

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 16 (84). Rocznik III.

Kraków, 19. 4. 1942 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kröll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

T R E Ś C :

Str.

Odprawa Wydziału spraw Zdrowotnych w Głównym Wydziale Spraw Wewnętrznych Rządu Generalnego Gubernatorstwa, odbyła w Krynicy-Zdroju od 23-go do 27-go marca 1942 r. 431

Odprawa Wydziału Spraw Zdrowotnych w Głównym Wydziale Spraw Wewn. Rządu Generalnego Gubernatorstwa, odbyta w Krynicy-Zdroju od 23-go do 27-go marca 1942 r.

Tegoroczna wiosenna konferencja służbowa Wydziału Spraw Zdrowotnych w Głównym Wydziale Spraw Wewnętrznych Rządu Generalnego Gubernatorstwa, odbyta od 23-go do 27-go marca 1942 w Krynicy-Zdroju pod przewodnictwem Gebietsgesundheitsführera, Prezydenta wydziału Dra med. Walbauma, zgromadziła kierowników i referentów oddziałów spraw zdrowotnych w okręgach, jak również lekarzy urzędowych starostw miejskich i powiatowych, celem uzyskania wskazówek co do prac administracji zdrowotnej w nadchodzących miesiącach wiosennych i letnich. W posiedzeniu wzięli także i teraz udział kierujący oficerowie sanitariatu Sił Zbrojnych, lotnictwa, P i policji.

Po powitaniu przez przewodniczącego konferencji wskazał Dr. Walbaum na ważność znaczenia gruźlicy w Generalnym Gubernatorstwie i zakomunikował, że wszystkie władze Generalnego Gubernatorstwa, zajmujące się sprawami zdrowotnymi na wniosek Wydziału Spraw Zdrowotnych Rządu połączyły się dla wspólnego zwalczania gruźlicy. Wydziały „Spraw Zdrowotnych“ jak również „Spraw ludnościowych i opieki społecznej“ w Głównym Wydziale Spraw Wewnętrznych Rządu, Główne Wydziały „Pracy“, „Kolei“ i „Poczty“ w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa, jak również główny dział pracy „Opieki społecznej“ Partii Narodowo Socjalistycznej na terenie Generalnego Gubernatorstwa ustaliły wytyczne pracy Komitetu przeciwgruźliczego, który ukonstytuował Gebietsgesundheitsführer jako pierwszy punkt odbywającej się konferencji.

Po ukonstytuowaniu Komitetu przeciwgruźliczego Gebietsgesundheitsführer wskazał, że instytucja ta na skutek jednolitego ujęcia wszystkich czynników,

powołanych do zwalczania gruźlicy, ma bardzo wielkie znaczenie dla Generalnego Gubernatorstwa, a jej działalność wywrze błogosławiony wpływ na mieszkańców.

Szereg referatów zapoczątkował nadradca sanitarny Dr. Ekhardt z Wiednia odczytem na temat „Epidemiologia gruźlicy“.

Mówca wywodził, że ogólna epidemiologia gruźlicy zajmuje się sumą zachorowań, łączących się przyczynowo i powstających kolejno, mierzoną skalą czasu i przestrzeni. Jako podstawę wymaga ona liczbowego ujęcia przypadków poszczególnych. Zadanie jej polega na ustaleniu z liczb i ich zmian dynamiki choroby zakaźnej. Okres wylęgania na ogół wynosi w gruźlicy nie niżej 4—6 tygodni, z reguły raczej 6 do 8. Umieralność, którą na ogół oblicza się na $10.000 \text{ mieszkańców} \times \text{śmiertelność}$. Według obliczeń Breuninga śmiertelność wynosi 70%.

Przy chronicznym przebiegu gruźlicy musi się też liczyć z pojęciem stanu cyfrowego, który pociąga za sobą to, że czynniki oddziałujące na przebieg krzywej gruźlicy ulegają przytłumieniu i wyrównaniu.

Krzywa wariacyjna przeciętnej długości choroby jest to krzywa asymetryczna przesunięta w lewo, bardzo stromo wstępująca, która ze swego punktu szczytowego opada początkowo stromo, następnie wydłuża się. Mówi ona, że także jeszcze 70% chorych umiera w ciągu 3 lat, licząc od początku zachorowania.

Przebieg krzywej gruźlicy w dłuższym okresie czasu wykazuje, że i gruźlica ma bardzo rozciągly przebieg falisty. Każdy kraj posiada swą własną krzywą gruźlicy, której wysokość, jak również stro-

mość wzrastania i opadania jest charakterystyczna dla poszczególnego kraju. Krzywe dawniejszych czasów wyróżniają się na ogół o wiele wyższym punktem szczytowym.

