

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 38-39

WARSZAWA, 11 LISTOPADA 1928 R.

Rok V

11.XI.1918 – 11.XI.1928.

W posiadaniu Czartoryskich w Paryżu znajduje się następujący list Zygmunta Krasińskiego, pisany w r. 1856, po wojnie Krymskiej, do Jerzego Zamoyskiego¹⁾.

„Nie, mój Kochany, dobrzy ludzie (Francya i Anglia) nic dla nas nie robią. Minie jeszcze wiele lat mąk i cierpień bez liku: naród nasz wycierpi tak straszne katusze, że o nich nie śniło się dotąd nikomu; ale po wielu latach przyjdzie wielka wojna, w której wezmą udział wszystkie prawie państwa Europy, a która głównie będzie się toczyła w naszym kraju. I kraj jak długi i szeroki spłynie łzami i krwią. Zniszczenie, pożogi, wyludnienie, wszelkiego rodzaju męki przejdą wszystko, co dotąd naród wycierpiał. Ale wówczas Bóg na pohańbienie dobrych ludzi a większą swoją chwałę każe szatanom odbudować Polskę: i ci, którzy ją rozszarpali, będą walczyli na drgających jej członkach, wyrывая je sobie nawzajem i licytując się, kto uczyni więcej dla jej wskrzeszenia“.

I słowo stało się ciałem. Ziściło się proroctwo Wieszczki: Polska zmartwychwstała! Nie, zmartwychwstała. Zanim żyć zacznie życiem pełnem, bujnym, radosnym, długie jeszcze upłyną lata bo długa była Jej niewola, bo ciężki był łańcuch, który dech Jej w piersi zapierał.

I to zrozumieć muszą ci, co pragnęliby Ją widzieć już dziś do gruntu wskrzeszoną, a zawiedzeni w realizacji swych pragnień gorących po 10 latach Niepodległości, wpadają w zwątpienie i w rozpacz wołają, że „u nas nic się nie robi“, bo jakże daleko nam jeszcze do szczęśliwych narodów Zachodu!

Tak, daleko. I lat dziesiątków będzie potrzeba, aby w szlachetnym z temi narodami wyścigu stanąć obok nich na mecie Europejskiej. Ale kto trzeźwo, bezstronnie i bez uprzedzeń spojrzy na dorobek 10-letni Polski Niepodległej, ten przyznać będzie musiał, że dziesięciolecie to nie minęło bez śladu.

Nie naszym jest zadaniem wykazanie postępu we wszystkich dziedzinach życia Polski. Tu, na łamach „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“, stwierdzamy dziś nie gołosłownie, lecz na zasadzie faktów, że na polu urządzeń i zarządzeń zdrowotnych oraz związanej z niemi Opieki Społecznej uczyniliśmy w ciągu pierwszego dziesięciolecia Niepodległości poważny krok naprzód. Zwięzłe zestawienie dokonanej w tym kierunku pracy, które w numerze dzisiejszym rozpoczynamy, a kontynuować będziemy w następnych, niech przekona sceptyków o prawdzie słów powyższych. Nie stoimy w miejscu, zapładniamy wyjąłkowane przez 150 lat zagony, uczymy się, ale, z dumą to powiedzieć możemy, i do nas już na naukę z poza granic Rzeczypospolitej przyjeżdżają. Na 10 lat pracy kulturalnej w nowobudującym się Państwie to jedno już chlubnie o tej pracy świadczy. A za lat 10 znowu my albo nasi następcy o innych, nowych sukcesach Polski pisać będą. Wierzmy w to i tą wiarą zbrojni wołamy:

„Bądź pozdrowiona, Zmartwychwstająca Ojczyzno!“

¹⁾ Odpis tego listu z informacją, że przywiózł go do Warszawy w marcu r. 1917 ks. Biskup Krakowski Sapieha, pochodzi od ś. p. prof. Ignacego Baranowskiego.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Organizacja i działalność Państwowej Służby Zdrowia w pierwszym dziesięcioleciu Rzeczypospolitej Polskiej.

Podał

Dr. Wiktor HRYSZKIEWICZ (Warszawa).

W początkowym okresie tworzenia się Państwa Polskiego dziedzina administracji sanitarnej musiała przejść przez trudny okres organizacyjny, spowodowany różnorodnymi ustawami i urzędami zdrowotnymi trzech państw zaborczych, z których każde inaczej pojmowało swe zadania w stosunku do zdrowia publicznego.

Organizacja służby zdrowia przechodziła następujące etapy w głównych zarysach: w drugiej połowie 1917 r. powstał w Departamencie Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu—Referat sanitarny, który wkrótce potem został przemianowany z początku na Wydział Higieny, potem na Departament (Dyrekcję) Służby Zdrowia, a z początkiem 1918 r. na Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy.

W 1919 r. Sejm Ustawodawczy powołał do życia Ministerstwo Zdrowia Publicznego, przekazując agendy opieki społecznej i ochrony pracy Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej.

Minister Zdrowia Publicznego w celu zwalczania chorób zakaźnych i oczyszczenia zniszczonego przez wojnę kraju zorganizował Centralny Komitet do walki z dudem plamistym, który miał za zadanie przydział sprowadzonych przez Rząd z demobilu amerykańskiego urządzeń i materiałów techniczno-sanitarnych do miejscowości, najwięcej nawiedzonych przez choroby zakaźne. Równocześnie powstał przy Ministerstwie Wydział Aprowizacji Sanitarnej dla wyposażenia szpitali państwowych w niezbędne materiały i urządzenia sanitarne.

Wobec groźnego szerzenia się duru plamistego i innych ostrych chorób zakaźnych, szczególnie na wschodnich granicach Rzeczypospolitej, i konieczności szybkiego, zdecydowanego działania, Sejm Ustawodawczy na wniosek Rządu uznał za niezbędne skoncentrowanie walki z epidemiami w jednym ręku i w tym celu powołał z końcem 1919 r. Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami, uposażając go w szerokie pełnomocnictwa i wszystkie materiały Centralnego Komitetu do walki z dudem plamistym i Wydziału Aprowizacji Sanitarnej.

W tymże okresie powstały przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego: instytut epidemiologiczny, instytut wyrobu krowianki, zakład badania surowic i szczepionek, instytut Pasteurowski i instytut farmaceutyczny.

Wszystkie te instytuty i zakłady zostały następnie złączone w jeden Państwowy Zakład Higieny, stanowiąc w nim odrębne działy, a mianowicie: a) dział bakteriologii i medycyny doświadczalnej (kontrola surowic i szczepionek), b) dział

chemii (instytut farmaceutyczny), c) dział nauczania (Państwowa Szkoła Higieny) i d) dział wyrobu surowic i szczepionek (instytut wyrobu krowianki, instytut Pasteurowski).

Przy Państwowym Zakładzie Higieny prowadzona jest pracownia bakteriologiczno-analityczna, a przy Państwowej Szkole Higieny - bursa dla słuchaczy szkoły. Oprócz tego Państwowy Zakład Higieny posiada osiem filij: w Łodzi, Krakowie, Lwowie, Lublinie, Toruniu, Wilnie, Pińsku i Poznaniu.

Dla celów państwowej kontroli nad zafałszowaniami produktów spożywczych i przedmiotów użytku utworzone zostały Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie, Łodzi, Krakowie i Poznaniu.

Ze względu na brak odpowiednio przygotowanego personelu pielęgniarskiego i położniczego utworzono cztery szkoły dla pielęgniarek w Warszawie, Krakowie, Poznaniu i Katowicach i trzy szkoły dla położnych w Krakowie, Lwowie i Wilnie.

W roku 1924, na mocy uchwały Sejmu z dn. 28 listopada 1923 r., zniesione zostało Ministerstwo Zdrowia Publicznego, a agendy jego podzielone pomiędzy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej.

Dla sprawowania zadań zdrowia publicznego utworzono przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych osobny departament pod nazwą: Departament V Służby Zdrowia.

Z chwilą utworzenia w połowie 1919 r. urzędów wojewódzkich organizacja władz administracyjno-sanitarnych II instancji znalazła swój wyraz w wojewódzkich wydziałach zdrowia publicznego, które, doznawszy różnych zmian kompetencyjnych w poszczególnych województwach, utrwaliły się, jako składowe części urzędów wojewódzkich o wyłączne fachowych zadaniach. Dozór i kontrola nad miejscami produkcji i sprzedaży środków lekarskich został powierzony we wszystkich województwach inspektorom farmaceutycznym, wchodzącym w skład wojewódzkich wydziałów zdrowia.

W I instancji sprawy administracji sanitarnej są w rękach lekarzy powiatowych, których stanowiska miały pewne odrębne cechy, w zależności od obowiązujących w danej dzielnicy ustaw. Obecnie, w związku z rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej o organizacji i zakresie działania władz administracji ogólnej, zniesiono odrębne powiatowe urzędy zdrowia tam, gdzie jeszcze były, a lekarze powiatowi podlegają starostom i wchodzi w skład starostw. Wyjątek stanowi województwo śląskie, w którym ośmiu lekarzy powiatowych zgodnie z pruską ustawą z 1899 r. podlega wojewodzie, a dwaj lekarze powiatowi na Śląsku Cieszyńskim wchodzi w skład starostwa według austriackiej Ustawy z 1870 r.

Z tego krótkiego zarysu widać, że dział państwowej służby zdrowia doznał w ciągu lat dziesięciu znacznych zmian organizacyjnych. Rozwijając się początkowo ze skromnego referatu sani-

tarnego w szeroko rozbudowane Ministerstwo Zdrowia Publicznego, dział ten musiał z biegiem czasu znacznie zwięzić swe kompetencje, oddając część swych agend Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej.

Ze względu na doniosłe znaczenie stanu sanitarnego w Państwie dla międzynarodowych stosunków handlowych i gospodarczych, na zobowiązania, wynikające z konwencji sanitarnych wobec innych państw, na skromną zdolność finansową samorządów gminnych i powiatowych, na brak związków samorządowych wojewódzkich, któreby mogły rozwinąć szerszą akcję sanitarną, na konieczność ochrony przeszło tysiąckilometrowej granicy wschodniej przed zawleczeniem stale zagrażających z poza tej granicy epidemij, na rozwój akcji walki z chorobami społecznymi i propagandy kultury higienicznej wśród ludności i t. p., widoczne jest, jak wielkie zadania winny być przez państwową administrację sanitarną dokonane i stale na odpowiednim stopniu podtrzymywane.

Co do wydatków, związanych z wykonywaniem wyżej wymienionych zadań, to wzrost ich od chwili ustabilizowania się waluty przedstawia się w sposób następujący:

w r. 1924	wydatki na cele zdrowotne	wynosiły	4,863,883 zł.
1925	" " " "	"	6,978,498 "
1926	" " " "	"	9,227,822 "
1927	" " " "	"	10,279,516 "
1928	" " " "	"	14,586,941 "

Wzrost ten był w znacznej części spowodowany wzmoczoną działalnością administracji sanitarnej w dziedzinie zapobiegawczej higieny społecznej i podniesienia kultury higienicznej wśród ludności.

Ustawodawstwo sanitarne, pozostawione przez zaborców, nie odpowiadało z jednej strony warunkom i potrzebom wskrzeszonego Państwa, z drugiej zaś strony przedstawiało znaczne różnice w każdym z byłych zaborów, w zależności od zapatrywania poszczególnych państw na normowane sprawy. Ponieważ jednak ludność zastosowała się i przyzwyczaiła już w ciągu stuletniej niewoli do wykonywania tych ustaw, należało niezbędne zmiany przeprowadzać oględnie i stopniowo.

W dziale ustawodawstwa dają się zauważyć dwa okresy wzmoczonej pracy; pierwszy okres obejmuje lata od 1918 do 1922 r., kiedy zostały opracowane i uchwalone przez Sejm podstawowe ustawy zdrowotne oraz wprowadzone zmiany i uzupełnienia do przepisów zaborczych. Drugi okres wzmoczonej pracy przypada na rok 1927/8. W tym okresie ukazał się szereg rozporządzeń Prezydenta Rzeczypospolitej, normujących jednolicie dla całego Państwa sprawy, wymagające ustawowego ujęcia.

Ważniejsze ustawy i przepisy z dziedziny administracji sanitarnej obejmują następujące działy: organizacja i administracja sanitarna, sprawy personalne funkcjonariuszów służby zdrowia, sprawy zawodu lekarskiego i zawodów pomocniczych, szpitalnictwo, uzdrowiska, przepisy sanitarno-porządkowe, zaopatrzenie ludności w wodę i usuwanie nieczystości, walka z ostreimi chorobami zakaźnymi, walka z jaglicą, walka z chorobami wenerycznymi i sanitarno-lekarska walka z nieprawym, sprawy walki z chorobami zawodowymi, walka z alkoholi-

lizmem, dozór nad żywnością, sprawy grzebania zmarłych, sprawy sądowo-lekarskie, statystyka lekarska, mianownictwo chorób, organizacja pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych, przepisy farmaceutyczne, sprawy Polskiego Czerwonego Krzyża i inne.

Wyniki walki z epidemijami w okresie sprawozdawczym przedstawiają się następująco:

dur plamisty z 219,088 zachorowań w 1919 r. zmniejszył się do 2,054 zachorowań w 1928 r. (dane za 1928 r. od 1.I. do 30.IX).

dur powrotny z 3,266 zachorowań w 1916 r. zmniejszył się do 13 zachorowań w 1928 r.,

ospa z 1,864 zachorowań w 1919 r. zmniejszyła się do 17 zachorowań w 1928 r.

Nie bacząc na tak dodatnie rezultaty państwowej akcji tłumienia epidemij, walka ta prowadzona jest nadal z niesłabnącą czujnością, ze względu na stale zagrażającą możliwość przedostania się epidemij z poza wschodniej granicy.

(Szczegółowe dane co do innych ostrych chorób zakaźnych znaleźć można w artykule Dra Palestra: „Walka z ostreimi chorobami zakaźnymi w Polsce Niepodległej“).

Ruina materialna kraju, moralne cierpienia ludności, rozluźnienie obyczajów i nadużywanie napojów wysokowych, które zostały wywołane wojną światową, spowodowały przerażający wzrost zachorowań na gruźlicę, choroby weneryczne, alkoholizm i jaglicę. Jako jedno z głównych przeto zadań państwowej administracji sanitarnej wyłoniła się konieczność podjęcia walki z chorobami społecznymi i wciągnięcia do współpracy całego społeczeństwa przez tworzenie odpowiednich organizacji społecznych,

O rozwoju akcji walki z gruźlicą świadczą następujące cyfry;

W 1920 r. na całym obszarze Państwa było zaledwie 14 towarzystw przeciwgruźliczych z 30 poradniami; liczba ich wzrosła w 1928 r. do 136 towarzystw i 144 poradni (z których część stanowią t. zw. ośrodki zdrowia). Poradnie i ośrodki zdrowia połączone są z wywiadem co do warunków bytowania chorych i ich rodzin, dokonywanych przez odpowiednio na specjalnych kursach wyszkolone wywiadowczynie. Oprócz tego utworzone zostało 46 sanatorjów i 6936 łóżek dla gruźlików w sanatorjach i szpitalach. Propaganda prowadzona była zapomocą ruchomych wystaw, popularnych wykładów, broszur, ulotek i t. p.

Rząd prelininował na walkę z gruźlicą w 1924 roku 15.000 zł., a w 1928 r. suma ta wzrosła do 825.000 zł. (szczegółowe dane co do walki z gruźlicą zawarte są w artyk. D-ra. Wroczyńskiego: „Rzut oka na sprawy walki z gruźlicą w Polsce w okresie 1918 — 1928 r.“).

Walka z chorobami wenerycznymi poczyniła znaczne postępy. Liczba specjalnych przychodni wzrosła z 8 w 1918 r. do 43 w 1928 r. (z nich 11 w ośrodkach zdrowia). Liczbę łóżek w specjalnych oddziałach szpitalnych zwiększono z 2400 do 2700. Wobec braku ustawy o obowiązkowym zgłaszaniu do władz przypadków chorób wenerycznych, niema możliwości podania dokładnych liczb chorych, jednak o dodatnich wynikach państwowej akcji przeciwwenerycznej można wnioskować z faktu, że

przypadki kiły drugo- i trzeciorzędowej coraz rzadziej spotyka się w przychodniach i szpitalach. Najintensywniej państwowa akcja walki z kiłą prowadzona jest w Województwach: Stanisławowskim i Krakowskim, w miejscowościach podgórskich z endemicznie panującą kiłą. Utworzono tam 14 specjalnych przychodni, które udzielają bezpłatnych porad i leczenia i oprócz tego dokonywują systematycznych oględzin i badań krwi na odczyn Wassermann na wszystkich mieszkańców, nawiedzonych przez kiłę gmin. Wydatki na walkę z chorobami wenerycznymi wzrosły ze 198.186 zł. w 1924 roku do 367.800 zł. w roku 1928. (Szczegółowe dane co do walki z chorobami wenerycznymi znaleźć można w artykule D-ra Borkowskiego: „Stan klęski wenerycznej oraz walki z nią w latach przedwojennych i powojennych”).

Państwowa akcja walki z jaglicą polegała przede wszystkim na wykrywaniu ognisk chorych na jaglicę przez badanie w szkołach, zakładach opiekuńczych i na poborze wojskowym oraz na tworzeniu bezpłatnych przychodni i zakładów leczniczych. W roku 1918 był tylko jeden zakład jagliczy na 180 chorych (Witkowice), a w 1928 r. jest już pięć zakładów leczniczych na 1500 miejsc, 5 zakładów izolacyjnych na 400 miejsc i 174 specjalne przychodnie przeciwjaglicze. Odpowiednio zwiększył się też budżet na walkę z jaglicą: gdy w 1924 r. wynosił on zaledwie 7,200 zł., to w 1928 r. wzrósł on do 552,941 zł.

Walka z alkoholizmem prowadzona była z funduszów, przeznaczonych w 1924 r. przez Sejm przy uchwaleniu ustawy o Państwowym Monopolu Spirytusowym, w wysokości 1% czystych zysków z tego monopolu. Utworzony został zakład dla alkoholików w Gościejewie w woj. poznańskim na 30 łóżek, prowadzone były poradnie w niektórych ośrodkach zdrowia (między innymi w Warszawie przy ulicy Puławskiej), udzielane subwencje organizacjom przeciwalkoholowym, sportowym i współdziałającym w walce z alkoholizmem, urządzone wystawy ruchome, odczyty propagandowe, kursy w Państwowej Szkole Higieny pod tytułem „alkoholizm i jego zwalczanie”, a w r. 1928 nabyty został ośrodek majątku Świack w Woj. Białostockim, przeznaczony na lecznicę przeciwalkoholową.

Dodać należy, że na podstawie art. 5 ustawy przeciwalkoholowej przeszło 150 gmin wiejskich uchwaliło na swem terytorjum całkowity zakaz sprzedaży i podawania w miejscach publicznych napojów alkoholowych.

(Szczegółowe dane co do walki z alkoholizmem zawarte są w artykule d-ra Deresza: „Walka z alkoholizmem we wskrzeszonej Polsce”).

Stan szpitalnictwa w Państwie przechodził różne okresy w związku z epidemiami 1919/20 r., których skutkiem było nagłe doraźne tworzenie całej sieci szpitali epidemicznych przez Naczelną Nadzwyczajną Komisariat do walki z epidemiami. Szpitale te po wygaśnięciu epidemii zostały częściowo zlikwidowane, po części zaś przekazane ciałom samorządowym. Działalność czynników rządowych polegała głównie na popieraniu usiłowań samorządów w tworzeniu nowych szpitali i utrzymaniu istniejących, w zależności od potrzeb miejscowych, oraz na projektowaniu nowej sieci

szpitali, któraby uczyniła zadość nie tylko potrzebom miejscowym, lecz posiadała znaczenie ogólnopaństwowe.

Obecnie liczba łóżek w stosunku do liczby ludności wynosi w okrągłych cyfrach: w szpitalach ogólnych 1:660, a w szpitalach psychiatrycznych 1:3000. Jest to mniej więcej połowa łóżek, potrzebnych dla szpitali ogólnych i $\frac{1}{3}$ dla szpitali psychiatrycznych.

Normalny rozwój szpitalnictwa i rozbudowa projektowanej sieci szpitalnej będą możliwe dopiero teraz po ukazaniu się rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.

W dziale pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych daje się zauważyć rozwój. Wydatki na ten cel wyniosły:

w r. 1924 —	1.256.580 zł.
1925 —	2.168.570 „
1926 —	4.240.714 „
1927 —	4.750.000 „

a w r. 1928 — wydatki wyniosą ok. 6.000.000 zł.

Na powyższe wydatki składały się porady lekarskie w specjalnych przychodniach, u umówionych lekarzy, w mieszkaniach chorych, leczenie szpitalne i sanatoryjne, prześwietlanie promieniami Roentgena, naświetlanie lampą kwarcową i inne zabiegi.

Sprawa nadzoru nad żywnością i przedmiotami użytku doznała znacznej poprawy. W 1918 r. nadzór spełniały zaledwie 2 zakłady, mianowicie: miejska pracownia chemiczna w Warszawie i państwowy zakład do badania żywności w Krakowie. Oba te zakłady dokonywały łącznie około 5.000 badań rocznie. Obecnie funkcjonują na terenie Państwa cztery Państwowe Zakłady do badania żywności i przedmiotów użytku: w Warszawie, Łodzi, Krakowie i Poznaniu (piąty zakład w Wilnie jest w stadium organizacji). Działalność tych zakładów w cyfrach porównawczych przedstawia się następująco:

	Liczba prób zbadanych	Liczba prób zakwestjonowanych
1919 r.	28,662	13,059 (47,1%)
1920 r.	66,343	39,000 (58,8%)
1926 r.	78,767	19,061 (29,2%)
1927 r.	79,062	17,379 (21,9%)

O ile w 1919 r. jedna zbadana próba przypadała przeciętnie na 2300 mieszkańców, to dzięki działalności państwowej — w 1927 r. jedna próba przypada przeciętnie na 380 mieszkańców. Liczba prób zakwestjonowanych spadła w tym okresie z 47,1% do 21,9%.

Działalność Państwowego Zakładu Higieny z jego filjami we Lwowie, Krakowie, Łodzi, Lublinie, Wilnie, Pińsku, Toruniu i Poznaniu rozwijała się bardzo intensywnie, szczególnie w działach badania materiału zakaźnego, przysyłanego przeważnie przez lekarzy urzędowych i samorządowych, oraz w dziale produkcji. Wzrost liczby badań, dokonanych przez Państwowy Zakład Higieny, przedstawia się następująco: w r. 1925 dokonano 44,664 badań, a w 1927 r. — 132,504. Wzrost produkcji daje się zauważyć szczególnie w dziale szczepionek i preparatów diagnostycznych: z 2,072 litrów w 1925 r. do 4,344 litrów w 1927 r.; w dziale szczepionek suchych (Besredki) z 52,800 porcji w 1925 r. do

154,158 porcyj w 1927 r.; w dziale insuliny z 375,400 jednostek w 1925 r. do 1,052,500 jednostek w 1927 r. Ilość wyprodukowanych surowic i krowianki ospowej zależna była bądź od wahań w nasileniu epidemii, bądź od zwiększającej się stale liczby osób, zaszczepionych przeciwko ospie. Należy stwierdzić, że prace Państwowego Zakładu Higieny stanowiły znaczną pomoc w państwowej akcji walki z chorobami zakaźnymi, zarówno w dziedzinie rozpoznawczej, zapobiegawczej, jak i w leczniczej.

Państwowa Szkoła Higieny, będąca częścią Państwowego Zakładu Higieny, prowadziła cały szereg kursów dokształcających dla lekarzy, inżynierów sanitarnych, nauczycieli i dla wyszkolenia personelu sanitarnego.

Zdrowiska państwowe: Busk, Ciechocinek i Krynica, będące pod bezpośrednim zarządem Rządu, doznały znacznych zmian na lepsze. W zdrojowiskach tych dokonano całego szeregu robót inwestycyjnych; tak między innymi: w Busku wybudowano trzy zbiorniki na wodę mineralną i muł leczniczy, rozpoczęto roboty melioracyjne w celu osuszenia terenu; w Ciechocinku wybudowano wodociąg, wywiercono termę solankową, przystąpiono do osuszania terenu; w Krynicy wybudowano nowe łazienki z 224 kabinami, założono kanalizację, wywiercono sześć nowych źródeł, wybudowano elektrownię, dom zdrojowy i t. p. Frekwencja znacznie wzrosła, co szczególnie daje się zauważyć w Krynicy, gdzie liczba kuracjuszy z 14,682 w 1923 r. wzrosła w 1927 r. do 29,506.

W początku 1927 roku wydany został przez P. Ministra Spraw Wewnętrznych cały szereg rozporządzeń i okólników, zmierzających do polepszenia stanu sanitarno-porządkowego w Państwie. Dzięki stale powtarzającym się inspekcjom i instrukcjom zarówno P. Ministra, jak i delegowanych urzędników, stan sanitarno-porządkowy doznał znacznej poprawy. Zwracano uwagę nie tylko na stronę ściśle sanitarną, lecz również na estetyczny wygląd miast, miasteczek i wsi, na naprawę dróg istniejących i budowę nowych, na zadrzewienie dróg, ulic i placów, na uporządkowanie domostw i podwórzy na urządzenia kulturalno-higieniczne, na zaopatrzenie w dobrą wodę do picia, usuwanie nieczystości i t. p. Należy stwierdzić, że akcja ta dała w tak krótkim przeciągu czasu bardzo dodatnie wyniki dzięki z jednej strony stanowczości władz centralnych, z drugiej zaś strony dzięki zrozumieniu przez władze miejscowe doniosłości zadań, zdążających do podniesienia kultury higienicznej wśród ludności i zapewnienia jej lepszych warunków zdrowotnych.

Kończąc ten referat, pisany konspektowo ze względu na ramy „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“, nie mogę powstrzymać się od zaznaczenia, że Polska Niepodległa zawsze dotrzymywała kroku Zachodowi w zakresie organizacji służby zdrowia publicznego, cofa się tylko w okresie rozbiorów, kiedy nie była panem swej ziemi, aby w chwili odrodzenia swego stanąć w równym szeregu państw kulturalnych, a nawet pod wielu względami je wyprzedzić.

Dziesięć lat pracy w zakresie zdrowia publicznego wykazało, że państwowa organizacja i administracja sanitarna niczem nie ustępuje organizacji państw zachodniej Europy, a w wielu wypadkach ją przewyższa. Zwalczanie chorób zakaźnych po-

stawione jest na bardzo wysokim poziomie; liczby chorób epidemicznych spadają zawsze szybko do liczb najniższych (dur plamisty, ospa i in.). Prawda dur brzuszny, płonica i błonica wykazują jeszcze wysokie liczby, lecz nie wyższe od liczb zachodniej Europy; umotywowane jest to licznymi warunkami etjologicznymi, dotąd dokładnie niewyjaśnionymi.

Państwowy Zakład Higieny i Państwowa Szkoła Higieny cieszą się dzisiaj przez swój wysoki poziom sławą europejską, a zarówno Zakład Higieny, jak i ośrodki zdrowia są zwiedzane przez licznych cudzoziemców, przeważnie lekarzy—działaczy społecznych w zakresie zdrowia publicznego.

Państwowy Zakład Higieny.

Wspomnienia i rozważania z okazji 10-lecia Niepodległości Państwa Polskiego.

Podał

Ludwik HIRSZFELD (Warszawa)

w. z. Naczelnny Dyrektor P. Z. H.

Wśród instytucji, które mogą być uważane za symbol widomy rozwoju naszego Państwa i samorządnego wysiłku jego obywateli, poważniejsze miejsce zajmuje Państwowy Zakład Higieny. Powstał on dzięki inicjatywie wybitnego organizatora i twórcy nowych koncepcji sanitarnych, Ludwika Rajchmana, przy energicznym poparciu pierwszych kierowników naszego sanitarnego Chodźki i Janiszewskiego. W r. 1918, gdy ustępujące armie niemieckie wyzywały się swego materiału wojennego, przyszły dyrektor Państwowego Zakładu Higieny L. Rajchman udał się na front cofających się wojsk. Wspólnie z młodym i nieznanym wówczas ogółowi lekarzem, późniejszym Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia, Czesławem Wroczyńskim, dostają się do placówek niemieckich, gdzie w chaosie zdeorganizowanych wojsk niemieckich i organizujących się wojsk ukraińskich zdobywają kilka polowych pracowni bakteriologicznych. To był początek Państwowego Centralnego Instytutu Epidemiologicznego.

Wkrótce następuje intensywna praca organizacyjna. Otwierają się zakłady bakteriologiczne w Lublinie i Krakowie, Lwowie i Łodzi, później w Toruniu, częściowo i w Wilnie. W r. 1919 powstaje Centralny Instytut Epidemiologiczny, który przejmując zakłady wyrobu surowic Warszawskiego Towarzystwa Naukowego, wyrobu krowianki Dr. Tchórznickiego, zakłady szczepień przeciw wściekliźnie Palmirskiego. Wszystkie te zakłady w r. 1920 zaczynają funkcjonować pod egidą Ministerstwa Zdrowia. Wkrótce Państwo nabiera niewykończonych sanatorium dla chorych nerwowych i adaptuje gmach dla potrzeb zakładu. Organizuje się Państwowy Instytut Farmaceutyczny, Państwowy Zakład Badania Surowic. W tym czasie epidemie cholery i duru plamistego są zagadnieniami dnia. Zakład tworzy pracownię lotne

dla badań bakteriologicznych, kolumny szczeplenne, wysyła swoich współpracowników do ognisk epidemicznych. Epidemia wygasa, prace zakładu pogłębiają się, i powstaje placówka bodaj o największej amplitudzie naukowej w Polsce. Ze zmienionymi potrzebami musi się zmienić i organizacja wewnętrzna zakładu. Do zagadnień profilaktyki chorób zakaźnych dochodzą sprawy higieny w szerszym tego słowa znaczeniu. Brak jednak odpowiednich fachowców. Zastępy młodych pracowników zostają wysłane zagranicę. Z nich tworzą się częściowo kadry przyszłych kierowników oddziałów Zakładu, higienistów i lekarzy sanitarnych. Zakład organizuje kursy dokształcające, bierze udział w organizacji kursów międzynarodowych. Należało jednak nauczanie higieny usystematyzować i pogłębić. I znów L. Rajchman za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia nawiązuje rokowania z fundacją Rockefellera, która daje subwencję na budowę Państwowej Szkoły Higieny, jako integralnej części Zakładu. W r. 1926 w obecności przedstawicieli Rządu i licznie przybyłych gości z kraju i zagranicy, ze wszystkich prawie części świata, zostaje otwarta pierwsza na kontynencie, Państwowa Szkoła Higieny, na której czele staje jeden z pionierów sanitarjatu polskiego, były minister zdrowia Witold Chodźko. Powstaje konieczność bliższego zespolenia zakładów o ideologii pokrewnej. W r. 1927 pojawia się statut, jako dekret Pana Prezydenta, jednoczący Państwowy Zakład Higieny ze Szkołą, Państwowy Instytut Farmaceutyczny i Zakład Badania Surowic w jedną wielką instytucję, nadając jej osobowość prawną i określając na pierwszym miejscu nasze cele i zadania: „Prowadzenia badań naukowych w zakresie higieny publicznej celem przystosowania zdobyczy wiedzy do potrzeb zdrowia publicznego”.

