

Dr. Fr. ŁUKASZCZYK, Dyrektor Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej - Curie, w Warszawie.

Podstawy organizacji walki z rakiem*).

Termin walka z rakiem jest zapożyczony z szerokiej akcji, prowadzonej dla zwalczania innych chorób społecznych, głównie gruźlicy i chorób wenerycznych. Konieczność zajęcia się zwalczaniem raka w szerszej skali jest oczywista wobec częstości i ciężkości tej choroby — nie można jednak tej akcji wzorować na walce z wymienionymi chorobami, ani pojmować jej podobnie do tamtej akcji.

Bezwątpienia, leczenie chorych na gruźlicę czy choroby weneryczne jest rzeczą konieczną, społecznie ważną i również wymaga organizacji — jednak bodaj najważniejszym celem tej akcji i najważniejszym jej wynikiem jest zapobieganie tym chorobom, jest profilaktyka. Izolowanie chorego na gruźlicę otwartą, opiekowanie się zagrożonymi i nadzór nad chorym wenerycznym oraz przymus leczenia — są dla społeczeństwa ogromnie ważne.

Nic z tego wszystkiego niema przy t. zw. walce z rakiem. Nie znamy żadnego sposobu, aby mu zapobiec, niema dotychczas dowodów, że jest to choroba udzielająca się. Jest ona wprawdzie pospolita, ale jej wzrost obserwuje się tylko w krajach, w których statystyki są coraz lepiej prowadzone. Izolowanie chorego na raka nie jest konieczne ze względów społecznych. Niema więc ani możliwości ani celu rozwijania działalności analogicznej do tej, jaka jest istotą i podstawą walki z gruźlicą i chorobami wenerycznymi.

To, co obecnie możemy zrobić w sprawie nowotworów złośliwych, da się streścić w ten sposób:

- a) wcześniej rozpoznać raka,
- b) należyte go leczyć,
- c) niezamierzonym chorym zapewnić możliwość leczenia,

a nieuleczalnym opiekę.

Skuteczność dotychczasowych metod leczenia raka, t. zn. chirurgii i energii promienistej w postaci radu i promieni Roentgena, jest wyłącznie miejscowa i dlatego rzeczą pierwszej wagi jest wczesne rozpoznanie choroby.

I znowu za przykładem walki z gruźlicą i chorobami wenerycznymi — pierwszym pomysłem, jaki się nasunął ludziom dobrej woli, lecz niezawsze obeznanym z przedmiotem — jest projekt pokrycia kraju szeregiem przychodni przeciwrakowych, któreby chorobę wcześniej rozpoznawały. Powstały towarzystwa, w statutach których jest to jednym z głównych celów.

Nie jest to jednak droga właściwa. W gruźlicy, w chorobach wenerycznych łatwo jest podać publiczności najważniejsze objawy choroby, któreby ją skierowały do szukania porady. Pozatem — w chorobach wenerycznych przychodnie mogą objąć prawie całość leczenia, a w gruźlicy również dość poważna część zabiegów bywa stosowana ambulatoryjnie, a dużą rolę odgrywa sama porada lekarska. Znowu więc brak analogii z rakiem; we wczesnych stanach raka najczęściej brak jest objawów alarmujących, nietylko choremu, ale i lekarzowi często zdarzy się je przeoczyć. Pozatem, chory np. na raka krtani zgłosi się najpierw do laryngologa, chora na raka macicy do ginekologa lub akuszerki, chory na raka języka — do dentysty lub lekarza chorób wenerycznych — i t. d. Przychodnia przeciwrakowa musiałaby więc być prowadzona nie przez jednego lekarza, ale przez zespół specja-

listów: internistę, chirurga, ginekologa, laryngologa, dermatologa, urologa, rentgenologa, histopatologa — i dysponować odpowiednimi urządzeniami. Lecz i taka kosztowna organizacja byłaby zbyt mało użyteczna. Doświadczenie dużych zakładów zagranicznych oraz Instytutu Radowego w Warszawie przy których takie przychodnie istnieją, poucza nas, że materiał chorych na raka, który się tam zgłasza, składa się w ogromnej większości z przypadków, już zbadanych przez poszczególnych specjalistów i przez nich skierowanych do leczenia w tych zakładach.

Inna kwestja, że rozpoznanie bywa często późne lub zbyt późne. Chory, przy rozwijającej się wciąż chorobie, przejdzie nieraz przez ręce kilku lekarzy, zanim właściwe rozpoznanie zostanie ustalone — ale na to już przychodnie nie mają żadnego wpływu. Samorzutnie i bezpośrednio do przychodni zgłaszają się najczęściej ludzie z powodu cancerophobii, kiedy w bliskiej rodzinie zajdzie przypadek śmierci na raka — a bardzo rzadko kiedy, istotnie chorzy na raka, wówczas już zwykle z powodu np. tak wyraźnego objawu, jak guz w piersi.

Doświadczenie wykazało, że samodzielne przychodnie przeciwrakowe, nie oparte o należyte postawiony zakład leczniczy, nie mają istotnego znaczenia w walce z rakiem. W stanach Zjednoczonych Am. Półn. założono takich przychodni około 40-u — okazało się, że zawisły one w próżni; chorzy sami się do nich nie zgłaszali, a lekarze również ich tam nie kierowali. Bowiem lekarze naogół niechętnie uznają autorytet w kierunku rozpoznawania i leczenia raka u kolegów, którzy objawili chęć zajęcia się tą specjalnością, bez kompetencji, jaką daje praca w odpowiednio urządzonym zakładzie leczniczym. Tego rodzaju przychodnie mogą więc istnieć tylko w ścisłej łączności z takimi zakładami leczniczymi, należyte zorganizowanymi i przygotowanymi do skutecznej i celowej pracy.

Dlatego też nie należy rozpoczynać akcji walki z rakiem do organizowania przychodni t. zw. przeciwrakowych. Droga do wczesnego rozpoznawania raka prowadzi:

- a) przez lepsze zapoznanie studentów w czasie studiów lekarskich z symptomatologią raka i jego leczeniem, co dotychczas odbywa się tylko fragmentarycznie i niedostatecznie, ale co już, oczywiście, należy do kompetencji uniwersytetów,
- b) przez urządzenie specjalnych kursów dokształcających dla lekarzy,
- c) przez ułatwienie lekarzom rozpoznawania raków powierzchownych, nader często źle rozpoznawanych, zapomocą spopularyzowania i udostępnienia badań histopatologicznych,
- d) przez rozsądną propagandę wśród ogółu,
- e) Najlepszą zaś i najskuteczniejszą propagandą jest, bez kwestji, wypuszczanie przez zakłady lecznicze wyleczonych chorych na raka. Bez tego, wszystkie inne rodzaje propagandy zawodzą.

Propagandę leczenia raka można robić tylko wówczas, jeżeli istnieją zakłady, w których to leczenie może być skutecznie przeprowadzone. John W. Cose, omawiając doświadczenie, poczynione w Stanach Zjednoczonych, przestrzega przed taką przedwczesną propagandą, bowiem lekarze, skierując chorych do szpitali ogólnych, nawet dobrze urządzo-

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu Sekcji Raka Państwowego Rady Zdrowia dn. 8.6.1934 roku.

nych, jednak nie wyspecjalizowanych w leczeniu raka — i nie widząc następnie wyników — utrwala się w przekonaniu o nieuleczalności raka i sugerują to przekonanie publiczności.

Niemniej przygotowana musi być propaganda wśród publiczności. Dobre rady tracą swoją wartość, gdy niema zakładów, gdzieby je można było wykonać i dlatego np., po bardzo pouczających doświadczeniach, American Society for the Controle of Cancer postanowiło prowadzić kampanję, uświadamiającą ludność w zakresie raka w tych tylko okolicach, gdzie istnieją zakłady lecznicze, należycie urządzone, i podejmuje te kampanje tylko na zaproszenie owych zakładów, wzgl. towarzystw lekarskich.

Zakłady lecznicze.

Przechodzimy skośle do najważniejszej obecnie strony walki z rakiem t. j. do jego leczenia.

Według prof. Forsell'a ze Sztokholmu, zaledwie trzecia część przypadków raka, zgłaszających się do lekarza, jest w stanie, nadającym się do zabiegu chirurgicznego, u tych znów tylko u jednej trzeciej guz da się usunąć radykalnie, co jest koniecznym warunkiem wyleczenia. To znaczy, że z ogólnej liczby chorych na raka, chirurgja może wyleczyć tylko 10%. Tu należy podkreślić, że nie uleczą, lecz że ma warunki do uleczenia. Wynika z tego, że 90% chorych na raka potrzebuje innego leczenia, niż chirurgiczne.

Obecnie tem innym leczeniem są tylko promienie radu i Roentgena. I znów według Forsell'a — u mniej więcej 20% wszystkich chorych na nowotwory złośliwe leczenie promieniami może doprowadzić do zniknięcia, stałego lub tylko czasowego, objawów chorobowych, — w dalszych 30% przypadków może ono przynieść znaczną poprawę subiektywną i obiektywną. Podobnie ocenia obecne możliwości leczenia raka prof. Regaud (Paryż). Nie można jednak tych liczb stosować globalnie do wszystkich rodzajów i umiejscowień nowotworów złośliwych. W pewnych umiejscowieniach, jak rak żołądka, jelit, wątroby, trzustki układu moczowego — możliwości wyleczenia którejkolwiek z tych metod są nader słabe lub żadne, w innych natomiast, jak rak skóry, warg, języka, gardła, krtani, piersi, macicy — procent wyleczonych we wczesnych przypadkach bywa bardzo wysoki — i te wyniki nakazują podjęcie zorganizowanej akcji.

Pozostaje jeszcze co najmniej około 40% przypadków, u których dotychczas posiadanymi metodami zgoła nie jesteśmy w stanie uczynić w kierunku wyleczenia lub choćby uzyskania poprawy. W tych przypadkach pozostaje tylko możliwość łagodzenia cierpień — i, w razie potrzeby, pomoc materialna.

Jakże się to przedstawia w cyfrach?

Gdyby przyjąć analogję do statystyk zagranicznych, to prawdopodobnie rocznie umiera w Polsce około 35 tysięcy osób na raka, czyli, że chorych jest co najmniej 2 razy tyle, t. j. co najmniej 70 tysięcy. Gdyby pozostać przy liczbie 35 tysięcy, jako przypuszczalnej liczbie corocznych zachorowań na raka w naszym kraju, to przynajmniej w połowie przypadków należyte leczenie mogłoby dać rzeczywistą poprawę, w tem, w dość pokaźnym stosunku, wyleczenie trwałe. Oczywiście, nie wszyscy chorzy, zwłaszcza ze wsi, szukają pomocy lekarskiej, mimoto chodziłoby rocznie o liczbę kilkunastu tysięcy ludzi, którymby należało zapewnić możliwość leczenia.

Co do leczenia chirurgicznego, niema żadnej wątpliwości, że musi być ono szpitalne. Ale również i leczenie promieniami radu i Roentgena powinno być koniecznie prowadzone w specjalnych zakładach, zarówno ze względu na ciężkość samej choroby, jak i na to, że leczenie jest często trudne, dalej ze względu na możliwe powikłania, nieraz burzliwy przebieg reakcji popromiennej, a przede wszystkim z powodu zachodzącej często konieczności stosowania u jednego chorego kolejno kilku różnych metod leczenia: chirurgji, promieni radu i Roentgena.

Doprowadziło to do powstawania — nastawionych

specjalnie na leczenie raka — zakładów o różnej nazwie, jak Instytut Przeciwrakowy, Instytut Radowy i tym podobne inne.

Zakład, który przybiera nazwę — bezpośrednio lub pośrednio — przeciwrakowego, musi mieć organizację specjalną i w swoim zakresie wyższą, niż szpitale ogólne. Ma on bowiem o wiele większą odpowiedzialność i wobec chorych i wobec lekarzy, których ta nazwa przyciąga. Nie może to być sam oddział chirurgiczny, ani sam tylko oddział leczenia radem, bo tylko pewne rodzaje i stopnie rozwoju raków mogłyby w nim być leczone; tembardziej nie może to być sam oddział rentgenologiczny. Zakład do leczenia raka musi to wszystko obejmować i jednocześnie wraz z niezbędnymi pracownikami diagnostycznymi — jeśli już nie naukowymi.

Zakład taki może powstać jako jednostka nowa i oddzielna, lub też, co pewnie byłoby łatwiejsze do zrealizowania — jako samodzielny oddział dużego szpitala ogólnego.

Jakże taki oddział przeciwrakowy powinien być wyposażony i zorganizowany?

Przedewszystkiem musi on posiadać normalny oddział chirurgiczny — chyba, że pozostaje w najściślejszym związku ze szpitalem ogólnym, posiadającym taki oddział, — w tym wypadku jednak decyzyja co do sposobu leczenia winna należeć nie do oddziału chirurgicznego, ale do kierownika zakładu przeciwrakowego. Powinien mieć kilka miejsc do głębokiej terapii Roentgena, przyczem ilość aparatów rentgenowskich zależy od ilości łóżek, a przede wszystkim od ilości posiadanego radu, gdyż te rzeczy ściśle łączą się ze sobą, a leczenie radem i Roentgenem wzajemnie się uzupełniają. Dla orjentacji podam, że 1 aparat rentgenowski o jednej lampie w ciągu miesiąca przy 8-o godzinnym dniu pracy, stosując metodę t. zw. Coutard'a, może przeprowadzić leczenie u czterech chorych na raka szyi macicy (jako uzupełnienie leczenia radem). Co do ilości radu, to również dla orjentacji podam, że normalną ilością, potrzebną dla leczenia jednego przypadku raka szyi macicy, jest około 70 mgr. Zakład, który tę ilość radu posiada, może w ciągu miesiąca przeprowadzić leczenie zaledwie u czterech kobiet, a więc u niespełna 50-u w ciągu roku. Należy przytem zaznaczyć, że przy posiadaniu tylko owych 70-u mgr. radu, bez instalacji rentgenowskiej, można przyjmować do leczenia jedynie bardzo wczesne przypadki raka szyi macicy, których wśród zgłaszających się jest zaledwie 10%.

Rak skóry, jeżeli jest mało rozległy, wymaga kilkunastu mgr. radu w ciągu 4 — 5 dni, — rozleglejszy rak skóry wymaga już 300 — 400 — 600 mgr. przez 5 — 7 dni. Tak, więc zakład, który rozporządza np. 200-ma mgr. radu, mógłby mieć stale w leczeniu 3—4 chorych z niewielkimi zmianami skóry, ale bardzo często byłby w tem położeniu, że mu nie starczy radu nawet dla jednego chorego i wtedy, albo musiałby tego chorego odesłać — albo też, co się niestety dzieje dość często i co tak dyskredytuje radoterapię — dostosowywać metodę leczenia do ilości posiadanego radu.

Jakież więc powinno być minimalne wyposażenie w rad takiego zakładu?

Wspomniany już Forsell — zasłużony organizator akcji przeciwrakowej w Szwecji, w swym odczycie o społecznej walce z rakiem, wygłoszonym na międzynarodowym Kongresie Radjologów w r. 1932, wyraził się, że — na początek wystarczy, jeżeli taki szpital ma 50 łóżek, kilka aparatów rentgenowskich i 4 — 5 gramów radu. N a p o c z ą t e k.

Nietylko Forsell jest tak wymagający. Konieczność tworzenia ośrodków nielicznych, ale dobrze wyekwipowanych, uzasadnia również stale Regaud i wszyscy ci, którzy się leczeniem raka zajmują i krytycznie rozpatrują wyniki leczenia. Koszt takiego szpitala dla rakowatych na 50 łóżek łatwo obliczyć. Poza budynkiem, normalnem wyposażeniem szpitalnem, niezbędnymi pracownikami diagnostycznymi, zwłaszcza histopatologiczną i rentgenowską — sam rad kosztowałby powyżej półtora miliona złotych, do czego trzeba jeszcze

doliczyć dość sporą sumę na urządzenie głębokiej terapii R o e n t g e n a. Są to sumy, których zdobycie nawet w krajach bogatych jest problemem, niełatwym do rozwiązania. I, z różnych typów, przytoczę 2 rozwiązania, w krajach, które w walce z rakiem uczyniły dużo celowych i obmyślonych posunięć, a mianowicie w Szwecji i we Francji.

W Szwecji istnieje od r. 1910 Centralny Instytut Przeciwrakowy w Sztokholmie, t. zw. Radiumhemmet. Ma on obecnie 56 łóżek, ponad 5 gr. radu, 4 aparaty Roentgena, oddział chirurgiczny, pracownię histopatologiczną oraz cały sztab specjalistów. Jest on bardzo wydatnie subwencjonowany przez państwo, które do każdego chorego dopłaca pewną kwotę dziennie, pozatem Liga Przeciwrakowa zbiera fundusze na jego utrzymanie. Niezamożni chorzy z całej Szwecji otrzymują bezpłatny przejazd na leczenie i badanie kontrolne. A trzeba przytem pamiętać, że ludność Szwecji jest wprawdzie znacznie mniej liczna, niż w Polsce, ale powierzchnia kraju jest większa i odległości są bardzo znaczne. W roku 1918 utworzono drugi ośrodek przeciwrakowy — w Lund, z 18-ma łózkami; oprócz aparatów rentgenowskich i chirurgii, posiada on obecnie około 2 gr. radu. Trzeci ośrodek powstał w r. 1922 w Göteborgu, również z blisko 2-ma gramami radu (dokł. 1717 mgr.).

Akcja przeciwrakowa w Szwecji jest dotychczas prowadzona lepiej, niż gdziekolwiek bądź indziej na świecie. Uznano tam, że pod każdym względem lepiej jest tworzyć nieliczne, lecz dobrze do pracy przygotowane ośrodki, a chorym ułatwić leczenie w nich i dojazd do nich.

We Francji sprawa poszła inną drogą. Najpierw rozwinął się Instytut Radowy w Paryżu. Posiada on obecnie, przy 40-u łózkach — ponad 7 gr. radu (którego ilość ma być teraz zwiększona do 14-u), 9 aparatów rentgenowskich, oddział chirurgiczny i cały szereg pracowni naukowych i diagnostycznych. Pod wpływem dobrych wyników, osiągniętych w tym zakładzie, dzięki propagandzie znakomitego radiologa Bergonnie i przy poparciu ministra zdrowia, Straussa, — w r. 1922 zaczęto tworzyć z funduszy rządowych ośrodki przeciwrakowe, nawet wbrew opinii samego prof. Regaud, dyrektora paryskiego Instytutu Radowego, który uważał, wówczas za przedwczesne domaganie się praktycznych wyników od metod leczenia, które jeszcze w dużej mierze były wtedy w stadium eksperymentowania.

Obecnie jest tych ośrodków we Francji kilkanaście. Początkowo wyposażono każdy z nich tylko w 200 mgr. radu, pozatem rozbudowano je dosyć szeroko, w skład każdego wchodzi chirurg, radiolog, rentgenolog, histopatolog, hematolog i jeszcze kilku specjalistów z praktycznej medycyny. Okazało się jednak wkrótce, że przy 200 mgr. radu niepodobna rozwinąć żadnej poważniejszej pracy i że dla możliwości leczenia kilku chorych naraz trzeba utrzymywać cały kosztowny zakład ze sztabem lekarzy. Powstała wówczas poważna dyskusja nad projektem zlikwidowania niektórych z tych ośrodków, — wkrótce jednak postanowiono raczej powiększyć ich zapas radu i wyposażać je należycie w instalacje rentgenowskie.

Oto, jak niektóre z nich są obecnie wyekwipowane:

ośrodek w Strassburgu:	17 łóżek	2 gr. radu	i	2 ap. Rtg.
• w Bordeaux	27	1727 mgr. radu	•	4
• w Tuluzie	50	1800	•	5
• w Nancy	13	1250	•	4

Inne posiadają około 1 gr. radu, ani jeden mniej niż pół grama, wszystkie mają oddziały chirurgiczne i potrzebne pracownie. Razem zakłady te rozporządzają dwudziestu kilkoma gramami radu i kilkudziesięcioma aparatami do głębokiej terapii R o e n t g e n a — na ludność, która tylko o jedną czwartą przewyższa ludność Polski. Wszystkie są subwencjonowane i żaden niezamożny chory nie znajdzie się tam nigdy w niemożności przeprowadzenia potrzebnej kuracji.

Jak z tego widać, w Szwecji jest duża centralizacja le-

czenia nowotworów złośliwych, co się pod każdym względem okazało korzystne, we Francji akcja ta jest zdecentralizowana. Zdaniem samych Francuzów, ośrodków jest u nich zbyt wiele, aby mogły być należycie wyposażone. I w jednym i w drugim kraju istnieją przede wszystkim wielkie zakłady, dysponujące dużą ilością radu, z szeregiem aparatów rentgenowskich, oddziałami chirurgicznymi i pracowniami naukowymi — oraz zakłady mniejsze, które jednak prawie zawsze posiadają ponad 1 gram radu oraz wszystkie potrzebne dodatkowe oddziały i pracownie.

Jakże jest w Polsce?

Największy nasz zakład do leczenia raka — Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie — pomimo okazałych pomieszczeń, nowoczesnej organizacji, wystarczającego uposażenia w zakresie chirurgii, aparatów rentgenowskich i pracowni — pod względem ilości radu (1 gram) odpowiada, niestety tylko tym mniejszym prowincjonalnym zakładom we Francji czy w Szwecji.

Obecnie jego możliwości pracy są w pełni wykorzystane. Aparaty rentgenowskie pracują na 2 zmiany, na leczenie radem wyznacza się kolejkę. I przy tej jednak maksymalnej pracy może on dać w ciągu roku leczenie najwyżej około 800 chorym. Pozatem niema w Polsce zakładu, któryby posiadał choćby pół grama radu i w którymby równocześnie istniały odpowiednie urządzenia rentgenowskie, chirurgiczne i t. d.

Niektóre zakłady, nawet o bardzo wiele mówiących nazwach, pracują około 100 mgr. radu, z jednym aparatem rentgenowskim, lub bez niego, bez oddziału chirurgicznego i bez żadnych pracowni. Ich rzeczywiste możliwości leczenia wynoszą zatem co najwyżej kilkadziesiąt chorych rocznie — i to tylko z pewnym umiejscowieniem i w pewnym stopniu choroby. Jeśli w ich sprawozdaniach znajdują się liczby wyższe, to sprawa staje się zagadką.

Możliwości skutecznej walki z rakiem są więc dotychczas w Polsce bardzo małe, odpowiadają może jednej dziesiątej potrzeb.

Od czego należy więc zacząć w Polsce walkę z rakiem?

Przedewszystkiem od stworzenia kolejno paru zakładów, w którychby chorzy na raka mogli być naprawdę z pożytkiem leczeni — i od uniemożliwienia drobnym, nieodpowiednio przygotowanym do tego instytucjom opierania swej działalności na kredycie wyników, osiąganych w zakładach dobrze urządzonych. Należy zatem ustalić typ zakładu do leczenia raka, dać mu minimum koniecznego wyposażenia i zapewnić odpowiednio wykwalifikowanych współpracowników.

Licząc się ze stanem gospodarczym Polski — i nasze plany muszą być skromne, jednakże winny być celowe i liczyć się z rzeczywistością i wymaganiami dzisiejszych metod terapii raka. Musimy przyjąć za zasadę, że niema co zakładać ośrodka przeciwrakowego, o ile nie można mu dać przynajmniej pół grama radu, bowiem taki ośrodek nie będzie zdolny do żadnej istotnie pożytecznej pracy. Pozatem oczywiście musi on mieć co najmniej 4 miejsca do głębokiej terapii R o e n t g e n a, oddział chirurgiczny i pracownię histopatologiczną. To jest minimum, bez którego nie powinno się takiego zakładu uruchamiać, jeżeli się nie chce narażać i chorych i lekarzy, którzy ich skierowują, na częste rozczarowania — wzgl. jeżeli się nie chce wyrzucać pieniędzy na próżno. Ponieważ w takim zakładzie musi pracować szereg specjalistów, koszty jego prowadzenia, przy stosunkowo niewielkiej rocznej liczbie chorych, jakich będzie mógł przyjąć — będą bardzo wysokie, — należy zatem dążyć do tworzenia raczej niewielkiej liczby zakładów, zato o możliwie największej pojemności chorych, bowiem, nawet przy uwzględnieniu kosztów podróży, leczenie wówczas wypadnie taniej, zwłaszcza, że jest ono, prawie z reguły, jednorazowe.