Natężenie epidemii gruźlicy w poszczególnych krajach jest i było zależne od natężenia i szybkości otwarcia komunikacji, jak również od natężenia tego biologicznego przegrupowania ludnościowego, według którego zmieniał się w poszczególnych krajach stosunek ludności wiejskiej do miejskiej. Szybkość opadania poszczególnych krzywych gruźlicy, pomijając zjawiska doboru naturalnego, była przy tym istotnie funkcją podniesienia poziomu higieny poszczególnych krajów i ludów. Dawniejsze wyraźne rozróżnianie gruźlicy zasadniczej i dodatkowej odpadło obecnie dla większości krajów zachodnich i środkowo-europejskich. Gruźlica osiągnęła krytyczny swój punkt przy stanie około 7—8 przypadków śmiertelnych na 10.000. Następstwo daleko sięgającego rozpowszechnienia choroby polega obecnie na tym, że teraz czas pierwotnego zakażenia coraz to bardziej przesuwa się w wyższy wiek okresu dojrzewania i do późniejszych klas wieku. Dotychczas nie można było wykazać niebezpieczeństwa opóźnionego zakażenia pierwotnego dla krajów, które mają za sobą daleko sięgające rozpowszechnienie tej choroby zakaźnej.

W dalszym ciągu referatu mówca wskazał na odrębności gruźlicy w poszczególnych okresach życia, zwłaszcza w wieku niemowlęcym, szkolnym i dojrzewania, jak również na odmienne zachowanie się płci w odniesieniu do rozpowszechnienia gruźlicy i w odniesieniu do umieralności. Pod koniec wywodów referent mówił o fakcie swoistej dziedzicznej dyspozycji do gruźlicy, czego dowiodły badania rodowe, szczególnie zaś nowsze badania z zakresu biologii dziedziczności. Diehl i Verschuer usiłowali wprowadzić określony porządek i podział na przyczyny powodujące rozpowszechnienie gruźlicy i jej powstanie. Odróżniają oni dwie przyczyny główne: prątka gruźlicy, jako sprawcę zakażenia, oraz dziedziczne swoiste usposobienie gruźlicze, jak również dwie grupy przyczyn pobocznych lub czynników modyfikacyjnych, a mianowicie: grupę przyczyn dziedzicznych, do której należą wszystkie stany i postacie oddziaływania ustroju leżące ostatecznie w skłonności dziedzicznej i uwarunkowane tą skłonnością dziedziczną, a które mają znaczenie dla powstania i przebiegu gruźlicy, oraz po drugie grupa przyczyn niedziedzicznych, przez co należy rozumieć z jednej strony wpływy uwarunkowane otoczeniem, z drugiej strony wpływy modyfikujące, leżące w samym zakażeniu.

Drugi z kolei mówca, nadradca san. Dr. Griesbach z Augsburga, wygłosił referat na temat „Ujawnienie, leczenie, nadzorowanie i azylowanie, oraz ich znaczenie dla zwalczania gruźlicy.“

Punktem wyjścia dla mówcy było następujące podejście do zagadnienia: „Szukać źródeł zakażenia i tłumić ogniska zarazy“, przy czym dotychczas stosowana metodyka defenzywy, a więc poczynañ ochronnych przed gruźlicą, w ostatnim czasie przeszła do ofenzywy przeciw gruźlicy, do czego w pierwszym rzędzie należy ujawnianie chorych. Totalne ujęcie wszystkich gruźlików, czego już przeszło 10 lat temu domagał się znany badacz gruźlicy Redeker, da się dzisiaj przeprowadzić praktycznie przy zastosowaniu metody rentgenoskopowej. Zestawienie

katastru rentgenologicznego ludności wymaga jednak, jako warunku wstępnego, takiej opieki nad gruźlikami, która by pracowała bez zarzutu pod względem rzeczowym. Przy braku tego warunku wstępnego musi się stworzyć fundament planowej opieki nad gruźlikami przez ich częściowe ujęcie pod kątem widzenia tzw. „prawideł niezauważonej gruźlicy“, ustalonych przez Kaysera-Petersena:

1. Gruźlica początkowa, jak też i zaawansowana może nie dawać żadnych objawów, które by były dostrzegalne dla samego chorego lub jego otoczenia.

2. Przeważająca większość gruźlików niezauważonych nie da się rozpoznać osłuchowo i wypukowo, lecz daje się odnaleźć tylko przy pomocy badań rentgenologicznych.

3. Częstość gruźlicy niezauważonej jest niezależna od wieku badanych, od zagrożenia zakażeniem i od pory roku.

4. Czas trwania procesu chorobowego i rokowanie zależy w znacznej mierze od rozciągnięcia opieki we właściwym czasie.

Od lat szczególnie celowym okazał się „plan stopniowania zadań według ich pierwszeństwa“ (wysunięty przez referenta już w r. 1938), według którego to planu pracują już obecnie nowoczesne stacje opieki nad gruźlikami:

1. Badanie osób zgłoszonych, przekazanych, samozgłaszających się i przeprowadzanie ich badań kontrolnych.

2. Wyczerpujące badania otoczenia wewnątrzrodzinne z szukaniem źródła zakażenia i wyszukiwaniem ewentualnego rozszerzenia się zakażenia.