Prócz placówek teoretycznych, względnie fachowych, (pracowni bakteriologicznych i t. p.) prowadzi Zakład wspólnie z Departamentem Służby Zdrowia, z Magistratem m. st. Warszawy, przy pomocy fundacji Rockefellera, placówkę o charakterze społecznym: Ośrodek Zdrowia w Amelinie. Do Zakładu należy ofiarowana częściowo dzięki wspaniałomyślności przyjaciół zagranicznych (również za staraniem Rajchmana) posiadłość Amelin, gdzie znajduje się internat Szkoły i wyżej wspomniany ośrodek, prócz tego majątek Służew, gdzie znajdują się zwierzęta szczeplenne. Zakład otrzymał również w dzierżawę majątek Gołymin.

Tak powstał Państwowy Zakład Higieny. Obejmuje on obecnie większość zagadnień sanitarnych: sprawę chorób zakaźnych i to zarówno z punktu widzenia diagnostyki, jak i leczenia i profilaktyki (produkcja surowic i ich kontrola), kontrolę farmaceutyczną, sprawy nauczania, statystyki, higieny pracy, inżynierji sanitarnej, higieny odżywiania i t. p. Mamy zawiązek wielkiego muzeum higieny z oddziałem propagandy. Zakład stał się pierwszym czynnikiem międzynarodowych stosunków w dziedzinie higieny. Podkreślę przede wszystkim ideowy kontakt z zagadnieniami międzynarodowej higieny dzięki temu, że Dyrektor naczelny P. Z. H. jest Dyrektorem Lekarskim Ligi Narodów, — co ma dla Zakładu niepoślednie znaczenie.

Sam Zakład, jego wielostronna działalność naukowa i pedagogiczna stały się jedną z ważnych i szlachetnych postaci naszej propagandy międzynarodowej. W sprawozdaniu, które będzie wkrótce ogłoszone, stwierdzam, że w przeciągu ostatnich 2 lat zwiedziło nasz Zakład przeszło 100 wybitnych uczonych lub urzędników sanitarnych, z których część przez krótszy lub dłuższy czas pracowała w naszych pracowniach albo studiowała wyniki naszych prac lub naszą organizację. W danej chwili np. pracuje dwóch lekarzy, delegowanych przez Rząd turecki, i jeden jugosłowianin.

Nie będę tu wyliczał wszystkich prac lub publikacyj Zakładu, ani zwiększających się stale zapotrzebowań na surowice i szczepionki, ani liczby kursów i słuchaczy: są to szczegóły, o których będzie mowa w sprawozdaniu. Na co chciałbym zwrócić uwagę to są wzrastające agenda ideowe Zakładu, czynniki naszej inicjatywy lub też współpracy z Departamentem Służby Zdrowia, organizacjami społecznymi lub naukowymi. Zakład bierze udział w międzynarodowych pracach naukowych (kiła, czerwotka, grupy krwi i t. p.), wprowadza nowe szczepienia lub środki lecznicze (szczepienie doustne, szkarlatynowe, przeciwbłonicze, insulinę i t. p.), współpracuje w sprawie szczepień ochronnych, zwalczania zimnicy, stwarza pierwsze warsztaty z dziedziny higieny pracy, statystyki, współpracuje w sprawie stworzenia kadr pielęgnarek, ośrodków zdrowia, w sprawie higieny wsi, jest ośrodkiem poczyną organizacyjno-naukowych, wydaje wspólnie z wybitnymi przedstawicielami wydziału lekarskiego U. W. pismo naukowe (Medycyna Doświadczalna i Społeczna) i wiele, wiele innych. Można bez przesady twierdzić, że jest niewiele dziedzin higieny publicznej, w których w tej lub innej formie Zakład nie współpracowałby lub nie dawałby inicjatywy. Jest dążeniem naszym, ażeby być jednocześnie wyrazem możliwości naukowych i konieczności sanitarnych.

A jednak дума nasza, że możemy pracować w Zakładzie tego typu, nie powinna nam zamykać oczu na jego braki. Są one związane w znacznym stopniu z rozpędem organizacyjnym naszego Zakładu, za którym nie nadążały udzielane nam środki. Niektóre oddziały trzymają się jedynie dzięki indywidualnym wysiłkom ich kierowników. Najważniejszymi obecnie zagadnieniami w Polsce są: higiena pracy i higiena odżywiania. Zrządzenie tych kierunków wkracza już nietylko w dziedzinę zdrowia, ale naszego stanowiska państwowego. Od organizacji pracy, od należytego wykorzystania naszych środków spożywczych zależy częściowo byt kraju. W naszym Zakładzie te 2 oddziały posiadają jednego kierownika i jednego asystenta! Nasze kresy wschodnie są niedostatecznie zabezpieczone przeciwko epidemjom, należałoby tam mieć znacznie więcej placówek bakteriologicznych, na których stworzenie nie mamy środków. Ciężkie położenie teoretyków utrudnia w najwyższym stopniu zdobywanie nowych sił dla naszych celów¹⁾. Takich przykładów mógłbym zacytować wiele. Nie zdaje mi się jednak, bym postępował niesłusz-

¹⁾ Dla niezrozumiałych mi powodów zaszeregowanie pracowników Państwowego Zakładu Higieny jest najniższe ze wszystkich instytucji naukowych w Polsce.

nie, jeśli w uroczystej chwili pierwszego dziesięciolecia naszej państwowości wskazują na nasze braki. Świadomość braków jest bowiem do pewnego stopnia rękojmią, że zostaną one usunięte. Pragnąłbym gorąco, by przy uczczeniu przyszedł 10 lecia naszej państwowości społeczeństwo stwierdzić mogło, że Państwowy Zakład Higieny w pełni odczuł potrzeby kraju i służył im z pożytkiem.

Walka z ostreymi chorobami zakaźnymi w Polsce Niepodległej.

Podał

Dr. Henryk PALESTER, Naczelnik Wydziału chor. zakaźnych
Depart. Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewn. (Warszawa)

W czasie wielkiej wojny światowej trzy części Państwa Polskiego, należące do trzech zaborów, rządziły się prawami i przepisami sanitarnymi, obowiązującymi w tychże państwach; po okupacji zaś Królestwa Polskiego przez Niemców i Austriaków w początkach 1915 r. zaczęły w tej dzielnicy obowiązywać ustawy sanitarne państw zaborczych, gdyż okupanci wprowadzili do administracji powiatowej i gubernialnej nie tylko swoich lekarzy urzędowych, ale także i przepisy sanitarne, u nich obowiązujące.

System walki z chorobami zakaźnymi postawiony był przed wojną najgorzej w Królestwie Polskiem, ale i w dawnej Galicji istniały w tym kierunku poważne braki, jak np. brak ustawy o przymusowym szczepieniu ospy, mimo, że przymus ten był faktycznie stosowany.

Niemniej poważne różnice istniały w pojedynczych dzielnicach obecnego Państwa Polskiego co do obciążenia finansowego gmin wydatkami na walkę z chorobami zakaźnymi. Najdalej w tym kierunku szło prawodawstwo austriackie, które większość ciężarów finansowych na tę walkę przerzucało na skarb państwa; w Królestwie Polskiem rząd rosyjski nie zadawał sobie wiele trudu ze zwalczaniem chorób zakaźnych i nie obciążał też gmin takimi wydatkami. Dopiero wojna pobudziła skarb rosyjski, a później i okupantów, aby z ogólnoskarbowych funduszy na te cele łożyć poważniejsze fundusze, choć myślą przewodnią tych wydatków było nietylko zdrowie ludności cywilnej, ile względ na armję, stacjonowaną w Królestwie i na Kresach.

Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych było najlepiej postawione w zaborze pruskim, gdzie gminy same, mające wielkie zrozumienie dla tych spraw, dużo na te cele i na poprawę ogólnych stosunków higienicznych łożyły, a ponadto i rząd pruski nie żałował pieniędzy, by stosunki zdrowotne w tej dzielnicy znacznie podnieść.

Z chwilą powstania Państwa Polskiego stosunki sanitarne były jaknajgorsze: wojenne zniszczenie olbrzymiej liczby siedzib ludzkich, a co za tem idzie, duże skupienie ludności w większych ośrodkach, jakoteż i przepełnienie chat, często zupełnie nieodpowiednich pod względem zdrowot-

nym, dalej małe uświadomienie ludności, szczególnie na Kresach, nędza i bezrobocie, ciągle przemarsze wojsk, powrót jeńców, a wreszcie karawany ludności cywilnej, wracającej ze wschodu, wynędzniałej, głodnej i bezdomnej, to wszystko wywołało tak wielkie epidemie, jakich nie spotykano przed wojną, a których nasilenia nawet nikt nie był w stanie przewidzieć.

Rząd Polski, jakkolwiek miał wiele innych zadań ważnych i niecierpiących zwłoki do załatwienia, to przecież ocenił w pełni groźny stan sanitarny Państwa i od początku swego istnienia podjął energiczną i zdecydowaną walkę również i z klęską epidemij.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego zorganizowało też zaraz z początkiem roku 1919 i to tak szybko, jak na to tylko zezwalały ciężkie warunki, państwową służbę zdrowia na terenie Kongresówki i na Kresach, zarządziło dokładną rejestrację wszelkich chorób zakaźnych narazie na podstawie ustaw zaborczych, a następnie przystąpiło do stworzenia jednolitej ustawowej podstawy działania przez wydanie ustawy w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych występujących nagminnie (ustawa z 25. VII. 1919 Dz. Ust. Nr. 67 poz. 402), a wreszcie pozyskało znaczne stosunkowo kredyty ze Skarbu Państwa na cele walki z epidemjami. Ze względu na ogromny brak środków leczniczych, potrzebnych materiałów sanitarnych i urządzeń techniczno-sanitarnych do walki z epidemjami, nabyło Ministerstwo Zdrowia Publicznego z zapasów amerykańskich, znajdujących się we Francji, znaczne zapasy białizny, mydła, urządzeń szpitalnych, leków, środków i aparatów dezynfekcyjnych, tudzież automobili. Niektóre z tych nabytków okazały się z czasem mało celowe w użyciu, jako nieprzystosowane do naszych warunków pracy, niemniej jednak zapasy te tworzyły podstawę do akcji zwalczania epidemij w czasie największego ich nasilenia.

Na zasadzie art. 24 wyżej powołanej ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych Ministerstwo Zdrowia Publicznego poruciło przeprowadzenie kampanji przeciwepidemicznej specjalnie utworzonemu Urzędowi, zwanemu: Centralny Komitet do spraw walki z dudem plamistym (w skróceniu: Cekadur) (Monitor Polski z 1. VIII. 1919 Nr. 223).

Cekadur przystąpił bezzwłocznie do pracy i zaprojektował masowe oczyszczenie osiedli i ludności na całym zapowietrzonym terytorjum Państwa. Akcja ta, która miała być przeprowadzona w krótkim przeciągu czasu, nie udała się w zupełności, a gdy epidemie coraz więcej się rozszerzały, Ministerstwo Zdrowia Publicznego w myśl uchwały Sejmu ustawodawczego i Rady Ministrów zamianowało z początkiem 1920 roku kilku Komisarzy Nadzwyczajnych do walki z epidemjami dla pojedynczych terenów Państwa, najbardziej epidemjami zajętych, związując jednocześnie rozporządzeniem z 3.III.1920 instytucję centralnego komitetu do spraw walki z dudem plamistym.

Komisarze Nadzwyczajni, zaopatrzeni w szersze pełnomocnictwa i kredyty, rozpoczęli też zaraz organizowanie walki na szerokich terenach, na których szalały epidemie, a specjalnie dur osutkowy. Działalność tych komisarzy nie mogła jednak zupełnie opanować epidemij, gdyż brakło im jeszcze

pewnych uprawnień, pozwalających na szybkie działanie i natychmiastową decyzję, bez oczekiwania na wyższą aprobatę Ministerstwa Zdrowia Publicznego, dlatego też w uznaniu tych motywów Sejm Ustawodawczy Rzeczypospolitej uchwałą z dnia 14.VII. 1920 powołał do życia osobny Urząd Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do spraw walki z epidemjami, który w zupełności przejął od Ministra Zdrowia Publicznego jego kompetencje w zakresie walki z epidemjami, a ponadto uzyskał szerokie uprawnienia, jak 1) prawo zajmowania w drodze rekwizycji potrzebnych mu pomieszczeń, 2) mobilizowania źródeł wytwórczości, potrzebnych do zwalczania epidemii, 3) wydawania powszechnie obowiązujących rozporządzeń w dziedzinie zwalczania epidemii, 4) powoływanie do osobistych świadczeń na rzecz walki z epidemią sił lekarskich, pomocniczych, technicznych i innych fachowych i 5) mianowania dla poszczególnych obszarów Państwa Nadzwyczajnych Komisarzy.

Potrzeby tego urzędu uznano, jako równoważne z potrzebami armii w polu, więc uprzywilejowane w stosunku do innych działów administracji państwowej.

Na podstawie tych szerokich uprawnień rozpoczął też pracę Naczelnny Nadzwyczajny Komisarjat dla spraw walki z epidemjami, przejmując agendy i placówki byłych Nadzwyczajnych Komisarzy Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Praca ta polegała: a) na szybkiej decyzji w akcji zwalczania epidemii, b) na decentralizacji władzy i na utrzymaniu bezpośredniego kontaktu z terenem, a specjalnie z ogniskami epidemii, c) na oparciu się o istniejący aparat sanitarno-administracyjny i na ścisłej współpracy tegoż ze świeżo utworzonym własnym aparatem sanitarnym N. N. K., d) na zaniechaniu tworzenia placówek i instalacji prowizorycznych, odpowiadających tylko wymaganiom chwili, a natomiast na przystąpieniu do tworzenia trwałych instytucji, jak szpitali i łazni we własnych budynkach, lub remont takich budynków, istniejących dawniej na terenie a zniszczonych wojną, a wreszcie e) na utworzeniu kordonu sanitarnego na wschodzie celem niedopuszczenia do kraju nowych źródeł epidemii, i ujęciu w pewne normy ruchu podróżnych na kolejach celem ukrócenia możliwości rozwleknięcia epidemii.

Gdy mimo akcji N. N. K. epidemia coraz więcej się rozszerzała, a tyfus plamisty, jako następstwo wojny światowej i repatriacji, rozlał się prawie po całym państwie, zagrażając Państwu Zachodnim, Rząd Polski nie zawahał się przyjąć pomocy zagranicy, a to w pierwszym rządzie Ameryki, która wysłała misję wojskowo-sanitarną, przebywającą dłuższy czas w Polsce, T-wo przyjaciół ludzkości (Society of friends), które również przysłało misję sanitarną, obficie zaopatrzoną w żywność i materiały, misji sanitarnej szwedzkiej, która pierwsza zastosowała u nas dezynfekcję kwasem pruskim, i misji amerykańskiego Czerwonego Krzyża, która dostarczała w zadziwiającej ilości bielizny, leków, materiałów i urządzeń szpitalnych, mydła i t. d., misji rządu duńskiego ze szpitalem i wielkim zapasem surowic i szczepionek, a wreszcie międzynarodowej finansowej pomocy, udzielonej Polsce za pośrednictwem Ligi Narodów i jej Komisji wykonawczej w Warszawie, która pozosta-

wała w ścisłym kontakcie z Naczelnym Nadzwyczajnym Komisarjatem i z nim bardzo lojalnie współpracowała, szanując autonomję polskich władz wykonawczych i prowadząc kontrolę w sposób delikatny i życzliwy.

Nie będę tu opisywał całej akcji N. N. K. i ogromu pracy, włożonej w tę akcję, nie będę wyliczał, ile i jakie placówki uruchomiono, gdyż to musiałoby z natury rzeczy przekroczyć znacznie rozmiary niniejszego artykułu, ale zaznaczyć tylko, że Komisja Epidemiczna Ligi Narodów w kwietniu 1921 r. oświadczyła w Genewie, „że akcja, zaprojektowana i prowadzona przez Polski Komisarjat do walki z epidemjami, była głęboko przemyślana i wykonana z bardzo znaczną sprawnością i wielkiem powodzeniem.“

Gdy zalew epidemiczny ustał, został w jesieni r. 1923 Naczelnny Nadzwyczajny Komisarjat dla spraw walki z epidemjami zlikwidowany, a załatwianie spraw zwalczania epidemii przejęła Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, a następnie Departament Służby Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, któremu przekazano te agendy po zniesieniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego, co nastąpiło po wydaniu odnośnej ustawy 28. XI. 1923 (Dz. Ust. 131 poz. 1060).

Przechodząc do szczegółowego omówienia nasilenia chorób zakaźnych w Państwie Polskiem w ostatnim dziesięcioleciu, podaję liczbowe zestawienie zgłoszonych w tym czasokresie przypadków pojedynczych ważniejszych chorób zakaźnych (p. Tabela).

Regestracja ta dotyczy naturalnie tylko ludności cywilnej, nie wliczając wojska, jeńców wojennych, ani wielkiej liczby repatriantów, leczonych szczególnie w latach 1919, 1920, 1921 w szpitalach wojskowych. Zresztą, dane statystyczne, szczególnie z r. 1919 i 1920, a częściowo i 1921 nie są bardzo dokładne i ścisłe, albowiem wiele powiatów znajdowało się dłuższy czas pod zalewem bolszewickim, a następnie minął jeszcze znaczny okres czasu, nim w rozległych powiatach wschodnich służba sanitarna została tak zorganizowana, że o prawidłowej registracji chorych zakaźnych mogła być mowa; i tak np. w r. 1919 są pełne wykazy statystyczne tylko z Województw: Warszawskiego, Łódzkiego, Lubelskiego, Kieleckiego, Krakowskiego i Białostockiego; Województwa Poznańskie i Pomorskie, Stanisławowskie i Tarnopolskie zaczęły nadsyłać wykazy tygodniowe dopiero od 23 tygodnia, t. j. od połowy czerwca i to niebardzo regularnie, zaś Województwo Lwowskie od 13 tygodnia, t. j. od początku kwietnia. Natomiast z innych Województw brak wykazów.

W r. 1920 brakują wykazy za cały rok z Województwa Wileńskiego, Poleskiego i Śląskiego, a częściowo także z Białostockiego, Pomorskiego i Małopolski Wschodniej. W roku 1921 brak wykazów za cały rok z Wileńskiego i Śląskiego, za pierwsze trzy miesiące z Województw Poznańskiego, Pomorskiego, Poleskiego, Nowogrodzkiego i Wołyńskiego. Dopiero w r. 1922 zaczyna się prawidłowsza registracja i regularne nadsyłanie odnośnych wykazów tygodniowych, tak, że odtąd uzyskany materiał statystyczny może służyć za podstawę do dalszej działalności zwalczania epidemii. Mimo to jednak władze sanitarne nie ustają w dal-

T A B E L A

Rok	Ospa naturalna		Cholera azjatycka		Durbzuszny i rzekomy		Dur plamisty		Dur powrotny		Czerwonka		Płonica		Błonica		Zimnica	
	Zachor.	Zg.	Zachor.	Zg.	Zachor.	Zg.	Zachor.	Zg.	Zachor.	Zg.	Zachor.	Zg.	Zachor.	Zg.	Zachor.	Zg.	Zachor.	Zg.
1919	1854	264	3	3	11421	1046	129088	18641	3266	149	7734	1226	4690	547	1815	219	1513	13
1920	3948	687	31	31	21466	1972	168097	22575	7188	293	31020	5168	16664	2256	3178	387	2073	25
1921	5078	823	4	4	30067	2384	4947	4199	13850	414	32944	4988	28164	3924	4130	544	52965	41
1922	2399	519	34	34	22056	1641	42724	3199	41207	1461	14344	1739	14717	1945	4228	414	17611	13
1923	502	83	—	—	14037	1284	11185	898	2067	44	5314	853	15746	1711	394	426	4770	4
1924	861	126	—	—	16288	1322	7706	666	366	12	10492	1533	18030	1570	4838	494	1881	1
1925	77	3	—	—	14025	1099	4156	338	104	3	3285	357	25210	2403	5888	567	1777	4
1926	69	5	—	—	15933	1256	3568	266	15	1	4805	611	37673	3600	6826	622	761	4
1927	36	5	—	—	19035	1507	2950	265	13	2	5011	644	36300	3288	8640	824	646	5
1928	17	1	—	—	9651	768	2054	131	13	—	1460	153	20030	1564	6829	584	671	2
od 1/1-30/IX 1928 a wiec 3/4 roku																		

od 1/1-30/IX 1928
a więc 3/4 roku

szej pracy nad lepszym zorganizowaniem statystyki przez zarządzenie wczesnego zgłaszania wszystkich przypadków chorób zakaźnych i ich podejrzenia, wczesnego i regularnego przesyłania zebranych wiadomości przez władze niższe do władz centralnych, a wreszcie periodyczne, możliwie wczesne ogłaszanie zebranych danych w odpowiednim opracowaniu.

Nie wszystkie te zarządzenia dają się jednak przeprowadzić, specjalnie wczesne zgłaszanie przypadków chorób zakaźnych napotyka często nieprzewidywane trudności. Niski poziom kulturalny ludności, niedostateczna liczba lekarzy praktykujących lub ich nierównomierne rozszedlenie, szczególnie na Kresach, wreszcie opieszałość, a czasem i zła wola w zgłaszaniu przypadków chorób zakaźnych ze strony lekarzy i felczerów oto trudności, z którymi musi się władza liczyć przy wszystkich planach organizacji statystyki chorób zakaźnych i zdawać sobie sprawę z tego, że rzadko zaludnione Kresy o ludności ubogiej przez szereg lat będą jeszcze dostarczały materiału statystycznego niebardzo ścisłego.

Z drugiej jednak strony i powiaty, dobrze zorganizowane pod względem sanitarnym, gdzie lekarz powiatowy prowadzi należycie dziennik zgłaszanych przypadków zachorowań i zgonów na choroby zakaźne, nieraz nie wykazują rzeczywistości wszystkich przypadków chorób zakaźnych, a to z powodu nienależytego ich rozpoznania, szczególnie postaci lekkich lub poronnych, które później stają się nieraz powodem większych ognisk. W tych ostatnich przypadkach stosuje się obowiązku, jako środek pomocniczy do stawiania diagnozy, badania serobakterjologiczne w bardzo szerokich rozmiarach. Badania te wykonywa Państwowy Zakład Higieny w Warszawie i jego filje w Krakowie, Lwowie, Lublinie, Toruniu, Łodzi i Wilnie tudzież uniwersytecki Zakład Higieny w Poznaniu bezpłatnie, a Departament Służby Zdrowia przesyła każdemu Starostwu na żądanie szczelne naczynia do przesyłania materiałów zakaźnych do powyższych zakładów.

Natomiast zaniedbania w zgłaszaniu chorób zakaźnych podlegają w myśl ustawy rygorom karnym.

Ospa. Większe nasilenie tej choroby zaznaczyło się w latach od 1919 — 1924, poczem w następnych latach liczba przypadków spada do *minimum* i to tylko jako przypadki sporadyczne. Podczas wojny światowej, t. j. w latach od 1914—1918 panowała ospa prawie na całym terenie dzisiejszego Państwa Polskiego, a to szczególnie na terenie Królestwa Polskiego, gdzie np. w jednym powiecie jędrzejowskim (Woj. Kieleckiego) stwierdziłem w roku 1915 około 4,000 przypadków ospy. Ale i na terenie Poznańskiego i Małopolski występowały w czasie wojny silne ogniska ospy, spowodowane nienależytem w tym czasie przeprowadzaniem szczepieniem ochronnem. Ustawa z 19 lipca 1919 roku Dz. Pr. P. P. Nr. 63 poz. 372 nakazuje w całym Państwie Polskiem przeprowadzanie corocznie obowiązkowego przymusowego szczepienia ochronnego przeciw ospie; ale w latach 1919, 1920 i 1921 wobec zawieruchy wojennej i nieuregulowanych stosunków sanitarnych wykonanie szczepienia nie dało się na terenie całego

Państwa przeprowadzić w należyty sposób, i dlatego w tych latach obserwuje się jeszcze dość silne nasilenie tej choroby, które jednakże już w r. 1923 znacznie słabnie, a tylko w r. 1924 powstaje jeszcze jedno wielkie ognisko tej epidemii, obejmujące całe Zagłębie węglowe (w Woj. Kieleckim było 140 przypadków, w Woj. Śląskiem 113, a w Woj. Krakowskim 540 przypadków).

Wyżej wymieniona ustawa zabezpieczała przeprowadzenie szczepienia przeciw ospie na szeroką skalę bezpłatnie, gdyż wydatki wszystkie na te cele pokrywał Skarb Państwa. Ustawa ta została następnie uchwałą Sejmu znowelizowana, a to w ten sposób, że koszty szczepienia ospy ponosi odtąd nie Skarb Państwa, lecz samorządy gminne, względnie powiatowe (ustawa z dnia 25.II. 1926 Dz. Ust. 28 poz. 167).

Niżej podane zestawienie ilustruje coroczną akcję szczepienną:

w r. 1923 dokonano	1,515,401	szczepień,
1924	1,606,662	"
1925	1,824,964	"
1926	1,789,469	"
1927	1,650,000	"

Wobec tego stanu jest ospa jedną z niewielu chorób zakaźnych, co do których sytuacja w Polsce przedstawia się znacznie pomyślniej, niż w szeregu państw zachodnio-europejskich, jak np. w Anglii, Francji, Szwajcarii i innych.

Cholera azjatycka. Cholera która przed wojną i podczas jej trwania występowała okresowo, jako epidemia, zawsze zawleczona z zewnątrz, od roku 1919 nie przybrała na ziemiach polskich nigdzie charakteru groźnej epidemii. W r. 1919 stwierdzono tylko 3 przypadki wśród ludności cywilnej (po jednym w Łodzi, Garwolinie i Busku, powiat Kamionka Woł. Tarnopolskie), wszystkie zawleczone z Rosji. W r. 1920 stwierdzono wśród ludności cywilnej 57 przypadków zachorowań, z tych 31 przypadków śmierci, jednakże w tym roku było ponadto 677 przypadków zachorowań, a 375 śmierci wśród jeńców bolszewickich, żołnierzy i personelu szpitali wojkowych. Przypadki zapadnięcia na cholere wśród ludności cywilnej dotyczyły 5 osób w Wadowicach (Woj. Krakowskie), gdzie w miejscowym obozie jeńców była znaczna liczba przypadków cholery.

9 przypadków w Przegożalach (pow. Kraków), zawleczonych z obozu jeńców w Wadowicach.

19 przypadków, z tych 11 zmarło w Peszkowcach pow. Buczac, zawleczonych z Rosji.

2 przypadki w mieście Krakowie, zawleczone z Wadowic.

2 przypadki w Płocku i 1 w Strzelnie.

19 przypadków w Warszawie.

W r. 1921 było 5 przypadków w Warszawie, po 1 w Baranowiczach, Grodnie, Nowym Targu, po 2 w Ostrzeszowie i Wołkowysku, razem 12 przypadków, zaś w r. 1922 było ogółem 125 przypadków zachorowań, a 34 śmierci. Repatrijanci rosyjscy zawlekli cholere do obozu repatriacyjnego w Równem, skąd dostała się epidemia do miasta, i tam zapadło 112 osób (w tym 25 śmierci), ponadto było po 5 przypadków w Baranowiczach i Białymstoku w tamtejszych obozach dla repatr-

jantów i po 1 przypadku w Chełmie, Kowlu i Zamościu.

W tym roku przeprowadził Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat dla spraw walki z epidemiami na bardzo szeroką skalę masowe szczepienia tetra ludności cywilnej na pograniczu sowieckim w Województwach Tarnopolskim, Wołyńskim i Poleskim.

Od roku 1922 nie stwierdzono już w Państwie Polskim ani jednego przypadku zachorowania na cholere azjatycką.

Dur brzuszny należy do chorób zakaźnych, najwięcej w Rzeczypospolitej rozpowszechnionych. Nieszczególny stan sanitarny osiedli wiejskich i miejskich o silnem skupieniu ludności, brak kanalizacji i wodociągów, liche studnie o wodzie zaskórnej i często jeszcze po wsiach i miasteczkach spotykany brak odpowiednich ustępów, wszystko to wytwarza warunki, sprzyjające szerzeniu się duru brzusznego w Polsce.

Choroba ta wykazuje w swem nasileniu pewną okresowość, największe jej nasilenie, bo 30067 przypadków było w roku 1921, a więc zaraz po inwazji bolszewickiej, w następnych latach zapadalność na tę chorobę opada, aż dopiero w r. 1927 dochodzi do 19035 przypadków. W tym jednakże roku to wzmożenie się liczby przypadków spowodowane było w znacznej mierze katastrofalną powodzią w Małopolsce wschodniej.

Naogół pierwsze miejsce pod względem liczby zachorowań na dur brzuszny zajmują Województwa centralne, mianowicie Łódzkie, Warszawskie i Kieleckie, w których zapadalność wynosi naogół od 80 — 120 na 100,000 m., dalej idą województwa południowe, jak Krakowskie z zapadalnością 40 — 50 na 100,000 m., zaś najbardziej pomyślny obraz dają województwa zachodnie i wschodnie. Jak z tego widać, województwa, posiadające większą liczbę miast i miasteczek, a więc większe skupienie mieszkańców, okazują też największą liczbę zachorowań. Wprawdzie w Poznańskim i na Śląsku są również liczne miasta i miasteczka, ale te stoją znacznie wyżej pod względem urządzeń sanitarnych, aniżeli miasta w b. Królestwie Polskim, i dlatego też zapadalność na dur brzuszny jest w Poznańskim i na Śląsku mniejsza. W grupie miast ponad 100,000 mieszkańców największy współczynnik zapadalności w r. 1927 wykazywała Warszawa (139 na 100,000); Lublin (131), Łódź (126), Lwów (53), Katowice (42), Poznań (30).

W mniejszych miastach, wobec ich mało higienicznych warunków, był współczynnik ten często jeszcze znacznie większy. Śmiertelność na dur brzuszny wynosiła przeciętnie 8%.

W ostatnich latach zaczęto na większą skalę stosować u nas szczepienia zapobiegawcze już to szczepionką płynną, już to stałą prof. Besredki, mianowicie:

w r. 1924 zaszczepiono	28,656	osób,
1925	43,374	"
1926	92,230	"
1927	86,795	"

Wyniki tych szczepień w wielu miejscowościach dały wyniki bardzo zachęcające.

Dur plamisty. Po katastrofalnych epidemjach duru plamistego w latach wojny i repatriacji,

t. j. od 1919 — 1922 zapadalność na tę chorobę dzięki wyteżonej akcji powołanych do tłumienia władz, zmniejsza się systematycznie i stale, choć powoli. Rozmieszczenie tej choroby w pojedynczych województwach było i jest bardzo nierównomierne. W Woj. Pomorskiem, Poznańskim i Śląskiem jest choroba ta prawie zupełnie nieznaną i nawet w czasie największych epidemii zjawiały się tam tylko sporadyczne przypadki, lub drobne zawleczone ogniska. Im dalej na wschód, tem zapadalność jest coraz większa, a w Województwach wschodnich i południowo-wschodnich dur osutkowy występuje endemicznie, tworząc w pewnych okolicach stałe ogniska, które są dokładnie znane.

Tak było przed wojną i tak też jest i teraz. Władze mają przed sobą ciężkie zadanie całkowitego stłumienia tej choroby, a w pierwszym rzędzie radykalnego zwalczania wszawicy, co wobec niskiego poziomu kulturalnego ludności, zwłaszcza na wschodzie, i licznych braków sanitarnych, a specjalnie łaźni publicznych, jest jeszcze ciągle pracą żmudną.