Pomimo oczywistej konieczności tworzenia zakładów większych, zdolnych do leczenia wszystkich rodzajów nowotworów złośliwych, które się do tego nadają, — należałoby zrobić jeden wyjątek, mianowicie dla Klinik lub Oddziałów

ginekologicznych. Wyniki radjoterapii raków części pochwo-
wej macicy stanowią jeden z największych jej sukcesów, o ile
leczenie to jest dobrze przeprowadzone. Na stworzenie ta-
kiego małego ośrodka przy Klinice dla raków szyi macicy
trzeba minimum 70 mgr. radu i 1 aparat R o e n t g e n a
z 2-ma lampami. Chirurgja już jest w tych zakładach, a pra-
cownia histopatologiczna też albo już jest urządzona, albo
korzysta się z pracowni uniwersyteckich. Z tem wyposa-
żeniem zdolność pracy takiego zakładu nie byłaby wielka (oko-
ło 4-ch chorych na miesiąc, niespełna 50 rocznie) — jednak
możnaby to przyjąć za początkowe wyposażenie, następnym
etapem inwestycyjnym byłoby zwiększenie ilości radu.

Istnieje u nas kilka takich małych oddziałków, rozpo-
rządzających pewną ilością radu, dostateczną z biedą dla le-
czenia jednej chorej naraz, nieposiadających jednak apar-
atów rentgenowskich. Ich praca nieraz bywa szkodliwa, samo
leczenie radem może bowiem dać wyniki tylko w zupełnie po-
czątkowych stadiach raka szyi macicy, które mogą być leczo-
ne także i operacyjnie. Takich jest na 100 przypadków zgła-
szających się do leczenia — przeciętnie dziesięć. Byłoby
wszystko ostatecznie w porządku, gdyby te oddziały ogra-
niczały się więc do leczenia tylko tych chorych, nie porywa-
jąc się — z samym tylko radem — na leczenie przypadków
bardziej zaawansowanych, gdzie, prócz radu, potrzebna jest
także i głęboka terapia R o e n t g e n a. Wówczas bowiem
robią one chorym nieraz wielką krzywdę, odbierając im
możność leczenia się w zakładach, gdzie istniałyby dla nich
szanse wyleczenia. A wyleczenie raka może być prawie z re-
guly uzyskane tylko przy pierwszym leczeniu.

Mały oddział radjoterapeutyczny, dobrze urządzony
i wszechstronnie w swoim zakresie i rozmiarach wyposażony,
mamy w Klinice Ginekologicznej Uniw. Warsz. Może on słu-
żyć za wzór tego rodzaju zakładom, pracując wydawniej od
niejednej organizacji o szumnej nazwie, bez rozgłosu, nawet
bez przybierania specjalnego tytułu ośrodka przeciwrakowe-
go. Oddziały takie mogłyby posiadać wszystkie kliniki gine-
kologiczne przy naszych Uniwersytetach, z tem jednym tylko
i to bardzo ważnym zastrzeżeniem, żeby ich kierownikami
byli wykwalifikowani radjolodzy, którzyby mogli prowadzić
leczenie z uwzględnieniem postępów ogólnej radjoterapii no-
wotworów złośliwych.

Kto powinien się zająć tworzeniem zakładów do lecze-
nia raka?

Należy przyjąć, że zakłady takie winny stanowić uzu-
pełnienie istniejących szpitali i istniejącego lecznictwa, tak
jak je stanowią sanatoria dla leczenia gruźlicy — i że powin-
ny być tworzone przez organizacje, których obowiązkiem
jest dbać o to lecznictwo. Nie należy jednak rezygnować
z inicjatywy społecznej, której pomoc może być w tym wzglę-
dzie ogromna, trzeba tylko te rzeczy unormować i nadać im
odpowiedni bieg. Zdaje się, że należałoby tu rozgraniczyc
kompetencje w 2 kierunkach:

I Ustalenie typu zakładu do le-
czenia raka, opracowanie zasad je-
go organizacji i minimalnego wypo-
sażenia; określenie kwalifikacyj je-
go pracowników, a zwłaszcza jego
kierowników oraz nadzór nad pracą
tych zakładów. To powinno należeć do pewnej
fachowej Komisji, która powstałaby przy władzy wykonaw-
czej, a więc przy Sekcji Raka Państwowej Rady Zdrowia,
lub też przy osobnej Sekcji Raka w Departamencie Służby
Zdrowia. Do tej Komisji należałoby pozatem opracowanie
wniosków o tworzeniu szpitali do leczenia raka, sprawdzenie,
czy istniejące już w tym zakresie zakłady są zdolne do wyko-
nywania swej pracy i czy posiadają odpowiednią po temu
organizację; Komisja ta miałaby prawo nadzoru nad niemi
i reform. Wreszcie do niej należałoby obmyślenie finansowych
podstaw tych zakładów, a zwłaszcza sposobu udostępnienia
leczenia także i chorym niezamożnym.

II. Do organizacji społecznych walki z rakiem —

które mogą, lecz nie muszą być scentralizowane np. w Ogól-
nopolską Ligę Przeciwrakową, przedewszystkiem jednak po-
winny być regionalne, zgrupowane koło istniejących już, lub
mających powstać zakładów do leczenia raka — należałoby
gromadzenie funduszków za zakładanie i utrzymywanie zakła-
dów leczniczych, według norm, ustalonych przez wyżej
wspomnianą Komisję, następnie rozsądna propaganda wśród
publiczności oraz opieka nad nieuleczalnymi rakowatami.

Liga ogólnopolska Przeciwrakowa, jednocząca te po-
szczególne towarzystwa, może oczywiście powstać, ale nie
trzeba się łudzić, by jej rola mogła być wielka. Jej zadaniem
będzie przedewszystkiem to — czego się tak często używa
i nadużywa t. j. reprezentacja, i udział w zjazdach zagranicz-
nych analogicznych organizacji. Ona również, co już byłoby
bardziej pożytecznem, mogłaby się zajmować urządzaniem
zjazdów przeciwrakowych i t. p. Praca organizacji regio-
nalnych będzie jednak napewno znacznie skuteczniejsza, opie-
rają się one bowiem na działalności poszczególnych jednostek
na znajomym im terenie, gdzie ludzie ci istotnie mogą czegoś
dokonać.

Teraz jeszcze parę słów o opiece nad nieuleczalnymi.
Jak już wspomniałem na początku, u 40 — 50% ogólnej
ilości chorych na raka, przy dzisiaj posiadanych metodach
leczenia, nie można uzyskać ani wyleczenia ani nawet poważ-
niejszej poprawy. Dlatego istnieje myśl tworzenia dla nich
specjalnych przytułków. Przytułki takie istnieją, doświad-
czenie ich jednak nie wskazuje na to, aby ich trzeba było
wiele. Ogromnej większości nieuleczalnych chorych na raka
wystarcza najzupełniej opieka domowa i pomoc ich stałego
lekarza, w czem dużą rolę odgrywa nieraz poprostu pomoc
moralna. Przytułki dla nieuleczalnych szybko zdobywają so-
bie opinię domów śmierci, z których się już nie wychodzi, i łą-
two sobie wyobrazić, jaki tam nastrój panuje. Jedynie tylko
zupełni nędzarze zgadzają się tam umieszczać członków swej
rodziny i to tylko wówczas, jeżeli chory jest całkiem niedo-
łężny i wymaga specjalnych starań. W roku ubiegłym, na
kilkuset chorych, którym w Instytucie Radowym w Warsza-
wie odmówiono leczenia, jako nieuleczalnym, tylko w 3-ch
przypadkach, chorzy ci, wzgl. ich rodzina zgodziła się na
skierowanie ich do przytułku.

Należałoby więc raczej — zamiast tworzenia specja-
lnych przytułków — zapewnić chorym, którzy tego potrzebu-
ją, opiekę na ogólnych salach szpitalnych, albo w ogólnych
przytułkach dla kalek i nieuleczalnych.

W wyniku tych rozważań postawiłbym następujące
wnioski:

1) o utworzenie przy Sekcji Raka Państwowej Rady
Zdrowia wzgl. w ramach Departamentu Służby Zdrowia
specjalnej Komisji, któraby się zajęła:

- a) ustaleniem typu zakładu do leczenia raka,
- b) opracowaniem zasad jego organizacji i minimum
jego wyposażenia, określeniem kwalifikacyj jego pracowników
i przedewszystkiem kierowników;
- c) sprawdzeniem drogą ankiet i bezpośrednich inspek-
cyj stanu istniejących obecnie zakładów leczniczych w tym
zakresie, dla osądzenia, które z nich stoją na wysokości za-
dania, oraz dla opracowania planu szczegółowego reorgani-
zacji dla tych, które nie są zdolne do istotnie pożytecznej
działalności. Wszystkie subwencje, które obecnie otrzymują
te zakłady, niewystarczająco uposażone i zorganizowane, po-
winny do czasu ich zreformowania być użyte nie na dalszą
ich vegetację, ale na uzupełnienie wyposażenia;
- d) opracowaniem podstaw finansowych istnienia za-
kładów do leczenia raka, zwłaszcza zaś sposobu udostępnie-
nia ich dla niezamożnych chorych;
- e) poczynieniem odpowiednich kroków, aby uzyskać
dla zakładów, należycie funkcjonujących, praw instytucyj
specjalnej użyteczności publicznej;
- f) wyrobieniem w ministerstwie W. R. i O. P. umożli-
wienia Wydziałom Medycznym wszystkich polskich Uniwer-

syetów zorganizowania nauczania cancerologii, w zakresie, odpowiadającym obecnemu stanowi wiedzy i lecznictwa w tej dziedzinie.

II. Po wykonaniu przez Komisję tych prac, należałoby podjąć starania, aby w większych ośrodkach, gdzie już istnieją, lub gdzie, zdaniem Komisji, powinny powstać za-

kłady do leczenia raka, a w których jeszcze nie ma społecznych organizacji w tym zakresie, powstały takie regionalne organizacje, o celach wyżej sprecyzowanych.

Przedstawiciele tych organizacji weszliby następnie w skład mającej powstać Ogólnopolskiej Ligi do Walki z Rakiem.

Reforma studiów lekarskich w Polsce.

Ankieta „Lekarza Polskiego”

Prof. Dr. J. SUPNIEWSKI.

1. Wydziały lekarskie uniwersytetów powinny tworzyć zasadniczo typ lekarza, ogólnego praktyka.

2. Obecny program studiów lekarskich w ciągu pierwszych dwóch lat jest naogół dobrym. Jest on zbliżony do programu studiów lekarskich w krajach, wydających najlepszych lekarzy.

Należałoby jednak zmniejszyć nieco ilość godzin wykładów, a zwiększyć ilość godzin zajęć praktycznych.

Ruch wydawniczy podręczników lekarskich w języku polskim wkrótce zapełni braki, obecnie panujące. Należałoby wówczas odciążyć młodzież od nadmiaru wykładów, a zmusić ją do pracy nad sobą.

Studia anatomiczne są nieco nadmiernie rozbudowane. W dziale chemii lekarskiej należałoby większy nacisk kłaść na stronę patologii chemicznej, oraz na stronę praktyczną chemicznych analiz klinicznych.

Nauczanie fizjologii na uniwersytetach polskich stoi obecnie wogóle pod znakiem zapytania w związku z projektowaną ustawą przeciwwiwiekcyjną, która znosi praktycznie demonstracje i ćwiczenia fizjologiczne, bez których nie można wogóle nauczać fizjologii.

3—4—5. Obecne nauczanie przedmiotów klinicznych szwankuje z powodu braku funduszy. W klinikach uniwersyteckich brak miejsca, studenci nie stykają się z chorymi. Należałoby szeroko rozbudować praktyczne nauczanie przedmiotów klinicznych we wszystkich szpitalach miast uniwersyteckich, aby umożliwić wszystkim studentom stały kontakt z chorymi.

Należałoby również możliwie ograniczyć czyste wykłady teoretyczne w klinikach, a rozszerzyć stronę praktyczną. Należałoby też wprowadzić szpitalne praktyki wakacyjne dla studentów medycyny.

Francuski system nauczania przedmiotów klinicznych od pierwszego roku studiów lekarskich daje fatalne wyniki, jak to stwierdziła komisja lekarska Stanów Zjednoczonych. Systemu tego w żadnym razie nie należałoby zaprowadzać w uniwersytetach polskich. Studia kliniczne powinny rozpoczynać się w trzecim roku studiów lekarskich.

Ogólna klinika chorób wewnętrznych powinna być podstawą studiów klinicznych.

6. Studia kliniczne powinny być prowadzone w klinikach uniwersyteckich, w oddziałach odpowiednio przygotowanych szpitali miast uniwersyteckich, których ordynatorami powinni być docenci uniwersytetu, oraz ewentualnie w oddziałach szpitali prowincjonalnych podczas praktyki wakacyjnej.

Uzupełnieniem tych studiów powinna być jednoroczna praktyka szpitalna po ukończeniu studiów uniwersyteckich.

7. Medycyna zapobiegawcza winna wejść w program nauczania higieny. Dodatkowe wykłady z medycyny ubezpieczeniowej winny być prowadzone na ostatnim roku studiów lekarskich.

II. Obecne normy kwalifikacyjne studentów do dal-

szych studiów i do uzyskania dyplomów lekarskich są w zupełności wystarczające, należałoby jednak zaprowadzić większy rygor i kontrolę nad pracą studentów podczas studiów. (ostrzy przymus uczęszczania na wykłady i ćwiczenia).

III. Jednoroczna praktyka na głównych oddziałach szpitalnych powinna być dostateczną gwarancją przygotowania lekarza do zawodu praktycznego.

IV. Doksztalcanie lekarzy w kierunku specjalizacji winno odbywać się w odpowiednich klinikach, bądź w odpowiednich i dobrze zorganizowanych oddziałach szpitalnych, bądź też w odpowiednich szkołach (Szkoła Higieny) i na odpowiednich kursach. Doksztalcanie to powinno być obowiązkiem dla lekarzy specjalistów.

V. 1. Matura gimnazjum filologicznego, bądź realnego z łaciną. Zdrowie fizyczne, umożliwiające ukończenie studiów lekarskich.

2. Wydziały lekarskie uniwersytetów nie są w stanie określić kwalifikacji moralnych i naukowych kandydatów na lekarzy. Kwalifikacje naukowe możnaby określić na podstawie konkursowych egzaminów wstępnych. Jedynym dostępnym kryterium kwalifikacji moralnych jest niekaralność sądowa w sprawach karnych.

3. Należałoby przyjmować wszystkich zgłaszających się kandydatów na studia lekarskie. Sprawa ta związana jest ściśle z uposażeniem uniwersytetów, których wydziały lekarskie są już obecnie przepełnione.

Ograniczenia przyjmowania słuchaczy medycyny należy ujmować tylko z punktu widzenia braku miejsc.

Przy ograniczonej ilości miejsc należałoby przyjmować na medycynę drogą selekcji przez egzamin konkursowy, uzupełniony przez losowanie.

Obecny program studiów lekarskich na uniwersytetach polskich nie jest zły, a przy nieznacznych poprawkach dawałby dobre wyniki, jeśli był praktycznie stosowany w całej rozciągłości. Wykonanie tego programu zależne jest jednak od uposażenia uniwersytetów, a w tej dziedzinie nie zanoszą się na rychłą poprawę.

Braki wykształcenia lekarzy, opuszczających mury naszych wszechnic spowodowane są nastawieniem psychicznym, a nie brakami nauczania.

Zyjemy w okresie przewagi ciała nad duchem, mięśni nad mózgiem, w okresie lekceważenia nauki. Nauka jest o tyle uważana za potrzebną, jeśli służy natychmiastowym celom praktycznym.

Nic dziwnego więc, że ogólne nastawienie społeczeństwa odbija się na młodzieży, która w bardzo dużym procencie uważa naukę nie za cel, lecz li tylko za środek, a uniwersytety nie za skarbnice wiedzy, lecz tylko za szkoły zawodowe. Duży procent studentów medycyny uważa wiedzę lekarską za środek do zdobycia chleba czy też stanowiska społecznego, a nie za cel życia. Mści się to potem na nich, zbyt mało bowiem pracują samodzielnie i wychodzą z uniwersytetu ze zbyt małym zapasem wiedzy lekarskiej.

Doc. hist. i fil. medycyny U. W. Dr. L. ZEMBRZUSKI.

Uważając, że reforma obecnych studiów lekarskich w Polsce jest konieczną, oświadczam, co następuje:

Studia lekarskie powinny kształtować typ lekarza-terapeuty praktyka i typ lekarza - higienisty społecznego w oparciu o mocne podstawy naukowe. Pomijam w swych rozważaniach typ lekarza-naukowca w ścisłym znaczeniu tego słowa.

W dotychczasowym nauczaniu t. zw. przedmiotów teoretycznych na I i II roku studiów medycznych powinnyby się dawać stosunkowo mniej teorii (do tego celu w większości wystarczą podręczniki, atlasy, tablice, okazy i zbiory muzealne i t. p.), natomiast należy poświęcić więcej czasu zajęciom praktycznym.

Co do zajęć klinicznych, to pożądanem byłoby, ażeby stosunek ich do wykładów teoretycznych był conajmniej jak 3 : 1 (?).

Zajęcia kliniczne powinnyby być zaprowadzone od początku III-go roku studiów o charakterze propedeutycznym, czyli przygotowawczym (do właściwych klinik. Należałoby zacząć od wykonywania przez studentów najprostszych zabiegów pomocniczych przy chorych, t. j. pielęgniarstwie (felczerskich) i od obserwacji toku pracy w oddziałach klinicznych chorób wewnętrznych i chirurgicznych (grupami), następnie przejść do praktycznego wpojenia w słuchaczy metod badań diagnostycznych, klinicznych i laboratoryjnych. Wszystkie te zajęcia praktyczne powinnyby się odbywać w klinikach w godzinach przedpołudniowych; wykłady teoretyczne — w godzinach popołudniowych.

Wprowadzania zwyczaju angielskiego i francuskiego stage'u klinicznego wcześniej t. j. przed III-cim rokiem studiów nie uważam za właściwe, gdyż mało daje korzyści wobec braku jeszcze podstawowych wiadomości w tym czasie u studentów z anatomji, fizjologii i patologji; praktyka kliniczna przed III-im rokiem prowadziłaby do pewnego rodzaju rutyny, zmechanizowania i dyletantyzmu, które następnie trudnoby było odrobić i wykorzystać.

Przez pierwsze dwa lata studiów należałoby podawać t. zw. wiedzę teoretyczną w zakresie przedmiotów objętych programem obecnym (p. wyżej ustęp 3-ci) lecz z uwzględnieniem również pod koniec II roku ogólnych, podstawowych wiadomości z patologji i anatomji patologicznej oraz bakterjologii — kosztem skrócenia czasu, poświęcanego bardziej szczegółowej nauce anatomji i histologii prawidłowej oraz fizjologii w zakresie poszczególnych narządów (np. układu ośrodkowego nerwowego, narządów zmysłów jak oczów, uszów i t. p.), ponieważ anatomja, histologia i fizjologia tych i tym podobnych narządów są uwzględniane po większej części przez profesorów i docentów poszczególnych dyscyplin, jak — neurologji, chirurgji (anatomja topograficzna), okulistyki, oto-laryngologji, ginekologji i t. d. w czasie wykładów i zajęć klinicznych. Natomiast duży nacisk należałoby położyć na ćwiczenia z fizjologii (więcej niż obecnie) oraz na naukę fizyki i chemji z uwzględnieniem potrzeb medycyny i dlatego sądzę, że dla medyków należałoby zorganizować nauczanie fizyki i chemji według specjalnych programów.

Jak zorganizować dostateczne wykształcenie z medycyny wewnętrznej, chirurgji, położnictwa, chorób dzieci i t. p., jako dyscyplin niezbędnych dla lekarza praktyka, to w tej sprawie nie posiadam własnego jasno skryształizowanego poglądu: pod tym względem wypowiedzenia się kompetentnego należy oczekiwać od profesorów i docentów poszczególnych przedmiotów klinicznych.

Z mego punktu widzenia należy zachować wykłady i seminarja z historii i filozofji medycyny, jako rozszerzające ogólny światopogląd lekarza, pogłębiające jego wykształcenie i dające mu metody logicznego i krytycznego poznania.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wypadnie uwzględnić w szerszym zakresie niż dotychczas w programie medycynę zapobiegawczą, ubezpieczeniową, czyli t. zw. medycynę społeczną w szerokim pojęciu tego słowa.

Kwalifikowanie studentów do dalszych studiów (na wyższe lata) powinno mieć miejsce na podstawie kolokwji i egzaminów. Na wyższych trimestrach (np. na 3-ch lub 4-ch ostatnich) pożądanem byłoby rozwidlenie, polegające na tem, że część studentów-medyków, mających poświęcić się lecznictwu, kontynuowałaby studia kliniczne, druga część przechodziłaby zajęcia praktyczne na polu medycyny zapobiegawczej, społecznej, ubezpieczeniowej, epidemiologii i t. p., słowem ćwiczenia mające związek z zagadnieniami zdrowia publicznego.

Zakres szkolenia uzupełniającego przed otrzymaniem prawa praktyki powinien być utrzymany (jeden rok stage'u dla wszystkich lekarzy dyplomowanych w klinikach, ośrodkach zdrowia, poradniach i t. p.) podług jednego i tego samego planu, ażeby klinicyści zapoznali się praktycznie z podstawami medycyny społecznej, a naodwrot — przyszli pracownicy na polu medycyny społecznej ażeby uzupełnili swe wiadomości kliniczne w imię wspólnej współpracy w przyszłości. Wszyscy też stażyści w trakcie tej rocznej praktyki powinni poznać podstawy gospodarki i administracji w zakładach sanitarnych.

Specjalizacja powinna mieć miejsce (po ukończeniu praktyki) w odnośnych klinikach, sanatorjach, pracowniach, zakładach, instytutach i t. p. oraz za pomocą periodycznych kursów specjalnych doszkalających.

Co do warunków i sposobów przyjmowania na wydział lekarski to może byłaby celową procedura następująca: odnośne szkoły średnie (rady pedagogiczne) obowiązane byłoby dostarczać wydziałom lekarskim drogą poufną swe opinie o maturzystach pod względem ich wartości moralnych i kulturalnych.

Z pośród kandydatów wybrany byłby następnie na tej podstawie element najlepszy w ilości odpowiadającej np. dwu lub trzykrotnej liczbie wakansów. Tym sposobem wybrani kandydaci poddawani byłiby egzaminowi konkursowemu:

a) ustnemu — z fizyki i chemji oraz z historii kultury zwłaszcza historii Polski (zauważyłem pod tym względem braki kompromitujące!). Na egzaminie takim nie tyle powinno chodzić o wydobycie z kandydatów sumy suchych wiadomości w zakresie programów szkoły średniej, jak o przekonanie się o umiejętności orjentowania się w materiale zdobytym i posilkowania się nim w wysnuwaniu logicznych uogólnień. (Zagadnienia psychotechniki nie dotykam — nie uważając tej metody badań inteligencji za dostateczną);

b) egzaminowi piśmiennemu — w postaci streszczenia poprawnym językiem polskim wygłoszonego dla kandydatów wykładu oraz przetłumaczenia na jeden z języków obcych nowożytnych (wybór języka może być pozostawionym kandydatowi) urywków, podyktowanych po polsku. Kandydaci, władający najlepiej jednym lub więcej językami obcymi, powinni mieć pierwszeństwo przy rozpatrywaniu wyników egzaminu w razie równych szans.

Oczywiście posiadanie języka łacińskiego w zakresie programu szkoły średniej obowiązywać winno wszystkich kandydatów, ubiegających się o przyjęcie na wydział lekarski.

Numerus clausus t. j. ograniczona liczba kandydatów, przyjmowanych na studia lekarskie, mogłaby być opartą (z pewnem prawdopodobieństwem) na statystycznych danych stanu faktycznego pomocy lekarskiej oraz stanu higieniczno-sanitarnego ludności i istotnych potrzeb państwa i społeczeństwa w dziedzinie zdrowia publicznego.

Zastrzegam się, że powyższe uwagi w sprawie tak doniosłej, zahaczającej o cały splot zagadnień, — wymagają niemal w każdym punkcie głębszej analizy i zastanowienia się i dlatego wcale nie uważam ich w tem brzmieniu za definitywne wypowiedzenie się z mej strony. Odpowiedź moją traktuję jako rzucenie kilku ogólnych myśli, czyniąc zadość życzeniu Komitetu Redakcyjnego „Lekarza Polskiego”.

Dr. WALERJAN BŁOŃSKI.

Krakowska Izba Lekarska w Cyfrach.

I. Wstęp.

Rozpatrywanie niedomagań zawodu lekarskiego w Państwie Polskiem pociąga za sobą konieczność wszechstronnej analizy ich przyczyn. Jednym ze sposobów ich badania jest stosowana w socjologii i innych naukach metoda statystyczna.

