

# ZDROWIE

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO

Prenumerata roczna 12 zł.

Pojedynczy numer 1.20 zł.

SANTALOL SALOL UROTROPINA	<b>EUMICTINE</b>	KAPSUŁKI GLUTENOWE
MOCZOPĘDNY	ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY KOJĄCY	PRZECIWGNILNY
RZEŻĄCZKA		ZAPALENIE MIEDNICZEK
ZAPALENIE PĘCHERZA MOCZOWEGO		ZAPALENIE MIEDNICZEK I NEREK
ZAPALENIE NEREK		ROPOMOCZ
LABORATORYUM Dr. M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU. Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.		
Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.		

<b>ZAPARCIE NAWYKOWE</b>	
CIERPIENIA WATROBY	ZWIĄCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO
<b>CASCARINE</b>	<b>LEPRINCE</b>
$C^{12} H^{10} O^5$	$C^{12} H^{10} O^5$
<b>ŚRODEK</b>	<b>ROZWALNIAJĄCY</b>
<b>LECZĄCY RACJONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.</b>	
LABORATORYUM Dr. M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.	
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.	
ODDZIAŁ DLA POLSKI: MOKOTOWSKA 57 m. 6 w WARSZAWIE.	

Nowo wprowadzone dozwolone przez Minist. Spraw Wewnętrznych  
Depar. V Służby Zdrowia № Z. H. 5797/27, jako środek odżywczy

# „WIKOSAN”

**PASTYLKI CZEKOLADOWE ZAWIERAJĄCE WITASTERYNĘ (WITAMINĘ) E**

sporządzone według przepisu D-ra KAZIMIERZA FUNKA

Koncentracja witasteryny (witaminy) E w pastylkach Wikosan jest ustabilizowaną  
w ten sposób, że zamiast łyżki tranu można podać wzgl. zażyć jedną pastylkę.

**„WITAMINA” S. A. w Poznaniu**

Oddział w Warszawie. Wyłączna sprzedaż wyrobów firmy

**R. BARCIKOWSKI S. A. w Poznaniu**

Na Królestwo i Małopolskę **Poznań Towarowa 21.**

**WIKOSAN** emulsja tranowa z dodatkiem czynnej wysoko procentowej Witasteryny E

## KURACJA KEFIROWA

# K. SIGALINA

**KRÓLEWSKA 31**

# OTWOCK

UL. KONOPNICKIEJ 9, TEL. 54

PENSJONAT „TERESKA”

JANINY MICHAŁOWSKIEJ

POKOJE GRUNTOWNIE ODNOWIONE. --- JEDZENIE  
SMACZNE i OBFITE — NA ŻĄDANIE DJETETYCZNE.—  
KANALIZACJA. — WANNA. — RADJO. — TELEFON  
CHORYCH GRUŻLICZYCH NIE PRZYJMUJE.

# NEUTROL MOTOR

KREMIAN GLINU  $\text{Al}_2 \text{Si}_6 \text{O}_{15} 2\text{H}_2\text{O}$

usuwa pewnie i na czas dłuższy nadmiar kwasu solnego, wobec czego jest niezastąpionym środkiem we wszystkich schorzeniach, połączonych z nadmiernym wydzielaniem HCl jako to: nadkwaśność, sokotok żołądkowy, wrzód żołądka i dwunastnicy.

**STAŁY SKŁAD! PEWNE DZIAŁANIE! NIE ZABURZA TRAWIENIA!**



# ***Balsam Thiocolan***

*i*

# ***Balsam Thiocolan***

## ***c. phitino***

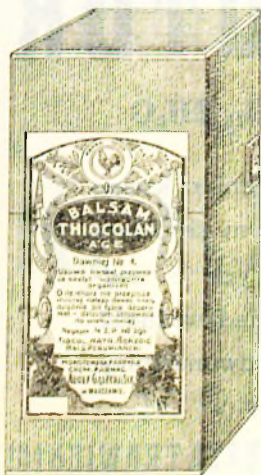
są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju  
w **CIERPIENIACH DRÓG ODDECHOWYCH**

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń pp. lekarzy podkreślających  
dodatnie działanie tych środków

CO JEST NAJLEPSZYM ŚWIADECTWEM ICH WARTOŚCI LECZNICZEJ

Użycie: 3—4 razy dziennie po łyżce deserowej, dzieciom stosunkowo mniej

Dla pp. lekarzy próby i literatura bezpłatnie.



Preparaty te na I-szej wystawie przeciw-  
gruźliczej we Lwowie zostały nagrodzone  
ZŁOTYM MEDALEM.

Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc, przewlekły  
kaszel, dychawica, wszelkiego rodzaju nieżyty płuc  
i t. p.

MOKOTOWSKA FABRYKA  
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA  
**ADOLF GAŚECKI i SYN**  
W WARSZAWIE  
KANTOR UL. LESZNO № 41.

# Z D R O W I E

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO  
POŚWIĘCONY HIGJENIE PUBLICZNEJ.

POD REDAKCJĄ D-ra MARCINA KACPRZAKA

**KOMITET REDAKCYJNY:**

Dr. Jan Bączkiewicz, Prof. Stanisław Bądzynski, Dr. Józef Celarek, Dr. Witostaw Dąbrowski,  
Dr. Aleks. Fruchtman, Prof. Dr. Paweł Gantkowski (Poznań), Dr. Marcin Garbaczewski (Lublin),  
Dr. Fr. Grodecki, Dr. M. Gromski, Dr. L. Hirszfeld, Inż. K. Jakimowicz, Doc. Tom. Janiszewski,  
Gen Inż. Eug. Kątkowski, Prof. Br. Koskowski, Dr. Bronisław Krakowski, Zygmunt Limanowski,  
Dr. Szczepan Mikołajski (Lwów), Dr. Jan Opieński (Lwów), Prof. Dr. Eugenjusz Piasecki (Poznań),  
Dr. A. Puławski, Inż. I. Piotrowski, Prof. Rapczewski, Dr. M. Roszkowski, Pułk. Dr. Stefan Rudzki,  
Inż. Z. Słomiński, Dr. St. Skalski (Łódź), Dr. Stefan Sterling-Okuniewski, Dr. Wład. Starkiewicz,  
Prof. Dr. Zdzisław Steusing (Lwów), Dr. Wład. Światopełk-Zawadzki, Doc. Dr. Gustaw Szule,  
Dr. Wł. Tołwiński (Lublin), Dr. Cezary Wichrowski, Dr. Czesław Wroczyński, Dr. Józef Zawadzki.



**Ś. P. DR. WINCENTY BOGUCKI**

Wiceprezydent m. st. Warszawy    b. Naczelnik Wydziału Zdrowia Stolicy.



## Ś. P. Dr. Wincenty Bogucki.

Dnia 25 stycznia zmarł w Warszawie wiceprezydent miasta, b. naczelnik Wydziału Zdrowia stolicy Dr. Wincenty Bogucki. Jest to w ostatnich czasach trzecia już z kolei i bardzo ciężka strata dla sanitarjatu polskiego.

Tym razem nieubłagana śmierć zabrała najniespodziewaniej i w tragicznych okolicznościach wielkiego działacza i zacnego, oddanego duszą sprawie człowieka w pełni sił, w momencie rozkwitu Jego pracy organizacyjnej dla dobra miasta i kraju.

Urodzony w roku 1878 na Ukrainie ś. p. Dr. W. Bogucki odbył studia swe w Rosji i tam też przepędził większą część swego życia, jako działacz sanitarny, biorąc czynny udział w zwalczaniu epidemji, między innymi w ekspedycjach przeciwdżumowych na Dalekim Wschodzie. Do kraju wrócił w roku 1921 i po odbyciu krótkiej służby w wojsku polskim, objął w maju roku 1921 stanowisko Naczelnika Wydziału Zdrowia m. Warszawy. Odtąd staje Dr. Bogucki do pracy w sanitarjacie polskim.

A były to początkowo lata bardzo ciężkie. Służbę Zdrowia w stolicy trzeba było dopiero stwarzać w warunkach bardzo trudnych. Nie było prawie nic, a trzeba było zrobić wiele. Nie było zaś żadnych trwałych podstaw, na których możnaby się oprzeć. Brak było środków, wykwalifikowanego personelu, aparatu administracyjnego. Nędza powojenna i zniszczenie dawały się odczuwać na każdym kroku, a walka z epidemjami wymagała niezwykłego wysiłku, organizacji i zasobów finansowych. Fala epidemji ze Wschodu doszła do stolicy równocześnie z nawałą reemigrantów i trzeba było odrazu ująć w karby całokształt tych zagadnień, aby zapobiec grożącej klęsce żywiołowej. Naprawdę silną ręką ujął wtedy Dr. Bogucki ster spraw sanitarnych Warszawy i sytuacja wkrótce została opanowana.

Po uporaniu się z klęską epidemji Dr. Bogucki zajął się rozbudową organizacji sanitarnej miasta i głównie dzięki jego staraniom Warszawa dziś posiada jeden z najlepiej zorganizowanych aparatów Służby Zdrowia nie tylko w porównaniu z innymi miastami Polski, lecz i z zagranicą. Idąc z biegiem nowoczesnej myśli higienicznej ówczesny Naczelnik Wydziału Zdrowia wszczyłna bardzo energiczną akcję w dziedzinie zapobiegawczej na polu

higieny społecznej i kładzie podwaliny tak materialne jak i organizacyjne do walki z alkoholem, z gruźlicą, opieki nad matką i dzieckiem. Jego też głównie zasługom należy przypisać organizację ośrodków zdrowia, których sieć wkrótce ma pokryć całą stolicę i co jest obecnie naśladowane przez większe i mniejsze miasta polskie.

Myśl D-ra Boguckiego nie zacieśniała się jednak do spraw Warszawy. Był on głównym organizatorem zjazdów lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich, które niewątpliwie przyczyniły się znacznie do ożywienia działalności higienicznej naszych większych miast. Można powiedzieć, że nie było w przeciągu tych 8 lat żadnej większej akcji sanitarnej w kraju, w której zmarły nie brałby czynnego udziału, w której nie odgrywałby roli wprost dominującej. Już same zajmowane stanowiska mówią o rozległej skali jego zainteresowań i o stosunku do niego świata sanitarnego. Działał On owocnie jako prezes Warszawskiego Tow. Przeciwigruźliczego, jako członek Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej, prezes Komitetu Wykonawczego Zjazdów działaczy sanitarnych, docent Wolnej Wszechnicy i jako czynny członek wielu innych organizacji i instytucji. Brał też żywy udział w pracach Warszawskiego Tow. Higienicznego, jako członek Zarządu Głównego i przewodniczący Sekcji higieny miejskiej.

Poza działalnością publiczną, w której cechowała Zmarłego niezwykła rzutkość, inicjatywa, talent organizatorski, otwarty umysł, nie obawiający się żadnych nowych poczynań, należy Mu oddać głęboką cześć za jego cechy ludzkie.

Był to człowiek, któremu ludzka niedola nigdy nie była obca i może najlepiej charakteryzują te strony jego charakteru słowa jego współpracownika i przyjaciela „Dopóki żył Bogucki, każdy z nas mógł umrzeć spokojnie, bez trwogi o los swej rodziny“.

Pod temi słowami podpiszą się bez namysłu wszyscy, którzy kiedykolwiek bliżej stykali się ze ś. p. D-rem Boguckim. I w wielkich i małych smutkach i w zwykłej potrzebie każdy z nas mógł przyjść do niego, jak do oddanego, współczującego i śpieszącego zawsze z pomocą przyjaciela.

Cześć pamięci zasłużonego działacza sanitarnego i człowieka wielkiego serca.

M. Kacprzak.

---



## Od Redakcji.

Warszawa, Marzec 1929

Przez długie lata higjena była utożsamiana z czystością, a akcja świadomie zapobiegawcza w dziedzinie medycyny miała na względzie głównie, jeśli nie jedynie, ostre choroby zakaźne. Pod wielu względami obie te kwestje — walka z brudem i chorobami zakaźnymi straciły na swej ostrości, przynajmniej w krajach kulturalnych. Czystość stopniowo wchodzi do przyzwyczajzeń obywatela z masy, choroby zakaźne niektóre znikają stopniowo, inne przebiegają w postaci mniej gwałtownych epidemji, panując endemicznie. A jednak zainteresowanie zdrowiem wzrosło niepomniernie i obejmuje coraz szersze koła mas ludowych. Masy domagają się opieki nad zdrowiem, doświadczenie zaś wskazuje, że akcja zapobiegawcza w tych wypadkach jest bardziej celowa, niż leczeni two, które, dodajmy, przez to bynajmniej ani na wartości, ani na celowości nie traci.

Równolegle z rozwojem myśli o konieczności zapobiegania musiała powstać idea tworzenia takich instytucyj, któreby myśli tej mogły nadać kształty realne, któreby tę akcję prowadziły — zajęły się wprowadzeniem w życie zapobiegania. Oto geneza poradni i z nich powstałych ośrodków zdrowia i tym podobnych instytucyj, tworzonych obecnie na całym świecie. Dziś mają one na względzie walkę z nielicznymi chorobami, czy klęskami społecznymi najbardziej aktualnymi i rozpowszechnionymi, należy przypuszczać, że z czasem działalność ich rozszerzy się znacznie na szereg chorób, które w chwili obecnej nie przykuwają uwagi ogółu. Nowopowstające instytucje nie mają na względzie higjeny w jej ogólnie utartym, bardziej wąskim pojęciu, lecz akcję lekarsko-zapobiegawczą w stosunku do specjalnych, ściśle określonych chorób.

Z tych właśnie względów wyraz higjena zapobiegawcza uważam za niewłaściwy, pomijając już to, że jest to pleonazm.

Jaki dokładnie ma być charakter tych ośrodków akcji zapobiegawczej, dotąd nie wiadomo. Może dziś byłoby to trudne do ustalenia i nawet niepożądane, by nie nadawać martwych kształtów temu, co dopiero do życia powstaje. Trzeba jednak przyznać,



że powstają one z wielkim pędem w najróżnorodniejszych zakątkach kraju i dość chaotycznie, a w prowadzeniu ich brak ustalonej idei przewodniej. Dotąd nie ustalone zostały nawet elementarne podstawy, które winny być bezwarunkowo uwzględnione we wszystkich tego rodzaju instytucjach. Teoretycznie sprawa ta nie jest bynajmniej opracowana, a w naszej literaturze brak prawie zupełnie nie tylko prac poważniejszych, ale nawet artykułów polemiczno-publicystycznych, omawiających poszczególne strony zagadnienia.

Kwestja lecznictwa w poradniach, opłaty za porady, połączenia poradni z opieką społeczną, z akcją ogólnie sanitarną, z innymi instytucjami o działalności pokrewnej, kwestja personelu pomocniczego i urządzeń technicznych nie mogą nie być ustalone choćby w najogólniejszych zarysach właśnie w okresie początkowym, niejednokrotnie bowiem ci co chcą coś zrobić, nie wiedzą jak mają postępować.

Jedno możemy z całą śmiałością powiedzieć, że nowopowstające przychodnie i ośrodki muszą być dostosowane do naszych potrzeb i warunków. By więc nie tracić bezużytecznie sił i środków, należy sprawę tę wnieść na porządek dzienny obrad świata lekarskiego, tak leczącego, jak i higienistów na zjazdach, konferencjach, kursach, na łamach pism. Naturalnie muszą tu być także uwzględnione głosy administratorów i działaczy społecznych nie lekarzy, inżynierów sanitarnych i innych, bo sprawa ta dość ściśle łączy się z opieką społeczną i innymi zagadnieniami, w których lekarz z racji swego zawodu nie może być ekspertem.

Przywiązując wielkie znaczenie do rozwoju tej sprawy w kraju, chętnie otwieramy do dyskusji łamy naszego pisma, umieszczając artykuły z najróżnorodniejszymi poglądami, oświetlającemi tę sprawę jak najwszechstronniej, choćby oświetlenie to wcale nie odpowiadało poglądom redakcji. Poglądy ogółu, biorącego czynny udział w rozwoju nowopowstających instytucyj, są najbardziej miarodajne.

Niech to, co powstaje, tworzą ludzie, niech się nie dzieje „samo“.

**M. Kacprzak.**

---

Dr. B. Salak.

## **Poradnie społeczno - lekarskie w Tarnopolszczyźnie, jako funkcja samorządów i publicznej służby zdrowia.**

Do zadań poradni społeczno-lekarskiej należy zwalczanie chorób i czynników niebezpiecznych dla zdrowia szerokich warstw ludności z racji jej życia zbiorowego, zapobieganie tym chorobom społecznym, oraz popularyzowanie potrzeby i pożytku samej akcji. Tak pojęte cele poradni społecznych nie mogą wykluczać bezwzględnie leczenia, o ile gdzie indziej nie można go przeprowadzać, i o ile pominięcie leczenia wpłynęłoby szkodliwie na samo zapobieganie, wreszcie, nieraz leczenie jest równoznaczne z zapobieganiem. Poradnia społeczna jest zasadniczo placówką medycyny zapobiegawczej, która winna sama — bez zapotrzebowania — wkroczać do domu i nie dopuszczać do szerzenia chorób, lecz nie wyrzekać się jednocześnie pracy i na polu lecznictwa. I odwrotnie — dobra przychodnia - lecznica dzisiaj nie może poprzestać na samem leczeniu i biernem wyczekiwaniu na pacjenta, lecz niejednokrotnie musi wzmacniać pożytek lecznictwa zarządzeniami z zakresu higieny publicznej. Różnica między poradnią społeczną i dobrą przychodnią leczniczą w pewnych wypadkach może się zacierać, w innych polega na przewadze bądź lecznictwa, bądź zarządzeń z zakresu higieny społecznej. Nie ulega — zdaje się — już wątpliwości, że przeżywamy okres powrotu higieny społecznej, oraz lecznictwa na wspólne łono medycyny. Sprawa zupełnego wyłączenia z poradni społecznych lecznictwa — przynajmniej według mojego przekonania — nie powinna być obecnie, jako przedczesna, tematem poważnych dyskusyj.

W końcu 1927 roku mieliśmy w województwie tarnopolskiem poradni społeczno lekarskich, a więc z przewagą zadań zapobiegawczych, trzy—dwie stacje opieki nad matką i dzieckiem i jedną przeciwweneryczną, utrzymywane kosztem skarbu, albo instytucyj społecznych (P. K. P. D.), oraz zapomóg samorządowych. Zależność od instytucyj społecznych i od ich zmiennych i niestałych zapomóg ciągle groziła poradniom zamknięciem, zniechęcała pracowników i wymagała ustawicznego czuwania



i energicznych interwencji władz wojewódzkich. Jednocześnie od szeregu lat lekarze powiatowi byli co roku zasypywani masą długich, dłuższych i jeszcze dłuższych pism i okólników urzędu wojewódzkiego w sprawie poradni społecznych, w odpowiedzi na które niemal jednomyślnie donosili, że przy pomocy kół przeciwgruźliczych gromadzą fundusze—przeciętnie co roku o 50—200 zł. więcej — na swoje poradnie, które z czasem — w każdym razie w niezmiernie odległej przyszłości — będą mogły być uruchomione. Inni, bardzo zresztą nieliczni lekarze, wpadli na pomysł przybicia przed swojemi mieszkaniami napisów „poradnia przeciwgruźlicza“ i im samym, oraz optymistom zdawało się, że sprawa poradni społecznych ruszyła z miejsca. Sądzę, jednak, że okólniki wojewódzkie, akcja ciułania groszy, oraz szyldy społeczno-lekarskie były skutkiem nierealnego stosunku do sprawy. Rolą kół przeciwgruźliczych i tym podobnych instytucyj jest popularyzowanie celów poradni, propaganda i w miarę możliwości pomoc materialna, zresztą niewielka; zadaniem lekarzy społecznych — organizowanie i kierownictwo poradni; ciężar utrzymania jednak, i trwałość, oraz dostateczna liczba poradni jest zadaniem instytucyj związanych z terenem samorządów i Kas Chorych, instytucyj odpowiednio silnych finansowo i mających wyraźne obowiązki społeczno-lecznicze i opiekuńcze.

Uwaga czynników sanitarnych w województwie tarnopolskim w początkach 1928 roku została zwrócona w pierwszym rzędzie na samorząd powiatowy i miejski, które mają dosyć gęstą sieć swoich, przeważnie bezczynnych lekarzy samorządowych i jeszcze dzisiaj bardzo ładne, miejscami oczywiście przestarzałe ustawy, rozporządzenia i instrukcje dla samorządowej służby zdrowia. Zarządzenia te były wydane przed przeszło dwudziestu laty, ale zakreślone z dużym już rozmachem społeczno-lekarskim. Przymusowa bezczynność lekarzy samorządowych wskutek wojny i może austriacka papierowość zarządzeń były dotąd dla społeczeństwa bezużytecznym ciężarem; obecnie dzięki jednak temu, że mamy gotowy, już prawnie ugruntowany aparat publicznej służby zdrowia, mamy możliwość i odwagę próbować rozwinąć szerzej pracę społeczno-lekarską.

