	1 28
grudzień	Katowice	15	1.288	15 1.288
grudzień	Łódź	5	88	5 88
grudzień	Kraków	5	94	5 94
grudzień	Olsztyn	2	20	2 20
grudzień	Lublin	2	11	2 11
	Ogółem	133	5.872	

WYKAZ

chorych (prywatnych) przebywających w Sanatorium P. K. P.
Wilkowice-Bystra za opłatą 80 i 120 zł dziennie od dnia 10.VIII.
dnia 31.XII. 1945 roku.

M i e s i a c :	Ilość chor.	Ilość przebył. dni	Razem kwota:	Uwagi
sierpień . . .	1	12 dn. a 80zł.—	960 zł.—	
wrzesień . . .	1	30 dn. a 80zł.—	2.400 zł.—	
„	1	19 dn. a 120zł.—	2.280 zł.—	
październik . .	1	14 dn. a 80zł.—	1.120 zł.—	
„	1	31 dn. a 120zł.—	3.720 zł.—	
listopad . . .	2	50 dn. a 80zł.—	4.000 zł.—	
„	4	91 dn. a 120zł.—	10.920 zł.—	
grudzień . . .	3	19 dn. a 80zł.—	1.520 zł.—	
„	4	111 dn. a 120zł.—	13.320 zł.—	
Ogółem	18	337	40.240	

Sprawozdanie z czynności i zabiegów lekarskich i pielęgnarskich.

N a z w a	od VIII — XII 1945 r.	od 1 — XII 1946 r.	Razem
Założenie odmy	18	108	126
Dopełnienie odmy	132	587	719
Punkcja	8	32	40
Phrenicoex. w szpitalu . .	—	6	6
Prześwietlenie	516	1843	2359
Zdjęcie rentgenowskie . .	—	133	133
Krótkofalówka	—	14	14
Kwarcówka	—	7	7
Badanie krwi na OB . .	294	1386	1680
„ „ morfolog . .	6	55	61
„ plwociny	199	1097	1296
„ moczu	99	602	701

Wykaz personelu Sanatorium w Wilkowicach.

- | | |
|-----------------------------|-------|
| 1. Lekarzy | os. 5 |
| 2. Kancelaria | „ 4 |
| 3. Laboratorium | „ 1 |
| 4. Kuchnia | „ 8 |
| 5. Sprzątaczk | „ 5 |
| 6. Kredens | „ 4 |
| 7. Pielęgniarki | „ 4 |
| 8. Kotłownia | „ 2 |
| 9. Portjer | „ 1 |
| 10. Stróże | „ 3 |
| 11. Praczk | „ 1 |
| 12. Chodowla bydła i trzody | „ 1 |
| 13. Sprzątaczk | „ 2 |
| 14. Ogrodnik | „ 2 |

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI „PREVENTORIUM DLA DZIECI W GŁUCHOŁAZACH, pow. Nysa.

Dr Kunicki, kierownik Preventorium.

Okres sprawozdawczy obejmuje czas od 16 lipca do dnia 14 listopada 1946 r. W tym bowiem czasie preventorium poczęło być czynne jako takie, gdyż poprzednio prowadzono jedynie dom wypoczynkowy i kolonie dla dzieci.

Preventorium położone jest w miejscowości podsudeckiej, która dzięki swojemu łagodnemu klimatowi zyskała sobie oddawna sławę stacji klimatycznej. Głuchołazy leżą ok. 250 do 300 m. ponad poziomem morza, chronione są przed wiatrami północnymi przez otaczające je wzgórza, co w rezultacie daje w zimie przeciętnie o 3 stopnie wyższą temperaturę, niż w odległej zaledwie o 20 km. Nysie. Toteż powstało tu sanatorium dla płucno-chorych oraz szereg zakładów wodoleczniczych, jak również preventoryjny zakład leczniczy niemieckiej kolejowej kasy chorych. Obiekt ten stanowi podstawę dla dzisiejszego preventorium dla dzieci, prowadzonego przez D. O. K. P. Katowice.

Preventorium składa się z budynku, mogącego pomieścić około 80 dzieci, zaopatrzonego we względnie nowoczesne urządzenia kuchenne, łaźnie i centralne ogrzewanie. Sala gimnastyczna w osobnym budynku. Ogród warzywny zaopatrzony w oranżerię i inspekty, kwietniki. Istnieje boisko, solarium z basenem kąpielowym i drewniana weranda do leżakowania. W czasie wojny zakład zajęty był przez wojsko niemieckie na szpital i wskutek tego uległ znacznemu zniszczeniu. Widoczny jest brak konserwacji od wielu lat. Budynek położony jest na zboczu wzgórza naprzeciwko lasu i parku miejskiego. W roku bieżącym uzyskano od miasta sąsiadującą posesję, składającą się z murowanej willi i ogrodu. Willa ta no przeprowadzeniu odpowiednich adaptacji i remontu, służy za izolatatorium dla 20 dzieci. Brak jest niestety odpowiednich zabudowań gospodarczych, pomieszczeń na magazyny i dla personelu.

Preventorium czynne jest od 16 lipca 1946 r. Leczonych było ogółem 92 dzieci, przeważnie z czynną gruźlicą gruczołowa. Jedynie w 3 wypadkach stwierdzono zmiany naciekowowłókniste w płucach. Z 3.747 dni leczenia najdłuższy czas leczenia wyniósł 104 dni, najkrótszy 15, a przeciętny 41 dni. Stosowano leczenie klimatyczno-dietyczne, wspierane podawaniem leków jak tran. żelazo, przetwory fosforowe itp. Ważnym czynnikiem leczniczym poza we-

randowaniem, nasłonecznianiem było wysokokaloryczne (ok. 4000 kal.) pożywienie, obfitujące w tłuszcze i witaminy. Wyniki lecznicze uzyskano dobre. Około 80% dzieci straciło stany podgorączkowe, a przeciętny przybytek na wadze wynosił 3 kg. Obecnie preventorium mieści zaledwie 3 dzieci ze względu na dokonywany konieczny remont w budynkach i sprzętach.

Zaopatrzenie w sprzęt lekarski nie jest jeszcze zupełne, jednak zakład posiada aparat rentgenowski, lampę kwarcową i częściowe urządzenie pracowni lekarskiej oraz najpotrzebniejsze przyrządy z zakresu interny. Reszta jest stopniowo uzupełniana. Zaopatrzenie w leki było naogół wystarczające. Leki były również pobierane częściowo z miejscowej apteki.

Personel preventorium składa się z lekarza kierownika, administratorki, 3 wychowawczyń — nauczycielek, gospodyni — magazynierki, kucharki, ogrodnika, portiera, pomocnika biurowego, palacza, 7 pokojówek i 2 podkuchennych. Przewidziane są jeszcze 2 siły pielęgniarskie, jednak chwilowo ze względów natury personalnej nie obsadzone. Ogółem zatrudnia preventorium 20 pracowników.

Zaopatrzenie uskuteczniane jest w głównej mierze centralnie przez Wydział Sanitarny, częściowo zaś na miejscu z wolnego rynku. Księgowość i rachunkowość prowadzona jest zgodnie ze wskazówkami wydziału Sanitarnego na drukach, przewidzianych dla P. K. P. — jeden dzień szpitalny obliczono na 100 zł, uwzględniając ceny sztywne i rynkowe, zależnie od pochodzenia towarów. Nie uwzględniono ogrzewania budynków, które w miesiącach letnich i wczesną jesienią nie było aktualne.

Preventorium posiada 2 krowy. Pozatym hoduje się trzode chlewną. Ostatnio przydzielono nare koni, koniecznych do prac ogrodowych, zwózki węgla, towarów itp.

Ogród warzywny prowadzony jest na zasadach samowystarczalności i zaopatrzenie w jarzynę i częściowo owoce nie tylko zakład w Głuchołazach, lecz również w Dusznikach.

SPRAWOZDANIE

Z czynności pracy wychowawczej nad dziećmi pracowników P.K.P., przebywających w preventorium P.K.P. w Głuchołazach w czasie od 16 lipca do 15 września 1946 r.

Ilość dzieci, przebywających w preventorium P.K.P. od 16 lipca do 15 września, wyniosła 81. Najkrótszy pobyt dziecka wynosił trzy tygodnie, zaś najdłuższy (o ile dziecko miało przedłużenie)

sześć tygodni. Wiek tych dzieci wahał się pomiędzy 5 — 14 l. Przeważały dziewczęta.

Rozkład zajęć ujęty jest regulaminem, który jest ściśle przestrzegany.

Ze względu na słaby stan zdrowia dzieci, regulamin przewiduje: rano dwugodzinny spacer, leżakowanie, po południu zaś leżakowanie i dwie godziny gier i zabaw.

W czasie każdego spaceru wychowawczynie starały się wykorzystać zainteresowania dzieci i stosownie do ich wieku urządziły pogadanki geograficzno-przyrodnicze.

Ponieważ dziecko instyktownie odczuwa potrzebę wielkiej ilości ruchu, jako bodźca rozwojowego, dlatego też regulamin przewiduje dziennie dwie godziny gier i zabaw. Gry i zabawy, dostosowane do wieku dzieci, polegają na odpowiednim ich doborze. A więc, przy organizowaniu zabaw dla dzieci najmłodszych (5 — 8 lat), uwzględniony jest ich egocentryzm, charakterystyczny dla tego wieku. Wskutek tej właśnie cechy psychiki dziecka, jest ono skłonne raczej do zabawy samotnej, aniżeli gromadnej, a jego nastawienie jest raczej aspołeczne. Organizowane są więc zabawy gromadne, przeważnie ze śpiewem, a przez stosowanie pewnych momentów wychowawczych, starają się wychowawczynie wyrobić w dziecku to przeświadczenie, że zabawa z innymi jest najprzyjemniejsza. Cel, jaki w tym wypadku wytknęły sobie wychowawczynie, polegał na położeniu podwalin pod uspołecznienie dziecka. Dla dzieci starszych natomiast organizowane są, oprócz zabaw ze śpiewem, także zabawy ruchowe, przy których chodzi o wyrobienie u dzieci obowiązkowości gromadnej i pewnej obustronnej odpowiedzialności.

Przy organizowaniu jakichkolwiek gier, natrafiały wychowawczynie na wielkie trudności ze względu na kompletny brak przyrządów, piłek, szarf, palestr, sznurów.

Wszelkie gry i zabawy w dniu pogodny miały miejsce na boisku, a w czasie niepogody dwie godziny spędzały dzieci w sali gimnastycznej, gdzie wychowawczynie starały się dzieci młodsze zainteresować czytaniem bajek, zaś starsze czytaniem historycznych, geograficznych opisów lub też śpiewem. Brak różnych gier towarzyskich takich jak szachy, domino, warcaby i t.p. utrudniał poniekąd pracę.

W godzinach, wolnych od zajęć, przygotowywały dzieci pod kierownictwem wychowawczyń program na poranek, który urządzony był na Święto Odrodzenia Polski. Na program ten składały się: deklamacje wierszy o charakterze patriotycznym, melodeklamacje, śpiew solowy przy akompaniamencie fortepianu, śpiew chóralny i t.d.

