

RUCH PRZECIWGRUŻLICZY

ORGAN LWOWSKIEGO WOJEWÓDZKIEGO TOWARZYSTWA
PRZECIWGRUŻLICZEGO I LWOWSKIEGO TOWARZYSTWA
WALKI Z GRUŻLICĄ

MIESIĘCZNIK

Prenumerata roczna 12 zł.

Konto P. K. O. 153.169

Redaktor: Dr. LESŁAW WĘGRZYNOWSKI

Sekretarz redakcji: Dr. LUDWIK PTASZEK

Komitet redakcyjny: Dr. L. BERGER, Dr. S. HAMERSKI, Dr. S. HORNUNG, Dr. A. KARZYŃSKI, Dr. M. KRASOWSKA, Dr. W. MAJEWSKI, Doc. Dr. A. SABATOWSKI, Dr. Z. TOMANEK, Dr. J. WYSOCKI

Adres Redakcji i Administracji: LWÓW, ul. LINDEGO 5. Tel. 227-11

Treść: 1) Dr T. Białynicki-Birula: Częściowe opracowanie materiałów Sanatorium K. E. w Chodzieży za r. 1934. 2) Dr. P. Radło: Dołyczasowe wyniki akcji „Dni Przeciwgrużliczych“ w Województwie Lwowskim. 3) Dr. A. Borowski: Sprawozdanie z działalności Wileńskiego Woj. T-wa Przeciwgrużliczego za rok 1935. 4) Sprawozdanie Kolonii zimowej w Kobiernicach T-wa Przyjaciół Dzieci w Krakowie za czas od 5. I. do 8. III. 1936 r.

Inj. Calcium gluconicum Dobrzański 10 i 5%

w ampułkach 10 cm³ i 5 cm³
do zastrzyków dożylnych i domięsnych
zwalczają doskonale gruźlicę

Congo rubrum 1% 10 cm³

Wskazania: Wszelkie krwotoki, a specjalnie płucne.

Camphotonin inj. camphora z chininą w środowisku olejków eterycznych 1 cm³ i 3 cm³

Wskazania: pneumonia, bronchopneumonia, grypa
powikłania na tle chorób dróg oddechowych.

Wszelkie iniekcje od Aqua bisdestillata, Adrenalina,
Atropiny, Coffeiny, Ergotyny, Glucosy od 4,7%—66%,
Sol. plisiologica, Sol. Ringer Strychniny i t. d.
we wszelkich stężeniach i objętościach.

Zakłady Chem. Farmaceutyczne **W. DOBRZAŃSKI i Ska** L W Ó W
Friedrichów 5

LICEUM KRZEMIENIECKIE

Tartak parowy i fabryka
deszczułek posadzkowych
L W Ó W
Gródecka 115, Tel. 210-65

„FARMACJA“ APTEKARSKA SPÓŁKA
WYTWÓRCZO - HANDLOWA
z ogr. odp.

LWÓW, ul. Piekarska 1 a Telef.: 215-06 i 216-95

Adres dla telegramów „Farmacja“ Lwów

Konto P.K.O. Lwów 500.029 — Konto P.K.O. Warszawa 142.107

Analiza piwa bawarskiego

**CIEMNE
PIWO
BAWAR**
PODWÓJNIE SŁODOWE.

Alkohol . . . 3.49%

Ekstrakt . . . 6.24%

Brzeczka podstaw. 12.97%

100 gr. piwa zawiera
1.585 gr. maltozy surow.

100 gr. ekstraktu zawier.
6.407% maltozy surow.

100 gr piwa zawiera
6.266 gr. dekstrozy

100 gr. piwa zawiera
4.1376 gr. dekstryu

**SPECJALNOŚĆ LWOWSKIEGO
TOW. AKC. BROWARÓW S. A.**

Piwo podwójnie słodowe jest doskonale i chętnie
przez chorych w Lecznicy w Hołosku W używane

UNJA STRAŻACKA Fabryka motopomp, narzędzi

i samochodów pożarniczych

LWÓW • ul. Lekarska 3

TELEFON 214-84



POLECA: gaśnice, wszelki
sprzęt przeciwpożarowy,
wykonuje karoserie sanitarne

WINA KURACYJNE

poleca **EDMUND RIEDL**
Lwów, Rutowskiego 3

RUCH PRZECIWGRUŻLICZY

ORGAN LWOWSKIEGO WOJEWÓDZKIEGO TOWARZYSTWA
PRZECIWGRUŻLICZEGO I LWOWSKIEGO TOWARZYSTWA
WALKI Z GRUŻLICĄ

MIESIĘCZNIK

Redaktor: Dr. LESŁAW WĘGRZYNOWSKI
Sekretarz redakcji: Dr. LUDWIK PTASZEK

Adres Redakcji i Administracji: LWÓW, ul. LINDEGO 5. Tel. 227-11

Dr. BIAŁYNICKI - BIRULA Teodor, Dyr. Sanat. Chodzież.

Częściowe opracowanie materiałów Sanatorium K. E.
w Chodzieży za r. 1934.

Uwagi o znaczeniu sprawozdań.

Praca ta odpowiada ogólnym założeniom wypowiedzianym przeze mnie w analogicznej pracy z r. 1931 (Nowiny Lekarskie zesz. 10/11 z r. 1933) z tą różnicą, że obecnie wykorzystałem materiał znacznie szerzej i wyraźnie podzieliłem go na poszczególne grupy, które stanowią jakby osobne rozdziały, poświęcone różnym zagadnieniom gruźlicy płucnej.

W tym roku podają również rozdział więcej ogólny, na którego treść składają się poglądy może na szereg istotnych zagadnień, a szczególnie na konieczność uwzględnienia psychicznej strony chorego sanatoryjnego.

Pracę tę w całości traktuję jako sprawozdanie roczne sanatoryjne i nie mam najmniejszej wątpliwości co do użyteczności jego.

Stwierdzam z naciskiem, że nieogłaszanie sprawozdań przez sanatoria lub przychodnie przeciwgruźlicze jest według mnie wielkim brakiem w pracy naszych instytucji przeciwgruźliczych. Naturalnie mówię tu o sprawozdaniach rzeczowych, dających nie tylko suche zestawienia cyfrowe, ale przedstawiających również krytyczny rozbiór tych zestawień, opisy interesujących przypadków, próby rozwiązania różnych zagadnień, opisy technicznej strony pracy sanatoryjnej itp.

Nie ulega wątpliwości, że każda instytucja posiada swoje odrębne cechy — metody pracy, techniczne, gospodarcze, ujęcia teoretycznego poszczególnych wypadków, cechy niejednokrotnie interesujące i użyteczne, które pozostają w ukryciu i przepadają

dla szerszego ogółu kolegów, interesujących się naszą dziedziną lub dla innych instytucji, gdyż nie mają one miernika do porównania, nie mają możliwości stworzenia sobie co roku nowego wzoru, do któregooby dążyć miały. Z drugiej strony napewno znajdą się i u nas — jak wszędzie — jednostki, dobrej woli, których praca w tym, czy innym kierunku nie jest tak pełną, dobrą jak to się im wydaje z braku porównań — ci tkwią nadal w błędzie, że robią wzorowo.

I jeszcze jedno: instytucje, które postawią sobie za cel ogłaszanie sprawozdań (o jakim mówię) będą siłą rzeczy głębiej traktować, szerzej ujmować szereg przejawów życia i pracy w sanatorium, będą do wielu spraw i zagadnień podchodzić więcej krytycznie, zastanowią się nad nie jedną czynnością zautomatyzowaną lub pojęciem, które — nieraz nie wiedzieć skąd i dlaczego — wydaje się pewnikiem, a po głębszym zastanowieniu krytyki nie wytrzymuje.

Sprawozdania więc w mym ujęciu i pojmowaniu grać powinny rolę kształcącą i samokształcącą, a niezależnie od tego ujawniać powinny materiały, które dziś spokojnie leżą w kancelariach i nikomu nie dają żadnej korzyści. Czy wina zaniedbania tej części naszej pracy leży po stronie kierowników instytucji, czy czasopism lekarskich? Jedni twierdzą, że czasopisma nie chcą drukować sprawozdań, drudzy — że żadnego sprawozdania przez cały czas istnienia nie otrzymali od kierowników instytucji przeciwności (jak np. w r. 1932 oświadczył autorowi redaktor „Gruźlicy“ (!) kol. Dąbrowski).

Myślę, że prawdopodobnie nie każde czasopismo będzie pragnęło oddać względnie dużo miejsca sprawozdaniom, ale nie ulega też wątpliwości, że nie wszyscy dyrektorzy sanatoriów doceniają wartości sprawozdań i nie wszyscy kwapiemy się do ich opracowania, zadowolając się cyfrowym zestawieniem, którego żądają od nas władze nasze lub lekarz powiatowy i P. Z. P.

A sprawozdanie rzeczowe wymaga pracy¹⁾!

W latach dobrej koniunktury wielu z nas nie miało na to czasu, gdyż pochłonięci byli praktyką. Ale w ostatnich latach na brak czasu trudno się uskarżać! Tym bardziej, że i sanatoria nasze (a podobno i przychodnie) nie są przepełnione chorymi! Jest co prawda i teraz „wy tłumaczenie“ — kryzys, przygnębienie, zniechęcenie do wszystkiego....

Pijak zawsze znajdzie usprawiedliwiającą okazję i powód do picia.

Ale czy nie czasby już ocknąć się?

Stan lekarski co dzień i systematycznie traci odcinek za odcinkiem na szczycie cokołu, na którym postawili go poprzednicy. Najłatwiej jest winę tego upadku przypisywać „koniunkturze“, bo to do niczego nie obowiązuje i daje pozycję „ofiary

¹⁾ Organizację i technikę tej pracy podam osobno.

wyższych sił". Nieraz jest wygodniej mieć aureolę ofiary, ale zdaje się nasza aureola nie jest wygodną.

Czyż mamy czekać, że nas „ktoś“ lub „coś“ na nowo wzwyż dźwignie? Próżne czekanie! To uświadamiamy sobie wszyscy jasno. Dopóki nie zaczniemy piąć się do góry, dopóty będziemy staczali się w dół. Drogami powodzenia są: oddanie się choremu, oddanie się zawodowi oraz służenie nauce.

Brak właściwego zrozumienia istoty tych haseł był i jest najważniejszym powodem upadku stanu lekarskiego.

Upadek ten paradoksalnym zbiegiem okoliczności szedł równoległe do postępów technicznych, znajdujących zastosowanie w medycynie.

Im więcej zdobywaliśmy w dziedzinie bakteriologii, laboratorium, biochemii, radiologii, farmakologii — im szybciej i szerzej rozwijał się „przemysł medyczny“, tym wyraźniej i pewniej lekarz ze stanowiska tajemniczego kapłana schodził do stanowiska rzemieślnika, a więc człowieka wykonującego swoją pracę szablonowo, bezdusznie, bez iskry Bożej i ognia prometejskiego.

A chory!

Chory ma przede wszystkim to, co nazywamy duszą! Rzemieślnik nie będzie zastanawiał się nad duszą stołowej nogi, którą obrabia heblem! On duszy tej nie będzie widział i nawet nie będzie szukał.

Tak samo i lekarz ostatnich dziesięcioleci.

Otoczony krętkami, pałeczkami, dwóinkami, antygenami, przeciwciałami, hodowlami, lampami i innym nie do wyliczenia arsenałem pracownianym, całkowicie zapomniał o chorym, że on istnieje jako człowiek myślący, żyjący, wierzący tak lub inaczej. Ba! Człowiek, który w ciągu tysiącleci zdobył szereg doświadczeń z pokolenia na pokolenie przechodzących — obojętnie, czy te doświadczenia są istotnie nieomyłne, czy nazwiemy je „przesadami“ czy inaczej, czy on je sobie uświadamia, czy nie. Ważne jest dla niego, że on w nich żyje, a one w nim.

Lekarz ostatnich dziesięcioleci ze szczytów swej urojonej mądrości postanowił, że jego chory żyje w sferze złud, fantazji, bajek zasłyszanych od niań i babek — ale to wszystko wobec „Wiedzy“ (duże „W“) jest śmieciem niepotrzebnym. Postanowił więc wyrzucić to wszystko i w ciągu lat kilkudziesięciu przerobić duszę ludzką, a właściwie nawet odrzucić ją. Tymczasem stało się coś wręcz odmiennego — chory wyrzucił przemądrzałego lekarza, a ten był tak daleko od swego chorego, że nawet nie spostrzegł tego.