3. Wyczerpujące pozarodzinne badania otoczenia osób stykających się, w zagrożonym wieku.

4. Badania kontrolne narażonych i dawniej narażonych według dokładnego kalendarza terminowego.

5. Wyszukiwanie źródeł wewnątrz-rodzinnych i poza-rodzinnych, o ile ujawniono zakażonych poraz pierwszy (przeważnie dzieci), przy czym także musi się myśleć o zakażeniu bydłem.

6. Celowe masowe badania rentgenologiczne w znaczeniu rozszerzonych badań pozarodzinnych otoczenia i wyszukiwania źródeł w miejscach pracy, szkołach, obozach itd., jak również w całych miejscowościach, gdzie osobnicy z gruźlicą otwartą rozsiewali ją przez dłuższy czas.

7. Celowe masowe badania rentgenologiczne robotników, pracujących w pyłe (pył kamienny!).

8. Okolicznościowe masowe badania rentgenologiczne osób w wieku zagrożonym (po ukończeniu szkoły, uczniów szkół kształcących, organizacji narodowo-socjalistycznych młodzieży, służby pracy, rekrutów, studentów itd.).

9. Okolicznościowe masowe badania rentgenologiczne całych zakładów pracy, korporacji, całych miejscowości.

10. Okolicznościowe masowe badania rentgenologiczne dzieci szkolnych.

Po szczegółowym omówieniu tych 10 punktów planu stopniowego, przy czym referent ciągle wskazywał na ujęcie chorych w stosownym czasie, omawiano zadania, jakie mają wykonać stacje opieki w związku z planem stopniowym, ujmując to liczbowo w przeliczeniu na liczbę mieszkańców zakresu działania jednej stacji opieki. Przy rzeczowym opracowaniu stopni 1—4 potrzeba 5%, dla stopni 1—5 10%, dla stopni 1—6 20% badań, przeliczywszy na liczbę mieszkańców obszaru działania.

Natężenie pracy, wykonanej przez stację opieki, wyraża się najwyraźniej w liczbie przypadków zaraźliwej gruźlicy płuc, znanych stacji opieki, w stosunku do istniejącej lub dającej się obliczyć przeciętnej dla Rzeszy i w odsetku zmarłych na gruźlicę, którzy znani byli stacji opieki przed śmiercią. Przy dobrze pracującej stacji opieki odsetek ten powinien wynosić zawsze ponad 90.

W opiece leczniczej stacja opieki nad gruźlikami ma następujące zadania:

1. Orzekanie przez lekarzy zaufanych dla wszystkich instytucji ponoszących koszty leczenia, czy chorzy nadają się do leczenia sanatoryjnego,

2. przejęcie odpowiedzialności za bieżące nadzorowanie chorych gruźliczo, co do których można zaoszczędzić postępowania leczniczego,

3. wobec istniejących w Generalnym Gubernatorstwie stosunków, dokonywanie, względnie nadzorowanie przez lekarzy specjalistów dopełniań odmy sztucznej u chorych ambulatoryjnych.

Co do zapobiegania zakażeniu, to zarządzenia, jakie należy podjąć co do ścisłego oddzielenia, zależą od stopnia zdolności zakażenia, który to stopień musi się jak najdokładniej stwierdzić odrębnie dla każdego przypadku.

Co do opieki następowej omawiano szczegółowo na podstawie wytycznych opiekę mieszkaniową, gospodarczą, pracy, jak również pozostałe dziedziny, jak uświadamianie, wydawanie orzeczeń i poradnictwo, składanie sprawozdań i działalność naukową.

Na zakończenie Dr. Griesbach omówił w grubych zarysach warunki umożliwiające organizacyjne wykonanie w Generalnym Gubernatorstwie opracowanej przez niego metodyki pracy, co streścił w następujących punktach:

1. Dla wszystkich instytucji, zwalczających gruźlicę na terenie ograniczonego geograficznie obszaru (okręgu) musi istnieć instytucja centralna, jako specjalna organizacja udzielająca porad przez lekarzy specjalistów.

2. Centrala musi być równocześnie miejscem następowych badań dokonywanych przez zaufanych lekarzy specjalistów dla wszystkich instytucji ponoszących koszty leczenia, azylovania jak również późniejszej opieki i akcji zapobiegającej.

3. Do centrali musi być włączona „Wzorowa stacja opieki“ ze wszystkimi urządzeniami diagnostycznymi, której jednolity sposób pracy ma być dla pozostałych stacji opieki wzorem i miernikiem także co do formalnego załatwiania spraw i opracowywania aktów. Wzorowa stacja opieki musi też móc służyć i musi służyć jako miejsce kształcenia i dokształcania lekarzy, opiekunek i pielęgniarek.

4. Na żądanie centrala musi być czynna jako pomocnicza stacja specjalistyczna przy dodatkowej pracy opiekuńczej dla statystycznego ujęcia gruźlicy płuc.