Prócz tego urządzone były trzy przedstawienia na pożegnanie odjeżdżających dzieci. Program tych przedstawień miał charakter humorystyczny.

Wogóle, jeżeli chodzi o pracę wychowawczą nad dziećmi, dały wychowawczynie na każdym kroku wszelkimi środkami pedagogicznymi do podniesienia poziomu kulturalnego dziecka, uczyły miłości ojczyzny, wszczepiając w nie zasady demokratyczne, dalej uczyły posłuszeństwa, porządku, grzeczności i poszanowania starszych. Usuwały złe nawyki, czuwały nad moralnością dzieci i regulowały ich współżycie.

Zaznaczyć jednak należy, że praca wychowawcza nad tymi dziećmi wymagała ze strony wychowawczyń wielkiego trudu i poświęcenia, ze względu na wielką rozpiętość wieku dzieci (5 — 14) i pochodzenia ich z różnych środowisk.

SPRAWOZDANIE

z działalności Sanatorium P.K.P. w Dusznikach-Zdroju za czas od 1 kwietnia do 10 listopada 1946 r.

1) Z dniem 1 kwietnia b.r. uruchomiono Sanatorium w Dusznikach-Zdroju dla sercowo chorych i reumatyków. Sanatorium mieści się w trzech pawilonach, które mogą pomieścić 120 kuracjuszy.

2) Sanatorium położone jest w miejscowości górskiej, wyposażone w nowoczesne urządzenia, centralne ogrzewanie, bieżącą wodę ciepłą i zimną. Pokoje przeważnie dwu-osobowe, częściowo z balkonami oszklonemi.

3) Kuracjusze, przebywający na leczeniu, mogą korzystać z kąpeli w Państwowych Zakładach Kąpielowych za opłatą 50% obowiązujących cen.

4) Dotychczas korzystało z kuracji 510 osób (10537 dni pobytu w Sanatorium). Zabiegów dokonano: a) zastrzyków dożylnych 234, domięśniowych 44, podskórnych 140.

5) Kuracjusze otrzymują dziennie 4-ro-krotny posiłek, odpowiadający około 4000 kaloriom. Kuracja trwa zasadniczo 21 dni, która w razie uzasadnionej potrzeby, na wniosek lekarza, może być przedłużona o dalszy potrzebny okres, nawet do 6-ciu tygodni. Wyniki kuracji nader korzystne.

6) Ze względu na specyficzne warunki klimatyczne, najkorzystniejszy pobyt przypada na okres od kwietnia do września, a następnie z nastaniem mrozów.

7) Obecny personel w Sanatorium składa się z 1 lekarza jako dyrektora, 1 intendentą, 2 sił biurowych, 1 gospodyni, 1 pielęgniarki, 2 portierów, 2 palaczy, 1 kucharki, 4 podkuchennych, 8 pokojówek 2 praczek, 1 magazyniera i 1 szwaczki.

8) Koszt dziennego utrzymania, razem z kosztami administracyjnymi, wynosi 116.70 zł.

9) Istnieją braki w inwentarzu, częściowo w pościeli, bieliźnie i naczyniach kuchennych, które stopniowo się uzupełnia.

10) Zaopatrywanie w prowianty skutecznie przeważnie Wydział Sanitarny.

Kożuszniak Jan.

Koszty wyżywienia.

W poszczególnych Sanatoriach i Prewentorium DOKP Katowice przedstawiają się następująco:

1) Sanatorium Wilkowice-Bystra, w miesiącu październiku 1946 r

a) Przeciętna ilość pacjentów 108 osób

b) personel administracyjny i roboczy 28 osób.

R a z e m: 151 osób

c) dzienne utrzymanie (wyżywienie) 1 osoby wynosi 69.45 Zł,

d) koszty administracyjne 31.15 Zł,

R a z e m: 100.60 Zł.

2) Sanatorium Duszniki-Zdrój, w miesiącu wrześniu 1946 r.

b) personel administracyjny i roboczy 20 osób.

a) Przeciętna dzienna ilość kuracjuszy 79 osób.

R a z e m: 107 osób.

d) koszty administracyjne	33.25 Zł,
c) dzienne utrzymanie (wyżywienie) 1 osoby wynosi	83.45 Zł,
R a z e m:	116.70 Zł.

3) Prewentorium dla dzieci w Głuchołazach w mies. wrześniu 1946 r.

a) przeciętna dzienna ilość dzieci	61 dzieci,
b) personel administracyjny i roboczy	20 dzieci,
R a z e m:	81 osób.
c) dzienne utrzymanie (wyżywienie) jednej osoby wynosi	70.90 Zł,
d) koszty administracyjne	22.35 Zł,
R a z e m:	93.25 Zł.

Uwagi: Stosunkowo niskie koszty utrzymania należy zawdzięczać Centr. Aprowiz. Przemysłu Węgl., która przydziela dla Sanatoriów i Prewentorium od 1 czerwca b. r. poważniejsze ilości artykułów pierwszej potrzeby, a to: mąkę, cukier, tłuszcz, mięso wzgl. konserwy mięsne, mleko skondensowane albo sproszkowane, marmeladę i sól. Oprócz tego dorywcze przydziały z „UNRRA“, a to: ryż, makaron włoski, ser śmietankowy, czekoladę i śledzie.

Przy Sanatorium Wilkowice-Bystra i w Głuchołazach prowadzi się ogrodnictwo, które jest dostosowane przeważnie do uprawy jarzyn, wobec czego Sanatorium Wilkowice-Bystra pokrywa podczas sezonu jarzynowego zapotrzebowanie jarzyn w 80%, natomiast ogrodnictwo w Głuchołazach po zaspokojeniu własnych potrzeb w Prewentorium, pokrywa zapotrzebowanie jarzyn w Sanatorium Duszniki - Zdrój w 70%, co wpływa również na obniżenie kosztów utrzymania.

Zaprowadzona hodowla świń w Sanatoriach wzgl. Prewentorium, wpływa także częściowo na obniżenie kosztów. Przydzielona para koni do Prewentorium w Głuchołazach, przyczyni się w przyszłości do obniżenia kosztów administracyjnych, gdyż zwózka artykułów spożywczych, opału, nawozu, prace rolne w ogrodzie i inne pochłaniają poważne kwoty.

Dr Cienciąła
Nacz. Wydz. Sanit.

SPRAWOZDANIE

z działalności Szpitala Kolejowego w Poznaniu.

Szpital Kolejowy w Poznaniu, po opuszczeniu przez wojska radzieckie, objęły władze kolejowe z początkiem drugiego kwartału

b.r. Uruchomiono oddział wewnętrzny na 40 łóżek, — a w lipcu oddział chirurgiczny i ginekologiczny.

Stan na dzień 1.XI.46 r. 120 łóżek.

Personel: lekarzy 6, pielęgniarek dypl. 8, pom. pielęgniarskich 12, salowych 11, pers. administr. 4, kuchennego 6, portier 1, stróż nocny 1, 3 praczki, 1 szwaczka, 1 mechanik, i 2 robotników razem 56 osób.

Na oddziale chirurgicznym było w leczeniu 141 chorych, dokonano 67 poważnych operacji.

W ambulatorium chirurgicznym udzielono 189 pierwszych porad, 423 wtórnych porad i zabiegów.

Na oddziale wewnętrznym było w leczeniu 450 chorych, w ambulatorium wewnętrznym przyjęto 280 chorych. Założono 45 odm. Ilość dni leczenia:

za miesiąc kwiecień	546
„ „ maj	1153
„ „ czerwiec	1476
„ „ lipiec	1463
„ „ sierpień	1354
„ „ wrzesień	1424
„ „ październik	2750

R a z e m: 10186 dni leczenia

Przeciętna ilość dni na jednego chorego waha się od 12 do 15 dni leczenia, koszt dzienny 128 zł. W-g statystyki śmiertelność wynosi 3,2%.

Szpital korzysta częściowo z narzędzi lekarskich, będących własnością ordynatorów. Zaopatrzenie w leki dostateczne.

Zajęcia personelu ustalone są regulaminami wewnętrznymi Księgi rachunkowe i gospodarcze prowadzi się w myśl obowiązujących przepisów o rachunkowości na P.K.P.

Dr. Krajnk.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SANATORIUM W CHODZIEŻY

za czas od 1-I do 30-IX 1946 r.

A. Lekarskie:

Tabela ruchu chorych:

Stan chorych na 1-I-46.	57 mężczyzn	27 kobiet	— razem	84
przybyło za trzy kwartały	383 mężczyzn	166 kobiet	— razem	549
R a z e m:	440 mężczyzn	193 kobiet	— razem	633

ubyło w trzech kwartałach	361 mężczyzn	161 kobiet	— razem	522
P o z o s t a ł o:	79 mężczyzn	32 kobiet	— razem	111

W stanie „pozostało“ jest czworo dzieci do lat 12, a mianowicie 3 chłopców i 1 dziewczynka.

Zmarło 19 osób, w tym 16 mężczyzn i 3 kobiety

W stosunku do leczonych osób w ilości 633 — śmiertelność wynosi 3%. Stosunkowo dość znaczną śmiertelność, jak dla leczenia sanatoryjnego, należy przedewszystkiem przypisać temu, że do Sanatorium przysłano chorych — szczególnie w I. i II. kwartałe zupełnie już nie nadających się do leczenia. Były wypadki, że pacjent zmarł w trzecim dniu po przybyciu — a kilku w tydzień po przybyciu.

Dni szpitalnych było:

1)	w miesiącu	styczniu 1946 r.	. . . .	— 3 425 dni
2)	„	lutym 1946 r.	. . . .	— 3 901 „
3)	„	marcu 1946 r.	. . . .	— 5 163 „
4)	„	kwietniu 1946 r.	. . . .	— 4 990 „
5)	„	maju 1946 r.	. . . .	— 5 475 „
6)	„	czerwcu 1946 r.	. . . .	— 5 323 „
7)	„	lipcu 1946 r.	. . . .	— 4 622 „
8)	„	sierpniu 1946 r.	. . . .	— 3 464 „
9)	„	wrześniu 1946 r.	. . . .	— 3 481 „

R a z e m: 39 844 dni

Największe nasilenie chorych było w miesiącu czerwcu. Stan pacjentów dochodził do 196.

Przeciętna ilość pacjentów za okres sprawozdawczy wynosi 145,8.