Program prac społeczno-lekarskich, jakie winny być przeprowadzane na naszym Podolu, został najpierw omówiony i przy-



jęty na zjeździe samorządowym, jaki odbył się w dniach 12, 13 i 14 stycznia 1928 roku. W zjeździe brali udział marszałkowie powiatów, starostowie, sekretarze i ich pomocnicy, przedstawiciele tymczasowego wydziału samorządowego, oraz wyżsi urzędnicy wojewódzcy. Również w roku ubiegłym na zjeździe przedstawiciele samorządów miejskich omówiono i ustalono najpilniejsze zagadnienia sanitarne miast podolskich. Na obydwu zjazdach trudno było nie mówić o lekarzach samorządowych i o pożytku, oraz konieczności wciągnięcia ich do pracy w poradniach społecznych, które uznano za właściwe warsztaty ich pracy publicznej. Organizację samorządowej służby zdrowia, wynoszącą obecnie w województwie 59 lekarzy, z możliwością ustawową podniesienia jej w dzisiejszych warunkach do stu osób, czyli jednego na 15.000 ludności, zdecydowano związać stopniowo z okręgami, zbiorowymi poradniami społecznymi, czyli ośrodkami zdrowia.

Prowadzenia ośrodków zdrowia uznano za obowiązek lekarzy samorządowych (okręgowych i gminnych) — oczywiście przy odpowiednim, stopniowym ich przeszkoleniu. Ośrodki zdrowia mogą być i są odpowiednikiem przewidzianych w obowiązujących przepisach „odpowiednio urządzonych lokali dla chorych \*)“, jakie prowadzić mieli lekarze samorządowi. Prowadzenie opieki nad dziećmi i matkami i młodzieżą szkolną, szczepienia zapobiegawcze, poradnictwo społeczne przeciwgruźlicze, jaglicze i t. d., nadzorowanie sanitarne okręgu, należyta popularyzacja, propaganda i kontrola sanitarna stały się nietylko nowym zadaniem, ile przypomnianym, we współczesny sposób ujętym, oraz z postępem wiedzy i doświadczenia lekarskiego uzgodnionym obowiązkiem lekarzy samorządowych i niezbędnego ich personelu pomocniczego, do jakiego dawniej sanitarjuszki, obecnie higienistki-wywiadowczynie zaliczyć należy.

Istnieje zamiar, zresztą na zjazdach przyjęty, zespolenia z zadaniami lekarzy i higienistek z okręgowego ośrodka zdrowia pracy gminnych ogłądaczy zwłok (przeciętnie 10-ciu w okręgu)

---

\*) Patrz: 1. (§ 18 ustawy z 2. II 1891) D. u. br. L. 17/91 o urządzeniu służby zdrowia w gminach i obszarach dworskich, oraz 2. Rozdział Bg. „Instrukcji dla lekarzy gminnych i okręgowych (D. u. i rozp. Kr. L. 158 z dnia 30/12 1907 r.).

i przekształcenia ich na gminnych wywiadowców sanitarnych (oraz dodania im agend oglądaczy mięsa), co może pogłębić zwiążanie ośrodku zdrowia z terenem i ludnością.

Naturalnie organizowanie i kontrola okręgowych ośrodków zdrowia wymagają w każdym powiecie utworzenia stanowiska naczelnego lekarza Rady Powiatowej o wykształceniu i doświadczeniu społeczno-sanitarnem, co pomimo braku wyraźnych, ustawowych wskazówek — uznano za rzecz słuszną i konieczną, i od roku budżetowego t. j. od 1/IV 1928 we wszystkich 15-tu samorządowych powiatach przeprowadzono. Wszędzie naczelnymi lekarzami komunalnymi mianowano państwowych lekarzy powiatowych i ze względu na ich doświadczenie społeczno-lekarskie i na pożytek skupienia całej akcji sanitarnej w powiecie w jednych rękach, oraz odpowiedniego wyzyskania aparatu komunalnej i państwowej służby zdrowia dla celów jednolitej gospodarki sanitarnej; wreszcie przyjęto za zasadę—odpowiednio do funkcji — za prowadzenie samorządowych spraw sanitarnych wypłacać lekarzom powiatowym przynajmniej 50% ich uposażenia. Do obowiązków naczelnego lekarza komunalnego należy — między innymi — doprowadzenie wspólnie z lekarzem miejskim miasta powiatowego do uruchomienia powiatowego ośrodku zdrowia, od którego wymaga się, aby był lepiej i wygodniej urządony od ośrodków okręgowych, aby je uzupełniał przez danie do usług ludności całego powiatu swojego mikroskopu, kwarcówek, Roentgena dla celów djagnostycznych i leczniczych.

Jednocześnie przyjęto na zjeździe samorządowym zasadę, że praca komunalnego lekarza powiatowego, oraz poradni społeczno-lekarskich, o ile mają być skuteczne, nieraz muszą opierać się na pomocy nie tylko higienistek społecznych, lecz i dozorców sanitarnych, specjalnie wyszkolonych w zakresie wywiadu o ostrych chorobach zakaźnych, w dezynfekcji wraz z dezynsekcją, jak również w całym szeregu zagadnień policyjno-sanitarnych, i że w każdym powiecie powinien być przynajmniej jeden dozorca wyszkolony na odpowiednich kursach, możliwie kosztem samorządu powiatowego, w Państwowej Szkole Higjeny. Program tworzenia poradni społeczno-lekarskich, oraz wciągnięcia do akcji czynnej państwowych lekarzy powiatowych został omówiony na zjeździe lekarzy powiatowych w Tarnopolu w początku



roku ubiegłego, przedyskutowany, uznany za trafny i zalecony do realizowania.

Przystąpiono do układania budżetów samorządów powiatowych na rok 1928/29. Zaproponowano jako nowość, w słabo jeszcze rozbudowanych budżetach, wprowadzenie poborów dla samorządowego lekarza powiatowego, komunalnego dozorcę sanitarnego, oraz dotację na urządzenie narazie w każdym powiecie 1 — 2 ośrodków zdrowia; inne pozycje sanitarne nie przedstawiają nic szczególnego. Razem zażądano 10 — 15% na cele sanitarne, osiągnięto 8 — 10% z całkowitem uwzględnieniem nowych pozycji, co było wielkim sukcesem wobec budżetu drogowego, przyniatającego swoim ogromem i wielkością ostrych potrzeb, budżetu rolnego ruszającego gwałtownie z miejsca i licznych zapotrzebowań opieki społecznej. Oczywiście uchwalenie pozycji w budżecie nie zawsze jest równoznaczne z ich wykonaniem. Jednak spodziewać się można, że przynajmniej  $\frac{3}{4}$  zamierzonych prac do końca roku budżetowego będzie przeprowadzone.

Jednocześnie z wprowadzeniem do budżetu pozycji na płace komunalnych lekarzy powiatowych, dozorców sanitarnych i na ośrodki pod kierownictwem lekarzy samorządowych, trzeba było wydać instrukcje dla dwu pierwszych, oraz niektórym lekarzom samorządowym, mającym wątpliwości prawne w sprawie oddania w ich ręce ośrodków zdrowia, formalnie i niezbitcie wytłumaczyć w noweli do starej instrukcji ich współczesne i społeczno-lekarskie obowiązki.

Instrukcja dla dozorców sanitarnych, wzorowana na ogłoszonej w swoim czasie przez Departament Służby Zdrowia, po wprowadzeniu drobnych zmian, została w ubiegłym roku ogłoszona w jednym z numerów Dziennika Wojewódzkiego (Nr. 9/28). Komunalnym lekarzom powiatowym, narazie w specjalnym okólniku, zalecono zainteresować się szczegółowo sprawami sanitarnymi samorządów, wyliczonymi w obowiązujących tu zasadniczych ustawach sanitarnych, oraz ustawach, rozporządzeniach i instrukcjach w sprawie samorządowej służby zdrowia, również zalecono objąć referowanie spraw sanitarnych w samorządach powiatowych, oraz wejść w bliski kontakt z pracą lekarzy gminnych i okręgowych i kierować ją stopniowo na tory poradni społeczno-lekarskich. Jednocześnie gromadzono materiały do szcze-



gółowej instrukcji, czy rozporządzenia wykonawczego o komunalnych lekarzach powiatowych. Za motyw ustanowienia naczelnych lekarzy Rad powiatowych — niezależnie od względów omawianych na zjeździe — uznano potrzebę fachowej kontroli działalności lekarzy okręgowych, jakiej dotąd ani Tymczasowy Wydział Samorządowy, zresztą zbyt odległy od okręgów sanitarnych, ani Wydziały Powiatowe rozciągać nie mogły, ponieważ nie mają w odnośnych swoich referatach urzędników-lekarzy i posiłkują się tu i tam jedynie siłami prawniczemi. Instrukcja została wreszcie opracowana i przedyskutowana w grudniu 1928 r. i w styczniu 1929 r. przez specjalną podkomisję i komisję sanitarną Wydziału Wojewódzkiego, oraz przez sam Wydział Wojewódzki, i przypuszczalnie niedługo już będzie podana do publicznej wiadomości w Dzienniku Wojewódzkim. Ostatni projekt w sprawie naczelnych lekarzy Rad Powiatowych podaję poniżej.

### **Instrukcja**

w sprawie Naczelnych Lekarzy Rad Powiatowych, wydana do § 1 Ustawy z dnia 2. II. 1891 (Dz. Ust. kraj. L. 17. 1891) i do § 15 Ustawy z dnia 5. X. 1906 (Dz. u. i rozp. kr. L. 148, § 1, 1906) przez Wojewodę Tarnopolskiego w porozumieniu z Wydziałem Wojewódzkim.

§ 1. Celem usprawiedliwienia wykonywania obowiązków sanitarno-policyjnych, nałożonych na gminy w § 3 i 4 ust. z dn. 30. IV. 1870 (Dz. p. p. L. 68) i wprowadzenia racjonalnego nadzoru czynności lekarzy gminnych i okręgowych, przewidzianego w § 15 Ust. z 5. 10. 1906 (Dz. u. i rozp. kr. 148) ustanawia się przy samorządach powiatowych stanowisko Naczelnego Lekarza Rady Powiatowej.

§ 2. Do obowiązków Naczelnego Lekarza Rady Powiatowej należy zawodowe referowanie spraw sanitarnych i budżetowo-sanitarnych na posiedzeniach powiatowych ciał samorządowych i ich komisji sanitarnych, wprowadzanie w wykonanie uchwał sanitarnych zgodnie z obowiązującymi ustawami i wskazaniem samorządów, wreszcie fachowe z ramienia Rad Powiatowych organizowanie, kierowanie i nadzór gminnej i okręgowej służby zdrowia w myśl instrukcyj służbowych dla gminnej i okręgowej służby zdrowia oraz kontrola działalności wszystkich placówek i pracow-

ników sanitarnych samorządu powiatowego i gminnego w myśl obowiązujących przepisów i instrukcyj służbowych. W szczególności Naczelny Lekarz Rady Powiatowej załatwia poniżej przydzielone i poruczone samorządom sprawy sanitarne:

1) Czuwa nad zdrowiem publicznem w całym powiecie po myśl §§ 3 i 4 ustawy z 30 kwietnia 1870 (Dz. p. p. L. 68), oraz art. 3 zasadniczej ustawy sanitarnej z 19. VII. 1919 (Dz. U. 63/19 p. 371).

2) Organizuje w ścisłym współdziałaniu z państwem akcję zwalczania ostrych chorób zakaźnych i zapobiegania im w myśl art. 3 p. 5 ust. z 19. VII. 1919 (D. U. p. 371) oraz art. 19 i 200 st. z 25. VII. 1919 (D. U. 67, 19 p.). Organizuje i nadzoruje wszelkie w tym celu potrzebne urządzenia sanitarne, oraz szczepienie zapobiegawcze.

3) Organizuje i nadzoruje walkę z chorobami społecznymi, oraz przychodnie społeczno-lekarskie w myśl art. 4 Zasadniczej Ust. San. (D. U. 53/19 p. 371) oraz Rozp. Prez. z 22/3 1928 (Dz. U. Nr. 36/28 poz. 333).

4) Organizuje i nadzoruje szczepienia zapobiegawcze okresowe i doraźne w myśl art. 3 p. 5 i 7 Zasad. Ust.

5) Organizuje i nadzoruje opiekę społeczno-lekarską nad szkołami powszechnymi, dziatwą szkół powszechnych, przedszkolami i młodzieżą w myśl art. 2 Ust. o Opiece społ. z 16/8 23 (Dz. U. 92/23 p. 726 i Reskr. Min. Spr. Wew. z 2/7 924 L. Z. k. 2206/24).

6) Czuwa nad zapewnieniem chorym należytej opieki lekarskiej i fachowej pomocy położniczej w myśl art. 3 p. 6 Zasad. Ust. San. (D. U. 63/19 p. 371).

7) Prowadzi nadzór lekarski nad szpitalami i lecznicami samorządowymi, oraz prywatnymi w myśl artykułu, podanego w punkcie poprzednim.

8) Organizuje opiekę nad psychicznie chorymi i prowadzi walkę z alkoholizmem w myśl art. 3 p. 6 Zas. Ust. Sanit. (D. U. 63/19 p. 371).

9) Czuwa nad nadzorem lekarskim zakładów opiekuńczych, przytułków, ochronek, burs i t. p. w myśl art. 2 Ust. o Opiece Społ. z 16/8 923 (Dz. u. 92/23 p. 726).

10) Organizuje opiekę lekarską nad matką i dzieckiem i tworzy niezbędne poradnie społeczno-lekarskie w myśl art. 2 Ust. o Opiece Społ. z 16/8 1923 (Dz. U. 92/23 p. 726).



11) Współdziała z władzami państwowymi w walce z chorobami wenerycznymi, organizuje i nadzoruje przychodnie przeciwweneryczne w myśl art. 3 p., oraz art. 4 Zas. Ust. San., oraz Instruk. dla lek. gmin. i okr. do Rozp. Wyk. (Dz. Ust. kr. Nr. 158/907).

12) Nadzoruje zakładanie cmentarzy i kostnic, oraz ich utrzymanie i chowanie ciał zmarłych w myśl art. 3 p. Zas. Ust. Sanit. Nadzoruje oględziny zwłok w myśl art. 2 p. 10 Zas. Ust. San.

13) Czuwa nad czystością powietrza, gleby i wody, nad zaopatrzeniem ludności w wodę, nad usuwaniem nieczystości i wód ściekowych w myśl art. 3 p. 1 Zas. Ust. San.

14) Prowadzi nadzór nad żywnością i przedmiotami użytku, oraz lokalami wytwarzania, przechowywania i sprzedaży tychże, oraz współdziała z władzami państwowymi w myśl art. 3 p. 11 Zas. Ust. San.

15) Bierze udział w pracach policji sanitarno - budowlanej w myśl art. 3 p. 2, 3 i 4 Zasadniczej Ust. San.

16) Prowadzi wszelkie potrzebne księgi, ewidencje, zbiór normaljów z zakresu zdrowia publicznego. Nadzoruje ewidencję ciemnych, umysłowo-chorych, głucho-niemych, zakładów opiekuńczych, cmentarzy, kostnic i lecznic powiatu i t. p. w myśl Instr. dla lek. okr. (Dz. Ustawy i rozp. kraj. Nr. 158/1907).

17) Przedkłada przepisane sprawozdania okresowe i inne władzom przełożonym i nadzorczym w myśl art. 3 p. 14 Zas. Ust. Sanit.

18) Załatwia wszelkie inne sprawy sanitarne, które prawodawca gminom poruczy w myśl parag. 4 Ustawy z 30. IV. 1870 (D. p. p. L. 68/1870).

§ 3. Naczelný Lekarz Rady Powiatowej, jako urzędnik samorządu powiatowego, podlega bezpośrednio Przewodniczącemu Wydziału Powiatowego i wykonywa wszelkie jego zlecenia sanitarne, wyszczególnione w paragrafie poprzednim, jak również z własnej inicjatywy referuje i załatwia, należące do niego sprawy sam, oraz przy pomocy biura Rady Powiatowej, lekarzy okręgowych i gminnych, dozorców sanitarnych, akuszerok, oglądaczy zwłok, oraz innego personelu sanitarnego, wreszcie instytucyj sanitarnych samorządu powiatowego i gminnego.



§ 4. Naczelnym Lekarzem Rady Powiatowej celem usprawnienia akcji sanitarnej i wyzyskania wszelkich środków, jakimi na terenie samorządu rozporządzają samorząd i państwo, oraz uniknięcia rozbieżności zarządzeń i tarć kompetencyjnych, możliwie winien być każdy państwowy lekarz powiatowy, za co pobiera z Kasy Rady Powiatowej dodatek samorządowy, nie niższy od połowy poborów, wypłacanych mu przez Skarb Państwa. Fachowe przygotowanie Naczelnego Lekarza Rady Powiatowej nie może być niższe od cenzusu, obowiązującego państwowych lekarzy powiatowych.

§ 5. W większych powiatach samorządowych, w razie wyjątkowo intensywnych czynności sanitarnych, może być za zgodą władzy nadzorczej i przy uwzględnieniu całkowitem paragrafu czwartego niniejszego rozporządzenia ustanowiony etat pomocnika Naczelnego Lekarza Rady Powiatowej, którym winien być jeden z lekarzy okręgowych lub gminnych, dodatkowo za czynności pomocnika płatny.

§ 6. Instrukcja niniejsza nie narusza Rozporządzenia wykonawczego do ustawy z dnia 2. II. 1891 (D. U. i rozp. Nr. 17) i do ustawy z dnia 5. 10. 1906 (D. U. i rozp. kr. Nr. 148), wydanego przez C. K. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem Krajowym (D. U. i rozp. Kr. Nr. 158 z 1907 r.).

§ 7. Instrukcja niniejsza obowiązuje od dnia ogłoszenia w Dzienniku Wojewódzkim, prócz § 4, który wchodzi w wykonanie od dnia 1 kwietnia 1929 r.

§ 8. Wykonanie Instrukcji należy do samorządów powiatowych. Mianowania jednak wymagają uprzedniej zgody Urzędu Wojewódzkiego (Wydziału Zdrowia Publicznego).

Jednocześnie z opracowaniem Instrukcji dla Naczelnych Lekarzy Rad Powiatowych trzeba było zająć się przejrzeniem i znowelizowaniem ważniejszych rozdziałów dotychczasowej Instrukcji dla lekarzy okręgowych i gminnych (ogłoszonej w Dzienniku ustaw i rozp. kraj. z dnia 30. XII 1907 L. 158). Za przestarzały uznano rozdział „Bb“, który mówiąc o kontroli sanitarnej zakładów publicznych, np. szkół, burs, sierocińców, nie podkreśla wyraźnie potrzeby i konieczności badania stanu zdrowotnego samych mieszkańców tych zakładów. Również ustęp „Bn“ w sprawie zapobiegania i zwalczania ostrych chorób zakaźnych, oraz spo-

łecznych, w którym jeszcze niema mowy o szczepieniach, dezynfekcji i zapobieganiu przez wychowanie fizyczne, trzeba było zmienić w treści sanitarnej i uwspółcześnić pod względem obowiązujących obecnie norm prawnych. Wreszcie w ustępie „Cc“ zmieniono przepisy w sprawie naczelnych lekarzy miejskich, wciągając ich do bezpośredniej pracy społeczno-lekarskiej, oraz do referowania i inicjowania wobec władz miejskich aktualnych spraw sanitarnych. Dotychczasowa bierność i wyczekiwanie na polecenia naczelnika gminy zostały z instrukcji usunięte. W projekcie, już przedyskutowanym i przyjętym przez odnośną podkomisję i komisję sanitarną wydziału wojewódzkiego, oraz przez sam wydział wojewódzki, wymienione trzy rozdziały będą miały poniższe ujęcie:

Rozdział „Bb“. Lekarz okręgowy i gminny obowiązany jest zwiedzać systematycznie budynki publiczne, jako to: hotele, karczmy, gospody, jadalnie, zakłady wytwarzania i sprzedaży artykułów żywności (pieczywa, wyrobów cukierniczych, mięsnych i t. p.), zakłady fryzjerskie, fabryki i t. p. w celu przekonania się o ich stosunkach zdrowotnych (stanie gruntu, przestrzeni, oświetlenia, powietrza, zdrowia pracowników, sposobach usuwania nieczystości). W szkołach zaś, przedszkolach, bursach, sierocińcach, domach noclegowych, zakładach dla ubogich, schroniskach dla starców i kalek i t. p. instytucjach, prócz tego należy sprawdzać stan zdrowotny samych ich mieszkańców (uczniów, służby, pensjonarzy), udzielać doraźnie wskazówek przełożonym zakładów i w razie potrzeby służyć pomocą fachową w organizowaniu planowych środków zaradczych czy to na koszt gminy, czy to zakładów, czy to sił społecznych.

Rozdział „Bn“. Lekarz okręgowy i gminny obowiązany jest prowadzić nadzór nad bezpieczeństwem zdrowotnym budynków mieszkalnych i otaczającego ich terenu (czuwać nad czystością gleby, wody i powietrza), rozciągać planowo społeczno-lekarską kontrolę nad zdrowiem ludności, zwłaszcza brać systematycznie fachowy udział w opiece nad matką i dzieckiem, nad młodzieżą w wieku szkolnym (nad jej zdrowiem, stanem odżywiania, ogólną czystością, stopniem zaważenia), nad większemi skupieniami młodego pokolenia w przedszkolach i szkołach powszechnych, w ochronach, bursach, sierocińcach, schroniskach, wreszcie nad



przytułkami dla starszych osób w domach dla starców, kalek, bezdomnych i t. p.