Dążąc do zlikwidowania ognisk endemicznych, Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z początkiem roku 1926 powołał do życia specjalne państwowe kolumny przeciwdurowe, składające się z lekarza, higienistki i dezynfektora. Kolumny te, zaopatrzone we wszystko, co jest potrzebne do dezynfekcji i dezynsekcji oraz propagandy przeciwwszawicowej, wykonywały też dezynsekcje cjanowodorowe, a pracowały, jako kolumny ruchome w miejscowościach, najbardziej epidemją duru plamistego zajętych. Ten rodzaj kolumn okazał się jednak niepraktyczny i zbyt kosztowny, i dlatego też obecnie przekształcono je na kolumny stałe w tych powiatach, w których znajdują się stałe ogniska endemiczne duru plamistego, t. j. w Województwie Wileńskim, Nowogrodzkim, Wołyńskim, Lwowskim, Tarnopolskim i Stanisławowskim. Kolumny te mają obowiązek: 1. Zarządzenia ścisłej izolacji chorego na dur plamisty i dopilnowania jej na miejscu, o ile niemożliwe jest odesłanie chorego do szpitala, co powinno być w pierwszym rzędzie dokonane.

2. Dokonania odwszenia otoczenia chorego i całej ludności ogniska endemicznego.

3. Dokonania dezynsekcji cjanowej w domach zakażonych.

4. Walczenia z wszawicą w szkołach i wśród ludności wogóle i prowadzenia szerokiej propagandy higieny i czystości osobistej i otoczenia wśród ludności.

Personel kolumn tych przeszedł specjalny kurs przeszkolenia w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie i pracuje obecnie w najcięższych warunkach, bo na kresach małokulturalnych, o stosunkowo jeszcze mało rozwiniętej sieci środków pomocniczych, mianowicie oddziałów szpitalnych dla chorób zakaźnych i kąpielisk ludowych. W wielu wypadkach kolumny, mając do najbliższego oddziału szpitalnego dla zakaźnie chorych 40 — 60 klm., nie są w możności, szczególnie w zimie i na wiosnę, odwozić tam chorych zakaźnych i muszą ich w niepomysłnych warunkach izolować na wsi w chłopskich chatkach. Ponadto i brak kąpielisk ludowych przyczynia się do tego,

że zawszenie wśród ludności Kresów jest dość silne. Wedle ankiety, przeprowadzonej przez Departament Służby Zdrowia w roku 1926, stwierdzono, że na terenie całego Państwa znajdują się 1423 kąpieliska, co jest absolutnie za mało. Obecnie jednak już gminy, nawet wiejskie, w zrozumieniu ważności takich instytucyj dla zdrowia mieszkańców, coraz częściej budują u siebie publiczne zakłady kąpielowe, jak np. ostatnio wieś Łosice (pow. Nieśwież) i inne.

Współczynnik śmiertelności z tyfusu plamistego utrzymuje się od roku 1923 przeważnie na jednej wysokości, mianowicie, w granicach między 8,9% chorych w r. 1927 — do 6,3% w r. 1928.

Dur powrotny panował u nas od 1919 — 1922 r. Największe jednak nasilenie tej choroby przypada na lata 1921 i 1922, a więc na czas, kiedy liczba przypadków duru osutkowego już znacznie opadła. Należy przypuszczać, że choroba ta zawleczona została do nas przez repatriantów. W roku 1922 było zgłoszonych 41207 przypadków. od czasu zaś ustania repatriacji, t. j. od końca r. 1923, liczba przypadków tej choroby obniża się bardzo szybko, bo w r. 1923 wynosi tylko 2067 przypadków, poczem w następnych latach spada do minimum, np. w r. 1927 było zgłoszonych 13 przypadków, zaś w r. 1928 do 30. IX. również 13 przypadków, i to tylko jako przypadki sporadyczne, nie tworząc w Państwie nigdzie ogniska chorobowego.

Czerwonka występuje u nas tylko w miesiącach letnich i jesiennych i obejmuje w formie epidemii przeważnie cztery Województwa Małopolskie, a często także Poznańskie i Śląskie. Natomiast na Kresach i w Woj. centralnych epidemie czerwionki występują bardzo rzadko.

Największe nasilenie tej choroby było w r. 1920, 1921 i 1922, co odpowiada równoczesnemu największemu nasileniu duru brzuszego. Następnie była znaczniejsza epidemia w r. 1924, szczególnie w Województwach Stanisławowskim, Krakowskim, Lwowskim i Poznańskim, a wreszcie w r. 1927, jako następstwo wielkiej powodzi w Małopolsce wschodniej.

Naogół stwierdzenie czerwionki ogranicza się do diagnozy klinicznej, gdyż mimo częstego przesyłania materiału zakaźnego do zakładów higieny, rzadko kiedy można stwierdzić formę choroby, jednakże przeprowadzone badania wykazują, że u nas występuje tylko zakażenie bakteryjne różnych typów, nie stwierdzono natomiast nigdy formy pełzakowej.

Współczynnik śmiertelności waha się w rozmaitych latach od 10,5 na 100 chorych w r. 1928 do 16% w r. 1923.

W ostatnich kilku latach rozpoczęto w razie wybuchu epidemii czerwionki stosować szczepienia zapobiegawcze otoczenia chorych.

Mianowicie: w r. 1924	zaszczepiono	8,771 osób,
1925	"	5,781 "
1926	"	7,160 "
1927	"	23,709 "

Szczepienia te dały naogół wyniki zadawalające. Płonica. W przebiegu płonicy za ostatnie dziesięciolecie widać wybitną okresowość; po silnej epidemii w r. 1921, w którym zarejestrowano

28,164 przypadki (zapadalność 104,8 na 100,000 mieszkańców), następuje już w r. 1922 silny spadek liczby chorych, która wynosi tylko 14,717 przypadków t. j. 54,7 na 100,000. Od tego czasu liczba chorych z roku na rok wolno wzrasta aż do roku 1926, w którym *maximum* zapadalności wynosi 37,673 przypadków, czyli 140,6 na 100,000, poczem w r. 1927 zaczyna znów wolno opadać.

Fala tej ostatniej wielkiej epidemii szła wyraźnie od zachodu na wschód, albowiem naprzód, t. j. w 2-iej połowie r. 1925, zajęte były województwa Poznańskie i Pomorskie, poczem w r. 1926 przesunęła się epidemia do województw centralnych, dając największe nasilenie w Województwach Warszawskim i Kieleckim, a dopiero w r. 1927 przeszła na kresy wschodnie.

Śmiertelność z płonicy wynosiła od 8,7% do 13,2%. Akcja szczepień przeciwploniczych rozwija się z roku na rok.

W r. 1924 zarejestrowano	13,142	osoby	szczepione
1925	"	117,669	osób szczepionych
1926	"	197,077	" "
1927	"	251,611	" "

i to prawie we wszystkich województwach.

Mimo, że szczepienia przeciwplonice napotykać jeszcze wielu przeciwników, to przecie rozwijają się systematycznie, a wyniki przeprowadzonych szczepień wydają się być bardzo zachęcające.

W mieście Warszawie poddano tym szczepieniom powyżej 25,000 dzieci wrażliwych na płonicę.

Z liczby tychże zachorowało na płonicę 0,4%. Natomiast wśród 150,000 dzieci nieszczepionych zachorowało 1,5%. Jeśli więc wśród dzieci szczepionych zapadalność na płonicę jest prawie 4 razy mniejsza, niż wśród nieszczepionych, to jest to już taki zysk, że każe on nam akcję tę dalej kontynuować i popierać.

Błonica wzmaga się u nas systematycznie z roku na rok. tak samo zresztą, jak i wszędzie zagranicą, mimo że naogół wielkie epidemie tej choroby u nas nie występują, a tylko gęsto rozsiane i liczne przypadki sporadyczne. Wysoką zapadalność na błonicę spotyka się naogół prawie we wszystkich województwach, zaś śmiertelność wynosi między 9% — 13%, z tem nadmienieniem, że w większych miastach śmiertelność jest wyższa, niż na prowincji.

Wobec tego Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych okólnikiem z 16. VII. r. b. L. Z. Z. 4105 zaleca dokonywanie szczepień zapobiegawczych przeciwploniczych na szeroką skalę i to wspólnie ze szczepieniami przeciwploniczymi, a Państwowy Zakład Higjeny wyrabia obecnie szczepionkę mieszaną dla jednoczesnego uodpornienia przeciw płonicy i błonicy.

Odra i krztusiec. Jeżeli odrzucić 1919 rok, w którym zarejestrowano zbyt małe liczby zachorowań w porównaniu z następными latami, co tłumaczyć należy niedokładną rejestracją, to widać, że zapadalność na odrę i krztusiec wzmaga się znacznie i wynosi w odrze od 37,8 na 100,000 w r. 1924 do 244 na 100,000 w r. 1926. W krztuscu

wynosi zapadalność w r. 1920 13,7 na 100,000, zaś w r. 1925 wynosi 38,8 na 100,000 mieszkańców.

Z endemicznie panujących u nas chorób odra daje największą zapadalność, ale walka z nią narażona na duże trudności wobec nadzwyczajnej łatwości jej szerzenia się.

Zimnica. Po wielkiej epidemii roku 1921 i 1922 spada liczba chorych na tę chorobę stale i systematycznie, nie przekraczając od kilku już lat liczby 800 przypadków rocznie. Większość przypadków dotyczy Pińszczyzny, która jest największym ogniskiem tej choroby, i gdzie prowadzona jest akcja zapobiegawcza i lecznicza. Ponadto w okolicy Warszawy pracuje od kilku lat kolumna przeciwmalaryczna, niszcząca widliszki zapomocą zieleni paryskiej, względnie wazeliny płynnej. Akcja ta daje dobre wyniki, i już w r. 1927 i 1928 rozszerzono ją na Spałę. Modlin, Dęblin, Ciechocinek i wiele innych miejscowości.

Inne choroby zakaźne, jak nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, śpiączka epidemiczna, choroba Heine-Medina, róża, zakażenie połogowe, nie wykazywały w dziesięciolecie nigdzie większego nasilenia i nie występowały w formie epidemii.

Tak przedstawia się naogół stan walki z ostreymi chorobami zakaźnymi w Polsce Niepodległej. Wiele bardzo już na polu zwalczania tych chorób zdziałano ale pozostaje jeszcze wiele do zrobienia, i dlatego nie można w pracy ustawać, kompetentne czynniki rządowe i samorządowe muszą wyteżyc wszelkie siły, by wroga tego zwalczyć.

W walce tej znakomite usługi odda akcja, zainicjowana przez Pana Ministra Składkowskiego, a zmierzająca do systematycznego i trwałego oczyszczania i uporządkowania kraju pod względem sanitarnym i uświadamiania pod tym względem ludności.

Rzut oka na sprawy walki z gruźlicą w Polsce w okresie 1918 — 1928 r.

Podał

Dr. Czesław WROCZYŃSKI (Warszawa).

Pierwsze dziesięciolecie niepodległości położyło podwaliny pod budowę naszego gospodarstwa społecznego i państwowego. W życiu narodów, posiadających oddawna byt niezależny, okres 10 lat jest bardzo krótki: sprawozdanie z takiego okresu może ograniczyć się do stwierdzenia postępów, poczynionych w różnych dziedzinach. W naszych warunkach chodzi o coś więcej: zapytać się musimy, czy w obliczu zadań i obowiązków, jakie chwila historyczna tworzenia i utrwalania naszego bytu na nas włożyła, znaleźliśmy lub staraliśmy się znaleźć rozwiązanie najbardziej palących zagadnień?

Przecież dążenia naszego pokolenia, wcielone w czyn, będą częstokroć drogami, któremi kroczyć

będą nasi następcy. Zaniedbania lub błędy popełnione odbiją się ujemnie w przyszłości. Prawidłowe postawienie i ujęcie sprawy w dobie dzisiejszej może wydać nieocenione owoce w pracy następnych pokoleń.

W rozległej dziedzinie zdrowia publicznego, opieki społecznej i ubezpieczeń społecznych sprawa gruźlicy jest może jedną z najbardziej związanych z całokształtem życia gospodarczego, dobrobytem i warunkami pracy szerokich warstw ludności. Wkracza ona głęboko we wszystkie momenty życia, wiążąc się najściślej z rozbudową miast i osiedli, z zagadnieniem mieszkaniowym, z odżywianiem i aprowizacją ludności, z podniesieniem stopy życia robotnika, z rozwojem kultury higienicznej i uświadomienia, z postępami gospodarstwa samorządowego.

Z danych statystycznych powinniśmy czerpać pojęcie o rozmiarach zagadnienia walki z gruźlicą w Polsce. Niestety, statystyki przyczyn zgonów, oparte na jednolitych podstawach dla całego Państwa, nie mamy po dzień dzisiejszy.

Jesteśmy pod tym względem jednym z najbardziej upośledzonych państw na kontynencie europejskim. Niemcy stawiają nas na jednym poziomie z Albanją. A przecież jaknajdokładniejsza statystyka ruchu naturalnego ludności jest w krajach kulturalnych jedną z podstaw gospodarki społecznej, państwowej i samorządowej, pozwalając na wysnuwanie wniosków, dotyczących potrzeb ludności, jej rozwoju, stanu zdrowotności, a co zatem idzie, jej wartości fizycznej. Poza wielkimi miastami, jest u nas rzeczą niemożliwą zdobycie rzeczowego materiału, nadającego się do ściślejszych badań. Projekty odpowiednich ustaw, złożonych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych do sejmku jeszcze w roku 1925, nie zostały uchwalone i jest rzeczą trudną do przewidzenia, kiedy zostaną zatwierdzone.

Przeciętna umieralność na gruźlicę w Polsce waha się obecnie przypuszczalnie w granicach od 250 do 300 zgonów na 100.000 ludności rocznie¹⁾. Zmiany i wahania umieralności w okresie 1918 — 1928 wskazują na znaczny spadek liczby zgonów. Jest to wistocie zjawiskiem czysto pozornym. Rok 1918, 19, 20 i 21, to znaczy pierwsze lata powojenne wykazują w dalszym ciągu wzmogoną umieralność na gruźlicę, tak, jak to miało miejsce w okresie wielkiej wojny. Od roku 1922 aż do 1927 umieralność na gruźlicę osiąga stopniowo poziom przedwojenny. W ostatnich latach nietylko nie widzimy spadku liczby zgonów, lecz odwrotnie, w niektórych miastach umieralność wzmaga się.

Danych ścisłych co do okręgów wiejskich nie mamy wcale. Jeżeli wolno wyciągać wnioski z luźnych sprawozdań urzędów służby zdrowia, szczególnie województw wschodnich, bądź inspekcji, przeprowadzonych na miejscu, to nasilenie gruźlicy na wsi przybrało obecnie poważne rozmiary.

Tablica, poniżej zamieszczona, zawiera odpowiednie dane, dotyczące liczby zgonów na gruźlicę

w Warszawie, Krakowie i Łodzi od r. 1918 do 1927 na 100.000 ludności rocznie:

Rok	Warszawa		Lwów		Kraków		Łódź	
	L. absol. na 100.000 m.		L. absol. na 100.000 m.		na 100.000 ¹⁾ mieszkańców		L. absol. na 100.000 m.	
1918	5945	783,9	1190	634,9	842,4		2770	810,3
1919	4867	593,4	1529	772,0	611,9		2537	585,3
1920	3213	339,9	864	415,2	699		1621	374,5
1921	2362	250,0	666	303,6	405		1243	274,8
1922	2493	260,7	675	296,7	369		1407	297,8
1923	2569	267,5	710	301,2	303		1474	291,3
1924	2279	236,1	634	266,1	416		1545	300,0
1925	2290	230,7	507	215,8	314		1365	258,9
1926	2566	230,0	542	236,9	344		1559	281,6
1927	2604	253,1	573	245,3	—		1561	270,0

Sprawozdanie z postępów na polu walki z gruźlicą powinno w pierwszym rzędzie uwzględnić rozwój instytucji, stwarzanych bezpośrednio do tego celu: to znaczy poradni przeciwgruźliczych, sanatorjów, szpitali i t. p.

Arsenał przeciwgruźliczy, jakim Polska rozporządzała w początku ubiegłego dziesięciolecia, był niezmiernie skromny w stosunku do potrzeb. Ruch przeciwgruźliczy przedwojenny miał charakter wyłącznie społeczny — gdyż ani rządy państw zaborczych, ani instytucje samorządowe, — zresztą nieistniejące na terenie b. zaboru rosyjskiego — nie łożyły żadnych funduszy na te cele.

Cechy tego ruchu, na którego czele stanął cały szereg wybitnych lekarzy społecznych, jak ś. p. Wiczkowski, ś. p. profesor Sokołowski, ś. p. Dunin, rektor Antoni Gluziński, b. minister zdrowia publicznego Dr. Tomasz Janiszewski, Dr. Kazimierz Dłuski i wielu innych, są nam wszystkim dobrze znane. Społeczeństwo i ofiarność poszczególnych jednostek przyczyniła się do powstania prawie wszystkich założonych podówczas instytucji przeciwgruźliczych.

Z chwilą odzyskania niepodległości, nowoutworzone Ministerstwo Zdrowia Publicznego przystąpiło do zebrania odnośnych danych, ilustrujących stan walki z gruźlicą na ziemiach b. trzech zaborów. Pierwsze zestawienie tych danych zawdzięczamy ówczesnemu referentowi do spraw walki z gruźlicą w Ministerstwie, Doktorowi Kazimierzowi Dąbrowskiemu. W roku 1921 Dr. Kazimierz Dłuski w pracy swojej zatytułowanej „Walka z Gruźlicą“ zebrał i ogłosił wszystkie urzędowe materiały, Poniżej umieszczona tablica, opierając się na tych źródłach, przedstawia się następująco:

W początkach roku 1920 na całym terenie Rzeczypospolitej istniały następujące organizacje i instytucje, stworzone do walki z gruźlicą.

A. Towarzystw Przeciwgruźliczych istniało 15; z tego na terenie Kongresówki 11 (Warszawa 2, Łódź 1, Piotrków 1, Płock 1, Kalisz 1, Lublin 1, Olkusz 1, Hrubieszów 1, Siedlce 2);

¹⁾ Ostatni Rocznik statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego podaje umieralność w miastach powyżej 100.000 mieszkańców na 271 na 100.000.

¹⁾ Co do Krakowa liczby wzięto z pracy Doc. D-ra T. Janiszewskiego „Społeczna walka z gruźlicą zagranicą i w Polsce“ 1927 r.

na terenie Małopolski 2 (Kraków i Lwów) w Poznańskim 1 (Poznań);
na Śląsku Cieszyńskim 1 (Cieszyn).

- B. Poradni społecznych ogółem: 31
w Kongresówce: 17 (Warszawa 5 —
w tem jedna Tow. Brijus, Łódź 1, Siedlce 2
w tem jedna Tow. Brijus, Aleksandrów, Lu-
blin, Kalisz, Piotrków, Płock, Konin, Olkusz,
Łowicz i Hrubieszów po 1).
w Małopolsce i na Śląsku Cieszyńskim 10
(Lwów, Zakopane, Kraków, Jarosław, Rze-
szów, Sambor, Jaworów, Oświęcim i Cieszyn).
na Śląsku 3 (Katowice, Mysłowice, Kró-
lewska Huta).
w Poznańskim 1.

- C. Sanatorjów:
Dla dorosłych;

1. prywatne:

- a) Imienia Doktorostwa Dłuskich
w Zakopanem 120 łóżek.
b) Imienia Doktora Hawranka
w Zakopanem 24 łóżka
Ogółem . . . 144 łóżka

oraz liczne pensjonaty prywatne, przy-
mujące chorych na gruźlicę w Zakopa-
nem i Otwocku.

2. miejskie:

- a) Magistratu stoł. m. Warszawy, (Wydział
szpitalnictwa, chwilowo w gmachu War-
szawskiego Żydowskiego Towarzystwa
Przeciwegruźliczego Brijus)
w Otwocku 60 łóżek
b) w Mieni 50 "
c) w Chojnach (sekcji przeciw-
gruźliczej Wydziału Zdrowia
Magistratu m Łodzi) 80 "
Razem . . . 190 łóżek

3. społeczne:

- a) Rudka pod Warszawą. Wła-
sność Tow. Higienicznego . . 60 łóżek
b) Bratnia pomoc dla akademi-
ków w Zakopanem 50 "
c) „Odrodzenie“ w Zakopanem . 45 "
d) Czerwonego Krzyża (dawniej
Chramca) w Zakopanem . . 206 "
e) w Smukałach (Poznańskie)
pod Bydgoszczą własność Tow.
ku Zwalczeniu gruźlicy w woj.
poznańskim 250 "
f) w Kawanówku (dla mężczyzn)
pod Obornikami, własność
poznańskiej Ubezpieczalni kra-
jowej 250 "
Razem . . . 861 łóżek

Dla dzieci:

- a) w Otwocku włas. P. K. P. D. 100 łóżek
b) w Zakopanem Komitetu Książ-
zęco-Biskupiego 90 "
c) w Hołosku 10 "
Razem . . . 200 łóżek

Dane te należy uzupełnić liczbą łóżek, posia-
danych przez wojskowość w Sanatorjach

w Hołosku	60 łóżek
„ Rajczy	116 „
„ Pustelniku	120 „
„ Zakopanem	130 „
a więc ogółem 426 łóżek	

Zestawienie:

Dla dorosłych:

Łóżek Sanatoryjnych w Zakładach:

1. prywatnych . . .	144
2. miejskich . . .	190
3. społecznych . . .	861
4. wojskowych . . .	426
Razem . .	1621

dla dzieci

5. społecznych	200
Łóżek szpitalnych dla chorych gru- źliczych mieliśmy według obliczeń	
D-ra Dłuskiego	1647

Liczby powyższe niezmiennie dobitnie uwy-
puklają charakter społeczny ruchu przeciwegruźli-
czego. Wszystkie poradnie powstały dzięki inicja-
tywie społecznej; 1061 łóżek sanatoryjnych z ogół-
nej liczby 1821 należy do instytucji społecznych.
Łóżka, posiadane przez władze wojskowe, również
mieszczą się częściowo w budynkach, będących
własnością społeczną.

Liczby podane powyżej, zestawione z arsena-
łem przeciwegruźliczym polskim według stanu fak-
tycznego z końca roku 1927, wskazują na szybki
rozwój sprawy walki z gruźlicą.

Liczba Towarzystw Przeciwegruźliczych na ca-
łym terenie Rzeczypospolitej wynosi obecnie 137.

a mianowicie:

Województwo Warszawskie	9
„ Łódzkie	7
„ Kieleckie	9
„ Lubelskie	10
„ Białostockie	8
Miasto Warszawa	6 ¹⁾
Województwo Śląskie	2
„ Lwowskie	25
Województwo Krakowskie	22
„ Tarnopolskie	6
„ Stanisławowskie	7
„ Pomorskie	3
„ Poznańskie	1
„ Wołyńskie	9
„ Poleskie	4
„ Nowogródzkie	5
„ Wileńskie	4
Razem . .	137

¹⁾ Towarzystwo Brijus, Echo i Marpe połączyły się ostat-
nio pod nazwą Ligi „Atil“.

Liczba poradni wynosi 150,— a w połowie r. 1928 — 170:

Województwo	Warszawskie	13
"	Łódzkie	14
"	Kieleckie	19
"	Lubelskie	4
"	Białostockie	7
Miasto Warszawa		13
Województwo	Śląskie	10
"	Lwowskie	32
"	Krakowskie	14
"	Tarnopolskie	8
"	Stanisławowskie	7
"	Poznańskie	6
"	Pomorskie	5
"	Wołyńskie	6
"	Poleskie	3
"	Nowogrodzkie	6
"	Wileńskie	3

Razem . . 170

Liczba łóżek w sanatorjach:
Dla dorosłych:

1. Sanatoria społeczne.

a)	Towarzystwo „Marpe„ w Otwocku	70
b)	" „Brijus“ w Otwocku	40
c)	Rudka „Sanatorium dla chorych piersiowo“ Warsz. Tow. Higienicznego	120
d)	Supraśl Sanatorium Złotego Krzyża (stow. Urzędników Państwowych)	35
e)	Hołosko Lwowskie Tow. Walki z Gruźlicą (55 łóżek w budowie)	59
f)	Zakopane Dom Zdrowia Zw. Naucz. Szkół Powszechnych	35
g)	Zakopane Sanatorium na Gubałowie Zw. Naucz. Szkół Powszechnych	200
h)	Zakopane Sanatorium Pol. Tow. Czerwonego Krzyża	155
i)	Zakopane Odrodzenie	53 ¹⁾
j)	" Odrodzenie Zakład profilaktyczny	40
k)	" Bratnia Pomoc	40 ²⁾
l)	Mikuliczyn Dom Zdrowia Akademików w budowie	
m)	" Ognisko Stow. Drukarzy	50
n)	Worochta Dom Zdrowia Akademików Żydów w budowie	
o)	Smukała dla kobiet i dzieci własność Poznańskiego Tow. ku zwalczaniu gruźlicy	245 ³⁾
p)	Chodzież Sanatorium dla Urzędników kolejowych Kasy emeryt. prac. kol.	100
r)	Małoryta (pod Kowlem) Sanatorium Warszawskiego Tow. Przeciwgruźliczego	55
s)	Wilno Sanatorium T.O.Z. (daw. O.Z.E.)	30

Razem . . 1327

2 Sanatoria samorządowe.⁴⁾

a)	Otwock Magistrat m. Warszawy	90
b)	Chojny " " Łodzi	80

Razem . . 170

¹⁾ W budowie 100 łóżek.

²⁾ W budowie 100 łóżek.

³⁾ Obecnie prowadzona przez Starostwo krajowe.

⁴⁾ w listopadzie b. r. nastąpi otwarcie świeżo wybudowanego Sanatorium Miejskiego w Otwocku na 250 łóżek.

3. Sanatoria rządowe.

„Rajcza“ Min. Spr. Wojskowych	100
Zakopane Sanatorium im. Dłuskich Min. Spraw Wojsk.	120
Wilno Sanatorium Dyr. Koleji Państw.	30
Razem	250

4. Sanatoria Kas Chorych.

Anin (Kasa Chorych m. Warszawy)	42
Jastrząb (Woj. Śląskie Lecznica bracka)	129
Jaworze Uzdrowisko dla kobiet pow. Kasy Chorych w Bielsku	10
„Bystra“ Dom Zdrowia Okręgowego Krakowskiego Związku Kas Chorych	120
Szczawnica Dom Zdrowia Kasy Chorych m. Warszawy	60
Zakopane Dom Zdrowia Kasy Chorych m. Warszawy	40
Worochta Sanatorium Pow. Kasy Chorych Lecznica pod Obornikami Kasy Chorych m. Poznania (dla mężczyzn)	245
Ludwików Kasy Chorych m. Poznania pod Poznaniem	100
Razem	816.

5. Sanatoria prywatne.

a)	Sanatorium Betanja w „Jastrzębiu Zdrój“	33
b)	Zakopane Sanatorium D. ra Hawranka	16
Razem		49.

Zestawienie.

Sanatoria Społeczne	1327
" Samorządowe	170
" Rządowe	250
" Kas Chorych	816
" Prywatne	49
Razem	2612 łóżek

Dla dzieci.

1. Sanatoria społeczne.

a)	Miedzyszyn (Sanatorium dziecka)	80
b)	Otwock (Uzdrowisko dla dzieci P.K.P.D.)	70
c)	Otwock (Tow. „Brijus“)	50
d)	Busko (Sanatorium dla dzieci)	50 ¹⁾
e)	Dębina Uzdrowisk dla dzieci Tow. Ochrony Zdrowia ludności Żydowskiej „T.O.Z.“	60
f)	Rabka Zakład Czerwonego Krzyża dla dzieci	200
g)	Maniewicze Sanatorium dla dzieci własność Kowelskiego Tow. Walki z Gruźlicą	25
Razem		535

2. Sanatoria samorządowe.

a)	Łągiewniki Magistrat m. Łodzi	50 łóżek
b)	„Amelin“ Sanatorium dzienne dla dzieci I Miejsk. Stacji Higieny Zapobiegawczej Magistratu m. Warszawy	40
Razem		90

¹⁾ Busko w sezonie letnim przyjmuje 300 dzieci, liczba łóżek w sezonie zimowym osiągnie wkrótce 100.

3. Sanatorja rządowe.

Zakopane (na Bystrem) Zakł. dla gruź- licy kostnej Uniw. Jagiellońskiego	110	"
Razem	110	"

4. Sanatorja Kas Chorych.

Tuszynek Kasa Chorych m. Łodzi	120	"
Razem	120	łózek

Zestawienie.

Sanatorja Społeczne	535	łózek
" Samorządowe	90	"
" Rządowe	110	"
" Kas Chorych	120	"
Razem	855	łózek

Ogółem Polska posiada więc w chwili obecnej dla dorosłych 2612 łózek sanatoryjnych i dzieci 855 " "

Razem . 3467 łózek sanatoryjnych

Liczba łózek szpitalnych dla chorych gruźliczych wynosi obecnie 3058.

W przeciągu dziesięciolecia stwierdzamy więc następujące zmiany:

Liczba Towarzystw Przeciwgruźliczych wzrosła prawie dziesięciokrotnie z 15 na 137.

Liczba poradni jest obecnie przeszło 5 razy większa, to znaczy zamiast 31 mamy 170.

Bardzo ciekawy obraz daje wzrost liczby łózek sanatoryjnych, nie tylko liczbowy, lecz jakościowy: z 1821 łózek rozbudowaliśmy się do 3467, a więc mamy więcej o 1646 łózek.

Przynależność tych łózek wzrosła w sposób następujący:

	Dla dorosłych		Dla dzieci	
	1918	— 1927	1918	— 1927
S. Społeczne	861	— 1327	110	— 535
S. Samorządowe	190	— 170	—	— 90
S. Rządowe	426	— 250	90	— 110
S. Kasy Chorych	—	— 816	—	— 120
S. Prywatne	144	— 49	—	—

Budowanie sanatoriów nowych jest więc dziełem przede wszystkim organizacji społecznych i Kas Chorych. Samorządy nie rozwinęły jeszcze żadnej akcji w tym kierunku (z nielicznymi wyjątkami m. Warszawy i m. Krakowa). Wśród organizacji społecznych, cały szereg związków zawodowych — nauczycieli, kolejarzy, urzędników — zorganizował się w celach samoobrony przed gruźlicą, budując, na przykład, tak wspaniałe sanatoria, jak Sanatorium Nauczycielstwa. Jest to jednym z dowodów, że zorganizowane związki zawodowe podejmują samorządnie akcję społeczno-higieniczną i ratowniczą, nie mogąc znaleźć dla swych członków odpowiedniej pomocy ze strony czynników lokalnych terytorjalnych. O ile z jednej strony objaw ten jest nader dodatni, dobrze świadcząc o nurtującym zrozumieniu sprawy społecznie tak ważnej, jaką jest walka z gruźlicą, o tyle z drugiej strony jest to uszczerbkiem bardzo niebezpiecznym dla samej zasady terytorjalności walki z gruźlicą. Jedno wielkie sanatorium dla związku, posiadającego

członków na całym terenie Rzeczypospolitej — jak np., Sanatorium Związku Nauczycielstwa na Gubałowie w Zakopanem powoduje konieczność przewożenia chorych ze wszystkich krańców Rzeczypospolitej do zakładu, co jest związane z dużym nakładem kosztów. Podrugie, utrwała to niesłuszne mniemanie, że leczenie gruźlicy jest niemożliwe w warunkach miejscowych. Stan taki trwać będzie prawdopodobnie dopóty, dopóki władze samorządowe nie włączą do programu swej działalności sprawy walki z gruźlicą, lecz należy to już do zagadnień ustawodawstwa przeciwgruźliczego i ściślego określenia obowiązków, ciążyących na poszczególnych organach, władzach i instytucjach publicznych, bądź ubezpieczeniowych.

Dorobek pracy, jaki powstał w okresie sprawozdawczym, świadczy bezsprzecznie, że posuwamy się szybkim krokiem naprzód i że zrozumienie dla całej wagi sprawy gruźliczej rośnie z dnia na dzień. Władze rządowe udzielają stale zwiększającego się poparcia fachowego i materialnego.

Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a poprzednio Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, dążą przedewszystkiem do skoordynowania i nawiązania współpracy pomiędzy organizacjami samorządowymi, ubezpieczeniowymi i społecznymi na polu walki z gruźlicą.

Inicjatywa Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego utworzenia Ogólnopolskiego Związku Towarzystw Przeciwgruźliczych znalazła odpowiednie poparcie, i w grudniu 1924, na zebraniu organizacyjnym w Ministerstwie, licznie zebrani przedstawiciele Towarzystw Przeciwgruźliczych i Samorządów uchwalili utworzenie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Jednocześnie ustalono wówczas główne wytyczne pracy Związku:

1. Związek powinien zespalać i koordynować działalność Towarzystw i instytucji społecznych ubezpieczeniowych i samorządowych, zwalczających gruźlicę w całym kraju.

2. Związek będzie centralą informacyjną, zbierającą i opracowującą wszelkie dane statystyczne, dotyczące walki z gruźlicą w Polsce.

3. Związek organizuje propagandę przeciwgruźliczą.

4. Związek zajmuje się szkoleniem personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, zatrudnionego w poradniach.

5. Związek wyda odpowiednie instrukcje fachowe, udzielać będzie wszelkich wskazówek i wprowadzi jednolite wzory i metody pracy w instytucjach przeciwgruźliczych.

6. Związek reprezentować będzie Polskę na terenie Międzynarodowym.

Z chwilą zatwierdzenia Statutu Związku i ukonstytuowania się Zarządu, przyjęto zasadnicze tezy akcji przeciwgruźliczej, dające się streścić w następujących punktach:

1. Walka z gruźlicą, do czasu wydania odpowiedniej ustawy, prowadzona będzie przez terytorjalne Towarzystwa Przeciwgruźlicze o charakterze społecznym, zorganizowane według jednolitego wzoru.

2. Towarzystwa terytorjalne łączą się w Związki wojewódzkie, powiatowe lub miejskie,

będące z kolei członkami Związku Przeciwgruźliczego.

3. W łonie Towarzystw nastąpi skoordynowanie całego planu walki wśród czynników zainteresowanych, a więc wezmą w nich udział:

- a) Przedstawiciele Związ. Samorządowych,
- b) „ Kas Chorych,
- c) „ Instytucyj społecznych,
- d) Czynniki Rządowe.

4. Budżet Towarzystw Przeciwgruźliczych musi być oparty na trwałych podstawach, to jest korzystać ze stałych dotacji:

- a) Samorządów,
- b) Kas Chorych,
- c) Rządu.

W dziedzinie propagandowej, już od roku 1925 rozpoczęto przygotowanie do organizowania corocznie w miesiącu grudniu „Dni Przeciwgruźliczych”. Wzorem całego szeregu państw zachodnich, uznano za najpotężniejszy środek uświadamiania i zbierania środków materialnych na walkę z gruźlicą sprzedaż nalepek 10-cio groszowych. Pierwsze próby dokonane w latach ubiegłych dały wyniki dodatnie, a kampania sprzedaży nalepek w roku bieżącym rokuje znacznie większe powodzenie.

W okresie dni przeciwgruźliczych łączymy szeroką akcję uświadamiającą ze zbieraniem środków na społeczną walkę z gruźlicą, informując jednocześnie ludność o istniejących instytucjach przeciwgruźliczych.

W roku 1926 i 1927 Związek wziął udział w wystawach przeciwgruźliczych, urządzonych z okazji drugiego Zjazdu przeciwgruźliczego oraz w Międzynarodowej Wystawie medycyny i farmacji wojskowej w Warszawie. Wreszcie we wrześniu r.b. po raz pierwszy poważnie wystąpiliśmy na forum międzynarodowym na VI wszechświatowym Kongresie Przeciwgruźliczym w Rzymie. Liczebny udział przedstawicieli Polski na kongresie (przeszło 250 uczestników), przyczynek naukowy w dyskusjach naszych delegatów oraz piękny pawilon polski na wystawie wzbudziły powszechne zainteresowanie stanem walki z gruźlicą w Polsce. Powodzenie wystawy uwieńczono zostało przyznaniem Polsce pierwszej nagrody w postaci królewskiego złotego medalu. Wyróżnienie to zawdzięczamy umiejętnemu doborowi eksponatów, zastąpieniu wykresów pokazami świetlnymi [mapa świetlna arsenału przeciwgruźliczego], bardzo pięknym diapozytywom naszych sanatorjów i instytucyj przeciwgruźliczych oraz modelom wzorowych Ośrodków Zdrowia według planów Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz stołecznego miasta Warszawy. Dział propagandy Miejskiego Instytutu Higienicznego Magistratu m. Warszawy dostarczył całego szeregu eksponatów ze swych zbiorów muzealnych, co znakomicie przyczyniło się do osiągniętego powodzenia.

Z chwilą zorganizowania Związku Przeciwgruźliczego sprawa szkolenia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego wkroczyła na nowe tory. W roku 1925 odbył się pierwszy sześciotygodniowy kurs przeszkolenia dla lekarzy. W następnych latach zorganizowane zostały dwa trzymiesięczne kursy dla lekarzy oraz jeden specjalny techniki odmy

sztucznej. Dla pielęgniarek, już pracujących w poradniach, odbywają się dwumiesięczne kursy przeszkolenia — a liczba wywiadowczyń, które w ten sposób mogły uzupełnić swoje wiadomości, wynosi obecnie 150 (5 kursów).

Na uwagę zasługuje również dział wydawnictw Polskiego Związku przeciwgruźliczego. Od roku 1925 powstało nowe czasopismo w postaci dwumiesięcznika „Gruźlica”, jako organ Związku, zawierający artykuły oryginalne z działów: teoretycznego, klinicznego i społecznego oraz wiadomości bieżące w kraju i zagranicą. Streszczenia z prac, ogłaszanych w „Gruźlicy”, są stale umieszczane w czasopismach fachowych francuskich i niemieckich. Dążąc do wzbogacenia niewielkiego jeszcze dorobku naszego w tej dziedzinie pracami, które dawałyby całokształt współczesnej wiedzy o gruźlicy oraz wskazówki naukowe i techniczne, dotyczące organizacji i prowadzenia instytucyj przeciwgruźliczych, Związek wydał pod redakcją profesora Ciechanowskiego pracę zbiorową pod tytułem „Gruźlica i jej zwalczanie”, zawierającą wykłady, wygłoszone podczas pierwszego kursu dla lekarzy (około 60 arkuszy druku), oraz pracę D-rów Paradistala i Popowskiego pod tytułem „Poradnia przeciwgruźlicza”.

Organizacja stałych krajowych zjazdów przeciwgruźliczych należy również do zadań Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. W roku 1925, 1926 i 1928 odbyły się trzy zjazdy: w Krakowie, Lwowie i Poznaniu. Bardzo liczny udział w Zjazdach, nie tylko przedstawicieli świata lekarskiego i naukowego, lecz również działaczy społecznych i samorządowych świadczy dodatnio o zainteresowaniu sprawami walki z gruźlicą.

Jeżeli pod względem liczbowym wykazujemy w ostatnich latach stały i szybki przyrost instytucyj przeciwgruźliczych, to pod względem fachowym praca poradni czyni stałe postępy. Przedewszystkiem dotyczy to systemu rejestracji, ustalonego według jednolitych wzorów, a przyjętego obecnie przez większość poradni. Możliwe więc będzie w przyszłości prowadzenie statystyki ruchu chorych. Opracowywanie niektórych materiałów jest w toku. Jeżeli w chwili obecnej nie jesteśmy w możliwości podania odnośnych danych ze wszystkich poradni, to jednak posiadamy już liczby ruchu chorych w większych miastach. O wzmożeniu się pracy świadczą między innymi liczby, dotyczące Warszawy, Lwowa, Łodzi i t.p. (Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze udzieliło w r. u. około 36.000 porad, posiadając w 9 poradniach około 4.500 chorych z rozpoznaną gruźlicą, a około 6.000 obserwowanych.)

Jednym z najważniejszych zadań Towarzystw przeciwgruźliczych jest współpraca ze związkami samorządowymi i z kasami chorych. Gminy miejskie i sejmiki powiatowe coraz chętniej udzielają organizacjom społecznym subwencji na cele walki z gruźlicą. Są one dotychczas nader skromne. Porozumienie z Kasami Chorych zostało w niektórych miastach częściowo zrealizowane (Warszawa, Lwów, Wilno, Poznań). Celem osiągnięcia, drogą dobrowolnego porozumienia, zasadniczego stanowiska w sprawie współpracy z Kasami Chorych, Polski Związek Przeciwgruźliczy zwrócił się do Ogólno-państwowego Związku Kas Chorych i do

Związków Okręgowych z propozycją przeprowadzenia ankiety wstępnej, ustalającej obecny stan walki z gruźlicą na terenie Kas Chorych i utworzenia wspólnej komisji rzeczoznawców, składającej się z lekarzy i znawców ubezpieczeń społecznych. Obie propozycje zostały przyjęte. Ankieta, zebrana i opracowana przez Oddział Statystyczny Państwowej Szkoły Higieny, wykazała, że praca powiatowych Kas chorych na terenie walki z gruźlicą rozwija się wolno.

W większości Kas, ubezpieczeni chorzy na gruźlicę są badani i leczeni w ambulatoriach ogólnych. Większa część chorych leczy się w domach prywatnych pod opieką lekarzy Kasowych lub wolnopracujących. Akcja zapobiegawcza przy pomocy pielęgniarek - wywiadowczyń w rodzinach chorych gruźliczych nie jest prowadzona. Prace Komisji rzeczoznawców doprowadziły do porozumienia w zasadniczych sprawach; wytyczne zostały przyjęte na III-cim Zjeździe przeciwigruźliczym w Poznaniu w r. b. Ustalono konieczność wyodrębnienia chorych na gruźlicę z ogólnych ambulatoriów kasowych, zapewnienia tym chorym opieki trwałej drogą wspólnej akcji z samorządami i towarzystwami społecznymi oraz zgodzono się, że zwalczanie gruźlicy powinno być traktowane terytorjalnie wśród ogółu ludności. Uznano za niezbędne organizowanie sieci sanatoriów i szpitali wspólnie ze związkami samorządowymi i czynnikami społecznymi. Utworzone będzie stałe ciało porozumiewawcze, składające się z trzech przedstawicieli Kas chorych, trzech przedstawicieli Związków Samorządowych oraz trzech przedstawicieli Polskiego Związku Przeciwigruźliczego.

Środki finansowe, łożone na sprawy walki z gruźlicą, stale się zwiększają. Budżety Towarzystw przeciwigruźliczych poczyniły znaczne postępy w ostatnich czasach, a to drogą dotacyj samorządowych i umów, zawieranych z kasami chorych co do opłat za świadczenia.

W ten sposób budżet Warszawskiego Towarzystwa przeciwigruźliczego, nikły w r. 1924. wynosi obecnie przeszło 400.000 zł., Lwowskiego ponad 1/2 miliona złotych i t. d. Niestety, dotychczas nie posiadamy wykazów co do wysokości sum, wydawanych na walkę z gruźlicą w całej Rzeczypospolitej, gdyż zebranie odnośnych danych nastęrcza wielkie trudności. Natomiast budżet Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej (wydział opieki nad dziećmi i młodzieżą), prowadzącego walkę z gruźlicą wśród dzieci, stale się zwiększa. Jeżeli w r. 1924 Min. Spraw Wewnętrznych posiadało zaledwie 10.000 zł., do rozporządzenia referatu gruźlicy, to w roku bieżącym suma ta wynosi 850.000 zł., a w preliminarzu na rok 1929.30 przeszło milion. Są to oczywiście sumy niewspółmierne z potrzebami, lecz w każdym razie czyniki rządowe okazują coraz wydatniejszą pomoc.

Wspomnieć wreszcie należy, że akcja szczepień Calmette-owskich, tak szeroko rozwinięta obecnie we Francji, znalazła w Polsce żywy odzwiek. Komitet szczepień wyłoniony przez Polski Związek Przeciwigruźliczy pod przewodnictwem profesora Michałowicza, zapoczątkował szczepienie niemowląt w Warszawie. Obecnie szczepienia są prowadzone w różnych punktach Rzeczy-

pospolitej, lecz na szerszą skalę jedynie w Warszawie i w Poznaniu. Liczba dzieci szczepionych przekroczyła pierwszy tysiąc.

Wielkie znaczenie dla sprawy walki z gruźlicą w Polsce posiada rosnące stale zrozumienie dla potrzeb zdrowotnych dziecka. Instytucje opieki nad dzieckiem, popierane i inicjowane przez Wydział Opieki nad dzieckiem i młodzieżą Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, rozwijają się stale. Jeżeli wspomnieć o kolonjach i półkolonjach letnich, to w roku 1927 liczba dzieci, korzystających z kolonij, wynosiła 63.820, a suma, wydana na ten cel, 3.842.265 złotych. Jest to olbrzymi krok postępu w porównaniu z poprzednimi latami. W prewentyoriach dziecięcych posiadamy około 500 łóżek.

W ten sposób streścić można w kilku słowach bilans rozwoju walki z gruźlicą na ziemiach polskich w okresie pierwszego dziesięciolecia naszej niepodległości.

W porównaniu z państwami zachodnimi, dorobek ten jest niezmiernie skromny; lecz postępy osiągane są bezsporne, a czas pracy włożonej nader krótki. Olbrzymie epidemie duru plamistego i powrotnego w r. 1918, 19 wojna z Rosją r. 1920 i jej następstwa pochłonięły wiele wysiłków naszego społeczeństwa i władz publicznych uniemożliwiając podjęcie wówczas zagadnienia walki z gruźlicą. Właściwie dopiero od roku 1922 — 23 zaczęliśmy nanowo myśleć o walce z gruźlicą. Idzie ona dotychczas drogami przedwojennymi, to znaczy, prowadzona jest przez czynniki społeczne, lecz teraz już przy czynnym poparciu władz polskich, a nie bierności władz zaborczych. W osobie Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Ignacego Mościckiego Związek Towarzystw przeciwigruźliczych posiada możnego protektora — stale i przy każdej sposobności otaczającego swoją opieką wszystkie nasze poczynania na polu walki z gruźlicą.

Historyk, pisząc dzieje rozwoju naszego gospodarstwa społecznego w pierwszym dziesięcioleciu niepodległości, nazwie okres ten, jeżeli chodzi o walkę z gruźlicą, okresem rozwoju ruchu społecznego i uświadomienia opinii publicznej. W następnym dziesięcioleciu organizacja walki z gruźlicą będzie najprawdopodobniej rzeczą publiczną, uregulowaną ustawowo. Czego oczekuje świat lekarski i społeczeństwo od uregulowania ustawowego tej żywotnej sprawy, dowodzą uchwały drugiego Zjazdu przeciwigruźliczego we Lwowie w r. 1926.

1. Wychodząc z założenia, że prawodawstwo przeciwigruźlicze jest najważniejszym etapem na drodze walki państwowej z gruźlicą i stanowi niezbędne i najmocniejsze ogniwo w planowym systemie walki z gruźlicą jako chorobą społeczną,

II-gi Ogólno-polski Zjazd przeciwigruźliczy wypowiada się za koniecznością jaknajprędzszego wprowadzenia w życie ustawy przeciwigruźliczej w Polsce i uprasza Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia o zwołanie specjalnej komisji celem opracowania ostatecznego projektu ustawy, odpowiadającej naszym warunkom.

2. W projektowanej ustawie przeciwigruźliczej należy uwzględnić i określić przedewszystkiem wzajemny stosunek, wysokość i jakość świadczeń, obowiązki i prawa Towarzystw przeciwigruźliczych, rządu i instytucji samorządowych i kas chorych,

względnie innych instytucji ubezpieczeniowych oraz celowo skoordynować i najlepiej wyzyskać działalność poradni, oddziałów szpitalnych i sanatorjów.

Ruch społeczny, tak silnie rozwijający się w dziedzinie walki z gruźlicą, jest nieocenionym wstępem i okresem przygotowawczym do ustawowego uregulowania zagadnienia, tak palącego i posiadającego tak wielkie znaczenie dla całego kraju i jego dobrobytu. Jest on szczeblem niezbędnym dla dalszych postępów przyszłych pokoleń, wskazując nowe drogi w imię pięknych słów Romain Rollanda; „Hommes de demain — faites vous de nos corps un marchepied et marchez en avant!”

Stan klęski wenerycznej oraz walki z nią w latach przedwojennych i powojennych w Państwie Polskiem.

Podał

Dr. Wiktor BORKOWSKI (Warszawa).

Zabór rosyjski. W głównych miastach b. Kongresówki istniały komitety policyjno-lekarskie do badania prostytutek. Prawodawstwo rosyjskie, aczkolwiek nie tolerowało nierządu, nakładając kary za uprawianie go, to jednak ustanawiało urzędy dla dozoru prostytutek. Domy publiczne zostały zamknięte w Warszawie w roku 1910 na skutek żądania ludności, lecz w miastach prowincjonalnych domów tych nie zniesiono.

Stan szpitalnictwa w okresie wojny rosyjsko-japońskiej przedstawiał się następująco: szpital św. Łazarza w Warszawie posiadał 300 łóżek dla chorych wenerycznych, szpital żydowski — 64, szpital św. Aleksandra w Płocku — 20, szpital św. Józefa w Lublinie — 50, szpital w Łodzi — 50, szpital św. Trójcy w Kaliszu — 20. Ogółem stanowi to 434 łóżka, z których chorzy skórni zajmowali przeciętnie 100 łóżek. Stosunek pozostałych łóżek dla wenerycznych chorych (ca — 300) do ludności miejskiej wypada, jak 1 : 2140.

Stan szpitalnictwa na prowincji był bardzo zły. Prowincja rozporządzała 100 — 120 łóżkami dla wenerycznych na 11 milionów mieszkańców.

Przeciętnie chorzy syfilitycy przebywali w szpitalu 3 — 10 dni, chorzy na rzeżączkę — 1 — 11 dni (r. 1895).

W szpitalu św. Łazarza w Warszawie leczono chorych wenerycznych:

Rok	M.	K.	D.
1888	1184.	1594	35
1889	1433	2119	41
1890	1479	2182	51
1891	1376	2347	53
1892	1365	2045	29
1893	1739	1756	34
1894	1622	2077	11
1895	1397	2083	15

Stan chorób wenerycznych w armji rosyjskiej:

w roku 1901	46,6 ⁰ / ₀₀	
„ 1905	59,1 ⁰ / ₀₀	
„ 1906	62,7 ⁰ / ₀₀	— wojna rosyjsko-japońska
„ 1907	60,1 ⁰ / ₀₀	
„ 1908	53,3 ⁰ / ₀₀	
„ 1909	47,0 ⁰ / ₀₀	

W roku 1905 na choroby weneryczne chorowało oficerów:

kiła i wrzód weneryczny	— 11 ⁰ / ₀	ogółu chor. oficerów
rzeżączka	— 14 ⁰ / ₀	„ „ „
Razem	25 ⁰ / ₀ .	

A zatem 25⁰/₀ ogółu chorych oficerów było zarażonych wenerycznie. Liczba chorych wenerycznie szeregowych wynosiła 8,4⁰/₀ ogółu chorych szeregowych.

Na początku wojny światowej armja rosyjska miała 56⁰/₀₀ chorych wenerycznie żołnierzy w stosunku do ogółu wojsk.

Z chwilą wybuchu wojny szpitalnictwo poczęło wzrastać wskutek zapotrzebowania ze strony armji walczącej. W ten sposób powstał oddział weneryczny w szpitalu w Modlinie, szpital dla prostytutek przy ul. Zakroczymskiej w Warszawie (1000 łóżek w r. 1916), również powstały szpitale dla prostytutek w Łowiczu, Łomży, Będzinie, Częstochowie, Sosnowcu, Aleksandrowie, Kaliszu, Łodzi i innych miastach. Oddział weneryczny szpitala św. Łazarza powiększył się o 100 łóżek, powstały ambulatorja dla chorych wenerycznych przy szpitalu św. Ducha, ewangelickim oraz szpitalu Przemienienia Pańskiego.

Zabór austriacki. Walka z nierządem opierała się na ogłędzinach prostytutek w urzędach policyjnych oraz tolerowanych domach publicznych. Koszty ogłędzin pokrywała osoba, prowadząca dom nierządu, kwotę zaś uzyskaną przelewano do Skarbu Państwa.

W czasie wojny światowej liczba chorych wenerycznych znacznie wzrosła. W szpitalu krajowym we Lwowie leczono kobiety chorych wenerycznie:

w roku 1913	— 733
„ 1914	— 711
„ 1915	— 1656.

A zatem liczba chorych wzrosła 2¹/₂ razy w czasie wojny.

W b. Galicji (w czasie wojny) na 2935 łóżek szpitalnych (w 34 szpitalach) 750 łóżek było stale zajętych przez chorych wenerycznych. Stanowi to 1/4 część ogółu łóżek szpitalnych, czyli 1/4 część ogółu chorych szpitalnych. Ta liczba łóżek dla wenerycznych przedstawia wzrost o 25⁰/₀ łóżek wenerycznych w porównaniu do czasów przedwojennych¹⁾.

¹⁾ Według prof. Fingera. Kasy Chorych w Austrii wykazały w czasie wojny wzrost młodocianych weneryków płci męskiej z 42⁰/₀₀ na 111⁰/₀₀, a płci żeńskiej ze 129⁰/₀₀ na 213⁰/₀₀. Wśród prostytutek tajnych liczba wenerycznie chorych podniosła się z 7⁰/₀ na 33⁰/₀, a u bardzo młodocianych z 10,6⁰/₀ na 47,9⁰/₀. U mężczyzn żonatych liczba chorych wen. wzrosła z 17,2⁰/₀ na 35,5⁰/₀, u kobiet zamężnych z 10,4⁰/₀ na 23⁰/₀.

Armja austriacka miała na początku wojny 55,5⁰/₀₀ chorych wenerycznych w stosunku do ogółu wojsk, po dwu latach wojny stosunek ten wzrósł do 122⁰/₀₀, później spadł do 66,5⁰/₀₀. W roku 1905 w armji austriackiej najwięcej chorych wenerycznych dawali Węgrzy, nieco mniej Rumuni i Rusini, później Polacy (56,6⁰/₀₀). Prof. Finger obliczał liczbę chorych wenerycznie w armji austro-węgierskiej na jeden i ćwierć miliona (w czasie wojny). Opierając się na tych danych, prof. Ciechanowski przypuszcza, że w czasie wojny ogół ludności chorej wenerycznie w b. Galicji mógł przekroczyć jeden milion, a Dr. Wernic obliczał liczbę weneryków dla b. Kongresówki na 2 miliony (w czasie wojny).

W b. zaborze pruskim walka z chorobami wenerycznymi pozostawała w rękach lekarzy policyjnych lub powiatowych. Istniał tam system reglamentacyjny.

Liczba chorych wenerycznych w wojsku niemieckim w okresie wojny wzrosła o 30 — 4⁰/₀ w porównaniu do czasu przedwojennego. Na początku wojny armja niemiecka miała 19,5⁰/₀₀ 23⁰/₀₀ chorych wenerycznych w stosunku do ogółu wojsk, gdy natomiast austriacka 55,5⁰/₀₀. W całych Prusach w r. 1900 było chorych wenerycznie 2,8⁰/₀₀ w stosunku do ogółu ludności.

Stosunek chorych wenerycznie w armji polskiej (7 pułk legjonowy) wypadła 50⁰/₀₀, w czasie zaś postoju na etapach wzrastał do 70⁰/₀₀.

Stan klęski wenerycznej oraz walki z nią w latach powojennych.

W chwili obecnej (rok 1928) oddziały weneryczne przy szpitalach ogólnych istnieją:

Województwo Warszawskie.

w Warszawie — 3 oddziały szpitalne 500 łóżek (1 łóżko na 2,000 mieszkańców).
w Aleksandrowie Kujawskim — 6 łóżek.
„ Płocku — 40 „
„ Pułtusk. — 15 „
„ Rypinie — 5 „

Województwo Łódzkie.

w Kaliszu — 16 łóżek
„ Kole — 6 „
„ Koninie — 20 „
„ Łodzi — 80 „ (1 łóżko na 7,250 mieszk.)
„ Ozorkowie — 28 „
„ Piotrkowie — 11 „
„ Pyzdrach — 2 „
„ Radomsku — 12 „
„ Słupcach — 3 „
„ Tomaszowie — 7 „
„ Turce — 6 „

Województwo Białostockie.

w Białymstoku 50 łóżek
„ Grodnie 23 „
„ Łomży 45 „
„ Suwałkach 21 „

Województwo Kieleckie.

Będzin 70
Busko 6
Częstochowa 84
Kielce 18
Końskie 5
Miechów 5
Radom 20
Sandomierz 10
Stopnica 6

Województwo Lubelskie.

Lublin . . 77 (1 łóżko na 1,500 mieszkańców).

W porównaniu ze stanem szpitalnictwa dla chorych wenerycznych z czasów przedwojennych (w b. Kongresówce) stan obecny wykazuje znaczne polepszenie.

Szpitalnictwo dla chorych wenerycznych w Małopolsce od czasu wojny poszło znacznie naprzód.

Woj. Krakowskie.

Biała 10 ł.
Bochnia 2
Gorlice 2
Jasło 2
Kraków 60 (1 : 3,000)
Nowy Sącz 25
Nowy Targ 10
Tarnów 28
Wadowice 7
Żywiec 10

Woj. Lwowski.

Bóbrka 4 ł.
Drohobycz 10
Jarosław 10
Krosno 7
Lubaczów 6
Lwów 194 (1 : 2,000)
Przemyśl 25
Rzeszów 10
Sambor 10
Sanok 10
Tarnobrzeg 3
Żółkiew 3

Woj. Stanisławowski.

Dolina 12 ł.
Horodenka 14
Kałusz 2
Kołomyja 30
Kosów 12
Stanisławów 40
Sniatyn 18
Stryj 20

W województwach kresowych szpitalnictwo dla chorych wenerycznych stanowi znaczny dorobek Polski Odrodzonej.

Woj. Wileńskie:

Mołodeczno 4 ł.
Oszmiana 5 „
Wilejka 2 „
Wilno 2 oddz. szpit. 150 „

Woj. Nowogródzkie:

Kleck	2 ł.
Nowogródek	2 "

Woj. Poleskie:

Brześć n/B.	10 ł.
Hancewicze	4 "
Pińsk	30 "
Włodzimierz	3 "

Woj. Wołyńskie:

Dubno	6 "
Ostróg	5 "

Szpitalnictwo dla chorych wenerycznych w województwach zachodnich przedstawia się bardzo dodatnio:

Woj. Pomorskie:

Grudziądz	15 ł.
Kartuzy	3 "
Kościerzyna	2 "
Pelplin	2 "
Świecie	6 "
Tczew	5 "
Toruń	100 "
Tuchola	2 "
Wejherowo	5 "

Woj. Poznańskie:

Bydgoszcz	30 ł. (1:3,500)
Gniezno	5 "
Inowrocław	2 "
Krotoszyn	10 "
Leszno	12 "
Marysin	5 "
Ostrów	5 "
Pleszew	2 "
Poznań	92 "(1:2,750)
Rawicz	3 "
Smigiel	2 "
Szamocin	5 "
Wągrowiec	2 "
Wolsztyn	5 "
Września	3 "
Wyrzysk	2 "
Znin	2 "

Woj. Śląskie w dobie obecnej stoi u szczytu rozwoju szpitalnictwa dla chorych wenerycznych:

Bielsko	12	Mikołów	6
Bielszowice	6	Mysłowice	12
Bogucice	12	Nowa Wieś	6
Bełk	2	Nowy Bytom	3
Cieszyn	28	Rozdzień	46
Góry Tarnowskie	6	Ruda	12
Hajduki Nowe	10	Rybnik	5
Huta Królewska	25	Rydułtowy	80
Katowice	45 (1:2,500)	Świętochłowice	4
Lubliniec	4	Szarlej	17
Lipiny Piaszniki	3	Zory	10

Razem 2,698 łózek.

Przed wojną, jak i w czasie wojny światowej, istniało niewiele ambulatorjów przy szpitalach więk-

szych dla leczenia niezamożnych chorych wenerycznych. Ambulatorja te były dostępne tylko dla ludności większych miast. Ludność wiejska i miast pomniejszych nie miała uprzywilejowanego leczenia przeciwwenerycznego. W urzędach policyjnych, dokonywających oględzin prostytutek, nie było przychodni dla leczenia niezamożnych chorych.

W czasach powojennych przy wszystkich referatach sanitarno-obyczajowych (t. zw. obyczajówkach), gdzie odbywają się oględziny prostytutek, zostały otwarte przychodnie bezpłatne dla chorych wenerycznych płci obojga. Frekwencja w tych przychodniach stale wzrasta.

W celu uprzywilejowania lecznictwa przeciwwenerycznego szerokim masom ludności w ostatnim pięcioleciu otwarto 32 przychodnie państwowe dla niezamożnych chorych wenerycznych. W przychodniach tych chory otrzymuje poradę lekarską i leki bezpłatnie lub za minimalną opłatą.

Przychodnie te otwarto w następujących miejscowościach:

Woj. Stanisławowskie 10	(Kosów, Hryniawa, Zabie, Delatyn, Mikuliczyn, Pasieczna, Peczeniżyn, Kosmacz, Kałusz, Bohorodczany).
„ Krakowskie . . . 4	(Nowy Targ, Zakopane, Czarny Dunajec, Krościenko).
„ Wołyńskie . . . 4	(Równe, Łuck, Kowel, Baranowicze).
„ Wileńskie . . . 5	(Wilno, Wilejka, Głębokie, Święciany, Mołodeczno).
„ Białostockie . . . 2	(Białystok, Grodno).
„ Łódzkie 2	(Łódź, Piotrków).
„ Warszawskie . . . 1	(Warszawa).
„ Pomorskie 2	(Gdynia, Puck).
„ Poleskie 1	(Brześć n.B.).
„ Kieleckie 1	(Będzin).

Poza otwieraniem samoistnych przychodni przeciwwenerycznych państwowych i samorządowych, subwencjonowanych przez Skarb Państwa, czynniki rządzące poczęły otwierać przychodnie przeciwweneryczne w całym szeregu ośrodków zdrowia (Warszawa, Skierniewice, Będzin, Włodawa, Słupsk, Brzeżany, Kowiesy, Suwałki, Grodno, Kolno, Sokółka).

Prócz otwierania przychodni przeciwwenerycznych Departament Służby Zdrowia rozpoczął w r. b. otwieranie pracowni serologicznych do badania krwi na odczyn Wassermana w miejscowościach, gdzie ludność jest dotknięta kiłą endemiczną (woj. Stanisławowskie i powiat nowotarski). Pracownię taką otwarto w Zabiu (pow. kosowski).

Walka z nierządem w czasach powojennych została zmodyfikowana w ten sposób, że domy nierządu nie są tolerowane, a do nadzoru i rejestracji prostytutek wprowadzono czynnik społeczny. W komisjach sanitarno-obyczajowych bierze udział poza komendantem policji i lekarzem urzędowym również delegat towarzystw opiekuńczych.

Akcja lecznicza zyskuje wydatną pomoc w akcji propagandowej przeciwwenerycznej (broшуry, plakaty). W akcji propagandowej współdziała z Departamentem Zdrowia Polskie Towarzystwo Euge-

niczne z centralą w Warszawie i filjami w Poznaniu, Włocławku, Grudziądzu, Białymstoku, Grodnie i Wilnie.

Budżet państwowy na walkę z chorobami wenerycznymi przedstawia się następująco:

w r. 1924	budżet wynosił zł.	198,186
1925	"	351,163
1926/7	"	329,000
1927/8	"	352,800
1928/9	"	367,800

O zapadalności na choroby weneryczne w Polsce Niepodległej sądzić możemy na podstawie statystyki Kas Chorych.

