
RUCH PRZECIWGRUŻLICZY

Pierwszemu Ogólno-Polskiemu Zjazdowi Szpitalnictwa w Warszawie w dniach 2-4. X. b. r. z życzeniami owocnych obrad niniejszy numer poświęca
Redakcja

DR STANISŁAW HORNUNG

3) Ruchoma Poradnia Przeciwgruźlicza.

(Dokończenie).

Kacprzak oblicza, iż na wsi polskiej odsetek zmarłych na gruźlicę mieszkańców wsi, którzy korzystali z pomocy poradni wynosi mniej niż 1%!!

Klamrzyński podaje, iż w powiecie warszawskim, w którym w r. 1936. istniało 17 ośrodków zdrowia, a więc 1 ośrodek wypadł przeciętnie na 25.000 osób — jedynie 3% ogólnej liczby chorych na gruźlicę było pod opieką ośrodków. Dlatego mógł stwierdzić Kacprzak, iż w samym zwalczaniu chorób społecznych „... ośrodki zdrowia większej roli nie odgrywają, gdyż w stosunku do potrzeb jest ich tak niewiele, że jest wątpliwe, czy z tej strony mogą być wogóle brane w rachubę...” Autor ten uważa je głównie za tereny eksperymentalne.

Danielski wysuwa postulat stworzenia w każdym powiecie wiejskim conajmniej 8 ośrodków zdrowia; rejonowy czy obwodowy ośrodek obejmowałby obszar o średnicy 15 km. i ludności 12 — 15.000. Dla terenów wiejskich całej Polski trzeba by 2.000 ośrodków, a mamy ich 196.

Salak przyjmuje konieczność stworzenia w każdym powiecie 5 ośrodków okręgowych i zależnych od jednego kierownika po 2 filialnych- obwodowych, czyli razem 15 ośrodków w 1 powiecie. Każdy z tych ośrodków miałby na swoim terenie działania 10.000 ludności.

W tym miejscu chciałbym rozważyć następujące pytania:

- 1) czy system ośrodków zdrowia, tak jak dziś jest wprowadzany w życie, ze stanowiska walki z gruźlicą na wsi — można uważać za zadowalający i czy rozbudowa tego systemu tak, jak to proponują Danielski i Salak może doprowadzić do należytego postawienia sprawy walki z gruźlicą na wsi,
- 2) czy istnieje inny, realny sposób rozwiązania sprawy zwalczania gruźlicy.

Według naszego zdania olbrzymia większość poradni przeciwgruźliczych wiejskich jest nimi jedynie z nazwy.

Winę tego stanu ponosi przede wszystkim brak odpowiednio przygotowanych lekarzy oraz brak należytego wyposażenia poradni.

Dla ilustracji podaję kilka przykładów, które zostały zaczerpnięte głównie z własnej obserwacji w okresie 1½ rocznej pracy lwowskiej ruchomej kolumny przeciwgruźliczej.

Lekarze, zajęci w akcji przeciwgruźliczej na terenie miast prowincjonalnych i wsi, nie mają należytego przygotowania, ani też nie mają żadnego kontaktu z oddziałami dla chorych na gruźlicę, lub z wzorowymi poradniami, gdzieby mogli swe wiadomości uzupełnić i odświeżyć. Jest to jednym z ważnych powodów, może nawet ważniejszym jak brak funduszków, niepowodzenia akcji przeciwgruźliczej na prowincji. Większość lekarzy prowincjonalnych, nie pozostając w kontakcie z żadnym większym ośrodkiem, w którym mogłaby znaleźć w przypadkach wątpliwych oparcie i radę — popełnia grube błędy. Wielu z nich nawet nie zdaje sobie sprawy na czym polega akcja przeciwgruźlicza.

Przykład I. Tylko nieliczne poradnie przeciwgruźlicze są wyposażone w aparaty rentgenowskie a wiemy przecież, że poradnia bez aparatu, albo choćby możliwości używania nieograniczonego obcego aparatu, jest nonsensem (Burnet); zdarza się, że i tam gdzie są aparaty rentgenowskie, lekarze nie umieją się z nimi obchodzić i nie zdają sobie sprawy z wartości, jaką dla nich przedstawia badanie rentgenowskie. Poradnia przy ośrodku zdrowia w większym mieście powiatowym X., pokazywana jako wzór swoim i obcym, posiada aparat rentgenowski, który w ciągu jednego roku został użyty tylko 105 razy, a w następnym roku 185 razy. Czyż aparat taki zamortyzuje się i czy jest sens subwencjonowania tego rodzaju poradni?

Przykład II. Kierownik poradni przeciwgruźliczej prowincjonalnego ośrodka zdrowia w Y. oświadcza lekarzowi klinicznej kolumny przeciwgruźliczej, który przeprowadzał badania rentgenowskie, że w danym przypadku wykrytym przez kolumnę, jako jamista gruźlica płuc, niema gruźlicy gdyż nie wykazano obecności prątków Kocha w płwocinie (przy jednym badaniu!) — a na kursie usłyszał, że niema gruźlicy płuc bez prątków.

Przykład ten świadczy, jak mało wyniósł z takiego kursu uczestnik i jak fałszywie mogą być interpretowane teoretyczne wykłady.

Przykład III. Lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Z., do którego zgłosił się chory z wynikiem prześwietlenia, przeprowadzonego przez ruchomą kolumnę i z prośbą o zapisanie lekarstw, odmówił tej prośbie, oświadczając choremu, że o r z e-

czenie kolumny nie jest dla niego obowiązujące, i że on sam zadecyduje, czy i kiedy wskazane będzie prześwietlenie i wówczas dopiero wysle chorego, celem badania rentgenowskiego do miasta (odległego o kilkadziesiąt kilometrów)!

Lekarz ów popełnia zasadniczy błąd uważając, że badaniem fizykalnym potrafi wykluczyć zmiany chorobowe; ponieważ żadnych zmian przysłuchowych ani wypukowych nie było w danym wypadku, wobec tego uważał zlekceważenie wyniku rentgenowskiego za uzasadnione.

Przykład IV. Lekarz prowincjonalny leczy chorego prątkującego z jednostronną gruźlicą rozpadową przez pół roku zastrzyknięciami calcium chlor., zamiast skierować go do założenia odmy. Chory w stanie beznadziejnym z przerzutem na drugą stronę, zgłasza się do Kliniki, widząc postępujące pogorszenie się swego stanu zdrowia; w kilka tygodni później zmarł.

Przykład V. Lekarz Państwowej Pomocy dla urzędników oświadcza choremu, u którego zaczęto stosować odnę piersiową, że leczenie odmowe nie ma sensu, gdyż on sam nigdy nie widział korzystnych wyników przy tej metodzie leczenia.

Przykład VI. Wojewódzkie Towarzystwo Przeciwgruźlicze we Lwowie przydziela poszczególnym powiatom, że subwencji Ministerstwa Opieki Społecznej i z funduszków własnych — pewną liczbę bezpłatnych dni leczenia, dla niezamożnych chorych, w Sanatorium w Hołosku. Szereg powiatowych ośrodków zdrowia i poradni przeciwgruźliczych nie wykorzystuje przyznawanych im miejsc bezpłatnego leczenia w Sanatorium, mimo urgensów ze strony Wojew. T-wa Przeciwgruźliczego.

Lekarze, kierownicy poradni przechodzą do porządku dziennego nad tą metodą zwalczania gruźlicy (leczenie chorych), mimo że umieralność z gruźlicy i chorób płucnych dochodzi w niektórych gminach i powiatach do zawrotnych cyfr (81 na 10.000 rocznie). Czyż można sobie wyobrazić skuteczną walkę z gruźlicą w powiecie przy takiej bezczynności w tym dziale u lekarzy powołanych do prowadzenia tej akcji?

Przykład VII. Kierownik poradni przeciwgruźliczej powiatowego ośrodka zdrowia w N. i NN przyznaje, iż nie interesuje go gruźlica i że ma mało czasu — wobec tego pielęgniarza na własną rękę sprawuje faktyczne rządy poradnią i zajmuje się chorymi zarejestrowanymi w poradni. Rola lekarza ogranicza się tylko do przyjęć osób zgłaszających się 2 — 3 razy w tygodniu przez 3 kwadransy.

Nie ulega przeto wątpliwości, że poza nielicznymi wyjątkami, wiejskie i małomiasteczkowe ośrodki zdrowia nie speł-

nią zasadniczych dla walki z gruźlicą zadań t. j. 1) rozpoznanie gruźlicy, 2) zapobieganie szerzeniu się gruźlicy. Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele (brak lekarzy, brak odpowiedniego wykształcenia i przygotowania u lekarzy, brak wyposażenia jak aparat Rentgena, mikroskop, brak pielęgniarek, brak funduszków na opłacenie personelu i wydatków rzeczowych).

Nie wynika jednak z tego, że należałoby wstrzymać tempo powstawania nowych ośrodków typu dotychczasowego.

Sądzę, że ośrodki zdrowia, jako miejsca w których mógłby ordynować lekarz okręgowy czy gminny, jako ambulatoria, które ułatwiłyby osiedlenie, czy choćby tylko stałe dojazdy lekarza i w ten sposób zbliżyłyby lekarza do wsi — mają ważną rację bytu. W tym celu należałoby przewidzieć w planach budynków mieszkanie dla lekarza, jak tego domagał się Michałowicz.

W tych założeniach została by zaspokojona potrzeba ludności wiejskiej — znalezienia porady lekarskiej i pomocy w chorobie choćby tylko najostrzejszej. Jak podnosi Kacprzak, we wszelkiej opiece nad zdrowiem na pierwszym miejscu stoi pomoc w chorobie. Ponieważ wieś polska tej pomocy nie ma nawet w prymitywnej postaci, a potrzebuje jej i domaga się, — należy najpierw zaspokoić to jej wymaganie. Planową akcję zdrowotną na wsi należy rozpocząć od umożliwienia każdemu, niezależnie od zamożności, pomocy lekarskiej. A dopiero od dobrze postawionej opieki w chorobie prosta już droga prowadzi do akcji zapobiegawczej i higieniczno-społecznej.

Zbyt wielkie wymagania stawia się w dzisiejszych czasach ośrodkom zdrowia i nakłada się na nie obowiązki, którym podołać nie są w możności w rzetelny sposób. Prowadzi to wielokrotnie do wyjąłowania pracy i powierzchowności, do tworzenia pozorów, n. p. prowadzenia akcji przeciwgruźliczej.

Ośrodek wiejski, czy małomiasteczkowy może pod kierownictwem jednego lekarza, ogólnego praktyka dobrze spełniać swe funkcje, jako ambulatorium ogólne, nie powinien jednak rościć sobie pretensyj do pełnienia zadań poradni przeciwgruźliczej. Może to bowiem prowadzić do bardzo poważnych nieporozumień, a nawet szkód w tych przypadkach, w których chorzy szukają tu porady — nie udając się do pełnowartościowych przychodni — i mimo najlepszych chęci lekarza wiejskiej poradni, nie zostaje u nich w czas rozpoznane schorzenie lub mylnie rozpoznane.

Nie widzę żadnego powodu, dla którego sprawa walki z gruźlicą miałaby ucierpieć, gdyby zdjęto sztyld poradni przeciwgruźliczej z wiejskiego ośrodka zdrowia.

Chorzy z pewną, rozpoznaną gruźlicą mogliby być i tak

zamawiani w pewnych specjalnych godzinach; chorych z podejrzeniem na gruźlicę nie byłoby w możności lekarz ośrodka odpowiednio załatwić, gdyż w żadnym wypadku nie wolno wykluczyć gruźlicy bez badania rentgenowskiego.

Jeżeli istnieje pielęgniarka w ośrodku, to oczywiście zajmie się ona chorymi w środowisku domowym — a winna to uczynić w pierwszym rzędzie w odniesieniu do chorego na gruźlicę.