Stosować na czas i planowo właściwe środki zapobiegawcze przeciw chorobom przewlekłym i zakaźnym, społecznie niebezpiecznym (zwłaszcza przeciw gruźlicy, jaglicy, zimnicy, chorobom wenerycznym, alkoholizmowi i t. p.), jak również systematycznie je zwalczać, nietylko w odpowiednich poradniach, lecz i przez stosowanie umiejętne taktownego wywiadu dla celów społeczno-lekarskich, oraz przez kierowanie chorych w miarę możliwości i potrzeby do instytucyj specjalnych (szpitali, sanatoriów, lecznic i t. p.).

Niemniej planowo i na czas stosować środki zapobiegawcze przeciw ostrym chorobom zakaźnym, wskazane przez przepisy i naukę, w razie wybuchu choroby zakaźnej udawać się na miejsce zaraz po otrzymaniu zawiadomienia celem sprawdzenia rodzaju choroby, zawiadamiając natychmiast naczelnika gminy i przy jego współudziale zarządzać wszystko, co w myśl przepisów dla stłumienia choroby w zarodku zrobić należy, a mianowicie: a) odosobnić chorych bądź we własnem ich mieszkaniu, bądź w osobnym lokalu na to przeznaczonym, bądź w szpitalu, b) pouczyć otoczenie chorego o sposobie zachowania się i o środkach ostrożności, c) przeprowadzić w razie wskazania szczepienia ochronne, d) zarządzić i przypilnować jak najdokładniej dezynfekcji, względnie dezynsekcji i wogóle nie ograniczać swej czynności tylko do zadań sanitarno-policyjnych, lecz nieść bezpłatnie czynną pomoc lekarską wszystkim chorym, dotkniętym chorobą zaraźliwą, o ile rodziny nie proszą o pomoc innego lekarza. Należy bezzwłocznie składać starostwu, oraz właściwej zwierzchności gminnej dokładne sprawozdanie o wybuchu i rozszerzeniu się choroby zakaźnej, o dżumie zaś, cholery, ospie, durze plamistym nawet w wypadkach, gdy zachodzi tylko podejrzenie tych chorób.

Rozdział „Cc“. Jeżeli w mieście jest kilku lekarzy gminnych, rada miejska rozdzieli między nich czynności, a jednego mianuje lekarzem naczelnym, co nie zwalnia go od zwykłych czynności lekarza gminnego. Lekarz naczelnny podlega bezpośrednio naczelnikowi gminy, zawodowo referuje sprawy sanitarne i budżetowo-sanitarne na posiedzeniach magistratu, rady miejskiej

i jej komisji sanitarnej, wprowadza w wykonanie uchwały sanitarne zgodnie z obowiązującymi przepisami i słusznymi wskazaniami władz gminnych, wreszcie nadzoruje, organizuje i jest odpowiedzialny za stan i działalność służby zdrowia w całym mieście. Te same prawa i obowiązki lekarza naczelnego przysługują lekarzowi gminnemu w gminach, które utrzymują jednego lekarza miejskiego.

Zanim ujęto instrukcje i nowele do nich w normy pisane, starano się w drodze doraźnych zarządzeń i ustnych poleceń podczas inspekcji zespalać pracę lekarzy okręgowych z zadaniami lekarzy powiatowych, zmienić tych ostatnich z obserwatorów i krytyków (mniej lub więcej złośliwych i nie liczących się podczas swoich lustracji z rzeczywistością) na organizatorów pracy społeczno-lekarskiej, opartej finansowo i ustawowo przedewszystkiem o samorządy, oraz zużytkować odrazu, gdzie można, pracę lekarzy gminnych i okręgowych w poradniach społecznych.

Zaprojektowane instrukcje są nietylko zbiorem teoretycznych norm, lecz i wyrazem niezbędnych, jak się okazało, zarządzeń, potrzebnych w pracy codziennej samorządom i samym lekarzom powiatowym, oraz ich kolegom lekarzom okręgowym. Normy same, stopniowo i ostrożnie gromadzono w odpowiedzi na aktualne zapytania władz samorządowych, niekiedy wątpliwych o pożytku i potrzebie rozwijanej pracy sanitarnej. Naturalnie, instrukcje wydane i przygotowane już do ogłoszenia dalekie są od doskonałości, obliczone są na czas najwyżej tak długi, dopóki nie wyjdą jednolite przepisy dla całego państwa o publicznej służbie zdrowia i są na ich ostatnim projekcie do pewnego stopnia wzorowane. Prace sanitarne w Tarnobrzegu, powoli rozwijane, mogą stać się próbką i praktycznym pokazem racjonalnego i celowego ujęcia zadań projektowanej jednolitej organizacji publicznej służby zdrowia.

Obecnie po blisko całym roku pracy organizacyjnej rozwój poradni społeczno-lekarskich podniósł się cyfrowo z 3 poradni (2 stacje opieki nad matką i dzieckiem i jednej poradni przeciwenerycznej), oraz 2 poradni przeciwgruźliczych w gabinetach lekarzy razem w czterech miejscowościach do 47 poradni w 18 miejscowościach (15 przeciwgruźliczych, 15 przeciwjagliczych, 10 przeciwenerycznych, oraz 7 stacyj opieki nad matką, dziec-



kiem i młodzieżą). Poradnie te umieszczone są niemal bez wyjątku w 2 — 5 pokojowych lokalach i są w miarę możliwości w każdej miejscowości scalane w ośrodki zdrowia; takie scala nie przeprowadzono już w 11 punktach.

Nie ulega wątpliwości, że do końca bieżącego roku budżetowego uruchomione będą jeszcze conajmniej w 4 miejscowościach 4 ośrodki z 12 poradniami. Czynne już w 18 miejscowościach poradnie mają 5 wyszkolonych higienistek, 6 wywiadowczyń (niestety o bardzo słabym przygotowaniu), oraz 6 na szkoleniu w Warszawie. Oczywiście jest to liczba niedostateczna, robione są na wszystkie strony starania, z wynikami dotąd niewielkimi o pozyskanie większej ich liczby z Warszawy, Krakowa, Lwowa i Poznania. W ośmiu ośrodkach mamy już mikroskopy, w 5-ciu lampy kwarcowe, w dwu jest na dobrej drodze zaopatrzenie w Roentgena, w kilku mamy małe instrumentarja dla poradni przeciwjagliczych z Departamentu Służby Zdrowia. Przy pomocy stacyj opieki nad młodzieżą prowadzi się w szeregu powiatów przegląd dziatwy szkolnej, oraz wprowadza się w szkołach dożywianie lecznicze w postaci picia tranu, chętnie widziane przez samą dziatwę, oraz życzliwie nadzorowane przez nauczycielstwo.

Jaka jest frekwencja w poradniach społeczno-lekarskich, dotąd niema i zresztą nie może być zestawień za czas dłuższy.

Nie mamy dostatecznej liczby druków do cyfrowych sprawozdań miesięcznych; musimy dopiero je przygotowywać, zbierać, sami drukować. Podnoszą się również głosy ze strony lekarzy okręgowych i powiatowych, że wzory sprawozdań poradni warszawskich i wogóle wielkomiejskich wymagają uproszczenia dla wiejskich stosunków i że wskazane jest wydanie możliwie prostego wzoru, obejmującego na jednym druku przejrzyste wszelkie agendy ośrodka zdrowia. Obecnie niejedyn nawet najbardziej chętny do pracy lekarz okręgowego ośrodka zdrowia, uskarża się na nadmiar pisaniny i broni siebie i swoją pomocnicę przed tego rodzaju przeciążeniem. Dotąd udało mi się zebrać cyfrowe dane tylko z 8 poradni przeciwgruźliczych, razem czynnych przez 28 miesięcy. Dano 1.473 porady 1.147 pacjentom, dokonano 391 wywiadów, 47 badań mikroskopowych i 132 naświetlenia kwarcówką. Są również sprawozdania z 11 poradni przeciwjagliczych, czynnych razem 64 miesiące. Udzieliły one 1.846 porad 1.243

pacjentom, dokonały 8 operacji, zarządziły 26 wywiadów. Poradnie przeciwweneryczne w liczbie 4 czynne przez 15 miesięcy udzieliły 55 porad 43 pacjentom. Razem sprawozdania cyfrowe już zebrane obejmują 23 poradnie, czynne razem 107 miesięcy z 3.374 poradami, 2.433 pacjentami, 417 wywiadami, 132 naświetlaniami kwarcówką, oraz 8 zabiegami. Przeciętnie każda z tych poradni czynna była w bieżącym roku budżetowym 4,65 miesięcy, udzieliła 146,7 porad 105,8 pacjentom, oraz przeprowadziła 18,1 wywiadów domowych. W ciągu zaś jednego miesiąca przeciętnie każda poradnia udzieliła 31,5 porad 22,7 pacjentom, oraz przeprowadziła 3,9 wywiadów.

Największą żywotnością odznaczają się poradnie przeciwgruźlicze, wykazując przeciętnie miesięcznie 526 porad 41 pacjentom, oraz 14 wywiadów. Liczba badań mikroskopowych, oraz naświetlań kwarcówką, wobec niedostatecznej ilości mikroskopów, i kwarcówek, nie upoważnia do wyciągnięcia wniosków.

Cyfrowych zestawień z poradni dla matek, dzieci i młodzieży dotąd nie udało mi się zebrać.

Każda poradnia zwykle czynna jest 2 — 3 razy w tygodniu, zawsze o tej samej godzinie. Ponieważ poradnie są już przeważnie zespolone w jeden ośrodek zdrowia, więc ruch w ośrodku trwa cały tydzień. Osobliwością naszych ośrodków jest opieka lekarska dla ludności niezamożnej, zresztą tutaj ustawowo przekazane lekarzom okręgowym. Nie wydaje się celowem oddzielenie tego rodzaju poradni od ośrodka z dwu powodów: lekarz okręgowy obowiązany jest zaopiekować się biednymi chorymi gminy, chorzy ci często kwalifikują się do leczenia w jednej ze społecznych poradni ośrodka i do niej odrazu przechodzą.

Współdziałanie z akcją ośrodków ze strony Kas Chorych — trzeba przyznać — ruszyło z miejsca, chociaż nie bez poważnego oporu. Jedne kasy obowiązują się dostarczać lokali, inne pomocy pieniężnej, inne wreszcie dają płatnych przez siebie lekarzy. Przypuszczać można, że dalszy rozwój i usprawnienie akcji ośrodków wpłyną korzystnie na rozpoczynające się jeszcze ostrożne i nieufne wzajemne zbliżenie.

Ośrodki nie wyrzekają się propadandy, oraz popularyzacji zasad higieny, organizują czasem odczyty, wyświetlania obrazów, sprowadzają filmy przy pomocy materialnej kół przeciwozli-



czych, Kas Chorych, oraz samorządów. Ośrodki nie mają zamiaru w swojej akcji propagandowej tworzyć ścisłych związków z istniejącymi gdzieś tam domami ludowymi, wychodząc ze słusznego założenia, że zacierzwienie narodowościowe, partyjne, wreszcie wyznaniowe mogłoby łatwo poderwać zaufanie ludności do samej akcji sanitarnej i uczynić z niej urojony posterunek polityczny, zwalczany przez przeciwników.

Chcemy iść sami. Sądzimy, że właśnie odosobnienie da nam siłę. Koncepcja ludowych domów zdrowia propagowana w powiecie warszawskim, na podolskim gruncie ma stanowczych przeciwników. Lekarz okręgowy, wypełniający swoje obowiązki w myśl przepisów i zalecań już istniejących, prowadzi akcję przeciw ostrym chorobom zakaźnym przy pomocy ośrodka zdrowia, gminnych dozorców sanitarnych, oraz dezynfektora powiatowego; zwalcza choroby społeczne przy pomocy poradni społeczno-lekarskich, oraz wywiadowczyń, pozostając w kontakcie w razie potrzeby ze szpitalami, lecznicami, sanatorjami, Kasami Chorych i t. p.; leczy niezamożną ludność swojego okręgu; czuwa nad rozwojem fizycznym dziatwy i młodzieży szkolnej; wreszcie prowadzi nadzór policyjno-sanitarny na terenie swojego okręgu. Praca ta, uzupełniająca ze strony społecznej leczenie prywatne i Kas Chorych, rozwija się pod nadzorem i w ścisłym porozumieniu z lekarzem powiatowym, który pełni obowiązki naczelnego lekarza samorządu powiatowego i obowiązany jest celowo zespolać i wyzyskiwać dla akcji sanitarnej na terenie powiatu wszelkie siły państwowe, samorządowe i społeczne. Naturalnie nawet w małym 15.000 mieszkańców obejmującym okręgu, posiadającym 10 — 15 wsi, obowiązki lekarza okręgowego są rozliczne i duże, wymagają dobrego wynagrodzenia. Obecnie uposażenie wynosi przeciętnie 200 — 300 złotych miesięcznie. Nie można żądać od lekarza całkowitego oddania się pracy społecznej, trzeba się będzie zadowolić przeciętnie 2 — 3 godzinami dziennie, co odpowiadałoby wynagrodzeniu w Kasach Chorych, właściwie wyniosłoby to 12 — 18 godzin tygodniowo, z których 1 — 1½ godzin dziennie należy przeznaczyć na prowadzenie poradni społecznych, resztę zaś t. j. 6 — 9 godzin tygodniowo na inne zagadnienia.

Praca nie wszędzie rozwija się bez zarzutu. Nie wszyscy lekarze okręgowi chcą przejść z dotychczasowej bezczynności do

planowej pracy, nie wszyscy wykazują zrozumienie dla akcji społeczno-lekarskiej, nie każde ładne sprawozdanie w cyfrach jest odbiciem również pięknej rzeczywistości; nieraz też widać chęć zbagatelizowania i bierny bojkot tworzonych placówek. Idziemy jednak ku lepszemu: są już lekarze z ukończonym kursem przeciwgruźliczym, przeciwjagliczym, niejeden już zwiedzał wzorowe poradnie we Lwowie i Warszawie. Młodszy lekarze przy obejmowaniu posad składają zobowiązanie przeszkolenia się w prowadzeniu poradni; gdzie niegdzie zaczynamy kupować i nawet wznosić specjalne budynki na ośrodki zdrowia. Słowem nasz arsenał poradni społeczno-lekarskich wzrasta, odczuwanie potrzeby i zaufanie do nich ludności i samych samorządów rozszerza się, a niejeden lekarz z obojętnego początkowo widza przekształca się na chętnego i sumiennego pracownika, oddanego swojej placówce.

Wypadałoby jeszcze omówić stronę budżetową akcji. Dobiegający już do końca obecny rok gospodarczy był okresem pierwszych nieśmiałych prób, ostrożnych i nieraz spóźnionych poczynań, nieuregulowanych poborów lekarzy i higienistek, oraz innych sił pomocniczych. Trzeba było wykonać szereg inwestycyjnych wydatków na urządzenie lokali i zakupno koniecznych narzędzi, wreszcie trzeba było szukać oparcia, nieraz poważnych zapomóg w gotówce i w naturze ze strony państwa, oraz organizacji i instytucji społecznych. Prace organizacyjne i związane z nimi wydatki nie są jeszcze zakończone. Podzielenie całej rachunkowości na wydatki zwykłe, normalne i na nadzwyczajne jest w wielu wypadkach wręcz w bieżącym roku niemożliwe, i dopiero w następnych latach będzie to stopniowo porządkowane. Dotychczasowa obserwacja przemawia za jednym twierdzeniem: koszt prowadzenia ośrodków zdrowia, ściślej — lekarzy, higienistek, oraz lokali z najprostszymi urządzeniami — spaść musi na samorządy i na Kasy Chorych. Obydwie instytucje, finansowo silne i mające wyraźne ustawowe obowiązki społeczno-lekarskie, pracowały dotąd nieplanowo, bez koordynacji na polu akcji społecznej, łożąc na nią poważne, lecz źle wydatkowane sumy. Wydatki te muszą być nadal utrzymane, ale i powiększone; głównie chodzi tutaj o utrzymanie higienistek i lokali, co moim zdaniem przeciętnie na jeden ośrodek wyniesie około



4.000 zł. rocznie, średnio na jeden przeciętej wielkości (75.000 — 100.000 mieszkańców mający), powiat z pięciu ośrodkami 20.000 zł. Do tej samej wysokości, przypuszczalnie, niedługo dojdzie koszt utrzymania pięciu lekarzy okręgowych, przez naczelnego lekarza Rady Powiatowej. Udział Kas Chorych w wydatkach — można oczekiwać — wyniesie koło 250 zł. miesięcznie na powiat, czyli 3 — 4.000 zł. rocznie. Nie wykluczony będzie niewielki dochód z kwarcówki i innych zabiegów. W każdym razie na samorząd powiatowy wraz z samorządami gminnymi (zwłaszcza miejskimi) wypadnie przeciętnie włożyć ciężar o 15.000 zł. większy od obecnego, co w budżetach Rad Powiatowych, przeważnie przeszło 1/2 miliona zł. wynoszących, nie jest nadmiernym obciążeniem.

Ogólne wnioski, na rocznem doświadczeniu oparte, wydaje mi się, streścić można w taki sposób. Warsztatem i najniższem ogniwem pracy lekarza, pozostającego w publicznej służbie zdrowia, winien być okręgowy ośrodek zdrowia, koncentrujący w sobie wszystkie zagadnienia zdrowotne swojego okręgu i pozostający w ścisłym kontakcie z dopełniającym go, lepiej urządzone i wyposażonym powiatowym ośrodkiem. Lekarz powiatowy, jako lekarz naczelny Rady Powiatowej, mając do rozporządzenia środki państwowe przez poradnie społeczne i samorządowe, ma możliwość dokładnie nadzorować stan zdrowotny i ujmować niemal z matematyczną ścisłością wszelkie odchylenia od normy, oraz wkraczać z zarządzeniami zaradczeni i nawet przymusowemi wszędzie tam, gdzie przymus ze względu na interes publiczny może być potrzebny. Szpitale, sanatoria, różne zakłady lecznicze, oraz inne, poświęcone higijenie i zdrowotności publicznej, są jedynie fachowem i przeważnie chwilowem dopełnianiem systematycznej pracy poradni społecznych, które tylko na czas pewien, np. na okres pobytu w sanatorium tracą z oczu niektórych mieszkańców swojego okręgu, by po powrocie znowu nimi się dalej interesować. Oszczędność, planowość, odpowiedzialność za całość spraw sanitarnych w powiecie wobec ich wzajemnego przyczynowego zazębiania się, wreszcie konieczność unikania zwłoki i tarć kompetcyjnych w sprawach tak wielkiej wagi, jakimi są dla całego państwa zdrowie i życie obywateli, przemawiają za koniecznością zespolenia w powiecie w ręku jednego człowieka całości agend sanitarnych, niezależnie od tego, czy formalnie

stanowią one obowiązek państwa czy samorządu. Nawet w wielkich powiatach, o skomplikowanej strukturze gospodarczej i sanitarnej, wskazane jest raczej danie lekarzowi powiatowemu dostatecznej ilości lekarzy pomocników, niż rozbijanie na sztuczne cząstki państwowe i samorządowe zagadnień zdrowotnych, stanowiących niepodzielną całość.

W obecnych czasach jedynym lekarzem w powiecie, mającym odpowiednie przygotowanie i doświadczenie fachowe z zakresu higieny społecznej, jest państwowy lekarz powiatowy, który zupełnie słusznie domaga się i sięga po kierownictwo spraw sanitarnych w gospodarce naszych samorządów. Dotychczasowa obserwacja nie przemawia przeciw dążeniom lekarzy powiatowych; uznać je trzeba za pożyteczne i właśnie wnoszące do samorządów celowość, oszczędność, jednolitość pracy sanitarnej. Wydaje mi się nawet właściwsza zmiana gdzie niegdzie, w razie potrzeby, lekarza powiatowego, niż trzymanie się z tych względów dwutorowej gospodarki sanitarnej w powiecie. Jeżeli sprawy weterynaryjne, oraz drogowe już uznano u nas za pożyteczne i wymagające scalenia pomimo bez porównania mniejszego wiązania się ich w szereg przyczyn i skutków, to sprawy zdrowia, stanowiące nierozdzielny całość, tem bardziej nie powinny wzbudzać zastrzeżeń i znajdować nieprzejednanych przeciwników jednotorowości.

Poradnia społeczno-lekarska, oparta materialnie o samorządy w najszerszem znaczeniu tego słowa, oraz prowadzona fachowo przez publiczną służbę zdrowia z lekarzem powiatowym na czele i lekarzami samorządowymi, jako jego bezpośrednimi i zgranymi służbowo współpracownikami, powinna być i stanie się placówką, która w sumieniu własnem samych lekarzy, oraz w przekonaniu społeczeństwa powinna odrodzić sanitarjat polski i zapewnić mu piękną kartę w historii rozwoju naszego państwa.

---



Dr. Skokowska-Rudolfowa.

## Dotychczasowe wyniki walki z gruźlicą w kraju i plan Departamentu Służby Zdrowia na najbliższy okres\*).

Mówiąc o wynikach akcji przeciwgruźliczej, można mówić tylko o rozwoju instytucyj zwalczających gruźlicę, ale jeszcze nie o wpływie tej akcji na zdrowotność. Gdyby można zestawić wszystkie rozpoznane przypadki gruźlicy w Polsce, to takie zestawienie w ciągu kilku lat wskazywałoby stały wzrost liczby tych przypadków, z czego nie możnaby jeszcze wyciągnąć wniosku, że w Polsce gruźlica coraz bardziej się szerzy, a raczej że jest coraz częściej wynajdywana i rozpoznawana. Gdybyśmy mieli wystarczającą sieć przychodni przeciwgruźliczych, to po pierwszym okresie wzrostu liczby przypadków nastąpiłby okres nasycenia, a potem najprawdopodobniej okres spadku, o ile poza przychodniami istniałby dostateczny arsenał innych zakładów przeciwgruźliczych i środków zapobiegawczych. Tak się przedstawia stan rzeczy w Anglii, gdzie do pewnego momentu krzywe zarówno obserwacji na gruźlicę, jak i przypadków stwierdzonych podnosiły się, a od 1918 r. datuje się ich spadek; obecnie krzywa obserwacji spada wolniej, druga natomiast znacznie szybciej tak, że już nastąpiło ich skrzyżowanie.