5. Na skutek centralnego opracowywania wniosków o leczenie sanatoryjne, centrala musi przejmować też wobec mniej zamożnych lub nie ubezpieczonych porękę kosztów za przeprowadzenie postępowania leczniczego, a równocześnie musi być w możliwości ponoszenia kosztów szybkiego skierowania.

6. Odnośnie do opieki następowej centrala musi być w stanie popierać energicznie z własnych środków opiekę gospodarczą i mieszkaniową, oraz przeprowadzać za pośrednictwem do pracy, współpracując z urzędami pracy.

Popołudniu w pierwszym dniu posiedzenia nadradca rejencyjny Stamm z Krakowa, jako kierownik Wydziału ubezpieczenia społecznego w Głównym Wydziale „Pracy“ Rządu Generalnego Gubernatorstwa wygłosił referat na temat: „Znaczenie zwalczania gruźlicy dla akcji zatrudnienia i współdziałanie ubezpieczeń społecznych“.

Referent przede wszystkim dał przegląd stosunków, które znalazła administracja niemiecka w październiku 1939 przy przejęciu polskich ubezpieczeń społecznych. Kasy ubezpieczeń społecznych były puste, papiery wartościowe wartości nominalnej okra-gło 700 milionów złotych, które miały stanowić rezerwę na ciężkie czasy, zostały wywiezione lub spalone. W niewiarygodnie krótkim czasie administracja niemiecka rozwinęła ze znalezionych szczątków to ubezpieczenie społeczne Generalnego Gubernatorstwa, które obecnie zapewnia większe świadczenia niż ubezpieczenie b. Rzeczypospolitej Polskiej.

Zaraz po stworzeniu koniecznej podpory finansowej ubezpieczenia społeczne rozpoczęły walkę z gruźlicą. Ponieważ sanatoria gruźlicze b. Państwa Polskiego leżały przeważnie na terenach włączonych obecnie do Rzeszy, ubezpieczenia społeczne w Generalnym Gubernatorstwie nie miały korzystnych punktów oparcia dla walki z gruźlicą. Dlatego najpierw musiały one dokonać najmu sanatoriów i uczyniły to w Rudce i Otwocku, a następnie z początkiem roku 1941 urządziły na nowo szpital gruźliczy w Radziszowie, za którym poszedł szpital gruźliczy Skotniki na terenie Państw. szpitala w Kobierzynie pod Krakowem, urządzony przy współpracy Wydziału „Spraw Zdrowotnych“ Rządu.

Obok leczenia sanatoryjnego ubezpieczenia społe-

Tarnów, dnia 11 kwietnia 1942

Ubezpieczalnia Społeczna w Tarnowie
ogłasza

K O N K U R S

na stanowisko lekarza specjalisty chorób skórnych i płciowych w Tarnowie (4 godziny pracy dziennie) za wynagrodzeniem miesięcznym w kwocie zł 664.— Btto.

Kandydaci na powyższe stanowisko lekarza specjalisty Ubezpieczalni winni posiadać kwalifikacje określone w art. 3 „Zasad Ogólnych w sprawie przyjmowania, pełnienia, czynności i zwalniania lekarzy Ubezpieczalni“, wydanych przez Kierownika Głównego Wydziału Pracy w Rządzie Generalnego Gubernatora (z dnia 24. VI. 1941). Warunki pracy i płacy regulowane są powyższymi zasadami.

Do podań na powyższe stanowisko należy dołączyć następujące dokumenty w oryginałach lub uwierzytelnionych odpisach:

- 1) metrykę urodzenia,
- 2) dyplom lekarza,
- 3) zaświadczenie rejestracji (dowód prawa odbywania praktyki lekarskiej),
- 4) świadectwa z odbytej praktyki szpitalnej,
- 5) świadectwa pracy zawodowej,
- 6) świadectwo zdrowia (urzędowe),
- 7) własnoręcznie napisany życiorys.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie w terminie do dnia 30 kwietnia 1942 godz. 12-ta.

Lekarz Naczelny: Dyrektor
(—) Dr. Czesław Kossobudzki (—) Schally Tadeusz

czne otworzyły liczne poradnie przeciwgruźlicze i stale pogłębiały ich pracę. W ścisłej współpracy z Wydziałem „Spraw Zdrowotnych” Rządu przychodnie te chronią pracującą ludność Generalnego Gubernatorstwa przed chorobą społeczną gruźlicą przy pomocy planowego nadzorowania, które przede wszystkim polega na wczesnym ujęciu przypadków chorobowych dając największe widoki na wyleczenie oraz w ramach możliwości nie dopuszczając do dalszych zakażeń.

Po rozpoczęciu drugiego dnia obrad referatem oficera sanitarnego, mówił kierownik sanatorium w Ziegenhals Dr. med. habil. Rickmann na temat: „Obraz kliniczny i patologiczny gruźlicy na Wschodzie, a wpływ wojny”.