Za racjonalną rzecz uważa się ogólnie wprowadzenie opieki pielęgniarskiej wszechstronnej, wykonywanej przez jedną osobę w danym środowisku rodzinnym. Odnosi się to również do wielkich miast, gdzie byłoby możliwe zaangażowanie kilku pielęgniarek (n. p. jedną dla poradni przeciwgruźliczej, która odwiedzałaby chorych na gruźlicę, inną dla poradni dla matki i dziecka, która zajmowałaby się rodzinami, w których są matki karmiące i niemowlęta i t. d.).

Wobec fatalnego braku lekarzy na wsi, można przewidywać, iż w najbliższym czasie jest rzeczą zupełnie wykluczoną, by lekarze, którzy osiedlą się tu, i którzy mogliby kierować ośrodkami zdrowia, poza ogólnym wykształceniem lekarskim, mieli specjalistyczne przygotowanie w zakresie ftizjologii, pediatrii, okulistyki, prócz dobrego przygotowania z położnictwa i chorób wewnętrznych, które stanowią konieczny i podstawowy warunek powodzenia ich pracy.

Należy jasno postawić sprawę, iż samodzielny ośrodek zdrowia bez ścisłego oparcia o pełnowartościową poradnię, kierowany przez lekarza, który nie ma ciągłego kontaktu ze specjalistą w takiej poradni — nie wiele zdziałać potrafi na polu zwalczania gruźlicy.

Stworzenie 1500 czy 2000 nowych ośrodków zdrowia obsadzonych przez tyluż lekarzy, niewątpliwie poprawiłoby ogólną sytuację zdrowotną na wsi polskiej i pośrednio odbiłoby się w pewnej nawet znacznej mierze na walce z gruźlicą. Bezpośredniego jednak i wybitnego wpływu na endemię gruźliczą spodziewaćby się nie można z przyczyn wyżej przedstawionych.

Zasadniczą rzeczą w powodzeniu jakiegokolwiek akcji jest stworzenie solidnych podstaw dla jej rozwoju. Dlatego też wydaje mi się, że — choćby z punktu widzenia niesienia pierwszej pomocy lekarskiej niespecjalistycznej, ze stanowiska akcji zapobiegawczej — tworzenie nienależycie wyposażonych i zorganizowanych poradni, jak i cały szereg ośrodków wiejskich, nie powinno mieć miejsca. Szereg takich ośrodków jest nimi właściwie tylko z nazwy, gdyż budżet ich wystarcza zwykle jedynie na opłacenie niewykwalifikowanej osoby, która spełnia funkcje pielęgniarki, a lekarz otrzymuje za swą pracę mniejsze wynagrodzenie od pielęgniarki; ośrodek nie ma zupełnie funduszy na bezpośrednią akcję leczenia, czy też pomocy ma-

terialnej na rzecz chorych, lub na wyjazdy pielęgniarki w teren. Pożądane byłoby określenie pewnego minimum wymagań lub dolnej granicy wydatków na opędzenie poszczególnych pozycji budżetu ośrodka czy poradni. Zapewnienie przez instytucję powołującą do życia ośrodek, przy uwzględnieniu ew. pomocy finansowej Ministerstwa Opieki Społecznej, spełnienia tych wymogów powinno być warunkiem rozpoczęcia czynności ośrodka.

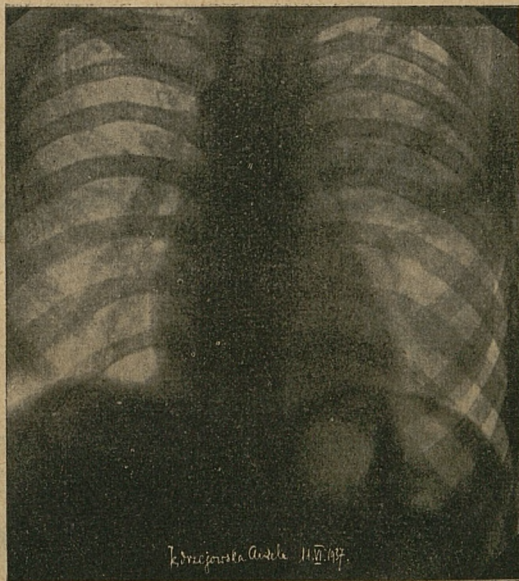
Sprawy zdrowia szerokich warstw ludności są bowiem zbyt ważne, by instytucje powołane do ich strzeżenia, mogły stwarzać jedynie pozory akcji, nie biorąc istotnego i wydatnego udziału w tej pracy.

Wiejskie ośrodki zdrowia (gminne, okręgowe) mogą spełniać rolę placówek przyśpieszających i ułatwiających osiedlenie się lekarzy na wsi, jako ambulatoria mogą one ułatwić i uprzystępnąć pomoc lekarską w chorobie dla ogółu ludności wiejskiej i umożliwić ogólny nadzór sanitarny. W zakresie akcji przeciwgruźliczej samodzielne ośrodki wiejskie nie są w możności prowadzić jej w całości. Rola ich polegać może jedynie na roztaczaniu opieki w środowisku domowym chorego za pośrednictwem pielęgniarki ośrodka. Z całym naciskiem podkreślić jednak należy, iż tę czynność wykonać może pielęgniarka ośrodka, który nie obejmuje więcej jak maksymalnie 15000 ludności. Nie można spodziewać się realnych wyników pracy 1 pielęgniarki w jednym ośrodku zdrowia na cały powiat, tak jak to się dzieje obecnie b. często.

Lepsze wyniki w dziale zwalczania gruźlicy możnaby uzyskać wówczas, gdyby w każdym mieście powiatowym istniała należycie wyposażona poradnia przeciwgruźlicza, kierowana przez specjalistę, do której mogliby odsyłać chorych i podejrzanych lekarze gminnych czy okręgowych ośrodków, tak, jak to przewiduje w swoim planie Danielski, według którego ośrodek powiatowy „musi posiadać dobre urządzenie laboratoryjne, aparat Rentgena... w poszczególnych przychodniach powinni pracować lekarze specjaliści”.

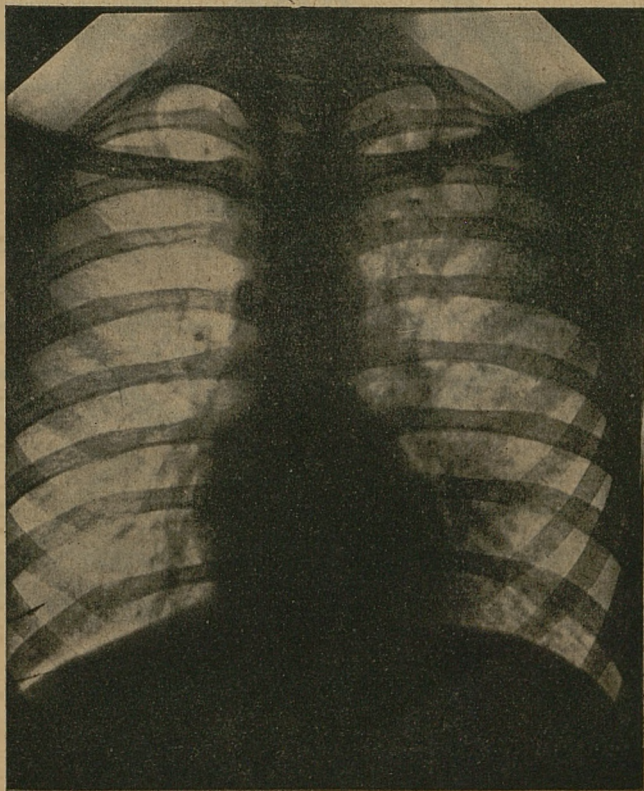
Skokowska-Rudolfowa sądzi, że małe ośrodki zdrowia na wsi, obejmujące gruźlicę, opiekę nad matką i dzieckiem i higienę szkolną — winne być przystosowane do obsługiwanian znacznych odległości. Przychodnie takie muszą być ruchome, to znaczy, iż lekarz dojeżdżałby do miejscowości bardziej odległych od „podstawy”. Grupa małych przychodni powinna mieć oparcie o większą przychodnię powiatową lub położoną w jednym z większych miast.

Wobec tego, iż wiele poradni powiatowych wykazuje poważne braki, należałoby przeto wpierv odpowiednio zreorganizować istniejące poradnie, względnie stworzyć nowe w miastach powiatowych (241 powiatów, po odliczeniu 23 powiatów grodzkich).



Przypadek I. A. J. lat 14, wykryty
przez Lwowską Ruchomą Kolumnę.

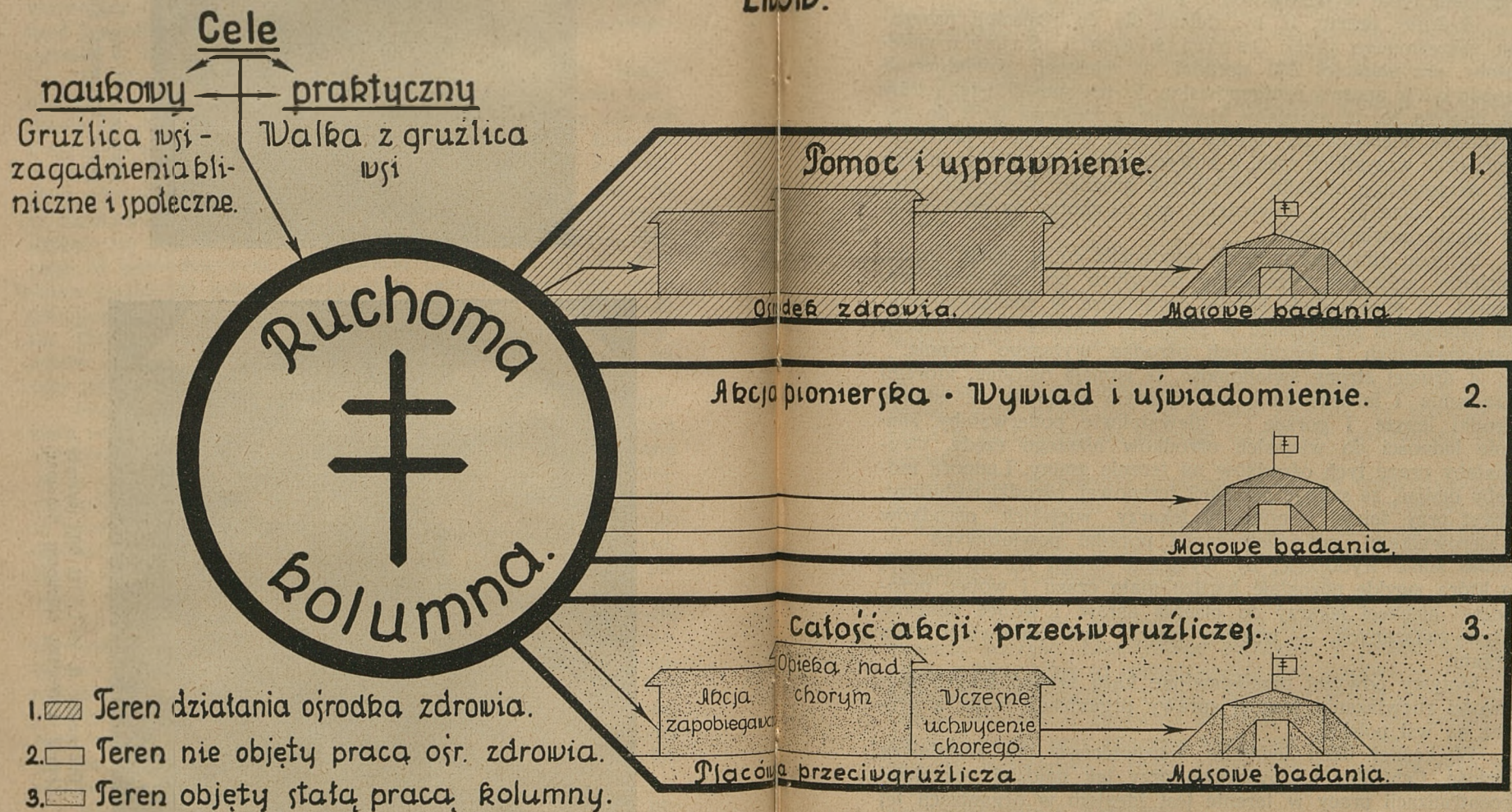
Krzysztof G. G. 11.VI.1937.