Źródłem niniejszej pracy były pewne pozycje: a) rodowodów lekarzy żyjących, zapisanych w Krakowskiej Izbie Lekarskiej *), zamieszkałych stale i sezonowo **) na terenie Krakowskiej Izby, b) kart statystycznych Urzędów Zdrowia Magistratu Miasta stoł. Kraków i krakowskiego Starostwa Grodzkiego, odnośnie do lekarzy zamieszkałych stale na terenie stoł. Miasta Krakowa. Wspomniane pozycje zawierały:

- 1) miejsce i data urodzenia,
- 2) wyznanie i stan,
- 3) stopień naukowy,
- 4) miejsce i datę uzyskania dyplomu lekarskiego,
- 5) miejsce stałego lub czasowego pobytu,
- 6) gałąź specjalną zawodu,
- 7) rok zgłoszenia się do Izby.

Na podstawie wyżej wyszczególnionego materiału ogół lekarzy zróżniczkowano według:

- 1) płci,
- 2) miejsca urodzenia,
- 3) wieku,
- 4) miejsca uzyskania dyplomu lekarskiego,
- 5) miejsca zamieszkania,
- 6) roku zgłoszenia się do Izby.

Wyciągając z nich odpowiednie wnioski:

W każdej z powyższych grup uwzględniono wyznanie, wyrażone skrótem w kolejności następującej: rzymsko-katolickie — R, mojżeszowe — M, grecko-katolickie połączone z powodu małych liczb z prawosławiem — GP, przejmując to połączenie z niektórych statystyk (Atlas Statystyczny Weinfeldta), wyznaniem ewangelickim — E. objęto ewangelików z obrządkiem ewangelicko-augsburskim, reformowanym i unijnym, niechrześcijańskie połączone wraz z bezwyznaniowem — B, i niewiadome — N. Odsetki poszczególnych liczb podano obok w nawiasach.

Materiał zebrany jest zatem wiarygodny, gdyż opiera się na rodowodach przez lekarzy wypełnianych z niedokładnościami natury niezasadniczej. Jest on zupełny, obejmuje bowiem wszystkich żyjących, zapisanych lekarzy, pominawszy oczywiście kwestję, czy wszyscy lekarze na terenie Izby są zarejestrowani i zgłoszeni. Ażeby się o tem przekonać i wykazać ewentualne odchylenia, zostały zebrane dane ilościowe, odnoszące się do lekarzy miasta Krakowa z wspomnianych dwóch innych źródeł: Miejski Urząd Zdrowia i Starostwo Grodzkie — lekarz powiatowy.

Materiał odnoszący się do Krakowskiej Izby Lekarskiej opracowano dzięki uprzejmości obecnego jej prezesa p. profesora Olbrychta. Pozwolenia na wykorzystanie materiału źródłowego Starostwa i miejskiego Urzędu Zdrowia udzielił pp. naczelnicy Dr. Salak i Dr. Owsinski oraz p. Dr. Godlewski, lekarz miejski i p. Dr. Pilecki, lekarz powiatowy. Wszystkim wymienionym, p. Profesorowi i pp. Drom, wyrażam na tem miejscu głęboką wdzięczność i podziękowanie.

II. Zestawienie zebranego materiału.

Ogólna ilość lekarzy wynosi 1686, z czego wyznanie rzym.-kat. podało 971 (57,6), mojż. 585 (34,7), grecko-kat. i prawosł. 46 (2,7), ewang. 32 (1,9), bezwyzn. 15 (0,9), nie podało wyznania 37 (2,2).

*) Krakowska Izba Lekarska zajmuje teren odpowiadający mniej więcej obszarowi województwa krakowskiego i kieleckiego.

**) Lekarzy sezonowych potraktowano łącznie ze stale mieszkającymi dlatego, że przebywają na terenie Izby większą część roku wobec trwania sezonu w większości uzdrowisk przez większą część lub cały rok.

I. Płeć.

Ogólna ilość mężczyzn wynosi: 1483 (87,9), kobiet 203 (12,1). Z liczby 1483 (100,0) mężczyzn podało R — 880 (59,3), M — 495 (33,3) GP — 40 (2,8), E. — 26 (1,7), B — 12 (0,8), N — 30 (2,1).

Na 971 lekarzy wyznania rzym.-kat. przypada mężczyzn 880 (90,6), kobiet 91 (9,4). Na 585 wyznania mojżeszowego przypada mężczyzn 495 (84,6), kobiet 90 (15,4).

2) Miejsce urodzenia.

Ze względu na miejsce urodzenia podzielono wszystkich (1686) lekarzy na następujące grupy:

- 1) t. zw. autochtonów, t. j. pochodzących z obszaru Krak. Izby Lek.,
- 2) pochodzących z innych województw Państwa Polskiego,
- 3) urodzonych zagranicą,
- 4) tych, którzy nie podali ani miejsca, ani daty urodzenia.

Ad. 1. Z terenu Krakowskiej Izby Lekarskiej pochodzi 917 lekarzy, czyli 55,1 proc. ogółu. Z liczby 917 lekarzy, wypada na wyznanie R — 511, (55,7), M — 368 (40,1), GP — 9 (1,0), E — 7 (0,7), B — 7 (0,7), N — 15 (1,8).

Urodzonych na terenie Województwa Kieleckiego jest 214 lekarzy z czego na wyznanie R — 135 (63, 1), M — 66 (30,6), GP — 2 (0,9), E — 4 (2,0), B — 3 (1,4), N — 4 (2,0).

Urodzonych na terenie Województwa Krakowskiego jest 703 lekarzy z czego na wyznanie R — 376 (53,5), M — 302 (43,1), GP — 7 (1,0), E — 3 (0,4), B — 4 (0,5), N — 11 (1,5).

Ad. 2. Z innych województw państwa pochodzi 597 lekarzy czyli 34,6 proc. ogółu. Pierwsze co do ilości miejsce zajmuje województwo lwowskie z 196 lekarzami z czego przypada na wyznania R — 105 (54,0), M — 74 (39,0), GP — 13 (6,6), E — 1, B — 1, N — 2, razem 4 (0,4). Następnie idą w kolejności:

Miasto stoł. Warszawa z 91 lekarzami z czego R — 49, M — 30, E — 11, B — 1, dalej Województwa:

tarnopolskie z 68 lekarzami z czego R — 34, M — 26, GP — 5, E — 1, B — 1, N — 1;

warszawskie z 48 lekarzami z czego R — 37, M — 7, GP — 1, E — 2, N — 1;

stanisławowskie z 41 lekarzami z czego R — 20, M — 14, GP — 3, E — 1, B — 2, N — 1;

łódzkie z 40 lekarzami z czego R — 22, M — 15, E — 1, B — 1, N — 1;

lubelskie z 29 lekarzami z czego R — 24, M — 4, GP — 1;

białostockie z 18 lekarzami z czego R — 12, M — 3, GP — 1, E — 1, B — 1;

wileńskie z 17 lekarzami z czego R — 15, M — 1, E — 1;

wołyńskie z 16 lekarzami z czego R — 13, M — 2, N — 1;

śląskie z 9 lekarzami z czego R — 5, M — 2, GP — 1, N — 1;

poleskie z 4 lekarzami z czego R — 1, M — 1, GP — 1, N — 1;

nowogródzkie z 3 lekarzami z czego R — 2, M — 1;

poznańskie z 3 lekarzami z czego R — 3;

pomorskie z 2 lekarzami z czego R — 2.

Wśród 597 lekarzy urodzonych w innych województwach państwa Polskiego na poszczególne wyznania przypada: R — 344 (57,4), M — 190 (32,0), GP — 26 (4,5), E — 19 (3,2), B — 7 (1,2), N — 9 (1,7).

Ad. 3. Zagranicą urodzonych jest 116 lekarzy, 6,9 proc. ogólnej ilości z czego na wyznania: R — 90, M — 10, GP — 10, E — 4, B — 1, N — 1.

Ad. 4. Tych, którzy nie podali miejsca urodzenia

jest 57, czyli 3,4 proc. ogółu, z czego na R — 26, M — 17, GP — 1, E — 1, B — 1, N — 6.

Przy oznaczaniu miejsca urodzenia kierowano się spisem lekarzy z roku 1929, tudzież mapą Rzplitej Polskiej (szczegółową, ścienną).

3) W i e k.

W zestawieniu powyższem ograniczono się do podawania ilości lekarzy grupami co 10 lat. Z liczby 1686 lekarzy w wieku ponad 74 lata jest 26 (1,5) z czego R — 19, M — 7;

w wieku od 64 — 73 lat jest 130 (7,7) z czego R — 95, M — 23, GP — 2, E — 4, B — 2, N — 4;

w wieku od 54 — 63 lat jest 204 (12,2) z czego R — 147, M — 43, GP — 2, E — 4, B — 1, N — 7;

w wieku od 44 — 53 lat jest 310 (18,4) z czego R — 196 (63,1), M — 85 (27,2), GP — 5 (1,6), E — 11 (3,7), B — 2 (0,6), N — 12 (3,8);

w wieku od 34 — 43 lat jest 700 (41,5) z czego R — 321 (45,9), M — 323 (46,2), GP — 24 (3,4), E — 12 (1,7), B — 9 (1,2), N — 11 (1,6);

w wieku od 24 — 33 lat jest 307 (18,2), z czego R — 187 (60,9), M — 102 (33,2), GP — 13 (4,2), E — 1 (0,4), B — 1 (0,4), N — 3 (0,9);

nie podało wieku 9 (0,5) z czego R — 7, M — 2.

4) M i e j s c e u z y s k a n i a d y p l o m u.

O ile chodzi o miejsce otrzymania dyplomów lekarskich (dr. med., dr. wszech nauk lekarskich, lekarz), to wszystkich lekarzy podzielono na 7 grup. Uwzględniając ilość, przedstawiają się one następująco: z liczby 1686 (100,0) na pierwszym miejscu stoi uniwersytet krakowski z 979 dyplomami (58,0) — R — 590 (60,7), M — 325 (33,1), GP — 28 (2,6), E — 12 (1,2), B — 12 (1,2), N — 12 (1,2), w tem nostryfikowanych było 36 — R — 6, M — 29, E — 1.

Na drugim miejscu znajdują się uniwersytety zagraniczne z 236 dyplomami (14,0) — R — 140 (59,3), M — 75 (31,8), GP — 10 (4,2), E — 6 (2,5), B — 1 (0,5), N — 4 (1,7), w tem nostryfikowanych było 10 z czego R — 4, M — 3, GP — 3.

Na trzecim miejscu — uniwersytet warszawski z 209 dyplomami (12,4) z czego R — 121 (57,9), M — 72 (34,5), GP — 2 (0,9), E — 9 (4,3), B — 1 (0,4), N — 4 (2,0), w tem nostryfikantów było 28, z czego R — 10, M — 17, B — 1.

Na czwartym uniwersytet lwowski z 139 dyplomami (8,3), z czego R — 53, M — 79, GP — 2, E — 3, B — 1, N — 1, nostryfikantów nie było.

Na piątym uniwersytety nie wymienione w rodowodach z 71 dyplomami (4,2), z czego R — 38, M — 14, GP — 1, E — 2, N — 16.

Na szóstym uniwersytet wileński z 33 dyplomami (2,0), z czego R — 12, M — 20, GP — 1, w tem nostryfikantów 5, z czego R — 1, M — 4.

Na siódmym uniwersytet poznański z 19 dyplomami (1,1), z czego R — 17, GP — 2, w tem nostryfikantów 2 z czego R — 1, GP — 1.

W ogólnej liczbie 1686 dyplomów podano nostryfikowanych 81 (4,2) z czego R — 22, M — 53, GP — 4, E — 1, B — 1. Dyplomy nostryfikować musieli dawniej na terenie państw zaborczych lekarze, którzy studjowali poza ich granicami. To samo przewiduje ustawodawstwo polskie w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej z roku 1921 art. 2 i r. 1932 art. 3.

5) M i e j s c e s t a ł e g o z a m i e s z k a n i a.

Według miejsca zamieszkania podzielono wszystkich lekarzy Izby na zamieszkałych:

1) na terenie miasta stoł. Kraków,

2) w miastach terenu Krakowskiej Izby Lekarskiej poza Krakowem,

3) w osadach fabrycznych, uzdrowiskach, gminach wiejskich i obszarach dworskich na terenie Krakowskiej Izby Lekarskiej.

W każdej z tych grup wszystkich lekarzy podzielono na specjalistów i niespecjalistów. Do specjalistów zaliczono tych, którzy w rubryce rodowodu „wyłącznej lub specjalnej gałęzi zawodu” podali jedną lub dwie specjalności, albo pisali z dodatkiem „przeważnie”. Resztę lekarzy t. j. ordynujących we wszystkich działach medycyny, tudzież t. zw. praktykantów szpitalnych, hospitantów i niepraktykujących zaliczono do niespecjalistów.

Ad. 1. Obok zestawienia z materiałów Izby, odnoszących się do Miasta Krakowa, zebrano dane na podstawie kart statystycznych lekarzy, którzy zgłaszają się do Miejskiego Urzędu Zdrowia i Starostwa Grodzkiego, po zarejestrowaniu się bezpośrednio w Departamencie Służby Zdrowia Min. Opieki Społ., lub pośrednio przez Urzędy Wojewódzkie. Dane liczbowe z wszystkich tych instytucji powinny być ze sobą zgodne. Liczby te jednak z tych dwóch urzędów różnią się tak między sobą, jako też z danymi, zebranymi z Izby Lekarskiej.

Według Izby Lekarskiej ogólna ilość lekarzy na terenie Krakowa wynosi 643 osób (38,1). Z liczby 643 za specjalistów podało się 336 (52,2), z czego R — 196 (58,1), M — 119 (35,4), GP — 2 (0,5), E — 8 (2,8), BN — 11 (3,2), za niespecjalistów 307 (47,8), z czego R — 153 (49,4), M — 127 (41,4), GP — 15 (4,9), E — 2 (0,6), BN — 11 (3,7).

Według Miejskiego Urzędu Zdrowia lekarzy, mieszkających na terenie Krakowa jest 625, z czego na specjalistów przypada 436 (69,8), w tem R — 223 (51,0), M — 188 (43,1), GP — 4 (0,8), E — 10 (2,3), BN — 11 (2,8), na niespecjalistów 189 (30,2), w tem R — 120 (63,4), M — 61 (32,3), GP — 7 (3,7), BN — 1 (0,6).

Według Starostwa Grodzkiego ogólna ilość lekarzy wynosi 633 osób, w tem specjalistów 390 (61,6), z czego R — 206 (53,0), M — 164 (40,0), GP — 3 (1,0), E — 9 (3,1), BN — 8 (2,9), niespecjalistów 243 (38,4), z czego R — 137 (56,3), M — 95 (39,0), GP — 7 (2,9), E — 3 (1,2), BN — 1 (0,6).

Ad. 2. Na terenie miast Krakowskiej Izby Lekarskiej jest 867 (51,4) lekarzy, w tem 433 (49,9) specjalistów, z czego R — 267 (61,2), M — 134 (30,8), GP — 7 (1,6), E — 15 (3,4), BN — 10 (3,0), niespecjalistów 434 (50,1) z czego R — 231 (53,2), M — 160 (36,8), GP — 17 (3,7), E — 6 (1,3), BN — 20 (5,0).

Ad. 3. Na terenie uzdrowisk, osad fabrycznych, gmin wiejskich i obszarów dworskich znajduje się 176 lekarzy (10,6), specjalistów 58, z czego R — 40, M — 14, GP — 3, E — 1, niespecjalistów 118, z czego R — 84, M — 31, GP — 2, BN — 1.

6) L a t a z g ł a s z a n i a s i ę d o I z b y.

W okresach 10-letnich zgłosiło się na członków Izby: w latach od 1890 do 1899 lekarzy 67 (3,9), z czego R — 50, M — 12, E — 2, N — 3;

w latach od 1900 do 1909 lekarzy 71 (4,3), z czego R — 44, M — 20, B — 1, N — 6;

w latach od 1910 do 1919 lekarzy 141 (8,4), z czego R — 83, M — 48, GP — 2, E — 2, B — 2, N — 4;

w latach od 1920 do 1929 lekarzy 907 (53,8), z czego R — 492, M — 358, GP — 20, E — 20, B — 9, N — 8;

w latach od 1930 do 15.II.1934 lekarzy 485 (28,7) z czego R — 302, M — 147, GP — 25, E — 8, B — 3;

nie podało daty zgłoszenia lekarzy 16 (0,9).

III. O m ó w i e n i e z e b r a n e g o m a t e r i a ł u.

Dla należytego wykorzystania i wyświetlenia poprzednio wymienionych liczb, które w krótkości niekiedy będą powtórzone, użyto tu i ówdzie danych statystycznych z dzieł, które łączą się z omawianym tematem.

I tak omawiając ilość lekarzy według wyznań zachodzi potrzeba przytoczenia ilości ludności, zamieszkującej teren Krakowskiej Izby Lekarskiej ze zróżnicowaniem na wyzna-

nia. Dane te oparte są na spisie ludności z dnia 30.IX.1921 r. i przedstawiają się następująco:

Wojew.	Ogólna ilość	R	M	GP	E	B	N
krak. odset.	1992810 100,0	1779460 89,3	152926 7,7	64284 2,7	5841 0,3	214 00,0	81 0,0
kiel. odset.	2535781 100,0	2221644 87,6	300489 11,9	3086 0,1	10323 0,4	312 0,0	26 0,0
razem odsetki	4528591 100,0	4001104 88,1	453415 10,0	67370 1,5	16164 0,4	526 0,0	111 0,0

Od czasu spisu z roku 1921 do obecnej chwili ogólna ilość ludności w tych województwach wprawdzie wzrosła, stosunek procentowy poszczególnych wyznań do siebie nie uległ jednak większym wahaniom. Jeżeli przyjmiemy, że ilość lekarzy pod względem wyznań powinna odpowiadać stosunkowi procentowemu obsługiwanej ludności, to porównując te dane z wyliczonemi powyżej należy stwierdzić, że ilość lekarzy wyznania rzym - kat. jest o 30,5 proc. za małą, lekarzy wyznania mojż. 24,7 proc. za dużą, lekarzy wyznania grecko-kat. wraz z prawosł. o 1,2 proc. za dużą, bezwyznaniowych zaś jest o 0,9 proc. więcej. Innemi słowy możemy powiedzieć, że 1 lekarz wyznania rzym.-kat. przypada na terenie Krak. Izby Lekarskiej mniejwięcej na 4,120 osób, 1 lekarz wyzn. mojż. na około 775 osób.

Dla porównania w jakim tempie szedł przyrost lekarzy w Państwie Polskiem przytoczono szereg cyfr:

w 1921 roku 1 lekarz przypadał na 5400 mieszkańców
w 1927 roku 1 lekarz przypadał na 3320 mieszkańców
w 1931 roku 1 lekarz przypadał na 2941 mieszkańców
w tym samym roku w województwach południowych 1 lekarz przypada na 2564 mieszkańców.

Czytelników interesujących się rozmieszczeniem lekarzy w Państwie Polskiem odsyłam do wyżej cytowanej książki prof. A. Cieszyńskiego i Roczników Statystycznych.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę ogólną ilość lekarzy, to trzeba przyjąć, że jest ona wystarczającą wobec a) charakteru rolniczego naszego państwa, b) niezamożności ogółu ludności, c) większego przyrostu lekarzy, aniżeli ludności, jak to wynika z poprzednio wymienionych cyfr. Przyrost ten w latach 1928-29 okazał się około 2 razy większy od przyrostu ludności. Obliczono go na podstawie różnicy ilości lekarzy na 1.1.1928 i 1.1.1929 podanych w Rocznikach statystycznych. W roku 1928 ilość lekarzy wynosiła w Państwie Polskiem 9422 osoby, w roku 1929, zaś 10,248. Przyrost ogólny ludności w Państwie Polskiem w latach 1925 do 1929 wynosił 15,9 proc.

Co do procentowości kobiet w stosunku do mężczyzn musimy zaznaczyć, że 1 lekarka wyznania mojżeszowego przypada na 5,5 lekarzy tegoż wyznania, wśród lekarzy zaś wyznania rzymsk. - katol. stosunek ten przedstawia się jak 1 : 9,6.

Wśród 1686 lekarzy, urodzonych na terenie Izby jest 917 (55,1), reszta przypada na inne województwa Państwa Polskiego 597 (34,6), zagranicą 116 (6,9) i tych, którzy miejsca urodzenia nie podali 57 (3,4). A zatem ludność na terenie krakowskiej Izby Lekarskiej o następującym składzie wyznaniowym:

Wojew.	R	M	GP	E	B	N	razem
krak.	89,3	7,7	2,7	0,3	0,0	0,0	100,0
kiel.	87,6	11,9	0,1	0,4	0,0	0,0	100,0
razem . .	88,1	10,0	1,5	0,4	0,0	0,0	100,0

dostarczyła lekarzy procentowo

krak.	53,5	43,1	1,0	0,4	0,5	1,5	100,0
kiel.	63,1	30,6	0,9	2,0	1,4	2,0	100,0
razem . .	56,0	40,7	0,8	0,7	0,7	1,7	100,0

Wśród lekarzy urodzonych na terenie innych województw Państwa Polskiego co do liczebności wybijają się oprócz Miasta i Województwa Warszawy 3 województwa Wschodniej Małopolski (lwowskie, tarnopolskie i stanisławowskie) — patrz strona 5. Duży procent lekarzy z województw centralnych pochodzi z okresu zależności politycznej, obecnie zaś napływa do uzdrowisk (Krynica, Rabka, Żegiestów i t. d.). Napływ lekarzy z województw wschodnich, powoduje, że nasze Kresy Wschodnie, zwłaszcza w województwach lwowskim, stanisławowskim, wołyńskim, poleskim i tarnopolskim o ludności mieszanej, systematycznie zostają pozbawiane lekarzy wyznania rzym. - kat., a więc przeważnie polskich, osiedlających się w województwach zachodnich, dalej widzimy, że województwa wschodnie dostarczają bardzo duży procent lekarzy wyznania mojżeszowego. Ten objaw można sobie tłumaczyć następująco: a) przepełnieniem kresów wschodnich lekarzami i dużej konkurencji, b) kwestią bezpieczeństwa, c) lepszymi warunkami życiowymi na zachodzie.

Większość lekarzy, pochodzących z województw wschodnich posiada zajęcia w krakowskich instytucjach państwowych i społecznych, tudzież na prowincji, tylko bowiem te zajęcia mogą ich wiązać z tutejszym terenem. Tak np. przed odzyskaniem niepodległości na terenie byłego zaboru austriackiego ruch świata lekarskiego szedł wyraźnie ze wschodu na zachód, ponieważ siedziba władz krajowych znajdowała się we Lwowie, a władze te miały wpływ na obsadzanie stanowisk rządowych i samorządowych (szpitale, urzędy miejskie, lekarze okręgowi i t. d.). Ten sam objaw zasilania stanu lekarzy krakowskich, lekarzami z województw wschodnich, obserwuje się również w innych województwach. Tymczasem ludność wyznania rzym - kat. we wschodnich województwach jest obsługiwana przez lekarzy innych wyznań, nie tylko w praktyce prywatnej, lecz i po urzędach i instytucjach publicznych.

O ile chodzi o lekarzy, urodzonych poza granicami państwa to jest ich 116 czyli 6,9 proc. ogółu. Przeważnie są to lekarze wyznania rzym - kat. urodzeni na terenie Rosji.

Stosunek lekarzy wyznania rzymsk. - kat. do mojżeszowego pod względem wieku w okresach co 10 lat na terenie Krakowskiej Izby Lekarskiej przedstawia się następująco:

urodzonych przed rokiem 1860	R:M = 2,7:1
" od 1860 do 1869	R:M = 4,1:1
" od 1870 do 1879	R:M = 3,4:1
" od 1880 do 1889	R:M = 2,3:1
" od 1890 do 1899	R:M = 0,9:1
" od 1900 do 1909	R:M = 1,8:1

Jak z tego zestawienia widać, ilość lekarzy w sile wieku, czyli między 34 a 43 rokiem życia wyznania mojżeszowego przekracza ilość lekarzy rzymsk. - kat. tego samego wieku. Wywiera to swój wpływ na życie lekarskie terenu Krakowskiej Izby w postaci lepszej ich sytuacji materialnej, większej ilości zajmowanych przez nich posad w ubezpieczalniach społecznych, większej ilości rekrutujących się z nich członków czynnych Związku Lekarzy Państwa Polskiego i Izby Lekarskiej.