Zabiegi lekarskie:

1) zastrzyków dożylnych	— 6 122
2) „ domięśniowych	— 2 217
3) „ podskórnych	— 2 630
4) kompresów	— 1 102
5) opatrunków różnych	— 985
6) okładów gorących	— 3 610
7) nacierań	— 6 314
8) masaży	— 581
9) wlewy dokrztaniowe	— 56
10) „ przeczyszczające	— 54
11) wdmuchiwanie dokrztaniowe	— 45
12) płukań opłucnych	— 30
13) inhalacji	— 965
14) wytworzenie sztucznych odm piers.	— 48
15) dopełnienie sztucznych odm piers.	— 579
16) płukanie uszu	— 140
17) „ oczu	— 414
18) bańki	— 26
19) irygacje	— 386
20) opakowanie stawów	— 45
21) punkcje	— 3
22) pędzlowanie gardła	— 108
23) „ nosa	— 38
24) okładów zimnych	— 9
25) nagrzewañ lampą Sollux	— 592
26) nagrzewañ lampą kwarcową	— 448
27) diatermii	— 1 748
28) elektryzacji	— 281
29) zdjęć rentgenowskich	— 522
30) prześwietleń	— 2 188

W pracowni laboratoryjnej wykonano:

1) badanie płwocin	— 1 371
2) „ moczu	— 1 152
3) „ krwi O. B.	— 1 732

4) badanie kału	—	11
5) „ pływu opłucnej	—	6
6) „ morfologiczne krwi	—	169
7) „ treści żołądkowej	—	7
8) „ wydzielin cewki moczowej	—	5
9) Wassermanna	—	4

B. Administracji i gospodarki.

Stan personelu:

	Obecny:
1) kierownik — lekarz	1
2) ordynatorów	3
3) starzystów	3
4) pielęgniarek	6
5) pomocn. pielęgn.	8
6) intendent	1
7) podreferendarz	1
8) biuro	3
9) aptekarz	1
10) personel administr.	8
11) „ gospodarczy	7
12) „ pralni	4
13) „ kuchni	9
14) „ oddziałowy	16
	R a z e m: 71

Etat wynosi 72 osoby.

Dochody za leczenie za 39 844 dni leczenia
wyniosły: 5 899 260,00 zł.

Inne dochody jak za wyżywienie gości, zabiegi lekarskie, zwrot za stłuczone termometry, odsetki i tp. 66 045,94 zł
Ogółem dochód wynosi: 5 965 305,94 zł.
Rozchód wynosi: 6 625 044,17 zł
Niedobór: 659 738,23 zł.

Niedobór powstał na skutek:

a) podwyższenia poborów dla personelu. Podczas gdy za I półrocze pobory dla personelu, ubezpieczenia społeczne i diety wyniosły 646 202,17 zł., to w III. kwartale te same wy-

datki wyniosły 597 441,99 zł, — czyli za trzy miesiące wydatki wyniosły prawie tyle, co za sześć miesięcy, gdyż za ledwie mniej o 48 760,18 zł.

- b) wzmożonego zakupu artykułów pierwszej potrzeby na żywność, jak wykonanych we własnym zakresie soków, konfitur, różnych zapraw. Pozostałości w tłuszczu, maśle, cukrze i tp. z nadwyżką, pokrywającą się w remanencie, który przedstawia dużo większą wartość od niedoboru.

Wydatek za trzy kwartały wyniósł kwotę 6 625 044,17. Dni leczenia w okresie sprawozdawczym było 39 844 — utrzymanie jednego pacjenta wyniosło przeciętnie po 161, 75 zł. bez leków, opału, kosztów drobnego remontu, na które to wydatki należy doliczyć: leki 33,— zł. obecnie przydzielane przez Wydział Sanitarny, opał 12,— zł. drobny remont i inne 4,— zł. — razem utrzymanie pacjenta przeciętnie wynosi po 212,75 zł. dziennie.

Opłaty wynosiły dla:

1) **D.O.K.P.** od 1.1. do 15.3. po 100, — zł., od 16.3. do 30.4. po 120,— zł., od 1.5. do 30.6. po 150,— zł., od 1.7. po 200,— zł.

2) **Urzędu Wojew. i Opiek Społecznych** od 1.1. do 15.3. po 120,— zł., od 16.3. do 30.4. po 140,— zł., od 1.5. do 30.6. po 150,— zł. od 1.7. po 200,— zł.

3) **Ubezpieczalni Społecznych** od 1.1. do 15.3 po 130,— zł., od 16.3. do 30.6. po 150,— zł., od 1.7. do 31.8. po 200,— zł., od 1.9. po 250,— zł.

Prywatni: oprócz leków — od 1.1. do 15.3. po 130,— zł., od 16.3. do 30.6. po 150,— zł., od 1.7. do 31.8. po 200,— zł., od 1.9. po 250,—zł.

Na dzień 1. września 1946 r. był w stanie chorych jeden pacjent prywatny.

Na wyżywienie za okres sprawozdawczy wydano kwotę 2 561 866,13 zł. z czego żywiono:

1) pacjentów	39 844 dni
2) personelu	15 769 „
Razem:	55 613 „

Poza tym żywiono siły niemieckie przez 1 645 dni.

Koszt wyżywienia na jedną osobę wynosi za okres sprawozdawczy po 56,16 zł.

Za miesiąc wrzesień wyżywienie kosztuje 403,992,75 zł., a za tym na jedną osobę wynosi po 73,07 zł.

Konieczność wymaga zaznaczyć, że w miesiącu wrześniu b.r. po cenach sztywnych otrzymano z aprowizacji Starostwa Powiatowego 375 kg. mąki, 258 kg. mięsa, 256 kg. masła, 220 kg. cukru, a ponadto gotówką z Wydziału Zdrowia Woiew. kwotę 58 760 zł., co w znacznym stopniu spowodowało obniżenie kosztów za wyżywienie.

Gotówką wpłynęło do Sanatorium:

	I półrocze	III Kwart.
1) z Wydziałów Sanitarnych	425 989,50	1 056 053,—
2) 15% od pracowników kolej. za 1945 rok	19 174,—	233,50
3) z Ubezpieczalń, Opiek Społecznych i osób prywatnych	651 059,—	270 024,—
4) Inne dochody: jak za wyżywienie gości, prześwietlenia, zdjęcia, odmy, odsetki i t.p.	50 370,50	15 675,44
R a z e m :	1 146 593,—	1 341 975,94
Ogółem wpłynęło gotówką:	—	2 488 568,94

Z powyższego wpłacono do Kasy Stacyjnej w Chodzieży 199 608,— zł., oraz do Kasy Dyrekcyjnej D.O.K.P. Poznań kwotę 188 861,— zł., czyli ogółem 388 469,— zł.

Dr Bartólewski
Kierow. Sanator.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SANATORIUM W SZKLARSKIEJ PORĘBIE.

Sanatorium P. K. P. dla płucnochorych w Dolnej Szklarskiej Porębie, to nowa placówka do zwalczania gruźlicy. Otwarcie nastąpiło dnia 1.7. 1946 r.

Sanatorium leży na południowym stoku gór, osłonięte od wiatrów wschodnich i zachodnich, wśród pięknego osiemnasto ha. lasu, z wspaniałym widokiem na ciągnący się łańcuch gór olbrzymich z najwyższym szczytem Śnieżką. Wysokość wzniesienia 640 m. nad poziom morza jest korzystna ze względu na mgły i częste deszcze, które w dolinie Jeleniej Góry, leżącej niżej, w porach wiosennych i jesiennych przeważają. Przepiękne położenie, ogromna ilość

lasów, rozległa kotlina górzysta, na której porozrzucane są tysiące will, pensjonatów, ściągała za czasów niemieckich około 90.000 kuracjuszy, a ruch turystyczny rocznie przewyższał cyfrę miliona osób. Z dotychczasowych krótkich obserwacji mogę już powiedzieć, że chorzy szybko aklimatyzują się i osiągają szybko dużą poprawę na wadze i w ogólnym samopoczuciu, przy czym ich stan płuc zmienia się na korzyść.

Sanatorium objąłem już z początkiem lipca b.r. Z urządzeń po dawnym niemieckim sanatorium kolejowym nic nie zostało. Osobista prężność organizacyjna intendenta przy pomocy władz miejscowych umożliwiła zebranie urządzenia na 80 łóżek łącznie z pościelą. Z moim przybyciem, łącznie uzupełniliśmy urządzenie laboratorium, pracowni rentgenologicznej, gabinetu fizyko-terapeutycznego, gabinetów lekarskich, oraz cały szereg drobnych i większych urządzeń, sprzętów lekarskich, które razem tworzą dziś całość, zdolną do pracy. Po uzupełnieniu materacy na 100 łóżek, Sanatorium P.K.P. będzie rozporządzało 150 — 160-ciu łózkami.

Z metod leczenia gruźlicy stosujemy: odmě, phrenico-exhairesę, zastrzyki; do thorakoplastyki odsyłamy chorych do Krzyżatki, po czym chorzy wracają do nas na dalsze leczenie. Od lipca do września kuracjusze przyjeżdżali tylko na wypoczynek. Od 1.X., Sanatorium przyjmuje wszystkich chorych płucnych za wyjątkiem, nie nadających się do leczenia sanatoryjnego. Jakkolwiek nie możemy przyjmować prątkujących, trudno jest przeprowadzić tego rodzaju segregację, bo nie jeden chory dziś nieprątkujący, jutro czy za tydzień może prątkować, względnie przeciwnie. Dlatego realną segregację można przeprowadzić w sanatorium przez dokładną obserwację i ciągłe badania.

W krótkim przeciągu czasu założono odmě u 16-tu osób, dopełnień 218, usunięto dwa polipy, prześwietleń Rentgenem 140, zdjęć 22. Chorzy otrzymują w dziennym pożywieniu 3.500 do 4 000 kalorii.

Zaopatrzenie w lekarstwa jest niewystarczające i bardzo ograniczone. Jedynie tranu mamy pod dostatkiem. Sprzęt lekarski posiadamy prawie w komplecie, ale potrzebne jeszcze są:

aparatus Jakobeusa,
wirówka elektryczna,
zestaw do chirurgii klatki piersiowej,
termostat,

stół operacyjny uniwersalny,
autoklaw,
aparat do infuzji.

Personel administracyjny i sanitarny w komplecie, obliczony na obsłużenie 150 łóżek. Koszt utrzymania 1-go dnia szpitalnego wynosi 165—zł. Obliczamy, sumując wszystkie wydatki miesiąca, podzielone przez ilość pensjonariuszy i służby całej, a odejmując pozostałość stanu magazynu.

Ilość chorobodni za miesiąc	lipiec	415
„ „ „ „	sierpień	980
„ „ „ „	wrzesień	645
„ „ „ „	październik	534
	R a z e m :	2 574

Personel wynosi 36 osób, a mianowicie:

Kierownik Sanatorium 1, lek. asystent 1, laborant 1, st. pielęgniarka 1, pielęgniarek 5, intendent 1, magazynier 1, biuro 2, gospodyni 1, kuchnia 5, pralnia 3, personel sprząający 5, woźny 1, palaczy 2, mechanik 1, szofer 1, ogrodnik 1, robotników 3.

Do pełnego stanu personelu brak 2 lekarzy i 3 osób służby sprząającej.

Kierownik Sanatorium
Dr med. Popławski Zdzisław

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SZPITALA KOLEJOWEGO D. O. K. P. SZCZECIN.

Za okres od 1.4. 1946 r. do 31.10. 1946 r.