Jesteśmy w okresie, w jakim znajdowały się Stany Zjednoczone przed rokiem 1913, t. j. w okresie stałego wzrostu liczby rozpoznawanych przypadków gruźlicy. Spadek zapadalności na gruźlicę od r. 1913 Stany Zjednoczone objaśniają intensywnym rozwojem akcji przeciwgruźliczej, a w znacznej mierze i wprowadzeniem pasteryzacji mleka.

W zakresie specjalnego ustawodawstwa \*\*) należy przypomnieć, że nie mogąc przeprowadzić ustawy, obejmującej całokształt zagadnienia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Gene-

\*) Referat wygłoszony w dniu 18. II. 1929 r. na zjeździe wojewódzkich naczelników wydziału zdrowia.

\*\*) Patrz szczegóły: Udział Rządu w walce z gruźlicą. Dr. Skokowska-Rudolfowa — Gruźlica № 5 r. 1928. Gruźlica a ustawodawstwo. Dr. Chodźko — Nowiny społeczno-lekarskie № 23 1928.

ralna Dyrekcja Służby Zdrowia, Departament Służby Zdrowia) wydało szereg zarządzeń fragmentarycznych, a więc:

Rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z r. 1921 i 1922, zawierające zakaz pracy dla osób z gruźlicą t. zw. otwartą w piekarniach, sklepach z pieczywem, zakładach kąpielowych, hotelach, pensjonatach.

W r. 1923 rozporządzenie o ochronie czystości powietrza w lokalach publicznych; rozporządzenie to zawiera zakaz płucia na podłogę w tych lokalach i poleca ustawienie spluwaczek.

Okólnik № Z.H.6280/26 ustanawia pewne normy dla organizacji przychodni przeciwgruźliczych. Okólnik № Z. H. 1088/26, wydany w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej, o wydzieleniu chorych na gruźlicę z pośród ogółu chorych w przychodniach Kas Chorych; pismo okólne № Z. H. 356/28 o organizacji zwalczania gruźlicy na terenie województw.

Rozporządzenie z r. 1923 w przedmiocie przepisów sanitarnych dla uzdrowisk zawiera zakaz pracy w charakterze służby dla osób z gruźlicą otwartą w pensjonatach, hotelach i pokojach umeblowanych. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22/III 1928 o dozorcze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku zakazuje zatrudnienia przy wyrobie, sprzedaży, wprowadzeniu w obieg i nadzorze nad wymienionymi artykułami i przedmiotami osób chorych na choroby zakaźne, a więc i gruźlicę. Gotowe obecnie rozporządzenie wykonawcze do tej ustawy, jeszcze nieogłoszone, szczególnie podkreśla ten zakaz w stosunku do osób zajętych przy udoju, rozlewaniu i przechowywaniu mleka. Ponadto Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego wydało przepisy o badaniu osób, podejrzanych o gruźlicę, i zakaz przebywania w szkołach osób z gruźlicą otwartą, oraz okólnik z 6/XII 28 № Z. O. fiz. 1019/28 w sprawie nieprzyjmowania do seminarjów nauczycielskich kandydatów chorych na gruźlicę.

Niezależnie od wydanych przepisów ruch przeciwgruźliczy rozwijał się intensywnie. Należy podkreślić, że szczególną żywotność i trwałość ruch ten wykazywał w okręgach, gdzie był popierany przez władze sanitarne rządowe.



W cyfrach ruch ten przedstawia się następująco:

Przychodni przeciwgruźliczych było:

W roku	1920	1922	1925	1926	1927	1928
	30	37	65	122	140	165
Łóżek szpitalnych	—	—	—	2608	3058	—
Łóżek sanatoryjnych	—	—	—	3121	3769	4313

Udział Rządu wyraża się w coraz rosnących subwencjach na zwalczanie gruźlicy.

Na ten cel udzielono w roku:

1924	1925	1926/27	1927/28	1928/29	1929/30 (prelim.)
15,000 zł.	185.000	375.000	425.000	825.000	1.050.000

Subwencionowano instytucyj:

24	61	62 przeszło 100
----	----	-----------------

Departament Służby Zdrowia pokrywał w całości koszty organizacji kursów przeciwgruźliczych dla lekarzy, kursów dla higienistek — wywiadowczyń wiejskich, oraz niektórych wydawnictw, jak obszernego dzieła „Gruźlica i jej zwalczanie“. Ponadto finansował prace Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, prowadzącego głównie akcję propagandową. Zainteresowanie społeczeństwa wzrosło znacznie, miarą czego może służyć rozwój liczby towarzystw przeciwgruźliczych:

W r.	1920	1922	1925	1926	1927	1928
	14	15	61	118	136	137

Co do samorządów, to dokładnych danych niema, wydaje się jednak, że udział ich jest nieznaczny poza samorządami kilku wielkich miast. Natomiast dane otrzymane z 24 przeciętnych powiatów, wykazały, że budżety tych powiatów zawierają na zwalczanie gruźlicy w roku budżetowym 1928/29 od 0—0,7 całego budżetu, w dwóch tylko przypadkach 1,5 % i 3 %, głównie dzięki energii lekarza powiatowego. W jednym z miast wojewódzkich, mającym 2-miljonowy budżet, na zwalczanie gruźlicy przeznaczono 0,08% wydatków.

Krytyczny rzut oka na pracę instytucyj przeciwgruźliczych i na ich liczbę pozwala wyciągnąć następujące wnioski:

1. Niewszystkie przychodnie przeciwgruźlicze odpowiadają wymaganiom, niektóre z pośród nich istnieją tylko formalnie, nie dając odpowiednich lokali, urządzeń i personelu.

2. Liczne przychodnie, pracujące skądinąd dobrze i energicznie, nie mają pracowni, a bardzo nieliczne mają Roentgena; nawet przychodnie dużych miast wojewódzkich są pozbawione tego cennego środka rozpoznawczego.

Statystyka za rok 1927 wykazuje, że przez przychodnie przeszło ogółem 59.890 osób, stwierdzono w tem chorych na gruźlicę 32.475 osób, czyli 54%. Z pośród tych chorych skierowano do szpitali i sanatorjów razem 4.172 osoby, czyli niecałe 13% (12,8%). Reszta, t. j. 28.300 osób, chorych na gruźlicę, pozostaje w domach bez jakiegokolwiek opieki zakładowej i w większości przypadków w złych warunkach mieszkaniowych. (Dane te nie obejmują woj. Śląskiego, które sprawozdań nie nadesłało, oraz m. Łodzi której druki statystyczne różnią się od ogólnie używanych). W przychodniach tych pracuje około 150 higienistek-wywiadowczyń, czyli 1 wywiadowczyń przypada średnio na 200 tysięcy ludności.

W województwie warszawkiem 1 przychodnia przypada na 141.000, w m. Warszawie — na 75.000, woj. białostockiem — na 130.000, kieleckiem — 212.000, lubelskiem — 417.000, lwowskiem — 97.000, krakowskiem — 124.500, stanisławowskiem — 149.000, tarnopolskiem — 143.000, śląskiem — 112.500, poznańskiem — 164.000, pomorskiem — 312.000, łódzkim — 173.000, wileńskiem — 395.000, poleskiem — 293.000, wołyńskiem — 205.000, nowogródzkim — 134.000.

Liczba łóżek szpitalnych i sanatoryjnych wygląda jeszcze gorzej w stosunku do zaludnienia, tak więc w woj. warszawskim przypada 1 łóżko na 3.150, w białostockiem — 8.400, kieleckiem — 8.400, lubelskiem — 14.200, lwowskiem — 10.200, krakowskiem — 1.200, stanisławowskiem — 7.650, tarnopolskiem — śląskiem — 1.100, poznańskiem — 2.000, pomorskiem — 7.900, łódzkim — 4.000, wileńskiem — 10.400, poleskiem — 17.600, wołyńskiem — 287.514, nowogródzkim — 400.360; w Warszawie wypada 1 łóżko na 2.300 mieszkańców. Przeciętnie w Polsce wypada 1 łóżko na 4.000 mieszkańców. (Stan ludności według spisu z r. 1921. inne dane cyfrowe z końca roku 1928). Widac zatem, że jeśli chodzi o przychodnie, to poza Warszawą i Śląskiem najlepiej przedstawia się białostockie, gdzie praca tak pod względem ilości, jak i jakości szybko w ostatnich czasach posuwa się



naprzód. Energicznie również rozwija się tarnopolskie. Pod względem ilościowym duży wysiłek wykazuje woj. krakowskie.

Jeśli chodzi o szpitalnictwo gruźlicze, to najlepiej przedstawiają się województwa zachodnie i krakowskie, najgorzej natomiast — Kresy Wschodnie. Co do woj. krakowskiego, to ta wielka liczba łóżek zależy od tego, że zaliczono tu łóżka sanatoryjne w Zakopanem, które w rzeczywistości obsługują całą Polskę.

Cała sprawa wygląda jeszcze gorzej, jeśli się te liczby zestawia ze skromnymi bodaj wymaganiami teoretycznymi. Przeciętą śmiertelność na gruźlicę w wielkich miastach Polski wynosi 30 : 10.000 ludności (dane z roku 1924). Jeśli przyjmiemy tę cyfrę dla całego terytorjum, to należy przyjąć, że mamy rocznie 80.000 przypadków śmierci z gruźlicy, zaś chorych na gruźlicę (przyjawszy liczbę siedmiokrotnie większą) przeszło  $\frac{1}{2}$  miliona. To znaczy, że przychodnie przeciwgruźlicze mają w swojej ewidencji zaledwie niecałe 12%, a skierowały do zakładów 0,83% tych „teoretycznych“ gruźlików. Pozostają chorzy, leczeni przez lekarzy prywatnych, na co w naszych warunkach materialnych niewielu ludzi może sobie pozwolić, oraz chorzy kasowi, ale zaledwie 15% ludności jest ubezpieczonej.

W bardzo ciekawym referacie D-ra Oströmęckiego, Naczelnika Wydz. Zdrowia w woj. kieleckim, wygłoszonym na zjeździe starostów w Kielcach w dniu 10. I. 1929, podane są dane z Kas Chorych zachorowań na gruźlicę wśród ubezpieczonych. Materiał, starannie zebrany przez D-ra Oströmęckiego, wykazuje ogromne zagruźliczenie wśród ubezpieczonych niektórych powiatów, w innych stan ten przedstawia się lepiej, niż w pozostałych miejscowościach Polski. Powstaje wątpliwość, czy rozpoznania są stawiane dokładnie, wydaje się jednak, że w większości przypadków wymagałyby kontroli specjalistów. Niewątpliwie jednak propozycja D-ra Oströmęckiego zużytkowania danych z Kas Chorych zasługuje na wielką uwagę i zebranie danych o przypadkach gruźlicy na terenie województwa, opartych na statystyce ośrodków zdrowia, przychodni przeciwgruźliczych i ambulatorjów Kas Chorych dałyby obraz zbliżony do rzeczywistości.

Porównanie wymagań zachodnio-europejskich w zakresie akcji przeciwgruźliczej ze stanem obecnym u nas przedstawia się

następująco: 1 przychodnia (ośrodek zdrowia), dobrze zaopatrzona powinna przypadać na 10.000 ludności (u nas na 75.000—400.000), 1 pielęgniarka-wywiadowczyni na 2 — 3.000 mieszkańców (u nas 1 : 200.000), 1 łóżko na każdy przypadek śmierci z gruźlicy (u nas 80.000 zgonów — 7.360 łóżek, a jedno z województw łóżek dla chorych na gruźlicę nie posiada wcale), lub tam, gdzie liczba zgonów nie jest znana, 1 łóżko na 1.000 mieszkańców; u nas (bez województw śląskiego i krakowskiego) przypada na 1 łóżko od 2.000 do 400.000 mieszkańców.

Tak się przedstawia stan obecny pomimo, że wysiłek i postęp były w ciągu 10-lecia ogromne.

Przyszłe zadania można pokrótce sformułować w następujący sposób: 1) kompletne ustawodawstwo, 2) tworzenie kompleksów instytucyj przeciwgruźliczych, 3) zjednoczenie w jednych rękach zwalczania gruźlicy, 4) kontrola instytucyj.

Projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy był opracowany w roku 1926, nie zdołał jednak wejść w życie, jako rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej; obecnie jest uzgadniany i niedługo prawdopodobnie wejdzie pod obrady izb ustawodawczych.

Projekt przewiduje obowiązkowe zgłaszanie przypadków gruźlicy, niebezpiecznej dla otoczenia, organizację odpowiedniej liczby przychodni przeciwgruźliczych, łóżek dla chorych na gruźlicę, oraz zakładów zapobiegawczych. Cały ciężar finansowy zostaje przerzucony na samorządy: w zakresie zakładania przychodni — na gminy miejskie powyżej 10.000 mieszkańców, dla pozostałych — na powiatowe związki komunalne. Zakłady szpitalne obowiązane są utrzymywać te związki komunalne, które utrzymują szpitale wogóle (zakłady specjalne, w myśl ustawy o zakładach leczniczych, są utrzymywane przez wojewódzkie związki komunalne). Minister Spraw Wewnętrznych ma prawo zgodnie z projektem wydawać wszelkie zarządzenia w celu zapobiegania szerzenia się gruźlicy. Udział finansowy Rządu nie jest w projekcie ustalony.

Tworzenie kompleksów instytucyj przeciwgruźliczych zostało szczególnie podkreślone, gdyż dotąd istnieje przerost instytucyj rozpoznawczych (przychodni) nad zakładami innymi. Przychodnie wyrastały nadzwyczaj szybko, co ułatwiały taniość i prostota organizacji. Tymczasem należy zdać sobie sprawę, że przychodnia nietylko jest ośrodkiem zwalczania gruźlicy, ile „sortownią“ i po-



winna mieć odpływ chorych. Większość naszych przychodni nie umieszcza swoich chorych w zakładach, bo niema gdzie ich izolować i leczyć. Przychodnia, która odpływu chorych nie ma, traci mniej więcej 50% swojej wartości. Leczenie domowe, czy izolacja w mieszkaniu chorego z gruźlicą zaraźliwą przez długi jeszcze czas będą u nas niemożliwe; trzeba pamiętać o tem, że w Polsce mieszkania jednoizbowe stanowią 36,8% ogółu mieszkań, z tego 67% mieści się w piwnicach i suterrenach (dane te dotyczą miast z ludnością ponad 20.000 ludności — rocznik statystyczny r. 1928).

W doskonałym referacie o poradniach społeczno - lekarskich w Tarnopolszczyźnie Dr. Sałak, Naczelnik Wydziału Zdrowia w woj. tarnopolskim, słusznie zaznacza, że różnica między przychodnią i poradnią zaciera się; to, czy dana instytucja leczy, czy nie leczy, nie może stanowić kryterjum, przychodnia przeciwgruźlicza zawsze w pewnej mierze leczy, czy to objawowo, czy nawet specyficznie, (np. ambulatoryjne stosowanie odmy sztucznej). Istotnie prawne pojęcie „poradnia“ nie istnieje. Można by je wprowadzić, ale opierając się na innem, niż dotąd (lecznictwo) kryterjum, pozostawiając określenie przychodni dla ambulatorjów, które traktują chorego, jako jednostkę, zwracającą się o pomoc dorywczo, np. ambulatorja Kas Chorych, pogotowia i tp., określenie „poradni“ stosując do instytucyj przeciwgruźliczych, przeciwjagliczych i t. p. (ang. dispensary, franc. dispensaire), które utrzymują chorego w swojej ewidencji przez cały czas trwania choroby, a także rozciągają opiekę nad jego rodziną, otoczeniem, prowadzą akcję wywiadów i propagandy za pośrednictwem pielęgniarek - wywiadowczyń. Dr. Sałak ma słuszność również, twierdząc, że organizacja ich powinna oprzeć się na instytucjach, mających stałe podstawy finansowe — samorzady i kasy chorych, a nie na chwiejnych instytucjach społecznych. Wydaje się, że z przychodniami finanse samorządowe powinny dać sobie radę. Natomiast wielkie trudności nasuwają się przy zamierzonej organizacji szpitala czy sanatorjum. Jest to następne, niezbędne ogniwo. Najbardziej humanitarną jednostką jest szpital - sanatorjum z oddziałami dla wszelkich stopni i postaci gruźlicy; możnaby również organizować oddziały obserwacyjno-izolacyjne przy szpitalach ogólnych, oraz związane z nimi organizacyjnie wojewódz-

kie sanatorium, do którego byliby kierowani chorzy uleczalni. Trzeciem ogniwem byłoby wojewódzkie prewentorium dla dzieci.

Co do tego istnieje pomieszanie pojęć, w praktyce z tego jest robione sanatorium albo zakład opiekuńczo - wychowawczy. Nie jest to ani jedno, ani drugie. Pozwolę sobie przytoczyć ścisłe określenie (według L. Bernard'a). Jest to zakład leczniczy dla dzieci z gruźlicą gruźliczo - oskrzelowych i gruźlicą gruźlicową zewnętrzną, nieropiejącą, niewymagającą leczenia chirurgicznego. Bezwzględnie wykluczone są dzieci z gruźlicą zaraźliwą. Jest to również zakład zapobiegawczy dla dzieci ze środowiska gruźliczego, które wykazują osłabienie stanu zdrowia i które groźba zakażenia nakazuje przenieść do zdrowego środowiska.

Sfinansowanie zakładu leczniczego jest trudne, dlatego zwracam uwagę na niezmiernie ciekawy projekt D-ra B r o d o w i c z a, Naczelnika Wydziału Zdrowia w woj. białostockiem, utworzenia związku międzykomunalnego dla budowy wojewódzkiego sanatorium. Podstawę prawną daje tu rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 o związkach międzykomunalnych. Zaznaczam, że Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) gotowe jest popierać tworzenie przedewszystkiem sanatoriów ludowych o typie barakowym.

Wszystkie te ognia — przychodnia, szpital, sanatorium, prewentorium — byłyby związane organizacyjnie. Departament Służby Zdrowia jest gotów popierać w pierwszej linii tworzenie tego rodzaju kompleksów. W projekcie znajduje się również organizacja wzorowa w zakresie zwalczania gruźlicy powiatu i województwa. Kontrola tych wszystkich zakładów, ześrodkowana w rękach Wydziału Zdrowia urzędu wojewódzkiego, jest rzeczą niezbędną. Organem takiej kontroli powinien być inspektor (nawaznie 1 na kilka województw), który powinien mieć specjalne przygotowanie fizjologiczne, oraz zdolności organizacyjne i wyrobienie administracyjne, a także instruktorka-pielęgniarka dyplomowana (po 1 na województwo), która objęłaby całość pielęgniarstwa (nie tylko gruźliczego) w województwie. Pielęgniarek specjalizować nie należy.

Oprócz tego bezpośredniego kontaktu personalnego przez inspektorów i inspektorki (co Departament Służby Zdrowia gotów



jest subwencjonować), istnieją sprawozdania miesięczne, które pozwalają skontrolować pracę przychodni przeciwgruźliczych. Dają one możliwość ocenić organizację i urządzenie przychodni.

W sprawozdaniach pracy przychodni należy zwrócić uwagę na niektóre dane, szczególnie liczbę porad (przeciętnie 2 porady miesięcznie na 1 chorego i 4 — 6 chorych na godzinę), stosunek liczby rozpoznanych przypadków gruźlicy do ogólnej liczby chorych, liczbę badań płwociny (przynajmniej tyle, ilu nowych rozpoznanych gruźlików), liczbę skierowanych do zakładów (czy jest łączność z jakim zakładem), liczbę wywiadów (średnio 4 dziennie), i t. p.

Przychodnia, która niema higienistki-wywiadowczyni, wogóle przychodnią nie jest. Przychodnia, która nie ma laboratorium, nie jest miarodajna, jako instytucja rozpoznawcza. Przychodnia, której dane liczbowe odchylają się znacznie od średnich norm, pracuje wadliwie. Bardzo starannego nadzoru również wymagają zakłady lecznicze zarówno co do urządzeń wewnętrznych, jak co do liczby przebytych średnio przez każdego chorego dni szpitalnych. Uporządkowanie tej kontroli jest jednym z najważniejszych przyszłych zadań służby zdrowia.

Wreszcie ważnem zagadnieniem, nad którym zastanawiał się Departament Służby Zdrowia wspólnie z Państwową Naczelną Radą Zdrowia, była sprawa uporządkowania uzdrowisk dla chorych gruźliczych, przytem jako pierwszorzędny postulat wysunięto konieczność opracowania planów regulacyjnych miejscowości klimatycznych i przepisów szczegółowych dla sanatoriów, pensjonatów i t. p., przyjmujących chorych na gruźlicę.

---

Dr. J. Przedborski (Warszawa).