Przypadek II. K. L. lat 20, wykryty
przez Lwowską Ruchomą Kolumnę.

Schemat pracy ruchomej kolumny przeciwgruźliczej.

ЛІСТІВ.



Obliczenie przeprowadzone na podstawie zestawienia Sielickiego (Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w r. 1934), wykazuje iż poza miastami wojewódzkimi istniało w r. 1934, 296 poradni, z których większość była w miastach powiatowych. Z tego jedynie 11 poradni, t. j. 3'7% rozporządzało własnym aparatem rentgenowskim, 29 t. j. 9'8% korzystało z badań dokonanych na obcych aparatach (ponad 100 badań w roku), a reszta 256 (86'4%) wogóle nie miała chorych badanych promieniami Rentgena, względnie tylko wyjątkowo od 1 do 99 badań w roku.

Widzimy przeto, iż by zbliżyć się do realizacji programu zakreślonego przez Danielskiego i Salaka należałoby przynajmniej 200 poradni w miastach powiatowych zaopatrzyć w aparaty rentgenowskie. W ten sposób osiągnęłoby się dopiero to, iż możnaby kierować z każdego (z 8 do 20) ośrodków wiejskich na terenie powiatu, chorych i podejrzanych, oraz wszystkich tych, u których lekarz ośrodka gminnego czy okręgowego chciałby wykluczyć gruźlicę, względnie, którzy sami chcieliby się dowiedzieć, czy są chorzy na gruźlicę, — do miasta powiatowego.

By móc otrzymać rzetelną odpowiedź co do swego stanu, musieliby wówczas mieszkańcy odległych wsi odbywać wędrówki, co niewątpliwie byłoby czynnikiem w znacznym stopniu hamującym korzystanie w szerszym zakresie ze świadczeń rozpoznawczych i leczniczych ośrodka wyższego stopnia.

Z drugiej strony świadomość, iż istnieje ośrodek, którego urzędnicy i lekarze stoją na wyższym poziomie, iż istnieją ośrodki lepsze i gorsze — niewątpliwie poderwałaby zaufanie ludności do wiejskich ośrodków niższego rzędu, utrudniałaby pracę tych ośrodków na terenie gminy. Ludność mogłaby omijać, ze szkodą dla akcji terenowej, ośrodki najbliższe. Nawet przy ścisłej współpracy lekarzy wiejskich ośrodków z kierownikami specjalistycznych poradni powiatowych — trudno sobie wyobrazić, by wyłącznie drogą korespondencji, na którą zwykle pozostaje bardzo mało czasu i wobec notorycznej niechęci lekarzy do pisania listów i wobec kosztów z tym związanych, — wszyscy chorzy byli załatwiani bez zarzutu.

Motywy powyżej przedstawione każą szukać innych możliwości rozwiązania ważnej sprawy organizacji walki z gruźlicą na wsi polskiej.

W każdej akcji jednolite kierownictwo ma zasadniczą wartość. Centralne kierownictwo przy jak najdalej posuniętej decentralizacji pracy w terenie jest ideałem w organizacji tej walki.

Uprzystępnienie nowoczesnych metod pracy i zdobyczy nauki jak najszerzym warstwom musi być zadaniem medycyny społecznej.

Zbliżenie wyspecjalizowanego lekarza z całą jego aparaturą do warstwy chłopskiej — jest na polu zwalczania gruźlicy tym pilniejsze, iż chodzi tu o racjonalną i skuteczną pomoc w schorzeniu zakaźnym, będącym największą klęską społeczną.

Ruchome poradnie przeciwgruźlicze realizują dwa zasadnicze postulaty w akcji przeciwgruźliczej. W najbardziej celowy sposób spełniają one warunek decentralizacji bezpośredniej akcji przeciwgruźliczej, przy zachowaniu jednolitego kierownictwa.

Przy kompletnym wyposażeniu ruchomej poradni, a więc gdy posiada ona przenośny aparat rentgenowski, ewentualnie z agregatem i małe laboratorium, — zasięg jej działania może być nieograniczony.

Ruchomość takiej poradni umożliwia dotarcie specjalisty do najbardziej odległych i pozostających na uboczu miejscowości, umożliwia korzystanie z jej urządzeń osobom, które z różnych względów nigdy nie miałyby sposobności zetknięcia się z pracą nowoczesnej poradni — i w ten sposób zbliża realizację powszechności racjonalnej opieki przeciwgruźliczej.

Ruchoma poradnia, mając możliwość przeprowadzenia badań zespołowych w szerokim zakresie, idzie naprzeciw chorego, szuka go tam, gdzie wielu się go nie spodziewa; chory ten dzięki pozorom uważany jest za zdrowego i sam się za takiego uważa, stając się dzięki temu właśnie najbardziej niebezpiecznym dla otoczenia. Ogólnie przyjętą dziś zasadą jest to, że poradnia nie powinna czekać, aż chory sam się do niej zgłosi, gdyż wtedy jest już zwykle zapóźno, by starania poradni w odniesieniu do chorego mogły być uwieńczone powodzeniem.

Lotność, ruchomość urządzeń w idealny sposób umożliwia dotarcie do chorego. W ten sposób zostaje spełnione jedno z najważniejszych zadań, jakie stawia się akcji przeciwgruźliczej, a mianowicie wykrycie chorego w początkowym okresie schorzenia i wczesne rozpoczęcie leczenia.

Całość akcji przeciwgruźliczej na terenie objętym pracą ruchomej poradni, kierowanej przez specjalistę, musi odnieść znaczną korzyść. Koordynacja wysiłków i jednolitość planu akcji, a tam, gdzie to organizacyjnie jest możliwe — jednolite, fachowe kierownictwo, nadaje pracy przeciwgruźliczej odpowiedni rozmach i zapewnia sukcesy, których nie dałoby się uzyskać nawet przy znacznie większych środkach — przy dorywczo, niefachowo i przez kilka osób na własną rękę prowadzonej pracy, na stanowiącym pewną organizacyjną i gospodarczą całość obszarze.

Na obszarach wiejskich, rzadko zaludnionych, gdzie czynnik odległości nadaje szczególne piętno akcji przeciwgruźliczej, tym większą wartość ma skupienie kierownictwa jej w jednym ręku.

Jak powinien się przedstawiać stosunek ruchomej poradni do lekarzy osiedlonych na wsi?

Jako zasadę dla działalności poradni miejskich w szeregu państw, przyjęto ścisłą współpracę i porozumienie z lekarzami wolnopraktykującymi i niespecjalistami. N. p. we Francji specjaliści-ftyzjolodzy, kierownicy poradni, udzielają w szerokim zakresie porad konsyliarnych lekarzom niespecjalistom.

W Niemczech znaczny procent chorych zarejestrowanych w poradniach został do nich skierowany przez lekarzy. W niektórych poradniach nie przyjmowano nawet samoistnie zgłaszających się:

Na was współpraca ta powinna być bardzo ścisła, gdyż:

1) korzyść, jaką odniesie lekarz wiejski będzie niewspółmiernie większa, niż w mieście; zetknięcie się ze specjalistą pozwoli mu na skonfrontowanie swoich wiadomości z aktualnym stanem wiedzy w pewnym dziale, podciągnięcie swego wykształcenia i rozszerzenie pewnych horyzontów;

2) korzyść, jaką odniosą chorzy na gruźlicę i akcja zapobiegawcza, nie da się osiągnąć w inny sposób;

3) ruchoma poradnia znajdzie w lekarzu osiedlonym na wsi oparcie i pomoc w wykonywaniu różnych swych czynności.

Z tego rozumowania wypływa wniosek, iż ruchoma poradnia musi utrzymywać jak najściślejszą współpracę z kierownikami ośrodków wiejskich i innymi lekarzami działającymi na wsi.

Pomieszczenia ośrodków wiejskich powinny być w celach propagandowych używane przede wszystkim przez ruchomą poradnię w okresie jej pracy na tym terenie.

Doświadczenie lwowskiej kolumny przeciwgruźliczej uczy, że istnieją poważne trudności w znalezieniu odpowiedniego lokalu w wielu miejscowościach. Dlatego też powstanie nowych ośrodków ułatwiłoby w znacznym stopniu pracę ruchomych poradni.

Ideąłem byłoby, gdyby tak, jak to zorganizował I. e. ś niewski w powiecie wileńsko-trockim, każdy powiat posiadał ruchomą kolumną przeciwgruźliczą.

W każdym razie już dzisiaj nie należałoby zaopatrywać poradni powiatowych w stałe aparaty rentgenowskie, a jedynie i wyłącznie w przenośne aparaty, z uwagi na możliwość używania ich nie tylko w siedzibie stałej poradni powiatowej, ale i poza nią.

Większość poradni powiatowych nabyła aparaty stosunkowo nie drogie, których wydajność nie jest większą, jak aparatów przenośnych, przystosowanych do transportu i użycia przy każdym niemal rodzaju prądu i przy bardzo prostym załączeniu.

Koszt aparatów stałych i ruchomych o tej samej wydajności nie różni się zbytnio.

Ze znanych aparatów, używanych w tym celu, wchodzi w grę aparat „Metalix”, aparat typu Redekera firmy Siemens, aparat „Telix” ze statywem „Phoroskop“ firmy Koch & Sterzel, oraz aparat francuski „Securix”.

Kierownik powiatowej poradni przeciwgruźliczej dysponując ruchomą kolumną — mógłby ułożyć pracę swoją w ten sposób, zresztą zależnie od warunków lokalnych, — że w pewnych stałych dniach i godzinach tygodnia przyjmowałby zgłaszających się w ośrodku powiatowym; pozostały czas w tygodniu przeznaczyłby na wyjazdy do istniejących w powiecie ośrodków okręgowych czy gminnych, oraz na badanie w gminach nie objętych pracą ośrodków terenowych. Dnie i godziny przyjęć muszą być dostosowane do warunków miejscowych i zwyczajów ludności (dnie targowe i t. p.).

Ważniejsze ośrodki w miasteczkach odwiedzałby lekarz stale 1 raz w tygodniu, inne 1 raz na 10 dni, lub na dwa tygodnie, czy nawet raz w miesiącu. W ten sposób mógłby lekarz-specjalista obsłużyć nawet 8—10 ośrodków, a przy dobrych warunkach komunikacyjnych nawet więcej w promieniu do 40 km, od siedziby głównej poradni powiatowej, rezerwując jeszcze 1 dzień w tygodniu, lub 1 dzień co 2 tygodnie na wyjazdy do osad, nie mających ośrodków, a leżących na uboczu, zdale od większych wsi i miasteczek.

W ten sposób ułożona praca byłaby możliwa wyłącznie przy dysponowaniu samochodem.

W pewnych porach roku i na obszarach posiadających szczególnie złe drogi, — należałoby liczyć się z niemożnością dojazdu do niektórych miejscowości.

Przewożenie personelu oraz aparatury mogłoby się odbywać każdym 5-osobowym samochodem. Przewodniczący Wydziału Powiatowego mógłby w tym celu odstępować swoje auto służbowe, gdyby poradnia nie posiadała własnego; wszak do obowiązków samorządu powiatowego należy prowadzenie akcji zdrowotnej.

Zamożniejsze powiaty, oraz położone w pobliżu wielkich miast, przede wszystkim uniwersyteckich i wojewódzkich, powinny jednak już w obecnej chwili w tym kierunku skierować rozbudowę akcji przeciwgruźliczej.

Za rzecz realną można uważać powstanie w krótkim przeciągu czasu najwyższej kilkunastu powiatowych poradni ruchomych.