I. Szpital kolejowy, przejęty przez D. O. K. P. w lipcu 1945 r., został ostatecznie uporządkowany pod względem lekarskim i administracyjnym w marcu 1946 r., dlatego też okres sprawozdawczy obejmuje czas od 1.4.46 r. Musimy zaznaczyć, że do chwili obecnej szpital jest jedynym na terenie Pomorza Zachodniego i miasta Szczecina szpitalem pełnowartościowym, posiadając następujące oddziały:

1. Oddz. ginekologiczno - położniczy.
2. Oddz. chirurgiczny.
3. Oddz. wewnętrzny.

oraz zakłady:

1. Rentgenologiczny.
2. Fizykoterapeutyczny.
3. Laboratorium analityczne.

Jedną z największych bolączek jest przeładowanie szpitala chorymi, brak odnowienia po spaleniu, które miało miejsce w 1944 r., brak dostatecznej ilości leków, brak aparatu do terapii rentgenowskiej.

II. Sprawozdanie z oddz. chirurgicznego i ginekologiczno - położniczego:

1. Badania i porady	2.852
2. Opatrunki	1.376
3. Laparatomie	78
4. Abrazje	45
5. Amputacje	21
6. Resekcje żeber, Thorakoplastyka	10
7. Drobne zabiegi	420
8. Transfuzje	5
9. Operacje laryngologiczne	5

b) Sprawozdanie oddziału wewnętrznego:

Na oddziale wewnętrznym leczono następujące przypadki:

1. Choroby serca	28
2. „ płuć	34
3. „ przewodu pokarmowego	42
4. „ nerek	19
5. „ nerwów i umysłowe	28
6. „ zakaźne	28

(Chorzy ci po stwierdzeniu choroby, skierowani zostali do Szpitala Zakaźnego).

7. Choroby reumatyczne	15
8. „ zatrucia	12
9. „ naczyń krwionośnych	4
10. „ krwi	2
11. „ przemiany materii	4

U w a g a: Szpital w okresie sprawozdawczym na 3-ch oddziałach liczył łóżek 117.

c) Sprawozdanie zakładu rentgenologicznego:

W okresie sprawozdawczym wykonano 6.540 prześwietleń.

d) Sprawozdanie zakładu fizykoterapeutycznego:

Następujące aparaty czynne były w zakładzie:

1. Świetlanka całkowita.
2. Świetlanki częściowe.
3. Kwarcówki.
4. Sollux, vitalux.
5. Diatermie — krótko i długofalowa.
6. Aparat do wibracji.
7. Kąpiele 4-ro komorowe.
8. Kąpiele syntetyczne (solankowe, siarczane, borowinowe, kwaso-węglowe).
9. Aparat do masażu wodnych.

Poza masażami wodnymi, mechanicznymi wykonywano masażę ręczne. Razem zabiegów wykonano 3.400.

e) Sprawozdanie laboratorium analitycznego:

Laboratorium wykonywało następujące analizy:

1. Badanie moczu.
2. Badanie krwi (morfologia, opad).
3. Badanie kału.
4. Badanie treści żołądkowej.
5. Badanie płwociny.
6. Badanie wydzieliny z pochwy, z cewki na gc. Razem wykonano 8.300 analiz.

III. W okresie sprawozdawczym uporządkowano całkowicie administrację szpitala.

Założono następujące książki:

- A. Księgę Główną.
Amerykanke.
- B. Księgi pomocnicze:
 1. Księga kasowa.
 2. „ magazynowa, żywnościowa i materiałowa.
 3. „ dłużników i wierzycieli.
 4. „ chorych szpitalnych i ambulatoryjnych.
 5. „ Inwentarza.

Koszty utrzymania chorego dziennie zł 140. .

IV. Personel:

1.	Lekarzy ordynatorów	. . . . .	2
2.	„ asystentów	. . . . .	2
3.	„ rentgenologów	. . . . .	1
4.	Pielęgniarek	. . . . .	18
5.	Personelu salowego	. . . . .	18
6.	„ aptecznego	. . . . .	2
7.	„ gospodarczego	. . . . .	26
		P a z e m	. 69

Kierownik Szpitala
(—) Dr J. Kobosko.

SPRAWOZDANIE Z DOTYCHCZASOWEJ DZIAŁALNOŚCI SZPITALA KOLEJOWEGO W GDAŃSKU.

Do dnia 15 listopada 1946 r.

Szpital Kolejowy w Gdańsku mieści się w gmachu dawnej prywatnej kliniki ginekologicznej, w którym uruchomiono oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny i ginekologiczno - położniczy; szpital posiada pozatym dwie filie: w Oliwie, gdzie mieści się oddział chorób ocznych i w Wieżycy, niedaleko Kartuz, gdzie jest oddział dla uzdrowieńców. Szpital Kolejowy z wymienionymi trzema oddziałami zajmuje na przedmieściu Gdańska Siedlice, nowoczesny trzypiętrowy budynek (zbudowany podczas wojny), położony wśród skwerów, dobrze nasłoneczniony, skanalizowany, z bieżącą zimną i gorącą wodą, z centralnym ogrzewaniem. Trzy wymienione oddziały (wewnętrzny, chirurgiczny, gin.-położniczy) posiadają łącznie 100 łóżek etatowych, oddział oczny w Oliwie 25 łóżek, oddział w Wieżycy 40 łóżek. Ogółem zatem szpital posiada 165 łóżek. Personel lekarski składa się: z kierownika Szpitala i zarazem ordynatora oddziału wewnętrznego, ordynatora oddziału chirurg. ordynatora oddz. gin.-położniczego, dwóch lekarzy miejscowych, ordynatora oddz. chorób ocznych. Każdy oddział posiada wykwalifikowane trzy pielęgniarki i trzy sanitariuszki. Poza tym posiada szpital gabinet rentgeno - diagnostyczny (wkrótce zostanie uruchomiony i rentgen leczniczy), gabinet terapii fizykajnej (krótkofalówka, Sollux, i lampa kwarcowa). Dla badań analitycznych korzysta z pracowni analitycznej w Oliwie.

SPRAWOZDANIE Z ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO.

1. Owrzodzenie żołądka i dwunastnicy	47
Inne choroby narządów trawienia	38
Choroby dróg żółciowych	25
Choroby dróg oddechowych	38
Gruźlica	18
Choroby układu krążenia	50
Choroby dróg moczowych	26
Gościec	38
Choroby nerwowe	17
Cukrzyca	2
Choroby krwi	4
Choroba Basedowa	2
Choroby zakaźne	21
Nowotwory	3
Zatrucia	6
Gruźlica kręgosłupa	1
Inne sprawy zapalne	12
R a z e m	349

Ogólna ilość dni szpitalnych — 7.803.

Z tego mężczyzn leczyló się 262, kobiet 87, zmarló mężczyzn 10, kobiet 2.

SPRAWOZDANIE ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO.

Laparatomie duże	21
w tym resekcje żołądka	7
Wycięcie woreczka żółciowego	4
Oper. na pęcherzu mocz. i grucz. krokovym	3
Resekcje jelit	1
Wycięcie wyrostka robaczkowego	37
Operacje przepuklin	25
Amputacje kończyn	6
„ sutka	9
„ kieszki odbytovej	2
Założenie sztucznego odbytu	1
Operacje żyłaków odbytnicy	6
„ żyłaków kończyn dolnych	7
„ grucz. tarczycowego	2

„ tętniaka tętnicy udowej	1
„ palucha koślawego	3
„ rozszczepienia podniebienia	2
„ kryptorchismus	3
„ wodniaka jądra	3
„ zapalenia szpiku kostnego	6
Wycięcie kaletek śluzowych	1
Wycięcie łąkotec	1
Operacje na ścięgnach	2
„ stulejki	1
„ szycia kości	2
Zabiegi kosmetyczne	7
Operacje usunięcia ciał obcych	5
„ kaszaków, ganglionow itd.	10
Nacięcia	10
Opatrunki gipsowe	15
	R a z e m .
Leczyło się na oddz. chirurgicznym chor.	344
Porad w ambulatorium chirurg.	825
Zabiegi chirurgiczne ambulatoryjne	244
Zgonów	7

SPRAWOZDANIE ODDZIAŁU POŁOŻNICZO - GINEKOLOGICZ- NEGO.

Ruch chorych za okres od 1.I.46 r. do 31.X. 1946 r.

Liczba pacjentek wogóle	205
z tego na oddz. położn.	136
na oddz. ginekologicznym	69

I. Oddział położniczy:

a) porody prawidłowe	95
b) operacje położnicze:	
sectio caesarea	= 4
kleszcze	= 4
pomoc ręczna	= 3
ręczne wydobywanie łożyska	= 2
szycie krocza	= 27
Excochieatio	= 36

II. Oddział ginekologiczny:

a) leczenie konserwatywne	= 36
b) leczenie operacyjne:	
abrassio	= 18
sutura Emmet.	= 6
colpoperineorrhaphia	= 11
ventrofixura	= 9
Appendectomia	= 7
Amputatio portionis vaginalis	= 6
wykręcenie polipa	= 2
Herniotomia	= 1
Interpositio uteri vesicovaginalis	= 3
Amputatio uteri supravaginalis	= 3
Enucleatio myomatorum per laparatomiam	= 4
Salpingoophorectomia	= 7
Laparatomia probatoria	= 1
Alexander — Adams	= 1
Exstirpatio uteri totalis vaginalis (Schauta - Stoeckel)	= 4
Zgonów	= 4

SPRAWOZDANIE ODDZIAŁU OCZNEGO W OLIWIE.

Szpital uruchomiono 5 sierpnia 1946 r.

Łóżek etatowych	25
Ogólna ilość chorych do dnia 1.11. 46 r.	88
W tym chorych postronnych	51
Ogólna ilość dni szpitalnych	882
Operacji ocznych dokonano	124
w tym zaćmy	32
przyjęć ambulatoryjnych	294

Zaprowiantowanie i zaopatrzenie otrzymuje Oddział ze Szpitala Kolejowego w Gdańsku.

SPRAWOZDANIE DZIAŁU GOSPODARCZEGO.

Ilość łóżek etatowych	165
Ogólna ilość chorych za okres sprawozd.	1.165
W tym postronnych	215
Ogólna ilość dni szpitalnych	18.292
Koszt utrzymania 1 dnia szpitalnego	139 zł
Opłata dzienna chorego postronnego	200 zł

Ubezpieczalnia Społeczna płaci za chorych na oddziale wewnętrznym . . .	135 zł
Ubezpieczalnia Społeczna płaci za chorych na oddziale chirurgicznym . . .	165 zł
Za użycie sali operacyjnej chory postron- ny płaci	1.000 zł
Szpital posiada personelu ogółem osób .	61

Podstawą zaprowiantowania chorych są karty zaopatrywania. Obliczanie porcji dla chorych sporządza się na druku serii S. 514 według norm, zatwierdzonych przez Naczelnika Służby Sanitarnej.

Suma obliczonych porcji i produktów dla chorych uzgadniana jest każdorazowo z księgą kasową oraz księgą magazynową Z 38. W ten sam sposób prowadzi się zaprowiantowanie Oddziału Ocznego w Oliwie, wpisując pozycje do oddzielnej księgi kasowej pomocniczej. Ponadto prowadzi się księgę kasową główną (amerykankę), z rozbiorem na poszczególne konta, księgę dłużników i księgę magazynową Z 38, oraz księgę inwentarzową Z 18. Magazyn żywnościowy prowadzi na każdy produkt i materiał kartotekę.