## **Chorobowość i śmiertelność wśród Żydów w świetle roczników statystycznych m. st. Warszawy \*)**

Z wielkiego materiału, podanego w rocznikach statystycznych m. st. Warszawy z lat ostatnich, wymienię najbardziej jaskrawe cyfry, skrupulatnie zestawione w urzędzie statystycznym, a jednak nieodpowiadające istotnemu stanowi rzeczy.

Przyjrzymy się przedewszystkiem tablicy „Ruch naturalny ludności“ (1926). Już w tej tablicy, służącej jako podstawa do wszelkich obliczeń statystycznych w odsetkach widzimy dane, które kazałyby nieświadomionemu co do istoty rzeczy badaczowi, wysnuwać bardzo błędne wnioski. Gdy przed wojną i w latach ostatnich odsetek urodzeń wśród ludności żydowskiej Warszawy był naogół mniejszy, niż wśród ludności chrześcijańskiej, 1910 — 1914 — 22,2% — 29,4%; 1926 — 16,0% — 23,5% 1915 — 12,8% — 25,5%, to odrazu w latach 1916, 17 i 18 otrzymujemy cyfry odwrotne 22,4% — 16,2%; 25,0% — 12,5%; 17,8% — 11,4%. Z tego możnaby wysnuć wniosek (wnioski takie bywały w prasie), że lata wojny bynajmniej nie wpłynęły na depopulację mas żydowskich, a przeciwnie dały im bodźca do tem większego rozmnożenia. Należy sobie jednak uprzytomnić czem ten nagły podskok odsetka urodzeń żydowskich został spowodowany. Nie ulega wątpliwości, że dominującą rolę odegrały tu karty chlebowe. Znana jest opieszałość ludności żydowskiej w tak zwanem „wyrabianiu metryczki“ dla nowonarodzonych dzieci. Odgrywają tu, przyznać trzeba, rolę specjalne warunki: z jednej strony częste niedokonanie ślubu cywilnego łącznie z religijnym, z drugiej zaś koszta i trudności formalistyczne związane z tą sprawą. Jednak głód czasów wojny wszystkie te przeszkody pokonał i otóż celem otrzymania kart chlebowych zameldowano masowo jako nowonarodzone wszystkie te dzieci, których zarejestrowanie

\*) Według odczytu wygłoszonego na I-ym Zjeździe Tożu w Warszawie 1928 roku.



w latach ubiegłych zostało zaniedbane. W ten sam sposób tłumaczy się nagłe zwiększenie odsetka małżeństw żydowskich w latach 1916 — 1917 w stosunku do lat poprzednich i następnych; dokonywano formalności ślubów cywilnych małżeństw uprzednio tylko religijnie uskutecznionych. Że ludność żydowska jest opieszła w rejestrowaniu swych noworodków wynika jeszcze z tablicy, dotyczącej urodzeń, a podanej w roczniku statystycznym za lata 1923 i 24. Gdy z pośród zarejestrowanych w danym roku noworodków chrześcijańskich przeszło 80% urodziło się w tymże roku, to z zameldowanych noworodków żydowskich zaledwie 50%—60% pochodzi z danego roku, reszta zaś z ubiegłego i z lat dawniejszych.

Jeżeli sobie uprzytomnimy, że rzeczywista liczba urodzeń w danym roku służy w myśl przyjętych zasad jako podstawa do obliczania umieralności niemowląt, to zrozumiemy, jak trudno jest odtworzyć sobie rzeczywisty obraz umieralności niemowląt żydowskich, jak trudne są wobec tego plany racjonalnej walki z tą śmiertelnością.

Bardziej jeszcze odczuwaną bolączką jest statystyka martwych noworodków. Według roczników statystycznych m. st. Warszawy liczba martwych noworodków żydowskich jest niepomiernie duża w stosunku do liczby martwych noworodków chrześcijańskich. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że główne czynniki sprzyjające wzrostowi liczby noworodków martwych — kiła, gruźlica i alkoholizm rodziców, u żydów nie odgrywają tej dominującej roli, jak wśród ludności chrześcijańskiej, tembardziej nas ten stan rzeczy dziwi. Biorę dla przykładu rok 1926 (tabl. str. 26). Na ogólną liczbę 16.629 żywych chrześcijańskich noworodków, było 322 noworodków martwych, czyli około 2%. Natomiast na ogólną liczbę 5.026 żywych żydowskich noworodków było 368 martwych czyli około 7 $\frac{1}{2}$ %. Że cyfry powyższe nie odzwierciedlają faktów istotnych, zacytuję jako dowód stosunek martwych noworodków do ogólnej liczby urodzonych w jednym z miejscowych żydowskich społecznych zakładów położniczych. Wiadomą jest rzeczą, że do zakładu położniczego dobroczynnego skierowane są poza porodami normalnemi w pierwszej linii, wszelkie porody skomplikowane, przewlekłe, lub takie, w których należy się spodziewać komplikacji dla matki lub dziecka. Otóż w wymienionym zakładzie

położniczym (Żelazna 42) w roku 1926 było na 693 urodzeń martwych 22, w roku 1927 na 620 urodzeń martwych 20. W obydwu latach stosunek wynosił nieco powyżej 3‰, a więc znacznie mniej, niż odpowiedni stosunek według roczników statystycznych, nie bacząc na to, że wymienione wyżej względy techniczne kazałyby się w zakładzie położniczym spodziewać większego odsetka martwourodzonych, niż w stosunku do ogólnej liczby urodzeń w miesiące.

Jeszcze jaskrawiej przedstawia się kwestja martwych noworodków nieślubnych. W stosunku do wszystkich chrześcijańskich żywych noworodków liczba martwych nieślubnych wyrazi się cyfrą około 2,75‰, natomiast w stosunku do wszystkich żywych żydowskich odnośna liczba martwych wynosi około 39‰, czyli prawie 14-o krotnie więcej. Jeżeli jeszcze uprzytomnimy sobie, że według roczników statystycznych liczba dzieci nieślubnych żydowskich jest większa, aniżeli chrześcijańskich (stosunek odsetkowy 7,33‰ i 6,75‰), to jak mylnie można stąd wysnuwać wnioski o rozprzężeniu zasad etyki życiowej i religijnej wśród mas żydowskich, o braku opieki nad położnicą nieślubną i t. d., i t. d.!

Sprawa ta jednak inaczej się tłumaczy. O opieszałości wśród żydów w wykonywaniu aktów ślubu cywilnego wspominałem już wyżej, stąd większa stosunkowo liczba noworodków nieślubnych, choć w rzeczywistości z religijnego małżeństwa pochodzących. Kwestja wielkiej liczby nieślubnych noworodków martwych tłumaczy się tem, że zdarza się niejednokrotnie w razie zgonu noworodka, wzgl. niemowlęcia nieślubnego, niezarejestrowanego jeszcze w urzędzie stanu cywilnego, meldowanie takiego zgonu wprost jako noworodka martwego, a to celem ułatwienia zabiegów formalnych w urzędzie. Jest to przykra rzeczywistość, z którą na przyszłość winien walczyć jak najenergiczniej ogół lekarzy-społeczników, jak również działacze, stojący na czele gmin wyznaniowych, oraz na czele towarzystw, oddających osatnią posługę zmarłym.

Zaznaczę tu jeszcze dla ilustracji słuszności wyrażonego tu poglądu, że w zacytowanym wyżej zakładzie położniczym nie było w ciągu 1926 i 1927 roku faktycznie ani jednego nieślubnego urodzenia, choć niejednokrotnie formalności ślubu cywilnego musiały być załatwiane po urodzeniu dziecka, inaczej zakład nie wydawał odpowiedniego zaświadczenia dla noworodka.



Ze te cyfry wywierają swe piętno na statystyce śmiertelności niemowląt, zdaje się nie ulegać wątpliwości. Oczywiście w tym względzie mylne dane wyzieraają z tablic ilustrujących zgony dzieci nie tylko w pierwszym, lecz i w następnych latach życia.

Jeszcze jeden fakt muszę podkreślić. Chociaż wiadomą jest rzeczą, że ludność żydowska bardzo dba i troszczy się w miarę sił i możliwości o swe zdrowie i otacza chorego pieczołowitą opieką, to jednak uderza fakt, że przy ogólnej, stosunkowo mniejszej od chrześcijan liczbie zgonów, śmiertelność od chorób zakaźnych jest (według roczników statystycznych) wśród żydów większa, niż wśród chrześcijan.

Dla zilustrowania dodaję obliczenia na zasadzie cyfr z roczników statystycznych z lat 1924 i 1925 dotyczące płonicy i błonicy.

**Śmiertelność na płonicę i błonicę w stosunku do liczby zameldowanych przypadków i na 10.000 ludności.**

Rok		Liczba zameld. chor.	Liczba zgonów	Odsetek śmiertelności	Zmarło na 10.000 ludn.
1924	chrz. Płonica	1974	175	9%	3,0
	żydzi	463	59	13%	2,0
	chrz. Błonica	411	50	12%	0,8
	żydzi	91	24	26%	0,8
1925	chrz. Płonica	489	160	11%	2,5
	żydzi	373	47	13%	1,5
	chrz. Błonica	345	59	17%	0,9
	żydzi	104	30	30%	0,9

Ponieważ, jak widzimy, śmiertelność jest wyższa u żydów w stosunku do liczby zameldowanych przypadków, natomiast liczba zgonów na płonicę i błonicę na 10.000 ludności każdego wyznania jest, albo znacznie niższa wśród żydów (na płonicę), albo co najmniej dorównywuje odpowiedniej liczbie chrześcijan (na błonicę). Należy przypuszczać, że sprzeczność ta polega na mniejszym, niż odpowiadało stanowi faktycznemu zameldowaniu przez żydów zachorowań na omawiane choroby zakaźne. Przypuszczenie to potwierdzałyby również ta okoliczność, że w leczeniu szpitalnym żydzi wykazują mniejszą śmiertelność niż chrześcijanie. Coprawda, podkreślić muszę, że w roku 1926 podczas wielkiej epidemii płonicy stosunek śmiertelności do zameldowanych przypadków i śmiertelności szpitalnej był jednakowy (około 9,5% dla żydów, około 11% dla chrześcijan), a raczej niższy dla żydów. Dowodziłoby to może poprawy kwestji meldowania przez żydów chorób zakaźnych.

Reasumując powyżej powiedziane, dochodzimy do wniosku, że bezwzględnie konieczne jest przeprowadzenie sanacji we wszelkich czynnościach, które stanowią źródło danych statystycznych, ilustrujących chorobowość i śmiertelność ludności żydowskiej. Bez ścisłych danych nie będziemy nigdy w stanie zorientować się dokładnie, w jakim kierunku skierować wysiłek pracy lekarsko - społecznej.

---



S. Adamowiczowa.

Z Sekcji Higieny Rady Narodowej Polek (C.I.F.)

## Współpraca międzynarodowa w dziedzinie zdrowia publicznego.

„Wierzę niewzruszenie, iż Wiedza  
i Pokój zatryumfują nad ciemnotą  
i wojną, że narody będą się łączyć  
nie po to, by niszczyć, lecz by bu-  
dować“.  
Pasteur.

Współpraca międzynarodowa po Wielkiej Wojnie uczyniła znaczne postępy. O ile w dziedzinie czystej polityki (choć, czyż są dziś jeszcze zagadnienia czysto polityczne, nie związane ze sprawami ekonomicznymi) przetrwały przeważnie dawne metody postępowania, przykryte mniej, lub więcej zręczniami, o tyle w sprawach tak zwanych „technicznych“ współdziałanie państw staje się coraz bardziej wydatne i chociaż wolno, ale wytrwale toruje drogę do prawdziwego porozumienia między narodami, które przecież kiedyś przyjść musi.

Na czoło tych zagadnień technicznych wysunęły się sprawy sanitarne. Stało się to i dzięki temu, że straty wojenne w materiale ludzkim były potworne i dlatego również, że w chwili gdy Kongres pokoju zasiadał w Wersalu, przeżywaliśmy pod względem epidemicznym czasy średniowiecza. Epidemja grypy objęła obie półkule i zabrała w okresie kilku miesięcy więcej ofiar, niż Wielka Wojna, a na wschodzie Europy zapalało się olbrzymie ognisko duru plamistego. Nie należy przeczyć również, że wszyscy wówczas odczuwali konieczność organizowania współpracy międzynarodowej w jakimś kierunku, a interesy państw w dziedzinie zdrowia publicznego były najmniej ze sobą sprzeczne i że znaleźli się ludzie, którzy chcieli i umieli daną sprawę postawić i poprowadzić.

Dzieje międzynarodowego porozumienia w dziedzinie zdrowia publicznego nie rozpoczynają się jednak dopiero od Wielkiej Wojny; historia ich sięga lat dawniejszych, a nawet bardzo dawnych. Jeszcze w wiekach średnich Wenecja i inne miasta Hanseatyckie w obawie przed zawleczeniem zarazy zatrzymywały w swych portach zakażone okręty przez dni czterdzieści (quaranta, stąd kwarantana). Istota chorób zakaźnych nie była oczywiście wtedy jeszcze znana, panował jednak pogląd empiryczny, że

można zapobiec szerzeniu się chorób zakaźnych, izolując osoby zakażone na dłuższy przeciąg czasu. W celu uregulowania tych zarządzeń, porozumiewanie poszczególnych państw między sobą i zawieranie układów stało się koniecznością.

W wieku XIX międzynarodowe konferencje sanitarne zbierały się często, ale do roku 1914 przedmiotem obrad były wyłącznie trzy choroby egzotyczne: cholera, dżuma i żółta febra. Przytem do końca ubiegłego stulecia, to jest do chwili wybuchu wielkiej epidemji dżumy w Indjach (1896), uwagę przykuwała głównie cholera. Dżuma nie niepokoiła Europy, a zagadnienie żółtej febry dopiero wtedy zajęło umysły, gdy szereg wybuchów epidemicznych w Hiszpanji, Portugalji i niektórych portach morza Śródziemnego wskazały możliwość zawleczenia tej choroby do Europy. Począwszy od pierwszej konferencji w Paryżu 1851 r. wysunęły się dwa pytania, które chciano rozwiązać w drodze umów międzynarodowych: 1) ochrona Europy od zawleczenia cholery z Dalekiego Wschodu, 2) złagodzenie zbyt surowych, bezcelowych przepisów kwarantanowych wydawanych przez poszczególne państwa. Przepisy te oparte na obawie przed czemś nieznanem, a nie na poglądach naukowych hamowały normalny rozwój stosunków ekonomicznych.

Podkreślić należy, że konferencje rozważały wszystkie sprawy z punktu widzenia interesów Europy, która wówczas (Stany Zjednoczone były jeszcze na dorobku) wydawała się być najważniejszą częścią świata. Zagadnieniom zawleczenia chorób z Europy do innych części świata konferencje nie udzielały wiele uwagi, chociaż fakty takie zdarzały się nieraz i w ślad za pionierami niosącymi zdobycze kultury europejskiej w najodleglejsze zakątki świata, w ślad za nieustraszonemi badaczami nieznanych lądów szły takie dary cywilizacji, jak ospa, gruźlica, odra, choroby weneryczne i siaty spustoszenie. Epidemje tych chorób ze względu na swe rozmiary były nieraz zaliczone do wielkich klęsk, znanych w historii ludzkości.

Osiągnięcie ściślejszego porozumienia i na terenie Europy było jednak trudne i dopiero szósta z kolei konferencja w Dreźnie, zwołana w roku 1883, po wielkiej epidemji cholery, doprowadziła do zawarcia umowy, opierającej walkę z cholera na podstawach naukowych, zrywając ze starym systemem kwarantano-



wym. Od tego czasu międzynarodowe konferencje sanitarne z roku 1903 i z 1912, wreszcie ostatnie z 1926 roku, przystosowywały się coraz bardziej do poglądów na choroby zakaźne, panujących w nauce w danej chwili, dążyły do zapewnienia coraz większej swobody dla ruchu towarowego i pasażerskiego, przepisy były coraz bardziej giętkie, dające się przystosować do warunków, panujących w poszczególnych państwach. Jednocześnie konferencje rozszerzały zakres działania, obejmując oprócz cholery, dżumę (1903), żółtą febrę (1912) — wreszcie, po ciężkich latach doświadczenia powojennego, dur płamisty i ospę (1926 r.).

Nie od rzeczy będzie może wspomnieć, że konferencja 1926 roku obfitowała w momenty polityczne. Poza sprawami ciekawymi jako epizody, lecz w rzeczy samej bez znaczenia jak np. oświadczenie delegata Litwy, że dla postawienia u siebie na odpowiednim poziomie spraw sanitarnych Litwa musi władać Wilnem, naprawdę ważnym momentem było usunięcie z konwencji (przynajmniej zewnętrzne) podziału na Europę i Azję, bardzo wyraźnie jeszcze zaznaczone w konwencji 1912 roku (Rozdział IX zawierał specjalne zarządzenia dla Bliskiego Wschodu i dla Dalekiego Wschodu). Usunięty też został wobec gorącego sprzeciwu przedstawiciela Hedjazu rozdział III konwencji 1912 r., dotyczący specjalnej opieki organów międzynarodowych nad Hedjazem, jako ośrodkiem olbrzymich pielgrzymek muzułmańskich. Walka o wyzwołenie się Wschodu z pod supremacji Europy znalazła swój wyraz i na terenie spraw sanitarnych. Stany Zjednoczone pozostały wierne sobie i doktrynie wzajemnego zaufania, wysuwanej przez grupę europejską przeciwstawiwały prawo każdego państwa do stosowania w swych portach zarządzeń, które uzna ono za słuszne. Pogląd ten znalazł swój wyraz w uwagach załączonych do protokołu Konwencji.

Wróćmy jednak do historycznego biegu wypadków. Już od czasu konwencji Wiedeńskiej 1872 r. wyłaniać się zaczęła myśl o konieczności stworzenia specjalnej instytucji, której zadaniem byłoby zbieranie i centralizowanie w okresach pomiędzy posiedzeniami dyplomatycznymi, wiadomości, dotyczących stanu sanitarnego poszczególnych krajów. Myśl ta znalazła swój wyraz w powstaniu dwu instytucyj — Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej w Paryżu, oraz Pan-amerykańskiego Biura Sanitarnego

w Waszyngtonie. Międzynarodowy Urząd Higjeny Publicznej (Office International d'Hygiène Publique) został utworzony w 1907 roku. Statut organizacyjny Urzędu został podpisany przez 12 państw, które zobowiązały się między innymi do dostarczania środków na utrzymanie urzędu. Praca Urzędu polegała głównie na zbieraniu i komunikowaniu swym członkom wiadomości o przebiegu chorób zakaźnych i rozwoju ustawodawstwa, dotyczącego zdrowia publicznego, oraz na rozważaniu spraw, wypływających z zastosowania międzynarodowych konwencji sanitarnych. Biuro w Waszyngtonie powstało w 1902 roku, jako wynik pierwszej pan-amerykańskiej konferencji sanitarnej, rozważającej zagadnienia specjalne nowego świata. Biuro miało działać (i działa dotąd) jako centrum informacyjne i jako łącznik pomiędzy administracjami sanitarnymi Ameryki i Europy.

W tem stadium międzynarodowe sprawy sanitarne przetrwały do Wielkiej Wojny. Widzimy, że współpraca narodów w dziedzinie zdrowia publicznego miała bardzo wąski zakres. Wyrażała się ona głównie w szeregu konwencji, które dążyły do uzgodnienia zarządzeń sanitarno-administracyjnych w granicach państw tak morskich jak i lądowych. Działalność Międzynarodowego Urzędu Higjeny Publicznej, oraz Biura w Waszyngtonie z wielu względów bardzo cenna, nie rozwinęła się jednak na szerszą skalę.

Zupełnie innym torem poszły sprawy po Wielkiej Wojnie od chwili powstania Ligi Narodów — dziś już trudno oddzielić międzynarodową współpracę w dziedzinie zdrowia publicznego od rozwoju instytucji genewskiej. Wpłynął na to cały szereg czynników, z których niepoślednim był rozwój samej higjeny. Higjena w drugiej połowie ubiegłego stulecia sprowadzała się właściwie do walki z chorobami zakaźnymi i dopiero w latach późniejszych podzieliła się na szereg gałęzi obejmując cały szeroki zakres zagadnień społecznych. Zagadnienia te szczególnie ostro zaczęły występować po wojnie i Liga Narodów powołana do zagojenia ran i ustalenia pokoju zarówno politycznego, jak i społecznego na świecie nie mogła nie zająć się ich rozwiązaniem.

Artykuł 23 paktu (Statutu Ligi Narodów) nakłada na członków Ligi obowiązek „dołożenia wszelkich starań do zapobiegania chorobom i ich zwalczania w drodze międzynarodowej“. Jeszcze przed powstaniem stałej organizacji w Lidze Narodów, obejmu-



jącej zagadnienia higieny, bieg wypadków sprawił, że Liga wzięła czynny udział w walce z epidemjami, które wybuchły ze straszną siłą w niektórych państwach, bezpośrednio po wojnie.

Specjalnie w tym celu stworzona komisja epidemiczna współpracowała z naszym Ministerstwem Zdrowia Publicznego podczas epidemji duru plamistego w 1920 roku. Nieco później Komisja objęła swą działalnością Łotwę i Związek Socjalistycznych Republik Rad, oraz Grecję. Prace Komisji epidemicznej szły mniej więcej wszędzie w jednym kierunku. Komisja nie prowadziła nigdzie akcji samodzielnie, dostarczała tylko administracjom sanitarnym krajów z którymi współpracowała niezbędnych materiałów, mianowicie urządzeń szpitalnych, środków transportowych, środków leczniczych, mydła, bielizny, ubrań, jedzenia, opału. Środki Komisja czerpała z funduszków udzielonych przez niektóre państwa na skutek odezwy Zgromadzenia i Rady Ligi Narodów.