Możliwą rzeczą byłoby również utrzymywanie ruchomych poradni przez międzykomunalne związki. Obsługiwałyby one związkowe gminy i powiaty; oczywiście wówczas sieć punktów dojazdowych nie byłaby tak gęsta. W każdym jednak wypadku istniejące ośrodki zdrowia miałyby zapewnioną wszechstronną pomoc w zakresie walki z gruźlicą, a akcja przeciw-

gruźlicza na tym terenie pod jednolitym fachowym kierownictwem zyskałaby bardzo wiele.

Niezmiernie korzystną rzeczą byłoby również oparcie ruchomych poradni o istniejące sanatoria i zakłady lecznicze dla gruźliczych, tak jak to uczyniono w Niemczech i Belgii.

Powiat, na którego terenie istnieje sanatorium natrafi na znacznie mniejsze trudności w zrealizowaniu ruchomej poradni.

W końcu każdy samorząd wojewódzki, względnie Wojewódzkie Towarzystwo Przeciwgruźlicze powinny zorganizować własne ruchome poradnie w okresie wstępnym, kiedy poradnie powiatowe nie są pełnowartościowe i znaczne obszary nie są wcale objęte akcją przeciwgruźliczą.

Poradnie, czy kolumny tego rodzaju prowadziłyby akcję pionierską i podciągania istniejących placówek na wyższy poziom.

Ponadto w okresach szczególnego nasilenia endemii gruźliczej w pewnych okolicach — mogłyby kolumny być użyte doraźnie w celu ustalenia środków zaradczych.

Zakładanie nowych okręgowych i gminnych ośrodków zdrowia mogłoby odbywać się zupełnie niezależnie od tworzenia ruchomych poradni. Można przypuścić, że praca ruchomej poradni niejednokrotnie ułatwi i przyspieszy powstanie stałego ośrodka. Ludność osiedla, do którego przyjedzie kilkakrotnie ruchoma kolumna przekona się o korzyściach akcji zdrowotnej i silniej odczuwać zacznie potrzebę stworzenia stałego ośrodka.

Ośrodki, powstające w porozumieniu i oparciu o ruchomą poradnię przeciwgruźliczą, — mogłyby już od chwili swego powstania rozpocząć racjonalną akcję przeciwgruźliczą w swoim rejonie.

Ruchoma poradnia jest ekonomiczna, ponieważ umożliwia celowe zużycie funduszków; celowe zużycie jest tym ważniejsze, im mniejsze są środki przeznaczone na zwalczanie gruźlicy.

Jeżeli poradnia nie wyposażona odpowiednio rozpozna, fałszywie gruźlicę u kogoś i będzie swe skąpe fundusze, bez żadnego oczywiście uzasadnienia, wydawała na zbędne leczenie zdrowych i na pomoc materialną dla ich rodzin, to przez to nie otrzyma pomocy wobec wyczerpania odpowiednich funduszków, rzeczywiście chory. Postępowanie takie nazywamy marnotrawstwem funduszków publicznych.

Jeżeli następnie u chorego nie zostanie rozpoznana gruźlica w okresie początkowym — a dopiero wówczas, gdy leczenie będzie znacznie kosztowniejsze, dłużej trwające i w wyniku mniej korzystne, albo nawet już bezprzedmiotowe, to strata, jaką poniesie fundusz przeznaczony na zwalczanie gruźlicy będzie znaczna, bo oczywiście ze szkodą dla najbar-

dziei potrzebujących pomocy. Określmy to nie tylko jako marnotrawstwo dobra publicznego, ale także marnotrawienie zdrowia i życia ludzkiego.

Należy otwarcie powiedzieć, że niestety dzieje się tak w istniejących poradniach wiejskich i większych prowincjonalnych nierzadko.

Dlatego też akcja ruchomych poradni pełnowartościowych, umożliwiająca dokładne rozpoznanie, co jest zasadniczym warunkiem prawidłowej działalności społecznej każdej poradni — zasługuje na szczególną uwagę.

Jeżeli przyjmiemy, iż dla normalnej akcji przeciwgruźliczej konieczne jest stosowanie nowoczesnych środków rozpoznawczych, dających pewność, a więc promieni Rentgena i mikroskopu, to należy odpowiedzieć na pytanie, czy ekonomiczne byłoby i w ogóle celowe zaopatrzenie wszystkich stałych ośrodków gminnych na terenie każdego powiatu w odpowiednią aparaturę i zapewnienie im fachowego kierownictwa.

Oczywiście koszt kilku, czy kilkunastu aparatów rentgenowskich i mikroskopów, choćby najtańszych, będzie nieporównanie większy, niż jednego przenośnego kompletu, nawet łącznie z własnym środkiem lokomocji.

Jeżeli chodzi o użyteczność i wykorzystanie aparatów w każdym ośrodku czy poradni gminnej, to przy obsługiwanym obszarze, obejmującym 10 — 25.000 ludności jeden aparat rentgenowski nie byłby należycie wyzyskany i nie opłacałby się. Przyjmujemy bowiem za Braeuningiem, że w obecnych warunkach należy dążyć do 10 badań rentgenowskich w roku na 100 mieszkańców danego terenu. Czylnoby to 1000 do 2.500 badań rocznie, a opierając się na własnym doświadczeniu i innych, — możemy określić ilość badań rentgenowskich, które z łatwością może przeprowadzić lekarz w ciągu roku na jednym aparacie — na 10.000. Jeżeli koszt aparatu mają się amortyzować i dzięki niemu ma odnieść akcja przeciwgruźlicza korzyść, to oczywiście musi być wykorzystany przynajmniej w tym stopniu, jak to wykazują doświadczenia różnych placówek. Według tych obliczeń — 1 aparat rentgenowski wystarczyłby na 100.000 ludności — a więc odpowiadającej przeciętnej ilości mieszkańców jednego powiatu.

Odpowiedź na pytanie celowości starań w kierunku zaopatrzenia we własne aparaty Rentgena poradni i ośrodków wiejskich, jakoteż poradni obejmujących swą działalnością mniejszą grupę ludności jak 100.000 — będzie więc negatywna.

Plan organizacji walki z gruźlicą na wsi, opierającej się na pracy pełnowartościowych ruchomych poradni, możemy przeto uważać za celowy. Dzięki niemu jest możliwe stworzenie trwałych podstaw dla akcji przeciwgruźliczej w sposób ekonomiczny. Tą drogą dochodzi się do

zaspokojenia minimum wymagań, jakie w dzisiejszej dobie stawiamy akcji przeciwgruźliczej. Dalsze prowadzenie całej akcji zwalczania gruźlicy na jakichkolwiek terenach przez niestojące na odpowiednim poziomie poradnie i dalsze tworzenie takich poradni — należy uważać za kierowanie jej na fałszywe tory, za marnotrawstwo grosza publicznego i wysiłków lekarzy oraz innych osób, w pracy tej biorących udział.

W dobie obecnej, gdy w Polsce wprowadzenie ustawy przeciwgruźliczej zdaje się zbliżać i gdy w związku z tym staje się prawdopodobne znaczne ożywienie ruchu przeciwgruźliczego — nie wolno popełniać błędów przeszłości i „budować zamków na lodzie”, nie wolno lokować funduszków publicznych w tworaх niezdolnych do intensywnej i celowej akcji.

W Polsce, gdzie na tym polu mamy wiele do odrobienia, by w wyścigu narodów nie zostać w tyle, — nie wolno nie korzystać ze zdobyczy nauki współczesnej i nie wolno przejść mimo nich. Zagadnienie obronności kraju nakazuje użycia w zwalczaniu gruźlicy wszelkich dostępnych, a celowych metod, a odrzucenie tych akcji, które są jedynie fikcją i stwarzają pozory pracy.

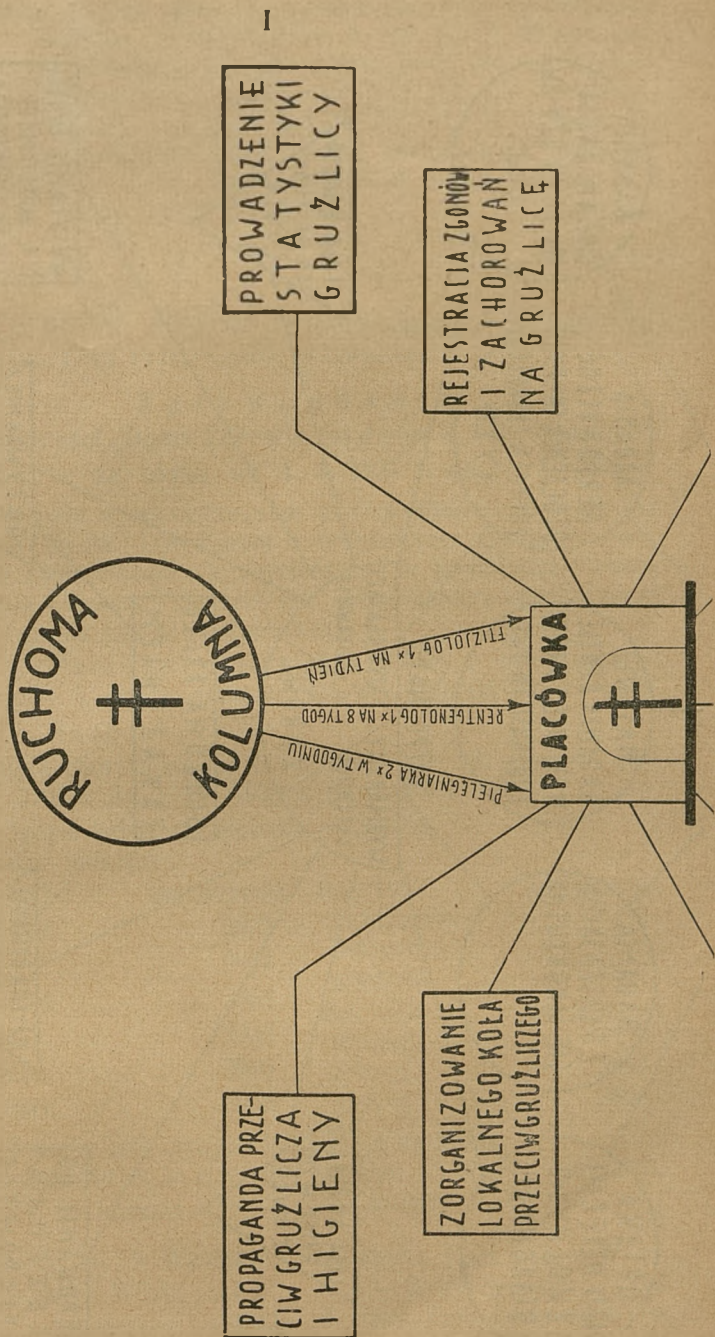
Winniśmy dążyć do doprowadzenia każdej istniejącej poradni przy uwzględnianiu pomocy udzielanej przez ruchome kolumny — do stanu pełnowartościowego. Tak jak w obecnej chwili niema w Polsce sanatoriów i zakładów leczniczych dla gruźliczych — niestojących na wysokości zadania (są one oczywiście niewystarczające jedynie jeśli chodzi o ilość), tak w imię rzetelnej i celowej gospodarki funduszami przeznaczonymi na zwalczanie gruźlicy, a przede wszystkim w imię zwycięskiego doprowadzenia do końca tej walki — powinno w możliwie najkrótszym czasie wszystkie poradnie zostać podciągnięte w wyż — by wszystkie były zdolne do celowej i wyętejzonej pracy.