Na podstawie ilości dyplomów, wydawanych przez polskie uniwersytety, widzimy, że największą ilość lekarzy, mieszkających na terenie Krak. Izby Lekarskiej, wydał uniwersytet krakowski. Porównując ilość dyplomów, uzyskanych na uniwersytecie krakowskim z ilością urodzonych lekarzy na terenie Izby według wyznań, jak to ilustruje niżej przytoczona tablica:

	R	M	GP	E	B	N	razem
Dyplom Krak. Uniw. wskiego	511	325	28	12	12	12	979
Ilość lekarzy ur. na terenie Krak. Izby lek.	511	368	9	7	7	15	917

widzimy, że liczby lekarzy wyznania rzym. - kat. są równe, dla wyznania mojżeszowego, liczba dyplomów jest o 43 mniejsza od ilości urodzonych dla grecko - kat. wraz z prawosławnymi jest o 19 większą, dla ewang. o 5, dla bezwyzn. o 5 większą, dla niewiadomego wyznania o 3 mniejszą od ilości dyplomów.

Z porównania tego wynika, że lekarze rzym. - kat., urodzeni na terenie Krakowskiej Izby Lekarskiej albo wszyscy studjowali w Krakowie, albo ruch naturalny lekarzy, czyli emigracja do innych województw Polski i imigracja z nich na teren Krakowskiej Izby były sobie równe. Nie przesądza to jednak faktu, że lekarzy wyznania rzym. - kat., pochodzących z terenu Krak. Izby Lek. jest mało. Stan posiadania polskich lekarzy w województwach wschodnich kurczy się jak to wyżej zaznaczono na rzecz terenu Krak. Izby i lekarzy wyznania mojż. Na podstawie tego możemy powiedzieć, że dopóki na terenie Krak. Izby Lekarskiej ilość lekarzy wyznania rzymsk. - kat., nie dojdzie do wysokości, odpowiadającej procentowi ludności, nie będzie wzrastać procent lekarzy wyznania rzym. - kat. we wschodnich województwach i nie będzie z zachodu ekspansji na wschód. Lekarze wyznania mojż. przeciwnie po nasyceniu już województw wschodnich i centralnych są przygotowani do ekspansji na zachód na Śląsk Cieszyński, Górny, Pomorze i Poznańskie.

Nadwyżka lekarzy innych wyznań, pochodzących z terenu Krak. Izby Lekarskiej, zwłaszcza lekarzy wyzn. mojżeszowego nie przyjęta na Uniwersytet krakowski, wyjeżdżała na studia do innych uniwersytetów krajowych lub zagranicznych. Ten proceder okazał się jednak szkodliwy, gdyż utrudnia państwu wszelką reglamentację dopływu lekarzy.

Na podstawie wykresu przedstawiającego w postaci krzywych ilość otrzymanych dyplomów osobno dla lekarzy wyzn. rzym. - kat., osobno dla lekarzy wyzn. mojżeszowego w okresach co 10 lat, który w niniejszej pracy, obok wielu innych diagramów i tablic, musiano usunąć z powodu dużego kosztu nakładu widzielibyśmy, że linje te do roku 1909 są względnie do siebie proporcjonalne, później ulegają szybkiemu zbliżeniu i dochodzą w roku 1929 prawie do siebie. W latach następnych jest między nimi nieznaczna różnica. Dalej widzielibyśmy, że ilość lekarzy rzym. - kat. studujących zagranicą od r. 1860 do czasu odzyskania niepodległości, t. j. do r. 1918 przeważa, naturalnie też nieproporcjonalnie w stosunku do lekarzy wyznania mojż. Był to duży wysiłek społeczeństwa polskiego celem zapewnienia sobie samowystarczalności, jako rezultat uczuć patriotycznych, które odgrywały wielką rolę w ówczesnych studiach i nauce polskiej. W latach niepodległości Uniwersytety polskie poza Uniw. Pozn. zatraciły dawne tradycje narodowe. Młodzież polska studjowała przeważnie pod hasłem międzynarodowego charakteru nauki. Po odzyskaniu niepodległości ilość studujących lekarzy wyzn. rzym. - kat., zagranicą opada, co potwierdza wyżej podany charakter tych studjów. Ilość lekarzy wyzn. mojż. natomiast utrzymuje się nadal na poprzedniej wysokości, u nostryfikujących przekracza nawet ilość studujących rzymsko - kat. Większa ilość dyplomantów wyzn. mojż. na uniwersytetach zagranicznych w latach 1918 — 1920 tłumaczy się działaniami wojennymi w Polsce, ażeby po ich ustąpieniu wzrosło na naszych uniwersytetach, a nawet zrównać się z ilością dyplomantów wyznania rzym. - katolickiego.

Podane powyżej ilości lekarzy zebrane dla Mia-

sta Krakowa z trzech źródeł nie zgadzają się. Świadczy to o wadliwości rejestracji i ustalonych dlań zasad ustawowych. Na tym objawie byłby sprawdzian niedokładnego ustalenia pojęcia praktyki lekarskiej. Różni może lekarze, różnie je interpretując, nie rejestrowali się nawet w ciągu paru lat od uzyskania dyplomu w czasie specjalizacji po szpitalach i klinikach uniwersyteckich, lecząc jednak chorych pod swoją i innych firmą. Następnie przypuszczalnie lekarze nawet zarejestrowani nie zgłaszali się do Izby, chcąc uniknąć pewnych świadczeń materialnych. Ostatnie rozporządzenie Prez. Rzplitej z dnia 25.9.1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej określiło wprawdzie w art. I wyraźne pojęcie praktyki lekarskiej, rozumiejąc przez nią wykonywanie czynności, polegających na rozpoznawaniu chorób, leczeniu chorych, zapobieganiu szerzeniu się chorób, oraz na wydawaniu orzeczeń lekarskich nie wprowadziło ono jednak jednomyślności w jej zrozumieniu i stosunku do prawa praktyki. Czy w świetle tego artykułu ustawy odbywający jednoroczną praktykę lekarską nie wykonują czynności, polegających na rozpoznawaniu i leczeniu chorych? Dlaczego od ukończenia studjów i rozpoczęcia praktyki lekarskiej z prawem wykonywania praktyki upływa rok do trzech lat, co wprowadza zamęt w rejestracji? Czy pojęcie „praktyka lekarska” nie powinno ulec dokładnemu określeniu i uzgodnieniu rygorów, o ile chodzi o wykonywanie prawa tej praktyki, a czas jej rozpoczęcia, okres trwania oraz jej charakter czy nie należałoby uzależnić od osobnych przepisów, dotyczących np. specjalności lekarskiej, jej określenie zaś i przestrzeganie powierzyć Izdom Lekarskim? Na skutek wadliwości dotychczasowych ustaw możemy mieć na terenie państwa następujące grupy lekarzy:

- 1) praktykujących a nigdzie niezarejestrowanych,
- 2) z dyplomami zagranicznymi, nienostyfikowanymi, praktykujących po szpitalach,
- 3) z dyplomami uniwersytetów polskich, niezarejestrowanych a wykonujących właściwie praktykę lekarską,
- 4) odbywających 1 — 3 letnią praktykę lekarską i nie obowiązanych do rejestracji,
- 5) pozostałych, zarejestrowanych w urzędach państwowych bez zgłoszenia się do Izby, wreszcie
- 6) tych, którzy odpowiedzieli swym obowiązkom, pomimo możliwości ich obejścia, zarejestrowali się w urzędach państwowych i zgłosili do Izby Lekarskich.

Na tym materiale ostatniej grupy oparto się w niniejszej pracy. Ta zaś ilość nie mówi o rzeczywistej ilości lekarzy, na terenie Izby, tak jak dane statystyczne państwowych urzędów statystycznych nie są rzeczywiste. Jak już wspominałem, liczby oparte na materiale Miejskiego Urzędu Zdrowia i Starostwa Grodzkiego, co do ilości lekarzy na terenie Miasta Krakowa, które powinny odpowiadać ilości zarejestrowanych lekarzy w Urzędzie wojewódzkim, różnią się między sobą. Dane liczbowe, odpowiadające ogólnej ilości lekarzy poszczególnych wyznań przedstawiają się dla Miasta Krakowa następująco:

według Krakowskiej Izby Lekarskiej	ogólna ilość lekarzy	643
według Miejskiego Urzędu Zdrowia:	" " "	625
według Starostwa Grodzkiego:	" " "	633

Na podstawie tego zestawienia widzimy, że lekarzy rzym. - kat. zgłosiło się o 6 więcej do Izby Lekarskiej, aniżeli we wspomnianych urzędach; lekarzy wyznania mojżeszowego zgłosiło się natomiast więcej do Urzędów, aniżeli do Izby, przyczem różnica w przypadku pierwszym (Urząd Miejski) wynosi 3, w drugim (Starostwo) 10. Tłumaczy się to prawdopodobnie, jak wyżej wspomniano, niezarejestrowaniem się tych sześciu praktykujących, po szpitalach lekarzy wyznania rzym. - katol. w Urzędzie wojewódzkim, a zgłoszeniem się ich do Izby. U lekarzy wyznania mojżeszowego kwestja odpowiedzialności administracyjnej odgrywa może większą rolę i dlatego te zgłoszenia są korzystniejsze. Jak to z graficznego przedstawienia widać zmniejsza się dalej niepodanie wyznania (bezwyznaniowi, i ci którzy nie podali wyznania).

począwszy od Izby Lekarskiej po przez Miejski Urząd Zdrowia aż do Starostwa, gdzie do rejestracji wymagane jest przedstawienie dokumentów, te zatem dane są najwięcej wiarogodne. Tak więc liczba bezwyznaniowych i tych, którzy nie podali wyznania z 21 w Izbie Lekarskiej spada do 9 w Starostwie. Spowodowane jest to prawdopodobnie nieodnotowaniem zmiany wyznania w Izbie, lub mylnym jego podaniem. Przyjmując zatem, że ten spadek bezwyznaniowych idzie na rzecz wyznania mojżeszowego, należałoby uwzględnić te zmiany również w zestawieniach i omówieniach poprzednich (tablic, czego jednak w interesie prawdziwości materiału i wiarygodności danych liczbowych nie uskuteczniliono.

Dla porównania, jak powinna formować się ogólna ilość lekarzy według wyznań, podano dane statystyczne składu ludności miasta Krakowa na podstawie spisu ludności z dnia 30.11.1921 z podaniem odsetek wyznań, które nie powinny ulegać wybitniejszym zmianom.

	R	M	GP	E	BN	razem
Ludność Krakowa	156,246	45,229	810	726	700	193706
Odsetki	74,1	24,6	0,5	0,4	0,4	100,0

Obecny skład procentowy lekarzy według wyznań jest następujący:

	R	M	GP	E	BN	razem
	54,2	38,2	2,7	1,6	3,3	100,0

Wiadomem jest jednak, że lekarze krakowscy obsługują ludność województwa krakowskiego, której procent wyznania rzym - kat. dochodzi do 90, wyznania mojżeszowego do 8.

Co do specjalizacji wśród lekarzy, to między podanymi informacjami istnieją wybitne różnice, spowodowane niezgłaszaniem przez lekarzy zmian, zaszytych pod tym względem w ciągu studjów i z powodu braku odpowiednich uzupełniających zarządzeń władz administracji Izby Lekarskiej. Specjalistów w Krakowie według Izby Lekarskiej jest 336, niespecjalistów 307, według Miejskiego Urzędu Zdrowia specjalistów 436, niespecjalistów 189, według Starostwa Grodzkiego specjalistów 390, niespecjalistów zaś 243.

Kwestja specjalności wymagałaby również reform w sensie określenia czasu potrzebnego do jej nabycia, określenia ilości lekarzy specjalistów według wyznań, tak, żeby ich ilość hospitująca w nadmiernej liczbie w szpitalach publicznych (patrz niżej załączona tablica) nie zajmowała miejsca odbywającym obowiązkową praktykę lekarską, tudzież, aby nie specjalizowała się kosztem funduszków publicznych (płatne stanowiska niewspółmiernie są rozdzielone na poszczególne wyznania, nie uwzględniają kwestji zamożności i zdolności lekarzy). I tak np. w sprawozdaniu jednego z powszechnych szpitali na terenie Krakowskiej Izby Lekarskiej z dnia 28.5.1933 r. i według stanu z dnia 15.2.1934 r. rozdział stanowisk płatnych i innych przedstawiał się następująco:

z dnia 28.V.1933 r.

	R	M	GP	E	BN	Razem
płatni (IX, X gr.)	28	11	3	—	—	42
bezpłatni i odbywający obow. prakt.	58	57	4	—	—	119
hospitanci	8	11	—	—	2	21
razem	94	79	7	—	2	182
odsetki	51,7	43,4	3,8	—	1,1	100,0

z dnia 15.II.1934.

płatni IX, X gr.	23	13	3	—	1	40
bezpłatni i odbywający obow. prakt.	57	50	7	—	5	119
hospitanci	12	19	—	—	2	33
razem	92	82	10	—	8	192
odsetki	47,9	42,8	5,2	—	4,1	100,0

Imienne dane użyte zostały w Miejskim Urzędzie Zdrowia i kancelarii Szpitala.

Drużga, na podstawie Izby zebrana grupa lekarzy, zamieszkujących miasta na obszarze Krakowskiej Izby Lekarskiej zawiera 867 lekarzy, czyli 51,4% ogółu. Jak w przyszłości formować się powinny proporcje wyznaniowe lekarzy, podałem już poprzednio.

Co do rozmieszczenia lekarzy w trzeciej grupie, t. j. mieszkających w uzdrowiskach, osadach fabrycznych, gminach wiejskich i obszarach dworskich, to ilość ich wynosi 176 lekarzy, czyli 10,6% ogółu.

Na podstawie liczb, ujmujących w okresach dziesięcioletnich ilość zgłoszonych lekarzy w Krakowskiej Izbie Lekarskiej można stwierdzić, że z pośród obecnie żyjących zapisało się do 1919 roku 16,6% ogółu zapisanych lekarzy, od 1920 roku do 15.2.1934 r. zgłosiło się 82,5%. Potwierdza to wadliwy system dotychczasowej rejestracji i zgłaszania się do Izby. Niewiadomych co do czasu zgłoszenia się jest 0,9% ogólnej ilości.

W n i o s k i :

Wnioski wypływające z danych cyfrowych poprzednich rozdziałów możnaby podzielić na (A) bezpośrednie i (B) pośrednie.

Stwierdzone dane liczbowe i pewne fakty, które mają bezsprzeczny związek z całokształtem życia, tłumaczą wnioski pośrednie. Wskazują one na przyczynę zła i drogę do naprawy. Przeprowadzona w ten sposób interpretacja nie zmienia w niczem istniejących faktów. Statystyka w całej swej przedmiotowości ma wtenczas wartość, jeżeli potrafi znaleźć zastosowanie w życiu, jeżeli wszechstronnie rozbudza myśli nad prawami zależności i wzajemnego oddziaływania. Gdy te rozważania wyczerpią wszystkie istniejące możliwości możemy sobie powiedzieć, że spełniliśmy swoje zadanie i zbliżyliśmy się do prawdy.

A. W n i o s k i b e z p o ś r e d n i e, ujęte w punkty, przedstawiają się następująco:

1) Obecna ilość lekarzy jest wystarczającą. Uregulowanie przyrostu lekarzy na przyszłość powinno nastąpić w kierunku wyrównania z przyrostem ludności.

2) Skład lekarzy pod względem wyznaniowym powinien odpowiadać procentowemu składowi wyznań ludności.

Z porównania procentowości wyznań lekarzy do ludności na terenie Krakowskiej Izby Lekarskiej wynika, że lekarzy rzym. - kat. jest o 30,5 proc. za mało, lekarzy wyznania mojż. o 24,7 proc. za dużo, lekarzy wyznania grecko - kat. wraz z prawosławnym o 1,2 proc. za dużo, bezwyznaniowców o 0,9 proc. za dużo.

Zaprowadzenie u nas w tym kierunku równowagi jest szczególnie ważne ze względu na wysoką religijność ludności polskiej i jej przywiązanie do Kościoła. Moment ten jest znany wszystkim lekarzom, a wyraża się w praktyce tem, że nasz chory ze wsi zanim zasięgnie porady u lekarza, który jest często innego wyznania, musi wobec konieczności wyjawienia swych tajemnic rodzinnych przełamać się lub też uzyskać zgodę stróżów i opiekunów swoich uczuć religijnych. Ponad-

to chory szuka u lekarza zrozumienia, odczucia i wyrozumiałości, a do tego potrzebne jest, jeżeli nie wspólne pochodzenie rasowe i społeczne, to przynajmniej znajomość warunków życia większości naszego społeczeństwa. Znajomość zaś tą może posiadać dobrze tylko ten, kto z pośród tego społeczeństwa wyrósł, niosąc w sobie wiekowe tradycje kultury, teżyżnę moralną i fizyczną. Że tak jest, przytoczę przykład z praktyki: niedawno zgłosił się z prowincji do jednego z ambulatorjum szpitala chory z pewnej wioski województwa krakowskiego w sile wieku, z przewlekłym, zastarzałym zwichnięciem kończyny górnej, w stawie barkowym z porażeniami i zanikami mięśni i ogólnym upośledzeniem ruchu tejże kończyny. Na zapytanie, dlaczego przybywa dopiero w 8 miesięcy od zwichnięcia, odpowiedział, że idąc zwyczajem swych znajomych, nie szukał porady w pobliskim miasteczku u lekarza, do którego nie miał zaufania, gdyż ten tylko patrzy „zarobić”, lecz objeżdżał wszystkich znachorów w okolicy, udając się nawet z województwa krakowskiego furmanką aż pod Przeworsk (Woj. Lwowski), ażeby tam dowiedzieć się, że z ręką trzeba jechać do specjalisty, do Krakowa. Obecnie jako żywiciel małorolnej licznej rodziny jest już trzy miesiące w jednym ze szpitali krakowskich, a będzie prawdopodobnie kaleką. Takich przypadków spotyka się setki.

Regulowanie przyrostu lekarzy powinno trwać tak długo, dopóki nie zostanie usunięty błąd popełniony w dawniejszych latach i nie wyrówna się proporcjonalności lekarzy do ludności pod względem wyznaniowym. Błędy takie powstały, jak przedstawił na drugim Zjeździe Naukowym Kasy Imienia Mianowskiego, odbytym w czasie od 2 do 3 kwietnia 1927 r. w Warszawie prof. Wojciech Świątosławski, wskutek braku opracowania przez Rząd jak i wyższe uczelnie systematycznego planu zaopatrywania państwa w siły fachowe. Prof. Świątosławski mówił, że w dziedzinie tej panuje dotychczas niepodzielne przekonanie, że życie samo jest najlepszym regulatorem, że prawo popytu i podaży automatycznie unormuje dopływ sił fachowych. W tym też roku cytowany autor mówił, że pogląd taki należy uznać w czasach obecnych za nieczmiernie szkodliwy przeżytek. Przynosi on szkodę szczególną w okresach wielkich wstrząsów, jakie przeżywamy po wojnie i może mieć wielce ujemny wpływ na rozwijający się aparat państwowy i gospodarczy naszego odrodzonego Państwa. Twierdził on dalej, że „Brak materiału statystycznego sprawić może, że prowadzona obecnie lub podjęta w przyszłości polityka w zakresie szkół wyższych może się odbić bardzo niekorzystnie na normalnym rozwoju kulturalnym Państwa”. Ze zdania wyżej powiedziane były oparte na wiedzy i wycuciu sytuacji ówczesnej i przyszłej, stwierdzają cyfry przytoczone w niniejszej pracy.

B. Wnioski pośrednie wypływają z poprzednich wniosków i odnoszą się:

I. do Władz Państwowych.

II. Izb Lekarskich.

III. Społeczności lekarskiej.

a d. I.

1) W zakresie statystyki:

a) konieczność uwzględnienia wyznań lekarzy w wydawnictwach Urzędów Państwowych zajmujących się statystyką lekarską (Główny Urząd Statystyczny, Departament Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, Państwowy Zakład Higieny).

b) Konieczność ukazywania się w urzędowych dziennikach Naczelnej Izby Lekarskiej sprawozdań ruchu lekarzy i spisów rocznych według wyznań, dających się zużytkować do celów statystycznych.

O niedociągnięciach statystyki lekarskiej wspominał w 11 tomie „Nauki Polskiej” z 1928 roku Prof. Ciechanowski „że jest ona w wielkim zaniedbaniu, przedstawiając się w obecnym czasie znacznie gorzej, niż przed odrodzeniem Państwa”. Dalej Prof. A. Cieszyński w swej książce pod tytułem... Stan lekarski w obecnych czasach pod względem liczbowym i ekonomicznym z roku 1928, mówiąc o poprawie

bytu młodych lekarzy, domaga się wyraźnie, aby wydawany przez Departament Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oficjalny spis lekarzy uległ gruntownej reformie i odpowiadał potrzebom praktycznej. Jeżeli na to władze Państwa — pisze autor — zdobyć się nie mogą powinny się tem zająć Izby Lekarskie, albo Związek Lekarzy Państwa Polskiego. I tak upłynęło 6 lat, a praca w tej dziedzinie i praktyczne zastosowanie jej rezultatów nie postąpiło naprzód.

2) W zakresie Szkolnictwa:

a) zmiana ustawy o szkołach akademickich. Celem szkół wszystkich, a zwłaszcza akademickich do których uczęszcza młodzież polska, powinno być dobro Narodu Polskiego. Dobro Państwa Polskiego, to pomyślność i rozwój społeczeństwa polskiego pod względem umysłowym i materialnym. Społeczeństwo polskie wyłącznie stworzyło przeszłość, teraźniejszość i ono stworzy i zabezpieczy przyszłość Państwa Polskiego.

Najnowsza ustawa o Szkołach Akademickich z dnia 11.3.1932 r. poprawia nieco uprzednie określenia celu nauczania, pomija wprawdzie interes Narodu Polskiego, ale wprowadza takie zasady ustroju szkolnictwa, które mają „Państwu ułatwić organizację i kształcenie ogółu na świadomych swych obowiązkach i twórczych obywateli Rzplitej. Obywatelom tym zapewnić jak najlepsze wyrobienie religijne, moralne, umysłowe i fizyczne, oraz jak najlepsze przygotowanie do życia, zdolniejszym zaś i dzielniejszym jednostkom ze wszelkich środowisk umożliwić osiągnięcie najwyższych szczebli naukowego i zawodowego wykształcenia”. Od tych pięknie brzmiących słów ustawy dalekie jest jednak życie.

b) Określenie zasięgu przyjmowania studentów na Wydział Lekarski dla każdego Uniwersytetu i ustalanie przez Rady Naukowe przy Ministerstwie W. R. i O. P. w porozumieniu z władzami akademickimi rozdzielnika wyznaniowego, któryby uwzględnił ilość kończących, a niezapisanych.

Na podstawie obecnego stanu lekarzy Krakowskiej Izby Lekarskiej można twierdzić, że celem wyrównania procentowego składu lekarzy w stosunku do ludności ilość studiujących rzymsko - kat. na Uniwersytecie Jagiellońskim, przez okres 6 lat powinna wynosić 100 procent ogółu, przy obecnej ilości przyjmowanych na tenże Wydział studentów, kierując się obliczeniami Prof. Cieszyńskiego, który przyjmował, że rocznie kończy 10 procent ogólnej ilości studentów, zapisanych na wszystkie lata, lub około 67 procent zapisanych na pierwszy rok studjów. Wyrównanie procentowości wyznań lekarzy w tym wypadku nastąpi, po wykluczeniu naturalnie dopływu na teren Krakowskiej Izby Lekarskiej, lekarzy z innych Uniwersytetów. Drugim sposobem wyrównania proporcji wyznań lekarzy do ludności byłoby przeprowadzenie we wszystkich Izbach Lekarskich w całym Państwie obliczeń statystycznych, analogicznie do niniejszej pracy i odpowiednie określenie procentów wyznań na wszystkich Uniwersytetach.