Niech kto chce pisze różne bardzo mądre i bardzo źródłowe (z wielostronicową „literaturą“) prace, artykuły, rozprawy dopatrujące się powodów upadku w kapitalizmie, wojnie światowej, parlamentaryzmie, demokratycznych dążeniach, kryzysie ekonomicznym, walce klas, rzekomo przeżywanej obecnie epoce upadku

cywilizacji itd. — dla mnie nie ulega wątpliwości, że kryzys stanu lekarskiego zaczął się zarysowywać na długo przed wojną światową i wszelkimi przeobrażeniami, które ta katastrofa rasy białej spowodowała.

Twierdzę zresztą, że sama wojna światowa i jej następstwa miały te same źródła, co i kryzys stanu lekarskiego: zmaterializowanie i zmechanizowanie człowieka, zapoznanie całkowite, że składa się on z *soma* i *psyche* (a jeszcze słuszniej — z *psyche* i *soma*). Jaki stosunek pomiędzy tymi składnikami w końcowym czy początkowym punkcie zachodzi — to dla naszych rozważań i dla życia w całości jest rzeczą obojętną. My musimy się liczyć z faktem, który należy, jak dotychczas, do kategorii bezpośrednio danych.

Takich, którym o tym nie wolno zapominać jest bardzo wielu, tu się znajdują obok siebie: kapłani, lekarze, artyści, dowódcy wojsk, działacze polityczni itd.

Dla nas jest ważne w tej chwili, że w szeregu tym znajdują się lekarze, a zajmować w nim powinni miejsce jedno z pierwszych. Toteż w pracy swej lekarz powinien o tym pamiętać i z tego wyciągać wnioski, podyktowane logiką życia, zwłaszcza lekarz, który jako specjalność obrał leczenie przewlekłe chorych, a pośród tych przecież chory na gruźlicę ma swoją odrębną pozycję.

Po tych uwagach o roli i znaczeniu sprawozdań sanatoryjnych dla czytelników i autorów przejdę do omówienia kilku praktycznych zagadnień, mających znaczenie zasadnicze dla pracy i życia w sanatoriach przeciwgruźliczych.

Wprowadzenie działu „z zagadnień sanatoryjnych“ do pracy sprawozdawczej jest logicznym następstwem tezy postawionej przeze mnie w roku 1931, że sprawozdania powinny zawierać również i to, o czym w danym sanatorium się myśli i mówi lub co nowego się wprowadza.

Roztrząsania niżej podane stanowić będą jakby dalszy ciąg tej serii, za początek której uważam moje artykuły „o ujednostajnieniu prac w instytucjach przeciwgruźliczych“, ciągiem zaś dalszym był artykuł „o konieczności współpracy pomiędzy sanatoriami a instytucjami wysyłającymi chorych“. („Medyc. Prakt.“ 9. 1935).

I.

„Z zagadnień sanatoryjnych“.

(Rola lekarza psychoneurologa. Referat oświatowy. Palenie tytoniu. Werandowanie).

Tomane k w szeregu prac („Gruźlica“) próbował podejść do rozwiązania zagadnienia wpływu gruźlicy na psychikę chorego. Zagadnienie to jest bardzo zawile, niezmiernie powikłane mnogością czynników, grających pokaźną rolę; a ponieważ

między nimi jest cały szereg niewiadomych, na czele których stoi psychika człowieka t. zw. zdrowego, myślę więc, że zagadnienie to długo jeszcze pozostanie „na warsztacie“ wnikliwych badaczy. Na razie jednak z punktu praktycznego możemy przyjąć jedno, co wątpliwości ani dyskusji nie podlega: chory na gruźlicę ma psychikę — mniej albo więcej — zawsze jednak odmienną od psychiki ludzi nie chorujących na gruźlicę. Uważam nawet, że psychika chorego na gruźlicę jest inną w sanatorium, a inna poza sanatorium. Ten wpływ sanatorium jest różny w zależności od poziomu inteligencji. Uważam, że prace Tomanka grzeszą pomiędzy innymi tym, iż nie biorę pod uwagę momentu tego, tym bardziej, że wywody swoje opiera on przede wszystkim na materiale wiejskim. Zdaje mi się, że otrzymałby on inne wyniki, gdyby uwzględnił, że dla chłopca samo przyście do sanatorium, (a tym bardziej do szpitala), równa się zadziałaniu bardzo silnego urazu psychicznego. Szczególnie doniosłe znaczenie czynnik ten posiada przy ocenie psychiki wieśniaka, gdyż on z zasady boi się wszelkich instytucyj leczniczych. I nie dlatego u wieśniaków spotykał Tomanka więcej złośliwych postaci gruźliczych, że one tam istotnie przeważają, tylko dlatego, że jedynie z takimi postaciami chorzy wieśniacy czują się zmuszeni do udania się do kliniki lub sanatorium. Z postacią ciężką gruźlicy wieśniak nie ma co robić na wsi — jest on ciężarem dla wsi, on musi próbować zagrać *va banque* i zrezygnowany idzie do kliniki albo wyzdrowieć albo zginąć. Jest to dla niego wielka gra.

Z ludnością miejską jest inaczej: tam wyżej stoi troska rodziny o chorego, tam chory może więcej się „pieścić“, pozwala sobie na tak zwane kaprysy, czyli puszcza luźniej lejce swoim „nerwom“, tym bardziej, że te nerwy u niego są więcej skolatane i więcej chwiejne, aniżeli u wieśniaka.

Czy ta odmienność uwarunkowana jest bezpośrednim wpływem lasecznika i jego toksyn, czy wpływem pośrednim, przez inaczej funkcjonujące układy gruczołów dokrewnych i układ vegetatywny — tego dziś nie możemy rozstrzygnąć, gdyż operujemy samymi niewiadomymi. W tym stanie rzeczy pozostaje nam jedno — dążyć do poznania *psyche* gruźliczego, ażeby potem odpowiednio na nią zadziałać w celach leczniczych.

Każdy z ftizjologów bez wdawania się w głębokie szczegóły może powiedzieć, że gruźliczy w masie swej posiada kilka cech charakterystycznych, z nich pierwsza jest wpływowość, sugestywność: naogół łatwo go jest uradować i zdeprymować, łatwo nakłonić do awantur, ale łatwo i uspokoić. Poza tym jest podejrzliwy i tchórzliwy (co się łączy ze sobą i u niegruźliczych) częściej i uporczywiej absorbuje go myśl o życiu i śmierci, aniżeli innych, a przez to jest on więcej skłonny do mistycyzmu (religijność, przesady), częściej w nim budzą się skłonności artystyczne.

Naogół jest to charakter melancholijno-marzycielski mało ustabilizowany, w większości nacechowany strachem śmierci.

Takbym, nie wdając się w szczegóły, określił psychę gruźliczego.

Z tego wynikałyby wskazówki praktyczne, mające niezmierną doniosłość w dziedzinie leczenia.

Nim jednak do nich przejdziemy, z całą stanowczością podkreślić musimy konieczność zaopiekowania się częścią psychiczną chorej jednostki. Najmniejsze zastanowienie doprowadza każdego lekarza do przyjęcia tej konieczności, albowiem wpływy *psyche* na *soma* są każdemu z nas zbyt dobrze znane, żałować tylko trzeba, że wnioski stąd wypływające nie są konsekwentnie realizowane w lecnictwie współczesnym. Powody tego objawu są wielorakie, a przygniatające znaczenie posiadają w ich rzędzie:

1) zaniedbanie przez nas — lekarzy — potężnej dziedziny psychoterapii, która winna być zastosowaną w całej działalności wszystkich lekarzy wobec chorego, zamiast — jak dziś — być jedynie przywilejem nerwowo i psychicznie chorych, dla których jedynie rezerwujemy psychoterapię, jako pewien system leczniczy.

2) W tym zaniedbaniu czynników psychicznych jako środków leczniczych, idą w ślad za lekarzami właściciele instytucji przeciwgruźliczych oraz władze, nadzór wykonywujące. Czynniki te z reguły sprzeciwiają się wszystkim projektom, mającym na celu zadziałanie na „*psyche*“ chorego.

3) Trzecim w rzędzie momentem jest wadliwe postawienie nauczania na wydziałach lekarskich, przy którym nie uwzględnia się stanów psychicznych człowieka chorego. (Jest to jeden z wielu i wielu braków nauczania lekarzy!). Z tym w parze logicznej idzie nieuwzględnienie stanów psychicznych w podręcznikach lekarskich (z wyjątkiem naturalnie chorób nerwowych i psychicznych).

Niezmiernie pocieszającym objawem w tym kierunku jest budząca coraz więcej zainteresowań teoretycznych i praktycznych nauka o konstytucji, która zdaniem naszym powinna skierować uwagę lekarzy na zagadnienia psychologiczne w patologii i terapii wszelkich schorzeń.

Jednym ze środków o znaczeniu niezwykle ważnym dla chorych, a w tym i chorych na gruźlicę płuc, musi być wprowadzenie do etatów wszystkich sanatoriów przeciwgruźliczych specjalnie przygotowanego lekarza-ordynatora, który miałby za zadanie prowadzenie terapii psychicznej (celowo nie używam wyrazu psychoterapii, gdyż przywiązany jest do niego pewien swoisty odcień znaczenia) oraz pracy naukowej w dziedzinie alergii psychicznej chorych na gruźlicę płuc.

O ile mi wiadomo zaledwie jedno lub dwa sanatoria polskie mają na tyle wystarczające etaty lekarskie, że mogłyby już

obecnie tej pracy się podjąć, większość jednak przygniatająca na to pozwolić sobie nie może, wskutek przeładowania ordynatorów pracą codzienną. Poza pracą naukową, taki ordynator psycholog musiałby objąć całą pracę lecznictwa psychicznego chorych, a więc do jego obowiązków należałoby: 1) możliwie bliższe życie się z chorymi celem pozyskania ich całkowitego zaufania, 2) poznanie stanu psychicznego każdego chorego i udzielanie wyników swych spostrzeżeń lekarzowi oddziałowemu, 3) wykonanie badań neurologicznych i wspólnie z lekarzem oddziałowym prowadzenie odpowiedniej terapii, 4) konsultacja z każdym z lekarzy oddziałowych i ustalenie wspólnej linii postępowania w stosunku do każdego chorego, 5) wytworzenie miłych i serdecznych warunków współżycia pomiędzy chorymi drogą usuwania wszelkich nieporozumień, uzasadnionych niezadowoloneń, 6) organizowanie życia towarzyskiego chorych — urządzenie i nauczanie gier, zajęć i prac, dobór odczytów i pogadank, koncertów, przedstawień, słuchowisk radiowych itd., 7) prowadzenie biblioteki, uzupełnienie książek, penumerata czasopism, dobór indywidualizowany książek i pism dla poszczególnych chorych w zależności od typu psychicznego, 8) otaczanie szczególną opieką chorych leżących, chorych hipochondryków, odłudków itd.

Z tego widać, że ten lekarz-psycholog musiałby p. in. kierować współpracą referenta oświatowego, (którego etat posiada zdaje się jedynie tutejsze sanatorium) w którą wniósłby elementy zupełnie inne, obce osobie nie posiadającej wykształcenia lekarskiego, a więc nie mającej ani wiedzy, ani uprawnień, ani możliwości lekarskich. Rzecz prosta, że lekarz zajmujący to stanowisko powinien posiadać specjalne cechy charakteru i specjalne uzdolnienia, być człowiekiem ruchliwym, rzutkim, taktownym, towarzyskim, pogodnym, przy jednoczesnej wysokiej zdolności spostrzegania, zamiłowaniu do swej pracy, łatwo pozyskujący zaufanie.

Pod tym też kątem widzenia powinna być postawiona praca pielęgniarek, jak i całe ich ustosunkowanie się do chorych, co może być osiągnięte jedynie przy pielęgniarce inteligentnych, o wysokich kwalifikacjach i specjalnym doborze, przy którym usposobienie pogodne, życzliwość i taktowność muszą być cechami dominującymi.

Słowem, w sanatoriach przeciwgruźliczych należy w celach leczniczych dążyć do stworzenia euforycznej atmosfery, rozsądnie obmyślanej we wszystkich szczegółach i oczywiście pozbawionej przesady.

W latach 1930—1933 niejednokrotnie zagadnienie to poruszałem w Sanat. Pocztowców w Zakopanem nawet w pogadankach dla chorych.