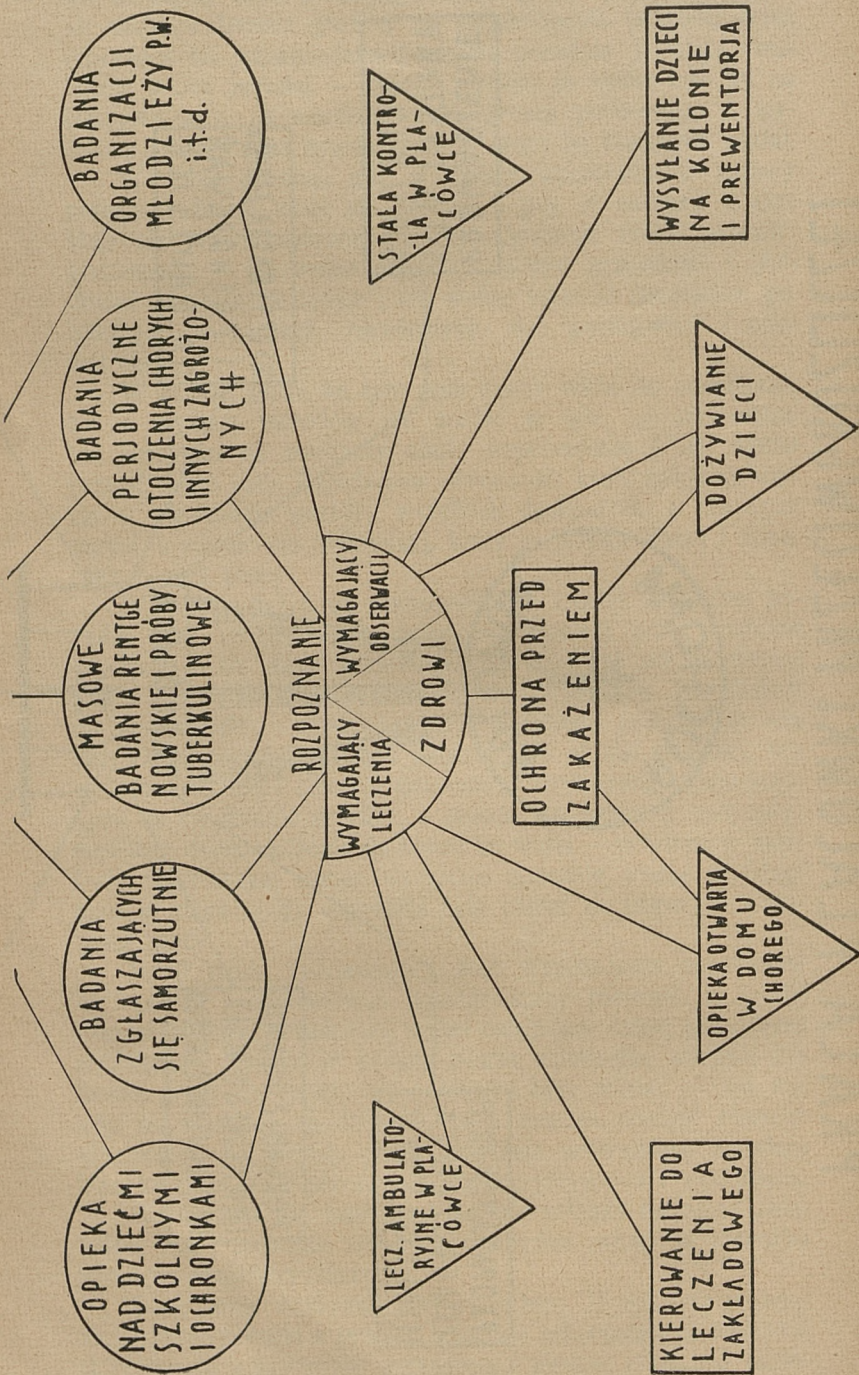
Jeżeli wcale zadowolający stan wyposażenia sanatoriów w fachowy i odpowiednio wynagradzany personel, w środki eksploatacyjne i urządzenia, został osiągnięty dzięki należytemu zrozumieniu zasady, iż istnieją pewne minimalne warunki dla każdej pracy, by mogła się opłacać i była celowa — tak należy się również spodziewać, iż z czasem nastąpi również zrozumienie tej zasady przez instytucje prowadzące poradnie i na których ciąży obowiązek ich utrzymywania i zakładania.

Wszak nikt nie zaprzeczy, że tak zakłady lecznicze zamknięte jak i poradnie stanowią niezbędne człony w łańcuchu urzędzeń przeciwgruźliczych.

Zdaję sobie doskonale sprawę z tego, iż należyte rozwiązanie sprawy walki z gruźlicą wymaga tak znacznych środków, iż realizacja koniecznych zarządzeń i planów musi być rozłożoną na długi szereg lat. Ponieważ jednak poradnia stanowi

PRACA PLACÓWKI PRZECIWGRUŻLICZEJ





fundament, musimy dbać, by mozolnie budowany gmach urzędzeń i zarządzeń przeciwgruźliczych nie runął; dlatego też kapitalnym zagadnieniem ruchu przeciwgruźliczego w dobie obecnej winno być oparcie się na jak najbardziej wartościowych podstawach, t. j. poradniach, a możliwe jest to na obszarach rzadko zaludnionych, na wsi, jedynie przy wykorzystaniu ruchomych poradni.

Dr. PIOTR PLEBAŃCZYK: Dyrektor „Domu Zdrowia“
Warszaw. T-wa Przeciwgruźl. w Świdrze.

S p r a w o z d a n i e

**z działalności „Domu Zdrowia im d-rów K. i Br. Dłuskich“
w Świdrze za okres od 1. 4. 1937 r. do 31. 3. 1938 r.**

W roku sprawozdawczym powiększono ilość łóżek dla chorych do 98. Dyrektorem i ordynatorem Domu Zdrowia jest dr Piotr Plebańczyk, asystentami: dr Statkiewicz-Plebańczykowa i Helena Pawliczkówna, konsultantem chorób nosa, uszu i gardła jest dr A. Żebrowski.

A. Personal pielęgniarski liczy 3 osoby, administracyjny 3, służby pomocn., salowej, kelnerki it.p. 21 osób.

B. Ruch chorych:

1. Było chorych na dz. 1. IV. 1937 r. — 93, przybyło 305, ubyło 310, w dn. 1. IV. 1938 r. pozostawało 88.

2. Ogólna liczba dni leczenia — 34.485.

W/g miesięcy:

Rok 1937	dni leczenia	Rok 1937	dni leczenia
kwiecień	2873	październik	3033
maj	2994	listopad	2793
czerwiec	2964	grudzień	2666
lipiec	3033	Rok 1938	dni leczenia
sierpień	2995	styczeń	2710
wrzesień	2906	luty	2664
		marzec	2854

3. Z liczby 398 chorych leczyło się na koszt:

- | | |
|---|--|
| a) Zarządu Miejsk. m. st. W-wy
— 256, dni leczenia — 25.375 | d) Dyr. P. K. P. Warszawa,
Katowice — 11,
dni leczenia — 469 |
| b) Ubezpie. Sp. w Warszawie,
Poznaniu i Wilnie — 88,
dni leczenia — 5.440 | e) Miejsk. Pom. Lek. m. W-wy
— 2, dni leczenia — 112 |
| c) Warsz. T-wa Przeciwgruźl.
— 15, dni leczenia — 1.233 | f) Fund. Pom. Leczn. m. Wilna
— 4, dni leczenia — 190 |
| | g) własny — 32, dni leczenia
— 1.666 |

Z tego 10 chorych przeszło na koszty: Ub. Społ., Op. Społ. m. Warszawy, W. T. P. lub inny.

4. Chorych wyznań chrześcijańskich było 397 czyli 99.8%, wyznania mojżeszowego — 1. — 0.2%.

5. Według płci: mężczyzn 208 — 52.3%, kobiet 190 — 47.7%.

6. Według zawodów:

pracownicy fizyczni	192 (48.3%)	uczniowie i studenci	31 (7.8%)
„ umysłowi	75 (18.8%)	bez zawodu	21 (5.3%)
członkowie rodzin	73 (18.3%)	księża, zakonnicy	6 (1.5%)

7. Według wieku:	od 30—40 lat	— 109	— 27.4%
od 15—20 lat	— 38	— 9.6%	„ 40—50 „ — 30 — 7.5%
„ 20—30 „	— 198	— 49.8%	ponad 50 „ — 23 — 5.7%

8. Z liczby 310 chorych wpisanych w roku sprawozdawczym: chorych na gruźlicę było 301, niegruźliczych — 9.

Według klasyfikacji Dra Sterlinga chorych na:

Tbc. incipiens pulm.	. . . . . 43	Tbc. consumptiva	. . . . . 23
„ declarata	. . . . . 233	„ miliaris	. . . . . 2

9. Zaobserwowano u chorych na gruźlicę płuc powikłania swoiste :

a) Gruźlicę płuc, języka i krtani	. . . . . 2	g) Gruźlicę płuc i przetoki płucno-opłucn.	2
b) płuc i krtani	. . . . . 33	h) Gruźlicę płuc i jądra	3
c) Gruźlicę płuc i gruźlica gruczołów szyjnych	3	i) Gruźlicę płuc i wysiękowe zapalenie opł.	13
d) płuc i jelit	. . . . . 12	j) Gruźlicę płuc i ropne zapalenie opłucn.	13
e) Gruźlica płuc i nerek	3		
f) „ „ i przetoka odbytnicy	8		

Po wyrwaniu nerwu przeponowego było chorych 15, po torakoplastyce zaś 1, po plombie 1.

10. Chorzy nie gruźliczy leczyli się na:

a) ropień płuc	. . . . . 1	d) wysiękowe zapalenie opłucnej	. . . . . 1
b) rozstrzenie oskrzeli	. . . . . 3	e) dusznicę bolesną	. . . . . 1
c) dusznicę oskrzelową	. . . . . 3		

11. Powikłania nie gruźlicze u chorych gruźliczych:

a) niedomoga mięśnia sercowego	. . . . . 11	g) gościec stawowy	. . . . . 12
b) organiczna niedomykalność zastawek sercow.	. . . . . 15	h) suche zapalenie opłucnej	. . . . . 5
c) nieżyt oskrzeli	. . . . . 18	i) rozszerzenie aorty	. . . . . 4
d) nieżyt oskrzeli z rozędzą	. . . . . 15	j) lues	. . . . . 9
e) nadtarczyczność	. . . . . 4	k) paralis progresiva	. . . . . 2
f) epilepsia	. . . . . 4	l) psychasthenia	. . . . . 4
		ł) próchnica zębów	. . . . . 58
		m) inne	. . . . . 14

C. Leczenie:

Z 310 chorych wypisanych z Domu Zdrowia w Świdrze w roku sprawozdawczym na gruźlicę płuc cierpiało 301 osób, nie gruźliczych było 9.

Grupę gruźlicy należy podzielić na chorych nadających się do leczenia sanatoryjnego i grupę przypadków beznadziejnych, u których leczenie nie dało wyników, lub też dało jedynie poprawę przejściową i krótkotrwałą. Do pierwszej grupy należy zaliczyć: Tbc. incipiens i część Tbc. declarata w sumie 194 osoby, do drugiej resztę t. j.: Tbc. consumptiva i Tbc. declarata z rozległymi zmianami obustronnymi, częstokroć powikłaniami swoistymi w przewodzie pokarmowym, krtani, nerkach i t. p. w sumie 107 osób. Pobyt drugiej grupy chorych w sanatorium możnaby jedynie tłumaczyć izolacją, gdyby ona była ciągła; u tych chorych leczenie sanatoryjne nie dało większych lub trwałych wyników, najwyżej poprawę przejściową.

W roku sprawozdawczym duże trudności napotykałszy z umieszczaniem ciężko chorych w szpitalach w Warszawie z powodu braku miejsc.

W okresie sprawozdawczym założono odmy 23 chorym, dopełniano 63, razem odmami leczono 5 chorych, a założono u 2. Zabiegów odmowych dokonano 972. Wysięków poodmowych, sięgających wyżej kopyły przeponowej zauważono u 12 chorych, z tego u 3 chorych wysięk wystąpił podczas pobytu w sanatorium. Wysięki, najczęściej po jednorazowym opróżnieniu i dopełnieniu odmy, nie powiększały się. U 4 chorych zmuszeni byliśmy parokrotnie wypuszczać płyn, u 9 wysięk wessał się całkowicie, u 3 chorych nastąpiło zarosnięcie jamy opłucnowej.