Na 1,000 ubezpieczonych przypada zapadnięć na choroby weneryczne:

	w r. 1926
W Województwach Centralnych	4,92
" wschodnich	3,25
" zachodnich	3,36
" południowych	2,58
na Śląsku Cieszyńskim	2,32

Wyżej przytoczone dane Kas Chorych dają do myślenia, że rozmiary klęski wenerycznej w Polsce dzisiejszej nie przedstawiają się groźniej, niż w Austrii (4,25‰) oraz Prusach (2,8‰) przedwojennych, jeśli weźmiemy pod uwagę ogromny przyrost chorób wenerycznych, jaki miał miejsce w latach wojny światowej.

Można przypuszczać, że najwyższy współczynnik zapadalności na choroby weneryczne w województwach centralnych jest poniekąd dalekiem echem opłakanego stanu lecznictwa i szpitalnictwa z czasów zaboru rosyjskiego oraz długiego postępu wojsk rosyjskich. Wiemy, że pewne gubernie rosyjskie były i są nawiedzone przez kiłę endemiczną, o czym świadczy wysoki współczynnik zapadalności na kiłę przed wojną (gubernje: Kurska—82,1‰, Włodzimierska 81‰, Czernihowska 93‰).

Wobec braku ustawy o obowiązkowym zgłaszaniu do władz przypadków chorób wenerycznych trudno jest podać w liczbach bezwzględnych rozmiary klęski wenerycznej w Polsce i porównać stan obecny tej klęski ze stanem przedwojennym. Można wypowiedzieć się natomiast o stopniu rozwoju państwowej akcji przeciwwenerycznej.

Rozwój szpitalnictwa dla ludności cywilnej w porównaniu z okresem przedwojennym i wojennym wykazuje znaczną poprawę. Lecznictwo przychodniowe, poza szczerą pomocą w ambulatoriach szpitalnych, w czasach przedwojennych nie istniało. Leczenie chorych wenerycznych w szpitalach było bardzo krótkotrwałe. Obecnie leczenie to jest dłuższe, zgodnie z postulatami najnowszych pojęć naukowych w dziedzinie wenerologii.

Wprowadzenie w życie ustawodawstwa o ubezpieczeniach społecznych postawiło walkę z chorobami wenerycznymi na tory idealne w porównaniu do ery przedwojennej. Dzięki sieci oddziałów weneryczno-szpitalnych, sieci przychodni państwowych i samorządowych oraz dzięki istniejącym już ośrodkom zdrowia, akcja lecznicza stanęła na fundamencie realnym, uprzystępniając leczenie się najuboż-

szym masom ludności. Propaganda przeciwweneryczna, prowadzona z coraz większym nakładem pieniędzy i energii, przedstawia czynnik, uświadamiający ludność do szukania opieki lekarskiej. O tem, że dotychczasowa (powojenna) akcja przeciwweneryczna przyniosła rezultaty oczywiste, świadczy fakt, że w ambulatoriach szpitalnych czy kasowych, w przychodniach państwowych czy oddziałach szpitalnych przypadki kiły drugorzędowej, a tembardziej trzeciorzędowej stały się rzadkością. Jeszcze przed niewielu laty na oddziale wenerycznym w szpitalu św. Łazarza spostrzegano przypadki kiły ze zniszczeniem całkowitem szkieletu nosa, całego policzka, podbródka lub narządów płciowych. Obecnie tych przypadkówomal że nie spostrzegamy więcej. Dzięki wprowadzeniu drobnomolekularnego badania owrzodzeń kiłowych pierwotnych na krętki blade, leczenie chorych kiłowych częściej się rozpoczyna w okresie, kiedy krew nie wykazuje zmian chorobowych, czyli przed wystąpieniem dodatniego odczynu Wassermanna we krwi. Takie wczesne, a nawet poronne leczenie przyczyniło się właśnie do tego, że nadzwyczaj rzadko spostrzega się przypadki kiły w całkowitym rozwoju, co ma kolosalne znaczenie społeczne.

Aczkolwiek leczenie przeciwweneryczne w chwili obecnej osiągnęło wysoki poziom, to jednak nie usunięto niebezpieczeństwa zarażania ludności chorobami wenerycznymi przez osoby lekko myślne, przestępcze i nieleczące się. Obecny system reglamentacji stoi temu na przeszkodzie.

System reglamentacji polega na rejestracji prostytutek i nadzorze lekarskim nad nimi. Nadzór lekarski jednak obejmuje znikomą część ogółu prostytutek, a pomija legion prostytutek tajnych i zarażonej ludności męskiej. Wartość sanitarna oględzin prostytutek została zdyskredytowana. Pozostają w błędzie ci, którzy doszukują się w książeczce kontroli lekarskiej u prostytutki gwarancji bezpieczeństwa w korzystaniu z usług rejestrowanych prostytutek. Ogół społeczeństwa, który na własnym zdrowiu stwierdził „wartość” tej gwarancji, może stracić zaufanie do całego aparatu państwowego w walce z chorobami wenerycznymi, a szczególnie do akcji propagandowo-przeciwwenerycznej, w której pokłada się duże nadzieje. Drobną latorośl realnych korzyści, która wzrasta na gruncie propagandy, lecznictwa i szpitalnictwa przeciwwenerycznego, wędnie, przygłuszona przez zielsko reglamentacji nierządu.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Walka z chorobami wenerycznymi i nierządem. Dr. L. Wernic.
- 2) O zwalczaniu chorób wenerycznych w Państwie Polskim. Dr. L. Wernic.
- 3) Rocznik ubezpieczeń społecznych. Rok 1926.
- 4) Rocznik statystyki R. P. Rok 1928.
- 5) Venerische Krankheiten, ihre eugenische Bedeutung und ihre Bekämpfung. Prof. Ernst Finger.

Walka z alkoholizmem we wskrzeszonej Polsce.

Podał

Dr. Stanisław DERESZ (Warszawa-Tworki).

Okres pierwszego dziesięciolecia po odzyskaniu niepodległości przez nasze Państwo kończymy pod znakiem wzrastającego zrozumienia dla kierunku zapobiegawczego w medycynie. Olbrzymie zainteresowanie stacjami higieny zapobiegawczej, t. zw. „Ośrodkami zdrowia” rokuje ich należyte wykorzystanie dla celów podniesienia zdrowotności kraju. Prawidłowa organizacja zwalczania chorób społecznych nie da się przeprowadzić bez włączenia do zakresu ich działania walki z alkoholizmem, jako chorobą społeczną, która nie znajduje należytego zrozumienia wśród sfer rządzących i — niestety — w świecie lekarskim.

Wprawdzie mamy w tej dziedzinie dorobek, imponujący nawet obcym, ale są to wyniki wysiłków nie tyle stanu lekarskiego, ile jednostek, pracujących na innych polach niwy społecznej. Trzeba, aby lekarze w rocznicę 10-ciolecia wskrzeszenia Polski zajęli zdecydowane stanowisko i niedwuznacznie zaznaczyli, że alkoholizm uważają za chorobę społeczną, którą należy zwalczać nie mniej energicznie, niż kiłę lub gruźlicę.

Lekarzy, którzy ofiarnie nieśli swe życie i pracę w pierwszych szeregach szermierzy o Niepodległość Polski, nie może zabraknąć w żadnej dziedzinie życia społecznego przy ugruntowaniu bytu zdobytego z takim trudem wolnej Ojczyzny, a tembardziej lekarze nie mogą uchylić się od organizacji tego działu społecznego, który leży w zakresie ich własnych obowiązków, t. j. w dziele budowy naukowych podstaw zwalczania chorób. Musimy wytknąć drogę, po której ma iść w następnym dziesięcioleciu walka z alkoholizmem, nakreślić plan akcji, zgodny z wymogami i zdobyczami nauki.

Gdy spojrzymy na przeszłość naszego narodu, to widzimy, że z okresu przedrozbiorowego nie mamy dowodów do stwierdzenia, że warstwy rządzące rozumiały niebezpieczeństwo, wpływające z pijaństwa dla narodu i kraju. Nawoływania wybitniejszych jednostek za czasów Zygmunta i Sejmu Wielkiego nie zdołały ani zapobiec wydaniu, ani spowodować zmiany prawa propinacyjnego, które tyle zła przyniosło Polsce wogóle, a w szczególności b. Galicji, gdzie przetrwało do roku 1912. Prawdopodobnie z owych czasów pochodzi opinia o opilstwie Polaków, opinia, uwięziona we francuskim przysłowiu: Pijany, jak Polak.

Życie porobiorowe poszczególnych dzielnic potoczyło się rozmaicie w zależności od wpływów zaborczych,

Jeżeli zestawimy obraz, naszkicowany przez dr. Jakóba Szymkiewicza w książce, wydanej w r. 1918 p. t.: „Dzieło o pijaństwie”, ze stosunkami w naszym społeczeństwie przed wybuchem wojny europejskiej, pod względem rozpowszechnienia nałogu pijaństwa, to musimy przyznać, że okres niewoli, nieszczęść i przesładowań w znacznym stopniu wytrzeźwił naród polski. Wszystkie dzielnice w tym czasie, t. j. w latach 1900 — 1913, pod względem ilości spożywanego alkoholu wykazują

cyfry niższe, niż inne kraje europejskie, nawet Galicja, gdzie wskutek wzmiankowanego prawa propinacyjnego np. Kraków w 1912 roku miał jeden zakład sprzedaży napojów alkoholowych na każde 175 mieszkańców.

Wprowadzenie przez najeźdźców w czasie wojny całkowitej lub częściowej przymusowej trzeźwości oddziało jeszcze bardziej dodatnie (M. Skiba „Zakaz alkoholu a dobrobyt” — „Walka z alkoholizmem” N. X — XIII). W tym czasie według słów prof. Radziwiłłowicza — alkoholizm znikł zupełnie w życiu, klinikach i sądach (prof. Radziwiłłowicz — „Alkoholizm i walka z nim w Polsce”. — „Nowiny Psychiatryczne” 1925 zes. 3). Z chwilą wskrzeszenia Polski sprawa przyjęła obrót gorszy: pijaństwo rośnie i szerzy się z siłą coraz większą, zataczając wciąż szersze kręgi i pociągając za sobą coraz większą liczbę ofiar.

Rozmiary artykułu nie pozwalają mi na przytoczenie większego materiału statystycznego na poparcie tego twierdzenia, pozwolę sobie podać tylko parę cyfr: 1) Liczba przyjętych do szpitali psychicznie chorych alkoholików według Bronisława Handelsmana wynosiła:

1913 r.	1915	1920
423 m. 34 k.	78 m. 13 k.	537 m. 51 k.

2) Tegoroczne dane szpitala w Tworkach za 10 miesięcy (1-I — 31-X.28): Przyjęto do szpitala 405 osób (221 m. + 184 kob.), odmówiono przyjęcia dla braku miejsc 576 osobom. Z pośród przyjętych alkoholizm spowodował umieszczenie w szpitalu 12 mężczyzn (prócz podsądnych), czyli że prawie u 6% z pośród tych mężczyzn, którym „poszczęściło się” uzyskać miejsce w Tworkach alkohol spowodował powstanie choroby psychicznej.

3) W przychodni przeciwalkoholowej w Warszawie (Puławska 91 przy I Stacji Higieny zapobiegawczej) w ciągu rocznego okresu istnienia przychodni (1-XI-1927 — 31-X-1928) udzielono 956 porad lekarskich 258 osobom. Z pośród zarejestrowanych alkoholików mieszkańców Mokotowa, jako teren działalności Stacji, z 787 osobami jeszcze nie nawiązano kontaktu z powodu niedostatecznej liczby pielęgniarek społecznych przychodni. Rejestracja nadużywających alkoholu mokotowian jeszcze nie zakończona. Otoczeniu alkoholików udzielono 1023 porad, dotyczących postępowania z nimi.

Społeczeństwo nasze instynktownie zrozumiało, że w wódce czai się wróg nowy, wróg wewnętrzny, nie mniej straszny, niż zewnętrzny, z takim trudem i móżolem odparty od granic Polski. Dzięki temu odruchowi samobronnemu, jednostki, orientujące się w sytuacji, zdołały przeprowadzić przez ciała prawodawcze Ustawę z dnia 23.IV.1920 r. Ustawa ta, przyjęta przez przedstawicieli społeczeństwa, jest — niestety — dotychczas lekceważona nawet przez tych, którzy winni stać na jej straży. Chwalimy się nią na kongresach i posiedzeniach międzynarodowych, a w domu gwałcimy na każdym kroku. Stosunkowo szczupłe grono osób, oddanych walce z alkoholizmem, czyni heroiczne wysiłki, aby obudzić sumienie społeczne, ale wśród nich lekarzy, oddanych sprawie bez zastrzeżeń i biorących od początku niepodległości czynny udział w tej walce, można polżyć na palcach jednej ręki.

Okres pierwszego dziesięciolecia niepodległości Polski należy uważać za okres pod tym względem wstępny; grunt został przygotowany przez tych, co niesli w społeczeństwo hasła walki z pijaństwem; obecnie musimy zabrać się do pracy, my lekarze, i przejść do czynnego zwalczania skutków nadużywania alkoholu przez leczenie alkoholików, aby obronić społeczeństwo przed niebezpieczeństwem, grożącym mu z tej strony. Jako dorobek społeczny w sprawie walki z alkoholizmem mamy 1) Ustawę przeciwalkoholową, 2) dziesięcioletnią pracę, uświadamiającą społeczeństwo przez zwolenników abstynencji, zorganizowanych w towarzystwach przeciwalkoholowych, przez Min. Ośw. Publ., ostatnio przez niektóre samorządy, Państwową Szkołę Higjeny i Dep. Zdrowia Publ. Min. Spraw Wewn., 3) wydawnictwa przeciwalkoholowe „Trzeźwość”, „Walka z alkoholizmem” pod red. J. Szymańskiego i „Świt”, organ „Wyzwolenia”, 4) szerzenie trzeźwości przez Harcerstwo Polskie, 5) przychodnie przeciwalkoholowe w Poznaniu i Warszawie (organizuje się i we Lwowie), 6) zakłady dla alkoholików w Gościejewie (st. Rogoźno, wojew. Pozn.) i w Tarnowskich Górach.

Dorobek niewielki w porównaniu z ogromem nędzy, spowodowanej przez alkohol, ale dostateczny, aby zachęcić lekarzy do pogłębienia pracy w tym kierunku.

Sama propaganda nie wystarczy. Trzeba czynów, czynami temi, przemawiającymi do rozumu zainteresowanych, będą konkretne wypadki wyleczenia alkoholików i realne wyniki zapobiegania szerszeniu się pijaństwa. Stanie się to możliwym, gdy

- 1) uznamy, że nałogowy alkoholizm jest chorobą, podlegającą leczeniu,
- 2) zaliczymy alkoholizm do chorób społecznych,
- 3) będziemy zwalczali alkoholizm narówni z kiłą i gruźlicą,
- 4) swoją powagą pobudzimy Rząd, samorządy i społeczeństwo do energicznej walki z alkoholizmem,
- 5) przekonamy właściwe czynniki, że na walkę z alkoholizmem nie należy żałować pieniędzy, gdyż wydatek ten opłaci się sowniejsze przez zmniejszenie w następstwie wydatków na opiekę społeczną,
- 6) a najważniejsza, gdy sami przestaniemy dawać zły przykład pacjentom i swym postępowaniem będziemy przyświecali otoczeniu.

Zrozumienie coraz powszechniejsze znaczenia „Ośrodków Zdrowia” dla zapobiegania chorobom pozwala przypuszczać, że przychodnie przeciwalkoholowe, zorganizowane przy „Ośrodkach”, wezmą na się ciężar walki ze skutkami nadużywania alkoholu i będą pierwszym najważniejszym ogniwem w łańcuchu instytucyj, powołanych do tego celu. Niżej podany projekt zakresu działania przychodni przeciwalkoholowej wyjaśnia, w jaki sposób przychodnia ma działać. Jako drugie ogniwo, muszą powstać zakłady dla alkoholików, a jako trzecie — społeczna praca uświadamiająca i łagodząca skutki nadużywania alkoholu. Najważniejszym jednak postulatem jest ciągłość opieki lekarskiej nad alkoholikami, to znaczy, że alkoholik leczony czy wyleczony winien pozostawać przez 2 — 3 lata w polu obserwacyjnym przychodni przeciwalkoholowej, że-

by mieć moralne oparcie nawet wtedy, gdy, jako wyleczony, opuści zakład leczniczy.

Ze względu na konieczność roztoczenia opieki nad psychicznie chorymi, pozostającymi poza zakładami leczniczymi, przychodnia przeciwalkoholowa mogłaby włączyć do swych agend i opiekę pozazakładową nad psychicznie chorymi. W takim razie obowiązki przychodni wyglądałyby w sposób następujący:

Zakres działania przychodni przeciwalkoholowej i opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi przy miejskiej Stacji Higjeny Zapobiegawczej (ośrodku zdrowia).

Przychodnia przeciwalkoholowa i opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi

1) winna być kierowana przez lekarza psychiatrę-społecznika, dokładnie obeznanego z zadaniami przychodni; do pomocy lekarzowi ma być przydzielona dostateczna liczba pielęgniarek społecznych, odpowiednio wyszkolonych;

2) prowadzi ewidencję alkoholików, psychicznie chorych i degeneratów społecznych, zamieszkałych na terenie działalności Stacji Higjeny Zapobiegawczej (ośrodku zdrowia);

3) roztacza opiekę lekarską nad tymi pacjentami i udziela porad im oraz ich otoczeniu w sprawach, związanych ze stanem ich zdrowia;

4) pobudza miejscowe społeczeństwo do walki z alkoholizmem i do wykonywania opieki nad psychicznie chorymi;

5) interwenjuje w razie potrzeby uzyskania pomocy dla nich ze strony innych wydziałów Magistratu, organów społecznych czy władz rządowych;

6) utrzymuje kontakt z zakładami dla alkoholików, stacją ratowniczą dla osób, zatrutych alkoholem, i ze szpitalami dla psychicznie chorych;

7) prowadzi materiały statystyczne, dotyczące walki z alkoholizmem i opieki nad psychicznymi na danym terenie;

8) uświadamia ludność o istocie cierpienia psychicznego i o szkodliwości alkoholu bądź wprost, bądź za pośrednictwem wydziału oświaty i kultury, czy też ośrodków towarzystw;

9) dąży do pozyskania poparcia swych zadań ze strony całego zespołu pracowników Stacji;

10) kierownik przychodni komunikuje się z innymi instytucjami za pośrednictwem kierownika Stacji, względnie w jego imieniu, o ile zostanie do tego upoważniony.

Dziesięciolecie Niepodległości w rozwoju opieki nad psychicznie chorymi w Polsce.

Podał

Dr. Witold ŁUNIEWSKI (Tworki).

W obrazie tego gigantycznego rozwoju życia polskiego, na który patrzy każdy, komu dane było dożyć do ułaskawienia chwili wyzwolenia Polski z pięć niewoli, i ktc, jak my, ma dziś możność podziwiania błogich owoców dziesięciolecia niepodległego bytu Państwa Polskiego — sprawy opieki

nad psychicznie chorymi zepchnięte zostały do roli kopcuszków.

Kiedy patrzymy na przewzrastający najbujniejszą fantazję wspaniały rozwój naszego wojska, kiedy podziwiamy imponujący rozrost naszego szkolnictwa, rozbudowę komunikacji, udoskonalenie naszego rolnictwa, handlu i przemysłu, kiedy rzucimy okiem na to, co się stało w rozwoju naszych stosunków społecznych, na niesłychany wykwit wielkiego i złożonego aparatu ochrony pracy i ubezpieczeń społecznych, gdybyśmy nawet ograniczyli się do przejrzenia tego mniej bujnego odcinka niwy życia polskiego, który obejmuje ściślejsze sprawy ochrony zdrowia ludności i pomocy lekarskiej dla niej — i porównali to, cośmy ujrzeli, z tem, co się dzieje na polu opieki nad psychicznie chorymi w wyzwolonej Polsce, nie moglibyśmy oprzeć się wrażeniu, że rozwój innych dziedzin naszego życia dokonał się niejako kosztem zastoju w tej dziedzinie.

Przecież w ciągu 10 lat istnienia Niepodległego Państwa Polskiego nie pobudowaliśmy ani jednego nowego Zakładu Psychiatrycznego¹⁾, a z niesłychanie nędznego inwentarza instytucji pomocy psychiatrycznej, niewystarczającego nawet dla najskromniejszych naszych potrzeb przed wojną, straciliśmy za czasów Niepodległości dwa wielkie zakłady, jeden z nich (Wilejka) poszedł na potrzeby wojska, drugi (Wejherowo) został na dłuższy czas oddany do użytku Urzędu Emigracyjnego i ochrony dzieci syberyjskich. Przy pospiesznem zakładaniu fundamentów państwowości Polskiej i polskiego samorządu terytorjalnego, przy gwałtownej potrzebie zaspokojenia innych, bardzo pilnych bolączek nie było czasu, środków, ani ludzi na to, żeby zająć się sprawami opieki nad psychicznie chorymi.

Dopiero powoli przyszedł czas na sprawy psychiatryczne: rok dziesięciolecia Niepodległości Polski jest rokiem wykończenia projektu jednolitej dla całego Państwa ustawy o opiece nad psychicznie chorymi, zarazem jest on rokiem zapoczątkowania budowy kilku większych zakładów psychiatrycznych wojewódzkich. Jutrzenka lepszej przyszłości zaczyna zatem świtać także i na tym padole nędzy naszego życia. Narazie oświeca ona przecież tylko dobre chęci tych, którzy krzątają się koło naprawy rozpaczliwej rzeczywistości — zupełnego braku miejsc dla tysięcy, jeśli nie dziesiątków tysięcy psychicznie chorych, potrzebujących opieki zakładowej.

Katastrofalny brak miejsc dla psychicznie chorych w Polsce, wzrastający z roku na rok od dnia odzyskania Niepodległości, nie jest i nie był niespodzianką. Mówiło się i pisało o tem oddawna nietylko w Polsce, ale i poza jej granicami. Jeszcze w r. 1899 Rychliński podniósł alarm z tego powodu, że naliczył w b. Kongresówce 18.760 psychicznie chorych, dla których już wtedy nie było miejsca w Zakładach. Pisał o tem także w r. 1905 Męczkowski, pisał w Rosji Jakowlenko i w 1909 r. Erickson. Oplakany stan opieki nad psychicznie chorymi w b. Kongresówce przedstawił w r. 1911 na „Zjeździe lekarzy pro-

wincjonalnych Królestwa Polskiego“ Chodźko. Na podstawie starannie przeprowadzonej ankiety obliczył on, że ogólna liczba rozporządzalnych łóżek psychiatrycznych w b. Kongresówce wynosiła w dn. 1. I 1911 r. *maximum* 2657 łóżek, liczbę zaś chorych w tym czasie obliczał Chodźko na 37.000.

Bogaty materiał cyfrowy, dotyczący opieki nad psychicznie chorymi w b. Królestwie Polskiem, zarówno co do liczby miejsc, jak i jakości opieki zakładowej przedstawił Chodźko ponownie w r. 1918. Praca Chodźki pod tytułem „Stan opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Kongresowem w ostatnich latach okupacji rosyjskiej i w chwili obecnej“, wydana w „Księdze złiorowej Szpitala Kochanówka“ ku uczczeniu 15-lecia jego istnienia, kończy się zdaniem następującem:

„Sprawa opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie stanowi najsmutniejszą kartę dziejów kultury polskiej pod zaborem rosyjskim“.

Nie było tajemnicą, że także w b. zaborze austriackim opieka nad psychicznie chorymi była przed wojną niedostateczna. Pisał o tem i Kohlbacher w r. 1907 i Mazurkiewicz w r. 1912, i nikt nie łudził się co do tego, że nawet po całkowitem uruchomieniu budującego się podówczas Zakładu w Kobierzynie głód miejsc psychiatrycznych w Małopolsce będzie nasycony.

Znacznie lepiej przedstawiała się sprawa opieki nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim, ale i tu nie stała ona pod względem stosunku liczby miejsc zakładowych do liczby ludności na poziomie stanu przeciętnego dla cesarstwa niemieckiego, jako całości: przy jednym łóżku na 667 mieszkańców w Poznańskiem, na 593 mieszkańców w b. prowincji Prus Zachodnich i na 583 mieszkańców na Śląsku — imperjum niemieckie, jako całość, posiadało 1 miejsce na 453 mieszkańców.

Upośledzenie ziem polskich pod względem opieki nad psychicznie chorymi było zatem rzeczą, skonstatowaną już przed wojną.

W granicach odrodzonego Państwa Polskiego, przesuniętych daleko poza Bug, stan rzeczy nie poprawił się, ale przeciwnie: znacznie się pogorszył. Tereny na wschód od Bugu, cała wielka połać ziemi, obejmująca dzisiejsze województwa: Nowogrodzkie, Wileńskie, Poleskie, Białostockie i Wołyńskie, wniosły do naszego bilansu opieki psychiatrycznej olbrzymie ciężary i nie dały nam wzamian prawie że żadnego dorobku miejsc psychiatrycznych. Z zakładów, które obsługiwały te ziemie przed wojną, dwa (zakład w Winnicy i w Mińsku Litewskim) znalazły się poza granicami Polski, trzeci zaś zakład w Wilejce został zamieniony na koszary wojskowe.

Z chwilą ukonstytuowania się granic Państwa i jego podziału administracyjnego trzeba było przede wszystkim zebrać dokładniejsze dane co do istotnego stanu rzeczy w zakresie opieki nad psychicznie chorymi w Polsce Odrodzonej, aby na podstawie tych danych opracować plan akcji zaradczej. Trzeba było przede wszystkim zebrać liczbowe dane co do potrzeb ludności. Zadanie to podjęte zostało w r. 1924 przez ówczesną Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia, która rozpisała ankietę, mającą na celu sporządzenie pewnego rodzaju spisu psychicznie chorych z podziałem ich

¹⁾ Jedyny Zakład, jaki przybył nam w czasie dziesięciolecia, a mianowicie zakład państwowy na Antokolu w Wilnie, mieści się w budynku przerobionym i jest obliczony zaledwie dla 100 — 120 chorych.

według płci, wieku i zgruba ocenionej socjalności.

Wyniki tej ankiety zostane opracowały bardzo szczegółowo przez Dr. Bednarza i ogłoszone drukiem w „Roczniku Psychiatrycznym” w r. 1927. Z zestawienia ankiety dowiedzieliśmy się, że w dn. 1.1 1925 roku na obszarze Państwa Polskiego zarejestrowano 21.922 osoby psychicznie chore, które potrzeba pomieścić w zakładach psychiatrycznych. Ponieważ zaludnienie Polski wynosiło w tym czasie 26.866.311 głów, przeto z wyniku ankiety dowiedzieliśmy się, że 1 psychicznie chory, potrzebujący pomocy zakładowej, przypada przeciętnie na 1225 mieszkańców kraju. Rozmieszczenie zapotrzebowania miejsc psychiatrycznych nie jest przecież wszędzie równomierne: ośrodki wielkomiejskie i gęściej zaludnione okręgi przemysłowe potrzebują stosunkowo więcej łóżek psychiatrycznych, niż okręgi rolnicze, rzadziej zaludnione. Ponadto ankieta ujawniła pewien związek pomiędzy intensywnością zapotrzebowania łóżek psychiatrycznych i poziomem kulturalnym ludności w poszczególnych dzielnicach Polski.

Po zapoznaniu się z potrzebami ludności w zakresie opieki nad psychicznie chorymi zaszła potrzeba dokładniejszego zainwentaryzowania tych instytucji i środków leczniczych, któremi rozporządzamy dla tego celu. Kwestjonariusz, rozesłany do wszystkich województw w r. 1926, stwierdził, że posiadamy na obszarze Państwa Polskiego 42 zakłady lecznicze, do których są przyjmowani psychicznie chorzy. We wszystkich tych zakładach mogliśmy pomieścić 10.929 chorych, co przy porównaniu z liczbą ludności daje nam 1 łóżko psychiatryczne na 2488 głów ludności. Jeżeli zatem porównamy liczbę chorych, potrzebujących pomocy zakładowej, z liczbą miejsc rozporządzalnych, stwierdzimy, że około 11.000 psychicznie chorych nie może znaleźć miejsca w zakładach istniejących.

Stan rzeczy jest w rzeczywistości znacznie gorszy, niż wykazują ankiety, ponieważ liczba chorych, potrzebujących zakładu, jest z pewnością większa w porównaniu z tem, co ujawniły spisy, sporządzone bez udziału lekarzy przez niższe organy administracji, a także i z tego powodu, że przy ustalaniu pojemności poszczególnych zakładów nie były brane w rachubę jednolite normy sześcienności i powierzchni sal zakładowych, i nie ulega wątpliwości, że we wszystkich zakładach normy te są liczone niedopuszczalnie skąpo. Opierając się na danych cyfrowych krajów Europy Zachodniej i naszych dzielnic zachodnich, w których opieka nad psychicznie chorymi jest wyżej postawiona, możemy śmiało i bez obawy przesady stwierdzić, że potrzebujemy nie mniej, niż 1 łóżko, na 1000 mieszkańców kraju, że zatem przy liczbie ludności, dochodzącej do 30.000.000, potrzebujemy około 30.000 łóżek psychiatrycznych. Licząc, że mamy ich około 10.000, dojdziemy do wniosku, że brak nam jeszcze około 20.000 łóżek psychiatrycznych.

Pod względem zakresu działania i stanowiska prawnego zakłady lecznicze, przyjmujące psychicznie chorych, dadzą się podzielić na następujące grupy:

1. Zakłady psychiatryczne publiczne

a) utrzymywane przez Państwo (3 zakłady)
b) „ „ organy samorządu terytorjalnego (10 zakł.),

c) utrzymywane przez organizacje społeczne o charakterze dobroczynnym (3 zakłady),

d) kliniki uniwersyteckie (3).

2. Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych

a) ze stałą opieką lekarzy psychiatrów (5 oddziałów),

b) bez należytej opieki lekarskiej (7 oddziałów),

3. Oddziały psychiatryczne przy szpitalach wojskowych (6).

4. Zakłady prywatne (5).

Rozmieszczenie istniejących w kraju instytucji pomocy psychiatrycznej jest w najwyższym stopniu nierównomierne: obok województwa pomorskiego, które posiada 1 łóżko psychiatryczne na 439 mieszkańców, obok Śląska z 1 łóżkiem na 639,2 mieszkańców i Wielkopolski z 1 łóżkiem na 894,8 mieszkańców, mamy 5 województw, które nie posiadają u siebie ani jednego łóżka psychiatrycznego, i województwo kieleckie z 1 łóżkiem na 253.573 mieszkańców.

Tablica (p. str. 847) daje nam obraz graficzny ustosunkowania liczby miejsc zakładowych do zaludnienia poszczególnych województw i liczebności wojska, wyrażonych w całych tysiącach liczby ludności. Poszczególne sektory koła odpowiadają liczbie ludności w województwach. Sektory zakreślone odpowiadają liczbie miejsc zakładowych, jakie posiadają województwa.

Kwestjonariusz wykazał, że przy ogólnej liczbie 10.929 miejsc w zakładach psychiatrycznych ruch chorych objął w ciągu roku 1926 9608 chorych przybywających i 9284 ubywających z zakładów. Ogółem liczba psychicznie chorych, leczonych we wszystkich zakładach psychiatrycznych w ciągu roku, doszła do 20.496 osób, a liczba dni zakładowych wyniosła 4.152.428; liczba zmarłych wyniosła 1237 i w stosunku do ogólnej liczby leczonych stanowi przeciętnie 6,04%. Ogólny koszt opieki nad psychicznie chorymi we wszystkich zakładach czynnych na obszarze całego Państwa wyniósł w roku 1926 14.764.837 zł. 28 gr. i obciążył głowę ludności w Państwie przeciętną kwotą 54,6 groszy w ciągu roku. Z ogólnej kwoty wydatków wszystkich zakładów inwestycje kosztowały zaledwie 641.667 zł. 41 gr.