W tutejszym sanatorium, zawdzięczając niezwykle rozsądnemu ustosunkowaniu się właściciela (Zarządu Kasy Emerytalnej)

oraz władz nadzorczych (Dyrekcja Poznańska, a dalej Min. Komunikacji) znalazłem istniejący już od lat etat referenta oświatowego, znalazłem kredyty (acz bardzo skromne) na zaopatrzenie biblioteki i prenumeraty pism dla chorych oraz kredyty na rozrywki dla chorych! Wszystko to pozwala na rozpoczęcie wstępnych przynajmniej prób w kierunku, o którym wyżej mówiłem. Próby te, acz skromne, jednak dodatnie i zachęcające dają wyniki.

Praca w roku sprawozdawczym 1934 w ramach referatu kult.-ośw. przedstawiała się, jak następuje:

przedstawień teatralnych zespołów objazdowych	4
przedstawień teatralnych amatorsk. (chorzy)	4
koncertów	2
akademij, obchodów uroczyst., rocznic itp. (w których chorzy brali zawsze liczny udział)	9
odczytów	14
pogadank (w tym głośne czytanie)	48
wieczorków muzycznych	2
wieczorków humorystycznych	2
wieczorków towarzyskich	2
Wycieczek do fabryk fajansu i porcelany	6
Wycieczek (oprowadzanie po sanatorium)	4
Wycieczek do Ujścia celem zwiedzenia huty szkła	2
Wycieczek w okolice Chodzieży	12
wieczorów robótkowych dla pań	26
gier i zabaw towarzyskich	107
turnieje szachowe	2
turniej warcabowy	1

poza tym codzienne audycje radiowe;

biblioteka czynna codziennie z wyjątkiem niedziel i świąt.

W ciągu roku sprawozdawczego biblioteka miała ogółem 530 czytelników, wypożyczonych zostało 3.093 książek tj. przeciętnie po 5.8 książek na jednego czytelnika.

Jak widać z przytoczonego sprawozdania praca referenta oświatowego poza rolą psychicznego czynnika leczniczego spełniła również rolę ściśle oświatową, co przy poziomie naszych chorych ma niezaprzeczenie wielkie znaczenie ogólne.

Nie wolno też zapominać o uświadomieniu naszych chorych o gruźlicy, tzn. o serii pogadank na ten temat.

Pogadanki te mają szerzyć wiadomości o całokształcie zagadnienia a szereg tematów należy rozwijać specjalnie dla dobra samych chorych i ułatwienia leczenia, gdyż pokutują w społeczeństwie — i to niezależnie od poziomu wykształcenia — pewne przesady, które utrudniają leczenie albo zniechęcają chorych.

Do rzędu takich przesądów należą przekonania np.:

1) że znalezienie prątków w plwocinie a więc „otwarta gruźlica“ jest prawie równoznaczna z wyrokiem śmierci,

2) głównym celem leczenia sanatoryjnego jest przybranie na wadze nawet, jeśli chory będzie otyły już przed przybyciem do sanatorium,

3) czym więcej chory odpluwa, tym prędzej może „wypluć chorobę“ a przez to: jedni starają się kaszleć możliwie więcej, ażeby „dokaszleć się“ do plwociny, drudzy — bezustannie odpluwają ślinę,

4) nieunikniona jest konieczność zarażenia się jednego chorego od drugiego; na tym tle powstaje cały szereg nieporozumień pomiędzy chorymi lub wiele kłopotów administracyjnych z powodu umieszczenia w kilkuosobowych pokojach, a nawet spotykania się „zamkniętych“ z „otwartymi“ w różnych pomieszczeniach sanatoryjnych.

5) leczenie się na własną rękę za pomocą różnych środków, których chorzy bądź żądają od swych lekarzy oddziałowych, bądź przywożą ze sobą i stosują ukradkiem w przekonaniu, że takie lub inne środki mogą wyleczyć gruźlicę płuc.

6) nieco mniej, lecz dość szeroko rozpowszechnione jest mniemanie, że prawdziwe leczenie gruźlicy płuc możliwe jest wyłącznie za pomocą leków — przez to ani werandowanie, ani otwieranie okien na noc nie znajdują aprobaty.

7) strach przed odmą sztuczną oparty albo na przykładach przez chorego obserwowanych kiedy XY miał odnę i umarł lub nie mógł pracować, albo... na opinii lekarza leczącego. Przypadki ostatnio wspomniane są niezmiernie smutne, świadczą bowiem o niskim poziomie tak fachowym, jak i etycznym niektórych lekarzy. Można usprawiedliwić lekarzy, że nie mają pojęcia o odmach, lecz nie ma dla nich usprawiedliwienia, że odmawiają od tego leczenia i wręcz straszą chorych. Znany mi jest autentyczny wypadek ¹⁾, kiedy lekarz listownie przekonywał chorą, że odma jest jeno przedłużaniem leczenia, że natomiast ...tran w specjalny sposób zażywany... z pomocą Bożą! doprowadzi do wyleczenia (nb. wielojamistej gruźlicy) w ciągu ...4 tyg., a w najgorszym wypadku leczenie to trzeba będzie powtórzyć!

Jeśli opierać się na twierdzeniach chorych — a wielu z nich można wierzyć, to wolno przypuszczać, że ta agitacja przeciwodmowa jest uprawiana dość szeroko.

W tych warunkach pogadanki o odmach leczniczych są bardzo wskazane, a nawet konieczne dla zmniejszenia uprzedzeń szkodliwych dla chorych.

Skoro mowa o szkodliwych uprzedzeniach, to uważamy za obowiązek podkreślenie szkodliwości uprzedzenia innej kategorii, któremu hołdują już nie chorzy, tylko lekarze: widzimy na ma-

¹⁾ sprzed paru lat.

teriale sanatoryjnym, że jest bardzo rozpowszechnione oszukiwanie chorych, bądź trzymanie ich w nieświadomości w sprawie wykrycia prątków w plwocinie. Bardzo rzadko nasi chorzy (i w Zakopanem i tutaj) przychodzą poinformowani o obecności prątków w plwocinie, i to nie tylko chorzy ambulatoryjni, ale i sanatoryjni. Naturalnie w tych warunkach nie ma mowy o jakichkolwiek środkach ostrożności, stosowanych w domu, gdzie najczęściej jest pełno domowników a zwłaszcza małych dzieci.

My zawsze informujemy naszych „prątkujących“ chorych, ale zarazem wyjaśniamy im, jakie znaczenie ma takie „prątkowanie“ dla samego chorego, a jakie dla otoczenia, pouczamy również możliwie dokładnie o wszelkich sposobach zapobiegania zakażeniu.

Pouczenia te i wyjaśnienia zazwyczaj spełniają rolę również czynnika leczniczo-psychicznego, gdyż chorzy starsi mają najczęściej przesadny strach i wyrzuty sumienia z powodu możliwości zakażenia swoich domowników a szczególnie własnych dzieci lub wnuków.

Rzecz jasna, że wykonywanie wszelkich tak różnorodnych prac, mających na celu czynnik leczniczo-psychiczny wymaga nie tylko odpowiedniej obsady personalnej, ale i odpowiedniego miejsca. Miejsce to powinno być odpowiednie pod względem ilościowym, przestrzennym i jakościowym. Przede wszystkim sanatorium powinno mieć: 1) salę towarzyską, któraby mogła pomieścić cały stan chorych wraz z całym personelem i pewną ilością gości tj. znajomych i krewnych chorych, ludzi danemu zakładowi życzliwych i udzielających się (np. muzyków, prelegentów z poza sanatorium) itp. Niestety nasze Sanatorium temu prymitywnemu wymaganiu nie odpowiada; pierwotny projekt przewidywał wybudowanie wielkiej sali dla przedstawień, koncertów i pogadanek, nie był jednak do końca wykonany i to obecnie ciąży na całym życiu sanatoryjnym. Na domiar złego konstrukcja istniejących ubikacyj jest tego rodzaju, że nawet kosztem zmniejszenia ilości łóżek nie da się uzyskać większej sali. Brak ten jest niedopuszczalny i obecnie wszelkie wysiłki są kierowane ku temu, ażeby zło naprawić i dobudować salę, któraby stała się ośrodkiem zadziałania leczniczego na *psyche* chorych.

Niezależnie od sali towarzyskiej musi być kilka mniejszych pomieszczeń o różnym przeznaczeniu, np. 2) sala do robót kobiecych z odpowiednim urządzeniem (maszynami do szycia, wyszywania, szafami do przechowywania materiałów itp.), 3) czytelnia, 4) sala do gry w szachy, warcaby i inne, wymagające ciszy, 5) warsztaty, np. introligatorski, stolarski, szewski itp.

Jeśli chodzi o pojęcie „jakości“ pomieszczeń sanatoryjnych, to pod tym rozumiemy przede wszystkim usunięcie wszystkiego, co tworzy tzw. „atmosferę sanatoryjną“, a właściwie — szpitalną. Naszym zdaniem pierwszą pod tym względem ujemną rolę

gra malowanie ścian kolorem białym lub lekko szarawym (dla oszczędności... mniej się brudzi!). W każdym zakładzie leczniczym to samo! W każdym korytarzu, pokoju, jadalni itp. — wszędzie ten sam kolor! Dlaczegoż my naszych mieszkań nie malujemy jednym kolorem? Monotonia nas nuży, my od niej uciekamy, u nas każdy pokój ma innego koloru ściany, a do nich jest dostosowany kolor naszych mebli. Cóż dopiero chory? Przecież on ostrzej reaguje na otoczenie, a zwłaszcza na otoczenie, w którym on spędza czas przymusowo (z winy swej choroby), otoczenie, do którego w zasadzie usposobiony jest z góry wrogo, a przynajmniej niechętnie.

Niechże pierwszy rzut oka po przybyciu do sanatorium wywoła w naszym chorym miłą niespodziankę — niech zobaczy on przyjemne kolorowe ściany, każdy pokój inny, każdy korytarz inny.

Naszym zadaniem winno być oderwanie uwagi chorego od niego samego i jego choroby, skierowanie tej uwagi na otoczenie.

Dlatego wszystko, co skupia myśl chorego na jego cierpienie należy stosować oględnie, z głębokim przemyśleniem, z uwzględnieniem indywidualnych cech psychicznych.

Lekarz nie powinien stosować szablonów, które on uważa za słuszne, musi on uwzględnić *psyche* chorego i z tych dwóch czynników wypośrodkować drogę właściwą.

Idę w tym kierunku tak dalece, że nieraz ordynuję to, czego chory ode mnie domaga się, chociażbym z własnej inicjatywy zaordynował co innego. Najczęściej to dotyczy różnych zastrzyków, a przede wszystkim wapniowych. Są bowiem chorzy, którzy mają niezłomne przekonanie, że bez zastrzyków wapnia nigdy nie wyzdrowieją. Takim chorym trzeba te zastrzyki robić!

Naturalnie wykluczam życzenia, które uważam za szkodliwe, zawsze jednak drogą przekonywania, a nie autorytatywnego zakazu.

Tu specjalnego omówienia wymaga zagadnienie palenia tytoniu w sanatorium.

Nie wiem, czy komukolwiek z nas udało się przymusowo odzwyczaić chorego od palenia. Ja tym pochwalić się nie mogę, natomiast w następstwie przekonywania i wskazania sposobów, przy których można od palenia odzwyczaić się — wielu z moich chorych palić przestało.

Zaręczam, że w sanatoriach, gdzie przeprowadza się bezwzględny zakaz palenia, chorzy palą, a administracja ma kłopoty z zatykaniem niedopałkami wszelakich zlewów, z zaśmiecaniem ustępów, ścieżek itp.

Uważam, że w sanatoriach muszą być palarnie wygodne, czyste, w popielnice zaopatrzone i bardzo dobrze przewietrzane. Przeznaczone one mają być dla tych, którzy pomimo rad lekarza nie są w stanie zaprzestać palenia.

Pomiędzy lekarzem a chorym nie ma miejsca dla oszukaństwa i fałszu, tylko całkowite zaufanie i szczerłość stwarzają płaszczyznę dobroczynną.

Nie mogę pominąć milczeniem jeszcze jednej okoliczności niezmiernej wagi — werandowania. Szablonowo stosowane werandowanie wielogodzinne (6-cio, a nawet 9-godzinne) uważam za błąd sztuki leczniczej. Moim zdaniem przy ustaleniu czasu leżakowania danego chorego należy brać pod uwagę kilka okoliczności: a) przede wszystkim stan płuc, poza tym b) osobowość psychiczną chorego i jego reakcję na dłuższe leżenie, c) zawód chorego.