Wychodząc z faktu, że gruźlica w swym powstawaniu i rozwoju nie jest zależna od rasy, oraz że nawiedza Europejczyka zarówno jak mieszkańca Afryki, białego zarówno jak czarnego, mówca wskazał na to, że zresztą gruźlica u różnych ludów różni się zasadniczo swym przebiegiem i swym rozwojem. Nie ma bezwarunkowej ochrony przed gruźlicą. Gruźlica dorosłych w większości przypadków jest dalszym ciągiem zakażenia nabytego w młodości. Obok konstytucji znaczenie rozstrzygające posiadają wpływy zewnętrzne.

Na skutek zwiększonych wymagań, stawianych każdemu w czasie wojny, musi się na ogół liczyć ze zwiększeniem zachorowań na gruźlicę. Nie ma swoistego lub nieswoistego środka leczniczego przeciw gruźlicy. W leczeniu pierwsze miejsce zajmuje wciąż jeszcze kuracja higieniczno-dietetyczno-klimatyczna, dla której na Wschodzie istnieje wiele miejsc położonych szczególnie korzystnie. W ramach kuracji coraz to większą rolę odgrywa leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc.

Referent wywody swoje zamknął życzeniem, aby pewnego dnia wreszcie wynaleziono środek leczniczy skuteczny w gruźlicy, przy pomocy którego wówczas dopiero przez najściślejszą współpracę klinicystów i higienistów społecznych uda się przytłumić gruźlicę na tyle, żeby już więcej nie stanowiła niebezpieczeństwa zarazy dla całych ludów, jak to jest obecnie.

Na zakończenie drugiego dnia konferencji mówił radca sanit. Dr. Hagen, lekarz urzędowy w Warszawie, na temat: „Zwalczanie gruźlicy w Generalnym Gubernatorstwie”, zamykając tym szereg referatów o zwalczaniu gruźlicy.

Mówca rozpoczął od tego, że w b. Polsce gruźlica już przed wojną wykazywała śmiertelność znacznie wyższą niż w Niemczech, gdzie w r. 1937 umarło na gruźlicę 63 osoby, podczas gdy np. w Warszawie liczba zmarłych na gruźlicę wynosiła 160. Szacunkowo liczba zmarłych na gruźlicę przed wojną w b. Polsce wynosiła około 190 osób.

Jeśli się uwzględni, że Żydzi mają rzeczywiście o wiele mniejszą śmiertelność aniżeli nie-Żydzi, to liczby wyłączone dla ludności czysto polskiej są jeszcze znacznie wyższe, przy czym także musi się uwzględnić niedostateczne zgłaszanie przypadków śmierci w b. Polsce i wykazujące braki dane o przyczynach śmierci. Na zaufanie mogłyby zasługiwać do pewnego stopnia dane o gruźlicy płuc wśród poborowych, stających do przeglądu, która przy rocznikach 1906—1909 wynosiła około 10%, z czego znowu około 4% było niezdolnych do służby wojskowej.

Co do rozmieszczenia przestrzennego punkty szczytowe gruźlicy płuc znajdowały się na obszarze Wi-

leńszczyzny, okolic Warszawy i Lwowa. Górnośląski obszar przemysłowy posiadał korzystniejszy odsetek, podczas gdy okolice górzyste wykazywały najniższy stan gruźlicy.

Pod względem wieku wysoka śmiertelność na gruźlicę występuje przede wszystkim u osesków. Wynosiła ona w r. 1927 w Warszawie 7,2⁰/₀₀ wobec 1,1⁰/₀₀ w Danii. W r. 1909 śmiertelność osesków na gruźlicę spadła w Warszawie prawie do połowy. Punkt szczytowy, leżący w Niemczech w trzecim dziesiątku lat, nie zaznaczał się tak wyraźnie w Polsce. Natomiast śmiertelność po 40 roku życia, szczególnie u mężczyzn była znacznie wyższa.

Wojna przyniosła wielki wzrost śmiertelności na gruźlicę, co w pierwszym rządzie znowu dotyczy roczników po 40-ce, a w mniejszej mierze śmiertelności dzieci.

Stan zwalczania gruźlicy w b. Polsce przed wojną należy oznaczyć jako absolutnie niedostateczny. Liczbę poradni przeciwgruźliczych, których w obrębie obecnego Generalnego Gubernatorstwa istnieje 346, tak że na 50—60 000 mieszkańców przypada 1 poradnia, należy uważać za zupełnie dostateczną. Ale jeżeli się stwierdzi, że z tego tylko 37 poradni posiadało własne aparaty rentgenowskie, a pozostałe urządzenia badawcze były też odpowiednie, to można zrozumieć, że osąd działalności tych poradni musi wypaść surowo.