Przy szczegółowym wejrzeniu do gospodarki psychiatrycznej istniejących zakładów stwierdzono, że około 1500 chorych, którzy zajmują miejsca zakładowe, nadawałoby się do zwolnienia z zakładu, gdybyśmy posiadali regionalną opiekę psychiatryczną pozazakładową. Ten typ opieki psychiatrycznej, znacznie oszczędniejszy od opieki zakładowej, który rozwija się bardzo pomyślnie w krajach Europy Zachodniej i stanowi doniosłe uzupełnienie metod postępowania psychiatrycznego, nie ma u nas jeszcze zastosowania w żadnej dzielnicy.

W zakładach naszych pozostaje dość znaczna liczba dzieci do lat 15, narkomanów i epileptyków, dla których możnaby było pobudować zakłady specjalne, przez co osiągnęłoby się znaczne odciążenie panującego przepełnienia.

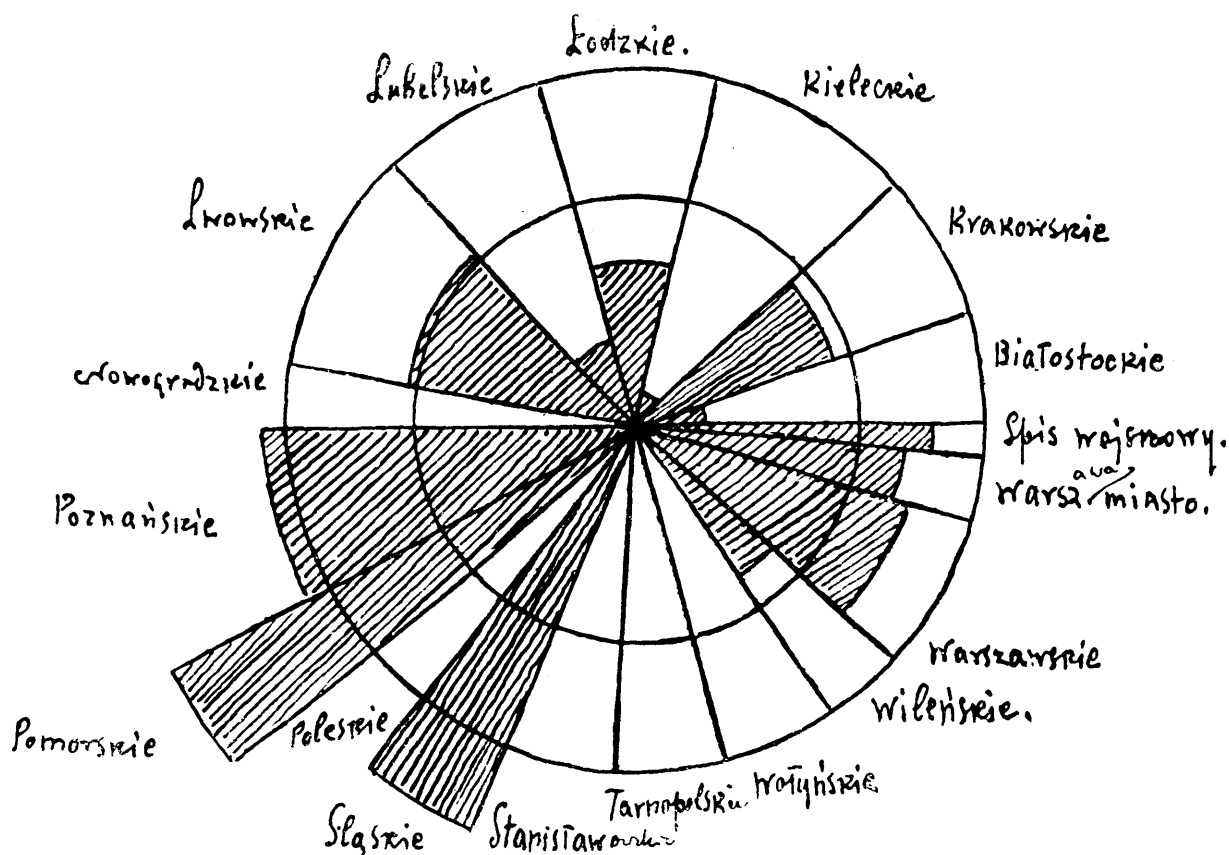
W kilku zakładach mamy pokązną liczbę chorych kryminalnych, internowanych z decyzji sądów, których należałoby też ściślej wędrownić.

Jedną z najboleśniejszych bolączek naszej opieki nad psychicznie chorymi jest brak wykwalifikowanych sił lekarskich. W dniu 1.1.1927 r. mieliśmy dla całego obszaru Państwa z jego 30-miljonową ludnością zaledwie 138 lekarzy, zatrudnionych w zakładach psychiatrycznych, w tem psychiatrów *sensu stricto* zaledwie 70.

Przy tak szczupłym zasobie sił wykwalifikowanych, kiedy jeden psychiatra przypada niemal na $\frac{1}{2}$ miliona ludności kraju, trudno wyobrazić sobie nawet najskromniejszą próbę racjonalnej organizacji opieki nad psychicznie chorymi. Jeżeli z ogólnej liczby 138 lekarzy, zatrudnionych w zakładach i szpitalach, odliczyć profesorów i asystentów klinicznych oraz lekarzy, zatrudnionych w zakładach

Dużą pomoc okazać może lekarzowi zakładowemu dobrze wyszkolona i zasługująca na zaufanie służba pielęgniarska. W zakładach naszych pielęgowaniem chorych zajmuje się około 2000 funkcjonariuszów pomocniczych, z których nieznaczna tylko część ma należyte przygotowanie zawodowe. Większość tych pracowników rekrutuje się ze sfer surowych, niemających żadnego przygotowania zawodowego, dobieranych przygodnie. Przy najlepszych chęciach z ich strony nie wnoszą oni do naszych zakładów tych walorów, jakie do współczesnego leczenia szpitalnego wnosi inteligentna i fachowo dobrze wyszkolona pielęgniarka.

Po zapoznaniu się ze stanem faktycznym naszej opieki nad psychicznie chorymi łatwo wysnu-



prywatnych i wojskowych, to pozostanie nam zaledwie 87 lekarzy, zatrudnionych w zakładach, a na jednego lekarza przypadnie przeciętnie po 120 chorych zakładowych.

Jest rzeczą oczywistą, że jeden lekarz nie może obsłużyć należycie tak dużej liczby chorych. W tych warunkach nie może też być mowy o racjonalnej pracy lekarzy, a zwłaszcza o ich działalności naukowej. Przyczyny słabego dopływu sił lekarskich do zakładów psychiatrycznych są różnorodne. Jedną z najdonioślejszych jest niski stopień uposażenia lekarzy zakładowych, którzy w przeciwieństwie do lekarzy innych specjalności nie korzystają z dochodów praktyki prywatnej. Przy nienormalnych warunkach pracy, jakie w zakładach naszych zapanały po wojnie, nie wytworzyła się też jeszcze atmosfera tej pracy naukowej, którą mogła nieść młode siły lekarskie, mniej wrażliwe pod względem pożądań zarobkowych.

jemy wnioski dla programu działalności na tem polu na przyszłość.

Jest rzeczą oczywistą, że przedewszystkiem musimy dążyć usilnie do jaknajszyszego pobudowania całej sieci, conajmniej ośmiu, większych zakładów psychiatrycznych, tak, żeby każde województwo posiadało dla swoich potrzeb conajmniej jeden regionalny zakład psychiatryczny. Wszelkie dalsze plany organizacji opieki nad psychicznie chorymi w Polsce zależą od realizacji tego zasadniczego postulatu.

Drugim postulatem programu, który powinien być realizowany równocześnie, będzie przygotowanie sił lekarskich do pracy psychiatrycznej w tych instytucjach, które muszą powstać. Należy poprawić warunki bytu lekarzy zakładowych i zainteresować ich pracą psychiatryczną.

Na trzecim miejscu programu postawić wypada powołanie do życia szkół pielęgniarstwa psychja-

trycznego na wzór istniejących w Europie. Znajdziej i jednolitego zorganizowania tych licznych rzesz pracowników pielęgniarских, które obecnie są w zakładach zatrudnione.

Sprawa realizacji tak nakreślonego programu nie jest przecież wcale rzeczą łatwą, jeśli zważymy, że nie posiadamy jeszcze uutorowanych dróg ustawowych, po których możnaby było ją popchnąć.

Zasadnicza ustawa sanitarna z dn. 19.VII.1919 r. mówi całkiem ogólnikowo tylko o tem, że „opieka nad psychicznie chorymi należy do ciał samorządowych”. Po myśli tej ustawy, nie kto inny, ale „Zarządy komunalne” winny zakładać i utrzymywać „szpitale, przychodnie, przytułki etc.” Jasną jest rzeczą, że zakładu psychiatrycznego nie może pobudować najbogatsza nawet gmina wiejska, ani miejska, z wyjątkiem chyba bardzo wielkich miast, których mamy w Polsce zaledwie kilka. Nawet powiat jest jednostką zbyt małą, żeby mógł na własną rękę budować zakład psychiatryczny. Samorządu wojewódzkiego jeszcze nie mamy, i trudno przewidzieć, kiedy go otrzymamy, a jeszcze trudniej znaleźć środki na rzecz tak kosztowną, jak budowa większego zakładu psychiatrycznego. W tym stanie rzeczy można było myśleć jedynie o przekazaniu sprawy t. zw. związkom celowym samorządów, które trzeba było uprzednio zorganizować. Dopiero z chwilą ogłoszenia ustawy o związkach celowych zjawiała się możliwość przystąpienia do dzieła.

Obecnie mamy już taką ustawę i w kiku województwach mamy akcję zapoczątkowaną. Pierwsze przystąpiło do rzeczy Województwo Warszawskie, które zorganizowało na swoim obszarze pierwszy związek celowy samorządów powiatowych dla budowy wojewódzkiego zakładu psychiatrycznego w Gostyninie. Za przykładem Województwa Warszawskiego poszło Województwo Lubelskie, które przystępuje do budowy zakładu w Chełmie, dalej Województwo Wileńskie, które zamierza pobudować zakład w majątku Kojrany koło Wilna, i Województwo Białostockie, które zamierza zakupić na ten sam cel budynki byłej fabryki sukna w Choroczcu. Inicjatywę pobudowania zakładu psychiatrycznego powziął też magistrat m. stoł. Warszawy, nie ma on jednak jeszcze potrzebnego na ten cel terenu.

Przy omawianiu projektów budowy, jakie w tych województwach zostały podniesione, powstała kwestja sfinansowania projektów. Okazało się, że nawet obszar województwa nie będzie sobie mógł dać rady z kosztami budowy zakładu bez pomocy ze strony Państwa.

Dla uzyskania tej pomocy trzeba znów szukać podstawy ustawodawczej, której dotychczas nie ma.

Ażeby uregulować tę sprawę oraz szereg innych kwestyj prawnych, związanych ze sprawami opieki nad psychicznie chorymi, departament Służby Zdrowia przystąpił w r. 1926 do opracowania projektu ustawy o opiece nad psychicznie chorymi. Do opracowania projektu został powołany t. zw. Komitet Psychiatryczny, złożony z 6-u psychiatrów i 2-ch prawników. Do opracowania projektu przylażyło się w r. 1927 Ministerstwo Sprawiedliwości, które zainteresowało się sprawą Zakładów psychiatrycznych ze względu na moment ochrony wolności osobistej obywatela, zagrożonej przez umieszczenie w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym.

Do dwuletniej niemal pracy projekt został wykończony jeszcze w marcu roku bieżącego. Ponieważ nie udało się nadać projektowi mocy prawnej w drodze Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, został on przesłany do Rady Ministrów dla nadania mu sankcji ustawodawczej w Sejmie i Senacie.

Projekt ustawy o opiece nad psychicznie chorymi, który ma wejść pod obrady Sejmu jeszcze w roku bieżącym, określa bliżej zasady, na których ma się oprzeć rozwój tej opieki w Polsce. Projekt nakłada na samorządy wojewódzkie i zastępujące je czasowo wojewódzkie związki komunalne obowiązek zapewnienia ludności dostatecznej liczby miejsc zakładowych, a na Państwo obowiązek finansowego przyczyniania się do zakładania nowych zakładów, do powiększania i zaprowadzania zasadniczych ulepszeń w zakładach istniejących. Projekt określa też bliżej warunki przyjmowania chorych do zakładów psychiatrycznych publicznych i prywatnych, ustala zasady opieki prawnej nad chorymi, umieszczonymi w zakładach, oraz nad chorymi pielęgnowanymi w rodzinie i u osób trzecich, ustala przepisy, dotyczące zwalniania chorych z zakładu i obserwacji psychiatrycznej osób, podejrzanych o choroby psychiczne, i ustala władze nadzorcze nad zakładami psychiatrycznymi.

Projekt przewiduje powołanie do życia Urzędu Głównego Inspektora Psychiatrycznego i Rady Psychiatrycznej oraz Kolegium sądowo-psychiatrycznego, jako najwyższej instancji odwoławczej dla spraw, związanych z orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym.

Ustawa o opiece nad psychicznie chorymi stanie się kamieniem węgielnym nowej ery w rozwoju tej dziedziny życia polskiego, którą gospodarka okupantów i złe losy powojennych trosk Odrodzonej Polski zatrzymały na poziomie zastoju, nielicującego z godnością kraju kulturalnego.

Rozpoczęty ruch w zakresie zapoczątkowania budowy szeregu nowych zakładów psychiatrycznych w województwach wysunął na porządek dzienny nowe kwestje. Należało zastanowić się nad tem, jak mają być budowane te zakłady, które mają powstać, ażeby pobudować je możliwie najoszczędniej, aby uniknąć błędów, które wskazało doświadczenie, nabyte przez psychiatrów w innych krajach i w zakładach, istniejących w Polsce, aby przy tem uwzględnić postulaty opieki nad psychicznie chorymi pod kątem widzenia przyszłości. Wyszły się na porządek dzienny problematy, związane z programem budowy typowego wojewódzkiego zakładu psychiatrycznego, wymagające współpracy lekarza psychiatry z architektem.

Rozstrzygający się w tych dniach konkurs na opracowanie planu wojewódzkiego zakładu psychiatrycznego w Gostyninie wykaże, czy mamy w Polsce architektów, przygotowanych do tych zadań, jakie stoją przed nami w zakresie budownictwa zakładów psychiatrycznych.

Przygotowanie fachowe nowego dopływu lekarskich sił psychiatrycznych wymaga zogniskowania pracy naukowej i praktycznej tych skąpych sił, jakimi rozporządzamy dotychczas. Zadanie to spełnia Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, zorganizowane z inicjatywy prof. Radziwiłłowicza w r. 1920. Skupia ono wszystkich lekarzy psychja-

trów, zorganizowanych w oddziałach: Warszawskim, Krakowskim, Poznańskim, Lwowskim i Wileńskim, zwołuje doroczne zjazdy naukowe i wydaje pismo naukowe, poświęcone zagadnieniom psychjatrii teoretycznej i praktycznej. Pismo nosi nazwę „Rocznik Psychjatryczny”. Obliczone na nieznaczną liczbę odbiorców, pismo walczyć musi stale z wielkimi trudnościami wydawniczymi. Aby „Rocznik Psychjatryczny” mógł spełnić zadanie znicza polskiej myśli psychjatrycznej, wymaga on stałej znaczniejszej subwencji państwowej. Narazie korzysta on tylko z przygodnych zasiłków Departamentu Służby Zdrowia.

Takie oto troski obciążają nas — świadków rozkwitu życia polskiego w ciągu dziesięcioletniego bytu niepodległego Odrodzonej Ojczyzny w zakresie spraw, związanych z opieką nad psychicznie chorymi. Ciężar tych trosk jest olbrzymi; jedno pokolenie żyjące nie będzie w możności odrobić zaległości, powstałych z zastoju tej sprawy za czasów niewoli. Jesteśmy jednak dziś już gospodarzami u siebie. Kiedyśmy się zwycięsko uporali z tyloma innymi kłopotami przy zakładaniu naszej Państwowości, damy sobie radę także i z niedoborem opieki nad psychicznie chorymi.

Wierzmy, że Polskę stać na to, żeby wszyscy jej obywatele, nawet ci, którzy przez chorobę psychiczną sami walki o byt prowadzić nie mogą, nie pozostawali bez opieki, żeby ci najniezwyklejsi obywatele — chorzy — znaleźli u nas taką opiekę, z jakiej korzystają w każdym kraju kulturalnym

Pierwsze dziesięciolecie Wydziału Zdrowia Wyzwolonej Warszawy.

Podał

Z. BYCHOWSKI (Warszawa), prezes Zarządu Wydziału Zdrowia st. m. Warszawy.

*Sanitas Sanitatum
Omnia Sanitas.*

Z mowy lorda Beaconsfielda
w Izbie Lordów.

Interesowanie się miast, względnie Magistratów, sprawami zdrowia publicznego datuje w Polsce od bardzo dawnych czasów, bo aż od 14-go stulecia. Już w r. 1364 Rada miasta Krakowa wydała wilkirz — takie miano nosiły wówczas uchwały Rad miejskich — „o sprzedaży ulicznej ryb.” Istnieją też stare wilkirze o obowiązkach obywateli zamiatania ulicy wzdłuż swoich posiadłości, o zakazie rzezi bydła po domach, o wywożeniu nieczystości, o usuwaniu z targowiska ryb, niesprzedanych w pierwszym dniu i t. p. W 14-tym stuleciu w Krakowie, a w 16-ym w Warszawie Magistraty zastanawiają się nad sposobem masowego dostarczania wody, (wodociągi) urządzaniem kanałów do usuwania nieczystości i t. p. Dopiero

później Państwo zaczyna się interesować sprawami sanitarnymi, wydając przepisy o zwalczaniu choroby, później obowiązkiem szczepienia ospy ochronnej, kontroli nad produktami spożywczymi i t. p.

W miarę rozwoju katastrofalnych wypadków politycznych ówczesne społeczeństwo, zajęte innymi sprawami, coraz mniej ujawnia inicjatywy w kierunku ochrony zdrowia. Rządy pruskie i austriackie, a następnie rosyjskie tworzą rozmaite nowe urzędy hamujące i paralizujące samodzielność Magistratów i społeczeństwa.

W Warszawie przed wybuchem Wielkiej Wojny, sprawy sanitarne należały do atrybucji Oberpolicmajstra. Przy nim istnieje Urząd lekarski z inspektorem lekarskim na czele i t. z. lekarzami policyjnymi przy każdym poszczególnym cyrkule. Pamiętamy wszyscy, jaka była, z niektórymi wyjątkami, smutna rola tych czynowników lekarskich. Przeważnie mało się różnili od swoich „kolegów” cyrkulowych, pod względem znajomości rzeczy, zrozumienia swoich obowiązków i stosunku do ludności. Wciąż grozili „komisjami” i „protokółami”, które jednakże jakoś rzadko sporządzali. Gdyby nie Starynkiewicz i Lindleyowie, Warszawa pod taką opieką sanitarną nieprzestawałaby prawdopodobnie i nadal być klasycznym siedliskiem durów, ospy i t. p.

Specjalnych instytucji, mających na celu ochronę zdrowia — poza szpitalami i instytucjami opieki społecznej — miasto wogóle nie posiadało. Dzięki tylko niezwyklej energii ś. p. Dra Polaka, który miał tytuł higienisty miasta, i też był podporządkowany Urzędowi lekarskiemu, powstały w byłem więzieniu na Spokojnej obok cmentarza na Powązkach Zakład Dezynfekcyjny i Zakład spalania śmieci.

Tak przedstawiał się spadek sanitarny, który Nowy Magistrat Warszawski — po zajęciu przez Niemców — otrzymał po okupaniu rosyjskim, spadek raczej deficytowy.

W grudniu r. 1915 Magistrat obejmuje rolę ros. Urzędu zdrowia, przekształca ten się w Wydział Zdrowia, którego pierwszym naczelnikiem zostaje niezapomniany dr. J. Polak.

Jeżeli w przeciągu tych 13 lat wszystkie wydziały Magistratu rozwinęły szeroką i celową działalność w kierunku unormowania życia w Warszawie i wywyższenia jej do poziomu stolicy europejskiej, to tymbardziej Wydział Zdrowia, zwłaszcza od czasu, gdy na jego czele stanął Dr. W. Bogucki, dokonał ogromnej pracy, tworząc prawie z niczego duży planowo pracujący aparat i szereg instytucji, mających na celu pieczę nad zdrowiem publicznym w najszerszym tego wyrazu znaczeniu. Pojmując, że stan sanitarny miasta i zdrowie obywateli zależne są od całego szeregu czynników, niewchodzących bezpośrednio w zakres jego działalności, Wydział Zdrowia dążył i dąży do naciślejszego kontaktu z innymi Wydziałami Magistratu i często swoją inicjatywą i *sit venia verbo* — swoim uporem wpływał na te strony ich działalności, które w ten lub ów sposób mogą się przyczynić do polepszenia warunków zdrowotnych obywateli stolicy (sprzątanie śmieci, udoskonalenie bruków, zadrzewianie miasta, rozszerzenie szpitali, rozsze-

zenie sieci kanałów i wodociągów, piekarnia mechaniczna, własna mleczarnia i t. d. i t. d.). Służność także dodać, że Magistrat i Rada Miejska wykazywały zawsze wielkie zrozumienie dla dążeń Wydziału Zdrowia, nawet podczas najcięższych okresów inflacji. Obecnie — mówię to na zasadzie tego, co nie dawno widział w Berlinie i Wiedniu — Wydział Zdrowia stolicy pod względem swojej struktury, swoich instytucji i zamiarów na przyszłość istotnie zbliża się już do poziomu analogicznych Urzędów w największych stolicach Europy. Ważną jest rzeczą, że, jakkolwiek Wydział Zdrowia jest tylko instytucją administracyjną, dąży on jednak do podtrzymywania ścisłego kontaktu z współczesną nauką w zakresie zajmujących go zagadnień. Urządza często wieczory referatowe i konferencje przy udziale naukowców i korzysta z prac i doświadczenia Państwowego Instytutu Higieny. Prace naukowe, wychodzące z Instytutu Higieny Wydziału Zdrowia zwłaszcza z jego oddziału bakteriologicznego (kierownik docent dr. Ławrynówicz) są w świecie naukowym wysoko cenione.

W ogólnych zarysach Wydział Zdrowia¹⁾ ma na celu nadzór sanitarny na terenie miasta, nadzór nad chorobami zakaźnymi i walkę z nimi przy pomocy izolacji, dezynfekcji i szczepień ochronnych, nadzór nad wytwórniami i miejscami sprzedaży artykułów spożywczych i kontrolą ich wartości odżywczej, dostarczanie ludności Warszawy tanich kąpielni, uprzystępnienie diagnostycznych badań chemicznych i bakteriologicznych, propagandę zasad higieny życia codziennego przy pomocy ulotek, broszur, odczytów i wystaw i t. d. Obecnie organizacja Urzędu Zdrowia przedstawia się, jak następuje:

Miasto podzielone jest na 26 urzędów sanitarnych, z których każdy obejmuje teren komisariatu policyjnego. Niestety jeszcze nie każdy Urząd sanitarny jest w posiadaniu oddzielnego lokalu. Niektóre mieszczą się we wspólnych lokalach. Razem mamy takich 9 urzędów, kilka urzędów sanitarnych łączy się w jedną okręgową komisję sanitarną. Takich komisji mamy 4, które pomniejsze sprawy same rozstrzygają, ważniejsze zaś przedstawiają Głównej Komisji sanitarnej, w której skład wchodzi m. in. także przedstawiciel Urzędu Zdrowia przy Komisarzacie Rządu.

Na czele urzędu sanitarnego stoi lekarz sanitarny, mający do pomocy 1—3 kontrolerów. Poza nadzorem sanitarnym w swoim okręgu (stan sklepów spożywczych, restauracji, garkuchni, hal targowych, piekarni i t. p.) kontroluje on wszystkie zawiadomienia o chorobach zakaźnych w danym okręgu i w razie potrzeby odsyła chorych do właściwych szpitali, a otoczenie do zakładu izolacyjnego i zarządza dezynfekcję mieszkania i rzeczy. W celu wykonania tych zarządzeń istnieją 1) Miejskie Zakłady Sanitarne na Spokojnej (kierownik Dr. Rabczewski). Zakłady mają własną

dużą pralnię mechaniczną obsługującą zakłady miejskie, nie posiadające własnej pralni, specjalne samochody do bezpłatnego przewożenia chorych zakaźnych do szpitali, względnie do zakładu izolacyjnego, karetkę do przewozu zwłok na zlecenie lekarzy sanitarnych lub policji, Zakład do spalania śmieci (35 tonn dziennie), zakład izolacyjny z kąpieliskiem i oddzielne kąpielisko dla dzieci z okolicznych szkół. W r. 1926 przewieziono 6557 chorych zakaźnych, odkażono lokali 5,758 o pojemności 131.000 metrów sześciennych, odkażono 8181 ubikacji, przewieziono 1,495 zwłok, izolowano 11,843 osoby, zdezynfekowano 4,470 emigrantów i aresztantów, odkażono 173,900 kilogr. rzeczy (w tem szmaty, kożuchy) i t. p. i wyprano 127,000 kilogr. bielizny,

2) Miejski Instytut Higieniczny, składa się a) z pracowni chemicznej (kier. Doc. Dr. Wichrowski). W przeciągu roku dokonywa około 20 tysięcy analiz produktów spożywczych, nadsyłanych przeważnie przez lekarzy sanitarnych (samego mleka i produktów nabiałowych około 15 tys., przyczem wykazano 18 — 20% zafałszowań), b) pracowni bakteriologicznej i serologicznej (przeszło 20 tys. analiz. rocznie). Obowiązkiem pracowni bakteriologicznej jest gromadzenie i opracowywanie materiału epidemiologicznego, wyników szczepień ochronnych przeciwko płonicy, błonicy, durowi brzusz-nemu; c) działu propagandy, o którym była mowa wyżej.

3) Zakłady kąpielowe. Jest to, niestety, trzeba przyznać, najsłabsza strona działalności Wydziału. Pod zarządem Wydziału zostają 3 zakłady (Leszno 86, Jagiellońska 19 i Nowowiejska 39) i zakład kąpielowo-dezynsekcijny przy ul. Stawki 10. Przed wojną istniał tylko zakład na Jagiellońskiej imienia prof. Chałubińskiego. Są to zakłady skromne (prysznicze, wanny, łaźnia) które jednakże są wielkiem dobrodziejstwem dla niezamożnej ludności. Ceny bowiem tam są o 50% niższe niż w prywatnych zakładach, czem się tłumaczy stale wzrastająca frekwencja. W ostatnim roku budżetowym (1/IV 1927 — 31/III 1928) korzystało z tych zakładów 385,490 osób (w roku zeszłym 345,871). Jest to zawstydzająco mała liczba na miljonowe miasto. W pewnym stopniu ratuje sytuację okoliczność, że wszystkie nowe budynki szkolne mają własne zupełnie nowoczesne urządzenia kąpielowe. Drugim środkiem pomocniczym jest plaża na Wiśle. Liczba kabin zostaje rok rocznie powiększana i dochodzi obecnie już do 1000. W ładne zwłaszcza świąteczne dni i ta liczba już nie wystarcza. Wydział zdrowia także poczytuje sobie za zasługę, że w pewnym stopniu obudził wśród ludności zamiłowanie do plażowania i przebywania na piasku pod gołym niebem. W porównaniu z dawnymi brudnymi „omnibusami” jest to wielki postęp. Na przyszły rok projektuje się rozszerzenie plaży znowu o kilkaset kabin. W ubiegłym roku budżetowym korzystało z plaży 83,280 osób.

Świadomy swoich obowiązków w kierunku kąpielowym Magistrat przystępuje z inicjatywy Wydziału Zdrowia do budowy nowoczesnego kąpieliska na Leszczyńskiej z preliminażem budżetowym na 4 mil. Oprócz wani, pryszniców, łaźni rzymskiej i t. p. będą tam dwa duże baseny.

¹⁾ Zarząd Wydziału Zdrowia składa się z dwóch ławników (obecnie Dr. Bychowski i mecenas J. Tłuchowski), Naczelnika Wydziału (obecnie dr. Cz. Wroczyński), dwóch Inspektorów lekarskich (drzy Heflich i Maleciński), Inspektora Weterynarii (Mackiewicz). Kierownikiem biura jest obecnie W. Chełmiński.

Członkowie komitetu budowy zwiedzili analogiczne instytucje na Zachodzie w celu postawienia nowego kąpieliska na wysokim nowoczesnym poziomie. Jeżeli się nie mylę, będzie mogło jednocześnie korzystać z niego 500 osób, t. j. 4—5 tys. osób dziennie. Pozatem zaprojektowana jest budowa skromnych kąpielisk na kresach miasta. Przy stacji higieny zapobiegawczej na Puławskiej (Amelin) także kąpielisko jest już na ukończeniu. Przy tem kąpielisku będzie też wspólna pralnia dla ludności danego Okręgu. Jest to pierwsza u nas próba w tym kierunku. Jeżeli się uda, to będzie zastosowana i w innych nowowypbudowach ośrodków zdrowia, czyli, jak brzmi oficjalna nazwa miejska — stacjach higieny zapobiegawczej.

4) Idea tworzenia ośrodków zdrowia wywodzi się ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Chodzi o zgromadzenie pod jednym dachem wszelakich instytucji, mających na celu walkę z chorobami społecznymi w najszerszym tego słowa znaczeniu. Pierwsza taka stacja została zorganizowana przez Wydział Zdrowia przy pomocy fundacji Rockefellera i Departamentu zdrowia przy ul. Puławskiej (dawniej Amelin). Oprócz Urzędu sanitarnego mieści w sobie poradnię dla matek ciężarnych i niemowląt, dla walki z gruźlicą, z alkoholizmem, z malarją, z jaglicą, z chorobami wenerycznymi, oraz poradnię dla dzieci umysłowo niedorozwiniętych; pozatem jeszcze pracownię analityczną, gabinet rentgenologiczny i lampy kwarcowe i poradnię dentyścyczną. Celem tych poradni nie jest tyle leczenie, ile uświadamianie i zapobieganie. Obowiązkiem licznego aczkolwiek niedostatecznego jeszcze grona pielęgniarek jest możliwie bliższe zapoznanie się z warunkami domowymi odwiedzających poradnię chorych i w miarę możliwości okazywanie im bądź to doradziej, bądź to stałej pomocy. Oprócz wymienionego miasto posiada jeszcze 5 takich ośrodków (Górnośląska 91, Spokojna 15, Leszno 69, Marymoncka 5 i Wysockiego na Nowem Brudnie). Jest też na ukończeniu specjalny *ad hoc*. celowo rozplanowany Ośrodek na Grochowie, a także projektują się trzy nowe ośrodki, jeden na Sw. Jerskiej przy ogrodzie Krasieńskich, drugi na Pelcowiznie, a trzeci na Ochocie. Przy niektórych ośrodkach istnieją półkolonie dla dzieci danego okręgu, kursy dla młodych matek i sala odczytowa. Doświadczanie uczy, że i u nas ludność zaczyna nabierać zaufania do tych instytucji i zastosowuje się do udzielanych wskazówek. Nie tu miejsce na bliższe omówienie wewnętrznej organizacji i wyników pracy Ośrodków. (Por. S. Stypułkowski. I Miejska Stacja Higieny Zapobiegawczej, Warszawa 1926. Ośrodki Zdrowia w Polsce pod redakcją dra M. Kacprzaka Warszawa 1928). Nie ulega kwestji, że mogą one odegrać doniosłą rolę w podniesieniu ogólnej zdrowotności Warszawy i we wniesieniu zdrowych zasad życia codziennego „pod każdą strzechę”. Ma się rozumieć, że dla całkowitego spełnienia tej roli ośrodki powinny rozporządzać większymi funduszami i mieć do swojej dyspozycji dostateczną liczbę różnorodnych stałych zakładów leczniczych i przytułków. Słuszność każe zaznaczyć, że Opieka Społeczna i Szpitalnictwo poczęści może właśnie pod naporem żądań Wydziału Zdrowia, względnie

Ośrodków Zdrowia, stale się rozbudowują i prędzej czy później dojdą do takiego stanu, że potrafią wszystkie te potrzeby nasycić.