Dział bieliźniany i szwalni prowadzą dzienniki czynności, kontrolowane przez intendenta szpitala

Wydział Apropowizacji przydziela dla szpitala produkty jak: mąka, ryby, chleb, cukier i t. p. po cenach sztywnych. Pozostałe produkty zakupuje się na wolnym rynku. Większe zimowe zapasy (ziemniaki, warzywa) zakupuje się w terenie, przeważnie w okolicy Słupska.

Szpital otrzymał z przydziałów UNRRA: 200 prześcieradeł, poszew 120, poszewek 200 sztuk, kompresów 20, podkładów 100, fartuchów operacyjnych 20, fartuchów lekarskich i pielęgniarskich 60, fartuchów dla sanitariuszek 60, ceraty 46 m.

Wykonane prace remontowe Szpitala:

Po objęciu szpitala przez władze P. K. P. budynek był zdewastowany, a inwentarz całkowicie wyszabrowany. Dach budynku nie posiadał ani jednej dachówki, zaś w oknach brak było wszystkich szyb.

Lewe skrzydło budynku było spalone, zaś budynek wogóle otrzymał kilka pocisków, zwłaszcza od strony południowej. Naprawy dachu i roboty murarskie dokonano sposobem gospodarczym, ogólnym kosztem około 120.000 zł.

Przy robotach zatrudniono Niemców. Największą bolączką było oszklenie sali operacyjnej, które wymagało dużych tafli szkła.

Z uwagi na roboty remontowe można było w dniu 5.7.45 r. uruchomić szpital tylko częściowo.

Kierownik Szpitala
(—) Dr Arciszewski

SPRAWOZDANIE Z DOTYCHCZASOWEJ DZIAŁALNOŚCI SZPITALA PKP W OLSZTYNIE.

Szpital PKP w Olsztynie rozpoczął swą działalność w marcu 1945 r., jeszcze przy odgłosie huków dział nad Bałtykiem. Na potrzeby szpitala zajęto budynek, będący poprzednio w użytkowaniu niemieckiej Kliniki Dziecięcej. Był on stosunkowo najmniej zniszczony, jakkolwiek pozbawiony już był najniezbędniejszych sprzętów i narzędzi lekarskich. W ciągu 2 miesięcy był to jedyny szpital dla ludności polskiej w Olsztynie, posiadając od początku swego istnienia oddziały: wewnętrzny, zakaźny i chirurgiczny, borykając się z rozmaitego rodzaju trudnościami, a szczególnie z trudnościami wyżywienia chorych i brakiem bielizny szpitalnej, Szpital obsługiwał wówczas całą ludność polską Olsztyna i okolicy, nie wyjąwszy chorych zakaźnych. Dopiero w czerwcu 1945 r. otworzono miejski szpital zakaźny, odciążając w ten sposób szpital kolejowy. Niestety jeszcze do chwili obecnej Olsztyn poza Szpitalem Kolejowym nie posiada drugiego oddziału położniczego.

Szpital obliczony jest na 100 łóżek. Obecnie ma otwartych 78 łóżek. Posiada 3 oddziały, a mianowicie: oddział wewnętrzny 26 łóżek, oddział chirurgiczny 28 łóżek i oddział ginekologiczno-położniczy 24 łóżka.

Jak już wspomniano, przez dłuższy czas Szpital odczuwał dotkliwy brak bielizny szpitalnej. Ostatnio pod tym względem nastąpiła znaczna poprawa, jednak nie całkowita.

Zaopatrzenie oddziałów w instrumenty przez cały czas było niedostateczne.

Oddział chirurgiczny posiada również szereg braków.

Pracownie badawcze w Szpitalu są dwie: analityczna i rentgeno - diagnostyczna. Laboratorium odczuwa brak nie-

których odczynników, albowiem nie można ich uzupełnić nawet w poważnych firmach krajowych.

Szpital posiada jedynie aparat rentgenodiagnostyczny, brak jednak w nim instalacji do zdjęć. Brak też aparatu rentgenowskiego przyłóżkowego.

Obie wyżej wymienione pracownie badawcze obsługują nietylko szpital, lecz także rejony. Z pracowni leczniczych w szpitalu czynna jest tylko fizykoterapia. Światłolecznictwo opiera się tylko na jednej lampie „Sollux“ oraz lampie kwarcowej małego typu. W przygotowaniu uruchomienie diatermii. Szczupłość pomieszczeń jest przeszkodą w uruchomieniu mechanoterapii. Poprawa pod tym względem nastąpi dopiero z chwilą przeniesienia szpitala do nowego pomieszczenia, a mianowicie do byłego sanatorium „Frauenwohl“, którego remont już rozpoczęto.

Szpital posiada własną aptekę, zaopatrywaną w leki przeważnie z aptek miejskich i tylko częściowo z Centralnej Składnicy Sanitarnej DOKP Olsztyn, co jest przyczyną stosunkowo dużych kosztów leczenia. Zaopatrzenie szpitala w leki i materiały opatrunkowe ostatnio znacznie się poprawiło.

Z leków najbardziej odczuwa się brak narkotyków (morfina), preparatów sporyszowych i przysadkowych.

Szpital, jak zresztą całe miasto, nie posiada urządzeń do destylowania wody, co uniemożliwia przygotowanie rozczyńców fizjologicznych.

Ruch chorych w Szpitalu w 1945 r.

Liczba dni szpitalnych w r. 1945 wyniosła 12.175 (od 1.6.45 r.).

Wykonano operacyj dużych — 101, operacyj małych — 196.

Dokonano analiz chemiczno-bakteriologicznych — 417.

Ruch chorych w Szpitalu w r. 1946 (od 1.1.46 do 31.10.46).

		zgony
Dur brzuszny	10	—
Zapalenie opon mózgowych	1	—
nagm.		
Choroba Heine - Medina	1	—
Róża	2	—
Gościec	15	—
Zimnica	3	—
Influenza	12	—
Gruźlica dróg oddechowych	18	3
Gruźlica innych narządów	3	—
Kiła	3	—
Rzęzączka	8	—

Choroby dróg oddech. z wyjątkiem gruźlicy	47	2
Choroby przewodu pokarmowego	107	1
Choroby gardła, uszu i nosa	5	—
Choroby jamy ustnej i zębów	1	—
Choroby oczu	1	—
„ nerek i pęcherza	21	—
„ nerwowe	24	—
„ psych.	1	1
„ kobiece i położnicze	560	2
„ skórne	3	—
„ krwi	3	—
„ chirurgiczne	379	14
Nieszczęśliwe wypadki przy pracy	16	—
Samobójstwa	3	1
Choroby narządów krążenia	35	4
	Razem 1282	28 = 2,2%

Liczba dni szpitalnych kształtuje się w następujący sposób:

Styczeń	2.000
Luty	1.210
Marzec	1.764
Kwiecień	1.982
Maj	1.719
Czerwiec	1.501
Lipiec	1.658
Sierpień	1.628
Wrzesień	1.679
Październik	1.808

Czyli od początku 1946 r. do 31 października liczba dni szpitalnych w Szpitalu PKP w Olsztynie osiągnęła liczbę 16.949.

Na oddziale ginekologiczno - położniczym wykonano w tym czasie:

cięć cesarskich	11
założono kleszczy	17
laparatomii	14
innych zabiegów	93

Na oddziale chirurgicznym wykonano w r. 1946 (do 31.10);

operacji dużych	130
operacji małych	211

Dokonano analiz chem. - bakteriologicznych — 2952

Dokonano prześwietleń rentgenologicznych — 1950

Personel Szpitala PKP w Olsztynie składa się w obecnej chwili z 57 osób, a mianowicie:

Personel lekarski 4
 (w tym 1 kierownik szpitala,
 2 ordynatorów i 1 asystent).

Personel sanitarny:

Felczerów 1
 St. pielęgniarzek 1
 Pielęgniarzek 7
 Akuszerka 4
 Sanitariuszek 15
 Kier. laboratorium 1
 Kier. apteki 1
 Rentgenotechnik 1
 R a z e m osób 35

Personel adm.-gospodarczy:

intendent 1
 kier. kancelarii 1
 st. asystent 1
 pom. siła biurowa 1
 goniec 1
 magazynier 1
 pom. ogrodnika 1
 ślusarz 1
 gospodyni 1
 kucharka 1
 szwaczki 2
 praczki 3
 robotnicy 7
 R a z e m osób 22

Z ksiąg rachunkowych Szpital prowadzi:

1. książkę kasową,
2. „ inwentarzową Z-18,
3. „ materiałową Z-18,
4. „ główną żywnościową,
5. „ magazynową żywnościową,
6. „ główną chorych,
7. „ kontroli wpływów za leczenie chorych,
8. „ ruchu chorych oraz
9. „ kontroli zaliczki.

Koszt utrzymania chorych w Szpitalu za I półrocze 1946 r. (bez wydatków osobowych i leków) na poszczególne rozdziały wyniósł:

I półro- cze 1946 r.	Średnie obłożenie półroczne	7—2—1	7—2—2	7—2—3	7—4	U w a g i
	56	5,27	75,90	8,70	867,90	Utrzymanie 1-go chorego miesięcznie
		0,17	2,53	0,29	28,90	Utrzymanie 1-go chorego dziennie

W wydatkach rzeczowych nie uwzględniono kosztów na utrzymanie personelu, opłacanego z wydatków rzeczowych. Wydatki na 7—4 uwzględniają jedynie faktyczne zużycie produktów żywnościowych, zakupionych wg. cen rynkowych, bądź też reglamentowanych.

Utrzymanie chorych w II półroczu 1946 r. po uwzględnieniu wydatków na leki oraz kosztów utrzymania personelu, opłacanego z wydatków rzeczowych — kształtują się w sposób następujący. I tak np.

Wrzesień 1946 r.

Koszty administr.	Wydatki osobowe	Wydatki rzeczowe					Razem
		7-2-1	7-2-2	7-2-3	7 3	7-4	
	58099	—	—	—	—	—	58099
	—	—	14163,76	1919,61	—	28846,58	44929,95
Wszelkie inne wy- datki	—	1705	6272—	1195.—	69832.—	75307,67	154311,67
Razem	58099.-	1705.-	20435,76	3114,61	69832.—	104154,25	257340,62
Utrzymanie 1-go chorego dziennie	34,65	1,07	12,17	1,90	41,59	62,08	153,27

Utrzymanie 1-go chorego dziennie z r-ku 7—4 bez kosztów na opłaceniu personelu z wydatków rzeczowych, natomiast z uwzględnieniem personelu dyżurnego, składającego się z 9 osób dziennie — wynosi 38,64 zł.

Październik 1946 r.

Koszty administr.	Wydatki osobowe	Wydatki rzeczowe					Razem
		7-2-1	7-2-2	7-2-3	7-3	7-4	
	67205.-	—	—	—	—	—	67205.—
	—	—	26042,13	1482,52	—	34268,66	61793,31
Wszelkie inne wydatki	—	2424,92	15081,10	1190.—	70382	91296,78	180374,80
Razem	67205.-	2424,92	41123,23	2672,52	70382.—	125565,44	309373,11
Koszt utrzymania 1-go chorego dziennie	37,17	1,34	22,69	1,47	38,93	69,44	171,16

Utrzymanie 1-go chorego dziennie z r-ku 7—4 bez kosztów na opłaceniu personelu z wydatków rzeczowych, natomiast z uwzględnieniem personelu dyżurnego, składającego się z 9 osób dziennie — wyniósł 43,93 zł. Ilość kalorii na 1-go chorego przypada 2490.