Wysięki ropne stwierdzono u 10 chorych, z tego u jednego wystąpił w czasie pobytu w sanatorium, u 2 chorych wysięk był powikłany dużą przetoką opłucnową, jeden z tych chorych został zakwalifikowany do torakoplastyki i odesłany do szpitala w Warszawie, drugi, ze względu na bardzo ciężki stan ogólny, rozległe zmiany drugostronne, był beznadziejny i zmarł w sanatorium. Wysięki ropne opróżniano periodycznie co kilka tygodni, dopełniając oliwą gomenolową. U 4 chorych zauważyliśmy ropniaki opłucnej, wykazujące tendencje do zwiększania się i przebiegające z wyniszczeniem, zabiegów jednak operacyjnych poza periodycznymi opróżnieniami opłucnej i przemywaniem nie można było dokonać z powodu rozległych zmian obustronnych. U 5 chorych wysięki ropne stopniowo wsysały się i jama opłucnowa zarastała mimo oliwy gomenolowej i okresowych dopełnień. Po oliwie gomenolowej zauważyliśmy szybszy powrót ciepłoty do normy lub do stanów podgorączkowych.

U 3 chorych leczenie odmą zakończono, stwierdzając wygojone sprawy swoiste w płucach. U 4 chorych dopełniań odm zaprzestano jako nie skutecznych z powodu zrostów, 2 wypadki zakwalifikowano do torakoplastyki. U 2 chorych dokonano przepalenia zrostów metodą Jakobaeusa, z tego u 1 chorego z bardzo dobrym wynikiem. U chorego tego duża jama wielkości pomarańczy zawieszona na zroście w szczycie prawym, po przepaleniu zrostów stopniowo się zmniejszała i wreszcie stała się nie widoczna, chory nie prątkuje i czuje się dobrze.

Krwioplucie zauważono u 14 chorych, z tego u 8 większe krwotoki, u 1 chorego zastosowano odmě uciskową, u innych środki hemostatyczne i uspakajające. Dobre wyniki otrzymaliśmy przy wstrzykiwaniu krwi zhemolizowanej i preparatów przysadki dożylnie oraz ergotyny i soli wapnia domięśniowo.

Wyrwanie nerwu przeponowego dokonano u 3 osób, u chorych tych jamy usadowione były w dolnych częściach płuc, przyczym odmy nie dało się założyć z powodu zrostów. Chorych z phrenicoexeresą w sanatorium leczono 12 osób, którym dokonano operacji w Domu Zdrowia w poprzednich latach lub w innych zakładach, przed przysłaniem na leczenie do tutaj sanatorium.

Leczenie solami złota (aurosan i myochrysin) stosowano u 16 chorych, z tego u 3 jednocześnie z odmą. Leczenie u 1 chorej musieliśmy przerwać z powodu nie tolerancji soli złota (krwiomocz i zaburzenie jelitowe). Pierwsze dawki, jak dawniej, wynosiły od 0.05 do 0.1, następne od 0.1 do 0.2. Ogólna dawka podczas jednej kuracji wynosiła od 2 do 2.5 grama.

Wlewanie dożylnie związków wapnia, preparatów salicylowych, urotropiny, neosalwarsanu, będzwinianu sodu, bromku i wapnia sodu i t. p. dokonano u 94 chorych w ilości ogólnej 3599 zastrzyków.

Jako zastrzyki podskórne i domięśniowe stosowano preparaty: arsenikowe, strychninę, cinnozyl, coagulen, środki nasercowe, objawowe i t. p. w ogólnej ilości 4893.

W Domu Zdrowia w Świdrze, oprócz tego jako leczenie dodatkowe i ogólnie wzmacniające, wykrztuśne i objawowe, dawano doustnie leki: syropy, preparaty żelaza, fosphit, elbon i t. p. W schorzeniach oskrzeli, szczególnie przy dużym odpluwaniu i pobudliwości do kaszlu stosowano picie i inhalację wód szczawnickich, oraz wody Vichy i emskiej. W schorzeniach krtani — inhalację olejków żywicznych, wód alkalicznych i t. p.

D. W y n i k i l e c z e n i a :

1. Na 310 chorych wypisanych z Domu Zdrowia w Świdrze w roku sprawodawczym :

uzyskało popra-		pogorszenie stanu	
wę zdrowia .	258 — 83.2%	zdrowia . .	10 — 3.2%
bez poprawy .	35 — 11.3%	zmarło . . .	7 — 2.3%

2. Na wadze przybyło :

do 1 kg . . .	24 chorym	od 5 — 6 kg .	27 chorym
od 1 — 2 kg .	23 "	" 6 — 7 "	38 "
" 2 — 3 "	43 "	" 7 — 8 "	13 "
" 3 — 4 "	18 "	" 8 — 9 "	11 "
" 4 — 5 "	32 "	" 9 — 10 "	12 "
		powyżej 10 "	9 "

Ubyło na wadze :

do 1 kg . . .	12 chorym	powyżej 2 kg .	7 "
" 2 " . . .	8 "	Nie przybywało na	
		wadze (bez zmian)	33 "

Przystało prątkować 38 chorych, t. j. 21% prątkujących.

3. Przeciętny pobyt chorych z liczby 310 wypisanych :

do 2 tygodni . .	24 chorych	do 6 m. . . .	43 "
" 1 m. . . .	13 "	" 7 m. . . .	14 "
" 2 m. . . .	55 "	" 8 m. . . .	8 "
" 3 m. . . .	63 "	" 9 m. . . .	2 "
" 4 m. . . .	49 "	" 12 m. . . .	3 "
" 5 m. . . .	30 "	ponad 12 m-cy	6 "

Przeciętny pobyt chorego w Domu Zdrowia w Świdrze trwał 86 dni.

4. W laboratorium wykonano :

a) badań płwocin . .	1775	e) badań na odczyn	
b) " moczu . . .	680	Wassermanna	12
c) " krwi na odczyn		f) " treści żołądkowej	9
Biernackiego	1274	g) " kału	4
d) " krwi na mor-		h) " wysięków opłu-	
fologię	21	cnowych	23

5. W pracowni rentgenologicznej wykonano a) prześwietleń 1431 b) zdjęć 386.

6. Dezynfekcji pokoiów wykonano 29.

E. Sprawozdanie administracyjne :

1) Dokończono przeróbkę 27 szaf. 2) Dokompletowano inwentarz (bielizna pościelowa, materace, fusaki, szafy, elektryczna wirówka laborator. i t. p.). 3) Zbudowano dezynfektor paro-formalinowy na pościel, materace, koce, fusaki. 4) Zbudowano nową studnię i pompę. 5) Odnowiono pokoje i korytarze.

S p r a w o z d a n i e

Wojewódzkiego Komitetu X. Dni Przeciwgruźliczych na obszarze Województwa lwowskiego w r. 1938.

Tegoroczny okres Dni Przeciwgruźliczych zawiódł wszelkie oczekiwania Wojew. Komitetu Dni Przeciwgruźliczych. Ponieważ Wojew. Tow. Przeciwgruźl. otrzymało już w styczniu r. b. z Polskiego Związku Przeciwgruźliczego wiadomości nie-

pomyślne dla akcji, postanowiło wydać we Lwowie własnym nakładem znaczki przeciwgruźlicze według wzoru, zaprojektowanego przez kustosza R. Męckiego ze Lwowa. T-wo wydało 500.000 znaczków, które poczęto rozsyłać do sprzedaży w swoich placówkach powiatowych. Drugą przyczyną wydania znaczka było to, że Polski Związek Przewodniczący nie wydał własnych znaczków i ograniczył się do sprzedaży znaczków z lat ubiegłych. — Dopiero Ministerstwo Spraw Wewnętrznych reskryptem z dnia 17. lutego 1938 r. Nr. AP. 2—9 zezwoliło na oficjalne urządzenie „Dni Przewodniczących” w czasie od 14—30 kwietnia i od 16—19 maja 1938 dając do dyspozycji 2 tygodnie w kwietniu i 4 dni w maju. Były te dwa terminy od siebie oddzielone, oba w drugiej połowie miesiąca, które zupełnie nie nadawały się do akcji przeciwgruźliczej. — Wobec tego Wojew. Komitet zwrócił się do Polskiego Związku Przewodniczących o pozwolenie sprzedaży znaczków własnych w czasie trwania „Dni”, z zastrzeżeniem, że 20% od sprzedanych w tym okresie znaczków, przekaże Polskiemu Związkowi Przewodniczących na ogólne cele walki z gruźlicą.

Po otrzymaniu takiego zezwolenia, Komitet rozesał miejscowym Kołom odpowiednie formularze do wypełnienia, ile znaczków zostało sprzedanych przed 14 kwietnia, w czasie od 14 kwietnia do 30 kwietnia, oraz ile pozostało do sprzedaży z dniem 1. maja 1938. W razie ujawnienia sprzedaży znaczków we wcześniejszym terminie Komitet dosyłał dodatkowe ilości znaczków.

Na wstępie poczyniań Komitetu Pan Wojewoda Lwowski wydał okólnik do Panów Starostów powiat., Starosty Grodzkiego we Lwowie i Pana Prezyd. Zarządu Miejsk. w kr. stoł. m. Lwowie następującej treści.

Wojewoda Lwowski

L. Z. 128/3/38

We Lwowie, dnia 30. 3. 38

Dni Przewodniczących

Do

Panów Starostów powiatowych (wszystkich)

Pana Prezydenta król. stoł. m. Lwowa.

Pana Starosty Grodzkiego we Lwowie,

Uznając ważność akcji przeciwgruźliczej, przesyłam w załączeniu okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i proszę Pana Starostę (Pana Prezydenta m. Lwowa) o zorganizowanie Komitetu lokalnego Dni Przewodniczących, któryby się zajął starannym przygotowaniem akcji Dni Przewodniczących, a w ciągu Dni od 14 do 30 kwietnia 1938 propagandą akcji oraz sprzedażą znaczków.

Wojewódzkie Towarzystwo Przewodniczące we Lwowie dostarczy w najbliższym czasie odpowiedniego materiału propagandowego a potrzebnych do sprzedaży znaczków dostarczą lekarze powiatowi (we Lwowie — Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego).

W skład Komitetów lokalnych powinny wchodzić w całości Zarządy Kół i Towarzystw Przeciwgruźliczych, które prowadząc od szeregu lat akcję przeciwgruźliczą, nabyły dzięki temu doświadczenia w tym kierunku.

Wobec wyłączności zbiórki na cele przeciwgruźlicze w wyżej podanym okresie czasu proszę Pana Starostę (Pana Starostę Grodzkiego) o nieudzielenie w czasie od 14 do 30 kwietnia 1938 pozwoleń na inne kwesty i zbiórki zgodnie z reskryptem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 17 lutego 1938. Nr. AP-2-90.

Wojewoda.

(—) Alfred Biłyk

W ślad za tym Wojew. T-wo Przeciwgruźl. wydało pismo tej treści:

Wojewódzkie Towarzystwo Przeciwgruźlicze we Lwowie
Lp. 42/38. We Lwowie, dnia 31 marca 1938

Do

Panów Starostów powiatowych,
Pana Prezydenta miasta Lwowa,
Powiatowych Kół Walki z gruźlicą,
Polskiego Towarzystwa Higienicznego w Przemyślu,
Lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą i
T. O. Z-u we Lwowie.