5) Zgodnie z art. 21 Dekretu o Samorządzie Miejskim z dn. 4/II 1919 r. został utworzony przy Wydziale Zdrowia Urząd Weterynaryjny z rozległym zakresem działania (nadzór nad stanem zdrowotnym inwentarza żywego, nad stosowaniem środków zapobiegawczych przeciwko chorobom zakaźnym u zwierząt domowych, nad szczepieniami ochronnymi i dżagnostycznymi, nadzór nad oględzinami surowych produktów zwierzęcych na stacjach kolejowych, nadzór nad stajniami, krowiarniami i t. d. i t. d.). W całokształcie zagadnień walki z chorobami zakaźnymi (gruźlica, dur i parady, włośnica i t. d.) współpraca weterynaryj jest niezbędna. Urząd Weterynaryjny projektuje racjonalną poradnię dla zwierząt.

Po za temi swymi własnymi instytucjami Wydział Zdrowia z natury rzeczy zostaje w ścisłym kontakcie z instytucjami społecznymi, mającymi na celu zdrowie publiczne. A wobec tego, że ofiarość publiczna po wojnie znacznie się u nas skurczyła, ten kontakt nie jest czysto platoniczny, a przejawia się, jak widać z następującej tabliczki w dosyć poważnych subsydjach w budżecie 1928/29 r.

Subwencja dla T-wa Przeciwgruźliczego . . .	120.000 zł.
„ „ „ Eugenicznego . . . , .	5.000 „
„ „ Polskiego Komitetu do zwalczania raka	12.000 „
„ „ Tow. Higienicznego	3.000 „
„ „ Tow. TOŻ	12.000 „
„ „ Tow. Brius	12.000 „
i jeszcze dla innych instytucji.	
R a z e m . .	286.864 zł.

Ogólny Budżet Wydziału wynosił w r. 1924 . .	1.125.979 „
„ „ „ „ „ 1925 . .	1.508.503 „
„ „ „ „ „ 1926 . .	1.957.506 „
„ „ „ „ „ 1927/28 . .	2.494.907 „
„ „ „ „ „ 1928/29 . .	3.804.602 „
Na 1929/30 preliniowano	3.722.289 „
Poza tem na inwestycje proponuje się w r. 1929/30	3.590.000 zł

Liczyby te najlepiej mówią o coraz szerszej działalności Wydziału

Personel lekarski w roku bieżącym stanowił koło 100 lekarzy, 13 weterynarzy, pielęgniarek 36, urzędników 41. Pozatem było 180 robotników i rzemieślników.

*

*

*

Pomimo szerokiego rozwoju który przyjął Wydział Zdrowia w tem pierwszym dziesięcioleciu Wyzwolenia Stolicy, nie uważa on bynajmniej zakresu swojej działalności za zamknięty i ustabilizowany. Niemniej prawdopodobnie, niż każdy inny Wydział, i on ma dużo trosk i odczuwa niejedną lukę w swojej pracy. Musi przy układaniu budżetu liczyć się z całokształtem obowiązków Magistratu i jego funduszami co hamuje jego inicjatywę

Ostatecznie na mieszkańca Warszawy przypada całkiem trzy i pół, względnie 7 złotych rocznie na cele zdrowotne (w New Yorku, jeżeli się nie mylę, koło 100 dol.), suma istotnie nikła w porównaniu z oszczędzonymi może wydatkami na leczenie chorych.

Dla całkowitego skoordynowania swojej pracy Wydział Zdrowia sądzi, że powinien za przykładem Europy Zachodn. objąć i te agendy natury higienicznej, które obecnie znajdują się w innych Wydziałach (szpitale dla chorych zakaźnych, higiena szkolna, chemiczna i bakterjologiczna kontrola wody i t. d.).

Są to tym czasem marzenia, ale Wielka Uroczystość, której niniejszy Numer „Czasopisma” jest poświęcony, najlepiej uczy, że i najśmielsze marzenia urzeczywistnić się mogą.

Opieka nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w Polsce Niepodległej.

Podał

BRONISŁAW KRAKOWSKI (Warszawa).

Siew krwi ofiarnej pracy i bólu Narodu nie poszedł na marne. Polska zrzuciła kajdany niewoli i zadokumentowała światu swe nieprzedawnione prawa. Dziesięciolecie wskrzeszenia niepodległego bytu Polski niechaj w pierwszej mierze zwróci uwagę społeczeństwa na pracę u podstaw, pracę nad ciężką fizyczną i moralną młodą pokolenia. Jeśli wiekowa niewola nie zdołała nas zniszczyć, to źródła mocy naszej należy szukać w wychowaniu. W ciężkich chwilach naszego narodu zwracaliśmy się zawsze ku wychowaniu, jako jedynej naszej ostoji. Przedewszystkiem pragniemy zwrócić uwagę, że praca nad młodem pokoleniem w odrodzonej Ojczyźnie nie jest zagadnieniem nowym. Wskrzesiliśmy tylko przerwana nić szczytnej dziejowej tradycji. Kiedy z mgławic zawieruchy wojennej poczęły się wyłaniać kontury samodzielnego bytu Polski, praca w dziedzinie opieki społecznej pozostawała w znacznej mierze w rękach organizacji społecznych, samorządowych i kongregacji religijnych. Pierwszym hasłem była akcja ratownicza, prowadzona przy współudziale cudzoziemskich misyj humanitarnych z Misją Herberta Hoovera i Amerykańskim Czerwonym Krzyżem na czele. Akcja ta, w przeważającej mierze o charakterze otwartym, obejmowała masowe dożywianie dzieci. Z górą milion trzysta tysięcy dzieci na terenie Polski korzystało z jej dobrodziejstw. Dalszym etapem była otwarta opieka higieniczno-lekarska, koncentrująca się w stacjach opieki nad niemowlętami, poradniach dla matek i kroplach mleka. W pracy tej wybitną rolę odegrał Polsko-Amerykański Komitet pomocy dzieciom.

Potężną organizacją na terenie całej Polski była naówczas Rada Główna Opiekuńcza, mająca chlubną swą kartę w dziejach kształtowania opieki społecznej na terenie Państwa. Akcja tej zasłuży-

nej instytucji współ z Centralnym Komitetem Obywatelskim i szeregiem organizacji pomocniczych była wstępem do planowej późniejszej pracy. Jeśli chodzi o zobrazowanie dziesięcioletniego dorobku pracy niepodległego Państwa Polskiego na terenie opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą, należy rozpocząć od podstaw prawnych.

Fundamentem ustawodawstwa w dziedzinie opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą jest art. 103 Konstytucji z dnia 17.III. 1921 r., który głosi: „Dzieci bez dostatecznej opieki rodzicielskiej, zaniedbane pod względem wychowawczym — mają prawo do opieki i pomocy państwa w zakresie, oznaczonym ustawą. Odjęcie rodzicom władzy nad dzieckiem może nastąpić tylko w drodze orzeczenia sądowego”. Dalszym etapem prac ustawodawczych było wydanie Ustawy o Opiece Społecznej z dn. 16.VIII. 1923 r., ogłoszonej w Dz. Ust. Rzeczp. Polskiej (Nr 92 poz. 726). Ustawa ta, zawierająca ramowe przepisy o opiece społecznej w ogólności, wskazuje między innymi, iż opieka społeczna w swoim zakresie winna obejmować w szczególności: ochronę macierzyństwa oraz opiekę nad niemowlętami, dziećmi i młodzieżą. Obowiązek sprawowania opieki społecznej w myśl przepisów tej ustawy został nałożony na związki samorządowe. Państwo ponosi ciężar opieki w niektórych tylko wypadkach, a mianowicie, gdy zachodzą specjalne obowiązki z tytułu publicznego, np. nad inwalidami i ich rodzinami, lub gdy idzie o wykonanie tych rodzajów opieki społecznej, które przekraczają możność finansową udzielania świadczeń przez związki komunalne. Zwierzchni nadzór nad czynnościami związków samorządowych w zakresie opieki społecznej należy do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, przy którym istnieje, jako jego organ doradczy i opiniodawczy, Rada Opieki Społecznej, złożona z reprezentacji ciał samorządowych, instytucji opieki społecznej i zainteresowanych Ministerstw.

Zagadnienie pomocy i opieki nad kobietami ciężarnymi i matkami karmiącymi zostało przewidziane w ustawodawstwie w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby. Ustawa z dnia 19.V.1920 r. o obowiązkowym zabezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Ust. R. P. Nr. 44 poz. 272) nakłada obowiązek na Kasy Chorych udzielania świadczeń dla położnic. Świadczenia te polegają na udzielaniu pomocy lekarskiej i położniczej przed, w czasie i po położeniu oraz udzielaniu zasiłku położowego nie dłużej, niż w ciągu 8 tygodni, z których przynajmniej 6 przypadających winno po porodzie, ponadto nakłada również obowiązek udzielania po upływie tego terminu zasiłku w naturze lub w gotówce matkom karmiącym, nie dłużej jednak, niż w ciągu 12 tygodni.

Przepisy, regulujące pracę zarobkową kobiet ciężarnych i matek karmiących, zawarte są w Ustawie z dn. 2.VII.24 r. w przedmiocie pracy młodocianych i kobiet (Dz. U. R. P. Nr. 65 poz. 636). Wyżej przytoczona Ustawa poza przepisami ochrony pracy kobiet ciężarnych (prawo przerywania pracy) zawiera również przepisy, dotyczące matek karmiących, a mianowicie, nakłada obowiązek na pracodawców w przedsiębiorstwach, w których

pracuje ponad 100 kobiet, utrzymywania żłobków dla niemowląt.

Opierając się na powyższym ustawowym przepisie, Minister Pracy i Opieki Społecznej wydał Rozporządzenie z dn. 14.III. 27 r. w sprawie urządzenia utrzymywania żłobków dla niemowląt w zakładach pracy (Dz. Ust. R. P. Nr. 32 poz. 923), które reguluje kwestje zakładania i prowadzenia żłobków.

W celu zwalczania śmiertelności wśród niemowląt Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wydało w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych rozporządzenie z dn. 14.X.24 r. w sprawie praw i obowiązków kobiet, karmiących obce niemowlęta (Dz. Ust. R. P. Nr. 934 poz. 876).

Przepisy prawne, regulujące zagadnienia opieki zakładowej, zawarte są w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22.IV.27 r. (Dz. 42 poz. 354) o nadzorze i kontroli. Władzami nadzorczymi są w I-iej instancji starostowie, w II-iej wojewodowie. Nad zakładami opiekuńczymi Związków Samorządowych nadzór i kontrolę wykonywają władze tychże związków.

W związku z powyższem wydane zostało ważne Rozporządzenie o kwalifikacjach kierowników zakładów opiekuńczych z dn. 10.X.27 r. (Dz. Ust. Nr. 100 poz. 866).

Sprawę budowy i utrzymania zakładów opiekuńczo-wychowawczych normuje Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 16.I.28 r.

W myśl powyższego rozporządzenia z dóbr państwowych, w szczególności — z dóbr, przeznaczonych na cele reformy rolnej, wydziela się w każdym województwie odnośne obiekty, potrzebne pod budowę i rozszerzenie wojewódzkich zakładów opiekuńczo-wychowawczych. Koszty utrzymania tych zakładów pokrywają wojewódzkie związki komunalne, państwo zaś pokrywa koszty utrzymania dzieci w tych zakładach tylko w tych wypadkach, gdy jest do tego zobowiązane na podstawie odpowiednich przepisów. Nadzór nad urządzeniem i prowadzeniem zakładów wykonywa Minister Pracy i Opieki Społecznej.

Szereg rozporządzeń normuje formy opieki tymczasowej, jak np. o organizacji Pogotowi Opiekuńczych, zagadnieniu opieki nad nieletnimi przestępcami, zwalczanie demoralizacji wśród młodzieży, organizacji powiatowych komisji higieniczno-lekarskiej opieki nad dziećmi oraz Rady i Komisji do Spraw Kolonij Letnich. Wspomnieć jednak należy jeszcze o 2 rozporządzeniach Prezydenta R. P., ustalających obowiązki czynników, wykonywających opiekę. Jedno o rozgraniczeniu obowiązków związków komunalnych, drugie o opiekunach społecznych i komisjach opieki społecznej. Celem zapewnienia należytego wykonywania opieki społecznej będą tworzone specjalne komunalne organa opieki społecznej. Organami temi są opiekunowie społeczni i komisje opieki społecznej. Komisje Opieki Społecznej istnieją w gminach, powiatach, województwach, przyczem Rozporządzenie wskazuje zakres działania poszczególnych komisji i opiekunów.

Całokształt opieki nad dziećmi i młodzieżą rozpada się na 3 zasadnicze działy: opiekę higie-

niczno-lekarską, prawno-społeczną i wychowawczą. Praca niniejsza obejmuje tylko I-szy dział, zarówno z uwagi na zakres zagadnienia, jak i fachowy charakter pisma, na którego łamach się ukazuje.

Aby zdać sobie sprawę z rozległej skali pracy w tej dziedzinie, wystarczy zaznaczyć, że opieka publicznej w Polsce podlega w samych tylko zakładach zamkniętych 53727 dzieci, a mianowicie:

T a b e l a 1.

Zestawienie liczbowe zakładów opiekuńczych i wychowanków w g województw.

WOJEWÓDZTWO	Liczba zakładów	Liczba dzieci	Na 1 miejsce przypada mieszkańców
M. st. Warszawa	82	5273	196
Woj. Warszawskie	75	5022	463
„ Łódzkie	82	4758	521
„ Kieleckie	82	3660	762
„ Lubelskie	43	2353	976
„ Białostockie	37	2144	668
„ Wileńskie	61	3169	349
„ Nowogrodzkie	24	1341	657
„ Poleskie	25	1145	790
„ Wołyńskie	50	1614	826
„ Poznańskie	71	3651	594
„ Pomorskie	33	1162	895
„ Śląskie	43	2181	567
„ Krakowskie	63	4331	506
„ Lwowskie	108	6174	484
„ Stanisławowskie . . .	59	2721	541
„ Tarnopolskie	73	2728	617
Ogółem	1011	53727	Prze- 612 cięt- nie

poza to posiadamy obecnie 225 Stacyj Opieki nad niemowlętami, w których znajduje opiekę 43700 niemowląt, 195 pijalni mleka, 30 żłobków zamkniętych na 706 łóżeczek, 46 żłobków dziennych. Odsetek śmiertelności w stacjach wynosi 5,9% wówczas, gdy ogólna śmiertelność wynosiła 15,3%.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, zdając sobie sprawę z doniosłego znaczenia racjonalnej opieki nad macierzyństwem w dziedzinie polityki ludnościowej Państwa, traktuje zorganizowanie tej opieki, jako sprawę, niecierpiącą zwłoki¹⁾.

¹⁾ Odnośne zarządzenia wydane zostały w szeregu pism okólnych do Urzędów Wojew.

T a b e l a II.

Zastawienie liczbowe łóżek dla rodzących w g województw. ¹⁾

WOJEWÓDZTWO	Zakłady dla rodz.		Szpitale ogólne (pow- szechne)	Ogółem
	Państwowe samorząd. i społeczne	Pry- watne		
M. st. Warszawa . .	244	70	40	354
Woj. Warszawskie . .	—	—	89	89
„ Łódzkie	53	12	28	93
„ Kieleckie	41	—	104	145
„ Lubelskie	60	13	116	189
„ Białostockie . . .	20	10	17	47
„ Wileńskie	40	21	88	149
„ Nowogródzkie . .	—	12	74	86
„ Poleskie	—	2	100	102
„ Wołyńskie	12	—	129	141
„ Lwowskie	94	—	206	340
„ Stanisławowskie . .	—	—	64	64
„ Tarnopolskie . . .	—	—	54	54
„ Krakowskie	60	12	48	120
„ Poznańskie	95	4	46	45
„ Pomorskie	—	—	72	72
„ Śląskie	—	—	155	155
Ogółem	719	166	1460	2345

Braki powyższe polegają na:

1) niedostatecznej liczbie instytucji, sprawujących opiekę nad macierzyństwem;

2) niedostatecznej liczbie położnych (akuserek);

3) niedostatecznym przygotowaniu położnych;

4) obsłudze położnic, przez t. zw. „babki wiejskie“, nie posiadające żadnych kwalifikacji.

Usunięcie tych braków należy przedewszystkiem do obowiązków czynników samorządowych, które należy pobudzić, aby sprawy opieki nad macierzyństwem były traktowane, jako pilne, i aby przeznaczano na zwalczanie niedomagań w tej dziedzinie dostateczne fundusze, pozwalające na stopniowe usuwanie zła przez zabezpieczenie kobietom ciężarnym, położnicom i matkom karmiącym odpowiedniej pomocy.

Zabezpieczenie pomocy winno polegać na:

1) Zorganizowaniu dostatecznej liczby schronisk, w których niezamożne kobiety ciężarne, położnice i matki karmiące, zarabiające w zwykłym czasie pracą fizyczną, mogłyby spędzać ostatnie

kilka tygodni przed porodem oraz kilkanaście dni po porodzie. Zakłady takie zapobiegają złym wpływom ciężkiej pracy fizycznej na stan zdrowia ciężarnych i położnic i na rozwój płodu, zwalczając jednocześnie jedną z przyczyn degeneracji.

2) Zorganizowaniu w porozumieniu z Min. Spraw Wewnętrznych oddziałów położniczych w szpitalach powszechnych lub oddzielnych przytułków dla położnic.

Oddziały takie lub przytułki dają gwarancję, że poród będzie odbywany w warunkach prawidłowych pod opieką wykwalifikowanej położnej (akuszerki) i pod kontrolą lekarza.

3) Zorganizowaniu dla matek poradni, w których kobiety ciężarne i karmiące otrzymywałyby wskazówki higieniczne.

Niezależnie od zabezpieczenia pomocy w myśl powyższych wskazówek nie mniej ważną sprawą jest, aby samorządy dążyły do zwiększenia na swych terenach kadrów wykwalifikowanych położnych (akuserek). Da się to osiągnąć:

1) przez ułatwianie zapisywania się niezamężnym kandydatkom do szkół położniczych drogą udzielania im stypendjów wzamian za wykonywanie przez stypendystki trzyletniej praktyki w miejscowościach, wskazanych przez samorząd, udzielający stypendja;

2) przez udzielanie wykwalifikowanym położnym (akuszerkom) zasiłków w pierwszym okresie osiedlenia się w danej miejscowości do czasu zdobycia przez nie dostatecznej praktyki.

Długotrwałe przeżycia wojenne pozostawiły głębokie ślady w fizycznym stanie ludności — osłabiły, zmniejszyły jej odporność. Szczególnie odbiło się to na zdrowiu najwrażliwszych części społeczeństwa, na dzieciach — wynikiem tego jest wzrost chorobowości gruźliczej. Statystyka Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego określa liczbę dzieci chorych w szkołach miejskich i średnich na ogólną liczbę zbadanych 129.494 — 2.104 chorych i 43.235 zagrożonych. A każdy chory to źródło ogniska, z którego szerzy się gruźlica, a każdy zagrożony to w przyszłości w większości przypadków gruźlik — a więc nowe ognisko. Ochronić społeczeństwo od nieszczęść i strat, powodowanych gruźlicą, może tylko wytężona i nieustanna walka, polegająca na leczeniu chorych, na zapobieganiu rozwinięciu się gruźlicy u zagrożonych. Należy wszelkimi sposobami pobudzić społeczeństwo do samoobrony, zachęcić do działania, udzielić pomocy.

Bez najszerzego udziału społeczeństwa o owocnej walce z gruźlicą nie może być mowy; zbyt głęboko dotyka ona interesów społecznych wogóle, zbyt zmienia stosunki wewnątrz rodziny, żeby bez współdziałania ogółu można było dojść do pozytywnych wyników akcji przeciwgruźliczej. Akcja ta, podobnie jak i akcja zwalczania innych chorób zakaźnych, przedewszystkiem musi być akcją zapobiegawczą. Stąd też wielka waga działania przeciwgruźliczego wśród dzieci i młodzieży. Najnowszym pewnikiem, zdobytym w dziedzinie znajomości naszej o powstawaniu i rozwijaniu się gruźlicy jest fakt, że dzieci rodzą się zdrowe, zarażenie zaś gruźlicą następuje dopiero po urodzeniu. Częstość gruźlicy, stwierdzona za pomocą metody Pirqueta, przedstawia się, jak następuje:

¹⁾ w g statystyki Dr. Z. Zakrzewskiego.

od 0 do 12 miesięcy życia — 5%, od 1—2 lat — 14%, od 2 — 3 lat — 33%, od 3 — 4 — 38%; na 100 przypadków śmierci umiera na gruźlicę w wieku od 0 do 1 — 2,05; od 1 do 19 — 22,8; od 20 do 39 — 44,6. Dane powyższe wykreślają wyraźnie plan akcji przeciwgruźliczej. Musi ona otoczyć opieką dziecko od urodzenia i dążyć do możliwego zmniejszenia szans zarażenia się albo przez usunięcie dziecka z otoczenia gruźliczego, albo przez usunięcie źródła zarażenia (t. j. chorego) z otoczenia dziecka. Planowa więc akcja zwalczania i zapobiegania gruźlicy u dziecka musi: 1-o objąć ochroną wszystkie dzieci przez możliwe usunięcie z ich otoczenia chorych na gruźlicę zaraźliwą, 2-o w razie niemożności usunięcia z otoczenia dziecka chorego zapewnić dziecku warunki życia, zmniejszające jaknajbardziej możliwość zarażenia się, 3-o dać możność wszystkim dzieciom wątłym i słabym, a więc mało odpornym na zarazek gruźlicy, wzmocnienia ustroju i nabrania odporności, 4-o zapewnić dzieciom, zagrożonym gruźlicą, warunki bytu i nauki, umożliwiającej im naukę nie tylko bez szkody dla zdrowia, ale poprawiającej zdrowie, 5-o dać możność leczenia dzieciom, ciężiej zagrożonym i chorym.

Dla osiągnięcia powyżej wskazanych celów¹⁾ konieczne jest 1-o tworzenie dla niemowląt matek gruźliczych żłobków celem oddzielenia ich od źródła bezpośredniego zarażenia; żłobki takie szczególnie są wskazane w wielkich miastach i w dużych środowiskach przemysłowych; 2-o organizowanie dla takich dzieci w wieku przedszkolnym ognisk wychowawczych na wsi w miejscowościach zdrowotnych; 3-o dla dzieci — rekonwalescentów po ciężkich chorobach, wyczerpanych i osłabionych — tworzyć domy zdrowia, gdzie dzieci przez przeciąg kilku tygodni (4 — 8) mogłyby osiągnąć zupełny powrót do zdrowia i nabrałyby siły; 4-o tworzyć szkoły i zakłady naukowe na otwartym powietrzu i w miejscowościach klimatycznych; 5-o tworzyć sanatoria w miejscowościach klimatycznych i zdrojowych.

Ponieważ urzeczywistnienie wszystkich tych ogniw planowej walki i zapobieganie gruźlicy u dzieci wymaga dłuższego czasu i wielkich wysiłków ze strony społeczeństwa, punktem wyjścia akcji zapobiegawczej tymczasem muszą się stać poradnie przeciwgruźlicze, gdzie zagrożony i chory na gruźlicę powinien otrzymać pomoc i opiekę kwalifikowaną do zakładu i t. d.

Zadaniem każdego Województwa i Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę jest pobudzić samorządy i instytucje społeczne do wszczęcia wspólnej wyłożonej akcji zapobiegawczej i leczniczej w myśl wyłożonych zasad. Zależnie od warunków terenowych każdego województwa, charakteru pracy i poziomu życia ludności, akcja przeciwgruźlicza w każdym województwie będzie musiała mieć inny zakres; wyzyskać należy właściwości każdego celem tworzenia urzędów, mających nie tylko miejscowe, ale ogólne znaczenie, np. województwa z terenami klimatycznymi lub zdrojowymi muszą dążyć do tworzenia zakładów leczniczych, zakładów wychowawczych dla dzieci z całej Rzeczypospolitej. Ro-

zumie się, tutaj należy łączyć wysiłki jednych województw z akcją pozostałych i wspólnymi siłami tworzyć to, czego nam brakuje. Jako przykład można przytoczyć, że Niemcy posiadają 88 sanatoriów dla dzieci chorych i zagrożonych z 8.034 miejscami, gdy my posiadamy wszystkiego około 1125 miejsc. — Wzmocnienie akcji w tej dziedzinie zawdzięczamy w wielkiej mierze Związkowi przeciwgruźliczemu, koordynującemu całokształt walki z gruźlicą.

Opieka higieniczno-lekarska nad dziećmi gruźliczymi wyraża się w następujących cyfrach. Posiadamy 1125 łóżek sanatoryjnych dla dzieci i 35 poradni.

Z akcją przeciwgruźliczą stoją w ścisłym związku Kolonie letnie. Dla dziatwy i młodzieży miejskiej, osłabionej pracą, anemicznej, dla ozdrowieńców po ciężkich chorobach, którzy łatwo padają ofiarą zarazki gruźliczego, kolonie letnie są zbawczym czynnikiem. Już w roku 1881 powstały w Polsce pierwsze kolonie letnie w inicjatywy prywatnej i rozwijały się nadal pomyślnie, rokrocznie rozszerzając swą działalność i skupiając coraz to liczniejsze rzesze dziatwy i młodzieży, która przy odpowiednim utrzymaniu w warunkach zdrowotnych, na świeżym powietrzu zdobyła siły i zdrowie, nadwątlone niehigienicznymi warunkami bytowania w środowiskach miejskich. Jednakże dopiero w Polsce niepodległej powstały warunki, w których możliwa się stała racjonalna organizacja kolonii letnich dla dziatwy i młodzieży na szerszą skalę przy uwzględnieniu wszelkich warunków, niezbędnych do otrzymania dobrych rezultatów.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia Publicznego i Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 22 lutego 1922 r. powołano do życia Radę do Spraw Kolonii letnich, działającą obecnie przy Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej, i Komisje wojewódzkie do spraw kolonii letnich. Zadaniem Rady jest wydawanie opinii co do organizacji i kierownictwa kolonii letnich w Państwie oraz wnioski co do podziału funduszy na rzecz Komisji wojewódzkich. Komisje wojewódzkie wprowadzają w życie uchwały Rady do spraw kolonii letnich, o ile uchwały te uzyskają aprobatę Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej; sprawują nadzór nad koloniami i repartycją funduszy pomiędzy poszczególne kolonie oraz zajmują się propagandą idei kolonii letnich.

Następujące cyfry świadczą o rozwoju kolonii letnich w Polsce: liczba dzieci, wysłanych na kolonie lecznicze i wypoczynkowe: w r. 1922 — 28.677, 1923 — 17.015, 1924 — 19.790, 1925 — 32.249, 1926 — 37.041, 1927 — 59.761, 1928 — 67.400 (p. tab. III).

Jako powojenne następstwo licznych wędrówek ludności powstała w zakładach opiekuńczych jaglica, z którą walka, ze względu na jej długotrwały przebieg i łatwość nawrotów, przedstawia wielką trudność.

Planowo jednak prowadzona od paru lat organizacja zakładów leczniczych pozwała już epidemię opanować. Ze względu na wielką długotrwałość choroby należało izolowanie i leczenie dzieci chorych na jaglicę prowadzić tak, aby ich wychowanie umysłowe i fizyczne nie poniosło żadnej szkody i nie ulegało opóźnieniu. W tym celu właśnie w Polsce zastosowano dla walki z jaglicą w za-

¹⁾ Wytyczne te wskazane zostały w okólniku Min. do Urzędów Wojewódzkich.

kładach opiekuńczych system wydzielania dzieci chorych do specjalnych zakładów, gdzie, oprócz leczenia, dzieci mają zapewnioną odpowiednią do swego wieku naukę i opiekę pedagogiczną. Tworzenie podobnych zakładów posunęło się już o tyle, że potrzebom prawie zadośćuczyniono: prawie wszystkie dzieci chore zostały z zakładów opiekuńczych wydzielone do zakładów specjalnych. Dalsze usiłowania Ministerstwa (Wydziału Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą) będą zmierzały do ostatecznego wykonczenia sieci zakładów przeciwjagliczych, a w miarę wygasania epidemii obecne zakłady leczniczo-wychowawcze dla dzieci chorych na jaglicę będą stopniowo zmieniane na zwykłe zakłady wychowawcze.

T a b e l a III.

Liczba dzieci, wysyłanych na kolonie lecznicze i wypoczynkowe.

WOJEWÓDZTWO	R o k					
	1922	1923	1924	1925	1926	1927
M. st. Warszawa . .	3.246	511	403	975	1.430	9.971
Woj. Warszawskie . .	1.702	7.694	6.576	9.023	8.838	2.805
„ Krakowskie . .	2.960	1.41	1.744	2.979	3.965	6.120
„ Łódzkie . .	857	?	2.074	4.230	5.289	8.942
„ Lwowskie . .	2.535	1.388	1.744	1.598	1.977	3.389
„ Poznańskie . .	1.080	?	2.443	5.213	5.094	10.979
„ Pomorskie . .	1.174	601	876	1.009	596	1.549
„ Kieleckie . .	1.129	934	525	1.774	2.750	4.342
„ Lubelskie . .	775	904	813	989	1.287	2.341
„ Białostockie . .	539	115	434	725	1.163	1.609
„ Poleskie . .	508	904	—	308	671	1.208
„ Stanisławow . .	477	437	68	309	306	380
„ Tarnopolskie . .	193	277	19	186	81	192
„ Śląskie . .	302	1.467	1.911	1.978	2.144	2.270
„ Wołyńskie . .	100	72	—	170	480	1.626
„ Nowogródzkie . .	—	—	—	—	—	48
„ Wileńskie . .	—	271	60	783	970	2.047
Ogółem . .	28.577	17.015	19.790	32.249	37.041	59.761

W sprawie walki z jaglicą wydane zostało rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy Dz. Ust. Nr. 36 1928 r. poz. 333,

W myśl powyższego rozporządzenia każdy przypadek zachorowania na jaglicę podlega zgłoszeniu do właściwej władzy administracyjnej w ciągu tygodnia od chwili stwierdzenia choroby przez lekarza. Obowiązek ten ciąży na lekarzu, kierownikach szpitali, lecznic i t. p. instytucyj leczniczych. Chorzy na jaglicę obowiązani są leczyć się w odpowiednich zakładach leczniczych i stosować się do wszelkich zleceń lekarzy i władz sanitarnych. Nad spełnieniem tego obowiązku przez oso-

by niepełnoletnie czuwają ich prawni opiekunowie. W stosunku do osób, które zaniedbują leczenie, może władza administracyjna zarządzić przymusową izolację i leczenie.

Obowiązek zapobiegania szerzeniu się jaglicy oraz zap. wniesienia należytego leczenia obciąża związki komunalne, które w tym celu obowiązane są zakładać i utrzymywać specjalne przychodnie przeciwjaglicze, zakłady lecznicze i inne pomocnicze instytucje dla zwalczania jaglicy. Będące w opracowaniu Min. ^{pr.}praw. Wewn. rozporz. wykonawcze określi ściśle rolę czynników państwowych i samorządowych.