Jeżeli uwzględnimy chorych prywatnych w m-cu październiku rb., to stanowią oni 5,75% stanu ogólnego chorych. W przybliżeniu około 90% tej ilości stanowią położnice, albowiem oddział położniczy w Szpitalu PKP w Olsztynie, jak już wspomniano, jest jedynym oddziałem na terenie miasta i z konieczności zmuszony jest obsługiwać całą ludność polską Olsztyna i okolic.

Za leczenie chorych prywatnych pobierano:

- do 1.8.45 r. 25 zł za dobę
- od 1.8.45 r. do 1.3.46 r. 60 zł za dobę
- od 1.3.46 r. do chwili obecnej 120 zł za dobę

Wobec wzrostu własnych kosztów utrzymania chorych w szpitalu, wszczęto ostatnio kroki w sprawie podwyżki opłat za leczenie chorych.

Kierownik Szpitala
(—) Dr med. St. Flis

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SZPITALA KOLEJOWEGO P. K. P. W BIAŁYMSTOKU.

Za okres od 20.VII.44 r. do 1.X. 1946 r.

Szpital Kolejowy w Białymstoku powstał w końcu 1940 roku, powołany do życia przez Władze Kolejowe Sowieckie w okresie, gdy Białystok i ta część Polski po klęsce wrześniowej z 1939 r. znalazła się pod administracją Z. S. R. R., jako część Białorusi Zachodniej. Nowootwarty Szpital Kolejowy i centralna Poliklinika Kolejowa ówczesnej Białostockiej Dyrekcji Kolejowej zostały wzorowo i nowoczesnie wyposażone. Po półrocznej pracy, skutkiem ponownej inwazji niemieckiej, został szpital i poliklinika częściowo zniszczone, a wyposażenie rozgrabione. Pozostały polski personel sanitarny, pragnąc zapewnić pomoc lekarską i opiekę szpitalną dla kolejarzy i ich rodzin, którzy szczególnie ucierpieli wskutek działań wojennych podczas ofensywy niemieckiej, z własnej inicjatywy uruchomił szpital. Władze okupacyjne niemieckie tolerowały istnienie i rozwój Szpitala Kolejowego. Dzięki istnieniu Szpitala Kolejowego w okresie okupacji niemieckiej, gdy Białystok i jego okolice były włączone do Prus Wschodnich, kolejarze stanowili jedyną grupę pracowników polskich, którzy mieli bezpłatną pomoc i opiekę szpitalną. Szpital Kolejowy, który liczył 160 łóżek, z oddziałami chirurgicznym, położniczo-ginekologicznym, wewnętrznym był jedynym szpitalem w Białymstoku, w którym utrzymywał się personel polski (poza kilku urzędnikami administracyjnymi niemieckiego nadzoru), oraz w którym obowiązywał język polski.

Szpital Kolejowy w tym okresie nie tylko spełniał swoje ciężkie zadania wobec kolejarzy, eksploatowanych dla swych celów wojennych przez władze okupacyjne niemieckie, lecz również w znacznej mierze dawał pomoc i opiekę szpitalną miejscowej ludności cywilnej, której nie mogła znaleźć w innych szpitalach. objętych prawie całkowicie przez władze niemieckie i personel niemiecki. W lipcu 1944 roku, cofając się, Niemcy ewakuowali część wyposażenia szpitalnego, budynek Szpitala i Polikliniki podzielił los znacznej części Białegostoku, gdyż zostały spalone.

Mimo to w pierwszych dniach po oswobodzeniu Białegostoku, z inicjatywy i wysiłkiem całego personelu szpitala, ponownie, tym razem z niczego, Szpital Kolejowy został w dniu 20.VIII.44 r. zorganizowany i otwarty, początkowo dysponując kilkunastu łóżkami. W tym początkowym okresie, trwającym wiele miesięcy, gdy Bia-

łystok znajdował się w pasie przyfrontowym działań wojennych, gdy nie miał żadnej opieki ze strony Władz Kolejowych, które dopiero organizowały się, mimo bardzo ciężkich warunków ogólnych Szpital Kolejowy stopniowo rozwijał się, uzupełniając najniezbędniejsze braki we własnym zakresie, staraniem poszczególnych pracowników z resztek pozostawionego po okupancie mienia, bądź też z ocalałego i wyremontowanego spalonego Szpitala. Z chwilą zorganizowania Dyrekcji Kolejowej P. K. P. Olsztyńskiej, mającej początkowo siedzibę w Białymstoku, część personelu Szpitala została przeniesiona do Olsztyna dla objęcia i prowadzenia Szpitala Kolejowego w Olsztynie.

Szpital Kolejowy w Białymstoku mieści się w lokalu niecałkowicie przystosowanym dla celów szpitalnych. Warunki sanitarne budynku, mimo przeprowadzonych już drobnych remontów adaptacyjnych, są nadal niedostateczne. Wyposażenie w najniezbędniejsze narzędzia, inwentarz, materiały i leki, uskuteczniane dotychczas z różnych źródeł w znacznej mierze niekolejowych, jest nadal bardzo skromne i niedostateczne. Szpital liczy obecnie 80 łóżek szpitalnych i posiada 3 oddziały: chirurgiczny, położniczo-ginekologiczny i wewnętrzny.

Obsada personalna Szpitala, zdekompletowana, w związku z zorganizowaniem przez D.O.K.P. Olsztyn drugiego Szpitala Kolejowego, przedstawia się obecnie następująco: 1) Kierownik Szpitala i ordynator oddziału położniczo-ginekologicznego, pełniący jednocześnie obowiązki ordynatora oddziału chirurgicznego, 2) ordynator oddziału wewnętrznego, pełniący jednocześnie obowiązki kierownika ambulatorium rejonowego, 3) lekarz — rentgenolog, 4) lekarz — asystent, 5) kierownik apteki szpitalnej magister — 1, 6) personel pomocniczo-lekarski średni (pielęgniarki-akuszerki)—8, 7) sanitariusze (sanitariuszki) — 12, 8) intendent szpitala — 1, 9) pracownicy biurowi — 3, 10) kuchnia — 3, 11) robotnicy — 5
Razem = 37 osób personelu.

W okresie od 20.VIII.44 r. do 1.X.46 r. z leczenia szpitalnego korzystało: 1.791 osoby; na ogólną ilość łóżko — dni 24.539.

Z powyższych liczb pracownicy P.K.P. i członkowie ich rodzin — 1.055 osoby, 19.454 łóżko-dni. Osób prywatnych, opłacających takse szpitalną oraz leczących się na rachunek innych instytucji jak Ubezpieczalnia Społeczna, PUR, Opieka Społeczna i t.d. korzystało ze szpitala 736 osób na 5.085 łóżko-dni.

Ilość chorych, leczących się na poszczególnych oddziałach szpitala: oddział chirurgiczny — 799 chorych, oddział położniczo-ginekologiczny — 590 chorych, oddział wewnętrzny — 302 chorych.

Ilość wykonanych zabiegów operacyjnych w tym okresie: 749, w tem operacji większych i laparatomii — 201. Ilość porodów, odbytych w szpitalu — 106.

Od miesiąca marca 1946 r. szpital posiada laboratorium, narażenie prowizorycznie i skromnie wyposażone, oraz gabinet rentgenowski (od sierpnia 1945 r. czynny), również nie kompletny, pozwalający jedynie na prześwietlenia. Zarówno laboratorium jak i gabinet rentgenowski obsługują nie tylko chorych szpitalnych, lecz również i ambulatoryjnych, kierowanych z poszczególnych rejonów lekarskich. Ilość wykonanych analiz — 1.028, w tem bakteriologicznych — 36. Prześwietleń rentgenowskich — 1.841. Przy szpitalu czynne jest ambulatorium dla chorych, kierowanych na konsultację przez lekarzy rejonowych z zakresu chorób chirurgicznych i położniczo-ginekologicznych. W okresie od uruchomienia szpitala do dnia 1.x. 46 r. chorych przyjętych ambulatoryjnie 1.536 osób

Apropowizacja Szpitala przez cały niemal okres musiała być prowadzona we własnym zakresie przez zakupy w znacznej części produktów na wolnym rynku, wobec bardzo skromnych, niedostatecznych i nieregularnie otrzymywanych przydziałów z Zarządu Miasta. Wyżywienie chorych z tego powodu do połowy 1946 r. było bardzo skromne i niedostateczne, jak zresztą i we wszystkich innych szpitalach. Dopiero w drugiej połowie 1946 r. Szpital Kolejowy uzyskuje aprowizację z D.O.K.P., dzięki czemu wyżywienie chorych ulega znacznej poprawie, i średnio na łóżko — dzień wynosi dziennie 2.500 kalorii.

Jeśli Szpital Kolejowy w Białymstoku ma spełniać nadal swoje zadania, konieczne jest i niezbędne uzupełnienie bardzo dużych jeszcze braków w zakresie wyposażenia w inwentarz i meble szpitalne, instrumentarium lekarskie, sprzęt laboratoryjny, aparaturę rentgenowską i urządzenia elektro-medyczne i gospodarcze. Palącą i pilną sprawą dla dalszej działalności Szpitala jest uzupełnienie zdekompletowanej obsady personalnej Szpitala.

Dr J. Niewliński
Kierownik Szpitala

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI NACZELNIKÓW WYDZIAŁÓW SANITARNYCH I KIEROWNIKÓW SZPITALI I SANATORIÓW KOLEJOWYCH.

W Poznaniu i Chodzieży dn. 16. 17. XI. 1946 r.

Na zarządzenie M.K. — Biura Sanitarnego z dnia 28.11. 1946 r. N.S. 1. — 0.12-8-46 (załącznik I) odbyła się konferencja naczelników Wydziałów Sanitarnych, Kierowników Szpitali i Sanatoriów Kolejowych dnia 16. 11. 46 r. w Szpitalu Kolejowym w Poznaniu i 17.11. 46 r. w Sanatorium dla płucno-chorych w Chodzieży.

Obrady rozpoczęto powitaniem uczestników przez Dyrektora Kolei D.O.K.P. — Poznań ob. inż. Mieczysława Stodolskiego.

Następnie zagał konferencję Dyr. Biura Sanitarnego ob. Dr. St. Welbel, który wyjaśnił cel i zadanie zjazdu.

W czasie obrad przybył na salę posiedzeń Ob. Min. Kom. inż. J. Rabanowski w towarzystwie Dyrektora Kolei DOKP — Poznań, W-Woj. poznańskiego Mgr. Grosickiego oraz Dyrektora Departam. Askenazego.

Po powitaniu Ob. Minister w towarzystwie wyżej wymienionych zwiedził szpital i jego zakłady lecznicze.