Na skutek pisma Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie z dnia 22 lutego 1938 r. Ł. dz. III. 2/1 i zarządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 17 lutego 1938 nr. AP-2-90 Wojew. T-wo Przeciwgruźlicze we Lwowie zorganizowało Wojewódzki Komitet Dni Przeciwgruźliczych. Na podstawie zezwolenia Pana Wojewody z dnia 30 marca 1938 r. Ł. Z. 128/3/38 — Towarzystwo zwraca się z uprzejmą prośbą do Pana Starosty (Pana Prezydenta) o zorganizowanie Komitetu Powiatowego (Miejskiego) Dni Przeciwgruźl., któryby się zajął intensywną propagandą Dni Przeciwgruźliczych w czasie od 14-go do 30-go kwietnia 1938 oraz sprzedażą znaczków przeciwgruźliczych. Równocześnie przesyłam Panu Staroście (Panu Prezydentowi) według rozdzielnika plakaty uliczne, plakaciki, ulotki i broszurki przeciwgruźlicze. Dziesięciogroszowe znaczki przeciwgruźlicze przesałam tuż pismem Lp. 11/38 z dnia 25 stycznia 1938 PP. Lekarzom powiatowym. Ponieważ trudne warunki dorocznych zbiórek są coraz gorsze wobec prowadzonej systematycznie akcji pomocy zimowej — wysiłek Komitetów musi być znacznie zwiększony. Przypominam, że rozliczenie ze sprzedaży znaczków 45% dochodu ze znaczków sprzedanych, oraz sprawozdanie z Dni Przeciwgruźliczych musi nastąpić z dniem 30 kwietnia 1938 i w tym też dniu nadesłane pod adresem Urzędu Wojewódzkiego (Sekretariat Wojewódzkiego Twa Przeciwgruźliczego — Dr Wysocki).

45% dochodu ze znaczków, które Komitety powiatowe (miejski) obowiązane są w wyżej podanym terminie odesłać do Urzędu Wojewódzkiego, obejmuje 20% dla Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, 5% dla Wojewódzkiego Twa Przeciwgruźliczego, a 20% przegna-

czone zostaną przez Two na leczenie ubogich chorych na gruźlicę w Lecznicy w Hołosku

Za

Sekret. wykon.

Prezes

Dr Józef Wysocki wr.

Dr Wacław Majewski wr.

Komitet pobrał w Polskim Związku Przeciwgruźliczym duży materiał propagandowy w postaci 3.000 plakatów ulicznych, 3.000 plakacików, 5.000 ulotek różnego rodzaju. — Cały materiał rozdzielono Powiatowym Komitetom i Miejskiemu Komitetowi Dni we Lwowie.

W myśl uchwały Walnego Zebrania Delegatów z dnia 12. czerwca 1937, Wojewódzkie T-wo Przeciwgruźlicze wzorem lat ubiegłych pobierało 45% dochodu ze sprzedaży znaczków przeciwgruźliczych zamiast 25%, a to w celu kontynuowania leczenia bezpłatnego ubogich chorych na gruźlicę w Lecznicy w Hołosku. Kandydatów na leczenie wysyłają Koła i T-wa Przeciwgruźl., a czasokres leczenia i ilość leczonych ustala Zarząd T-wa zależnie od potrzeby chorych i od wysokości zebranych na ten cel funduszków. — W ten sposób przy pomocy finansowej Ministerstwa Opieki Społecznej rozdzielono w r. 1937 — 2.633 dni leczenia na 116 osób.

Wojew. Komitet rozesłał okólniki Ministerstwa Opieki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wojskowych i Komisariatu Rządu na miasto stoł. Warszawę.

Niezależnie od Komitetów lokalnych, Wojew. Komitet uzyskał ze sprzedaży w aptekach lwowskich 160 zł., w prowincjonalnych 122 zł., przesyłając tam bezpośrednio znaczki przeciwgruźlicze.

Komitet zwrócił się do Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie o wzięcie udziału w akcji propagandowej i sprzedaży znaczka. Na skutek tego Ubezpieczalnia urządziła w witrynach okiennych własnego gmachu przy ul. Fredry i Batorego wystawę przeciwgruźliczą. Za pośrednictwem lekarzy domowych we Lwowie i na prowincji, lekarzy Szpitala Ubezpiecz. Społecznej i Przychodni przeciwgruźliczej rozdano ulotki Związku Przeciwgruźliczego i rozlepiono plakaty propagandowe. — Akcja sprzedaży znaczka w tej Instytucji nie powiodła się.

Na skutek interwencji Komitetu — Urząd Wojewódzki zwrócił się do Dyrekcji Państwowych Szpitali i Szpitali Powszechnych na terenie Województwa — za pośrednictwem Tymczasowego Wydziału Samorządowego w likwidacji we Lwowie o wzięcie udziału w akcji propagandowej i sprzedaży znaczków przeciwgruźliczych w kontakcie z lokalnymi Komitetami.

Akcja ta dała dochód następujący:

Tymczasowy Wydział Samorządowy	50 zł. — gr.
Szpitale Powszechne	365 zł. 40 gr.
Państw. Szpital Powszechny we Lwowie	240 zł. 60 gr.
Państw. Zakład dla umysł. chor. w Kulparkowie	700 zł. — gr.

Dyrekcje Szpitali brały udział w akcji propagandowej przez urządzenie pogadank dla personelu szpitalnego i chorych na temat gruźlicy. Dyrektorzy Szpitali i lekarze szpitalni brali gorliwy udział w Komitetach miejscowych Dni Przeciwgruźliczych. Podkreślić należy, że niezależnie od wysłanych przez Tymczasowy Wydział Samorządowy znaczków, Szpitale sprzedawały znaczki przydzielone im przez Komitety lokalne.

Na skutek życzliwej interwencji Tymczasowego Wydziału Samorządowego, Dyrekcja Kopalń Jaworznickich, dostarczająca węgiel Szpitalom Państwowym i Powszechnym, zakupiła znaczki na 500 zł.

Podkreślić należy, że Komitet zyskał wiele zainteresowania i współpracy ze strony Panów: Jana Weissa i Kazimierza Rączego z Tymczasowego Wydziału Samorządowego, którym na tym miejscu wyraża podziękowanie.

Młodzież akademicka wzięła udział w akcji przeciwgruźliczej za pośrednictwem Komisji Senatu dla spraw Młodzieży i Miejskiego Komitetu Dni przez zbiórkę uliczną, która dała czystego dochodu 1.051 zł. (w roku ubiegłym 1.700 zł.). — Użytkowaną kwotę wpłacono w całości do Akademickiej Przychodni Przeciwgruźliczej.

Godnym uwagi jest zaprowadzony od 3 lat przez Miejski Komitet we Lwowie sposób zbiórki przy pomocy numerowanych list składkowych, zaopatrzonych w odezwę do mieszkańców Lwowa. Rozdział list składkowych przeprowadzały Miejskie Urzędy Dzielnicowe przez swoich funkcjonariuszy w ten sposób, że w poszczególnych realnościach zostały wyłożone listy składkowe u właścicieli realności na pewien okres czasu, poczym zaopatrzeni w legitymacje funkcjonariusze miejscy kwitowali zebrane kwoty właścicielom realności. Zebrane kwoty wymieniał Komitet Miejski na znaczki przeciwgruźlicze.

Ze stałego materiału propagandowego (tablic, przeźrocza), jakie posiada Wojewódzkie T-wo Przeciwgruźlicze korzystało wiele szkół lwowskich, Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie i Powiatowy Komitet w Gródku Jagiellońskim. Rozgłośnia Polskiego Radia nadawała w komunikatach krótkie hasła z apelem do kupowania znaczków. Kinoteatry lwowskie wyświetlały przeźrocza z hasłami propagandowymi. Prasa lwowska i poza lwowska nie zamieściła prawie wcale artykułów o gruźlicy.

Wojewódzki Komitet wydał odezwę, ogłoszoną w Ruchu Przeciwgruźliczym Nr. 3—4 Rok 1938.

Lwowski Express wieczorny z dnia 21. kwietnia 1938 Nr. 2441 pisze

„Na kim spoczywa główny ciężar walki z gruźlicą.

Jakkolwiek medycyna w Polsce nie stoi niżej niż w krajach Europy zachodniej, mimo to rocznie na gruźlicę umiera ok. 80.000 osób.

Gdy zaglądnijemy do statystyki, to przekonamy się, że główny ciężar akcji przeciwgruźliczej w kraju spada na barki Ubezpieczeń Społecznych. Ubezpieczenia bowiem rozporządzają największą ilością łóżek przeciwgruźliczych (1668), posiadają najlepiej wyposażone szpitale, sanatoria, przychodnie, organizują najwięcej kolonij i obozów wypoczynkowych dla gruźlików. Statystyka wykazuje, że na 100 ubezpieczonych liczba zachorzeń gruźliczych w przeciągu ostatnich czterech lat zmniejszyła się niemal o połowę w stosunku do poprzedniego czterolecia

C. d. n.

O ustawie o zwalczaniu gruźlicy.

Zrzeszenie Lekarzy Weterynaryjnych we Lwowie wydało o ustawie następującą opinię:

W zagadnieniu gruźlicy, ocenianym, z punktu widzenia lekarsko-weterynaryjnego uwzględniamy:

1) niebezpieczeństwo gruźlicy zwierząt dla zdrowia ludzkiego,

2) znaczenie gruźlicy w sprawach gospodarczo-hodowlanych.

Współpraca świata lekarskiego i lekarsko-weterynaryjnego w oparciu o jednolitą ustawę dotyczyć może tylko zagadnień mieszczących się w punkcie pierwszym. Z tego względu wskazane jest, by mająca powstać ustawa w niczym nie ograniczała i nie kolidowała z przepisami ustawowymi lub działającymi w stosunku do zagadnień wymienionych w punkcie drugim.

Ustawa o zwalczaniu gruźlicy winna uwzględniać fakt, że nie tylko gruźlicze zwierzęta grożą zdrowiu człowieka, ale i odwrotnie gruźliczy człowiek bywa źródłem zakażenia zwierząt (psy, koty, papugi, drób) co z kolei stwarza nowe ogniska niebezpieczne dla człowieka.

W artykułach ustawy winna zatem znaleźć miejsce gruźlica psów, kotów, ptactwa. Z gruźlicy bydłowej nadaje się do ustawowego traktowania wyłącznie gruźlica otwarta, a w szczególności gruźlica otwarta gruczołów mlecznych. W związku z tym wskazane jest przeprowadzenie zmian w obowiązującym ustawodawstwie, normującym obrót mlekiem i jego przetworami,

Dyskusję szczegółową nad ustawą o zwalczaniu gruźlicy odkładamy do chwili pojawienia się ostatecznego projektu

Dyskusję szczegółową nad ustawą o zwalczaniu gruźlicy odkładamy do chwili pojawienia się ostatecznego projektu takiej ustawy. Obecne projekty tak rządowy, jak Dra Grodeckiego wykazują w ocenie lekarsko-weterynaryjnej zasadnicze usterki tak w kodyfikacji jak i w możliwości reali-

zowania zawartych postulatów. Wykonywanie mającej powstać ustawy winno być naszym zdaniem poruczone wyłącznie władzom państwowym z wykluczeniem głębszego ingerowania jakichkolwiek komitetów.

Dr M. Skokowska-Rudolfowa: Zasady projektu ustawy o zwalczaniu gruźlicy. Praca i Opieka Społeczna. Zeszyt 1. Rok XVIII. Autorka omawia kolejno poczynania władz sanitarnych w kierunku zwalczania gruźlicy. Szereg okólników Ministra Spraw Wewn., oraz Min. P. i O. S. określa jak należy dążyć do zwalczania gruźlicy. Mimo braku ustawy przeciwgruźliczej zaznacza się stały wzrost instytucji przeciwgruźliczych, przy wydatnym poparciu czynników państwowych, a zwłaszcza samorządu. Następnie autorka omawia poprzednie projekty ustaw przeciwgruźliczych, zaznaczając, że obecny projekt rządowy ustawy o zwalczaniu gruźlicy uwzględnia całość kształt stworzenia dostatecznego aparatu do walki z gruźlicą, i że podstawą tego ma być przychodnia przeciwgruźlicza. Projekt ustawy stworzy podstawy do dalszej pracy obliczonej na dłuższą metę. W programie na przyszłość znajdują się prace nad wprowadzeniem zmian do ustaw skarbowych, zapewniających większy udział Skarbu Państwa w akcji zwalczania gruźlicy. Wprowadzenie w życie ustawy jest wedle autorki sprawą palącą, a brak jej przynosi szkodę Służbie Zdrowia w Państwie.