Punkt a) nie wymaga wyjaśnień: wiemy, że pewien odsetek naszych chorych może bez żadnej krzywdy dla siebie nie leżakować, że również pewien odsetek musi leżakować możliwie dłużej lub nawet leżeć stale. Co do b), to mam na myśli niektóre (nieliczne stosunkowo) jednostki, które niewymownie i wprost fizycznie cierpią przy dłuższym leżeniu — to musimy uwzględnić. Najwięcej wymaga wyjaśnień p. c.). Co tu ma zawód do powiedzenia? Nie miałby on nic, jeśliby chorzy nasi mieli możliwość leczyć się naprawdę. Ale przecież tak nie jest! W Polsce jest jedno sanatorium, w którym przeciętny czas leczenia wynosi 123 dni, w większości innych czas ten waha się od 45 do 60 i w paru dochodzi do 80—90.

Przecież to nie jest leczenie gruźlicy płuc!

Przy tym stanie rzeczy przychodzi do głosu zawód chorego: pracownik umysłowy łatwiej może być przyzwyczajony do długiego leżakowania, gdyż to nie odbije się na nim tak niekorzystnie z chwilą powrotu do pracy. Natomiast u pracownika fizycznego będzie to wyglądało inaczej: przyzwyczajony w ciągu 4—8 tygodni do wielogodzinnego leżenia, staje on od razu do pracy wymagającej dużego wysiłku mięśni, które na skutek beczynności będą prędko się przemęczać, a uzyskana poprawa w szybkim tempie zacznie znikać — zjawisko, o którym często słyszymy od chorych powtórnie przybywających do zakładu.

Poza tym wielu fizycznych pracowników chętnie leżakuje tylko na początku leczenia tj. dopóki nie odpoczną i nie „odjedzą się“, lecz już po 10—15 dniach zaczynają od leżakowania wykრęcać się — ciąży im brak ruchu, do którego przyzwyczaili się nieraz przez lat kilkadziesiąt.

Uważam, że możliwie większy odpoczynek jest konieczny dla znacznej części naszych chorych jedynie przez pewien indywidualnie określony czas, po tym jednak czasie odpoczynek winien być umiejętnie połączony z wysiłkiem. I tu muszą przyjść przechadzki, prace w ogrodzie, w warsztatach, udział w imprezach itp. kosztem części leżakowania. Czym bliżej jest termin odejścia chorego z sanatorium, tym jego wysiłek fizyczny powinien więcej zbliżać się do tego, który będzie mu potrzebny przy jego pracy codziennej.

Nie takby musiało być, gdyby długość leczenia ustalana była wyłącznie na podstawie stanu chorego. Niestety, u nas tego nie ma, gdyż długość leczenia nie stoi w żadnym stosunku do konieczności. Prawie nie obserwujemy jakiejś zasadniczej poprawy stanu płuc — na to nie ma czasu — stwierdzamy przeważnie tylko poprawę ogólną. Nie możemy zastosować wielomiesięcznego leczenia, które nieraz pozwoliłoby nam widzieć gojenie się nie tylko nacieczeń i zserowaceń, ale nawet jam — co obserwują klinicyści na Zachodzie lub w Ameryce. Na to brak nam pieniędzy, a bieda ta powoduje jeszcze dążność samych chorych do skrócenia leczenia i błagania, ażeby sanatorium nie napisało w jakimkolwiek papierku, że zdolność chorego do pracy uległa zmniejszeniu. Jedno i drugie (przedłużenie leczenia, zmniejszenie zdolności do pracy) kryje w sobie groźbę redukcji, a więc śmierci głodowej. Nasz chory musi odejść od nas jako „zdolny do pracy“.

Dlatego też i leżakowanie u nas musi technicznie inaczej wyglądać. To właśnie zmusza mnie do indywidualizacji i w tut. Sanatorium jako zasadę mam leżakowanie 4-godzinne (2 przed i 2 po obiedzie), niektórym nawet ordynujemy leżakowanie tylko po obiedzie (od werandy „cichej“ nikogo nie zwalniam), z drugiej zaś strony inni leżakują po 6 i więcej godzin. Chorzy, mało leżakujący, mają zalecone przechadzki, gdyż nasze Sanatorium niestety nie posiada ani pomieszczeń dla jakichkolwiek warsztatów, ani miejsca do stosowania pracy na świeżym powietrzu. Wynagradza to po części doskonałe otoczenie malowniczych okolic najbliższych i dalszych, dokąd chorzy odbywają wycieczki samotnie lub grupami (wówczas pod kierownictwem referentki oświatowej, jednego z lekarzy lub hospitantów).

Przy takim ujmowaniu kwestii leżakowania tym szersze pole do działania miałby lekarz-neuropsychoterapeuta, ale tym większą również jest konieczność odpowiednich pomieszczeń w budynku sanatoryjnym, pozwalających na zorganizowanie różnorodnych zajęć dla poszczególnych grup chorych.

Dr. Piotr RADŁO.

Lwów.

Dotychczasowe wyniki akcji „Dni Przeciwgruźliczych“ w Województwie Lwowskim.

W referacie niniejszym chciałbym podać ogólny zarys dotychczasowych wyników, które uzyskiwał Wojewódzki Komitet Dni Przeciwgruźliczych we Lwowie w dziedzinie akcji „Dni“ w ciągu ostatnich 8 lat. Dane statystyczne zebrałem z czasopisma „Ruch Przeciwgruźliczy“, z „Kalendarza Przeciwgruźliczego“ „Sprawozdania Wojewódzkiego Twa Przeciwgruźliczego“.

Akcja dni przeciwgruźliczych — pominąwszy specjalnie ciężki rok 1931/32 — rozwija się stale w naszym województwie, jak to widać przejrzysto na poniższej tablicy:

Rok	Całe województwo		W tym miasto Lwów	
	Dochód akcji Przeciwgruźli- czych	Dni Ilość sprzeda- nych znaczków w %	Dochód akcji Przeciwgruźli- czych	Dni Ilość sprzeda- nych znaczków w %
1928/29	18.110 zł	66%	8.006 zł	17.8%
1929/30	23.835 „	60.6%	10.899 „	60.5%
1930/31	34.868 „	46.5%	9.259 „	46.8%
1931/32	17.470 „	68.5%	3.924 „	52%
1932/33	21.023 „	81.8%	6.720 „	74%
1933/34	33.500 „	83.7%	12.695 „	76.5%
1934/35	40.650 „	86.4%	17.905 „	82.8%
1935/36	41.500 „	92.2%	19.098 „	95%

Widzimy z niej, że wyniki finansowe są z każdym rokiem lepsze. Muszę zaznaczyć, że Akcja Dni Przeciwgruźliczych w województwie lwowskim należy do najbardziej udanych w całej Polsce; nader interesujący jest fakt, iż pomimo kryzysu, wynik finansowy tej Akcji zamiast upadać lub przynajmniej utrzymywać się na jednym poziomie, stale i imponująco wzrasta.

A teraz przypatrzmy się tablicy, na której są uwidocznione wszystkie powiaty województwa pod kątem widzenia finansowych wyników Dni Przeciwgruźliczych w ostatnich 7 latach, gdyż wcześniejszych dat z poszczególnych powiatów nie można było uzyskać. Wyniki finansowe są podane w cyfrach bezwzględnych.

Jeżeli przeprowadzimy choćby pobieżnie analizę „wydajności“ poszczególnych powiatów pod względem finansowym w czasie „Dni“, to przekonamy się, że dodatni wynik finansowy nie zależy wcale od liczby ludności w powiecie ani od uprzemysłowienia danego powiatu. Weźmy pod uwagę np. takie powiaty, jak Drohobycz, Krosno, Przemyśl lub Rzeszów, w których liczba mieszkańców i stopień uprzemysłowienia są dość wysokie i zestawmy je z powiatami o ludności wyłącznie rolniczej lub pasterskiej, jak np. Rawa Ruska, Jaworów, Rudki, Żółkiew, Gródek Jagiell., Mościska, Lesko, Turka, Sokal itp.

Przy takim porównaniu wypadnie, iż powiaty rolnicze dają o wiele lepsze wyniki, niż powiaty o liczniejszej i bogatszej ludności oraz o wielkich miastach.

Wynikałoby z tego, że akcja Dni Przeciwgruźliczych powinna wypaść w powiatach bogatych co najmniej dwukrotnie lepiej pod względem finansowym niż w niektórych powiatach ubogich. Trzeba więc zwiększyć energię, a wyniki nie dadzą na siebie czekać.

Stały wzrost dochodów tej akcji dla całego województwa świadczy, że poszczególne powiaty z małymi wyjątkami postawiły sobie jak gdyby za punkt ambicji — powiększenie liczby sprzedanych znaczków przeciwgruźliczych.

Powiat	1930/31	1931/32	1932/33	1933/34	1934/35	1935/36
Bóbrka	200 zł	300 zł	311 zł	630 zł	875 zł	760 zł
Brzozów	500 „	300 „	441 „	520 „	520 „	325 „
Dobromil	700 „	100 „	441 „	508 „	520 „	815 „
Drohobycz	2.655 „	1.100 „	1.396 „	1.602 „	1.662 „	1.595 „
Gródek Jag.	347 „	341 „	336 „	535 „	355 „	535 „
Jarosław	1.626 „	1.078 „	1.055 „	1.445 „	1.155 „	955 „
Jaworów	500 „	393 „	385 „	309 „	575 „	825 „
Kolbuszowa	600 „	150 „	237 „	308 „	331 „	520 „
Krosno	1.200 „	1.159 „	1.065 „	1.531 „	2.039 „	873 „
Lesko	296 „	186 „	324 „	525 „	543 „	534 „
Lubaczów	794 „	260 „	332 „	1.015 „	1.030 „	1.025 „
Lwów - Powiat	2.475 „	483 „	799 „	658 „	1.330 „	2.130 „
Łańcut	500 „	362 „	540 „	1.035 „	1.029 „	1.010 „
Mościska	557 „	229 „	457 „	415 „	311 „	620 „
Nisko	174 „	300 „	320 „	510 „	520 „	372 „
Przemyśl	3.295 „	1.595 „	1.198 „	1.699 „	1.829 „	1.422 „
Przeworsk	1.209 „	200 „	515 „	360 „	368 „	485 „
Rawa Ruska	500 „	200 „	310 „	500 „	641 „	342 „
Rudki	400 „	200 „	445 „	480 „	1.096 „	1.075 „
Rzeszów	2.000 „	557 „	579 „	1.064 „	360 „	420 „
Sanbor	800 „	899 „	1.042 „	1.315 „	1.277 „	1.240 „
Sanok	2.000 „	1.000 „	1.068 „	1.543 „	1.570 „	1.570 „
Sokal	392 „	671 „	547 „	625 „	560 „	1.080 „
Tarnobrzeg	169 „	85 „	218 „	552 „	526 „	525 „
Turka		300 „	300 „	526 „	619 „	610 „
Żółkiew	1.040 „	341 „	456 „	520 „	535 „	525 „
Lwów - miasto	9.259 „	3.924 „	6.720 „	12.695 „	17.905 „	19.098 „

Do wyjątków należy u nas powiat, któryby się w tej akcji cofał. Prawie wszystkie idą systematycznie naprzód. Jeżeli tu i ówdzie są drobne odchylenia, to mają one charakter przemijający i są zależne nie tyle od lekarza powiatowego, ile od warunków miejscowych. Np. nieobecność lekarza w powiecie z powodu czy to choroby, czy też wyjazdu na kursy, powoduje z miejsca załamanie się Akcji Przeciwgruźliczej. Jest to również dowodem, że lwia część pracy w tej dziedzinie spoczywa na barkach lekarza powiatowego. Tablicę powyższą umieściłem dla przeglądu wyniku oraz dla samokontroli.

Dzięki temu mogą się koledzy, lekarze powiatowi, dowiedzieć, jakie wyniki miały powiaty sąsiednie oraz mogą się przekonać na podstawie przeglądu własnych wyników z lat poprzednich, że wzmożenie wydajności Akcji Dni Przeciwgruźliczych nie jest wcale tak trudne i niemożliwe do wykonania jakby się na pozór zdawało. Musimy również pamiętać o tym, że im lepsze wyniki uzyskujemy w naszych powiatach, tym więcej chorych z tych terenów możemy skierować bezpłatnie do Hołoska i tym więcej dochodów będą miały poradnie przeciwgruźlicze.

Sprawozdanie z działalności Wileńskiego Woj. T-wa Przeciwgruźliczego za rok 1935.