Obecnie istniejąca stała Organizacja Higieny Ligi Narodów składa się z organu doradczego, Komitetu higieny i sekretariatu technicznego zwanego Sekcją higieny. Praca Organizacji Higieny Ligi Narodów posiada dwie cechy charakterystyczne: 1) organizacja higieny nie wkracza w działalność administracji sanitarnej żadnego kraju, to znaczy nie organizuje, nie prowadzi żadnych instytucyj sama, lecz zawsze pracuje przez służbę zdrowia danego państwa, 2) nie podejmuje opracowywania zagadnień czysto teoretycznych, których rozwiązanie nie daje bezpośrednich wyników praktycznych. Organizacja Higieny spełnia rolę doradczą w sprawach zdrowia przy Radzie i Zgromadzeniu Ligi, dąży do wspólnego porozumienia się, poznania i bliższej współpracy pomiędzy administracjami sanitarnymi poszczególnych krajów, do opracowywania zagadnień zdrowia publicznego, mających znaczenie międzynarodowe, współpracuje z Międzynarodowym biurem pracy w sprawach higieny zawodowej, oraz z innymi instytucjami społecznymi, działającymi w pokrewnych dziedzinach, dąży do skoordynowania badań naukowych, wreszcie ułatwia zawarcie międzynarodowych umów sanitarnych, koniecznych dla planowej akcji w dziedzinie higieny na całym świecie.

Oto kilka przykładów tej działalności:

1. Jako jedno ze swych pierwszych zadań Sekcja Higieny podjęła zcentralizowanie i rozpowszechnienie wiadomości dotyczących

przebiegu chorób zakaźnych w tych wszystkich krajach, które posiadają jakąś statystykę chorób, panujących nagminnie. Wiadomości te są ogłaszane w specjalnym miesięczniku wydawanym w tym celu przez sekcję. Miesięcznik ten jest rozsyłany Służbie Zdrowia Publicznego każdego kraju, dając możliwość dokładnego zorientowania się co do stanu chorób zakaźnych, nawet w najodleglejszych zakątkach świata. W razach nagłego wybuchu jakiejś epidemii, wiadomości o chorobie i jej przebiegu są przesyłane telegraficznie, lub nadawane przez potężne stacje radiowe na różnych kontynentach.

2. Dążąc do dokładnego zapoznania się ze stanem chorób zakaźnych na miejscu w najważniejszych ogniskach tych chorób, organizacja higieny zorganizowała zbadanie przez rzeczoznawców zimnicy w Rosji, na Bałkanach, we Włoszech i w Ameryce, gruźlicy i śpiączki afrykańskiej w Afryce, organizacji sanitarnych portów na morzu Śródziemnym i na Dalekim Wschodzie.

3. Wychodząc z założenia, że prawdziwa współpraca pomiędzy władzami sanitarnymi różnych państw może się wytworzyć na podstawie zapoznania się z urządzeniami i ludźmi pracującymi w poszczególnych krajach, Sekcja Higieny organizuje rokrocznie tak zwaną wymianę personelu sanitarnego. Grupa lekarzy-higienistów z różnych narodowości zwiedza jeden kilka lub krajów, zaznajamia się z terenem, ludźmi, urządzeniami i instytucjami sanitarnymi, słucha odczytów i wyjaśnień władz sanitarnych, widzi na miejscu zalety i braki każdego systemu. Daje to znajomość rzeczy, wykazuje trudności, których wszędzie jest pełno, nasuwa różne sposoby rozwiązań poszczególnych kwestyj, wytwarza wreszcie stosunki osobiste i pewne *esprit de corps* bez których prawdziwa współpraca jest najprawdę trudna.

Wymiana personelu sanitarnego nie ogranicza się tylko do terenu Europy. Lekarze-higieniści z południowej Ameryki zwiedzili Stany Zjednoczone i Europę, wymiana w Japonii zbliżyła ze sobą lekarzy sanitarnych Dalekiego Wschodu. Ujmując szeroko określenie personelu sanitarnego Sekcja Higieny urządzała specjalne wymiany dla inżynierów sanitarnych, statystyków, inspektorów pracy i t. d.

Do tego samego celu wzajemnego poznania się zmiierzają różne wydawnictwa Sekcji Higieny, dotyczące organizacji i metod



prac władz administracyjnych w różnych państwach, oraz postępów czynionych na polu zdrowia publicznego w poszczególnych krajach.

4. Wychodząc z założenia, że służba zdrowia może pracować wydawnie tylko wtedy, gdy będzie posiadać odpowiednio wykształcony personel, organizacja higieny interesuje się żywo zagadnieniami kształcenia personelu służby zdrowia, metodami wykładu higieny we wszystkich stopniach nauczania.

5. Organizacja higieny podjęła również pracę nad szeregiem zagadnień higieniczno-społecznych. Do nich należą metody zwalczania gruźlicy, śmiertelności niemowląt, sprawy raka. Ostatnie zgromadzenie Ligi Narodów (wrzesień 1928) wezwało Sekcję Higieny do zajęcia się kwestją alkoholizmu, a od szeregu lat już współpracuje Organizacja Higieny ze specjalną Komisją Ligi do spraw opium. Dokładne zapoznanie się z temi zagadnieniami jeśli nie przynosi rozwiązania, o które przy dzisiejszym stanie wiedzy, lub przy obecnej sytuacji politycznej zawczasie, to wskazuje nieraz nowe drogi na których można próbować szukać rozwiązania.

W ostatnim okresie czasu Organizacja Higieny podjęła niezmiernie doniosłą sprawę uzdrowotnienia wsi i wysuwa ją na czoło opracowywanych przez siebie zagadnień. Jest to problemat bardzo żywotny wszędzie, a tembardziej u nas.

Te kilka przykładów wskazuje na ogrom zagadnień, które stoją przed Organizacją Higieny Ligi Narodów — skala ich rozszerza się z dniem każdym, sprawy zdrowia publicznego zajmują coraz więcej uwagi we wszystkich państwach, propozycje lub wnioski co do podjęcia różnych prac w dziedzinie higieny napływają do Ligi z 54 państw, które są członkami Ligi, a nawet i z tych, które dotąd do Ligi nie należą. Rolą Organizacji Higieny jest rozpatrzyć te wszystkie zagadnienia, wysunąć te z nich, które mają rzeczywistą wartość międzynarodową i które, albo już dojrzały do rozwiązania, lub też przynajmniej w których możliwość postępu jest widoczna. Sekcja Higieny Ligi Narodów jest dziś niewątpliwie najbardziej wpływową organizacją międzynarodową, pracującą na polu zdrowia publicznego, organizacja, obejmuje naprawdę całokształt spraw sanitarnych świata.

Ten krótki szkic działalności międzynarodowych instytucji sanitarnych byłby niezupełny, o ile nie ująłby chociażby w zarysie prac międzynarodowych organizacji społecznych i prywatnych

w dziedzinie zdrowia publicznego. Organizacji tych bardzo zasłużonych jest cały szereg, z nich omówimy najważniejsze: Ligę Towarzystw Czerwonych Krzyży i Fundację Rockefellera. Dodać należy że w sprawach sanitarnych, jak zresztą w innych dziedzinach zbiorowych poczynaniach ludzkości inicjatywa organizacji społecznych, niekiedy nawet jednostek prywatnych służyła jako bodziec do powstania nowych dziedzin pracy, do znalezienia odpowiedzi na istniejące potrzeby. Organizacje prywatne i jednostki zwykle stają do pracy znacznie wcześniej, niż państwa lub organizacje oficjalne, które są mniej skłonne do inicjatywy i nie chcą brać na siebie odpowiedzialności za nowe poczynania.

Komitet Międzynarodowy Czerwonego Krzyża powstał w roku 1863 i miał za zadanie dążyć do stworzenia w każdym kraju stowarzyszenia któreby niesło pomoc rannym w czasie wojny. Idea ta poczyniła szybkie postępy i w roku 1924 stowarzyszeń Czerwonych Krzyży było 51. Po Wielkiej Wojnie powstała myśl zużytkowania organizacji Czerwonego Krzyża do pracy nad zdrowiem ludności i w czasie pokoju. Z jednej bowiem strony Stowarzyszenia Czerwonych Krzyży wielkich państw stworzyły w czasie długich lat zmagani zbrojnych, potężne organizacje, rozporządzające znacznymi środkami i dobrze wyszkolonym personelem, z drugiej zaś strony coraz wyraźniej występowała konieczność pomocy ludności cywilnej, która pośrednio, lub bezpośrednio ucierpiała w czasie wojny. W roku 1919 Stowarzyszenia Czerwonych Krzyży amerykańskiego, angielskiego, francuskiego, włoskiego i japońskiego połączyły się w Ligę Towarzystw Czerwonych Krzyży, do której z biegiem czasu przyłączyły się Towarzystwa Czerwonych Krzyży jeszcze 49 państw.

Pierwotny program działalności Towarzystw Czerwonych Krzyży był niezmiernie obszerny. Obejmował on nie tylko wyżej wymienioną kwestję pomocy ludności, która ucierpiała w czasie wojny, ale dotyczył niemal wszystkich zagadnień w sprawie zdrowia publicznego. Następnie jednak działalność Towarzystw Czerwonych Krzyży skoncentrowała się głównie na doraźnej materialnej pomocy ludności, propagandzie higieny, rozwijaniu działalności Towarzystw Czerwonego Krzyża wśród młodzieży, oraz na pracy nad pielęgniarstwem wogóle, pielęgniarstwem społecznym w szczególności i w ostatnich latach nad sprawami emigracji.



We wszystkich tych dziedzinach Liga Towarzystw Czerwonego Krzyża posiada znaczny dorobek. Poza tem Liga jest instytucją zmierzającą do scalenia wysiłków organizacji społecznych w dziedzinie zdrowia publicznego.

Fundacja Rockefellera, instytucja wielkiego znaczenia dla międzynarodowych spraw sanitarnych, powstała z woli jednego człowieka. W r. 1913 J. D. Rockefeller ofiarował około 200 milionów dolarów na cele podniesienia warunków zdrowotnych w całym świecie.

Pracę swą Fundacja oparła na dwu założeniach: 1) że pierwszym poczynaniem zmierzającym do uzdrowotnienia jakiegoś terenu winno być stworzenie higienicznych warunków otoczenia; 2) że najlepszym sposobem propagandy jest przykład.

Fundacja popiera zwykle nowe poczynania i pomaga do utworzenia i utrzymania przez pewien czas nowych instytucyj z tem, aby potem gdy te instytucje wykażą się swoją wartością, zostały przejęte przez zainteresowane władze miejscowe. To też Fundacja nie występuje nigdy w roli właściciela jakiejś instytucji, ale raczej w roli partnera, pomagając państwowej służbie zdrowia do rozwoju jej działalności. Weźmy przykład naszego życia z najbliższego nam otoczenia. Fundacja Rockefellera udzieliła swej pomocy w zorganizowaniu i zaopatrzeniu Ośrodka Zdrowia w Amelinie, w pow.: warszawskim, skierniewickim, będziańskim. Obecnie ośrodki te są stopniowo przejmowane przez nasze władze miejscowe. W roku 1927 Fundacja wspomagała wiejskie organizacje zdrowia w 14 państwach, nie licząc pomocy udzielonej w tym celu ośrodkom higieny wiejskiej w Stanach Zjednoczonych.

W innych znów krajach powstają specjalne ośrodki, zwane również demonstracjami do walki z różnemi chorobami, drogi zwalczania których są już ustalone, a więc z malarją, żółtą febrą i z tęgoryjcem. Walka z żółtą febrą jest prowadzona przez Fundację w Brazylii, z malarją i tęgoryjcem w Stanach Zjednoczonych, w Argentynie, w Brazylii, w Hiszpanji, we Włoszech, na Salwadorze i w wielu innych miejscowościach. Plan walki oparty jest zawsze na badaniach naukowych, przeprowadzonych na terenie na których praca jest rozpoczynana, oraz na dokładnej znajomości warunków miejscowych.

Aby zapewnić sprawne funkcjonowanie tych instytucyj potrzebny jest przede wszystkim dobrze wyszkolony personel sani-

tarny. I tu jest druga dziedzina wielkiej pracy i ogromnej zasługi Fundacji. Fundacja pomaga w zakładaniu różnych uczelni, z jej pomocą powstają szkoły higieny i szkoły pielęgniarstwa w Stanach Zjednoczonych, w Anglii, we Francji, w Brazylii, w Polsce, w Jugosławii, w Chinach, w Japonii, w Sjamie. Ponadto Fundacja udziela stypendjum na wykształcenie personelu wykładowego w tych szkołach, oraz personelu służby zdrowia wogóle. W roku 1927 takich stypendjów otrzymały 332 osoby. Z samej Polski z tych stypendjów korzystało dotąd kilkadziesiąt osób.

Fundacja przyczynia się również do ulepszenia nauczania medycyny na uniwersytetach, pomagając w utworzeniu i wyekwirowaniu różnych pracowni, przeprowadzając badania nad ulepszeniem sposobów nauczania, zaopatruje wyższe uczelnie w książki i pisma. Wreszcie Fundacja współpracuje z Sekcją Higieny Ligi Narodów, udzielając funduszy na rozszerzenie jej prac.

Fundacja Rockefellera spotykała się nieraz z zarzutem swych rodaków, że nie koncentruje swych wysiłków na prace nad podniesieniem zdrowotności publicznej w Stanach Zjednoczonych, pozostała jednak wierna sobie i słowom swego założyciela, który kiedyś miał się wyrazić, że w stworzeniu jego bogactw miał udział cały świat, to też cała ludzkość winna z tych bogactw korzystać.

Rozwój międzynarodowych organizacyj sanitarnych był i jest niewątpliwie powolny, wpływa to z natury rzeczy. Wszelkie instytucje, w których potrzebna jest współpraca wielu rządów zmuszonych liczyć się z różnymi okolicznościami i mających często interesy sprzeczne, nie mogą działać szybko, nawet w zagadnieniach, które w jednakowej mierze interesują wszystkie narody. Ale choroba nie zna granic. Wobec rozwoju środków komunikacyjnych i stałych już dziś wędrówek ludów, niski poziom sanitarny jakiegoś kraju jest groźny nie tylko dla najbliższych sąsiadów ale i dla całego świata. Złe warunki zdrowotne, a co za tem idzie niezdolność do wytężonej pracy i słaba wartość ekonomiczna pewnego kraju nie mogą być obojętne dla nikogo. Na tym polu uzgodnienie i trwała współpraca nastąpią wcześniej, niż w jakiegokolwiek innej dziedzinie. Porozumienie zaś to będzie miało ogromną doniosłość dla sprawy powszechnego pokoju.

---



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### Z Działalności Mokotowskiego Ośrodka Zdrowia — rok 1928.

Rok ubiegły był czwartym rokiem istnienia Stacji, która ma za zadanie podniesienie stanu zdrowotnego i kulturalnego ludności przedmieścia Warszawy, wybitnie zaniedbanego pod tym względem.

Teren do działania okazał się wielce podatny i wyniki pracy przeszły wszelkie oczekiwania.

Ze sprawozdań cyfrowych Stacji widać jak wielką popularnością cieszy się ona wśród ludności dzielnicy, która znajduje w niej doradcę i przyjaciela w największych swych bolączkach.

Do czasu obecnego więcej niż  $\frac{1}{3}$  część ludności dzielnicy korzystała z usług Stacji. Biorąc pod uwagę liczne odwiedziny w domach na skutek zgłoszeń się do Stacji możemy mieć nadzieję, że przez pracę systematyczną w rodzinach dojdziemy wkrótce do dobrych rezultatów.

Stacja stała się również typem instytucji zdrowia publicznego najwięcej dziś popularnym w całym kraju i pod tym względem wypełniła swe zadanie, jako instytucja pokazowa. Do jej popularności przyczyniła się w znacznym stopniu Państwowa Szkoła Higjeny, dla której Stacja służy jako teren do szkolenia praktycznego licznych słuchaczy różnych kursów Szkoły. Oprócz tego zwiedzanie Stacji przez osoby, lub grupy osób z kraju i zagranicy jest stale na porządku dziennym.

Personel Stacji składał się w roku 1928 1927.

1. z lekarza kierownika stacji . . . . .	1	1
2. z pomocników lekarza sanitarnego . . . . .	2	1
3. z kontrolerów sanitarnych . . . . .	2	2
4. z pracowników czasowo zatrudnionych . . . . .	5	5
5. z lekarzy specjalistów		
pedjatrów . . . . .	2	2
fizjologów . . . . .	2	2
okulisty . . . . .	1	1
pedologa . . . . .	1	1
laryngologa . . . . .	1	1
psychjatrów . . . . .	2	1
roentgenologa . . . . .	1	1
malarjologa . . . . .	1	1

	wenerologa . . . . .	1	1
	pomoc. wenerologa . . . . .	1	1
	dentystów . . . . .	2	2
6.	z pielęgniarek		
	starszej pielęgniarki . . . . .	1	1
	młodszych pielęgniarek . . . . .	11	8
7.	z buchalterki, sekretarki, laborantki	3	3
8.	z służby . . . . .	7	7
	Sanatoriumy dzienne Stacji składa się:		
9.	z wychowawczyń . . . . .	2	2
10.	z gospodyni . . . . .	1	1
11.	z kucharki . . . . .	1	1

#### *Stan sanitarny dzielnicy.*

W roku sprawozdawczym zaszły zmiany na lepsze w okręgach pod względem zabrukowania ulic, doprowadzenia wody do domów, oraz przeprowadzenia kanalizacji na ulicach. W ciągu 15 miesięcy, czyli od 1-go stycznia 1927 r. do 31 marca 1928 roku, zabrukowano 122.267 m<sup>2</sup> ulic, przy ogólnej liczbie zabrukowanej powierzchni 377.332 m<sup>2</sup>. W najbliższej przyszłości, według planów Dyrekcji Wodociągów i Kanalizacji wszystkie ulice będą zaopatrzone w sieć wodociągową. Znacznie wolniej idzie połączenie posesyj z siecią wodociągową na ulicy. Przepisy z dnia 29 sierpnia 1927 r. przewidują przymus połączenia domu zamieszkałego z siecią wodociągową w ciągu 2 lat od przeprowadzenia wodociągu na ulicy.

Obecnie ludność korzysta z wody filtrowanej, ponieważ studnie mają wodę przeważnie niezdatną do użytku. Mianowicie ze zbudanych w roku sprawozdawczym 256 studzien wodę niezdatną do picia miało 168, podejrzaną 62 i dobrą 26. Studni odpowiadających wszelkim wymaganiom higieny było — tylko jedna.

Zaopatrzenie domów w wodę filtrowaną jest obecnie połączone z wielkimi trudnościami i na ulicach Sielec spotyka się beczki rozwożące wodę filtrowaną do domów.

Rozszerzenie sieci kanałowej idzie znacznie wolniej, chociaż z przeprowadzeniem głównego kolektora przez ulicę Puławską dzielnica Mokotowska może już być całkowicie zkanalizowana.



Z opisu posesyj w roku 1928 okazało się, że 136 posesyj, czyli 13,3% nie posiada wcale ustępów. Poza tem 398 posesyj, czyli 38,9% posiadają ustępy zakwalifikowane do rozebrania, 413 posesyj, czyli 40,3% mają ustępy wymagające reperacji i tylko 77 posesyj, czyli 7,5% mają ustępy dobre. W ciągu roku wskutek zleceń Urzędu Sanitarnego, oraz współpracy policji państwowej osiągnięto znaczną poprawę w tym względzie.

Warunki mieszkaniowe w dzielnicy są w dalszym ciągu bardzo złe. Według spisu mieszkań z roku 1926 i 1927 na ogólną liczbę 10.080 mieszkań było jednoizbowych 6.366, czyli 63%, dwuizbowych 2.304, czyli 23%. Przeciętnie w jednoizbowych lokalach zamieszkuje 5 osób. Ruch budowlany jest większy, niż w innych dzielnicach; na poprawę jednak warunków mieszkaniowych wpływa nieznacznie, gdyż jest nierównomierny do potrzeb.

W roku 1926 i 1927 wybudowano 287 domów z ogólną liczbą 1033 pokoi; liczba ludności zwiększyła się w tym samym czasie w okręgu o 3.802, osoby.

#### *Walka z chorobami zakaźnymi.*

Ludność Mokotowa, Siele i Czerniakowa wynosiła w dniu 1 sierpnia 1928 r. 51.769 osób. Śmiertelność ogólna na 1000 ludności była

	1923,	1924,	1925,	1926,	1927
w Okręgu XVI	7,4	12,5	13,2	15,3	15,8
w Okręgu XX	18,9	18,6	20,5	12,7	18,6
w Okręgu XXI	18,9	15,1	11,1	16,6	14,7
w całej Warszawie	14,01	14,45	13,9	14,2	14,4

Zwiększająca się z roku na rok śmiertelność w Okręgu XVI-tym pochodzi jedynie z błędu statystycznego i wskazuje na fakt, że coraz mniej ludzi jest chowanych na cmentarzach poza Warszawą w Służewie.

Ogółem w roku 1928 zgłoszono do Urzędu Sanitarnego 992 przypadki chorób zakaźnych, w tem gruźlicy 162 przypadki, duru brzuszno-go 51, pńonicy 157, bńonicy 39 i krztuśca 66. Ospy naturalnej i duru plamistego nie notowano.