Na milion mieszkańców przy 2.000 przypadków śmierci wypada:

czynności dokonane:	powinno być:
14.400 badań	50.000
1.300 stwierdzonych przypadków Tbc	10.000
4.000 nadzorowanych przypadków Tbc	20.000
4.700 odwiedzin w domu	80.000

Stosunek zgłoszeń do przypadków śmierci wynosił w Warszawie jeszcze dzisiaj 8:1 podczas gdy w niemieckiej stacji opieki przypada 25 zgłoszeń na 1 przypadek śmiertelny.

Ponadto metody leczenia były absolutnie niedostateczne. W r. 1933 nie przeprowadzono nawet półtora raza tylu postępowań leczniczych, ilu ludzi zmarło na gruźlicę. Długość leczenia sanatoryjnego 50—80 dni była o wiele za małą.

Ponieważ na skutek wojny utracono prawie wszystkie łóżka w sanatoriach, w obecnym stanie rzeczy skuteczne zwalczanie gruźlicy metodą sanatoryjną jest wykluczone. Dlatego też większą wartość musi się położyć na pracę poradni i stacji opieki. W pierwszym rządzie musi się unikać zakażenia dzieci, aby przez to usunąć warunki powstawania gruźlicy wieku późniejszego. Praca stacji opieki musi być dostosowana do wymagań niemieckich i dlatego żądania wysunięte przez nadradcę sanitarnego Dra Griesbacha co do centralnego kierowania walką z gruźlicą zostaną spełnione. Dla każdego okręgu potrzeba centralnej stacji, która musi rozporządzać wszystkimi współczesnymi urządzeniami, aby być w stanie dawać wytyczne dla pracy innych stacji opieki w okręgach. Do stacji centralnej musi się dołączyć szpital gruźliczy, który przejmie obserwację, opracowanie planu leczenia i rozpoczęcie leczenia. Przy tym możnaby na pierwszy plan wysunąć leczenie odma sztuczną przy pozostawieniu chorego w rodzinie.

Podstawy tej pracy na przyszłość będą tworzyć

Komitet przeciwgruźliczy i wspólnoty przeciwgruźlicze.

Kierownik oddziału chirurgicznego Państw. szpitala w Krakowie Dr. Braun wykazał na krzywej, że gruźlica chirurgiczna, to jest głównie gruźlica kości i stawów, ma wielkie znaczenie społeczne. Przeciętą liczbą przypadków obserwowanych na jego oddziale dla gruźlicy wynosi po 170 w ostatnich 5 latach, w przeliczeniu na ogólną ilość wszystkich chorych wynosi to od 3,5 do 5,7%. Uderzające jest przy tym, że w latach 1940 i 1941 na materiale kierowanego przez niego oddziału Szpitala Państw. w Krakowie nie zaznacza się wcale zwiększenie przypadków gruźlicy chirurgicznej ani w liczbie absolutnej, ani też w liczbie stosunkowej. Prawdopodobnie wzrost gruźlicy chirurgicznej nie nadąża gruźlicą płuc.

Prof. Dr. Lauber, kierownik oddziału chorób ocznych Państw. Szpitala w Krakowie wskazał w swym referacie, który wydrukujemy osobno, na wielką rolę, jaką odgrywa gruźlica w powstawaniu chorób oczu.

Trzeci dzień konferencji był poświęcony omawianiu zwalczania chorób zakaźnych, grasujących w Generalnym Gubernatorstwie, przy czym jako pierwszy przemawiał nadzwyczajny pełnomocnik dla zwalczania duru osutkowego w Generalnym Gubernatorstwie, prof. Dr. Kudicke, dyrektor Państw. Zakładu Higieny w Warszawie, na temat „Zwalczanie duru osutkowego“.

Prof. Dr. Kudicke omówił powstanie, rozmiar i znaczenie epidemii duru osutkowego, panującej obecnie w Generalnym Gubernatorstwie oraz drogi, którymi będzie się kroczyć dla jej zwalczania, jak również przeciwstawiające się mu trudności.

Referent wskazał na to, że odpowiedzialność za powstanie epidemii należy przypisać wzrostowi zażycia określonych warstw ludności, przede wszystkim proletariatu żydowskiego, ale też biedniejszych warstw polskiej ludności miejskiej i mieszkańców wsi.

Po dojściu epidemii do punktu szczytowego w trzecim tygodniu 1942 r., daje się zauważyć trwałe i częściowo znaczny spadek zgłoszeń choroby. Spadek krzywej wykazuje, że droga obrona dla zwalczania była właściwa i że chodzi tylko o to, aby nią iść do końca, oraz aby pomnożyć środki pomocnicze dla zwalczania duru osutkowego. Ustawową podstawę ku temu daje zarządzenie Generalnego Gubernatora, który zarządził urządzenie wystarczających zakładów odswadzania w całym Generalnym Gubernatorstwie. Na ten cel wyznaczono dostateczne środki pieniężne. Dotychczas to wielkie poczynanie mogło wyrzucić swój wpływ tylko w drobnej części, ponieważ budowa potrzebnych zakładów wymaga dokładnego i troskliwego planowania. Jednakże w ciągu niewielu miesięcy większość zakładów odswadzania będzie gotowa do podjęcia ruchu tak, że w miesiącach letnich, już samych przez się korzystniejszych dla zwalczania duru osutkowego, doprowadzi się krzywą duru osutkowego do jeszcze dalszego spadku.