Niewspółmierność pomiędzy skromnymi środkami, przeznaczonymi na zwalczanie gruźlicy, a szerokim zakresem akcji przeciwgruźliczej Wileńskiego Wojewódzkiego T-wa Przeciwgruźliczego stwarza potrzebę wysuwania zasad i hierarchii w rozbudowie arsenału przeciwgruźliczego. W myśl nowoczesnych wskazań ftizjologii, opartych na przesłankach patogenetycznych, rozróżniamy w przebiegu gruźlicy szereg etapów, zależnych od zmian biologicznych i anatomicznych, jakie powstają w organizmie ludzkim pod wpływem zakażenia gruźliczego.

Najbardziej bodaj racjonalnym zwalczaniem gruźlicy jest ochrona niemowlęcia przed zakażeniem się nią w wieku zbyt wczesnym i przesunięcie momentu zakażenia na okres późnego dzieciństwa. Wiemy, iż dziecko do lat 2 w stosunku do zarazka gruźliczego jest biologicznie bierne, nie posiada zdolności do walki z zakażeniem, któremu zazwyczaj ulega i ginie. Toteż usiłujemy nieustannie przez nasz personal wywiadowczy odosabniać lub względnie odosabniać na miejscu osobników prątkujących, uświadamiać ich, budzić w nich „sumienie przeciwgruźlicze“ i wdrażać w postępowanie higieniczne. Również w celu ochrony przed zakażeniem złośliwym, zakażamy rozważnie niemowlęta niezjadliwym szczepem zarazków gruźliczych BCG w celu wytworzenia odporności tzw. symbiotycznej.

Szczepienia BCG prowadzimy na terenie Wilna od r. 1925. W roku sprawozdawczym Komitet Szczepień funkcjonował w składzie poprzednim. Budżet Komitetu jest pokrywany z subwencji Polskiego Związku Przeciwgruźliczego i W. W. T. P. Szczepienia odbywają się systematycznie w 2 szpitalach miejskich: Św. Jakóba i Żydowskim oraz sporadycznie w niektórych zakładach prywatnych.

Liczba zaszczepionych dzieci w 1935 r. — 429,

w tym w styczności: a) z chorymi na gruźl. płuc udzielającą się — 4, b) z chorymi na gruźl. płuc nie udzielającą się — 1, c) z chorymi na inne postacie gruźlicy — 0, d) z chorymi podejrzanymi o gruźlicę — 1.

Bez wiadomej styczności z gruźlicą — 423.

Odosobniono od źródła zakażenia w ciągu 4 tygodni po urodzeniu — 0.

Kontrolnie zbadano szczepionych dzieci ogółem — 874, a) po raz pierwszy — 195, b) powtórnie — 679.

Liczba dokonanych wywiadów domowych — 1075.

Zmarło — 5; przyczyny śmierci: a) zapalenie płuc 2, b) cholerynka 1, c) zaburzenia żołądkowe 1, d) przyczyna nieznana 1.

Na przeszkodzie szerszemu rozpowszechnianiu szczepień w środowiskach gruźliczych stoi brak izolatorium. Przeszło u połowy szczepionych dzieci został zbadany stan zdrowia oraz skuteczność szczepień. Spośród zbadanych zmarło 5, w tym ani jedno z powodu gruźlicy.

Racjonalna akcja szczepień ochronnych wymaga nie tylko dokładnego prowadzenia statystyki dzieci szczepionych, lecz i kontroli skuteczności szczepień. W tym celu Komitet Szczepień Ochronnych dnia 1 października 1935 r. uruchomił centralną Stację Opieki dla dzieci szczepionych. Mieści się ona w lokalu W. W. T. P. przy ul. Wileńskiej 27 i korzysta z wydatnej pomocy T-wa (bezpłatne prześwietlenia rentgenowskie, badania laboratoryjne itp.). Ze względu na szczupłość lokalu oraz skromną liczbę personelu lekarskiego i pomocniczego stacja jest dostępna tylko dla dzieci powyżej roku życia.

Ogółem przyjęto 123, udzielono porad 265, dokonano prób tuberkulinowych (Pirquet) 43, w tym z wynikiem dodatnim 26, prześwietlono promieniami Roentgena 33, liczba dni pracy 71, godzin pracy wewnętrznej 213, zewnętrznej 180, dokonano wywiadów po raz pierwszy 76, powtórnych 104.

Ścisła współpraca z T-wem Przeciwgruźliczym pozwala na nawiązanie kontaktu z rodzinami gruźliczymi, celem ewentualnego wprowadzenia szczepień wśród środowisk zakaźnych. W bieżącym roku kierownictwo stacji będzie dążyć do rozszerzenia swej działalności w kierunku objęcia opieką wszystkich dzieci szczepionych. Na 1936 rok Związek Przeciwgruźliczy zwiększył dotychczasową subwencję, w sumie zł 1.800, wypłacaną Komitetowi na cele prowadzenia stacji do sumy zł 3.000. Pozwoli to przyjąć pielęgniarkę dla stacji i dzięki temu podnieść sprawność wywiadów domowych. W 1936 r. Komitet zamierza również powiększyć liczbę szczepionych dzieci oraz czyni starania w Zarządzie Miejskim celem uruchomienia przy jednym ze szpitali miejskich izolatorium dla dzieci szczepionych ze środowisk gruźliczych. Poza pracą związaną ze szczepieniami, Komitet prowadzi również akcję propagandową. Doc. B a g i ń s k i wygłosił odczyt w Wileńskim Radio na temat szczepień oraz ogłosił drukiem dwie prace pt.: „12 lat szczepień BCG w świetle krytyki” i „Badania nad przenikaniem prątków BCG przez nieuszkodzoną błonę śluzową układu pokarmowego zwierząt dorosłych”.

Moment zakażenia gruźlicą trudno jest ustalić. Objawy podi przedmiotowe mogą wystąpić mniej więcej już w 6—7 tygodni po zakażeniu. Los jednostki zakażonej zależy w dużej mierze od postępowania leczniczo-społecznego, od wieku, od ciężkości zakażenia i od tej energii, z jaką organizm walczy z zakażeniem.

Kliniczny obraz zakażenia pierwotnego nie jest jednolity. W wypadkach najłagodniejszych wywołuje ono uczulenie swoiste ustroju i pozostawia ślady anatomopatologiczne w postaci

zwapniałych ognisk w tkance płucnej, w gruczołach śródpiersia (prztychawicznych, około tętnicy głównej, przewodu Botali'ego ewentualnie w rozwidleniu tchawicy). Klinicznie (rentg.) stwierdzamy wtedy obecność zespołu pierwotnego zwykłego. Pod względem przebiegu klinicznego i postępowania lekarskiego należy odróżniać w zespole tym dwie odmiany: nieczynną i czynną (*complexus primarius peractus et activus*). Zespół pierwotny jest nieczynny, gdy jednostka nim dotknięta nie odczuwa dolegliwości podmiotowych, a badanie przedmiotowe poza ogniskiem zlikwidowanym nie stwierdza odchyień od normy. Próba swoista jest dodatnia. Zachodzi pytanie, czy pojęcie zespołu pierwotnego nieczynnego nie jest pojęciem tylko akademickim i czy powinno być brane pod uwagę w rozważaniach społeczno-lekarskich. Otóż na mocy wieloletniej pracy w instytucjach W. W. T. P. z całą świadomością przyjmujemy, iż postać ta jest godna uwagi lekarza ftizjologa: zespół pierwotny zwykły, właściwy wiekowi dziecięcemu i młodzieńczemu ma, podobnie jak i dalej posunięte postaci gruźlicy, swe okresy zacisza i skoków. Stwierdzenie i ustalenie, iż zespół pierwotny jest nieczynny w chwili badania nie gwarantuje, iż osobnik schorzenie zlikwidował na stałe. Źródło zakażenia tkwi w ustroju stale. Pojęcie „nieczynny“ znaczy, iż mamy do czynienia ze schorzeniem, znajdującym się w okresie zacisza. Ujawnienie się drzemającego procesu pod wpływem czynników zewnątrz- lub wewnątrzpochodnych, niszczących zdobytą odporność, może zawsze wystąpić i dać nam nowy skok chorobowy w postaci schorzenia poważnego, nieraz śmiertelnego. A więc utrzymanie zdobytej odporności na należytych poziomach jest konkretnym zadaniem ftizjologa. Wobec powyższego zachodzi konieczność odmiennego ustosunkowania się opieki lekarsko-społecznej do dzieci i młodzieży niż do dorosłych. Toteż W. W. T. P. wyodrębniło tę grupę chorych, przydzielając ją do instytucyj autonomicznych, noszących nazwę stacyj. Stacyj T-wo posiada trzy. Stacja dla dzieci do lat 7 jest prowadzona przez lekarzy ftizjologów-pediatrów i na podobieństwo poradni dla dorosłych tworzy ośrodek, dokoła którego grupuje się szereg instytucyj leczniczo-opiekuńczych, jak oddział gruźliczy dla dzieci i młodzieży przy Miejskim Szpitalu Zakaźnym na 50 łóżek, prewentorium dzienne (półsanatorium) na 40 dzieci, kolonie letnie i zimowe itd.

Stacja Opieki nad Dzieckiem do lat 7 w roku sprawozdawczym była czynna w ciągu 290 dni, przy czym godzin lekarskich miała 432. Z dniem 1 października 1935 r. została przeniesiona z lokalu Miejskiego Ośrodka Zdrowia do lokalu W. W. T. P. ul. Wileńska 27.

Na 1. I. 1935 było zapisanych dzieci	857
Nowo zapisanych w ciągu roku	281
Ponownie przyjętych	201

Ogółem zapisanych	1.139
Wypisano	941
Pozostaje zapisanych na dzień 1. I. 1936 r.	198
Udzielono porad w ciągu roku	2.563
Liczba zbadanych dzieci	1.181
Dokonano prób tuberkulinowych (Pirquet)	360
Zbadano płwocin	6
Prześwietlono promieniami Roentgena	460
Dokonano zdjęć rentgenowskich	1
Dokonano wywiadów domowych	567
Skierowano do szpitala	13
Skierowano na kolonie letnie	80
Skierowano do prewentorium	100

Stacje Opieki nad młodzieżą szkolną szkół średnich Nr. 1 im. Dr. Stanisława Kopczyńskiego i szkół powszechnych Nr. 2 były czynne 326 dni.

Na 1. I. 1935 r. było zapisanych	373
Nowo zapisanych w ciągu roku	1.130
Ponownie przyjętych	157
Ogółem zapisanych	1.660
Wypisano	465
Pozostaje zapisanych na 1. I. 1936 r.	1.195
Udzielono porad	5.579
Zbadanych chorych	1.660
Zbadanych płwocin	137
w tym z wynikiem dodatnim	13
Dokonano badań krwi metodą Biernackiego	629
Dokonano prób tuberkulinowych	1.625
Dokonano prześwietlań promieniami Roentgena	1.692
Dokonano zdjęć promieniami Roentgena	8
Dokonano zastrzykiwań podskórnych	382
Dokonano wywiadów domowych	197

Stacje w miarę możliwości przekazują dzieci potrzebujące pomocy społecznej Komitetowi Opieki nad dzieckiem W. W. T. P., którym kieruje od 1931 r. P. Kuratorowa Jadwiga Szelałowska. Komitet od 6 lat prowadzi kolonie letnie lecznicze, a od 3 lat półkolonie.

Kolonia w roku sprawozdawczym mieściła się w miasteczku Podbrodzie, woj. wileńskie, pow. święciański. Warunki higieniczne i sanitarne Podbrodzia są bardzo dobre: położenie lesiste i suche. Gmach szkolny, w którym się mieściła kolonia, jest duży, obszerny, jasny suchy, posiada dużą salę do gier i zabaw, z której dzieci korzystają w czasie pogody dżdżystej.

Czas trwania kolonii — 64 dni. Liczba dzieci 82 (w tym chłopców 37; dziewcząt 45).

Wiek dzieci: od 2 $\frac{1}{2}$ lat do 7 — 76; od 7 lat do 13 — 6. Na wadze przybyło 82 dzieci. Przeciętny przyrost wagi: maximum 3.500 kg; średnio 1.049 kg; minimum 0,200 kg. Chorowało 1 dziecko.

Zabiegi lekarsko-higieniczne u dzieci na kolonii podlegały opiece lekarskiej stałej. W okresie pobytu dzieci otrzymywały następujące zabiegi lekarskie, dokonywane przez pielęgniarkę: nacieranie skóry pokojową zimną wodą, kąpiele słoneczne trwające od 5 do 15 minut. Ciepłotę ciała mierzono systematycznie, przy czym dzieci mające podniesioną ciepłotę były odosobniane. Słabsze dzieci otrzymywały doustnie preparaty arsenowe i wapniowe.