Tematem obrad w dniu konferencji były:

1) sprawozdania z działalności zakładów leczniczych, podległych poszczególnym D.O.K.P. Sprawozdania złożyli:

z D.O.K.P. — Warszawa:

- a) Dr. Okoński — Kierownik Szpitala Św. Wojciecha w Warszawie.
- b) dr. Frąckiewicz — Kierownik Szpitala Prewentorium Kolejowego w Aninie.

z D.O.K.P. — Kraków:

- c) dr. Niewiński Adam — Kierownik Sanatorium Kolejowego w Krynicy.
- d) dr. Gołaszewska — w zastępstwie Dyrektora Sanatorium Dziecięcego w Rabce dr. Jezierskiego.

z D.O.K.P. — Katowice:

- e) dr. Wołkowiński — Kierownik Sanatorium w Wilkowicach-Bystre.
- f) dr. Cieñciała — w zastępstwie Kierownika Prewentorium P.K.P. w Głuchołazach dr. Kunickiego.
- g) dr. Cieñciała — sprawozdanie Sanatorium P.K.P. w Dusznikach Zdroju.

z D.O.K.P. — Łódź:

- h) dr. Leble — Naczelnik Służby Sanitarnej — sprawozdanie z działalności Prewentorium.

z D.O.K.P. — Poznań:

- i) dr. Krajnik — p. o. Kierownika Szpitala Kolejowego w Poznaniu.
- j) dr. Bartólewski — Kierownik Sanatorium dla płucno-chorych P.K.P. w Chodzieży.

z D.O.K.P. — Wrocław:

- k) dr. Popławski — Kierownik Sanatorium w Dolnej Szklarskiej Porębie.

z D.O.K.P. — Szczecin:

- l) dr. Kobosko — Dyrektor Szpitala w Szczecinie.

z D.O.K.P. — Gdańsk:

- m) dr. Arciszewski — Kierownik Szpitala Kolejowego.
- n) dr. Eysmontt — referował działalność Sanatorium dla dzieci w Zaskoczynie.
- o) dr. Eysmontt — Dom dla rekonwalescentów w Wieżycy, filia Szpitala Kolejowego w Gdańsku.
- p) dr. Eysmontt — referował działalność filii Szpitala Kolejowego w Gdańsku — oddz. okulistyki.

z D.O.K.P. — Olsztyn:

- r) dr. Flis — Kierownik Szpitala w Olsztynie.
- s) dr. Niewiński — Kierownik Szpitala Kolejowego w Białymstoku.
- 2) Gospodarka Szpitali i Sanatoriów:

Referaty wygłosili: Kier. Działu Ogólnego DOKP —
Poznań ob. Stroiński p.t. „Szpitale Kolejowe i Sanatoria
w świetle obecnie obowiązujących przepisów P.K.P.“.

Kierownik Sanatorium dr. Bartólewski p.t. „Uwagi do referatu
ob. Stroińskiego i p.o. Kierownika Szpitala dr. Krajnik p.t. „Projekty
regulaminów dla pracowników szpitalnych i chorych“.

Nad wygłoszonymi referatami dyskusję rozpoczął dr. Borzęcki,
wyjaśniając, że przed r. 1939 zostały opracowane statuty dla szpi-
tali i sanatoriów oraz regulaminy dla personelu szpitalnego, które
zagięły.

Sprawy uprawnień kierowników szpitali w zakresie personal-
nym i finansowo-gospodarczym nie zdołano ująć dotychczas w od-
powiednie przepisy. Wyodrębnienie szpitali i sanatoriów kolejoy-
wych z ogólnej ustawy o szpitalnictwie ma swoje dodatnie strony.
Przeciw wydzieleniu szpitali kolejowych i sanatoriów jako przed-
siębiorstw samodzielnych występuje Departament Finansowy M.K.,
uważając, że szpitale nie mają dochodów, a wydatki swe pokrywa-
ją z budżetów Wydziałów Sanitarnych. W sprawie poruszonego ty-
tułu dla kierowników szpitali i sanatoriów, istnieje ogólna niechęć
nadania im tytułu dyrektora; dalej omawia dr. Borzęcki koszty u-
trzymania chorego i uzasadnia konieczność ustalenia schematu, na
którym opierałaby się taksa dzienna.

Dr. Makowski: „Zakłady lecznicze są często niecelowo i nie-
dostatecznie wykorzystane. Przychodnie przeciw-gruźlicze winny
zająć się sprawą segregacji i kierowania chorych do sanatoriów.
Dla leczenia czynnej gruźlicy dziecięcej należałoby przekształcić
jedno prewentorium na sanatorium. Dla leczenia chorób gośćco-
wych urządza się zakład w Aleksandrowie Kuj. koło Ciechocinka.
Omawiając sprawę obecnego lecznictwa kolejowego, stwierdza się,
że jest ono często nieekonomiczne i zależy od inicjatywy poszcze-
gólnych dyrekcji. Obecnie M.K. przystąpiło do ujednoczenia prze-
pisów. Projektuje się nadanie kierownikom szpitali uprawnień do
przekazywania chorych z jednego zakładu leczniczego do drugiego.

Dr. Cegliński — Naczelnik Służby Sanitarnej D.O.K.P. Poz-
nań — Obecny zjazd winien dać wytyczne dla uzupełnienia braku-
jących przepisów o organizacji i zasadach prowadzenia zakładów
leczniczych kolejowych.

Wydziały Sanitarne mają obecnie duże trudności w prowadze-
niu gospodarki w zakładach leczniczych, których charakter hie-

rarchii kolejowej nie jest ustalony. Nie posiadają one prawa być rachunkozdawcami. Najlepszym wyjściem byłoby wyodrębnienie zakładów leczniczych w jednostkę gospodarczą o własnym budżecie, podległą tylko Wydziałowi Sanitarnemu, jako czynnikowi kontrolnemu i nadzorczemu.

W sprawach opłat dziennych za chorych, szpitale nie przestrzegają zarządzeń Ministerstwa Zdrowia. Otrzymane towary z Wydziałów Sanitarnych nie są ze szpitalami rozliczane.

Konieczna jest zmiana przepisów dot. bibliotek. Szpitale i Sanatoria winny posiadać własne biblioteki dla potrzeb naukowych i dla chorych.

Kierownicy szpitali i sanatoriów nie mogą być członkami Związku dyrektorów sanatorii, wobec czego konieczna jest zmiana tytułu.

Dr. Niewiński — Kierownik Szpitala w Białymstoku. — Formy organizacyjne przeżywają się, a ponieważ życie idzie naprzód, trzeba je zmienić i dostosować do obecnych warunków. Są dziś ustawy, będące anachronizmem, utrudniające gospodarkę i zmuszające do formalnych przekroczeń przepisów. Naraża to kolejnictwo na straty, krepując Naczelników Służby Sanitarnej i kierowników szpitali i sanatoriów. Autonomia dla kolejowych zakładów leczniczych jest bezwzględnie konieczna. Istnieje również potrzeba zreaktywowania Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych i czasopisma „Lekarz Kolejowy“.

Dr. Mazurek — st. ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Św. Wojciecha w Warszawie. Proponuje dla kierowników szpitali i sanatoriów tytuł — lekarz naczelny. Jest zwolennikiem posiadania przez kolejowe zakłady lecznicze osobnych budżetów, co w wysokim stopniu ułatwi ich gospodarkę. Reaktywowanie „Lekarza Kolejowego“ jest możliwe, po uzyskaniu subsydium. Potrzeba takiego czasopisma wypływa z konieczności informowania ogółu lekarzy kolejowych w sprawach sanitarnych oraz stworzenia możliwości wypowiedzania się tak w sprawach organizacyjnych jak i naukowych.

Dr. Eysmontt — Naczelnik Służby sanitarnej D.O.K.P. — Gdańsk — omawia trudności gospodarki szpitalnej, która całym swoim ciężarem obarcza niepotrzebnie Naczelników Służby Sanitarnej. Bezwzględnie popiera projekt usamodzielnienia szpitali i sanatoriów.

Przedstawiciel Z. Z. K. Wiceprezes Zarządu Okręgowego D.O.K. — Poznań — ob. Grzesiak proponuje zamiast tytułu kierownika szpitala — tytuł naczelnika szpitala.

Dr. Bartólewski porównuje gospodarke szpitali i sanatoriów z gospodarką Warsztatów Głównych, które podlegają Wydziałowi Mechan. D.O.K.P., posiadając samodzielność w zakresie rachunkowo-budżetowym. Szpitale i sanatoria jak i Główne Warsztaty pracują nie tylko dla jednej dykcji. Podkreśla potrzebę utworzenia poradni przeciwgruźliczych, omawia trudności przedłużania pobytu w sanatorium i prosi, by na przekazach szpitalnych uwidoczniono ostateczny termin, przysługującego prawa do leczenia szpitalnego.

Dr. Kobosko — Kierownik Szpitala w Szczecinie proponuje utworzenie sanatoriów pracy, w których byłiby zatrudnieni chorzy przed objęciem poprzednio zajmowanego stanowiska. Popiera usamodzielnienie zakładów leczniczych kolejowych, jak to jest w Szczecinie. Porównuje wysokie koszty prac wykonanych przez kolej z kosztami firm pozakolejowych. Brak funduszy inwestycyjnych przyczynia się do powolnego obniżania się poziomu szpitali kolejowych — zaradzi temu ustawowe usamodzielnienie szpitali.

W dalszej dyskusji na tematy wyżej wspomniane zabierają głos: dr. Ostrowski (Warszawa), dr. Schreiber (Poznań), i dr. Wołkowiński (Wilkowice-Bystra).

Sprawę należenia do Zaw. Służby Zdrowia oraz Sekcji Zdrowia przy Okręg. Z.Z.K. omawiają: dr. Fysmontt, ob. Grzesiak, dr. Raginis i dr. Cieńciała.

Na zakończenie dr. Fysmontt podkreśla konieczność pozostawienia służby sanitarnej przy M.K., a nie przeniesienia jej do Min. Opieki Społecznej, względnie Ubezpieczalni Społecznej. Jako wzór stawia Z.S.R.R. „Leczyć wszystkich kolejarzy u własnych lekarzy“. Przy ewtl. zmianie organizacji P.K.P. dotychczasowe Wydziały Sanitarne winny pozostać Wydziałami, a nie być przekształcone na Biura Sanitarne. Służba Sanitarna na wzór innych służb pracuje w terenie i posiada samodzielne jednostki, podległe bezpośrednio Wydziałom.

W między-czasie wpłynęło kilka wniosków, dotyczących poruszonych tematów. Wybrano komisję w osobach dr. Mazurka, dr. Ceglińskiego, dr. Bartólewskiego, dr. Schreibera — dla uzgodnienia i sprecyzowania tych wniosków.

Na tym obrady w dniu 16.11. 1946 r. zakończono.

O godz. 21.15 nastąpił wyjazd do Chodzieży.

Drugi dzień Zjazdu rozpoczęto od zwiedzenia sanatorium. Uczestnicy zostali podzieleni na grupy, które pod kierownictwem lekarzy zakładowych zwiedzili sanatorium łącznie z urządzeniami gospodarczymi.

O godz. 11-tej dr. Borzęcki otwiera część naukową zjazdu, zapraszając prelegentów do wygłoszenia swych referatów.