Uniwersytety powinny zatem przyjmować tylko taką ilość słuchaczy na studia medyczne, jaki jest stosunek procentowy ludności, która przeważnie korzysta z zasięgu działania danego Uniwersytetu, powinna zależeć od zapotrzebowania Państwa, wreszcie od optymalnych możliwości kształcenia przez dany Uniwersytet. Przyjmowanie przez Uniwersytety napływających słuchaczy z innych rejonów uniwersyteckich, gdzie danego kandydata nie przyjęto, nie powinno być uwzględnione, poza specjalnymi wyjątkami, o których musi wiedzieć Min. W. R. i O. P. W ten sposób usunięto by różne spekulacje wynikłe z powodu równoczesnego starania się kandydata o przyjęcie na kilku Uniwersytetach, które nie raz zależnie od jego znajomości, wpływu i stosunków w danym miejscu decydują o jego przyjęciu. Jeżeli nadto uwzględni się, że nieprzyjęci na Uniwersytety krajowe studjują na Uniwersytetach zagranicznych i znowu powracają jako notyfikanci to widzimy, że wszelka reglamentacja dopływu lekarzy przez Państwo za pośrednictwem szkolnictwa i do-

tymczasowych ustaw jest bezskuteczna. Z czynionych nieraz zestawień słuchaczy na poszczególnych Uniwersytetach wynika, że do nich przyjmowano za mały procent słuchaczy wyznania rzym - kat. Jeżeli teraz uwzględnimy jak to stwierdził prof. Cieszyński — że Państwo do każdego studenta, podczas studjów, nie licząc prawdopodobnie stypendjów, dopłaca w latach przedklinicznych 1300 zł. rocznie, a w trymestrach klinicznych około 2.000 zł., to widzimy, jak wielkimi dobrodziejstwami otacza Państwo inne wyznania poza rzymsko - katol. Ten sam proceder dotyczy państwowych stypendjów. Od studentów Wydziału lekarskiego, rekrutujących się, jak twierdzi prof. Cieszyński w 71 procentach z warstw niezamożnych (mali kupcy, urzędnicy niżsi, woźni, małorolni i t. d.), nie mających zapewnionego minimum egzystencji, wymaga się do uzyskania tych stypendjów poważnych prac naukowych. Studenci ci, mają więc do wyboru, albo, dla uzyskania stypendjum przy braku środków utrzymania, utratę zdrowia, zużytego na wykazanie się pomyślnymi wynikami naukowymi i dobrymi stopniami, albo wskutek zarobkowania na swe utrzymanie i przy braku sposobności na lepsze przygotowanie się do egzaminów utratę wszelkich praw do stypendjum, pomimo wybitnych nieraz zdolności. Tem tłumaczy się rozwlekłość studjów słuchaczy wyznania rzymsko - katol; duży procent ich odpadania. Rezultat jest taki, że stypendja państwowe otrzymują albo zamożni, albo ci którzy później zapelniają sanatoria studentów w Zakopanem i gdzieindziej.

c) Reorganizacja stypendjów państwowych w systemie ich udzielania, w którym pierwszorzędą rolę odgrywać powinien czynnik zaufania, pomiędzy dającym i pobierającym stypendjum. Ci, którzy korzystają ze stypendjum udzielanego im w dotychczasowej formie, nadużywają często zaufania tej instytucji, która mu je udziela, dlatego zwrot stypendjów odbywa się tak opornie. W okresie podrożenia wartości pieniądza i złej konjunktury gospodarczej, system dotychczasowy udzielania pomocy stypendystom powinien ulec zmianie w tem sensie, jak to projektował Prof. Stanisław Zarembo w pierwszym tomie „Nauki Polskiej” z r. 1918 a mianowicie, aby udzielać je w naturze za pośrednictwem burs, których stworzenie niepowinno napotykać na trudności liczenie rozbudowanych domach akademickich. Idzie w tem na rękę możliwość przejęcia administracji domów akademickich i ich majątków przez Państwo z pozostawieniem stowarzyszeniom akademickim prawa zawiadywania agendami mniejszej wagi.

d) Przyjmowanie na studia medyczne nie na zasadzie supremacji warstw bogatszych i uprzywilejowanych np. synów lekarzy, których rodzice pod względem ilościowym nie odpowiadają podziałowi wyznaniowemu ludności.

e) Zabronienie nostryfikowania dyplomów zagranicznych poza wyjątkami odnośnie do pracowników naukowych na uniwersytetach.

f) Nieprzeciążanie studjującej młodzieży teorią i za dużym programem pracy, a raczej lepszym wykorzystaniem klinik.

g) Fundowanie stypendjów lekarskich dla niezamożnych studentów przez Samorząd. Wydziały Powiat. na terenie których pracowałby później jako lekarze okręgowi.

h) Popieranie nauki przez Władze Rządowe i Samorządowe przez nadanie charakteru narodowego nauce, jak to pisał prof. Gawroński w tomie 4 „Nauki Polskiej” z roku 1923. Obecnie w staraniu się o dyplomy doktorów medycyny przeważają znacznie lekarze wyznania mojżeszowego.

Studia w obecnym czasie traktowane są nie z punktu widzenia zamiłowania lecz interesu, co naraża Państwo na stratę. O tendencjach tych świadczy jaskrawie fakt, że ze względu na duże zarobki lekarzy dentyków i dobrą dla nich konjunkturę po odzyskaniu niepodległości — według zestawienia prof. Cieszyńskiego — liczba studentów wyznania mojż. w Państwowym Instytucie Dentystycznym w War-

szawie w latach 1919-20 wynosiła 78,9 proc., podczas gdy na wszystkie inne wyznania przypadało 21,1 procent.

3) W zakresie rejestracji lekarzy.

W Departamencie Zdrowia Min. Op. Sp. bezpośrednio lub za pośrednictwem Urzędu Wojewódzkiego powinna nastąpić zmiana. Lekarz po uzyskaniu dyplomu powinien zgłosić się do Urzędu Wojewódzkiego, w obrębie którego byłby obowiązany ustawą do pracy zawodowej, co nie oficjalnie obowiązuje na terenie województwa poznańskiego i śląskiego. Urząd wojewódzki określałby czas i zakres doszkolenia sanitarnego, wymaganego ustawą kursu ratownictwa i obrony przeciw-gazowej. Urząd wojewódzki ustalałby plan jednorocznej praktyki, porozumiewając się co do tego z Dyrekcjami Szpitali, które odpowiadają warunkom, wymienionym w rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej, co do miejsca odbywania obowiązkowej praktyki lekarskiej. Po odbyciu tej praktyki urzędy wojewódzkie udzielałyby dopiero prawa wykonywania praktyki wraz z legitymacją. Urzędy wojewódzkie po zasięgnięciu opinii Izby Lekarskiej danego okręgu lub Izby Wojewódzkiej, które w przyszłości należałoby stworzyć, ustalałyby kontyngent lekarzy specjalistów dla danego województwa i określałyby zarazem ilość etatów płatnych w szpitalach. Jest to możliwe wobec tendencji objęcia w Urzędach Wojewódzkich wszystkich spraw rządowych i samorządowych, zwłaszcza po likwidacji Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie (na terenie Małopolski) Od Urzędów Wojewódzkich powinny być uzależnione etaty posad w Ubezpieczalniach Społecznych, służbie samorządowej (Miejskie Urzędy Zdrowia, lekarze okręgowi, Poradnie i Ośrodki), celem zapewnienia sprawiedliwego podziału tych stanowisk według wyznania.

W zakresie służby społecznej.

a) Zwalczenie znachorstwa przez porozumienie się przedstawicieli świata lekarskiego z duchowieństwem i wywarciu w ten sposób wpływu na zmianę poglądu w społeczeństwie, co do tej kwestji. Nastąpić to może tylko wtenczas, jeżeli lekarze wyznania rzym - kat. zajmą odpowiedni procent w stosunku do wyznania ludności.

b) popieranie rozrodczości zdrowej ludności, a nie jej ograniczenie. Winno to nastąpić przez zniesienie Poradni Świadomego Macierzyństwa wobec zwiększania się ilości wskazań do przerywania ciąży i wobec zmniejszania się procentu przyrostu ludności. U uruchomienie Poradni Świadomego Macierzyństwa jest wynikiem sprzeczności interesów wielu lekarzy o zasadach przeciwnych duchowi religji katolickiej z interesami większości społeczeństwa. Niewiadomo bowiem czy istniejące Przychodnie spełniają swoje zadanie, czy nie służą przeważnie średnim warstwom naszej inteligencji, pozabawiając społeczeństwo najżywniejszej jego części. Ta okoliczność jak i wiele innych stwarzają ciągłe narastający rozłam między ludnością wyznania rzymsko - katolickiego, a całym zawodem lekarskim. Na tem znów cierpi zdrowotność Państwa.

a d II.

Organizacja Izb Lekarskich przewidywałaby:

a) filie lub Izby Wojewódzkie, co uwzględnia już najnowszy projekt Rady Ministrów o ustroju Izb Lekarskich.

b) prowadzenie dokładnych zgłoszeń lekarzy na podstawie systemu kartotek ze szczegółowym wypełnianiem rubryk rodowodu. Lekarze sezonowi powinni być zaliczeni do tej Izby, w której przebywają większą część roku, co ułatwiłoby zaprowadzenie większej kontroli dochodów przez Urzędy Skarbowe i uproszczenie rozwiązywania przez sąd danej Izby Lekarskiej zatargów, wynikłych między ludnością, a lekarzami i wśród lekarzy terenu danej Izby. Sporządzenie rocznych wykazów lekarzy, które uwzględniałyby ich ruch naturalny.

c) badanie zagadnień regionalnych życia lekarskiego przez zbieranie dokładnych danych o lekarzach np. badanie

etyki na podstawie wyroków i spraw Sądu Izby Lekarskich z uwzględnieniem wyznań.

Propagowana dzisiaj kwestja wyjazdu lekarzy rzymskich, (których jest o 20 procent za mało) z Krakowa na prowincję jest właściwie nieaktualna. Na wyjazd z Krakowa na prowincję przygotowani są tylko lekarze wyznania mojżeszowego, których w Krakowie proporcjonalnie jest za dużo. Nastąpi to przy odpowiednich warunkach ekspansji na Zachód (lepsze uposażenia) i po przyłączeniu terenu Województwa Śląskiego do Krakowskiej Izby Lekarskiej. Obecna sytuacja przepełnienia miast lekarzami wyznania mojżeszowego musi znaleźć rozwiązanie w myśl niniejszej pracy przez terażniejsze i najbliższe pokolenie przy wydatnej pomocy czynników Rządowych, i da się usunąć w ciągu kilku lat.

d) opracowanie ankiety wysokości dochodów i ilości zajmowanych posad z uwzględnieniem wyznań. Dane te byłoby pomocne dla Urzędów Skarbowych np. przy wymierzaniu podatków. Co do wysokości zarobku i ilości zajmowanych posad na terenie Izby Krakowskiej, to leży w tejże Izbie niewykorzystana ankieta przeprowadzona przed kilkoma miesiącami. Przekonalibyśmy się na jej podstawie, jaki jest udział poszczególnych wyznań w dochodach nie tylko z praktyki, ale i z zajmowanych stanowisk w Urzędach państwowych i w innych Instytucjach publicznych.

a d. III.

a) Stworzenie katolickiego związku lekarzy na terenie Krakowskiej Izby Lekarskiej.

b) Ożywienie życia lekarskiego w istniejących związkach zawodowych lekarzy, przez prowadzenie otwartej dyskusji na temat zagadnień zawodu lekarskiego.

Z a k o ń c z e n i e:

Praktyczne wykorzystanie przez Państwo zagadnień zawodu lekarskiego powinno być oparte jak widać z powyższej pracy na szczegółowych badaniach zawodu lekarskiego od zarania naszych dziejów aż do chwili obecnej.

Interes Państwa domaga się bowiem rozwiązania całego szeregu kwestji np. należytego zaopatrzenia ludności w opiekę lekarską, wysokiego poziomu nauki, wiedzy i moralności lekarskiej, ubezpieczeń społecznych na wypadek choroby, zwalczania chorób społecznych i zawodowych, poprawienia rasy, rozwiązania kłopotliwego stanu skupienia się nadmiernej ilości lekarzy po miastach uniwersyteckich, wy-

nikającego stąd bezrobocia i konkurencji obniżającej powagę stanu lekarskiego.

Zjawiska te są swoiste dla naszych stosunków i nie mogą być oderwane od całokształtu formowania się życia państwowego i jego gotowości obronnej, nie dadzą się też usunąć pomysłami i próbami o charakterze międzynarodowym, a tem więcej brakiem zainteresowania się niemi.

Ponieważ zebranie tego olbrzymiego materiału przekracza możliwości jednego człowieka, żywię nadzieję, że przy pomocy i pod kierunkiem Władz Państwowych będą one prowadzone dla pomyślności przyszłych pokoleń i ugruntowania mocarstwowego stanowiska Rzeczypospolitej.

LITERATURA:

- 1) Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej. Główny Urząd Statystyczny R. P. z r. 1920-1, 1921-2, 1923, 1924, 1925, 1928, 1929, 1930. — 2) Wiadomości Statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego zeszyt 5. r. 1932. — 3) Ustawa z dnia 21.10.1919 o organizacji statystyki administracyjnej. Ustawa z roku 1923 w przedmiocie zmiany poprzedniej. — 4) Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19.7.1919 r. — 5) Urzędowy spis lekarzy w opracowaniu M.S.W. Dep. Służby Zdrowia, Warszawa 1929. — 6) Jerzy Karol Czerwiński: Wyższe Szkoły w Polsce, ustrój, organizacja studjów, Warszawa 1930. — 7) Prof. Antoni Cieszyński: Stan lekarski w czasach obecnych pod względem liczbowym i ekonomicznym... Lwów 1928. — 8) tenże: Nowe zadania Akademii stomatologicznej w Warszawie, Lwów 1933. — 9) Lekarz Polski z dnia 1.2.1934 Nr. 2: Projekt ustawy o izbach lekarskich. — 10) Dzienniki Ustaw: 1921 Ust. z dnia 2.12. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej. — 1923 Ust. z dn. 30.9. o państwowych stypendjach. — 1924 Rozp. M.W.R. i O.P. z dnia 4.8. wydana w porozumieniu z Min. Sk. w sprawie wykonania poprzedniej ustawy. — 1929 Rozp. M.W.R. i O.P. z dn. 27.2.1928 o zmianach w uprzednich rozp. dotyczących stypendjów państw. — 1932 Ust. z dnia 11.3. o ustroju szkolnictwa. — 1932 Rozp. Prez. R. P. z dn. 25.9. o wykonywaniu praktyki lekarskiej. — 11) Nauka Polska: tom I. 1918. S. Zaremba, O potrzebach matematyki teoretycznej. — tom IV. 1923. M. Gawroński, Nauka narodowa czy międzynarodowa. — tom VI. 1927. A. Wojtkowski, Z dziejów organizacji nauki polskiej. — tom VIII. 1927. Sprawozdanie ze Zjazdu nauk. Kasy. im. Mianowskiego w Warszawie. — tom IX. 1928. S. Ciechanowski, Stan i potrzeby nauk lekarskich. — tom X. 1929. W. Świętosławski, Uwagi o organizacji twórczości i pracy naukowej.

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Kierownik Prof. Dr. W. G r z y w o - D a b r o w s k i)

DR. STANISŁAW MANCZARSKI, St. Asystent Zakładu.

Znaczenie okoliczności sprawy i wizji lokalnej dla ekspertyzy sądowo-lekarskiej.

Dnia 25.5.33 r. pewien osobnik uciekając przed policjantem wpadł do jednego podwórka dzielnicy staromiejskiej, gdzie został zastrzelony. Sekcja zwłok dokonana 27.5.1933 roku w naszym Zakładzie wykazała co następuje:

Zwłoki mężczyzny budowy ciała prawidłowej, średnio silnej, wzrostu 165 cm. w wieku lat około 17—18. Na prawym udzie od tyłu na 3 cm. poniżej fałdy pośladkowej stwierdzono otwór wlotowy kuli; od przodu na tymże udzie po stronie przysiódkowej na 5 cm. poniżej pachwiny otwór wylotowy. Oba otwory połączone kanałem postrzałowym, biegnącym od tyłu do przodu prawie poziomo z nieznacznym odchyleniem od strony prawej ku lewej. W linii środkowej brzucha na 8 cm. poniżej wyrostka mieczykowatego i 9 cm. powyżej pępka stwierdzono drugi otwór wlotowy kuli, przy czem kanał postrzałowy biegł ku górze i ku stronie lewej. Przy oględzinach wewnętrznych stwierdzono przestrzał lewego płata wątroby, przestrzał przepony, lewej komory serca i górnego płata płuca lewego. Kula kalibru 7,65 mm. utkwiała w obrębie lewego stawu barkowego. W lewej jamie opłucnowej stwierdzono 1,5 litra krwi płynnej i skrzepów, w worku osierdziowym 200 cm.³ i tyleż krwi w jamie otrzew-

nowej. Poza tem stwierdzono szereg drobnych otarć naskórka na czole, obok prawego kąca ust, na nosie i prawym łokciu oraz szereg zadrapań liniowych na lewym policzku.

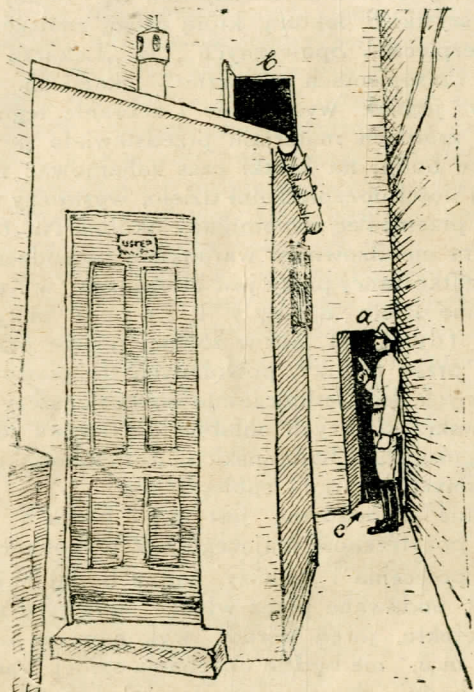
Na podstawie sekcji mogliśmy orzec, że śmierć nastąpiła wskutek przestrzału serca, strzelano z broni palnej krótkiej kalibru 7,65 mm. przyczem jeden strzał był dany od tyłu do przodu, drugi od przodu i dołu ku górze i skośnie ku stronie lewej: drobne otarcia i zadrapania naskórka powstały pod działaniem jakichś tępych urazów, ew. przy upadku.

Na podstawie dochodzenia ustalono, że policjant strzelił jeden raz w górę (jak zeznał oskarżony policjant „na postrach”) uciekający przed strzałem znajdował się na dachu parterowego budynku i chciał przeskoczyć na okno klatki schodowej znajdujące się tuż obok. Po strzale znaleziono tego osobnika w sieni klatki schodowej z nogami opartymi na ostatnich stopniach schodów z głową na podłodze.

Dla wyjaśnienia tego przypadku sędzia prowadzący śledztwo zarządził wizję lokalną z udziałem biegłego lekarza.

Przy wizji lokalnej stwierdzono, że podwórko, gdzie miało miejsce zabójstwo jest kształtu prostokąta o wymiarach

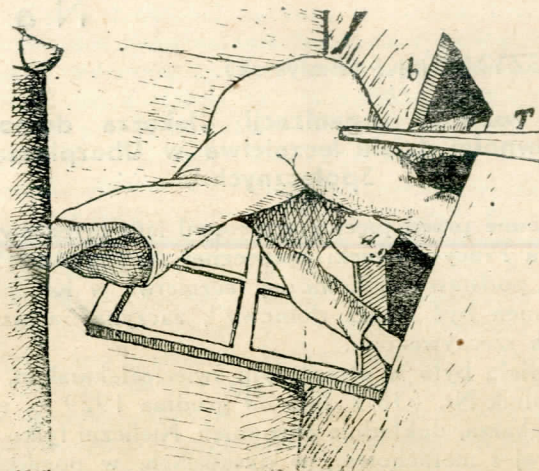
10,6 × 2,6 metra. W odległości 82 cm od ściany klatki schodowej znajduje się ustęp o wymiarach 1,50 × 3,35 metra wysokości 2,94 metra (patrz rys. 1). Dach tej ubikacji zleka pochyły znajduje się mn. w. na poziomie parapetu okna klatki schodowej (rys. 1 lit. b.) przyczem okno to o czterech szybach mierzy 72 cm. szerokości i 88 cm. wysokości. Odległość tego okna od dachu ubikacji, jak wyżej podano, mierzyło 82 cm. Policjant, który strzelał zeznał, że stał na podwórku przy wejściu na klatkę schodową (rys. 1 lit. a.) twarzą zwrócony do ściany znajdującej się pomiędzy ubikacją, a ścianą szczytową klatki schodowej tak, że widział dokładnie przestrzeń pomiędzy dachem ustępu, gdzie znajdował się uciekający, a oknem klatki schodowej. Zastrzelony osobnik był znaleziony w sieni (rys. 1 lit. c.) tuż obok wejścia (rys. 1 lit. a.).



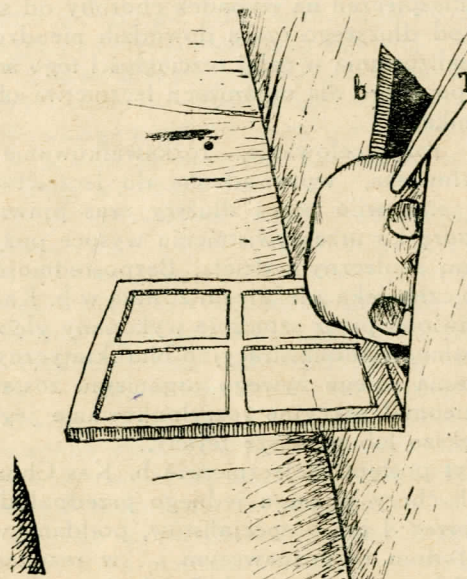
Rys. 1.

W celu ustalenia, czy strzał padł w momencie przechodzenia z dachu na parapet okna, czy też w momencie, gdy uciekający znajdował się na dachu względnie na parapecie, oraz w celu ustalenia i wyjaśnienia możliwości doznanych uszkodzeń przy jednym postrzale, odtworzono scenę ucieczki i dokonano ustalenia kierunku strzału za pomocą długiej tyczki (lit. T rys. 2 i 3). Załączone rysunki (przekalkowane dla wyrazistości z fotografii dokonanych przy wizji) przedstawiają te momenty ucieczki.

Na podstawie wizji lokalnej i odtworzenia sceny ucieczki przyszliśmy do wniosku, że uszkodzenia stwierdzone na sekcji mogły powstać od jednego strzału, przyczem strzał padł w momencie przechodzenia z dachu na parapet okna (rys. 2). Gdyby strzał padł w momencie, gdy uciekający znajdował się na parapecie okna, to wobec jego małych rozmiarów pozycja uciekającego i kierunek strzału przedstawiałyby się tak, jak wskazuje rys. 3, a tem samem układ ran byłby inny. Również na miejscu ustaliłem, że niemożliwem byłoby wytłomaczenie powstania znalezionych ran i kierunku kanału postrzałowego, jeśliby przyjąć, że uciekający znajdował się w momencie strzału na dachu ustępu.



Rys. 2.

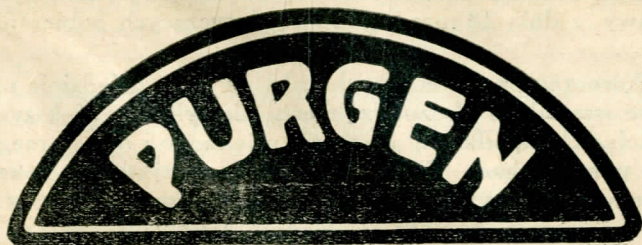


Rys. 3.

W innym przypadku obserwowanym w naszym Zakładzie stwierdziliśmy przetrzał prawego podudzia w kierunku od przodu do tyłu, przetrzał prawego uda od tyłu do przodu oraz ranę postrzałową powłok brzusznych z przetrzałem jelit, przyczem wszystkie te uszkodzenia powstały od jednego strzału. W momencie strzału osobnik ów leżał na plecach ze zgiętymi kończynami dolnymi w stawach kolanowych i biodrowych.

Przypadki wielokrotnych ran powstałych od jednego strzału spotykamy najczęściej przy strzałach stycznych do powierzchni ciała i w tych przypadkach sam wygląd otworów wlotowych i wylotowych oraz kierunek kanału postrzałowego wystarczają dla wytłomaczenia kierunku strzału i wyjaśnienia przypadku.

Pozatem przy ocenie musimy brać pod uwagę różne możliwości pozycji ciała, ułożenie i ruchy kończyn, odległość strzelającego, poziom miejsca, na którym znajduje się strzelający względnie ofiara, okoliczności i rodzaj wypadku, a w niektórych przypadkach pomocną nam będzie wizja lokalna łącznie z pomiarami kierunku strzału.



Wszechświatowej sławy środek przeczyszczający
Fabryki Chemicznej Dr. B A Y E R, Sp.
w Budapeszcie.

Prosimy się przekonać!

Literaturę oraz próby wysyła na żądanie:
Firma Hematogen D-ra med. Hommela, Warszawa, Leszno 15

Na mównicy.

Dr. JAN SZYMAŃSKI (Białystok).

Warunki rozwoju organizacji „lekarza domowego” oraz sprawności działu lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych.