Śmiertelność na dur brzuszny jest tylko w nieznacznym stopniu większa od przeciętnej dla całej Warszawy pomimo znacznie gorszych warunków sanitarnych na przedmieściu. Tłumaczyć

to należy tem, że dwa najgroźniejsze źródła szerzenia się duru brzuszego, mianowicie woda i mleko wchodzą tu mało w grę, ponieważ ludność pije wodę filtrowaną i mleko gotowane.

Płonica zmniejszyła się od r. 1926 tylko nieznacznie i zmniejszenie się zachorowań i zgonów w 3 okręgach jest znacznie mniejsze, niż w Warszawie. Zważywszy, że od wielkiej epidemii w r. 1926 zaszczerpiono 2.564 osób metodą Dick'ów wnioskować można, że szczepienia te wpływu na przebieg epidemii nie mają.

### *Stacja Opieki nad dzieckiem.*

Jedną z cech charakterystycznych Ośrodka Zdrowia w Mokotowie jest fakt, że uważa rodzinę za podstawę swej działalności. To założenie nadaje pracy Ośrodka specjalną fizjonomję. Ośrodek rozpoczyna opiekę higieniczną nad dzieckiem od chwili jego porożenia i poprzez: Stację opieki nad ciężarną, Stację opieki nad niemowlęciem i Stację opieki nad dzieckiem doprowadza je do 7-go roku życia, to jest do chwili kiedy dziecko przechodzi pod opiekę lekarza szkolnego.

W roku 1928 pozostawało pod opieką Stacji:

309	dzieci	w	wieku	od	0	—	1	roku	życia
416	"	"	"	"	1	—	2	"	"
1711	"	"	"	"	2	—	6	"	"

ogółem 2.436 dzieci.

Z uwagi, że na terenie działalności Ośrodka w roku 1928 było 1.284 porodów, należy przyjąć, że 24% nowonarodzonych dzieci dostało się pod opiekę Stacji. Liczba dzieci zapisanych do Stacji co rok wzrasta.

Na wieku niemowlęcym była skoncentrowana specjalna uwaga Stacji. Dążeniem naszym jest by każde niemowlę mogło być obejrzone przez lekarza raz na miesiąc, dzieci starsze raz na pół roku, względnie raz na rok. Ogółem udzielono w roku 1928 5.520 porad lekarskich, na co zużyto 915 godzin, czyli przyjmowano przeciętnie sześcioro dzieci na godzinę, w domach dokonano w roku sprawozdawczym 7.629 wywiadów pielęgniarskich. Liczba odwiedzin pielęgniarskich jest w stosunku do liczby porad lekarskich jak 7 : 5. Świadczy to że porada lekarska była zawsze dopełniona przez wywiad lub instrukcje pielęgniarki społecznej, a przez to wartość i poziom pracy przychodni pogłębiona.



### *Poradnia dla matek.*

Poradnia dla matek miała w dniu 1-szym stycznia 1929 r. zarejestrowane 154 kobiety, w tem 121 ciężarnych. Wypisano w roku sprawozdawczym 771 kobiet. Porad udzielono 647, odwiedzin domowych zrobiono 1389.

Z opisu dokonanego przez pielęgniarki, które odwiedziły 500 porodów na terenie objętym działalnością Stacji wynika, że 81,2% porodów odbywa się w domu i tylko 18,8% w zakładzie. Poradnia stara się zwiększyć liczbę swych klientek za pomocą propagandy, oraz przez przygotowanie wyprawek porodowych i materiałów wyjałowionych, które są wypożyczane do domów za niewielką opłatą. Również i akuszerki praktykujące w okręgach mogą się zwracać po niezbędne materiały porodowe do Stacji i w ten sposób spodziewana jest ściślejsza współpraca z niemi. Obecnie 75,2% porodów odbywa się w obecności akuszerki i tylko 7,4% w obecności lekarza.

We wspomnianych wyżej 500 porodach zwrócono się uprzednio do poradni w 37 przypadkach, czyli w 7,6%, gdy tymczasem w tych samych rodzinach 224 dzieci, czyli 44,8% znajdowało się pod opieką poradni dla niemowląt.

### *Walka z gruźlicą.*

Poradnia przeciwgruźlicza miała zarejestrowanych w ostatnim dniu grudnia 1928 r. 2.609 chorych, w tem 583 przypadki gruźlicy wszystkich postaci. Stwierdzona gruźlica stanowi więc 22% ogólnej liczby zapisanych w przychodni, co jest dość niskim procentem. Z drugiej strony w całej dzielnicy zmarło w 1927 r. 161 osób na gruźlicę, a więc w porównaniu do liczby zgonów z gruźlicy liczba zarejestrowanych przez poradnię chorych jest czterokrotnie wyższa. Naogół śmiertelność z gruźlicy jest znacznie wyższa w trzech okręgach, niż w Warszawie i wynosi 32 na 10.000 mieszkańców w porównaniu do 25 na 10.000 w całym mieście. Gruźlica zabiera 2½ raza więcej ofiar, niż wszystkie choroby zakaźne razem wzięte.

Poradnia przeciwgruźlicza udzieliła 4.635 porad podczas 1.096 godzin przyjęć lekarskich, czyli przeciętnie przyjmowano 4 chorych na godzinę. Poradnia ma 2 działy: dla dzieci i dla dorosłych.

Owiedzin pielęgniarskich zrobiono 2.672.

W poradni zrobiono 116 dopełnień sztucznych odm i 304 dożylnych wlewań wapna. W celach dajgnostycznych dokonano 903 prześwietlań Roentgenem. Lampą kwarcową naświetlano 678 dzieci i zrobiono 4299 naświetleń

### *Poradnia przeciwjaglicza.*

Z poprzedniego roku pozostało pod opieką poradni ogółem 1.279 osób, w tem 194 z ustalonym rozpoznaniem jaglicy, 217 z podejrzeniem jaglicy i 868 z innymi schorzeniami oczu — oraz z powodu styczności z jaglicą.

W ciągu roku 1928 objęto pod opiekę poradni nowych 1.156 osób, w tem 113 z rozpoznaniem jaglicy, 100 z podejrzeniem o jaglicę, 943 z powodu innych schorzeń, lub styczności z jaglicą.

Ogółem w ciągu roku pozostawało pod opieką poradni 2.435 osób, w tem 307 z rozpoznaniem jaglicy, 317 z podejrzeniem jaglicy i 1811 z innymi schorzeniami oczu, lub z powodu styczności z chorymi na jaglicę.

Z pod opieki poradni wypisano w ciągu roku 69 osób na skutek wyleczenia, lub znacznej poprawy, 73 osoby podejrzane o jaglicę na skutek ustąpienia objawów podejrzenia, lub ustalenia rozpoznania jaglicy, wreszcie 1.434 osoby z innymi schorzeniami oczu, lub pozostające w styczności z chorymi na jaglicę z ustaniem potrzeby roztaczania dalszej opieki.

Na rok 1929 pozostaje pod opieką poradni ogółem 859 osoby, w tem 238 chorych na jaglicę, 244 podejrzanych i 377 osób z innymi schorzeniami w styczności z jaglicą.

Z tego zestawienia wynika, że liczba ogólna osób pozostających pod opieką poradni znacznie zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego (1.279 na 859) przy jednoczesnym podniesieniu się liczby pozostających pod opieką poradni z rozpoznaniem ustalonym jaglicy (ze 194 na 238), podejrzeniem jaglicy (z 217 na 244). To wskazuje, że poradnia obejmuje coraz dokładniej chorych na jaglicę i podejrzanych, zamieszkujących dzielnicę Mokotowską.

Odwiedzin dokonały pielęgniarki w ciągu roku 1928 — 1.059.

Formy ostrej jaglicy są jednak już rzadkością i dla celów demonstracji, lekarzom kursów Szkoły Higjeny jesteśmy zmuszeni „pożyczać“ przypadki ostrej jaglicy z sąsiednich okręgów.



### *Opieka nad dzieckiem anormalnem.*

Poradnia pedologiczna otwarta została w marcu 1927 roku. Celem przychodni było zaopiekowanie się dziećmi spóźnionemi umysłowo, psychopatycznymi, trudnemi do prowadzenia.

W ciągu pierwszego roku przychodnia była czynna tylko raz w tygodniu w ciągu 3 godzin. Od marca 1928 r. przychodnia, nie mogąc już objąć materiału, powiększyła przyjęcia do 2 razy tygodniowo po 3 godziny. W jesieni 1928 roku przychodnia weszła w kontakt z wszystkimi szkołami na terenie Mokotowa i szkoły przysyłają do przychodni wszystkie dzieci obciążone wadami charakteru, nerwowe i zacofane umysłowo.

W przychodni zbiera się dokładny wywiad, uzupełniony odwiedzinami w domu i po zbadaniu fizykalnem, oraz umysłowem przesyła się szkole opinię.

Od roku przychodnia umieściła około 20 dzieci w szkołach specjalnych dla dzieci małowzrostłych i małodolnych, dała wskazówki wielu matkom w celu indywidualnego traktowania i nauczania dzieci, skierowała i umieściła w różnych szkołach dzięki swym stosunkom cały szereg dzieci wypędzonych ze szkół zwykłych.

Obecnie w przychodni jest zarejestrowanych 187 dzieci.

Przychodnia weszła w tak ścisły kontakt z matkami i tak sobie zdobyła ich zaufanie, że matki same chętnie garną się po wskazówki i radę i nie trzeba przewycięzać żadnego oporu, aby zmusić je do regularnego odwiedzania przychodni. Dzięki odczytom urządzanym dla rodziców i długim rozmowom z matkami po raz pierwszy rodzice dowiadują się, jak ważną rolę w życiu dziecka odgrywają różne konflikty rodzinne i jak dalece nieumiejętne postępowanie (bicie, groźby) wpływają na rozwój w dziecku popędu do ucieczek, a co zatem idzie kradzieży i nałogowego włóczęgostwa. Najżywotniejszym zadaniem przychodni jest wstawienie w konfliktach rodzinnych, wyjaśnianie rodzicom właściwości charakteru i umysłowości dzieci i działalność profilaktyczna polegająca na tem, żeby dziecko opuszczone, wykołejone wzmocnić w swem samopoczuciu, dać mu godziwe zajęcie i rozrywkę i roztoczyć nad niem opiekę.

### *Poradnia przeciwmalaryczna.*

W roku 1928 zwalczanie prowadzone było w dwóch kierunkach, mianowicie: niszczenie łągowisk widliszków i kontrola nad chorymi na zimnicę.

Drugą badań stwierdzono, że przeszło 200 zbiorników różnych wód stojących na terenie całej Warszawy, a w szczególności w Mokotowie, Sielcach i Czerniakowie posiada w większości przypadków (75%) larwy widliszków. Począwszy od 1 kwietnia do 15 września 1928 r. dwie kolumny zorganizowane przez Departament Służby Zdrowia i Państwowego Zakładu Higieny zajęte były rozpylaniem na powierzchni wód stojących zieleni paryskiej za pomocą 4 aparatów systemu Valpiego. Stosowano również olej wazelinowy. Zużyto na ten cel w 1928 r. 2.504 kg. 2% mieszaniny zieleni paryskiej, oraz 348 litrów oleju wazelinowego. Od 1 października 1928 r. rozpoczęto zimową akcję zwalczania zimnicy, która ma na celu tępienie komarów w zabudowaniach. Specjalna kolumna metodycznie przegląda domy szczególnie w okolicach Mokotowa i za pomocą rozpylania płynu Giemzy (900 cm. nasyconego roztworu mydła szarego oraz 100 cm. 40% formaliny) niszczy komary w stajniach, oborach, piwnicach i t. p. Prócz powyższych sposobów zwalczania zimnicy poradnia przeciwmalaryczna Stacji Leczy i rejestruje zimnicę w ciągu całego roku.

Lekarze praktykujący obowiązani są zgłaszać przypadki zimnicy do urzędów sanitarnych, które kierują chorych do przychodni, gdzie są oni leczeni i obserwowani bezpłatnie.

Zarejestrowanych było w dniu 1 stycznia 1929 r. 93 przypadki zimnicy przeważnie w formie chronicznej. Przypadki ostrej zimnicy w okręgu Mokotowskim i w Warszawie występują sporadycznie. Porad udzielono 225.

### *Poradnia przeciwweneryczna.*

Poradnia przeciwweneryczna miała zapisanych w dniu 1 stycznia 1929 r. 1.979 chorych z tego kiły 319, rzeżączki 283. Poradnia dąży stale do zwiększenia opieki pielęgniarskiej nad rodzinami w których są choroby weneryczne. Odwiedzin dokonano 208. Poradnia zapoczątkowała również rozsyłanie zaproszeń do chorych, którzy zaniechali kuracji i wyniki tej próby są, jak dotychczas zachęcające.



### *Poradnia przeciwalkoholowa.*

Poradnia przeciwalkoholowa ma za zadanie przyjście z pomocą lekarską tym alkoholikom, którzy stali się nałogowcami. Wobec braku podobnych poradni w dzielnicach przedmiejskich Warszawy, dużo osób, cierpiących na przewlekłe zatucie alkoholem zwraca się o pomoc do naszej poradni.

Celem do którego dąży poradnia przychodnia jest:

1. ujęcie w ewidencję wszystkich tych mieszkańców Mokotowa, którzy nadużywają alkoholu stale czy też okresowo.
2. szerzenie uświadomienia wśród nich o szkodliwości alkoholu dla zdrowia poszczególnej jednostki i o niebezpieczeństwie jakie grozi społeczeństwu wśród którego szerzy się alkoholizm;
3. leczenie ofiar nałogu pijaństwa;
4. dążenie w miarę możliwości do złagodzenia przyczyn sprzyjających rozpowszechnianiu się alkoholizmu.

Dla osiągnięcia swego celów poradnia stopniowo stara się uzyskać współpracę całego zespołu Stacji, a w szczególności wszystkich pielęgniarek społecznych, które robiąc wywiady w swoich rejonach i z ramienia innych poradni, odnotowują przypadki stwierdzonego przez nie alkoholizmu i kierują potrzebujących pomocy wprost do poradni, lub też komunikują poradni o nadających się do jej opieki przypadkach.

Pod względem rozwoju rok ubiegły należy uważać za dodatni, gdyż zainteresowanie akcją poradni przeciwalkoholowej ze strony ogółu personelu wzrosła znacznie i współpraca wszystkich pracowników okazała się bardzo żywa. Wiadomości o osobach nadużywających alkoholu, czyli o tych którzy zostali zatrzymani na ulicach Mokotowa w stanie nietrzeźwym są nam stale dostarczane. Trzecim źródłem dostarczającym wiadomości o nowych pacjentach są ci, którzy już korzystają z porad w przychodni. Najczęściej nasi pacjenci proszą o dopomożenie ich blizkim, lub znajomym którzy nadużywają alkoholu, a sami nie chcą, lub nie mogą przybyć. Wreszcie sporo osób zwraca się o poradę z własnej inicjatywy. W ten sposób w ciągu 14 miesięcy istnienia przychodni mamy zarejestrowanych, jako potrzebujących pomocy ze strony przychodni, 1.225 osób, z których korzystało z porad lekarskich 287 osób, a pozostaje 938, których nie dało się sprowadzić do przychodni.

Ambulatoryjne leczenie alkoholików posiada przewagę nad zakładowem z tego względu, że jest przede wszystkim znacznie tańsze, a powtórnie wytwarza odporność na wpływy otoczenia i pokusy nie odrywając chorego od jego zwykłych zajęć i nie przenosząc go do sztucznie wytworzonego środowiska. Przy leczeniu ambulatoryjnym przychodnia tutejsza stara się traktować swych pacjentów tak jak przy leczeniu innych chorób t. j. stosuje kurację objawową, co przynajmniej pacjentów do przychodni i ma znaczenie wybitnie suggestywne.

Ucząc chorego jak ma postępować aby pozbyć się nałogu, poradnia oddziałuje wychowawczo, jak to się dzieje zresztą i przy innych chorobach np. przy gruźlicy. Poza stosowaniem na dość szeroką skalę środków tonizujących, prowadzimy eksperymentalnie autohemoterapię z tem, że pacjentów nie łudzimy obietnicami podawania leków swoistych. Do zakładów leczniczych są kierowani nieliczni tylko pacjenci wtedy gdy warunki specjalne, rodzaj cierpienia, lub wyjątkowo słaba wola wymagają izolowania od zwykłych warunków.

Do zakładów specjalnych zostało zakwalifikowane 45 osób, umieszczono 12.

Przy leczeniu alkoholików nie należy zapominać, że pociąg do wódki nie zawsze jest objawem ustrojowym. Często pozostaje on pod wpływem zewnątrz pochodnych. Usunięcie tych przyczyn niejednokrotnie przyczynia się do radykalnego uleczenia pacjenta.

Poradnia udzieliła w roku sprawozdawczym 1.156 porad chorym i 1.149 osobom z ich otoczenia. Odwiedzin związanych ze sprawami alkoholu było w domach 1.161 i w instytucjach 275.

#### *Poradnia dentyścyczna.*

Udzielono 3.793 porady dentyścyczne podczas 764 godzin przyjęć lekarskich, czyli przyjmowano przeciętnie 5 pacjentów na godzinę. Chorzy rekrutowali się z pośród zapisanych do innych poradni, głównie z poradni dla matek, przeciwgruźliczej, przeciwwenerycznej. Oprócz tego poradnia przyjmowała dzieci ze szkół z sąsiednich okręgów.

W ciągu roku dokonano 829 ekstrakcyj i 1244 innych zabiegów, oraz założono 1080 plomb.



### *Poradnia laryngo'ogiczna.*

W ciągu roku 1928 udzielono 1.340 porad. Z poradni korzystały osoby zapisane na oddziały: przeciwgruźliczy i opieki nad dzieckiem. Oprócz tego leczono dzieci szkolne.

### *Kuchnia mleczna.*

Wydano w ciągu roku 11.496 litrów mleka, oraz 56.308 buteleczek mieszanek wykonanych według wskazówek lekarzy poradni dla dzieci.

### *Laboratorjum.*

Ogółem w ciągu roku 1928 zrobiono 1.288 badań, mianowicie: płwocin 294, moczu 725, kału 13', wydzielin z oka 18, z organów moczowych i narządów płciowych 108 i innych 13. Znaleziono prątki gruźlicze w 48 płwocinach.

### *Propaganda.*

Główny punkt ciężkości propagandy spoczywa obecnie w odwiedzinach pielęgniarskich, podczas których w sposób praktyczny i systematyczny ludność zaznajamia się z głównymi zasadami higieny. Korzystamy jednak i z innych sposobów propagandy, jak: odczyty, których się odbyło 65, pogadanki, których było 119 i doroczna choinka, na którą przybyło 7.600 osób. Na szczególną uwagę zasługuje kurs dla Ligi Małych Matek. W roku sprawozdawczym ukończyło kurs 24 słuchaczki. W ten sposób Stacja przygotowuje sobie co rok nowy zastęp dobrze uświadomionych przyszłych matek, które żyjąc pośród klientów Stacji, są naszymi najlepszymi agentkami. Do nich krewni i znajomi nieraz zwracają się o radę i tym sposobem w swoim środowisku szerzą one nabytą u nas wiedzę higieniczną.

### *Sanatorjumienne.*

W roku 1928 przebywało w sanatorjum 292 dzieci. Dzieci były kierowane do sanatorjum przez Kasę Chorych, Wydział Opieki Społecznej Magistratu m. Warszawy, Dyрекcję Tramwajów Miejskich, Wydział Pomocy Lekarskiej dla Pracowników Miejskich.

lub też przez rodziny na koszt własny. Przeciętny okres przebywania w Sanatorjum był trzymiesięczny, z wyjątkiem dzieci z Opieki Społecznej, które mają możliwość z wielką dla nich korzyścią pozostawania w sanatorjum dłużej. Dziecko przychodzi do sanatorjum dziennego o godz. 9-ej rano, gdzie oddane pod opiekę wychowawczyni bawi się i ćwiczy pod jej kierunkiem do godz. 9 $\frac{1}{2}$ , poczem dzieci ustawione parami myją się, a następnie piją tran. O godz. 10-ej jedzą śniadanie, składające się z mleka, bułek z masłem i co drugi dzień otrzymują jajka. Po śniadaniu dzieci werandują na świeżem powietrzu przez 1 $\frac{1}{2}$  godziny. Niektóre z nich w tym czasie raświetlane są lampą kwarcową. O godzinie 12-ej dzieci wstają z leżaków, myją ręce i siadają do obiadu, który składa się z zupy, mięsa z jarzyną i deseru. Po obiedzie młodsze dzieci werandują przez godzinę, a te, które są w wieku szkolnym, uczą się godzinę pod kierunkiem nauczycielki. O godzinie 3 $\frac{1}{2}$  dzieci wstają z leżaków, potem odbywa się mierzenie temperatury i podwieczorek, składający się z kawałka chleba z masłem lub marmeladą. Do godziny 4 $\frac{1}{2}$  dzieci bawią się, następnie myją ręce i siadają do kolacji. Dostają kaszkę na mleku, kluski, herbatę lub kakao z ciastem. O godz. 5 $\frac{1}{2}$  rozchodzą się do domów.