Opieka higieniczno-lekarska nad dziećmi choremi na jaglicę wyraża się w następujących cyfrach:

czynnych zakładów posiadamy 7 na 1830 łóżek, przychodzi 23.

Wychodząc z założenia, że funkcjonowanie normalne zakładów zamkniętych dla dzieci możliwe jest tylko przy stałej kontroli higieniczno-lekarskiej, Wydział Opieki nad dziećmi i młodzieżą Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych (z Gen. Dyrekcją Służby Zdrowia) opracował na stępujące wytyczne w sprawie stałej opieki higieniczno-lekarskiej w zakładach zamkniętych dla dzieci.

Każdy zakład zamknięty winien mieć stałą opiekę higieniczno-lekarską.

Opiekę higieniczno-lekarską wykonywa lekarz zakładowy przy współudziale personelu zakładowego.

W zakładach większych (ponad 50 dzieci) winna być przynajmniej jedna higienistka.

Lekarz zakładowy troszczy się o zdrowie i rozwój fizyczny wychowanców; czuwa nad stanem zdrowotnym pomieszczeń i urządzeń zakładów, kontroluje stan zdrowia personelu.

A. Lekarz zakładowy dokonywa ogólnych oględzin lekarskich wszystkich dzieci, skierowanych w celu przyjęcia do zakładu, nie dopuszczając dzieci:

a) dotkniętych chorobą zakaźną (w myśl instr. Ministerstwa Zdrowia o chorobach zakaźnych),

b) kwalifikujących się do specjalnych zakładów.

B. Lekarz zakładowy dokonywa dwukrotnie w ciągu roku (na początku i w środku roku) ogólnego badania dzieci, odnotowując w kartach zdrowia zmiany w rozwoju fizycznym i stanie zdrowia.

C. Lekarz zakładowy a) udziela opieki lekarskiej w razie choroby dzieci, b) skierowuje dzieci, wymagające tego do specjalnych zakładów (szpitali, uzdrowisk, zakładów dla niedorozwiniętych i t. p.), c) wydaje odpowiednie zarządzenia, celem zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych w zakładzie.

D. Lekarz zakładowy prowadzi stałą kontrolę warunków higienicznych zakładu w zakresie: utrzymania czystości ciała, odzieży i bielizny, odżywiania, nauczania i ćwiczeń cielesnych, snu i odpoczynku.

E. Lekarz zakładowy dokonywa stałych oględzin (raz na kwartał lub częściej) całego zakładu lub poszczególnych ubikacyj, wydaje odpowiednie zarządzenia celem utrzymania lub poprawy ogólnego

nych warunków zdrowotnych i wyniki oględzin odnotowuje w książce sanitarnej.

F. Lekarz zakładowy bada raz do roku (na początku) stan zdrowotny personelu, zwłaszcza w zakresie chorób udzielających się.

a) w razie stwierdzenia choroby udzielającej się np. gruźlicy — lekarz powinien zawiadomić o tem kierownika zakładu i wskazać na konieczność usunięcia danej jednostki;

b) personel zakładowy, zamiast badania przez lekarza zakładowego, może przedstawić świadectwo lekarza prywatnego.

G. Lekarz zakładowy w miarę sił i czasu prowadzi na terenie zakładu działalność popularyzacyjną w formie pogadanek, pokazów świetlnych i t. p., celem zapoznania wychowawców z ogólnymi wskazaniami higieny.

H. Obowiązki swe spełnia lekarz zakładowy w ustalonych w porozumieniu z kierownikiem zakładu godzinach.

W nagłych wypadkach lekarz zakładowy powinien służyć pomocą, wrząc wezwania przez zakład, poza stałymi godzinami.

Jako *minimum* czasu, poświęcanego przez lekarza, należałoby przyjąć 1 godzinę tygodniowo dla 30 dzieci w większych skupieniach ludności (miasta, miasteczka) i 1 bytność lekarza na tydzień (bez względu na liczbę dzieci) w okolicach, oddalonych od większych skupień ludności.

I. Zakłady, mieszczące ponad 50 dzieci, winny posiadać, poza pokojem izolacyjnym oddzielne pomieszczenie dla badań lekarskich, zaopatrzone w przedmioty niezbędne do przeprowadzenia tych badań (miara, waga, badanie wzrostu, słuchu, siły mięśniowej i t. p.).

Ważniejsze wytyczne instrukcji ramowej, wydanej przez Wydział Opieki nad dziećmi i młodzieżą dla zakładów opiekuńczych, obejmują następujące działy.

Wakacje letnie.

Miesiące letnie należy wykorzystać przez organizowanie dla dzieci kolonij wypoczynkowych na wsi. Dotyczy to zwłaszcza dzieci, przebywających w zakładach w mieście. O ile nie jest możliwe wysłanie na okres przynajmniej miesięczny wszystkich dzieci na wieś, pobyt na wsi udostępnić należy zwłaszcza dzieciom wątłym, chorowitym, niedokrewnym i t. p. Decyzję tutaj należy zostawić lekarzowi zakładowemu.

Dla dzieci, pozostających w mieście, należy zorganizować wycieczki, spacer, zabawy w ogrodach i t. d., ewent. urządzić półkolonie za miastem.

Dzieciom chorowitym, wymagającym specjalnej kuracji leczniczej, należy zapewnić wyjazd do miejscowości leczniczej.

We wszystkich sprawach, dotyczących kolonij letnich, należy porozumiewać się z odpowiednią wojewódzką komisją do spraw kolonij letnich.

Higiena i wychowanie fizyczne.

Zasada ogólna: zakład zamknięty dla dzieci powinien dbać o zdrowie i normalny rozwój organizmów dzieci, powierzonych jego pieczy, tembardziej, że, skupiając na terenie jednego lub paru budynków większą liczbę dzieci, narażony jest spe-

cialnie na szerzenie się chorób zakaźnych, swoich wiekowi dziecięcemu. Dla zabezpieczenia dostatecznej opieki w zakresie higieniczno-lekarskim każdy zakład zamknięty powinien mieć stałą pomoc lekarską, przyczem w ręku lekarza pozostaje ogólny nadzór nad stanem higienicznym zakładu. W pracy tej winien brać udział również personel zakładowy, dalej instrukcja obejmuje: higienę osobistą wychowanków i personelu, higienę pracy umysłowej i warsztatowej, higienę odpoczynku i odżywiania, higienę ubrania, budynków i lokalu.

Dział higieniczno-zapobiegawczy nie wyczerpuje obowiązków zakładu z zakresu wychowania fizycznego. Równorzędnie należy traktować pozytywne popieranie rozwoju sił cielesnych dzieci przez umożliwienie im dostatecznej ilości intensywnego ruchu na świeżym powietrzu oraz przez skłonienie ich do systematycznego wykonywania ćwiczeń cielesnych.

Do powyższego celu zakład powinien posiadać własne boisko i ogród, które należy wyzyskać w możliwie najlepszy sposób, zabezpieczając dzieciom miejsce na gry i zabawy. Jeżeli zakład nie posiada własnego boiska, ani ogrodu, winien w miarę możliwości postarać się o zezwolenie na korzystanie z boiska cudzego albo wyzyskać na ten cel jakąś niezabudowaną przestrzeń w mieście lub poza nim, odpowiednią pod względem gruntu i otoczenia.

Zakład powinien być zaopatrzony w odpowiednią liczbę przynajmniej najprostszych i tanich przyborów do zabaw i gier ruchowych (piłki, siatki, sersa i t. p.).

Wśród personelu wychowawczego powinny być osoby wykwalifikowane do prowadzenia ćwiczeń cielesnych, a przede wszystkim — zabaw i gier ruchowych.

Streszczony powyżej ogólny zarys działalności świadczy o wdrożeniu planowej pracy, koordynującej wysiłki rządu, organizacji samorządowych i społecznych. Poza podstawami prawnymi i organizacją akcji opiekuńczej pierwszorzędnym czynnikiem jest personel fachowy.

W tej myśli Wydział Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą Min. pracy i Opieki Społ. prowadzi od szeregu lat akcję dokształcania i szkolenia personelu higieniczno-lekarskiego i wychowawczego. Zorganizowano w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych wspólnie z Państwową Szkołą Higieny trzy kursy przeszkolenia położnych, kursy dla pielęgniarek, Stacyj Opieki i Żłobków. Dalej zorganizowano w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych wspólnie ze Związkiem Przeciwgruźliczym i Państwową Szkołą Higieny cztery kursy dla higienistek, wywiadowczyń przeciwgruźliczych. Niezależnie od powyższego wydatnie subwencjonowano akcję prowadzenia analogicznych kursów dla opiekunek zdrowia dzieci w Warszawie, w Poznaniu, w Krakowie, Lwowie i Wilnie.

Szkolenie personelu wychowawczego zakładów opiekuńczych prowadzi systematycznie Wydział Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą dwa razy do roku. Kursów takich odbyło się już pięć. Licz-

ny zastęp wykwalifikowanego personelu zajmuje coraz to nowe placówki, poświęcone pracy nad ugruntowaniem tężyzny fizycznej i moralnej młodego pokolenia.

Popularyzacja i propaganda zadań opiekuńczo-wychowawczych wpaja w społeczeństwo głębokie zrozumienie znaczenia pracy u podstaw.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	30/IX-6/X	7 X-13/X	14/X-20 X
Dżuma	0	0	0
Ospa	0	0	1 (zg. 0)
Cholera	0	0	0
Dur brzuszny	421 (zg. 34)	460 (zg. 41)	523 (zg. 53)
Dur rzekomy	0	0	1 (zg. 0)
Dur osutkowy	8 (zg. 2)	4 (zg. 0)	7 (zg. 0)
Dur powrotny	1 (zg. 0)	2 (zg. 0)	1 (zg. 0)
Czerwonka	86 (zg. 12)	52 (zg. 11)	41 (zg. 8)
Płonica	742 (zg. 56)	730 (zg. 43)	798 (zg. 47)
Błonica	247 (zg. 8)	281 (zg. 14)	254 (zg. 26)
Zapal. op. mózgu . .	7 (zg. 4)	5 (zg. 0)	10 (zg. 2)
Odra	421 (zg. 9)	682 (zg. 6)	772 (zg. 5)
Róża	97 (zg. 5)	120 (zg. 2)	146 (zg. 6)
Krztusiec	413 (zg. 9)	259 (zg. 11)	304 (zg. 9)
Malaria	5 (zg. 1)	8 (zg. 0)	3 (zg. 0)
Posoczn. połóg . . .	24 (zg. 6)	17 (zg. 6)	25 (zg. 5)
Trąd	0	0	0
Jaglica	239 (zg. 0)	147 (zg. 0)	240 (zg. 0)
Wąglik	1 (zg. 0)	2 (zg. 0)	0
Nosaczna	0	0	0
Włośnica	0	0	0
Wścieklizna	0 (zg. 2)	0 (zg. 1)	0
Zatrucie jad. kiełb. .	13 (zg. 0)	0	1 (zg. 0)
Choroba Heine-Medina	3 (zg. 0)	3 (zg. 1)	1 (zg. 0)
Inne choroby zakaźne	164 (zg. 10)	248 (zg. 11)	190 (zg. 10)

— Komunikat Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie cennika opłat za czynności lekarzy jako biegłych sądowych.

Delegacja Naczelnej Izby Lekarskiej w dn. 31.V.1927 r. podczas audjencji u p. Ministra Sprawiedliwości wręczyła Mu memoriał w sprawie ustalenia opłat za czynności lekarzy jako biegłych sądowych. W dn. 19.IX.1927 r. przesłała p. Ministrowi Sprawiedliwości memoriał z dołączeniem projektu cennika za owe czynności, opracowanego przez Naczelną Izbę Lekarską na zasadzie materiału unadześlanego przez Izby Lekarskie i ze współudziałem p. prof. Grzywo-Dąbrowskiego.

W dniu 20-go września 1928 roku odbyła się narada w Ministerstwie Sprawiedliwości pod przewodnictwem p. referenta Min. Spr. Akkera w celu rozpatrzenia i uzgodnienia „Projektu Rozporządzenia Min. Spr. o opłatach za czynności lekarzy i chemików jako biegłych sądowych”. W naradzie wzięli udział oprócz Przewodniczącego: przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej oraz prof. Grzywo-Dąbrowski, przedstawiciel Stowarzyszenia Lekarzy Rządowych i przedstawiciel chemików.

W dyskusji ogólnej podkreślono jednogłośnie potrzebę instytucji specjalnej lekarzy sądowych, wyspecjalizowanych w metodach badań sądowo lekarskich. Przewodniczący zapewnił, że desiderata te przedłoży p. Ministrowi, lecz tego w obecnym cenniku wprowadzić nie może.

Zasadnicza ustawa o opiece nad macierzyństwem i nieletnimi stworzy podstawy dla dalszego racjonalnego rozwoju całokształtu zadań.

Jeżeli środki budżetowe zostaną odpowiednio zwiększone, jasno możemy patrzeć w przyszłość, ufni, że, ochraniając największy skarb narodu młodzież, dobrze służymy Ojczyźnie.

Po dyskusji szczegółowej nad każdą pozycją cennika został przyjęty prawie w całości cennik przedłożony przez Naczelną Izbę Lekarską.

Ponieważ „Projekt Min. Spr.” w art. 1 wymienia, że „lekarze rządowi i wolnopraktykujący za czynności sądowo-lekarskie pobierają opłaty podług taksy, określonej w niniejszym Rozporządzeniu” — przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej zgłosił wniosek:

W par. 8 „Projektu cennika za czynności sądowo-lekarskie” opuścić słowa „łącznie ze stratą czasu”, natomiast w końcu tego par. dodać: „Przy czynnościach dokonywanych przez biegłego lekarza wolnopraktykującego — po za miejscem jego mieszkania — należy mu się oprócz rzeczywistych kosztów podróży, dyjet i opłat za dokonane czynności odszkodowanie za stratę czasu:

a) w obrębie Okręgu Sądu, do którego należy miejsce zamieszkania lekarza za każdą godzinę 10 zł.,

b) gdy biegły wezwany jest przez inny Sąd — za każdą godzinę, spędzoną po za miejscem zamieszkania 20 — 40 zł.”

Wniosek ów przy głosowaniu upadł. Wówczas przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej złożył ten wniosek na piśmie z prośbą o dołączenie go do protokołu.

„Projekt” ów ma być przedłożony p. Ministrowi i po zatwierdzeniu go przez p. Ministra zostanie ogłoszony w „Monitorze”.

Sekretarz
Dr. Metelski

Przewodniczący
Dr. Bączkiewicz

— W dn. 2-im listopada r. b. odbyło się w Państwowej Szkole Higieny otwarcie 9-cio miesięcznego kursu dla higienistek-wywiadowczyń wiejskich.

Otwarcia dokonał Dyrektor Państwowej Szkoły Higieny, Dr. M. Chodźko, poczem Dr. M. Kacprzak wygłosił wstępny wykład o pracy higienistki wiejskiej nad podniesieniem stanu sanitarnego wśród ludności wiejskiej.

Zagadnieniem kursu jest wyszkolenie pielęgniarek-wywiadowczyń dla tworzących się Ośrodków Zdrowia na wsi i w małych miasteczkach. Dotychczas akcja tych Ośrodków nie mogła się należycie rozwijać, wobec braku wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego.

Na kurs wpłynęło przeszło 250 zgłoszeń kandydatek, z których Państwowa Szkoła Higieny mogła uwzględnić tylko 40; z pośród tej liczby 35 słuchaczek otrzymuje stypendja na pokrycie kosztów utrzymania podczas pobytu na kursie — z funduszy Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych.

W dniu 2-im listopada r. b. odbyło się w Państwowej Szkole Higieny otwarcie kursu wychowania fizycznego dla lekarzy. Po przemówieniu Dyrektora Państwowej Szkoły Higieny, Dr. W. Chdźko, wstępny wykład o organizacji wychowania fizycznego w Polsce wygłosił Pułk. Ulrich, Dyrektor Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Przysp. Wojskowego.

Kurs ma za zadanie przeszkolenie lekarzy w zakresie badania i oceniania zdolności do ćwiczeń, opinowania o racjonalności programów ćwiczeń sportowych kontroli lekarzy nad pracą sportową, oraz współdziałania w organizacji wychowania fizycznego dzieci i młodzieży i propagandę wychowania fizycznego.

Na kurs Państwowa Szkoła Higieny przyjęła 40 lekarzy.

— Otrzymałiśmy z prośbą o wydrukowanie pismo następujące.

Do Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej Królewska 6.

Niżej podpisani: Członkowie Komitetu Wyborczego, powołanego przez Zarząd Izby na zasadzie § 7 regulaminu Izby, stwierdzają, że, zgodnie z tym paragrafem, listę kandydatów na członków Rady Izby ustala Komitet Wyborczy i ustaloną w ten sposób listę Zarząd ma obowiązek przesłać wszystkim członkom Izby.

Na zebraniu Komitetu w dn. 11 b. m. przewodniczący Komitetu z urzędu i zastępca naczelnika Izby dr. A. Gruszczyński bezprawnie i samowolnie zamknął posiedzenie, nie dopuściwszy do obrad, których celem miało być ustalenie listy kandydatów.

Wobec powyższego podpisani protestują przeciw postępowaniu Dr. Gruszczyńskiego, jako sprzecznego z obowiązującym regulaminem Izby, zastrzegając sobie możliwość dalszych kroków w drodze postępowania, przepisanego prawem.

Podpisani stwierdzają, że pismo, wystosowane do Zrzeszeń i Związków Lekarskich dn. 12 b. m. za N. Z. I 2739/II 28, podpisane przez „przewodniczącego Komitetu Wyborczego” Dr. Gruszczyńskiego, a wzywające poszczególne organizacje lekarskie do nadsyłania swych kandydatów, nie ma podstaw prawnych, gdyż nie zostało uchwalone przez komitet Wyborczy Izby, ani też Komitet nie upoważnił Dr. Gruszczyńskiego do wystosowania tego pisma.

Wobec powyższego, podpisani, protestując przeciw przekroczeniu kompetencji ze strony Dr. Gruszczyńskiego, jako przewodniczącego Komitetu Wyborczego z urzędu, zastrzegają się przeciw wydaniu i rozesłaniu jakiegokolwiek listy kandydatów na członków Rady Izby.

Podpisali:

Dr. Stanisław Kapuściński przedstawiciel Klubu Lekarzy Polskich.
Dr. Marjan Wowkonowicz przedstawiciel Klubu Lekarzy Polskich.
Dr. Kołłątaj Srzednicki deleg. Sekcji Sanitarn. Tow. Wiedzy Wojskowej.
Dr. Stefan Mozołowski deleg. Sekcji Sanitarn. Tow. Wiedzy Wojskowej.
Dr. Z. Szymanowski deleg. Polsk. Tow. Medycyny Społecznej.
Dr. Jerzy Blay przedst. Zrzeszenia Lek. R. P.
Dr. Maurycy Bornsztajn del. Polsk. Tow. Med. Społecznej.
Dr. Stanisław Zamecki delegat Związku Lek. P. P.
Dr. Władysław Biernacki delegat Związku Lek. P. P.
Dr. S. Milejowski (w imieniu własnym i z upoważnienia dr. Róbiną, jako przedstawiciele Zrzeszenia Lekarzy R. P.)
Zrzeszenie Asystentów U. W.: Dr. Franciszek Goebel.
Dr. Julian Walawski.
Dr. Weisberg - Biszofsverder delegat Zrzesz. Lek. Polskich.
Dr. H. Brandwajn deleg. Zw. Lek. P. P.
Dr. Łążyński przedst. P. Tow. Lekarzy Kresowych.

Warszawa, dn. 15 października 1928.

— Klub Lekarzy Polskich wystosował następujące pismo

Do Pana Komisarza Kasy Chorych miasta Warszawy.

Jednym z naczelných zadań Klubu Lekarzy Polskich jest praca w tym kierunku, aby przyczynić się wszelkimi dostępnymi klubowi sposobami do usprawnienia pracy w urzędowych i społecznych instytucjach w zakresie zdrowia publicznego, mianowicie, aby te instytucje, działające w ramach obowiązujących ustaw możliwie najlepiej odpowiadały swemu zadaniu.

Ponieważ jedną z najważniejszych, jeżeli nie najważniejszą dla zdrowia publicznego placówką są bez wątpienia Kasy Chorych, przeto Zarząd Klubu pozwala sobie zwrócić się do P. Komisarza z niniejszym memorjałem, zaznaczając jednocześnie, że gotów jest służyć swoją radą i pomocą w dążeniu ku osiągnięciu poniższych postulatów.

Klub uważa, że Kasa Chorych stołecznego miasta powinna przodować innym kasom i być wzorem, jak należy zorganizować

lecznictwo, aby to lecznictwo przy obecnym stanie nauki prowadziło najskuteczniej do celu, i aby Kasy Chorych zdobyły w społeczeństwie taki szacunek i zaufanie, jakie mieć powinny, a jakimi — stwierdzić należy — w dostatecznym stopniu się nie cieszą.

Dla osiągnięcia powyższego celu Zarząd Klubu L. P. uważa przedewszystkiem za niezbędne:

1) Powołanie do życia w możliwie bliskim czasie przy Zarządzie Kasy m. st. Warszawy doradczego fachowego organu — Rady Lekarskiej. — Zadaniem takiej Rady powinna być żywa współpraca z Zarządem Kasy w kierownictwie organizacją lecznictwa zgodnie z zasadami nauki, obowiązującymi ustawami i wymogami życia.

2) Druga ściśle łącząca się z powyższą sprawą jest sprawa uregulowania stosunków między Zarządem Kasy a Zrzeszeniem Lekarzy Kasy Chorych m. st. Warszawy. Panujący obecnie stan nieufności, i nieprzyjaznych, regulowanych całymi latami przez Sady stosunków nie tylko nie może być uznany za normalny, lecz bezwarunkowo jest wręcz szkodliwy dla instytucji.

Wobec powyższego Klubu uważa, że Zarząd Kasy powinien niezwłocznie przedsięwziąć kroki i wykorzystać wszelkie możliwe środki do polubownego załatwienia tej sprawy.

3) Zreorganizowanie dzielnic i instytucji leczniczych w tym kierunku, aby na czele każdej z nich stał lekarz odpowiedzialny za całokształt pracy tak lekarskiej, jak i administracyjnej.

Każda powyższa instytucja powinna mieć swój ściśle określony budżet wydatków rzeczowych.

Sekretarz:

Prezes:

Dr. Konopnicki.

Prof. Dr. Michałowicz.

— Otrzymałiśmy z prośbą o wydrukowanie następujący komunikat:

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologii krajowej ze szczególnym uwzględnieniem Krynicy na następujących warunkach:

1) Prace mają być nadesłane najdalej do dnia 1 maja 1929 r. pod adresem Zarządu Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy.

2) Prace mają być opatrzone godłem do niej zaś ma być dołączona zaklejona koperta, oznaczona zewnątrz tem samem godłem, wewnątrz zaś zawierająca imię i nazwisko oraz adres autora.

3) Prace mają być pisane na maszynie w 6 egzemplarzach.

4) Stowarzyszenie wyznacza dwie nagrody na najlepsze prace a mianowicie w kwocie 1.500 i 1.000 zł.—Stowarzyszenie zastrzega sobie inny rozdział nagród, albo nawet nieudzielenie żadnej nagrody, gdyby żadna praca nie odpowiadała warunkom podanym lub nie stała na dość wysokim poziomie naukowym.

5) Sąd konkursowy składać się będzie z profesorów i docentów Uniwersytetów polskich i wyda swą opinię do dnia 2 września 1929 r. w którym to dniu nastąpi otwarcie kopert nagrodzonych prac i przyznanie nagród.

6) Na konkurs nadsyłane mają być tylko takie prace, które dotychczas nigdzie drukiem ogłaszane nie były.

Dr. Stanisław Lewicki

Dr. Wilczewski

prezes.

sekretarz.

— Przypominamy że d. 18 listopada r. b. o godz. 11 rano odbędzie się Obchód jubileuszowy 40 lecia „Nowin Lekarskich” w Poznaniu w sali Wydziału Lekarskiego T. P. N. (ul. Sew. Mielżyńskiego 26/27) wspólnie z obchodem 10-lecia pracy społeczno i naukowo-lekarskiej w Wolnej Polsce.

Informację udziela Administracja Nowin Lekarskich — Poznań ul. Wrocławska 3.

— Koło Lekarzy — Abstynentów zawiadamia P. T. Kolegów — członków i sympatyków, że Walne Zebranie Koła odbędzie się w czasie Kongresu Przeciwalkoholowego w dniach 8 i 9 Grudnia r. 1928 w Lublinie.

Prosimy Szan. Kolegów o jaknajliczniejszy udział, a w razie niemożności przybycia do Lublina o piśmienne zgłoszenie

swego akcesu do Koła, abyśmy mogli ustalić liczbę lekarzy — abstynentów w Polsce.

prof. dr. Rafał Radziwiłłowicz, Wilno
prof. dr. Paweł Gantkowski, Poznań
dr. Józef Zaleski, Warszawa
dr. Klemens Sokal, Lublin

— W Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich odbyło się dnia 9 listopada r. b. posiedzenie odczytowo-dyskusyjne, na którym Prof. Dr. Jan Lewiński wygłosił odczyt p. t. „Klimaty kopalne.“ Następne posiedzenie odczytowe odbędzie się 16 listop. Mówić będzie Dr. Gromski: O zasadach organizacji opieki nad dzieckiem w Polsce.

— Nr. 10 „Wiedzy i Życia“ zawiera: artykuł dr. Stefana Przeworskiego o Assyryjczykach w Azji Mniejszej u schyłku III tysiąclecia przed Nar. Chr., oparty na najnowszych badaniach w tej dziedzinie; artykuł M. Grynberga „Kauczuk“; prof. dr. Jantzena — przegląd systemów miar; przekład pracy X. Dugasa o „Etyce biologicznej“, szkic p. t. „Filozofia wojny światowej p. Masaryka“ prof. W. M. Kozłowskiego.

Sfery nauczycielskie zainteresuje specjalnie artykuł informacyjny St. Gumuły o Wyższych Kursach Nauczycielskich.

Obszerna kronika spraw aktualnych z dziedziny techniki i przyrody, wznowiony, a cieszący się zawsze znacznym zainteresowaniem, dział „Rzeczy Ciekawych“, jak wreszcie wykaz Nowych Książek i liczne, a dobrze ilustrowane uzupełniają ostatni numer „Wiedzy i Życia“.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

Dr. Samuel Edelman—Truskawiec. O ważniejszych wskazaniach do stosowania diety roślinnej. Odczyt na zebraniu Tow. lek. w Truskawcu d. 17. VI. 1928.

Dr. W. Łuniewski. Nasza gospodarka psychiatryczna w świetle cyfr. 1926 r.

Inż. Feficjan Rakiewicz i dr. Witold Łuniewski. Wytyczne dla programu budowy typowego wojewódzkiego zakładu psychiatrycznego. Wydawnictwo Departamentu Służby Zdrowia Minist. Spr. Wewn. Warszaw. 1928.

Dr. Stef. Gogolewska — Löwenhoff. Odczyn mastizolowy w płynach mózgowo-rdzeniowych u dzieci. Odb. z Pam. Wil. Tow. Lek. Z. 2. rok IV.

Prof. dr. A. Januszkiewicz, Prof. Dr. W. Jasiński, Prof. Dr. J. Szmurło, Dr. med. Bol. Hanusowicz. Uroczyste posiedz. Wil. Oddz. Polsk. Tow. Pedjatr. w d. 19. XII. 1927 r., poświęc. uczcz. pam. ś. p. Rektora Józefa Brudzińskiego w 10-tą roczn. Jego zgonu. Odb. z Pam. Wil. Tow. Lek. Rok. 1928. Z. 1.

Dr. Zienkiewicz Jan. Odczyn Biernackiego u niemowląt z kiłą wrodzoną. Odb. z Pam. Wil. Tow. Lek. Zesz. 2. rok IV.

Dr. Jan Zienkiewicz. Sprawozd. z dział. stacji opieki nad matką i dzieck. Nr. 8 (przeciwkiłowej) w Wilnie za okres trzyletni. (I. IV. 1924 — I. IV. 1927 r.) Odb. z „Opieki nad Dzieckiem“. Rok VI, Zesz. 2. — 1928.

Dr. Hanna Kaulbern — Marynowska. Przypadek meningokokowego zap. op. mózg.-rdzeń. o nietypowym przebiegu. Odb. z Pam. Wil. Tow. Lek. Zesz. 3. rok IV.

Hanna Kaulbern-Marynowska. Ropne jałowe zapal. opon. mózg.-rdzeń. Odb. z Polsk. Gaz. Lek. 1928 Nr. 28

Kazimierz Dąbrowski i Irena Balukiewiczówna. Przypad. rzekomo-gruźliczej postaci kiły płuc. Odb. z czas. „Gruźlica“. T. III. Nr. 3.

Kazimierz Dąbrowski i Wanda Sobocińska. Wyniki leczenia gruźlicy płuc antygenem metylovym Boquet'a i Nègre'a. Odb. z czas. „Gruźlica“. T. III. Nr. 3.

Kazimierz Dąbrowski i Wanda Kruszewska. Przyczynek do częstości i umiejscowienia gruźlicy jelit w przebiegu gruźlicy płuc przewlekłej. Odb. z czas. „Gruźlica“. Rocznik III. Nr. 4.

TREŚĆ: W. HRYSZKIEWICZ. Organizacja i działalność Państwowej Służby Zdrowia w I-m dziesięcioleciu Rzeczypospolitej Polskiej. — L. HIRSZFELD. Państwowy Zakład Higieny. Wspomnienia i rozważania z okazji 10-lecia Niepodległości Państwa Polskiego. — H. PALESTER. Walka z ostreymi chorobami zakaźnymi w Polsce Niepodległej — CZ. WROCZYŃSKI. Rzut oka na sprawy walki z gruźlicą w Polsce w okresie 1918 — 1928 r. — W. BORKOWSKI. Stan klęski wenerycznej oraz walki z nią w latach przedwojennych i powojennych w Państwie Polskiem. — ST. DERESZ. Walka z alkoholizmem we wskrzeszonej Polsce. — W. ŁUNIEWSKI. Dziesięciolecie Niepodległości w rozwoju opieki nad psychicznie chorymi. — Z. BYCHOWSKI. Pierwsze dziesięciolecie Wydziału Zdrowia Wyzwolonej Warszawy. — B. KRAKOWSKI. Opieka nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w Polsce Niepodległej. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. HRYSZKIEWICZ. L'Organisation et l'activité du Service de Santé de l'Etat pendant la première décade de la République Polonaise. — L. HIRSZFELD. L'Institut d'Hygiène de l'Etat. Réminiscences et considérations à l'occasion du dixième anniversaire de l'Indépendance de l'Etat Polonais. — H. PALESTER. La lutte contre les maladies infectieuses aiguës dans la Pologne Indépendante. — CZ. WROCZYŃSKI. Coup d'oeil sur la question de la lutte contre la tuberculose en Pologne pendant la période 1918—1928. W. BORKOWSKI. L'état du ravage vénérien et la lutte ci-contre pendant les années avant et après la guerre en Pologne. — ST. DERESZ. La lutte contre l'alcoolisme dans la Pologne ressuscitée. W. ŁUNIEWSKI. Les dix années de l'Indépendance dans le développement de la protection des maladies psychiques. — Z. BYCHOWSKI. La première décade du Département de la Santé de Varsovie libérée. — B. KRAKOWSKI. La protection de la maternité, des enfants et de la jeunesse dans la Pologne indépendante.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.