Wychowanie: 1) Gimnastyka była prowadzona systematycznie przez wychowawczynię według P. Czyżewskiego. 2) Gry — dla dzieci starszych: siatkówka, dwa ognie; dla dzieci młodszych: gry i zabawy dowolne, orientacyjno-porządkowe, naśladownicze, bierne, rzutne, skoczne, płasy i korowody ze śpiewem. 3) Przyrządy do gier: 1 piłka do siatkówki, 10 piłek tenisowych, 40 piłek z rafii, linki, bączki, koło do taczania, układanki barwne do ćwiczenia zmysłów, loteryjki barwne. 4) Wycieczek dalszych z dziećmi starszymi odbyto 4. 5) Zorganizowano śpiewy chóralne. 6) Urządzono obchód Święta Morza, przedstawienie było wykonane przez dzieci. 7) Kolonia posiada biblioteczkę podręczną dla dzieci starszych składającą się z 20 książek. 8) Dzieci starsze opiekowały się młodszymi, dopomagając im w wykonaniu codziennych czynności.

J a d ł o s p i s :

Wtorek:

Śniadania: Kasza z mlekiem, chleb z masłem.

Obiady: 1) Kapuśniak i chleb. 2) Kotlety wołowe, marchew na jarzynę, kraszona słonina i ogórki ze śmietaną.

Podwieczorki: Czarne jagody z cukrem i bułka.

Kolacja: Semolina na mleku i chleb.

Piątek:

Śniadania: Kakao z mlekiem, chleb z tłuszczem.

Obiady: 1) Zupa jarzynowa, kraszona słonina, chleb. 2) Jajecznicza, kasza hreczana kraszona słonina, marchew, ogórki ze śmietaną. 3) Kisiel jabłeczny.

Podwieczorki: Herbata, chleb z marmeladą.

Kolacje: Zacierki na mleku i chleb.

Całkowity koszt utrzymania kolonii wynosi zł 5 615 i 36 gr. Koszt żywienia zł 2.886 i 40 gr. Całkowity koszt dzienny utrzymania dziecka wynosił zł 1.07 — dzienny koszt żywienia 55 gr.

Personel średni kolonii składał się z kierowniczką, wychowawczyni i pielęgniarki. Służba niższa z trzech osób — kucharki, praczki i pomocnicy gospodyni.

Półkolonia w roku sprawozdawczym mieściła się w Wilnie przy ul. Inflanckiej w gmachu szkolnym (Zwierzyniec). Warunki higieniczne bardzo dobre: miejscowość sucha, piaszczysta i lesista. Dzieci korzystały z ogrodu, parku i boiska. Czas trwania półkolonii — 42 dni.

Liczba dzieci — 83 (w tym chłopców 43, dziewcząt 40). Wiek dzieci od lat 7 do 15.

Na wadze przybyło — 83. Przeciętny przyrost wagi: maximum 8.700 kg; średnio 1.861 kg; minimum 0,100 kg.

Stosowane zabiegi higieniczne: powietrzno-słoneczne leżakowanie.

Całkowity koszt utrzymania półkolonii wynosi zł 2.039 i 31 gr. Koszt żywienia zł 1.359 i 54 gr. Całkowity koszt dzienny utrzymania dziecka wynosi 58¹/₂ gr. Koszt dzienny żywienia 39 gr.

Prewentorium dzienne Komitetu Opieki nad Dzieckiem przy W. W. T. P. czynne było przez cały rok; stała liczba dzieci 40.

	Chł.	Dz.	Razem
Liczba dzieci na 1. I. 1935 r.	21	19	40
Przybyło w ciągu roku	53	39	92
Wypisano w ciągu roku	51	41	92
Pozostało na 1. I. 1936 r.	23	17	40
Dni prewentyjnych	5.396	4.338	9.734

Liczba dokonanych odwiedzin domowych 497. Odwiedzonych rodzin 210.

Całkowity koszt dzienny utrzymania dziecka wynosił 70 gr. Koszt dzienny żywienia dziecka 30 gr.

W okresach obniżania się odporności organizm dziecięcy wymaga leczenia w zakładach zamkniętych: szpitalu-sanatorium ewentualnie sanatorium. Również opieki szpitala-sanatorium wymagają dzieci dotknięte zespołem pierwotnym zapalnym, do którego zaliczamy nacieki oboczne, jednostkę chorobową o przebiegu ciężkim, przewlekłym. Schorzenie to polega na przekrwieniu tkanki, otaczającej ognisko pierwotne z następczym wysiękiem, a przejawia się zależnie od umiejscowienia ognisk w postaci nawałowego zapalenia płuc, wysiękowego zapalenia opłucnej lub osierdzia. Postać ta mimo ciężkiego klinicznego obrazu zbliżonego częstokroć do najbardziej złośliwych postaci gruźlicy dziecięcej, posiada zdolność do całkowitej likwidacji.

Szpital-sanatorium dla dzieci i młodzieży jako oddział przy Miejskim Szpitalu Zakaźnym istnieje od 1932 r.

Chorych na dzień 1. I. 1935 r.	30
Przybyło w ciągu roku	84
Wypisano w ciągu roku	84
Pozostało na dzień 1. I. 1936 r.	30
Dni szpitalnych	7.224
W wieku od lat 3 do 7 przebywało dzieci	20
W wieku szkolnym i powyżej	61

Przeciętny czas pobytu na oddziale 135 dni = 3 $\frac{1}{2}$ miesiąca.

Przebywało dzieci:

do 1 miesiąca	27 — 33%
do 3 miesięcy	34 — 42%
do 6 miesięcy	20 — 25% (do 12 m. 1 dz.)

Podział dzieci według postaci chorobowych:

suchoty płucne	10 dz. — 12 $\frac{1}{2}$ %
nacieki oboczne	40 dz. — 50%
inne postaci gruźlicy dziecięcej	26 dz. — 31 $\frac{1}{2}$ %
obserwacja z powodu innych schorzeń	5 dz. — 6%

Gruźlica wieku dorosłego ma swe znamiona i odrębny charakter. Nie sposób w tym sprawozdaniu rocznym zatrzymać się dłużej na jej podziale i przebiegu, zaznaczę tylko, iż dorośli chorzy na gruźlicę podlegają opiece poradni Nr. 1 i Nr. 2 Wil. Woj. T-wa Przeciwgruźliczego. Wyniki ich działalności przedstawiają się, jak następuje:

Obie poradnie były czynne 290 dni, godzin lekarskich 3.330.

	Gruźlica płuc K +	Gruźlica K —	Inne grucz.	Inne p. gr.	Stycz- ność	Obser- wacja	Bez rozpoz.	Razem
Na 1. I. 1935 r.								
zapisani	461	479	631	29	441	1.192	499	3.732
Nowo zapisani	87	88	40	6	249	2.487	729	3.686
Ponownie przyjętych	40	29	2	1	16	755	—	843
Ogółem zapisanych	588	596	673	36	706	4.434	1.228	8.261
Zmiany:								
rozpoznanie (—)	9	58	24	2	30	573	214	910
rozpoznanie (+)	195	297	232	17	75	87	7	910
Wypisanych	168	467	684	41	369	2.150	892	4.771
Na 1. I. 1936 r.	606	368	197	10	382	1.798	129	3.490

Liczba osób, u których zbadano płwocina	1.870
Liczba zbadanych płwocin	2.058
w tym z wynikiem dodatnim	368
Dokonano badań krwi metodą Biernackiego	2.388
Dokonano badań krwi metodą Schillinga	122
Dokonano prób tuberkulinowych metodą Pirquet'a	1.276

Dokonano prób tuberkulinowych metodą Mantoux	123
Dokonano zastrzykiwań dożylnych	5.280
Dokonano zastrzykiwań podskórnych	3.014
Dokonano odwiedzin domowych	3.510
w tym po raz pierwszy	196
Odwiedzono rodzin	617

Zakładem stacjonarnym dla dorosłych jest oddział na 50 łóżek przy Miejskim Szpitalu Zakaźnym na Zwierzyńcu, przeznaczony wyłącznie dla gruźlicy udzielającej się. Prowadzi go W. W. T. P. od roku 1928.

W roku sprawozdawczym oddział dla chorych gruźliczych dorosłych był czynny w ciągu całego roku.

	M.	K.	Razem
Pozostało z r. ub. na 1. I. 1935	21	26	47
Przybyło w ciągu roku	161	76	237
Razem przebywało w roku sprawozdawczym	182	102	284
Wypisano	155	80	235
Pozostało na 1. I. 1936 r.	27	22	49
Opuściło oddział w roku sprawozd.:			
z poprawą stanu zdrowia	28	24	52 — 22%
z polepszeniem stanu zdrowia	42	20	62 — 26%
w stanie zdrowia bez zmian	36	6	42 — 18%
w stanie zdrowia ciężkim	12	12	24 — 10%
zmarło	28	14	42 — 18%
z powodu ujawnienia cierpień niegruźl.	9	4	13 — 6%
	155	80	235

Chorych krtaniowych przebywało na Oddziale	51
Leczono solami złota	31
Leczono odmą	30
Leczono wyrwaniem nerwu przeponowego	21

Łączna praca z szeregiem instytucyj W. W. T. P. rozszerzyła znacznie zakres obowiązków oddziałów gruźliczych. Istniejący przy oddziałach gabinet rentgenowski poza chorymi szpitalnymi obsługuje również chorych z poradni. Stacja Odm T-wa stworzyła przy oddziałach swą filię dla leczenia bardziej powikłanych przypadków chorobowych. Poradnie T-wa skierowują na badanie i orzeczenie chorych przyjezdnych z powiatów ze względu na konieczność załatwienia ich w jednym dniu w godzinach rannych. Oddziały gruźlicze tworzą również ośrodek dokształcania lekarzy w zakresie gruźlicy.

Oddział dla dzieci gruźliczych jest prowadzony na zasadach szpitala-sanatorium i utrzymanie go jako instytucji tego

typu jest ściśle przestrzegane. Natomiast oddział dla dorosłych gruźliczych zmienia swe oblicze zależnie od potrzeb bieżących i jest jednocześnie: oddziałem szpitalnym, szpitalem-sanatorium, schroniskiem dla ubogich chorych z gruźlicą podgojoną, oddziałem krtaniowo-płucnym i oddziałem obserwacyjnym. Jak na skromny pawilon, liczący zaledwo 50 łóżek, jest to zakres obowiązków nadmierny. Toteż palącą potrzebą oddziału jest stworzenie schroniska dla ubogich chorych z gruźlicą podleczoną oraz dobudowanie oddzielnego pawilonu dla chorych sanatoryjnych i dla obserwacji.

W roku 1935 W. W. T. P. zapoczątkowało opiekę otwartą nad chorymi poradni T-wa, cierpiącymi na udzielającą się gruźlicę.

Kierownictwo nad tym działem pracy objęła P. Dr. Aleksandra Obuchowicz. Akcja opieki otwartej jest prowadzona przez T-wo w ścisłym porozumieniu i przy współudziale z Opieką Społeczną Zarządu m. Wilna. Praca jest zorganizowana w sposób następujący: Wileńskie T-wo Przeciwgruźlicze po przeprowadzeniu przez swe pielęgniarki wywiadów domowych w środowiskach gruźliczych przeznacza pewną liczbę rodzin do opieki pozaszpitalnej. Zarząd miasta przez swych wywiadców społecznych bada dokładnie stan materialny petentów. Na konferencji kierowniczej opieki społecznej pozaszpitalnej W. W. T. P. i naczelnika Wydziału Opieki Społecznej Zarządu Miasta, zostają ostatecznie zakwalifikowane środowiska, potrzebujące opieki pozaszpitalnej oraz ustalony rodzaj pomocy materialnej.

W roku sprawozdawczym przeprowadzono kontrolę stanu materialnego u 465 osób z gruźlicą udzielającą się. Chorych tych dla przedstawienia ich stanu materialnego i uświadomienia społecznego podzielono na trzy grupy. Do pierwszej należą jednostki, które nie potrzebują opieki ani materialnej, ani higienicznej — jest ich 133 rodzin. Do drugiej należą jednostki nie potrzebujące opieki materialnej, lecz tylko stałej opieki higienicznej — jest ich 159 rodzin. W tej grupie praca poradniarek ma ogromne znaczenie, gdyż przez stały kontakt chorzy osiągają szybko odpowiednie uświadomienie, a tym samym zostają unieszkodliwieni dla otoczenia. Do trzeciej grupy należą środowiska, które potrzebują opieki zarówno materialnej, jak i higienicznej — jest ich 175.