Rzucone przed pięcioma nieomal laty przez ówczesnego Ministra Pracy i Opieki Społecznej Aleksandra Prystora hasło, że „podstawową komórką lecznictwa w Kasach Chorych powinien być lekarz domowy”, zaczyna nareszcie nabierać cech rzeczywistości.

Niewielu było w ówczesnym świecie lekarskim, którzy słynny okólnik Nr. 638 z dnia 20 grudnia 1929 r., wydany przez nie-lekarza, dokładnie zrozumieli. Nieliczni tylko w prasie fachowej i niefachowej, w dyskusjach, w pogadankach, w oświeceniu obcych wzorów (precyzyjnie i ku obopólnemu zadowoleniu rzesz ubezpieczonych, jak również skupiających je instytucji ubezpieczeń na wypadek choroby od szeregu lat pracujących) od dłuższego czasu dowodzili nieodzownej konieczności zrealizowania w całej rozciągłości tego śmiało rzecz można, wiekopomnego dla organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego okólnika.

Jednak rozparcelowanie, rozkawałkowanie żywego organizmu człowieka, wprowadzone do lecznictwa byłych Kas Chorych, stanowiło przez dłuższy czas prawie że niewzruszoną zaporę ku urzeczywistnieniu wysoce pożytecznego pod względem społecznym dzieła. Bezpośredniość zetknięcia się chorego człowieka z lekarzem została w b. Kasach Chorych uniemożliwiona przez sztucznie wykopany głęboki i szeroki rów formalności administracyjno-biurokratycznych. Możliwość analizowania całego żywego organizmu została zniweczona przez nieomal sekcyjne rozczłonkowanie jego na poszczególne większe lub mniejsze rejony.

Za szczyt postępu w lecznictwie b. Kas Chorych było uważane, jeżeli chory w ciągu jednego przedpołudnia mógł być zbadany przez 4 lub 5 specjalistów, poddany wielu różnorodnym metodom rozpoznawczym i... w rezultacie... wychodził bez ścisłego, w granicach ludzkiej możliwości, rozpoznania.

Całe muzea można stworzyć z kart chorobowych jednej jakiegokolwiek z byłych Kas Chorych, w których na przestrzeni czasu kilku lub kilkunastu dni roi się u jednego i tego samego chorego od przeróżnych, niejednokrotnie wykluczających się wzajemnie, rozpoznań.

Można się przekonać, że specjalista - laryngolog stwierdza u skierowanego do niego przez specjalistę - internistę chorego rozstrzeń oskrzeli, a ginekolog — zapalenie mięśnia sercowego.

Gdzie tkwi przyczyna tych ciekawych zjawisk?

Mam wrażenie, że nie odbiegnę od prawdy, jeżeli powiem, iż tkwi ona w braku myśli analityczno-syntetycznej.

Tak się rozwieliła specjalizacja, że lekarz wszech nauk medycznych nie umie rozpoznać gradówki, woszczku, poronienia w biegu i t. p., nie potrafi zdjąć nalotu lub dokonać zastrzyknięcia dożylnego.

A tymczasem, jak pisze ś. p. Dr. Henryk Kłuszyński „współczesna medycyna wysuwa zasadniczy postulat, by lekarz był pełnowartościowy, a nie ograniczony do jednej specjalności”.

Zasada ta nabiera cech wprost ewangelicznych, dogmatycznych w lecznictwie społecznym.

A takim wszak powinno być lecznictwo w b. Kasach Chorych i musi być w Ubezpieczalniach.

Nie może polegać ono tylko i wyłącznie na leczeniu tego lub innego organu, względnie pewnego rejonu żywego organizmu, lecz musi (i to jest jego podstawowym postulatem) poznać warunki, w jakich to czy inne schorzenie powstaje, zanalizować przyczyny i dążyć do usunięcia tych przyczyn oraz zwalczania szkodliwych dla zdrowia warunków.

Temu wysoce trudnemu i odpowiedzialnemu zadaniu może jedynie sprostać lekarz domowy, którego podstawą działalności, według okólnika Nr. 638 „O zasadach organizacji lecznictwa w Kasach Chorych”, jest „opieka nad zdrowiem pewnej ilości ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń leczniczych oraz piecza nad ubezpieczonym i jego rodziną w razie choroby ubezpieczonego”.

Aby „lekarz domowy” — ta podstawowa komórka organizacji lecznictwa ubezpieczeniowego mógł się rozwinąć należycie na całym terenie państwa pomimo napotykanego, a przewidzianego przez ś. p. Dra Kłuszyńskiego, trudności, należy, aby dyrekcje ubezpieczalni, a przede wszystkim ich lekarze naczelni, dokładnie zaznajomili się bodaj z tą, dostępną dla wszystkich, lekturą, którą mogą znaleźć w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych”, w „Lekarzu Polskim” oraz innych czasopismach społeczno - lekarskich.

Gdyby jednak wyszukanie i zebranie tego obfitego w podanych źródłach materiału przedstawiało pewne trudności, mogące bodaj na krótki czas zahamować rozpoczęte już w pewnej ilości ubezpieczalni dzieło, wystarczy dokładnie się wczytać i przemyśleć wspomniany okólnik Nr. 638.

Dalszym nieodzownym warunkiem powodzenia i udania się zapoczątkowanej pracy jest obowiązek w ł o ż e n i a w rozpoczynane dzieło d u s z y i s e r c a nie tylko przez przełożonych (dyrekcje), ale w równej mierze przez wykonawców t. j. przez lekarzy, powołanych do piastowania, co prawda, trudnych, lecz jednocześnie wysoce zaszczytnych stanowisk, bo wskrzeszających chlubne dla świata lekarskiego tradycje Biegańskich, Chałubińskich, Marcinkowskich i wielu — wielu innych lekarzy - społeczników.

Następnie nieodzowną jest g ł ę b o k a w i a r a w słusność i pożyteczność mającego być wykonaniem dzieła.

Żadne polecenia i rozkazy, żadne bodaj najidealniejsze, schematy, podawane przez władze nadzorcze nie dadzą pożądanego efektu, jeżeli wśród wykonawców nie będzie e n t u z j a z m u, nie będzie ukochania samej pracy.

Niemia bodaj dwóch ubezpieczalni, któreby do siebie całkowicie były podobne. A nawet w jednej ubezpieczalni, obejmującej większy teren, każdy powiat, każde większe miasto, każdy nieomal ośrodek posiadają różnorodne odrębne cechy pod względem przemysłu, pod względem nasilenia tej czy innej kategorii pracowników, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia. Nie mogą więc być podawane takie lub inne schematy organizacyjne, a muszą być podane wzory, które wykonawcy (dyrekcje i lekarze) zmodyfikują i zastosują do istotnych potrzeb, zgodnych z charakterem danego terenu.

Do zasadniczych warunków rozwoju instytucji „domowego lekarza” oraz sprawności jego pracy prócz odpowiedniego doboru kandydatów na te stanowiska, odpowiadających zasadom, zawartym w okólniku Nr. 638 i w § 2 wytycznych do umów z lekarzami, należy wynagrodzenie, któreby zapewniało lekarzowi domowemu minimum znośnej egzystencji i nie zmuszało go, szczególnie w początkowym okresie pracy, do szukania innych źródeł zarobkowania. Obowiązkiem przeto kardynalnym jest ściśle zespolenie lekarza domowego z Ubezpieczalnią.

Przy omawianiu warunków rozwoju organizacji lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych oraz jego sprawności nie mogę pominąć niektórych rozporządzeń wykonawczych do Ustawy z dnia 28 marca 1933 r., dotyczących pobierania dopłat.

Półroczna obserwacja wykazała, że w tej dziedzinie nie tylko we wszystkich ubezpieczalniach, nie tylko w większych lub mniejszych ośrodkach, ale nawet u jednego i tego samego lekarza panuje chaos. Stwarza go przede wszystkim nakaz pobierania dopłat w zależności od decyzji lekarza. Dalej zależność pobierania dopłaty, względnie zwolnienia, od uze-

wnętrznienia się tej samej choroby np. atak kamicy żółciowej jest wolny od dopłaty, sama zaś kamica podlega takowej. Prócz tego pogłębia chaos i prowadzi nawet do daleko posuniętych nadużyć znaczne różniczkowanie kategorii ubezpieczonych lub uprawnionych, podlegających opłatom, względnie od nich zwolnionych. Ta różnorodność kategorii ubezpieczonych, chorób oraz zabiegów, jak również różnorodność, niejednokrotnie nie ze złej woli, lecz wprost z przemęczenia, płynące ocenianie tych samych przypadków przez lekarzy, wywołuje u ubezpieczonych niezadowolenie, negatywne ustosunkowanie się do lekarza, a najczęściej do samej instytucji.

W tym tak niezmiernie ważnym dziale ubezpieczenia, jakim jest lecznictwo, powinno być usunięte z rozporządzeń wykonawczych, a nawet z samej ustawy, wszystko to, co daje bardzo szeroką skalę przeróżnych interpretacji jak również i pracobiorców, lub obu kategorii wspólnie np. art. 223 ust. 1) w szczególności kategoria pracowników, których zarobek dzienny nie przekracza 2 zł. względnie 1 zł. 50 gr. — § 22 „Nowych Ubezpieczeń Społecznych”.

Lekarz, a w szczególności lekarz domowy (rodzinny), aby mógł spokojnie i z pożytkiem wypełniać swoje zadanie, powinien być wolny od wszelkiego rodzaju łamigłówek, wyszukiwania na karteczkach kategorii osób, chorób i zabiegów (nie mówiąc o lekach) lub zagładania do ustawy, zarządzeń, okólników. Powinien on pobierać dopłaty od wszystkich i za wszystko, lub od nikogo i za nic. Ewentualnie można wydzielić pewne kategorie osób, chorób i zabiegów, któreby nie sprawiały trudności w ich zapamiętywaniu oraz nie stwarzały możliwości różnorodnej ich interpretacji.

A więc kategorie osób wolne od dopłat: ciężarne i dzieci do lat 3 włącznie; kategorie chorób: choroby zakaźne, społeczne (gruźlica, jaglica, choroby weneryczne, ostre umysłowe) — z tem jednak zastrzeżeniem, że pierwsza porada nie podlega zwolnieniu (przez co uniknie się t. zw. zwrotów); kategorie zabiegów: chirurgiczne, przporodowe i przyporoniowe oraz rozpoznawcze.

Do szeregu powyżej przytoczonych, a opartych na dokładnem zanalizowaniu półrocznych obserwacji, warunków rozwoju instytucji „lekarza domowego” i sprawności działu lecznictwa, które traktuję jako materiał dyskusyjny, również należy dodać jako nieodzowny warunek — udzielenie działu lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych szerokiej autonomii w granicach przyznanego, opartego na własnych i obcych wzorach, budżetu pod względem zarówno gospodarki finansowej jak i personalnej, dotyczącej działu.

Dr. med. BORYS WEJNBERG, lekarz sądowy.

W sprawie lekarzy sądowych.

Przed 6-ciu miesiącami poruszyłem na łamach „Lekarza Polskiego” (N. 12 z dn. 1.XII.1933 r.) sprawę wynagrodzenia dla lekarzy sądowych i starałem się udowodnić, że dla oceny pracy takowych musi istnieć pewien miernik — minimum wynagrodzenia za straconą jednostkę czasu; wychodziłem z założenia, że pozostawienie kwestji ustalania wysokości wynagrodzenia dla biegłych do uznania Sądu wzgl. prokuratora spowoduje w sporadycznych wypadkach nieporozumienia, nieudomowienia i niezadowolenia poszczególnych lekarzy w związku z oceną ich pracy. Taksa lekarska za czynności sądowo-lekarskie jest potrzebna ze względu na konieczność utrzymania na należytych poziomach ekspertyzy sądowo-lekarskiej.

Niestety moje przewidywania okazały się trafne: dla przykładu przytaczam fakt zredukowania przez sędziego do 8 zł. rachunku w kwocie zł. 15, wystawionego przez biegłego lekarza za dokonanie oględzin i sekcji zwłok utopionego noworodka, w którym to wypadku musiał biegły zapoznać się z materiałem dochodzenia policyjnego, dokonać sekcji i orzec czy noworodek urodził się żywy, jak długo żył i czy żywy został rzucony do wody. Zachodzą również wypadki wzywa-

nia przez poszczególnych sędziów lekarzy wolnopraktykujących w miejscu zamieszkania biegłych sądowych w przekonaniu, iż ci zadowolą się niższem wynagrodzeniem.

Aczkolwiek stoimy na stanowisku, iż interes Skarbu Państwa jest przedewszystkiem, że musi być bezwzględna subordynacja co do decyzji Władz Sądowych, jednakże dla dobra wymiaru sprawiedliwości, dla dobra harmonijnej współpracy między biegłym lekarzem i sędzią oraz celem zapobiegania niezdrowej konkurencji wśród lekarzy musi obecny stan rzeczy ulec zmianie.

W dobie obecnej, kiedy specjalizacja w dziedzinie medycyny posunęła się na tyle, że mamy nie tylko internistów i chirurgów, lecz posiadamy już gastrologów, ftizjologów i urologów, musimy również mieć i specjalistów w dziedzinie medycyny sądowej, albowiem „często”, powiada prokurator Sądu Najwyższego St. Czerwiński: „orzeczenie sądowe opiera się wyłącznie na opinii lekarskiej, zatem kwalifikacje kandydatów na lekarzy biegłych winny być przez sądy szczególnie badane, uczy bowiem doświadczenie, że tylko ten lekarz może podołać dobrze zadaniu biegłego, który zaznajomił się dokładnie z teorią i praktyką z zakresu medycyny sądowej”. Prof. L. Wachholz mówi: „ile się grzeszy przy wykonywaniu oględzin i sekcji zwłok, uczy codzienne doświadczenie sądowe, a Haberdas słusznie się domaga powierzania czynności obducenta sądowego także w sądach na prowincji zawodowo w tym kierunku przygotowanym lekarzom”.

W tym też kierunku poszło rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dn. 24.XII.1928 r. (Dz. U. 104, poz. 945), polecająca p. p. prezesom Sądów Apelacyjnych ustanowienie biegłych sądowych, zaprzysiężonych na stałe, w takiej liczbie, aby w poszczególnych gałęziach wiedzy, umiejętności i sztuki była do rozporządzenia sądu dostateczna liczba biegłych (§§ 1 i 3). § 4 tegoż rozporządzenia wymaga, aby biegłym sądowym był ten, kto zasługuje na pełne zaufanie i ze względu na posiadane wiadomości zawodowe w danej gałęzi wiedzy szczególnie nadaje się jako biegły sądowy. W myśl § 9 wspomnianego rozporządzenia biegłemu sądowemu w okręgu sądu i w zakresie spraw, dla których został ustanowiony, nie wolno bez ważnych przeszkód odmówić stawiennictwa i wydania opinii na żądanie sądu lub jego kierownika w sprawach sądowych lub administracji sądowej z wyjątkiem spraw, w których w myśl przepisów poszczególnych ustaw postępowania sądowego jest wyłączony od wydawania opinii lub uprawniony do jej odmówienia. O każdej zmianie adresu swego zamieszkania winien biegły sądowy zawiadomić władzę, która go ustanowiła biegłym sądowym.

Z powyższego wynika, iż czynniki decydujące, rozumiejąc potrzebę lekarzy sądowych i dążąc do podniesienia i postawienia na właściwym poziomie ekspertyzy sądowo-lekarskiej, nałożyły na biegłych lekarzy tylko obowiązki, nie dając im żadnych praw.

Prawda, Minister Sprawiedliwości i Minister Spraw Wewnętrznych ustanowili w § 5 rozporządzenia swego z dn. 15.VII.1929 r. o wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok ludzkich następującą kolejność, jakiej należy przestrzegać przy wzywaniu lekarzy do podjęcia oględzin i sekcji sądowo-lekarskich zwłok: 1) profesorowie i docenci medycyny sądowej oraz adjunkci i asystenci uniwersyteckich zakładów medycyny sądowej, 2) lekarze powiatowi lub lekarze, którzy złożyli egzamin na lekarza powiatowego, w braku powyższych dopiero wszyscy inni lekarze. W sprawie tej istnieje także cenny okólnik departamentu V Służby Zdrowia z roku 1932, wystosowany do Województw, w którym departament ten ogranicza podejmowanie się przez lekarzy powiatowych czynności biegłych sądowych tylko do tych miejscowości, w których brak jest „stałego, odpowiednio wykwalifikowanego lekarza sądowego” (L. Wachholz).

W kwestji zaś wynagrodzenia dla biegłych sądowych za czynności podjęte z polecenia sądu zaszła pewna zmiana na gorsze: do 1.9.1932 r. kwestję tę regulowało rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dn. 10.XI.1929 r. (Dz.

U. N. 77, poz. 579), wydane na podstawie p. p. d) i e) art. 573 K. P. K.; w rozporządzeniu zaś Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 23-go sierpnia 1932 r. (Dz. U. poz. 662) skreślono p-ktę d) i e) z art. 573, a więc Minister Sprawiedliwości nie jest już upoważniony do wydawania taksy dla biegłych, a tem samem i taryfy sądowo-lekarskie w tej mierze istniejące tracą moc obowiązującą; natomiast art. 590 K. P. K. w jednolitym tekście K. P. K.; ogłoszonym w Dz. U. z 1932 r. poz. 725 tę kwestję reguluje w ten sposób, iż ustalanie wysokości wynagrodzenia dla biegłych pozostawia całkowicie sądowi wzgl. prokuratorowi do uznania. W myśl art. 465 K. P. K. na postanowienie określające wysokość wynagrodzenia nie służy zażalenie. Okólnik p. p. prezesów Sądów Okręgowych w tej kwestji wydany zaleca interes Skarbu Państwa, z drugiej wszystkie okoliczności, towarzyszące czynności biegłego, jak np. ceny miejscowe, kwalifikacje biegłego, jakość pracy.

Powyższe rozważania doprowadzają do wniosku, iż taki stan rzeczy nie doprowadzi do harmonijnej współpracy

między biegłym lekarzem a sędzią, a wymiar sprawiedliwości może ucieść na tem, że dziedzina medycyny sądowej będzie zaniedbaną, a tem samem nie będzie dopływu wyszkolonych kandydatów na przyszłych znawców.

Niestety odczuwa się brak zrzeszenia lekarzy sądowych, które stałoby na straży bytu prawnego i materialnego swych członków i które niewątpliwie w chwili obecnej domagałoby się wprowadzenia w życie § 27 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dn. 16.V.1930 r., który przewiduje, że biegli lekarze mogą być związani ze sądem umową roczną i opłacani ryczałtem, obliczonym podług przeciętnej sumy wynagrodzeń taryfowych za czynności sądowo-lekarskie, dokonane w danym Sądzie Okręgowym w 2 ostatnich latach.

To też uważam, iż w chwili obecnej Naczelna Izba Lekarska, powołana do obrony interesów swych członków w myśl art. 4 ustawy z dn. 15.III.1934 r. o Izbach Lekarskich (Dz. U. N. 31 poz. 275), winna się zainteresować poruszoną kwestją i z odpowiednio opracowanymi wnioskami wystąpić do powołanych czynników.

Sprawozdania i oceny.

Dr. Bronisław Handelsman. **Choroby Zawodowe Cz. I** (o chorobach zawodowych podlegających ubezpieczeniu; węglik, zatrucie ołowiem, zatrucie rtęcią).— Łódź 1934, stron tekstu 40.

I część swej pracy autor poświęcił chorobom zawodowym podlegającym ubezpieczeniu według ustawy z dnia 28.3.1933 r. We wstępie podaje autor pokrótce rys historyczny rozwoju patologji i kliniki chor. zawodowych wraz z nieodłączną od tego zagadnienia higieną pracy, uwzględnia przytem ważniejsze prace w piśmiennictwie tego działu. W dalszym ciągu Dr. H. zatrzymuje się nad zbieraniem odpowiednich wywiadów u chorych, które mają olbrzymie znaczenie w rozpoznaniu i leczeniu chorób zawodowych. Następnie autor podaje wykazy chorób zawodowych uwzględnionych w prawodawstwie polskiem i niemieckiem. W trzeciej części wstępu Dr. H. zatrzymuje się nad określeniem trucizn zawodowych. W dalszym ciągu pracy autor omawia pokolei trzy objęte tytułem jednostki (a raczej grupy) chorobowe: węglik, zatrucie ołowiem i zatrucie rtęcią. Przy omawianiu każdego z danych schorzeń podaje kolejno etiologję ze szczególnem zwróceniem uwagi na rodzaj i warunki pracy, dane statystyczne, obraz kliniczny, rozpoznanie i leczenie. Obrazy chorobowe omówione są zwięźle i krótko. Autor ogranicza się do podawania rzeczy zasadniczych, a przytem często oszczędza słów; zwłaszcza w opisach leczenia i zapobiegania, wskutek czego te części książki robią wrażenie niejako kom-

pendjum np. str. 33 „W lekkiej niedokrwistości żelazo, i wzmacniające pokarmy, w ciężkiej preparaty wątroby, wystrzegać się arszeniku. W porażeniach systematyczne leczenie elektrycznością, skutku można się spodziewać nawet po rocznem leczeniu. Bierne ćwiczenia mięśniowe...”, albo str. 34 „Dobre techniczne wysysanie pyłu i pary ołowiu na miejscu powstawania. Wilgotne wycieranie podłóg. Przy krótkotrwałej pracy z powstawaniem pyłu maski oddechowe — (maska L i x a), przy zagrażających waporach ołowianych maski ze zgęszczonem powietrzem (system D e g e a). Zwierzchnia odzież, nakrycie głowy”. Na tej „telegraficznej” formie może nietylko tracić treść ile styl, zatracą się przytem podręcznikowy charakter pracy. W związku z tem stoi też brak dokładniejszych wyjaśnień w niektórych miejscach, na dodanie których praca zyskałaby. Tak np. na str. 40 autor pisze: „metoda Stocka i Hellera wykrywa 0,0001 mg Hg” (w moczu), ale Dr. H. nie podaje ani krótkiego opisu tej metody ani odsyłacza wskazującego, gdzie można takowy znaleźć. Opracowanie chociażby krótkiego podręcznika chorób zawodowych, podręcznika o ściśle praktycznem znaczeniu, niezbędnego dla lekarza praktyka jest bardzo potrzebne, zatem pracę Dr. Handelsmana należy powitać z uznaniem. Oczekujemy dalszych części pracy, które niewątpliwie obejmą inne ważne działy patologji i kliniki chorób zawodowych. (Zatrucia zawodowe inne, między innymi substancjami organicznymi, pylice płucne i t. p.).

Dr. W. O d r z y w o l s k i.

Okólniki

O BARWIENIU LODU SZTUCZNEGO. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 24 maja 1934 r. Na podstawie art. 8 pkt. c) rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o dozorcze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku (Dz. U. R. P. Nr. 36, poz. 343), art. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 21 czerwca 1932 r. o przekazaniu zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawach zdrowia publicznego Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej (Dz. U. R. P. Nr. 52, poz. 493) i art. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 12 lipca 1932 r. o wprowadzeniu nazwy „Minister Opieki Społecznej” i „Ministerstwo Opieki Społecznej” (Dz. U. R. P. Nr. 64, poz. 597) zarządzam co następuje:

§ 1. Lód sztuczny, wprowadzony do sprzedaży i innego obiegu w celach spożycia, chłodzenia i konserwowania artykułów żywności oraz stosowany do tych celów we wszelkich zakładach wyrobu, uzyskiwania, przetwarzania, przechowywania, spożywania

i sprzedaży artykułów żywności, musi być barwiony. Lód naturalny nie może być barwiony.

§ 2. Przez nazwę „lód sztuczny” rozumie się lód, wytwarzany przez sztuczne oziębianie wody, nie pochodzącej z naturalnych zbiorników (stawy, jeziora, rzeki, morza i t. p.), a odpowiadającej przepisom rozporządzenia Ministrów: Opieki Społecznej i Spraw Wewnętrznych z dnia 27 sierpnia 1933 r. o wodzie do picia i potrzeb gospodarczych (Dz. U. R. P. Nr. 79, poz. 562). Przez nazwę „lód naturalny” rozumie się lód, powstały z wody w zbiornikach naturalnych (stawy, jeziora, rzeki, morza i t. p.).

§ 3. Do barwienia lodu sztucznego można używać jedynie barwników: „Eozyna wodna” lub „Kocceina nowa”, dozwolonych do barwienia artykułów żywności w myśl § 6 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 stycznia 1930 r. o barwieniu artykułów żywności i przedmiotów użytku (Dz. U. R. P. Nr. 5, poz. 45). Ilość barwnika, stosowanego do barwienia lodu sztucznego, nie może

przekraczać 1 grama barwnika stuprocentowego na 25 litrów wody (1 : 250,000) i nie może być mniejsza od 1 grama barwnika stuprocentowego na 350 litrów wody (1 : 350,000).