Dr M. Skokowska-Rudolfowa: W sprawie artykułu p. t. „Pokłosie dyskusji nad projektem ustawy o zwalczaniu gruźlicy“. Lekarz Polski. Nr. 6. R. 1938. Artykuł dyskusyjny w obronie rządowego projektu ustawy w odpowiedzi na artykuł Dr. Karasińskiego.

Dr St. Karasiński: W obronie prawa do niezależnej krytyki. Lekarz Polski Nr. 7-8. R. 1938. Odpowiedź na poprzedni artykuł Dr. Skokowskiej-Rudolfowej. Autor staje na stanowisku, że rządowy projekt nie przyniesie rozwiązania palącego zagadnienia skutecznego zwalczania gruźlicy. Autor cytuje szereg głosów innych autorów w sprawie walki z gruźlicą. Bez wywalczenia u kompetentnych czynników pełnego zrozumienia dla niecierpiących zwłoki potrzeb walki z gruźlicą i bez zaspokajania tych potrzeb, jeśli walka ma być prowadzona w innej skali niż dotychczas, jest złudzeniem, by projektowana ustawa miała jakiegokolwiek praktyczny sens.

Dr St. Pietraszewski: Wyjaśnienia do artykułu Dr W. Wieszaniewskiego „Na marginesie prac Sejmu nad ustawą przeciwgruźliczą“. Lekarz Polski. Nr. 7-8. R. 1938. Autor wyjaśnia, że ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych z r. 1935 była skonstruowana do prowadzenia walki jedynie z ostrymi chorobami zakaźnymi, i że gruźlica jako choroba specyficzna została z całego szeregu artykułów wymienionej ustawy wyłączone,

K R O N I K A.

Ubezpieczalnie Społeczne rozbudowują Sanatoria przeciwgruźlicze. Od dłuższego już czasu Ubezpieczalnie Społeczne odczuwały dotkliwy brak miejsc w sanatoriach przeciwgruźliczych, pociągający za sobą zbyt długie wyczekiwanie chorych na leczenie sanatoryjne, a zarazem konieczność wypośredkowania krótszych przeciętnie okresów pobytu w sanatorium, niżby to z punktu widzenia leczniczego było wskazane.

W tym stanie rzeczy Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozpoczął realizację szeroko zakreślonego planu budowy i rozbudowy sanatoriów przeciwgruźliczych. I tak przystąpiono do budowy nowego pawilonu sanatorium w Bystrej Śląskiej na 180 łóżek, do powiększenia sanatorium w Worochcie o 94 łóżka, do budowy nowego sanatorium w Nowojelni pod Nowogródkiem na 120 łóżek oraz w Kruku pod Gostyninem na 124 łóżka. Niezależnie od tego Ubezpieczalnia Społeczna w Łodzi rozbudowuje swe sanatorium w Tuszyńku, tworząc 2 nowe pawilony, po 200 łóżek każdy.

W ten sposób w najbliższej przyszłości przybędzie ubezpieczonym 1.218 łóżek w sanatoriach przeciwgruźliczych, co wobec posiadanych w roku bieżącym 1.900 łóżek we własnych przeciwgruźliczych sanatoriach, w sanatoriach obcych zakontraktowanych i prewentoriach dla dzieci, stanowić będzie przyrost łóżek o 64%.

Ubezpieczalnia Społeczna w Lublinie, — jako instytucja obejmująca swym leczeniem pokaźną liczbę ludności w usilnej trosce o zdrowie nie tylko swych ubezpieczonych ale i całego społeczeństwa, przystępuje do urządzenia we własnym lokalu wzorowej przychodni przeciwgruźliczej. Przychodnia ta będzie prowadzona przez Komisję Autonomiczną, w skład której wejdą 4-ej członkowie powołani przez Ubezpieczalnię i przez Wojewódzkie Lubelskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, oraz jeden członek z poza tych instytucji. Z przychodni tej korzystać będą zarówno ubezpieczeni i ich rodziny, jak i za minimalnymi opłatami również i nieubezpieczeni.

1. czerwca r. b. odbyło się w Żninie poświęcenie i otwarcie poradni przeciwgruźliczej, urządzonej staraniem Ubezpieczalni Społecznej w Gnieźnie z współudziałem Wydziału Powiatowego w Żninie i Zarządu Miejskiego w Żninie. W uroczystości wzięli udział przedstawiciele władz miejscowych, Ubezpieczalni Społecznej w Gnieźnie, liczni lekarze oraz inspektor zdrowia województwa poznańskiego.

Sanatorium Kasy Emer. w Chodzieży prosi o podanie do wiadomości PP. Kolegów-Lekarzy, że Dr. Karwowski Janusz asystent sanatorium — wykonuje przepalenie zrostów opłucnowych. Sanatorium przyjmuje prywatnych pacjentów na wolne miejsca po uprzednim porozumieniu się z Dyrekcją.

Sprawa Zjazdu Zrzeszenia Dyrektor. Sanat. Przeciwgruźliczych o charakt. społ.: Zjazd Dyrekt. Sanat. Przeciwgruźli-

czych o charakt. społ. odbędzie się w styczniu 1939 r., zamiast we wrześniu b. r.

Województwo poleskie. Liczba osób pozostających we wrześniu 1937 pod opieką przychodni przeciwgruźliczych wzrosła do około 10000 osób, wobec około 7500 w roku ubiegłym. Ilość lekarzy na 10 000 mieszkańców wynosi 1,5, a ilość łóżek szpitalnych 7, ilość aptek 0,4.

Wojskowe sanatorium wysokogórskie we Francji otwarto w Passy (Hante Savoie) dla oficerów i podoficerów. Położone jest ono na wysokości 1140 metrów nad poziomem morza i posiada 170 pokoi dla chorych.

Propaganda „Dni Przeciwgruźliczych” przez TOZ. — oddział we Lwowie. TOZ. — oddział we Lwowie, jak w latach uprzednich urządził w czasie Dni Przeciwgruźliczych od 14 — 30. IV. b. r. szereg odczytów w zakładach, szkołach i innych instytucjach, pozostających w kontakcie i ścisłej współpracy z TOZ-em „o gruźlicy”, sposobach infekcji i metodach zwalczania tejże.

Chcąc w roku bieżącym ponadto zapoznać zwłaszcza młodzież szkolną ze sposobami infekcji, metodami zwalczania oraz skutkami w razie nieleczenia tej tak rozpowszechnionej wśród młodzieży choroby, postanowił TOZ urządzić poranki kinowe z wyświetleniem filmu propagandowo-naukowego n. t. gruźlicy. Uzyskawszy zezwolenie Inspektoratu Szkolnego Miejskiego i wystarawszy się o film p. t. Niebezpieczny Pocałunek, wyprodukowany w swoim czasie przez Ligę Szkolną Przeciwgruźliczą, urządził TOZ. — sekcja przeciwgruźlicza — w kinie Muza w czasie od 23 — 30 kwietnia poranki kinowe połączone z krótką prelekcją o znaczeniu Dni Przeciwgruźliczych, jakoteż o gruźlicy. Ogółem odbyło się takich poranków 13, a zwiedziło je 3.790 dzieci ze szkół: Staszica ż., Sobieskiego m. i ż., Czackiego m. i ż., Reja, Staszica m., Issakowicza ż., Lenartowicza m. i ż., Mickiewicza, Kohna, Żyd. Gimn. Kupieckiego, Z. Szkoły Handl., Bursy rzem., Przystani dla dziewcząt i Przystani dla chłopców Domu Pomocy Społecznej, oraz szkoły rel. Jesodej-Hatora. O żywym zainteresowaniu dzieci świadczyły oklaski po każdorazowym wyświetleniu filmu jak i każdorazowej prelekcji. Również Dyrekcje szkół złożyły podziękowanie Zarządowi Tozu za urządzenie poranków kinowych.

Działalność włoskiego ubezpieczenia na wypadek gruźlicy w 1936 r. Ubezpieczenie to przeprowadza Faszystowski Krajowy Zakład Ubezpieczeń. Ubezpieczeniu podlegają wszystkie osoby zarobkujące pracą najemną w wieku lat 15 — 65 (również i służba domowa). Rozporządzeniem królewskim z dn. 13. 3. 1936 r. rozszerzono obowiązek ubezpieczenia tego na osadników i drobnych dzierżawców rolnych. Nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia pracownicy umysłowi zarabiający miesięcznie ponad 800 lirów. Szacunkowa liczba

ubezpieczonych w 1936 r. wynosiła 7 milionów osób. Składki opłacają po połowie ubezpieczeni i pracodawcy. Istnieją dwie grupy zarobkowe i składkowe: pierwsza klasa, zarabiających tygodniowo do 48 lirów, opłaca składki tygodniowe wynoszące 0,50 lira, dla wyższych zarobków (druga klasa) składka tygodniowa wynosi 1 lir. Osadnicy i dzierżawcy rolni płacą ryczałty rocznie 12 lirów. W 1936 r. tytułem składek zebrano 166.179 tys. lirów, z tej kwoty osadnicy i dzierżawcy rolni wpłacili 7.329 tys. lirów.

Ubezpieczenie na wypadek gruźlicy udziela świadczeń w naturze i pieniężnych. Pieniężne zasiłki otrzymują ubezpieczeni leczeni w zakładach leczniczych (sanatoriach) lub w domu, o ile mają na utrzymaniu członków rodziny. Zasiłki te wynoszą dziennie 4 liry i 6 lirów zależnie od grupy zarobkowej. Osadnicy i dzierżawcy rolni nie mają prawa do zasiłków pieniężnych. Świadczenia w naturze — to leczenie ubezpieczonych i członków ich rodzin w zakładach leczniczych. W 1936 r. leczono 46.887 osób (1935 — 61.339), liczba dni świadczeniowych (leczenia) w 1936 wyniosła 7.196 tys. (w 1935 — 8.373 tys. dni). Świadczenia kosztowały 167.597 tys. lirów. Z kwoty tej leczenie domowe i ambulatoryjne kosztowało 2.329 tys. lirów, leczenie w zakładach leczniczych 159.333 tys. lirów, koszty podróży leczonych do zakładów 999 tys. lirów, zasiłki pieniężne 4.936 tys. lirów.

Koszty administracyjne ubezpieczenia wyniosły 13.181 tys. lirów. Majątek ubezpieczenia w końcu roku wynosił kwotę 543.569 tys. lirów, z czego w nieruchomościach własne zakłady lecznicze 482.132 tys. lirów.

Wolne posady. W Sanatorium ZUS w Bystrej Śl. od 1/8. b. r. wakuje posada asystenta (stała) z wynagrodzeniem 380 zł. ryczałt. Zgłoszenia z dokumentami kierować do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Wydział Zakładów Leczniczych w Warszawie, Czerniakowska 231.

2) Sekundariusza na Oddziale wewnętrznym i płucnym. Pobory zł. 300.— mies., utrzymanie, mieszkanie dwupokojowe. Wymagana praktyka 3 lata interny i rok płucna. — Szpital Stacji Klimatycznej w Zakopanem.

3) Posada praktykanta po odbyciu prakt. szpit. i przynajmniej pół roku chirurgii, pobory zł. 200.— mies., utrzymanie bez mieszkania. Szpital Stacji Klimatycznej w Zakopanem.

4) W Sanatorium Kasy Emerytalnej w Chodzieży jest do objęcia od zaraz posada lekarza do prowadzenia laboratorium. Wynagrodzenie 250 zł. z utrzymaniem i mieszkaniem. Poza tem jest możliwość prowadzenia przychodni przeciwgruźliczej P. C. K. w Chodzieży z wynagrodzeniem 80.— zł. Pierwszeństwo mają koledzy z praktyką laboratoryjną i fizjologiczną.

5) W Sanatorium w Smukale koło Bydgoszczy jest do objęcia od zaraz posada asystenta.