Szczegółowa analiza wykazuje następujące dane: wśród 175 chorych było: 94 mężczyzn, 75 kobiet i 6 dzieci;

wśród 175 chorych było: obłożnie chorych 50, względnie skompensowanych 125, samotnych 34, rodzin do trzech osób 57, rodzin powyżej trzy osoby 84.

Stan materialny 175 chorych: dobry 0, średni 0, zły 110, wyjątkowa nędza 65.

Przynależność lecznicza: Ubezpiecz. Społeczna 20, Opieka Społeczna 120, Pośrednictwo Pracy 27, ubogich nie mających praw do świadczeń 8.

Wymagają opieki pozazakładowej: częściowo 136, całkowicie 39.

Wśród 175 chorych nie posiada własnych łóżek 54.

W okresie od 1. V. 1935 do 31. III. 1936 opiece społecznej pozaszpitalnej podlegało 71 osób, z tego zmarło 14 osób (20%).

Wydano na: zapomogi pieniężne	zł	717.—
opłatę komornego i opał	zł	383.75
łóżka (7)	zł	54.40
pościel i ubranie	zł	19.35
naczynia	zł	14.05
mydło i bielidło	zł	5.90

Razem: zł 1,194.45

Prócz świadczeń pieniężnych uzyskano z Opieki Społecznej m. Wilna inne świadczenia, a mianowicie:

dni pracy 102, dni szpitalnych 1995, w ochronkach umieszczono dzieci 17, obiadów wydano 2398, zmieniono lokal osobom 8, zremontowano lokal na koszt gospodarza 8, wystarano się o zaświadczenia ubóstwa osobom 70.

Z powyższych danych wynika, że opieka pozaszpitalna obecnie jest niedostateczna i nie może objąć wszystkich środowisk potrzebujących, a to z powodu zbyt skromnych funduszy Opieki Społecznej Zarządu Miejskiego m. Wilna.

W najbliższej przyszłości wskazany byłoby:

Zorganizowanie schroniska dla ubogich samotnych, nieuleczalnych chorych.

Stworzenie przy powyższym schronisku jadłodajni dla wydawania obiadów ubogim chorym prątkującym, mieszkającym poza schroniskiem.

Uruchomienie komitetu dostarczania pracy dla zdrowych członków rodzin ze środowisk gruźliczych.

Uruchomienie nocnego prewentorium dla dzieci w wieku szkolnym ze środowisk gruźliczych.

Poza wyżej wymienionymi instytucjami Wileńskie Wojewódzkie T-wo Przeciwgruźlicze prowadzi cały szereg placówek rozpoznawczych i leczniczych. Należą do nich Stacja górnego odcinka dróg oddechowych, która w roku sprawozdawczym była czynna 290 dni i miała godzin lekarskich 290.

Ogólna liczba udzielonych porad 834, zbadanych chorych 797.

U 402 osób stwierdzono zmiany swoiste, a mianowicie: nieżytowe 180, naciekowe 147, wrzodziejące 73, zapalenie ochrzestnej 2; poza tym ujawniono: stany zapalne gardła i migdał-

ków 175, polipy nosa i inne schorzenia 55, schorzenia ucha 20, zdrowych 145.

Zabiegów leczniczych dokonano 1010.

Odmy, jeden z najpotężniejszych, w odpowiednio dobranych przypadkach, środków leczniczych w gruźlicy, stosowane są przeszło 10 lat w Wileńskim T-wie. W miarę zwiększania się liczby chorych powstała konieczność wyodrębnienia oddzielnej instrukcji W. W. T. P. pod nazwą Stacji Odm. Na razie odmy zakładano w gabinecie lekarskim poradni przeciwgruźliczej Nr. 2 przy Miejskim Ośrodku Zdrowia, od lutego r. b. stacja posiada odrębny przystosowany na ten cel gabinet. Sprawozdanie z tej placówki przedstawia się następująco:

Przebywało na leczeniu w 1935 r. osób	115
Zakładano odmy jednostronne osobom	105
Zakładano odmy dwustronne osobom	10
Założono odm po raz pierwszy	27
Uzupełniano odmy	88
Liczba dokonanych dopełnień	1388
Odmy przebiegały bez powikłań	79
Odmy przebiegały z powikłaniami	36
w tym: suche zapalenie opłucnej	8
wysięki surowicze	15
wysięki ropne	—
bilateralizacja	12
odma samoistna	1
Przerwano odmy osobom	38
z powodu: wyleczenia	3
śmierci	1
powikłań	2
przekazania innym instytucjom	22
nie zgłaszania się	10
Pozostaje na dz. 1. I. 1936 r.	77
odm jednostronnych	70
odm dwustronnych	7

Sprawozdanie ze Stacji leczenia swoistego przedstawia się następująco: przechodziło leczenie AT osób 75, w tym leczenie I 53, II — 18, III — 4, liczba dokonanych zastrzyków 1333.

Leczenie przerwano: wskutek pogorszenia stanu zdrowia 10, przez samych chorych 16, zakończyło leczenie I, II i III 49.

Leczono z powodu gruźlicy płuc udzielającej się 11, gruźlicy płuc nie udzielającej się 30, gruźliczych schorzeń opłucnej i układu chłonnego 34.

Pracownie rentgenowskie T-wa dokonały prześwietlań 5621. aparatem Poradni W. W. T. P. 1791, aparatem Ośrodka Zdrowia 3830. dokonano zdjęć rentgenowskich 181.

W całokształcie akcji przeciwgruźliczej leży opieka nad chorymi z gruźlicą chirurgiczną i skórą. T-wo rozumiejąc doniosłość tego rodzaju opieki uruchomiło z dniem 1 maja 1935 r. 2 instytucje: stację gruźlicy chirurgicznej pod kierownictwem Dr. Józefa Kucharskiego i Stację gruźlicy skóry pod kierownictwem Dr. Stanisława Fedosewicza.

Działalność stacji gruźlicy chirurgicznej w roku sprawozdawczym przedstawia się następująco:

Udzielono porad ogółem 97. Zbadano chorych 67. Choroby: swoiste 28, nieswoiste 39.

Na stacji gruźlicy skóry: Udzielono porad ogółem 57. Zbadano chorych 36. Choroby: swoiste 6, nieswoiste 30.

Zbierając powyższe dla całokształtu rozwoju i racjonalnego przeprowadzenia akcji przeciwgruźliczej Wileńskie Wojewódzkie T-wo Przeciwgruźlicze powinno uruchomić w najbliższej przyszłości:

1. Izolatorium dla dzieci szczepionych ze środowisk gruźliczych. 2. Schronisko dla ubogich samotnych nieuleczalnych chorych z gruźlicą udzielającą się. 3. Szpital - sanatorium dla leczenia początkowych postaci suchot płucnych chorych dorosłych.

Trudności w akcji przeciwgruźliczej wypływają z przemożnych wpływów obskurantyzmu ftizjologicznego lekarzy czasów minionych, których zapatrywania na całość sprawy i poszczególne zagadnienia tkwią dotąd w postaci przesądów w umysłach ludzi niewtajemniczonych, a nieraz decydujących o naszej rzeczywistości społecznej. Przesądów o gruźlicy napotykamy wiele, a zwalczać je niezmiernie trudno. Kierunek zapobiegawczy w tej dziedzinie nie wiąże się z utartym zapatrywaniem na gruźlicę nie tylko w umysłach laików, lecz nieraz w umysłach ludzi, kształcących zastępy nowych lekarzy. Wciąż pokutuje idea leczenia indywidualnego, oczywiście postaci daleko posuniętych, a więc suchot płucnych, które są uleczalne tylko w nieznacznym odsetku, myśl lekarza wciąż zwraca się w kierunku leczenia suchotników, a nie w kierunku zapobiegania szerzenia się gruźlicy wśród ich otoczenia, więc się zapomina o badaniach płwocin nie tylko w szpitalach, a nawet w klinikach uniwersyteckich, zapomina się o badaniach rentgenowskich przez lekarzy praktyków. Wciąż się coś robi tylko z dnia na dzień, bez przemyślanego i opracowanego zależnie od miejscowych warunków planu, nawet w instytucjach powołanych do zwalczania gruźlicy. Instytucje przeciwgruźlicze jeszcze nie ogłaszają systematycznie sprawozdań z działalności przeciwgruźliczej w postaci syntezy swej akcji, wniosków z jej celowości i planów na przyszłość. Instytucje przeciwgruźlicze dotąd pracują bez konkretnych życzeń, zamiarów i wiary w skuteczność nawet zbiorowych i skoordynowanych wysiłków. Wyzbycie się elementów apatii i powierzchowności jest możliwe drogą systematycznego szkolenia przede wszystkim tych lekarzy, którzy z tytułu swego stanowiska mogą

SPRAWOZDANIE WILEŃSKIEGO WOJEWÓDZKIEGO

za czas od 1. IV. 1935

WPŁYWY

I. Pozostałość z dnia 31. III. 1935 r.		zł 265.64	
1. Min. Opieki Społ. Dep. Służby Zdrowia	30.212.—		
2. Min. Wyznań Relig. i Ośw. Publicznego	500.—		
3. Zarząd miasta Wilna	10.560.—		
4. Składki członkowskie	334.—		
5. Ofiary i różne wpływy:			
a) T-wa Kredytowego m. Wilna	150.—		
b) różnych osób	181.42		
c) Komitetu Opieki nad Dzieckiem	840.—	1.171.42	
6. Wpływy:			
a) za porady i zabiegi	1.475.90		
b) za prześwietlania i zdjęcia	1.572.50		
c) zwrot kosztów leczenia:			
uczniów Szkoły Technicznej	.462.—		
funkcjonariuszy państwowych	1.383.40		
chorych pow. W-Trockiego.	500.—		
funkcjonariuszy P. K. O.	21.—	5.414.80	
7. Ubezpieczalnia Społeczna w Wilnie		12.000.—	
8. Zakład Ubezp. Społ. w Warszawie		3.724.—	
9. Odsetki Kom. Kasy Oszcz. za 1935 r.		9.39	
10. Wpływy za sprzedane druki i książki		222.20	
11. Sumy przechodnie		370.—	64.517.81
II. Komitet Opieki nad Dzieckiem przy W. W. T. P.:			
Pozostałość z dnia 31. III. 1935 r. prewentoria		726.—	
a) Subwencja Min. Op. Sp. na prewent.	8.100.—		
b) Zarząd m. Wilna zwrot koszt. utrż.	2.695.—		
c) Różne wpływy w okr. 1935/36 r.	3.429.03	14.224.03	14.950.03
III. Komitet Szczepień Przeciwgruźl. BCG:			
Pozostałość z dnia 31. III. 1935 r.		354.73	
a) Subwencja Polsk. Zw. Przeciwgr.	2.150.—		
b) Zwrot kosztów przes. szczepionych przez szpitale i osoby prywatne	318.75	2.468.75	2.823.48
IV. Towarzystwo „T. O. Z.“			1.420.—
V. Dochód z kampanii „Dni Przeciwgru- żliczych“ za 1934/35 plus odsetki			3.248.89
			zł 87.225.85

Buchalter

(—) *M. Sudnikówna.*

Skarbnik W. W. T. P.
(—) *Dr. A. Turuto.*

Prezes W. W. T. P.
(—) *Dr. W. Bądryński*

KASOWE TOWARZYSTWA PRZECIWGRUŻLICZEGO

do 31. III. 1936 r.