§ 4. Winni naruszenia przepisów rozporządzenia niniejszego podlegają karom, przewidzianym w rozdziale III rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r (Dz. U. R. P. Nr. 36, poz. 343).

§ 5. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie czternastego dnia po ogłoszeniu.

Minister Opieki Społecznej
Jerzy Paciorkowski.

WYSZKOLENIE W RAT. SAN. OPLG. LEKARZY I FARMACEUTÓW. Okólnik Min. Opieki Społ. Nr. 18/34 z dn. 7.V.34.

I. Lekarze, którzy do 1 lipca 1934 r. nie ukończyli kursów, przewidzianych w zarządzeniach z 15.V.1933 Nr. ZW. 16/Tjn. i z 29.XI.1933 Nr. ZW. 136/33 z zakresu ratownictwa sanitarnego w obronie przeciwlotniczo-gazowej (rat. san. OPLG.), względnie nie zdali odpowiedniego egzaminu przed komisją wojewódzką, powinni ukończyć kurs lub zdać taki egzamin według niżej wyszczególnionego programu.

Program kursu dla lekarzy.

L. p.	PRZEDMIOT	Wykładów godzin	Cwiczeń praktycznych godzin
1.	OPL bierna	1	—
2.	Środki używane do napadów lotniczych i ich skutki	1	—
3.	Chemja gazów bojowych	4	1
4.	Obrona przeciwgazowa indywidualna	3	2
5.	Obrona przeciwgazowa zbiorowa	4	3
6.	Toksykologia gazów bojowych	5	—
7.	Ratownictwo	6	3
8.	Możliwości wojny bakteriologicznej	2	—
9.	Organizacja obrony wnętrza kraju	1	—
10.	Organizacja i zadania P. C. K.	1	—
11.	Organizacja i zadania L. O. P. P.	1	—
12.	Rola ubezpieczalni społecznych w ratownictwie san.	1	—
13.	Przemysł chemiczny i chemiczno-farmaceutyczny	1	—

Sluchacze, którzy pilnie uczęszczali na wszystkie wykłady i ćwiczenia, nie są obowiązani zdawać egzaminu; wystarczy napisanie przez nich z dodatnim wynikiem referatu na jeden z wyznaczonych przez kierownika kursu tematów. Po zamknięciu kursu, jego kierownik przesyła właściwemu urzędowi wojewódzkiemu spis słuchaczy, którzy ukończyli kurs z dodatnim wynikiem.

II. Jeżeli z poważnych powodów niektórzy lekarze nie mogą uczęszczać na taki kurs, muszą się poddać jako eksterni egzaminowi przed komisją wojewódzką z zakresu przedmiotów, objętych powyższym programem. Egzamin jest ustny (teoretyczny i praktyczny) i piśmienny (referat na zadany temat). Taki sam egzamin muszą zdać lekarze, którzy ukończyli kurs z wynikiem ujemnym (opuszczali wykłady, nie napisali z dodatnim wynikiem zadanego referatu) lub nie zdali jako eksterni egzaminu.

III. Wojewódzka komisja egzaminacyjna składa się z przewodniczącego i dwóch członków. Na przewodniczących tych komisji wyznaczam kierowników wojewódzkiej służby zdrowia (Komisarz Rządu m. st. Warszawy). Z pozostałych dwóch członków komisji powoła właściwy wojewoda (Komisarz Rządu m. st. Warszawy) jednego w porozumieniu z władzami wojskowymi, drugiego zaś w porozumieniu z władzami lokalnymi P. C. K. Przewodniczący komisji ustali terminy egzaminów oraz listę lekarzy, którzy obowiązani są poddać się egzaminowi. Każdy z lekarzy, obowiązany złożyć egzamin, powinien być o tem zawiadomiony przynajmniej na trzy miesiące przed datą egzaminu.

IV. Lekarze, którzy są przewidziani na kierownicze stanowiska w rat. san. OPLG., powinni przejść specjalne przeszkolenie według programów, ustalanych w miarę potrzeby.

V. Do przeprowadzenia przeszkolenia w rat. san. OPLG. personelu farmaceutycznego i drogistowskiego, jest powołany inspektor farmaceutyczny. Do jego obowiązków należy: 1) przygotowanie

planu przeszkolenia farmaceutów i drogistów w rat. san. OPLG., 2) dopilnowanie, aby przeszkolenie było przeprowadzone we właściwym terminie i we właściwym zakresie, 3) nadzór nad przystosowaniem aptek, drogerij i hurtowych składów aptecznych do celów OPLG., 4) prowadzenie ewidencji przeszkolonego personelu farmaceutycznego i drogistowskiego.

VI. Celem należytego wywiązywania się z nałożonych na nich obowiązków, inspektorzy farmaceutyczni przechodzą na osobnych kursach specjalne przeszkolenie teoretyczne i praktyczne. Kursy te powinny swym poziomem odpowiadać kursom, organizowanym dla lekarzy z tem, że w programie ma się położyć większy nacisk na chemję, toksykologję i naukę rozpoznawania chemicznych środków bojowych.

Program kursu dla inspektorów farmaceutycznych i farmaceutów dyplomowanych.

L. p.	PRZEDMIOT	Wykładów godzin	Cwiczeń praktycznych godzin
1.	OPL bierna	1	—
2.	Środki używane do napadów lotniczych i ich skutki	1	—
3.	Chemja środków bojowych	10	—
4.	Toksykologia gazów bojowych	8	—
5.	Możliwość wojny bakteriologicznej	2	—
6.	Najprostsze metody rozpoznawania gazów bojowych	6	2
7.	Obrona wnętrza kraju	1	—
8.	Ogólne zasady organizacji OPLG.	2	—
9.	Obrona przeciwgazowa indywidualna	6	4
10.	Obrona przeciwgazowa zbiorowa	4	5
11.	Ratownictwo: pierwsza pomoc uszkodzonym bojownikami środkami chemicznymi	2	2
12.	Przysposobienie aptek i hurtowych składów aptecznych i drogerij do OPLG.	1	—
13.	Przemysł chemiczny i chemiczno-farmaceutyczny	2	—
14.	Organizacja i zadania P. C. K.	1	—
15.	Organizacja i zadania L. O. P. P.	1	—
16.	Rola ubezpieczalni społecznych w ratownictwie san.	1	—

Inspektorzy farmaceutyczni składają egzaminy przed komisją, złożoną z wykładowców.

VII. Takie samo przeszkolenie mają przejść inspektorzy farmaceutyczni instytucji ubezpieczeń społecznych.

VIII. Celem zaprowadzenia ewidencji przeszkolonego personelu farmaceutycznego, wojewódzkie organa zdrowia (inspektorzy farmaceutyczni) rozesła ankietę do wszystkich aptek i zakładów, zatrudniających personel farmaceutyczny i drogistowski. Ankietę ta powinna zawierać następujące rubryki: 1) nazwisko i imię, 2) stopień naukowy, 3) zatrudnienie — (właściciel apteki (zakładu), zarządzający czy pracownik), 4) czy posiada przeszkolenie i jakie w zakresie OPLG., 5) gdzie i kiedy ukończył kurs, ilugodzinny, 6) z jakim wynikiem i przed kim złożył egzamin, 7) kto wydał zaświadczenie. Dane, otrzymane z ankiety, inspektorzy farmaceutyczni wpiszą do ewidencji poszczególnych farmaceutów.

IX. Wszyscy farmaceuci dyplomowani (doktorzy, magistrzy i prowizorzy farmacji) zasadniczo powinni wykazać się świadectwem z ukończenia kursów z ratownictwa sanitarnego OPLG., przewidzianych przez P. C. K. dla instruktorów I lub II klasy, albo równoznacznem.

X. Pomocniczy personel aptekarski i personel drogistowski powinien posiadać co najmniej świadectwa z ukończenia kursów z rat. san. OPLG., przewidzianych przez P. C. K. dla ratowników (czek) lub równoznaczne.

XI. Wszystkich farmaceutów, nie posiadających świadectw z takich kursów, należy przeszkolić, a mianowicie: farmaceutów dyplomowanych według wyżej wymienionego programu dla inspektorów farmaceutycznych, a pomocniczy personel aptekarski i personel drogistowski — według programu następującego:

Program kursu dla pomocniczego personelu aptekarskiego i dla personelu drogistowskiego.

L. D.	PRZEDMIOT	Wykładów	
		godzin	Cwiczeń praktycznych godzin
1.	Środki używane do napadów lotniczych i ich skutki	2	—
2.	Chemja gazów bojowych	5	—
3.	Najprostsze metody rozpoznawania gazów bojowych	2	2
4.	Ogólne zasady organizacji OPLG.	2	—
5.	Obrona przeciwgazowa indywidualna	6	4
6.	Obrona przeciwgazowa zbiorowa	4	5
7.	Pierwsza pomoc uszkodzonym bojowymi środkami chemicznymi	1	3
8.	Przysposobienie aptek, hurtowych składów aptecznych do OPLG.	1	—

Po przesłuchaniu kursu słuchacze składają egzamin przed komisją, złożoną z kierownika kursu i wykładowców.

XII. Właściciele (dzierżawcy) aptek w małych osiedlach, którzy osobiście pracują bez żadnej odpowiedzialnej fachowej pomocy, mogą być zwolnieni przez właściwy urząd wojewódzki od obowiązku ukończenia odpowiedniego kursu pod warunkiem, że się sami zapoznają z wiadomościami z zakresu rat. san. OPLG. Inspektorzy farmaceutyczni podczas przeprowadzania rewizji aptek mają z urzędu sprawdzać, przy współudziale miejscowego lekarza powiatowego, czy właściciele (dzierżawcy) aptek, którzy byli zwolnieni od obowiązku ukończenia kursu posiadają w dostatecznym stopniu wszystkie niezbędne wiadomości z zakresu rat. san. OPLG.

XIII. Wszyscy lekarze i farmaceuci (pomocniczy personel aptekarski i personel drogistowski), ubiegający się o stanowiska w służbie państwowej, samorządowej i wszelkiego rodzaju instytucjach nadzorowanych przez władze państwowe, mają się wykazać, jako nieodzownym warunkiem, świadectwem z ukończenia odpowiedniego kursu, lub zdania (jak lekarze) egzaminu przed komisją wojewódzka z ratownictwa sanitarnego OPLG. Osoby te już zatrudnione w tej służbie — względnie instytucjach — a jeszcze nie przeszkolone, mają być niezwłocznie poddane przeszkoleniu w sposób, przewidziany w tym okólniku.

XIV. Wszyscy ubiegający się o zezwolenie (koncesję) na założenie lub prowadzenie apteki, jako też starający się o zarząd aptekami, powinni wykazać się świadectwem ukończenia odpowiednich kursów z rat. san. OPLG.

XV. Inspektorzy farmaceutyczni powinni podczas inspekcji aptek, drogerii i hurtowych składów aptecznych zwracać baczna uwagę, czy one są należycie przystosowane do OPLG. Spostrzeżenia swe inspektorzy wpisują do protokółów inspekcyjnych.

XVI. Lekarze i farmaceuci w wieku powyżej lat 60, o ile nie zajmują kierowniczych stanowisk w służbie państwowej, samorządowej lub instytucji ubezpieczeń społecznych, są wolni od obowiązku ukończenia kursu względnie składania egzaminu.

XVII. Po 1 lipca 1934 r. za odpowiednio przeszkolonych należy uważać tych, którzy ukończyli kursy wyszczególnione w niniejszym okólniku względnie — jak lekarze — zdadzą odpowiedni egzamin.

XVIII. Osoby, które były przeszkolone według obowiązujących do 30 czerwca 1934 przepisów, są wolne od obowiązku poddania się przeszkoleniu przewidzianemu obecnie.

XIX. Osób przeszkolonych według sposobów, ustanowionych teraz, nie należy już powoływać na podobne przeszkolenia, organizowane przez instytucje ubezpieczeń społecznych.

XX. We wszystkich komisjach egzaminacyjnych — z wyjątkiem wojewódzkich komisji egzaminacyjnych — mają brać udział przedstawiciele państwowej Służby Zdrowia. Przedstawiciele ci czuwają nad należytym poziomem przeprowadzanych egzaminów i stopniem przygotowania kandydatów, w związku z czem przyznają im prawo zakwestjonowania — w razie potrzeby — poszczególnych wyników egzaminów. W tym wypadku przedstawiciel składa w drodze służbowej uzasadnione sprawozdanie, które rozstrzyga Ministerstwo Opieki Społecznej.

XXI. Na dowód zdania egzaminu przed komisjami, przewidzianymi w tym okólniku, jak również na dowód ukończenia kursu dla lekarzy bez zdawania egzaminu — zakwalifikowani do tego kandydaci otrzymują świadectwa według załączonego wzoru.

XXII. Przewidziane w niniejszym okólniku przeszkolenie ma być ukończone do 31 grudnia 1935 r.

XXIII. Okólnik ten obowiązuje od 1 lipca 1934 r. Równocześnie uchylam: okólnik Nr. 18/33 z 6.IV.1933, okólnik Nr. 22/33 z 15.V.1933 i zarządzenie Nr. ZW. 136/33 z 29.XI.1933 r. Minister (—) J. Paciorkowski.

KM/PP.

Wzór świadectwa.
Załącznik do okólnika M. O. S.
Nr. 18/34 z 7.VI.1934.

L. p.

WŁADZA WYDAJĄCA ŚWIADECTWO

(kurs, komisja egzaminacyjna).

ŚWIADECTWO

Pan (i) (imię i nazwisko) — — — — —
(stanowisko) — — — — —

uczynił zadość wymaganiom okólnika Ministerstwa Opieki Społecznej Nr. 18/34 z 7 czerwca 1934 r. w zakresie

RATOWNICTWA SANITARNEGO

obrony przeciwlotniczo-gazowej, przewidzianym:

I dla lekarzy,

II dla farmaceutów dyplomowanych,

III dla pomocniczego personelu farmaceutycznego i drogistowskiego.

(Miejsce kursu, komisji) i data.

Przedstawiciel

Państwowej Służby Zdrowia

Kierownik kursu
(Przewodniczący Komisji)

Wykładowcy

(Członkowie Komisji)

U w a g a: Niepotrzebne skreślić.

DO PANÓW WOJEWODÓW i PANA KOMISARZA RZĄDU m. st. WARSZAWY. Wyszło z druku nakładem księgarni Józefa Zawadzkiego w Wilnie nowe wydanie „Higjenu“ Prof. Karaffy-Korbutta, obejmujące działy z dziedziny statystyki sanitarnej, odżywiania, regulacji ciepła w ustroju, mieszkań i osiedli, pracy i zawodu, walki z chorobami zakaźnymi, higieny społecznej oraz administracji sanitarnej. Ze względu na bogatą treść z dziedziny zdrowia publicznego oraz ujęcie tych kwestyj w świetle najnowszych badań i poglądów — Ministerstwo Opieki Społecznej zaleca nabycie wspomnianego podręcznika (skład główny: Wilno, ul. Zamkowa 22, J. Zawadzki) (funkcjonariuszom sanitarnym, zatrudnionym w Państwowej i Samorządowej Służbie Zdrowia. Dyrektor Departamentu: (—) Dr. J. Adamski.

KRONIKA.

WALNE ZEBRANIE CZŁONKÓW KLUBU LEKARZY POLSKICH DNIA 18 CZERWCA 1934 R. — Po zagajeniu zebrania przez prezesa prof. Czubalskiego, na przewodniczącego zaproszono Doc. Szulca, na sekretarza Dr. Jastrzębskiego Wacława. Na wniosek przewodniczącego uchwalono jednomyślnie wysłać do Prezydium Rady Ministrów następującą depeszę:

„Walne Zebranie członków Klubu Lekarzy Polskich odbyte w dniu 18 czerwca w Warszawie uchwala jednomyślnie przesłać na ręce Pana Premiera wyrazy najgłębszego żalu z powodu straty, jaką poniosło Państwo Polskie przez ohydny zbrodniczy dokonany na osobie Ministra Rzeczypospolitej s. p. Generała Bronisława Pierackiego, którego życie całe było służbą dla Polski“.

Następnie prezes Prof. Czubalski złożył sprawozdanie z działalności Klubu za rok ubiegły, wymieniając przede wszystkim nazwiska tych Kolegów naszych, którzy wśród pracy i zmagania życiowych, odeszli od nas nazawsze: podczas wygłaszania odczytu w Klubie zmarł nagle ś. p. Kol. Kluszyński, przed paru miesiącami zmarł niespodziewanie jeden z najbardziej oddanych naszemu Stowarzyszeniu i wieloletni członek Zarządu „Klubu L. P.” Kol. Sterling - Okuniewski oraz Kol. Kościński Mieczysław. Cześć Ich Pamięci!

Jeżeli chodzi o ogólną charakterystykę działalności naszego Klubu, to znajdzie ona odbicie w bardziej szczegółowych sprawozdaniach, do których za chwilę przejdę, sekretariatu, sekcji społecznej, odczytowej, towarzyskiej oraz w sprawozdaniu skarbnika. Tutaj chcę tylko ogólnie zaznaczyć, że idee, które przyświecały założycielom Klubu, były czynnikami kierującymi całą działalnością Zarządu w ostatnim roku sprawozdawczym. Klub starał się skupić wszystkich tych lekarzy, którzy swą działalność lekarsko - społeczną chcą prowadzić pod hasłem uzgadniania interesów zawodowych z naczelnym interesem Państwa i Narodu. Muszę z zadowoleniem stwierdzić, że wysunięcie tych założeń i prowadzona w ich duchu praca Zarządu Klubu znajduje wymowne zrozumienie wśród licznych Kolegów nie tylko w Warszawie lecz i poza stolicą, czego są wyrazem często dochodzące nas głosy o konieczności organizowania filij Klubu w różnych ośrodkach kraju, co też rzeczywiście się dzieje. W niektórych miastach organizacja filij naszych jest już w toku, w innych czynione są do tego przygotowania. Rok sprawozdawczy był rokiem ciężkich przełomów i wielkich trudności organizacyjnych i finansowych, z jakimi świat lekarski, zwłaszcza ta jego część, która związana jest ściśle z działalnością instytucji społecznych lekarsko - ubezpieczeniowych, musiał ciężko walczyć. Utrzymujący się ciągle groźny, bo szereg lat już trwający, kryzys gospodarczy, odbił się szczególnie dotkliwie na zawodzie lekarskim, stan ten pogarsza się jeszcze przez niedostateczną ocenę w łonie niektórych czynników decydujących charakteru usług lekarskich dla społeczeństwa i niedocenywanie roli, jaką ma spełniać lekarz, wśród ciężkich z natury zawodu warunków jego działalności. W tych okolicznościach Zarząd Klubu starał się uczynić wszystko, co było w jego mocy, aby sprawę postawić na odpowiedniej płaszczyźnie, wysuwając hasło utrzymywania wysoko etycznych walorów lekarza - społecznika i skonsolidowania całego świata lekarskiego w obronie jego moralnych uprawnień i godziwych, zgodnych z interesem ogólnym, interesów materialnych, chroniących zawód lekarski przed całkowitą jego pauperyzacją. Tym swoim intencjom Zarząd Klubu dawał niejednokrotnie wyraz przez wystąpienie nazewnast, bądź przez organizowanie zjazdów ogólnokrajowych, w których brali udział także przedstawiciele Rządu w osobie Min. Dr. Hubickiego, Wiceministra Dr. Piestrzyńskiego i wyższych urzędników. Rezultaty tych poczyniń, jak również plan działania na przyszłość w tym kierunku będą zaznaczone w sprawozdaniu z sekcji społecznej. Zarząd Klubu czuł także nad stroną odczytowo - towarzyską w naszym stowarzyszeniu. Wrazem tego jest 17 odczytów, wygłoszonych na różne tematy w ciągu roku, oraz szereg zabaw towarzyskich, organizowanych przez Koło Pań przy Klubie L. P., za co w tym miejscu składam Kołu Pań serdeczne podziękowanie na ręce Przewodniczącej Pani Profesorowej Venuletowej, której zabiegom w szczególności zawdzięczamy możliwość zakupu cegiełki na budowę Domu Medyków, prowadzonej przez Koło Medyków Un. Warsz., jako symbol spójni między starszym i młodym pokoleniem lekarskim, oraz urządzenie w dniu 19 marca, zgodnie z tradycją Klubu, uroczystej Akademii ku czci Marszałka Józefa Piłsudskiego.

SPRAWOZDANIE KOMISJI SPOŁECZNEJ. — Zadaniem Klubu Lekarzy w roku ubiegłym było organizowanie życia społecznego lekarzy w myśl ideologii Klubu na różnych odcinkach życia społecznego, jako to: wytwarzanie jednolitej opinii co do ważniejszych spraw, uzgadnianie rozbieżnych dążeń poszczególnych ugrupowań, obrona zagrożonych interesów zawodowych przed uszczupleniem przez czynniki decydujące w państwie i wreszcie reprezentacja ogółu lekarzy, stojących na stanowisku dbałości o dobro państwa i najszerzych warstw społecznych. Troska o rozwój instytucji ubezpieczeń społecznych, obrona godności stanu lekarskiego, narażonego ostatnio niejednokrotnie na szwank z różnych stron

i konieczność szarmonizowania interesów chorego z interesem lekarza dyktowały szereg wystąpień wobec władz rządowych, samorządowych czy ubezpieczeniowych wystąpień w przeważnej części skutecznych.

Największym czynem Komisji Społecznej, mającym odegrać wielką rolę w życiu społeczności lekarskiej było zorganizowanie Rady Głównej Społeczno-Lekarskiej, obejmującej teren całej Polski.

Na wielkim zebraniu dyskusyjnym lekarzy społeczników w Klubie Lekarzy Polskich zebrano się w dniu 4 marca 1934 r. kilkudziesięciu najwybitniejszych przedstawicieli myśli społeczno - państwowej z całej Polski z udziałem p. ministra Hubickiego, wiceministrów, profesury i działaczy ubezpieczeniowych.

Po referatach omawiających teraźniejszość i przyszłość stanu lekarskiego, sprawy organizacji lekarskich, porozumienie lekarzy prorządowych w sprawach zawodowo - lekarskich i współpracy z czynnikami rządowymi i sejmowymi, zgłoszono umotywowany wniosek stworzenia nowej organizacji społeczno - lekarskiej obejmującej całą Polskę mającej na celu oddziaływanie ideologiczne na ogół lekarski, zbieranie opinii świata lekarskiego stojącego na gruncie interesów i potrzeb państwa co do polityki zdrowotnej i spraw zawodowych lekarskich, urabianie zdrowych poglądów na akta ustawodawcze i zarządzenia władz, wreszcie czynną i skoordynowaną pracę ideową na terenie organizacji zawodu i stanu lekarskiego w kierunku zasad naszej ideologii. Wniosek jednomyślnie przyjęto i powołano mężów zaufania ze wszystkich większych ośrodków życia lekarskiego w Polsce, którzy wraz z wybranym przez Klub Lekarzy Polskich w Warszawie prezydium i działaczami w Zarządach instytucji lekarskich w Warszawie utworzyli Radę Główną Społeczno-Lekarską.

P. minister Hubicki wskazał na główne przyczyny uniemożliwiające prawie zupełnie dotychczas współpracę Rządu ze sferami lekarskimi, brak jednolitej opinii zanik instynktu społecznego i ideologii państwowej, braki w wychowaniu młodego pokolenia lekarzy. Jeżeli będzie wytworzona jednolita opinia lekarzy myślących państwowo, p. minister obiecuje nie tylko iść im na rękę, ale podporządkować się ich uchwałom. W toku szczegółowej dyskusji, omówiono cały szereg zagadnień palących — pauperyzację lekarzy, sytuację na terenie Izby Lekarskich, Związku Lekarzy Państwa Polskiego, Ubezpieczalni Społecznych, Izby prawodawczych, samorządów i t. p. Klub Lekarzy Polskich wybrał prezydium Rady Głównej w osobach gen. Kollataja - Szrednickiego jako prezesa, Dr. Tytusa Makowskiego jako wiceprezesa, Dr. Antoniego Kamlera jako sekretarza, oraz Dr. Stanisława Kapuścińskiego jako zastępcę. Rada Społeczno - Lekarska odbyła w dniu 15 kwietnia 1934 r. plenarne zebranie, poświęcone sprawom organizacyjnym, sytuacji na terenie Związku Lekarzy Państwa Polskiego, sprawie wytycznych do umów z lekarzami Ubezpieczalni Społecznej oraz sprawie organizacji pomocy lekarskich w zakresie państwowym. Prezydium odbyło 8 posiedzeń z udziałem zainteresowanych w poszczególnych kwestiach zaproszonych rzeczoznawców. W wyniku tych prac w Zarządzie Związku Lekarzy Państwa Polskiego mamy możliwość wybitnego oddziaływania w kierunku ideologii państwa. Główna Komisja Kasowa i Główny Komitet Kasowy jest w dużej mierze dostępny na wpływy naszej ideologii.