Pierwszy referat wygłasza dr. Bednarek — Kier. Działu Lecznictwa Wydziału Sanitarnego w Poznaniu, na temat „Orzecznictwo lekarskie w gruźlicy płuc“.

Drugi referat dr. Maciejewski — specj. chorób serca D.O.K.P. — Poznań, na temat „Zmiany elektrokardiograficzne mięśnia sercowego, zachodzące w schorzeniach płuc, a zwłaszcza w gruźlicy“ z demonstracją elektrokardiogramów .

Trzeci referat dr. Bartólewski — Kierownik Sanatorium w Chodzieży, na temat „Vivocin i jego działanie“ (omówienie statystyki)

Czwarty referat dr. Rabczewicz — ordynator oddziału Sanatorium w Chodzieży, na temat „Nowoczesne metody leczenia gruźlicy płuc“.

Piąty referat dr. Raczyński — ordynator w Sanatorium w Wilkowicach-Bystrej, na temat „Właściwe skierowywanie chorych do sanatorium z punktu widzenia społecznego i gospodarczego“

Po wygłoszeniu referatów dr. Borzęcki otwiera dyskusję; jako pierwszy zabiera głos dr. Bartólewski, wypowiada uwagi do referatu dr. Rabczewicz na temat najnowszego sposobu stosowania w gruźlicy płuc odmy śródpiersiowej, dalej porusza kwestię zabiegów operacyjnych w leczeniu gruźlicy, które powinny odbywać się nie w szpitalach powszechnych na oddziałach chirurgicznych, lecz w sanatorium, ze względu na odpowiedniejszą opiekę pooperacyjną oraz lepsze odżywianie. Powinno się dążyć, aby w każdym sanatorium znajdował się doświadczony ftizjolog ze stażem chirurgicznym. W sprawie usprawnienia skierowywania odpowiednich chorych do leczenia sanatoryjnego ob. Bartólewski uważa jako konieczne, aby wszyscy pracownicy P.K.P. zostali przebadani rentgenologicznie i przez specjalistów ftizjologów, celem selekcji i wzięcia pod obserwację chorych podejrzanych, nie wymagających leczenia sanatoryjnego.

Dr. Eysmontt

porusza sprawę orzecznictwa procentowej niezdolności do pracy u chorych, zaliczonych przez dr. Bednarka do 3 grupy, t.j. zdolnych do lekkiej pracy, a prątkujących. Jaki należy dawać im procent i czy należy ich zwalniać ze służby na P.K.P.

Dr. Niewiński Adam

porusza sprawę akcji przeciwgruźliczej dla dzieci. Większość lekarzy kolejowych nie wie, że istnieje w Rabce sanatorium dla dzieci. Należałoby następną konferencję zwołać w Rabce łącznie z pediatrami, gdzie mieliby możliwość zapoznać się z sanatorium dla dzieci, a potem zapoznać z tem wszystkich lekarzy rejonowych.

Dr. Niewiński — Białystok

porusza sprawę odczynów Biernackiego, podając że ostatnie badania lekarzy polskich stwierdzają jego zupełną niespecyficzną i chwiejność przy równoczesnym wykonywaniu go z dwóch kończyn.

Dr. Lubelski

odpowiada na zarzut w sprawie odczynu Biernackiego, O.B. — nie jest odczynem niezawodnym i specyficznym, lecz jest odczynem ważnym, zwłaszcza ze względów prognostycznych. Oceniony jest dodatnio w innych krajach, czego najlepszym dowodem jest wprowadzenie go w U.S.A., gdzie dotychczas nie był stosowany. Co do Vivociny dr. L. wyraża się o nim, jako o środku bezwartościowym.

Dr. Bednarek

chorym zakwalifikowanym do grupy 3 można dać 66%, 2/3 niezdolności do pracy.

Dr. Bartólewski

wyjaśnia, że jednorazowe badanie O.B. nie daje pewnej podstawy do wnioskowania, jednak systematyczne badanie i poprawa O.B. przy uwzględnieniu jednoczesnym wyników innych badań pomocniczych posiada znaczne wartości co do rokowania. Dr. Bartólewski wyjaśnia dalej, dlaczego wśród kolejarzy zgłasza się mała ilość do leczenia sanatoryjnego, na skutek czego przy małej ilości łóżek sanatoryjnych w Polsce, jeszcze wszystkie nie są dostatecznie wykorzystane. Mianowicie: pracownicy odczuwają obawę przed komisją, która może ich zwolnić z pracy i boją się piętna gruźlika, które utrudni im w przyszłości zachowanie pracy i stosunki służbowe.

Dr Borzęcki zamyka dyskusję, podając pod głosowanie wnioski z dnia poprzedniego, które zjazd przyjmuje przez aklamację.

- 1) Zjazd zwraca się do Biura Sanitarnego M. K. z wnioskiem o zmianę tytułu „kierownik szpitala lub sanatorium“ kolejowego na — „dyrektor szpitala lub sanatorium“; gdyby to nie było możliwe, proponuje zmianę na tytuł „naczelnny lekarz szpitala lub sanatorium“.
- 2) Zjazd zwraca się do Biura Sanitarnego M. K. z wnioskiem o wyłączenie szpitali i sanatoriów kolejowych z ogólnej administracji kolejowej, jako jednostki samodzielnej z zachowaniem dla Wydziałów Sanitarnych roli czynnika kontrolnego i nadzorczego.
- 3) Zjazd uważa za konieczne zwoływanie zebrań Naczelników Wydziałów Sanitarnych i Kierowników szpitali i Sanatoriów, celem wymiany poglądów.
- 4) Zjazd zwraca się do Biura Sanitarnego M. K. z wnioskiem o ułożenie jednolitego statutu dla wszystkich szpitali i sanatoriów kolejowych.

Na zakończenie zabiera głos dr Borzęcki i podkreśla, że zjazd i obrady były bardzo celowe i dały wiele materiału poglądowego i dyskusyjnego. Następnie wspomina lekarzy kolejowych i Naczelników Służby Sanitarnej, którzy w czasie okupacji zmarli lub zginęli i wzywa obecnych do uczczenia ich pamięci przez powstanie.

Na zakończenie dziękuje Naczelnikowi Służby Sanitarnej dr. Ceglińskiemu i dr. Bartólewskiemu, jako gospodarzom zjazdu. Również dziękuje przedstawicielowi Z.Z.K. za wzięcie udziału w obradach i przychylne ustosunkowanie się do zjazdu.

Na tym oficjalną część zjazdu zakończono.

K R O N I K A .

W dniu 24 listopada 1946 r. odbyło się w Warszawie przy ulicy Al. Jerozolimskie 101 zebranie przedstawicieli lekarzy z Dyrekcji Kolejowych w Polsce z udziałem Dyr. Biura Sanit. Min. Kom. D-ra Welbla i D-ra Makowskiego oraz Sekretarza Zarz. Gł. Z.Z.K. ob. Buze.

Nieobecni byli przedstawiciele lekarzy z Dyrekcji Lubelskiej, Wrocławskiej i Szczecińskiej.

Celem Zjazdu było omówienie warunków podniesienia poziomu i koordynacji pracy lekarzy kolejowych przez stworzenie więzi,

łączącej lekarzy kolejowych dla dobra nauki oraz dobra kolejarza i kolejnictwa polskiego.

W tym celu postanowiono utworzyć naukową Podsekcję Lekarzy Kolejowych w ramach Sekcji Fachowej Pracowników Służby Zdrowia Z.Z.K. oraz kontynuować przerwane w czasie wojny wydawanie czasopisma naukowego „Lekarz Kolejowy“.

Celem podsekcji lekarzy kolejowych jest działalność naukowa. Wszelkie sprawy, związane z zagadnieniami warunków pracy i płacy, załatwiane są za pośrednictwem Sekcji Fachowej Pracowników Służby Zdrowia.

Ze względu na łatwiejsze komunikowanie się z Władzami Centralnymi lekarzy, mieszkających w Warszawie, wybrano do zarządu Centralnej Podsekcji Lekarzy Kolejowych D-rów Mazurka J., Ochońskiego M., Ostrowskiego M., Łysakowskiego, Jefremienko, Krygiera.

Uchwalono również wniosek, zobowiązujący delegatów poszczególnych Dyrekcji do zorganizowania w swoich Okręgach Podsekcji Lekarzy Kolejowych najpóźniej do 31-XII-1946 r.

Wybrany Zarząd Centralnej Podsekcji Lekarzy Kolejowych ukonstytuował się, jak następuje :prezes Dr. Ochoński Michał; viceprezes Dr. Ostrowski Mieczysław; sekretarz Dr. Krygier; redaktor Lekarza Kolejowego Dr. Mazurek Józef; administrator Dr. Jefremienko Andrzej; członek Zarządu — przedstawiciel Centr. Sekc. Sł. Zdrowia przy Z.Z.K. Dr. Łysakowski.

Jako zastępcę sekretarza dokooptowano D-ra Chojnickiego Tadeusza.

Adres Zarządu Centralnej Podsekcji Lekarzy Kolejowych przy Sekcji Fach. Sł. Zdrowia Z.Z.K.: Warszawa-Praga, ul. Brzeska 12, Szpital Kolejowy, tel. dyrekcyjny 23-64.

SPIS RZECZY.

Stroiński E. „Szpitale Kolejowe i Sanatoria w świetle obecnie obowiązujących przepisów PKP“	5
Dr Bartólewski H. „Uwagi do referatu p. Stroińskiego“	21
Dr Bednarek Fr. „Gruźlica płuc w orzecznictwie lekarskim“	27
Dr Maciejewski J. „Elektrokardiogramy i najczęściej spotykane w nich zmiany w gruźlicy płuc“	36
Dr Rabcewicz J. „Nowoczesne metody leczenia gruźlicy płuc“	45
Dr Raczyński R. „Właściwe skierowywanie płucnochorych do Sanatoriów z punktu widzenia lekarsko-społecznego i gospodarczego“	51
Dr Sokołowski T. „Zet towarzyszący, a przydatność do służby kolejowej w świetle przepisów Nr S. 1.“	56

SPRAWOZDANIA.

Dr Okoński — Szpital Kolejowy w Warszawie	60
Dr Frackiewicz — Prewentorium w Aninie	63
Konnewiszer — Sanatorium w Aleksandrowie	65
Dr Niewiński — Sanatorium w Krynicy	68
Dr Gołaszewska — Sanatorium w Rabce	74
Dr Wołkowiński — Sanatorium Wilkowiec Bystra	76
Dr Kunicki — Prewentorium w Głuchołazach	82
Kożusznik — Sanatorium w Dusznikach	85
Dr Krajnik — Szpital Kolejowy w Poznaniu	87
Dr Bartólewski — Sanatorium w Chodzieży	89
Dr Popławski — Sanatorium w Dolnej Szklarskiej Porębie	93
Dr Kobosko — Szpital Kol. w Szczecinie	95
Dr Arciszewski — Szpital Kol. w Gdańsku	98
Dr Flis — Szpital Kol. w Olsztynie	103
Dr Niewiński — Szpital Kol. w Białymstoku	109
Sprawozdanie z konferencji	112

1875



STANWORTH