Wynik osiągnięty dotychczas, który jest tylko wynikiem częściowym, wykazuje już, co przy pełnej zrozumienia współpracy wszystkich zainteresowanych, władz administracyjnych, organów Wydziału Zdrowia i Sił Zbrojnych można było osiągnąć.

O „Zagadnieniach administracji zdrowotnej we Lwowie“ mówił jako następny mówca lekarz urzędowy m. Lwowa dyr. medycyny Dr. Wiggers.

Szczególne trudności wynikają z ludnościowej struktury miasta, z jego około 300.000 mieszkańców, która to struktura obok silnego udziału polskiego i mniej wielkiej ukraińskiej części ludności, wykazuje jeszcze wielką liczbę żydów.

Decernat „Spraw zdrowotnych“ m. Lwowa dzieli

Ubezpieczalnia Społeczna w Siedlcach

ogłasza

K O N K U R S

na stanowiska:

- 1) lekarza domowego z siedzibą w Sokołowie — z wynagrodzeniem według 5 godzin,
- 2) lekarza domowego z siedzibą w Stoczku Węgrowskim, pow. Węgrów — z wynagrodzeniem według 1 godz.,
- 3) lekarza domowego z siedzibą w Domanicach, pow. Siedlce — z wynagrodzeniem według 1 godz.,
- 4) lekarza domowego z siedzibą w Łosicach, pow. Siedlce — z wynagrodzeniem według 3 godz.,
- 5) lekarza domowego z siedzibą w Wąsewie, pow. Ostrów Maz. — z wynagrodzeniem według 1½ godz.,
- 6) lekarza domowego z siedzibą w Jabłonie Laskiej, pow. Sokołów Podl. — z wynagrodzeniem według 1 godz.,
- 7) lekarza domowego z siedzibą w Kornicy, pow. Siedlce — z wynagrodzeniem według 1 godz.,
- 8) lekarza domowego z siedzibą w Korytnicy, pow. Węgrów — z wynagrodzeniem według 1 godz.,
- 9) lekarza-ftizjologa z siedzibą w Ostrowie Maz. — z wynagrodzeniem według 4 godz.,
- 10) lekarza pediatry z siedzibą w Siedlcach — z wynagrodzeniem według 5 godz.,
- 11) lekarza chirurga dla dzielnicy żydowskiej z siedzibą w Siedlcach — z wynagrodzeniem według 2 godz.,
- 12) lekarza domowego dla dzielnicy żydowskiej z siedzibą w Łosicach, pow. Siedlce — z wynagrodzeniem według 1 godz.,
- 13) lekarza-dentysty z siedzibą w Siedlcach — z wynagrodzeniem według 4 godz.,
- 14) lekarza-dentysty z siedzibą w Siedlcach — z wynagrodzeniem według 4 godz.,
- 15) lekarza-dentysty z siedzibą w Łochowie, pow. Węgrów — z wynagrodzeniem według 4 godz.,
- 16) lekarza-dentysty z siedzibą w Długosiodle, pow. Ostrów Maz. — z wynagrodzeniem według 2 godz.

Kandydaci na te stanowiska winni być zarejestrowani w Izbie Zdrowia i posiadać potrzebne kwalifikacje i przygotowanie, co powinno być stwierdzone urzędowym zaświadczeniem właściwych władz.

Ponadto kandydaci powinni posiadać dostateczne wiadomości z zakresu higieny społecznej i medycyny zapobiegawczej i znać w głównych zarysach niezbędne w ich pracy przepisy ustawodawstwa ubezpieczeniowego.

Podania należyć udokumentowane wraz z własnoręcznie napisanym życiorysem należy wnieść pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Siedlcach w terminie dni 14-tu od daty wydrukowania niniejszego.

Lekarz Naczelny

(—) Dr. M. Witkowski

Dyrektor

(—) W. Raniowski

się na biura: „Ogólne sprawy zdrowotne“, „Administracja szpitali“, „Kierownictwo zdrowotne i opieka społeczna“, oraz „Policja zdrowotna“.

Dr. Wiggers złożył sprawozdanie o istotnych wydarzeniach i zadaniach wszystkich biur swego decernatu. Zaopatrzenie ludności w pomoc lekarską przy nieżydowskiej części ludności jest dobre aż do bardzo dobrego, u żydowskiej części ludności nadmierne, ponieważ jeden lekarz przypada na mniej niż 150 żydów. Sytuacja pod względem zaopatrzenia miasta w wodę, które już należy oznaczyć jako dostateczne, poprawia się dalej na skutek otworzenia nowych źródeł. Referent określił wodę do picia jako wyborną, gdyż nie wymaga żadnego przygotowania, a stale ją bieżąco kontroluje się w specjalnych zakładach badawczych miasta pod względem bakteriologicznym i chemicznym. Utworzenie osadnika biologiczno-chemicznego ureguje w sposób zadawalający usuwanie ścieków, wykazujące dotychczas jeszcze braki. Współczesna klinika gruźlicza na 200 łóżek, która już

obecnie może przyjąć 120 pacjentów, będzie niedługo wykończona. Już wybudowano szpital zakaźny dla chorych na dur osutkowy.