WYDATKI

I. 1. Personel:			
a) lekarski	zł 28.800.—		
b) pomocniczy	11.570.—		
c) administracyjny	6.525.—		
d) opłaty instrukt. podczas kursu	300.—		
e) składki do Ubezpiecz. Społecznej	3.939.—		
f) składki do Fund. Bezrob., F. Pracy	157.47	51.291.47	
2. Lokale:			
a) komorne	2.400.—		
b) opał	400.—		
c) światło	695.05		
d) instalacja	55.30		
e) utrzymanie porządku	485.—		
f) remont lokalu i odnowienie mebli	109.80		
g) telefon	301.25		
h) wydatki oddziału gruźliczego	539.50	4.985.90	
3. Inwentarz		879.65	
4. Leki, materiały laborat. i opatrunkowe		232.15	
5. Materiały kanc., porto, druki i propaganda		1.290.33	
6. Czasopisma lekarskie		687.20	
7. Pracownia rentgenowska		562.84	
8. Różne wydatki:			
a) dopłata wywiadowczyniom O. Z.	35.—		
b) inkasentowi za zbieranie składek czł.	41.40		
c) diety za wyjazdy do Por. Trockiej	200.—		
d) 50% od r-ków za odmy funkc. państw.	155.—		
e) inne wydatki	279.95	711.35	
9. Składka czł. do P. Zw. Przeciwgr. za 1935		500.—	
10. Odsetki od pożyczki zaciągniętej z Fund. „Dni“ za 1935 r.		120.—	
11. Spłata długu zaciągniętego z Fund. „Dni“		2.415.—	
12. Sumy przechodnie		370.—	64.045.89
II. Przekazano Komitetowi Opieki nad Dzieckiem przy W. W. T. P.			13.592.25
III. Przekazano Komit. Szczepień BCG			2.484.19
IV. Przekazano T-wu „T. O. Z.“			1.420.—
V. Przekazano na fundusz „Dni Przeciwgruźliczych“			3.248.89
			<u>zł 84.791.22</u>
Pozostałość na dzień 1. IV. 1936 r.			2.434.63
			<u>zł 87.225.85</u>
1. Sumy W. W. T. P.	zł 737.56		
2. Sumy Komit. Op. nad Dzieckiem	1.357.78		
3. Sumy Komit. Szczep. BCG	339.29		
			<u>zł 2.434.63</u>

i muszą myśleć i działać społecznie, a więc lekarzy rejonowych, powiatowych, ubezpieczalni społeczn., szkolnych, ochron i przytułków itd.

Toteż drogą zdecydowanego wystąpienia do wydziałów lekarskich wszystkich uniwersytetów o należyte uwzględnianie zagadnień medycyny społecznej przez zakłady higieny i kliniki chorób wewnętrznych a przede wszystkim zagadnienia gruźlicy, jako największej klęski społecznej, możnaby się spodziewać zwiększenia racjonalnego ruchu i zrozumienia w omawianej dziedzinie, niestety dopiero w przyszłości.

Sprawozdanie Kolonii zimowej w Kobiernicach Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Krakowie

za czas od 5. I. do 8. III. 1936 r.

Personel Kolonii składał się z Janiny Łojko kierowniczkii administr., Zofii Felkerównej kierowniczkii wychowawczynie, Janiny Ziółkówniej sanitariuszki, wychowawczyń: Haliny Niepokojowej, Czesławy Tellekówniej (od 5. I. do 5. II.), Mieczysławy Kuszewskiej (od 1. II.), Konstancii Witkowskiej.

Przewodnicząca instytucji: p. Bronisława Bobkowska spędziła w kolonii w różnych odstępach czasu 18 dni.

Skład służby: kucharka, pomywaczka, 2 pokojowe, praczka, stróż, szwaczka.

Charakter kolonii: leczniczo-wypoczynkowa (o typie prewentorium).

Liczba dzieci: dziewcząt 39, chłopców 34. Razem 73.

Dzieci członków Ubezpieczalni Kraków 32, Bielsk 21, rodziców bezrobotnych 17, wiejskich z Kobiernic 3. Razem 73.

Dni żywienia: dzieci 4430, personelu 390, służby 509. Razem 5329.

Dzieci w wieku od lat 3 do 13.

Kolonia zajmowała w głównym budynku 5 sypialń, 4 sale rekreacyjne i szkolne, 2 jadalnie, 2 pokoje personelu i 1 łazienkę. W oficynie 2 pokoje izolacyjne, pralnię, kuchnię, spiżarkę, pokój służby. Wszystkie ubikacje obszerne, jasne. Ponadto w parku duża weranda, na której dzieci leżakowały.

Otoczenie stanowi stary park (częściowo sad) i obszerne błonie, ciągnące się do Soły.

Rozkład dnia: dzieci wstawały o godz. 8, wprost z łóżek partiami (chłopcy, dziewczynki i przedszkole) schodziły do łazienki: mycie i gimnastyka 15-minutowa w majteczkach kąpielowych przy otwartych oknach. Ubieranie, modlitwa, śniadanie. Ścielenie łóżek (pościel wietrzy się od chwili wstania dzieci) —

krótka przechadzka kilkuminutowa (karmienie ptaków) szkolnych dzieci, po czym nauka do godziny 11-tej. Zależnie od pogody dzieci ślizgają się, jeżdżą na sankach lub idą na dalszą przechadzkę. Wątlejsze, stosownie do przepisu lekarza, werandują. Po obiedzie (godz. 14-ta) malcy leżą przez godzinę — starsi mogą korzystać z czytelnicy, gier towarzyskich, załatwiać korespondencję, odbywać posiedzenia itp. W razie sprzyjającej pogody najzdrowsi wychodzą ponownie do parku. O godz. 16.30 podwieczorek, po czym starsi mają zajęcia w pracowni (warsztaty stolarskie, kartoniarstwo, roboty ręczne (szycie), młodszy zabawy ruchowe w sali gimnastycznej. 2—3 razy w tygodniu zamiast zajęć pogadanki, śpiewy, bajki przy kominku. W niedzielę popołudniu inscenizacja bajek, tańce. Wieczera o godz. 19-tej, śpiew lub krótka gawęda, mycie wieczorne całego ciała ciepłą wodą i zimne nacieranie. Dzieci zostawiają odzież w łazience, do sypialni udają się w nocnych koszulach. Cisza od godz. 21-tej.

Odżywianie: rano o 7.30 w łózkach gorące mleko, śniadanie o godz. 9, obiad o godz. 13, podwieczorek o godz. 16, kolacja o godz. 19.

Stan zdrowotny.

A. Waga. Przybytek wagi stwierdzono u 68 dzieci; 3 dzieci wiejskich nie ważono przy końcu kolonii, 1 dziecko po 3 dniach wysłano do szpitala, 1 dziecko wykazało nieznaczny ubytek wagi (przewlekłe ropienie palca). W szczególności stwierdzono przyrost wagi: poniżej 1 kg u 9 dzieci, od 1—2 kg u 23 dzieci, od 2—3 kg u 26 dzieci, od 3—4 kg u 9 dzieci, 5 kg u 1 dziecka (13 lat).

B. Choroby: mimo bardzo lichego stanu zdrowia dzieci i mimo niezbyt pomyślnej aury i znacznych zmian pogody i ciepłoty, mimo że w sąsiedztwie (Biała) była epidemia płonicy i sporadyczne wypadki duru brzuszego (Czechowice), nie zaszły na kolonii żadne poważniejsze wypadki chorobowe, jedynie 2 dzieci przechodziło lekkie zapalenie gardła, troje dzieci przyjechało na kolonię chore; jedno dziecko gorączkujące w dniu przyjazdu wysłano po 3 dniach odosobnienia i obserwacji lekarskiej do szpitala z rozpoznaniem *Ty. abd. susp.*, drugie z przewlekłym zapaleniem ucha środkowego miało przez krótki czas objawy zaostrzenia sprawy chorobowej, trzecie z niezżytem kiszek wyleczyło się na skutek stosowania leków i odpowiedniej diety.

Dzienny pełny koszt pobytu dziecka 2.63 zł, koszt wyżywienia 1 osoby 0.89 zł.

Zestawienie najważniejszych środków żywności wykazuje, jak dzieci żywiono.

Chleba 1.492 kg, bułek 5.502 sztuk, mąki pszennej 565 kg, kaszy 70 kg, ryżu 125 kg, grysiku 55 kg, grochu 20 kg, fasoli 40 kg, mięsa 501.12 kg, sera 59 kg, masła 108 kg, słoniny, smalcu 104 kg, jaj 4.975 sztuk, mleka 5.554 litrów, cukru 361 kg, miodu

20 kg, śmietany 117 litrów, kawy 20 kg, kakao 18 kg, marmelady 102 kg, cytryn 70 sztuk, owoców świeżych 372 kg, owoców suszonych 13.20 kg, soku malinowego 15 litrów, herbaty 4 kg, kapusty 5 kóp, jarzyn 370 kg, śledzi 82 sztuk, oliwy 1 litr, cebuli 30 kg, drożdży 3 kg, grzybów 2 kg, pomidorów w konserwie 40 puszek, ziemniaków 1.500 kg, kompotów z Weków 165 litrów, pomidorów z własnego ogrodu w konserwie 20 kg.

Sprawozdanie finansowe.

Wydatki:

1. Koszty administracyjne	
a) drobne wydatki administracyjne	270.94 zł
b) płace personelu	1.210.— „
c) płace służby	595.— „
d) ubezpieczenie społeczne	172.94 „
2. Żywność	4.762.54 „
3. Opał	1.091.70 „
4. Światło	149.42 „
5. Opieka lekarska	403.89 „
6. Kąpiel, pranie	198.50 „
7. Nauka i zabawa	154.77 „
8. Odzież	337.60 „
9. Przewóz osób i rzeczy	322.26 „
10. Remont	733.02 „
11. Inwentarz	60.55 „
12. Czynsz	1.000.— „
13. Uprawa ogrodu	205.60 „
	<hr/>
Razem	11.668.73 zł

Dochody:

1. Opłaty za dzieci	
a) zwroty za kolej	168.— zł
b) wpłata rodziców (za 1 dziecko)	20.— „
c) wpłata Ubezpieczalni Społecznej Kraków	4.872.— „
d) wpłata Ubezpieczalni Społecznej Bielsk	3.456.— „
2. Subwencje	
a) Ministerstwo Opieki Społecznej	1.873.— „
b) Zakład Ubezpieczeń Społecznych	1.000.— „
3. Dochód z własnego ogrodu	139.— „
	<hr/>
Razem	11.528.— zł

Zestawienie.

Wydatki	11.668.73 zł
Dochody	11.528.— zł
	<hr/>
Deficyt	140.73 zł

Dok. nast.

LECZNICA W HOŁOSKU

KOŁO LWOWA

Lwowskiego T-wa Walki z Gruźlicą

Telefon 236-30 o p. Lwów 23.

Położona wśród lasów szpilkowych 3 km od Lwowa,
360 m ponad poziom morza.

Dyrektor i Prymariusz:

DR. LESŁAW WĘGRZYŃSKI.

Pięć pawilonów, czterech stałych lekarzy, cztery pielęgniarki, łóżek 154. — Opłata 11 zł dziennie (z opieką lekarską), ubogim udziela się zniżek po uprzednim wniesieniu umotywowanego podania. Oddział zniżkowy 7 zł.

Na żądanie pokoje osobne.

Posiada prawo przyjmowania funkcjonariuszy rządowych, wojskowych i kolejowych na podstawie karty skierowania względnie asygnat. Inwalidów, członków Ubezpieczalni Społecznych i ZUPU na podstawie asygnat.

Elektryczne oświetlenie, woda bieżąca, centralne ogrzewanie.

Lecznica posiada dwa oddziały, a to: Oddział chorób wewnętrznych oraz oddział gruźlicy jawnej. Na oddział wewnętrzny przyjmowani są chorzy na wszelkie choroby wewnętrzne z wyjątkiem chorób zakaźnych, w szczególności nie gruźlicze sprawy płucne, nieżyty oskrzeli, ropnie płuc, astma i tym podobne. Ponadto ozdrowieńcy wymagają odżywienia i wzmocnienia.

Na oddział gruźliczy przyjmuje się wszelkie postacie gruźlicy. Chorych, nie rokujących żadnej nadziei wyzdrowienia względnie poprawy, nie przyjmuję się. Dzieci poniżej lat 8-miu tylko w towarzystwie osób starszych.

**PRZETWORY
WAPNIOWE**

„CALCIUM-SANDOZ“



w postaci ampulek do zastrzyków dożylnych
i domięśniowych

granulek

tabletek czekoladowych

tabletek musujących

są w ręku lekarza doskonałym orężem w walce z gruźlicą

CHEMICZNA FABRYKA dawn. SANDOZ, BAZYLEA, Szwajcaria

Przedstawicielstwo na Polskę: „CHEMOFARM“ • Lwów • Kilińskiego 3

Współpracownik naukowy: Inż. K. A. SOMMER • Warszawa • Wileńska 7/5

PASTERYZACJA MLEKA

niszczy bakterje gruźlicy

oraz innych chorób zakaźnych,

nie niszcząc przytem witamin.

Pijcie dlatego tylko

PASTERYZOWANE MLEKO

Z NOWOCZEŚNIE URZĄDZONYCH MLECZARŃ

„ M A S Ł O S O J U Z U ”

Cena ogłoszeń w „Ruchu Przeciwgruźliczym“ (nakład 2000 egz.).
Cała strona 100 zł, $\frac{1}{2}$ str. 55 zł, $\frac{1}{4}$ str. 30 zł, $\frac{1}{8}$ str. 17 zł 50 gr
 $\frac{1}{16}$ str. 10 zł.