Dziecko, odbywające kurację w sanatorjum dziennem, jest pod stałą obserwacją lekarza sanatoryjnego. Szczegółowe badanie odbywa się co dwa tygodnie. W razie potrzeby dzieci skierowuje się do lekarzy specjalistów i dentystów Stacji. Podczas kuracji w sanatorjum każde dziecko jest badane promieniami Roentgena, naświetlane lampą kwarcową i ma zbadany moczu. Przy przyjęciu dziecko jest ważone i co tydzień badany przyrost wagi.

Pod względem dżagnozy lekarskiej stwierdzono: otwartą gruźlicę płuc 4, powiększenie gruczołów u 288 dzieci, z tych 144 prócz powiększonych gruczołów było jeszcze anemiczne. W ciągu roku 1928 dzieci spędziły w sanatorjum 17.928 dni, co wskazuje na bardzo regularne uczęszczanie dzieci do sanatorjum. Przeciętnie było 50 dzieci dziennie.

Półkolonje letnie otwarto dnia 4/VI 1928 r., zamknięto dnia 1/IX 1928 r. Dzieci kwalifikowały: poradnie dla dzieci i przeciwgruźlicze. Przed zapisaniem na półkolonje dzieci były jeszcze raz badane przez lekarza sanat. Z półkolonji korzystało 296 dzieci,



czego 154 chłopców i 142 dziewczynki. Z tej liczby 96 dzieci należały do rodzin bezrobotnych. Dzieci były przyjmowane w wieku od 2½ do 8 lat. Większość dzieci spędziła na półkolonji 6 tygodni, pozostałe dzieci słabsze, wybitnie niedożywione cały trzymiesięczny okres.

Opłaty były pobierane zależnie od zamożności rodziców, 50 i 30 gr. dziennie, w jednym przypadku 1 zł. Z darmowych miejsc korzystały dzieci rodzin bezrobotnych, pólsieroty, dzieci rodzin gruźliczych.

Dni pracy byto 75. Dzieciodni 9.184. Przeciętnie korzystało z półkolonji 122 dzieci dziennie. Dzieci przebywały na półkolonji od 9-ej rano do 6-ej po poł.

Utrzymanie składało się:

- o godz. 10 rano śniadanie: bułka z mlekiem;
- ” ” 12½ obiad z 2 dań: zupa, kasza, kluski, 2 razy na tydzień mięso z jarzyną, 3 razy w tygodniu danie słodkie, kompot i owoce;
- ” ” 3½ podwieczorek: chleb smarowany, ciasto, owoce i rzodkiewki;
- ” ” 5 kolacja: talerz kaszy z mlekiem, albo kakao z bułką i chleb z masłem.

Na wydatki związane z prowadzeniem półkolonji otrzymano z Wydziału Opieki Społecznej Magistratu m. st. Warszawy 8 000 zł., czyli razem z tem, co wpłacili dzieci otrzymano 10.131 zł. Część personelu opłacał Wydział Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy. Na żywienie dzieci wydano Zł. 7021,08, czyli żywienie dziecka kosztowało 76 grszy.

Sprawozdanie finansowe z wpływów i wydatków na utrzymanie Stacji.

Wpływy:

Saldo na dz. 1 stycznia 1928 r. . . . .	8.44
Magistrat m. st. Warszawy . . . . .	108 104.01
Fundacja Rockefellera . . . . .	28.000.00
Departament Zdrowia M. S. W. . . . .	38 212.50
Komisariat Rządu na m. st. Warszawę . . . . .	8 566.10
Kasa Chorych . . . . .	6.600.00
Opłaty za utrzymanie w sanat., mleko i inne . . . . .	65 889.61

Razem Zł. 225.380.66

Wydatki:

1) Opłata personelu:		
lekarskiego . . . . .	48.265.22	
pielęgniarskiego . . . . .	43.283.12	
biurowego i labor. . . . .	10.861.65	
sanator. dziennego . . . . .	10.118.01	
służby . . . . .	<u>19.138.20</u>	131.656.20
2) Zakup inwentarza, środków leczniczych, mleka i druków . . . . .		32.384.24
3) Koszty ogólne, odnawianie budynków, wykończenie pralni i łaźni, utrzymanie ogrodu . . . . .		37.646.08
4) Utrzymanie dzieci w sanatorjum i półkolonji . . . . .		42.461.46
5) Spłata długu . . . . .		2.800.00
Saldo na dz. 1 stycznia 1929 r. . . . .		<u>8.432.68</u>
	Razem Zł.	255.380.66

Oprócz tego Wydział Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy wydatkował około 50.000 złotych na utrzymanie personelu i biura Urzędu Sanitarnego, stanowiącego część składową Stacji.

---



## **K R O N I K A**

### **W sprawie zakładania przychodni przeciwjagliczych i udzielania pomocy rządowej na ich utrzymanie.**

W myśl art. 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy (Dz. U. R. P. № 36 poz. 333 z 22/III 1928) obowiązek zapobiegania szerzeniu się jaglicy wśród ludności, oraz zapewnienia chorym jagliczym możliwości odpowiedniego leczenia ciąży na odpowiednich związkach komunalnych. Związki komunalne są obowiązane w pierwszym rzędzie, jeśli na ich terenie szerzy się jaglica, utworzyć i utrzymywać specjalne przychodnie przeciwjaglicze (art. 7).

Już na skutek wezwania Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu V Służby Zdrowia)—okólnik L. Z. Z. 7838/26 z dnia 20 września 1926— i z pomocą finansową Rządu pewna liczba związków komunalnych utworzyła i prowadzi przewidziane przez powyższe rozporządzenie przychodnie przeciwjaglicze, wszakże liczba tych przychodni ciągle jest jeszcze niedostateczna i wiele związków komunalnych, na których terenie szerzy się jaglica, nie przystąpiło do uruchomienia przychodni.

Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) zwraca się do Panów Wojewodów, aby w myśl ust. 2 art. 7 wzmiankowanej ustawy wezwali gminy i powiatowe związki komunalne, na których terenie szerzy się jaglica, do uwzględnienia w budżetach samorządowych odpowiednich kredytów na prowadzenie przychodni przeciwjagliczych.

Jednocześnie zechce Pan Wojewoda zwrócić uwagę interesowanych samorządów, że w myśl ust. 3 art. 6 w mowie będącego rozporządzenia mogą zwrócić się za pośrednictwem Pana Wojewody do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o udzielenie zapomogi na urządzenie i prowadzenie przychodni przeciwjagliczej.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) w pierwszym rzędzie udzielać będzie zapomóg tym związkom komunalnym, gdzie jaglica szerzy się endemicznie i gdzie najbardziej odczuwać się daje brak przychodni przeciwjagliczych przy uwzględnieniu siły finansowej danego samorządu, przytem jednak wysokość zapomogi naogół nie może przekraczać  $\frac{1}{3}$  ogólnych wydatków na tę przychodnię.

Wszelkie wnioski w sprawie udzielania zapomóg rządowych samorządom na urządzenie i prowadzenie przychodni przeciwjagliczych z kredytu budżetu na rok 1929/30 zechce Pan Wojewoda jaknajrychlej, a w każdym razie przed dniem 1 kwietnia 1929 r., przesłać Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi V Służby Zdrowia) do rozpatrzenia, gdyż z powodu ograniczonych kredytów na ten cel późniejsze wnioski prawdopodobnie nie będą mogły być uwzględnione.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:  
**(Dr. Piestrzyński).**

## Zjazd Lekarzy Powiatowych Województwa Poznańskiego w Bydgoszczy.

W dniach 9 i 10 lutego r. b. odbył się w Bydgoszczy Zjazd Lekarzy Powiatowych Województwa Poznańskiego, na który przybyło 33 lekarzy.

Jak ze sprawozdań lekarzy powiatowych wynika, na terenie województwa poznańskiego dokonane zostały w 1928 r. w dziedzinie zdrowotności publicznej między innymi następujące ulepszenia:

Zakończono budowę, względnie przebudowę szpitali i pawilonów dla chorych zakaźnych w Bydgoszczy, Grodzisku, Wieluniu, Inowrocławiu, Jarocinie, Zdunach, Mogilnie, Obornikach, Poznaniu, Śmigłu, Wolsztynie i Żninie.

Stacje opieki nad matką i dzieckiem, kuchnie mleczne, oraz żłobki powstały, lub zostały ulepszone w Bydgoszczy, Chodzieży, Grodzisku, Inowrocławiu, Jarocinie, Kościanie, Lesznie, Mogilnie, Ostrzeszowie, Poznaniu, Pleszewie Rawiczu i Śmigłu.

Kąpieliska ludowe, łaźienki i natryski urządzono w Bydgoszczy, Fordonie, Gnieźnie, Gostyniu, Jarocinie, Kościanie, Międzychodzie, Ostrzeszowie, Szamotułach, Środzie, Śmigłu i Śremie.

W dziedzinie wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego zorganizowano opiekę lekarską, urządzono boiska, strzelnice i t. p. w Chodzieży, Gostyniu, Inowrocławiu, Trzcinicy, Lesznie, Odolanowie, Ostrzeszowie, Poznaniu, Rawiczu, Rakoniewicach i Stęszewie.

Higiena szkolna doznała poprawy przez zaangażowanie w szeregu miast lekarzy szkolnych, względnie przez wyznaczenie przez kilka sejmików pewnych kwot, umożliwiających zwiedzenie wszystkich szkół powszechnych i zbadanie uczniów przez lekarzy powiatowych. W Kościanie, Ostrzeszowie i Szamotułach powstały nowe gmachy szkolne ze wszystkimi nowoczesnymi urządzeniami.

Akcja sanitarno-porządkowa zrobiła duże postępy. Skanalizowano całkowicie, lub uzupełniono kanalizację w Gnieźnie, Koźminie, Wronkach, Śremie i Mosinie. W wielu miejscowościach urządzono nowe i odremontowano stare bruki i chodniki, zadrzewiono ulice i place, odremontowano domy, znacznie posunięto sprawę uporządkowania śmietników i ustępów. Komisje sanitarne wykazywały wzmoczoną działalność przez częste lustracje miejsc i lokali użyteczności publicznej.

W dalszym ciągu porządku dziennego inspektor lekarski Dr. Żmigrod wygłosił referat pod tytułem: „Podstawy prawne i technika dla przeprowadzenia zarządzeń sanitarno-porządkowych i dla podniesienia zdrowotności i wyglądu kraju“, w którym przytoczył obowiązujące na obszarze województwa poznańskiego przepisy i rozporządzenia, normujące te sprawy.

Naczelnym lekarzem m. Poznania Dr. Szule przedstawił projekt szematu organizacji sanitarjatu samorządowego.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był oględzinom miejskiego schroniska dla niemowląt, łaźienek ludowych w Szwederowie, miejskiej stacji dla chorych na gruźlicę, schroniska dla starców i sanatorjum dla chorych na płuca w Smukale.



### **Komunikat Polskiego Towarzystwa Higienicznego we Lwowie.**

Polskie Towarzystwo Higieniczne we Lwowie wydaje, jak wiadomo, od pięciu lat „Biblioteczkę Higieniczną“, wychodzącą nakładem „Książnicy - Atlas“ we Lwowie. Broszury tej Biblioteczki, odpowiednio ilustrowane, przeznaczone są dla ludności miejskiej, a tematami ich są różne zagadnienia z zakresu higieny. Biblioteczka Higieniczna cieszy się ogólnym uznaniem, a zeszyty jej wchodziły w skład bibliotek szkolnych. Obecnie Polskie Towarzystwo Higieniczne we Lwowie rozpoczęło wydawać „Biblioteczkę Higieniczną Powszechną“, przeznaczoną przede wszystkim dla ludności wiejskiej. Ponieważ jest to zupełnie odrębny typ wydawnictw, Towarzystwo rozpisuje konkursy na prace o ściśle określonych tematach, poczem prace nagrodzone ukazują się w wspomnianej biblioteczce w większym nakładzie. Broszury mają rozmiary niewielkie, odpowiednio do typu czytelników i są objaśniane rycinami. Nakład ich wynosi co najmniej 10 tysięcy egremplarzy.

Obecnie ukazały się dwie broszury: doc. dr. Progułskiego ze Lwowa „Jak pielęgnować i odżywiać niemowlę?“ i Duszyńskiej „Alkohol nie-szczęściem człowieka i narodu“. Obie broszury doskonale napisane, nagrodzone przez Towarzystwo, przyczynią się niewątpliwie do spopularyzowania zagadnień higienicznych w nich poruszonych.

Ze wydawnictwo „Biblioteczki Higienicznej Powszechniej“ jest pożyteczne i potrzebne, świadczy o tem dość szybkie wyczerpywanie się nakładów, jak np. dr. Miokołajskiego „O gruźlicy czyli suchotach“ i dr. Sawickiego „Gruźlica czyli t. zw. suenoty“.

Cena broszurek jest bardzo niska, a przy zamówieniach w ilości większej o 25% niższa. Zamawiać można w Towarzystwie Higienicznym we Lwowie, Piekarska 52.

### **Spółdzielnie szkolne we Francji.**

Według obliczeń Francuskiego Ministerstwa Oświecenia liczba spółdzielni szkolnych we Francji przekroczyła 5.000. Na skutek porozumienia się Federacji Spółdzielczej z władzami szkolnymi zostało utworzone w Paryżu, jako autonomiczna organizacja, Centralne Biuro Kooperacji Szkolnej, którego zadaniem jest opiekować się spółdzielniami. Ono to wydaje miesięcznik „Kooperatysta szkolny“.

### **Spółdzielczość budowlana w Niemczech.**

W Niemczech w 1927 r. wybudowano 78.426 nowych mieszkań, przy czem 11,8% przypada na instytucje i władze publiczne, 27,9% — na organizacje spółdzielcze i 60,3% — na przedsiębiorstwa prywatne.

Rozpatrując działalność budowlaną poszczególnych grup, okazuje się, że rozwój spółdzielczości budowlanej zależy od rozmiaru danej miejscowości, a raczej od liczby zamieszkującej ją ludności robotniczej, która najchętniej wykorzystuje formę spółdzielczą. Największą zatem rolę odgrywają spółdzielnie budowlane w wielkich miastach, w których pobudowały one aż 51,1% nowych mieszkań. W Berlinie zaś spółdzielnie pobudowały stosunkowo najwięcej mieszkań, bo 68,3%. Podczas, gdy budownictwo prywatne posiada przewagę na wsi i w małych miastach, to rola jego zmniejsza się do 39,3% w wielkich miastach, a nawet do 31,1% w Berlinie.

---

T R E Ś Ć :

Ś. p. P. Dr. Wincenty Bogucki, M. Kacprzak. — Od Redakcji. — Dr. B. Salak: Poradnie społeczno-lekarskie w Tarnopolszczyźnie, jako funkcja samorządów i publicznej Służby Zdrowia. — Dr. Skokowska-Rudolfowa: Dotychczasowe wyniki walki z gruźlicą w kraju i plan Departamentu Służby Zdrowia na najbliższy okres. — Dr. J. Przedborski: Chorobowość i śmiertelność wśród Żydów w świetle roczników statystycznych m. st. Warszawy. — S. Adamowiczowa: Współpraca międzynarodowa w dziedzinie zdrowia publicznego. — **Dział Sprawozdawczy:** Z Działalności Mokotowskiego Ośrodka Zdrowia — rok 1928. — **Kronika:** W Sprawie zakładania przychodni przeciwjagliczych i udzielania pomocy rządowej na ich utrzymanie. — Zjazd Lekarzy powiatowych Województwa Poznańskiego w Bydgoszczy. — Komunikat Polskiego Towarzystwa Higienicznego we Lwowie. — Spółdzielnie szkolne we Francji. — Spółdzielczość budowlana w Niemczech.

S O M M A I R E :

Dr. B. Salak. Dispensaires dans le województwo de Tarnopol.

Dr. M. Skokowska-Rudolfowa: Les resultats de notre campagne antituberculeuse et notre programme.

Dr. J. Przedborski: Morbidité et mortalité des juifs d'après les annuaires de Varsowie.

S. Adamowiczowa: Cooperation internationale dans le domaine de la Santé Publique.

Comptes - rendus. — Bibliographie. — Chronique.

PRENUMERATA WYNOŚI: rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł., kwartalnie 3 zł.  
Zeszyt pojedynczy 1 zł. 20 gr.

Redaktor: MARCIN KACPRZAK

Administracja: Warszawskie Tow. Higieniczne, Karowa 31. Tel. 63-46  
Konto P. K. O. 9474.

CENY OGŁOSZEŃ W MIESIĘCZNIKU „Z D R O W I E”.

Okł. zewn.		Okł. wewn. i przed tekstem		Za tekstem		Kolorowa w tekście	
Cała strona	80 zł.	Cała strona	70 zł.	Cała strona	60 zł.	Cała strona	100 zł.
Pół . . .	50 „	Pół . . .	40 „	Pół . . .	35 „	Pół . . .	60 „
$\frac{1}{3}$ . . .	35 „	$\frac{1}{3}$ . . .	30 „	$\frac{1}{3}$ . . .	25 „	$\frac{1}{3}$ . . .	40 „
$\frac{1}{4}$ . . .	20 „	$\frac{1}{4}$ . . .	20 „	$\frac{1}{4}$ . . .	20 „	$\frac{1}{4}$ . . .	25 „

Przy ogłoszeniach wielokrotnych (najmniej 3 razy) udzielamy 10 do 15% rabatu



---

Niniejszem podajemy dowiadowsci, że W. T. H. wydało  
drugi nakład poleconego przez M.W.R. i O.P. podręcznika  
dla szkół średnich

# H I G J E N A

**Dr. KAZIMIERZA KARAFFA - KORBUTTA**

**Profesora Uniwersytetu Wileńskiego**

Żądać we wszystkich księgarniach

Skład Główny

**WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HIGJENICZNE**

KAROWA 31.

**Cena 5 Złotych**

---

Oleum parafini bis purificat. pro usu interno c. ol. menth.



AGEOL“  
Gąseckiego.

MARKI

„AGEOL“

GĄSECKIEGO

jest idealnym środkiem przeczyszczającym 20 wieku „AGEOL“ Gąseckiego działa mechanicznie a będąc preparatem absolutnie czystym może być stosowany bez względu na wiek i stan zdrowia.

Dla osób nie mogących przyjmować „AGEOLU“ w postaci płynnej przygotowujemy takowy w kapsułkach żelatynowych. Pudełko zawiera 25 kapsulek o łącznej zawartości około 75 grm. płynu. Obecność żelatyny nie odgrywa tu żadnej roli, gdyż dajemy powłokę b. cienką momental. rozpuszczalną.

Panom Lekarzom służymy próbami i literaturą bezpłatnie

Adolf Gąsecki i Syn

MOKOTOWSKA FABRYKA  
CHEMICZNO-FARMACEUT.  
W WARSZAWIE

KANTOR ULICA LESZNO № 41.



ZASTRZYKI  
WYJAŁOWIONE  
GĄSECKIEGO

odznaczające się dokładnem przygotowaniem

POLECA

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

ADOLF GĄSECKI i SYN

W WARSZAWIE

KANTOR FABRYCZNY ULICA LESZNO № 41.

Dla wygody pp. Lekarzy więcej używane zastrzyki są opakowane w oddzielnych pudełeczkach.

Przy zapisywaniu zastrzyków naszego wyrobu prosimy dodawać słowo „Gąseckiego“

Wykaz gotowych zastrzyków oraz próby na każde żądanie



**NAUKA**  
O  
**SZCZĘŚLIWOŚCI**

**Dr. JÓZEFA POLAKA**

DO NABYCIA W KANCELARJI  
**WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO**

KAROWA 31.

**CENA ZŁOTYCH 6.**

---

**DOMOWY**  
**PORADNIK LECZNICZY**

**Dr. JÓZEFA POLAKA**

**LECZNICTWO—PIEŁĘGNIARSTWO—RATOWNICTWO**

Z LICZNYMI ILUSTRACJAMI I DOKŁADNYM SKOROWIDZEM

WYDANIE CZWARTE

ZUPEŁNIE PRZEJRZANE

DO NABYCIA

**KRAKOWSKIE PRZEDMIEŚCIE 1**

**TELEFON 96-17**

**U DOKTOROWEJ POLAKOWEJ**

# BIOCALCOL — KLAWE

preparat odżywczo-leczniczy, zawierający sole wapnia z naturalnymi kwasami roślinnymi, oraz najważniejsze dopełniające czynniki pokarmowe czyli witaminy w postaci skoncentrowanej.

# BIOCALCOL — KLAWE

jest znakomitym środkiem leczniczym i zapobiegawczym w krzywicy czyli t. zw. chorobie angielskiej, we wszelkich postaciach gruźlicy dziecięcej, w t. zw. skrofułach, w zaburzeniach odżywiania niemowląt.

# BIOCALCOL — KLAWE

jest doskonałym środkiem dietetycznym dla matek podczas ciąży i karmienia.

---

Towarzystwo Przemysłu  
Chemiczno-Farmaceutycznego d. Magister KLAWE S. A. WARSZAWA



# LIBOPHAN

Sól litowa kwasu boro - fenyle - chinolino - karbonowego.

Wewnętrzny środek, stosowany przy skazie moczanowej  
ostrej i chronicznej.

Rurka zawiera 20 tabletek po 0,5 g.  
Słoiki zaw. po 10 g. i 25 g. proszku.

---

---

# MESOLAMENT

Unguentum Mesotoli cum Mentholo.

Wybitny środek zewnętrzny o przyjemnym zapachu  
PRZECIWPREUMATYCZNY i PRZECIWPNEURALGICZNY

---

PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE

LUDWIK SPIESS i SYN

SP. AKC.

W A R S Z A W A