Z biura „Kierownictwo zdrowotne i opieka społ.“ referent podał, że dla opieki nad miejscową młodzieżą szkolną zatrudniono większą ilość lekarzy szkolnych i większą ilość pielęgniarek szkolnych, które to osoby wytrzymały dobrze próbę w walce obronnej przeciw durowi osutkowemu. Pięć poradni przeciwgruźliczych pracuje dla dobra ludności w ścisłym związku z kliniką gruźliczą.

W sprawozdaniu z biura „Policja zdrowotna“ omówiono oględziny zakładów pracy, szczególnie z działu środków spożywczych, podwórzy i placów, oraz wyśiłki, czynione dla wytworzenia lepszych stosunków higienicznych. W ramach walki przeciwko chorobom zakaźnym podejmuje się w najbliższym czasie wielką akcję przeciwko pladze szczurów.

(Dokończenie nastąpi).

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY

w Krakowie

na dzień 19 kwietnia 1942

Lekarze ogólni:

Dr. Gęsikowski Ignacy, Blich 4/2
Lek. Jahoda Maria, Gołębia 4
Lek. Król Władysław, Kielecka 8/2
Lek. Makomaski Zdzisław, Batorego 15a, m. 19
Dr. Otfinowski Stanisław, Żmudzka 23, Prądnik Czerwony

Lek. Piotrowski Marian, Topolowa 35/2
Lek. Schnitter Borys, Fałata 12
Dr. Sidorowicz Wacław, Stradomska 17
Lek. Skałbowa Władysława, Prażmowskiego 17
Dr. Sojka Jan, Ogrodowa 456, Łagiewniki

Chirurdzy:

Dr. Hackbeil Bronisław, Sebastiana 10
Dr. Kubisty Władysław, Lubicz 26/9

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Bryniarski Wincenty, Biskupia 14
Dr. Kasprzyk Mieczysław, Grzegórzecka 46

Lekarz chorób dziecięcych:

Dr. Godlewski Wacław, Sereno Fenna 10

Lekarz chorób skórnych i wenerycznych:

Dr. Małkiewicz Edward, Blich 3

Lekarz chorób nerwowych:

Dr. Brzezicki Eugeniusz, Biskupia 7

Laryngolog:

Dr. Chomiczowa Jarosława, Król. Jadwigi 32b

Lekarze dentyści:

Lek. Brodkiewiczowa Zofia, Wielopole 6
Lek. Chadżijew Donczo Iliew, Lelewela 17
Lek. Małyszczak Jadwiga, Bandurskiego 6

Uprawniony technik dentystyczny:

Piżł Stanisław, Powiśle 2

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY

w Krakowie

na dzień 26 kwietnia 1942

Lekarze ogólni:

Dr. Baranowski Włodzimierz, T. Kościuszki 52a
Lek. Bartel Stanisław, Mikołajska 20
Lek. Bednarczyk Rudolf, Kielecka 19
Dr. Bednarek Franciszek, Starowiślna 21
Lek. Bieniasz Jan, Mogilska 13b
Dr. Bienkiewicz August, Pl. na Groblach 8
Lek. Bochenek Michał, Bieżanów-Kolonia
Lek. Borszewski Jerzy, Karmelicka 45
Lek. Brzycki Michał, Królowej Jadwigi 29

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Baranowska Zofia, Kościuszki 52a
Dr. Beáupre Jadwiga, Sobieskiego 5/9
Lek. Berezowska Daria, Wiślna 9

Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Chudoba Antoni, Starowiślna 18
Dr. Ciośłowski Józef, Szlak 16a

Chirurdzy:

Dr. Bernadzikowski Władysław, Długa 60
Lek. Bielas Aleksander, Wielopole 22

Lekarz chorób skórnych i wenerycznych:

Dr. Bednarek Małgorzata, Starowiślna 21

Neurolog:

Dr. Ferens Ernest, Zielona 21

Laryngolog:

Dr. Hassman Wiktor, Biskupia 14

Okulista:

Dr. Chrzanowski Ignacy, Karmelicka 33

Lekarze dentyści:

Dr. Podwiński Stanisław, Długa 50
Lek. Jaśkiewicz Jan, Floriańska 19
Lek. Urbanowicz Zofia, Barska 37a
Lek. Stalony Dobrzańska, Kazimierza Wielkiego 89

Uprawniony technik dentystyczny:

Tarczydło Jan, Szlak 23