Współpraca z Izbami jest jak w poprzednich latach żywa i skuteczna. Przygotowujemy się do energicznych wystąpień w obronie lekarzy zaszczytowanych szybkim wprowadzeniem w życie ustawy scaleniowej i wytycznych. Praca na różnych odcinkach życia lekarskiego jest koordynowana dla dobra ludności, lekarzy a przede wszystkim interesów Państwa Polskiego.

W ROKU SPRAWOZDAWCZYM wygłoszono w lokalu Klubu następujące odczyty połączone z dyskusją:

Odczyty, które odbyły się w Klubie Lekarzy Polskich.

1) 9.1.1933. Radca Witold Wojnarski — „Rozporządzenie Pana Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki lekarskiej”.

2) 23.1.33. Dr. Władysław Mergel — „Pod znakiem Pogoni”, „Dwa miesiące w Litwie Niepodległej”.

3) 2.6.33. Prof. Dr. Tomasz Janiszewski — „Projekt nowego prawa małżeńskiego ze stanowiska higieny społecznej”.

4) 6.3.33. Dr. Wiktor Borkowski — „Rola Lecznictwa Przewodniczącego w zwalczaniu chorób wenerycznych”.

5) 24.4.33. Dr. Tytus Makowski — „Ankieta Rady Lekarskiej Kasy Chorych w Warszawie o organizacji lecznictwa w Warszawskiej Kasie Chorych“.

6) 25.9.33. Dr. Jerzy Bujalski — „Obecne prądy w organizacji lecznictwa w Ubezpieczalniach w związku z wprowadzeniem w życie Ustawy Scaleniowej“.

7) 13.10.33. Prof. Dr. Ludwik Hirszfeld — „Badanie grup krwi i jego znaczenie przed sądem“.

8) 23.10.33. Dr. Włodzimierz Zawadowski — „Zbiorowy referat organizacji lecznictwa w ramach Ustawy Scaleniowej“.

9) 16.10.33. Dr. Henryk Wileczyński — „Projekt organizacji lecznictwa i profilaktyki w Ubezpieczalniach w związku z Ustawą Scaleniową“.

10) 20.11.33. Doc. Dr. Ludwik Zembruski — „Metody kształcenia lekarzy w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej“.

11) 4.12.33. Senatorka P. Hubicka H. — „Obecna sytuacja zagraniczna“.

12) 11.12.33. Doc. Dr. Sterling - Okuniewski S. — „Wrażenia z Międzynarodowego Kongresu Przeciwrakowego w Madrycie“.

13) 19.1.34. Doc. Dr. Sabatowski Antoni — „Warunki klimatyczne Huculszczyzny i problemy ich wyzyskania“.

14) 26.2.34. Dr. Witold Chodźko — „Plan organizacji walki z gruźlicą w okresie kryzysu gospodarczego“.

15) 5.2.34. Radca Wanda Woytowicz - Grabińska — „Zagadnienie wychowania poprawczego“.

16) 9.4.34. Posłanka Marja Jaworska — „Główne wytyczne Nowej Konstytucji“.

17) 26.4.34. Prof. Dr. Wiktor Grzywo - Dąbrowski — „Zagadnienie sterylizacji“.

SPRAWOZDANIE SKARBNIKA.

Przychód Klubu L. P.

Rozchód

za czas od 1/VI.33 do dnia 31 V.34 r.

składki na P.K.O.	4118 52	lokal	2107.50
składki (inkaso)	1959.14	światło	226.50
		opał	171.70
		telefon	241.60
		służba	
		utrzymanie lokalu	527.50
		wydatki kancelaryjne	573 02
		dług Koła Pań	200.—
		prenum. Lekarza Pol.	515.95
		inkaso	340.55
		podatek lokalowy	102.11
		wydatki nieprzewidziane	115.46
		razem	zł. 5121.61
		spłacono dług	182.37
		Saldo dodatnie	
		na 31 V.34 r.	773.68
zł. 6077.66		zł. 6077.66	

Po odczytaniu protokołu Komisji Rewizyjnej udzielono przez aklamację absolutorjum ustępującemu Zarządowi. Następnie przeprowadzono uzupełniające wybory. W drugiej części Zebrania zostały wygłoszone następujące odczyty: Doc. Dr. Przesmycki: Organizacja walki z chorobami zakaźnymi w Sowietach. — Dr. Jerzy Bujalski: Ubezpieczenia Społeczne w Sowietach.

IX ZJAZD MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŻLICZEGO. Pod wysokim protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Prof. Ignacego Mościckiego odbędzie się w Warszawie w dniach 4, 5 i 6 września 1934 roku IX Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego o następującym programie:

Dnia 3 września — poniedziałek godz. 10 rano. Posiedzenie Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego.

godz. 16. Posiedzenie Rady Zarządzającej Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego, ul. Długa 38/40, Ministerstwo

Opieki Społecznej, Sala Konferencyjna.

Dnia 4 września — wtorek godz. 9 m. 30 — 11.

Wielka Sala Filharmonii Warszawskiej, ul. Jasna 5. Uroczyste otwarcie Zjazdu w obecności Pana Prezydenta Rzeczypospolitej.

godz. 11 — 13. Referat na temat biologiczny: „Zmiennosc biologiczna zarazka gruźlicy“.

Referent główny: Doc. Dr. Leon Karwacki (Polska).

Koreferenci: Prof. J. Van Beneden (Belgia).

Prof. P. Courmont (Francja).

Dr. F. van Deinse (Holandia).

Prof. L. Lange (Niemcy).

Dr. E. Long (Stany Zjedn. A. P.).

Dr. Y. Nedelković (Jugosławia).

Dr. E. Piasecka-Zeylandowa (Polska).

Dr. A. Saenz (Urugwaj).

Prof. K. Schlossmann (Estonia).

Prof. J. Valtis (Grecja).

godz. 15 — 17. Dyskusja ogólna.

godz. 19 m. 30. Przedstawienie w Teatrze Wielkim, dane przez Zarząd Miejski m. st. Warszawy.

godz. 21 m. 30. Raut wydany przez Pana Prezydenta Rzeczypospolitej na Zamku Królewskim, Plac Zamkowy.

Dnia 5 września, godz. 8,30 — 12,30. Referat na temat kliniczny: „Postacie gruźlicy kostno-stawowej i ich leczenie“.

Referent główny Prof. Putti (Italia).

Koreferenci: Prof. F. Bezançon i Dr. E. Sorrel (Francja).

Dr. Ole Chievitz (Danja).

Prof. F. Erlacher (Austria).

Dr. Gebhardt (Niemcy).

Dr. C. L. Hyde (St. Zjedn. A. P.).

Dr. Maffei i Dr. Delchef (Belgia).

Dr. A. J. Palmen (Finlandia).

Prof. A. Rollier (Szwajcaria).

Dr. H. Waldenström (Szwecja).

Doc. A. Wojciechowski (Polska).

godz. 15 — 17. Dyskusja ogólna.

godz. 17. Odczyt p. John Kingsbury (Stany Zjedn. A. P.). „Metody szczególne zwalczania gruźlicy w okręgu wiejskim o niskiej umiERALNOŚCI z gruźlicy“.

godz. 18. Przyjęcie wydane przez Pana Prezesa Rady Ministrów w salonach Prezydium Rady Ministrów, ul. Krakowskie Przedmieście 46/48.

Dnia 6 września — czwartek — godz. 8.30 — 12.30.

Referat na temat społeczny: „Zużytkowanie przychodni przeciwigruźliczych dla leczenia chorych na gruźlicę“.

Referent główny: Prof. Léon Bernard (Francja).

Koreferenci: Dr. Th. Begtrup-Hansen (Danja).

Dr. K. H. Blümel (Niemcy).

Prof. V. Cepulić (Jugosławia).

Dr. K. Dąbrowski i Dr. C. Wroczyński (Polska).

Dr. F. Hewat (Wielka Brytania).

Prof. A. Ilvento (Italia).

Dr. L. Koganas (Litwa).

Dr. M. Nasta (Rumunia).

Dr. B. S. Pollak (St. Zjedn. A. P.).

Dr. J. Včelak (Czechosłowacja).

godz. 15 — 17. Dyskusja ogólna.

godz. 17. Walne Zebranie Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego i zamknięcie obrad.

godz. 17 m. 30. Odczyt Dr. Marji Skokowskiej-Rudolf i Dr. Miłosza Grodeckiego „Walka z gruźlicą w Polsce“.

godz. 21. Bankiet pożegnalny w „Dolinie Szwajcarskiej“ ul. Szopena 3.

Referent główny i koreferenci są zaproszeni przez Komitet Wykonawczy Międzynarodowego Związku Przeciwigruźliczego, na wnio-

sek swoich Rządów lub Związków Przeciwgruźliczych. Referaty są drukowane i rozdawane przed Zjazdem. Referent główny ma do swego rozporządzenia 30 minut czasu; każdy koreferent — 15 minut. Koreferenci są zaproszeni przez Międzynarodowy Związek Przeciwgruźliczy. W godzinach popołudniowych odbędzie się dyskusja ogólna, w której mogą brać udział wszyscy członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego i wszyscy członkowie Zjazdu, zgłoszeni za pośrednictwem swoich Rządów lub Związków Przeciwgruźliczych. Czas przemówienia w dyskusji może być ograniczony do 5 minut, zależnie od liczby zapisanych do głosu. Zapisy do dyskusji będą przyjmowane przez Polski Związek Przeciwgruźliczy lub przez Międzynarodowy Związek Przeciwgruźliczy. Zabieranie głosu w dyskusji uzależnione jest od kolejności zapisów. Do dyskusji należy się zapisywać na kartach zgłoszeń, należy przytem, w miarę możliwości, nadesłać do dnia 1 lipca 1934 r. maszynowe streszczenie przemówienia. Każdy biorący udział w dyskusji jest proszony o złożenie w Sekretarjacie Zjazdu, w czasie trwania obrad, tekstu lub streszczenia przemówienia, napisanego ręcznie lub na maszynie. Pamiętnik Zjazdu będzie wydany w oddzielnym tomie przez Polski Związek Przeciwgruźliczy. Referaty główne będą drukowane w jednym z 6-ciu języków urzędowych Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego (angielski, francuski, hiszpański, niemiecki, polski, włoski) zależnie od uznania referenta, wraz ze streszczeniem, zawierającym najwyżej 300 słów, we wszystkich pozostałych 5-ciu językach. Każdy koreferat będzie drukowany w jednym z 6-ciu języków, zależnie od uznania autora. Przemawiający w dyskusji są proszeni o używanie języka zrozumiałego dla większości słuchaczy.

Komitet Organizacyjny IX Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego prosi wszystkich uczestników Zjazdu o nadsyłanie zgłoszeń przed 1-szym sierpnia 1934 r. na załączonym formularzu. Członkowie rzeczywisci i tytularni Międzynarodowego Związku nie wnoszą żadnej opłaty i otrzymują Pamiętnik Zjazdu. Członkowie ci są proszeni o nadsyłanie zgłoszeń za pośrednictwem swego Rządu lub Związku Przeciwgruźliczego lub bezpośrednio do Komitetu Organizacyjnego Zjazdu, pod adresem: ul. Chocimska 24, Warszawa. Zapisy mogą być również przyjmowane przez Sekretariat Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, 66, Boulevard Saint Michel, Paris (VI), skąd będą przesyłane do Warszawy. Osoby, które nie są członkami rzeczywistymi ani tytularnymi Międzynarodowego Związku, a które pragną zgłosić się jako członkowie Zjazdu, wnoszą opłatę w wysokości 35 zł., przesyłając zgłoszenia wyłącznie za pośrednictwem swego Rządu lub Związku Przeciwgruźliczego. Wykaz Rządów i Związków Przeciwgruźliczych, które są członkami Międzynarodowego Związku, jest podany przy końcu programu. Opłaty mogą być przesyłane wyłącznie w złotych pocztą lub przez którykolwiek z Banków w Warszawie, pod adresem IX Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, Chocimska 24, w Warszawie. Członkowie rodzin uczestników Zjazdu korzystają z ulugów, przysługujących uczestnikom, po wpłaceniu wpisowego w wysokości 20 zł. od każdej osoby towarzyszącej. Wpisowe to nie uprawnia do otrzymania Pamiętnika Zjazdu. Członkowie rzeczywisci i tytularni oraz członkowie Zjazdu, którzy wnieśli opłaty, otrzymują karty członkowskie. Karta członkowska nie będzie wydawana nikomu przed wpłaceniem wpisowego.

Uczestnicy Zjazdu otrzymają oddzielne wydawnictwa, dotyczące warunków pobytu i cen w hotelach oraz karty zgłoszenia na

mieszkanie. Wszyscy uczestnicy Zjazdu są proszeni o wypełnienie i zwrot zgłoszenia na mieszkanie, niezależnie od tego, czy zamawiają mieszkanie za pośrednictwem Biura Zjazdu, czy też czynią to sami bezpośrednio.

Ministerstwo Komunikacji udzieliło uczestnikom Zjazdu ulgi kolejowej w wysokości 100% w drodze powrotnej (bezpłatny przejazd spowrotem). Dyrekcje kolejowe innych Państw ofiarowały następujące zniżki kolejowe: Austria 25%, Belgja 35%, Bułgarja (zniżka nieokreślona), Czechosłowacja 33%, Estonia 50%, Finlandja 25% dla grup po 15 osób, Francja 50% w obie strony, Grecja 30%, Italia 30%, Niemcy 33 $\frac{1}{3}$ % dla grup liczących najmniej po 12 osób, Rumunja 33 do 50%, Węgry 33%. Wszelkich informacji, dotyczących przejazdów, udziela Biuro Zjazdu w Warszawie, ul. Chocimska 24, Polskie Biuro Podróży „Orbis”, ul. Ossolińskich 8, w Warszawie, oraz wszystkie oddziały Biura „Orbis”. Komitet Organizacyjny Zjazdu powierzył sprawę organizacji przejazdów Polskiemu Biuru Podróży „Orbis”. Na Dworcu Głównym w Warszawie będzie czynne Biuro Podróży od dnia 30 sierpnia. W miejscu obrad Zjazdu, w gmachu Filharmonji, będzie zorganizowane biuro podróży, biuro wycieczek, oddział pocztowo-telegraficzny, biuro wymiany, oraz będzie czynny telefon dla uczestników Zjazdu.

Oficjalne przyjęcia są wymienione w szczegółowym programie dziennym. Szczegóły, dotyczące przyjęć, urządzanych przez Komisję Pań dla osób towarzyszących będą podane do wiadomości członków Zjazdu w następnych komunikatach. Na Raucie wydanym przez Pana Prezydenta Rzeczypospolitej obowiązuje strój wieczorowy.

Szczegółowy program wycieczek i przyjęć, urządzanych przez Miejskowe Komitety, będzie ogłoszony i przesłany oddzielnie wraz z kartą zgłoszenia na wycieczki. Podczas trwania Zjazdu jest przewidziane zwiedzanie miasta, oraz krótkie wycieczki w okolice Warszawy. Komisja Pań organizuje specjalne wycieczki dla osób towarzyszących. Zapisy na 3 wycieczki, wymienione w programie wstępnym, mające się odbyć po zakończeniu Zjazdu, będą przyjmowane do dnia 4 września włącznie. Zapisy na zwiedzania i krótkie wycieczki będą przyjmowane najpóźniej w przeddzień wycieczki. Wszystkie zapisy na wycieczki będzie przyjmowało Polskie Biuro Podróży „Orbis” w Filharmonji, ul. Jasna 5.

W miejscu obrad będzie zorganizowane biuro stenograficzne i przepisywania na maszynie, gdzie członkowie Zjazdu będą mogli dyktować teksty swoich przemówień. Studenci z Koła Medyków zaofiarowali swoją współpracę, jako tłumacze i przewodnicy. Dyrekcja Tramwajów Warszawskich udzieliła przejazdów ulgowych (25% zniżki) na przejazdach tramwajowych za okazaniem karty członkowskiej Zjazdu.

Sekretariat Zjazdu będzie czynny w gmachu Filharmonji, ul. Jasna 5, tel. 584-25, od dn. 1-go września godz. 8-ma rano. Do dnia 31-go sierpnia włącznie Sekretariat będzie czynny, jak dotychczas, ul. Chocimska 24, tel. 8-77-58.

PAŃSTWA - CZŁONKOWIE MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU PRZECIWGRUŻLICZEGO. Członkami Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego są obecnie 43 Państwa, reprezentowane przez Rządy: Algier, Austria, Brazylja, Bułgarja, Chiny, Egipt, Grecja, Hiszpanja, Kolumbja, Kuba, Monaco, Niemcy, Nippon, Nowa Zelandja, Tunis, Urugwaj. Przez Związki Przeciwgruźlicze: Argentyna, Belgja, Czechosłowacja, Danja, Estonia, Filipiny,



Wszchświatowej sławy środek przeczyszczający
Fabryki Chemicznej Dr. B A Y E R, Sp.
w Budapeszcie.

Prosimy się przekonać!

Literaturę oraz próby wysyła na żądanie:
 Firma Hematogen D-ra med. Hommela, Warszawa, Leszno 15

Finlandja, Francja, Holandja, Indje Brytyjskie, Indje Holenderskie, Italia, Jugosławja, Kanada, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Marokko, Norwegja, Polska, Portugalia, Rumunja, Stany Zjedn. A. P., Szwajcaria, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania.

DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CHOROBY I MACIERZYŃSTWA. Z dniem 7 maja r. b. weszło w życie rozporządzenie Min. Op. Sp. z 10 kwietnia r. b., określające warunki dobrowolnego ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Ubezpieczyć z własnej woli mogą się osoby, które nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, o ile ich dochód roczny nie przekracza 10.000 zł. Wymagane jest świadectwo zdrowia. Wysokość składki wynosi 5% dochodu. Świadczenia dla ubezpieczonych oraz członków ich rodzin są, z drobnymi zmianami, identyczne, jak dla

osób przymusowo ubezpieczonych. Dla grup, związanych interesami gospodarczymi, społecznymi lub kulturalnymi przystępujących do dobrowolnego ubezpieczenia, mogą być przyznawane ulgi. (Dz. U. R. P. Nr. 37 z dnia 7 maja 1934 r., poz. 336).

„ZAGADNIENIE RASY“. Pojawił się drugi numer kwartalnika „Zagadnienia Rasy“, który zawiera szereg prac z dziedziny eugeniki, a mianowicie: Teodora Męczkowskiego — „Wychowania seksualne dzieci i młodzieży“. Dr. Witold Odrzywolski — „W sprawie dzieci nieślubnych w Polsce“. Dr. Karol Mikulski — „Z badań nad bliźniętami“. Dr. L. Wernic — „O zadaniach instruktorów i instruktorek eugenicznych“. Mag. praw M. Lucius — „Zagadnienia Rasy a Hitlerizm“. Pozatym bogaty dział przeglądu piśmiennictwa eugenicznego światowego oraz prasy codziennej.

List do Redakcji.

Warszawa, dnia 9 lipca 1934 roku.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

W związku z artykułem Pana Profesora Dr. T. Janiszewskiego p. t. „Wniosek o reaktywowanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego“, wydrukowanym w „Lekarzu Polskim“ Nr. 7 z dnia 1 lipca r. b., uprzejmie proszę Pana Redaktora o łaskawe umieszczenie kilku słów wyjaśnienia.

Nie chciałbym, aby nawet przez krótki okres czasu w umysłach mych kolegów — lekarzy, a czytelników „Lekarza Polskiego“, powstało mniemanie, że jestem przeciwnikiem utworzenia w Polsce Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Nie znam lekarza w Polsce, sprzeciwiającego się powstaniu tego Ministerstwa. Dowodzą tego bardzo liczne uchwały zjazdów lekarskich, tylko... pracując od lat zgórą siedmiu w państwowej Służbie Zdrowia, zdawałem sobie zawsze, a niestety i dzisiaj, sprawę, że wprowadzenie w życie tego wniosku jest bardzo trudne, jeśli wogóle niemożliwe, zwłaszcza obecnie kiedy oszczędność jest tak ważnym zagadnieniem we wszelkich poczynaniach. Opracowany bardzo szczegółowo przez państwową Służbę Zdrowia w roku 1930 memoriał w sprawie reaktywowania Ministerstwa Zdrowia Publicznego został aprobowany i podpisany przez Ministra Składowskiego — złożony na ręce Prezesa Rady Ministrów, nie uzyskał aprobaty, aczkolwiek zasadniczych sprzeciwów nie napotkał. Jak zwykle brak funduszy nie pozwolił na jego realizację. A skoro już korzystam z uprzejmości Pana Redaktora pozwolę sobie przytoczyć moje osobiste zdanie co do przyszłości administrowania sprawami zdrowia publicznego. Wydaje mi się niedaleką chwilą, kiedy nastąpi zrozumienie u wszystkich, że jedynym i najtańszym rozwiązaniem spraw zdrowia publicznego, opieki społecznej i ubezpieczeń społecznych jest połączenie tych zagadnień z zagadnieniami samorządu terytorjalnego w jedno Ministerstwo; wszystkie nasze ustawy z zakresu zdrowia publicznego i opieki społecznej są już powierzone do wykonania samorządowi, a obecne uprzywilejowanie pewnej kategorii obywateli w korzystaniu z ubezpieczeń społecznych ustąpić winno miejsca powszechnemu ubezpieczeniu. Ministerstwo Zdrowia Publicznego byłoby więc formą przejściową do wyżej naszkicowanej organizacji. Uważam za swój obowiązek stwierdzić, wbrew mnie-

maniu p. prof. Janiszewskiego, że państwowa Służba Zdrowia ma od dość dawna opracowany „plan i program gospodarki zdrowotnej Państwa“, brak jedynie odpowiednich funduszy, czynnika najważniejszego w pracy państwowej Służby Zdrowia, nie pozwala na szybkie wprowadzenie go w życie, każdy jednak rok posuwa nas naprzód w realizacji zamierzeń Służby Zdrowia.

Przechodzę do zarzutu nieoddania pod dyskusję i głosowanie wniosku o reaktywowanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Przewodniczącym Państwowej Rady Zdrowia jest Minister Opieki Społecznej, ja zaś byłem jedynie jego zastępcą. Czy jest więc do pomyślenia, aby tak ważny i poważny wniosek (zgłoszony zresztą w ostatniej chwili przy 6-y punkcie porządku dziennego we wnioskach ogólnych) mógł być bez wiadomości najbardziej zainteresowanego Ministra dyskutowany i uchwalony? A inni członkowie Państwowej Rady Zdrowia, nieobecni na posiedzeniu, może również chcieliby głos zabrać? W każdym analogicznym wypadku i w przyszłości zmuszony będę zgłoszony w ten sposób i tak ważny wniosek odesłać do Komisji, a dopiero potem będzie on mógł być na prośbę Komisji wniesiony na porządek dzienny plenum.

Na zakończenie zauważę, że nie umiem rozumować w tak uproszczony sposób, jak to był łaskaw uczynić p. prof. dr. Janiszewski, wyciągając wnioski jedyne i ostateczne ze statystyki zachorowań i śmiertelności w Polsce. Nie będę twierdził, że dlatego w latach od 1919 do 1923 było przypadków zachorowań np. w roku 1921 ospy 5.078, tyfusu plamistego 49.547 i t. d., wtedy gdy w roku 1932 ospy było 3 przypadki, a tyfusu plamistego 2.424 przypadków, bo nie było Departamentu Służby Zdrowia, jeno Ministerstwo Zdrowia, ani nie będę się silił udowodnić, że śmiertelność w Holandji jest tylko 9,1 na 1.000 mieszkańców, bo Holandja nie ma ani Ministerstwa Zdrowia, ani nawet Departamentu Służby Zdrowia, o możliwościach i prawach naszego Departamentu.

Proszę przyjąć, Panie Redaktorze, wyrazy poważania

(--) Dr. Pięstrzyński Eugeniusz

Podsekretarz St. w Min. Op. Sp.

Adres Redakcji i Administracji: Kr. Przedm. 32, tel. 607-35.

Wydawca: LEK, TOW. WYD. „PRZYSZŁOŚĆ“, sp. z o. o. Redaktor nacz. i odpow. Dr. TADEUSZ CHRAPOWICKI.

Drukarnia „SIŁA“, Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48